



银行自动转账授权书

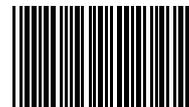
公司提示：请您认真阅读下述条款，并请您用黑色钢笔或签字笔在变更项目前的□内打“√”，并在对应栏目内填写所需变更的内容。涉及保单号、姓名、性别、出生日期、证件类型、证件号码、证件有效期、签字、委托信息、转账信息填写的内容不允许涂改，若发生涂改本申请无效。您的信息将被妥善保护并仅用于为您办理指定业务时使用，同时银行账户也将作为您指定业务申请与中国人寿保险股份有限公司的收支账户。

声明：投保人、被保险人（下称授权人）自愿授权中国人寿保险股份有限公司（以下简称保险公司），委托本授权书指定的开户银行（以下简称转账银行），从本授权书指定的账户（以下简称转账账户）内，以保险合同约定的交费方式，按期划付下述保险合同约定之各期保险费，或将保险合同约定之各期保险金（包括生存保险金、养老金、利差及红利等）划转到本授权书指定的账户内。同时，郑重声明已仔细阅读、理解下述各项规定并同意遵守。

1. 同意保险公司在保险合同规定的保险费交付日期和宽限期内的任意时间，委托转账银行划付到期应付保险费。并同意在上述保险费划付期间存入足够资金以备转账银行划付保险费。
2. 分期付费保险合同效力中止后，本授权书效力同时中止，保险公司暂停委托转账银行划付保险费/划转保险金。合同效力恢复后，本授权书效力随即恢复。
3. 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、或授权账户终止、或保险合同交费期满、或保险合同效力终止时。
4. 同意终止授权或变更账户时，在当期保险费交付或下一个保险金领取日30日前申请变更。
5. 因不可归责于转账银行、保险公司的事由，导致不能及时划付保险合同到期应付保险费或划转保险金、划账错误等责任，由授权人承担。
6. 请您认真阅读并理解下述条款，并请依据您本人意愿在下方选项中勾选您对上述条款的接受情况：本人同意提供给中国人寿保险股份有限公司的信息，及本人享受中国人寿保险股份有限公司金融服务产生的信息（包括本单证签署之前提供和产生的），可用于中国人寿集团（指中国人寿保险（集团）公司及其直接或间接控股的公司）及因服务必要而委托的第三方为本人提供服务及推荐产品，法律禁止的除外，直到本人以书面方式撤销为止。中国人寿集团及其委托的第三方对上述信息负有保密义务。本条款自本单证签署时生效，具有独立法律效力，不受合同成立与否及效力状态变化的影响。

同意接受上述条款 不同意接受上述条款

申请事项		<input type="checkbox"/> 授权	<input type="checkbox"/> 变更	<input type="checkbox"/> 终止	申请日期	年 月 日
序号	保险合同/合同组号码	投保人	被保险人	投被保险人关系		
1						
2						
3						
4						
5						
6						
7						
8						
9						
10						
投保人权益款项		<input type="checkbox"/> 续期保费	<input type="checkbox"/> 借款还款	<input type="checkbox"/> 红利/利差		
被保险人权益款项		<input type="checkbox"/> 生存金	<input type="checkbox"/> 养老金	<input type="checkbox"/> 满期金		
<input type="checkbox"/> 理赔费用（注：理赔涉及分期费用赔付时，后续赔付费用银行账户信息发生变更）						



* 3 1 0 1 *

客户信息确认	姓名：_____ 性别：_____ 出生日期：_____
	证件类型：_____ 证件号码：_____
	证件有效期：_____ 国家/地区：_____ 职业：_____
	通讯地址：_____省/直辖市_____市_____区/县_____
	工作单位：_____ 手机号码：_____
其它：_____	

银行账户信息	账户所有人：_____ 证件类型： <input type="checkbox"/> 身份证 <input type="checkbox"/> 其他_____ 证件号码：_____
	开户银行：_____ 账号：_____ 与权益人关系：_____
	如非权益人本人账户，还需填写以下信息：
	出生日期：_____ 性别：_____ 证件有效期：_____ 国家/地区：_____
	职业：_____ 工作单位：_____ 手机号码：_____
通讯地址：_____省/直辖市_____市_____区/县_____	

提示：为维护您的权益，签名前请再次核对以上填写内容，请勿在空白申请书上签名

投保人签名：_____	被保险人或其监护人签名：_____	账户所有人或其监护人签名：_____
-------------	-------------------	--------------------

若委托他人代办请填写以下内容： 提示：本公司不受理以委托形式代办转账领款账户授权业务。

本人现委托_____先生/女士（证件号码：_____），前往贵公司办理上述保单申请项下_____事宜。本委托授权有效期为_____天。（委托日期同本申请书的申请日期）

受托人与委托人关系：保险公司服务人员 亲属 朋友 其他_____

委托人签名：_____	委托人手机号码：_____	受托人签名：_____	受托人手机号码：_____
-------------	---------------	-------------	---------------

