

# 在沪台籍员工医疗与服务协议

甲 方：

乙 方：

根据《中华人民共和国合同法》和《中华人民共和国保险法》有关规定，甲乙双方在平等互利的基础上，经友好协商，就甲方向乙方投保员工综合福利保险计划事宜，达成如下协议（以下简称“本协议”）。

## 一、 保险协议构成

本保险协议（“本协议”）所附条款、投保单、及与本协议有关的被保险人名册等投保文件、合法有效的声明、批注、附贴批单、其他经签署的书面协议、凡与本协议相关者，均为本协议的有效构成部分。

## 二、 投保人、保险人、被保险人

2.1 投保人为甲方（下文中统称“投保人”）。

2.2 保险人为乙方（下文中统称“保险人”）。

2.3 被保险人为甲方认为符合其内部规定的员工及其家属（下文中统称“被保险人”）。

**2.3.1** 本协议的保险对象为甲方聘请的**台籍员工(如果甲方是台协应该是会员)**和主要生活在大陆且为已参加甲方团体保险计划员工的**配偶、子女**。

**2.3.2** 本协议的保险期限开始后, 身体健康、能正常生活的配偶、子女, 需满足以下条件: 甲方可以参加本保险计划的员工配偶为 16-60 周岁的成年人 ; 子女为出生满 42 天并出院至 18 周岁的未成年人。员工可以自费为子女投保医疗保险计划。

2.4 如下人员不能作为本保险的新被保险人: 曾患有恶性肿瘤、心脏病（心功能不全 II 级以上）、心肌梗塞、白血病、高血压（II 级以上）、肝硬化、慢性阻塞性支气管疾病、脑血管疾病、慢性肾脏疾病、糖尿病、再生障碍性贫血、先

天性疾病、精神病或者精神分裂、癫痫病、特定传染病、艾滋病、性病及本合同项下保险期限起始日之前正患病住院及全休、半休者。

### 三、投保程序

3.1 投保人向保险人投保的一般程序如下：

3.1.1 投保人填写并向保险人提交投保单；

3.1.2 投保人向保险人提供被保险人名册书面版（甲方盖章）及其电子文档：

被保险人名单（姓名、性别、身份证号码/护照号码/军官证号码、各险种保险金额和保险费、银行帐号、银行所在地、开户行、户名、常住地）、被保险员工配偶、子女的清单（姓名、性别、出生日期、各险种保险金额和保费、子女的家长姓名）。

3.1.3 投保的每一个被保险人都需填写《台籍员工医疗保障投保说明及个人告知声明书》。

3.1.4 投保人在本保险期限开始前向保险人缴纳首期保险费（投保当时参加本保险人员全年保险费的100%），保险期限内变更所导致的保险费变化根据11.5规定结算。

3.1.5 保险人向投保人签发保险单。

### 四、保险期限

本保险的保险期限为一年，自 年 月 日零时起至 年 月 日时止，每天24小时全天候保障。该保险期限构成本合同项下所指的“保险年度”。

### 五、保险责任

#### 5.1 员工的保险费和保险责任

保险责任	员工保险金额
航空意外身故保险金	150万
航空意外伤残保险金	100万
非航空意外身故保险金	50万

非航空意外伤残保险金	25 万
疾病身故保险金	25 万
重大疾病保险金	10 万
门诊急诊医疗保险金（含境外门诊）	根据实际发生的合理门诊费用按照 90% 赔付，每次门诊限额 500 元，总保额 1 万元
住院医疗保险金（含境外因意外、急性病住院）	根据实际发生的合理住院费用按照 90% 赔付，总保额 5 万元
<b>每人每年保险费</b>	3200 元

### 配偶子女的保险费和保险责任

保险责任	每人每年保险金额
附加门诊急诊团体医疗保险（含境外门诊）	根据实际发生的合理门诊费用按照 90% 赔付，每次门诊限额 500 元，总保额 1 万元
团体住院医疗保险（含境外因意外、急性病住院）	根据实际发生的合理住院费用按照 90% 赔付，总保额 5 万元
<b>每人每年保险费</b>	2500 元

### 保险责任：

#### 5.1.1 航空意外身故保险金

- (1) 保障地区范围：全球保障。
- (2) 被保险人在乘坐民航客机期间因遭受意外伤害事故，并自事故发生之日起一百八十日内身故的，保险人按其保险金额给付“意外身故保险金”，保险责任终止。
- (3) 员工每人每年保险金额为 1 5 0 万元。

#### 5.1.2 航空意外残疾保险金

- (1) 保障地区范围：全球保障。
- (2) 被保险人在乘坐民航客机期间因遭受意外伤害事故，并自事故发生之日起一百八十日内造成本合同所附“残疾程度与给付比例表”所列残疾程度之一者，保险人按该表所列比例乘以其保险金额给付“意外残疾保险金”。如治疗仍未结束的，按第一百八十日的身体情况进行残疾鉴定，并据此给付残疾保险金。

被保险人因同一意外伤害事故造成“残疾程度与给付比例表”所列残疾程度两

项以上者，保险人给付各对应项残疾保险金之和。但不同残疾项目属于同一手或同一足时，仅给付一项残疾保险金；若残疾项目所属残疾等级不同时，给付较严重项目的残疾保险金。

该次意外伤害事故导致的残疾合并前次残疾可领较严重项目残疾保险金者，按较严重项目标准给付，但前次已给付的残疾保险金应予以扣除。

(3) 员工每人每年保险金额为 1 0 0 万元。

同一被保险人乘坐民航客机意外身故及意外残疾保险金的累计给付金额以保险金额 150 万元为限。

### 5.1.3 疾病身故

(1) 保障地区范围：全球保障。

(2) 被保险人因疾病身故，保险人按其保险金额给付身故保险金，对该被保险人保险责任终止。

(3) 员工每人每年保险金额为 2 5 万元。

### 5.1.4 非航空意外身故保险金：

(1) 保障地区范围：全球保障。

(2) 被保险人因遭受意外伤害事故，并自事故发生之日起一百八十日内身故的，保险人按其保险金额给付“意外身故保险金”，对该被保险人保险责任终止。

(3) 员工每人每年保险金额为 5 0 万元。

### 5.1.5 非航空意外残疾保险金：

(1) 保障地区范围：全球保障。

(2) 被保险人因遭受意外伤害事故，并自事故发生之日起一百八十日内造成本合同所附“残疾程度与给付比例表”所列残疾程度之一者，保险人按该表所列比例乘以其保险金额给付“意外残疾保险金”。如治疗仍未结束的，按第一百八十日的身体情况进行残疾鉴定，并据此给付残疾保险金。

被保险人因同一意外伤害事故造成“残疾程度与给付比例表”所列残疾程度两项以上者，保险人给付各对应项残疾保险金之和。但不同残疾项目属于同一手或同一足时，仅给付一项残疾保险金；若残疾项目所属残疾等级不同时，给付较严重项目的残疾保险金。

该次意外伤害事故导致的残疾合并前次残疾可领较严重项目残疾保险金者，按较严重项目标准给付，但前次已给付的残疾保险金（投保前已患或因责任免除事项所致“残疾程度与给付比例表”所列的残疾视为已给付残疾保险金）应予以扣除。

