中英人寿
AVIVA-COFCO

保险费自动转账付款及自动转账领款授权书

保险合同编号：

被保险人：　　投保人：

营业处代码：　　代理人代码：　　代理人姓名：

被保险人/投保人（以下简称本人）自愿对中英人寿保险有限公司（以下简称中英人寿）及下列的开户银行（以下简称银行）授权如下：

一、保险费自动转账付款授权：

（一）本人授权中英人寿与银行按保险合同约定的保险费交付时间和保险费金额，从下列结算账户自动划扣预缴的初算保险费和各期应缴保险费；

（二）本人清楚如果下列账户内无足够余额供划款时，授权银行将不予转账，由此产生保险合同中止或终止的任何责任将由本人承担；

（三）如本人同时授权通过下列账户自动转账支付本人在中英人寿的两份或以上保险合同的保险费时，本人同意依照中英人寿的规定顺序转账；

（四）如本人终止付款授权、变更付款授权账户，应于当期保险费到期日的30天前向中英人寿递交书面申请，由中英人寿知会银行做相应处理。

二、自动转账领款授权：

（一）本人授权中英人寿与银行，将保险合同约定或法律规定应支付给本人的款项划入下列结算账户；

（二）本人同意在授权账户终止或者自动转账不成功的情况下，中英人寿有权通过其它方式支付相应款项；

（三）如本人终止领款授权、变更领款授权账户，应提前15天向中英人寿递交书面申请，由中英人寿知会银行做相应处理；

（四）本人声明：

本人应尽量保持领款授权账号的一致性;如有不同,请中英人寿以最后一次提供的领款授权账号为准,本人与中英人寿签定的所有保险合同应支付给本人的自动转账领款款项将统一划入该账户。

（五）本人声明：中英人寿将相关应支付给本人的款项划到下列帐户，即视为本人已领取相应款项，由此产生的任何后果和责任均由本人承担，与中英人寿无关。

三、当出现下列情况之一时，本授权书将自动终止效力：（1）本人书面申请终止授权；（2）下列银行账户终止。

若被保险人与投保人为同一人，请填写：

账户用途	☐ 保险费自动转账付款　☐ 自动转账领款：红利、保单退费、生存保险金、领取个人账户价值及医疗理赔
账户信息	开户银行名称：＿＿省＿＿市＿＿（具体银行网点名称）☐ 卡号　☐ 存折号 账户号码：
账户所有人	身份证件号码：

若被保险人与投保人非同一人，请填写：

被保险人账户：

账户用途	☐ 保险费自动转账付款　☐ 自动转账领款：生存保险金及医疗理赔
账户信息	开户银行名称：＿＿省＿＿市＿＿（具体银行网点名称）☐ 卡号　☐ 存折号 账户号码：
账户所有人	身份证件号码：

投保人账户：

账户用途	☐ 保险费自动转账付款　☐ 自动转账领款：红利、保单退费及领取个人账户价值
账户信息	开户银行名称：＿＿省＿＿市＿＿（具体银行网点名称）☐ 卡号　☐ 存折号 账户号码：
账户所有人	身份证件号码：

立授权书人签名：　　授权日期：　　年　　月　　日

（请保持签名样本与投保书一致）

1107010899

第一联：保险公司留存

UW602

中英人寿
AVIVA-COFCO

保险费自动转账付款及自动转账领款授权书

保险合同编号：

被保险人：　　投保人：

营业处代码：　　代理人代码：　　代理人姓名：

被保险人/投保人（以下简称本人）自愿对中英人寿保险有限公司（以下简称中英人寿）及下列的开户银行（以下简称银行）授权如下：

一、保险费自动转账付款授权：

（一）本人授权中英人寿与银行按保险合同约定的保险费交付时间和保险费金额，从下列结算账户自动划扣预缴的初算保险费和各期应缴保险费；

（二）本人清楚如果下列账户内无足够余额供划款时，授权银行将不予转账，由此产生保险合同中止或终止的任何责任将由本人承担；

（三）如本人同时授权通过下列账户自动转账支付本人在中英人寿的两份或以上保险合同的保险费时，本人同意依照中英人寿的规定顺序转账；

（四）如本人终止付款授权、变更付款授权账户，应于当期保险费到期日的30天前向中英人寿递交书面申请，由中英人寿知会银行做相应处理。

二、自动转账领款授权：

（一）本人授权中英人寿与银行，将保险合同约定或法律规定应支付给本人的款项划入下列结算账户；

（二）本人同意在授权账户终止或者自动转账不成功的情况下，中英人寿有权通过其它方式支付相应款项；

（三）如本人终止领款授权、变更领款授权账户，应提前15天向中英人寿递交书面申请，由中英人寿知会银行做相应处理；

（四）本人声明：

本人应尽量保持领款授权账号的一致性;如有不同,请中英人寿以最后一次提供的领款授权账号为准,本人与中英人寿签定的所有保险合同应支付给本人的自动转账领款款项将统一划入该账户。

（五）本人声明：中英人寿将相关应支付给本人的款项划到下列帐户，即视为本人已领取相应款项，由此产生的任何后果和责任均由本人承担，与中英人寿无关。

三、当出现下列情况之一时，本授权书将自动终止效力：（1）本人书面申请终止授权；（2）下列银行账户终止。

若被保险人与投保人为同一人，请填写：

账户用途	□ 保险费自动转账付款　□ 自动转账领款：红利、保单退费、生存保险金、领取个人账户价值及医疗理赔
账户信息	开户银行名称：＿＿省＿＿市＿＿（具体银行网点名称）□ 卡号　□ 存折号 账户号码：
账户所有人	身份证件号码：

若被保险人与投保人非同一人，请填写：

被保险人账户：

账户用途	□ 保险费自动转账付款　□ 自动转账领款：生存保险金及医疗理赔
账户信息	开户银行名称：＿＿省＿＿市＿＿（具体银行网点名称）□ 卡号　□ 存折号 账户号码：
账户所有人	身份证件号码：

投保人账户：

账户用途	□ 保险费自动转账付款　□ 自动转账领款：红利、保单退费及领取个人账户价值
账户信息	开户银行名称：＿＿省＿＿市＿＿（具体银行网点名称）□ 卡号　□ 存折号 账户号码：
账户所有人	身份证件号码：

立授权书人签名：　　授权日期：　　年　　月　　日

（请保持签名样本与投保书一致）