太平洋保险 CPIC

太平洋健康保险股份有限公司
Pacific Health Insurance Co.,Ltd.

委托管理合同被保障人变更申请清单

□增加被保障人　□减少被保障人　□资金转移（公共账户转个人账户）　□资金追加（被保障人个人账户）　　单位：元

委托管理合同号		委托人		申请日期	年　月　日	另附变更清单：是□

序号	（加人）责任起期 （减人）责任终期	姓名	证件号码	证件类型	性别	出生日期	（加人）层级	国籍	职业	被保障人属性	主被保障人姓名	主被保障人证件号码	（减人）账户余额是否转入公共账户	金额	其它
				加人时非身份证填写						增加连带被保障人填写					

本页合计人数：_____人　　第____页，共_____页

涉及资金业务的收付方式：	□支票　□转账（如选择银行转账请同时填写以下转账授权信息）　□其他_____， 转账账户信息：开户行：_____　账号：_____

授权委托书

申请人委托_____先生／女士（有效证件类型_____证件号码_____）在_____年____月____日至_____年_____月_____日期间内在太平洋健康险代为办理本申请清单项下的委托管理合同变更事宜，并郑重声明凡由本授权引发的一切纠纷由申请人负责，与太平洋健康险无涉。

申请人已仔细阅知、理解太平洋健康险的各项提示和客户须知并同意遵守。谨以本申请清单作为委托管理合同变更的要约，并同意太平洋健康险审核同意后依此办理上述委托管理合同变更事项。

受托人声明：委托授权书确系申请人签署。如有不实，受托人愿意承担由此引致的法律责任，太平洋健康险不承担任何责任。

申请人（委托人签章）：_____　**受托人（签名）：**_____　**受托人联系电话：**_____　**日期：**_____年_____月____日

填写说明及提示：

1. 本清单每次仅能选择一项保全变更。如另附清单需勾选“是”，则本页表格部分可以不填写，“本页合计人数”应与所附明细一致。

2. 增加被保障人从“加人责任起期”填写日期的零时起开始承担支付责任；减少被保障人从“减人责任终期”填写日期的零时起终止承担支付责任。

3.“被保障人属性”按编号填写：1 主被保障人（默认，可不填写）、2 配偶、3 子女、4 父母。

4.“证件类型”按标号填写：1 身份证（默认，可不填写）、2 护照、3 军官证、4 港澳居民通行证、5 台湾居民通行证、6 中国出生医学证明、7 外国人永久居留证、8 港澳居民居住证（请在清单“其它”栏同时填写来往内地通行证号码）、9 台湾居民居住证（请在清单“其它”栏同时填写来往内地通行证号码）。

5.“层级”填写的层级名称须与《健康保障委托管理服务方案》上列明的保障方案层级名称相符。如仅有一个层级，未填写时默认加入该层级。

6.“国籍”外籍人员必填，未填写时默认中国。

7.“职业”增加被保障人未填写时默认被保障人所在层级人数最多的职业，但被保障人职业与所在层级人数最多的职业不符时、加人层级被保障人为 0 人时则必填。

8. 减少被保障人需填写“账户余额是否转入公共账户”。可填写“是”、“否”，未填写时默认否。

9. 增加被保障人需填写“金额”，未填写时默认 0；资金转移、资金追加须填写“金额”，金额需大于 0.01。“金额”最多保留 2 位小数。

声明与授权

1、根据国家相关法律规定、监管要求及太平洋健康保险股份有限公司（本申请清单中简称为“太平洋健康险”）业务规定，需要提供资料的，申请人承诺配合提供。对于达到反洗钱客户身份识别标准的业务，申请人承诺配合提供申请人有效身份证明、《客户身份基本信息补充表》等资料。

2、本申请清单的内容是申请人的真实意思表示，申请人承诺所提供的申请资料和信息真实有效，涉及被保障人权益的变更事项均经被保障人或其监护人同意。申请人授权太平洋健康险调查申请资料和信息的真实性。如因申请资料或信息不真实、有所隐瞒、与日后发现事实不符，造成的损失由申请人承担相关责任。

3、申请人授权太平洋健康险对被保障人进行医疗评估及检查，并作为本变更申请相关审核结论、支付的依据。

4、申请人同意中国太保【指中国太平洋保险（集团）股份有限公司及其直接或间接控股的子公司】采集委托人名称／被保障人姓名、证件类型、证件号码等信息，授权中国太保可以从相关单位、组织和个人就有关合同事宜查询、索取与申请人有关的资料和证明。

5、申请人同意所提供的保全资料和信息，可用于中国太保以及其认为业务必要而委托的第三方将合同的全部资料用于为合同客户提供服务和推荐产品，中国太保及第三方对合同客户信息承担保密义务。

6、申请人同意太平洋健康险向中国银行保险信息技术管理有限责任公司（以下简称“中国银保信”）报送申请人的全部保全信息，并通过医疗机构、中国银保信、保交所及知悉申请人信息的其他机构查询与申请人有关的保全信息。中国银保信基于为申请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与相关机构进行信息共享，中国银保信和相关机构履行保密义务。

客户须知

1、申请人应为基于法律法规及委托管理合同约定的保全项目申请资格人。

2、如申请的保全项目存在不符合法律、法规规定或者合同约定的，该申请项目不予受理。本次申请项目如有未获太平洋健康险批准的，将自动作废。

3、本申请清单的变更事项经太平洋健康险批准后生效。对于需补交费的业务，如太平洋健康险批准申请后 20 日内未收到应交款项，本次申请自动作废；其他业务经太平洋健康险批准同意后生效。

4、除申请人书面申请并由太平洋健康险正式程序出具批单或批注修改的内容外，其他任何人的口头及书面承诺均属无效。

5、申请人联系方式变更时须及时办理变更手续，申请人未及时办理变更手续的，太平洋健康险按照申请人通过双方认可的方式留存的最后联系方式发送的有关通知，均视为已送达。

6、申请人可以通过太平洋健康险客服热线 95500 及合同服务人员咨询相关手续。

7、如有未尽事宜，详见委托管理合同条款。

保险公司填写 受理渠道：	□保全受理	保全受理人（签名）：_____	受理日期：_____年_____月____日
	□团险服务人员　□其 他	受理人（签名）：_____	受理日期：_____年_____月____日
		保全受理人（签名）：_____	受理日期：_____年_____月____日