

阳光财产保险股份有限公司

社保补充医疗保险条款

(阳光财险) (备-医疗保险) [2021] (主) 001 号

(注册号: C00009332512020091800692)

总则

第一条 保险合同构成

本保险合同(以下简称“本合同”)由保险条款、投保单、保险单(包含电子保险单,下同)或其他保险凭证、批单等组成。

凡涉及本合同的约定,均采用书面形式(包括电子文档形式)。

第二条 保险人

本合同中的保险人为阳光财产保险股份有限公司。

第三条 投保人

本合同的投保人应为具有完全民事行为能力的被保险人本人、对被保险人有保险利益的其他人。

团体属于法人或非法人组织的,团体可作为投保人,为本团体内参加**国家基本医疗保险**或**公费医疗**的**成员**向保险人投保本保险;团体属于法人或非法人组织以外的其他不以购买保险为目的而组成的团体的,投保人可以是特定团体中的自然人。本合同另有约定的按约定内容执行。

第四条 被保险人

凡参加国家基本医疗保险或公费医疗的自然人成员,可作为本合同的被保险人。

第五条 受益人

除另有约定外,本合同的受益人为被保险人本人。

投保人指定或变更受益人时须经被保险人同意。

被保险人为无民事行为能力人或限制民事行为能力人的,可以由其监护人指定受益人。

被保险人死亡后,有下列情形之一的,保险金作为被保险人的遗产,由保险人依照《中华人民共和国继承法》的规定履行给付保险金的义务:

- (一) 没有指定受益人,或者受益人指定不明无法确定的;
- (二) 受益人先于被保险人死亡,没有其他受益人的;
- (三) 受益人依法丧失受益权或者放弃受益权,没有其他受益人的。

受益人与被保险人在同一事件中死亡,且不能确定死亡先后顺序的,推定受益人死亡在先。

投保人为与其有劳动关系的劳动者投保人身保险,不得指定被保险人及其近亲属以外的人为受益人。

第六条 保险区域

保险人仅对被保险人在约定保险区域内发生的保险事故承担保险责任。除另有约定外，本合同约定的保险区域为中国大陆境内（不包含香港、澳门特别行政区和台湾地区）。

保险责任

第七条 投保人可选择以下一项或多项责任为被保险人投保，并在保险单中载明，保险单中未载明的，保险人不承担保险责任：

（一）医保范围内医疗费用保险责任

保险期间内，被保险人因遭受意外伤害或因疾病在保险人指定或认可的医疗机构治疗，发生的符合当地社会医疗保险管理机构规定的医保范围内的住院医疗费用和特殊病种医疗费用，经社会医疗保险支付或补偿后的剩余部分，保险人在扣除约定的免赔额后，按本合同约定的给付比例给付医保范围内医疗费用保险金。

（二）特定高额药品费用保险责任

保险期间内，被保险人罹患疾病或遭受意外伤害，且经保险人指定专科医生诊断其需使用本合同约定的特定高额药品目录中药品，对其在保险期间内在保险人指定的医院或药店实际支出的本合同约定的特定高额药品目录中药品的费用，经社会医疗保险支付或补偿后的剩余部分，保险人在扣除约定的免赔额后，按本合同约定的给付比例给付特定高额药品费用保险金。

药品目录中药品涉及慈善援助的，应当按照慈善机构援助方案执行，由慈善机构援助的药品费用不属于特定高额药品费用保险金支付范围。

保险人对被保险人的医保范围内医疗费用保险金和特定高额药品费用保险金的给付总额，以保险单载明的社保补充医疗保险金额为限。保险期间内，一次或累计给付的保险金的总额达到社保补充医疗保险金额时，本合同终止。

第八条 免赔额

本合同所指免赔额均指年度免赔额，指一个保单年度内被保险人自行承担，本合同不予给付的部分。免赔额由投保人与保险人协商确定，并在保险单中载明。

第九条 费用补偿原则

保险人在本合同保险责任范围内给付各项保险金，但若被保险人已从其他途径（包括但不限于社会医疗保险、工作单位、侵权人或侵权责任承担方、保险人在内的任何商业保险机构）获得补偿，对于被保险人发生的属于本合同保险责任范围内医疗费用，保险人在扣除被保险人已从其他途径获得的补偿后，对于剩余部分医疗费用根据本合同约定在该被保险人的社保补充医疗保险金额的限额内按照约定的免赔额和给付比例给付各项保险金。

