

中国平安人寿保险股份有限公司

单证代码：1762

保险合同解除申请书

保单号码 投保人 申请日期 年 月 日

一、填写说明：请选择您要办理变更的项目，然后用黑色钢笔或黑色签字笔在变更项目前的□内打√，并正楷填写变更内容，填写前请仔细阅读申请书背面的客户须知及声明。

二、变更项目和内容：

1 <input type="checkbox"/> 犹豫期退保 (501)	1 <input type="checkbox"/> 整单犹豫期退保		
	2 <input type="checkbox"/> 附加险犹豫期退保	附加险的险种简称及代码	
2 <input type="checkbox"/> 退保(502)	1 <input type="checkbox"/> 整单退保		
	2 <input type="checkbox"/> 附加险退保	附加险的险种简称及代码	退保对象（被保险人）
			1 <input type="checkbox"/> 本人 2 <input type="checkbox"/> 配偶 3 <input type="checkbox"/> 子女 4 <input type="checkbox"/> 其他被保险人
			1 <input type="checkbox"/> 本人 2 <input type="checkbox"/> 配偶 3 <input type="checkbox"/> 子女 4 <input type="checkbox"/> 其他被保险人
			1 <input type="checkbox"/> 本人 2 <input type="checkbox"/> 配偶 3 <input type="checkbox"/> 子女 4 <input type="checkbox"/> 其他被保险人
退保原因：1 <input type="checkbox"/> 经济原因 2 <input type="checkbox"/> 出国定居 3 <input type="checkbox"/> 险种不理想 4 <input type="checkbox"/> 服务不满意 5 <input type="checkbox"/> 理赔不满意 6 <input type="checkbox"/> 其他			

以下几点说明，请您仔细阅读

尊敬的客户：

您好，在您签下保险合同解除申请书之前，请仔细斟酌，因为保险合同解除对您来说有以下五大损失：

- 1、合同解除后，您就失去了保险保障。
- 2、合同解除后，您所领取的退保金有可能比所交保费少。
- 3、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的年龄计算保费，年龄越大，保费可能越高。
- 4、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。
- 5、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。

退保金转账支付授权客户须知

- 1、账户所有人须以本人真实姓名开立结算账户，并授权中国平安人寿保险股份有限公司（以下简称本公司）使用指定银行结算账户（以下简称授权账户）用于退保金转账支付。
- 2、如果因授权人提供的授权账户错误、账户注销或者不符合本公司对授权账户的要求而导致转账不成功，本公司有权改用其他方式支付退保金，并无须承担由此引起的责任。
- 3、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退费，由此引起的纠纷，由申请人自行承担。
- 4、本公司不对该授权账户的失窃或冒领承担责任。

三、保险款项收付方式：

保险款项 转账方式	1 <input type="checkbox"/> 续期交费账户	2 <input type="checkbox"/> 其他账户 (请填写账户信息)	开户银行： <input type="text"/>	户名： <input type="text"/>
			结算账号： <input type="text"/>	

四、批单/函件/保单送达方式：1 邮寄 2 自领（若您已选择电子函件服务，此次申请产生的批单/函件将以电子邮件形式发送至您指定的E-mail。）

五、申请类型：1 本人申请 2 委托服务人员代办 3 委托他人代办

六、投保人签名：

有效证件号码：

七、代办人/协办人填写：

代办人签名：	证件类型：1 <input type="checkbox"/> 身份证 2 <input type="checkbox"/> 其他	证件号码： <input type="text"/>
	联系电话：区号 <input type="text"/> 电话 <input type="text"/>	如为业务人员代办，请同时填写业务人员代码： <input type="text"/>

八、公司受理人员填写：签名： 受理日期： 年 月 日 备注：