



请扫描以查询验证条款

## 阳光人寿保险股份有限公司

# 阳光人寿融和（尊悦版）医疗保险条款

### 阅 读 指 引

BHRC-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，对本合同内容的解释以条款为准。

#### 您拥有的重要权益

您有按本合同约定续保的权利 .....	2.1
被保险人可以享受本合同提供的保障 .....	2.3
您有退保的权利.....	5.1

#### 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 .....	2.1、2.2、2.3、2.4、3.2、4.2、5.1、7.2、7.3、8
被保险人的保险计划变更时请及时通知我们.....	2.2
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.....	5.1
您有如实告知的义务.....	6.1
被保险人的职业或工种变更时请及时通知我们.....	7.3
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.....	8

# 条款目录

## 1 您与我们订立的合同

- 1.1 合同构成
- 1.2 合同成立与生效

## 2 我们提供的保障

- 2.1 保险期间与续保
- 2.2 保障计划
- 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 续保保险费
- 4.3 宽限期

## 5 合同解除

- 5.1 解除合同（退保）  
的手续及风险

## 6 如实告知

- 6.1 明确说明与如实告知
- 6.2 本公司合同解除权的限制

## 7 其他需要关注的事项

- 7.1 合同效力终止
- 7.2 年龄性别错误处理
- 7.3 职业或工种的变更
- 7.4 合同内容变更
- 7.5 联系方式变更
- 7.6 争议处理

## 8 释义

- 8.1 周岁
- 8.2 医疗费用
- 8.3 住院
- 8.4 门急诊
- 8.5 必需且合理
- 8.6 意外伤害
- 8.7 我们认可的医院
- 8.8 专科医生
- 8.9 肾透析
- 8.10 恶性肿瘤
- 8.11 化学疗法
- 8.12 放射疗法
- 8.13 肿瘤免疫疗法
- 8.14 肿瘤内分泌疗法
- 8.15 肿瘤靶向疗法

- 8.16 恶性肿瘤住院医疗费用
- 8.17 与该次住院相同的原因
- 8.18 基本医疗保险
- 8.19 醉酒
- 8.20 毒品
- 8.21 酒后驾驶
- 8.22 无合法有效驾驶证驾驶
- 8.23 无有效行驶证
- 8.24 机动车
- 8.25 感染艾滋病病毒或患艾滋病
- 8.26 遗传性疾病
- 8.27 先天性畸形、变形或染色体异常
- 8.28 既往症
- 8.29 精神行为障碍
- 8.30 医疗事故
- 8.31 潜水
- 8.32 攀岩
- 8.33 探险
- 8.34 武术比赛
- 8.35 特技表演
- 8.36 中国境外
- 8.37 有效身份证件
- 8.38 未到期净保险费

## 附件一 保障明细表

## 附件二 医疗费用保险金计算示例

## 附件三 医疗机构2包含的医疗机构清单

## 阳光人寿融和（尊悦版）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，“本合同”指您与我们之间订立的“阳光人寿融和（尊悦版）医疗保险合同”。

### 1 您与我们订立的合同

- 1.1 合同构成** 本保险条款、保险单或其他保险凭证、投保书、与保险合同有关的投保文件、合法有效的声明、批注、批单、附加合同、其他书面协议都是您与我们之间订立的保险合同的构成部分。
- 1.2 合同成立与生效** 您提出保险申请、我们同意承保，本合同成立。本合同自我们同意承保、收取保险费并签发保险单后开始生效，具体生效日以保险单所载的日期为准。我们自生效日零时起承担本合同约定的保险责任。

### 2 我们提供的保障

- 2.1 保险期间与续保** 本合同的保险期间为1年，自本合同生效日零时起计算，并在保险单上载明。有下列情形之一者，我们按续保时的保障计划及被保险人的年龄对应的费率收取相应的保险费后本合同将延续有效。新续保合同自保险期间届满日次日零时起生效，保险期间为1年：
1. 若您在投保时选择了自动续保方式，每一保险期间届满之前，若我们未收到您不再继续投保的申请，则视作您申请续保；
2. 若您在投保时未选择自动续保方式，但保险期间届满前您向我们申请续保。如果被保险人续保时年满本合同约定的终止续保年龄或本产品停售，本合同不再接受续保。
- 对于计划一和计划二，本合同约定的终止续保年龄为81周岁（见8.1），对于计划三，本合同约定的终止续保年龄为71周岁。
- 除上述不再续保情形以外我们不接受续保的，我们会以书面形式或双方认可的其他形式通知您。
- 2.2 保障计划** 本合同提供三款保障计划供您选择，您可以在投保时为被保险人选择合适的保障计划，并在保险单上载明。三款保障计划对应的保障区域、医疗费用（见8.2）保险金年度基础免赔额、医院类别给付比例、保险责任年度限额及各项保险责任的年度限额在保障明细表（见附件一）中载明。
- 本合同对被保险人累计承担的保险责任以各项保险责任的年度限额和保险责任年度限额为限。

如您投保时选择计划二或计划三，续保时，经我们审核同意您可以将保障计划变更为计划一，但须于本合同保险期间届满前60日内通知我们。若您选择变更保障计划且我们同意您续保，新续保合同的保障计划为您变更后的保障计划。

