



中荷人寿
BOB-CARDIF LIFE

中荷人寿保险有限公司

授权委托书

本人 _____ 委托 _____ (证件类型: _____
有效证件号码: _____) 代为办理保险合同编号: _____
_____ 事宜。

若委托事项涉及补退费, 本人同意将补退费通过银行转账方式进行支付和领取, 转账账户信息如下:

开户银行: _____ 账户名: _____
银行账号: _____

授权人签名: _____

证件类型: _____ 有效证件号码: _____

联系电话: _____ 日期: _____ 年 ____ 月 ____ 日

受托人声明:

- 一、受托人保证本委托书为授权人亲笔签名, 如有纠纷, 受托人自愿承担相应责任;
- 二、受托人代为办理委托事宜, 应严格遵循授权人的真实意愿, 如果所实施的行为超出授权范围, 受托人自愿承担相应的法律责任。

受托人签名: _____

证件类型: _____ 有效证件号码: _____

营业单位: _____ 业务代码: _____

联系电话: _____ 日期: _____ 年 ____ 月 ____ 日