



声 明 书

华泰人寿保险股份有限公司：

因_____号保险合同下的投保人_____身故，现由投保人的合法继承人共同委托_____（身份证件号码：_____）前来贵司申请办理相关事宜，并作如下声明与承诺：

一、投保人的合法继承人情况声明

1. 合法继承人：

序号	姓 名	与投保人关系	身份证件号码	至今是否生存
1				<input type="checkbox"/> 是 / <input type="checkbox"/> 否
2				<input type="checkbox"/> 是 / <input type="checkbox"/> 否
3				<input type="checkbox"/> 是 / <input type="checkbox"/> 否
4				<input type="checkbox"/> 是 / <input type="checkbox"/> 否
5				<input type="checkbox"/> 是 / <input type="checkbox"/> 否
6				<input type="checkbox"/> 是 / <input type="checkbox"/> 否

2. 投保人的上述全体合法继承人可对本保险合同做出如下处置：

(1) 解除保险合同，并按照以上保险合同中约定的退保方式领取退费，共同委托继承人_____（身份证件号码：_____）为申请人，领取退保费用。领取方式： 现金 银行转账 开户行：_____，户名：_____，银行账号：_____。

(2) 变更以上保险合同的投保人为_____，身份证件号码_____，与被保险人关系为_____。

华泰人寿保险股份有限公司按照投保人的全体合法继承人的要求，对_____号保险合同进行以上第_____项处置（不可复选）。

注：请提供所有合法继承人身份证明及与投保人关系证明，办理解除合同的还需提供领取人的银行转账存折原件。

二、承诺

1. 以上内容均真实有效，如有虚假，我们自愿向贵公司返还已领取的退保金，并承担一切法律责任。

2. 在领取退保金后，领取人承诺将代为送交属于其他合法继承人的相应份额的退保金。如有表格上未列继承人或者上述继承人就上述退保金的给付及份额与贵公司产生异议或纠纷，领取人负责处理并承担贵公司因此遭受的一切损失。

3. 本次变更投保人属全体合法继承人的共同意愿。贵公司变更投保人后，无论任何人因何种理由主张该保单有关权益的，由此产生的法律责任由上述合法继承人共同承担。

特此声明！

投保人的全体合法继承人签字：

	年	月	日		年	月	日
	年	月	日		年	月	日
	年	月	日		年	月	日