附件2

保险兼业代理业务资格申请表

|  |  |
| --- | --- |
| 申请机构名称 |  |
| 注册资本 |  | 统一社会信用代码或工商营业执照注册号 |  |
| 工商注册时间 |  | 法定代表人 |  |
| 保险业务责任人 |  | 联系方式 |  |
| 住所地址 |  |
| 办公电话/传真 |  | 电子邮箱 |  |
| 已设分支机构数量 |  | 员工总人数 |  |
| 拟合作保险公司基本情况 | 代理业务责任人姓名 | 职务 | 联系方式 | 公司名称 |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
| 拟开展保险兼业代理业务的地区（省、自治区、直辖市、计划单列市） |  |
| 是否代收保险费（若代收保险费，请在下栏填写代收保费账户的相关信息） |  |
| 代收保费账户开户银行及账号 |  |
| 佣金收取账户开户银行及账号 |  |
| 代理险种 |  |
| 真实性声明 | 郑重声明,呈交的所有材料均属实,如有虚假或隐瞒,承担相应法律责任。年 月 日（机构盖章） |