



非定点医院住院申请表

被保险人姓名		性 别		联系电话	
证件类型		证件号码			
申请内容	本人于_____年____月____日，因_____（疾病名称）在 _____医院_____科_____床 <input type="checkbox"/> 门诊 <input type="checkbox"/> 住院 治疗，该医院非保险 合同约定中的指定治疗医院。				
申请原因					
授权与声明	本人承认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机构及其他有关单位和个人调阅、摘抄、复印与本次治疗相关的医疗资料，本人愿承担由此产生的法律后果。 被保险人（监护人）签名：_____年 月 日				
备注	本申请不作为理赔之最后依据，保险金给付的依据为本次治疗是否属于保险责任。				

长城人寿保险股份有限公司_____分公司批复意见		
经审核，现对被保险人非定点医院治疗的申请批复如下：		
经办人签名： _____年 月 日	理赔主管签名： _____年 月 日	消保负责人签名： _____年 月 日