保险期间内不可变更已选定的保障计划。

- 2.3 保险责任** 在本合同有效期内，我们承担如下保险责任：  
 您投保本合同时，被保险人在本合同生效日起 30 日内接受**住院（见 8.3）治疗、特定门诊治疗、门急诊（见 8.4）治疗的**，我们不承担给付保险金的责任。这 30 日的时间称为等待期。  
 被保险人在等待期内发生的所有治疗，无论是否延续至等待期后，我们均不承担给付保险金的责任，因上述治疗产生的各项医疗费用不计入被保险人保险期间内累计发生的**必需且合理（见 8.5）的医疗费用范围内**。  
 续保或者因**意外伤害（见 8.6）**发生上述情形的，无等待期。  
 对于被保险人因意外伤害或于等待期后于**我们认可的医院（见 8.7）**接受住院治疗、特定门诊治疗、门急诊治疗发生的医疗费用，我们按如下约定承担保险责任：
- 2.3.1 一般住院及特定门诊医疗费用保险责任** 对于被保险人于我们认可的医院接受住院治疗、特定门诊治疗发生的医疗费用，我们承担给付一般住院医疗费用保险金和一般特定门诊医疗费用保险金的责任。**每一保险期间，一般住院医疗费用保险金与一般特定门诊医疗费用保险金累计给付之和以一般住院及特定门诊医疗费用保险责任年度限额为限。**具体约定如下：
- 2.3.1.1 一般住院医疗费用保险金** 被保险人于我们认可的医院就诊，经**专科医生（见 8.8）**诊断确定必须住院并正式办理住院手续入院治疗的，在其入住我们认可的医院住院治疗期间实际发生的必需且合理的住院医疗费用，我们按照本条款 2.3.6 “医疗费用保险金计算方法”的约定，给付一般住院医疗费用保险金。
- 2.3.1.2 一般特定门诊医疗费用保险金** 被保险人于我们认可的医院确诊并接受特定门诊治疗，对于其实际发生的必需且合理的下列特定门诊医疗费用，我们按照本条款 2.3.6 “医疗费用保险金计算方法”的约定，给付一般特定门诊医疗费用保险金。  
 一般特定门诊医疗费用包括：  
 （1）门诊**肾透析（见 8.9）**费用；  
 （2）器官移植后的门诊抗排异治疗费用；  
 （3）门诊**恶性肿瘤（见 8.10）**治疗费用，包括**化学疗法（见 8.11）**治疗费用、**放射疗法（见 8.12）**治疗费用、**肿瘤免疫疗法（见 8.13）**治疗费用、**肿瘤内分泌疗法（见 8.14）**治疗费用、**肿瘤靶向疗法（见 8.15）**治疗费用。  
 （4）门诊手术费用。
- 2.3.2 恶性肿瘤住院及特定门诊医疗费用保险责任** 对于被保险人于我们认可的医院确诊患本合同约定的恶性肿瘤，并且在我们认可的医院接受住院治疗、特定门诊治疗发生的医疗费用，我们首先按照本条款 2.3.1 约定承担一般住院及特定门诊医疗费用保险责任，当我们累计给付的医疗费用保险金金额达到一般住院及特定门诊医疗费用保险责任年度限额后，我们承担给付**恶性肿瘤住院医疗费用（见 8.16）**保险金和恶性肿瘤特定门诊医疗费用保险金的责任。**每一保险期间，恶性肿瘤住院医疗费用保险金与恶性肿瘤特定门诊医疗费用保险金累计给付之和以恶性肿瘤住院及特定门诊医疗费用保险责任年度限额为限。**具体约定如下：

- 2.3.2.1 恶性肿瘤住院医疗费用保险金** 被保险人于我们认可的医院确诊并接受本合同约定的恶性肿瘤治疗的，经专科医生诊断确定必须住院治疗的，在其于我们认可的医院住院治疗期间，对于被保险人实际发生的必需且合理的恶性肿瘤住院医疗费用，我们按照本条款 2.3.6 “医疗费用保险金计算方法”的约定，给付恶性肿瘤住院医疗费用保险金。
- 2.3.2.2 恶性肿瘤特定门诊医疗费用保险金** 被保险人于我们认可的医院确诊并接受恶性肿瘤的特定门诊治疗，对于其实际发生的必需且合理的下列特定门诊医疗费用，我们按照本条款 2.3.6 “医疗费用保险金计算方法”的约定，给付恶性肿瘤特定门诊医疗费用保险金。  
恶性肿瘤特定门诊医疗费用包括：  
（1） 化学疗法治疗费用；  
（2） 放射疗法治疗费用；  
（3） 肿瘤免疫疗法治疗费用；  
（4） 肿瘤内分泌疗法治疗费用；  
（5） 肿瘤靶向疗法治疗费用。
- 2.3.3 门急诊医疗费用保险责任** 对于被保险人于我们认可的医院接受门急诊治疗发生的医疗费用，我们按照您选择的保障计划相应承担给付住院前后门急诊医疗费用保险金或门急诊医疗费用保险金的责任。**每一保险期间，住院前后门急诊医疗费用保险金或门急诊医疗费用保险金累计给付以门急诊医疗费用保险责任年度限额为限。符合本条款“2.3.1.2 一般特定门诊医疗费用保险金”和“2.3.2.2 恶性肿瘤特定门诊医疗费用保险金”规定的医疗费用不在本项责任保障范围内。**  
具体约定如下：
- 2.3.3.1 住院前后门急诊医疗费用保险金** 本保险责任为您选择计划一、计划二情况下我们承担的保险责任。  
被保险人于我们认可的医院就诊，经专科医生诊断确定必须住院并正式办理住院手续入院治疗的，我们对**与该次住院相同的原因**（见 8.17）在该次住院前 7 日内（含住院当日）及出院后 30 日内（含出院当日）进行门急诊治疗的期间实际发生的必需且合理的医疗费用，我们按照本条款 2.3.6 “医疗费用保险金计算方法”的约定，给付住院前后门急诊医疗费用保险金。
- 2.3.3.2 门急诊医疗费用保险金** 本保险责任为您选择计划三情况下我们承担的保险责任。  
若被保险人于我们认可的医院接受门急诊治疗（包括 2.3.3.1 约定情形下发生的门急诊治疗），对于其实际发生的必需且合理的门急诊医疗费用我们按照本条款 2.3.6 “医疗费用保险金计算方法”的约定，给付门急诊医疗费用保险金。
- 2.3.4 无理赔优惠** 若您选择计划一或计划二，在满足以下两项条件之一时，我们将在续保时将您的医疗费用保险金年度基础免赔额降低 2000 元，直至年度基础免赔额降低至 1 万元为止。降低后的医疗费用保险金年度基础免赔额自新续保合同生效时起生效：  
1、 自您投保本合同后经过 2 个完整的保险期间，且未发生任何理赔申请；  
2、 自我们上一次为您降低医疗费用保险金年度基础免赔额后经过 2 个完整的保险期间，且未发生任何理赔申请。  
**在医疗费用保险金年度基础免赔额降低后，若您对降低前发生的医疗费用提出理赔申请，我们有权根据实际情况重新计算年度基础免赔额，如因年度基础免赔额调整导致已支付的保险金金额与实际不符的，我们有权进行调整。**
- 2.3.5 补偿原则、赔付顺序及住院治** 被保险人享有**基本医疗保险**（见 8.18）、**公费医疗**或者其他商业医疗保险计划的，**则须优先从上述全部已有的医疗保险途径申请相应的医疗费用保险金**，我们仅对

