

重疾关爱服务申请表

个人信息

保险合同编号：

姓名：

性别/年龄：

身份证号：

手机：

固定电话（白天）：

固定电话（晚上）：

申请服务项目

全程导医导诊

国内专家第二医疗意见

国外专家第二医疗意见

电话会诊

服务目的

诊断建议

治疗建议

其它_____

疾病简述

主要症状、体征：

主要检查发现：

诊断或拟诊：

治疗或计划：

注意事项

1. 只有被保险本人才能享用会员相应免费服务。
2. 根据基本保额不同，免费服务项目不同（详见《重疾关爱增值服务告知书》）。
3. 会员在和服务机构已经约定服务日期后，必须如期赴约。如因故不能如期赴约，必须提前 24 小时通知对方，否则视为已经使用本次服务。
4. 会员需提供真实资料，配合服务机构及医生的工作。

申请人申明

本人授权贵公司合作的第三方服务机构为本人推荐专家并提供导医导诊或第二医疗意见服务。本人同意贵公司将本人资料提供给第三方机构及专家用于导医导诊、第二医疗意见等服务。本人理解专家的建议仅具有参考价值，对于将来的疾病诊治，本人拥有采纳或不采纳专家建议的决定权。同样，专家的建议也不能作为同意或拒绝保险理赔的依据。

被保险人签名：_____

日期：_____年_____月_____日