责任免除

第十条 因下列任一情形造成被保险人医疗费用支出的，保险人不承担医保范围内医疗费用保险金的给付责任：

(一) 被保险人投保前所患既往症；等待期内出现的疾病、症状或体征；等待期内接受检查但在等待期后确诊的疾病；保险人同意承保前述既往症的除外；

(二) 被保险人所属社会基本医疗保险管理机构规定的不予支付的项目和费用；

(三) 工伤（包括职业病）、生育发生的医疗费用。

第十一条 因下列任一情形造成被保险人特定高额药品费用支出的，保险人不承担特定高额药品费用保险金的给付责任：

(一) 药品处方所载药品与本合同约定的特定高额药品目录中所载药品范围不符；

(二) 未在本合同约定的指定的医院或药店购买的药品；

(三) 每次药品处方剂量超过壹个月的部分的药品费用；

(四) 药品处方与国家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或相关医学材料不能证明被保险人所患疾病符合使用特定药物的指征；

(五) 被保险人的疾病状况，经审核确定对特定高额药品已经耐药，而继续购买已耐药药品所产生的费用；耐药包括以下两种情况：

1、实体肿瘤病灶按照 RECIST（实体瘤治疗疗效评价标准）出现疾病进展，即定义为耐药；

2、非实体肿瘤（包含白血病、多发性骨髓瘤、骨髓纤维化、淋巴瘤等血液系统恶性肿瘤）在临床上常无明确的肿块或者肿块较小难以发现，经规范治疗后，按相关专业机构的指南规范，对患者骨髓形态学、流式细胞、特定基因检测等结果进行综合评价，得出疾病进展的结论，即定义为耐药；

(六) 被保险人符合慈善援助用药申请，但因被保险人未提交相关申请或者提交的申请材料不全，导致援助项目申请未通过；被保险人通过援助审核，但因被保险人原因未领取援助药品；

(七) 本合同对被保险人的健康状况约定中涉及的既往疾病相关治疗和康复。

保险金额和保险费

第十二条 保险金额和保险费

本合同的保险金额和保险费由投保人和保险人在投保时约定并于保险单中载明。

保险金额是保险人承担给付保险金责任的最高限额。

保险期间和续保

第十三条 保险期间

除另有约定外，本合同的保险期间为一年，以保险单载明的起讫时间为准。

第十四条 续保

本合同为非保证续保合同。

本合同的保险期间为一年。保险期间届满，投保人需要重新向保险人申请投保本产品，交纳保险费，并获得新的保险合同。

保险人义务

第十五条 明确说明义务

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。

第十六条 签发保险单义务

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。

第十七条 补充索赔证明和资料的通知义务

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。

第十八条 保险金及时核定、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，应当在三十日内作出核定，但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，在与保险金申请人达成给付保险金的协议后十日内，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。

第十九条 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。

第二十条 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到期保险费。

投保人、被保险人义务

第二十一条 保险费交付

本合同保险费交付方式可由投保人与保险人在投保时约定，并于保险单中载明。

投保人应按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，投保人应在保险合同成立时一次性交付保险费。**投保人未按照约定交付全部保险费，本保险合同不生效。**

本保险合同约定以分期付款方式交付保险费的，投保人应按期交付各期保险费。**投保人未按约定交付首期保险费的，本保险合同不生效；未按约定日期交付第二期或以后任何一期保险费的，保险人可以解除保险合同。**

第二十二条 如实告知

订立本合同，保险人就投保人、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如实告知义务，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，保险人应当承担给付保险金的责任。

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的责任。

第二十三条 通讯地址变更

投保人住所、通讯地址或电话等联系方式变更时，应及时以书面形式或双方认可的其他形式通知保险人。**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，均视为已送达给投保人。**

第二十四条 被保险人变动通知义务

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保险费，但减少的被保险人本人或其他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保险费。减少后的被保险人人数不足3人时，保险人有权解除本保险合同，并按约定退还未到期保险费。**

被保险人替换时，保险人在审核同意后，于收到申请之日的次日零时起，开始对替换后

的被保险人承担保险责任，对被替换的被保险人终止承担保险责任（如被替换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），**但被替换的被保险人本人或其他保险金申请人已领取过任何保险金的，保险人有权不进行替换。**

第二十五条 保险事故通知

投保人、被保险人或者保险金受益人知道保险事故发生后，应当在 10 日内或经保险人书面同意延长的期限内通知保险人。**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。

保险金申请与给付

第二十六条 医保范围内医疗费用保险金申请

保险金申请人向保险人申请给付医保范围内医疗费用保险金时，应提交以下材料。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）保险单或其他保险凭证正本；

