



解除合同申请书

- 客户亲办
- 委托代办
- 邮寄
- 传真(DM渠道使用)

保险合同编号

申请日期 _____ 年 _____ 月 _____ 日

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"/> 打算购买同方全球人寿其他产品 | <input type="checkbox"/> 无法继续承担保险费 |
| <input type="checkbox"/> 服务未能满足您的需要 | <input type="checkbox"/> 打算购买其他保险公司的产品 | <input type="checkbox"/> 个人原因急用钱 |
| <input type="checkbox"/> 受传媒影响 | <input type="checkbox"/> 移居国内其他地方/海外 | <input type="checkbox"/> |

资金用途 (必填项)

保险合同/新单发票是否遗失 是 否

投保人	手机	家庭电话	国家	区号	电话号码	单位电话	国家	区号	电话号码
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						

您是否是美国护照持有人、美国绿卡持有人、美国居民或每年于美国居住达183日以上? 是 否 (若是, 则请另行填写相关表格)

通讯地址 _____ 国家 _____ 省 _____ 市 _____ (县/区) _____ 邮政编码 _____

领款账号 原账号 授权新账号 (请填写以下内容, 并同时提供含账户所有人姓名和账号的账户复印件)

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

领款人为投保人填写栏									
立授权书人	开户行								
授权银行	授权账号	<input style="width: 20px;" type="text"/>	<input style="width: 20px;" type="text"/>	<input style="width: 20px;" type="text"/>	<input style="width: 20px;" type="text"/>	<input style="width: 20px;" type="text"/>	<input style="width: 20px;" type="text"/>	<input style="width: 20px;" type="text"/>	<input style="width: 20px;" type="text"/>
保险合同约定的其他领款人填写栏 (若领款人为未成年被保险人且无法开具银行账号, 则立授权书人为被保险人监护人)									
立授权书人	开户行								
授权银行	授权账号	<input style="width: 20px;" type="text"/>	<input style="width: 20px;" type="text"/>	<input style="width: 20px;" type="text"/>	<input style="width: 20px;" type="text"/>	<input style="width: 20px;" type="text"/>	<input style="width: 20px;" type="text"/>	<input style="width: 20px;" type="text"/>	<input style="width: 20px;" type="text"/>

若委托他人递交申请, 请填写以下内容:

本人委托 _____ 证件号码 _____ 代为办理解除合同事项, 该委托有效期为签署日后一周内由此产生的后果由委托人承担, 与贵公司无涉, 并保证豁免同方全球人寿保险有限公司因上述行为引起的任何责任。

代办人与委托人关系 寿险规划师/理财顾问/经代公司内勤/业务员/保全服务人员 亲属 朋友 _____

投保人 签名 _____ **被保险人或其监护人** 签名 _____ **领款人或其监护人** 签名 _____

为了维护您的权益, 请勿在空白申请书上签名。本人亲笔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。

代办人 签名 _____ **银行、机构保全、经代公司、营管处名称、寿险规划师代码** _____ **初审人员** 签名 _____



解除合同申请书 12.6版本(201506)

保险款项自动转账银行授权书

立授权书人，兹对同方全球人寿保险有限公司（以下简称“同方全球人寿”）授权如下：

一、立授权书人同意同方全球人寿，从本授权书指定的保险费付款账户（以下简称授权账户）内，以保险合同约定的交费方式，按期划付下述保险合同生效后首年度保险费和续年度保险费予同方全球人寿。

1. 同意同方全球人寿委托授权银行或中国人民银行认可的第三方支付结算机构从授权账户内直接划付前述保险合同首年度保险费以及续年度保险费，并同意在上述保险费划付期间存入足够资金以备划付保险费。
2. 同意如在同一账户内同时授权自动转账交付两份或以上保险合同的保险费或其他自动转账业务时，应依同方全球人寿及授权银行或中国人民银行认可的第三方支付结算机构的规则决定自动转账之顺序。
3. 如果因授权账户信息错误、账户注销、账户金额不足或授权账户不符合同方全球人寿对授权账户要求而导致转账不成功，同方全球人寿无须承担由此引起的任何责任。
4. 立授权书人同意从授权账户中支付保险费优先于其他任何用途。
5. 立授权书人对授权银行或中国人民银行认可的第三方支付结算机构的划付保险费款项持有疑问时，应及时向同方全球人寿客户服务热线95105768查询。

二、立授权书人同意同方全球人寿，委托授权银行或中国人民银行认可的第三方支付结算机构将下述保险合同项下的保险款项，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。若领款人为未成年被保险人且无法开具银行账户，则立授权人为被保险人监护人；**在被保险人成年后，其监护人领款账号被终止**，由被保险人重新授权领款账号。
2. 同意同方全球人寿不对授权账户的失窃或者冒领负责，授权账户失窃、丢失的，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，应及时通知同方全球人寿，在收到立授权书人正式书面通知之前，同方全球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，同方全球人寿有权向立授权书人索回。
4. 如该指定账户为信用卡账户，立授权书人已了解在进行信用卡取现时可能须按照发卡机构之规定支付相应取现费用并由立授权书人承担该费用。

三、立授权书人同意本授权书须经授权银行或中国人民银行认可的第三方支付结算机构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，须提前一个月向同方全球人寿递交书面通知。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。

四、本授权书中“立授权书人”仅限于保险合同约定的投保人、被保险人或受益人。若因该账户之准确性而引起任何纠纷，均与同方全球人寿无关，由立授权书人承担一切责任及损失。由于账户原因导致的转账时效性问题也由本人承担一切后果。

注：

1. **一份授权书只能对应一个保险合同号码。**
2. **请提供同时含账户所有人姓名和相对应账号的账户复印件（存折、银行卡、交易凭条或对账单等）。**
3. **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。**