

保险合同解除申请书

保险合同编号：	投保人：	本公司受理签章：
---------	------	----------

重要提示：请您在填写下列申请前，仔细阅读本申请书背面的内容。在保险合同有效期内终止合同，可能会蒙受经济损失，请慎重选择。

申请事项：（请在申请事项前的方格内打“√”，并填写变更后的内容，如需详述，请在“其它”栏补充说明）

01 <input type="checkbox"/> 犹豫期退保	您所购买的保险合同条款有犹豫期的规定，且您的保险合同处于犹豫期内，请您附上合同原件，同时勾选犹豫期退保。
02 <input type="checkbox"/> 退保	您的保险合同没有犹豫期的规定或者您收到保险合同后已经超过犹豫期约定期限，请勾选退保。
03 <input type="checkbox"/> 其它	

请您选择终止保险合同的原因：☐ 出国 ☐ 经济原因 ☐ 不认可保险 ☐ 转险种 ☐ 服务不理想 ☐ 业务员曲解 ☐ 其它：_____

退款将有短信提醒，为确保您的利益，请务必填写您的手机号码：_____

☐ 保险合同遗失声明：声明本保险合同作废，日后因该作废保险合同发生的任何纠纷，由本人承担全部责任。

随附资料（必填项目）：☐ 保险合同原件 ☐ 首期发票 ☐ 投保人身份证明文件复印件 ☐ 代办人身份证明文件复印件 ☐ 银行存折/卡复印件 ☐ 其它_____

委托代办声明：（代办人需在申请书上签名并提供代办人身份证明文件）

本人委托_____（先生/女士），身份证件号码_____，代为办理上述合同变更事项，并承担由此产生的所有法律责任。如因此发生任何纠纷，本人自愿承担相应后果。

变更授权账号：（请仔细阅读申请书背面“保险费自动转账领款授权”内容）

账户用途	<input type="checkbox"/> 变更领款账号：红利、保单退费、生存金/年金、领取个人账户价值及医疗理赔	账户所有人
账户信息	开户银行名称：_____省_____市_____（具体银行网点名称） <input type="checkbox"/> 卡号 <input type="checkbox"/> 存折号	
	账户号码：_____	

请您注意：

- 合同解除后，您就失去了保险保障。同时您所领取的退保金有可能比所交保费少，请慎重考虑。
- 合同解除后，如果您想再次投保，保险公司将根据您的身体状况与实际年龄决定是否承保并重新核定保险费。
- 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。
- 为保障您的权益，《保险合同解除申请书》上的所有签名均应为本人亲笔签名，并与原留存于本公司的签名样式一致，他人不得代签；若被保险人为未成年人，应由该未成年人的法定监护人在“被保险人/法定监护人签名”处签署法定监护人本人的姓名。
- 为保障您的权益，请不要在空白申请书上签名、盖章，签章之前，请再次核对您填写的内容。如您的联系电话及联系地址等客户信息发生变更，请及时办理更正手续。

投保人签名：_____ 被保险人/监护人签名：_____ 代办人签名：_____

签署日期：_____年_____月_____日



代理人姓名:	代理人代码:	营业处代码/经代公司:	联系电话:
--------	--------	-------------	-------

本人自愿对中英人寿保险有限公司（以下简称中英人寿）及上述的开户银行（以下简称银行）授权如下：

一、保险费自动转账付款授权：

（一）本人授权中英人寿与银行按保险合同约定的保险费交付时间和保险费金额，从上述结算账户自动划扣预缴的初算保险费和各期应缴保险费；

（二）本人清楚如果上述账户内无足够余额供划款时，授权银行将不予转账，由此产生保险合同中止或终止的任何责任将由本人承担；

（三）如本人同时授权通过上述账户自动转账支付本人在中英人寿的两份或以上保险合同的保险费时，本人同意依照中英人寿的规则顺序转账；

（四）如本人终止付款授权、变更付款授权账户，应于当期保险费到期日的30天前向中英人寿递交书面申请，由中英人寿知会银行做相应处理。

二、当出现下列情况之一时，上述授权账户将自动终止效力：（1）本人书面申请终止授权；（2）以上银行账户终止。

序号	项目	应备文件	保险合同解除申请书	保险合同原件	投保人身份证件复印件	首期保险费票	投保人签名	申请时间
01	犹豫期退保	✓	✓	原件	✓	✓	条款约定属于犹豫期的时间内	
02	退保	✓	✓	原件		✓	犹豫期以后可以随时申请	

