

“重大疾病关爱增值服务”申请表

申请人信息

| | | |
|-------|-----------|-----------|
| 保单号： | 申请人： | 与被保险人关系： |
| 被保险人： | 性别： | 年龄： |
| 手机： | 联系电话（白天）： | 联系电话（晚上）： |
| 身份证号： | 邮箱： | 地址： |

申请服务项目

全程导医导诊 电话会诊 国内专家第二医疗意见
 国外专家第二医疗意见 门诊挂号预约服务

服务目的

诊断建议 治疗建议 其它_____

初步诊断

温馨提示

- 1、此申请表中所列的申请项目仅适用于投保“如意金康终身重大疾病”险种的被保险人使用；
- 2、此申请表中所列的申请项目仅限于初步诊断或确诊患有“如意金康终身重大疾病保险”条款中所列重大疾病（轻症疾病除外）的案例；
- 3、申请人应根据已投保的“如意金康终身重大疾病”险种的保险金额选择可申请的服务项目（详见《重大疾病关爱增值服务说明书》）；
- 4、被保险人在享受全程导医导诊的服务过程中，如因故不能如期赴约，必须提前24小时通知服务公司取消安排；
- 5、申请人所提交的资料应当真实、全面，在享受重大疾病关爱增值服务的过程中，应当配合服务机构及医生的工作；
- 6、申请人在申请享受重大疾病关爱增值服务项目时，应同时提交相应的医学病历资料复印件，包括但不限于：疾病医学诊断书、门诊病历、住院病历、手术记录、病历报告等。

申请人申明：

本人授权民生保险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。本人同意民生保险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。

被保险人签名：_____ 签收人签名：_____ 日期：_____年____月____日