



수익자 해지(해약)신청 동의서

■ 보험 계약사항

증권번호	상품종류	계약일자	계약자	피보험자

■ 수익자 동의란

만기수익자	성명		서명(인)
	생년월일		
상해수익자	성명		서명(인)
	생년월일		
사망수익자1	성명		서명(인)
	생년월일		
사망수익자2	성명		서명(인)
	생년월일		
사망수익자3	성명		서명(인)
	생년월일		
법정대리인(친권자)	성명		서명(인)
	생년월일		
법정대리인(친권자)	성명		서명(인)
	생년월일		

※ 수익자가 미성년자일 경우 법정대리인의 동의가 필요합니다.

※ 우편 접수 시, 반드시 인감을 날인해 주시기 바랍니다.

▶ 상기 보험계약의 수익자 본인은 보험 해지(해약) 처리에 동의합니다.

신청일자 : 년 월 일

접수기관		접수자	(인)	접수일자		처리자	(인)
------	--	-----	-----	------	--	-----	-----