(3) 员工每人每年保险金额为 2 5 万元。

同一被保险人非航空意外身故及非航空意外残疾保险金的累计给付金额以保险

金额 50 万元为限。

### 5.1.6 重大疾病

(1) 保障地区范围：全球保障。

(2) 被保险人经符合本协议8.3条医院诊断于其保险责任生效日起30日内（续保除外）初次患本合同所附重大疾病，保险人对投保人无息返还该被保险人对应的所交保险费，对该被保险人保险责任终止。

被保险人经符合本协议8.3条医院诊断于其保险责任生效日起30日后（续保从续保生效日起）初次患本合同所附重大疾病，保险人按保险金额给付重大疾病保险金，对该被保险人保险责任终止。

(3) 员工每人每年保险金额为 1 0 万元。

**重大疾病：**指被保险人初次患的下列疾病，包括：

#### (一) 急性心肌梗死或急性心肌梗塞

指因冠状动脉急性、机械性阻塞所导致的持久而严重的心肌缺血坏死。但因微小梗塞所致的急性心肌梗塞（NSTEMI）除外。

其诊断必须同时具备下列五项条件中的三项：

- 1) 典型的胸痛症状；
- 2) 最近心电图的异常变化显示有急性心肌坏死；
- 3) 心肌酶异常增高；
- 1) 肌钙蛋白异常升高；
- 2) 发病三个月以后左室射血分数仍然小于 50%。

被保险人必须从初次诊断患急性心肌梗死或急性心肌梗塞之日起 28 天后仍然生存，保险人才受理理赔。

#### (二) 严重恶性肿瘤

指以不可控制的恶性细胞生长和扩散以及组织浸润为特征，经组织病理学检验确定符合国际卫生组织公布的“国际疾病和死因分类”标准归属于恶性肿瘤之疾病。但以下疾病除外：

- 1) 第一期何杰金（HODGKIN）氏病；
- 2) 慢性淋巴性白血病；
- 1) 原位癌；
- 2) 恶性黑色素瘤以外的各种皮肤癌；
- 3) 早期前列腺癌（分级为 T1 级，包括 T1a 及 T1b）。

被保险人患艾滋病（AIDS）或感染艾滋病病毒（HIV 呈阳性）期间，本项责任除外。

被保险人必须从初次诊断患严重恶性肿瘤之日起 28 天后仍然生存，保险人才受理理赔。

#### (三) 慢性肾衰（尿毒症）

指经肾脏病科医师确诊，因两个肾脏发生慢性且不可复原的衰竭，而必须接受定期腹膜或血液透析治疗，且透析治疗持续十个星期以上。

#### （四）重要器官移植

指被保险人由于器官功能丧失，已经实施的肾脏、心脏、肺、肝脏或骨髓移植手术。其他器官或组织的移植除外。

#### （五）瘫痪

由于脑或脊髓疾病或意外伤害而导致两肢或两肢以上，且每肢两个或两个以上大关节功能永久完全丧失，并经神经科医师确认。

上肢大关节指肩、肘、腕关节，下肢大关节指髋、膝、踝关节。

#### （六）脑中风

指由于脑血管的突发病变导致脑血管出血、栓塞、梗塞致永久性神经功能障碍。所谓永久性神经功能障碍指事故发生一百八十天后经脑神经科医师鉴定仍残留下列一种或一种以上障碍：

- 1) 一肢以上感觉或运动功能完全丧失；
- 2) 两肢以上感觉或运动功能障碍而无法自理日常生活；

所谓无法自理日常生活指食物摄取、入厕、穿脱衣服、起居、步行、入浴等皆不能自己为之，经常需要他人加以扶助之状态。

- 3) 植物人状态；
- 4) 完全丧失言语或咀嚼功能。

被保险人必须从初次诊断患脑中风之日起28天后仍然生存，保险人才受理理赔。

#### （七）冠状动脉搭桥术

指为治疗冠状动脉疾病，而开胸实施的冠状动脉搭桥术。心导管球囊扩张术、激光射频技术等其它非开胸手术不包括在此保障范围之内。申请理赔时必须提供冠状动脉造影报告显示冠状动脉有严重阻塞。

#### （八）严重烧伤

指全身皮肤20%以上受到 III 度烧伤。但因被保险人自身行为所致的烧伤除外。

#### （九）暴发性肝炎

由病毒性肝炎引起的肝脏亚广泛至广泛性坏死并导致肝功能衰竭。并具有以下四项诊断：

- 1) 肝脏急速萎缩；
- 2) 坏死区域含盖整个肝叶，只存留原网状结构；
- 3) 肝功能检验急速异常的退化；
- 4) 黄疸迅速加深。

由于酒精型肝炎及药物中毒所致的暴发性肝炎除外。

#### （十）主动脉手术

因治疗主动脉疾病，经开胸或剖腹手术而进行的胸、腹部主动脉切除术或移植

术。外伤所致的主动脉受损之手术除外。

#### （十一）心脏瓣膜置换术

为治疗心脏瓣膜病而用人工瓣膜置换一个或一个以上心脏瓣膜的手术。心脏瓣膜的修复、切开和成形术除外。

#### （十二）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，需由神经科医师提供明确诊断，并有 CT 或核磁共振检查结果诊断报告。所谓不可逆的身体部位功能障碍指诊断为功能障碍后需持续一百八十天以上。

由神经科医师提供的明确诊断必须包含下列内容：

- 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) 散在的身体损害的多样性；
- 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。

#### （十三）再生障碍性贫血

由于骨髓慢性持续性的衰竭而导致的贫血、中性白细胞减少及血小板减少。本病必须经内科血液病医师确诊。并满足以下全部三项条件：

- 1) 经骨髓穿刺检查或骨髓活检而证实有骨髓功能衰竭；
- 2) 临床检验符合再生障碍性贫血；
- 3) 需进行输血或血液制品、或免疫抑制剂、或骨髓刺激剂、或骨髓移植来治疗该病。

申请理赔时必须提供以上各项中相应的医院证明文件或检查报告。

#### （十四）失明

由意外伤害事故或疾病引起器质性损伤，而导致双眼视力永久完全丧失。失明包括眼球缺失或摘除、或不能辨别明暗、或仅能辨别眼前手动者。最佳矫正视力低于国际标准视力表 0.02，或视野半径小于 5 度，并由眼科医师出具医疗诊断证明。

#### （十五）良性脑肿瘤

由神经内科或神经外科医师确诊为脑内非恶性的肿瘤，且必须接受开颅手术切除。但脑囊肿、肉芽肿、血肿、脑动静脉瘤除外。理赔时必须提供脑 CT 扫描或核磁共振检查报告。

#### （十六）阿尔兹海默氏症

由于阿尔兹海默病或不可逆性器质性脑疾病导致的，根据临床状态和标准问卷或检查确认的智能衰退/丧失及行为异常，导致精神和社会能力显著下降，且持续需要他人长期照顾的痴呆性病症。诊断必须由神经内科主任医生证实，并且由乙方指定或认可的医生确认。神经官能症及精神病除外。

#### （十七）帕金森氏病（保障至 60 周岁的保单周年日止）

经神经科医师确诊为帕金森氏病，其诊断必须同时具备下列情况：

- 1) 药物治疗无法控制病情；
- 2) 有进行性功能障碍的表现；
- 3) 被保险人在没有他人协助下无能力独立完成下列三件或三件以上的行为：沐浴、更衣、入厕、摄取食物、上下床或起坐。

