



招商局仁和人寿
CHINA MERCHANTS LIFE INSURANCE
SINCE 1875

招商局仁和人寿保险股份有限公司

理赔申请书—多身故受益人类



温馨提示:

1.本申请书仅适用于多身故受益人的身故类理赔申请;

2.请您用黑色或蓝黑色墨水笔填写,字迹工整,请勿涂改,并在需要选择的项目前□内打“√”;

扫描上方的二维码下载招商局仁和人寿 APP

3.如您申请理赔时遇到任何疑问,可致电客服电话 400-86-95666 或下载招商局仁和人寿 APP 自助查询。

申请信息

保险合同号码											
申请类型 <input type="checkbox"/> 意外身故 <input type="checkbox"/> 疾病身故 如需同时申请其他责任,请勾选(可复选): <input type="checkbox"/> 医疗 <input type="checkbox"/> 残疾(失能) <input type="checkbox"/> 重大疾病(含轻症、中症、重大疾病)											
身故人信息	身故人身份 <input type="checkbox"/> 被保险人 <input type="checkbox"/> 投保人		身故人是投保人的: <input type="checkbox"/> 本人 <input type="checkbox"/> 父母 <input type="checkbox"/> 配偶 <input type="checkbox"/> 子女 <input type="checkbox"/> 其他关系_____								
			身故人是被保险人的: <input type="checkbox"/> 本人 <input type="checkbox"/> 父母 <input type="checkbox"/> 配偶 <input type="checkbox"/> 子女 <input type="checkbox"/> 其他关系_____								
	姓名		性别	<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女	出生日期	年	月	日			
	证件类型	<input type="checkbox"/> 身份证 <input type="checkbox"/> 其他_____	证件有效期起始日期	年	月	日	证件有效期截止日期	年	月	日	<input type="checkbox"/> 长期
	证件号码										
	生前国籍	<input type="checkbox"/> 中国 <input type="checkbox"/> 其他_____	生前职业								
生前联系地址 <input type="checkbox"/> 住所地 <input type="checkbox"/> 工作单位 省/直辖市 市 区/县_____											
保险事故信息	时间	年	月	日	时						
	地点	省/直辖市 市 区/县_____									
	原因、经过及结果										
申请人1信息	申请人1身份 <input type="checkbox"/> 受益人 <input type="checkbox"/> 受益人的监护人		申请人是投保人的: <input type="checkbox"/> 本人 <input type="checkbox"/> 父母 <input type="checkbox"/> 配偶 <input type="checkbox"/> 子女 <input type="checkbox"/> 其他关系_____								
			申请人是被保险人的: <input type="checkbox"/> 本人 <input type="checkbox"/> 父母 <input type="checkbox"/> 配偶 <input type="checkbox"/> 子女 <input type="checkbox"/> 其他关系_____								
	姓名		性别	<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女	出生日期	年	月	日	职业		
	证件类型	<input type="checkbox"/> 身份证 <input type="checkbox"/> 其他_____	证件有效期起始日期	年	月	日	证件有效期截止日期	年	月	日	<input type="checkbox"/> 长期
	证件号码										
	国籍	<input type="checkbox"/> 中国 <input type="checkbox"/> 其他_____	手机号码								
联系地址 <input type="checkbox"/> 住所地 <input type="checkbox"/> 工作单位 省/直辖市 市 区/县_____											
如申请人选择转账授权,此转账信息无需填写											
转账信息		户名	开户银行								
		银行账号									

申请人2 信息	申请人2 身份	<input type="checkbox"/> 受益人 <input type="checkbox"/> 受益人的监护人		申请人是投保人的： <input type="checkbox"/> 本人 <input type="checkbox"/> 父母 <input type="checkbox"/> 配偶 <input type="checkbox"/> 子女 <input type="checkbox"/> 其他关系_____		申请人是被保险人的： <input type="checkbox"/> 本人 <input type="checkbox"/> 父母 <input type="checkbox"/> 配偶 <input type="checkbox"/> 子女 <input type="checkbox"/> 其他关系_____		
	姓名		性别	<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女	出生日期	年 月 日	职业	
	证件类型	<input type="checkbox"/> 身份证 <input type="checkbox"/> 其他_____	证件有效期起始日期	年 月 日	证件有效期截止日期	年 月 日	<input type="checkbox"/> 长期	
	证件号码							
	国籍	<input type="checkbox"/> 中国 <input type="checkbox"/> 其他_____	手机号码					
	联系地址	<input type="checkbox"/> 住所地 <input type="checkbox"/> 工作单位	省/直辖市	市	区/县			
	转账信息	如申请人选择转账授权，此转账信息无需填写						
	户名	开户银行						
	银行账号							

