

## 继承人关系证明

兹证明被保险人\_\_\_\_\_于\_\_\_\_\_年\_\_\_\_月\_\_\_\_日身故，其继承人申请领取保险金，现对其家庭成员进行如下说明：

1. 父亲姓名：\_\_\_\_\_，身份证号\_\_\_\_\_（生存情况：健在 死亡 其它（请说明）\_\_\_\_\_）

2. 母亲姓名：\_\_\_\_\_，身份证号\_\_\_\_\_（生存情况：健在 死亡 其它（请说明）\_\_\_\_\_）

3. 婚姻状况：未婚 已婚 离异 丧偶

已婚配偶姓名：\_\_\_\_\_，身份证号\_\_\_\_\_（生存情况：健在 死亡 其它（请说明）\_\_\_\_\_）

4. 其子女共\_\_\_\_\_位，分别是（请详细列明姓名、性别、身份证号及生存情况）

姓名：\_\_\_\_\_，性别\_\_\_\_，身份证号\_\_\_\_\_（生存情况：健在 死亡 其它（请说明）\_\_\_\_\_）

姓名：\_\_\_\_\_，性别\_\_\_\_，身份证号\_\_\_\_\_（生存情况：健在 死亡 其它（请说明）\_\_\_\_\_）

姓名：\_\_\_\_\_，性别\_\_\_\_，身份证号\_\_\_\_\_（生存情况：健在 死亡 其它（请说明）\_\_\_\_\_）

姓名：\_\_\_\_\_，性别\_\_\_\_，身份证号\_\_\_\_\_（生存情况：健在 死亡 其它（请说明）\_\_\_\_\_）

姓名：\_\_\_\_\_，性别\_\_\_\_，身份证号\_\_\_\_\_（生存情况：健在 死亡 其它（请说明）\_\_\_\_\_）

（注：上述父母包括生父母、养父母以及继父母；子女包括婚生子女、非婚生子女、继子女和养子女。若以上信息不够填写，请另行附页。）

以上情况属实，特此证明。

证明单位盖章：

日期：

特别提示：请用黑色钢笔或签字笔清晰填写，否则填写无效。此关系证明仅适用于被保险人身故的案件，请在申请理赔时一并提供以上继承人的有效身份证明。如能提供其它与此证明效力等同的关系证明，可不提供此证明。