

商业医疗保险升级说明会



目 录

一、责任详解

二、理赔指南





保险期间：

保险期间：

——壹 年（自2016年2月1日零时起至2017年1月31日二十四时止）

您的保障：

序号	保险内容	保险金额	免赔与赔付比例
员工	1. 团体意外伤害	30万	身故全残全额给付， 残疾与 烧烫伤 按比例给付
	2. 重大疾病	30万	一次性给付（31种）
	3. 疾病身故	30万	一次性给付
	4. 门急诊	1万	80%
	5. 住院		100%
实习生	1. 团体意外伤害	10万	身故全残全额给付， 残疾与 烧烫伤 按比例给付
	2. 意外医疗保险	1万	100%



责任详解：

1、保障地点范围：

—身故/残疾/烧烫伤责任（含意外及疾病）全球有效

—其它保障责任限中国大陆地区

2、免责期：

无

责任详解——门、急诊

- 在保险期间内，被保险人因**意外伤害**或**疾病**在本公司认可医院(见后释义)治疗发生的合理门诊医疗费用，本公司按约定的**0元免赔额**和 **80% 给付比例** 给付门诊医疗保险金，最高限额为**1万元**。
- 门诊医疗费包括：**医药费、治疗费、诊疗费、检查费、化验费、放射费、输血费、输氧费、手术费、麻醉费、材料费、门诊普通观察床位。**

责任详解——住院

- 在保险期间内，被保险人因**意外伤害或疾病**在本公司认可医院住院治疗所发生的合理住院医疗费用，本公司按约定的100%**比例给付**住院医疗保险金。在保险期间内，本公司只对发生在约定的住院医疗费用限额1万**元**以下的合理住院医疗费用承担保险责任。（门诊住院合用1万）
- 住院医疗费包括：**一般护理费、普通病房床位费、医疗费、诊疗费、检查费、化验费、放射费、输血费、输氧费、手术费、麻醉费、材料费。**

责任详解——重大疾病

- 在保险期间内，被保险人于合同生效后**初次罹患**本合同所指重大疾病或初次实施本合同所指的手术，本公司按投保时约定的重大疾病保险金额 **30万元** 给付重大疾病保险金，同时对该被保险人的该项保险责任即行终止。
- **31种**：恶性肿瘤、急性心肌梗塞、脑中风后遗症、重大器官移植术或造血干细胞移植术、冠状动脉搭桥术、终末期肾病(慢性肾功能衰竭尿毒症期)、多个肢体缺失、急性或亚急性重症肝炎、良性脑肿瘤、慢性肝功能衰竭失代偿期、脑炎后遗症或脑膜炎后遗症、深度昏迷、双耳失聪、双目失明、瘫痪、心脏瓣膜手术、严重阿尔茨海默病、严重脑损伤、严重帕金森病、严重Ⅲ度烧伤、严重原发性肺动脉高压、严重运动神经元病、语言能力丧失、重型再生障碍性贫血、主动脉手术、严重多发性硬化、急性坏死型胰腺炎、肌营养不良症、植物人状态、终末期肺病、系统性红斑狼疮性肾炎。



责任详解——疾病身故

- 在保险期间内，被保险人在合同生效后因**疾病身故或全残**的，直接给付身故或全残保险金为30万元，保险责任终止。

责任详解——意外伤害

- 被保险人在保险期间内，自遭受意外伤害起180日内身故的，本公司按约定的保险金额给付30万元，对该被保险人的责任终止。
- 被保险人因意外伤害发生之日起180日内身体残疾的，本公司按《人身保险残疾程度与保险金给付比例表》给付残疾保险金。
- 被保险人因意外伤害发生之日起180日内身体残疾的，本公司按《烧烫伤残疾程度与给付比例表》给付烧烫伤残疾保险金。

