

法定继承人联合声明

保单号为 _____ 的投保人/被保险人/受益人
_____ 于 _____ 年 _____ 月 _____ 日因 _____ 已身故。作为该投保人/被保险人/受益人的所有法定继承人共 _____ (大写) 位, 现共同向保险公司提出 _____ 申请, 并联合委托 _____ (身份证号 _____) 前来办理申请手续, 若涉及退费, 同意贵公司将相关款项转入该受托人的银行帐户 (银行名称 _____ 银行帐号 _____)。

该投保人/被保险人/受益人的全体法定继承人之间已经就该保险合同的 _____ 申请达成一致意见, 一致同意由上述受托人全权办理前述申请及领取相关款项, 并对所提供声明、相关证明资料的真实、全面、有效性负法律责任。如法定继承人之间发生纠纷, 利安人寿保险股份有限公司将不承担任何责任。

为维护您自身的合法权益, 避免不必要的纠纷, 请如实填写下表, 并提供您的身份证明及您与投保人/被保险人/受益人的相互关系证明。

与身故人关系	姓名	身份证号码	是否生存	授权及关系确认签字栏
配偶				
父亲				
母亲				
子女共()人				

备注: 上述继承人若已身故, 请在签字确认栏注明身故时间, 时间须精确到年/月/日。

村(居)委会证明: 表格中所填内容 _____ (请注明是否真实, 谢谢配合!)

经办人签字: _____ 村(居)委会章 _____ 年 _____ 月 _____ 日

派出所证明: 表格中所填内容 _____ (请注明是否真实, 谢谢配合!)

经办人签字: _____ 派出所户籍章 _____ 年 _____ 月 _____ 日