

保单号码	0000XXXXXXXX08	投保人	XX有限公司
服务人员姓名/代码	李四	服务人员联系电话	170XXXXXXXX

申请须知

- 内打✓即为所申请项目,同时根据申请内容提供相应文件;此申请在本公司完成申请内容操作后不可撤回。
- 为了维护您的利益,请勿在空白申请书上签名(签章),请慎重核对所填写的资料,确认准确无误后再签名(签章)。
- 解除合同生效日期以批单载明的为准。
- 本公司将根据合同约定退回对应未到期净保险费、现金价值或账户价值。在保险合同有效期内解除合同,可能会蒙受经济损失,请慎重选择。

申请事项	具体内容	
□犹豫期退保 ✓退保	申请原因	<input type="checkbox"/> 投保内容不符需求 <input checked="" type="checkbox"/> 经济因素 <input type="checkbox"/> 改投其他保险公司 <input type="checkbox"/> 其他 _____
	退费类型	户名: <u>广州市XX有限公司</u> 开户银行: _____ 银行 <u>中信</u> 支行 <u>广州市XX区</u> 支行 银行账号: <u>100000000000000000</u> <input type="checkbox"/> 如退费授权账户非本保单交费账户,请告知原因: _____
		<input type="checkbox"/> 退至其他保单余额账户 保单号: _____ (仅能退至相同投保单位的其他有效保单)
	职场保单被保险人申请时,请填写被保险人信息	1. 姓名: _____ 证件号码: _____ 2. 姓名: _____ 证件号码: _____ 3. 姓名: _____ 证件号码: _____

随函奉还保险合同 1 份、首期保险费正式发票 0 份。如遗失保险合同原件,请勾选并确认:  
保险合同遗失声明:本保险合同声明作废,本单位/本人愿承担由此而产生的法律责任。

委托授权事项

现委托 李四 先生/女士(证件类型 身份证 证件号码 440000000000000000 移动电话 170XXXXXXXX) 为本单位/本人办理上述指定申请事项,由此产生的一切法律后果均由本单位/本人承担。  
代办人是投保人的: 销售/服务人员 员工 父母 配偶 子女 其他

投保人/被保险人声明

一、告知事项及权益确认

- 本单位/本人(指投保人及被保险人)已阅知、理解并同意遵守贵公司申请须知。
- 上述申请事项,本单位/本人(指投保人)已告知所有相关被保险人,并且征得被保险人的同意;如涉及法律纠纷,由投保人承担相关责任。
- 本单位/本人(指投保人及被保险人)已认真阅读本保险合同条款,知悉犹豫期退保/退保相关事项,并知悉犹豫期退保为撤销合同,撤销后本合同自始不存在,贵公司对于犹豫期退保前的事故不承担责任。
- 本单位/本人(指投保人及被保险人)确认本申请表填写的、随附文件记载的内容均准确并属实且符合本单位/本人、被保险人及其他相关主体的真实意愿。如有隐瞒或不实,相关责任由本单位/本人承担。
- 本单位/本人(指投保人及被保险人)知晓所有保险合同事项均以保险合同所载为准,除由贵公司经正式程序修改或批注的内容外,其它任何的口头及书面陈述、报告或合约均无效,贵公司无需负责。

二、个人信息使用授权确认

- 本单位/本人(指投保人及被保险人)确认,已经通过查阅贵公司官网,阅读、理解并同意《中信保诚隐私政策》的全部内容。
- 本单位/本人(指投保人及被保险人)确认,相关涉及个人信息收集和处理事宜,已告知被保险人、受益人、联系人、法定代表人(负责人)等相关信息主体并已获得上述信息主体的明确授权同意,如涉及法律纠纷,由本单位/本人承担相关责任。
- 基于本单位/本人(指投保人及被保险人)的同意、履行保险合同的必要以及《中信保诚隐私政策》中“我们如何收集和您的个人信息”所述的目的、法律依据和方式,在法律法规许可的范围内:
  - 同意贵公司及贵公司的合作机构处理本人、被保险人、受益人、联系人、法定代表人(负责人)的个人信息(其中可能含有贵公司隐私政策中“附录1:定义”项下所述的敏感个人信息)。《中华人民共和国个人信息保护法》规定,敏感个人信息包括生物识别、宗教信仰、特定身份、医疗健康、金融账户、行踪轨迹、不满十四周岁未成年人的个人信息。
  - 同意贵公司将本人、被保险人、受益人、联系人、法定代表人(负责人)的个人信息披露或提供给贵公司隐私政策中“我们如何委托处理、对外提供、转让、公开披露您的个人信息”项下所述的第三方。贵公司的合作机构可对上述个人信息进行有效性核验、存储、登记、合理的使用与传递。
  - 同意贵公司将本人、被保险人、受益人、联系人、法定代表人(负责人)的个人信息根据贵公司隐私政策中“您的个人信息如何在全球范围转移”项下所述的中国境外处理,并提供给隐私政策中“我们如何委托处理、对外提供、转让、公开披露您的个人信息”项下所述中国境外的接受方。
- 本单位/本人(指投保人及被保险人)同意贵公司在实现处理目的所需的期限内保存及使用投保人、被保险人、受益人、联系人、法定代表人(负责人)的个人信息。除法律法规另有规定或本单位/本人另有授权外,保存期限从保险合同终止之日起计算至少保存10年。

投保人签章:  经办人: <u>张三</u> 联系电话: <u>13X00000000</u> 申请日期: <u>2025年1月1日</u>	被保险人/监护人签名:  联系电话: 申请日期:	受托人签名: <u>李四</u> 联系电话: <u>170XXXXXXXX</u> 申请日期: <u>2025年1月1日</u>
--	-----------------------------------	---