附件1

渝北区老年人意外伤害综合保险登记表

填报单位： 镇（街道） 村（居）委会（盖章） 登记人： 联系电话：

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 序号 | 被保险人姓名 | 性别 | 年龄 | 身份证号码 | 常住家庭地址 | 保费金额 | 交费日期 | 联系电话 | 备注 |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

报送时间： 年 月 日

说明：此表一式三份，区民政局、镇（街道）社事办、国寿公司各一份