



团体人身险计划迁移被保险人清单

投保单位: _____ 保单号: _____ 保全项目: _____ 页码 _____

[illegible]

制表人: 填表日期: 年 月 日 投保单位盖章

说明：“职业名称”为投保单位必填项，须根据被保险人的实际情况，如实填写；职业代码酌情填写，具体可参考《君龙人寿职业等级表》。