阳光人寿[2020]医疗保险083号

请扫描以查询验证条款

阳光人寿保险股份有限公司

阳光人寿附加i客保意外伤害医疗保险条款

阅 读 指 引

TAMR02-1

条款是保险合同的重要内容，为充分保障您的权益，请您仔细阅读本条款。
本阅读指引有助于您理解条款，对本附加合同内容的解释以条款为准。

您拥有的重要权益

收到本附加合同次日起15日内您可以要求退还所交纳的保险费..... 1.3
被保险人可以享受本附加合同提供的保障..... 2.3
您有按本附加合同约定申请保单贷款的权利..... 5.2
您有退保的权利..... 7.1

您应当特别注意的事项

我们对免除本公司责任的条款作了特别提示，详见条款正文中背景突出显示的部分
.....2.3、2.4、3.2、6.1、10.1、10.2、10.3、10.4
被保险人应到我们认可的医院就诊..... 2.3
保险事故发生后，您有及时通知我们的义务..... 3.2
您应当按时交纳保险费..... 4.1
退保会给您造成一定的损失，请您慎重决策..... 7.1
您有如实告知的义务..... 8.1
我们对一些重要术语进行了解释，并作了显著标注，请您注意..... 10

条款目录

1 您与我们订立的合同
- 1.1 合同订立
- 1.2 合同生效
- 1.3 犹豫期

2 我们提供的保障
- 2.1 保险期间
- 2.2 基本保险金额
- 2.3 保险责任
- 2.4 责任免除

3 保险金的申请
- 3.1 受益人
- 3.2 保险事故通知
- 3.3 保险金申请
- 3.4 保险金给付
- 3.5 诉讼时效

4 保险费的交纳
- 4.1 保险费的交纳
- 4.2 宽限期

5 现金价值权益
- 5.1 现金价值
- 5.2 保单贷款

6 合同效力的中止与恢复
- 6.1 合同效力中止
- 6.2 合同效力恢复（复效）

7 合同解除
- 7.1 犹豫期后解除合同（退保）的手续及风险

8 如实告知
- 8.1 明确说明与如实告知

9 其他需要关注的事项
- 9.1 合同效力的终止
- 9.2 适用主合同条款

10 释义
- 10.1 住院
- 10.2 每次住院
- 10.3 实际住院日数
- 10.4 门急诊
- 10.5 基本医疗保险
- 10.6 必需且合理

阳光人寿附加 i 客保意外伤害医疗保险条款

在本条款中，“您”指投保人，“我们”、“本公司”均指阳光人寿保险股份有限公司，“本附加合同”指您与我们之间订立的“阳光人寿附加 i 客保意外伤害医疗保险合同”。

1 您与我们订立的合同

1.1 **合同订立** 本附加合同由《阳光人寿 i 客保两全保险》合同（以下简称“主合同”）投保人提出申请，经我们同意而订立。

1.2 **合同生效** 本附加合同须与主合同同时投保。
本附加合同的生效日与主合同相同。
本附加合同的保单周年日、保单年度、保险费约定交纳日均以生效日计算。

1.3 **犹豫期** 自您收到本附加合同次日起，有 15 日的犹豫期。在此期间，请您认真审视本附加合同，如果您认为本附加合同与您的需求不相符，您可以提出解除本附加合同，我们将无息退还您所交纳的保险费。
解除合同时，您需要填写申请书，并提供您的保险合同及有效身份证件。自我们收到您解除合同的书面申请时起，本附加合同即被解除，我们自始不承担保险责任。

2 我们提供的保障

2.1 **保险期间** 本附加合同的保险期间分为自生效日零时起至被保险人年满 80 周岁的首个保单周年日零时止或 30 年两种，具体由您在投保时与我们约定，并在保险单上载明。

2.2 **基本保险金额** 本附加合同的基本保险金额由您在投保时与我们约定，并在保险单上载明。
若该金额发生变更，则以变更后的金额为基本保险金额。

2.3 **保险责任** 在本附加合同有效期内，我们承担如下保险责任：

2.3.1 意外住院津贴保险金 若被保险人遭受意外伤害事故并须住院治疗，应到我们认可的医院就诊，经专科医生诊断确定必须**住院**（见 10.1）并正式办理住院手续入院治疗，自事故发生之日起 180 日内的**每次住院**（见 10.2），我们按被保险人**实际住院日数**（见 10.3）乘以本附加合同基本保险金额的 0.3%给付意外住院津贴保险金。
被保险人每次住院给付日数最高以 90 日为限，每一保单年度累计给付日数最高以 180 日为限。