### 疗费用给付天数限制

被保险人实际发生的通过上述全部方式仍未获得补偿的剩余医疗费用部分按照本条款 2.3 的约定给付相应保险金。

每一保险期间内，被保险人住院医疗费用累计给付日数以 180 日为限（住院前门急诊或特定门诊治疗期间的日数不计算在此 180 日中），对于住院治疗累计超出 180 日发生的医疗费用，不属于本合同的保险责任范围。

### 2.3.6 医疗费用保险金计算方法

对于我们认可的医院，我们依据不同的医院类别设定不同的给付比例。被保险人在不同医院就诊对应的医院类别给付比例见本合同附件一所示。

每一保险期间内，我们对被保险人每次实际发生的属于本合同保险责任范围内的必需且合理的医疗费用，在各项保险责任年度限额内给付的医疗费用保险金的计算公式如下（具体请参考附件二中的**医疗费用保险金计算示例**）：

医疗费用保险金=保险期间内累计发生的按比例计算的必需且合理的医疗费用-保险期间内累计发生的从基本医疗保险或公费医疗获得的医疗费用补偿-保险期间内累计发生的未先行赔付扣除额-年度免赔额-保险期间内累计已给付的医疗费用保险金

按比例计算的必需且合理的医疗费用按以下方法确定：

按比例计算的必需且合理的医疗费用=每次治疗发生的本合同保险责任范围内的合理的医疗费用×该次治疗相对应的医院类别给付比例。

未先行赔付扣除额按以下方法确定：

（1）对于被保险人在医疗机构 1 普通部或特需部发生的医疗费用，若被保险人未先从基本医疗保险或公费医疗获得医疗费用补偿，则未先行赔付扣除额=属于本合同约定的保险责任范围内的、符合当地基本医疗保险基金支付范围的医疗费用的 20%；若被保险人已从基本医疗保险或公费医疗获得医疗费用补偿，未先行赔付扣除额=0；

（2）对于被保险人在医疗机构 1 的普通部和特需部以外的其他部门以及医疗机构 2 发生的医疗费用，未先行赔付扣除额=0。

年度免赔额等于以下两者的较大值：

（1）医疗费用保险金年度基础免赔额；

（2）保险期间内累计从其他商业医疗保险计划获得的医疗费用补偿金额。

对于被保险人发生的住院医疗费用、特定门诊医疗费用和门急诊医疗费用，我们按照费用发生的时间确定年度免赔额的扣除顺序；若以上三项费用同时发生或顺序不明确时，我们推定门急诊医疗费用发生在最先，住院医疗费用发生在最后，并据此确定年度免赔额的扣除顺序。

若医疗费用同时发生或顺序不明确时，我们推定恶性肿瘤相关医疗费用发生在后，并据此累计被保险人发生的必需且合理的医疗费用。

### 2.3.7 责任的延续

对于等待期后本合同保险期间届满前发生的且延续至本合同保险期间届满后 30 日内的住院治疗，我们仍然按本合同约定承担给付保险金的责任。

## 2.4 责任免除

因下列情形之一，造成被保险人支出医疗费用的，我们不承担给付保险金的责任：

- (1) 投保人对被保险人的故意杀害、故意伤害；
- (2) 被保险人故意自伤、自杀、故意犯罪或者抗拒依法采取的刑事强制措施；
- (3) 被保险人**醉酒**（见8.19）、主动吸食或注射**毒品**（见8.20）；
- (4) 被保险人挑畔或者故意行为而导致的打斗、被袭击、被谋杀；
- (5) 被保险人**酒后驾驶**（见8.21）、**无合法有效驾驶证驾驶**（见8.22）或**驾驶无效行驶证**（见8.23）的**机动车**（见8.24）；
- (6) 被保险人**感染艾滋病病毒或患艾滋病**（见8.25）、接受不孕不育治疗、接受人工受精、怀孕（含宫外孕）、分娩（含难产）、流产、堕胎、节育（含绝育）、进行产前产后检查以及由以上原因引起的并发症；
- (7) **遗传性疾病**（见8.26）、**先天性畸形、变形或染色体异常**（见8.27）；
- (8) 被保险人所患的**既往症**（见8.28）；
- (9) 被保险人所患的**精神行为障碍**（见8.29）、性病；
- (10) 疗养、矫形、视力矫正手术、美容、牙科保健及康复治疗、非意外伤害所致整容手术以及因检查、麻醉、手术治疗、药物治疗而导致的医疗意外或**医疗事故**（见8.30）；
- (11) 被保险人参加**潜水**（见8.31）、跳伞、**攀岩**（见8.32）、蹦极、驾驶滑翔机或滑翔伞、**探险**（见8.33）、摔跤、**武术比赛**（见8.34）、**特技表演**（见8.35）、赛马、赛车等高风险运动；
- (12) 战争、军事行动、暴乱、武装叛乱、核爆炸、核辐射、核污染；
- (13) 各类医疗鉴定，包括但不限于医疗事故鉴定、精神病鉴定、孕妇胎儿性别鉴定、验伤鉴定、亲子鉴定、遗传基因鉴定；
- (14) 被保险人接受未经科学或医学认可的试验性或研究性治疗，接受未被治疗所在地权威部门批准的治疗，或使用未获得治疗所在地政府许可或批准的药品或药物；
- (15) 被保险人因预防、康复、保健性或非疾病治疗类项目发生的医疗费用；眼镜、义齿、义眼、义肢、助听器等康复性器具；
- (16) 免疫接种、预防接种或疫苗接种；
- (17) 在港澳台地区或**中国境外**（见8.36）的国家或地区接受治疗。

