

## 委托授权声明

委托人姓名	性别 <input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女	出生日期	年	月	日			
证件类型： <input type="checkbox"/> 居民身份证 <input type="checkbox"/> 临时居民身份证 <input type="checkbox"/> 户口簿 <input type="checkbox"/> 出生医学证明 <input type="checkbox"/> 中国人民解放军军官证 <input type="checkbox"/> 中国人民解放军士兵证 <input type="checkbox"/> 中国人民武装警察部队警官证 <input type="checkbox"/> 中国人民武装警察部队士兵证 <input type="checkbox"/> 人民警察证 <input type="checkbox"/> 台湾居民来往大陆通行证 <input type="checkbox"/> 港澳居民来往内地通行证 <input type="checkbox"/> 港澳居民居住证 <input type="checkbox"/> 台湾居民居住证 <input type="checkbox"/> 外交护照 <input type="checkbox"/> 公务护照 <input type="checkbox"/> 公务普通护照 <input type="checkbox"/> 普通护照 <input type="checkbox"/> 外国人永久居留身份证 <input type="checkbox"/> 外国护照 <input type="checkbox"/> 外国人永久居留证								
证件号码					国籍	职业		
证件有效期	年	月	日	至	年	月	日	<input type="checkbox"/> 长期
联系地址	省	市	区/县	乡/镇/街道				
电子邮箱	联系方式							
受托人姓名	性别 <input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女	出生日期						
证件类型： <input type="checkbox"/> 居民身份证 <input type="checkbox"/> 临时居民身份证 <input type="checkbox"/> 户口簿 <input type="checkbox"/> 出生医学证明 <input type="checkbox"/> 中国人民解放军军官证 <input type="checkbox"/> 中国人民解放军士兵证 <input type="checkbox"/> 中国人民武装警察部队警官证 <input type="checkbox"/> 中国人民武装警察部队士兵证 <input type="checkbox"/> 人民警察证 <input type="checkbox"/> 台湾居民来往大陆通行证 <input type="checkbox"/> 港澳居民来往内地通行证 <input type="checkbox"/> 港澳居民居住证 <input type="checkbox"/> 台湾居民居住证 <input type="checkbox"/> 外交护照 <input type="checkbox"/> 公务护照 <input type="checkbox"/> 公务普通护照 <input type="checkbox"/> 普通护照 <input type="checkbox"/> 外国人永久居留身份证 <input type="checkbox"/> 外国护照 <input type="checkbox"/> 外国人永久居留证								
证件号码					国籍	职业		
证件有效期	年	月	日	至	年	月	日	<input type="checkbox"/> 长期
联系地址	省	市	区/县	乡/镇/街道				
电子邮箱	联系方式							
与委托人关系	<input type="checkbox"/> 亲属： <input type="checkbox"/> 朋友 <input type="checkbox"/> 保单代理人 <input type="checkbox"/> 其他：							
委托事项： <input type="checkbox"/> 提交索赔申请资料 <input type="checkbox"/> 受领退回的申请资料 <input type="checkbox"/> 接收理赔决定通知 <input type="checkbox"/> 领取理赔款								
领取方式： <input type="checkbox"/> 转账 <input type="checkbox"/> 现金			账户标记： <input type="checkbox"/> 法人 <input type="checkbox"/> 个人					
开户行			户名					
银行账号								
1、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； 2、受托人在授权有效期内代为办理委托，严格遵照授权人的真实意愿，所实施的行为如有超出授权范围，受托人自愿承担相应责任； 3、本人同意民生人寿保险股份有限公司将理赔金转入《委托授权声明》中所提供的银行账户，同意承担因银行账户提供错误而导致转账错误或者失败而产生的法律、经济责任。 4、本委托有效期至 年 月 日。 授权人签名（签章）： 日期： 受托人签名（签章）： 日期： (若本声明无法满足业务办理需求，可额外提供委托授权声明，效力等同本申请书中的“委托授权声明”)								