

## 保险合同变更申请书(解除合同类)

保险合同号	0 0 0 0 4 6 8 2 0 0 1 0 5 0 8 8 8	申请日期	2019 年 04 月 23 日
<input checked="" type="checkbox"/> 授权同意: 若您在前海人寿保险股份有限公司(以下简称“前海人寿”)留存的申请资格人基本信息与本次填写信息不一致, 您同意授权前海人寿按照此次填写的相关内容进行修改。如您不同意授权修改, 将会影响本次业务办理。			
申请资格人 基本信息	申请资格人 <input checked="" type="checkbox"/> 投保人 <input type="checkbox"/> 被保险人 <input type="checkbox"/> 其他 _____		姓名 <u>张三</u>
	国籍 <u>中国</u>		职业 <u>中学教师</u>
	证件类型 <u>身份证</u>		职业代码(公司填写) <u>2090301</u>
	证件号码 <u>1 0 0 0 0 1 1 9 8 0 1 0 1 1 1 1 1</u>		联系方式 <u>13900000000</u>
证件有效期 <input checked="" type="checkbox"/> 至 <u>2025</u> 年 <u>02</u> 月 <u>03</u> 日 <input type="checkbox"/> 长期		联系地址 <u>广东</u> 省/自治区 <u>深圳</u> 市 <u>罗湖</u> 区/县 <u>宝安南路1号2楼</u>	
申请类型	<input checked="" type="checkbox"/> 本人亲办 <input type="checkbox"/> 委托服务人员代办 <input type="checkbox"/> 委托他人代办 <input type="checkbox"/> 视频办理 <input type="checkbox"/> 其他 _____		
批单/函件/保单送达方式	<input checked="" type="checkbox"/> 自领 <input type="checkbox"/> 代理人转送 <input type="checkbox"/> 邮寄 <input type="checkbox"/> EMAIL _____		
<b>一、变更项目和内容</b>			
保全项目	<input checked="" type="checkbox"/> 退保★ <input type="checkbox"/> 犹豫期退保★		
退保原因	<input checked="" type="checkbox"/> 经济原因 <input type="checkbox"/> 不认可保险 <input type="checkbox"/> 家庭原因 <input type="checkbox"/> 险种不理想 <input type="checkbox"/> 服务不理想 <input type="checkbox"/> 出国移居		
请选择需要变更的险种: <input checked="" type="checkbox"/> 所有险种 <input type="checkbox"/> 部分险种(请列明险种明细)			
险种代码	险种名称		
其他备注			
<b>二、申请人声明</b>			
1. 本人申请办理 <u>退保</u> 事项, 确认申请书中的各项声明和陈述完全属实无误, 并同意变更的生效日以前海人寿出具的批单上的生效日为准, 本申请书构成保险合同的一部分。			
2. 代办时请填写: 本人同意授权委托 _____ 办理 _____ 事项, 授权期间自 _____ 年 _____ 月 _____ 日至 _____ 年 _____ 月 _____ 日, 由此产生的后果由本人自负。(代办人身份信息详见第五项)			
<b>三、保险款项收付账号</b>			
户名: <u>张三</u> 开户银行: <u>中国农业</u> 银行 <u>广东</u> 省 <u>深圳</u> 市 <u>蛇口</u> 支行			
银行账号	<u>6 2 2 8 4 8 0 1 2 0 6 6 5 4 1 2 3</u>		
<b>四、申请人声明和签名: 本人已阅读并同意客户信息使用授权声明条款和客户须知(详见本申请书背面)</b>			
投保人签名:	被保险人或其监护人签名:	其他被保险人或其监护人签名:	受益人或其监护人签名:
<u>张三</u>			
<b>五、代办人填写</b>			
代办人签名:	证件类型: <input type="checkbox"/> 身份证 <input type="checkbox"/> 其他 _____		
	联系电话: _____ 如为业务人员代办, 请填写业务人员代码: _____		

公司受理人员签名: \_\_\_\_\_

受理日期: \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日

## 客户信息使用授权声明条款

本人授权前海人寿保险股份有限公司（以下简称“前海人寿”）将提供给前海人寿的信息，享受前海人寿服务而产生的信息以及前海人寿根据约定查询、收集的信息，用于前海人寿及其因服务必要委托的合作伙伴为本人提供服务、推荐产品、开展市场调查与信息数据分析，法律法规另有规定的除外。

本人授权前海人寿基于为本人提供更优质服务和产品的目的，向前海人寿因服务必要开展合作的伙伴提供、查询、收集本人的信息，法律法规另有规定的除外。

本声明条款自本单证签字之日起即产生独立的法律效力，不受保险合同成立与否及效力状态变化的影响。

温馨提示：请您在申请本次业务前务必阅读并理解本声明条款，若您选择申请办理本次业务即表示您认可并接受本条款内容。如您不同意本声明授权条款的部分或全部，可致电客服热线（400-889-6333）取消或变更授权。

## 申请书填写客户须知

1. 若您申请的变更项目，存在部分或全部申请项目不符合法律规定或者保险合同的约定，该申请项目无效；
2. 您所申请的变更项目经前海人寿审核同意后生效，生效日期以批单所载日期为准；
3. 请保持申请书签名样式与留存于本公司的签名样式一致。为维护您的权益，请勿在空白申请书上签名；
4. 申请书中带有★的项目，代表可能涉及收/付费，请填写申请书第三项保险款项收付账号。

## 保险款项转账收付授权客户须知

1. 账户所有人须以其真实姓名开立结算账户，并自愿授权前海人寿使用指定银行结算账户（以下简称“授权账户”）用于保险款项转账收付；
2. 如果因授权人提供的授权账户错误、账户注销、账户余额不足或不符合前海人寿对授权账户的要求而导致转账不成功，前海人寿无须承担由此引起的责任；
3. 如您本次办理的保全业务涉及退费，申请人提供的账户为他人所有，前海人寿视同申请人可从该账户中取得该笔款项，由此引起的纠纷，由申请人自行承担；
4. 前海人寿不对该授权账户的失窃或冒领承担责任。

## 解除合同客户须知

1. 自前海人寿收到您解除保险合同的书面申请时起，您申请解除的保险合同终止，前海人寿不再承担保险责任；
2. 您应确认解除保险合同时投保人与被保险人的关系的正确性，如投保人与被保险人的关系发生变化，须先联系前海人寿留存新的投保人与被保险人的关系；
3. 犹豫期后解除合同会产生一定损失，前海人寿自收到解除合同申请书之日起30日内向您退还本保险合同现金价值；
3. 合同解除后，如需再次投保，保险公司将按照新投保时实际的年龄计算保费，年龄越大，保费可能越高；
4. 合同解除后，如需再次投保，保险公司将按照新投保时被保险人的身体状况进行核保，若身体状况不佳，可能提高保险费或被拒保；
5. 合同解除后，如需再次投保，保险公司将根据条款的约定重新计算健康保险的等待期。