

团体保险网上保全服务开通申请书

申请须知:

- 1、本申请书是开通网上保全申请的必填材料,本申请书未经书面申请,则不可变更及撤销;
- 2、投保人所申请的服务项目,需经保险公司审核同意后方可生效;
- 3、请仔细阅读服务项目的说明及投保人声明并了解相关内容,如有疑问请与业务人员联系;
- 4、填写部分需用蓝黑钢笔或签字笔正楷填写,字迹清晰,涂改无效。

投保人名称:

受托人员 信息	姓名:	证件类型:	证件号码:
	手机号码:	电子邮箱:	
申请内容	本单位授权指定的受托人员通过本投保人账户登录贵公司网上服务平台,登录后在线提交保全申请,受托人员通过授权手机号码接收贵公司网上服务平台的验证码后设置密码,因授权手机号码填写不实及使用中验证码或密码泄露产生的全部责任由本单位承担。 本项目适用于申请投保人信息变更(通讯资料和联系人信息变更)、增加被保险人、减少被保险人。		

投保人声明: 投保人已阅读以下声明内容,对该声明内容已完全知晓及理解。

一、告知事项及权益确认

1. 本单位(指投保人)已阅知、理解并同意遵守贵公司申请须知。
2. 上述申请信息有误或需变更的,本单位会及时书面通知贵公司,自通知书交付贵公司之时起一个工作日内,贵公司应完成变更,原开通申请书效力自贵公司完成变更时终止。如因通知不及时、被授权人资料虚假或有误、贵公司操作变更期间发生的原受托人操作造成的法律纠纷,由本单位承担相关责任;
3. 本单位了解上述服务项目的保全申请方式和提供的服务内容,后续本单位通过网上服务平台提交的保全变更申请都视为本单位真实意思表示,具有法律效力,且已告知相关被保险人,并已征得该被保险人的同意,如涉及法律纠纷,由本单位承担相关责任;
4. 本单位知晓通过上述方式申请的变更项目需经贵公司审核同意后生效,生效日期以保险批单载明的为准。涉及需要缴费的变更项目,若未按规定时间及时缴纳保费的,贵公司有权做撤销处理;

二、个人信息使用授权确认

1. 本单位/本人(指投保人及被保险人)确认,已经通过查阅贵公司官网,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(指投保人及被保险人)确认,相关涉及个人信息收集和处理事宜,已告知被保险人、受益人、联系人、法定代表人(负责人)等相关信息主体并已获得上述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(指投保人及被保险人)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本人、被保险人、受益人、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) 同意贵公司将本人、被保险人、受益人、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) 同意贵公司将本人、被保险人、受益人、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(指投保人及被保险人)同意贵公司在实现处理目的所需的期限内保存及使用投保人、被保险人、受益人、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,保存期限从保险合同终止之日起计算至少保存10年。

投保人签章:

受托人签名:

申请日期: 年 月 日