



复星联合健康保险股份有限公司

身故保险金申领声明书（2025 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				
受益人1基本信息			与被保险人的关系: <input type="checkbox"/> 父母 <input type="checkbox"/> 配偶 <input type="checkbox"/> 子女 <input type="checkbox"/> 其他:	
姓名:	性别: <input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女	出生日期: 年 月 日	受益比例:	
证件类型: <input type="checkbox"/> 身份证 <input type="checkbox"/> 其他:	证件号码:			
证件有效期: 年 月 日至 年 月 日/ <input type="checkbox"/> 长期	联系电话:			
银行账户信息（如已填写授权委托书委托领款，此处可不再填写）			户名:	
开户行: 银行	分行/支行	银行账号:		
受益人2基本信息			与被保险人的关系: <input type="checkbox"/> 父母 <input type="checkbox"/> 配偶 <input type="checkbox"/> 子女 <input type="checkbox"/> 其他:	
姓名:	性别: <input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女	出生日期: 年 月 日	受益比例:	
证件类型: <input type="checkbox"/> 身份证 <input type="checkbox"/> 其他:	证件号码:			
证件有效期: 年 月 日至 年 月 日/ <input type="checkbox"/> 长期	联系电话:			
银行账户信息（如已填写授权委托书委托领款，此处可不再填写）			户名:	
开户行: 银行	分行/支行	银行账号:		
受益人3基本信息			与被保险人的关系: <input type="checkbox"/> 父母 <input type="checkbox"/> 配偶 <input type="checkbox"/> 子女 <input type="checkbox"/> 其他:	
姓名:	性别: <input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女	出生日期: 年 月 日	受益比例:	
证件类型: <input type="checkbox"/> 身份证 <input type="checkbox"/> 其他:	证件号码:			
证件有效期: 年 月 日至 年 月 日/ <input type="checkbox"/> 长期	联系电话:			
银行账户信息（如已填写授权委托书委托领款，此处可不再填写）			户名:	
开户行: 银行	分行/支行	银行账号:		
受益人4基本信息			与被保险人的关系: <input type="checkbox"/> 父母 <input type="checkbox"/> 配偶 <input type="checkbox"/> 子女 <input type="checkbox"/> 其他:	
姓名:	性别: <input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女	出生日期: 年 月 日	受益比例:	
证件类型: <input type="checkbox"/> 身份证 <input type="checkbox"/> 其他:	证件号码:			
证件有效期: 年 月 日至 年 月 日/ <input type="checkbox"/> 长期	联系电话:			
银行账户信息（如已填写授权委托书委托领款，此处可不再填写）			户名:	
开户行: 银行	分行/支行	银行账号:		
受益人郑重声明:				
1. 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。				
2. 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责任。				
3. 受益人签名（18周岁以下未成年人由法定监护人签名）。				
受益人签名:				
签署日期:				

公司地址：广东省广州市天河区华穗路 406 号 17 层自编 01-03 单元

客服热线：4006-11-7777 公司网站：www.fosun-uhi.com