

银行自动转账授权书

投保人、被保险人(以下统称授权人)兹对中邮人寿保险股份有限公司(以下简称中邮保险)及本授权书指定的开户银行(以下简称转账银行)授权如下:

1. 授权人同意中邮保险在下述保险合同约定的保险费划扣日期和宽限期内,委托转账银行按期从下述转账账户划扣到期应付各期保险费(包括首期、续期、续保等),并同意在保险费划扣期间存入足够资金以备转账。

2. 授权人同意中邮保险将下述保险合同约定的生存保险金、满期保险金、年金或红利通过下述转账账户支付给相应的授权人。

3. 授权人同意中邮保险将多余的保险费及延期承保、撤销投保申请、撤单、退保等引起的退费款项通过下述转账账户返还给相应的授权人。

4. 授权人同意终止授权或变更账户时,在保险合同约定的各期保险费划扣或保险款项接收日的30日前向中邮保险递交书面通知。

5. 本授权书自授权之日起生效,持续有效至授权人通知终止授权、或转账账户终止、或保险合同效力终止时(为避免清户,账户余额应始终保留转账银行所要求的最低存款余额)。

6. 若因不可归责于转账银行、中邮保险的事由,导致不能及时划扣保险合同约定的应付保险费或接收相关款项、划账错误等责任,由授权人承担。

序号	投保单号码	每期转账金额	授权转账期限	授权转账频率							
1		_____元	__年或至被保险人__岁	<input type="checkbox"/> 一次性 <input type="checkbox"/> 每年 <input type="checkbox"/> 每月 <input type="checkbox"/> 其他__							
2		_____元	__年或至被保险人__岁	<input type="checkbox"/> 一次性 <input type="checkbox"/> 每年 <input type="checkbox"/> 每月 <input type="checkbox"/> 其他__							
3		_____元	__年或至被保险人__岁	<input type="checkbox"/> 一次性 <input type="checkbox"/> 每年 <input type="checkbox"/> 每月 <input type="checkbox"/> 其他__							
投保人转账账户		账户所有人姓名					开户银行				
		账号/卡号									
被保险人转账账户 <small>(被保险人与投保人为同一人时,此栏免填)</small>		账户所有人姓名					开户银行				
		账号/卡号									
投保人签名: _____ 被保险人(若非投保人): _____ 授权日期: _____年__月__日 (18岁以下由法定监护人签署)											
代理机构填写		柜员签章:	代理机构签章:				日期: _____年__月__日				
注: 1. 授权人应保证授权账户为本人所有,账户资料真实有效。 2. 上述投保人签名或被保险人签名必须为对应的授权人本人亲笔所签,且与银行账户所载姓名相同。 3. 应同时提供列明转账账户所有人姓名及账户号码的借记卡复印件或活期存折复印件。 4. 应同时提供转账账户所有人的正反面身份证复印件或其他有效身份证件复印件。											

共两联 第一联 公司留存联

银行自动转账授权书

投保人、被保险人(以下统称授权人)兹对中邮人寿保险股份有限公司(以下简称中邮保险)及本授权书指定的开户银行(以下简称转账银行)授权如下:

1. 授权人同意中邮保险在下述保险合同约定的保险费划扣日期和宽限期内, 委托转账银行按期从下述转账账户划扣到期应付各期保险费(包括首期、续期、续保等), 并同意在保险费划扣期间存入足够资金以备转账。

2. 授权人同意中邮保险将下述保险合同约定的生存保险金、满期保险金、年金或红利通过下述转账账户支付给相应的授权人。

3. 授权人同意中邮保险将多余的保险费及延期承保、撤销投保申请、撤单、退保等引起的退费款项通过下述转账账户返还给相应的授权人。

4. 授权人同意终止授权或变更账户时, 在保险合同约定的各期保险费划扣或保险款项接收日的30日前向中邮保险递交书面通知。

5. 本授权书自授权之日起生效, 持续有效至授权人通知终止授权、或转账账户终止、或保险合同效力终止时(为避免清户, 账户余额应始终保留转账银行所要求的最低存款余额)。

6. 若因不可归责于转账银行、中邮保险的事由, 导致不能及时划扣保险合同约定的应付保险费或接收相关款项、划账错误等责任, 由授权人承担。

序号	投保单号码	每期转账金额	授权转账期限	授权转账频率
1		_____元	___年或至被保险人___岁	<input type="checkbox"/> 一次性 <input type="checkbox"/> 每年 <input type="checkbox"/> 每月 <input type="checkbox"/> 其他___
2		_____元	___年或至被保险人___岁	<input type="checkbox"/> 一次性 <input type="checkbox"/> 每年 <input type="checkbox"/> 每月 <input type="checkbox"/> 其他___
3		_____元	___年或至被保险人___岁	<input type="checkbox"/> 一次性 <input type="checkbox"/> 每年 <input type="checkbox"/> 每月 <input type="checkbox"/> 其他___
投保人转账账户		账户所有人姓名	开户银行	
		账号/卡号		
被保险人转账账户 (被保险人与投保人为同一人时, 此栏免填)		账户所有人姓名	开户银行	
		账号/卡号		
投保人签名: _____ 被保险人(若非投保人): _____ 授权日期: _____年___月___日 (18岁以下由法定监护人签署)				
代理机构填写	柜员签章:	代理机构签章:	日期: _____年___月___日	
注: 1. 授权人应保证授权账户为本人所有, 账户资料真实有效。 2. 上述投保人签名或被保险人签名必须为对应的授权人本人亲笔所签, 且与银行账户所载姓名相同。 3. 应同时提供列明转账账户所有人姓名及账户号码的借记卡复印件或活期存折复印件。 4. 应同时提供转账账户所有人的正反面身份证复印件或其他有效身份证件复印件。				

共两联
第二联
客户留存联