银行转账授权书

请填写投保单号码：

账户所有人兹对复星保德信人寿保险有限公司（简称复星保德信人寿）及以下所选银行（简称受权银行）授权如下：

1. 如账户所有人为投保人，同意受权银行在其授权账户内自动转账扣取各期保险费，复星保德信人寿及受权银行无需再于每次扣款前征求本人意见。
2. 账户所有人同意，在每个保险费自动扣款日之前，将足额的续期或续保保险费存入授权账户内，以便受权银行届时自动扣款。自动扣款日若逢节假日，则以前一个工作日为扣款日。
3. 账户所有人同意，如因授权账户内余额不足或被查封冻结等原因导致无法成功扣款，受权银行在自动扣款日之后的 60 日内，连续多次扣款，直至扣款成功。如因账户内无足够余额或被查封冻结导致受权银行无法足额扣款而不予转账的，由此产生的任何责任由授权人承担。
4. 账户所有人同意，如对同一保险合同有多次自动转账授权，以复星保德信人寿收到并同意之最后一次有效授权为准，且以前提供之转账授权书自动作废，并不予退回。
5. 账户所有人同意，如在同一授权账户内同时授权两份或两份以上与复星保德信人寿签订的保险合同的保险费自动转账，由复星保德信人寿决定其转账顺序。
6. 账户所有人同意，在任何情况下，若因复星保德信给付款项的金额或给付对象有误而导致账户所有人并非基于法律规定或保险合同约定收到该误付款项，则账户所有人将无条件地及时返还全部误付之款项予复星保德信。账户所有人同意复星保德信不对账户的失窃或冒领负责。若因不可归责于转账银行、保险公司的事由，导致到期应付款项不能及时划转、划账错误等责任，由账户所有人自行承担。
7. 授权书持续有效直至下列情况之一者出现将自动终止：
   1）账户所有人申请终止授权　　2）授权账户终止　　3）保险合同效力终止
   终止授权账户的，应于保险费约定支付日的一个月之前或保险款项给付日、退费日的一个月之前，向复星保德信人寿递交终止授权的书面申请。

投保人授权账户（账户所有人应为投保人本人）			
账户所有人姓名：			
开户银行名称：		开户城市：	
授权账号（请同时提供授权账户的借记卡或活期存折复印件）：			
授权人（账户所有人）签署：		**签署日期：**	

说明：（1）账户所有人应保证授权账户为本人所有，账户资料真实有效；
（2）账户所有人签名必须为本人亲笔所签，且与银行账户所载姓名相同。

风险提示语抄录

如果您购买的产品属于人身保险新型产品（包括投资连结保险、万能保险、分红保险以及中国保险监督管理委员会认定的其他产品），请您在阅读保险条款、产品说明书和投保提示书，了解本产品的特点和保单利益的不确定性以后，在下面方框内亲笔抄录红色字体的内容：

投保人签名：
（需由投保人亲自签名）

被保人签名：
（需由被保险人亲自签名，如为未成年人则由其法定监护人亲自签名）

本	人	已	阅	读	保	险	条	款	、	产	品	说	明	书	和	投	保	提	示	书	，
了	解	本	产	品	的	特	点	和	保	单	利	益	的	不	确	定	性	。			

签署日期：_____年_____月_____日