

15 <input checked="" type="checkbox"/> 年金领取年龄变更	被保险人姓名: _____ 被保险人客户号: _____ 根据合同条款变更年金领取年龄为 _____ (如果变更对象为多人, 请附清单。)
16 <input checked="" type="checkbox"/> 年金领取方式变更	被保险人姓名: _____ 被保险人客户号: _____ 根据合同条款变更年金领取方式为: <input type="radio"/> 一次性领取 <input type="radio"/> 年领 <input type="radio"/> 月领 如果变更对象为多人, 请附清单。
17 <input checked="" type="checkbox"/> 年金领取形式变更	被保险人姓名: _____ 被保险人客户号: _____ <input type="radio"/> 现金 <input type="radio"/> 银行转账 开户行: _____ 户名: _____ 账号: _____
18 <input checked="" type="checkbox"/> 年金转换	具体根据投保人提供的年金转换人员、转换年龄清单确认。
19 <input checked="" type="checkbox"/> 账户金额变更	<input type="radio"/> 转移 转出账户: _____ 转入账户: _____ 金额: (大写) 仟 佰 拾 万 仟 佰 拾 元 角 分; ¥: _____ 元 如果变更对象为多人, 请附清单。
	<input type="radio"/> 减少 账户名称: _____ 减少金额: _____ 元 (如果变更对象为多人, 请附清单。)
20 <input checked="" type="checkbox"/> 附属说明或其他变更事项	

银行转账授权及声明:

1. 投保人授权中邮人寿保险股份有限公司 (以下简称中邮人寿) 从交费账户或指定委托转账账户中划转续期保险费及本次保险合同变更申请产生的收付款项 (各类生存金除外), 并保证此账户为投保人真实开立的结算账户。
2. 各类生存金由生存金受益人领取, 中邮人寿可在生存金受益人授权的情况下向其指定的委托转账账户中支付各类生存金。
3. 如因账户错误、注销、余额不足、户名与投保人名称不符等账户原因或不符合中邮人寿对转账账户要求 (如开户银行不为中邮人寿的指定银行或银行账户未开通转账业务等) 造成划账不成功或划账错误的, 责任由投保人或生存金受益人承担。
4. 如因各种原因欲终止授权账户, 投保人或生存金受益人将及时通知中邮人寿并提出书面账户变更申请, 中邮人寿在收到申请前按约定划转至授权账户的款项投保人或生存金受益人视为已收到, 中邮人寿无需承担由此引起的责任。
5. 本申请书及所附清单中所填的内容均属实, 经中邮人寿审核同意后作为出具批单的依据, 变更事项的内容及生效日期以批单为准, 且批单作为保险合同的一部分; 上述资料若不属实, 任何依据上述资料所出具的批单均属无效。
6. 本单位已仔细阅读知、理解中邮人寿的提示并同意遵守, 望中邮人寿同意依此办理上述变更事项。

申请类型: 委托中邮人寿服务人员代办 委托投保单位联系人代办 其他

授权委托书

中邮人寿保险股份有限公司 (以下简称“中邮人寿”):

委托人 **中国邮政集团公司** 委托受托人 **刘明** (有效证件名称 **身份证** 证件号码 **110108197201011515**)

以委托人名义代为办理以上指定申请事项。

委托人声明: 1. 受托人在委托代办事宜范围内代为填写、签署的有关文件和代为领取的有关资料、款项, 委托人均予确认, 相应的权利义务由委托人享有和承担;

2. 委托人知晓并同意: 中邮人寿仅对本委托书作形式审查, 对委托关系的客观真实性和因委托关系而发生的法律纠纷, 中邮人寿不承担任何责任。本委托书自签署之日起生效, 至代办事宜完成后终止。

受托人声明: 1. 受托人保证本委托书为授权人亲笔签名, 如有纠纷, 受托人自愿承担相应责任;

2. 受托人在受托有效期及受托范围内代为办理委托事宜, 应严格遵循授权人的真实意愿, 如所实施的行为超出授权范围, 受托人自愿承担相应责任。

委托人签名 (章): **签章**

受托人签名: **刘明**

联系电话: **01066825974**

联系电话: **13842259781**

日期: **2010** 年 **8** 月 **16** 日

日期: **2010** 年 **8** 月 **16** 日

投保人签章: **签章**

经办人签名: **张明**

被保险人 (未成年人之监护人) 签名:

签章日期: **2010** 年 **8** 月 **16** 日

签章日期: **2010** 年 **8** 月 **16** 日

签章日期: _____ 年 _____ 月 _____ 日

以下部分由保险公司填写

中介/代理机构名称: _____ 中介/代理机构代码: _____
受理机构名称: **北京分公司本部** 受理机构代码: **861100**
(团) 业务人员姓名: **田林** 业务人员编码: **31110001** 联系电话: **01067298540**
初审人员: **孙燕** 日期: **2010** 年 **8** 月 **16** 日 复核人员: **孔明** 日期: **2010** 年 **8** 月 **16** 日

受理章