附件4

律师人身险律师事务所填写表格

\_\_\_\_\_\_律师事务所人身险投保确认清单⑧

（由律师事务所填写）

|  |
| --- |
| **律师事务所所在地市 律师事务所名称（盖章）** **纳税人识别码或社会统一信用代码证号 （务必准确）****律师事务所地址** **联系人 联系电话 填表日期： 年 月 日** |

本律师事务所声明：已将投保险种对应的保险条款（包括责任免除部分和特别约定部分以及有既往病史人员请勿参保）完全告知所有投保人，并充分理解，同意以此确认作为参加山东省律师协会律师人身险统保的依据。