**中国人寿授权划款告知书**

本人（监护人）自愿授权中国人寿保险股份有限公司上海市分公司，从本授权声明指定的账户内划付2017年大学生补充商业医疗保险保险费元。本人（监护人）郑重声明已仔细阅知、理解下述各项规定并同意遵守。

1、同意在保险费划付期间存入学号所对应中国农业银行卡足够资金以备转账银行划付保险费。（账户余额必须大于应交保险费+10元人民币），授权学校财务处提供本人学号所对应的银行卡信息。

2、因不可归咎于转账银行、保险公司的事由，导致不能及时划付保险费，责任不由银行和保险公司承担。

声明人身份证号码：

声明人手机号码：（仅用于发送扣款提醒和成功短信使用）

声明人：

日 期：