



保全受理号: _____

中华联合人寿保险股份有限公司 保险合同解除申请书

保单号码: _____ 投保人: _____ 被保险人: _____ 申请日期: _____年____月____日

一、变更内容: 请仔细阅读申请书背面的客户须知, 选择您要办理的变更项目, 然后用黑色钢笔或签字笔在变更项目前的□中打√, 并正楷填写需要变更的内容。

301 <input type="checkbox"/> 犹豫期退保 302 <input type="checkbox"/> 退保	1 <input type="checkbox"/> 整单解除 2 <input type="checkbox"/> 附加险单独解除 附加险代码: _____ 附加险险种简称 _____ _____ _____					
原因: 1 <input type="checkbox"/> 经济原因 2 <input type="checkbox"/> 险种不理想 3 <input type="checkbox"/> 服务不满意 4 <input type="checkbox"/> 理赔不满意 5 <input type="checkbox"/> 调动或移居 6 <input type="checkbox"/> 人情投保 7 <input type="checkbox"/> 家庭成员反对 8 <input type="checkbox"/> 业务员自保件 9 <input type="checkbox"/> 媒体影响 10 <input type="checkbox"/> 销售误导 11 <input type="checkbox"/> 其他 _____						
基本信息告知 退保金额在1万元 以上须填写	手机号		电子邮箱		国 籍	1 <input type="checkbox"/> 中国 2 <input type="checkbox"/> 其他 _____
	拥有公费/社会医疗	1 <input type="checkbox"/> 是 2 <input type="checkbox"/> 否	单位电话	区号 电话	职 业	
	通讯地址	_____省/直辖市 _____市 _____区/县 _____ 邮编 _____				

二、保险款项收付方式: 请仔细阅读单证背面的《保险款项转账收付授权客户须知》。

<input type="checkbox"/> 已授权账号	开户所在地: _____省 _____市 _____网点					
<input type="checkbox"/> 新授权账号	银行: _____	开户所在地: _____省 _____市 _____网点		户名: _____ 结算账号: _____		

三、批单送达方式: 1 自取 2 邮寄 3 电子邮件 (如果您选择邮寄, 我们将会以平信方式邮寄至您的通讯地址。)

四、申请类型: 1 本人亲办 2 委托保单服务人员代办 (代码: _____) 3 委托其他人代办

非本人亲办, 还须填写下列授权委托书或另附申请人亲笔签名的授权委托书。

兹委托 _____ 先生/女士 (证件类型 _____, 有效证件号码 _____) 自即日起至 _____年____月____日期 间内, 代为办理上述第 _____ 项保险合同变更申请事宜。代办人所提供的相关申请资料仅限本次申请有效, 且确认委托日期与本人上述 业务的申请日期一致。代办人应确保授权委托书为委托人本人签名, 如有纠纷或代办人所实施的行为超出授权范围, 代办人为此产生的一切后果向委托人负责。	
委托人 (申请人) 签名: _____	代办人签名: _____

五、申请人声明及签名: 上述保险合同变更事项均为本人真实意愿表达。本人同意变更生效日以贵公司确认内容及生效日期为准。本人已阅读并同意单证背面的各项内容。

投保人签名: _____	代办人签名: _____
--------------	--------------

六、公司受理信息:

受理人签名: _____ 受理日期: _____年____月____日 备注: _____

保险合同变更申请书填写客户须知

1. 为维护您的合法权益，请勿在空白申请书上签名，签名样式须与您在本公司最近一次留存的签名样式保持一致。
2. 请您在签名前再次核对所填写的内容。所有与保险条款及申请书事项不符的解释、说明或书面承诺均无效。
3. 若您申请的变更项目，存在部分或全部申请项目不符合法律规定或保险合同约定，该申请项目无效。
4. 您所申请的变更项目经中华联合人寿保险股份有限公司（以下简称“本公司”）审核通过后生效，生效日以批单上所载明的日期为准。
5. 除第2、3项规定的情况外，本申请书经本公司加盖业务专用章后，可作为变更的依据。
6. 如果您申请客户重要资料变更、投保人变更、职业变更，业务办理结果以批单为准。

保险款项转账收付授权客户须知

1. 您须提供以本人真实姓名开立的银行账户，并根据本公司规定流程自愿授权本公司使用该授权账户自动划扣指定保险合同项下所需支付的各项费用，以及支付保险合同约定的相关给付款项。如您提供的账户非您本人账户，为维护您的合法权益，请您配合说明账户所有人与您的关系以及由账户所有人代付/收的原因。
2. 选择通过银行自动转账方式付款的，您应保证该银行账户中有足额的余额以备转账。如果因您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。
3. 如果原授权账户无法继续履行授权收付，您应提供新的银行账户并及时办理相关变更手续。
4. 申请事项存在退费的，如果您提供的账户为他人所有，本公司视同您可以从该账户中取得该笔款项，由此引起的纠纷，由您自行承担。
5. 如果您本次申请办理的业务涉及补退费，本次变更所需扣除/支付的金额以批单中约定的金额为准。
6. 本公司不对授权账户的失窃或冒领承担责任。

保险合同解除客户须知

1. 保险合同解除后，您就失去了保险保障，请审慎选择。
2. 保险合同解除后，您所领取的退保金额有可能比您已交纳的保险费总金额少。
3. 保险合同解除后，如果您想再次投保，保险公司将按照您新投保时的实际年龄计算保费，保费可能增加。
4. 保险合同解除后，如果您想再次投保，保险公司将根据您当前的身体状况进行重新核保，若身体状况不佳，可能会做出提高保险费率或拒保等核保决定。
5. 保险合同解除后，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。