信诚人寿保险有限公司

附加「福利安康」团体医疗保险责任确认表

投保单位名称：XXXX 股份有限公司

投保单号码													0	5	0

填写须知：

- 为了更好地确保贵单位员工的利益，请贵公司参照以下的格式，填写**附加「福利安康」团体医疗保险**的保险责任约定项目。
- 本确认表请与投保资料一并递交，并作为保险合同的组成部分。为确保您的权益，**请用深蓝或黑色字体的钢笔或签字笔以正楷填写。投保人务必签上单位印鉴。**

保险责任		计划一（女性员工）	计划二（男性员工）	计划三（子女）
门诊急诊医疗保险金	免赔额	200 元/年	200 元/年	0 元
	每日医疗费用给付限额	无	无	无
	给付比例	90%	90%	50%
	每人保额	2 万元	2 万元	1 万元
住院医疗保险金	年免赔额	0 元	0 元	0 元
	给付比例	100%	100%	50%
	每人保额	15 万元	15 万元	3 万元
公共医疗保险金	门诊急诊医疗给付比例	90%	90%	无
	住院医疗给付比例	100%	100%	
	每人限额	20 万元	20 万元	
	保险金额	100 万元		
女性生育医疗保险金	给付比例	90%	无	无
	每人保额	5000 元		

其他责任约定事项：

1. 无疾病等待期。

2. _____

_____

请再次确认以上填写内容是否正确。保险责任的详细表述将以保单中所附保险条款为准。

投 保 单 位 盖 章
（与投保单上之印章一致）

盖章日期：　　年　　月　　日