[품질보증해지 신청서]

보험가입내역

증권번호		계약자	
상품명		계약일자	년 월 일
납입보험료		최종납입월/납입회수	월/ 회

품질보증해지 신청 사유

구 분	체 크	비 고
1. 보험약관을 받지 못함.		
2. 계약자 보관용 청약서를 받지 못함.		
3. 청약서 상 자필서명을 하지 않음.		
4. 약관의 주요내용을 설명 받지 못함.		

*체크란에 해당사항을 ○표 하시기 바랍니다.

송금계좌

송금은행		예금주	
계좌번호			

※유의사항
1. 품질보증해지 신청사유가 발생하여 해지신청을 하실 경우에는 가입후 3개월이내에만 가능합니다.
2. 품질보증해지 신청은 반드시 계약자 본인이 신청하셔야 하며, 대리인에 의한 위임은 불가합니다.
3. 계약자와 송금계좌의 예금주는 반드시 동일인이어야 합니다.

계약자 확인란

계약자 본인은 상기와 같이 품질보증해지를 신청합니다.

신청일자 : 년 월 일

주 소 : ☎)

계약자 : 서명/날인 주민등록번호 :

친권자(후견인) 성명 : 서명/날인 주민등록번호 :

친권자(후견인) 성명 : 서명/날인 주민등록번호 :

*계약자가 만19세 미만일 경우 반드시 친권자(후견인)의 동의가 필요합니다.

*뒷면에 계약자 신분증사본 및 송금은행 통장사본을 첨부하여 주시기 바랍니다.

취급기관 확인란 (필수기재란)	
취급지점 :	☎
취급자 성명 :	서명
지점장 성명 :	서명

기타사항 기재란 :

BNP파리바 카디프생명 접수란