

意外伤害保险手册

(P14 简约型-富昌电子 1729)

2016 版

前 言

为了使您更好地了解中国平安为您提供的商业综合医疗保险的保障内容，并能获得我们提供的良好服务，请您仔细阅读本商保手册内容。希望本手册能够成为您随身的服务指南，帮助您实现“轻松工作、保险无忧”。

本手册仅为商业保险保障内容介绍及理赔指引，若内容与保险条款规定有冲突，以条款为准。手册将根据国家政策变化和服务需要随时进行更新和完善，请以深圳中智通知的最新版本为准。

如在阅读或使用过程中有任何疑问，请联系深圳中智的雇员福利部商保组进行解答，也可发送邮件至 ci_service@szciic.com。索赔资料请快递至：深圳市福田区深南中路 1002 号新闻大厦 1 号楼 31 楼 商保组收
商保咨询电话 4006131993。

特别提醒

为了您可以更好的及时理赔，请在提交理赔资料时注意以下事项：

- 1、切记到保险公司指定或认可的医院使用社保卡就医：**中国大陆境内二级及二级以上公立医院，不包含社康中心及特诊(特诊科室、病房、病区，特诊号)等**；重点仔细阅读保障内容及除外责任内容；
- 2、一定要核对发票是否有盖医院收费章、姓名是否正确、打印的明细是否齐全；
- 3、一定要记得打印保存并提供与发票金额对应的费用明细清单（含诊疗项目及药品单价），若费用明细已清晰打印在发票上则无需另外打印；
- 4、请检查病历是否清晰注明主诉、诊断病情、检查、治疗、用药及剂量等，记录及诊病日期是否与发票一致；病历复印件一定完整，封面也必须复印；
- 5、在理赔申请表上，一定要手写签字并写上您的联系电话及邮箱，方便需要沟通时能及时联系；
- 6、二代身份证复印件一定要正反面都复印；
- 7、对于保险事故，投保人或受益人应当在知道保险事故后 10 日内通知保险公司。若未及时通知或故意行为，保险公司有权不承担给付保险金的责任。

目 录

☑中智商业综合医疗保险方案	
☑中智商业综合医疗保险须知	
☑理赔小常识	
☑附件	
附件一：深圳地区认可的医院	
附件二：商业保险金索赔申请书	
附件三：被保险人告知声明书	

☑中智商业综合医疗保险方案

保障范围	保障明细	保险金额	保障责任简述	备注
员工	意外身故	12 万	因意外伤害导致身故按保额给付。	及时报案 (保障全球范围)
	意外残疾		因意外伤害导致残疾按残疾比例给付。(依据人身保险伤残评定标准)	
	意外失踪		因意外事故导致失踪,2年后宣告死亡,按保额给付。	
	意外医疗	1 万	因意外导致合理的符合社保报销范围的门诊或住院医疗费用,按 100% 给予赔付,无免赔额	保障全球范围(相关医疗标准以中国大陆境内为准)
	意外住院津贴	100 元/天	因意外导致住院,按实际住院天数给付住院津贴,限 180 天。	
	航空意外	40 万	因乘坐民航飞机发生意外导致身故,给付意外身故保险金额 40 万;因乘坐民航飞机发生意外导致残疾,按残疾程度按比例给付意外残疾保险,以保额 40 万为限。	及时报案 (保障全球范围)
	疾病身故	12 万	因疾病原因导致身故按保额给付保险金。	
	重大疾病	10 万	约定 30 种重大疾病,一经确诊,立即给付,无需等待治疗结束。	

就诊可以去**当地社会保险部门定点的二级(含二级)以上公立医院**,深圳地区指定医院请见附件一。不包括指定医院的外宾病区、特诊病区、特诊病房和合资、独资病房(医院),也**不包括作为社康中心、诊所、康复、护理、休养、戒酒、戒毒等或类似的医疗机构**。不包括职工医院、康复医院、联合诊所、民办医院、私人诊所、家庭病房、挂床住院和不能出具电脑打印发票和费用明细清单的医院等;如需住院、手术,尽量回医保所在地。

☑中智商业综合医疗保险须知

一、保障对象：

年满 18 周岁至 65 周岁，身体健康且能正常工作或正常劳动的在职人员（以下简称被保险人）。45 周岁以上投保人首次投保需提供“被保险人告知声明书”。(见附件六，需用黑笔填写)

二、就诊范围

保障全球范围，被保险人如在境外就医的，本保险方案保险责任范围内的合理医疗费用按国内当地相同治疗的平均水平确定。

三、保险期间

1. 保险责任生效时间：

被保险人申请投保之日的次日零时起生效；

2. 保险责任终止时间：

被保险人申请退保之日 24 时终止。

四、理赔资料：

被保险人向保险公司申请赔偿医疗费用时应提供下列资料：

4.1“意外身故保险金”的申请

由受益人作为申请人填写保险金给付申请书，并凭下列证明、资料向保险人申请

给付保险金：

- 1)、 保险金申请书 (见附件五)；
- 2)、 受益人户籍证明及身份证明，及其受益人与被保险人的关系证明；
- 3)、 国务院卫生行政部门规定的医疗机构或公安部门出具的被保险人死亡证明书；
- 4)、 如被保险人为宣告死亡，受益人须提供人民法院出具的宣告死亡证明文件；
- 5)、 被保险人户籍注销证明、火化证明；
- 6)、 相关部门出具的意外事故证明 (如交通管理部门出具《交通事故责任认定书》) 等)；
- 7)、 受益人所能提供的与确认保险事故的性质、原因等有关的其他证明和资料；
- 8)、 提供理赔申请资格确认表；
- 9)、 受益人为多人时还需提供所有受益人签署的授权委托书。
- 10)、 受益人银行卡复印件或存折复印件。

