



团体补充医疗健康保障委托管理合同变更申请书

受 理 号: _____

扫描业务号:

合同号码		委托人	
服务人员姓名/代码	/	服务人员联系电话	

申请须知

- 1、□内打√即为所申请项目，同时根据申请内容提供相应文件；此申请在本公司完成申请内容操作后不可撤回。
 - 2、您所申请的变更项目，经本公司审核同意后生效，变更内容及生效日期以合同变更完成通知书载明的信息为准。
 - 3、为了维护您的利益，请勿在空白申请书上签名（签章），请慎重核对所填写的资料，确认准确无误后再签名（签章）。

变更事项		变更内容							
<input type="checkbox"/> 1. 增加被保障成员	申请人数合计: _____人 (明细详见人员名册)								
<input type="checkbox"/> 2. 减少被保障成员	申请人数合计: _____人, 申请原因: <input type="checkbox"/> 离职 <input type="checkbox"/> 其他_____ (明细详见人员名册) 委托人声明: 本次终止委托管理服务的所有相关被保障成员均已知悉、同意本次终止委托管理服务事宜。								
<input type="checkbox"/> 3. 被保障成员信息变更	<input type="checkbox"/> 个人信息变更 <input type="checkbox"/> 福利金给付账户变更 申请人数合计: _____人 (明细详见人员名册) 若变更证件号码, 请详细说明变更原因: _____								
<input type="checkbox"/> 4. 委托人信息变更 若变更证件号码, 请详细说明变更原因: _____		委托单位	委托人全称						
			经营范围		单位性质		行业类别		
			法人代表			单位证件类型			
			单位证件号码						
			证件有效期	____年____月____日至 <input type="checkbox"/> ____年____月____日 / <input type="checkbox"/> 长期					
法定代理人		单位通讯地址	_____省/直辖市_____市_____区/县_____ (邮政编码: _____)						
		姓名		国籍			出生日期		
		证件类型			证件号码				
		证件有效期	____年____月____日至 <input type="checkbox"/> ____年____月____日 / <input type="checkbox"/> 长期						
		法定代表联系地址	_____省/直辖市_____市_____区/县_____						
联系人		姓名		国籍		性别		出生日期	
		所属部门			职务				
		证件类型			证件号码				
		证件有效期	____年____月____日至 <input type="checkbox"/> ____年____月____日 / <input type="checkbox"/> 长期						
		电子邮箱			手机				
<input type="checkbox"/> 5. 追加账户金额		<input type="checkbox"/> 新增资金: _____元 <input type="checkbox"/> 内转资金: _____元 (新增资金包括客户新交资金及溢交金额, 内转资金包括其他资金账户转入的资金, 追加账户金额将按本合同确定的管理费比例收取管理费。)							
<input type="checkbox"/> 6. 减少账户金额		减少公共账户金额: _____元							
<input type="checkbox"/> 7. 可用额度变更 个人账户或公共账户可用额度变更适用		申请人数合计: _____人 (明细详见人员名册)							
<input type="checkbox"/> 8. 眷属共享服务变更		<input type="checkbox"/> 共享模式 (首次开通必须填写): _____ <input type="checkbox"/> 共享比例: _____% <input type="checkbox"/> 眷属共享限额 (眷属限额模式且不按共享比例调整时填写): 申请人数合计: _____人 (明细详见人员名册)							
<input type="checkbox"/> 9. 终止合同结清		结清公共账户及个人账户资金余额							
<input type="checkbox"/> 10. 退回合同余额		金额: _____元							
<input type="checkbox"/> 11. 其他变更		申请变更详情: _____							

如涉及退费, 请勾选退费选项 (若未勾选则默认退入公共账户): 退至委托人 (请填写银行转账授权信息) 退入公共账户

银行转账授权: 户名: _____ 开户银行: _____ 银行 _____ 支行
银行账号: _____

授权账户非本合同资金支付账户，需告知原因：——————

代办授权事项

代号教科书·文
生号码

为本单位/本人办理上述指定事项申请事项，由此产生的一切法律后果均由本单位/本人承担。

为本单位/本人办理上述指定申请事项，由此产生的一切法律后果均由本单位/本人承担。

代办人是委托人的： 销售/服务人员 员工 父母 配偶 子女 其他 _____

本单位/本人已详细阅读并同意申请书背面的《委托人/被保障成员声明》

委托人签章：

代办人签名：

经办人:

联系电话:

申请日期:

联系电话：

申请日期:

委托人/被保障成员声明

一、告知事项及权益确认

1. 本单位（指委托人，下同）已阅知、理解并同意遵守贵公司申请须知。
2. 上述涉及保障权益变化的申请事项，本单位已告知所有相关被保障成员，并且征得被保障成员的同意；如涉及法律纠纷，由本单位承担相关责任。
3. 本单位确认本申请表填写的、随附文件记载的内容均准确并属实且符合本单位、被保障成员等相关主体的真实意愿。如有隐瞒或不实，相关责任由本单位承担。
5. 本单位知晓贵公司未授权保险营销员、保险代理机构和保险兼业代理机构向本单位以现金方式收取委托管理费用。所有健康保障委托管理事项均以委托管理合同所载为准，除由贵公司经正式程序修改或批注的内容外，其它任何的口头及书面陈述、报告或合约均无效，贵公司无需负责。

二、个人信息使用授权确认

1. 本单位/本人（指委托人及被保障成员）已经通过查阅贵公司官网（www.citic-prudential.com.cn）的内容，阅读、理解并同意《中信保诚隐私政策》的全部内容。
2. 本单位/本人（指委托人及被保障成员）确认，相关涉及个人信息收集和处理事宜，已告知被保障成员及其他相关主体并已获得被保障成员及其他信息主体的明确授权同意，如涉及法律纠纷，由本单位/本人承担相关责任。
3. 基于本单位/本人（指委托人及被保障成员）的同意、履行保险合同的必要以及《中信保诚隐私政策》中“我们如何收集和使用您的个人信息”所述的目的、法律依据和方式，在法律法规许可的范围内：
 - 1) 同意贵公司及贵公司的合作机构处理被保障成员、联系人、法定代表人(负责人)的个人信息（其中可能含有贵公司隐私政策中“附录1：定义”项下所述的敏感个人信息）。《中华人民共和国个人信息保护法》规定，敏感个人信息包括生物识别、宗教信仰、特定身份、医疗健康、金融账户、行踪轨迹、不满十四周岁未成年人的个人信息。
 - 2) 同意贵公司将被保障成员、联系人、法定代表人(负责人)的个人信息披露或提供给贵公司隐私政策中“我们如何委托处理、对外提供、转让、公开披露您的个人信息”项下所述的第三方。贵公司的合作机构可对上述个人信息进行有效性核验、存储、登记、合理的使用与传递。
 - 3) 同意贵公司将被保障成员、联系人、法定代表人(负责人)的个人信息根据贵公司隐私政策中“您的个人信息如何在全球范围转移”项下所述的中国境外处理，并提供给隐私政策中“我们如何委托处理、对外提供、转让、公开披露您的个人信息”项下所述中国境外的接受方。
4. 本单位/本人（指委托人及被保障成员）同意贵公司在实现处理目的所需的期限内保存及使用被保障成员、联系人、法定代表人(负责人)的个人信息。除法律法规另有规定或本单位/本人另有授权外，保存期限从委托合同终止之日起计算至少保存10年。