

深圳中智经济技术合作有限公司

商业综合医疗保险手册

(2015 版)

前 言

为使您能及时了解并知晓中智公司为您提供的商业综合医疗保险的具体条款，您的保障利益，请您仔细阅读本手册内容。

本手册仅为商业保险福利介绍及理赔指引，未尽事宜以双方所签合同或协议为准。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，请联系中智公司雇员福利部商保组进行解答。

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（含二级）以上公立医院）；
- 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（已报销的发票原件不予退回）；
- 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，方便需要沟通时能及时联系；
- 6、身份证复印件一定要正反面都复印；
- 7、请重点仔细阅读保障方案内容及除外责任内容。

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.....	
理赔申请书填写示例.....	
商业保险定点医疗机构.....	
商业医疗理赔申请书.....	

☑中智商业综合医疗保险方案

保险责任	保障简介	保额	赔付比例
意外保险	因手术麻醉意外导致的意外身故或者意外全残，给予意外保险金。	2 万	100%
重大疾病	经指定或者认可医疗机构确诊初次罹患约定 30 种重大疾病任何一种，按照约定保额赔付：投保 30 天内（含 30 天）10%赔付；30 天后全额赔付。	20 万	100%
住院津贴	因意外或 30 天后因疾病在指定医院住院治疗，根据住院天数给付 200 元/天；如果因为约定 30 种重大疾病住院，给付 400 元/天津贴。	200 元/天	累计 限 180 天
门诊医疗	因疾病或者意外导致的符合社保报销要求的合理的门诊费用，无免赔，100%报销。	2.5 万 (重疾增至 4.5 万)	门诊 100%
住院医疗	在指定或者认可医疗机构住院发生的符合社保范围的合理费用，社保给付后剩余部分，按照 100%赔付，以个人保额为限，床位费限额 50 元/日； 因为重大疾病发生的门诊和住院费用每人增加 2 万保额。		住院 100%
生育	对已婚女性被保险人在符合国家计划生育法规条件的，因人工流产、正常妊娠或正常分娩发生的符合社保范围的合理的生育门诊及住院医疗费用，社保给付后剩余部分 100%赔付，以 5000 元为限。（不包括保胎、安胎费用、婴儿费用）		100%

指定医院：经国家卫生部门审核的境内二级（含二级）以上公立医院；所有指定医院的分院、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不在规定的范围内。

☒ 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中方在职人员（以下简称被保险人）。

二、就诊范围

中国大陆境内

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:

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)、投保人证明及保险单或其他保险凭证、保险金申请书（需申请人亲笔签名）;
- 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)、被保险人遭受手术麻醉意外事故的，需要提供双方均认可的医疗鉴定委员会

出具的医疗事故证明或者由司法机关出具的判决书等。

4.2 “意外伤残保险金或意外全残保险金”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)、投保人证明及保险单或其他保险凭证、保险金申请书（需申请人亲笔签名）；
- 2)、被保险人身份证明（被保险人为未成年人时，申请理赔需提供其与主被保险人有效关系证明及主被保险人的身份证明）
- 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)、被保险人遭受手术麻醉意外事故的，需要提供双方均认可的医疗鉴定委员会出具的医疗事故证明或者由司法机关出具的判决书等。

4.3 “门急诊医疗保险金”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（需被保险人亲笔签名）；
- 2)、被保险人身份证明（被保险人为未成年人时，申请理赔需提供其与主被保险人有效关系证明及主被保险人的身份证明）；
- 3)、保险人指定医院出具的医疗费用原始收据、盖收费章的门诊处方（或电脑打印的费用明细清单）、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；
- 6)、不受理外配药发票及到药房自行购买的药费发票；

4.4 “住院医疗保险金”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 (需被保险人亲笔签名);
- 2)、被保险人身份证明 (被保险人为未成年人时, 申请理赔需提供其与主被保险人有效关系证明及主被保险人的身份证明);
- 3)、保险人指定医院出具的医疗费用原始收据、电脑打印的费用明细清单、门急诊病历复印件、出院小结、社保结算单、检查报告复印件;
- 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)、不受理外配药发票及到药房自行购买的药费发票;

