

法定继承人声明书

天津市基本医疗保险意外伤害附加保险服务中心：

参保人_____，身份证号_____。

参保人于____年____月____日因_____死亡，此次向贵中心申请意外身故保险金。

因参保人生前对因上述保险单而享有的保险金权益没有进行遗嘱或遗嘱处理，依据《中华人民共和国继承法》的相关规定，参保人的遗产按照下列顺序继承：

第一顺序：配偶、子女、父母。

第二顺序：兄弟姐妹、祖父母、外祖父母。

继承开始后，由第一顺序继承人继承，第二顺序继承人不继承。没有第一顺序继承人继承的，由第二顺序继承人继承。

参保人的全部继承人：

关系_____姓名_____身份证号_____。

关系_____姓名_____身份证号_____。

关系_____姓名_____身份证号_____。

关系_____姓名_____身份证号_____。

关系_____姓名_____身份证号_____。

以上____人为上述意外身故保险金的全部合法继承人。如贵中心同意给付保险金之日起再有其他人主张权利，由以上几位受领保险金的人承担后果，如由此给贵中心造成损失，我们愿意赔偿。

经所有法定继承人同意现将：

开户银行：_____户名：_____

账号：_____指定为唯一收款账号，

由此产生的一切后果由全部法定继承人承担。

全部声明人签名：

_____年____月____日