

保险合同解除申请书

特别说明: 1. 请选择您要办理的项目, 然后用黑色钢笔或黑色签字笔在变更项目前的□内打√, 并正楷填写需变更的内容。
2. **保险合同解约后, 您的保险合同终止。**

保单号码:	投保人:	被保险人:	申请日期: _____ 年 ____ 月 ____ 日
申请类型	<input type="checkbox"/> 公司柜面亲办 <input type="checkbox"/> 委托服务人员代办 <input type="checkbox"/> 委托其他人代办 <input type="checkbox"/> 快递 <input type="checkbox"/> 其他_____		
<input type="checkbox"/> 犹豫期退保	解约原因: <input type="checkbox"/> 经济原因 <input type="checkbox"/> 险种不理想 <input type="checkbox"/> 服务不理想 <input type="checkbox"/> 人情投保 <input type="checkbox"/> 转投保其他险种		
<input type="checkbox"/> 退保	<input type="checkbox"/> 家庭原因 <input type="checkbox"/> 不相信保险 <input type="checkbox"/> 理赔不满意 <input type="checkbox"/> 工作调动 <input type="checkbox"/> 业务员告知不实		
<input type="checkbox"/> 出国定居 <input type="checkbox"/> 转公司投保 <input type="checkbox"/> 业务员自保件 <input type="checkbox"/> 其他_____			
<input type="checkbox"/> 预约退保	预约退保日期: <input type="checkbox"/> 下一个保单周年日 <input type="checkbox"/> 其他时间: _____ (请同时勾选解约原因)		

保险款项银行转账收付授权

- 本人是以真实姓名开立结算账户, 自愿授权并同意将款项通过银行转账方式进行领取和支付。
- 本人保证授权账户处于可转账状态, 因账户挂失、账户余额不足、账户注销或其他原因导致转账不成功而引发的后果, 概由本人承担。
- 贵公司不需对该授权账户失窃或冒领承担责任。

账户名:	开户银行:	银行账号																		
开户银行网点名称 (网银支付时需填写):																				

委托授权及签名确认

本人现委托_____ (先生/女士) (证件类型_____ 证件号码_____) 代办本申请书中保单下的保险合同解约事宜, 由此产生的后果由本人自负, 该委托自申请日起十日内有效。

授权人与受托人的关系: 父母 配偶 子女 公司服务人员 其他_____

受托人声明: 受托人保证授权人的签名为亲笔签名, 如有纠纷, 受托人自愿承担相应责任; 受托人在授权有效期内代为办理委托, 严格遵循授权人的真实意愿, 所实施的行为如超出授权范围, 受托人自愿承担相应责任。(若委托他人代办请填写以上内容)

客户声明:

本人已阅读并理解保全申请的各项内容, 且在申请的所有陈述和告知均完整、真实。如有隐瞒或不实告知, 贵公司有权在法定期限内解除合同。贵公司采集客户信息特别是电话和地址的用途, 包括但不限于计算保费、核保、寄送保单、客户回访、客户服务等。贵公司承诺未经本人同意, 不会将客户信息用于人身保险公司和第三方机构的销售活动。针对投保人在保全过程中提交的未成年人信息, 贵公司将严格按照法律法规要求, 采取严格的信息安全管控措施, 保障未成年人的信息安全与合法权益。

本人同意贵公司因业务需要有搜集、计算机处理、传递本人之个人资料的权利。同意将投保人、被保险人或法定监护人、指定身故受益人身份信息(如姓名、证件类型、证件号码、电话等信息)共享至法律法规规定的保险实名查验登记系统或合法第三方信息认证机构, 用于验证投保人、被保险人或法定监护人、指定身故受益人身份信息真实性。同意贵公司向司法及监管机构、有权机关、行业协会、中国银行保险信息技术管理有限公司(简称“中国银保信”)、再保公司报送本人的全部保单信息和保全信息。中国银保信基于为本人或保险公司提供服务的需要可对上述信息进行必要的使用及与相关机构进行信息共享, 但均应严格履行保密义务。

投保人签名:	联系电话:	被保险人(或其法定监护人)签名:	联系电话:
委托代办人签名:	联系电话:	业务员代码(业务员代办):	
其他说明事项:			

保险公司填写栏

说明事项:
受理人员签名: _____ 受理日期: _____ 年 ____ 月 ____ 日