申请人3 信息	申请人3 身份	<input type="checkbox"/> 受益人 <input type="checkbox"/> 受益人的监护人		申请人是投保人的： <input type="checkbox"/> 本人 <input type="checkbox"/> 父母 <input type="checkbox"/> 配偶 <input type="checkbox"/> 子女 <input type="checkbox"/> 其他关系_____		申请人是被保险人的： <input type="checkbox"/> 本人 <input type="checkbox"/> 父母 <input type="checkbox"/> 配偶 <input type="checkbox"/> 子女 <input type="checkbox"/> 其他关系_____		
	姓名		性别	<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女	出生日期	年 月 日	职业	
	证件类型	<input type="checkbox"/> 身份证 <input type="checkbox"/> 其他_____	证件有效期起始日期	年 月 日	证件有效期截止日期	年 月 日	<input type="checkbox"/> 长期	
	证件号码							
	国籍	<input type="checkbox"/> 中国 <input type="checkbox"/> 其他_____	手机号码					
	联系地址	<input type="checkbox"/> 住所地 <input type="checkbox"/> 工作单位	省/直辖市	市	区/县			
	转账信息	如申请人选择转账授权，此转账信息无需填写						
	户名	开户银行						
	银行账号							

申请人4 信息	申请人4 身份	<input type="checkbox"/> 受益人 <input type="checkbox"/> 受益人的监护人		申请人是投保人的： <input type="checkbox"/> 本人 <input type="checkbox"/> 父母 <input type="checkbox"/> 配偶 <input type="checkbox"/> 子女 <input type="checkbox"/> 其他关系_____		申请人是被保险人的： <input type="checkbox"/> 本人 <input type="checkbox"/> 父母 <input type="checkbox"/> 配偶 <input type="checkbox"/> 子女 <input type="checkbox"/> 其他关系_____		
	姓名		性别	<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女	出生日期	年 月 日	职业	
	证件类型	<input type="checkbox"/> 身份证 <input type="checkbox"/> 其他_____	证件有效期起始日期	年 月 日	证件有效期截止日期	年 月 日	<input type="checkbox"/> 长期	
	证件号码							
	国籍	<input type="checkbox"/> 中国 <input type="checkbox"/> 其他_____	手机号码					
	联系地址	<input type="checkbox"/> 住所地 <input type="checkbox"/> 工作单位	省/直辖市	市	区/县			
	转账信息	如申请人选择转账授权，此转账信息无需填写						
	户名	开户银行						
	银行账号							

申请人5 信息	申请人5 身份	<input type="checkbox"/> 受益人 <input type="checkbox"/> 受益人的监护人		申请人是投保人的： <input type="checkbox"/> 本人 <input type="checkbox"/> 父母 <input type="checkbox"/> 配偶 <input type="checkbox"/> 子女 <input type="checkbox"/> 其他关系_____		申请人是被保险人的： <input type="checkbox"/> 本人 <input type="checkbox"/> 父母 <input type="checkbox"/> 配偶 <input type="checkbox"/> 子女 <input type="checkbox"/> 其他关系_____		
	姓名		性别	<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女	出生日期	年 月 日	职业	
	证件类型	<input type="checkbox"/> 身份证 <input type="checkbox"/> 其他_____	证件有效期起始日期	年 月 日	证件有效期截止日期	年 月 日	<input type="checkbox"/> 长期	
	证件号码							
	国籍	<input type="checkbox"/> 中国 <input type="checkbox"/> 其他_____	手机号码					
	联系地址	<input type="checkbox"/> 住所地 <input type="checkbox"/> 工作单位	省/直辖市	市	区/县			
	转账信息	如申请人选择转账授权，此转账信息无需填写						
	户名	开户银行						
	银行账号							

请申请人在签名栏内亲笔签名，如无法签名，请在申请人签名栏按食指或拇指手印，确认上述信息为本人真实意思表示，他人不得代为签名。

申请人1: _____ 申请人2: _____ 申请人3: _____ 申请人4: _____ 申请人5: _____ 申请日期: _____年____月____日