4.5 “女性生育保险金” 的申请:

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

- 1)、保险金申请书 (需被保险人亲笔签名);
- 2)、被保险人身份证明;
- 3)、被保险人结婚证明和准生证 (准生证仅产检和分娩需提供);
- 4)、保险人指定医院出具的医疗费用原始收据、门诊处方 (或电脑打印的费用明细清单)、门急诊病历复印件、出院小结、孕产期保健卡等;
- 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。

孕妇孕产期检查费、分娩费应在分娩后一次性向保险人索赔; 终止妊娠费、节育费用应在每次发生后一次性向保险人索赔。

4.6 “住院津贴保险金” 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 (需被保险人亲笔签名);
- 2)、被保险人身份证明 (被保险人为未成年人时, 申请理赔需提供其与主被保险人有效关系证明及主被保险人的身份证明);
- 3)、保险人指定医院出具的医疗费用收据复印件、电脑打印的费用明细清单、门急诊病历复印件、出院小结、社保结算单;
- 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;

4.7 “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(需被保险人亲笔签名);
- 2)、被保险人身份证明(被保险人为未成年人时,申请理赔需提供其与主被保险人有效关系证明及主被保险人的身份证明);
- 3)、保险人指定医院出具的医疗费用收据复印件、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(病理、CT、MRI)。

五、 关于理赔的特别提醒:

请务必在保险公司指定或认可的医院持劳动保障卡在门诊、住院就医。

- 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
 - 病历上的记录与收据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(特殊情况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。
- 3、外配处方或药店自行购药及医保定点药房刷卡购药,均不属于赔付范围。
- 4、各医院的特需、特诊病区、温馨病房、外宾病区和高干病房等同类病区或病房发生的所有费用,都不属于赔付范围。
- 5、医生开具的与病情不相关的药品及检查化验项目,不属于赔付范围。
- 6、如银行账户信息有变动,请及时通知中智公司客服人员,以便能及时收到理赔款项。
- 7、请在理赔申请书上手写签名;
- 8、发生意外事故,务必于事故发生后第一时间通知中智客服人员;重大疾病、住

院等情形时，请于七天内通知中智客服人员，以便中智公司能及时、准确的处理您的理赔申请；

- 9、保险公司收到理赔单据后，对符合要求的清晰的理赔资料，十五个工作日内将理赔款划出，情况复杂的 30 天核定反馈情况，异地出险视具体情况而定。

六、理赔时限

- 1、被保险人提交的不全面的理赔资料被退回时，应在收到退回资料的 5 个工作日内重新提交理赔资料进行复审；
- 2、被保险人在保险期内离职退保，请在离职后 5 个工作日内提交理赔资料申请理赔，逾期不予理赔；
- 3、被保险人每年 4 月至次年 3 月底发生的医疗费用必须在次年 4 月 31 日前办理理赔申报，逾期不予理赔。

七、责任免除：

7.1因下列情形之一，导致被保险人意外身故的，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) 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；
- 9) 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；
- 10) 猝死、细菌或病毒感染（因意外伤害导致的伤口发生感染者除外）；
- 11) 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。

发生上述第一项情形导致被保险人身故的，保险人对该被保险人保险责任终止，并向受益人退还该被保险人的未满期净保险费。

发生上述其它情形导致被保险人身故的，保险人对该被保险人保险责任终止，并向投保人退还该被保险人的未满期净保险费。

7.2因下列情形之一，导致被保险人意外伤残或意外全残的，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、故意犯罪或者抗拒依法采取的刑事强制措施;
- 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) 先天性畸形、变形和染色体异常;
- 8) 既往症(投保前已罹患疾病或已有症状的)。
- 9) 被保险人因妊娠(含宫外孕)、流产、分娩(含剖宫产)导致的伤害;
- 10) 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;
- 11) 疗养、矫形、视力矫正手术、美容、牙科保健及康复治疗、非意外事故所致整容手术;
- 12) 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;
- 13) 细菌或病毒感染(因意外伤害导致的伤口发生感染者除外);
- 14) 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。

