

中国人民健康保险股份有限公司

保险合同效力确认书



请扫描二维码关注下载“人民健康”APP

提示：请您用黑色钢笔或签字笔在申请项目的□或○内打“√”，并在对应栏内填写所需变更的内容，无需变更的内容不用填写，填写的内容不允许涂改。为维护您的权益请勿在未经填写的空白服务申请书上签名，签名前请核对所填写的内容，若发生涂改本申请无效。

保单号：	<div></div> <div></div> <div></div> <div></div> <div></div> <div></div> <div></div> <div></div> <div></div> <div></div> <div></div> <div></div>											
签名变更对象	本合同中：□投保人 / □第一被保险人 / □第二被保险人 / □第三被保险人 签名为代签名。											
申请原因	<input type="checkbox"/> 合同效力确认 补签单类型：○ 投保单 ○ 投保提示书 ○ 产品说明书 ○ 保险利益演示表 ○ 未成年人投保告知书 ○ 保单回执 ○ 婴幼儿问卷 ○ 首期保费自动转账授权书 ○ 财务/健康等调查问卷 ○ 其他 _____											
	<input type="checkbox"/> 签名变化 变更原因：○ 字体变化 ○ 习惯变化 ○ 其他 _____ (无须填写“保险合同效力确认书”内容)										新签名样式：	
	未亲笔签名原因：□ 业务员代签名 □ 家人代签名 □ 委托其他人代办 □ 其他 _____											
增补抄写投保声明	<input type="checkbox"/> 传统保险：“本人已收到以上所购买保险的全部条款，了解所购买产品的保险责任和人身保险投保提示书的内容。” _____ _____											
	<input type="checkbox"/> 万能 / 分红保险：“本人已阅读保险产品条款、产品说明书和人身保险投保提示书，了解本产品的特点和保单利益的不确定性。” _____ _____											
保险合同效力确认书	温馨提示： 为维护您的权益，请您在签名前仔细核对变更内容，本公司将依此申请为您办理签名变更事项，如上述申请不属实影响变更保险合同的决定，则该申请项目无效；本申请书加盖业务专用章即可作为保险合同的批注，请您妥善保管。											
	中国人民健康保险股份有限公司： 因投保时，本人未在上述勾选的单证上亲笔签名，而是由代签名人以本人的名义代为签字，本人现在对上述行为予以追认，办理补签名申请，并作如下声明： 本人在投保上述保险时，对中国人民健康保险股份有限公司（以下简称贵公司）提供的投保单证、投保险种条款及人身险投保提示均以了解并同意遵守。并已履行了如实告知义务，了解不如实告知将承担的法律后果。投保单证上所填写内容及所作陈述均属实，贵公司也向我履行了如实告知义务，本人愿意受上述保险合同的约束。 本人理解所购买保险产品的犹豫期权利、保险责任、责任免除、给付比例、费用扣除、退保退费等事项，理解该产品的投资风险由投保人承担。保险单受益人的指定及保险金额已由被保险人同意。投保人身份证复印件，存折复印件等相关证件确为投保人本人提供。 知悉变更合同申请需要本人亲笔签名确认。											
	申请人签名：_____ 申请日期：_____ 年 _____ 月 _____ 日											
	证件类型：_____ 证件号码：_____ 证件有效期：_____											

第一联 公司留存

客户信息授权使用条款

授权：本人授权贵公司可以从第三方就有关投保及后续保单服务或理赔服务事宜查询、收集与本人相关的信息。本人同意贵公司将本人提供的前述信息、本人接受贵公司投保及后续保单服务或理赔服务产生的信息以及贵公司从中国银行保险信息技术管理有限公司等第三方查询、收集的信息（包括本单证签署之前提供、查询收集和产生的），用于人保集团及其因服务必要而委托的第三方，向本人提供投保及后续保单服务或理赔等服务，并可**开展推介产品□、开展市场调查□、信息数据分析□(需勾选)**。人保集团及其委托的第三方对上述个人信息依法承担保密和信息安全义务。本人已对上述授权内容明确告知并取得被保险人及受益人同意。本条中贵公司是指中国人民健康保险股份有限公司，“人保集团”是指中国人民保险集团股份有限公司及其作为控股股东、实际控制人的公司。本授权自本单证签署时生效，具有独立法律效力，不受合同成立与否及效力状态变化的影响。如取消或变更授权，可致电中国人民保险客服热线95518/ 联系官方微信服务号“人保健康生活”申请。本人将通过在官方微信服务号“人保健康生活”线上注册方式，详细了解个人信息处理规则。本人同意贵公司向中国银行保险信息技术管理有限公司（简称“中国银保信”）报送本人的全部保单信息和理赔信息，并通过医疗机构、中国银保信及知悉本人信息的其他机构查询与本人有关的承保、理赔、医疗等信息。中国银保信基于为本人或保险公司提供服务的需要可对上述信息进行必要的使用及相关机构进行信息共享，但应严格履行保密义务。

☐ 同意接受上述条款☐ 不同意接受上述条款

以下栏目为公司操作人员填写：

受理人：_____

受理时间：_____

受理意见：_____

第二联 客户留存