由于药物或中毒所致的帕金森氏病除外。

#### （十八）急性脊髓灰质炎

经由神经主任医师确认是由于脊髓灰质炎病毒感染所导致的运动功能障碍或呼吸功能减弱的瘫痪性疾病。被保险人如无因此感染而导致的瘫痪，则不符合理赔条件。其它病因所致的瘫痪，例如格林-巴利综合症（急性感染性多神经炎）则不在此保障范围以内。

#### （十九）肝病末期

肝病末期是指肝脏疾病导致的肝硬化。

必须同时满足下列全部临床表现：

- 1) 顽固性腹水；
- 2) 肝性脑病；
- 3) 充血性脾大伴脾机能亢进；食道、胃底静脉曲张。

由于酒精型肝炎及药物中毒所致的肝功能衰竭除外。

#### （二十）严重头部创伤

指因头部意外伤害事故导致神经系统功能缺失而造成神经功能性障碍持续超过90天，且经神经科主任医生检查确诊。神经系统功能缺失导致的神经功能性障碍指被保险人在没有他人协助下无能力独立完成下列3件或3件以上的行为：沐浴、更衣、入厕、摄取食物、上下床或起坐。

上述疾病定义中的“永久完全”是指自意外事故发生之日或疾病确诊之日起经过一百八十天后，功能仍然完全丧失，但眼球摘除等明显无法复原之情况，不在此限。

### 5.1.7 门诊（含境外门诊）

- 1) 保障地区范围：全球保障
- 2) 被保险人因意外、疾病进行门诊、急诊治疗所实际发生约定赔付范围内的合理门急诊医疗费用，（包括药品费、诊疗费、牙科治疗费、检查费和材料费等），按90%赔付，每次门诊最高报销限额500元。

（3）员工每人每年保险金额为1万元。

### 5.1.8 住院医疗

- （1）保障地区范围：全球保障
- （2）被保险人在中国大陆境内因疾病或意外伤害进行住院治疗所实际发生

的合理住院医疗费用，（包括住院床位费、药品费、治疗费、检查费、材料费等），按 90% 赔付。

（3）被保险人在台湾地区因疾病或意外伤害进行住院治疗所实际发生的合理住院医疗费用，（包括住院床位费、药品费、治疗费、检查费、材料费等），在台湾全民健保赔付后的部分按 90% 赔付。

（4）被保险人在中国境外及港澳地区因意外伤害或急性病进行住院治疗所实际发生的合理住院医疗费用，（包括住院床位费、药品费、治疗费、检查费、材料费等），按 90% 赔付。

（3）员工每人每年保险金额为5万元。

## 六、除外责任

6.1 本协议约定被保险人身故和意外残疾和医疗险保险责任（第五条5.1.1至5.1.7）之除外责任包括下列情况之一

- 1) 投保人、受益人对被保险人故意杀害、伤害；
- 2) 被保险人故意犯罪或拒捕、自杀或故意自伤；
- 3) 被保险人殴斗、醉酒，服用、吸食或注射毒品；
- 4) 被保险人酒后驾驶、无照驾驶及驾驶无有效行驶证的机动车辆；
- 5) 被保险人因整容手术或其他内、外科手术导致医疗事故；
- 6) 被保险人未遵医嘱，私自服用、涂用、注射药物；
- 7) 被保险人从事潜水、跳伞、攀岩运动、探险活动、武术比赛、摔跤比赛、特技表演、赛马、赛车等高风险运动；
- 8) 被保险人患艾滋病（AIDS）或感染艾滋病毒（HIV 呈阳性）期间；
- 9) 战争、军事行动、暴乱或武装叛乱；
- 10) 核爆炸、核辐射或核污染。
- 11) 本保险期限开始后新加入本保险计划的被保险人或连带被保险人，由于以下事件导致身故：参加本保险前曾患有的恶性肿瘤、心脏病（心功能不全 II 级以上）、心肌梗塞、白血病、高血压（II 级以上）、肝硬化、慢性阻塞性支气管疾病、脑血管疾病、慢性肾脏疾病、糖尿病、再生障碍性贫血、先天性疾病、精神病或者精神分裂、癫痫病、特定传染病、艾滋病、性病及本协议项下保险期限起始日之前正患病住院及全休、半休者。

6.2 本协议约定被保险人医疗保险责任（第五条5.1.6至5.1.8，）之除外责任还包括下列情况之一：

- 1) 被保险人健康护理等非治疗性行为；
- 2) 入住门诊观察室、其他非正式病房或挂床住院。

- 3) 被保险人洗牙、非治疗性洁齿、各种美容、减肥、增高、整容、矫形、验眼配镜，装配假眼、假牙、假肢或者助听器等非治疗性项目；
- 4) 膳食费（含营养餐、药膳）、加床费、陪护费、护工费、洗理费、电视费、电话费、食品保温箱费，电炉费、电冰箱费；就（转）诊交通费（急救车费用除外）等特需生活服务费用；
- 5) 本保险期限开始后新加入本保险计划的被保险人或连带被保险人，由于以下事件导致医疗费用支出：参加本保险前曾患有的恶性肿瘤、心脏病（心功能不全 II 级以上）、心肌梗塞、白血病、高血压（II 级以上）、肝硬化、慢性阻塞性支气管疾病、脑血管疾病、慢性肾脏疾病、糖尿病、再生障碍性贫血、先天性疾病、遗传性疾病、精神病或者精神分裂、癫痫病、特定传染病、艾滋病、性病及本协议项下保险期限起始日之前正患病住院及全休、半休者；
- 6) 被保险人在本保险协议有效期外发生的医疗费用；
- 7) 怀孕、流产或分娩。但怀孕期间因治疗性或先兆性流产、子宫外孕、葡萄胎、前置胎盘、胎盘早期剥离、子痫前兆症、子痫症、毒血症、产后大出血之住院治疗、或因遭受意外伤害所致之流产或医疗行为必要之流产，不在此限；
- 8) 不孕症、人工受孕或非以治疗为目的之避孕及绝育手术；
- 9) 被保险人投保前已有残疾的治疗和康复；
- 10) 被保险人在中国境外及香港、澳门地区非因意外或急性病发生的医疗费用；
- 11) 被保险人在台湾地区发生的医疗费用已经由台湾全民健保支付的部分；
- 12) 在投保前被保险人患本合同所指重大疾病。

## 八、医院

8.1 本协议约定住院推荐医院为江苏省人民医院和南京市鼓楼医院。

被保险人在电话通知乙方或者拨打 SOS 热线报案之后，可在大陆任何社保定点医院就诊，包括所有公立、私立医院的外宾病区、特诊病区、特诊病房（不含重症

监护病房)和高干病房等同类病区或病房。

如在中国境外及港澳地区因急性病或意外住院治疗,可在当地医院就诊。

如在台湾地区住院治疗,可在当地全民健保定点医院就诊。

8.2 本协议约定门诊指定医院如下:

大陆境内指定医院须符合 8.3 之规定, 中国境外及港澳地区为当地医院须符合 8.3 之规定, 台湾地区为当地全民健保定点医院。

8.3 本协议中医院是指医疗法规定领有开业执照并设有病房收治病人之全球的公立、私立及财团法人医院。但不包括专供修养、戒毒、戒酒、护理、养老等非以直接治疗病人之目的之医疗机构。

