



复星保德信人寿保险有限公司

人身保险投保单/保险合同的

补充声明

投保人/被保险人姓名	证件号码	投保单号码或保险合同号码
------------	------	--------------

本人对上述人身保险投保单/保险合同有下列补充和修改：

一、我已经在上海居住_____年，平均每年在本地居住_____个月，离开时将回到_____。

二、本人确认以下国籍身份信息并承诺根据相关法律法规履行纳税义务：

1. 美国公民 () 如勾选请填写美国纳税人识别号_____
2. 美国永久居民 () 如勾选请填写美国纳税人识别号_____
3. 非美国公民或非美国永久居民 ()

相关信息如发生变化，本人将及时通知贵公司并进行变更。

声明人签名：

(如声明人是受益人，请在此处签名，如为投保人或被保险人，请直接在下面签名)

本人同意上述补充和修改与人身保险投保单/保险合同所载其他内容具有同等效力。

投保人签署：_____ 被保险人签署：_____
(以上签名请与投保单签名保持一致)

签署日期：_____ 签署地：_____