

## 保险金转账支付授权书

太平养老保险股份有限公司\_\_\_\_分公司：

现本人授权贵公司通过银行转账给付保险金，将本人\_\_\_\_年\_\_月\_\_日提交的理赔申请（需与申请书签署日期一致）的全部理赔款转入至以下账户内：

开户银行及网点名称： \_\_\_\_\_

账户所有人姓名： \_\_\_\_\_

银行账号： \_\_\_\_\_

### 授权须知：

1. 本授权书在保险金受益人亲笔签名后生效，由业务人员或其他人员代签均属无效；
2. 保险人一旦将理赔金成功转账至上述账户，则视为授权人申请的本期保险理赔金支付完成，若发生下述情况时，将由授权人自行承担由此引起的相关责任：
  - 1) 授权人所提供的授权书账号错误，而导致保险人错误转入他人账号；
  - 2) 授权人遗失或注销授权转账账户后未及时通知保险人并重新授权，导致保险人按原账号转入；
  - 3) 若授权转账至第三方账户时，账户所有人与授权人之间产生纠纷而给授权人带来损失。
3. 若授权转账至投保单位账户时，投保单位需对上述转账信息核实并盖章确认，如因本次转账授权引发的纠纷和损失由授权人和投保单位共同承担责任；
4. 若授权转账至第三方自然人（主被保险人、监护人除外）账户时，需在我司经办人员见证下完成授权过程。

### 授权人声明：

1. 本人已仔细阅读并理解了“授权须知”内容，完全同意“授权须知”的相关事项；
2. 本人已仔细核对上述转账信息，确认无误，并同意保险金按照授权书的银行账号予以支付。如因本次转账授权引发的纠纷或损失由本授权人承担全部责任；
3. 本人声明随本授权书提供的身份证件及银行卡（或存折）复印件均来自真实有效的证件与凭证。

授权人签名： \_\_\_\_\_

联系电话： \_\_\_\_\_

授权人身份证： \_\_\_\_\_

日期： \_\_\_\_\_

投保单位： \_\_\_\_\_

联系电话： \_\_\_\_\_

经办人签名： \_\_\_\_\_

日期： \_\_\_\_\_

我司见证人： \_\_\_\_\_

日期： \_\_\_\_\_