

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：

委托人_____委托_____（先生/女士）在_____年____月____日至_____年____月____日期间内代为办理（合同号_____）下的_____事宜。

委托人声明：

第一、受托人（经办人）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。

授权委托人（公章）：_____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（经办人）声明：

第一、受托人（经办人）保证授权人的签名为亲笔签名，如有纠纷，受托人（经办人）自愿承担相应责任；

第二、受托人（经办人）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（经办人）自愿承担相应责任。

受托人（经办人）（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：_____

委托人/团体成员声明

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，作为原合同的组成部分，变更结果以贵公司出具的批注为准。团体成员知悉退保事宜。

本申请书附件共_____张。

☐ 现金支票 ☐ 转账支票 ☐ 银行汇款 ☐ 使用团体账户

经办人签名（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：委托人及委托人所属团体成员授权贵公司可以从第三方就有关本次委托及后续保单服务或理赔服务事宜查询、收集与委托人及委托人所属团体成员相关的信息。委托人及委托人所属团体成员同意贵公司将委托人及委托人所属团体成员提供的前述信息、委托人及委托人所属团体成员接受贵公司本次委托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，向委托人及委托人所属团体成员提供本次委托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。委托人所属团体成员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。委托人及委托人所属团体成员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”）报送委托人及委托人所属团体成员的全部保单信息和理赔信息，并通过医疗机构、中国银保信及知悉委托人及委托人所属团体成员信息的其他机构查询与委托人及委托人所属团体成员有关的委托、理赔、医疗等信息。中国银保信基于为委托人及委托人所属团体成员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。委托人已对授权内容告知并取得委托人所属团体成员及受益人同意。

☐ 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：_____