

为第三方)开展合作,此类合作亦可能需要收集、使用或提供本人个人信息。本人同意并授权贵公司进行以下行为:

- (1) 为签订和履行相关保险合同的目的,收集和使用本人向贵公司提供的本申请书及投保单中的个人信息(“保单信息”);
 - (2) 在法律允许的范围内,从各种渠道查阅、收集与本保险申请、理赔及服务有关的投保人/被保险人个人信息,包括但不限于从投保人/被保险人就诊、体检或参保的相关医疗机构、体检机构、其他保险公司查阅、收集投保人/被保险人的相关医疗记录、体检报告、病历资料(统称“外部信息”)。本人及被保险人同意并授权上述各渠道可向贵公司提供外部信息。
 (“保单信息”和“外部信息”合称为“本人及被保险人相关信息”)
 - (3) 将本人及被保险人相关信息用于保险申请、理赔、服务、数据收集、传递、统计、分析等事宜。
 - (4) 下列与第三方共享本人及被保险人相关信息的行为:
 - (a) 委托其他方处理个人信息:
 - 贵公司可委托第三方处理本人及被保险人相关信息,用于下列情况:(i)核保、理赔及其他签订、履行保险合同的行为;(ii)信用及健康评估;(iii)再保险;(iv)其他合法数据处理行为。
 - (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《基本资料变更申请书》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,《基本资料变更申请书》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

序号	项目	应备文件	基本资料变更申请书	保险合同原件	非服务代理人身份证明文件	投保人有有效身份证件	被保人有有效身份证件	受益人有有效身份证件	存折/卡复印件	投保人签名	被保险人签名	申请条件
01	变更通讯信息	√	√	√						√		合同生效后
02	变更客户资料	√	√	√	√	√	√			√	√	合同生效后
03	变更投保人	√		不接受代办	新、旧投保人					√	√	合同有效期内
04	变更受益人	√	√	√			√			√	√	合同有效期内
05	变更签名	√		注1	√	√				√	√	合同有效期内
06	补发保险合同	√	√	√						√		合同有效期内
07	变更授权账号	√	√	√				√	√	√	√	合同有效期内

注:
 1、更正代签名需亲访且需要递交《合同效力确认书》;申请变更签名样式时,变更申请书的申请人签名处需要按原签名样式签名,如无法原签名样式签名的,需亲访我司办理。



CS101