

## 团体保险合同解除申请书 (2019.01 版)

### 申请书填写须知

1. 如保险合同遗失, 须由投保人本人到我公司办理, 不得委托代办, 并同时提交保险合同遗失声明, 因合同遗失引起的责任由投保人承担。
2. 您应确认无破产和涉及与本保险合同的诉讼、仲裁事项, 且本保险合同并无任何转让、抵押的事实。
3. 请在所选择项目前的“□”内打“√”, 并用黑色钢笔或签字笔填写。申请书内容请勿涂改。
4. 为维护您的权益, 请勿在空白申请书上签名(章)。签名(章)前, 请您再次核对所填写的内容。您递交的申请书经我公司工作人员受理签名(章)后, 即作为变更的依据。
5. 您递交的申请如不符合我公司规定, 我公司有权要求您补充材料, 申请日期以材料齐备且由我公司柜面正式受理为准。
6. 我公司从未授权员工或委托他人销售基金、信托、理财产品等非保险产品, 您的资金使用风险将由您自行承担, 本公司不再承担一切责任。

保险合同号		投保人:
-------	--	------

01 <input type="checkbox"/> 犹豫期撤保	<input type="checkbox"/> 整张保单犹豫期撤保 <input type="checkbox"/> 附加险犹豫期撤保, 附加险险种名称: _____  <input type="checkbox"/> 分单犹豫期撤保, 分单号 _____ (如果变更对象为多人, 详细情况根据人员信息清单确认) 姓名: _____ 证件号码: _____ 联系电话: _____
02 <input type="checkbox"/> 退保	<input type="checkbox"/> 整张保单退保 <input type="checkbox"/> 附加险退保, 附加险险种名称: _____  <input type="checkbox"/> 分单退保, 分单号 _____ (如果变更对象为多人, 详细情况根据人员信息清单确认) 姓名: _____ 证件号码: _____ 联系电话: _____  退保原因: <input type="checkbox"/> 经济原因 <input type="checkbox"/> 出国移居 <input type="checkbox"/> 险种不理想 <input type="checkbox"/> 服务不满意 <input type="checkbox"/> 其它原因 _____

请您选择款项给付方式:  银行转账  支票  网银  其它 \_\_\_\_\_

如果选择银行转账方式, 请签署《保险款项自动转账授权书》。

### 保险款项自动转账授权书

作为立授权书人即账户所有人(以下简称“授权人”), 兹对中国人民人寿保险股份有限公司(以下简称“人保寿险”)及被指定银行(以下简称“授权银行”)及中国人民银行认可的第三方支付结算机构(以下简称“第三方支付结算机构”)授权如下:

1. 授权人以本人真实姓名开立银行结算账户, 并在本授权书中正确填写了授权银行、户名、授权账号和在该银行预留的手机号码。授权人自愿授权人保寿险使用该账户用于保险款项转账收付, 款项数据以人保寿险向授权银行或第三方支付结算机构提供的款项明细为准。

2. 因授权人提供的账户信息错误、账户金额不足或者账户销户、冻结、挂失、不符合人保寿险对授权账户要求等原因造成转账不成功的, 人保寿险应当及时通知授权人; 授权人未能及时办理相关手续的, 应承担相应的责任, 人保寿险无需承担由此引起的责任。

3. 授权账户将自动作为应支付给投保人款项的账户。如涉及生存保险金领取并且生存保险金受益人与投保人为同一人时, 该账户也将作为接收生存保险金的账户。

4. 授权人如因账户遗失等原因欲终止授权的, 应及时到授权银行办理更换或终止手续并书面通知人保寿险。人保寿险对在收到前述书面通知前按规定划付至授权账户的款项视为已支付给授权人, 不对该授权账户的失窃或冒领承担责任。

5. 本授权书为授权人同意人保寿险使用其授权账户收取和支付保险款项的授权证明, 不作为收付费的凭据。本授权书将持续有效直至出现以下任一情况时效力终止: (1) 人保寿险接受授权人终止授权申请 (2) 授权账户终止/被冻结 (3) 人保寿险不同意当次保全申请

