

## 身故受益人身份确认书

### 保险合同信息栏

|        |  |       |  |
|--------|--|-------|--|
| 被保险人姓名 |  | 身份证号码 |  |
|--------|--|-------|--|

### 指定身故受益人的保险合同填写下表 (如果受益人已身故, 请在备注中注明身故时间)

| 保险合同号码: |       |       |   |   |   |
|---------|-------|-------|---|---|---|
| 受益人类型   | 受益人姓名 | 身份证号码 | 是否生存  | 与被保险人关系   | 与投保人关系  |
| 指定受益人1  |       |       | <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否 | <input type="checkbox"/> 父母 <input type="checkbox"/> 配偶 <input type="checkbox"/> 子女<br><input type="checkbox"/> 其他: | <input type="checkbox"/> 本人 <input type="checkbox"/> 父母 <input type="checkbox"/> 配偶<br><input type="checkbox"/> 子女 <input type="checkbox"/> 其他: |
| 指定受益人2  |       |       | <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否 | <input type="checkbox"/> 父母 <input type="checkbox"/> 配偶 <input type="checkbox"/> 子女<br><input type="checkbox"/> 其他: | <input type="checkbox"/> 本人 <input type="checkbox"/> 父母 <input type="checkbox"/> 配偶<br><input type="checkbox"/> 子女 <input type="checkbox"/> 其他: |
| 指定受益人3  |       |       | <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否 | <input type="checkbox"/> 父母 <input type="checkbox"/> 配偶 <input type="checkbox"/> 子女<br><input type="checkbox"/> 其他: | <input type="checkbox"/> 本人 <input type="checkbox"/> 父母 <input type="checkbox"/> 配偶<br><input type="checkbox"/> 子女 <input type="checkbox"/> 其他: |
| 备注:     |       |       |   |   |   |

### 未指定身故受益人的保险合同请填写下表 (如果被保险人法定继承人已身故, 请在备注中注明身故时间)

| 保险合同号码:      |         |       |   |         |   |
|--------------|---------|-------|---|---------|---|
| 有权领取身故保险金人类型 | 权利人姓名   | 身份证号码 | 是否生存  | 与被保险人关系 | 与投保人关系  |
| 未指定身故受益人     | 被保险人父亲  |       | <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否 | /       | <input type="checkbox"/> 本人 <input type="checkbox"/> 父母 <input type="checkbox"/> 配偶<br><input type="checkbox"/> 子女 <input type="checkbox"/> 其他: |
|              | 被保险人母亲  |       | <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否 | /       | <input type="checkbox"/> 本人 <input type="checkbox"/> 父母 <input type="checkbox"/> 配偶<br><input type="checkbox"/> 子女 <input type="checkbox"/> 其他: |
|              | 被保险人配偶  |       | <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否 | /       | <input type="checkbox"/> 本人 <input type="checkbox"/> 父母 <input type="checkbox"/> 配偶<br><input type="checkbox"/> 子女 <input type="checkbox"/> 其他: |
|              | 被保险人子女1 |       | <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否 | /       | <input type="checkbox"/> 本人 <input type="checkbox"/> 父母 <input type="checkbox"/> 配偶<br><input type="checkbox"/> 子女 <input type="checkbox"/> 其他: |
|              | 被保险人子女2 |       | <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否 | /       | <input type="checkbox"/> 本人 <input type="checkbox"/> 父母 <input type="checkbox"/> 配偶<br><input type="checkbox"/> 子女 <input type="checkbox"/> 其他: |
|              | 其他      |       | <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否 | 其他:     | <input type="checkbox"/> 本人 <input type="checkbox"/> 父母 <input type="checkbox"/> 配偶<br><input type="checkbox"/> 子女 <input type="checkbox"/> 其他: |
|              | 其他      |       | <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否 | 其他:     | <input type="checkbox"/> 本人 <input type="checkbox"/> 父母 <input type="checkbox"/> 配偶<br><input type="checkbox"/> 子女 <input type="checkbox"/> 其他: |
| 备注:          |         |       |   |         |   |

### 指定身故受益人或有权利领取身故保险金人的声明:

本人保证上述信息均如实填写, 未遗漏其他指定身故受益人或有权利领取身故保险金的人, 如所填写信息与实际情况不符, 本人愿承担相应法律责任, 与百年人寿保险股份有限公司无关。(注: 若指定身故受益人或有权利领取身故保险金的人为无民事行为能力人或限制民事行为能力人, 由其监护人签字)

指定身故受益人或有权利领取身故保险金人的签字签章:

确认日期:                      年      月      日