



## 客户身份识别资料告知书（1/3）

尊敬的客户：

根据相关国家和金融监管机构法律法规的要求，符合以下任一情况，本公司应记录留存投保单位的基本信息并收取相关资料，烦请贵公司协助提供具体信息并填制如下表一、表二，并加盖公章，谢谢配合！

符合本次信息收集要求的情况是：

- ☐ 单个被保险人或分摊到每个被保险人的保险费金额达到人民币20万元及以上或者外币等值2万美元及以上的保险合同
- ☐ 客户申请实际退还的保险费或者保单现金价值达到人民币1万元及以上或者外币等值1000美元以上
- ☐ 被保险人或者受益人委托投保单位领取保险金且单个被保人涉及的理赔金额达到人民币1万元及以上或者外币等值1000美元及以上
- ☐ 其他 \_\_\_\_\_

友邦人寿保险有限公司\_\_\_\_\_分公司



## 客户身份识别资料告知书（2/3）

表一：(以下内容由投保人填写，请先勾选贵公司所属类型，并按照要求在表二中提供受益所有人信息和提供相关资料)

| 贵机构所属的企业或组织类型            |                                                                                                                                                      | 所提供的受益所有人信息和资料清单                                                                                                                                                                                                                                                 |
|--------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> | 公司制企业                                                                                                                                                | 1. <b>机构的营业执照</b> 或其他用于验证企业客户身份的文件等；<br>2. <b>机构的备忘录、公司章程或</b> 董事会、高级管理层和股东名单、各股东持股数量以及持股类型（包括相关投票权类型）；<br>3. 请告知直接或者间接拥有 <b>超过 25%贵机构股权及收益权、表决权</b> 的自然人信息及比例；<br>4. 请告知 <b>通过协议约定、关系密切的人</b> 等其他方式对贵机构实施控制的自然人信息；<br>5. 若无“3”和“4”，请告知公司的高级管理人员（如：法定代表人）信息及其职务； |
| <input type="checkbox"/> | 合伙企业                                                                                                                                                 | 1. <b>机构的营业执照或</b> 其他用于验证企业客户身份的文件等；<br>2. <b>机构的合伙协议</b> ；<br>3. 请告知拥有 <b>超过 25%合伙权益及收益权、表决权</b> 的自然人的信息及比例；<br>4. 请告知 <b>通过协议约定、关系密切的人</b> 等其他方式对贵机构实施控制的自然人信息；<br>5. 若无“3”和“4”，请告知高级管理人员信息（如：法定代表人）及其职务；                                                      |
| <input type="checkbox"/> | <ul style="list-style-type: none"><li>● 个体工商户、个人独资企业、不具备法人资格的专业服务机构</li><li>● 经营农林渔牧产业的非工资制农民专业合作组织</li><li>● 受政府控制的企事业单位</li><li>● 其他</li></ul>     | 1. 机构的营业执照、注册证书或其他用于验证企业客户身份的文件等；<br>2. 告知受益所有人类型（法定代表人/实际控制人）及对应的人员信息；                                                                                                                                                                                          |
| <input type="checkbox"/> | <ul style="list-style-type: none"><li>● 各级党的机关、国家权力机关、行政机关、司法机关、军事机关、人民政协机关和人民解放军、武警部队、参照公务员法管理的事业单位</li><li>● 政府间国际组织、外国政府驻华使领馆及办事处等机构及组织</li></ul> | 无需提供资料和信息                                                                                                                                                                                                                                                        |

注：上表中的自然人信息是指：姓名、证件类型、证件号码、证件有效期、国籍、住所地址

投保人公章：

盖章日期：



## 客户身份识别资料告知书（3/3）

表二：（以下内容由投保人填写）

| 保险合同编号：                                   |  | 投保人名称：               |  |
|-------------------------------------------|--|----------------------|--|
| 1. 统一社会信用代码号码：_____（如无统一社会信用代码，请填写组织机构代码） |  |                      |  |
| 2. 法定代表人姓名：_____                          |  | 证件类型：_____有效期限：_____ |  |
| 3. 负责人姓名：_____                            |  | 证件类型：_____有效期限：_____ |  |
| 4. 经办人姓名：_____                            |  | 证件类型：_____有效期限：_____ |  |
| 5. 受益所有人（填写要求及所需资料见表一）：                   |  |                      |  |
| 受益所有人1                                    |  | 受益所有人2               |  |
| 姓名：_____                                  |  | 姓名：_____             |  |
| 证件类型：_____                                |  | 证件类型：_____           |  |
| 证件号码：_____                                |  | 证件号码：_____           |  |
| 有效期限：_____                                |  | 有效期限：_____           |  |
| 国籍：_____                                  |  | 国籍：_____             |  |
| 职务：_____                                  |  | 职务：_____             |  |
| 股权/收益权/表决权比例：_____                        |  | 股权/收益权/表决权比例：_____   |  |
| 地址：_____                                  |  | 地址：_____             |  |
| 受益所有人3                                    |  | 受益所有人3               |  |
| 姓名：_____                                  |  | 姓名：_____             |  |
| 证件类型：_____                                |  | 证件类型：_____           |  |
| 证件号码：_____                                |  | 证件号码：_____           |  |
| 有效期限：_____                                |  | 有效期限：_____           |  |
| 国籍：_____                                  |  | 国籍：_____             |  |
| 职务：_____                                  |  | 职务：_____             |  |
| 股权/收益权/表决权比例：_____                        |  | 股权/收益权/表决权比例：_____   |  |
| 地址：_____                                  |  | 地址：_____             |  |

**注：需同时提供法定代表人、负责人、经办人、受益所有人的有效身份证件复印件或影印件；“职务”请填写具体职位，请勿填写“其他”；“地址”请填写至经常居住地门牌号。**

备注：若以上表格不够填写，投保人可自行复印填写。上述信息如发生变更，请及时告示本公司。

投保人公章：

盖章日期：