申请人6信息	申请人6身份	<input type="checkbox"/> 受益人 <input type="checkbox"/> 受益人的监护人		申请人是投保人的： <input type="checkbox"/> 本人 <input type="checkbox"/> 父母 <input type="checkbox"/> 配偶 <input type="checkbox"/> 子女 <input type="checkbox"/> 其他关系_____			
				申请人是被保险人的： <input type="checkbox"/> 本人 <input type="checkbox"/> 父母 <input type="checkbox"/> 配偶 <input type="checkbox"/> 子女 <input type="checkbox"/> 其他关系_____			
	姓名		性别	<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女	出生日期	年 月 日	职业
	证件类型	<input type="checkbox"/> 身份证 <input type="checkbox"/> 其他_____	证件有效期起始日期	年 月 日	证件有效期截止日期	年 月 日	<input type="checkbox"/> 长期
	证件号码						
	国籍	<input type="checkbox"/> 中国 <input type="checkbox"/> 其他_____	手机号码				
	联系地址	<input type="checkbox"/> 住所地 <input type="checkbox"/> 工作单位	省/直辖市	市	区/县		
转账信息	如申请人选择转账授权，此转账信息无需填写						
	户名	开户银行					
	银行账号						

多申请人保险金转账授权

上述所有申请人协商一致，共同授权申请人_____，证件号码_____

作为申请人代表，代为领取全部保险金，授权招商局仁和人寿保险股份有限公司将保险金全额支付至该授权申请人的银行账户中，账户信息如下：

户名：_____ 开户银行：_____ 银行账号_____

特别声明：1、该申请人已经取得所有申请人的同意和授权，代为领取全部保险金。2、该申请人已经准确填写户名、银行账号等信息，因所述不实、账号错误等原因发生相关纠纷的，概由所有申请人自行处理并承担所有法律责任。3、所有申请人同意授权贵公司按此授权转账的申请人提供的户名及银行账号进行保险金给付，所有申请人理解贵公司对此户名及银行账号进行保险金给付即履行了保险合同约定的给付义务。

如需要委托代办，请填写下列受委托人信息及委托事项

受委托人信息	受委托人身份	<input type="checkbox"/> 业务人员	执业证号				
		<input type="checkbox"/> 律师	执业证号				
		<input type="checkbox"/> 亲属，关系_____	<input type="checkbox"/> 朋友 <input type="checkbox"/> 同事 <input type="checkbox"/> 其他_____	职业			
	姓名		性别	<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女	出生日期	年 月 日/ <input type="checkbox"/> 长期	
	证件类型	<input type="checkbox"/> 身份证 <input type="checkbox"/> 其他_____	证件有效期起始日期	年 月 日	证件有效期截止日期	年 月 日/ <input type="checkbox"/> 长期	
	证件号码						
	国籍	<input type="checkbox"/> 中国 <input type="checkbox"/> 其他_____	手机号码				
联系地址	<input type="checkbox"/> 住所地 <input type="checkbox"/> 工作单位	省/直辖市	市	区/县			
委托事项	所有申请人协商一致，现委托上述受委托人代为办理						保险合同的理赔事宜，
	授权其代办如下事项：						
	1. 办理理赔申请	<input type="checkbox"/> 同意 <input type="checkbox"/> 不同意	4. 受领核保意见通知函		<input type="checkbox"/> 同意 <input type="checkbox"/> 不同意		
	2. 受领退回的申请材料	<input type="checkbox"/> 同意 <input type="checkbox"/> 不同意	5. 签订理赔协议		<input type="checkbox"/> 同意 <input type="checkbox"/> 不同意		
3. 受领理赔决定通知书	<input type="checkbox"/> 同意 <input type="checkbox"/> 不同意						
	委托期间自 年 月 日至 年 月 日						

反保险欺诈提示

诚信是保险合同基本原则，涉嫌保险欺诈将承担以下责任：

【刑事责任】进行保险诈骗活动，可能会受到拘役、有期徒刑，并处罚金或没收财产的刑事处罚，保险事故的鉴定人、证明人故意提供虚假的证明文件，为他人诈骗提供条件的，以保险诈骗罪的共犯论处。

【行政责任】进行保险诈骗活动，尚不构成犯罪的，可能会受到 15 日以下的拘留、5000 元以下罚款的行政处罚；保险事故的鉴定人、证明人故意提供虚假的证明文件，为他人诈骗提供条件的，也会受到相应的行政处罚。

