

# 资格人身故声明

富德生命人寿保险股份有限公司：

因保险合同（合同号：\_\_\_\_\_）的□投保人/□被保险人\_\_\_\_\_（有效证件类型：\_\_\_\_\_证件号码：\_\_\_\_\_）于\_\_\_\_\_年\_\_\_\_\_月\_\_\_\_\_日身故，现提出保险合同申请项下\_\_\_\_\_（保全项目）变更事宜。

保险合同相关权益的继承方式：□法定继承/□遗嘱继承，现有资格人的继承人：

- 1、\_\_\_\_\_（关系）：\_\_\_\_\_（有效证件类型：\_\_\_\_\_证件号码：\_\_\_\_\_）
- 2、\_\_\_\_\_（关系）：\_\_\_\_\_（有效证件类型：\_\_\_\_\_证件号码：\_\_\_\_\_）
- 3、\_\_\_\_\_（关系）：\_\_\_\_\_（有效证件类型：\_\_\_\_\_证件号码：\_\_\_\_\_）
- 4、\_\_\_\_\_（关系）：\_\_\_\_\_（有效证件类型：\_\_\_\_\_证件号码：\_\_\_\_\_）
- 5、\_\_\_\_\_（关系）：\_\_\_\_\_（有效证件类型：\_\_\_\_\_证件号码：\_\_\_\_\_）
- 6、\_\_\_\_\_（关系）：\_\_\_\_\_（有效证件类型：\_\_\_\_\_证件号码：\_\_\_\_\_）

（如果有多个继承人，需完整列明）

同意由继承人代表\_\_\_\_\_（有效证件类型：\_\_\_\_\_证件号码：\_\_\_\_\_）在\_\_\_\_\_年\_\_\_\_\_月\_\_\_\_\_日至\_\_\_\_\_年\_\_\_\_\_月\_\_\_\_\_日期间内代为办理保险合同变更事宜。

其他继承人同意放弃保险合同的相关权益。

继承人代表 身份基本信息	姓名：	性别：	职业：	职业代码：
	国籍：	有效证件类型：	证件号码：	
	证件有效期：	联系电话：		
	联系地址：	省/自治区	市	区/县

如涉及退费，同意将退费金额转入继承人代表指定账户：

开户银行：\_\_\_\_\_省\_\_\_\_\_市\_\_\_\_\_银行\_\_\_\_\_分行\_\_\_\_\_支行

账户持有人：\_\_\_\_\_银行账号：\_\_\_\_\_

**签名确认：**

继承人 1：\_\_\_\_\_ 继承人 2：\_\_\_\_\_

继承人 3：\_\_\_\_\_ 继承人 4：\_\_\_\_\_

继承人 5：\_\_\_\_\_ 继承人 6：\_\_\_\_\_

注：1. 如果继承人中有一位或多位已身故，需在声明中作出说明。

2. 如果继承方式为遗嘱继承，原则上须提供经过公证或者经所有法定继承人签字认可的遗嘱原件。

3. 委托授权期间不得超过20天（含），逾期或超过20天本公司将不受理该委托。