



PA051

中荷人寿保险有限公司

保险金转账给付授权书

 保险合同编号：

申请日期： _____年____月____日

请完整填写保险金受益人信息：			
姓名：	性别：	国籍：	职业：
证件类型：	证件号码：	有效期至： 年 月 日	
常住地址：		联系方式：	
关系： 保险金受益人是投保人的 <input type="checkbox"/> 本人 <input type="checkbox"/> 配偶 <input type="checkbox"/> 父母 <input type="checkbox"/> 子女 <input type="checkbox"/> 其他：			
请在所要办理业务前的<input type="checkbox"/>内打“√”，并完整填写：			
<input type="checkbox"/> 领取保险金（利息）	<input type="checkbox"/> 全部领取		
	<input type="checkbox"/> 部分领取_____元（注1）		
<input type="checkbox"/> 变更授权账户			
<input type="checkbox"/> 年金选择权			
请完整填写授权银行账户信息：			
授权开户银行所在地区：		省（直辖市）	市 授权开户银行：
授权银行账号：			
保险金受益人是实际收款人的： <input type="checkbox"/> 本人 <input type="checkbox"/> 配偶 <input type="checkbox"/> 父母 <input type="checkbox"/> 子女 <input type="checkbox"/> 其他：			
实际收款人姓名：			
实际收款人证件类型：		实际收款人证件号码：	
实际收款人证件有效期至： 年 月 日		实际收款人联系方式：	

- 注：1、满期保险金必须全部领取，生存保险金部分领取仅限开办该业务的险种。
 2、保险公司提示：本次给付资金将转帐至权利人账户，请您注意银行卡、密码及资金安全。
 3、您在以下签名栏中签名，本公司将视为您已详细阅读并同意本授权书中须知及说明内容。

受益人/法定监护人签名： _____ 联系方式： _____

委托 代 办 人 签 名： _____ 联系方式： _____

委托 代 办 人 证 件 类 型： _____ 委托 代 办 人 证 件 号 码： _____

委 托 代 办 人 业 务 代 码： _____ 委 托 代 办 人 营 业 单 位： _____

一、关于保险金领取方式须知：

1、 申请人为保险金受益人本人或法定监护人。

2、 应备文件：

A、 保险金转账给付授权书、以受益人或其法定监护人为户名的银行账户

B、 被保险人户籍证明

 请
双
面
打
印
使
用

C、受益人户籍证明及身份证明

D、若受益人未满十八周岁，需提供法定监护人身份证、户籍证明及可证明监护关系的相关文件。

E、若其他人员代为办理，则应同时提供授权委托书、代办人身份证明等相关证明文件。

F、本公司依合同条款规定有权视具体情况索取其他必要的资料。

3、实付保险金为保险金给付金额扣除保单借款、自动垫缴、欠缴保险费之本息后的余额。

4、保险金到期未领，可于下次领取时一并领取，未领的保险金部分不予计息，但条款另有约定的险种按条款约定处理。

二、保险金转账给付授权须知

1、本保险合同之生存/满期保险金受益人授权中荷人寿保险有限公司向本次授权之账户转入本次及以后各期应付保险金。

2、本人经仔细核对以上内容确认无误，并同意发生以下情况之一者由本人自行承担责任：

A、若本人所提供的授权账号有误而导致贵公司无法转入或错误转入他人账户者；

B、若本人提供的授权账号被注销，导致转账给付失败者；

C、若本人遗失已授权的账号后未及时通知贵公司止付，导致贵公司按原账号转入或转账失败者；

D、投保人未及时缴纳保费，无法正常转账者。

3、如保单保险金受益人及受益人信息发生变更（包括更换受益人、受益人数增减、受益人姓名变更、受益比例变化和受益顺序变化等）后，需及时到公司重新办理转账授权手续。

4、若被保险人身故，受益人应及时通知保险公司，且保险公司有权追回被保险人身故后已转账给付的保险金。

5、若您有任何疑问，可拨打我公司24小时全国统一客户服务专线4008161688，我们将竭诚为您服务！

请
双
面
打
印
使
用