



团体客户退费申请书

新华人寿保险股份有限公司_____分公司：

我单位 _____，证件类型 _____，
证件号码 _____，现向贵公司申请 ☐全部 ☐部分退费，退
费金额 _____元。

本次退费收款方式： ☐转账支付（ ☐原交款账户； ☐本单位其他账户，原
因： _____）； ☐银行汇款（对公）

如勾选转账支付，请填写账户信息：

收款人户名： _____

开户银行（具体至支行）： _____

银行账号： _____

*如需同时更新单位信息或本次退费金额达到客户身份识别标准时，需另行填
写企业客户身份基本信息登记表。

单位签章：

单位经办人签名：

申请日期： _____ 年 _____ 月 _____ 日

以下由保险公司人员填写：

业务员签名：

业务员代码：

联系电话：

受理人签章：

受理日期：

_____ 年 _____ 月 _____ 日