

## 康爱一生「二次诊断报告」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

- 国内专家二次诊断报告
- 国外专家二次诊断报告（限康爱一生保额大于等于 30 万的客户）

### 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以上 2 项免费服务；
2. 上述服务仅限与恶性肿瘤相关；
3. 请您在递交本申请表时，同时递交相关病历资料复印件（包括门急诊病历、化验报告、病理报告等）；
4. 请您提供真实资料，配合服务机构及医生的工作。

### 申请人声明

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二次诊断报告服务。本人同意贵公司将本人资料提供给第三方服务机构及专家用于二次诊断报告服务。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，并知晓专家的建议不能作为贵公司同意或拒绝保险理赔的依据。

被保险人或其监护人签名： \_\_\_\_\_

申请日期： \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日