【民事责任】故意或者因重大过失未履行如实告知义务，未发生保险事故而谎称发生了保险事故，故意制造保险事故，以伪造、变造的有关证明、资料或者其他证据，编造虚假的事故原因或者夸大损失程度的，根据不同情形，保险人可解除合同、不承担赔偿或者给付保险金的责任、不退还保险费。

声明及授权

本人声明:

- 1.因本人或代办人提供的信息、资料不真实、不准确、不完整而导致的一切后果,将由本人自行承担,贵公司不承担责任。
- 2.本人已阅读并知晓《反保险欺诈提示》,并承诺理赔申请书上所填写的内容真实详尽。

3.申请人 1: 仅为中国税收居民 仅为非居民 既是中国税收居民又是其他国家(地区)税收居民

申请人 2: 仅为中国税收居民 仅为非居民 既是中国税收居民又是其他国家(地区)税收居民

申请人 3: 仅为中国税收居民 仅为非居民 既是中国税收居民又是其他国家(地区)税收居民

申请人 4: 仅为中国税收居民 仅为非居民 既是中国税收居民又是其他国家(地区)税收居民

申请人 5: 仅为中国税收居民 仅为非居民 既是中国税收居民又是其他国家(地区)税收居民

申请人 6: 仅为中国税收居民 仅为非居民 既是中国税收居民又是其他国家(地区)税收居民

(如在以上选项中勾选“仅为非居民”或者“既是中国税收居民又是其他国家(地区)税收居民”,本人将提供姓名、现居地址、出生地及税收居民国(地区)及纳税人识别号等详细信息,并填写提交《个人税收居民身份声明文件》。本人确认所提供信息的真实、准确和完整,且当这些信息发生变更时,将在 30 日内通知贵机构,否则本人承担由此造成的不利后果。)

本人授权:

- 1.本人授权贵公司及其委托的合作机构可以向医疗机构、行政司法机关、其他单位或个人通过检索、调阅、摘抄、复印或其他方式获取任何本人和保险人与理赔申请相关的资料。本人授权医疗机构、行政司法机关、其他单位、以及一切知悉本人和保险人与本次理赔有关的身体健康以及其他情况人士,均可将有关资料向贵司或通过贵司所委托的合作机构向贵司如实提供。本人愿承担由此产生的一切法律责任,本授权声明之影印件亦属有效。

本人已审慎阅读并充分理解《招商仁和人寿隐私政策》(以下简称“隐私政策”)、《个人信息处理知情及授权书》和《招商仁和人寿个人信息共享授权书》(注:请登录公司官网或扫描右侧二维码阅读隐私政策和授权书)的内容。

(1) 本人 同意 不同意招商仁和人寿公布的《招商仁和人寿隐私政策》和《个人信息处理知情及授权书》。

(2) 本人 同意 不同意授权招商仁和人寿处理本人及相关主体的一般个人信息和敏感个人信息。

(3) 本人 同意 不同意招商仁和人寿公布的《招商仁和人寿个人信息共享授权书》。



- 2.本人已经准确填写“转账信息”栏目,授权贵公司按此“转账信息”栏目下的户名及银行账号进行保险金给付,本人理解贵公司对此户名及银行账号进行保险金给付即履行了保险合同约定的给付义务。

如您不同意上述授权条款的部分或全部,可致电客服电话 400-86-95666 取消或变更授权。

请申请人在签名栏内亲笔签名,如无法签名,请在申请人签名栏按食指或拇指手印,确认上述信息、声明及授权均为本人真实意思表示,他人不得代为签名。

申请人 1 签名: _____

申请人 2 签名: _____

申请人 3 签名: _____

申请人 4 签名: _____

申请人 5 签名: _____

申请人 6 签名: _____

申请日期: _____ 年 _____ 月 _____ 日

受益人声明

招商局仁和人寿保险股份有限公司：

投保人_____于____年__月__日在贵公司为被保险人_____（身份证件号码：_____）

投保，保险合同号为_____，该保险合同未指定身故受益人或身故受益人指定为法定。被

保险人于____年__月__日身故。根据法律规定和保险合同的约定，被保险人的法定继承人（或其监护人）共同提出身故保险金理赔申请，并声明如下：

所有法定继承人有且仅有以下_____（大写）位：

受益人类型	受益人姓名	是否生存	身份证件号码
被保险人父亲			
被保险人母亲			
被保险人配偶			
被保险人子女			
被保险人子女			
被保险人子女			
其他：			
备注：			