2.3.2 意外医疗保险金 被保险人发生意外伤害事故，并因本次意外伤害事故直接导致身体遭受伤害并在该意外伤害事故发生之日起 180 日内经我们认可的医院进行必要的**门急诊**（见 10.4）、住院治疗，我们对被保险人已支出的符合当地**基本医疗保险**（见 10.5）范围内的**必需且合理**（见 10.6）的医疗费用，按如下约定给付意外医疗保险金：
（1） 发生保险事故时，被保险人享有基本医疗保险或公费医疗保障的，在被保险

人已按基本医疗保险或公费医疗有关规定取得医疗费用补偿后，我们按照被保险人实际支出医疗费用给付意外医疗保险金。

（2） 发生保险事故时，被保险人不享有基本医疗保险或公费医疗保障的，或者被保险人享有基本医疗保险或公费医疗保障，但未按基本医疗保险或公费医疗保障有关规定取得医疗费用补偿的，我们按照被保险人实际支出医疗费用的90%给付意外医疗保险金。

若被保险人的医疗费用已从任何其他途径（包括基本医疗保险、公费医疗或者其他商业保险计划等）取得补偿，我们仅对被保险人未受补偿的剩余部分医疗费用按本条规定进行赔付。

我们对被保险人累计给付的意外医疗保险金以本附加合同的基本保险金额为限，如果累计给付的意外医疗保险金之和达到本附加合同基本保险金额时，本项保险责任终止。

2.3.3 *责任的延续* 对于本附加合同保险期间届满前发生的且延续至本附加合同保险期间届满后 30 日内的门急诊、住院治疗，我们仍然按本附加合同约定承担给付意外医疗保险金的责任。

2.4 **责任免除** 因下列情形之一导致被保险人发生住院治疗或支出医疗费用的，我们不承担给付意外住院津贴保险金和意外医疗保险金的责任：

（1）投保人对被保险人的故意杀害、故意伤害；

（2）被保险人故意犯罪、故意行为而导致打斗或被袭击、抗拒依法采取的刑事强制措施；

（3）被保险人醉酒，主动吸食或注射毒品；

（4）被保险人酒后驾驶、无合法有效驾驶证驾驶或驾驶无有效行驶证的机动车；

（5）被保险人猝死、因妊娠（含宫外孕）、流产、分娩（含剖腹产）、药物过敏导致的伤害；

（6）被保险人因精神行为障碍导致的意外；

（7）被保险人因任何医疗行为导致的医疗事故；

（8）被保险人未遵医嘱，私自使用药物，但按使用说明的规定使用非处方药不在此限；

（9）被保险人参加潜水、跳伞、攀岩、蹦极、驾驶滑翔机或滑翔伞、探险、摔跤、武术比赛、特技表演、赛马、赛车等高风险运动；

（10）战争、军事冲突、暴乱或武装叛乱；

（11）核爆炸、核辐射或核污染。

3 保险金的申请

3.1 **受益人** 如无其他特别约定，意外住院津贴保险金和意外医疗保险金受益人为被保险人本人。

3.2 **保险事故通知** 您、被保险人或受益人知道保险事故后应当在 10 日内通知我们。

如果因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，我们对无法确定的部分，不承担给付保险金的责任，但我们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或者虽未及时通知但不影响我们确定保险事故的性质、原因、损失程度的除外。

