

## 受益人身份信息确认表

若受益人人数多于一人，请申请人如实填写本表。

保单基本信息												
保单合同号：												
	姓名		性别	出生日期			证件类型		证件号码			
投保人												
被保险人												
受益人信息												
受益人 (一)	姓名		性别	国籍			证件类型		证件号码			
	证件号码					有效期至						
	职业		联系电话			联系地址						
	与投保人关系： <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					与被保人关系： <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						
受益人 (二)	姓名		性别	国籍			证件类型		证件号码			
	证件号码					有效期至						
	职业		联系电话			联系地址						
	与投保人关系： <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					与被保人关系： <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						
受益人 (三)	姓名		性别	国籍			证件类型		证件号码			
	证件号码					有效期至						
	职业		联系电话			联系地址						
	与投保人关系： <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					与被保人关系： <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						
受益人 (四)	姓名		性别	国籍			证件类型		证件号码			
	证件号码					有效期至						
	职业		联系电话			联系地址						
	与投保人关系： <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					与被保人关系： <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						
<p><b>若受益人中有先于被保险人身故的，请填写本栏。</b></p> <p>姓名：_____，与被保险人的关系：_____，身故日期：_____。</p> <p>姓名：_____，与被保险人的关系：_____，身故日期：_____。</p> <p>姓名：_____，与被保险人的关系：_____，身故日期：_____。</p>												
声明及签字												
<p>本人承诺：上述信息完整、准确、真实，如存在虚假或错误，本人愿承担相关法律责任。</p> <p>申请人签名：_____ 日期：_____年___月___日</p>												