

精诚佑康险理赔表

尊敬的客户：
您好！

为确保有效理赔，请您用正楷体书写完整填写以下内容：

第一部分 客户信息

理赔人信息

理赔人为： 第一被保险人 被保险人亲属

注：如果理赔人是第一保险人，无需填写被保险人亲属信息。

第一被保险人信息

被保险人亲属信息

姓名:	性别:
出生日期:	
通讯地址:	
固定电话:	
手机:	
电子邮箱Email:	

姓名:	性别:
与被保险人关系:	<input type="checkbox"/> 配偶 <input type="checkbox"/> 父母 <input type="checkbox"/> 子女
通讯地址:	
固定电话:	
手机:	
电子邮箱Email:	

受伤或疾病描述

授受的治疗:

发生时间:

受伤/疾病是第一次就诊吗? 是 否

如不是, 请写出第一次就诊日期:

您购买了其他保险吗? 是 否

其他保险公司的名称:

授权信息

我/我所知回答以上问题, 相信所填内容正确属实。如果此理赔需要, 为使我/我的家属完全得到应支付的所有保险利益, 我授权任何医生、医疗机构、药剂师、保险公司、雇主、工会或协会将以上信息告知力众华援有限公司。此授权的复印件与原件应被视为具有同等效力。

第一被保险人签字:

亲属签字:

日期:

第二部分 医疗信息 (由医师填写)

医师姓名: _____ 电话: _____

请就受伤疾病给出诊断: _____

病人何时到您处就诊? 日期: _____

病人此种疾病第一次就诊时间? 日期: _____

病人的主诉: _____

体格检查: _____

病人需要做的实验室检查有: _____

实验室检查结果: _____

药品的名称和剂量: _____

受伤疾病需要后续治疗吗? 如果需要, 请说明详情: _____

服务日期	医疗程序描述	收费
	诊疗费	
	药费	
	实验室检查费	
	治疗费	
	其他	

主治医师签名: _____

日期: _____