阳光财产保险股份有限公司

附加出境务工人员团体医疗费用补偿保险条款（2016 版）

总则

第一条

在投保阳光财产保险股份有限公司出境务工人员团体意外伤害类保险合同（以下简称“主险”）的基础上，投保人可以投保本附加险。主险合同效力终止，本附加险合同效力亦同时终止；主险合同无效，本附加险合同亦无效。本附加险合同未约定事项，以主险合同为准；主险合同与本附加险合同相抵触之处，以本附加险合同为准。凡涉及本附加险合同的约定，均应采用书面形式。

第二条

除另有约定外，本附加险合同的受益人为被保险人本人。

保险责任

第三条

本附加险的保险责任分为两个部分，投保人可以根据被保险人实际的医疗保障需求选择投保，组成本保险合同项下的保险责任。

一、突发急性病医疗保险责任

被保险人持合法有效境外工作签证或等效证件在境外工作期间因突发急性病而支出的医疗费用，保险人依照下列约定给付保险金：

（一）在主险合同有效的前提下，在本附加险保险期间内，如果被保险人突发急性病须在境外入医院治疗，就被保险人个人因该次急性病支出的合理且必需的医疗费用（境外医疗费用按汇率折合为人民币），保险人在扣除本附加险合同约定的免赔额后，按本附加险合同约定的给付比例在急性病医疗保险金额内给付急性病医疗保险金。免赔额和赔付比例由投保人和保险人在投保时约定，并在保险单上载明。

（二）在本附加险保险期间内，如果被保险人被转运回中华人民共和国后因在境外所患的上述同一急性病而仍需住院接受治疗，在中华人民共和国境内实际发生的、符合当地社会基本医疗保险范围的住院医疗费用，保险人承担突发急性病医疗保险金给付责任，最长给付期限为自转运回国之日起三十（30）日。该医疗费用为因同一急性病导致的连续发生的住院医疗费用，**不包含出院后复诊及后续康复费用**。

如果被保险人可以且已从公费医疗、社会基本医疗保险、其他费用补偿型医疗保险、政府机构或社会福利机构取得医疗费用补偿，**保险人仅负责赔偿剩余部分**。

如果被保险人没有公费医疗、社会基本医疗保险、其他费用补偿型医疗保险、政府机构或社会福利机构，或被保险人未从公费医疗、社会基本医疗保险、其他费用补偿型医疗保险、政府机构或社会福利机构取得医疗费用补偿，则保险人按其实际支出的合理必要的住院医疗费用给付急性病医疗保险金，但以保险单所载本附加险项下急性病医疗保险金额的百分之二十（20%）为限。

（三）本附加险保险期间届满被保险人治疗仍未结束的，保险人给付保险金的止期，自保险期间届满次日起计算，门诊治疗者以 15 日为限；住院治疗者至出院之日止，以 30 日为限。

（四）本附加险保险期间，无论被保险人一次或多次发生急性病，保险人均按上述约定

给付保险金，但累计给付的保险金总额达到保险单所载的该被保险人的急性病医疗保险金额时，本附加险合同对该被保险人的该项保险责任终止。

二、意外医疗保险责任

（一）在本附加险保险期间内，如果被保险人在境外期间遭受意外伤害事故须在境外入医院治疗，就被保险人在该次意外伤害事故发生之日起 180 日内支出的、合理且必需的医疗费用，（境外医疗费用按汇率折合为人民币），保险人按如下规则计算并给付保险金：

1、若医疗费用小于或等于免赔额，则保险金等于零；

2、若医疗费用大于免赔额：

（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，保险金＝（医疗费用－免赔额）×赔付比例

（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＝（医疗费用－免赔额）×赔付比例

B＝医疗费用－已取得的医疗费用补偿

若 A≤B，则保险金＝A

若 A＞B，则保险金＝B

3、免赔额和赔付比例由投保人和保险人在投保时约定，并在保险单上载明。

（二）如果被保险人被转运回中华人民共和国后因上述在境外所遭受的同一意外伤害事故仍需住院接受治疗，对于在中华人民共和国境内实际发生的、符合当地社会基本医疗保险范围的住院医疗费用，保险人承担意外医疗保险金给付责任，最长给付期限为自转运回国之日起三十（30）日。该医疗费用为因同一意外伤害事故导致的连续发生的住院医疗费用，不包含出院后复诊及后续康复费用。