3.3 保险金申请

在申请保险金时，请按照下列方式办理：

3.3.1 意外住院津贴保险金或意外医疗保险金申请

由意外住院津贴保险金受益人或意外医疗保险金受益人作为申请人填写保险金给付申请书，并须提供下列证明和资料：

（1）保险合同；

（2）意外住院津贴保险金受益人或意外医疗保险金受益人有效身份证件；

（3）由我们认可的医院出具住院医疗费用原始单据及明细、医疗诊断证明及病历等相关资料；

（4）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。

3.3.2 委托他人代为申请保险金

若申请人委托他人代为申请，被委托人还应提供申请人签字的授权委托书、被委托人的有效身份证件等相关证明文件。

3.3.3 补充通知

以上证明和资料不完整的，我们将及时一次性通知申请人补充提供有关的证明和资料。

3.3.4 身体检查

除上述相关证明和资料外，我们如认为必要，在保险事故发生后可以对被保险人的身体状况进行检查或鉴定。

3.4 保险金给付

我们在收到保险金给付申请书及合同约定的证明和资料后，将在 5 日内作出核定；情形复杂的，在 30 日内作出核定。

对属于保险责任的，我们在与受益人达成给付保险金的协议后 10 日内，履行给付保险金义务。若我们在收齐相关证明和资料后 30 日内仍未作出核定，除支付保险金外，我们将从第 31 日起按超过天数赔偿受益人因此受到的利息损失。利息按照不低于中国人民银行公布的同期金融机构人民币活期存款基准利率按复利计算。

对不属于保险责任的，我们自作出核定之日起 3 日内向受益人发出拒绝给付保险金通知书并说明理由。

我们在收到保险金给付申请书及有关证明和资料之日起 60 日内，对给付保险金的数额不能确定的，根据已有证明和资料可以确定的数额先予支付；我们最终确定给付保险金的数额后，将支付相应的差额。

3.5 诉讼时效

受益人向我们请求给付保险金的诉讼时效期间为 2 年，自其知道或者应当知道保险事故发生之日起计算。

4 保险费的交纳

4.1 保险费的交纳

本附加合同的交费方式和交费期间由您和我们约定并在保险单上载明。

分期交纳保险费的，在交纳首期保险费后，您应当按照约定，在每个保险费约定交

纳日交纳当期的保险费。

4.2 **宽限期** 分期交纳保险费的，在交纳首期保险费后，如果您到期未交纳保险费，自保险费约定交纳日的次日零时起 60 日为宽限期。宽限期内发生的保险事故，我们仍会承担保险责任，但在给付保险金时会扣除您欠交的保险费。

如果您宽限期结束之后仍未交纳保险费，则本附加合同自宽限期满的次日零时起效力中止。

5 现金价值权益

5.1 **现金价值** 本附加合同各保单年度末的现金价值会在保险单上载明。保单年度内的现金价值，您可以向我们咨询。若基本保险金额发生变更，则现金价值将按变更后的基本保险金额重新计算。

5.2 **保单贷款** 在本附加合同有效期内且在累积有现金价值的情况下，您可以申请并经我们审核同意后办理保单贷款。贷款金额不超过当时本附加合同现金价值的 80%扣除本附加合同未偿还的保单贷款本金及利息后的余额。每次贷款的期限最长不超过 6 个月。贷款利息按条款约定利率计算。贷款本金及利息在贷款到期时一并归还。若您到期未能足额偿还贷款本金及利息，则您所欠的贷款本金及利息将作为新的贷款本金计息。

自未还贷款本金及利息加上其他各项欠款达到本附加合同现金价值时，本附加合同效力中止。

6 合同效力的中止与恢复

6.1 **合同效力中止** 在本附加合同效力中止期间，我们不承担保险责任。

6.2 **合同效力恢复（复效）** 本附加合同效力中止后 2 年内，您可以申请恢复合同效力（简称复效）。您应填写复效申请书，我们会对材料进行审核，做出是否同意复效的决定。

经双方达成复效协议，自您补交保险费及利息（按条款约定利率计算）、保单贷款及利息（按条款约定利率计算）和其他欠款后的次日零时起，本附加合同效力恢复。

自本附加合同效力中止之日起满 2 年您和我们未达成协议的，本附加合同效力终止，您可以向我们申请退还本附加合同效力中止时的现金价值。

7 合同解除

7.1 **犹豫期后解除合同（退保）** 如您在犹豫期后申请解除本附加合同（简称退保），请填写解除合同申请书并向我们提供下列资料：

（1）保险合同；

的手续及风险

（2）您的有效身份证件。

自我们收到解除合同申请书时起，本附加合同效力终止。我们自收到解除合同申请书之日起 30 日内向您退还本附加合同当时的现金价值。

您犹豫期后解除合同会遭受一定损失。

8 如实告知

8.1 **明确说明与如实告知**

订立本附加合同时，我们会向您说明本附加合同的内容。

本附加合同中免除我们责任的条款，我们在订立合同时会在投保单、保险单或者其他保险凭证上作出足以引起您注意的提示，并对该条款的内容以书面或者口头形式向您作出明确说明，未作提示或者明确说明的，该条款不产生效力。

