

投保授权委托书

平安健康保险股份有限公司_上海_分公司：

本委托人（姓名_____证件号码_____）同意并委托亿滋食品企业管理（上海）有限公司为本人（姓名_____证件号码_____）及子女（姓名_____证件号码_____）投保贵公司_团体e生保_保险，保险方案如下：

保险项目	医疗险
保险条款	《平安住院（2018）团体医疗保险》（平保健发〔2018〕98号）、《平安附加门诊急诊（2018）团体医疗保险》（平保健发〔2018〕98号）
保险期限	2022年1月1日-2022年12月31日

本委托人确认在填写本投保授权委托书时，保险人已就保险条款，特别是责任免除、责任减轻及投保人和被保险人义务的内容向委托人作了明确说明，委托人对本保障计划的条款及保险条件已没有任何异议并完全予以接受，委托人知悉原保监会《关于父母为其未成年子女投保以死亡为给付保险金条件人身保险有关问题的通知》（保监发〔2015〕90号），同意亿滋食品企业管理（上海）有限公司作为投保人为未成年子女投保上述保险。

委托人同意保险合同由亿滋食品企业管理（上海）有限公司统一保管，并由亿滋食品企业管理（上海）有限公司代为支付委托人保险费，如果产生退费，也需退回亿滋食品企业管理（上海）有限公司账户。

特此声明。

委托人：

时间：