

身故受益人身份确认声明

被保险人姓名		保单号码							
受益人 1	姓名	姓别	<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女	国籍		职业		仅为中国税收居民	<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否
	证件类型	证件号码						证件有效期至	
	与投保人关系	<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:			与被保险人关系		<input type="checkbox"/> 父母 <input type="checkbox"/> 配偶 <input type="checkbox"/> 子女 <input type="checkbox"/> 其他:		
	联系地址	省/自治区		市		区/县		(写至门牌号)	
	联系电话			理赔金分配比例				理赔金分配金额 (元)	
	账户名	开户行				银行账号			
受益人 2	姓名	姓别	<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女	国籍		职业		仅为中国税收居民	<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否
	证件类型	证件号码						证件有效期至	
	与投保人关系	<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:			与被保险人关系		<input type="checkbox"/> 父母 <input type="checkbox"/> 配偶 <input type="checkbox"/> 子女 <input type="checkbox"/> 其他:		
	联系地址	省/自治区		市		区/县		(写至门牌号)	
	联系电话			理赔金分配比例				理赔金分配金额 (元)	
	账户名	开户行				银行账号			
受益人 3	姓名	姓别	<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女	国籍		职业		仅为中国税收居民	<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否
	证件类型	证件号码						证件有效期至	
	与投保人关系	<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:			与被保险人关系		<input type="checkbox"/> 父母 <input type="checkbox"/> 配偶 <input type="checkbox"/> 子女 <input type="checkbox"/> 其他:		
	联系地址	省/自治区		市		区/县		(写至门牌号)	
	联系电话			理赔金分配比例				理赔金分配金额 (元)	
	账户名	开户行				银行账号			
受益人 4	姓名	姓别	<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女	国籍		职业		仅为中国税收居民	<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否
	证件类型	证件号码						证件有效期至	
	与投保人关系	<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:			与被保险人关系		<input type="checkbox"/> 父母 <input type="checkbox"/> 配偶 <input type="checkbox"/> 子女 <input type="checkbox"/> 其他:		
	联系地址	省/自治区		市		区/县		(写至门牌号)	
	联系电话			理赔金分配比例				理赔金分配金额 (元)	
	账户名	开户行				银行账号			
受益人 5	姓名	姓别	<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女	国籍		职业		仅为中国税收居民	<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否
	证件类型	证件号码						证件有效期至	
	与投保人关系	<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:			与被保险人关系		<input type="checkbox"/> 父母 <input type="checkbox"/> 配偶 <input type="checkbox"/> 子女 <input type="checkbox"/> 其他:		
	联系地址	省/自治区		市		区/县		(写至门牌号)	
	联系电话			理赔金分配比例				理赔金分配金额 (元)	
	账户名	开户行				银行账号			

共同声明

根据《中华人民共和国民法典》《中华人民共和国保险法》等相关法律规定，我们作为被保险人的法定继承人，确认以上信息真实，我们取得继承权的方式合法有效，且我们已向长城人寿提交真实、合法、有效的身份及继承关系证明文件，不存在遗漏、隐瞒其他继承人信息的情况。我们在自愿友好协商的基础上达成一致，共同约定将以上保险合同项下的理赔金以以上比例分配，并认可长城人寿以该比例转账给付。我们均确认，提出理赔申请时，我们之间、我们与第三人之间不存在有关以上保险金继承的任何纠纷（包括但不限于已经发生或可能发生的诉讼、仲裁、执行、强制措施等），因我们的约定（含身份登记）内容致使本约定书列明的继承人或第三人向长城人寿主张权利或者造成长城人寿损失的，长城人寿有权要求我方承担全部责任，包括但不限于追回保险金。

全部受益人签名：

签名日期：