



# 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: \_\_\_\_\_

国 籍: \_\_\_\_\_ 性别: \_\_\_\_\_

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