## 九、如实告知与年龄确定

### 9.1 如实告知

9.1.1 订立本合同时,乙方应向甲方明确说明本合同的条款内容,特别是责任免除条款,并可以就甲方、被保险人的有关情况提出书面询问,甲方、被保险人应当如实告知。

9.1.2 甲方、被保险人故意不履行如实告知义务的,乙方有权解除本合同或该被保险人资格;对于本合同或被保险人资格解除前发生的保险事故,乙方不负给付保险金的责任,并不退还保险单的未满期净保费。

9.1.3 甲方、被保险人因过失未履行如实告知义务,足以影响乙方决定是否同意承保或者提高保险费率的,乙方有权解除本合同或该被保险人资格;对保险事故的发生有严重影响的,对于本合同或被保险人资格解除前发生的保险事故,乙方不负给付保险金的责任,但对甲方退还该被保险人的未满期净保费(经过日数不足一日按一日计算)。

### 9.2 年龄确定与错误处理

9.2.1 被保险人的年龄以周岁计算。

9.2.2 甲方在申请投保时,应将被保险人的真实年龄在投保单上填明,如果发生错误应按照下列规定办理:

3) 甲方申报的被保险人年龄不真实,并且其真实年龄不符合本合同约定年龄限制的,乙方可以解除合同或该被保险人的资格,并按日计算向甲方退还未满期净保险费(经过日数不足一日按一日计算);

## 十、变更手续

### 10.1 人员变更

#### 10.1.1 新员工加保

若甲方有新员工加入，则甲方每月 1 日(遇节假日顺延)将最近三十(30)天加保人员名单：名字、身份证号码、起保时间和加保家属名单：名字、性别、身份证号码、保障方案等立即以书面形式(甲方盖章确认)提供给乙方，乙方在收到甲方提供的名单核对无误后，在十(10)个工作日内签发批单，作为保险单附件，保险责任自该新员工正式办妥工作手续之日生效。

#### 10.1.2 员工退保

若甲方有员工退保，则甲方每月 1 日(遇节假日顺延)将最近三十(30)天退保人员名单：名字、身份证号码、退保时间和退保家属名单：名字、性别、身份证号码等立即以书面形式(甲方盖章确认)形式告知乙方，乙方在收到甲方提供的名单核对无误后，在十(10)个工作日内书面确认，并签发批单，作为保险单附件，保险责任自该离职员工办妥离职手续之日起终止。但是如果被保险人已经发生意外伤害保险金给付，则不得退保。

#### 10.1.3 员工家属加保、退保

1) 发生加保的员工符合上述保险条件的家属的保险责任与该加保员工同时生效；发生退保的员工符合上述保险条件的家属的保险责任与该退保员工同时终止。

2) 在本保险计划生效后，符合本保险条件的健康新生儿可以向甲方申请加入本计划，提供出生证明并同时填写《团险被保险人健康告知书》，经乙方书面确认后，保险责任自申请日次日零时起生效。

#### 10.1.4 员工工作调动

若甲方员工因工作调动，工作地发生变化，调动员工享受与新工作地其他员工相同福利。

甲方须在每月一(1)日向乙方提供最近三十(30)天员工调动名单和地点资料。

### 10.2 地址变更

甲方住所或通讯地址变更时，应及时以书面形式通知乙方，甲方未以书面形式通知的，乙方将按本合同注明最后住所或通讯地址发送有关通知。

### 10.3 内容变更

在本保险有效期内，经甲方和乙方协商，可以变更本保险的有关内容。变更本保险的，应当由乙方在原保险单或者其他保险凭证上批注或者附贴批单，或者由甲方与乙方订立变更的书面协议。变更受益人可参照本条执行。

## 10.4 短期保险费收费标准

### 10.4.1 加保保险费计算标准

加保保险费 = 加保人员年保险费\* (需要保险天数/365)

### 10.4.2 退保保险费计算标准

退保保险费 = 退保人员年保险费\* (未到期保险天数/365)

## 10.5 加退保保险费结算方式

加退保保费根据收费标准计算之后，有服务专员按月结算收取或支付加退保保费。

# 十一、索赔资料

## 11.1 本协议约定被保险人身故和意外残疾保险责任索赔事项：

索赔资料包括：

### 11.1.1 航空意外身故保险金的申请

- 1、保险单复印件或其他保险凭证；
- 2、受益人户籍证明或身份证明；
- 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、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；
- 6、由承运人出具的意外事故证明；
- 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。

### 11.1.2 航空残疾保险金的申请

- 1、保险单复印件或其他保险凭证；
- 2、受益人户籍证明或身份证明；
- 3、保险人认可的伤残鉴定机构出具的残疾程度鉴定书；
- 4、由承运人出具的意外事故证明；
- 5、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。

### 11.1.3 非航空意外身故保险金的申请

- 1、由受益人填写的保险金给付申请书；

- 2、保险单复印件或其他保险凭证；
- 3、受益人户籍证明及身份证明；
- 4、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；
- 5、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；
- 6、被保险人户籍注销证明、火化证明；
- 7、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证明等）
- 8、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；
- 9、受益人为多人时需提供理赔申请资格确认表和授权委托书。
- 10、由他人代理的，应提供受益人签字的授权委托书。

#### 11.1.4 非航空意外残疾保险金的申请

- 1、保险单复印件或其他保险凭证；
- 2、保险费收据；
- 3、受益人户籍证明及身份证明；
- 4、保险人认可的医院出具的残疾程度鉴定书；
- 5、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。

#### 11.1.5 疾病身故保险金的申请

- 1、保险单复印件或其他保险凭证；
- 3、受益人户籍证明及身份证明；
- 4、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；
- 5、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；
- 6、被保险人户籍注销证明；
- 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。

### 11.2 本协议约定被保险人医疗保险责任索赔事项：

#### 12.2.1 重大疾病保险金的申请

1. 保险单复印件或其他保险凭证；
2. 被保险人户籍证明或身份证明；
3. 保险人认可的医院出具的附有病理显微镜检查、血液检验及其它科学方法检验报告的疾病诊断证明书；
4. 被保险人所能提供的与确认保险事故的性质、原因等有关的其它证明和资料。

#### 11.2.2 “门诊急诊医疗保险金”的申请

由被保险人作为申请人于当次治疗结束后十日内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、保险单复印件或其他保险凭证；
- 2、被保险人的户籍证明或身份证明；
- 3、指定医院出具的病历复印件、诊断证明、处方及医疗费用原始凭证；
- 4、被保险人所能提供的与确认保险事故的性质、原因等有关的其它证明和资料。

#### 11.2.3 “住院医疗保险金”的申请

如果被保险人未在 sos 指定医院进行住院治疗，未获得医疗费用垫付，需在当次治疗结束后十日内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、保险单复印件或其他保险凭证；
- 2、被保险人的户籍证明或身份证明；
- 3、指定医院出具的病历复印件、诊断证明、处方及医疗费用原始凭证；
- 4、被保险人所能提供的与确认保险事故的性质、原因等有关的其它证明和资料。

