

阳光财产保险股份有限公司  
团体医疗保险 C 款条款（2018 版）  
（注册编号：C00009332512018051112962）

总则

**第一条**

本保险合同由保险单、保险条款、投保单等与本保险合同有关的投保文件、合法有效的声明、批注、附贴批单及其他有关书面文件构成。凡涉及本保险合同的约定，均应采用书面形式。

**第二条**

被保险人：凡身体健康、能正常工作或生活的人员，均可作为本保险合同的被保险人。

连带被保险人：被保险人的出生满三十天至十八周岁（不含十八周岁）且身体健康、能正常学习、生活的未成年子女、配偶、父母，经保险人同意可作为本保险合同的连带被保险人，由投保人统一向保险人投保本保险合同。

以下所称“被保险人”无特别说明的，均指被保险人和连带被保险人。

**第三条**

投保人：对被保险人具有保险利益的机关、企事业单位、工会组织、社会团体等合法团体可以作为投保人，为符合参保条件的所有人员向阳光财产保险股份有限公司（以下简称“保险人”）投保本保险合同，其投保人数不低于三人。

**第四条**

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

**第五条**

本保险合同的保险责任分为二个部分，投保人可以根据投保团体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，并由保险人在保险单中载明。

一、一般医疗保障

对于未参加当地社会医疗保险的团体，可单独投保以下必选保障，也可在投保必选保障的基础上投保可选保障。

（一）必选保障：一般住院医疗保障

在保险期间内，被保险人因遭受意外伤害或自本保险合同生效九十天后因罹患疾病（续保不受此限），在保险人指定或认可的医疗机构住院治疗，保险人根据住院治疗期间所发生的符合保险单签发地城镇职工基本医疗保险管理规定的住院医疗费用，在扣除绝对免赔额以后按本保险合同约定比例承担保险责任，保险人累计给付的金额以本保险合同约定的住院

**医疗保险金额为限，超出部分保险人不承担保险责任。**

**(二) 可选保障：一般门（急）诊医疗保障**

在保险期间内，被保险人因遭受意外伤害或自本保险合同生效九十天后因罹患疾病（续保不受此限），在保险人指定或认可的医疗机构进行门（急）诊治疗，保险人根据门（急）诊治疗期间所发生的符合保险单签发地城镇职工基本医疗保险管理规定的门（急）诊医疗费用，**在扣除绝对免赔额以后按本保险合同约定比例承担保险责任，保险人累计给付的金额以本保险合同约定的门（急）诊医疗保险金额为限，超出部分保险人不承担保险责任。**

**二、补充医疗保障**

对于已参加当地社会医疗保险的团体，可单独投保以下必选保障，也可在投保必选保障的基础上投保可选保障。

**(一) 必选保障：补充住院医疗保障**

本保险责任分为四个部分，投保人可以选择投保其中的一项或几项。

在保险期间内，被保险人因遭受意外伤害或自本保险合同生效九十天后因罹患疾病（续保不受此限），在保险人指定或认可的医疗机构住院治疗，保险人根据投保人投保时选择的保障内容，承担下列相应的保险责任。

**1、起付线以下自付部分补充住院医疗保险**

保险人对被保险人发生的住院医疗保险起付线以下的合理的住院医疗费用中应由其个人自付的费用，**在扣除绝对免赔额以后按本保险合同约定比例承担保险责任，保险人累计给付的金额以本保险合同约定的该项保险金额为限，超出部分保险人不承担保险责任。**

**2、起付线至基本住院封顶线部分补充住院医疗保险**

保险人对被保险人发生的住院医疗保险起付线至基本住院封顶线部分的合理的住院医疗费用中应由其个人自付的费用，**在扣除绝对免赔额以后按本保险合同约定比例承担保险责任，保险人累计给付的金额以本保险合同约定的该项保险金额为限，超出部分保险人不承担保险责任。**

**3、基本住院封顶线至大额互助封顶线部分补充住院医疗保险**

保险人对被保险人发生的住院医疗保险基本住院封顶线至大额互助封顶线部分的合理的住院医疗费用中应由其个人自付费用，**在扣除绝对免赔额以后按本保险合同约定比例承担保险责任，保险人累计给付的金额以本保险合同约定的该项保险金额为限，超出部分保险人不承担保险责任。**

**4、大额互助封顶线以上部分补充住院医疗保险**

保险人对被保险人发生的住院医疗保险大额互助封顶线以上的合理的住院医疗费用中应由其个人自付的费用，**在扣除绝对免赔额以后按本保险合同约定比例承担保险责任，保险人累计给付的金额以本保险合同约定的该项保险金额为限，超出部分保险人不承担保险责任。**

