



雇主责任险保险手册

(计划 2)

2015 版

前 言

为了使您更好地了解深圳中智为您提供的雇主责任险的保障内容,并能获得我们提供的良好服务,请您仔细阅读本商保手册内容。希望本手册能够成为您随身的服务指南,帮助您实现“轻松工作、保险无忧”。

本手册仅为雇主责任险保障内容介绍及理赔指引,若内容与保险条款规定有冲突,以条款为准。手册将根据国家政策变化和服务需要随时进行更新和完善,请以深圳中智通知的最新版本为准。

如在阅读或使用过程中有任何疑问,请联系深圳中智的雇员福利部商保组进行解答,也可发送邮件至 ci-service@szciic.com。

目 录

☑中智雇主责任险保障内容.....	
☑中智雇主责任险保障须知.....	
☑责任免除	
☑附件.....	

雇主责任险索赔申请表



一、雇主责任险保障内容

投保人员：在职员工

工伤意外补偿

序号	险种	保险责任	保险金额
1	伤残补偿	被保险人的雇员因工伤导致的残疾和烧伤，依据《职工工伤与职业病致残程度鉴定标准》评定的伤残等级，按照伤残赔付比例表赔付（1-10级）	20万
2	身故补偿	被保险人的雇员因工伤身故给付约定的保险金额	20万
3	医疗费用补偿	被保险人的雇员因工伤产生的医疗费用，在约定的赔偿限额内，按照100%的比例实报实销，无免赔额，无次数限定	5千
4	住院补偿	被保险人的雇员因工伤导致住院治疗，按照实际住院天数给付每天150元的住院津贴，最长可以补偿90天	150元/天 90天为限
5	停工留薪补偿	被保险人的雇员因工伤导致停工，按照病历记录或医生开具停工天数给付每天150元的补偿，最长可以补偿90天	150元/天 90天为限
6	转院就医食宿交通费 and 康复器具费	工伤治疗，因就诊医院条件限制，由该医院批准转院到合适医院就诊所产生的相关费用；因工伤致残并经医院和劳动能力鉴定委员会认定必须安装假肢等相关费用，康复器具需为国内市场的普及型产品。	1万

非工伤意外补偿

序号	险种	保险责任	保险金额
1	伤残补偿	被保险人的雇员因非工伤意外导致的残疾和烧伤，根据《中华人民共和国国家标准道路交通事故受伤人员伤残评定》评定的伤残等级，按照伤残赔付比例表赔付（1-10级）	10万
2	身故补偿	被保险人的雇员因非工伤意外导致身故一次性给付保单约定金额	10万
3	医疗费用补偿	被保险人的雇员因非工伤意外事故产生的医疗费用，在约定的赔偿限额内，按照100%的比例实报实销，无免赔额，无次数限定。	5千
4	意外住院补偿	被保险人的雇员因非工伤意外导致住院治疗，按照实际住院天数给付每天100元的补偿，最长可以补偿90天	100元/天 90天为限
5	停工留薪补偿	被保险人的雇员因非工伤意外事故导致停工，按照病历记录或医生开具停工天数给付每天100元的住院津贴，最长可以补偿90天	100元/天 90天为限

二、雇主责任险保障须知

1. 伤残补偿和身故补偿：伤残评定以《职工工伤与职业病致残程度鉴定标准》和/或《中华人民共和国

和《国家标准道路交通事故受伤人员伤残评定》为基础，不同伤残级别，依以下比例和雇主责任保险合同的规定支付相应赔偿金额：

伤残赔付比例表

一级	二级	三级	四级	五级	六级	七级	八级	九级	十级
100%	80%	70%	60%	50%	40%	30%	20%	10%	5%

2. 意外医疗费用补偿：被保险人因意外导致门急诊或住院治疗，包括医生诊断、处方、手术费住院费、救护车费、X光检查、医疗用品等费用，限额以内100%报销，无免赔额，无次数限定。
3. 住院补偿：被保险人因工伤或非工伤意外伤害原因，经诊断必须住院治疗，按照实际住院天数给付每天100意外住院津贴，无免赔期，全年最多赔付90天。
4. 停工留薪补偿：被保险人因工伤或非工伤意外事故导致停工，按照病历或医生开具停工天数给付每天100元的住院津贴，最长可以补偿90天。
5. 转院就医食宿交通费用和康复器具费：若住院治疗工伤，因救治医院条件限制，由该医院提出转院救治，按照赔偿限额内进行时报实销。若因工伤致残并经医院和劳动能力鉴定委员会认定必须安装假肢等相关费用，康复器具应当限于辅助日常生活及生产劳动之必需，并采用国内市场的普及型产品。

