**中智北京公司员工体检费报销申请单**

 中智服务责任人：

**申请指引：**

1. 体检费发票抬头须是本人姓名；
2. 我们将在收到您报销申请材料10个工作日内，将报销费用汇至您的银行账号中,并通过邮件和短信形式反馈。

**请完整清晰填写下表各项内容:**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 员工姓名 |  | 员工身份证号 |  |
| 工作单位全称 |  |
| 联系电话 |  | 电子邮箱 |  |
| 推荐使用**招商银行**的账户（转账快）。其它可以支付的银行：中行，建行、工行、农行、民生、招商、交行、中信等银行。账户种类：活期存折、借记卡。医保存折及双币种信用卡暂不能支付。 |
| 开户银行 |  | 开户城市 |  | 本人银行帐号  |  |
| 员工工作地：□北京 □上海 □广州 □深圳 □天津 □成都 □武汉 □大连 □其他：  |
| **申请报销金额合计：**  |
| 签字栏 | 声明与授权： 本人同意并授权中国国际技术智力合作集团有限公司、中智（北京）经济技术合作有限公司、中智项目外包服务有限公司、中智（北京）人力资源外包服务有限公司，以及前述主体的关联公司、委托合作机构（以下称被授权人）向我提供的健康福利服务，将由已获得中国银行保险监督管理委员会经营保险业务许可的公司以及具备相关医疗服务资质的公司提供，被授权人作为保险投保人为本人利益与保险公司、保险经纪公司订立保险服务协议、办理投保手续等相关事宜。本人接受并认可被授权人作为投保人与保险公司、保险经纪公司确定的相关保险服务内容。 本人明确知晓《中华人民共和国个人信息保护法》的相关规定和标准，虽然被授权人并不作为实际服务的提供者，但因被授权人作为个保法下的信息处理者，为了本人能够正常的接收相关服务，我有必要向被授权人提供服务所必须的相关信息，以便被授权人将个人信息传递至服务提供者。我本人明确知悉，被授权人通过由已获得中国银行保险监督管理委员会经营保险业务许可的公司以及具备相关医疗服务资质的公司为我提供的健康福利保障服务，其选择的保险经纪、保险服务方为个人信息处理者。本人已经明确知悉被授权人约定委托的保险服务方，以及处理本人个人信息的目的、期限、处理方式、所需涉及的个人信息种类、保护措施以及我与保险服务方的权利和义务。被授权人向我提供的相关产品、服务，如须以我提供一般个人信息为前提的，我同意并接受被授权人在法律的范围内以及本授权函涉及的服务范围内合理的处理我的个人信息，即已知悉贵司将在包括但不限于与保险业务相关的投保手续办理、商业保险理赔申请、医疗报销业务中处理我的个人信息；如本人提供的信息涉及敏感个人信息的，为了是商业保障服务能够顺利进行，我同意并接受被授权人在法律的范围内以及本授权函涉及的服务范围内合理的处理我的敏感个人信息。本人知悉并确认，是否签署本声明属于我本人的权利，如果本人不提供服务涉及的必要个人信息的，将无法接收相关服务。上述各项填报及所提供材料准确、真实，如有不实，本人愿意承担一切责任，如此表委托他人代填，责任由本人承担。申请人签字：申请日期:  |