



住院延长申请表

被保险人姓名		性别		联系电话	
证件类型		证件号码			
申请内容	<p>本人于__年__月__日因____（病）住_____医院__科__床，此次住院天数预计将超过 15 日，特申请从__年__月__日至__年__月__日延长__天，请批复。</p>				
被保险人授权及声明	<p>本人承诺以上各项陈述均为事实，并授权长城人寿保险股份有限公司向医疗及其他有关单位和个人调阅、摘抄、复印与本人治疗相关的医疗资料，本人愿承担由此产生的法律后果。</p> <p style="text-align: right;">被保险人（监护人）签名： 年 月 日</p>				
<p>长城人寿保险股份有限公司____分公司批复意见</p>					
<p>经审核，现对被保险人____住院延长天数的申请批复如下：</p> <p><input type="checkbox"/> 同意本次住院延长申请，从__年__月__日至__年__月__日延长__天；如在延长时间内仍不能出院，请重新向我公司提出住院延长申请。</p> <p>备注： <input type="checkbox"/> 不同意本次住院延长申请。</p> <p>备注：</p>					
经办人签名：		理赔主管签名：		消保负责人签名：	
年 月 日		年 月 日		年 月 日	
备注	<p>1. 收入保障给付以治疗疾病所必须之天数为准。</p> <p>2. 本申请不作理赔之最后依据，保险金给付的依据为本次住院是否属于保险责任。</p>				