

复星联合健康保险股份有限公司 银行转账授权委托书（2025 版）



复星联合健康保险股份有限公司：

本人（委托人）_____证件号码_____系保险合同编号_____

_____项下权益的 ☐ 被保险人 ☐ 受益人 ☐ 继承人 ☐ 前述人员的授权人。

本人于（出险日期）_____年____月____日因（保险事故/出险原因）_____

_____出险，现同意将该事故/原因所获得的理赔款中的_____（元）

转由本委托书所列明的受托人领取。同时，本人郑重承诺已经仔细阅知、理解下述各项规定并同意遵守：

1. 委托人同意你公司通过银行转账将上述款项划转到受托人指定账户内。
2. 本委托书签署后，委托人将放弃就上述款项对你公司的追索权。
3. 委托人与受托人之间的款项所有权转移所引发的纠纷，你公司不承担任何责任。
4. 受托人代行事项仅限本委托书所列明的事项，如办理事项超出授权范围，由受托人承担相应的法律责任。
5. 本委托书所列内容为委托人的真实意思表示，如有任何虚假，由委托人承担相应的法律责任。

受托人信息及指定账户信息：

姓名/单位名称											证件类型																		
证件号/税号											联系电话																		
开户行	银行										分行/支行																		
银行账号											户名																		
委托人签名：															受托人签名：														
签署日期：_____年____月____日															签署日期：_____年____月____日														

授权真实性回访（由保险公司填写）

*回访时间：											*回访方式：													
*受访人系本案件的：											<input type="checkbox"/> 被保险人 <input type="checkbox"/> 受益人 <input type="checkbox"/> 继承人													
*本次授权委托是否系委托人的真实意思表示：											<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否													
* “已核实授权转账真实性，核实记录已存档，文件名：_____”																								

受理人员：

运营负责人：

日期：_____年____月____日

日期：_____年____月____日

公司地址：广东省广州市天河区华穗路 406 号 17 层自编 01-03 单元

客服热线：4006-11-7777 公司网站：www.fosun-uhf.com