



中国人民健康保险股份有限公司

团险保单服务申请书

[illegible]

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，无须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。

投保单位资料变更

注：变更投保单位名称或变更投保人的，请出示工商行政管理部门或主管部门出具的有效文件。

□ 变更单位资料	投保团体名称						联系电话		
	投保单位名称						邮政编码		
	联系人姓名		联系电话		传 真		电子邮箱		
	行业性质		行业编码		企业类型		企业类型编码		
	员工总人数		在职人数		退休人数		其他人员人数		

保单资料变更

注：变更涉及多个被保人的，请同时使用附件《被保人变更清单》，且两份申请材料签署时间必须一致。

<input type="checkbox"/> 增加被保险人	自申请日起增加被保险人，共_____人，被保险人明细详见清单。 本单位已知悉增加被保险人须经贵公司审核同意并缴纳保费后方可生效。 特别约定：_____			
<input type="checkbox"/> 减少被保险人	自申请日起减少被保险人，共_____人，被保险人明细详见清单。 本单位已知悉减少被保险人须经贵公司审核同意，减人后参保人数应符合贵公司的规定。			
<input type="checkbox"/> 被保险人资料变更	申请变更被保险人的姓名、性别、生日、职业、证件类型、证件号码等资料，详细变更内容见所附清单。			
<input type="checkbox"/> 理赔金账户变更	○ 团体理赔金账户信息变更	理赔金开户银行	户 名	账 号
	○ 团体理赔金账户信息变更	详细变更内容见所附清单		
<input type="checkbox"/> 服务频次变更	○ 月度 ○ 季度 ○ 半年度 ○ 随时 ○ 其他：_____			
	本单位将及时办理结算手续，若本单位不履行结算义务，贵公司有权中止保单效力，保留追偿保费的权利，并不承担保单中止日起的所有保险责任。若本单位累计欠费超过贵公司规定时，贵公司有权提前结算，并保留追偿保费的权利。若贵公司不履行结算义务，本单位有权中止保单效力，并要求贵公司偿还保费。			
<input type="checkbox"/> 犹豫期退保	自申请之日起撤销本合同，合同效力自始无效。退保原因：_____			
<input type="checkbox"/> 解约	自申请之日起解除本合同的效力。退保原因：_____			

特需医疗事项变更

<input type="checkbox"/> 追加保费	○ 团体医疗账户共 _____ 元。 ○ 个人医疗账户共 _____ 元（共_____人） 详见附件清单。
<input type="checkbox"/> 部分领取	提前领取○ 团体○ 个人账户余额共_____元。注：提前领取部分视为退保，本公司将扣除解约管理费。
<input type="checkbox"/> 团体账户资金分配	自团体账户分配金额共_____元至个人账户，分配情况详见附件清单。

其他服务

<input type="checkbox"/> 补发保单	由于_____原因申请补发, 今后办理该合同项下之保险事宜皆以最新合同文本为凭, 原有合同文本作废。
<input type="checkbox"/> 保单迁移	迁移后城市_____联系地址_____ 邮编 _____
<input type="checkbox"/> 其他变更	内容描述:

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_____分公司：

本人_____委托_____（先生/女士）在_____年____月____日至_____年____月____日期间内代为办理（保单号_____）下的_____事宜。

委托人声明：

第一、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；

第二、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。

授权单位（公章）：

授权人（签字或盖章）：_____日期：_____年____月____日

有效证件类型：_____证件号码：_____

证件有效期：_____ ☐ 长期

联系电话：_____

受托人声明：

第一、受托人保证授权人的签名为亲笔签名，如有纠纷，受托人自愿承担相应责任；

第二、受托人在授权有效期内代为办理委托事项，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。

受托人（签字或盖章）：_____日期：_____年____月____日

有效证件类型：_____证件号码：_____

证件有效期：_____ ☐ 长期

联系电话：_____

投保人 / 被保险人声明

本单位向中国人民健康保险股份有限公司提出以上变更申请，本申请书经贵公司批注同意后，作为原保险合同的组成部分，变更结果以贵公司出具的批注为准。被保险人知悉退保事宜。

本申请书附件共_____张。

对于本次变更可能出现的补费或退费，请选择以下方式支付或领取： ☐ 现金支票 ☐ 转账支票 ☐ 银行汇款 ☐ 使用保费余额账户

联系人签名（单位盖章）_____ 代办业务员签名_____（所属部门_____）签署时间_____

客户信息授权使用条款

授权：投保人及被保险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、收集与投保人、被保险人相关的信息。投保人及被保险人同意贵公司将投保人及被保险人提供的前述信息、投保人及被保险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，向投保人及被保险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。被保险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。投保人及被保险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”）报送投保人及被保险人的全部保单信息和理赔信息，并通过医疗机构、中国银保信及知悉投保人及被保险人信息的其他机构查询与投保人及被保险人有关的承保、理赔、医疗等信息。中国银保信基于为投保人及被保险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。投保人已知授权内容告知并取得被保险人及受益人同意。

☐ 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：_____