

受益人资料补充告知

保险合同号码：_____

投保人：_____被保险人：_____填写日期：_____年____月____日

受益人姓名		与投保人关系	
性 别	<input type="radio"/> 男 <input type="radio"/> 女	出生日期	年 月 日
受益人性质	<input type="radio"/> 身故受益人 <input type="radio"/> 生存受益人		
证件类型		证件有效期限	年 月 日
证件号码			
国 籍		民 族	
受益人居民型	<input type="radio"/> 城镇 <input type="radio"/> 农村		
户口所在地			
职业代码		工作内容	
受益人家庭地址			
邮 编			
受益人移动电话			
受益人家庭电话			
受益人固定电话			
受益人年收入：			
受益人家庭年收入			

※ 投保人及被保险人请在申请书上亲自签名，并与留存在本公司的签名保持一致。

被保险人或

投保人签名_____其监护人签名_____联系电话_____

(以上须本人亲自签名，若被保险人与投保人为同一人，则投保人签名视为被保险人签名)

代办人签名_____证件号码_____联系电话_____

受理人签名_____受理日期_____备注_____