



(b) 向其他方提供个人信息:

-本人同意在法律、法规、规章及原中国银行保险监督管理委员会允许的范围内,将本人及被保险人相关信息和因签署本保险合同而产生的保险信息,以及履行本保险合同涉及的医疗信息,授权中国银行保险信息技术管理有限责任公司(简称中国银保信)通过商业健康保险信息平台进行信息管理及合理利用。本人同意上述信息可在贵公司及其他保险公司为本人提供服务时,通过商业健康保险信息平台查询、收集与其提供服务相关的必要信息。同时,本人亦授权上述公司,在依据行业监管及为实现服务目的之需要而与其他机构进行必要合作的前提下,对上述信息进行合理使用及信息共享(包括但不限于:因保险监督管理及风险控制之需要而进行的行业内信息分享;因信息数据使用、存储、下载之需要而与第三方合作机构进行的数据交互;为提高保险服务水平之需要而与医疗卫生和健康管理机构进行的诊疗信息及健康记录的查询共享;为公共服务之需要与其他政府机构、监管部分、司法机构及第三方信用信息平台进行的信息共享等);

-贵公司可根据法律法规规定或有关主管部门要求,向有关主管部门提供本人及被保险人相关信息。

-在法律、法规和监管政策允许的范围内,可将个人信息提供给预约挂号、体检、SOS 援助等服务机构用于提供相关服务(详细内容可通过查阅公司官网 www.aviva-cofco.com.cn 及官方微信,《中英人寿服务协议&隐私政策》)。

本人及被保险人知悉并了解中英人寿在进行上述行为时,将遵循合法、正当、必要的原则,并严格履行保密义务。

本人保证,本人已获得被保险人对本授权条款所述内容的同意和授权,并保证相关信息、资料真实、准确、有效,否则由此引发的一切后果均由本人承担。

请您注意:

- 1. 在填写《保险计划变更申请书》时,请您使用黑色、蓝黑色钢笔或签字笔在申请书逐项填写。
2. 为保障您的权益,《保险计划变更申请书》上的所有签名均应为本人亲笔签名,他人不得代签;若被保险人为未成年人,应由该未成年人的法定监护人在“被保险人/法定监护人签名”处签署法定监护人本人的姓名。
3. 为保障您的权益,请不要在空白申请书上签名、盖章,签章之前,请再次核对您填写的内容。如您的电话、住所、通讯地址等客户信息发生变更,请及时办理更正手续。

投保人签名: 被保险人/监护人签名: 受益人签名:

代办人签名: 签署日期: 年 月 日

应备文件一览表

Table with 11 columns: 序号, 项目, 应备文件, 保险计划变更申请书, 保险合同原件, 非服务代理人身份证明, 健康及财务告知书, 投保人有效身份证件, 投保人签名, 被保险人签名, 关联申请书, 申请条件. Rows include items like 主险减少保额/保费, 新增附加险, 增加附加险保额, etc.

注:

- 1. 对于申请时间在“保单周年日”前30天内的项目,同时要求在“保单周年日”前5天提供完整齐全的有效申请资料。
2. 一年期附加险的新增和变更,申请时间为合同有效且在主险交费期内;长期附加险新增和变更,申请时间为保单周年日前5-30天内。
3. 若购买了保费豁免保险的,补充投保人健康告知时,不需被保险人签名同意。
4. 01、02-3、03项变更,若保单在犹豫期内,需递交保险合同原件;非犹豫期内变更,则不需递交保险合同原件。



\*CS102\*