附件3

|  |
| --- |
| 2019年度从业人员参保“人身意外伤害险”人员名单 |
| 单位名称（全称）： |
| 单位税号（开具发票单位提供）： |
| 联系人： | 手机： |
| 电话： | 　 |
| 序号 | 姓名 | 性别 | 年龄 | 身份证号码 | 备注 |
| 1 | 　 | 　 | 　 |   | 　 |
| 2 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 |
| 3 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 |
| 4 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 |
| 5 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 |
| 6 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 |
| 7 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 |
| 8 |  |  |  |  |  |
| 9 |  |  |  |  |  |
| 10 |  |  |  |  |  |

**注：人员名单请务必使用word文档格式，方便被保险人身份证号登记。**