## 3 保险金的申请

- 3.1 **受益人** 除另有约定外，本合同一般住院医疗费用保险金受益人、一般特定门诊医疗费用保险金受益人、恶性肿瘤住院医疗费用保险金受益人、恶性肿瘤特定门诊医疗费用保险金受益人、住院前后门急诊医疗费用保险金受益人或门急诊医疗费用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发生后应当在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 **一般住院医疗费用保险金、一般特定门诊医疗费用保险金、恶性肿瘤住院医疗费用保险金和恶性肿瘤特定门诊医疗费用保险金、住院前后门急诊医疗费用保险金、门急诊医疗费用保险金** 一般住院医疗费用保险金受益人、一般特定门诊医疗费用保险金受益人、恶性肿瘤住院医疗费用保险金受益人、恶性肿瘤特定门诊医疗费用保险金受益人、住院前后门急诊医疗费用保险金受益人或门急诊医疗费用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) 一般住院医疗费用保险金受益人、一般特定门诊医疗费用保险金受益人、恶性肿瘤住院医疗费用保险金受益人、恶性肿瘤特定门诊医疗费用保险金受益人、住院前后门急诊医疗费用保险金受益人或门急诊医疗费用保险金受益人**有效身份证件**（见 8.37）；
  - (3) 接受住院治疗的，需提供我们认可的医院入出院证明、出院小结或住院病历（加盖医疗机构病历专用章）；接受门诊治疗的，还需提供门诊病历和处方；
  - (4) 我们认可的医院出具的被保险人在本合同保险期间内历次的医疗费用的原始单据及明细、医疗诊断证明及病历等相关资料；
  - (5) 我们认可的医院出具的被保险人在本合同保险期间内历次的医疗费用收据或者发票，我们有权留存其原件；
  - (6) 被保险人已从基本医疗保险获得医疗费用补偿的，需提供我们认可的医院开具的医疗费用报销分割单原件；被保险人已从公费医疗获得医疗费用补偿的，需提供已注明给付比例或给付金额的住院费用收据原件或复印件；
  - (7) 如果已从其他途径获得了补偿，则须提供从其他途径报销的凭证，我们留存其原件；
  - (8) 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。
- 委托他人领取保险金时，受托人还必须提供本人的有效身份证件及委托人亲笔签名的授权委托书。
- 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保险金，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** 申请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** 本合同的保险费按照被保险人的年龄以及您选择的保障计划确定。您在投保时应一次性交纳本合同的保险费。
- 4.2 **续保保险费** 对于您选择的保障计划，被保险人的保险费会随着被保险人的年龄增长而增加。同时，我们每年都会检视保险费率，使其反映我们的整体理赔经验和医疗通胀等在内的一系列因素。我们将根据本合同计算费率所用的计算基础与实际情况的偏差程度，决定是否采用新的保险费率。新的保险费率适用于本合同所有被保险人，或同一投保年龄、同一投保区域等特定人群的被保险人。我们不会因为被保险人的健康状况变化或该保险理赔状况而单独调整被保险人的续保保险费。当我们未采用新的保险费率时，您在续保时需要按照被保险人续保时的实际年龄交纳该新续保合同的保险费。当我们采用新的保险费率时，我们将在本合同保险期间届满前以书面形式或者双方认可的其他形式通知您。如果在本合同保险期间届满前您以书面形式或者双方认可的其他形式通知我们您接受新的保险费率，您在续保时需要按照被保险人续保时的实际年龄及新的保险费率交纳该新续保合同的保险费。**如果在本合同保险期间届满前您未以书面形式或者双方认可的其他形式通知我们您接受新的保险费率，则我们视同您自动放弃续保本合同的权利，本合同自保险期间届满日次日零时起效力终止。**
- 4.3 **宽限期** 如果我们按照本合同约定接受您续保，那么自保险期间届满日的次日零时起60天为宽限期。宽限期内发生保险事故的，我们仍会承担保险责任，但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，则本合同自宽限期满的次日零时起效力终止。

## 5 合同解除

---

- 5.1 **解除合同（退保）的手续及风险** 如果您申请解除本合同（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；  
 （2）您的有效身份证件。  
 自我们收到解除合同申请书时起，本合同效力终止。我们自收到解除合同申请书之日起30日内向您退还所在保险期间的**未到期净保险费**（见8.38）。**您解除合同会遭受一定损失。**

## 6 如实告知

---

- 6.1 **明确说明与如** 订立本合同时，我们会向您说明本合同的内容。

**实告知**

对保险合同中免除我们责任的条款，我们在订立合同时会在投保书、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，我们有权解除本合同。

如果您故意不履行如实告知义务，对于本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。

**6.2 本公司合同解除权的限制**

前条规定的合同解除权，自我们知道有解除事由之日起，超过 30 日不行使而消灭。自本合同成立之日起超过 2 年的，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。

**7 其他需要关注的事项****7.1 合同效力终止**

当发生下列情形之一时，本合同效力终止：

- (1) 被保险人身故；
- (2) 本合同解除；
- (3) 您在本合同期满日之前未提出续保申请，或者我们按照本合同约定不接受您续保，则本合同自保险期间届满日次日零时起效力终止；
- (4) 因本合同其他条款所列情况而效力终止。

**7.2 年龄性别错误处理**

被保险人的年龄以周岁计算，您在申请投保时，应将与有效身份证件相符的被保险人的出生日期和真实性别在投保书上填明，如果发生错误按照下列方式办理：

(1) 您申报的被保险人年龄不真实，并且其真实年龄不符合本合同约定投保年龄限制的，我们有权解除合同。对于解除本合同的，本合同自解除之日起效力终止，我们向您退还所在保险期间的未到期净保险费。对于本合同解除前发生的保险事故，我们不承担给付各项保险金的责任。我们行使合同解除权适用 6.2 “本公司合同解除权的限制” 的规定。

(2) 您申报的被保险人年龄不真实，致使您所在保险期间实交保险费少于应交保险费的，我们有权更正并要求您补交所在保险期间的保险费。若已经发生保险事故，在给付保险金时按实交保险费和应交保险费的比例给付。