11.2.3 乙方收到申请人的保险金给付申请书及上述有关证明和资料后，如材料齐全无需调查确定属于保险责任的，15 个工作日内作出理赔决定；对需要调查的案件，在六十个工作日内作出理赔决定；对不属于保险责任的，向申请人发出拒绝给付保险金通知书。

但是有下列情况之一的不受上述时间规定的限制：

- 1、投保人，被保险人或受益人未及时报案或未尽提供资料和协助调查义务的；
- 2、单位未出具可能影响案件处理结果之证明或鉴定结论的。

11.2.4 乙方理赔服务人员收到上述索赔资料后，填写《理赔资料汇总清单》，并请甲方指定服务人员签字。

11.2.5 若乙方审核发现所需单证不齐全，则乙方在收到上述索赔资料后五（5）个工作日内通知理赔申请人弥补所需单证。

11.2.7 被保险人发生保险事故，投保人或受益人应于知道或应当知道保险事故发生之日起 5 日内通知乙方。否则，投保人或受益人应承担由于通知延迟致使乙方增加的勘察、检验等项费用。但因不可抗力导致的延迟除外。

## 十二、理赔服务

### 12.1 服务方式：

12.1.，乙方指定的服务人员每月 15 日（遇节假日顺延）定期到甲方收集、初审、

汇总理赔单据。对医疗单据审核后，加盖“已审核”退回。

## 12.2 理赔期限：

12.2.1 对确定案件，乙方收齐所需理赔单证后十五（15）个工作日，对保险责任范围内的事件给予赔付，通过银行划转理赔款。

## 12.3 理赔金划转方式：

由被保险人申请理赔时提供个人帐户帐号，保险人将理赔金划转至银行帐户。提供江苏省内的中国银行、工商银行、农业银行、建设银行的个人借记卡存折。

## 12.4 保险索赔时效

13.4.1 被保险人对乙方请求给付保险金的权利，自其知道或应当知道保险事故发生之日起二（2）年不行使而消灭。

## 12.5 理赔信息反馈

被保险人可拨打服务专员电话咨询理赔信息。

# 十三、SOS 服务项目

13.1 保险人为投保人提供全方位的、周到的查询、咨询、投诉、挂失、理赔、报案等服务。

13.2 投保人及被保险人个人可以利用保险人网站[www.PA18.com](http://www.PA18.com)查询理赔事宜，利用求助热线电话咨询相关保险业务。

13.3 保险人提供完善的医疗保障、医疗咨询及服务、住院相关费用的垫付、以及大陆和台湾之间转院治疗等一揽子医疗保障服务，具体服务内容如下：

**【提供 24 小时医疗电话咨询及救助电话】：**国内：800-8205315，国际 + 86-21-63901156

**【免费推荐医疗机构并协助办理住院手续】：**保险人向出险人提供医生、医院、诊所、牙医和牙医诊所（总称“医疗服务提供者”）的姓名或名称、地址、电话号码以及

可供的工作时间。如果出险人的病情严重到需要住院，保险人将由服务专员协助出险人办理住院手续。

**【安排专家问诊和高档病房的预约】:** 保险人为被保险人提供 24 小时免费医疗咨询，并帮助被保险人安排专家问诊预约和高档病房的预订。

**【垫付住院保证金和医疗费用】:** 在 sos 电话指定医院进行住院治疗，保险人将为被保险人垫付住院保证金，并可为被保险人垫付不超过 50000 元的医疗费用。

11. **【住院期间的病况监护】:** 保险人将在住院期间和之后对出险人的病况进行监测，同时承担有关保密和授权的任何和全部义务。

12. **【提供台湾全民健康保险的申请单】:** 保险人将提供被保险人办理在台湾参加的全民健康保险的理赔申请单。

13. **【运送紧急药品】:** 保险人将安排向出险人运送其照顾和治疗所必须的但在其所在地不能获得的必须药品。此类药品的运送受当地适用的法律和法规的约束。保险人不支付此类药品的费用及递送费用。

14. **【紧急医疗转运安排和遗体返台】:** 保险人将安排空中、陆路交通把处于严重医疗状况的出险人转移至可提供适当医疗保健服务的最近医院。保险人应当支付必要的与医疗有关的交通费用以及在其安排的该服务过程中通常发生的所有附属费用。保险人将安排把出险人的遗体从死亡地运送至其台湾或常住国，并且支付其安排该空中、陆路运输过程中发生的全部合理和不可避免的费用或者支付经其批准在死亡地的丧葬费用。

15. **【紧急医疗返台和付款】:** 当出险人在紧急医疗转运后被转运到其台湾或常住国之外的地点进行住院治疗时，保险人将安排空中、陆路交通把出险人送回台湾或常住国。保险人应当支付其安排的该服务过程中发生的必要和不可避免的费用。

16. **【安排病人家属探视和机票】:** 当出险人独自旅行时在其台湾或常住国之外住院连续超过七天，经保险人事先批准并且仅当保险人认为在医疗和感情原因上必要时，保险人将安排出险人的一名亲属或朋友与之团聚并且支付一张经济舱往返机票。

17. **【安排未成年儿童回返和机票】:** 当未成年儿童因为陪伴该儿童的出险人的疾病、意外事故或紧急医疗转运而无人照顾时，保险人将安排把该未成年儿童（十六周岁及以下，未婚，在学）送回其台湾或常住国并且支付一张经济舱单程机票。如果需要，保险人将提供免费护送。

18. **【境外旅行紧急救援服务】:**

1. 紧急口讯传递

当出险人要求，且情况紧急时，保险人会替出险人传递口讯给其家人或亲友。

2. 旅行前信息服务

保险人应当提供关于外国签证、预防接种、天气预报、机场税、汇率等信息，这些要求通常在最新版的世界卫生组织出版物“国际旅行预防接种证书要求和健康建议”（关于预防接种）和“国际旅行信息初级指南”（关于签证）中有所指定。这些信息将随时提供给出险人，而不管出险人在旅行之中或者紧急事故已经发生。

