



POS101A012

受益人信息登记表

温馨提示：

- 1、请在下表中进一步完善受益人基本信息。
- 2、请使用蓝黑色、黑色钢笔（或墨水笔）正楷、清晰、准确、完整填写。

保险合同号 _____

姓名		性别	<input type="checkbox"/> 男性 <input type="checkbox"/> 女性
国籍		出生日期	年 月 日
与投保人的关系		与被保险人的关系	
身份证件类型	<input type="checkbox"/> 身份证 <input type="checkbox"/> 户口簿 <input type="checkbox"/> 护照 <input type="checkbox"/> 其他 _____		
证件号码			
有效日期	至	职业	
联系电话/手机			
常住地址			

指定原因： _____

授权声明及签名：

为实现个人保险实名制管理目的的需要，本人同意贵司可采集本人办理保险业务所需的信息要素（包括但不限于姓名、证件类型、证件号码、证件有效期起止期限等），传递给贵司的必要合作机构及信息认证专门机构进行有效性核验并向贵司反馈；贵司可采集涉及本人的保险业务信息（包括但不限于证件信息、办理的保险业务种类、基本内容等），并由贵司的必要合作机构进行存储、登记，上述各单位均可对上述信息进行合理的使用与传递。

投保人签名： _____ 被保险人签名： _____

监护人签名： _____ 受益人签名： _____

签署日期： _____年____月____日