(3) 您申报的被保险人年龄不真实，致使您实交保险费多于应交保险费的，我们会将所在保险期间多收的保险费无息退还给您。

**7.3 职业或工种的变更**

我们将按照事先公布的职业分类表确定被保险人的职业分类，您可以通过本公司网站、服务热线或服务场所工作人员查询到此表。

被保险人变更其职业或工种时，您或被保险人应于 10 日内以书面形式通知我们。若被保险人所变更的职业或者工种依照我们职业分类在本合同拒保范围内的，我们对该被保险人所承担的保险责任自接到通知之日起终止，并按日计算退还所在

**保险期间的未到期净保险费。**

被保险人的职业或工种变更之后，依照职业分类表其职业或工种变更之后在本合同拒保范围内，而未依前项约定通知我们的，如发生保险事故，我们不承担给付保险金责任。

- 7.4 **合同内容变更** 在本合同保险期间内，经您与我们协商一致，可以变更本合同的有关内容。变更本合同的，应当由我们在保险单或者其他保险凭证上批注或者附贴批单，或者由您与我们订立书面的变更协议。
- 7.5 **联系方式变更** 为了保障您的合法权益，您的住所、通讯地址或电话等联系方式变更时，请及时以书面形式或双方认可的其他形式通知我们。若您未以书面形式或双方认可的其他形式通知我们，我们按本合同载明的最后住所或通讯地址所发送的有关通知，均视为已送达给您。
- 7.6 **争议处理** 本合同履行过程中，双方发生争议不能协商解决的，可以达成仲裁协议通过仲裁解决，也可依法直接向人民法院提起诉讼。

## 8 释义

---

- 8.1 **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。
- 8.2 **医疗费用** 指被保险人住院期间或者接受门诊治疗期间实际发生的**床位费、重症监护室床位费、膳食费、药品费、材料费、医生费（诊疗费）、治疗费、护理费、检查化验费、手术费用和器官移植费。**

**床位费：**指被保险人住院期间使用的医院床位的费用（**不包括套房、家庭病床**）。

**重症监护室床位费：**指住院期间被保险人因必需且合理的治疗目的而入住重症监护室产生的床位费。重症监护室指配有中心监护台、心电监护仪及其他监护抢救设施，相对封闭管理，符合重症监护病房（ICU）标准的单人或多人监护病房。

**膳食费：**指实际发生的、由医院提供的合理的、符合惯常标准的膳食费用，**但不包括购买的个人用品。**

**药品费：**指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药品的费用。**但不包括营养补充类药品，免疫功能调节类药品，美容及减肥类药品，预防类药品，以及下列中药类药品：（1）主要起营养滋补作用的单方、复方中药或中成药，如花旗参，冬虫草，白糖参，朝鲜红参，玳瑁，蛤蚧，珊瑚，狗宝，红参，琥珀，灵芝，羚羊角尖粉，马宝，玛瑙，牛黄，麝香，西红花，血竭，燕窝，野山参，移山参，珍珠（粉），紫河车，阿胶，阿胶珠，血宝胶囊，红桃 K 口服液，十全大补丸，十全大补膏等；（2）部分可以入药的动物及动物脏器，如鹿茸，海马，胎盘，鞭，尾，筋，骨等。**

**材料费：**指在住院期间或者特定门诊治疗期间医生或者护士在为被保险人进行的各种治疗中所使用的一次性敷料费用。



**自杀、自伤均不属于意外伤害。**

- 8.7 我们认可的医院** 我们认可的医院包括下列医疗机构：  
 医疗机构 1：中国境内（不含港澳台）国务院卫生行政主管部门医院等级分类中的二级合格或者二级合格以上的公立医院（包括普通部、特需部、国际部、外宾部等）。  
 医疗机构 2：指我们对保障区域内医疗机构的资质及收费水平进行分析后，筛选出的我们认可的特定医疗机构，具体特定医疗机构名单以本公司网站的最近公布信息为准。您可以登陆 <http://www.sinosig.com> 网站查询或者拨打阳光保险全国统一客服专线 95510 咨询。由于各医疗机构的收费水平将发生变化，我们将跟踪分析并在本公司网站公布更新后的清单。  
**我们认可的医院不包括护理机构、矿泉疗养院、水疗所、疗养所、康复机构、戒酒机构、酒精或者药物滥用看护机构、戒毒机构、疗养院或者养老院等其他类似目的的机构。**
- 8.8 专科医生** 专科医生应当同时满足以下四项资格条件：  
 （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主治医师以上职称的《医师职称证书》；  
 （4）在二级或二级以上医院的相应科室从事临床工作三年以上。
- 8.9 肾透析** 指根据半透膜的膜平衡原理，使用一定浓度的电解质和葡萄糖组成的透析液和血液中积累的代谢产物、水及电解质进行渗透交换，从而达到治疗终末期肾病目的的治疗方式。
- 8.10 恶性肿瘤** 指恶性细胞不受控制的进行性增长和扩散，浸润和破坏周围正常组织，可以经血管、淋巴管和体腔扩散转移到身体其它部位的疾病。经病理学检查结果明确诊断，临床诊断属于世界卫生组织《疾病和有关健康问题的国际统计分类》（ICD-10）的恶性肿瘤范畴。  
**下列疾病不在保障范围内：**  
 （1）原位癌；  
 （2）相当于 Binet 分期方案 A 期程度的慢性淋巴细胞白血病；  
 （3）相当于 Ann Arbor 分期方案 I 期程度的何杰金氏病；  
 （4）皮肤癌（不包括恶性黑色素瘤及已发生转移的皮肤癌）；  
 （5）TNM 分期为 T<sub>1</sub>N<sub>0</sub>M<sub>0</sub> 期或更轻分期的前列腺癌；  
 （6）感染艾滋病病毒或患艾滋病期间所患恶性肿瘤。
- 8.11 化学疗法** 指对于恶性肿瘤的化学治疗。化疗是使用医学界公认的化疗药物以杀死癌细胞、抑制癌细胞生长繁殖为目的而进行的治疗。本合同所指的化疗为被保险人根据医嘱，在医院进行的静脉注射化疗。
- 8.12 放射疗法** 指针对恶性肿瘤的放射治疗。放疗是指使用各种不同能量的射线照射肿瘤组织，以抑制和杀灭癌细胞为目的而进行的治疗。本合同所指的放疗为被保险人根据医嘱，在医院的专门科室进行的放疗。

