

复星联合健康保险股份有限公司
客户身份信息确认书（2025 版）



LP02-身份证明材料

单证说明：

根据《金融机构客户尽职调查和客户身份资料及交易记录保存管理办法》（中国人民银行令〔2025〕第 11 号）相关规定，对于财产保险合同和健康保险、意外伤害保险等不具有投资性质的人身保险合同，当被保险人或者受益人请求保险公司赔偿时，金额为人民币 5 万元以上或者外币等值 1 万美元以上的，保险公司应当识别并核实被保险人或者受益人身份，登记被保险人或者受益人的姓名或者名称、联系方式、有效身份证件或者其他身份证明文件的种类、号码和有效期限，并留存被保险人或者受益人有效身份证件或者其他身份证明文件的复印件或者影印件。

客户 1 信息	与被保险人的关系： <input type="checkbox"/> 本人 <input type="checkbox"/> 父母 <input type="checkbox"/> 配偶 <input type="checkbox"/> 子女 <input type="checkbox"/> 其他：		
姓名：	性别： <input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女	出生日期： 年 月 日	
证件类型： <input type="checkbox"/> 身份证 <input type="checkbox"/> 其他：	证件号码：		
证件有效期： 年 月 日至 年 月 日/ <input type="checkbox"/> 长期	联系电话：		
本人承诺以上所填信息均真实、有效；如信息有误，本人愿意承担相应责任。	客户签名：	签字日期： 年 月 日	

客户 2 信息	与被保险人的关系： <input type="checkbox"/> 本人 <input type="checkbox"/> 父母 <input type="checkbox"/> 配偶 <input type="checkbox"/> 子女 <input type="checkbox"/> 其他：		
姓名：	性别： <input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女	出生日期： 年 月 日	
证件类型： <input type="checkbox"/> 身份证 <input type="checkbox"/> 其他：	证件号码：		
证件有效期： 年 月 日至 年 月 日/ <input type="checkbox"/> 长期	联系电话：		
本人承诺以上所填信息均真实、有效；如信息有误，本人愿意承担相应责任。	客户签名：	签字日期： 年 月 日	

客户 3 信息	与被保险人的关系： <input type="checkbox"/> 本人 <input type="checkbox"/> 父母 <input type="checkbox"/> 配偶 <input type="checkbox"/> 子女 <input type="checkbox"/> 其他：		
姓名：	性别： <input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女	出生日期： 年 月 日	
证件类型： <input type="checkbox"/> 身份证 <input type="checkbox"/> 其他：	证件号码：		
证件有效期： 年 月 日至 年 月 日/ <input type="checkbox"/> 长期	联系电话：		
本人承诺以上所填信息均真实、有效；如信息有误，本人愿意承担相应责任。	客户签名：	签字日期： 年 月 日	

客户 4 信息	与被保险人的关系： <input type="checkbox"/> 本人 <input type="checkbox"/> 父母 <input type="checkbox"/> 配偶 <input type="checkbox"/> 子女 <input type="checkbox"/> 其他：		
姓名：	性别： <input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女	出生日期： 年 月 日	
证件类型： <input type="checkbox"/> 身份证 <input type="checkbox"/> 其他：	证件号码：		
证件有效期： 年 月 日至 年 月 日/ <input type="checkbox"/> 长期	联系电话：		
本人承诺以上所填信息均真实、有效；如信息有误，本人愿意承担相应责任。	客户签名：	签字日期： 年 月 日	