

身故受益人身份确认表

身故人姓名：	保险合同号：	险种名称：			
受益权的取得方式： <input type="checkbox"/> 指定身故受益人 <input type="checkbox"/> 法定继承人 <input type="checkbox"/> 法律认可的其他方式指定					
身故人之 _____	姓名：	是否生存： <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否	性别：	国籍：	职业：
	联系电话：	联系地址：			证件类型：
	证件号码：			证件有效期至：至 年 月 日 / <input type="checkbox"/> 长期	
身故人之 _____	姓名：	是否生存： <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否	性别：	国籍：	职业：
	联系电话：	联系地址：			证件类型：
	证件号码：			证件有效期至：至 年 月 日 / <input type="checkbox"/> 长期	
身故人之 _____	姓名：	是否生存： <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否	性别：	国籍：	职业：
	联系电话：	联系地址：			证件类型：
	证件号码：			证件有效期至：至 年 月 日 / <input type="checkbox"/> 长期	
身故人之 _____	姓名：	是否生存： <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否	性别：	国籍：	职业：
	联系电话：	联系地址：			证件类型：
	证件号码：			证件有效期至：至 年 月 日 / <input type="checkbox"/> 长期	
身故人之 _____	姓名：	是否生存： <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否	性别：	国籍：	职业：
	联系电话：	联系地址：			证件类型：
	证件号码：			证件有效期至：至 年 月 日 / <input type="checkbox"/> 长期	
身故人之 _____	姓名：	是否生存： <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否	性别：	国籍：	职业：
	联系电话：	联系地址：			证件类型：
	证件号码：			证件有效期至：至 年 月 日 / <input type="checkbox"/> 长期	

领款声明

1、我们作为被保险人的身故受益人，全体同意将上述保单理赔款转入_____银行，账户名_____，账号为_____的存折（卡）内。

2、我们保证上述信息如实填写，未遗漏其他受益人，所提交的所有身份证件、关系证明、授权委托书、遗嘱、协议、公证、判决等材料原件或复印件真实、合法、有效。如有与实际情况不符，我们愿承担因此而产生的一切法律和经济责任，与财信吉祥人寿保险股份有限公司无关。

特此声明！

声明人：_____ 声明日期：_____ 年 月 日

（注：若受益人为无民事行为能力或限制民事行为能力人，由其监护人签章）