

苏州市财政局 苏州市残疾人联合会

苏残字〔2010〕18号



关于组织苏州市市区残疾人参加团体 人身意外伤害商业保险的通知

各区(平江、沧浪、金阊、高新区)财政局、残联,高新区社会事业局:

“十一五”以来,我市残疾人事业进入了快速发展期。当前,在苏州全力推进“两个率先”,开创“三区三城”建设新局面的进程中,我市的残疾人事业以“率先发展、一流水平”为要求,以科学发展观为指导,深入贯彻中央7号文件,围绕残疾人社会保障体系建设,坚持普惠加特惠政策相结合的原则,努力做到“普惠更全、特惠更优”。

市财政局、市残联在调查研究、摸清底数的基础上,制定了《苏州市市区残疾人参加团体人身意外伤害商业保险的办法(试行)》。现将本办法印发给你们,请各地根据实际情况,认真组织实施。

各县级市、吴中区、相城区和工业园区可参照本办法执行。

附件：《苏州市市区残疾人参加团体人身意外伤害商业保险的办法（试行）》



苏州市财政局

苏州市残疾人联合会



二〇一〇年一月二十八日

主题词：残疾人 团体 意外伤害 保险 通知

抄 报：省残联

抄 送：各县级市（区）财政局、残联，工业园区社会事业局

苏州市残疾人联合会

二〇一〇年一月二十九日印发

共印 40 份

附件:

苏州市市区残疾人参加团体人身意外伤害 商业保险的办法（试行）

为了进一步完善我市残疾人的社会保障体系，保障残疾人的日常生活、学习、工作秩序，减轻因意外人身伤害而产生的负担，结合我市残疾人的实际情况，根据保费优惠、自愿参加的原则，特制定本办法：

一、参加意外伤害保险的对象

1、具有苏州市区（平江区、沧浪区、金阊区、高新区）常住户口、持有《中华人民共和国残疾人证》的残疾人。

2、男：年龄 18 周岁至 60 周岁；女：18 周岁至 50 周岁。

二、意外伤害保险的保障内容

参保人在保险期间内发生意外身故、意外烧伤的，最高可获 4 万元的人身意外保障；意外门诊、意外住院的，最高可获 2000 元的意外医疗保障（详细标准见附件）。

三、意外伤害保险的保费标准

残疾人参加意外伤害保险的保费标准为每人每年 40 元。

四、意外伤害保险的保险期限

每次保险缴费的保险有效期为一年。

在保险期限内，如果男年满 60 周岁，女满 50 周岁的，保险期限不受年龄的限制，仍为一年。

五、意外伤害保险的保费补贴

（一）参保费全免对象：

1、低保、低保边缘户的残疾人免费参保，保费由市财政承担。

2、根据《关于对无固定收入和固定收入低于当地城乡低保标准的重残人员给予生活救助的实施办法》，符合条件的无业重度残疾人免费参保，保费由市财政承担。

（二）参保费部分减免对象：

1、在盲人按摩机构、残疾人托养机构内的残疾人，经所在机构证明盖章，由市财政每人每年补贴 30 元，个人每年承担 10 元。

2、其余残疾人参加意外伤害保险的，原则上由市财政每人每年补贴 20 元，个人每年承担 20 元。

（三）残疾人团体人身意外伤害保险补贴资金由市残疾人就业保障金统一列支。

六、意外伤害保险的组织实施

（一）本办法中的残疾人意外伤害保险属于商业保险，残疾人自愿参保，政府适当补贴参保费，集中办理：

1、符合条件的残疾人员到当地街道（镇）残联申领《残疾人团体人身意外伤害保险补贴申报表》。

2、各街道（镇）残联做好参保对象的登记、审核工作，将《残疾人参加团体人身意外伤害保险补贴申报表》、《残疾人参加团体人身意外伤害保险基本情况汇总表》、《残疾人参

加团体人身意外伤害保险人数和保费情况统计表》，以及残疾人个人缴纳的保费上交到区残联。

3、各区残联完成《残疾人参加团体人身意外伤害保险补贴申报表》、《残疾人参加团体人身意外伤害保险基本情况汇总表》、《残疾人参加团体人身意外伤害保险人数和保费情况统计表》的填报工作，协助保险公司做好参保人员的情况审核，与保险公司签订保险合同后将上述材料报送市残疾人就管中心。

4、市残疾人就管中心将各区上报的材料汇总核算后，经市残联审批后将保费补贴款项划拨至各区残联，由各区残联向保险公司支付保费。

市残联将《残疾人参加团体人身意外伤害保险基本情况汇总表》、《残疾人参加团体人身意外伤害保险人数和保费情况统计表》报市财政局备案。

（二）各街道（镇）残联要及时了解参加保险残疾人的学习、生活、工作情况，当参保残疾人发生人身意外伤害时要及时与区残联、保险公司沟通联系。

本办法从2010年1月1日起试行，由市残联负责解释

附件：1. 《残疾人参加团体人身意外伤害保险补贴申报表》

2. 《残疾人参加团体人身意外伤害保险基本情况汇总表》

3. 《残疾人参加团体人身意外伤害保险人数和保费情况统计表》

附件 1:

