

业务支出转账授权书

昆仑健康保险股份有限公司_____分公司：

兹授权贵公司将保险合同_____号_____年__月__日
所发生的 赔款支出 退保金 撤单退费 保全退费 其他
_____支付到如下账户中：

收款账户名称		联系电话	
证件号码			
银行账号			
开户银行			
业务员姓名		联系电话	

被保险人（或投保人）声明：因本人（或本公司）疏忽、过失等原因导致上述支出款项不能及时到账或划款错误，由本人（或本公司）承担相应的损失和相应的法律责任。

受益人（或投保人）签章：

年 月 日