6. 任何对本授权的变更或者申请终止都应当由授权人签名确认, 变更授权应由授权人重新填写并签署授权书。

注: (1) 授权账户必须是授权人本人账户。

(2) 授权账户账号须为在授权银行开立的个人结算账户(信用卡除外)所载的账号。

(3) 若变更授权账户, 须同时提供印有授权人账户姓名的账户复印件(存折或银行卡)及身份证复印件。

授权账户信息	开户银行		户名		银行预留手机号码	
	银行账号					

### 信息授权客户须知

在中国法律允许或要求的范围内，本人及被保险人授权人保寿险将本人及保单信息提供给投保当地保险行业协会信息平台以做合理利用，同意人保寿险和投保当地保险行业协会向本人及被保险人所提供的手机号码发送投保短信提示。本人及被保险人（包括受益人）授权贵公司可以从第三方就有关保险服务事宜查询、收集与本人及被保险人（包括受益人）相关的信息。本人及被保险人（包括受益人）同意贵公司将本人及被保险人（包括受益人）提供的信息、本人及被保险人（包括受益人）接受贵公司保险服务产生的信息以及贵公司从第三方查询、收集的信息（包括本单证签署之前提供、查询收集和产生的），用于人保集团及其因服务必要而委托的第三方，向本人及被保险人（包括受益人）提供服务、推介产品、开展市场调查与信息数据分析。人保集团及其委托的第三方对上述个人信息依法承担保密和信息安全义务。本人已对授权内容告知并征求被保险人及受益人意见。

本条中贵公司是指中国人民人寿保险股份有限公司，“人保集团”是指中国人民保险集团股份有限公司及其作为控股股东、实际控制人的公司。本授权自本单证签署时生效，具有独立法律效力，不受合同成立与否及效力状态变化的影响。如取消或变更授权，可在微信公众号“中国人民人寿E服务”自助操作。

申请类型：投保人申请 委托人保寿险服务人员代办 其它\_\_\_\_\_ **如果选择委托代办，请签署《授权委托书》。**

### 授权委托书

中国人民人寿保险股份有限公司（以下简称“人保寿险”）：

委托人\_\_\_\_\_（证件类型\_\_\_\_\_ 证件号码\_\_\_\_\_）委托受托人\_\_\_\_\_（证件类型\_\_\_\_\_ 证件号码\_\_\_\_\_）以委托人名义代为办理第\_\_\_\_\_项保险事宜。

委托人声明：1. 受托人在委托代办事宜范围内代为填写、签署的有关文件和代为领取的有关资料、款项，委托人均予确认相应的权利义务由委托人享有和承担；

2. 委托人知晓并同意：人保寿险仅对本委托书作形式审查，对委托关系的客观真实性和因委托关系而发生的法律纠纷，人保寿险不承担任何责任。本委托书自签署之日起生效，至代办事宜完成后终止。

受托人声明：1. 受托人保证本委托书为授权人亲笔签名，如有纠纷，受托人自愿承担相应责任；

2. 受托人在受托有效期及受托范围内代为办理委托事宜，应严格遵循授权人的真实意愿，如所实施的行为超出授权范围，受托人自愿承担相应责任。

特别说明：1. 受托人在办理受托事项时，必须同时提供其本人及委托人身份证件原件；

2. 本委托书仅适用于可以委托代办的保全项目。

请您在以下签名栏中签名（章）并填写联系电话，我公司将视为您已仔细阅读并同意以上内容。

<b>投保人签章</b>    日期： 年 月 日	<b>被保险人签名</b>    联系电话： 日期： 年 月 日	<b>经办人签名</b>    联系电话： 日期： 年 月 日	<b>受托人签名：</b>    <b>服务人员业务代码：</b> 联系电话： 日期： 年 月 日
---------------------------------------	---	--	---

### 保险公司填写栏

柜面受理人员签名：	受理意见：	受理日期：  年 月 日
-----------	-------	--------------------