以上所有受益人担保以上信息属实，未遗漏其它法定继承人，除上述受益人之外，被保险人无其他的第一顺序法定继承人，包括与被保险人有扶养关系的继子女、继父母。日后若由此声明引发的一切法律及保险理赔金分割纠纷由全体声明人承担责任，与招商局仁和人寿保险股份有限公司无关。

所有声明人签名：（注：若受益人是未成年人，由其法定监护人签名）

招商仁和人寿个人信息处理知情及授权书

本授权书是由您出具的授权招商局仁和人寿股份有限公司（以下简称“招商仁和人寿”）处理个人信息文件。请您务必认真阅读本文件，尤其是字体加粗部分，慎重决定是否同意授权。

一、您本人同意授权招商仁和人寿基于监管要求及履行保险合同义务、提供增值服务为目的，在遵循合法、正当、必要和诚信原则的前提下、在法律允许的范围内，处理您本人及您向招商仁和人寿提供的相关主体（被保险人、受益人等，下同）的个人信息。

（一）个人信息包括一般个人信息和敏感个人信息。

1、一般个人信息，包括但不限于：

- （1）基本信息：姓名、生日、性别、民族、国籍、税收居民身份等。
- （2）身份信息：身份证件信息、居住地址信息等。
- （3）联系方式：联系地址、联系电话、电子邮箱地址等。

2、敏感个人信息，包括但不限于：

- （1）财产信息：收入状况、税务身份信息等。
- （2）账户信息：银行卡卡号等。
- （3）生物识别信息：人脸、声纹等识别信息。
- （4）教育工作信息：工作信息（如职业、职位、行业、工作单位、工作年限、岗位、工作电话、单位地址等）。
- （5）其他敏感个人信息：精准位置信息、设备位置信息、音视频双录信息（包含电话录音、视频连线、视频核验）、个人健康生理信息、医疗信息、设备信息、浏览器环境信息，以及信用信息、家族病史、出境外居住生活信息、个人嗜好、高风险运动、驾照信息、商业保险信息、社会保险信息等。
- （6）未满十四周岁未成年人的个人信息。

（二）具体处理包括：

1、按照法律法规、规章等要求，当您本人及相关主体（以下简称“你们”）向招商仁和人寿申请办理投保、保全、理赔、查询、咨询等保险业务时及保险合同存续期间，我们会向你们及第三方机构收集（检索、调阅、摘抄、复印或以其他方式获取）、存储、传输、加工、使用你们的一般个人信息及**敏感个人信息**。我们所处理的信息类型以具体产品或服务申请页面为准。如你们不同意提供该信息，可能无法使用我们提供的服务。涉及的具体第三方机构详见文末列表。

2、为提供保险服务的需要，我们会将你们的**姓名、有效身份证件信息及投保信息、理赔信息**提供给中国银行保险信息技术管理有限公司（以下简称“中国银保信”），中国银保信对上述信息以及你们的投保、承保、理赔、医疗健康信息，进行收集并经加工分析、合理使用后，传输给我们用于保险风险评估、数据风控、核保审核、理赔调查。中国银保信的上述处理行为对你们接受我们的服务具有必要性，不会对你们的个人权益造成非法侵害。

3、我们会将您的**姓名、手机号、身份证件信息**传输至中国银保信以及身份证件、手机实名核验机构进行身份认证或手机实名认证，用于后续服务环节核实投保人、被保险人和受益人身份信息，保障您的保险财产权益。如你们不同意提供该信息，可能无法使用我们提供的服务。涉及的具体核验机构详见文末列表。

4、基于您的纸质合同打印和配送需求，我们会将你们的**姓名、手机号、邮寄地址、保单信息等与合同打印和配送相关的信息**提供至我们合作的保单打印服务商，其中涉及你们的一般个人信息及**敏感个人信息**。如你们不同意提供该信息，可能无法使用我们提供的服务。涉及的具体保单打印服务商详见文末列表。

5、基于保险风险评估、数据风控、核保审核、理赔调查、再保等服务及风险核实的必要，我们可能会将你们的一般个人信息及敏感个人信息提供至我们合作的调查机构、体检机构、咨询公司、**再保公司及保险经纪公司**等第三方机构，并收集你们的一般个人信息及**敏感个人信息**。如你们不同意提供该信息，可能无法使用我们提供的服务。涉及的具体第三方机构详见文末列表。

