

保全授权委托书

授权提示：

1. 本授权委托书仅适用于可以委托代办的各类保全项目。
2. 请用黑色墨水笔或黑色签字笔清晰、无误地填写办理内容。为保障您的权益不受侵害，空白处请用笔划除。
3. 本授权委托书授权人若为个人须亲笔签名，若为单位须加盖公章。
4. 本授权委托书附授权人和受托人身份证件申请有效。授权人若为单位无需提供授权人身份证件。

复星联合健康保险股份有限公司：

本人_____现委托_____先生/女士代为办理以下保全事宜：

保单号码	办理项目

授权人签名：

证件类型： 身份证 其他_____ 证件号码

日期： 年 月 日 联系电话（区号）：_____

受托人申明：

- 一、受托人保证授权人的签名为亲笔签名，如有纠纷，受托人自愿承担相应责任；
- 二、受托人在授权有效期内代为办理委托事项，严格遵循授权人的真实意愿，所实施的行为如超出授权范围，受托人自愿承担相应责任。

受托人签名：

证件类型： 身份证 其他_____ 证件号码

日期： 年 月 日