4.2 “意外残疾保险金”的申请

由受益人作为申请人填写保险金给付申请书，并凭下列证明、资料向保险人申请给付保险金：

- 1)、 保险金申请书 (见附件五)；
- 2)、 受益人身份证复印件；
- 3)、 保险人指定或认可的医院出具的门急诊病历复印件、出院小结、鉴定机构出具的残疾程度鉴定书；
- 4)、 受益人所能提供的与确认保险事故的性质、原因、伤害程度等有关的其他证明和资料；
- 5)、 受益人银行卡复印件或存折复印件。

4.3“疾病身故保险金”的申请

由受益人作为申请人填写保险金给付申请书，并凭下列证明、资料向保险人申请给付保险金：

- 1)、 保险金申请书 (见附件五)；
- 2)、 受益人户籍证明及身份证明，及其与被保险人的关系证明复印件；
- 3)、 公安部门或保险人认可的医疗机构出具的被保险人死亡证明书；
- 4)、 被保险人户籍注销证明、火化证明；
- 5)、 受益人所能提供的与确认保险事故的性质、原因等有关的其他证明和资料；
- 6)、 受益人为多人时还需提供理赔申请资格确认表和授权委托书。
- 7)、 受益人银行卡复印件或存折复印件。

4.4“重大疾病保险金”的申请

由被保险人作为申请人，填写保险金给付申请书，并凭下列证明和资料向保险人申请给付保险金：

- 1)、 保险金申请书 (见附件五)；
- 2)、 被保险人身份证明复印件；
- 3)、 保险人指定医院出具的医疗费用复印件、电脑打印的费用明细清单、门急诊病历复印件；
- 4)、 被保险人所能提供的与确认保险事故的性质、原因、伤害程度等有关的其他证明和资料；
- 5)、 检查报告单 (包括病理报告、CT、MRI 等)。
- 6)、 被保险人银行卡复印件或存折复印件。

4.5“意外门诊医疗保险金”的申请

由被保险人作为申请人，填写保险金给付申请书，并凭下列证明和资料向保险人申请给付保险金：

- 1)、 保险金申请书 (见附件五)(若为意外，需特别说明意外的时间地点及经过)；
- 2)、 被保险人身份证明复印件；
- 3)、 保险人指定医院出具的医疗费用发票原件、电脑打印的费用明细清单及门急诊病历复印件；
- 4)、 检查报告复印件；
- 5)、 被保险人所能提供的与确认保险事故的性质、原因、伤害程度等有关的其他证明和资料，如交通管理部门出具《交通事故责任认定书》等；
- 6)、 不受理外配药发票及到药房自行购买的药费发票；
- 7)、 被保险人银行卡复印件或存折复印件。

4.6“意外住院医疗保险金及住院津贴”的申请

由被保险人作为申请人，填写保险金给付申请书，并凭下列证明和资料向保险人申请给付保险金：

- 1)、 保险金申请书 (见附件五)(若为意外，需特别说明意外的时间地点及经过)；
- 2)、 被保险人身份证明复印件；
- 3)、 保险人指定医院出具的医疗费用发票原件、电脑打印的汇总 (非每日) 费用明细清单、门急诊病历、出院小结、社保结算单复印件；
- 4)、 被保险人所能提供的与确认保险事故的性质、原因、伤害程度等有关的其他证明和资料，如交通管理部门出具《交通事故责任认定书》等；
- 5)、 不受理外配药发票及到药房自行购买的药费发票；
- 6)、 被保险人银行卡复印件或存折复印件。

五、对于索赔资料及就诊医院的要求：

1、理赔时所提供的病历复印件必须符合以下标准；

——病历上清晰注明主诉、诊断病情、检查、治疗、用药及剂量

——病历上的记录与发票上的收费的项目相符

——病历上的诊病日期须与发票上的日期一致（特殊原因请医院出具情况说明加盖收费章）

——病例复印件一定要完整，封面也必须复印；

2、发票上必须加盖有医院收费章，若发票上姓名有误的必须由医院更正后加盖医院收费章。若保险公司对提交资料复印件有疑问，可要求提交原件核对。

六、理赔时效及时限

1、保险公司收到理赔单据后，对符合要求的清晰的理赔资料，10个工作日内（不包括财务划款时间）作出理赔决定同时将理赔款项汇入被保险人账户，情况复杂的30天核定反馈情况，异地出险视具体情况而定。

