



中荷人寿保险有限公司

保险合同解除申请书

保险合同编号_____投保人_____被保险人_____申请日期_____年____月____日

关系：被保险人是投保人的 ☐本人 ☐配偶 ☐父母 ☐子女 ☐其他：_____

请在申请变更的项目前打√，并在横线上填写需要变更的具体内容。

☐ 保单犹豫期退保	☐ 整单犹豫期退保 ☐ 附加险犹豫期退保 如果申请附加险犹豫期退保，请填写附加险险种名称： _____ _____
☐ 保单退保	☐ 整单退保 ☐ 附加险退保 如果申请附加险退保，请填写附加险险种名称：_____ _____
申请退保的原因： ☐ 商品不理想 ☐ 服务不理想 ☐ 业务员告知不实 ☐ 单位投保 ☐ 理赔不满意 ☐ 核保不满意 ☐ 代理人自保件 ☐ 同业竞争 ☐ 住院用钱 ☐ 家庭变故 ☐ 去外地或出国 ☐ 人情投保 ☐ 生意周转 ☐ 购房用钱 ☐ 家庭人员工作变动影响 ☐ 孩子结婚或上学用钱 ☐ 其它：_____	

在您签下保险合同解除申请书之前，请仔细阅读以下内容，因为保险合同解除会给您带来以下损失

1. 保险合同解除后，您就失去了保险保障；
2. 保险合同解除后，您领取的退保金有可能比所交保费少；
3. 保险合同解除后，如果您想再次投保，要按新投保时的实际年龄计算保费，保费有可能增加；
4. 保险合同解除后，如果您想再次投保，要考虑您的身体状况，若身体状况不佳，可能会提高保险费率或被拒保；
5. 保险合同解除后，如果您想再次投保，会根据条款的约定重新计算健康等待期。

支付方式：银行转账 请确定银行账户为：☐续期交费账户 ☐其它账户，选择其他帐户请填写帐号；

开户银行_____ 账户名_____ 银行账号 _____

注：如果因授权人提供的授权账户错误、账户注销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。

投保人（签名）：

证件类型：

有效证件号码：

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

联系电话：

受托人(签名)：

证件类型：

有效证件号码：

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

营业单位：

业务代码：

联系电话：

以下由公司人员填写：