苏州市市区残疾人参加团体人身意外伤害 保险补贴申请表

(区)

姓名		性别		出生年月		贴 照 片
残疾类别		残疾人证号				
残疾等级		身份证号				
经济情况	1、低保户	2、低保边缘	3、无业重度残疾	4、其他		
就业情况	是否就业	<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否	单位全称			
家庭住址						
联系电话			法定监护人		姓名	
					电话	
个人申请（可由法定监护人填写）： 本人自愿参加“苏州市市区残疾人团体人身意外伤害险”，对所有保险条款内容都已了解。 <p style="text-align: center;">申请人（或法定监护人）签名： 年 月 日</p>						
单位（机构）证明	街道残联意见		区残联意见		市残联核准	
（盖章）	（盖章）		（盖章）		（盖章）	
核准减免保险费标准：						

注：1、在盲人按摩机构工作的、在残疾人托养机构托养的，需在“单位（机构）证明”处盖章；
2、此表一式三份，区、市残联、保险公司各一份。

附表 2:

苏州市市区残疾人参加团体人身意外伤害保险基本情况汇总表

填报单位(盖章): _____ (街道)残联

填报日期: _____ 年 月 日

序号	姓名	性别	出生年月	家庭住址	身份证号码	残疾证号码	联系电话	自负保费 (元)

注: 此表由街道残联填报, 区残联负责收集并报至市财政局, 区、市残联、区财政局和保险公司各一份。

区残联填报人(签名):
(单位盖章):

保险公司核准人(签名):
(公司盖章):

市残联审核人(签名):
单位领导(签名盖章):

附表 3:

苏州市市区残疾人参加团体人身意外伤害保险人数和保费情况统计表

填报单位 (盖章): _____ (区) 残联

填报日期: _____ 年 _____ 月 _____ 日

序号	街道 (镇) 名称	免费参加保险人数 (名)		合计金额	补贴 30 元参加保险人数		合计金额	补贴 20 元参加保险人数	合计金额
		低保、低保边缘	无业重度	(万元)	盲人按摩	机构托养	(万元)		(万元)
1									
2									
3									
4									
5									
6									
7									
8									
总 计									

区残联填报人 (签名): _____

保险公司核准人 (签名): _____

市残联审核人 (签名): _____

(单位盖章): _____

(公司盖章): _____

单位领导 (签名盖章): _____

注: 此表由区残联、保险公司共同负责统计和计算, 区、市残联、区财政局和保险公司各执一份。

2010年度苏州市市区残疾人参加团体人身意外综合保险项目说明（试行）

为近一步完善苏州市残疾人的社会保障体系，保障残疾人的日常生活、学习、工作秩序，减轻因人身意外伤害而产生的负担，为苏州市区所有符合条件的（男 18-60 周岁，女 18-50 周岁）残疾人员投保了团体人身意外伤害保险，根据《苏州市市区残疾人参加意外伤害商业保险的办法（试行）》、《合同法》、《保险法》等相关文件，有关保险项目说明如下：

一、参保人员：

苏州市区所有符合条件的残疾人员（男：18 周岁至 60 周岁，女 18 周岁-50 周岁）

二、保险期间：

自确认投保之日起一年，具体保险期间以保单所载为准

三、保障利益表：

保障范围	保险责任	保险金额	免赔额	赔付比例	保费
人身意外保障	意外身故	4 万元/人	无	100%	34
	意外烧伤	4 万元/人	根据烧伤程度按比例赔付		
意外医疗保障	意外门诊	2 千元/人	100 免赔后按 80% 比例赔付		6
	意外住院				
保费	40 元/人/年				

附：烧伤程度与保险金给付比例表：

烧伤部位	占体表皮肤面积	赔付比例
头部	足 2% 但少于 5%	50%
	足 5% 但少于 8%	75%
	不少于 8%	100%

躯干及四肢	足10%但少于15%	50%
	足15%但少于20%	75%
	不少于20%	100%

备注：上述所有保障均为全国范围，24小时保障。

四、保险责任：

团体意外伤害保险责任

在保险期间内，被保险人自意外伤害发生之日起180日内以该次意外伤害为直接原因身故的，保险人按意外身故保险金额给付身故保险金。

未及事项，详见中国太平洋人寿保险股份有限公司的《(08)团体意外伤害保险条款》。

意外烧伤责任简介：

保险期间内，被保险人因遭受意外伤害导致烧伤的，保险人按照保险单所载保险金额及本合同所附的《意外伤害事故烧伤保险金给付比例表》中该项烧伤所对应的比例给付烧伤保险金。