2、被保险人收到退回的不合格资料后，应在5个工作日内重新提交理赔资料进行复审；

3、被保险人在保险期内离职退保，应在退保后5个工作日内提交所有理赔资料至中智雇员福利部商保组进行理赔申报；

4、被保险人每年度发生的医疗费用应在次年1月31日前提提交至中智雇员福利部商保组办理理赔申报，逾期不予受理。

七、责任免除：

7.1、因下列情形之一，导致被保险人意外身故、意外残疾或意外医疗费用支出的，保险人不承担保险责任：

- 1) 投保人对被保险人的故意杀害、故意伤害；
- 2) 被保险人故意自伤、故意犯罪、抗拒依法采取的刑事强制措施或自杀，但被保险人自杀时为无民事行为能力人的除外；
- 3) 被保险人殴斗、醉酒，主动吸食或注射毒品；
- 4) 被保险人酒后驾驶、无合法有效驾驶证驾驶，或驾驶无有效行驶证的机动车；
- 5) 战争、军事冲突、暴乱或武装叛乱；
- 6) 核爆炸、核辐射或核污染；
- 7) 被保险人因妊娠（含宫外孕）、流产、分娩（含剖宫产）导致的伤害；
- 8) 椎间盘突出症（包括椎间盘膨出、椎间盘突出、椎间盘脱出、游离型椎间盘等类型）；
- 9) 被保险人因医疗事故、药物过敏或精神和行为障碍（依照世界卫生组织《疾病和有关健康问题的国际统计分类（ICD-10）》确定）导致的伤害；
- 10) 被保险人未遵医嘱，私自使用药物，但按使用说明的规定使用非处方药不在此限；
- 11) 细菌或病毒感染（因意外伤害导致的伤口发生感染者除外）；
- 12) 被保险人从事潜水、跳伞、攀岩、蹦极、驾驶滑翔机或滑翔伞、探险、摔跤、武术比赛、特技表演、赛马、赛车等高风险运动。
- 13) 被保险人违反承运人关于安全乘坐的规定；

7.2、因下列情形之一导致被保险人疾病身故的，保险人不承担给付保险金的责任：

-
- 1) 投保人对被保险人的故意杀害、故意伤害；
 - 2) 被保险人故意犯罪或者抗拒依法采取的刑事强制措施或自杀，但被保险人自杀时为无民事行为能力人的除外；
 - 3) 被保险人主动吸食或注射毒品；
 - 4) 被保险人酒后驾驶、无合法有效驾驶证驾驶，或驾驶无有效行驶证的机动车；
 - 5) 战争、军事冲突、暴乱或武装叛乱；
 - 6) 核爆炸、核辐射或核污染；
 - 7) 先天性疾病（先天性畸形、变形）、遗传性疾病（染色体异常），及上述疾病的并发症；
 - 8) 既往症。

7.3、因下列情形之一导致被保险人初次发生重大疾病的，保险人不承担给付保险金的责任：

- 1) 投保人对被保险人的故意杀害、故意伤害；
- 2) 被保险人故意自伤、故意犯罪或者抗拒依法采取的刑事强制措施；
- 3) 被保险人主动吸食或注射毒品；
- 4) 被保险人酒后驾驶、无合法有效驾驶证驾驶，或驾驶无有效行驶证的机动车；
- 5) 被保险人感染艾滋病病毒或患艾滋病；
- 6) 战争、军事冲突、暴乱或武装叛乱；
- 7) 核爆炸、核辐射或核污染；
- 8) 先天性疾病（先天性畸形、变形）、遗传性疾病（染色体异常），及上述疾病的并发症；

9) 既往症。

7.4、被保险人投保前已患以下疾病及其并发症导致的保险事故属于所有险种的责任免除：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（或称冠状动脉旁路移植术）、终末期肾病（或称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、严重的多发性硬化、严重的1型糖尿病、侵蚀性葡萄胎（或称恶性葡萄胎）、系统性红斑狼疮并发重度的肾功能损害、严重的原发性心肌病。

八、三十种重大疾病

以下重大疾病是中国保险行业协会与中国医师协会制定了规范定义的疾病。

（一）恶性肿瘤

指恶性细胞不受控制的进行性增长和扩散，浸润和破坏周围正常组织，可以经血管、淋巴管和体腔扩散转移到身体其它部位的疾病。经病理学检查结果明确诊断，临床诊断属于世界卫生组织《疾病和有关健康问题的国际统计分类（ICD-10）》的恶性肿瘤范畴。下列疾病不在保障范围内：

- 1．原位癌；
- 2．相当于 Binet 分期方案 A 期程度的慢性淋巴细胞白血病；
- 3．相当于 Ann Arbor 分期方案 I 期程度的何杰金氏病；
- 4．皮肤癌（不包括恶性黑色素瘤及已发生转移的皮肤癌）；

5 . TNM 分期为 T1N0M0 期或更轻分期的前列腺癌；

6 . 感染艾滋病病毒或患艾滋病期间所患恶性肿瘤。

(二) 急性心肌梗塞

指因冠状动脉阻塞导致的相应区域供血不足造成部分心肌坏死。须满足下列至少三项条件：

- 1 . 典型临床表现，例如急性胸痛等；
- 2 . 新近的心电图改变提示急性心肌梗塞；
- 3 . 心肌酶或肌钙蛋白有诊断意义的升高，或呈符合急性心肌梗塞的动态性变化；
- 4 . 发病 90 天后，经检查证实左心室功能降低，如左心室射血分数低于 50%。

(三) 脑中风后遗症

指因脑血管的突发病变引起脑血管出血、栓塞或梗塞，并导致神经系统永久性的功能障碍。神经系统永久性的功能障碍，指疾病确诊 180 天后，仍遗留下列一种或一种以上障碍：

- 1 . 一肢或一肢以上肢体机能完全丧失；
- 2 . 语言能力或咀嚼吞咽能力完全丧失；
- 3 . 自主生活能力完全丧失，无法独立完成六项基本日常生活活动中的三项或三项以上。

