LPSQ000002

贺喜金申请表

金盛保险
AXA-Minmetals Assurance
重新定义／引领标准

金盛人寿保险有限公司（以下简称“金盛”、“本公司”、“贵公司”）

保险合同编号: a) 508-8888888

b)

被保险人/申请人填写（此表格上所有栏目请详细填写以保证顺利给付）

1. 被保险人姓名：林 三	2.出生日期: 1981 年 11 月 16 日	3.身份证/护照号码: 3 1 0 1 1 5 1 9 8 1 1 1 6 0 0 0 0 1
4. 联络地址/邮编/电话: 上海市大连西路 30 弄 38 号 1403 室 201500 13566666666		
5. 分娩医院名称、地址: 上海市第一妇婴保健院		
6. 新生儿人数：1 人	7. 新生儿出生日期：2010 年 05 月 01 日	
8. 新生儿姓名：王小二		

9.给付领款方式： 如未选择，默认为以领款凭证至客户通讯地址）

☑自动转帐 （请同时递交银行存折复印件） ❑ 领款凭证

自动转账银行账户信息（帐户持有人以被保险人为限）

银行账号： 填入下列表格） 账户持有人：林 三

开户银行：中国工商银行上海市分行

开户网点名称：控江路支行

1	0	0	1	0	6	6	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0

被保险人/申请人声明与授权

1. 本人同意公司以转帐方式将贺喜金转入至本人开立的上述活期存折帐户内。
2. 帐户号码若由被保险人填写错误从而导致公司转帐错误的，视为公司已向被保险人支付有关款项，其一切后果由被保险人本人承担。

***请附交被保险人身份证件和新生儿出生证明复印件。**

被保险人/申请人授权及声明

1. 本人明白本人所填写的《贺喜金申请表》，并不代表贵公司已承诺向本人履行给付责任。
2. 本人在此申请书上所填写的全部内容和随附申请材料均确实无讹。如有虚假，愿承担法律责任。
3. 本人授权任何医生、医院、诊所、保险公司或任何组织，以及凡熟悉被保险人健康情况之人士，均可将被保险人病历之详细资料向贵公司及其代表提供或说明。
4. 本授权书之副本与正本具同样效力。

被保险人/申请人姓名：林 三　　与被保险人关系：本人

被保险人/申请人签署：林 三　　签署日期：20100531

见证寿险顾问签署 ：王 五　　寿险顾问编号/电话：13370019979