



预授权申请表

医疗机构信息

医疗机构名称:	科室:
主治医生:	联系电话:

患者信息

患者姓名:	性别:
身份证号码:	联系电话:

就诊信息

就诊原因:	<input type="checkbox"/> 疾病	<input type="checkbox"/> 意外伤害
意外事故描述:		
诊断结果		
预授权申请项目	<input type="checkbox"/> 住院 <input type="checkbox"/> 门诊 <input type="checkbox"/> 其他	
	预计发生检查/治疗/手术项目:	
预计住院天数		
申请项目预估费用		
特别说明		
主治医生签名:	日期:	

患者声明

<p>声明:</p> <p>1、本人声明本次预授权申请均为事实, 并无虚假及重大遗漏。</p> <p>2、本人授权任何医疗机构、保险公司或其它机构、以及一切熟悉被保险人身体健康状况之人士, 均可以将本人身体健康状况之资料向泰康人寿保险股份有限公司如实提供。本授权之影印件亦属有效。</p> <p>3、本人同意泰康人寿保险股份有限公司向医疗机构或其它机构、以及一切熟悉本人身体健康状况之人士了解本人身体健康状况。</p> <p style="text-align: right;">患者签名:</p> <p style="text-align: right;">日期:</p>
--

备注:

- 1、如果没有提交预授权申请表, 将会影响预授权给付比例。
- 2、我司仅对预授权表上信息进行审核, 对于治疗期间其他需要预授权项目, 必须重新申请。
- 3、预授权申请表仅作为我司进行预授权回复的依据, 不作为医疗保险金赔付依据, 是否承担前述保险金赔付责任, 须根据保险合同相关约定判定。