同方全球人寿 Aegon THTF Life Insurance

保险合同解除申请书

版本：202610

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前的☐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	☐ 投保人 ☐其他								
	姓名		**联系电话**		是申请资格人的 ☐本人 ☐父母 ☐配偶 ☐子女 ☐其他				
	证件类型		证件号码		证件有效期	至 / ☐长期			
	出生日期		性别	☐男 ☐女	国籍		职业代码		职业内容
	联系地址	省/自治区	市	区/县	乡镇/街道				

申请方式	☐亲办 ☐委托代办**（请填写《授权委托书》栏位）** ☐其他
批单寄送方式	☐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：在您申请退保之前，请认真仔细阅读斟酌，您可能面临以下损失。此外，特别提示您防范非法“代理退保”骗局，警惕任何人员诱导退保并购买非正规金融机构产品的行为，谨防非法集资、诈骗等风险，保障自身财产安全。

1. 合同解除后，就失去了该合同约定的保险保障。
2. 合同解除后，您所领取的退保金金额有可能比所交保费金额少；如有保单借款或其他未还清款项，给付前会扣除欠款和利息。
3. 合同解除后，如果您想再次获得保险保障，您需重新投保，保险公司会对您的投保申请重新审核，您可能会面临被拒保、支付更多保险费、重新计算等待期等风险，保险公司承保后，会与您签订新的保险合同并提供保障。

☐退保（30300）	☐ 整单退保	被保险人		主险名称
☐犹豫期退保（30100）	☐ 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
		险种代码（公司填写）		险种名称
撤退保原因（必填项）	☐经济原因 ☐险种不理想 ☐服务不满意 ☐理赔不满意 ☐其他			
	声明：本人确认不存在本公司业务人员或离职人员引导退保及向本人推荐购买其他投资产品的情形。			

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	☐同续期交费账号 ☐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

1. 本人同意提供并授权同方全球人寿保险有限公司（“贵公司”），以收集、使用、存储、披露、传输、提供等方式处理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，“个人信息”），用于贵公司或贵公司委托的合作伙伴等第三方履行保险合同、提供保险服务，用于贵公司向政府监管部门、行业协会、中国银行保险信息技术管理有限公司履行法律法规、监管要求的个人身份信息真实性核验、信息披露和报送等义务，对于在境外的接收方，贵公司确保严格遵守个人信息跨境传输相关法律法规的要求。

2. 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，用于贵公司向政府监管部门、行业协会、中国银行保险信息技术管理有限公司履行法律法规、监管要求的个人身份信息真实性核验、信息披露与报送等义务。

3. 本人知悉，上述授权涉及收集和处理敏感个人信息，即一旦泄露或者非法使用，容易导致自然人的人格尊严受到侵害或者人身、财产安全受到危害的个人信息。具体包括身份信息、生物识别、医疗健康、金融账户、不满十四周岁未成年人的个人信息。该些信息为贵公司履行保险合同、提供保险服务所必要，若缺少上述信息，则贵公司可能无法向本人提供对应服务。

4. 贵公司及贵公司的合作伙伴须遵守相关法律、法规和监管规定，对上述信息承担保密义务，并采取各种措施保证信息安全。本条款自本单证签署时生效，具有独立法律效力，不受合同成立与否及效力状态变化的影响。

5. 本人知悉可通过贵公司客服热线956095取消或变更授权，行使查阅、删除个人信息的权利等。

以上授权期限为实现处理目的所需期间或法律法规要求的期限。

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_____/☐长期 性别_____ 出生日期_____

受托人是委托人的 ☐保单服务人员（编号 ） ☐其他_____ 联系电话_____

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，且已详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 _____ **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** _____

移动客户端全球e家 同方全球人寿官方微信

扫一扫，随享保单自助服务，更快更便捷！