（三）保险金申请人的身份证明（有效身份证件）；

（四）医院出具的被保险人的医疗费用收据或者发票或社会医疗保险管理机构出具的报销凭证或医疗费用分割单；

（五）保险人认可的医疗机构出具的附有病理检查、化验检查，影像学检查及其他医疗检查报告的医疗诊断证明、手术记录、检查报告单，门、急诊及住院病历、出院小结等；

（六）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；

（七）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。

第二十七条 特定高额药品费用保险金申请及审核

在本合同保险期间内，被保险人由指定专科医生开具特定高额药品处方后，可申请选择自主购药事后报销或特定高额药品直付两种保险金申请方式。具体流程如下：

（一）自主购药事后报销流程

1、保险金申请人可选择自主前往保险人指定的药店购买处方中所载的符合本合同约定的特定高额药品目录范围的特定高额药品，并留存下列材料：

（1）保险金申请人的身份证件（若被保险人是未成年人，需同时提供法定监护人身份证件和关系证明）；

(2) 门（急）诊病历/住院病历/疾病诊断证明（住院病历含病案首页、入院记录、出院小结、影像检查报告等）；

(3) 首次申请需提供初次确诊罹患相关疾病的病史材料；

(4) 病理诊断报告；

(5) 免疫组化/基因检测报告；

(6) 药品处方（影像件、复印件）；

(7) 药品发票、费用清单；

(8) 保险金申请人银行账户；

(9) 保险人认为与确认保险事故的性质、原因等有关的其他材料；

2、携带上述保险金申请材料至本合同约定的保险人指定服务中心提交保险金给付申请或使用保险人指定的线上服务公众号或小程序上传保险金申请材料提交保险金给付申请；

3、保险人及保险人指定第三方服务商对被保险人用药合理性及是否属于保险责任进行审核，审核未通过的，保险人不承担给付特定高额药品费用的责任；

4、用药合理性和保险责任审核通过后，保险人向保险金申请人给付特定高额药品费用保险金。

（二）特定高额药品直付流程

1、被保险人在购买或接受特定高额药品前，须通过保险人指定服务中心或保险人指定的线上服务公众号或小程序向保险人提出申请；

2、被保险人在申请时需提交以下材料：

(1) 被保险人身份证件（若被保险人是未成年人，需同时提供法定监护人身份证件和关系证明）；

(2) 门（急）诊病历/住院病历/疾病诊断证明（住院病历含病案首页、入院记录、出院小结、影像检查报告等）；

(3) 首次申请需提供初次确诊罹患相关疾病的病史材料；

(4) 病理诊断报告；

(5) 免疫组化/基因检测报告；

(6) 药品处方；

(7) 保险人认为与确认保险事故的性质、原因等有关的其他材料；

3、保险人及保险人指定第三方服务商对被保险人用药合理性及保险责任进行审核，申请审核未通过，保险人不承担给付特定高额药品费用的责任；

4、用药合理性和保险责任审核通过后，保险人向被保险人或受益人提供购药凭证，被保险人或受益人可通过到店自取或药品配送的方式从本合同约定的保险人指定药店获得特

定高额药品。

争议处理和法律适用

第二十八条 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，依法向人民法院起诉。

第二十九条 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（**不包括香港、澳门特别行政区和台湾地区法律**）。

其他事项

第三十条 合同变更

除本合同另有约定外，经投保人和保险人协商一致后，可变更本合同的有关内容。

变更本合同时，投保人应填写变更合同申请书，经保险人审核同意后，由保险人在本合同的保险单或其他保险凭证上加以批注，或由投保人和保险人订立变更的书面协议。

第三十一条 合同解除

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，应提供下列证明文件和资料：

- （一）保险合同解除申请书；
- （二）保险单或其他保险凭证原件；
- （三）保险费交付凭证；
- （四）投保人身份证明；
- （五）保险人需要的其他有关文件和资料。

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 日内退还保险单的未到期保险费。

释义

1、保险人：指与投保人签订本合同的阳光财产保险股份有限公司。

2、团体：指中华人民共和国大陆境内（**不包含香港、澳门特别行政区和台湾地区**）具有 3 名以上（含 3 名）成员且非因购买保险而组织的合法团体。包括机关、企事业单位和社会团体等。

3、国家基本医疗保险：指职工基本医疗保险和城乡居民基本医疗保险。

4、成员：团体为机关或企事业单位的，成员指该团体中符合保险人规定的投保条件的在职员工；团体为社会团体的，成员指该团体的会员以及正式工作人员；

团体为家庭的，成员指本人、配偶、子女、父母；

政府作为投保人为城镇职工、城镇居民、新农合参保人群、计生家庭和老年人等群体投保的，成员指符合该群体条件的人员。

5、被保险人：指本合同所附被保险人名册中所载人员。

6、意外伤害：指外来的、突发的、非本意的、非疾病的使身体受到伤害的客观事件。

7、保险人指定或认可的医疗机构：指保险人与投保人约定的社会医疗保险定点医院；未约定定点医院的，则以被保险人所参加的社会医疗保险的管理机构规定的医院范围为准。

8、社会医疗保险管理机构：指各级医疗保障局。

9、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接受全日 24 小时监护治疗的过程，并正式办理入出院手续，**不包括入住门诊观察室、其他非正式病房或挂床住院。**

