

阳光财产保险股份有限公司

附加团体门诊急诊医疗保险条款（2010 版）

总则

第一条

本附加保险合同由保险单及所附条款、主保险合同条款、投保单、保险凭证、合法有效的声明、批注、附贴批单及其他有关书面文件构成。

第二条

- （一）本附加保险合同只附加于团体保险主保险合同；
- （二）主保险合同终止时，本附加保险合同同时终止；
- （三）若本附加保险合同条款与主保险合同条款互有冲突，则以本附加保险合同条款为准；
- （四）本附加保险合同的未尽事宜，按主保险合同相应条款执行。

第三条

凡年龄在 16 周岁（含）至 65 周岁（含）之间，身体健康并能从事正常工作或劳动的机关、企事业单位、社会团体等在职人员，或其他保险人认可的成员可以作为本保险合同的被保险人；被保险人的配偶和子女，经保险人审核同意，也可以作为本保险合同的连带被保险人（以下统称被保险人）。

第四条

投保人：与主保险合同一致。

第五条

除另有约定外，本保险合同的保险金受益人为被保险人本人。

保险责任

第六条

在本附加保险合同保险期间内，被保险人因遭受意外伤害事故，或因首次发生的疾病或症状须入医院门诊急诊治疗，就被保险人在医院每次门诊急诊支出的，符合保险单签发地的社会医疗保险（指城镇职工基本医疗保险、城镇居民基本医疗保险、新型农村合作医疗保险、公务员医疗补助、城乡医疗救助等非商业性质保险，下同）药品目录、诊疗项目目录以及服务设施范围和支付标准的必需的医疗费用（以下简称“每次医疗费用”），按照投保人与被保险人所约定的并在保险单中载明的每次医疗费用免赔额、每次医疗费用赔付比例、每次医疗费用给付限额、年度门诊急诊医疗费用保险金额，给付每次门诊急诊医疗费用保险金（以下简称保险金）：

- （一）若每次医疗费用小于或等于每次免赔额，则保险金等于零；
- （二）若每次医疗费用大于每次免赔额：

1、若被保险人未从其它保险计划或任何其他途径取得医疗费用补偿，那么：

$A = (\text{每次医疗费用} - \text{每次免赔额}) \times \text{每次医疗费用赔付比例}$

B=每次医疗费用给付限额

(1) 若 $A \leq B$, 则保险金=A

(2) 若 $A > B$, 则保险金=B

2、若被保险人已从其它保险计划或任何其他途径取得医疗费用补偿, 那么:

A= (每次医疗费用-每次免赔额) × 每次医疗费用赔付比例

B=每次医疗费用-已取得的医疗费用补偿

C=每次医疗费用给付限额

(1) 若 $A \leq B$: 当 $A \leq C$ 时, 保险金=A; 当 $A > C$ 时, 保险金=C

(2) 若 $A > B$: 当 $B \leq C$ 时, 保险金=B; 当 $B > C$ 时, 保险金=C

保险人给付的每次门诊急诊医疗费用保险金以每次医疗费用给付限额为限, 累计给付的门诊急诊医疗费用保险金以年度门诊急诊医疗费用保险金额为限。

(三) 每日门诊急诊就诊次数以一次为限。

(四) 在本附加保险合同保险期间内, 无论被保险人一次或多次发生保险责任范围内的事故, 保险人均按上述约定给付保险金, 但累计给付金额达到保险单所载的该被保险人的年度门诊急诊保险金额时, 本附加保险合同对该被保险人的保险责任终止。

(五) 每次医疗费用免赔额、每次医疗费用赔付比例、每次医疗费用给付限额、年度门诊急诊医疗费用保险金额由投保人在投保时与保险人约定, 并在保险单中载明。

(六) 本附加保险合同的门诊急诊医疗保险责任遵循医疗费用补偿原则。保险人给付的门诊急诊医疗费用保险金与被保险人从其所参加的社会医疗保险、其它保险计划或从第三责任方、社会福利机构、按政府规定补偿等其他任何途径取得医疗费用补偿总额, 以被保险人实际支出的门诊急诊医疗费用金额为限。