3. 翻译服务的安排

保险人将提供位于外国的译员办公室的名称、电话号码以及经出险人请求可能有的办公时间。保险人会提供免费的紧急电话翻译服务。

4. 行李丢失协寻

保险人将向出险人介绍有关的主管机构以帮助在台湾或常住国之外旅行时丢失行李的出险人。

#### 5. 法律援助服务

保险人将向出险人提供介绍的律师和法律执业人员的姓名、地址、电话号码以及经出险人请求并可供的办公时间。保险人不向出险人提供任何法律建议。

#### 6. 护照丢失协寻

保险人将向出险人介绍有关的主管机构以帮助在台湾或常住国之外旅行时丢失护照的出险人。

#### 7. 使领馆信息支援服务

向出险人提供距其最近的适宜的大使馆或领事馆的地址、电话及开放时间等信息。

#### 8. 汇率及天气咨询服务

为出险人提供主要货币的最新人民币牌价以及旅行目的地的气象预报情况及气候情况

#### 9. 紧急现金支援服务

当出险人在海外遗失现金或信用卡而有现金需要，保险人在从出险人亲友处取得足额现金后，可派人递送现金至出险人指定地点。此项服务将根据具体案件另外收取服务费用。

### 19. 【境内旅行紧急救援服务】:

#### 1、 安排医疗服务机构

出差旅行途中身体突然感不适或意外受伤，保险人根据被保险人的健康状况推荐和安排合适的医院、诊所、医师、牙医诊所等医疗机构。

#### 2、 安排预约当地医生看诊

出差旅途中身体突感不适或意外受伤，求医问药时，保险人帮被保险人推荐合适的当地医疗单位并预约。

#### 3、 安排住院许可

出差旅行途中急病突发需要住院，不知入院手续时，保险人将协助安排被保险人住院。

#### 4、 住院期间及离院后医疗状况观察

突发伤病入院后病情好转，但仍需观察时，保险人根据有关保密原则授权出险人提供住院期间及离院后的医疗状况观察。

#### 5、 安排经济医疗转运

途中病情严重，小城镇却没有足够的医疗设施和技术，保险人可帮被保险人安排紧急医疗转送。

#### 6、 安排医药费的结算

被保险人出险之后，经过治疗康复后，医院和保险人根据被保险人保障计划的保障内容进行结算，保障计划限额以上部分由被保险人本人负担。

#### 7、 安排紧急医疗转送回台湾

在突遇伤病进行紧急医疗转运并接受住院治疗，保险人继续安排被保险人回

到台湾。

8、安排遗体运送回台湾

旅行出差途中发生不幸事件，保险人可安排将被保险人遗体自身故地运送至台湾，或在身故当地安排安葬事宜。

## 十五、释义

本保险中具有特定含义的名词，其定义如下：

**15.1 被保险人：**指本合同所附被保险人名册中所载人员。

**15.2 受益人：**员工身故保险金受益人以该员工在 XX 公司备案指定的受益人为准。若员工在备案的个人资料中没有指定受益人，则身故保险金受益人为其法定继承人。依照《中华人民共和国继承法》的规定，法定继承人为：第一顺序继承人：配偶、子女、父母；第二顺序继承人：兄弟姐妹、祖父母、外祖父母。

**15.3 周岁：**以法定身份证明文件中记载的出生日期为准。

**15.4 住院：**指被保险人因疾病或意外伤害事故而入住医院之正式病房进行治疗，并办理入院手续，不包括入住门诊观察室、其他非正式病房或挂床住院。

**15.5 每次门诊：**同一天同一家医院的就诊。

**15.6 潜水：**指以辅助呼吸器材在江、河、湖、海、水库、运河等水域进行的水下运动。

**15.7 攀岩运动：**指攀登悬崖、楼宇外墙、人造悬崖、冰崖、冰山等运动。

**15.8 武术比赛：**指两人或两人以上对抗性柔道、空手道、跆拳道、散打、拳击等各种拳术及各种使用器械的对抗性比赛。

**15.9 探险活动：**指明知在某种特定自然条件下有失去生命或使身体受到伤害的危险，而故意使自己置身其中的行为，如江河漂流、徒步穿越沙漠或人迹罕至的原始森林等活动。

**15.10 特技：**指从事马术、杂技、驯兽等特殊技能。

**15.11 急性病：**指被保险人在保险期间内首次患并于 72 小时内急性发作的疾病。

**15.15 艾滋病：**是后天性免疫力缺乏综合症的简称。后天性免疫力缺乏综合症的定义应按世界卫生组织制定的定义为准，如在血液样本中发现后天性免疫力缺乏综合症病毒或者其他抗体，则可认为感染艾滋病或者艾滋病病毒。

**15.16 先天性疾病：**指被保险人一出生时就具有的疾病(病症或者体征)。这些疾病是指因人的遗传物质(包括染色体以及位于其中的基因)发生了对人体有害的改变而引起的,或者因母亲怀孕期间受到内外环境中某些物理、化学和生物等因素的作用,使胎儿局部体细胞发育不正常,导致婴儿出生时有关器官、系统在形态或者功能上呈现异常。

**15.17 意外伤害：**指遭受外来的、突发的、非本意的、非疾病的使身体受到伤害的客观事件。

## 十六、争议解决

16.1 凡因执行本协议及保险合同产生的一切争议，双方均应友好协商解决。

### 16.2 争议处理

在本合同履行过程中，双方发生争议的，应协商解决，经双方协商未达成协议的，可依达成的合法有效的仲裁协议通过仲裁解决。无仲裁协议或者仲裁协议无效时，可向保险单签发地有管辖权的人民法院提起诉讼。

## 十七、违约责任

17.1 因一方未履行本协议规定的义务或者工作失误给对方造成经济损失，应该赔偿。

## 十八、协议效力

18.1 本协议一式四份，甲乙双方各持两份，具有同等效力。

## 十九、政策变更

19.1 在本协议的履行过程中若国家政策有重大变化或者其他不可抗力因素导致乙方不能履行或不能完全履行协议，甲方乙方可以就相关协议内容进行调整以保证协

议的继续有效履行。

## 二十、投保人解除合同的处理

投保人于本合同成立后，可以要求解除本合同。

20.1、投保人要求解除本合同时，应提供下列证明和资料：

1. 保险单；
2. 保险费收据；
3. 解除合同申请书。

20.2 投保人要求解除本合同的，自保险人接到解除合同申请书之日起，保险责任终止，保险人于接到上述证明和资料之日起十日内退还未满期保险费。具体公式：  
退保金（未到期保险费）=已收保费\*（1-25%）\*未到期天数/当期保险天数