7.3 因下列情形之一, 导致被保险人医疗费用支出的, 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、故意犯罪或者抗拒依法采取的刑事强制措施;
- 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) 被保险人感染艾滋病病毒或患艾滋病期间因疾病导致的;
- 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)、精神病或精神分裂及其他先天性缺陷, 及上述疾病的并发症导致的医疗费用;
- 9) 保险单中特别约定的除外疾病;
- 10) 既往症(投保前已罹患疾病或已有症状的);
- 11) 无生育责任: 不孕不育治疗、人工受精、怀孕、分娩(含难产)、流产、堕胎、节育(含绝育)、产前产后检查以及由以上原因引起的并发症; 有生育责任: 不孕不育治疗、人工受精、节育(含绝育)以及由以上原因引起的并发症;
- 12) 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)、性病;

- 13) 疗养、矫形、视力矫正手术、美容、牙科保健及康复治疗、非意外事故所致整容手术；
- 14) 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；
- 15) 被保险人在康复医院、联合诊所、民办医院、私人诊所、家庭病房、按摩医院、挂床等治疗；
- 16) 被保险人因牙护理，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；（被保险人因龋齿、牙髓病、牙隐裂所引起的补牙、治牙神经、拔牙、阻生齿治疗以及牙周组织疾病，如牙周炎、牙龈炎、根周炎（洁牙治疗除外），所发生的医保范围内的合理医疗费用，属于保险人保险责任范围）；
- 17) 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；
- 18) 矫形治疗：如腋臭、口吃、鼻鼾手术（阻塞性睡眠呼吸暂停综合症除外）、平足等项目；
- 19) 如减肥、增胖、增高等项目；各种健康体检项目：如体检、疾病普查等项目；各种预防、保健性、疗养、静养或特别护理的诊疗项目：如各种疫苗预防接种、足部反射推拿疗法、健身按摩等项目；
- 20) 验眼配镜、装配假眼、假肢或者助听器；
- 21) 弱视、斜视、眼的屈光不正及其他先天性缺陷；
- 22) 各种不孕不育症、性功能障碍；
- 23) 被保险人所发生的当地社会基本医疗保险主管部门规定自费的医疗费用；
- 24) 被保险人所发生的当地社会基本医疗保险主管部门规定部分自费的诊疗项目费用与药品费用；
- 25) 被保险人因妊娠、分娩、流产及计划生育等引起的医疗费用（若有女性生育责任另有约定参照则以其为准）；
- 26) 整容手术或其他内、外科手术导致的医疗事故所致的相关；
- 27) 各种医疗鉴定项目：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；
- 28) 被保险人在非保险人指定或者认可的医院治疗；
- 29) 被保险人未经保险人同意的转院治疗；
- 30) 被保险人出险日在保险协议有效期外而发生的医疗费用，以及在中国境外、台湾、香港、澳门地区发生的医疗费用；
- 31) 检查、治疗、用药与所诊断疾病不符的；

- 32) 非本协议约定的急诊情况在急诊治疗的费用;
- 33) 代配药、外配药;
- 34) 无相关主述、疾病诊断的病史,直接配药或取药的;
- 35) 索赔时未同时提供电脑打印的费用明细清单的或盖收费章注明药品价格处方的;
- 36) 投保时告知有社保人员未使用社保卡进行诊治,未提供社保专用正式发票进行索赔的(主被保险人出差无法使用社保卡、无社保卡主被保险人该项不作为除外责任);

7.4因下列情形之一导致被保险人住院治疗的,保险人不承担给付津贴保险金的责任:

- 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) 被保险人感染艾滋病病毒或患艾滋病期间因疾病导致的;
- 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) 先天性畸形、变形和染色体异常;
- 9) 保险单中特别约定的除外疾病;
- 10) 既往症(投保前已罹患疾病或已有症状的);
- 11) 不孕不育治疗、人工受精、怀孕、分娩(含难产)、流产、堕胎、节育(含绝育)、产前产后检查以及由以上原因引起的并发症;
- 12) 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)、性病;
- 13) 疗养、矫形、视力矫正手术、美容、牙科保健及康复治疗、非意外事故所致整容手术;
- 14) 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。

7.5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（投保前已罹患疾病或已有症状的）。

发生上述第一项情形导致被保险人初次发生重大疾病的，保险人对该被保险人保险责任终止，并向该被保险人退还其对应的未到期净保险费。

发生上述其它情形导致被保险人初次发生重大疾病的，保险人对该被保险人保险责任终止，并向投保人退还该被保险人的未到期净保险费。

7.6被保险人在投保前已患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；被保险人在投保前所患已达重疾标准的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。

28、关于牙科

牙科门诊保障责任限于龋病、牙髓病、牙隐裂所引起的补牙、治牙神经、拔牙、阻生齿治疗以及牙周组织疾病，如牙周炎、牙龈炎、根周炎等治疗（洁牙治疗除外）所发生的合理医疗费用。被保险人因牙护理如洗牙、种植牙、牙移植、义齿、镶牙、牙体缺损修复、烤瓷牙、戴冠、洁牙等发生的医疗费用，以及口腔修复、口腔正畸、口腔保健及口腔美容所发生的费用均为免除责任范围。

八、30种重大疾病类型

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 , 仍遗留下述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/ μ l 或血小板小于 100000/ μ 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

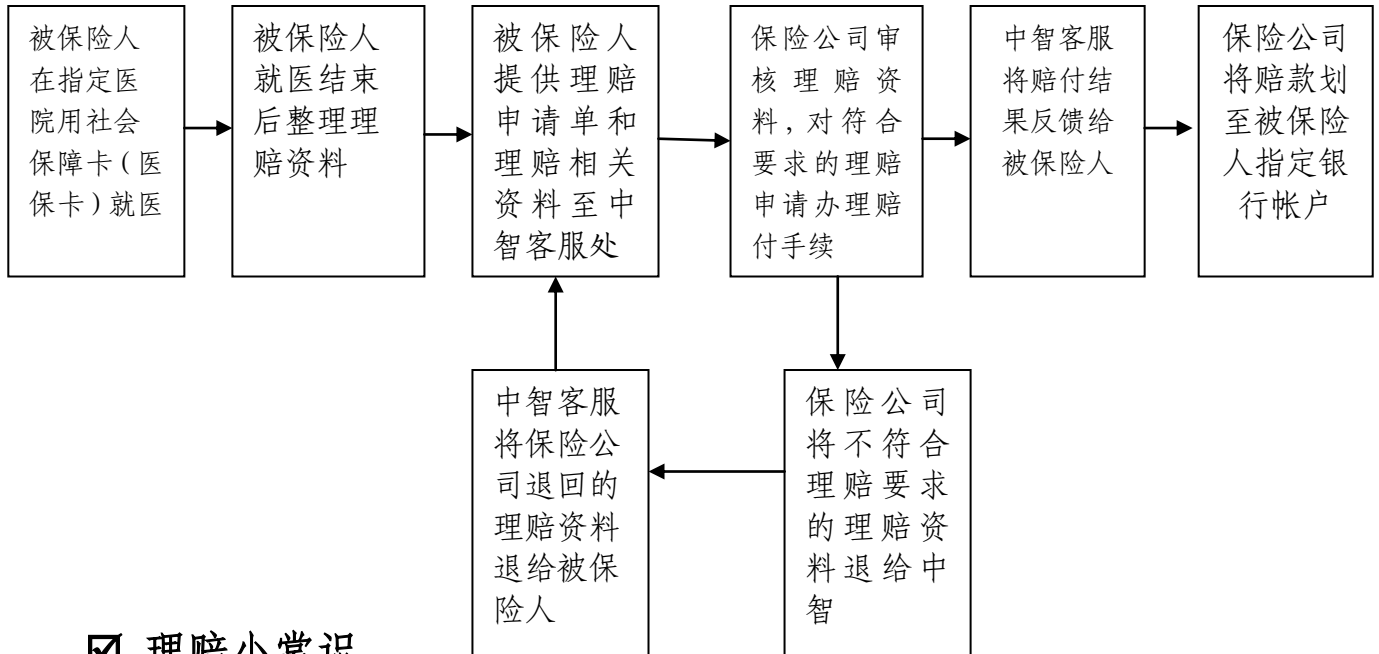
指不明原因引起的一类心肌病变，包括原发性扩张型心肌病、原发性肥厚型心肌病及原发性限制型心肌病三种，病变必须已造成事实上心室功能障碍而出现明显的心功能衰竭 (指按照美国纽约心脏协会心功能分类标准心功能达四级*)，且有相关住院医疗记录显示四级心功能衰竭状态持续至少 180 天。