我们就您和被保险人的有关情况提出询问，您应当如实告知。

如果您故意或者因重大过失未履行前款规定的如实告知义务，足以影响我们决定是否同意承保或者提高保险费率的，我们有权解除本附加合同。

如果您故意不履行如实告知义务，对于本附加合同解除前发生的保险事故，我们不承担给付保险金的责任，并不退还保险费。

如果您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，对于本附加合同解除前发生的保险事故，我们不承担给付保险金的责任，但应当退还保险费。

我们在合同订立时已经知道您未如实告知的情况的，我们不得解除合同；发生保险事故的，我们承担给付保险金的责任。

9 其他需要关注的事项

9.1 **合同效力的终止**

有下列情况之一时，本附加合同的效力终止：

（1）主合同效力终止；

（2）本附加合同效力中止后 2 年内未复效；

（3）被保险人身故；

（4）本附加合同解除或满期；

（5）因主合同或本附加合同其他条款所列情形而效力终止。

9.2 **适用主合同条款**

下列各项条款，适用主合同条款：

（1）本公司合同解除权的限制；

（2）职业或工种的确定与变更；

（3）年龄性别错误处理；

（4）欠款扣除；

（5）合同内容变更；

（6）联系方式变更；

（7）争议处理。

10 释义

本附加合同中具有特定含义的名词，适用主合同的释义。

10.1 **住院** 指被保险人确因临床需要入住医疗机构之正式病房进行治疗，并正式办理入出院手续，**不包括入住门诊观察室、家庭病床以及休养、疗养、身体检查和健康护理等非治疗性行为导致的住院。**

10.2 **每次住院** 指被保险人因意外伤害住院治疗，自入院日起至出院日止的期间；**但如果被保险人因同一意外伤害及其引发的并发症而住进医院两次（含）以上，且其前次住院出院之日与下次住院入院之日间隔期间未超过 90 日，视为同一次住院。**

10.3 **实际住院日数** 指被保险人因意外伤害入住医院住院部病房进行治疗，并正式办理入出院手续，一日二十四小时住在医院的日数，**不包括挂床等不合理住院日数。挂床是指被保险人虽然办理了住院手续，但在住院过程中一日内未接受与住院诊断相关的检查和治疗，或一日内住在医院不满二十四小时的情形**，遵医嘱到外院接受临时诊疗的除外。

10.4 **门急诊** 指被保险人确因临床需要，正式办理挂号手续，并确实在医疗机构的门急诊部接受治疗的行为过程，**但不包括休养、疗养、身体检查和健康护理等非治疗性行为。**

10.5 **基本医疗保险** 指职工基本医疗保险、城镇居民基本医疗保险、新型农村合作医疗等基本医疗保险保障项目，以及城乡居民大病保险等保障项目。

10.6 **必需且合理** 指合理的、符合通常惯例且医疗必需的医疗费用。符合通常惯例指被保险人接受的医疗服务满足以下条件：

（1）该服务满足医疗需要而且根据治疗当地通行治疗规范，采用了通行治疗方法；

（2）医疗费用没有超过当地对类似情形治疗的常规费用，类似情形是指在同一地区、对相同性别、近似年龄的人身体伤害实施的类似治疗或服务。

医疗必需指针对意外伤害的医疗服务及医疗费用满足以下条件：

① 治疗意外伤害合适且必须的、有医生处方的项目；

② 与接受治疗当地普遍接受的医疗专业实践标准一致；

③ 非为了医生或其他医疗提供方的方便；

④ 接受的医疗服务范围是合适的而且经济有效的。

对是否必需且合理由本公司理赔人员根据客观、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，可由我们认可的医院或双方认可的医疗机构进行审核鉴定。