

若选择银行转账的收付费形式，请填写自动转账授权书

公司提示：请仔细阅读、充分理解下面各项规定后，再作出授权决定。本授权书由投保人签发，并亲笔签名确认。如账户所有人与投保人不一致的，请账户所有人签名同意。

自动转账授权书

投保人（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，按照投保人申请缴纳的额外保险费金额划付保险费。同时，郑重声明已仔细阅知、理解下述各项规定并同意遵守。

1. 因不可归责于转账银行、保险公司的事由，导致不能及时划付额外保险费金额、划账错误等责任，由授权人承担。
2. 万能保险客户对额外供款的银行转账授权仅对当次交费有效。

转账账户	账户所有人	王 一	身份证号	440100196505201111
	是投保人的	本人	账户形式	<input type="checkbox"/> 借记卡 <input checked="" type="checkbox"/> 活期存折 <input type="checkbox"/> 其它
	开户银行	中国农业银行	账号	44087100460022652

投保人联系信息	通讯地址：	广东 省/直辖市 广州市 越秀 区/县 八旗二马路40号		
	邮编：	510110	办公电话：	020 -11111111
	家庭电话：	020 -22222222	手机：	12345678901
	电子邮件：	369852741@qq.com	<input checked="" type="checkbox"/> 连带变更本人其他保险合同的联系方式。	

账户所有人签名： **王 一**

日期：2011 年 3 月 1 日

投保人声明与授权：

本人已仔细阅知、理解贵公司提示并同意遵守。谨以此申请书作为本合同投资账户变更的要约，并同意贵公司依此办理上述投资账户的变更。

投保人签名： **王 一**

申请日期：2011 年 3 月 1 日

若申请人不能亲自办理，委托他人代办时，请填写授权委托书

若委托他人代办请填写以下内容：

现委托 张如一 先生/女士（有效证件号码：440100196505203333）前往贵公司办理有关本保单申请项下 额外保险费交费 变更事宜。本委托授权有效期为 7 天。（委托日期同本申请书的申请日期）
 代办人与委托人关系：本公司服务人员 亲属 朋友 其他_____

委托人签名： **王 一**

代办人签名： **张如一**

委托人联系电话：13525852565

代办人联系电话：13425252525

以下栏目由保险公司工作人员填写

保险公司意见：

受理人：

受理日期：

年 月 日

作业流水号：