

银行转账授权声明

1. 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；
2. 本人同意授权昆仑健康保险股份有限公司通过本人开户银行为该保单续期支付保费、退保、获取理赔金转账收付费专用；
3. 本人保证此账户为本人开户的储蓄卡账户，在缴纳续期保费时此账号有足够的金额支付应缴纳的续期保费，若因账户余额不足或账户信息有误造成支付不成功，因此引起的责任由投保人自行承担；
4. 本人此账户如发生注销或不能继续使用等情形，本人保证将重新开立账户，并及时通知保险公司进行账户信息变更；
5. 本人授权有效期至该保单合同期满或本人以书面形式通知终止；
6. 本人特此声明：同意接受以上转账授权声明各项内容。