

阳光财产保险股份有限公司

团体特定医疗费用保险条款

(注册号: C00009332512021040639111)

总则

第一条 本保险合同(以下简称“本合同”)由保险条款、投保单、保险单或其他保险凭证、与保险合同有关的投保文件、合法有效的声明、批注、批单等构成。凡涉及本合同的约定,均采用书面形式。

第二条 本合同的投保人应为对被保险人有保险利益的法人、非法人组织以及其他不以购买保险为目的而组成的团体。若被保险人所在特定团体属于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。

本合同所称“特定团体”指法人、非法人组织以及其他不以购买保险为目的而组成的团体。

第三条 凡身体健康、能正常工作或生活的自然人可作为本合同的被保险人。

在中国大陆境内(不包括港、澳、台地区)居住的外籍人士可作为本合同的被保险人,非中华人民共和国国籍的被保险人需持有中华人民共和国政府部门颁发的工作签证或者拥有中国大陆境内居留证或者长期居住证,并提供中国大陆境内固定居住地址。

在本合同签订时被保险人不得少于3人。经保险人书面同意,特定团体成员的配偶、子女、父母也可作为本合同的被保险人。

第四条 受益人由被保险人或者投保人指定。投保人指定受益人时须经被保险人同意。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。

被保险人为无民事行为能力人或限制民事行为能力人的,应以其监护人指定受益人。

被保险人或投保人可以变更保险金受益人,但需书面通知保险人,由保险人在保险单或者其他保险凭证上批注或者附贴批单。投保人变更受益人时须经被保险人同意。

除另有约定外,本合同的受益人为被保险人本人。

第五条 本合同约定的保险区域为中国大陆境内(不包含港、澳、台地区),保险人仅对被保险人在中国大陆境内发生的保险事故承担保险责任。

保险责任

第六条 在本合同保险期间内,被保险人因意外伤害或经医院专科医生诊断罹患疾病,在保险人指定或认可的医疗机构、投保人与保险人在订立本合同时约定的药店(以下简称“医疗机构、药店”)接受或购买保险人指定的药品、检查项目、治疗项目、器械清单(以下简称“特定医疗项目清单”,具体在保险单中载明)中的特定医疗项目而发生的费用(以下简称“特定医疗费用”),保险人在扣除本合同约定的免赔额后,对被保险人实际支出的符合下列全部条件的特定医疗费用,按本合同的约定给付特定医疗费用保险金:

(一)为被保险人当前治疗必需且合理的药品、检查项目、治疗项目、器械(以下简称“特定医疗项目”)的费用;

(二) 特定医疗费用的实际支出时间在保险期间内；

(三) 特定医疗项目在特定医疗项目清单中；

(四) 用于诊疗的特定医疗项目是被保险人在保险人指定或认可的医疗机构、投保人与保险人在订立本合同时约定的药店购买或接受的；

(五) 在医疗机构、药店购买或接受的特定医疗项目须符合本保险条款第二十三条“特定医疗项目申请及审核”的约定。

对不满足上述任一条件的特定医疗费用，保险人不承担相应特定医疗保险金的给付责任。

第七条 本合同为费用补偿型保险合同，适用医疗费用补偿原则。若被保险人已从其他途径（包括但不限于社会基本医疗保险、公费医疗、其他政府机构或者社会福利机构、除本保险外的其他商业保险、公益慈善机构、第三方责任人等）获得本合同责任范围内医疗费用补偿，保险人仅对该被保险人实际发生的特定医疗费用扣除其从上述其他途径所获医疗费用补偿后的余额按照本合同的约定进行给付。该被保险人社保卡个人账户支出部分视为个人支付，不属于已获得的医疗费用补偿，不进行前述扣除。

第八条 根据被保险人是否拥有社会基本医疗保险或公费医疗保障，投保人和保险人区分以下情形分别约定免赔额和给付比例，并在保险单中载明：

(一) 被保险人拥有社会基本医疗保险或公费医疗保障，且在申请理赔时已经从社会基本医疗保险或公费医疗保障中获得医疗费用补偿；

(二) 被保险人申请理赔时未拥有社会医疗保险或公费医疗保障，或拥有社会基本医疗保险或公费医疗保障但未从社会医疗保险或公费医疗保障中获得医疗费用补偿。

责任免除

第九条 因下列情形之一导致被保险人发生特定医疗费用的，保险人不承担给付保险金的责任：

(一) 在中国大陆境外的国家或者地区（包括港、澳、台地区）发生的费用；

(二) 药品处方的开具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；

(三) 未按照本保险条款第二十三条“特定医疗项目申请及审核”的约定提交特定医疗项目申请，或申请未通过审核；

(四) 未经国家卫生行政部门、国家药品监督管理局等有关部门批准的医疗项目。

保险金额与免赔额

第十条 保险金额是保险人承担给付保险金责任的最高限额，由投保人和保险人协商确定，并在保险单中载明。

第十一条 本合同的免赔额由投保人和保险人在订立本合同时协商确定，并在保险单中载明。

保险期间与续保

第十二条 本合同的保险期间最长为一年，具体以保险单载明的起讫时间为准。

第十三条 本合同为不保证续保合同，本保险合同保险期间为一年（或不超过一年）。保险期间届满，投保人需要重新向保险人申请投保本保险，并经保险人同意，支付保险费，获得新的保险合同。

保险人义务

第十四条 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。

第十五条 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。

第十六条 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 10 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 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 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

第十八条 除合同另有约定外，投保人应当在本合同成立时一次性交付全部保险费。投保人未按约定交付全部保险费的，本合同不生效。

第十九条 订立保险合同，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，保险人有权解除本保险合同。

前款规定的合同解释权，自保险人知道有解除事由之日起，超过 30 日不行使而消灭。

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的责任。

第二十条 投保人住所、通讯地址及电话等联系方式变更时，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。

