

身故受益人身份确认表

（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	联系地址
	被保险人父亲	<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否	男	<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_____
2	受益人姓名	是否生存	性别	国籍	职业	联系地址
	被保险人母亲	<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否	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_____
3	受益人姓名	是否生存	性别	国籍	职业	联系地址
	被保险人配偶	<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_____
4	受益人姓名	是否生存	性别	国籍	职业	联系地址
	被保险人子女	<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_____
5	受益人姓名	是否生存	性别	国籍	职业	联系地址
	被保险人子女	<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_____
6	受益人姓名	是否生存	性别	国籍	职业	联系地址
	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	联系地址
	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
 责任，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，由其监护人签字）

申请人签字：

申请日期：

年

月

日