

身故受益人身份确认表

为确认医疗救助对象的身故受益人，请如实填写下表：

受益人类型	姓名	身份证号码	性别	是否生存
被保险人父亲				
被保险人母亲				
被保险人配偶				
被保险人子女				
被保险人子女				
被保险人子女				
被保险人子女				
其他				
其他				

备注：

受益人声明

本人保证上述信息均如实填写，未遗漏其他受益人。如因填写内容与实际情况不符而产生纠纷，本人愿承担全部法律责任，与东吴人寿保险股份有限公司无关。

注：1、受益人需亲笔签名确认。

2、若受益人为无民事行为能力人或限制民事行为能力人，由其监护人签名。

受益人签名：

签署日期：

证明单位盖章