第二十一条 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），并按约定退还该被保险人对应的最低现金价值，**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，保险人不退还被保险人对应的最低现金价值。**

第二十二条 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。

第二十三条 在本合同保险期间内，被保险人在购买或接受特定医疗项目清单中所列的**特定医疗项目**前，须向保险人提出申请，由保险人或保险人指定的第三方服务商对被保险人提交的药品处方、检查单、治疗单进行审核（简称“特定医疗项目申请及审核”）。

若被保险人未向保险人提交特定医疗项目申请，或申请未通过审核的，保险人不承担给付特定医疗保险金的责任。

保险金申请与给付

第二十四条 保险金申请人向保险人申请给付保险金时，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赔偿或给付保险金的责任。

- （一）保险金给付申请书；
- （二）保险金申请人的有效身份证件；
- （三）保险合同或其他保险凭证；
- （四）医院出具的被保险人的诊断证明、处方、病历；
- （五）医疗机构、药店出具的特定医疗费用的收据或者发票、医疗费用明细清单及报告、电子监管码等；若被保险人已从其他途径（包括社会医疗保险、公费医疗、工作单位、保险

人在内的任何商业保险机构等)获得医疗费用补偿,且赔付单位留存了医疗费用原始收据的,可提供加盖留存单位鲜章的医疗费用收据复印件或其他法定证明材料;

(六)保险金申请人所能提供的与确认保险事故的性质、原因等有关的其他证明和资料;

(七)保险金作为被保险人遗产时,继承人还应提供可证明其合法继承权的相关权利文件;

(八)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、委托人和受托人的有效身份证件等相关证明文件。

争议处理与法律适用

第二十五条 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,依法向人民法院起诉。

第二十六条 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(不包括港、澳、台地区法律)。

其他事项

第二十七条 除本合同另有约定外,经投保人和保险人协商同意后,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,并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后生效。

第二十八条 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,但保险人已根据本保险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) 投保人有效身份证件;
- (五) 投保人已通知被保险人退保的有效证明。

投保人要求解除本保险合同,自保险人接到保险合同解除申请书之时起,本保险合同的效力终止。保险人收到上述证明文件和资料之日起 30 日内退还保险单的最低现金价值。

释义

1.医院:指国家卫生行政部门按照国家《医院分级管理标准》划定的二级或二级以上公立医院,但前述医院并不包括单独作为诊所、康复、护理、疗养、戒酒、戒毒等或相类似的医疗机构。同时该医院必须具有符合有关医院管理规定设置标准的医疗设备,并且全日 24

小时有合格医师及护士驻院提供医疗和护理等服务。

2.专科医生：指同时满足以下四项资格条件的医生：

- (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) 在国家《医院分级管理标准》二级或二级以上医院的相应科室从事临床工作三年以上。

3.保险人指定或认可的医疗机构：经保险人审核认可并同时满足下列条件的医疗机构：

- (1) 在中华人民共和国大陆境内合法注册的从事疾病诊断、治疗活动的检测机构等医疗机构；
- (2) 持有医疗机构执业许可证。

4.投保人与保险人在订立本合同时约定的药店：经保险人审核认可，投保人与保险人在订立本合同时约定的，能够满足下列全部条件，为被保险人提供购药或配送服务的药店：

- (1) 取得国家药品经营许可证、GSP 认证；
- (2) 具有完善的冷链药品送达能力；
- (3) 提供专业的药品资讯、患者教育、追踪随访、慈善赠药服务；
- (4) 该药店内具有药师等专业人员提供服务；
- (5) 具有或者正在申报当地城乡居民大病医疗保险定点资质的、由大型医药公司经营的全国性连锁药店。

5.必需且合理：

须符合下述全部条件：

(1) 符合通常惯例：指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的费用。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。

(2) 医学必需：指医疗项目符合下列所有条件：

- ①治疗意外伤害或者疾病所必需的项目；
- 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。

6.社会基本医疗保险：本合同所称的社会基本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、新型农村合作医疗等政府举办的基本医疗保障项目。

7.公费医疗：公费医疗制度，是国家为保障国家工作人员身体健康而实行的一项社会保障制度。国家通过医疗卫生部门向享受人员提供制度规定范围内的免费医疗预防。

8.公益慈善机构：指依法成立、符合《中华人民共和国慈善法》规定，以面向社会开展慈善活动为宗旨的非营利性组织机构。

9.处方：指由注册的执业医师和在诊疗活动中为患者开具的、由取得药学专业技术职务任职资格的药学专业技术人员审核、调配、核对，并作为患者用药凭证的医疗文书。处方包括医疗机构病区用药医嘱单。

10.保险金申请人：指受益人或其继承人或其他依法享有保险金请求权的其他自然人。

11 有效身份证件：指由政府主管部门规定的证明其身份的证件，如：居民身份证、按规定可使用的有效护照、军官证、警官证、士兵证等证件。

12.第三方服务商：保险人授权的为被保险人提供处方、检查单、治疗单审核的机构。

13.最低现金价值：最低现金价值=净保险费×(1-m/n)，其中，m为已生效天数，n为保险期间的天数，经过日期不足一日的按一日计算。

净保险费指投保人所支付的保险费扣除每个保险合同平均承担的保险人的各项费用(含营业费用、代理费、各项税金、保险保障基金等)后的余额，扣除部分占所交保险费的比例在保险单中约定。

14.周岁：指按有效身份证件中记载的出生日期计算的年龄，自出生之日起为零周岁，每经过一年增加一岁，不足一年的不计。