

国内健康体检/口腔保健预约及服务确认单

印章处

预约号:

传真时间: 年 月 日 时 分

预约需求栏 (由平安健康保险股份有限公司填写)		
被保险人姓名:	性别:	
保单号:	保险卡号:	
证件类型及号码:	预约服务机构类型: <input type="checkbox"/> 体检 <input type="checkbox"/> 口腔保健	
联系人及联系电话:	服务项目编码:	
约检服务机构:	约检时间:	
平安联系人:	平安联系电话:	平安传真:
医疗服务机构确认信息栏 (由平安健康保险股份有限公司根据医疗服务机构反馈代为填写)		
确认内容: <input type="checkbox"/> 1、服务预约已确认。 <input type="checkbox"/> 2、服务预约需更改为____年__月__日。 <input type="checkbox"/> 3、服务预约无法确认, 请更换其他服务机构。 确认人: _____ 确认日期: _____ 年 月 日		
服务提供信息栏 (由医疗服务机构在客户体检/口腔保健当日填写)		
服务提供机构名称 (印章):	提供服务项目:	
接待人签名:		
提供服务日期:	年 月 日	
备注: 1、 医疗服务机构接到平安健康预约电话后在电话中应对预约需求给以确认反馈, 平安健康依据医疗服务机构反馈信息代为填写“医疗服务机构确认信息栏”后将单据传真到医疗服务机构; 2、 医疗服务提供机构如对上述预约有疑问或需更改, 须在接到平安健康传真后 30 分钟内联系平安健康, 30 分钟内无反馈, 则该次预约视为有效; 3、 此单据为平安健康保险股份有限公司为被保险人在医疗服务机构预约体检/口腔保健服务及提供服务的凭证, 请妥善保管; 4、 此单据“印章处”须加盖“平安健康保险股份有限公司服务授权专用章”印章方视为有效; 5、 请医疗服务机构按照以上信息为被保险人安排并提供体检/口腔保健服务; 6、 此项服务仅限被保险人本人使用, 不可转让; 7、 被保险人在接受体检/口腔保健服务时, 须出示带有照片的有效身份证件及保险卡, 医疗服务机构据此核实其身份, 并留存其身份证件及保险卡复印件; 8、 体检/口腔保健服务结束后, 医疗服务机构须填写“服务提供信息栏”内相关内容并盖章, 被保险人须在此单“客户确认栏”内签名; 9、 盖有“平安健康保险股份有限公司服务授权专用章”同时“客户确认栏”内有被保险人亲笔签名的单据方视为本公司与医疗服务机构结算的有效凭据, 请医疗服务机构妥善保管。		
客户确认栏 (由客户在接受体检/口腔保健服务当日填写)		
客户签名:		
您对此次服务: <input type="checkbox"/> 非常满意 <input type="checkbox"/> 满意 <input type="checkbox"/> 一般 <input type="checkbox"/> 差		
日期: 年 月 日		