

君龙人寿保险有限公司

非保险合同约定医院就诊申请表

单证代码 CLD20009

事故者姓名		性别		年龄		身份证号码	
保单号码		投保险种				联系电话	
事故日期		事故原因					
就诊医院	<input type="checkbox"/> 拟就诊医院			科别		床号	
	<input type="checkbox"/> 现就诊医院			科别		床号	
初步伤情/诊断情况:				是否有诊断证明材料	<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否	如有请提供	
申请事项: 事故者由于_____原因, 需就诊于非 保险合同约定医院, 请贵公司审核。							
声明: 1. 本人在本申请书上所填写内容详尽确实; 2. 本次申请要求, 最终以君龙人寿最终审批为准; 3. 同意君龙人寿保险有限公司向医疗及其他有关单位和个人调阅、摘抄、复印与本理赔申请相关的资料, 本人 愿承担由此产生的一切法律后果。 申请人签字: _____ 年 月 日							
代办人姓名		联系电话					
以下栏目由公司理赔经办人员填写:							
根据事故者提出就诊于非保险合同约定医院的申请, 本司审核意见如下: <input type="checkbox"/> 同意事故者本次就诊于该医院的申请。 <input type="checkbox"/> 不同意事故者就诊于该医院的申请。 经办人补充意见(若有请填写): _____。 (机构名称: _____) / (经办人: _____) 年 月 日							

温馨提示:

- 为维护您的保险利益, 请在填写完毕后, 及时向本司各服务柜面或理赔部门提交此申请表进行审核, 以便本司及时反馈审核结果。
- 本次申请不作理赔之最后依据, 保险金给付的依据是以保险条款约定的保险责任为准。
- 如有疑问, 请及时与我们联系, 以便我们更好的为您服务。