

## 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

