

身故受益人身份确认表

(未指定身故受益人或身故受益人为“法定继承人”的保单请填写本表)

(如果被保险人法定第一顺序继承人已身故,请在备注中注明身故时间)

身故者姓名		保单号码						险种名称	
1	受益人	姓名	是否生存	性别	国籍	职业	出生日期	工作单位地址/住所地/经常居住地	
	被保险人父亲		<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否	男					
	证件类型	证件有效期至	证件号码		联系电话		与投保人关系		
		__年__月__日					<input type="checkbox"/> 本人 <input type="checkbox"/> 配偶 <input type="checkbox"/> 父母 <input type="checkbox"/> 子女 <input type="checkbox"/> 其他_____		
2	受益人	姓名	是否生存	性别	国籍	职业	出生日期	工作单位地址/住所地/经常居住地	
	被保险人母亲		<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否	女					
	证件类型	证件有效期至	证件号码		联系电话		与投保人关系		
		__年__月__日					<input type="checkbox"/> 本人 <input type="checkbox"/> 配偶 <input type="checkbox"/> 父母 <input type="checkbox"/> 子女 <input type="checkbox"/> 其他_____		
3	受益人	姓名	是否生存	性别	国籍	职业	出生日期	工作单位地址/住所地/经常居住地	
	被保险人配偶		<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否						
	证件类型	证件有效期至	证件号码		联系电话		与投保人关系		
		__年__月__日					<input type="checkbox"/> 本人 <input type="checkbox"/> 配偶 <input type="checkbox"/> 父母 <input type="checkbox"/> 子女 <input type="checkbox"/> 其他_____		
4	受益人	姓名	是否生存	性别	国籍	职业	出生日期	工作单位地址/住所地/经常居住地	
	被保险人子女		<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否						
	证件类型	证件有效期至	证件号码		联系电话		与投保人关系		
		__年__月__日					<input type="checkbox"/> 本人 <input type="checkbox"/> 配偶 <input type="checkbox"/> 父母 <input type="checkbox"/> 子女 <input type="checkbox"/> 其他_____		
5	受益人	姓名	是否生存	性别	国籍	职业	出生日期	工作单位地址/住所地/经常居住地	
	被保险人子女		<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否						
	证件类型	证件有效期至	证件号码		联系电话		与投保人关系		
		__年__月__日					<input type="checkbox"/> 本人 <input type="checkbox"/> 配偶 <input type="checkbox"/> 父母 <input type="checkbox"/> 子女 <input type="checkbox"/> 其他_____		
6	受益人	姓名	是否生存	性别	国籍	职业	出生日期	工作单位地址/住所地/经常居住地	
	其他:		<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否						
	证件类型	证件有效期至	证件号码		联系电话		与投保人关系		
		__年__月__日					<input type="checkbox"/> 本人 <input type="checkbox"/> 配偶 <input type="checkbox"/> 父母 <input type="checkbox"/> 子女 <input type="checkbox"/> 其他_____		
7	受益人	姓名	是否生存	性别	国籍	职业	出生日期	工作单位地址/住所地/经常居住地	
	其他:		<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否						
	证件类型	证件有效期至	证件号码		联系电话		与投保人关系		
		__年__月__日					<input type="checkbox"/> 本人 <input type="checkbox"/> 配偶 <input type="checkbox"/> 父母 <input type="checkbox"/> 子女 <input type="checkbox"/> 其他_____		

备注:

申请人声明

申请人保证上述信息如实填写,未遗漏其他受益人,如所填写信息与实际情况不符,申请人愿意承担相应的经济和法律責任,如产生纠纷,与合众人寿保险股份有限公司无关。

(注:若受益人为无民事行为能力或限制民事行为能力人,由其法定监护人签章)

申请人签章:

申请日期: ____年__月__日