

## 身故受益人身份确认表

(指定身故受益人的保单请填写本表)

(如果指定受益人已身故,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	与被保险人关系	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
			<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_____	
2	与被保险人关系	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
			<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_____	
3	与被保险人关系	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
			<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	与被保险人关系	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
			<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,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,如产生糾紛,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