

银行转账授权书

本人（投保人）在投保过程中提供的银行账户（以下简称“本账户”）系本人真实姓名开立的结算账户、账户信息真实无误，本人同意昆仑健康保险股份有限公司（以下简称“保险公司”）从本账户内以保险合同约定的交费方式及金额按期收取各期保险费。同时，郑重声明已仔细阅读、理解下述各项规定并同意遵守。

1. 同意保险公司在保险合同规定的保险费交付日和宽限期内的任意时间，委托转账银行转账支付到期应付保险费，接受保险公司的各项退费及保险金给付。并同意在上述保险费支付期间存入足够资金以备转账银行支付保险费。

2. 分期付款保险合同效力中止后，本授权书效力同时中止，保险公司暂停委托转账银行转账支付保险费。合同效力恢复后，本授权效力随即恢复。

3. 本授权书于授权之日起生效，至授权人通知终止授权、或授权账户终止、或保险合同交费期满、或保险合同效力终止前持续有效。

4. 若终止授权或变更账户时，授权人在当期保险费交付前应向保险公司递交书面通知。

5. 因账户存款余额不足造成的转账不成功，致使保险合同不生效或不能持续有效，由此引起的责任将由本人承担。