



扣款知情同意书

投保人（以下简称“本人”）对复星联合健康保险股份有限公司（以下简称“贵公司”）及下列的开户银行（以下简称“银行”）授权如下：

1. 本人同意委托贵公司，从下列本人的授权账户中扣取本保险合同所需缴纳的保险费，并保证有足够的金额支付应交保险费。

2. 本人确认授权的银行账户所有人为投保人，确认本人账户的开户银行、户名和账号均真实有效，续期交费账户与首期保费交纳账户为同一账户。

3. 本人同意若因账户挂失、账户冻结、账户余额不足或其他非银行原因造成转账不成功，致使产生保险合同终止的任何后果或投资账户的费用损失，因此引起的责任概由本人承担。

4. 如本人在同一指定账户内同时授权支付两张或两张以上保险单中的保险费或其他自动转账业务时，本人同意依照贵公司规定的转账顺序转账。

5. 本人投保后若办理退保或退费业务，同意贵公司将应退金额通过银行划转入该账户。

6. 本人因故结清本账户，会重新开立账户，并及时通过贵公司进行变更。如本人欲终止本授权，应立即向贵公司递交终止授权的书面申请，由贵公司知会银行停止转账。若本人申请退保，因本人未及时办理账户变更手续而导致退保给付金无法按时给付，则同意贵公司以本人提交书面退保申请书的日期为依据计算并支付退保金。