HSBC 汇丰 Insurance 保险

理赔转账授权书

保险合同编号：_____

本人同意并授权汇丰人寿保险有限公司将本次应给付的保险金或其他费用，以**转账**方式转入下列指定金融储蓄机构账户中。		
账户所有人身份：	**请选择** ☐ 被保险人 ☐ 投保人 ☐ 身故保险金受益人	☐ 被保险人之继承人/监护人 ☐ 投保人之继承人/监护人 ☐ 身故保险金受益人之继承人/监护人
账户所有人姓名：	_____	
账户所有人居住地址：		
账户所有人永久地址（与居住、地址不同时填写）：		
账户所有人有效身份证件号码：		
转账金融储蓄机构：	_____ 银行 _____ 分行 _____ 支行	
授权账号：		

本人确认并同意：

1. 授权转账账户以本人账户为限；所提供之账号必须为授权金融储蓄机构的个人活期结算账户号码或储蓄卡号码，同时提供相应包含账户所有人、账号信息的银行卡或存折复印件。
2. 本授权书签署日期即为授权生效日。
3. 因本授权书指定账户信息提供错误，或因指定账户存款不足，或因指定账户发生挂失、冻结、结清，造成无法转账付款而产生的后果由本人自行承担。

为了您的利益着想，请勿在空白之授权书上签署，签署前请再次校对所填资料。

_____	_____	_____	_____
账户所有人签名	签署日期（年/月/日）	见证业务员	业务员代码

版本号: LOCLMBCAGC01-2014-02