

复星联合健康保险股份有限公司

身故保险金申领声明书

(2023 版)



LP12-转账支付材料

复星联合健康保险股份有限公司:

被保险人(姓名) _____ 证件号码 _____ 保险合同编号 _____

项下的身故保险金受益人应为(中文数字) _____ 人(如受益人大于四人,需填写两张,以此类推)。

受益人身份信息及银行账户信息

姓名:	证件类型:	国籍:	联系电话:	受益	住所地或工作单位地址:	与被保险人关系:
性别:	证件号码:	职业:		份额:	(详细地址具体到门牌号)	<input type="checkbox"/> 父母
出生日期:	证件有效期: 年 月 日 至 年 月 日/□长期					<input type="checkbox"/> 配偶
户名:	开户行:					分行/支行:
<input type="checkbox"/> 其他: _____						
姓名:	证件类型:	国籍:	联系电话:	受益	住所地或工作单位地址:	与被保险人关系:
性别:	证件号码:	职业:		份额:	(详细地址具体到门牌号)	<input type="checkbox"/> 父母
出生日期:	证件有效期: 年 月 日 至 年 月 日/□长期					<input type="checkbox"/> 配偶
户名:	开户行:					分行/支行:
<input type="checkbox"/> 其他: _____						
姓名:	证件类型:	国籍:	联系电话:	受益	住所地或工作单位地址:	与被保险人关系:
性别:	证件号码:	职业:		份额:	(详细地址具体到门牌号)	<input type="checkbox"/> 父母
出生日期:	证件有效期: 年 月 日 至 年 月 日/□长期					<input type="checkbox"/> 配偶
户名:	开户行:					分行/支行:
<input type="checkbox"/> 其他: _____						
姓名:	证件类型:	国籍:	联系电话:	受益	住所地或工作单位地址:	与被保险人关系:
性别:	证件号码:	职业:		份额:	(详细地址具体到门牌号)	<input type="checkbox"/> 父母
出生日期:	证件有效期: 年 月 日 至 年 月 日/□长期					<input type="checkbox"/> 配偶
户名:	开户行:					分行/支行:
<input type="checkbox"/> 其他: _____						

受益人郑重声明:

- 以上信息均属实,受益人并无遗漏,且被保险人生前未立下遗嘱、遗赠以及遗赠抚养协议等法律文书,贵公司根据本声明给付保险金之后,不再承担上述保险合同任何其他给付责任。
- 如有其他受益人或利害关系人主张上述保险合同项下的受益权利,或因保险金领取发生任何纠纷或法律责任,均由已领取保险金的受益人处理并承担全部法律责任,贵公司不承担任何保险金分配的法律风险。
- 受益人签名(18周岁以下未成年由法定监护人签名)。

受益人签名:			
签署日期:			