华泰保险
Huatai Insurance Group
安达成员公司 A Chubb Company

# 法定继承人联合声明

**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，作为该投保人的所有法定继承人共 _____位，现共同向贵公司提出下方变更申请，委托_____（证件号码：_____ ）前来办理变更事宜，并作如下声明：

投保人的全体法定继承人之间已经就该保险合同的处置达成一致意见，一致同意（☐变更投保人/☐退保/☐红利领取/☐其他_____）并对所提供声明和相关资料的真实、全面、有效性负法律责任。如全体法定继承人之间发生纠纷，华泰人寿保险股份有限公司不承担任何责任。

☐ **投保人变更**

变更后新投保人为_____，证件号码：_____。

☐ **解除保险合同，并按照保险合同约定领取退保金/☐领取红利**

领取方式：☐转账方式　☐其他_____

开户银行：_____，户名：_____，银行账号：_____。

☐ **其他**

保全项目：_____。

**法定继承人情况声明：**

| 序号 | 姓　名 | 与投保人关系 | 身份证件号码 | 联系电话 | 至今是否生存 |
|---|---|---|---|---|---|
| 1 | | | | | ☐是 / ☐否 |
| 2 | | | | | ☐是 / ☐否 |
| 3 | | | | | ☐是 / ☐否 |
| 4 | | | | | ☐是 / ☐否 |
| 5 | | | | | ☐是 / ☐否 |
| 6 | | | | | ☐是 / ☐否 |

**注：1. 请提供所有法定继承人身份证明及与投保人关系证明。**

**2. 其它保全信息以保全申请书填写内容为准。**

**法定继承人签字：**

_____　年　月　日　_____　年　月　日

_____　年　月　日　_____　年　月　日

_____　年　月　日　_____　年　月　日