附件1

**宁波市食品接触材料及制品行业协会员工及家属自选福利专属登记表**

尊敬的领导和同事，请您将此表填写完成后交至专属服务经理，我们将根据您填写的保障登记表提供相应服务，若有任何疑问欢迎随时联系，感谢您的支持与配合，谢谢！

**单位名称： 基层工会联系人（电话）： .** **【请根据需求登记勾选】**

**专属服务经理 XXX**

**1350000000**

**专属服务经理 XXX**

**1350000000**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **序号** | **姓名** | **性别** | **年龄** | **方案一** | **方案二** | **方案三** | **方案四** | **备注（员工/家属）** |
| **航空** | **轨道** | **汽车** | **自驾车** | **交通意外险** | **融和家庭百万医疗** | **臻心关爱C款终身重大疾病保障** |  |
| **（免费登记领取）** | **10元/年/人** | **100元/年/人** | **（根据年龄确定保费）** | **（根据年龄、保额测算保费）** |  |
| 1 | 　 | 　 |   | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 保额： □20万 □30万 □50万 |  |
| 2 | 　 | 　 |   | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 保额： □20万 □30万 □50万 |  |
| 3 | 　 | 　 |   | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 保额： □20万 □30万 □50万 |  |
| …… |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

附件2

关爱员工计划咨询报名表

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 序号 | 单位 | 姓名 | 电话 |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |