

银行转账授权委托书

复星联合健康保险股份有限公司：

现本人全权委托 \_\_\_\_\_ 先生/女士(证件类型 \_\_\_\_\_ 证件号: \_\_\_\_\_ ) 在 \_\_\_\_\_ 年  
月 \_\_\_\_\_ 日至 \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日以委托人的名义代为领取保单号: \_\_\_\_\_ 的保险赔款, 并同意  
贵公司将本次给付的全部保险金款项划入下列指定的银行账户:

账户所有人名字	开户银行	分行	支行	银行账号

委托人声明

- 一、委托人保证本委托书为委托人亲笔签名, 受托人在贵公司相关申请书、确认书以代办人名义签名视为委托本人亲笔签名, 如有纠纷, 委托人自愿承担相应责任;
- 二、凡由本授权委托书引发的任何法律或经济纠纷由委托人承担, 与贵公司无关。

- \*委托人一签名: \_\_\_\_\_ \*证件号码: \_\_\_\_\_
- \*委托人联系电话: \_\_\_\_\_ \*签署日期: \_\_\_\_\_
  
- \*委托人二签名: \_\_\_\_\_ \*证件号码: \_\_\_\_\_
- \*委托人联系电话: \_\_\_\_\_ \*签署日期: \_\_\_\_\_
  
- \*委托人三签名: \_\_\_\_\_ \*证件号码: \_\_\_\_\_
- \*委托人联系电话: \_\_\_\_\_ \*签署日期: \_\_\_\_\_
  
- \*委托人四签名: \_\_\_\_\_ \*证件号码: \_\_\_\_\_
- \*委托人联系电话: \_\_\_\_\_ \*签署日期: \_\_\_\_\_

受托人声明

- 一、受托人保证授权人的签名为亲笔签名, 如有纠纷, 受托人自愿承担相应责任;
- 二、受托人在授权有效期内代为办理委托, 严格遵循授权人的真实意愿, 所实施的行为如超出授权范围, 受托人自愿承担相应责任。

- \*受托人签名: \_\_\_\_\_ \*证件号码: \_\_\_\_\_
- \*受托人联系电话: \_\_\_\_\_ \*签署日期: \_\_\_\_\_