- 8.13 肿瘤免疫疗法** 指应用免疫学原理和方法，使用肿瘤免疫治疗药物提高肿瘤细胞的免疫原性和对效应细胞杀伤的敏感性，激发和增强机体抗肿瘤免疫应答，并应用免疫细胞和效应分子输注宿主体内，协同机体免疫系统杀伤肿瘤、抑制肿瘤生长。本合同所指的肿瘤免疫治疗药物符合法律、法规要求并经过国家食品药品监督管理总局批准用于临床治疗。
- 8.14 肿瘤内分泌疗法** 指对于恶性肿瘤的内分泌疗法，用药物抑制激素生成和激素反应，杀死癌细胞或抑制癌细胞生长。本合同所指的内分泌治疗药物需符合法律、法规要求并经过国家食品药品监督管理总局批准用于临床治疗。
- 8.15 肿瘤靶向疗法** 指在细胞分子水平上，针对已经明确的致癌点来设计相应的靶向治疗药物，利用具有一定特异性的载体，将药物或其他杀伤肿瘤细胞的活性物质选择性的运送到肿瘤部位攻击癌细胞的疗法。本合同所指的靶向治疗药物符合法律、法规要求并经过国家食品药品监督管理总局批准用于临床治疗。
- 8.16 恶性肿瘤住院医疗费用** 包括床位费、重症监护室床位费、膳食费、药品费、材料费、医生费（诊疗费）、治疗费、护理费、检查化验费、手术费用和器官移植费。
- 8.17 与该次住院相同的原因** 指与该次住院相同原因（包括同一疾病及其引发的并发症或者同一次意外伤害及其引发的并发症）导致门急诊治疗。
- 8.18 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。
- 8.19 醉酒** 指发生事故时被保险人每百毫升血液中的酒精含量大于或者等于 80 毫克。
- 8.20 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，但不包括由医生开具并遵医嘱使用的用于治疗疾病但含有毒品成分的处方药品。
- 8.21 酒后驾驶** 指经检测或鉴定，发生事故时车辆驾驶人员每百毫升血液中的酒精含量达到或超过一定的标准，公安机关交通管理部门依据《道路交通安全法》的规定认定为饮酒后驾驶或醉酒后驾驶。
- 8.22 无合法有效驾驶证驾驶** 指下列情形之一：  
 （1）没有取得驾驶资格；  
 （2）使用伪造、变造驾驶证或其他非法途径获取的驾驶证，或驾驶证已过期失效；  
 （3）驾驶与驾驶证准驾车型不相符合的车辆；  
 （4）持审验不合格的驾驶证驾驶；  
 （5）驾驶证被依法扣留、暂扣、吊销、注销期间；  
 （6）持学习驾驶证学习驾车时，无教练员随车指导，或不按指定时间、路线学习驾车。
- 8.23 无有效行驶证** 指下列情形之一：  
 （1）未取得机动车行驶证；

- (2) 机动车被依法注销登记的；
- (3) 未依法按时进行或者通过机动车安全技术检验。

- 8.24 **机动车** 指以动力装置驱动或者牵引，上道路行驶的供人员乘用或者用于运送物品以及进行工程专项作业的轮式车辆。
- 8.25 **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。  
在人体血液或其他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。
- 8.26 **遗传性疾病** 指生殖细胞或受精卵的遗传物质（染色体和基因）发生突变或畸变所引起的疾病，通常具有由亲代传至后代的垂直传递的特征。
- 8.27 **先天性畸形、变形或染色体异常** 指被保险人出生时就具有的畸形、变形或染色体异常。先天性畸形、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。
- 8.28 **既往症** 指在本合同生效之前被保险人已知或应该知道的有关疾病或症状。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）本合同生效前发生，未经医生诊断和治疗，但症状明显且持续存在，以普通人医学常识应当知晓。
- 8.29 **精神行为障碍** 指属于世界卫生组织颁布的《疾病和有关健康问题的国际统计分类第十次修订本（简称 ICD-10）》中第五章精神和行为障碍（疾病代码 F00-F99）所列疾病。
- 8.30 **医疗事故** 指医疗机构及其医务人员在医疗活动中，违反医疗卫生管理法律、行政法规、部门规章和诊疗护理规范、常规，过失造成患者人身损害的事故。
- 8.31 **潜水** 指使用辅助呼吸器材在江、河、湖、海、水库、运河等水域进行的水下运动。
- 8.32 **攀岩** 指攀登悬崖、楼宇外墙、人造悬崖、冰崖、冰山等运动。
- 8.33 **探险** 指明知在某种特定的自然条件下有失去生命或使身体受到伤害的危险，而故意使自己置身于其中的行为，如：江河漂流、登山、徒步穿越沙漠或人迹罕至的原始森林等活动。
- 8.34 **武术比赛** 指两人或两人以上对抗性柔道、空手道、跆拳道、散打、拳击等各种拳术及使用器械的对抗性比赛。
- 8.35 **特技表演** 指进行马术、杂技、驯兽等表演。

- 8.36 **中国境外** 指中华人民共和国领土之外的地区。
- 8.37 **有效身份证件** 指由政府主管部门规定的证明个人身份的证件，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。
- 8.38 **未到期净保险费** (1) 您投保本合同的：  
 如果  $n \leq 30$  日，未到期净保险费=保险费  $\times$  (1-35%)；  
 如果  $n > 30$  日，未到期净保险费=保险费  $\times$  (1-35%)  $\times$  [1-(n-30 日)/(保险期间日数-30 日)]。  
 其中，n 指本合同经过的生效日数，不足一日按一日计算。  
 (2) 您续保本合同的：  
 未到期净保险费=保险费  $\times$  (1-35%)  $\times$  (1-n/保险期间日数)。  
 其中，n 指本合同经过的生效日数，不足一日按一日计算。  
 所在保险期间已发生保险金给付或已发生本合同约定的保险事故但我们尚未给付保险金的或本合同处于宽限期的，当期未到期净保险费为零。