6、就诊医院范围

境内就诊医院应符合：

须为二级或二级以上医院或本公司指定医院（包括所辖社康中心），但若受伤雇员需要紧急救护不受此限制。

境外就诊医院应符合：

- 1、拥有合法医院营业执照；
- 2、有合法注册的医生和护士提供24小时的医疗和护理机构；
- 3、设立的主要目的为向受伤者和患病者提供留院治疗和护理服务；
- 4、非诊所或其主要功能不是作为康复、疗养、戒酒、戒毒或类似的医疗机构；
- 5、中国以外的医院为合法经营的诊所或医院。

7、理赔所需资料（除身故及残疾类的索赔申请表需劳动合同签订单位盖章，其他类型的索赔申请表无需公司盖章）

7.1、医疗费用补偿

- （1）填写完整的索赔申请表原件；
- （2）雇员身份证复印件（正反面复印）；
- （3）急、门诊病历复印件，如住院提供住院小结复印件；
- （4）医疗费用发票原件。

7.2、停工留薪补偿

- （1）填写完整的索赔申请表原件；
- （2）雇员身份证复印件（正反面复印）；



- (3) 急、门诊病历复印件;
- (4) 病假单原件。

7.3 住院补偿

- (1) 填写完整的索赔申请表原件;
- (2) 雇员身份证复印件 (正反面复印);
- (3) 出院小结及住院费用明细清单原件。

7.4 伤残补偿

- (1) 填写完整的索赔申请表原件, 用人单位盖章 (具备劳动关系);
- (2) 雇员身份证复印件 (正反面复印);
- (3) 劳动能力鉴定委员会出具的劳动能力鉴定书原件;
- (4) 出院小结及诊断证明原件;
- (5) 劳动保障部门出具的工伤认定书原件 (若为工伤);
- (6) 雇佣关系的证明资料复印件 (用工单位提供的劳动合同);
- (7) 职业病诊断证明书或者鉴定书原件 (若为职业病)。

7.5 身故赔偿

- (1) 填写完整的索赔申请表原件, 用人单位盖章 (具备劳动关系);
- (2) 雇员身份证复印件 (正反面复印);
- (3) 医院或当地公安部门出具的死亡证明原件;
- (4) 身故雇员户口簿销户记录原件;
- (5) 雇佣关系的证明资料复印件 (用工单位提供的劳动合同)。

7.6 因工伤转院就医食宿交通费

- (1) 填写完整的索赔申请表原件;
- (2) 雇员身份证复印件 (正反面复印);
- (3) 首诊医院出具的转院建议书原件;
- (4) 往返转入医院所在地合理必需的食宿交通费用发票原件。

7.7 因工伤使用康复器具费用

- (1) 填写完整的索赔申请表原件;
- (2) 雇员身份证复印件 (正反面复印);
- (3) 劳动能力鉴定委员会出具的劳动能力鉴定书原件;
- (4) 由医院提出意见, 经劳动能力鉴定委员会确认之证明原件;
- (5) 普及型康复器具的购买或维修发票原件;
- (6) 出院小结或诊断证明原件。

注: 涉及理赔资料原件的经审核后可退回。

8、理赔流程时效及时限

- (1) 保险公司收到理赔单据后, 对符合要求的清晰的理赔资料, 10 个工作日内 (不包括财务划款时间) 作出理赔决定同时将理赔款项汇入被保险人账户, 情况复杂的 30 天核定反馈情况, 异地



出险视具体情况而定。

- (2) 被保险人收到退回的不合格资料后,应在5个工作日内重新提交理赔资料进行复审;
- (3) 被保险人在保险期内离职退保,应在退保后5个工作日内提交所有理赔资料至中智雇员福利部商保组进行理赔申报;
- (4) 被保险人每年度发生的医疗费用应在次年1月31日前提交至中智雇员福利部商保组办理理赔申报,逾期不予受理。

注意事项:

- (1) 本保险不承保从事钢铁、矿业采石、建筑工程、4吨以上营运车司机、五金/家具/木制品/塑胶/机械/家电制造、造纸、陶瓷、油漆/涂料、印刷行业的生产及作业人员;或工作中要接触有毒、腐蚀性、爆炸性物质,或要通过梯、架或悬吊进行离地面6米以上高空作业的雇员;
- (2) 若被保险人遭受工伤的雇员已参加社会工伤保险,则在申请享受工伤保险待遇后,被保险人方可于本保险项下申请索赔。但若被保险人就同一工伤事故申请索赔医疗费用补偿的金额不足人民币1000元的,可不适用本条前述规定。