20.3 已领取过保险金的，投保人不得要求解除本合同。

## 二十一、其他事项

21.1 双方对涉及对方的信息均具有保密的责任和义务，甲方向乙方提供的员工个人信息，未经甲方许可，乙方不得对外披露或用作他途，否则将承担由此引起的法律后果。

21.2 本合同有效期间，甲、乙双方可根据实际情况经常沟通交流信息，共同解决面临的问题。双方可通过补充协议形式，修改本协议内容。

### 21.3 合同续签和终止的约定

经双方协商，可在合同届满前一个月告知另一方是否续签合同的意向并在合同届满后即办理续签手续。

## 二十二、附件

**附件一【残疾程度与给付比例表】**

**附件二【银行转帐理赔给付保险金授权书（团体）】**

**附件三【员工身故保险金受益人指定表】**

**附件四【团体被保险人告知声明书】**

附件五【门诊急诊医疗保险给付申请表】

附件六【人身保险理赔申请表】

甲方：

乙方：中国平安人寿保险股份有限公司

公章：

公章：

日期：       年    月    日

日期：       年    月    日

附件一【残疾程度与给付比例表】

等级	项目	残 疾 程 度	给付比例
第一级	一	双目永久完全失明的（注1）	100%
	二	两上肢腕关节以上或两下肢踝关节以上缺失的	
	三	一上肢腕关节以上及一下肢踝关节以上缺失的	
	四	一目永久完全失明及一上肢腕关节以上缺失的	
	五	一目永久完全失明及一下肢踝关节以上缺失的	
	六	四肢关节机能永久完全丧失的（注2）	
	七	咀嚼、吞咽机能永久完全丧失的（注3）	
	八	中枢神经系统机能或胸、腹部脏器机能极度障碍，终身不能从事任何工作，为维持生命必要的日常生活活动，全需他人扶助的（注4）	
第二级	九	两上肢、或两下肢、或一上肢及一下肢，各有三大关节中的两个关节以上机能永久完全丧失的（注5）	75%
	十	十手指缺失的（注6）	
第三级	十一	一上肢腕关节以上缺失或一上肢的三大关节全部机能永久完全丧失的	50%
	十二	一下肢踝关节以上缺失或一下肢的三大关节全部机能永久完全丧失的	
	十三	双耳听觉机能永久完全丧失的（注7）	
	十四	十手指机能永久完全丧失的（注8）	
	十五	十足趾缺失的（注9）	
第四级	十六	一目永久完全失明的	30%
	十七	一上肢三大关节中，有二关节之机能永久完全丧失的	
	十八	一下肢三大关节中，有二关节之机能永久完全丧失的	
	十九	一手含拇指及食指，有四手指以上缺失的	
	二十	一下肢永久缩短5公分以上的	
	二一	语言机能永久完全丧失的（注10）	
二二	十足趾机能永久完全丧失的		
第五级	二三	一上肢三大关节中，有一关节之机能永久完全丧失的	20%
	二四	一下肢三大关节中，有一关节之机能永久完全丧失的	
	二五	两手拇指缺失的	
	二六	一足五趾缺失的	
	二七	两眼眼睑显著缺失的（注11）	
	二八	一耳听觉机能永久完全丧失的	
二九	鼻部缺损且嗅觉机能遗存显著障碍的（注12）		
第六级	三十	一手拇指及食指缺失，或含拇指或食指有三个或三个以上手指缺	15%
	三一	一手含拇指或食指有三个或三个以上手指机能永久完全丧失的	
	三二	一足五趾机能永久完全丧失的	

第七级	三三	一手拇指或食指缺失，或中指、无名指和小指中有二个或二个以上手指缺失的	10%
	三四	一手拇指及食指机能永久完全丧失的	

注：（1）失明包括眼球缺失或摘除、或不能辨别明暗、或仅能辨别眼前手动者，最佳矫正视力低于国际标准视力表0.02，或视野半径小于5度，并由有资格的眼科医师出具医疗诊断证明。

（2）关节机能的丧失系指关节永久完全僵硬、或麻痹、或关节不能随意识活动。

（3）咀嚼、吞咽机能的丧失系指由于牙齿以外的原因引起器质障碍或机能障碍，以致不能作咀嚼、吞咽运动，除流质食物外不能摄取或吞咽的状态。

（4）为维持生命必要之日常生活活动，全需他人扶助系指食物摄取、大小便始末、穿脱衣服、起居、步行、入浴等，皆不能自己为之，需要他人帮助。

（5）上肢三大关节系指肩关节、肘关节和腕关节；下肢三大关节系指髋关节、膝关节和踝关节。

（6）手指缺失系指近位指节间关节（拇指则为指阶间关节）以上完全切断。

（7）听觉机能的丧失系指语言频率平均听力损失大于90分贝，语言频率为500、1000、2000赫兹。

（8）手指机能的丧失系指远位指节间关节切断，或自近位指节间关节僵硬或关节不能随意识活动。

（9）足趾缺失系指自趾关节以上完全切断。

（10）语言机能的丧失系指构成语言的口唇音、齿舌音、口盖音和喉头音的四种语言机能中，有三种以上不能构声、或声带全部切除，或因大脑语言中枢受伤害而患失语症，并须有资格的五官科（耳、鼻、喉）医师出具医疗诊断证明，但不包括任何心理障碍引致的失语。

（11）两眼眼睑显著缺损系指闭眼时眼睑不能完全覆盖角膜。

（12）鼻部缺损且嗅觉机能遗存显著障碍系指鼻软骨全部或二分之一缺损及两侧鼻孔闭塞，鼻呼吸困难，不能矫治或两侧嗅觉丧失。

上述所谓永久完全系指自事故发生之日起经过一百八十天后，机能仍然完全丧失，但眼球摘除等明显无法复原之情况，不在此限。

## 附件二【银行转帐理赔给付保险金授权书（团体）】

兹立授权书，授权中国平安人寿保险股份有限公司（以下简称保险人）通过银行转帐理赔给付保险金，转帐给付汇总信息如下：

保险单号：	共（大写）
张保单	
投保人：	投保时间：
联系地址：	联系电话：
本次授权转帐人数：	
本授权书有效期自	年 月 日起至 年 月 日止

### ◆ 授权人声明：

乙方（投保人）作为授权人，已经取得被保险人的同意和授权，由乙方统一代为办理被保险人（乙方员工）银行转帐理赔给付金授权，并同意发生下述情况，由授权人自行承担责任：

- 1、若授权人所提供的授权帐号错误，而导致保险人无法转入或错误转入他人帐号；
- 2、若授权人所提供的授权帐号由于非保险人或非银行原因被注销，导致转帐失败者；
- 3、若被保险人遗失授权转帐帐户后未及时通知保险人，导致保险人按原帐号转入或转帐失败者；
- 4、因授权人未取得被保险人授权同意代理授权手续，或被保险人未同意授权人将被保险人之保险理赔给付金转入指定帐号中所引起的经济、法律责任。

### ◆ 其他说明：

- 1、目前保险人提供的支持理赔金转帐银行为：（该部分由南京机构负责填写）
- 2、授权人提供的帐号必须统一为上述银行中的一种（异地除外）；
- 3、授权转帐人数必须包括全部的投保人数，如为加保则需再单独授权；
- 4、客户异地员工转帐，需由客户自己提供异地的招商银行帐号；
- 5、保险人通过银行转帐，一旦转帐成功，本次理赔申请结束，不再通知和出据其他凭证；
- 6、授权人若要取消转帐或变更帐号，须提前向保险人提出申请；
- 7、本授权书需授权人和保险人签章后生效；
- 8、本授权书一式二联，授权人和保险人各执一联，解释权归保险人所有。

授权人签章：

司

联系电话：

年 月 日

中国平安人寿保险股份有限公司

经办人：

年 月 日

**附件三【员工身故保险金受益人指定表】**

员工	姓名		员工编号		
	所属区域				
	主要工作地				
	身份证号码				
	出生日期		年	月	日
	性别	<input type="checkbox"/> 男		<input type="checkbox"/> 女	
	受雇日期		年	月	日
受益人	<input type="checkbox"/> 法定 <input type="checkbox"/> 其他（请填写本项以下内容）				
	姓名	身份证号码	与员工的关系	受益比例	

若您的受益人为法定受益人，则不必填写本表；若您的受益人不是法定受益人，请填写本表并递交。

\_\_\_\_\_  
年 月 日  
日期

\_\_\_\_\_  
被保险人签署

## 附件四 【团险被保险人健康告知声明书】

投保团体:	所属区域:	员工编号	
<b>被保险 人情况</b>	姓名: _____ 年龄: _____ 性别: _____ 婚姻状况: _____		
	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 style="width: 100%;" type="text"/>		
<b>被保险 人健康 告知</b>	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. 近两年内有无因患病不能全勤工作或减轻劳动量? <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 无		
	4. 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, 胃、肝、胆、肠等消化系统疾病, 血液病、艾滋病, 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? 有无吸毒史? <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 无		
	5. 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		
	6. 有无身体残障状况? <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 无		
	7. 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? 是否被诊断为高危妊娠? <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 无		
<b>上述健康告知若回答有, 请详述, 并提供相关病历资料:</b>			
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)

