

解除合同申请书

保险合同编号

申请日期 _____ 年 _____ 月 _____ 日

- 银行保险
- 经代
- 代理人
- 直销营销
- 职域营销

编号: POS/F0003

<input type="checkbox"/> S00 犹豫期内解除合同--撤保	本合同自本公司收到您的申请书的当日零时起正式解除, 本公司自本合同生效日起自始不承担保险责任。
<input type="checkbox"/> S00 解除合同--退保	本合同自本公司收到您的申请书之日起, 保险责任即行终止。
<input type="checkbox"/> S01 解除合同-减少次被保险人	次被保险人姓名 _____ 次被保险人姓名 _____

尊敬的客户, 在您签下此申请书之前, 请仔细斟酌, 因为本合同解除后, 对您来说有以下损失:

1. 合同解除后, 您就失去了保险保障;
2. 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年龄计算保险费, 年龄越大, 保险费可能越高。
3. 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。
4. 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。
5. 合同解除后, 您所领取的退保金有可能比所缴纳的保险费少。

撤退保原因 (必填项):

- | | | |
|-------------------------------------|--|--|
| <input type="checkbox"/> 产品未能满足您的需要 | <input type="checkbox"/> 移居国内其他地方 | <input type="checkbox"/> 打算购买其他保险公司的产品 |
| <input type="checkbox"/> 服务未能满足您的需要 | <input type="checkbox"/> 移居海外 | <input type="checkbox"/> 无法继续承担保险费 |
| <input type="checkbox"/> 受传媒影响 | <input type="checkbox"/> 打算购买海康公司的其他产品 | <input type="checkbox"/> 其他 _____ |

资金用途 (必填项): _____

投保人姓名		联系电话	
证件类型 <input type="checkbox"/> 身份证 <input type="checkbox"/> 护照 <input type="checkbox"/> 军官证 <input type="checkbox"/> 其他	证件号码	<input style="width: 100%; height: 20px;" type="text"/>	
投保人通讯地址		邮政编码 <input style="width: 50px; height: 20px;" type="text"/>	
填写本栏内容前, 本人已阅读并同意《保险款项自动转账银行授权书》内容		*各地区可授权银行, 请见第2页	
领款人姓名 (投保人)	开户行		
* 授权银行	授权账号	<input style="width: 100%; height: 20px;" type="text"/>	
生存金领款人或贷记凭证、支票			
领款人姓名	开户行		
* 授权银行	授权账号	<input style="width: 100%; height: 20px;" type="text"/>	

解除合同申请书2 (版本 200912)

本人已收到本申请书上列明编号的保险合同正本, 理解保险责任和免除保险公司责任的条款。为了维护您的权益, 请勿在未经您填写的空白申请书上签名。签名前请再次核对您填写的内容。所有保险责任以合同所载为准, 除由本公司经正式程序更改或批注之内容外, 其他任何人的口头及书面陈述、报告或合约, 本公司无需负责。

投保人 签名 _____	被保险人 签名 _____	领款人 签名 _____
------------------------	-------------------------	------------------------

须本人亲笔签名, 且与留存于本公司签名样本一致

银行、经代公司 _____	寿险规划师 _____	签名已核对 _____
营管处名称、寿险规划师代码 _____	理财顾问签名 _____	营运核对人 _____



保险款项自动转账银行授权书

投保人（立授权书人），兹对海康人寿保险有限公司（以下简称海康人寿）授权如下：

- 一、立授权书人授权本授权书指定的开户银行（以下简称授权银行），从本授权书指定的保险费付款账户（以下简称授权账户）内，以保险合同约定的缴费方式，按期划付下述保险合同约定的各期保险费及还款予海康人寿。
 1. 同意海康人寿在保险合同规定的保险费缴费日期和宽限期内的任意时间，委托授权银行划付到期应缴保险费及还款，并同意在上述划付期间存入足额资金以备授权银行划付保险费及还款。
 2. 同意如在同一账户内同时授权自动转账缴付两份或以上保险合同的保险费或其他自动转账业务时，应依授权银行的规则决定自动转账之顺序。
 3. 立授权书人对授权银行划付保险费款项持有疑问时，应及时向海康人寿客户服务热线查询。
- 二、立授权书人同意海康人寿委托授权银行，将授权的保险合同项下保险款项，直接划付至本授权书指定的保险款项给付账户（以下简称授权账户）内。
 1. 保证立授权书人应为保险合同所规定各项保险款项的领款人。
 2. 同意海康人寿不对授权账户的失窃或者冒领负责，授权账户失窃、丢失，立授权书人应及时至授权银行办理账户挂失手续；立授权书人如因授权账户失窃或遗失等原因而终止使用该账户，应及时通知海康人寿，在收到立授权书人正式书面通知之前，海康人寿对按保险合同规定划付到该授权账户的保险款项不负责任。
 3. 立授权书人仅对保险合同规定的保险款项具有受领权，对于立授权书人不具有受领权而获取的保险款项，海康人寿有权向立授权书人索回，由此产生的损失由立授权书人承担。
- 三、同意本授权书须经授权银行审核确认账户信息正确后方可生效，当立授权书人欲终止授权或变更授权账户、联系地址时，须提前一个月向海康人寿递交书面通知。本授权书将持续有效直至出现以下情况之一时自动终止效力：
 - 1) 立授权书人书面通知终止授权
 - 2) 授权账户终止
 - 3) 保险合同效力终止时

注：

1. 一份授权书只能对应一个保险合同号码。
2. 授权账户必须为立授权书人本人账户。
3. 请提供您授权账户的存折复印件。
4. 请填写妥账户开户行信息，以便更为及时和准确给付保险款项。

由于公司业务的发展，各地区可授权银行，请以本公司网站上最新信息为准。

地区	银行名称
上海	建设银行 工商银行 上海银行 交通银行 邮政储蓄 招商银行 农业银行 浦发银行*仅适用付费转账
北京	工商银行 招商银行 中国银行 农业银行 中信实业银行*仅适用银行保险销售渠道收、付费转账 交通银行*仅适用银行保险销售渠道付费转账
江苏	工商银行 农业银行 建设银行 邮政储蓄 中国银行 招商银行*除苏州地区 宁波银行*除苏州地区 交通银行*仅适用付费转账 江苏银行*仅适用付费转账
山东 (无青岛)	工商银行 农业银行 建设银行 邮政储蓄 招商银行*仅适用银行保险销售渠道付费转账
山东青岛	农业银行*仅适用青岛地区 工商银行*仅适用青岛地区付费转账
浙江 (无宁波)	工商银行 农业银行 招商银行*仅适用代理人销售渠道杭州地区 宁波银行*该银行包含宁波地区收、付费转账
浙江宁波	中国银行*仅适用宁波地区 农业银行*仅适用宁波地区
广东 (无深圳)	工商银行 招商银行*仅适用广州市 交通银行*仅适用广州市 中国银行*存折限广州市 建设银行*存折限广州市 广东发展银行 农业银行
广东深圳	工商银行 农业银行 中国银行 建设银行 交通银行 招商银行 深圳发展银行 *上述银行仅限深圳地区使用
天津	农业银行 工商银行*客户本人须至工行网点办理网银授权 中国银行*仅限使用天津市中国银行存折收、付费转账
河北	农业银行
*直销营销渠道客户，请使用投保时所授权的银行或与服务人员联系。	