收件日期盖章

友邦团体保险身故保险金受益人收集表

投保人名称：_____

保险合同编号：_____

指定身故保险金受益人如下：

被保险人姓名	被保险人编号	身份证/护照号码	受益人姓名	性别	出生日期	证件类型	受益人身份证件号码	受益份额	与被保险人关系	受益人联系电话	被保险人签署
								%			
								%			
								%			
								%			
								%			
								%			
								%			
								%			
								%			
								%			
								%			

								%			
								%			
								%			
								%			
								%			
								%			
								%			
								%			
								%			
								%			
								%			

填写须知：

1. 若未填写受益份额，身故保险金受益人按照相等份额享有身故保险金。
2. 保险合同办理续保申请时，以被保险人最近申请的受益人申报为准，若不办理指定受益人的变更，原指定受益人继续有效。
3. 身故保险金受益人应为被保险人的父母、配偶、子女或监护人，除法律另有规定外。

投保人、被保险人及受益人声明与授权：

1. 本收集表构成原投保单的组成部分。
2. 在填写本收集表及提供上述信息和资料时，若有任何虚报或陈述不实，除法律另有规定外，贵公司有权拒绝给付相应保险金的申请。
3. 贵公司须遵守或同意遵守相关法律、法规、监管规定或其他要求（以下简称“报告要求”）。因此，本投保人同意并授权贵公司基于上述报告要求将本投保人的信息或资料提供给任何政府部门、监管机构和/或第三方。同时，本投保人应确保在获得被保险人及受益人的同意和合法有效授权后同意及授权贵公司持有、使用本投保人提供的被保险人及受益人资料，以及同意并授权贵公司将该资料提供及披露予与贵公司有关联的个人或组织或任何被选择的境内外第三方，用以处理保险申请、提供客户服务及推荐产品和服务或用于公益目的；若因被保险人及受益人资料和信息的授权以及与此相关的使用而产生的纠纷、损失、损害或要求赔偿，本投保人将承担全部的法律责任。

经办人签名　　投保人公章　　日期