附件一：

## 保障明细表

(单位：人民币元)

保障计划			计划一	计划二	计划三
保障区域			中国大陆境内		
一、医疗费用保险金年度基础免赔额			2 万	2 万	0
二、医院类别给付比例		医疗机构 1	100%	100%	100%
		医疗机构 2	0%	100%	80%
三、本合同保险责任年度限额			205 万	405 万	405 万
1、住院及特定门诊医疗费用保险责任	一般住院及特定门诊医疗费用保险责任年度限额	一般住院医疗费用保险金	100 万	300 万	300 万
		一般特定门诊医疗费用保险金			
	恶性肿瘤住院及特定门诊医疗费用保险责任年度限额	恶性肿瘤住院医疗费用保险金	100 万	100 万	100 万
		恶性肿瘤特定门诊医疗费用保险金			
2、门急诊医疗费用保险责任	各保障计划对应的门急诊医疗费用保险金类别		住院前后门急诊医疗费用保险金	住院前后门急诊医疗费用保险金	门急诊医疗费用保险金
	门急诊医疗费用保险责任年度限额		5 万	5 万	5 万



## 附件二：

## 医疗费用保险金计算示例

以下示例仅为展示计算逻辑用，请勿将数值作为实际医疗费用参考。

投保人刘女士为被保险人王先生（享有基本医疗保险，不享受公费医疗）投保本产品，选择投保计划三，保险期间为1年，自2018年10月1日零时起，至2019年9月30日二十四时止。被保险人在保险期间内共计发生三次就诊治疗，每次就诊治疗情况具体如下：

单位：人民币元

	首次就诊	第二次就诊	第三次就诊
治疗时间	2018年12月10日	2018年12月16日至2018年12月25日	2019年1月20日至2019年3月11日
治疗项目	因疾病A接受门诊治疗	因疾病B接受住院治疗	因恶性肿瘤接受住院治疗
就诊医院	某医疗机构1中的医院普通部	某医疗机构1中的医院国际部	某医疗机构2中的医院
与该次治疗相对应的医院类别给付比例	100%	100%	80%
实际发生的医疗费用	730	165,000	1,080,000
保险责任范围内的必需且合理的医疗费用	700	150,000	1,000,000
是否通过基本医疗保险获得医疗费用补偿	是	否	否
从基本医疗保险获得的医疗费用补偿	300	0	0
从其他商业医疗保险计划获得的医疗费用补偿	0	40,000	300,000

则被保险人可获得的各项医疗费用保险金的计算方法如下：

（1）被保险人首次就诊，实际发生的医疗费用为730元，保险责任范围内的必需且合理的医疗费用为700元，就诊医院为某医疗机构1中的医院普通部，医院类别给付比例为100%，因此与该次治疗相对应的给付比例为100%。

本次就诊发生的医疗费用保险金的计算过程如下：

- ① 保险期间内累计发生的按比例计算的必需且合理的医疗费用：700元（= 700元×100%）；
- ② 保险期间内累计发生的从基本医疗保险或公费医疗获得的医疗费用补偿：300元；
- ③ 保险期间内累计发生的未先行赔付扣除额：本次就诊被保险人已从基本医疗保险获得医疗费用补偿300元，因此未先行赔付扣除额为0元，保险期间内累计发生的未先行赔付扣除额为0元；
- ④ 年度免赔额：计划三的医疗费用保险金年度基础免赔额为0元，保险期间内累计从其他商业医疗保险计划获得的医疗费用补偿金额为0元，因此年度免赔额为0元。
- ⑤ 保险期间内累计已给付的医疗费用保险金：0元。

根据公式，本次就诊医疗费用保险金为：

保险期间内累计发生的按比例计算的必需且合理的医疗费用700元 - 保险期间内累计发生的从基本医疗保险或公费医疗获得的医疗费用补偿300元 - 保险期间内累计发生的未先行赔付扣除额0元 - 年度免赔额0元 - 保险期间内累计已给付的医疗费用保险金0元 = 400元

因本次治疗为门诊治疗，且400元<计划三的门急诊医疗费用保险责任年度限额50000元。故我们本次向门急诊医疗费用保险金受益人给付的门急诊医疗费用保险金为400元。本合同保险期间内，我们累计已给付的医疗费用保险金为400元。

(2) 被保险人第二次就诊实际发生的医疗费用为 165,000 元，保险责任范围内的必需且合理的医疗费用为 150,000 元，就诊医院为某医疗机构 1 中的医院国际部，医院类别给付比例为 100%，因此与该次治疗相对应的给付比例为 100%。

本次就诊发生的医疗费用保险金的计算过程如下：

- ① 保险期间内累计发生的按比例计算的必需且合理的医疗费用：150,700元 (=首次就诊700元×100% + 第二次就诊150,000元×100%);
- ② 保险期间内累计发生的从基本医疗保险或公费医疗获得的医疗费用补偿：300元 (=首次就诊300元 + 第二次就诊0元);
- ③ 保险期间内累计发生的未先行赔付扣除额：本次就诊的医院为某医疗机构1中的医院国际部，因此未先行赔付扣除额为0元，保险期间内累计发生的未先行赔付扣除额为0元 (=首次就诊0元 + 第二次就诊0元);
- ④ 年度免赔额：计划三的医疗费用保险金年度基础免赔额为 0 元，故年度免赔额 = 保险期间内累计从其他商业医疗保险计划获得的医疗费用补偿金额 40,000 元 (=首次就诊 0 元 + 第二次就诊 40,000 元);
- ⑤ 保险期间内累计已给付的医疗费用保险金：400元

根据公式，本次就诊医疗费用保险金为：

保险期间内累计发生的按比例计算的必需且合理的医疗费用150,700元 - 保险期间内累计发生的从基本医疗保险或公费医疗获得的医疗费用补偿300元 - 保险期间内累计发生的未先行赔付扣除额0元 - 年度免赔额40,000元 - 保险期间内累计已给付的医疗费用保险金400元 = 110,000元

