



**被保险人/受益人声明及授权：**

1. 兹声明本人之陈述、回答及提交的所有相关材料内容完整、准确和真实，如有虚假，愿承担法律责任。
2. 本人授权任何医院、诊所、医生、公安局、派出所、保险公司或相关机构及人士，凡知道或拥有任何有关被保险人的健康情况、既往病史、医嘱、诊疗情况、病历、意外细节、相关笔录报告或其他相关资料，均可提供给汇丰人寿保险有限公司（以下简称“汇丰人寿”）及其代表。
3. 在中华人民共和国法律不禁止的范围内，本人同意汇丰人寿为了：(a) 提供理赔服务, (b) 履行合规责任, (c) 进行金融犯罪风险管理活动, (d) 向客户收取任何欠款, (e) 进行信贷调查及获取或提供信贷信息, (f) 行使或维护汇丰人寿或汇丰集团成员的权利, (g) 出于或满足汇丰人寿或汇丰集团的内部营运要求（包括信用及风险管理、系统或产品研发及计划、保险、审计及管理用途），及/或 (h) 维持汇丰人寿与客户的关系（包括向客户促销或推广金融服务或相关产品及进行市场调查）的用途而收集、保存、使用、处理本人的相关信息；并向相关汇丰集团成员或其他第三方转移或披露本人的相关信息。其他第三方包括：(a) 汇丰集团的任何分包商、代理、服务供应商或汇丰集团的关联人（包括其雇员、董事及职员）；(b) 应任何权力机关的要求；(c) 代表客户行事的任何人、收款人、受益人、账户代名人、中介人、往来及代理行、清算所、清算或结算系统、市场交易对手、上游预扣税代理人、掉期或交易储存库、证券交易所、客户拥有证券权益的公司（如该等证券由汇丰人寿为客户持有）；(d) 获取服务项下利益或承担服务项下的风险的任何一方，包括但不限于再保险公司；(e) 其他金融机构、信用评级机构或征信机构，以获取或提供信用信息；(f) 任何由汇丰人寿提供介绍或居间的中介经纪商；(g) 与汇丰人寿的任何业务转让、处置、合并或收购有关的任何一方。**同时，汇丰人寿承诺，未经您本人同意，不会将您本人所提供的信息用于汇丰人寿及第三方机构的销售活动。**
4. 为提供理赔服务的需要，本人授权汇丰人寿可将投保单号码、被保险人姓名、证件类型、证件号码、理赔编号、就诊医院及发票编号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”），并同意中国银保信对上述信息以及本人在其他保险公司的投保、承保、理赔、保全信息，进行收集并经加工分析、合理使用后，传输给汇丰人寿用于反欺诈风险控制。中国银保信的上述处理行为对您接受汇丰人寿服务具有必要性，不会对您的个人权益造成非法侵害。如有关于个人信息保护相关的问题咨询，您可以通过以下方式联系。  
汇丰人寿联系方式：400-820-8363， 中国银保信联系方式：privacy@cbit.com.cn
5. 本人知晓汇丰人寿将基于法律法规的强制性要求及/或风险和资本管理之目的就部分保险业务办理再保险，在此情况下，汇丰人寿将向审慎选定的再保险接受人（包括位于境内和境外的再保险接受人）提供本人的个人基本资料（被保险人号）、保单信息（保单号、保单起止日期、产品名称、保额、被保险人性别、投保年龄、保障范围、医务核保资料和健康问卷等）、理赔资料（包括了死亡证明、意外伤害证明、残疾报告、诊断报告、病历、住院报告、医疗收据/费用清单以及由不同理赔类型决定的相关理赔申请材料）和其他补充信息；但如果法律法规对我们另有规定的，我们会按照法律法规规定执行。
6. 本人明白本人所填写的人身保险理赔申请表，并不代表汇丰人寿已核准相关的理赔申请。
7. 本人即使死亡或丧失全部或部分民事行为能力，本人的继承人或受让人不可撤销或废止以上声明或授权，而仍需受此项声明或授权约束。此授权书之副本与正本具同样效力。
8. 本人同意汇丰人寿获得或保存的电子数据为本人有关申请的有效证据，并承认其等同于本人书面签署的法律文件之效力。

\_\_\_\_\_  
申请人或监护人签名\_\_\_\_\_  
签署日期(年/月/日)\_\_\_\_\_  
签署地\_\_\_\_\_  
见证营销员签名

