

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		
保险款项自动转账授权书		
作为立授权书人即账户所有人（以下简称“授权人”），兹对中国人民健康保险股份有限公司（以下简称“贵公司”）及授权人指定的银行（以下简称“授权银行”）授权如下： 1. 授权人以本人真实姓名开立银行账户，并自愿授权贵公司指定的银行账户（以下简称授权账户），用于保险款项转账收付； 2. 如果因授权账户错误、账户注销、账户金额不足或授权账户不符合贵公司对授权账户要求而导致转账不成功，贵公司无须承担由此引起的责任； 3. 如果申请事项存在退费，且申请人（授权人已授权）提供的账户为他人所有，贵公司视同申请人可以从该账户中取得该笔退费，由此引起的纠纷，由申请人自行承担； 4. 本公司不对该授权账户的失窃或冒领承担责任。 授权账户类型： ☐ 保险费缴费账户 ☐ 非保险费缴费账户 授权账户信息： 开户银行 _____ 户 名 _____ 银行账号 _____ 授权人签名：_____ 授权日期：_____年____月____日		
注：如果您选择委托代办的方式进行申请，请填写以下“授权委托书”。		
授权委托书		
致：中国人民健康保险股份有限公司： 委托人_____（证件类型：_____证件号码：_____，证件有效期限____年__月__日至____年__月__日/□长期）委托受托人_____（证件类型：_____证件号码：_____，证件有效期限____年__月__日至____年__月__日/□长期）以委托人的名义办理代为办理（保单号_____）下的相关保险事宜。 委托人声明：1. 受托人在委托代办事项范围内代为填写、签署的有关文件和代为领取的有关资料、款项，委托人均予确认相应的权利义务由委托人享有和承担； 2. 委托人知晓并同意：中国人民健康保险股份有限公司仅对本委托书作形式审查，对委托关系的客观真实性和因委托关系而发生的法律纠纷，中国人民健康保险股份有限公司不承担任何责任。本委托书自签署之日起生效，至代办事宜完成后终止。 3. 本人委托代办保单服务项目时，所提供的本人资料，仅限于中国人民健康保险股份有限公司及其认为业务必要而委托的第三方为本人提供高质量的客户服务及推荐产品之用。中国人民健康保险股份有限公司及其必要第三方对本人的个人信息负有保密义务。 受托人声明：1. 受托人保证本委托书为授权人亲笔签名，如有纠纷，受托人自愿承担相应责任； 2. 受托人在受托有效期及受托范围内代为办理委托事宜，应严格遵循授权人的真实意愿，如所实施的行为超出授权范围，受托人自愿承担相应责任。 特别说明：1. 受托人在办理受托事项时，必须同时提供其本人及委托人身份证件原件； 2. 本委托书仅适用于可以委托代办的保全项目。 委托人签名：_____ 受托人签名：_____ 联系电话：_____ 联系电话：_____ 日期：____年__月__日 日期：____年__月__日 如为中国人民健康保险股份有限公司业务员作为受托人的须再填写以下信息：业务员代码：_____ 营业部：_____		
注：如果您领取的退费金额大于¥1 万元须填写《个人客户身份信息登记表》		
个人客户身份基本信息登记表		
客户身份： ☐ 投保人 ☐ 被保险人 ☐ 受益人 ☐ 其他		
姓名：	性别： ☐ 男 ☐ 女	国家/地区：
证件类型： ☐ 身份证 ☐ 其它_____	证件有效期限：____年__月__日至____年__月__日/□长期	
证件号码：	职业：	
工作内容：	现/常住址：	
工作单位：	工作单位地址：	
联系电话：	手机号码：	
签名： _____ 日期：____年__月__日		
保全操作人员填写栏： 受理意见： _____ 受理人： _____ 日期：____年__月__日		