

工银安盛人寿防癌关爱增值服务申请表

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（如有指定医院或医生，请描述，否则会给您推荐该专科副主任以上医生）。

医院：_____，医生姓名：_____

电话会诊

国内专家第二医疗意见

国外专家第二医疗意见

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. 只有被保险人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《防癌关爱增值服务说明书》）。
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。
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电话会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、电话会诊、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