



保险合同解除申请书

保险合同编号

申请日期

年 月 日

填写说明：

请用黑色钢笔或黑色签字笔在申请项目目的□内打√，并正楷填写申请内容。为维护您的权益，请勿在未经您填写的空白申请书上签名。签名前请再次核对您填写的内容。所有保险责任以合同所载为准，除由同方全球人寿保险有限公司（以下简称“公司”）经正式程序更改或批注之内容外，其他任何人的口头及书面陈述、报告或合约，公司无需负责。

申请人	<input type="checkbox"/> 投保人 <input type="checkbox"/> 其他 _____	申请人姓名	
申请方式	<input type="checkbox"/> 亲办 <input type="checkbox"/> 委托代办（请填写《授权委托书》栏位） <input type="checkbox"/> 其他 _____		
批单寄送方式	<input type="checkbox"/> 电子批单 您可关注公司官微或下载官方APP“全球e家”进入<个人中心><业务办理>查看批单。		

尊敬的客户，在您签下此申请书之前，请仔细斟酌，因为本合同解除后，对您来说有以下损失：

- 合同解除后，您就失去了保险保障。
- 合同解除后，如果您想再次投保，保险公司要按新投保时实际年龄计算保险费，年龄越大，保险费可能越高。
- 合同解除后，如果您想再次投保，保险公司要考虑您的身体状况，若身体状况不佳，将会提高保险费率或被拒保。
- 合同解除后，如果您想再次投保，保险公司会根据条款的约定重新计算健康保险的等待期。
- 合同解除后，您所领取的退保金有可能比所缴纳的保险费少。

<input type="checkbox"/> 退保 (30300)	<input type="checkbox"/> 整单退保	被保险人	主险名称
		险种代码 (公司填写)	险种名称
<input type="checkbox"/> 犹豫期退保 (30100)	<input type="checkbox"/> 附加合同退保	险种代码 (公司填写)	险种名称
		险种代码 (公司填写)	险种名称

撤退原因(必填项)	<input type="checkbox"/> 经济原因 <input type="checkbox"/> 险种不理想 <input type="checkbox"/> 服务不满意 <input type="checkbox"/> 理赔不满意 <input type="checkbox"/> 其他 _____
-----------	--

如有遗失保险合同原件或首期发票（纸质），请勾选并确认相应遗失声明内容：

- 保险合同遗失声明：本保险合同声明作废，本人愿承担由此而产生的法律责任。
- 首期发票遗失声明：本人声明首期发票遗失。

请填写授权 账号信息	<input type="checkbox"/> 同续期交费账号 <input type="checkbox"/> 授权其他账号 (需填账号信息)	户名： (授权人)	开户行：	分行：
		银行账号		

声明：本人授权公司使用上述银行账户用于本次业务的款项转账收付。本人同意因授权账户信息错误、账户注销、账户金额不足或账户不符合公司对授权账户要求而导致转账不成功，公司无须承担由此引起的任何责任。

个人信息使用授权声明

- 本人同意提供并授权贵公司，收集、使用、存储、披露、传输、提供投保人及被保险人的身份信息、生物识别、金融账户、行为信息、医疗健康信息、财务状况或其他必要信息及受益人的身份信息、生物识别、金融账户（包括本单证签署之前提供和产生的信息及因接受贵公司保险服务产生的信息，以下称为“个人信息”），用于贵公司、政府监管部门、行业协会、中国银行保险信息技术管理有限公司、再保险公司、贵公司的关联方或贵公司委托的合作伙伴等第三方履行保险合同、再保险，向本人提供相关售后服务及推荐其他保险产品、其他保险服务或其他增值服务，对个人信息进行核验，利用本人提供或从第三方方式收集的有关投保人及被保险人的健康、病史或其他信息，评估投保人及被保险人的身份、健康、行为、财务、信用、教育等风险，开展市场调查与信息数据分析，及法律法规、监管要求的信息披露与报送。
- 本人授权任何医生、医疗机构、保险公司以及其他知悉投保人、被保险人身体的健康状况之机构组织或人士，均可以将投保人及被保险人身体的健康状况、投保历史、职业信息之资料向贵公司（包括贵公司委托的第三方服务机构）如实提供。
- 本人知悉，上述授权涉及收集和处理个人敏感信息（包括十四周岁以下儿童信息），即一旦泄露会侵害个人人格尊严或者危害人身及财产安全；上述个人信息之提供和披露，可能包含境外之提供和披露；若缺少上述信息，则贵公司无法向本人提供任何服务。
- 监护人或受托人同意提供个人身份信息、职业信息、联系信息等，供贵公司用于监管要求的个人身份信息真实性核验、反洗钱身份识别等。

授权委托 书	本人（申请资格人/其监护人）委托 _____（受托人）自即日起至 _____年 ____月 ____日期间内代办上述保险合同申请事宜，由此产生的后果由本人承担，与公司无涉，并保证豁免公司因上述行为引起的任何责任。受托人身份信息如下：			
	证件类型	证件号码	证件有效期至	至 ____/____/____ 性别 ____ 出生日期 ____
	受托人是委托人的 <input type="checkbox"/> 保单服务人员（编号 _____） <input type="checkbox"/> 其他 _____ 联系电话 _____ 联系地址 _____			

以下签名视为您已确认本申请书中所有填写内容均真实、准确、完整，且已仔细阅读并同意所有授权与声明。为了保障您的权益，请勿在空白申请书上签字。

投保人/申请人签名	联系电话	受托人签名
-----------	------	-------

注：以上签名须客户本人亲笔签名，且与留存于公司签名样本一致

受理人员签章	受理日期
--------	------



扫一扫，随享保单自助服务，更快更便捷！