

中国平安人寿保险股份有限公司

身故受益人身份确认表

身故被保险人姓名	
----------	--

指定身故受益人的保单请填写下表（如果受益人已身故，请在备注中注明身故时间）							
保单号：				险种名称：			
受益人类型	姓名	国籍	身份证件号码	性别	职业	是否生存	与投保人关系
指定受益人		<input type="checkbox"/> 中国 <input type="checkbox"/> 其他：		<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女		<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否	<input type="checkbox"/> 本人 <input type="checkbox"/> 父母 <input type="checkbox"/> 配偶 <input type="checkbox"/> 子女 <input type="checkbox"/> 其他：
指定受益人		<input type="checkbox"/> 中国 <input type="checkbox"/> 其他：		<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女		<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否	<input type="checkbox"/> 本人 <input type="checkbox"/> 父母 <input type="checkbox"/> 配偶 <input type="checkbox"/> 子女 <input type="checkbox"/> 其他：
指定受益人		<input type="checkbox"/> 中国 <input type="checkbox"/> 其他：		<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女		<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否	<input type="checkbox"/> 本人 <input type="checkbox"/> 父母 <input type="checkbox"/> 配偶 <input type="checkbox"/> 子女 <input type="checkbox"/> 其他：
指定受益人		<input type="checkbox"/> 中国 <input type="checkbox"/> 其他：		<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女		<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否	<input type="checkbox"/> 本人 <input type="checkbox"/> 父母 <input type="checkbox"/> 配偶 <input type="checkbox"/> 子女 <input type="checkbox"/> 其他：

未指定身故受益人或身故受益人为“法定”的保单请填写下表（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）							
保单号：				险种名称：			
受益人类型	姓名	国籍	身份证件号码	性别	职业	是否生存	与投保人关系
被保险人父亲		<input type="checkbox"/> 中国 <input type="checkbox"/> 其他：		<input checked="" type="checkbox"/> 男		<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否	<input type="checkbox"/> 本人 <input type="checkbox"/> 父母 <input type="checkbox"/> 配偶 <input type="checkbox"/> 子女 <input type="checkbox"/> 其他：
被保险人母亲		<input type="checkbox"/> 中国 <input type="checkbox"/> 其他：		<input checked="" type="checkbox"/> 女		<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否	<input type="checkbox"/> 本人 <input type="checkbox"/> 父母 <input type="checkbox"/> 配偶 <input type="checkbox"/> 子女 <input type="checkbox"/> 其他：
被保险人配偶		<input type="checkbox"/> 中国 <input type="checkbox"/> 其他：		<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女		<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否	<input type="checkbox"/> 本人 <input type="checkbox"/> 父母 <input type="checkbox"/> 配偶 <input type="checkbox"/> 子女 <input type="checkbox"/> 其他：
被保险人子女		<input type="checkbox"/> 中国 <input type="checkbox"/> 其他：		<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女		<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否	<input type="checkbox"/> 本人 <input type="checkbox"/> 父母 <input type="checkbox"/> 配偶 <input type="checkbox"/> 子女 <input type="checkbox"/> 其他：
被保险人子女		<input type="checkbox"/> 中国 <input type="checkbox"/> 其他：		<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女		<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否	<input type="checkbox"/> 本人 <input type="checkbox"/> 父母 <input type="checkbox"/> 配偶 <input type="checkbox"/> 子女 <input type="checkbox"/> 其他：
被保险人子女		<input type="checkbox"/> 中国 <input type="checkbox"/> 其他：		<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女		<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否	<input type="checkbox"/> 本人 <input type="checkbox"/> 父母 <input type="checkbox"/> 配偶 <input type="checkbox"/> 子女 <input type="checkbox"/> 其他：
其他：		<input type="checkbox"/> 中国 <input type="checkbox"/> 其他：		<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女		<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否	<input type="checkbox"/> 本人 <input type="checkbox"/> 父母 <input type="checkbox"/> 配偶 <input type="checkbox"/> 子女 <input type="checkbox"/> 其他：
其他：		<input type="checkbox"/> 中国 <input type="checkbox"/> 其他：		<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女		<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否	<input type="checkbox"/> 本人 <input type="checkbox"/> 父母 <input type="checkbox"/> 配偶 <input type="checkbox"/> 子女 <input type="checkbox"/> 其他：
备注：							

申请人声明	
申请人保证上述信息均如实填写，未遗漏其他受益人，如所填写信息与实际情况不符，申请人愿承担相应法律责任，与中国平安人寿保险股份有限公司无关。	
（注：若受益人为无民事行为能力人或限制民事行为能力人，由其监护人签章）	
申请人签章：	申请日期： 年 月 日