责任免除

第七条

因下列情形之一造成本附加保险合同的被保险人支出医疗费用, 保险人不承担保险金给付责任:

一、投保人、被保险人的任何故意行为;

二、因被保险人的挑衅或故意行为而导致的打斗、被袭击或被谋杀;

三、被保险人因从事非法、故意犯罪的活动或因抗拒依法采取的刑事强制措施而导致的伤害或依法被拘禁或服刑期间;

四、被保险人酗酒或受酒精、毒品、管制药物的影响; 被保险人未遵医嘱, 私自服用、涂用、注射药物;

五、被保险人酒后驾车、无有效驾驶证驾驶或驾驶无有效行驶证的机动车辆;

六、被保险人患先天性疾病、遗传性疾病、先天性畸形、变形或染色体异常; 被保险人患艾滋病或感染艾滋病病毒期间; 被保险人患精神类疾病如精神分裂症、抑郁症、厌食症、失眠症等;

七、被保险人健康检查、疗养、洗牙、洁齿、验光、装配屈光镜、眼镜及助听器、矫形、整容、整形、心理咨询;

八、被保险人在参加本附加保险合同前已经存在的既往症、受伤或异常检查结果（续保者除外）；被保险人投保前已有残疾的康复或治疗；修复、安装及购买残疾用具（如轮椅、假肢、助听器、假眼、假牙等）；

九、被保险人妊娠（含宫外孕）、流产、分娩（含剖腹产）、不孕不育症（包括人工受孕、试管婴儿等）、避孕及节育手术或由妊娠、分娩、流产、节育所导致的任何并发症；

十、被保险人患法定传染病、职业病、性传播疾病、恶性肿瘤、脑中风、心肌梗塞、慢性肾功能衰竭、肝硬化、糖尿病、高血压（Ⅱ期以上）及其引起的并发症；

十一、本附加保险合同签发地的社会医疗保险规定的不予支付的情形，或不符合本附加保险合同签发地的社会医疗保险药品目录、诊疗项目目录以及服务设施范围和支付标准规定的医疗费用；

十二、被保险人作为人体器官捐赠者发生的任何费用；

十三、被保险人的住院医疗费用或家庭病床产生的医疗费用；

十四、被保险人在中华人民共和国境外以及香港、澳门、台湾地区发生的医疗费用；

十五、被保险人以职业运动员身份参加的运动，或被保险人进行赛马、各种车辆表演、赛车及相关练习、潜水、滑水、滑雪、滑冰、蹦极、空中飞行（包括滑翔翼、乘气球飞行、跳伞和特技跳伞，但不包括航空公司的机组人员及乘客在商业航班上的空中飞行）、登山、攀岩、武术、拳击、摔跤、特技表演及探险活动；

十六、战争、军事行动、暴乱、恐怖活动或武装叛乱；任何生物、化学、原子能武器，原子能或核能装置所造成的爆炸、灼伤、污染或辐射；地震、洪水、火山爆发、台风；

十七、属于主保险合同的责任免除事项。

保险金额和保险费

第八条

（一）保险金额由投保人与保险人双方约定，并在保险单中载明。

保险金额是保险人承担给付保险金责任的最高限额。

（二）保险费由投保人在订立本附加保险合同时一次交清，投保人未按约定交付保险费的，对于保险费交付前发生的保险事故，保险人不承担保险金给付责任。

保险期间

第九条

（一）若本附加保险合同与主保险合同同时投保，则本附加保险合同的保险期间与主保险合同的保险期间相同；

（二）若投保人在主保险合同保险期间内申请投保本附加保险合同，则本附加保险合同保险期间开始日自保险人同意承保并收取保险费时开始（以保险人的批注或批单载明的日期为准），本附加保险合同的满期日与主保险合同的满期日相同。

