

# 청약철회 청구 및 가입자 보관용 청약서 분실 확인서

증권번호	계약자	생년월일	보험청약일자

## 청약철회 사유

납입부담  계약변경  필요성 부족  가족의 반대  기타 ( )

## 송금요청계좌

<input type="checkbox"/> 자동이체계좌	<input type="checkbox"/> 기타계좌(계약자 명의만 가능)	
	은행명	
	계좌번호	

계약자(신청인)		서명	
법정대리인(친권자)		서명	
법정대리인(친권자)		서명	
<법정대리인(친권자) 1인이 서명한 경우> 본인은 다른 법정대리인(친권자) 1인과 합의하에 공동으로 친권을 행사합니다.		서명	

본인은 귀사에 보험계약을 청약하였으나, 동 계약의 청약을 다음과 같은 사유로 철회하고자 하오니, 납입한 1회 보험료를 아래의 송금요청계좌로 반환하여 주시기 바랍니다.  
또한, 보험계약의 가입자 보관용 청약서를 분실하였음을 확인합니다.

신청일자 :           년           월           일

## 청약철회 청구 안내

- 계약자는 청약일 부터 30일 이내에 철회할 수 있습니다. 다만, 회사가 건강상태 진단을 지원하는 계약, 전문금융소비가 체결한 계약은 청약을 철회할 수 없습니다.
- 청약철회 청구서를 접수한 날로부터 3영업일 이내에 납입한 보험료를 반환하여 드립니다.
- 청약철회 청구서를 발송한 날로부터 발생한 보험금 지급 사유에 대해서는 회사가 책임을 지지 않습니다.

결 재	라이프파트너	SM	AM	접수 및 본인확인자	Agency 내방(Agency 담당자 서명)	Agency 접수인
					<input type="checkbox"/> 접수자 : (서명)	
					라이프파트너 방문(라이프파트너 서명)	
					<input type="checkbox"/> 라이프파트너 : (서명)	