**(二) 可选保障：补充门（急）诊医疗保障**

在保险期间内，被保险人因遭受意外伤害或自本保险合同生效九十天后因罹患疾病（续

保不受此限），在保险人指定或认可的医疗机构进行门（急）诊治疗，保险人根据所发生的合理的门（急）诊医疗费用中应由被保险人个人自付的费用，在扣除绝对免赔额以后按本保险合同约定比例承担保险责任，保险人累计给付的金额以本保险合同约定的该项保险金额为限，超出部分保险人不承担保险责任。

## 第六条

补偿原则：本保险合同中的一般医疗保障责任、补充医疗保障责任均属补偿型医疗费用保险责任，被保险人通过任何途径（包括本保险）所获得的医疗费用补偿金额总和，不得超过被保险人实际支出的合理医疗费用金额。

## 责任免除

### 第七条

因下列情形之一，导致被保险人发生门（急）诊、住院医疗费用支出的，保险人不承担保险金给付责任：

一、投保前已患有的疾病、生理缺陷及伤残；

二、投保人故意致使被保险人患病或伤残；被保险人故意自致的疾病或伤残；

三、被保险人犯罪或拒捕行为；

四、被保险人挑衅或故意行为而导致的打斗、被袭击；

五、被保险人饮酒及服用、吸食、注射毒品或滥用政府管制药品；

六、被保险人酒后驾驶、无有效驾驶证驾驶及驾驶无有效行驶证的机动车辆或助动车辆；

七、被保险人未遵医嘱，私自服用、涂用、注射药物；

八、被保险人感染艾滋病病毒（H I V呈阳性）、患艾滋病（AIDS）、性病或感染艾滋病病毒（H I V呈阳性）、患艾滋病（AIDS）、性病期间罹患其他疾病；

九、被保险人患精神疾患、职业病、特定传染病、地方病及接受美容整形手术、矫形、变性手术治疗；

十、被保险人怀孕（含宫外孕）、流产、堕胎、分娩（含剖腹产）、避孕、节育绝育手术、治疗不孕不育症、人工受孕及由此导致的并发症；

十一、被保险人的心理咨询、一般健康检查或疗养、康复，以捐献身体器官为目的的行为；

十二、被保险人从事潜水、跳伞、攀岩、探险、武术、摔跤、特技、赛马、赛车等高风险运动或活动；

十三、因交通事故、医疗事故或其他责任事故造成的人身伤害；

十四、战争、军事行动、暴乱、恐怖行动及武装叛乱期间遭受意外事故或患疾病；

十五、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。

## 保险金额、免赔额与保险金给付比例

### 第八条

#### 一、保险金额

本保险合同的保险金额由投保人与保险人协商确定，并在保险单中载明。保险金额一经确定，中途不得变更。

二、本保险合同中绝对免赔额、给付比例由投保人和保险人在投保本保险合同时协商确定，并在保险单中载明。

## 保险费

### 第九条

1、本保险合同的保险费根据投保人选定的保险责任、投保双方约定的免赔额、保险金给付比例、保险金额及被保险人的风险状况确定，并在保险单中载明。

2、交费方式和交费时间由投保人和保险人双方确定，并在保险单上载明。

## 保险期间

### 第十条

本保险合同的保险期间由保险人和投保人协商确定，最长不超过一年，自本保险合同生效日的零时起到本保险合同满期日的二十四时止，以保险单载明的日期为准。

每个保险期间届满之前，投保人与保险人可以协商决定是否续保，续保需双方书面确认。保险人有权重新核定续保保险费。若双方于保险期间届满之前未达成续保协议，则本保险合同自本保险合同满期日的二十四时自动终止。

若本保险合同双方确认续保，则本保险合同新的保险期间为自上个保险期间满期之日的次日零时起顺延一年。

## 保险人义务

### 第十一条

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。

### 第十二条

本保险合同成立后，保险人应当及时向投保人签发保险单或其他保险凭证。

### **第十三条**

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。

### **第十四条**

保险人收到保险金申请人的保险金给付申请书及有关证明和资料后，应及时做出是否属于保险责任的核定；情形复杂的，应当在三十日内作出核定，但本保险合同另有约定的除外。

保险人应当将核定结果通知保险金申请人。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数额的协议后十日内，履行给付保险金义务；保险合同对给付保险金的期限有约定的，保险人应当按照约定履行给付保险金的义务。保险人依照前款约定作出核定后，对不属于保险责任的，应当自作出核定之日起三日内向被保险人或者受益人发出拒绝给付保险金通知书，并说明理由。

### **第十五条**

保险人自收到给付保险金的请求和有关证明、资料之日起六十日内，对其给付的数额不能确定的，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的数额后，应当支付相应的差额。

