

阳光财产保险股份有限公司
心脑血管医疗保险A款条款
(注册编号: C00009332512019102103391)

第一部分 总则

第一条 合同构成

本保险合同(以下简称“本合同”)由保险条款、投保单或者其他投保文件、保险单或者其他保险凭证、批单以及其他有关书面约定构成。凡涉及本合同的约定,均应当采用书面形式。

第二条 被保险人

凡投保时年龄65周岁以下(含)(续保时最高年龄可至85周岁(含)),且身体健康、能正常生活、学习或工作的自然人,可作为本合同的被保险人。

第三条 投保人

具有完全民事行为能力的被保险人本人或者对被保险人具有保险利益的其他个人或者组织,可作为本合同的投保人。

第四条 受益人

除另有约定外,本合同保险金的受益人(以下简称“受益人”)为被保险人本人。

第二部分 保障内容

第五条 保险责任

在保险期间内,被保险人自保险期间起始之日起经过60日(本合同另有约定的以约定为准)的等待期后(续保则不受等待期的限制),经保险人指定或认可的医疗机构的专科医生首次确诊患有本合同约定的一种或多种特定心脑血管疾病,经保险人指定或认可的医疗机构的专科医生诊断需接受且已实际实施了本合同约定的一种或多种心脑血管手术的,保险人按下列约定承担给付保险金责任:

(一) 支架费用医疗保险金责任

被保险人在保险人指定或认可的医疗机构首次实施了本合同约定的心脑血管手术的,且手术中所用支架属于保险人指定的支架清单(具体在保险单中列明)范围内的,保险人对由此发生的合理且必需的支架费用(不含耗材),在扣除被保险人通过其他任何途径(包括社会医疗保险、公费医疗、互助保险、本保险人在内的任何商业保险机构、公益慈善机构、第三方责任人等)已获得的补偿及本合同约定的免赔额后,按本合同约定的给付比例在心脑血管医疗保险金额内给付支架费用医疗保险金。同时,此项保险责任终止。

(二) 药品费用医疗保险金责任

被保险人在保险人指定或认可的医疗机构首次实施了本合同约定的心脑血管手术,对于后续治疗该疾病发生的同时满足以下条件的药品费用,保险人在扣除被保险人通过其他任何途径(包括社会医疗保险、公费医疗、互助保险、本保险人在内的任何商业保险机构、

公益慈善机构、第三方责任人等)已获得补偿及本合同约定的免赔额后,按本合同约定的给付比例在心脑血管医疗保险金额内给付药品费用医疗保险金。

药品费用需满足以下全部条件:

1. 用于治疗特定心脑血管疾病的药品处方是经保险人指定或认可的医疗机构的专科医生开具的、被保险人当前治疗合理且必需的药品;
2. 每次药品的处方剂量不超过 31 日,如有超出,需征得保险人的同意;
3. 上述药品处方中所列明的药品属于保险人指定的药品清单(具体在保险单中列明)中的药品;
4. 上述药品处方中所列明的药品是在保险人指定或认可的医疗机构或保险人指定或认可的药店购买的药品;
5. 在保险人指定或认可的药店购买的药品应符合药品处方审核及购药流程的约定;
6. 药品费用产生的期限为首次实施本合同约定的心脑血管手术之日起 12 个月。

保险人根据本合同给付的支架费用医疗保险金和药品费用医疗保险金累计以心脑血管医疗保险金额为上限,当达到该限额时,本合同约定的保险责任终止。

本合同约定的特定心脑血管疾病具体包括:

1. 急性心肌梗塞;
2. 不典型急性心肌梗塞;
3. 严重冠心病;
4. 脑梗塞(或称脑栓塞)。

本合同约定的心脑血管手术具体包括:

1. 冠状动脉支架手术;
2. 冠状动脉搭桥术(或称冠状动脉旁路移植术);
3. 脑血管支架手术;
4. 颈动脉支架成形术;
5. 颈动脉内膜切除术。

第六条 免赔额与给付比例

免赔额与给付比例由投保人和保险人在签订本合同时协商确定,并在保险单中载明。

第七条 补偿原则与赔付标准

(一)本合同中支架费用医疗保险金和药品费用医疗保险金均适用医疗费用补偿原则。若被保险人已从其他任何途径(包括社会医疗保险、公费医疗、互助保险、本保险人在内的任何商业保险机构、公益慈善机构、第三方责任人等)获得医疗费用补偿,则保险人仅对被保险人个人实际支付的医疗费用扣除其所获医疗费用补偿后的余额按照本合同的约定进行赔付。社会医疗保险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。

(二)被保险人以参加社会医疗保险身份投保,但未以参加社会医疗保险身份就诊并结算医疗费用的,保险人根据保险单中单独约定的给付比例进行赔付。

第八条 责任免除

由于下列任何原因，导致被保险人发生医疗费用的，保险人不承担给付保险金的责任：

- （一）被保险人在首次投保本保险前已被确诊患有的特定心脑血管疾病；
- （二）被保险人未遵医嘱而私自服用、涂用或者注射药物；
- （三）遗传性疾病，先天性疾病、畸形、变形或者染色体异常；
- （四）等待期内出现的症状、体征或接受检查但在等待期后确诊的特定心脑血管疾病。

在下列期间，被保险人发生医疗费用的，保险人不承担给付保险金的责任：

- （一）被保险人醉酒或者受酒精、毒品或者管制药品的影响期间；
- （二）被保险人被司法机关采取强制措施期间或者被判入狱期间；
- （三）被保险人患艾滋病（AIDS）或者感染艾滋病病毒（HIV 阳性）期间；

对被保险人发生的下列任何费用，保险人不承担给付保险金的责任：

- （一）在非保险人指定或认可的医疗机构进行治疗而发生的费用；
- （二）在非保险人指定或认可的医疗机构或非保险人指定或认可的药店购买药品而发生的费用；
- （三）被保险人使用的支架不属于保险人指定的支架清单中所列支架而产生的支架费用；
- （四）被保险人使用的药品不属于保险人指定的药品清单中所列药品而产生的药品费用；
- （五）被保险人在首次实施本合同约定的心脑血管手术之日起 12 个月后产生的药品费用；
- （六）被保险人未接受本合同约定的心脑血管手术而单独购药产生的药品费用；
- （七）被保险人未按本合同约定的处方审核及购药流程进行购药申请或经申请未审核通过；
- （八）药品处方的开具与国家食品药品监督管理局批准的该药品说明书中所列明的适应症用法用量不符。

第九条 保险金额

保险金额是保险人承担给付保险金责任的最高限额，由投保人与保险人协商确定，并在本合同中载明。

第十条 保险费

投保人应该按照本合同约定向保险人交付保险费。

第十一条 保险期间

本合同保险期间由投保人和保险人协商确定，最长不超过 1 年，具体以本合同中载明的起讫时间为准。

第十二条 续保

本合同保险期间届满后 15 日内（含第 15 日），投保人可向保险人申请续保本合同。续保不再计算等待期。**本合同为非保证续保合同**。续保时保险人根据被保险人的年龄、医疗费用水平变化、本合同整体经营状况调整被保险人续保时的费率。费率调整适用于本合同的所有被保险人或同一投保年龄段的所有被保险人，保险人不会因为某一被保险人的健康状况变化而单独调整该被保险人的续保费率。在投保人接受费率调整的前提下，保险人方可为投保人办理续保手续。

被保险人发生“支架费用医疗保险金”或“药品费用医疗保险金”理赔后，保险人不再接受投保人的续保申请。

若被保险人超过 85 周岁，保险人不再接受投保人的续保申请或重新投保。

若本合同统一停售的，保险人不再接受投保人的续保申请。

第三部分 保险人义务

第十三条 提示和说明

订立本合同时，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。

第十四条 保险单和保险凭证

本合同成立后，保险人应当及时向投保人签发保险单或其他保险凭证。

第十五条 补充索赔证明和资料的通知

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。

第十六条 及时核定、赔付义务

保险人收到保险金申请人的给付保险金的请求后，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，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。本合同对给付保险金期限有约定的，保险人应当依照保险合同的约定，履行给付保险金义务。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 3 日内向保险金申请人发出拒绝给付保险金通知书，并说明理由。