(四) 重大器官移植术或造血干细胞移植术

重大器官移植术，指因相应器官功能衰竭，已经实施了肾脏、肝脏、心脏或肺脏的异体移植手术。

造血干细胞移植术，指因造血功能损害或造血系统恶性肿瘤，已经实施了造血干细胞（包括骨髓造血干细胞、外周血造血干细胞和脐血造血干细胞）的异体移植手术。

(五) 冠状动脉搭桥术（或称冠状动脉旁路移植术）

指为治疗严重的冠心病，实际实施了开胸进行的冠状动脉血管旁路移植的手术。

冠状动脉支架植入术、心导管球囊扩张术、激光射频技术及其它非开胸的介入手术、腔镜手术不在保障范围内。

（六）终末期肾病（或称慢性肾功能衰竭尿毒症期）

指双肾功能慢性不可逆性衰竭，达到尿毒症期，经诊断后已经进行了至少 90 天的规律性透析治疗或实施了肾脏移植手术。

（七）多个肢体缺失

指因疾病或意外伤害导致两个或两个以上肢体自腕关节或踝关节近端（靠近躯干端）以上完全性断离。

（八）急性或亚急性重症肝炎

指因肝炎病毒感染引起肝脏组织弥漫性坏死，导致急性肝功能衰竭，且经血清学或病毒学检查证实，并须满足下列全部条件：

- 1．重度黄疸或黄疸迅速加重；
- 2．肝性脑病；
- 3．B 超或其它影像学检查显示肝脏体积急速萎缩；
- 4．肝功能指标进行性恶化。

（九）良性脑肿瘤

指脑的良性肿瘤，已经引起颅内压增高，临床表现为视神经乳头水肿、精神症状、癫痫及运动感觉障碍等，并危及生命。须由头颅断层扫描（CT）、核磁共振检查（MRI）或正电子发射断层扫描（PET）等影像学检查证实，并须满足下列至少一项条件：

- 1．实际实施了开颅进行的脑肿瘤完全切除或部分切除的手术；

2. 实际实施了对脑肿瘤进行的放射治疗。

脑垂体瘤、脑囊肿、脑血管性疾病不在保障范围内。

(十) 慢性肝功能衰竭失代偿期

指因慢性肝脏疾病导致肝功能衰竭。须满足下列全部条件：

1. 持续性黄疸；
2. 腹水；
3. 肝性脑病；
4. 充血性脾肿大伴脾功能亢进或食管胃底静脉曲张。

因酗酒或药物滥用导致的肝功能衰竭不在保障范围内。

(十一) 脑炎后遗症或脑膜炎后遗症

指因患脑炎或脑膜炎导致的神经系统永久性的功能障碍。神经系统永久性的功能障碍，

指疾病确诊 180 天后，仍遗留下列一种或一种以上障碍：

1. 一肢或一肢以上肢体机能完全丧失；
2. 语言能力或咀嚼吞咽能力完全丧失；
3. 自主生活能力完全丧失，无法独立完成六项基本日常生活活动中的三项或三项以上。

(十二) 深度昏迷

指因疾病或意外伤害导致意识丧失，对外界刺激和体内需求均无反应，昏迷程度按照格拉斯哥昏迷分级（Glasgow coma scale）结果为 5 分或 5 分以下，且已经持续使用呼吸机及其它生命维持系统 96 小时以上。

因酗酒或药物滥用导致的深度昏迷不在保障范围内。

(十三) 双耳失聪

指因疾病或意外伤害导致双耳听力永久不可逆性丧失，在 500 赫兹、1000 赫兹和 2000

赫兹语音频率下，平均听阈大于 90 分贝，且经纯音听力测试、声导抗检测或听觉诱发电位检测等证实。

在 0 至 3 周岁保单周年日期间，被保险人双耳失聪不在保障范围内。

（十四）双目失明

指因疾病或意外伤害导致双眼视力永久不可逆性丧失，双眼中较好眼须满足下列至少一项条件：

1. 眼球缺失或摘除；
2. 矫正视力低于 0.02（采用国际标准视力表，如果使用其它视力表应进行换算）；
3. 视野半径小于 5 度。

（十五）瘫痪

指因疾病或意外伤害导致两肢或两肢以上肢体机能永久完全丧失。肢体机能永久完全丧失，指疾病确诊 180 天后或意外伤害发生 180 天后，每肢三大关节中的两大关节仍然完全僵硬，或不能随意识活动。

（十六）心脏瓣膜手术

指为治疗心脏瓣膜疾病，实际实施了开胸进行的心脏瓣膜置换或修复的手术。

（十七）严重阿尔茨海默病

指因大脑进行性、不可逆性改变导致智能严重衰退或丧失，临床表现为明显的认知能力障碍、行为异常和社交能力减退，其日常生活必须持续受到他人监护。须由头颅断层扫描（CT）、核磁共振检查（MRI）或正

电子发射断层扫描（PET）等影像学检查证实，且自主生活能力完全丧失，无法独立完成六项基本日常生活活动中的三项或三项以上。

神经官能症和精神疾病不在保障范围内。

(十八) 严重脑损伤

指因头部遭受机械性外力，引起脑重要部位损伤，导致神经系统永久性的功能障碍。

须由头颅断层扫描 (CT)、核磁共振检查 (MRI) 或正电子发射断层扫描 (PET) 等影像学检查证实。神经系统永久性的功能障碍，指脑损伤 180 天后，仍遗留下列一种或一种以上障碍：

- 1 . 一肢或一肢以上肢体机能完全丧失；
- 2 . 语言能力或咀嚼吞咽能力完全丧失；
- 3 . 自主生活能力完全丧失，无法独立完成六项基本日常生活活动中的三项或三项以上。

(十九) 严重帕金森病

是一种中枢神经系统的退行性疾病，临床表现为震颤麻痹、共济失调等。须满足下列全部条件：

- 1 . 药物治疗无法控制病情；
- 2 . 自主生活能力完全丧失，无法独立完成六项基本日常生活活动中的三项或三项以上。

继发性帕金森综合征不在保障范围内。

(二十) 严重Ⅲ度烧伤

指烧伤程度为Ⅲ度，且Ⅲ度烧伤的面积达到全身体表面积的 20% 或 20% 以上。体表面积根据《中国新九分法》计算。

(二十一) 严重原发性肺动脉高压

指不明原因的肺动脉压力持续性增高，进行性发展而导致的慢性疾病，已经造成永久不可逆性的体力活动能力受限，达到美国纽约心脏病学会心功能状态分级 IV 级，且静息状态下肺动脉平均压超过 30mmHg。