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。

九、理赔基本流程



☑ 理赔小常识

为了您的权益，请仔细阅读以下《理赔小常识》：

1. 人身保险保险金的受益人是谁？

答：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。

2. 为什么使用社会保障卡？

答：社会保障卡是个人参加社会医疗保险的证明。就诊使用社会保障卡可以享受医保的相关福利，例如使用社会保障卡进行住院医疗，医保会先帮您承担其应负担的医疗费用，再由保险公司负责赔偿社保不承担且属于保险公司保险责任范围内的医疗费用。建议被保险人如果有门诊社保卡的也使用社保卡，这样医院就替你过滤自费药部分，同时也可加快理赔速度。

3. 有自费用药的规定吗？

答：自费药是需要您自行承担的。具体药品以当地医保药品范围为准。为避免医院开具自费药而您无法报销的情况，请您使用社会保障卡（医保卡）就医。医保用药范围

内包含的药品达 3000 多种，基本上可以满足你的就医需求。

4. 每次开药有药量限制吗？

答：每次门诊治疗时，开药的药量应在 3 天以内；慢性病一次性开药的药量应在 7 天以内。出院带药量在 7 天以内。

5. 如果我就诊的医院没有我需要的药品怎么办？

答：您说的情况属于外购药，关于外购药品保险公司是不能报销的。

6. 如果我因病情需要，需要转院到非指定医院治疗，该怎么办？

答：若因指定医院条件限制需转非指定医院治疗的，必须有原治疗医院的转院证明，同时需提前通知中智公司。

7. 发生医疗费用支出时，如何办理理赔？

答：按理赔流程填写相应的理赔申请书，被保险人按照理赔资料清单提交相关资料至中智公司客服人员处。

8. 我能在哪些医院就诊？

答：您必须到保险公司指定医院就医。急诊时不受此限制，可以到非指定医院治疗，但病情稳定后务必转入保险公司指定医院。指定医院指约定(指定地址)的医院，但是不包含指定医院的分院、外宾区、特诊病区、特诊病房和高干病房，不包括附属指定(地址)医院或单独作为诊所、康复、联合病房、护理、休养或戒酒、戒毒等医疗机构及同一地址内的合资、盈利性医疗单位。指定医院约定如下：

经国家卫生部门审核的境内二级或二级以上的公立医院。

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)两个月内婴儿疾患
- (17)其他危、急、重病

10. 各地社保用药或有差异，保险公司判断是否是社保用药的标准是什么？

答：以当地社会医疗保险管理部门规定为准。

11. 离职退保后可以理赔吗？

答：退保后，被保险人的保险责任至其退保之日二十四时终止，被保险人的附属被保险人保险责任亦同时终止。为便于您对退保前的费用进行理赔，请务必退保后的 5 个工作日内将保期内的理赔资料交至中智客服人员处，逾期将不予办理理赔手续。