第十七条 先行赔付义务

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。

第十八条 退还保险费义务

投保人符合保险法规定的退还保险费相关要求的，保险人应当按照保险法相关规定退还

未满期净保险费。

第四部分 投保人、被保险人义务

第十九条 交费义务

投保人应按照本保险合同的约定交付保险费。

本保险合同约定一次性交付保险费或对保险费交付方式、交付时间没有约定的，投保人应在保险期间起始日前一次性交付保险费；约定以分期付款方式交付保险费的，投保人应按期交付保险费。

第二十条 如实告知义务

订立本合同时，保险人就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约定的义务，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，保险人对于本合同解除前发生的保险事故，不承担给付保险金的责任，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，保险人对于本合同解除前发生的保险事故，不承担给付保险金的责任，但应当退还保险费。

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

第二十一条 住址或通讯地址变更告知义务

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。

第二十二条 保险事故通知义务

投保人、被保险人或者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，不承担给付保险金的责任，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。

第五部分 保险金申请与给付

第二十三条 保险金的申请

保险金申请人请求赔偿时，应向保险人提供以下证明和资料。保险金申请人因特殊原因不能提供以下材料的，应提供其他合法有效的材料。**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) 保险金给付申请书；
- (二) 保险单或者其他保险凭证、批单；

(三) 保险金申请人的身份证明文件，若保险金申请人委托他人申请，还应当提供授权委托书、委托人和受托人的身份证明文件；

(四) 保险人指定或认可的医疗机构出具的医疗费用原始收据及明细、诊断证明、病历、出院小结；

(五) 保险人指定或认可的药店出具的药品费用清单、药品费用发票；

(六) 投保人、被保险人或者受益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他证明和资料。

对于保险人已经与其指定或认可的药店直接结算的药品费用，保险人不再接受被保险人对该部分保险金的申请。

第六部分 争议处理与法律适用

第二十四条 争议处理

因履行本合同发生的争议，由当事人协商解决。协商不成的，提交本合同载明的仲裁机构仲裁；本合同未载明仲裁机构且争议发生后未达成仲裁协议的，依法向人民法院起诉。

第二十五条 法律适用

与本合同有关的以及履行本合同产生的一切争议处理适用中华人民共和国法律(不包括港、澳、台地区法律)。

第七部分 保险合同的变更与解除

第二十六条 保险合同的变更

除另有约定外，经投保人、保险人双方协商一致后，可变更本合同的有关内容，由保险人在本合同保险单或者其他保险凭证上加以批注或者附贴批单，或者由投保人和保险人订立合同变更书面协议。

第二十七条 保险合同的解除

在本合同成立后，投保人可以书面形式通知保险人解除本合同，但保险人已根据本合同约定给付保险金的除外。

投保人解除本合同时，应当提供下列证明和资料：

- (一) 保险合同解除申请书；
- (二) 保险单或者其他保险凭证、批单；
- (三) 投保人身份证明；
- (四) 保险费交付凭证。

投保人要求解除本合同，自保险人接到保险合同解除申请书之日次日零时起，本合同的效力终止。保险人收到上述证明文件和资料之日起 30 日内退还未满期净保险费。

第八部分 释义

1、**首次确诊**：指被保险人患同时符合以下条件的特定心脑血管疾病，

(一)被保险人自出生后首次出现该特定心脑血管疾病之症状体征；

(二)被保险人在本合同有效期内首次出现该特定心脑血管疾病之症状体征并被确诊患该特定心脑血管疾病；

(三)该特定心脑血管疾病之症状体征符合本合同的定义；

(四)该特定心脑血管疾病已在本合同中列明。

对于被保险人在本合同保险期间起始之日前出现的本合同所列的特定心脑血管疾病，保险人不承担给付保险金责任。

2、保险人指定或认可的医疗机构：包括保险人指定的医疗机构，以及符合下列条件的医疗机构：境内二级甲等以上（含）公立医院，具有符合有关医院管理规定设置标准的医疗设备，并且提供二十四小时有合格医师及护士的医疗和护理等服务的医疗机构，**但不包括境外医院、中外合资医院、民营医院、康复中心、联合诊所、特需（特色）门诊、特需病房以及主要为门诊、康复、护理、疗养、戒酒、戒毒或者相类似目的提供服务的医疗机构。**

