



海康人寿

保险合同终止保全确认书

填表日期 _____

编号: POS/F0008

渠道	<input type="checkbox"/> AGENCY	营管处	代理人姓名	代理人编号
	<input type="checkbox"/> BROKER	公司名称	编号	
保单编号		投保人		被保险人
申请 终止 原因 及保 全过 程				
核准 确认	代理人渠道直属主管或经代公司意见			
			签署:	日期:
	代理人渠道营管处经理意见:			
			签署:	日期:
	代理人渠道ADE、经代部意见:			
			签署:	日期:
备注				