

赔付说明

免赔额：

本产品计划一住院医疗保险金年度累计免赔额 1.5 万元，计划二和计划三无免赔额。

赔付比例及其他说明：

1. 门诊医疗费用：

1.1 赔付比例（计划三）：保单家庭成员共享，前 10 次责任范围内全额理赔，第 11 次起 50% 赔付；每增加一位被保险人，门诊全额理赔次数增加 5 次。

1.2 中医和顺势治疗：最高限额 2000 元，全家共享保额。

1.3 常规体检和疫苗：最高限额 2000 元，全家共享保额，每一被保险人在本项保障下的赔付次数限一次。

2. 住院医疗费用：

2.1 住院食宿费：2000 元/天，最多 180 天。

2.2 陪床费（计划一、计划二）：日限额 800 元。

2.3 因重大疾病导致的赴异地就医交通费补贴：最高限额 8000 元。

3. 本产品不含特定重大疾病住院现金津贴。

4. 本产品不承保因任何原因导致的牙科治疗费用。

5. 在接受住院治疗等保险合同约定的事先授权项目前，被保险人须在预定开始治疗日期前至少 5 个工作日向保险公司委托的第三方管理机构提交事先授权申请（服务电话：021-80209058）。在未获得书面许可回复被保险人接受治疗的，或者保险公司要求被保险人在网络医疗机构接受治疗但被保险人未在网络医疗机构接受治疗的，被保险人应额外自付相应全部保险责任范围内的医疗费用的 40%，即保险公司根据约定的保险责任计算“理赔金×（1-40%）”支付医疗保险金；在未获得书面许可回复被保险人接受紧急医疗转运的，保险公司不承担保险责任。

6. 本产品适用医疗费用补偿原则。若被保险人已从其他途径（包括社会医疗保险、公费医疗、工作单位、保险公司在内的任何商业保险机构等）获得医疗费用补偿，则保险公司仅对被保险人实际发生的医疗费用扣除其所获医疗费用补偿后的余额按照约定进行补偿。社保卡个人账户部分支出视为个人支付，不属于已获得的医疗费用补偿。