3、保险人指定或认可的药店：经保险人审核认可，能够满足下列全部条件，为被保险人提供药品处方审核、购药或配送服务的药店，具体以保险人提供的药店名单为准（具体在保险单中列明）。

(一)取得国家药品经营许可证、GSP 认证；

(二)该药店内具有药师等专业人员提供服务。

4、合理且必需：指同时满足以下条件：

(一)符合通常惯例：指医疗费用与接受医疗服务所在地通行治疗规范、通行治疗方法、平均医疗费用价格水平一致。

对是否符合通常惯例，由保险人根据客观、审慎、合理的原则进行审核；如果被保险人对审核结果有不同意见，可由双方认同的权威医学机构或者权威医学专家进行审核鉴定。

(二)医学必需：指医疗费用符合下列所有条件：

1. 治疗本合同约定的特定心脑血管疾病所必需的项目；
2. 不超过安全、足量治疗原则的项目；
3. 由医生开具的处方药；
4. 非试验性的、非研究性的项目；
5. 与接受治疗当地普通接受的医疗专业实践标准一致的项目。

对是否医学必需由保险人根据客观、审慎、合理的原则进行审核；如果被保险人对审核结果有不同意见，可由双方认同的权威医学机构或者权威医学专家进行审核鉴定。

5、药品处方审核及购药流程：

在保险期间内，被保险人自保险期间起始之日起经过 60 日（本合同另有约定的以约定为准）的等待期后（续保则不受等待期的限制），经保险人指定或认可的医疗机构的专科医生首次确诊患有本合同约定的一种或多种特定心脑血管疾病，并在保险人指定或认可的医疗机构首次实施了本保险条款约定的心脑血管手术，根据保险人指定或认可的医疗机构的专科

医生开具的用于治疗该疾病的药品处方购买属于保险人指定的药品清单中的药品，应按以下流程进行授权申请、药品处方审核、药品自取、药品寄送服务：

（一）授权申请

被保险人作为申请人向保险人或保险人授权的第三方机构提交药品授权申请（以下简称“授权申请”），并按照保险人要求提交相关授权申请材料，主要包括与被保险人相关的个人信息、被保险人经保险人指定或认可的医疗机构的专科医生首次确诊患有本合同约定的一种或多种特定心脑血管疾病的诊断证明（应包含确诊日期）、被保险人在保险人指定或认可的医疗机构首次实施本合同约定的心脑血管手术的证明（包含手术日期）、与诊断证明相关的检查检验报告、出院小结、药品处方及其他所需要的医学材料。

如果申请人未提交授权申请或者授权申请审核未通过，保险人不承担给付药品费用医疗保险金的责任。

（二）药品处方审核

保险人安排授权指定的第三方服务商进行药品处方审核。对于药品处方审核中，申请人授权申请时提交的与被保险人相关的医学材料，不足以支持药品处方审核要求的，或者被保险人的医学材料中相关的科学方法检验报告结果，不支持药品处方的开具的，保险人有权要求被保险人补充其他与药品处方审核相关的医学材料。

如果申请人的药品处方审核未通过，保险人不承担给付药品费用医疗保险金的责任。

（三）药品自取、药品寄送服务

药品处方审核通过后，申请人须从保险人指定或认可的药店名单中选定购药药店，由保险人指定授权的第三方服务商提供购药凭证。申请人须在购药凭证生成后的 30 日内完成到店自取或预约药品寄送服务（邮费自理），取药时需提供药品处方、购药凭证、被保险人的有效身份证件。

6、急性心肌梗塞：指因冠状动脉阻塞导致的相应区域供血不足造成部分心肌坏死。须满足下列至少三项条件：

1. 典型临床表现，例如急性胸痛等；
2. 新近的心电图改变提示急性心肌梗塞；
3. 心肌酶或者肌钙蛋白有诊断意义的升高，或者呈符合急性心肌梗塞的动态性变化；
4. 发病 90 天后，经检查证实左心室功能降低，如左心室射血分数低于 50%。