## **投保人、被保险人义务**

### **第十六条**

除另有约定外，投保人应当在保险合同成立时交清保险费。

### **第十七条**

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，超过三十日不行使而消灭。自保险合同成立之日起超过二年的，保险人不得解除合同；发生保险事故的，保险人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。

### **第十八条**

投保人住所或通讯地址变更时，应及时以书面形式通知保险人。投保人未通知的，保险人按本保险合同所载的最后住所或通讯地址发送的有关通知，均视为已发送给投保人。

### 第十九条

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，并按约定增收未满期净保险费。

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），并按约定退还未满期净保险费，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，保险人不退还未满期净保险费。减少后的被保险人人数不足三人时，保险人有权解除本保险合同，并按约定退还未满期净保险费。

### 第二十条

投保人、被保险人或者保险金受益人知道保险事故发生后，应当及时通知保险人。**故意或者因重大过失未及时通知，致使保险事故的性质、原因、损失程度等难以确定的，保险人对无法确定的部分，不承担给付保险金责任**，但保险人通过其他途径已经及时知道或者应当及时知道保险事故发生的除外。

上述约定，不包括因不可抗力而导致的迟延。

## 保险金的申请与给付

### 第二十一条

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。**

由保险金申请人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、投保证明及保险单或其它保险凭证原件；
- 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诊断证明及医疗费用原始凭证；
- 4、保险金申请人所能提供的与确认保险事故的性质、原因、损失程度等有关的其它证明和资料。

### 第二十二条

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二年，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

### 第二十三条

因履行本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且争议发生后未达成仲裁协议的，依法向中华人民共和国有管辖权的人民法院起诉。

### 第二十四条

与本保险合同有关的以及履行本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）。

## 其他事项

### 第二十五条

本保险合同成立后，投保人可以书面申请要求解除本保险合同，但保险人已根据本保险合同约定给付保险金的除外。

一、投保人要求解除本保险合同时，应提供下列证明和材料：

- 1、保险单正本；
- 2、解除保险合同申请书；
- 3、保险人所需的投保人所能提供的其它相关证明和资料。

二、投保人申请要求解除本保险合同的，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三十日内退还未满期净保险费。

## 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。
- 3、**不可抗力**：指不能预见、不能避免并不能克服的客观情况。
- 4、**团体**：指中国境内具有三人以上且非因购买保险而组织的合法团体。包括国家机关、院校、企事业单位、行业组织、职业工会等。
- 5、**医院**：指保险人指定医院或中华人民共和国境内（不包括香港、澳门及台湾）合法经营的区（县）级以上公立医院，但不包括主要作为诊所、康复、护理、休养、静养、戒酒、戒毒等或类似的医疗机构。该医院必须具有符合国家有关医院管理规则设置标准的医疗设备，且全天二十四小时有合格医师及护士驻院提供医疗及护理服务。
- 6、**住院**：指被保险人因疾病或意外伤害而入住医院的正式病房进行治疗，并正式办理入院手续，不包括入住门诊观察室、其他非正式病房或挂床住院。
- 7、**合理的门（急）诊医疗费用**：指门（急）诊治疗期间发生的符合保险单签发地社会

医疗保险管理规定的医疗费用。

**8、合理的住院医疗费用：**指住院治疗期间发生的符合保险单签发地社会医疗保险管理规定的医疗费用。

**9、个人自付的费用：**被保险人发生的符合保险单签发地社会医疗保险管理规定的门诊及住院医疗费用中，由个人自付的医疗费用，**但不包括保险单签发地社会医疗保险管理规定的乙类药品、进行特殊检查和特殊治疗及转外就医需个人先行自负一定比例的医疗费用及社会医疗保险管理规定以外的个人自费的医疗费用。**

**10、住院医疗保险起付线：**根据保险单签发地社会医疗保险管理规定，统筹基金支付参保人员住院医疗费之前设起付标准，由个人完全自付。

**11、基本住院封顶线：**根据保险单签发地社会医疗保险的管理规定，统筹基金支付参保人员住院医疗费用的最高限额。

**12、大额互助封顶线：**根据保险单签发地社会医疗保险的管理规定，大额医疗费用互助基金支付参保人员超过基本住院封顶线以上部分住院医疗费用的最高限额。

**13、手术：**指被保险人因疾病或意外伤害住院后，为治疗疾病、挽救生命而施行的外科手术，**不包括活检、穿刺、造影等创伤性检查及康复性手术。**

**14、净保险费：**指所交保险费扣除管理费（含营业费用、各项税金、保险保障基金等）和佣金，扣除部分占所交保险费的25%。

**15、未到期保险费：**未到期保险费=保险费×[1-(保险单已经过天数/保险期间天数)]。经过天数不足一天的按一天计算。

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

**17、社会医疗保险：**社会医疗保险包括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、医疗救助等政府举办的基本医疗保障项目。