**声明书**

平安健康保险股份有限公司：

鉴于保险合同（保单号\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_），被保险人\_\_\_\_\_\_\_\_\_（身份证号\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_）已身故且未指定保险金受益人，亦无相关遗嘱，故根据保险合同和有关法律规定，保险金作为被保险人的遗产将由法定继承人予以继承。

法定遗产继承人如下：

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 姓名 | 身份证号 | 性别 | 是否生存 | 与被保险人关系 |
|  |  | □男□女 | □是□否 | □父母□配偶□子女□其他： |
|  |  | □男□女 | □是□否 | □父母□配偶□子女□其他： |
|  |  | □男□女 | □是□否 | □父母□配偶□子女□其他： |

注：继承人若身故可不填写身份证号，若受益人较多可新增填写栏。

全体继承人一致同意指定\_\_\_\_\_\_\_\_\_（身份证号\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ ）代为办理被保险人\_\_\_\_\_\_\_\_\_的理赔申请、接收理赔决定通知、代为领取保险金或其他受益、签订理赔协议等各项理赔事宜，同意将已身故被保险人\_\_\_\_\_\_\_\_\_的保险合同（保单号\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_）项下保险赔偿金或其他受益转入下述指定银行账户：

账户名称：\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

开户银行：\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

银行账号：\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**特别声明：**

1. **申请人确认被保险人无相关遗嘱，除上述受益人（继承人）之外，被保险人亦无其他受益人（继承人），包括与被保险人有抚养关系的继子女、继父母等，本人（受托人）已经取得所有受益人（继承人）的同意和授权，代为领取全部保险金或其他受益。**
2. **今后若因所述不实，账号错误等原因产生的该份保险合同的纠纷均由受益人（继承人）自行处理并承担所有法律责任，与平安健康保险股份有限公司无关。**

申请人签字：

 申请人身份证号：

 声明日期：