

身故受益人/身故保险金受领人身份确认表

(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	工作单位/就读学校/住所/经常居住地	
	被保险人		<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否	男	<input type="checkbox"/> 中国 <input type="checkbox"/> 其他:			
	父亲							
	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"/> 父母 <input type="checkbox"/> 配偶 <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	工作单位/就读学校/住所/经常居住地	
	被保险人		<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否	女	<input type="checkbox"/> 中国 <input type="checkbox"/> 其他:			
	母亲							
	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"/> 父母 <input type="checkbox"/> 配偶 <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	工作单位/就读学校/住所/经常居住地	
	被保险人		<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否	<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女	<input type="checkbox"/> 中国 <input type="checkbox"/> 其他:			
	配偶							
	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"/> 父母 <input type="checkbox"/> 配偶 <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	工作单位/就读学校/住所/经常居住地	
	被保险人		<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否	<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女	<input type="checkbox"/> 中国 <input type="checkbox"/> 其他:			
	子女							
	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"/> 父母 <input type="checkbox"/> 配偶 <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	工作单位/就读学校/住所/经常居住地	
	被保险人		<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否	<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女	<input type="checkbox"/> 中国 <input type="checkbox"/> 其他:			
	子女							
	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"/> 父母 <input type="checkbox"/> 配偶 <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	工作单位/就读学校/住所/经常居住地	
	其他:		<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否	<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女	<input type="checkbox"/> 中国 <input type="checkbox"/> 其他:			
	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"/> 父母 <input type="checkbox"/> 配偶 <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	工作单位/就读学校/住所/经常居住地	
	其他:		<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否	<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女	<input type="checkbox"/> 中国 <input type="checkbox"/> 其他:			
	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"/> 父母 <input type="checkbox"/> 配偶 <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, 申请人愿承担相应的经济和法律責任, 如产生纠纷, 与国联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