保险人义务

第十条

订立保险合同时，采用保险人提供的格式条款的，保险人向投保人提供的投保单应当附格式条款，保险人应当向投保人说明保险合同的内容。对保险合同中免除保险人责任的条款，

保险人在订立合同时应当在投保单、保险单或者其他保险凭证上作出足以引起投保人注意的提示，并对该条款的内容以书面或者口头形式向投保人作出明确说明；未作提示或者明确说明的，该条款不产生效力。

第十一条

本附加保险合同成立后，保险人应当及时向投保人签发保险单或其他保险凭证。

第十二条

保险人认为保险金申请人提供的有关索赔的证明和资料不完整的，应当及时一次性通知保险金申请人补充提供。

第十三条

保险人收到保险金申请人的给付保险金的请求及相关证明、材料后，应当及时作出是否属于保险责任的核定；情形复杂的，应当在 30 日内作出核定，但本附加保险合同另有约定的除外。

保险人应当将核定结果书面通知保险金申请人；对属于保险责任的，保险人应在与保险金申请人达成有关给付保险金的协议后 10 日内，履行给付保险金义务。本附加保险合同对保险金及给付期限有约定的，保险人应当依照保险合同的约定，履行给付保险金义务。对不属于保险责任的，应当自作出核定之日起 3 日内向申请人发出拒绝给付保险金通知书，并说明理由。

第十四条

保险人自收到给付保险金的请求和有关证明、资料之日起 60 日内，对其给付保险金的数额不能确定的，应当根据已有证明和资料可以确定的数额先予支付；保险人最终确定给付保险金的数额后，应当支付相应的差额。

投保人、被保险人义务

第十五条

除另有约定外，投保人应当在保险合同成立时交清保险费。

第十六条

订立保险合同，保险人就保险标的或者被保险人的有关情况提出询问的，投保人应当如实告知。

投保人故意或者因重大过失未履行前款规定的义务，足以影响保险人决定是否同意承保或者提高保险费率的，保险人有权解除本附加保险合同。

前款规定的合同解除权，自保险人知道有解除事由之日起，超过 30 日不行使而消灭。自合同成立之日起超过 2 年的，保险人不得解除合同；发生保险事故的，保险人应当承担给付保险金责任。

投保人故意不履行如实告知义务的，保险人对于合同解除前发生的保险事故，不承担给付保险金责任，并不退还保险费。

投保人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，保险人对于合同解除前发生的保险事故，不承担给付保险金责任，但应当退还保险费。

保险人在合同订立时已经知道投保人未如实告知的情况的，保险人不得解除合同；发生保险事故的，保险人应当承担给付保险金责任。

第十七条

在保险期间内，投保人因其人员变动，需增加、减少被保险人时，应以书面形式向保险人提出申请。保险人同意后出具批单，并在本保险合同中批注。

被保险人人数增加时，保险人在审核同意后，于收到申请之日的次日零时开始承担保险责任，并按约定增收未到期保险费。

被保险人人数减少时，保险人在审核同意后，于收到申请之日的次日零时起，对减少的被保险人终止保险责任（如减少的被保险人属于已离职的，保险人对其所负的保险责任自其离职之日起终止），并按约定退还未到期净保险费，但减少的被保险人本人或其保险金申请人已领取过任何保险金的，保险人不退还未到期净保险费。减少后的被保险人人数不足其在职人员 75%或人数低于 5 人时，保险人有权解除本保险合同，并按约定退还未到期净保险费。

保险金申请与给付

第十八条

（一）由被保险人作为保险金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、保险单正本原件或其它保险凭证原件；
- 2、被保险人户籍证明及身份证明；
- 3、投保人出具的被保险人的人事证明或聘用合同证明；若发生保险事故者为连带被保险人，还须提供与主被保险人的关系证明文件；
- 4、卫生行政部门批准的二级以上（含二级）医院出具的医疗费用收据正本原件及医疗费用清单、用药处方、诊断证明、影像检查报告、病历；
- 5、保险金申请人所能提供的其他与确认保险事故的性质、原因等有关的证明和资料。

