保险合同终止保全确认书

填表日期 _____

编号：P0S/F0008

渠道	□AGENCY	机构名称		代理人姓名		代理人编号	
	□BROKER	公司名称				公司编号	

保单编号		投保人		被保险人	

申请终止原因及保全过程	申请人签名:
核准确认	代理人渠道代理人、经代渠道代理公司意见 签署: 日期:
	代理人渠道机构负责人、经代渠道经代部意见 签署: 日期:
备注	