以下栏目由工作人员填写

处理意见：

受理人：_____ 受理日期：_____年 月 日 业务申请号：_____



银行自动转账授权书

公司提示：请您认真阅读下述条款，并请您用黑色钢笔或签字笔在变更项目前的□内打“√”，并在对应栏目内填写所需变更的内容。涉及保单号、姓名、性别、出生日期、证件类型、证件号码、证件有效期、签字、委托信息、转账信息填写的内容不允许涂改，若发生涂改本申请无效。您的信息将被妥善保护并仅用于为您办理指定业务时使用，同时银行账户也将作为您指定业务申请与中国人寿保险股份有限公司的收支账户。

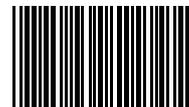
声明：投保人、被保险人（下称授权人）自愿授权中国人寿保险股份有限公司（以下简称保险公司），委托本授权书指定的开户银行（以下简称转账银行），从本授权书指定的账户（以下简称转账账户）内，以保险合同约定的交费方式，按期划付下述保险合同约定之各期保险费，或将保险合同约定之各期保险金（包括生存保险金、养老金、利差及红利等）划转到本授权书指定的账户内。同时，郑重声明已仔细阅读、理解下述各项规定并同意遵守。

1. 同意保险公司在保险合同规定的保险费交付日期和宽限期内的任意时间，委托转账银行划付到期应付保险费。并同意在上述保险费划付期间存入足够资金以备转账银行划付保险费。
2. 分期付费保险合同效力中止后，本授权书效力同时中止，保险公司暂停委托转账银行划付保险费/划转保险金。合同效力恢复后，本授权书效力随即恢复。
3. 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、或授权账户终止、或保险合同交费期满、或保险合同效力终止时。
4. 同意终止授权或变更账户时，在当期保险费交付或下一个保险金领取日30日前申请变更。
5. 因不可归责于转账银行、保险公司的事由，导致不能及时划付保险合同到期应付保险费或划转保险金、划账错误等责任，由授权人承担。
6. 请您认真阅读并理解下述条款，并请依据您本人意愿在下方选项中勾选您对上述条款的接受情况：本人同意提供给中国人寿保险股份有限公司的信息，及本人享受中国人寿保险股份有限公司金融服务产生的信息（包括本单证签署之前提供和产生的），可用于中国人寿集团（指中国人寿保险（集团）公司及其直接或间接控股的公司）及因服务必要而委托的第三方为本人提供服务及推荐产品，法律禁止的除外，直到本人以书面方式撤销为止。中国人寿集团及其委托的第三方对上述信息负有保密义务。本条款自本单证签署时生效，具有独立法律效力，不受合同成立与否及效力状态变化的影响。

同意接受上述条款 不同意接受上述条款

申请事项		<input type="checkbox"/> 授权	<input type="checkbox"/> 变更	<input type="checkbox"/> 终止	申请日期	年 月 日
序号	保险合同/合同组号码	投保人	被保险人	投被保险人关系		
1						
2						
3						
4						
5						
6						
7						
8						
9						
10						
投保人权益款项		<input type="checkbox"/> 续期保费	<input type="checkbox"/> 借款还款	<input type="checkbox"/> 红利/利差		
被保险人权益款项		<input type="checkbox"/> 生存金	<input type="checkbox"/> 养老金	<input type="checkbox"/> 满期金		
		<input type="checkbox"/> 理赔费用（注：理赔涉及分期费用赔付时，后续赔付费用银行账户信息发生变更）				

第二联 客户留存



* 3 1 0 1 *

客户信息确认	姓名：_____ 性别：_____ 出生日期：_____
	证件类型：_____ 证件号码：_____
	证件有效期：_____ 国家/地区：_____ 职业：_____
	通讯地址：_____省/直辖市_____市_____区/县_____
	工作单位：_____ 手机号码：_____
其它：_____	

银行账户信息	账户所有人：_____ 证件类型： <input type="checkbox"/> 身份证 <input type="checkbox"/> 其他_____ 证件号码：_____
	开户银行：_____ 账号：_____ 与权益人关系：_____
	如非权益人本人账户，还需填写以下信息：
	出生日期：_____ 性别：_____ 证件有效期：_____ 国家/地区：_____
	职业：_____ 工作单位：_____ 手机号码：_____
通讯地址：_____省/直辖市_____市_____区/县_____	

提示：为维护您的权益，签名前请再次核对以上填写内容，请勿在空白申请书上签名

投保人签名：	被保险人或其监护人签名：	账户所有人或其监护人签名：

若委托他人代办请填写以下内容：

提示：本公司不受理以委托形式代办转账领款账户授权业务。

本人现委托_____先生/女士（证件号码：_____），前往贵公司办理上述保单申请项下_____事宜。本委托授权有效期为_____天。（委托日期同本申请书的申请日期）

受托人与委托人关系：保险公司服务人员 亲属 朋友 其他_____

委托人签名：	委托人手机号码：	受托人签名：	受托人手机号码：

以下栏目由工作人员填写

处理意见：

受理人：_____ 受理日期：_____年 月 日 业务申请号：_____