如果被保险人可以且已从公费医疗、社会基本医疗保险、其他费用补偿型医疗保险、政府机构或社会福利机构取得医疗费用补偿，**保险人负责赔偿剩余部分**。

如果被保险人没有公费医疗、社会基本医疗保险、其他费用补偿型医疗保险、政府机构或社会福利机构，或被保险人未从公费医疗、社会基本医疗保险、其他费用补偿型医疗保险、政府机构或社会福利机构取得医疗费用补偿，则保险人按其实际支出的合理必要的意外医疗费用给付意外医疗保险金，但以保险单所载本附加险项下意外医疗保险金额的百分之二十（20%）为限。

（三）本附加险保险期间届满被保险人治疗仍未结束的，保险人给付保险金的止期，自保险期间届满次日起计算，门诊治疗者以 15 日为限；住院治疗者至出院之日止，以 30 日为限。

（四）无论被保险人一次或多次遭受意外伤害事故，保险人均按上述约定承担给付保险金责任，但累计给付的保险金总额达到保险单所载的该被保险人的意外医疗保险金额时，本附加保险合同对该被保险人的该项保险责任终止。

三、不论被保险人支付医疗费用时使用何种货币，保险人均按汇率折合人民币后，以人民币支付保险金。

四、本附加险合同的保险金给付责任遵循医疗费用补偿原则。保险人给付的保险金与被保险人从其它保险计划或任何其他途径取得的医疗费用补偿之和，以被保险人实际支出的医

疗费用金额为限。

责任免除

第四条

因下列情形之一，导致的本附加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）主险合同列明的责任免除事项；

（二）投保人、被保险人的任何故意行为；

（三）被保险人或其家属不遵守医院规章制度，或不配合治疗的行为；

（四）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；或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；或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）；

（五）被保险人妊娠（含宫外孕）、流产、分娩、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；整容手术、医疗事故或其他医疗导致的伤害；

（六）被保险人洗牙、洁齿、验光、矫形、整容、心理咨询、器官移植；

（七）被保险人一般身体检查、疗养、静养或心理治疗等非治疗性行为；

（八）在境内医院治疗时发生的保险单签发地社会医疗保险（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等非商业性质保险计划）规定的药品目录、诊疗项目目录以及服务设施范围和支付标准以外的费用。

保险金额和保险费

第五条

（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。保险金额一经确定，在保险期间内不得变更。

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险合同时一次交付，**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

第六条

（一）若本附加险合同与主险合同同时投保，则本附加险合同的保险期间与主险合同的保险期间相同，最长不超过一年；

（二）若投保人在主险合同保险期间内申请投保本附加险合同，则本附加险合同保险责任开始日为保险人同意承保并收取保险费的次日零时开始（以保险人的批注或批单载明的日期为准），本附加险合同的满期日与主险合同的满期日相同，最长不超过一年，以保险单载明的起讫时间为准。

保险金的申请与给付

第七条

保险金申请人向保险人申请给付保险金时，应提交作为索赔依据的证明和材料。保险金申请人因特殊原因不能提供以下材料的，应提供其它合法有效的材料。若保险金申请人委托他人申请的，还应提供授权委托书原件、委托人和受托人的身份证明等相关证明文件。**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。**

（一）由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、医院出具的医疗费用收据原件、诊断证明、病历、医疗费用明细清单；

4、境外出险并在境外治疗的需提供境外医院合法的资质证明；

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、损失程度等有关的证明和资料。

6、被保险人护照首页及出入境记录页。

（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。当赔付金额未达实际支出医疗费用的全额时，保险金申请人可以书面形式向保险人申请退还收据原件。保险人在加盖印戳并注明已赔付金额后退还收据原件。

如被保险人在社保机构、其他保险人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。

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、医院：

（一）境外（含香港、澳门、台湾地区）的医院：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、戒毒等机构或类似的机构。

（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二十四小时的医疗和护理服务。

（二）境内（除香港、澳门、台湾地区以外的中国地区）的医院：指经卫生行政部门批准的二级或二级以上的医院，包括保险人认可的具有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，但在病情稳定后，须转入本定义规定的医院治疗。

5、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）非主要以为了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。

6、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。

7、突发急性病：指被保险人在保险生效之前未曾接受治疗或诊断、在境外期间突然发生的、并且必须立即接受治疗方能避免身体或生命伤害的疾病，不包括既往疾病、慢性病、精神病、精神分裂、艾滋病、性传播疾病、遗传性疾病、先天性疾病或缺陷、先天性畸形、牙齿治疗（但因意外伤害事故导致的必须进行的牙科门诊治疗不在此限）、预防性手术等非必须紧急治疗的手术、器官移植。

8、汇率：指意外伤害事故发生之日，国家外汇管理局网站（www.safe.gov.cn）公布的人民币汇率中间价。