12. 先前有过理赔，但部分单据不符合条件，在收集单据的时候离职退保，先前退回不符合的单据能否再次理赔？

答：复审资料需在资料退回后的 5 个工作日内按照理赔流程重新提供。

13. 若在异地需要进行住院治疗，是否需要申报？

答：若在异地需要进行住院治疗请务必第一时间通知中智公司，以便中智公司及时向社保机构和保险公司进行报备和申请理赔。

14. 您的意外医疗及健康保险责任中，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。

☒ 附件

商业保险金索赔申请书（样本）

被保险人	张三	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	1380050XXXX		证件有效期	2025.02		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 XXXX		
E-mail	xxxxxxx@xxxxxx.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	
2013.1.29	北大医院	感冒	2	185			
2013.2.10	市二医院	喉咽	4	265			
2013.2.15	北大医院	发烧	2	100			
共计：就诊次数（ 3 ）次；申报金额（550）元；收据（ 8 ）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	建设银行深圳分行长城支行		户名	张三	银行帐号	452252235223353***	
<p>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。）</p>							
<p>本人郑重声明：</p> <p>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。</p> <p>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）。</p> <p>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。</p> <p>申请人签名：张三或主险人（手写签名）</p> <p>申请日期： 2015 年 ** 月 ** 日</p>							

商业保险指定医院

- 1、指定医院：经国家卫生部门审核的境内二级（含二级）以上公立医院；但是分院、外宾病区、VIP 特诊病区和特诊病房、高干病房除外；

福田区 (12 家)		
单位名称	地址	电话
北京大学深圳医院	深圳市莲花路 1120 号	0755-83923333
香港大学深圳医院	福田区白石路与侨城东路交汇处	0755-86913333
深圳口岸医院	福田区皇岗口岸生活区 1 号综合楼	0755-83774038
深圳市彩田医院	深圳市福田区福强路 1001 号	0755-8338649
深圳市第二人民医院	深圳市笋岗西路 3002 号	0755-83366388
深圳市儿童医院	深圳市红荔西路益田路口 7019 号	0755-83936132
福田区妇幼保健院	深圳市金田路 1019 号	0755-83836319
深圳市福田区梅林医院(深圳市福田区第二人民医院)	深圳市福田区中康路 27 号	0755-83110237
深圳市福田区人民医院	深圳市福田区深南中路 3025 号	0755-83339603
深圳市福田区中医院	深圳市福田区景田北 6001 号	0755-83548566
深圳市妇幼保健院	深圳市人民北路 2210 号	0755-82226227
深圳市中医院	深圳市福田区福华路 1 号	0755-83334009
福田人民医院香蜜湖分院	深南道与农林路交汇处	0755-83703233
罗湖区 (12 家)		
单位名称	地址	电话
罗湖区妇幼保健院	深圳市罗湖区太白路 2013 号	0755-25519895
深圳市罗湖区人民医院	深圳市罗湖区友谊路	0755-82230056
深圳市罗湖区中医院	深圳市乐园路 83 号	0755-82238541
深圳市慢性病防治院	深圳市布心路 2021 号	0755-25503999
深圳流花医院	深圳市罗湖区春风路 2069 号	0755-82140207
深圳平乐骨伤科医院	深圳市罗湖区金塘街 40 号	0755-82247153
深圳市东湖医院	深圳市布心路 2019 号	0755-25509800
深圳市人民医院	深圳市东门北路 3 号大院	0755-25533018
深圳孙逸仙心血管医院	深圳市东门北路 1021 号	0755-25509566
深圳市眼科医院	深圳市迎春路 15 号	0755-82222939
深圳市职业病防治院	深圳市罗湖区桂园北路果园东 70 号	0755-82300318
深圳武警医院(广东省公安边防总队医院)	深圳市罗湖区红岗路清水河	0755-82056065
南山区 (6 家)		
单位名称	地址	电话
深圳华侨城医院	深圳市南山区华侨城华山中路	0755-26601224
南山区妇幼保健院	深圳市南山区桃园路 93 号	0755-26667715
深圳市南山区人民医院	深圳市南山区桃园路	0755-26565348
南山区蛇口联合医院	深圳市南山区蛇口工业七路 26 号	0755-26692314
南山区蛇口人民医院	深圳市南山区蛇口湾厦路一号	0755-26866176
深圳市南山区西丽医院	深圳市南山区西丽镇留仙大道	0755-26528895
宝安区 (13 家)		