挂床住院指办理正式住院手续的被保险人，在住院期间每日非 24 小时在床、在院。具体表现包括在住院期间连续若干日无任何治疗，只收护理费、诊疗费、床位费等情况。

10、特殊病种：指符合各省、市、地方社会医疗保险政策范围内的，不需住院治疗，可以门诊治疗，长期依靠药品维持病情稳定的慢性疾病，以投保人和保险人双方约定为准，在保险单中载明。

11、社会医疗保险：包括但不限于职工基本医疗保险、城镇居民基本医疗保险、新型农村合作医疗、城乡居民基本医疗保险、城乡居民大病保险、大病医疗互助补充保险、重特大疾病医疗保险、公务员医疗补助、公费医疗等由政府举办的医疗保险项目。

12、医疗费用：指符合当地社会医疗保险支付范围（**不包括自费和部分自费项目及药品**）规定的医疗费用。包括床位费、手术费、药费、治疗费、护理费、检查检验费、特殊检查治疗费、救护车费。

（1）床位费

指住院期间使用的医院床位（**不包括观察病房之床位、陪人床、家庭病床**）的费用。

（2）手术费

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

手术费指当地卫生行政部门规定的手术项目的费用。包括手术室费、麻醉费、手术监测费、手术辅助费、材料费、一次性用品费、术中用药费、手术设备费。

（3）药费

住院期间实际发生的合理且必要的由医生开具的具有国家药品监督管理部门核发的药品批准文号或者进口药品注册证书、医药产品注册证书的国产或进口处方药品的费用。

(4) 治疗费

指以治疗疾病为目的，提供医学手段而发生的治疗者的技术劳务费和医疗器械使用费，以及消耗品的费用，包括注射费、机疗费、理疗费、输血费、输氧费、体外反搏费。

(5) 护理费

指住院期间根据医嘱所示的护理等级确定的费用，包括护工费、消毒费、换药费、陪人费、煎药费、烤火费。

(6) 检查检验费

指以诊断疾病为目的，采取必要的医学手段进行检查及检验而发生的医疗费用，包括医处费、诊查费、妇检费、X光费、心电图费、B超费、脑电图费、内窥镜费、肺功能仪费、分子生化费和血、尿、便常规检查费。

(7) 特殊检查治疗费

包括CT、ECT、彩超、活动平板、动态心电图、心电监护、介入治疗、PCR、体外碎石、高压氧、体外射频、核磁共振、血液透析等大型和高费用检查治疗项目费。

(8) 救护车费

指为抢救生命由急救中心派出的救护车费用及医院转诊过程中的医院用车费。

13、指定专科医生：特定高额药品处方开具的指定专科医生指保险人指定的或当地社会医疗保险的管理机构公布的具有开具特定药品处方资格的医生。专科医生须满足以下条件：

- (1) 具有有效的中华人民共和国《医师资格证书》；
- (2) 具有有效的中华人民共和国《医师执业证书》，并按期到相关部门登记注册；
- (3) 具有有效的中华人民共和国主治医师或者主治医师以上职称的《医师职称证书》；
- (4) 确诊或开具处方时，属于与处方适应症治疗相关的临床科室。

14、特定高额药品目录：指特定高额药品费用医疗保险责任适用的药品目录，以投保人与保险人双方约定为准。

15、指定的医院或药店：指保险人指定的或当地社会医疗保险管理机构公布的被保险人可购买特定高额药品的医院或药店；未约定医院或药店的，则以被保险人所参加的社会医疗保险管理机构规定的医院或药店范围为准。

16、既往症：指在本合同生效前罹患的被保险人已知或应该知道的有关疾病。通常有以下情况：

- (1) 本合同生效前，医生已有明确诊断，长期治疗未间断；
- (2) 本合同生效前，医生已有明确诊断，治疗后症状未完全消失，有间断用药情况；
- (3) 本合同生效前，未经医生诊断和治疗，但症状或体征明显且持续存在，以普通人医学常识应当知晓。

17、慈善援助：指由慈善机构设定的针对特定药品的慈善项目或捐助计划等。

18、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。

19、未到期保险费：指保险费 \times (1-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。