

授权书

1.为提供【苏州惠民保保险相关服务】的需要，本人同意并授权东吴人寿保险股份有限公司可将本人及出险人的【姓名、证件类型、证件号】提供给合法知悉本人及出险人信息的机构用于查询与本人及出险人医疗健康、医疗保障有关的信息。查询信息的时间范围为 2025 年 1 月 1 日至 2025 年____月____日。

2.本人同意东吴人寿保险股份有限公司收集本人及出险人的【姓名、证件类型、证件号、投保、承保、理赔、医疗票据、银行账户以及医疗健康、医疗保障相关】信息进行加工分析、合理处理后用于为本人提供保险理赔相关服务。

3.本人知悉并同意通过本服务查询到的医疗保障相关信息用于保险公司在理赔业务环节中参考使用，不单独作为理赔结论的认定依据，以医疗机构实际相关信息为准。

4.本人提交给东吴人寿保险股份有限公司的所有资料与证明文件均属实，且申请书上所填写内容真实无误。

5.本人同意承担因账号提供错误导致转账不成功或因委托他人代领赔付金没有收到的责任，东吴人寿保险股份有限公司不承担责任。

6.因本次保险服务需要，本人同意并授权东吴人寿保险股份有限公司可通过医疗机构、行政和司法机构、其他组织及个人查询、采集、存储、登记、核验与投保人、被保险人及受益人有关的必要信息或资料；本人授权东吴人寿保险股份有限公司及其合作机构，依据行业监管及为实现服务之需要，可对本人相关信息进行合理的使用与传递，但应严格履行保密义务，并采取必要措施保证信息安全。

申请人签名：

年 月 日