(二十二) 严重运动神经元病

是一组中枢神经系统运动神经元的进行性变性疾病，包括进行性脊肌萎缩症、进行性延髓麻痹症、原发性侧索硬化症、肌萎缩性侧索硬化症。须满足自主生活能力完全丧失，无法独立完成六项基本日常生活活动中的三项或三项以上的条件。

(二十三) 语言能力丧失

指因疾病或意外伤害导致完全丧失语言能力，经过积极治疗至少 12 个月（声带完全切除不受此时间限制），仍无法通过现有医疗手段恢复。

精神心理因素所致的语言能力丧失不在保障范围内。

在 0 至 3 周岁保单周年日期间，被保险人语言能力丧失不在保障范围内。

(二十四) 重型再生障碍性贫血

指因骨髓造血功能慢性持续性衰竭导致的贫血、中性粒细胞减少及血小板减少。须满足下列全部条件：

1. 骨髓穿刺检查或骨髓活检结果支持诊断；

2. 外周血象须具备以下三项条件：

(1) 中性粒细胞绝对值 $\leq 0.5 \times 10^9/L$ ；

(2) 网织红细胞 $< 1\%$ ；

(3) 血小板绝对值 $\leq 20 \times 10^9/L$ 。

(二十五) 主动脉手术

指为治疗主动脉疾病，实际实施了开胸或开腹进行的切除、置换、修补病损主动脉血管的手术。主动脉指胸主动脉和腹主动脉，不包括胸主动脉和腹主动脉的分支血管。

动脉内血管成形术不在保障范围内。

以下重大疾病是本公司在中国保险行业协会与中国医师协会制定了规范定义的疾病范围之外增加的疾病。

(二十六) 严重的多发性硬化

指因中枢神经系统脱髓鞘而导致的不可逆的身体部位的功能障碍，需由神经科专科医生提供明确诊断，并有 CT 或核磁共振检查结果诊断报告。不可逆的身体部位功能障碍指诊断为功能障碍后需已经持续 180 天以上。

由神经科专科医生提供的明确诊断必须同时包含下列内容：

1. 明确出现因视神经、脑干和脊髓损伤而导致的临床表现；
2. 神经系统散在的多部位病变；
3. 有明确的上述症状及神经损伤反复恶化、减轻的病史纪录。

(二十七) 严重的 1 型糖尿病

严重的 1 型糖尿病为由于胰岛素分泌绝对不足引起的慢性血糖升高，且已经持续性地依赖外源性胰岛素维持 180 天以上。须经血胰岛素测定、血 C 肽测定或尿 C 肽测定，结果异常，并由内分泌科专科医生明确诊断。并须在本合同有效期内，满足下述至少

1 个条件：

1. 已出现增殖性视网膜病变；
2. 须植入心脏起搏器治疗心脏病；
3. 因坏疽需切除至少一个脚趾。

(二十八) 侵蚀性葡萄胎 (或称恶性葡萄胎)

该类疾病是指异常增生的绒毛组织浸润性生长浸入子宫肌层或转移至其它器官或组织的葡萄胎，并已经进行化疗或手术治疗的。

(二十九) 系统性红斑狼疮并发重度的肾功能损害

该类疾病保障仅限于女性。

该类疾病是指一种自身免疫性结缔组织病，于体内有大量致病性自身抗体和免疫复合

物，造成组织损伤。

系统性红斑狼疮的诊断必须经专科医生明确诊断，并须同时满足下列条件：

1．临床表现至少具备下列条件中的 4 个：

- (1) 蝶形红斑或盘形红斑；
- (2) 光敏感；
- (3) 口鼻腔黏膜溃疡；
- (4) 非畸形性关节炎或多关节痛；
- (5) 胸膜炎或心包炎；
- (6) 神经系统损伤 (癫痫或精神症状)；
- (7) 血象异常 (白细胞小于 $4000/\mu\text{l}$ 或血小板小于 $100000/\mu\text{l}$ 或溶血性贫血)。

2．检测结果至少具备下列条件中的 2 个：

- (1) 抗 dsDNA 抗体阳性；
- (2) 抗 Sm 抗体阳性；
- (3) 抗核抗体阳性；
- (4) 皮肤狼疮带试验 (非病损部位) 或肾活检阳性；
- (5) C3 低于正常值。

3．狼疮肾炎致使肾功能减弱，内生肌酐清除率低于每分钟 30ml。

(三十) 严重的原发性心肌病

指不明原因引起的一类心肌病变，包括原发性扩张型心肌病、原发性肥厚型心肌病及原发性限制型心肌病三种，病变必须已造成事实上心室功能障碍而出现明显的心功能衰竭 (指按照美国纽约心脏协会心功能分类标准心功能达四级*)，且有相关住院医疗记录显示四级心功能衰竭状态持续至少 180 天。

本病须经专科医生明确诊断。继发于全身性疾病或其它器官系统疾病造成的心肌病变不在保障范围内。

*美国纽约心脏协会分类标准心功能四级是指有医院的医疗记录显示病人不能进行任何活动，休息时仍有心悸、呼吸困难等心力衰竭表现。

7.3、被保险人投保前已患以下疾病及其并发症导致的保险事故属于所有险种的责任免除：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（或称冠状动脉旁路移植术）、终末期肾病（或称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、严重的多发性硬化、严重的1型糖尿病、侵蚀性葡萄胎（或称恶性葡萄胎）、系统性红斑狼疮并发重度的肾功能损害、严重的原发性心肌病。

