

客户身份识别登记表

保单号			
投保人姓名 (或单位名称)			
被保险人姓名		受益人姓名	
申请项目	<input type="checkbox"/> 生存金领取 <input type="checkbox"/> 满期给付 <input type="checkbox"/> 年金领取 <input type="checkbox"/> 离职保险金给付 <input type="checkbox"/> 保险金年金转换 <input type="checkbox"/> 理赔业务 <input type="checkbox"/> 其他_____		
申请资格人	<input type="checkbox"/> 被保险人或其监护人 <input type="checkbox"/> 生存受益人 <input type="checkbox"/> 身故受益人		
被保险人与投保人关系		受益人与投保人关系	
被保险人身份信息		受益人身份信息	
性别： <input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女 国籍： <input type="checkbox"/> 中国 <input type="checkbox"/> 其他_____		<input type="checkbox"/> 同被保险人（如勾选此项下面信息免填） 性别： <input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女 国籍： <input type="checkbox"/> 中国 <input type="checkbox"/> 其他_____	
职业：_____		职业：_____	
证件类型： <input type="checkbox"/> 身份证 <input type="checkbox"/> 其他_____		证件类型： <input type="checkbox"/> 身份证 <input type="checkbox"/> 其他_____	
证件号码：_____		证件号码：_____	
证件有效期： <input type="checkbox"/> 长期 <input type="checkbox"/> 证件止期_____		证件有效期： <input type="checkbox"/> 长期 <input type="checkbox"/> 证件止期_____	
联系地址：_____		联系地址：_____	
联系电话：_____		联系电话：_____	

● 注：多位受益人办理相关业务，需填写每位受益人信息。

申请资格人（或代办人）签字：_____

登记日期：_____