被保险人在保险责任期内，不论一次多次因遭受意外伤害造成身体残疾，本公司均按上述规定分别给付保险金，但累计给付的保险金达保险金额全额时，对该被保险人的保险责任终止。

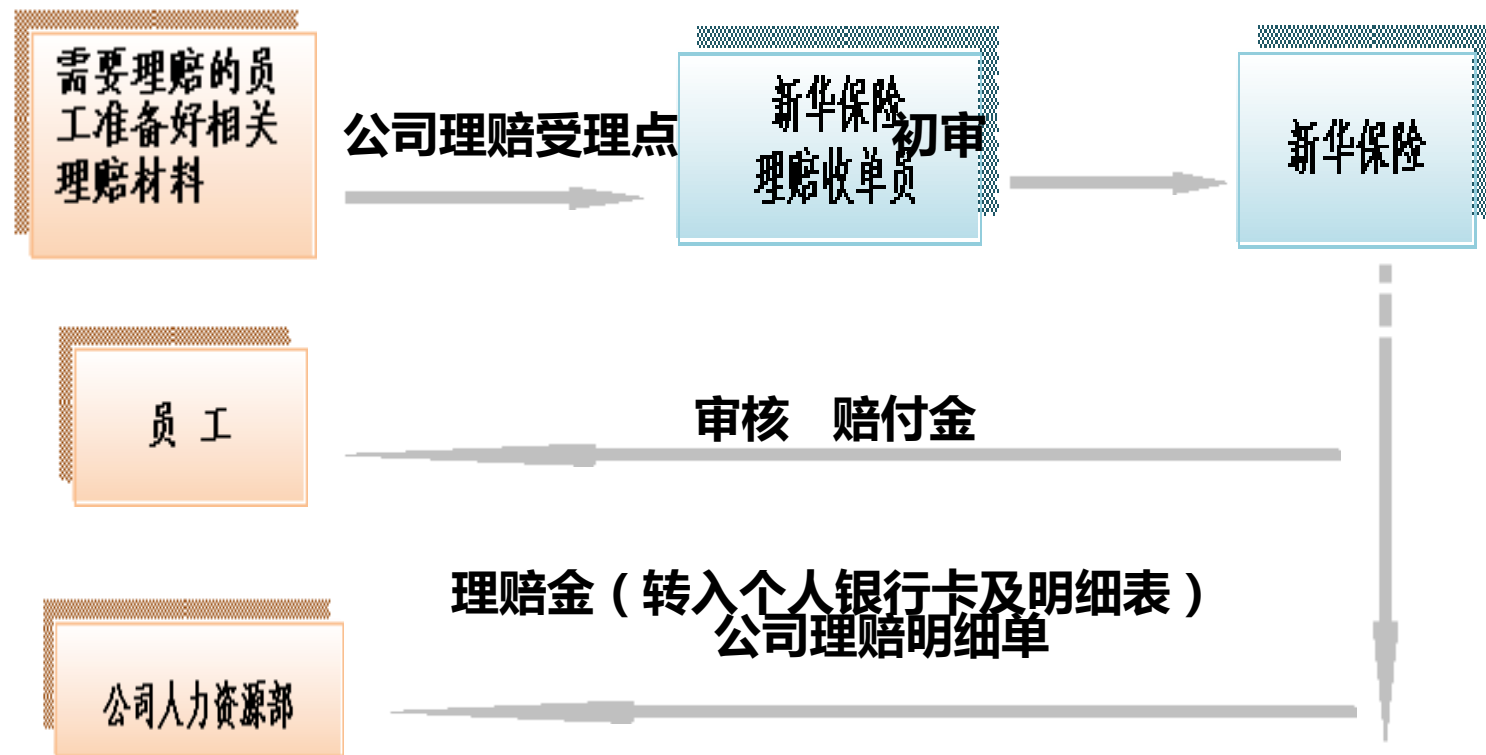
目 录

一、责任详解

二、理赔指南



理赔服务：



理赔规则：

一、服务方式：

每月25日由新华专员上门提供理赔及现场咨查询服务

二、就诊医院：

二级（含）以上公立医院（急诊除外）

（上海医保网址：<http://www.shyb.gov.cn>）

三、理赔时效：

- 1、在收到理赔案件资料齐全，事实清楚的前提下，承诺**10个工作日**内结案，直接委托银行**3个工作日**将赔款划入您个人的工资卡银行账户。
- 2、特殊案件或需要调查的案件，我们承诺在接到齐全的理赔资料后**30天内**结案，对不属于保险责任范围的，我们将发出拒赔通知书。

理赔所需材料：

申请项目	应备文件	1、索赔申请书 2、医疗费用收据原件 (以下送审材料为复印件) 3、被保险人身份证或社保卡或社保病历本封面 4、相关病历 5、出院小结 6、医疗费用明细清单/处方 7、病理/血液/影像检查报告 8、居民死亡医学证明书或法医鉴定书 9、户口注销证明 10、丧葬火化证明 11、有关部门出具的事故证明(如交通部门、承运单位等) 12、残疾/烧烫伤鉴定证明(新华认可鉴定中心) 13、受益人身份证明和银行卡 14、受益人与被保险人关系证明 注：对上述复印件，必要时乙方需要要求提供原件附检。
门急诊	1.2.3.4.6.	
住院/津贴	1.2.3.4.5.6.	
身故	1.8.9.10.11.13.14	
意外残疾 /烧烫伤	1.3.11.12	
重大疾病	1.3.4.7.12	



常见拒赔原因：