6、个人信息的跨境提供

(1) 在中华人民共和国境内收集和产生的个人信息，我们将存储在中华人民共和国境内（不含港、澳、台地区）。您本人同意我们因业务需要，向境外传输你们必要的个人信息，同时，我们会遵循法律法规和相关监管部门的要求，向你们告知境外接收方的名称或者姓名、联系方式、处理目的、处理方式、个人信息的种类以及你们可向境外接收方行使相关权利的方式和程序等事项。

(2) 基于保险风险评估、数据风控、核保审核、理赔调查、再保的必要，我们还需向境外再保公司及保险经纪公司收集、加工和使用你们的一般个人信息及**敏感个人信息**，如姓名、性别、国籍、职业、联系地址、联系方式、工作单位、婚姻状态、有效身份证件的类型、号码和有效期限、**有无社保、医疗健康信息、银行卡号、涉税信息、家庭财产信息、生物学信息、金融账户信息、企业经营信息、保单信息、保险事故信息、投保理赔信息**等。前述加黑加粗信息属于你们的敏感个人信息，如你们不同意提供该信息，可能无法使用我们提供的服务。如我们收集你们的个人信息涉及**不满 14 周岁的未成年人个人信息**，我们会将其个人信息作为敏感个人信息进行处理，并按照相关法律法规予以保护。

二、您本人知悉并同意，后续在投保、续保、续期交费、保全、理赔、查询、咨询等相关服务办理流程中补充、调整、产生的个人信息和敏感信息，招商仁和人寿可按照前款约定直接处理，无需您本人和相关主体再次授权。

三、您本人已知悉，招商仁和人寿为履行合同、提供服务和符合监管要求，必须处理您本人和相关主体的敏感信息，其在法律允许的范围内处理本人和相关主体的敏感信息，不会损害您本人和相关主体的合法权益。

四、您本人知悉并同意，招商仁和人寿有权在遵循合法、正当、必要和诚信原则的前提下、在法律允许的范围内，处理您本人及相关主体的上述个人信息，包括但不限于：收集、存储、使用、加工、传输、提供、公开、删除等。

五、您本人同意招商仁和人寿有权将您本人及相关主体的个人信息进行存储。您在使用招商仁和人寿产品及服务期间，我们将持续为您保存您的个人信息。如果您注销帐户或主动删除上述信息，我们将依据《中华人民共和国个人信息保护法》、《中华人民共和国网络安全法》等法律法规规定，按实现处理目的所需的最短时间保存您的信息。我们将会基于您使用招商仁和人寿产品或服务的必要性以及法律法规或监管规定的期限内保存您的个人信息。在您注销帐户、主动删除上述信息或超出保存期限后，我们会停止对您的信息的收集和使用，法律法规或监管部门另有规定的除外。

六、本授权书系您本人做出的单方授权，效力具有独立性。同时，您本人确认，您本人已取得相关主体本人或其监护人授权同意，您本人有权代其授权招商仁和人寿处理他们的个人信息。

七、您本人知悉：如对授权事项存在任何疑问，或有任何相关的投诉、意见，可通过电话 40086-95666、招商仁和人寿官方网站（www.cmrh.com）或个人隐私保护邮箱（dep-rhl-kfapp@cmrh.com）进行咨询或反映。

八、您本人已知悉：您本人及相关主体对上述个人信息具有知情权、决定权、查阅权、复制权、更正及补充权、解释权、删除权、拒绝使用权等。您本人及相关主体可通过电话 40086-95666 行使上述权利。

九、您本人知悉并同意，基于商业合作对象变更或法律法规及监管要求，在本授权书第一条所列示的个人信息具体处理规则和范围内，我们的第三方合作机构可能会发生变更。如第三方合作机构发生变更，招商仁和人寿可按照前款约定直接处理，无需您本人和相关主体再次授权。您可以在招商仁和人寿官方网站（www.cmrh.com）随时查看本授权书，获悉最新的第三方合作机构。如您对变更后的第三方机构有疑问，可按照本授权书第七条说明的渠道咨询我们并按照第八条的约定行使相关权利。

十、若您本人或相关主体与招商仁和人寿就个人信息处理问题发生任何纠纷或争议，首先应友好协商解决；协商不成的，您本人同意将纠纷或争议提交深圳仲裁委员会仲裁解决。本授权的成立、生效、履行、解释及纠纷解决，适用中华人民共和国大陆地区法律。