☑ 理赔小常识

为了您的权益，请仔细阅读以下《理赔小常识》：

1) 什么时候支付意外保险金？

如果是意外身故-确认意外事故及被保险人身故的法律证明，将支付意外身故保险金。

如果是意外伤残-将根据残疾的程度部分或全部支付残疾保险金（请参考附件三）。残疾程度将在意外后 180 天之内决定。

2) 保险金要扣所得税吗？

根据中国税法，支付的保险金免征收入所得税。

3) 门急诊有药品用量的限制吗？

门急诊用药量：急诊限 3 天用量，一般门诊限 7 天量，门诊慢性病限 14 天用量。

4) 我是否可从药店买药？

医院外购买的药品不能被报销。

5) 哪些费用不能被报销？

详见第七大项“责任免除”。

6) 发票原件是否可以退还？

若仅为自己留存，请在提交原件时复印保存；若需要用作其他保险申请理赔，可在申请书上注明退还发票用以报销。如赔付医疗费用超发票金额 50% 不能退原件，可退发票复印件并盖章注明保险公司的赔付金额；如赔付医疗费用未超发票金额 50% 可以退原件，并在发票中盖章注明保险公司赔付金额。

7) 您的以上保险责任中，若已从其它途径（包括但不限于社会医疗保险、公费医疗、工作单位、侵权人或侵权责任承担方、保险人在内的任何保险机构）获得补偿，保险公司在扣除其他途径已获得的补偿后，对于剩余部分费用根据约定在保险责任金额限额内按照约定的赔付范围、免赔额、级距和给付比例给付保险金。

8) 人身保险保险金的受益人是谁？

您目前的受益人为“法定受益人”，依照《中华人民共和国继承法》的规定，法定继承人为：第一顺序：配偶、子女、父母；第二顺序：兄弟姐妹、祖父母、外祖父母。

9) 哪些情况属于急诊？

答：急诊是指发生下述情况的首次就医：

- (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)急性过敏性疾病
- (4)各种原因的休克、昏迷
- (5)癫痫发作
- (6)急性胸痛、急性心力衰竭、严重心律失常
- (7)高血压危象、高血压脑病、脑血管意外
- (8)各种原因所致的急性出血
- (9)急性泌尿道出血、尿闭、肾绞痛
- (10)各种急性中毒
- (11)脑外伤、骨折、脱位、撕裂、烧伤、烫伤或其他严重外伤
- (12)各种有毒动物、昆虫咬伤
- (13)五官及呼吸道、食道异物
- (14)急性眼痛、红、肿、突然视力障碍以及眼外伤
- (15)严重喘息困难、呼吸困难

(16) 个月内婴儿疾患

(17) 其他危、急、重病

以上情况发生的首次就医急诊情况可去非指定医院，保险公司按照方案理赔标准予以理赔第一个就诊日期的符合报销要求的费用，其余就诊需转入商保指定医院，否则不予理赔。

附件一：深圳地区认可的医院

深圳地区认可的医院信息表		
北京大学深圳医院	深圳市中医院	深圳市罗湖区妇幼保健院
深圳市人民医院	深圳市宝安区中医院	深圳市罗湖区中医院
深圳市第二人民医院	深圳市宝安区松岗人民医院	深圳市福田区中医院
深圳市第三人民医院	深圳市福田区妇幼保健院	深圳市福田区慢性病防治院
深圳市福田区人民医院	深圳市宝安区妇幼保健院	深圳市盐田区盐港医院
深圳市罗湖区人民医院	深圳市南山区西丽人民医院	深圳市龙岗区中心医院手外科专科医院
深圳市南山区人民医院	深圳平乐骨伤科医院	深圳市龙岗区南湾人民医院
深圳市盐田区人民医院	深圳市光明新区公明人民医院	深圳市福田区第二人民医院
深圳市宝安区人民医院	深圳市宝安区石岩医院	深圳市人民医院龙华医院
深圳市龙岗中心医院	深圳市龙岗区葵涌人民医院	深圳市坂田医院

深圳市儿童医院	深圳市龙岗区坑梓人民医院	香港大学深圳医院(深圳市滨海医院)
深圳市南山区蛇口人民医院	深圳市康宁医院	
深圳市宝安区沙井人民医院	深圳市职业病防治院/深圳市职业病防治院东湖门诊部	
深圳市宝安区福永人民医院	深圳市慢性病防治院	
深圳市宝安区西乡人民医院	深圳市光明新区光明医院	
深圳市宝安区龙华人民医院	深圳市龙岗区平湖人民医院	
深圳市宝安区观澜医院	深圳市龙岗区南澳人民医院	
深圳市龙岗区横岗人民医院	深圳中山泌尿外科医院	
深圳市龙岗区第二人民医院	深圳市龙岗区大鹏人民医院	
深圳市龙岗区坪山人民医院	深圳市龙岗区人民医院	
广东省公安边防总队医院/中国人民武装警察部队广东省边防总队医院	广东省公安边防总队深圳武警医院龙华分院	
深圳市流花医院	深圳龙城医院	
深圳市妇幼保健院	深圳市龙岗区坪地人民医院	
深圳市眼科医院	深圳市龙岗区妇幼保健院	
深圳华侨城医院	深圳市盐田区妇幼保健院	
深圳市孙逸仙心血管医院	深圳市南山区妇幼保健院	

