



太平洋健康保险股份有限公司
Pacific Health Insurance Co., Ltd.

多受益人授权委托书

请完整填写以下信息内容

受 益 人 一	*姓名		*性别			*国籍			*职业				
	*证件类型		*证件号码										
	*证件有效期	年 月 日 至 年 月 日											
	*联系电话		*联系地址										
受 益 人 二	*姓名		*性别			*国籍			*职业				
	*证件类型		*证件号码										
	*证件有效期	年 月 日 至 年 月 日											
	*联系电话		*联系地址										
受 益 人 三	*姓名		*性别			*国籍			*职业				
	*证件类型		*证件号码										
	*证件有效期	年 月 日 至 年 月 日											
	*联系电话		*联系地址										
受 益 人 四	*姓名		*性别			*国籍			*职业				
	*证件类型		*证件号码										
	*证件有效期	年 月 日 至 年 月 日											
	*联系电话		*联系地址										
受 托 人	*姓名		*性别			*国籍			*职业				
	*证件类型		*证件号码										
	*证件有效期	年 月 日 至 年 月 日											
	*联系电话		*联系地址										
	*账户名				*开户行全称								
	*银行账号												
	与被保人 关系	<input type="checkbox"/> 亲属: _____				<input type="checkbox"/> 业务员(工号: _____)							

*若受托人非受益人则无需填写转账账号信息。

以上受益人委托上述受托人就_____保险合同的理赔事宜作为本人的代理人，并同意其代理权限如下：

1. 办理理赔申请 同意 不同意
2. 领取保险金 同意 不同意
3. 其他_____ 同意 不同意

(为了保证您的权利，针对各项代理权限，请务必勾选“同意”或“不同意”之一)

声明：凡由本授权委托书引发的任何法律或经济纠纷由委托人承担，与太平洋健康保险股份有限公司无关。

受益人签名： 受益人一： 受益人二：	受托人签名： _____
受益人三： 受益人四： _____	日期： _____