未及事项，详见中国太平洋人寿保险股份有限公司的《附加烧伤短期意外伤害保险条款》。

意外医疗保险责任：

在保险期间内，被保险人因遭受意外伤害所引起的意外医疗，保险公司对所发生的符合苏州社会基本医疗保险管理规定的用药范围和诊疗项目范围内的治疗费、检查费、手术费和药费在100元免赔后按80%比例予以赔付，累计赔付以意外医疗保险金额为限；

未及事项，详见中国太平洋人寿保险股份有限公司的《(08)附加意外伤害团体医疗保险条款》。

五、除外责任：

因下列情形之一，造成被保险人受伤、或死亡的，保险人不负给付保险金责任：

- (1) 投保人、受益人对被保险人的故意杀害、故意伤害；
- (2) 被保险人故意犯罪或者抗拒依法采取的刑事强制措施；
- (3) 被保险人自杀，但被保险人自杀时为无民事行为能力人的除外；
- (4) 被保险人醉酒，斗殴，主动吸食或注射毒品；

- (5) 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；
- (6) 被保险人因妊娠（含宫外孕）、流产、分娩（含剖宫产）导致的伤害；
- (7) 被保险人因医疗事故、药物过敏导致的伤害；
- (8) 精神疾患者在监护人监护不当下导致的意外；
- (9) 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除外；
- (10) 被保险人参加潜水、跳伞、攀岩、驾驶滑翔机或滑翔伞、探险、摔跤、武术比赛、特技表演、赛马、赛车等高风险活动；
- (11) 战争、军事冲突、暴乱或武装叛乱；
- (12) 核爆炸、核辐射或核污染。

发生上述情形之一导致被保险人身故的，保险公司对该被保险人的保险责任终止。

六、投保须知：

- 1、投保时需提供所有参保残疾人员花名册一份（如有电子盘片，请一并提供），花名册需包含参保人员姓名、身份证号码、残疾类别及残疾等级等信息；
- 2、保险公司在对花名册审核无误后根据参保人数分别出具保险费发票；
- 3、甲方在收到乙方出具的保险费发票后十个工作日内安排付款；
- 4、乙方以团体形式承保苏州市残疾人员人身意外综合保险，出具团体保单；
- 5、乙方在收到甲方保费且投保资料齐全后五个工作日内出具正式保单；

七、理赔须知：

1、理赔流程：

被保险人的理赔材料可以由其本人或者家属按照下述理赔材料的要求准备相应理赔材料，理赔材料齐全后，保险公司派专人上门收取理赔材料。

重大意外事故（死亡、3人以上的群伤事故）需于出险后第一时间电话告知保险公司，保险公司将指派专人协助处理事故；

2、理赔材料：

1)、意外身故理赔材料：

- a、申请人（受益人）填写保险公司提供的理赔申请书；

- b、申请人（受益人）及被保险人有效身份证复印件；
- c、医院或公安部门出具的死亡证明书；
- d、火化证明及户口注销证明；
- e、公安部门出具的意外事故说明；
- f、其他与确认保险事故性质、原因、受益人身份有关材料。

2)、意外烧伤理赔材料:

- a、申请人（受益人）填写保险公司提供的理赔申请书；
- b、被保险人有效身份证复印件；
- c、有国家认定资质的伤残鉴定机构出具的烧伤程度及烧伤面积鉴定书；
- d、其他与确认保险事故性质、原因有关材料。

3、意外门诊理赔材料:

- a、申请人（受益人）填写保险公司提供的理赔申请书；
- b、被保险人有效身份证复印件；
- c、门诊病历复印件；
- d、门诊发票原件（如已由其他方赔付部分的，可以提供复印件及结算证明）；
- e、意外事故经过说明；
- f、其他与确认保险事故性质、原因有关材料。

4、意外住院理赔材料:

- a、申请人（受益人）填写保险公司提供的理赔申请书；
- b、被保险人有效身份证复印件；
- c、住院发票原件（如已由其他方赔付部分的，可以提供复印件及结算证明）；
- d、出院记录原件；
- e、住院明细清单复印件；
- f、意外事故经过说明；
- g、其他与确认事故性质、原因有关材料。

八、约定事项:

- 1、保险公司将为该项目成立专项工作小组，并指派专人为该项目提供一揽子的售后

服务；

- 2、保险公司根据苏州市残联的需求提供赔付统计分析报告；
- 3、保险公司为重症住院患者递送鲜花，提供理赔人性化服务；
- 4、保险公司定期与残联的工作人员沟通交流，及时发现问题解决问题，确保最优质的服务；
- 5、通过全国统一客服电话 95500，可以咨询相关保险事宜。
- 6、本办法从 2010 年 1 月 1 日起试行，由市残联负责解释

