



官方微信服务号

中美联泰大都会人寿保险有限公司保险合同终止申请书

 保险合同编号: 02767381

注: 以上栏位提供您同时填写多个保单号码。填写时请用分号或逗号隔开。您填写的保险合同编号中投保人必须都是您本人。

以下未涉及内容, 则无需填写

终止类别	<input checked="" type="checkbox"/> 犹豫期后退保 声明: 本人承诺愿意承担解除保险合同所导致的利益损失。	<input type="checkbox"/> 犹豫期内撤销投保申请	
	注: 若您申请的是一年期及一年期以下产品的犹豫期后退保, 且该保单在我司开具过最近一期的保险费发票。请您将发票一并交回。若发票遗失, 请您补充填写下面的遗失声明。	注: 若您申请的犹豫期内撤销投保申请, 且该保单在我司开具过保险费发票。请将发票一并交回。若发票遗失, 请您补充填写下面的遗失声明。	
<input checked="" type="checkbox"/> 自动转账 (如无勾选, 则默认 为保险费扣 款账号)	<input checked="" type="checkbox"/> 同保险费扣款账号 (此账号所有人为投保人本人): <input type="checkbox"/> 选择其他账号 (此账号所有人为投保人本人) 1. 由于原提供的保险费扣款账号 <input type="radio"/> 已变更 <input type="radio"/> 已终止 <input type="radio"/> 其他原因 _____, 本次将更换给付账户。 2. 请填写以下栏位, 并且同时需提供新账号存折复印件授权银行名称 <input type="radio"/> 授权银行名称: _____ <input type="radio"/> 授权银行账号: <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> - <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> - <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> - <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>		
注意事项: 1. 账户所有人必须为本保险合同的投保人。 2. 账户所有人所提供的授权账户, 必须是其本人的个人结算账户 (如: 借记卡, 个人活期结算存折, 特殊项目另有约定的除外)。			
终止原因	<input type="checkbox"/> 经济问题 <input type="checkbox"/> 家庭原因 <input type="checkbox"/> 出国移居 <input type="checkbox"/> 保险品种不符合本人需要 <input type="checkbox"/> 对服务不满意 <input type="checkbox"/> 其它: <u>其他</u>		
随附资料	<input type="checkbox"/> 保险合同 <input checked="" type="checkbox"/> 投保人身份证复印件 <input type="checkbox"/> 被保险人身份证复印件 <input type="checkbox"/> 遗失责任书 <input type="checkbox"/> 其它: _____		
遗失声明	本人谨此声明因本人原因不慎将: <input checked="" type="checkbox"/> 保险合同 <input type="checkbox"/> 发票 遗失, 由此而造成的一切责任由本人承担。本人同意保险合同自解除时终止。		
注意事项	(1) 请不要轻信销售人员推荐的非保险金融产品。 (2) 为维护您的权益, 请勿在未经您填写的空白申请书上签名盖章, 签章前, 请再次核对填写的内容。 (3) 请在您申请变更项目的“ <input type="checkbox"/> ”内打“ <input checked="" type="checkbox"/> ”。 (4) 申请日期与受理日期不超过 3 个工作日, 如果逾期本次变更申请将自动无效。 (5) 投保人保证该申请书中所填写的内容真实合法, 并由本人亲笔签署确认, 该申请书将作为本公司出具相应批复的依据。 (6) 您的保单终止后, 我们将发送短信通知, 请您注意查收。如有疑问, 您可致电我们的客服热线 400-818-8168。		
投保人签名: <u>刘春瑞</u> (务必确保投保人签名为本人签署)		签名日期: _____	

中美联泰大都会人寿保险有限公司委托书

致: 中美联泰大都会人寿保险有限公司

本授权人系本保险单之 ☒ 投保人 ☐ 被保险人 ☐ 未成年人之法定监护人, 现授权委托 陈颖 ☒ 女士 ☐ 先生 (身份证件号 120105198212035725, 联系电话: 13752098696), 前往贵公司办理本保险合同 终止 变更事项。被授权人与授权人的关系是: ☒ 代理人 ☐ 亲属 ☐ 朋友 ☐ 其他。

本授权人申明, 由此授权委托引起的一切纠纷与贵公司无关。

授权人签名: 刘春瑞 签名日期: _____ 被授权人签名: 陈颖 签名日期: _____
 (注: 此委托授权书自授权人签名之日起 3 个工作日内有效, 逾期即自动失效。)

以下栏位由我公司受理人员填写:

 ●申请来源: ☐ 客户亲至公司 ☐ 委托代办 ☐ 银行网点 ☐ 其它

受理人员签章: _____ 签章日期: _____