（二）医疗费用收据：

被保险人支出医疗费用并提出索赔申请时，应向保险人提交医疗费用收据原件。

如被保险人在社会保险机构、其他保险公司或其它单位已经获得部分医疗费用赔偿，医疗费用收据原件已被赔付或报销单位留存，被保险人在提出索赔申请时，应向保险人提交医疗费用收据财务分割单或在医疗费用收据复印件上注明已赔付金额，并加盖赔付单位的财务章。

保险金申请人未能提供有关材料，导致保险人无法核实该申请的真实性的，保险人对无法核实部分不承担给付保险金的责任。

第十九条

保险金申请人向保险人请求给付保险金的诉讼时效期间为 2 年，自其知道或者应当知道保险事故发生之日起计算。

争议处理和法律适用

第二十条

因履行本附加保险合同发生的争议，由当事人协商解决。

协商不成的，提交保险单载明的仲裁机构仲裁。保险单未载明仲裁机构或者争议发生后未达成仲裁协议的，可向中华人民共和国有管辖权的人民法院起诉。

第二十一条

与本附加保险合同有关的以及履行本附加保险合同产生的一切争议处理适用中华人民共和国法律（不包括香港、澳门及台湾法律）。

释义

1、**周岁**：以法定身份证明文件中记载的出生日期为基础计算的实足年龄。

2、**保险人**：指与投保人签订本保险合同的阳光财产保险股份有限公司。

3、**意外伤害**：指以外来的、突发的、非本意的和非疾病的客观事件为直接且单独的原因致使身体受到的伤害。

4、**肢**：指人体的四肢，即左上肢、右上肢、左下肢和右下肢。

5、**保险金申请人**：指受益人或被保险人的继承人或依法享有保险金请求权的其他自然人。

6、**不可抗力**：指不能预见、不能避免并不能克服的客观情况。

7、**门诊急诊**：指被保险人因意外伤害事故或疾病在医院的门诊部或急诊部进行治疗。

8、**医院**：指符合下列所有条件的机构，但不包括主要作为康复、门诊、护理、疗养、戒酒、戒毒或类似的机构。

(1) 拥有合法经营执照；

(2) 设立的主要目的是向受伤者和患者提供留院治疗和护理服务；

(3) 有医师和护士提供全日 24 小时的医疗和护理服务；

(4) 二级或二级以上的医院，包括保险人认可的与二级或二级以上医院相同规模的医院。

被保险人须在本定义规定的医院治疗。急救不受此限制，但在急救情况稳定后，须转入本定义规定的医院治疗。

9、**每次门诊急诊**：指被保险人 1 日（就诊当日 0 时起至 24 时止）内在同一所医院同一个科室（例如：内科、外科、儿科、妇产科、眼科、耳鼻喉科、口腔科、中医科分别为不同的科室）就诊的门诊或急诊。

10、**必需的医疗费用**：指符合以下条件的医疗费用：

(1) 对治疗被保险人的伤害、疾病或症状合适且必需；

(2) 在范围、持续期、强度、护理上不超过为被保险人提供安全、恰当、合适的诊断或治疗所需水平；

(3) 应由医师出具处方、诊断证明；

(4) 与当地普遍接受的医疗专业标准相一致；

(5) 非主要以为个人舒适或为了被保险人父母、家庭、医师或其他护理提供方的方便；

(6) 非病人学术教育或职业培训的一部分或与之相关;

(7) 非试验性或研究性。

11、住院：指被保险人因疾病或意外伤害而入住医院之正式病房进行治疗，并正式办理入院出院手续。

家庭病床：指被保险人因疾病或意外伤害事故以及因此产生的并发症，在医院（包括住院部与门诊部）范围以外，要求医院医护人员以出诊形式上门，提供诊断、治疗服务，或被保险人没有到医院就诊，让其它人员以转述形式向医院医生讲述病情，使医生依据转述病情而开药。不包括为抢救生命由急救中心 120 派出的医护人员与救护车的急救费用及医院转诊过程中的费用。

