

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：_____） <input type="checkbox"/> 其他：_____ <input type="checkbox"/> 律师（执业证：_____） *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。

<p>受益人签名：</p> <p>受益人一： _____ 受益人二： _____</p> <p>受益人三： _____ 受益人四： _____</p> <p style="text-align: right;">日期： _____</p>	<p>受托人签名：</p> <p>_____</p> <p style="text-align: right;">日期： _____</p>
--	---