

保险合同解除申请书

保险合同号码		申请日期	
投保人姓名		投保人联系电话	
填写须知	<p>一、请您用黑色钢笔或签字笔在申请项目前的“□”及选项“○”内打勾，并在右侧栏内填写申请内容。</p> <p>二、如果您填写了保险款项转账信息，请仔细阅读《解约金转账支付授权客户须知》。</p> <p>三、您所申请的解约项目，经国华人寿保险股份有限公司（以下简称本公司）审核同意后生效，生效日期以批单所载日期为准。</p>		
保全申请类型	<input type="checkbox"/> 客户亲办 <input type="checkbox"/> 委托他人办理 代办人(签名): _____ 保险代理人员工号: _____ 注：1、委托他人办理请同时提供《授权委托书》及受托人有效身份证件。 2、代办人为保险代理人员时，请同时填写“保险代理人员工号”。		
01 <input type="checkbox"/> 退保 02 <input type="checkbox"/> 犹豫期退保	保单是否交回	<input type="radio"/> 交回 <input type="radio"/> 遗失（请同时出具 保险合同遗失声明 ）	
	险种名称：	_____ _____ _____	
解约原因	<input type="radio"/> 经济原因 <input type="radio"/> 产品不满意 <input type="radio"/> 服务不满意 <input type="radio"/> 理赔问题 <input type="radio"/> 业务员销售误导 <input type="radio"/> 其他 _____		
解约金转账支付授权客户须知			
<p>一、本人同意授权银行按照保险公司提供的金额将保险合同的解约款项进行转账领取。若本人对转账的保险款项持有疑问时，应及时向保险公司查询。</p> <p>二、账户所有人须以本人真实姓名开立结算账户，并自愿授权本公司使用该授权账户用于保险款项转账给付。</p> <p>三、如果因授权人提供的授权账户错误、账户注销、账户余额不足或者不符合本公司对授权账户的要求而导致转账不成功，本公司无须承担由此引起的责任。</p> <p>四、如果申请人提供的账户为他人所有，本公司视同申请人可以从该账户中取得该笔款项，由此引起的纠纷，由申请人自行承担。</p> <p>五、本公司不对该授权账户的失窃或冒领承担责任。</p>			
保险款项转账授权	<input type="checkbox"/> 银行卡		<input type="checkbox"/> 存折
	账户持有人		开户银行网点名称
	银行结算账号	
<p>申请人声明和签名：1、本人已经仔细阅读并同意客户须知。2、客户信息使用声明：本人所提供的全部个人资料，仅限于国华人寿保险股份有限公司保全业务所需之用。国华人寿保险股份有限公司对本人的个人信息负有保密义务。</p>			
投保人（签名）		投保人有效证件号码	
<p>代理机构受理人员填写：</p>			
代理机构业务章与人名章		受理日期 (年-月-日)	备注
<p>公司受理人员填写：</p>			
公司柜面业务章与人名章		受理日期 (年-月-日)	备注