1. 代配药、外配药、代诊；无相关主诉、疾病诊断的病史，直接配药或取药的；检查、治疗、用药与所诊断疾病不符的；配药超剂量、超疗程、重复配药,医院外配药或药房购药；（急：3天，一般：7天，慢性病及出差、出院：30天）
- 2、被~~保险人~~因妊娠（含宫外孕）、流产、分娩（含剖宫产）导致的费用；各种不孕不育症、性功能障碍（若有女工生育责任，则此项不列出）；
- 3、皮肤色素沉着、面部痤疮、面膜，疤痕美容、激光美容、脱痣、祛除 纹身、除皱、祛雀斑、开双眼皮、治疗白发、治疗秃发、植发、脱毛、隆鼻、隆胸、穿耳洞等项目的治疗；
- 4、因牙护理，如洗牙、牙移植、义齿、镶牙、牙体缺损修复、烤瓷牙等发生的医疗费用，以及口腔修复、口腔正畸、口腔保健及美容所发生的费用；



常见拒赔原因：

- 5、挂号费（自费部分）、自费药、护理（陪住）费、取暖费、伙食费、误工费、停尸费、救护车费等；
- 6、各医院的外宾病区、特诊病区、特诊病房和高干病房等同类病区或病房发生的所有费用。
- 7、有医保者未使用医保卡（或社保卡）就诊，补办手续除外；
- 8、在非二级以上公立医院或非本公司认可医院就诊的（急诊除外）；
- 9、医疗鉴定项目：如劳动能力鉴定（职工劳动、工伤、职业病诊断鉴定），精神病人的司法鉴定，医疗事故鉴定，各种验伤费等；
- 10、三年以上严重慢性疾病。



急诊的范围：

急诊是指发生下述情形的就医：

1. 高热（成人38.5度，小儿39度以上）；
2. 急性腹痛、剧烈呕吐、严重腹泻；
3. 各种原因的休克；昏迷；癫痫发作；
4. 严重喘息、呼吸困难；急性胸痛、急性心力衰竭、严重心律失常；高血压危象、高血压脑病、脑血管意外；
5. 各种原因所致急性出血；急性泌尿道出血、尿闭、血闭、肾绞痛；
6. 各种急性(食物或药物中毒)、各种意外（触电、溺水）；
7. 脑外伤、骨折、脱位、撕裂、灼伤、或其它急性外伤；
8. 各种有毒动物、昆虫咬伤、急性过敏性疾病；五官及呼吸道、食道异物、急性眼痛、红、肿，突然视力障碍者以及眼外伤；