12、性传播疾病：指发生在生殖器官的内源性或外源性通过性行为或非性行为传播的传播性疾病。

13、法定传染病：指《中华人民共和国传染病防治法》规定的传染病。分为甲类、乙类和丙类。

甲类传染病是指：鼠疫、霍乱。

乙类传染病是指：传染性非典型肺炎、艾滋病、病毒性肝炎、脊髓灰质炎、人感染高致病性禽流感、麻疹、流行性出血热、狂犬病、流行性乙型脑炎、登革热、炭疽、细菌性和阿米巴性痢疾、肺结核、伤寒和副伤寒、流行性脑脊髓膜炎、百日咳、白喉、新生儿破伤风、猩红热、布鲁氏菌病、淋病、梅毒、钩端螺旋体病、血吸虫病、疟疾。

丙类传染病是指：流行性感冒、流行性腮腺炎、风疹、急性出血性结膜炎、麻风病、流行性和地方性斑疹伤寒、黑热病、包虫病、丝虫病，除霍乱、细菌性和阿米巴性痢疾、伤寒和副伤寒以外的感染性腹泻病。

上述规定以外的其他传染病，根据其暴发、流行情况和危害程度，需要列入乙类、丙类传染病的，由国务院卫生行政部门决定并予以公布。

14、艾滋病：指人类免疫缺乏病毒引起的获得性/后天性免疫缺乏综合症，英文缩写为 AIDS。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其抗体，则可认定为感染艾滋病或艾滋病病毒。

艾滋病病毒：指后天性免疫力缺乏综合症病毒即人类免疫缺陷病毒，英文缩写为 HIV。在人类血液或其他样本中检测到艾滋病病毒或其抗体呈阳性，没有出现临床症状或体征的，为感染艾滋病病毒；如果同时出现了明显的临床症状或体征的，为患艾滋病。

15、先天性疾病：指一出生时就具有的疾病（症状或体征）。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异常，导致婴儿出生时有关器官、系统在结构或功能上呈现异常。

遗传性疾病：指生殖细胞或受精卵的遗传物质（染色体和基因）发生突变或畸变所引起的疾病，通常具有由亲代至后代的垂直传递的特征。

先天性畸形、变形或染色体异常：指被保险人出生时就具有的畸形、变形或染色体异常。先天性畸形、变形和染色体异常依照世界卫生组织《疾病和有关健康问题的国际统计分类》（ICD10）确定

16、既往症：指被保险人在保险合同载明的保险责任有效期之前所患的已知或应该知道的疾病或已存在的症状。

17、并发症：指在某种原发疾病或情况发展进程中发生的、由于原发疾病或情况、或其

他独立原因所导致的继发疾病或情况。

18、无有效驾驶证：

指被保险人存在下列情形之一者：

- (1) 无驾驶证或驾驶证有效期已届满；
- (2) 驾驶的机动车与驾驶证载明的准驾车型不符；
- (3) 实习期内驾驶公共汽车、营运客车或者载有爆炸物品、易燃易爆化学物品、剧毒或者放射性等危险物品的机动车，实习期内驾驶的机动车牵引挂车；
- (4) 持未按规定审验的驾驶证，以及在暂扣、扣留、吊销、注销驾驶证期间驾驶机动车；
- (5) 使用各种专用机械车、特种车的人员无国家有关部门核发的有效操作证，驾驶营业性客车的驾驶人无国家有关部门核发的有效资格证书；
- (6) 依照法律法规或公安机关交通管理部门有关规定不允许驾驶机动车的其他情况下驾车。

19、无有效行驶证：

指下列情形之一：

- (1) 机动车被依法注销登记的；
- (2) 无公安机关交通管理部门核发的行驶证、号牌，或临时号牌或临时移动证的机动车辆；
- (3) 未在规定检验期限内进行机动车安全技术检验或检验未通过的机动车辆。

20、未到期净保险费：未到期净保险费=保险费×(1-保险期间经过天数 / 保险期间的天数)×(1-25%)。经过天数不足一天的按一天计算。

未到期保险费：未到期保险费=保险费×(1-保险期间经过天数 / 保险期间的天数)。经过天数不足一天的按一天计算。