

保险合同解除申请书

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	☐ 公司柜面亲办 ☐ 委托服务人员代办 ☐ 委托其他人代办 ☐ 快递 ☐ 其他_____		
☐ 犹豫期退保	解约原因： ☐ 经济原因 ☐ 险种不理想 ☐ 服务不理想 ☐ 人情投保 ☐ 转投保其他险种		
☐ 退保	☐ 家庭原因 ☐ 不相信保险 ☐ 理赔不满意 ☐ 工作调动 ☐ 业务员告知不实		
	☐ 出国定居 ☐ 转公司投保 ☐ 业务员自保件 ☐ 其他_____		
☐ 预约退保	预约退保日期： ☐ 下一个保单周年日 ☐ 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，对受托人签署的与代办事项有关的一切文本均予完全认可并同意遵守，由此产生的一切法律后果均由本人承担，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，并不承担保险责任。本人知悉办理保全业务时必须提供的客户信息主要包括（不同保全项采集的信息存在差异，具体以业务办理时为准）：投保人、被保险人和指定身故受益人的姓名、性别、出生日期、国家/地区、证件类型、证件号码、证件有效期，投保人的职业、职业代码、联系电话、税收居民身份、工作单位、婚姻状况、联系地址、邮编、投保人与被保险人关系、财务及其他状况、有效身份证件影印件、转账授权银行、账号及影印件、生物识别信息，被保险人的职业、职业代码、工作单位、税收居民身份、联系地址、邮编、婚姻状况、经营主体类别、健康状况、财务及其他状况、有效身份证件影印件，被保险人或法定监护人生物识别信息、身份证件影印件，指定身故受益人的联系电话、职业、联系地址、邮编、有效身份证件影印件、与被保险人关系及其他保全业务所需的必要信息等，特定业务场景下还需要提供投保人的健康状况及体检信息、被保险人的体检信息、联系电话、投保人与被保险人的关系证明文件、法定监护人的姓名、性别、出生日期、国家/地区、证件类型、证件号码、证件有效期、联系电话及与被保险人的关系等，投保人可以提供电子邮箱，本人承诺如实详细提供。同时，本人已完全了解：如信息不真实不完整可能影响保费计算、核保和保单递送、保全业务办理，同时可能导致无法及时确认保全业务办理信息及保单权益；如果本人拒绝提供以上信息，贵公司无法继续提供相关服务以完成保全变更手续；贵公司采集客户信息特别是联系电话和联系地址的用途，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销售和第三方机构的销售活动；投保人在办理保全业务过程中不采集未成年人生物识别信息，针对投保人在办理保全业务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权搜集、计算机处理、传递本人之个人资料的权利。同意贵公司查阅、复制本人之相关医疗记录，病历及各类检查资料，授权本人就诊之医疗机构及保存有本人医疗证明的其他机构，提供本人医疗相关记录予贵公司及相关再保险公司。此授权内容的影印件具备同等效力。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、身份证件类型、证件号码、手机号码等信息），以及投保人、被保险人或法定监护人生物识别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。同意因保单打印服务需要将保单信息共享至保单打印外包合作商。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、理赔信息，通过医疗机构、中国银保信或指定的第三方合作机构核实提交信息真实性，核查获取与本人有关的承保、理赔、医疗等信息。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