注：

1、身份证明文件包括：有效期内的身份证、临时身份证、军人证、港澳居民往来内地通行证、台湾居民往来大陆通行证、外国公民护照及我司请您准备的其他辅助证明文件。

2、注明“原件”须提供身份证明文件原件供受理人员核对。

保险合同解除申请书

保险合同编号：	投保人：	本公司受理签章：
---------	------	----------

重要提示：请您在填写下列申请前，仔细阅读本申请书背面的内容。在保险合同有效期内终止合同，可能会蒙受经济损失，请慎重选择。

申请事项：（请在申请事项前的方格内打“√”，并填写变更后的内容，如需详述，请在“其它”栏补充说明）

- | | |
|-----------------------------------|--|
| 01 <input type="checkbox"/> 犹豫期退保 | 您所购买的保险合同条款有犹豫期的规定，且您的保险合同处于犹豫期内，请您附上合同原件，同时勾选犹豫期退保。 |
| 02 <input type="checkbox"/> 退保 | 您的保险合同没有犹豫期的规定或者您收到保险合同后已经超过犹豫期约定期限，请勾选退保。 |
| 03 <input type="checkbox"/> 其它 | |

请您选择终止保险合同的原因：☐ 出国 ☐ 经济原因 ☐ 不认可保险 ☐ 转险种 ☐ 服务不理想 ☐ 业务员曲解 ☐ 其它：_____

退款将有短信提醒，为确保您的利益，请务必填写您的手机号码：_____

☐ 保险合同遗失声明：声明本保险合同作废，日后因该作废保险合同发生的任何纠纷，由本人承担全部责任。

随附资料（必填项目）：☐ 保险合同原件 ☐ 首期发票 ☐ 投保人身份证明文件复印件 ☐ 代办人身份证明文件复印件 ☐ 银行存折/卡复印件 ☐ 其它_____

委托代办声明：（代办人需在申请书上签名并提供代办人身份证明文件）

本人委托_____（先生/女士），身份证件号码_____，代为办理上述合同变更事项，并承担由此产生的所有法律责任。如因此发生任何纠纷，本人自愿承担相应后果。

变更授权账号：（请仔细阅读申请书背面“保险费自动转账领款授权”内容）

账户用途	<input type="checkbox"/> 变更领款账号：红利、保单退费、生存金/年金、领取个人账户价值及医疗理赔	账户所有人
账户信息	开户银行名称：_____省_____市_____（具体银行网点名称） <input type="checkbox"/> 卡号 <input type="checkbox"/> 存折号	
	账户号码：_____	

请您注意：

- 合同解除后，您就失去了保险保障。同时您所领取的退保金有可能比所交保费少，请慎重考虑。
- 合同解除后，如果您想再次投保，保险公司将根据您的身体状况与实际年龄决定是否承保并重新核定保险费。
- 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。
- 为保障您的权益，《保险合同解除申请书》上的所有签名均应为本人亲笔签名，并与原留存于本公司的签名样式一致，他人不得代签；若被保险人为未成年人，应由该未成年人的法定监护人在“被保险人/法定监护人签名”处签署法定监护人本人的姓名。
- 为保障您的权益，请不要在空白申请书上签名、盖章，签章之前，请再次核对您填写的内容。如您的联系电话及联系地址等客户信息发生变更，请及时办理更正手续。

投保人签名：_____ 被保险人/监护人签名：_____ 代办人签名：_____

签署日期：_____年_____月_____日