单位名称	地址	电话
深圳市宝安区福永医院	深圳市宝安区福永镇德丰路 81 号	0755-27396163
宝安区妇幼保健院	深圳市宝安区 30 区裕安路 23 号	0755-27803309
深圳市宝安区公明医院 (深圳市光明新区公明人民医院)	宝安区公明镇松白路公明段 339 号	0755-27732924
深圳市宝安区观澜医院	深圳市宝安区观澜大道西	0755-28024426
深圳市宝安区光明医院	深圳市宝安区光明街道北区	0755-27400061
深圳市宝安区龙华医院	深圳市宝安区龙华镇建设东路	0755-27741585
深圳市宝安区人民医院	宝安区宝城 16 区龙井二路 118 号	0755-27788311
宝安区沙井人民医院	深圳市宝安区沙井镇大街 3 号	0755-27728595
深圳市宝安区石岩医院	深圳市宝安区石岩镇吉祥路 11 号	0755-27644137
宝安区松岗人民医院	深圳市宝安区松岗镇沙江路 2 号	0755-27717273
宝安区西乡人民医院	深圳市宝安区西乡镇乐园街 60 号	0755-27956611
深圳市宝安区中医院	深圳市宝安区裕安路	0755-27802422
市人民医院龙华分院	宝安区龙华街道龙观东路 101 号	0755-27745118
龙岗区 (13 家)		
单位名称	地址	电话
龙岗区布吉人民医院 (深圳市龙岗区第二人民医院)	深圳市龙岗区布吉街道吉华路 175 号	0755-28870993
龙岗区大鹏人民医院	深圳市龙岗区大鹏街道新东路 149 号	0755-84305909
龙岗区妇幼保健院	深圳市龙岗区龙岗镇万兴街一号	0755-28830549
龙岗区横岗人民医院	深圳市龙岗区横岗街道松柏路 278 号	0755-28865650
龙岗区坑梓人民医院	深圳市龙岗区坑梓街道龙兴南路 6 号	0755-84134902
龙岗区葵涌人民医院	龙岗区葵涌街道葵新北路 26 号	0755-84207803
龙岗区南澳人民医院	深圳市龙岗区南澳街道人民路 16 号	0755-84401957
深圳市龙岗区南岭医院 (深圳市龙岗区南湾人民医院)	深圳市龙岗区布吉街道南岭	0755-28700099
龙岗区平湖人民医院	深圳市龙岗区平湖街道双拥街 77 号	0755-28457333
龙岗区坪地人民医院	坪地街道深惠公路坪地段 388 号	0755-84094010
龙岗区坪山人民医院	深圳市龙岗区坪山街道人民街 19 号	0755-28825080
深圳市龙岗区人民医院	深圳市龙岗区龙岗区中心城爱心路	0755-28932833
深圳市龙岗中心医院 (深圳市第九人民医院)	深圳市龙岗区龙岗段 1228 号	0755-84806933
龙岗区中医院	深圳市龙岗区大运城区黄阁路与清辉路交汇处	0755-89911830
沙头角、盐田 (3 家)		
单位名称	地址	电话
盐田区妇幼保健院	深圳市沙头角深盐路 36 号	0755-25360633
深圳市盐田区人民医院	深圳市盐田区沙头角梧桐路 2032 号	0755-25552422
深圳市盐田区盐港医院	深圳市盐田区东海大道	0755-25202270

就医提示:

- 1、上述所列医院仅指该医院总部门诊和住院部,暂不包含其延伸或附属机构和诊所。

商业保险金索赔申请书（M类）

被保险人		投保编号		性别	<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女	身份证号码	
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			证件有效期			索赔类型	<input 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			
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			