

团体补充医疗保障委托管理合同 解除合同申请书

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、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）。
- 3、解除合同生效日期以解除合同通知书载明的为准。
- 4、本公司将根据合同约定退回对应账户价值。

变更事项	变更内容	
□解除合同	申请原因	□经济因素 □其他 _____
	银行转账授权	户名: _____ 开户银行: _____ 银行 _____ 支行 银行账号: _____ <input type="checkbox"/> 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

现委托_____（身份证件号码: _____）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承担。

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）已阅知、理解并同意遵守贵公司申请须知。
2. 本单位（指委托人）已认真阅读本合同条款，知悉并理解合同解除的相关事项。
3. 本单位（指委托人）就与中信保诚人寿保险有限公司解除团体补充医疗保障委托管理合同（以下简称“委托管理合同”）事宜已告知所有有效被保障成员，并且征得被保障成员的同意，如涉及法律纠纷，由委托人承担相关责任。

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，委托管理期间在一年以下的，从委托合同终止之日起计算保存5年；委托管理期间超过一年的，从委托合同终止之日起计算保存10年。

委托人签章: 经办人: 联系电话: 申请日期:	代办人签名: 联系电话: 申请日期:
----------------------------------------------------------------------	--------------------------------------------------------------