7、不典型急性心肌梗塞：指被临床诊断为急性心肌梗塞并接受了急性心肌梗塞治疗，虽然未达到重大疾病“急性心肌梗塞”的给付标准，但满足下列条件：

1. 肌钙蛋白有诊断意义的升高；
2. 心电图有损伤性的 ST 段改变但未出现病理 Q 波。

8、严重冠心病：指经心脏科专科医师根据冠状动脉造影检查结果确诊的三支主要血管（左冠状动脉主干和右冠状动脉，或前降支、左旋支和右冠状动脉）严重狭窄性病变（至少一支血管管腔直径减少 75% 以上和其他两支血管管腔直径减少 60% 以上）。前降支、左旋支及右冠状动脉的分支血管的狭窄不作为本保障的衡量指标。

9、脑梗塞（或脑栓塞）：指实际发生了脑血管的突发病变并出现神经系统功能障碍表现，头颅断层扫描（CT）、核磁共振检查（MRI）等影像学检查证实存在对应病灶，确诊为脑栓塞或者脑梗塞。**短暂性脑缺血发作（TIA）和腔隙性脑梗塞不在保障范围内。**

10、冠状动脉支架手术：指为治疗明显的冠状动脉狭窄性疾病，在保险期间内首次实际实施了冠状动脉球囊扩张成形术、冠状动脉支架植入术、冠状动脉粥样斑块切除术或者激光冠状动脉成形术。

11、冠状动脉搭桥术（或称冠状动脉旁路移植术）：指为治疗严重的冠心病，在保险期间内首次实际实施了开胸进行的冠状动脉血管旁路移植的手术。**冠状动脉搭桥术不包括冠状动脉支架植入术、心导管球囊扩张术、激光射频技术及其它非开胸的介入手术、腔镜手术。**

12、脑血管支架手术：指为治疗严重的脑血管疾病，在保险期间内首次实际实施的经皮经导管进行的支架介入手术。

13、颈动脉支架成形术：指为治疗脑梗塞，在保险期间内首次实际实施了颈动脉支架成形术。手术操作时在股动脉做一个穿刺小孔，将保护装置透过导管送至颈部动脉，再置放支架，即可将已呈现硬化、狭窄的颈动脉部位撑开。

14、颈动脉内膜切除术：指因颈动脉狭窄性疾病，为治疗脑梗塞，在保险期间内首次实际接受了直视颈动脉内膜剥脱术或颈动脉内膜切除术。颈动脉包括颈总动脉、颈内动脉和颈外动脉。**经导管颈动脉内手术不在保障范围内。**

15、先天性疾病、畸形、变形或者染色体异常：指被保险人出生时就具有的疾病、畸形、变形或者染色体异常。先天性疾病、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》（ICD-10）确定。

16、毒品：指中华人民共和国刑法规定的鸦片、海洛因、甲基苯丙胺（冰毒）、吗啡、大麻、可卡因以及国家规定管制的其他能够使人形成瘾癖的麻醉药品和精神药品。

17 管制药品：指根据《中华人民共和国药品管理法》及有关法规被列为特殊管理的药品，包括麻醉药品，精神药品，毒性药品及放射性药品。

18、感染艾滋病病毒或患艾滋病：艾滋病病毒指人类免疫缺陷病毒，英文缩写为 HIV。艾滋病指人类免疫缺陷病毒引起的获得性免疫缺陷综合征，英文缩写为 AIDS。在人体血液或其它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临床症状或体征的，为患艾滋病。

19、保险金申请人：指受益人或者依法享有保险金请求权的其他自然人。

20、不可抗力：指不能预见、不能避免并不能克服的客观情况。

21、未到期净保险费： $未到期净保险费 = 保险费 \times [1 - (保险单已经过天数 / 保险期间天数)] \times (1 - 退保手续费率)$ 。经过天数不足一天的按一天计算。退保手续费率由保险人和投保人在签订本合同时约定确定，并在保险单中载明。