

保险理赔事项委托授权书

委托人 (1)	姓名				联系地址			
	身份证件号							
	联系电话	手机：_____			固定：_____		邮编：_____	
委托人 (2)	姓名				联系地址			
	身份证件号							
	联系电话	手机：_____			固定：_____		邮编：_____	
委托人 (3)	姓名				联系地址			
	身份证件号							
	联系电话	手机：_____			固定：_____		邮编：_____	
委托人 (4)	姓名				联系地址			
	身份证件号							
	联系电话	手机：_____			固定：_____		邮编：_____	
受托人	姓名				联系地址			
	身份证件号							
	联系电话	手机：_____			固定：_____		邮编：_____	
	与委托人关系	<input type="checkbox"/> 保险合同受益人/继承人之一 <input type="checkbox"/> 亲属 <input type="checkbox"/> 保险合同代理人 <input type="checkbox"/> 律师(执照证号：_____) 其他：_____						

委托人委托上述受托人申请办理（编号）_____ 保险合同的理赔事宜，其代理权限如下：

（备注：除保险合同受益人/继承人之外，我司不接受委托其他人受领理赔款/保险金或变更指定收款账户信息。）

- | | | |
|-----------------------------------|-----------------------------|------------------------------|
| 1、 递交理赔申请及受领退回的申请材料。 | <input type="checkbox"/> 同意 | <input type="checkbox"/> 不同意 |
| 2、 受领理赔决定通知。 | <input type="checkbox"/> 同意 | <input type="checkbox"/> 不同意 |
| 3、 签订理赔协议。 | <input type="checkbox"/> 同意 | <input type="checkbox"/> 不同意 |
| 4、 受领理赔款/保险金（请务必填写“指定授权的收款账户”信息）。 | <input type="checkbox"/> 同意 | <input type="checkbox"/> 不同意 |
| 5、 变更理赔款/保险金指定授权的收款账户信息。 | <input type="checkbox"/> 同意 | <input type="checkbox"/> 不同意 |
| 6、 其他_____。 | <input type="checkbox"/> 同意 | <input type="checkbox"/> 不同意 |

委托期限：_____年___月___日 至 _____年___月___日

指定授权的收款账户：

开户银行：_____ 银行 _____ 分行 _____ 支行 _____ 分理处

户 名：_____ 账号：_____

委托人声明：

1. 委托人确认一旦贵司向上述指定授权账户支付理赔款/保险金，即完成向委托人支付理赔款/保险金的责任。理赔款/保险金转到上述账户后，由上述账户所有人归还委托人。委托人承诺由此引发的有关于支付理赔款/保险金的纠纷和责任与贵公司无关。如因上述事宜造成贵公司损失，委托人承诺向贵司承担赔偿责任。

2. 个人信息使用授权：本人通过扫描此处的二维码已充分阅读并理解《个人信息处理知情同意书》，在此同意大都会人寿处理本人及本人提供的其他自然人（如有）的个人信息以及敏感个人信息、处理本人提供的不满十四周岁的未成年人的个人信息，并将前述个人信息及敏感个人信息部分或全部披露给第三方。



委托人亲笔签名：

委托人 (1) _____ 年 ___ 月 ___ 日 委托人 (2) _____ 年 ___ 月 ___ 日

委托人 (3) _____ 年 ___ 月 ___ 日 委托人 (4) _____ 年 ___ 月 ___ 日

