

犹豫期撤保申请书 / 退保申请书

填写说明：请在申请项目前的□内打“√”，用黑色钢笔或黑色签字笔正楷详细填写相关的内容。申请书内容请避免涂改，若有涂改，请重新填写。

保险单号				投保人姓名	
联系电话	联系地址	省 / 直辖市 市 县 / 区		邮编	

退保提示：

尊敬的客户：在您申请退保时，请慎重考虑退保将会给您带来的如下损失：

- 1、退保后，您将失去保险保障，且您的退保金可能会比所缴纳的保险费少。
- 2、退保后，如果您想再次投保，保险公司将根据被保险人的身体状况与实际年龄决定是否承保并重新核定保险费。
- 3、退保后，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。

犹豫期撤保

兹申请犹豫期撤保并声明上述投保申请自始无效。

退保 / 解除附约 / 减保

- 终止所有的主附险合同
- 终止附约 \_\_\_\_\_
- 减保：变更后主险合同 \_\_\_\_\_ 份数 / 保险金额，变更后附加合同 \_\_\_\_\_ 份数 / 保险金额  
(若主合同与附加险有比例控制关系，则需要同比例减保)

客户撤保 / 退保原因调查

尊敬的客户：麻烦您花几分钟时间填写下面的问卷。我们将根据您反馈的意见相应改善我们的服务，您的意见对我们非常重要。非常感谢您的支持！

- 1、个人原因： 经济困难  转险种  换被保险人  家庭纠纷  转公司投保  
 出国  工作调动  不关注退保损失  有更好的投资渠道  重复保障
- 2、与公司有关： 服务不理想  不认可保险  对条款不满意  公司解约
- 3、与业务员有关： 业务员曲解
- 4、其他原因： 永久失效  死亡终止  客户不愿意提供原因  其他：\_\_\_\_\_

领款方式： 转账 (若选择银行转账方式领款，请填写下列转账取款授权)  其他 \_\_\_\_\_

证件类型	证件号码
账户所有人姓名	开户行
授权账号	

投保人(签名)：\_\_\_\_\_ 年 月 日

授权委托书

本人(下称“申请人”) \_\_\_\_\_ 现委托 \_\_\_\_\_ (证件类型 \_\_\_\_\_ 证件号码 \_\_\_\_\_)，在 \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日至 \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日期间内代为办理 \_\_\_\_\_ 事宜(保险单号码为 \_\_\_\_\_)。并郑重声明凡由本授权委托书引发的一切纠纷由本申请人负责，与太平洋健康险无关。

申请人声明：

- 1、申请人已仔细阅读、理解太平洋健康险的各项提示和客户须知并同意遵守，知悉保险合同变更后将引起的保险权益及保障的变化。
- 2、申请人保证本授权委托书及相关申请单证为申请人亲笔签名，谨以本申请书作为保险合同变更的要约，并同意太平洋健康险审核同意后依此办理上述保险合同变更事项。

证件类型：	证件号码：	联系电话：
手机：	申请人(签名)：	日期：_____ 年 月 日

受托人声明：授权委托书确系申请人签署。如有不实，受托人愿意承担由此引致的所有责任，太平洋健康险不承担任何责任。

国籍：	证件类型：	证件号码：
联系地址：	邮政编码：	联系电话：
手机：	受托人(签名)：	日期：_____ 年 月 日

## 声明与授权

- 1、本申请书的内容是申请人的真实意思表示，申请人承诺所提供的申请资料和信息真实有效，并授权太平洋健康保险股份有限公司（本申请书中简称为“太平洋健康险”）调查其真实性。如因申请资料或信息不真实造成的损失由申请人承担相关责任。
- 2、申请人授权中国太保【指中国太平洋保险（集团）股份有限公司及其直接或间接控股的子公司】可以从相关单位、组织和个人就有关保险事宜查询、索取与申请人有关的资料和证明。
- 3、申请人同意中国太保采集投保人/被保险人/申请人/领款人姓名、性别、证件类型、证件号码、联系电话、联系地址、医保类型、国籍、职业、证件有效期、保单信息和金融账户等信息。
- 4、申请人同意中国太保以及其认为业务必要而委托的第三方，将上述全部客户资料用于为申请人提供包括但不限于承保、保全、核保、理赔、寄送保单和客户回访等服务以及推荐产品。中国太保及第三方对申请人个人信息承担保密义务。
- 5、申请人同意太平洋健康险向中国银行保险信息技术管理有限责任公司（以下简称“中国银保信”）报送申请人的全部保单信息、保全信息和理赔信息等，并通过医疗机构、中国银保信、保交所及知悉申请人信息的其他机构查询与申请人有关的承保、保全、理赔、医疗等信息。中国银保信基于为申请人或保险公司提供服务的需要可对上述信息进行必要的使用及与相关机构进行信息共享，中国银保信和相关机构履行保密义务。

## 退保金转账授权

申请人承诺所提供的授权账户为保险金申请人实名账户，并授权太平洋健康险使用本申请书指定的银行结算账户用于本申请书所列保单退保金的转账付款。

## 客户须知

- 1、申请人应为基于法律及保险合同约定的保全项目申请资格人。
- 2、如申请的保全项目存在不符合法律、法规规定或者保险合同约定的，该申请项目不予受理。本次申请项目如有未获太平洋健康险批准的，将自动作废。
- 3、太平洋健康险为保护申请人的权益，对代办业务将进行抽查回访核实，涉及资金支付事项将通过转账形式支付至申请人本人的账户中，请申请人配合。
- 4、除申请人书面申请并由太平洋健康险正式程序出具批单或批注修改的内容外，其他任何人的口头及书面承诺均属无效。
- 5、申请人联系方式发生变动时须及时办理变更手续，申请人未及时处理变更手续的，太平洋健康险按照申请人提交的最后联系方式发送的有关通知，均视为已送达。
- 6、申请人可以通过太平洋健康险客服热线95500及保险服务人员咨询相关手续。
- 7、如有未尽事宜，详见具体保险合同及条款。

## 退保金转账付款客户须知

申请人提供的账户如因授权账户失窃、遗失、销户以及被依法冻结等原因而终止使用时，申请人应及时正式书面通知太平洋健康险。在收到申请人正式书面通知之前，太平洋健康险对已转账到该授权账户的退保金不承担责任。如因提供的授权账户错误、账户销户、户名不符、未交小额管理费等原因导致转账不成功或时效性问题，由申请人承担相关责任。太平洋健康险不对授权账户的失窃或者冒领负责。

保险公司填写  
受理渠道：

保全受理

保全受理人（签名）：\_\_\_\_\_ 受理日期：\_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日

委托服务人员

网销代理

受理人（签名）：\_\_\_\_\_ 受理日期：\_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日

其他

保全受理人（签名）：\_\_\_\_\_ 受理日期：\_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日