其 它 告 知 事 项	<p>1. 曾否投保任何人身保险? (有, 请详述险种及保额) <span style="float: right;"><input type="checkbox"/>有 <input type="checkbox"/>无</span></p> <p>2. 有无使用任何违禁药物或毒品? <input type="checkbox"/>有 <input type="checkbox"/>无</p> <p>3. 有无从事危险运动或竞技的嗜好? 如: 潜水、跳伞、攀岩运动、探险活动、武术、摔跤、赛马、赛车、自驾机飞行、热气球飞行、滑雪、滑浪、登山、漂流、蹦极、特技表演等。 <span style="float: right;"><input type="checkbox"/>有 <input type="checkbox"/>无</span></p> <p>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) <input type="checkbox"/>有 <input type="checkbox"/>无</p> <p>5. 有无机动车辆驾驶执照?(有, 请详述驾照类型) <span style="float: right;"><input type="checkbox"/>有 <input type="checkbox"/>无</span></p> <p>6. 有无驾车肇事记录? <input type="checkbox"/>有 <input type="checkbox"/>无</p> <p>7. 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</p> <p>上述告知若回答有, 请详述:</p>
<p>被保险人声明:</p> <p>1. 本告知声明书方格内填√者, 即作为被保险人“是”的答复;</p> <p>2. 本告知声明书是保险公司同意承保及续保的重要证明文件, 本告知声明书所填写的各项内容, 均属真实, 并成为本保险合同及续保合同的一个组成部分。若日后发现告知不实, 贵公司可依照《保险法》规定, 不承担任何给付责任。</p> <p style="text-align: center;">特此声明</p> <p style="text-align: center;">被保险人</p> <p>公司盖章: _____</p> <p style="text-align: center;">年 月 日</p>	

## 附件五 【门诊急诊医疗保险给付申请表】

为了让您的正当权益在理赔环节中得到最满意的保障，请于填写《理赔申请书》前详尽阅读此申请书后面的申请须知

Email:

投保单位			工作地		是否出差	□是 □否
被保险人姓名		性别	员工编号		身份证号	
连带被保险人		性别	出生年月		身份证号	
	就诊医院		就诊时间	疾病名称		医疗费用
1.门诊/急诊						
2.门诊/急诊						
3.门诊/急诊						
4.门诊/急诊						
医疗费用合计大写： (小写： )						
所附单据：			投保单位盖章或签字：			
1.病史资料：	张		年 月 日			
2.医疗发票：	张					

(以下各项由保险公司填写)

保险单号码：

### 给 付 通 知 书

门急诊次数		可保医疗费	
计算公式：			
实际赔付金额	人民币	(小写： )	
余下有效保额	人民币	(小写： )	
余下有效门(急)诊次		经办意见：	复核意见：
拒赔原因：		年 月	年 月 日

[注]由保险公司业务归档

**附件六【人身保险理赔申请表】**  
**中国平安人寿保险公司人身保险理赔申请表**

为了让您的正当权益在理赔环节中得到最满意的保障，请于填写《理赔申请书》前详尽阅读此申请书后面的申请须知

投保单位：

EMAIL:

(1)	索赔类型	住院医疗 ( ) 死亡 ( ) 残疾 ( ) 女性生育 ( ) 其他 ( )				
	工作地			是否出差	□是 □否	
	被保险人姓名		性别	员工编号	身份证号码	
	连带被保险人	□父母 □配偶 □子女			身份证号码	
事件经过		事件(时间、地点、原因及现状)和/或住院(医院、时间和原因):				
(2)	申请人姓名			身份证号码		
	与被保险人关系	□ 配偶 □本人 □ 父母/子女		联系电话或地址		
	保险金领取方式: 1、银行转帐 2、委托 (单位/个人) 3、自领					
	开户银行			户名	帐号	
	<p>如授权他人代理理赔事宜, 请填写下栏:          兹授权 _____ 以本人名义负责向贵公司 □办理理赔申请 □签订理赔协议 □受领给付款项          日后如有法律纠纷概有本人负责, 特此声明</p> <p>授权人: _____ 身份证号码: _____          代理人: _____ 身份证号码: _____</p> <p style="text-align: right;">_____ 年 _____ 月 _____ 日</p>					
<p>本人郑重声明:</p> <p>1、本人保证在此申请书上所填写的内容详尽确实;</p> <p>2、本人授权任何单位或个人均可向中国平安保险公司提供与本理赔申请有关的资料;</p> <p style="text-align: right;">申请人签字: _____ 年 _____ 月 _____ 日</p>						
<p>以下栏目由公司理赔受理人员填写: _____ 保单号码: _____</p>						
<p>乙方现收到理赔申请材料如下:</p> <p>□保单凭证原件/复印件 ( ) 份 □医疗费收据原件/复印件 ( ) 份</p> <p>*以下送审材料均为复印件</p> <p>□事故者身份证明 ( ) 份 □丧葬、火化证明 ( ) 份 □医疗费结算明细 ( ) 份</p> <p>□受益人身份证明 ( ) 份 □授权委托书 ( ) 份 □疾病诊断书 ( ) 份</p> <p>□受益人关系证明 ( ) 份 □代理人身份证明 ( ) 份 □病历、出院小结 ( ) 份</p> <p>□居民死亡证明 ( ) 份 □意外事故证明 ( ) 份 □处方 ( ) 份</p> <p>□户口注销证明 ( ) 份 □残疾鉴定报告 ( ) 份 □病理/血液/影像报告 ( ) 份</p> <p>□其他---</p> <p>注: 对上述复印件, 必要时乙方需要求提供原件附检</p> <p>还需补充提供的证明材料:</p> <p>补充材料提供的时间: _____ 年 _____ 月 _____ 日</p>						
提交人签名: _____		日期: _____		公司签收人: _____		
		日期: _____		日期: _____		

# 申请表填写须知

人生旅途

平安知己

1、依照保险法之规定，理赔申请人有义务真实地提供与确认事故地性质、原因、损失程度等相关的证明和资料。若伪造或删改申请文件，您的权益将会受到影响；情节严重的须负相应的法律责任。

## 申请各项保险金应具备材料

申请项目	应备文件	
门诊医疗	1.3.5	1. 医疗费用发票及复印件 <b>* 以下送审材料均为复印件</b> 2. 身份证 3. 门诊病历 4. 出院小结 (或住院病历) 5. 医疗费用明细清单 6. 居民死亡医学证明书或法医鉴定书 7. 户口注销证明 8. 丧葬火化证明 9. 有关部门出具的意外事故证明 10. 残疾鉴定报告 11. 受益人身份证明 12. 受益人与事故者关系证明  <b>注：对上述复印件，必要时乙方需要 提供原件附检</b>
住院医疗	1.2.4.5	
意外伤残	2.3.4.9.10	
意外身故	3.4.6.7.8.9.11.12	
疾病身故	3.4.6.7.8.11.12	

- 2、若以上选项之单证尚不足以证明有关情况，乙方可要求您继续提供相关理赔申请文件，以便更好地维护您的权益。
- 3、您所在单位已提供员工帐号并且申请人就是您本人，则无需填写表中第(2)项内容。  
连带被保险人(子女和配偶、父母)申请理赔时，需在被保险人姓名格填上员工名字。
- 4、门急诊、住院医疗等项目可几次填写 一张申请表中。
- 5、在使用门急诊、住院医疗等申请表时，请复印并放大至 A4 纸上。