

中信保诚人寿银行自动转账授权书

填写示范

投保书流水号 _____ 受理号码 _____ 保单号 12345678

致：中信保诚人寿保险有限公司

本人兹授权中信保诚人寿保险有限公司及下述指定银行按本授权书内容进行保险费的划扣及相关权益款项的给付：

首、续期保险费 本次申请涉及的保险金或其他权益、费用

投保人名下所有保单的续期账户同时变更（说明：1、授权被保险人银行账户时不适用本选项，如需变更名下保单请按保单号逐一填写授权书办理；2、新契约投保时不适用本选项）

授权账户信息																		
户名	张大明			开户银行	中国工商银行				开户银行所属城市	广州								
账户类型	<input checked="" type="checkbox"/> 银行存折 <input type="checkbox"/> 储蓄卡 <input type="checkbox"/> 其他 _____																	
存折账号/银行卡卡号	3	6	0	2	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
转账金额（仅限新契约投保时使用）	首期应缴金额人民币： <u>12345</u> 元。 若选择期缴，续期保险费可能因被保险人的年龄变化、职业或保险计划变更、理赔等情况而产生增减，各期保险费以变更后最新的金额为准。																	
转账期限（仅限新契约投保时使用）	<input type="checkbox"/> 一次性缴 <input checked="" type="checkbox"/> 期缴 <u>10</u> 年或缴至 _____ 岁																	
期缴频率（仅限新契约投保时使用）	<input checked="" type="checkbox"/> 年缴 <input type="checkbox"/> 半年缴 <input type="checkbox"/> 季缴 <input type="checkbox"/> 月缴																	
变更原因（变更续期缴款人时填写）	请详细说明：																	
注： 1、申请身故保险金时必须使用身故受益人名下账户，其他授权账户必须为投保人或被保险人名下账户。 2、开户银行必须在中信保诚人寿保险有限公司（以下简称“本公司”）指定的银行范围内。 3、授权人提供的账户可为通存通兑活期结算账户或储蓄卡。 4、若本次授权将相应账户作为生存金或年金领取账户，则本公司有权持续将各期生存金或年金给付至该账户中，直至领取人指定其他授权账户。																		

投保人声明：

- 本人已知悉并同意由授权人缴纳本投保申请/保单的保险费，以及由授权人领取保险金或其他权益款项。
- 本人明确知悉，若授权人提供非授权人名下账户，即使保险费成功划扣，贵公司也不承担保险责任。如因授权人提供非授权人名下账户导致授权人未能成功收取贵公司支付的权益款项，后果由本人承担。

授权人声明：

- 上述授权账户为本人所有，所提供的存折/银行卡复印件真实有效。如有虚假，本人愿承担由此引起的一切法律责任。
- 本人同意授权中信保诚人寿保险有限公司和开户银行在授权生效及有效期内，从上述账户中支付首期保险费、续期保险费或本次申请涉及的保险金或其他权益、费用。
- 本人已经认真阅读并理解本授权书背面的“银行自动转账授权约定条款”的内容。

委托代办（新契约投保时不适用）

本人委托 _____（先生/女士），身份证件号码 _____，代为办理上述银行自动转账授权事项，并承担由此产生的所有法律责任。如因此发生任何纠纷，本人自愿承担相应后果。

投保人签名：张大明（投保人亲笔签名）

（签名样式须与您提供于本公司的签名样式一致）

授权人签名：张大明（授权人亲笔签名）

代办人签名： _____ 日期：2021 年 8 月 8 日

销售人员签名：陈三（营销员签名） 营销服务部/经代公司名称：XXXXXX

（注：销售人员须核对存折/银行卡复印件与原件一致）

初审人员审核签名： _____

此处为长 15 厘米、宽 2 厘米的不粘胶栏。请将存折/银行卡复印件的上边缘对齐顶端虚线粘贴

请在此粘贴您所授权账户的
存折/卡清晰复印件

印章栏勿覆盖