

受益人变更问卷

保单号	被保险人	身故保额

指定受益人基本信息：

姓名		证件类型	
证件号码		证件有效期	
职业		联系电话	
与被保险人关系			
受益人住所			

被保险人本次指定受益人因由：

声明：本调查问卷是保险合同的重要组成部分，上述各项回答均属实，如有不实告知，任何基于此问卷签发的保险合同视为无效。

投保人签字

被保人签字

签署日期年月日