注意事项

注意事项

1. 请务必填写单位名称和准确身份证号码（详见附件）
2. 发生急诊情形未使用医保卡，后期须先行向医保中心作交割结算,再凭交割单证及上述所需资料向保险公司提出申请
3. 门急诊治疗中，一定要让医生写清楚详细的病历
4. 如确有需要退还发票的请复印发票并在理赔申请书备注上注明“发票请退回”
5. 治疗后，尽快收集所有单证，尽早（2个月内）提交理赔，以免单证遗失。

信息栏：（请务必认真填写下表内容并仔细阅读黑体字及背面权益提示）

赔案号：

投保单位名称	百威英博**工厂（或**事业部）		
保险合同号码		投保单位联系人姓名	
投保单位地址		投保单位联系人联系方式	

申请人信息	姓名	张三	性别	男	与被保险人关系	<input type="checkbox"/> 本人 <input type="checkbox"/> 配偶 <input type="checkbox"/> 父母 <input checked="" type="checkbox"/> 子女 <input type="checkbox"/> 其他																	
	证件类型	<input checked="" type="checkbox"/> 身份证 <input type="checkbox"/> 其他			证件号码	3	1	0	3	3	3	1	9	8	4	1	2	0	9	5	5	5	5
	证件有效期限	### 年 4 月 2 日 <input type="checkbox"/> 长期			国籍	中国			职业	职员													
	联系方式	移动电话	15322223232			固定电话	021-656556			电子邮箱	zahng@chndk.com												
	联系地址	上海市淮海中路381号								与投保人关系	员工												
	开户银行	中国银行		户名	张三		银行账号	455565644556															
	申请理赔类型： <input checked="" type="checkbox"/> 门急诊医疗费用 <input type="checkbox"/> 住院医疗费用 <input type="checkbox"/> 住院津贴 <input type="checkbox"/> 女工生育费用 <input type="checkbox"/> 其他																						

被保险人信息	提示：如申请人与被保险人为同一人，以下重复信息可免填写																										
	姓名	张四		性别	女	证件类型	<input type="checkbox"/> 身份证 <input checked="" type="checkbox"/> 其他 出生证															与投保人关系					
	联系地址	上海市淮海中路381号				证件号码	2	0	0	8	1	2	0	3													
	证件有效期限	年 月 日 <input type="checkbox"/> 长期				国籍						职业															
	联系方式	移动电话				固定电话						电子邮箱															



事故经过	序号	就诊日期	事故地点/医院	发票原件数（张）	医疗费用（元）	其它
	1	012年 10月 1日	华山医院	3	208	
	2	12年 12月 24日	上海第一人民医院	4	300.2	
	3	年 月 日				
	4	年 月 日				
	5	年 月 日				
	6	年 月 日				
	7	年 月 日				
	8	年 月 日				
发票原件数合计：		7	医疗费用合计：		508.2	

声明与授权：（申请人请务必认真阅读，以便充分理解本“声明与授权”内容）

- 1、本人声明所提交的全部证明文件材料均属实，本申请书上填写内容真实详尽；
- 2、本人同意并授权新华人寿保险股份有限公司以本人名义向医疗机构、公安部门、其它组织机构、社会团体、企事业单位及个人索取、查询、调阅、摘抄、复印/制所有理赔相关材料，本授权书之影印件、传真件、扫描件和原件具有同等效力，本人愿承担由此产生的一切法律后果；
- 3、因本人过错导致银行转账不成功、未及时或全额收取理赔款项的，贵公司不承担责任。

申请人签字： 张三

日期： 2012年12月5日

受理人签字： _____

日期： 年 月 日

扫我评估