附件二样表

商业保险金索赔申请书

被保险人	张 XX	投保编号		性别	<input checked="" type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女	身份证号码	42082319800507xxxx
主险人姓名		家属关系		性别	<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女	身份证号码	
联系电话	1382848XXXX	证件有效期	2015-1-25	索赔类型	<input checked="" type="checkbox"/> 首次索偿 <input type="checkbox"/> 再次索偿		
所在单位	深圳中智经济技术合作有限公司			家庭地址	深圳市福田区华强北路 XX 号		
E-mail	ZX@xxxx.com			(注: 请准确填写 email, 便于及时收到赔付结果)			
理赔类型	<input checked="" type="checkbox"/> 疾病门诊 <input type="checkbox"/> 疾病住院 <input type="checkbox"/> 住院津贴 <input type="checkbox"/> 重大疾病 <input type="checkbox"/> 意外/疾病身故 <input type="checkbox"/> 其他 <input type="checkbox"/> 意外门诊 <input type="checkbox"/> 意外住院 <input type="checkbox"/> 意外残疾						
申请人 (被保险人) 填写					保险公司填写		
就诊日期	就诊地点	就诊原因	收据 (张)	申报金额 (元)	审核金额 (元)	备注	
2013-1-31	北大医院	感冒	1	120			
2013-2-1	北大医院	感冒	2	215			
2013-2-3	市二医院	发烧	3	150			
共计: 就诊次数 (3) 次; 申报金额 (485) 元; 收据 (6) 张							
注: 索赔务必提供银行帐户的详细信息。如果银行账号有变更请先通知中智客服人员做变更申请。							
银行开户行	招商银行深圳分行福田支行		户名	张 XX	银行帐号	4522522352233533XXX	
特别说明: (意外门诊或住院务必在此写明意外事件的经过 (明确时间、地点、事件经过及处理); 如需退回发票的请在此注明; 家属如为未成年人无身份证号码请填写出生日期; 每次门诊需分栏填写, 员工与家属同时索赔时请分别填写本申请书; 相应理赔申请资料请按诊治日期、诊治顺序依次装订在本申请书后, 勿粘贴; 必须填写索赔收据数量、收据金额的合计数。)							
本人郑重声明: 1. 本人声明上述填写内容, 及本人提供的一切资料均完全属实, 如有虚假不实或隐瞒情况, 如有虚假不实或隐瞒情况, 本人愿意承担由此产生一切法律后果。 2. 本人授权任何医院或其他知情机构及个人均可向平安养老保险股份有限公司提供与本次理赔申请有关的一切资料 (包括但不限于病历、司法鉴定材料等)。 3. 本人同时声明授权平安养老保险股份有限公司将保险赔偿金直接划入受益人提供的上述银行账户, 并同意负责因非平安养老保险股份有限公司原因导致转账不成功的后果。							
申请人签名: 张 XX (手写签名)				申请日期: 2012 年 2 月 19 日			

商业保险金索赔申请书

被保险人		投保编号		性别	□ 男 □ 女	身份证号码	
主险人姓名		家属关系		性别	□ 男 □ 女	身份证号码	
联系电话			证件有效期			索赔类型	□ 首次索偿 □ 再次索偿
所在单位	深圳中智经济技术合作有限公司			家庭地址			
E-mail				(注: 请准确填写 email, 便于及时收到赔付结果)			
理赔类型	<input type="checkbox"/> 疾病门诊 <input type="checkbox"/> 疾病住院 <input type="checkbox"/> 住院津贴 <input type="checkbox"/> 重大疾病 <input type="checkbox"/> 意外/疾病身故 <input type="checkbox"/> 其他 <input type="checkbox"/> 意外门诊 <input type="checkbox"/> 意外住院 <input type="checkbox"/> 意外残疾						
申请人(被保险人)填写					保险公司填写		
就诊日期	就诊地点	就诊原因	收据 (张)	申报金额 (元)	审核金额(元)	备注	
共计: 就诊次数 () 次; 申报金额 () 元; 收据 () 张							
注: 索赔务必提供银行帐户的详细信息。如果银行账号有变更请先通知中智客服人员做变更申请。							
银行开户行	银行 分行 支行		户名		银行帐号		
特别说明: (意外门诊或住院务必在此写明意外事件的经过(明确时间、地点、事件经过及处理); 如需退回发票的请在此注明; 家属如为未成年人无身份证号码请填写出生日期; 每次门诊需分栏填写, 员工与家属同时索赔时请分别填写本申请书; 相应理赔申请资料请按诊治日期、诊治顺序依次装订在本申请书后, 勿粘贴; 必须填写索赔收据数量、收据金额的合计数。)							
本人郑重声明: 4. 本人声明上述填写内容, 及本人提供的一切资料均完全属实, 如有虚假不实或隐瞒情况, 如有虚假不实或隐瞒情况, 本人愿意承担由此产生一切法律后果。 5. 本人授权任何医院或其他知情机构及个人均可向平安养老保险股份有限公司提供与本次理赔申请有关的一切资料(包括但不限于病历、司法鉴定材料等)。 6. 本人同时声明授权平安养老保险股份有限公司将保险赔偿金直接划入受益人提供的上述银行账户, 并同意负责因非平安养老保险股份有限公司原因导致转账不成功的后果。							
申请人签名:				申请日期: 年 月 日			