第三方机构：包括行政司法机关、公安部门、司法鉴定机构、国家金融监督管理总局及其下设机构、中国人民银行及其下设机构、中国保险行业协会及各地方行业协会、人社相关机构、医疗机构、医院、体检单位、社会医疗保险机构、银行、律师事务所、同业其他保险公司、与保险事故相关单位及人士。

序号	名称	联系方式	机构类型
1	中国银行保险信息技术管理有限公司	privacy@cbit.com.cn	详见文件正文

2	厦门中盾安信科技有限公司	010-68773429	信息核验机构
3	内蒙古携银数据有限公司	0512-50337365	保单打印服务商
4	广州慈铭门诊部有限公司	15018794132	体检机构
5	广州爱康国宾健康检查有限公司	18819440807	体检机构
6	骨科医院有限公司	13316107010	体检机构
7	第一健康汕头医疗管理有限公司	13794140422	体检机构
8	江门市妇幼保健院	0750-7361471	体检机构
9	郑州市第一人民医院	13676965522	体检机构
10	惠州爱康健康管理有限公司惠城爱康卓悦门诊部	13902625699	体检机构
11	苏州爱康国宾门诊部有限公司	13585316595	体检机构
12	苏州美健奥亚健康体检中心有限公司	15995422653	体检机构
13	东莞南城美年大健康门诊部有限公司	13480412315	体检机构
14	东莞东城福华健康门诊部有限公司	13902613030	体检机构
15	深圳爱康国宾睿康健康体检中心	13410518561	体检机构
16	南京爱康国宾门诊部有限公司	18951758948	体检机构
17	中山市博爱医院	0760-8877638	体检机构
18	中山市陈星海医院有限公司	0760-22581139	体检机构
19	佛山第一健康医疗管理有限公司	13433232643	体检机构
20	招商局仁和厚德医疗管理（深圳）有限公司德正门诊部	400-8466-111	体检机构
21	深圳市云杉医疗管理有限公司云杉门诊部	15986678571	体检机构
22	深圳恒生医院	13500053073	体检机构
23	深圳市龙岗中心医院	84807279	体检机构
24	深圳市智信达保险公估有限公司	13603019430	调查机构
25	泛华保险公估股份有限公司	0755-23962232	调查机构
26	大童保险公估有限公司	18500458562	调查机构

27	广州天信保险公估有限公司	13016024779	调查机构
28	深圳市一正保险公估股份有限公司	18688778139	调查机构
29	上海暖哇科技有限公司	15316960726	调查机构
30	中国人寿再保险有限责任公司	010-66576366	再保机构（境内）
31	前海再保险股份有限公司	0755-88980900	再保机构（境内）
32	德国通用再保险股份有限公司上海分公司	021-61006300	再保机构（境内）
33	汉诺威再保险股份有限公司上海分公司	021-20358999	再保机构（境内）
34	慕尼黑再保险公司北京分公司	010-85919999	再保机构（境内）
35	瑞士再保险股份有限公司北京分公司	010-65638888	再保机构（境内）
36	法国再保险公司北京分公司	010-57068700	再保机构（境内）
37	安达保险有限公司	021-23256688	再保机构（境内）
38	CCR RE	33 (0) 144353100	再保机构（境外）
39	AXA CHINA REGION INSURANCE COMPANY (BERMUDA) LIMITED	00852-25191111	再保机构（境外）
40	鼎睿再保险有限公司（Peak Reinsurance Company）	00852-35096666	再保机构（境外）
41	中意财产保险有限公司	010-59601818	再保机构（境内）
42	Berkshire HK	00852-37291337	再保机构（境外）
43	Syndicate4444_Canopus	+44 (0) 2073373700	再保机构（境外）
44	Syndicate510_Tokio Marine Kiln	+44 (0) 2078869000	再保机构（境外）
45	Syndicate1880_Tokio Marine Kiln	+44 (0) 2078869000	再保机构（境外）

请申请人在签名栏内亲笔签名，如无法签名，请在申请人签名栏按食指或拇指手印，确认上述信息、声明及授权均为本人真实意思表示，他人不得代为签名。

申请人 1 签名：_____

申请人 2 签名：_____

申请人 3 签名：_____

申请人 4 签名：_____

申请人 5 签名：_____

申请人 6 签名：_____

申请日期：_____年____月____日