本次治疗为住院治疗，且本合同保险期间内累计的一般住院医疗费用保险金及一般特定门诊医疗费用保险金之和为 110,000 元 < 计划三的一般住院及特定门诊医疗费用保险责任年度限额 3,000,000 元。故我们本次向一般住院医疗费用保险金受益人给付的一般住院医疗费用保险金为 110,000 元。

本合同保险期间内，我们累计已给付的医疗费用保险金为 110,400 元 (=首次就诊 400 元+本次就诊 110,000 元)，其中一般住院医疗费用保险金 110,000 元，门急诊医疗费用保险金 400 元。

(3) 被保险人第三次就诊实际发生的医疗费用为 1,080,000 元，保险责任范围内的必需且合理的医疗费用为 1,000,000 元，就诊医院为某医疗机构 2 中的医院，医院类别给付比例为 80%，因此与该次治疗相对应的给付比例为 80%。

本次就诊发生的医疗费用保险金的计算过程如下：

- ① 保险期间内累计发生的按比例计算的必需且合理的医疗费用：950,700元 (=首次就诊700元×100% + 第二次就诊150,000元×100% + 第三次就诊1,000,000元×80%);
- ② 保险期间内累计发生的从基本医疗保险或公费医疗获得的医疗费用补偿：300元 (=首次就诊300元 + 第二次就诊0元 + 第三次就诊0元);
- ③ 保险期间内累计发生的未先行赔付扣除额：本次就诊的医院为某医疗机构2中的医院，未先行赔付扣除额为0元，保险期间内累计发生的未先行赔付扣除额为0元 (=首次就诊0元 + 第二次就诊0元 + 第三次就诊0元);
- ④ 年度免赔额：计划三的医疗费用保险金年度基础免赔额为 0 元，故年度免赔额 = 保险期间内累计从其他商业医疗保险计划获得的医疗费用补偿金额 340,000 元 (=首次就诊 0 元 + 第二次就诊 40,000 元 + 第三次就诊 300,000 元);
- ⑤ 保险期间内累计已给付的医疗费用保险金：110,400 元

根据公式，本次就诊医疗费用保险金为：

保险期间内累计发生的按比例计算的必需且合理的医疗费用950,700元 - 保险期间内累计发生的从基本医疗保险或公费医疗获得的医疗费用补偿300元 - 保险期间内累计发生的未先行赔付扣除额0元 - 年度免赔额340,000元 - 保险期间内累计已给付的医疗费用保险金110,400元 = 500,000元

本次治疗为住院治疗，且本合同保险期间内累计的一般住院医疗费用保险金及一般特定门诊医疗费用保险金之和为 610,000 元 (=第二次就诊 110,000 元+本次就诊 500,000 元) < 计划三的一般住院及特定门诊医疗

费用保险责任年度限额 3,000,000 元。故我们本次向一般住院医疗费用保险金受益人给付的一般住院医疗费用保险金为 500,000 元。本合同保险期间内，我们累计已给付的医疗费用保险金为 610,400 元（=首次就诊 400 元+第二次就诊 110,000 元+本次就诊 500,000 元），其中一般住院医疗费用保险金 610,000 元，门急诊医疗费用保险金 400 元。

### 医疗费用保险金计算汇总

单位：人民币元

	首次就诊	第二次就诊	第三次就诊
本次治疗按比例计算的必需且合理的医疗费用	700	150,000	800,000
本次治疗从基本医疗保险或公费医疗获得的医疗费用补偿	300	0	0
本次治疗从其他商业医疗保险计划获得的医疗费用补偿	0	40,000	300,000
未先行赔付扣除额	0	0	0
保险期间内累计从其他商业医疗保险计划获得的医疗费用补偿金额	0	40,000	340,000
(1) 保险期间内累计发生的按比例计算的必需且合理的医疗费用	700	150,700	950,700
(2) 保险期间内累计发生的从基本医疗保险或公费医疗获得的医疗费用补偿	300	300	300
(3) 保险期间内累计发生的未先行赔付扣除额	0	0	0
(4) 年度免赔额	0	40,000	340000
(5) 保险期间内累计已给付的医疗费用保险金	0	400	110,400
医疗费用保险金=(1)-(2)-(3)-(4)-(5)	400	110,000	500,000
该次就诊后保险期间内累计的医疗费用保险金	400	110,400	610,400
该次就诊后保险期间内累计的门急诊医疗费用保险金	400	400	400
该次就诊后保险期间内累计的一般住院医疗费用保险金	0	110,000	610,000

### 医疗费用保险金支付

单位：人民币元

	首次就诊	第二次就诊	第三次就诊	总计
一般住院医疗费用保险金	0	110,000	500,000	610,000
一般特定门诊医疗费用保险金	0	0	0	0
恶性肿瘤住院医疗费用保险金	0	0	0	0
恶性肿瘤特定门诊医疗费用保险金	0	0	0	0
门急诊医疗费用保险金	400	0	0	400
总计	400	110,000	500,000	610,400

## 附件三:

## 医疗机构 2 包含的医疗机构清单\*

\*由于各医疗机构的收费水平将发生变化，我们将跟踪分析并在本公司网站公布更新后的清单。您可以登陆 <http://www.sinosig.com> 网站查询或者拨打阳光保险全国统一客服专线 95510 咨询。

序号	中文名称
1	和睦家医疗集团
2	国际 (SOS) 救援中心诊所
3	百汇医疗集团
4	广州加美医疗中心
5	上海东方联合医院 (上海东方国际医院有限公司)
6	上海天坛普华医院 (上海康联医院)
7	上海全康医疗中心
8	上海沃德医疗中心
9	上海德西门诊部
10	上海国际医院 (原华山国际医疗中心浦东门诊部 A/B 区)
11	上海明珍健康信息咨询有限公司
12	北京国际医疗中心
13	北京天坛普华医院
14	北京普华国际门诊部
15	北京明德医院
16	上海曜影医疗
17	WA 臻景医疗