

身故受益人身份确认表

(如果被保险人的受益人已身故,请填写“是否生存”为“否”,并请在备注中注明身故时间。)

事故者姓名			保单号码					
受益人 1	是被保险人的	姓名	是否生存	性别	国籍	职业	出生日期	联系电话
			<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否				____年__月__日	
	证件类型	证件有效期至		证件号码			与投保人关系	
		____年__月__日/ <input type="checkbox"/> 长期					<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	
	工作单位地址/住所地(若“住所地”与经常居住地不一致,请按照经常居住地填写。地址信息请详细至门牌号。)							
____省/直辖市____市____区/县								
受益人 2	是被保险人的	姓名	是否生存	性别	国籍	职业	出生日期	联系电话
			<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否				____年__月__日	
	证件类型	证件有效期至		证件号码			与投保人关系	
		____年__月__日/ <input type="checkbox"/> 长期					<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	
	工作单位地址/住所地(若“住所地”与经常居住地不一致,请按照经常居住地填写。地址信息请详细至门牌号。)							
____省/直辖市____市____区/县								
受益人 3	是被保险人的	姓名	是否生存	性别	国籍	职业	出生日期	联系电话
			<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否				____年__月__日	
	证件类型	证件有效期至		证件号码			与投保人关系	
		____年__月__日/ <input type="checkbox"/> 长期					<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	
	工作单位地址/住所地(若“住所地”与经常居住地不一致,请按照经常居住地填写。地址信息请详细至门牌号。)							
____省/直辖市____市____区/县								
受益人 4	是被保险人的	姓名	是否生存	性别	国籍	职业	出生日期	联系电话
			<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否				____年__月__日	
	证件类型	证件有效期至		证件号码			与投保人关系	
		____年__月__日/ <input type="checkbox"/> 长期					<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	
	工作单位地址/住所地(若“住所地”与经常居住地不一致,请按照经常居住地填写。地址信息请详细至门牌号。)							
____省/直辖市____市____区/县								
受益人 5	是被保险人的	姓名	是否生存	性别	国籍	职业	出生日期	联系电话
			<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否				____年__月__日	
	证件类型	证件有效期至		证件号码			与投保人关系	
		____年__月__日/ <input type="checkbox"/> 长期					<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	
	工作单位地址/住所地(若“住所地”与经常居住地不一致,请按照经常居住地填写。地址信息请详细至门牌号。)							
____省/直辖市____市____区/县								
受益人 6	是被保险人的	姓名	是否生存	性别	国籍	职业	出生日期	联系电话
			<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否				____年__月__日	
	证件类型	证件有效期至		证件号码			与投保人关系	
		____年__月__日/ <input type="checkbox"/> 长期					<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	
	工作单位地址/住所地(若“住所地”与经常居住地不一致,请按照经常居住地填写。地址信息请详细至门牌号。)							
____省/直辖市____市____区/县								
备注								

受益人声明

本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,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。

受益人签字:

声明日期: ____年__月__日

(注:上表所填可正常获取信息的全部受益人均需签字,若受益人为无民事行为能力或限制民事行为能力人,由其法定监护人签字。)