



## 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5万元及以上或者外币等值1万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5万元及以上或者外币等值1万美元及以上

☐ 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		受益所有人信息	提供资料清单
<input type="checkbox"/>	公司制企业 (分支机构请提供总公司机构信息和资料)	1. 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； 2. 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； 3. 若无“1”和“2”，请告知公司的高级管理人员（如：法定代表人）信息及其职务；	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； 2. <b>机构的备忘录、公司章程</b> 或董事会、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）；
<input type="checkbox"/>	合伙企业（分支机构请提供总公司机构信息和资料）	1. 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； 2. 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； 3. 若无“1”和“2”，请告知高级管理人员信息（如：法定代表人）及其职务；	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； 2. <b>机构的合伙协议，合伙人名单、各合伙人承担责任的方式以及合伙人持有的合伙权益比例</b> ；
<input type="checkbox"/>	外国公司分支机构	1. 请告知贵机构高级管理人员信息（如：法定代表人、负责人）及其职务； 2. 请告知贵机构 <b>外国母公司的</b> 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；及 <b>通过协议约定、关系密切的人</b> 等其他方式对贵机构 <b>外国母公司</b> 实施控制的自然人信息	1. 贵机构及 <b>外国母公司的营业执照</b> 或其他用于验证企业客户身份的文件等； 2. 贵机构 <b>外国母公司的备忘录、公司章程</b> 或董事会、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）；
<input type="checkbox"/>	<ul style="list-style-type: none"><li>不具备法人资格的专业服务机构</li><li>城镇农村的合作经济组织法人、国有独资、国有控股公司以及全民所有制企业、集体所有制企业和联营企业</li><li>个人独资企业、合格境外投资者、外国企业常驻代表机构、社会团体、基金会、社会服务机构等社会组织</li></ul>	告知受益所有人类型（法定代表人/负责人/投资人）及对应的人员信息；	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；
<input type="checkbox"/>	<ul style="list-style-type: none"><li>机关法人及代表其行使职权的派出机构、临时性机构，包括政党机关、人大机关、政协机关、行政机关、监察机关、司法机关、军事机关等及代表其行使职权的派出机构、临时性机构</li><li>事业单位、基层群众性自治组织法人，包括居民委员会和村民委员会农村集体经济组织法人</li><li>政府间国际组织、外国政府、外国政府驻华使领馆及办事处等组织及机构</li></ul>	无需提供资料和信息	

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. 经办人姓名：_____证件号码：_____证件类型：_____有效期限：_____			
3. 受益所有人（填写要求及所需资料见表一）：			
<b>受益所有人1</b>		<b>受益所有人2</b>	
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：_____	
性别：_____		性别：_____	
国籍：_____		国籍：_____	
出生日期：_____		出生日期：_____	
职务：_____		职务：_____	
<b>受益所有权类型（如适用）</b>		<b>受益所有权类型（如适用）</b>	
<input type="checkbox"/> 股权/合伙权益比例：_____, 形成时间：_____		<input type="checkbox"/> 股权/合伙权益比例：_____, 形成时间：_____	
<input type="checkbox"/> 收益权/表决权比例：_____, 形成时间：_____		<input type="checkbox"/> 收益权/表决权比例：_____, 形成时间：_____	
<input type="checkbox"/> 协议约定/关系密切：_____, 形成时间：_____		<input type="checkbox"/> 协议约定/关系密切：_____, 形成时间：_____	
<b>受益所有人3</b>			
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：_____	
性别：_____		性别：_____	
国籍：_____		国籍：_____	
出生日期：_____		出生日期：_____	
职务：_____		职务：_____	
<b>受益所有权类型（如适用）</b>		<b>受益所有权类型（如适用）</b>	
<input type="checkbox"/> 股权/合伙权益比例：_____, 形成时间：_____		<input type="checkbox"/> 股权/合伙权益比例：_____, 形成时间：_____	
<input type="checkbox"/> 收益权/表决权比例：_____, 形成时间：_____		<input type="checkbox"/> 收益权/表决权比例：_____, 形成时间：_____	
<input type="checkbox"/> 协议约定/关系密切：_____, 形成时间：_____		<input type="checkbox"/> 协议约定/关系密切：_____, 形成时间：_____	

**注：需同时提供经办人、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”；“股权/合伙权益、收益权/表决权”需填写所有25%及以上的受益所有权比例；如为上市公司或国有独资公司、国有控股公司、全民所有制企业的单位，受益所有人可仅提供姓名、性别、国籍、出生日期及公开照片；**

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：