CC0001

中荷人寿保险有限公司

投保单撤销申请书

投保单编号：_____

投保人 _____ 兹申请撤销本投保申请，请予以办理。

撤 销 原 因 ：_____

_____

_____

_____

_____

投保人签名：_____

申　请　日　期：　　年　　月　　日

保险代理人签名：_____

保险代理人编号：_____

营业单位/代理机构：_____

行政专员签名：

受理日期：

保险公司提示：本次投保撤销后，保险合同中载明的保险费会退回原账户，请您注意银行卡、密码及资金安全。

官网下载版