附件三 被保险人告知书

基本情况	投保单位：					
	姓名：		年龄：	性别：	身高：米	体重：公斤
	证件类型： <input type="checkbox"/> 身份证 <input type="checkbox"/> 军人证 <input type="checkbox"/> 护照 <input type="checkbox"/> 其它 证件号码： <input type="text"/>					
	婚姻状况：		工龄：			
现任职位：		职业 / 工种：				
健康告知	投保险种若包含健康险、寿险请填写以下表格：					
	1. 您是否曾在投保医疗、意外或人寿保险时被拒绝、延期或附加条件承保？ <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 无					
	2. 目前尚在住院或病假中？ <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 无					
	3. 在过去的 5 年中有无患有除感冒外任何疾病需要观察、接受药物治疗（包括处方药或非处方药）、或要求住院治疗超过 2 周？或因患病不能全勤工作或减轻劳动量？ <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 无					
	4. 是否曾经患过某些症状或疾病（包括肿物等），您主动或被医师建议去做进一步医学检查或治疗？ <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 无					
	5、现在或过去有无患肿瘤、癫痫、脑震荡、精神病、心脏病、高血压、血管硬化、中风、糖尿病、尿毒症、慢性酒精中毒、肝硬化、肾切除三年以上（外伤性切除不在此列）？或肾病性病等生殖泌尿系统疾病，哮喘、肺结核等呼吸系统疾病，、眼 / 耳疾病，胃、肝、胆、肠等消化系统疾病，血液病、爱滋病，心疼、神经系统疾病、甲状腺疾病以及任何神经肌肉骨骼系统方面的异常、失能等病症？ <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 无					
	6、有无吸毒史？ <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 无					
	7. 在最近 6 个月内, 您是否有任何身体不适症状和体征？如持续发热、疼痛、眩晕、胸痛、咳嗽、咯血、腹痛、便血、紫斑、消瘦（体重短期内下降超过 5 公斤）。 <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 无					
	8. 有无身体残障状况？ <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 无					
	9. 您家庭成员或直系亲属（健在的及身故的）患有心脏病、糖尿病、肾脏疾病、癌症或任何其他基因疾病？ <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 无					
	10. 您是否有任何以上未提及的身体失能、残障、反复发作的疾病，重大疾病或受到意外伤害？ <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 无					
	11. 妇女栏：（被保险人为女性时，请说明）					
	A、过去五年内曾否患子宫、乳房、卵巢等生殖系统方面疾病？ <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 无					
	B、目前是否怀孕？					
	C、如您处在怀孕期，是否被诊断为高危妊娠？ <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 无					
	12. 少儿栏：（被保险人为 0-15 周岁的儿童时，请说明）					
	A、有无先天性、遗传性疾病或畸形？ <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 无					
	B、过去曾否患过肺炎、抽搐、腹泻、小儿麻痹、儿童多动症、脊髓灰质炎、麻疹、流行性脑脊髓膜炎、流行性乙型脑炎、白喉、破伤风、百日咳等疾病？ <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 无					
C、出生时是否有低出生体重（<2.5kg）、新生儿窒息或产伤？ <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 无						
上述健康告知若回答有, 请详述（如发生日期、诊断、采取的治疗方式及疗效、最后一次复查及目前情况）, 并提供相关病历资料：						
序号	患病起始时间	最近一次诊治时间	接受的检查和治疗	诊断结果	目前状况 (痊愈、缓解等)	
1						
2						

个 人 告 知	投保险种中包含意外险、寿险请填写以下表格：									
	1. 曾否投保任何人身保险？（有，请详述险种及保额） □有 □无									
	2. 有无使用任何违禁药物？ □有 □无									
	3. 有无从事危险运动或竞技的嗜好？如：自驾机飞行、热气球飞行、滑雪、滑浪、登山、漂流、蹦极等。 □有 □无									
	4. 有无因工作需要经常前往危险地区或国家？（如正在或经常发生自然灾害、病疫、战乱、动乱、种族冲突、政局动荡等） □有 □无									
	5. 有无机动车辆驾驶执照？（有，请详述驾照类型） □有 □无									
	6. 有无驾车肇事记录？ □有 □无									
	7. 有无身体残障状况？ □有 □无									
	8. 主要收入来源： <input type="checkbox"/> 工薪 <input type="checkbox"/> 民营 <input type="checkbox"/> 股票 <input type="checkbox"/> 其它									
	上述告知若回答有, 请详述：									
连 带 被 保 险 人 情 况	姓名		性别		年龄	岁	身高	米	体重	公斤
	与被保险人关系				职业					
	告知项目与被保险人同, 若回答有, 则详细告知：									
	姓名		性别		年龄	岁	身高	米	体重	公斤
	与被保险人关系				职业					
	告知项目与被保险人同, 若回答有, 则详细告知：									
	姓名		性别		年龄	岁	身高	米	体重	公斤
	与被保险人关系				职业					
	告知项目与被保险人同, 若回答有, 则详细告知：									
	被保险人/监护人声明：									
1. 本告知声明书方格内填✓者，即作为被保险人“是”的答复；										
2. 本人了解该产品投保范围、保障内容且同意投保人为我投保。本人已了解投保险种条款，且保险人对投保险种条款进行了说明尤其是对保险责任条款、免除保险人责任的条款、合同解除条款进行了明确说明，且本人对上述内容均已认真阅读、理解并同意遵守。如保险合同成立，此声明将作为保险合同及续保合同的一部分。本人如有故意或因重大过失未履行前款规定的如实告知义务，足以影响贵公司决定是否同意承保或者提高保险费率的，贵公司有权解除本保险合同或取消该本人的保险资格。本人如果故意不履行如实告知义务，对于解除本保险合同或取消本人的保险资格前发生的保险事故，贵公司可不承担给付保险金的责任，并不退还保险费。本人如果因重大过失未履行如实告知义务，对保险事故的发生有严重影响的，对于解除本合同或取消该本人的保险资格前发生的保险事故，贵公司不承担给付保险金的责任，但应当退还保险费。所有告知事项以本人书面告知为准，口头告知无效。										
特此声明										
被保险人/监护人签章：										
年 月 日										