

中国人民健康保险股份有限公司

保险合同解除申请书（互联网业务专用）

提示：请您用黑色钢笔或签字笔在申请项目的□内打“√”，并在对应栏内填写所需变更的内容，无须变更的内容不用填写，填写的内容不允许涂改。为维护您的权益请勿在未经填写的空白服务申请书上签名，签名前请核对所填写的内容，若发生涂改本申请无效。

保单号：_____

申请时间： 年 月 日

□犹豫期退保	<input type="checkbox"/> 整单退保		
	<input type="checkbox"/> 附加险退保（请填写退保险种信息）		
□解约	<input type="radio"/> 险种代码：	险种名称：	被保险人：
	<input type="radio"/> 险种代码：	险种名称：	被保险人：

保险款项自动转账授权客户须知

- 账户所有人以本人真实姓名开立银行账户，并自愿授权中国人民健康保险股份有限公司（以下简称本公司）指定的银行账户（以下简称授权账户），用于保险款项转账收付；
- 如果因授权账户错误、账户注销、账户金额不足或授权账户不符合本公司对授权账户要求而导致转账不成功，本公司无须承担由此引起的责任；
- 如果申请事项存在退费，且申请人（账户所有人已授权）提供的账户为他人所有，本公司视同申请人可以从该账户中取得该笔退费，由此引起的纠纷，由申请人自行承担；
- 本公司不对该授权账户的失窃或冒领承担责任。

退款账户信息	<input type="checkbox"/> 支付宝 (支付宝付费客户使用)	注：账户需实名认证 户名：_____ 账号：_____
	<input type="checkbox"/> 银行账户信息 (非支付宝付费客户使用)	户名：_____ 开户银行：_____ 银行账号：_____

特殊情况说明栏：

申请人声明：本人向中国人民健康保险股份有限公司提出以上变更申请，本申请书经中国人民健康保险股份有限公司批注同意后，作为原保险合同的组成部分，变更结果以中国人民健康保险股份有限公司出具的批单为准。

投保人签名：_____ 有效身份证件号码：_____

签署时间：_____ 年 _____ 月 _____ 日

注： 如果您领取的退费金额大于¥1 万元须填完整填写《个人客户身份信息登记表》

个人客户身份基本信息登记表		
客户身份： <input type="checkbox"/> 投保人 <input type="checkbox"/> 被保险人 <input type="checkbox"/> 受益人 <input type="checkbox"/> 其他 _____		
姓名：	性别： <input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女	国籍：
证件类型： <input type="checkbox"/> 身份证 <input type="checkbox"/> 护照 <input type="checkbox"/> 其他 _____	有效身份证件号码：	
证件有效期： _____ 年 _____ 月 _____ 日至 _____ 年 _____ 月 _____ 日/□长期		
职业：	工作单位：	
工作内容：	工作地址：	
联系电话：	手机号码：	
现/常住址：		
签名：	日期： _____ 年 _____ 月 _____ 日	