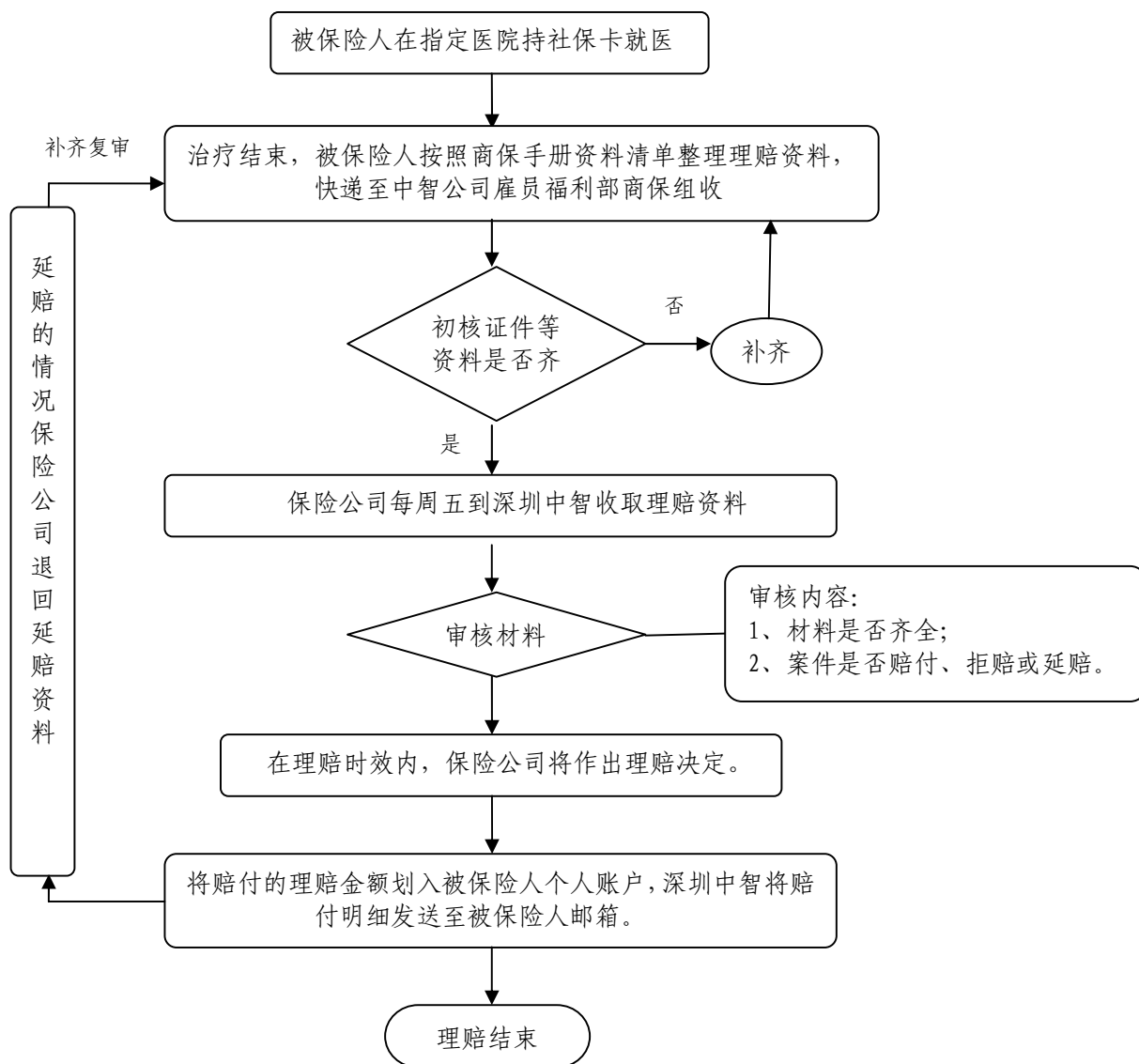
三、责任免除:

本保险不承担下列情形所致被保险人的雇员遭受的身体伤害(包括因此引起的死亡)或被保险人因此而须向任何人承担的赔偿责任:

- (1) 被保险人的雇员罹患的可被认定为工伤的疾病以外其他任何形式的疾病或受保前已存在的受伤及其并发症,或任何原因导致的过敏症,以及由其引起的直接或间接损失;
- (2) 被保险人或被保险人的雇员的故意行为,但出于保护他人或财务免受伤害而采取合理且必要的措施导致的雇员身体伤害不适用本项责任免除的规定;
- (3) 被保险人的雇员的分娩、流产或怀孕,以及由此引起的直接或间接的损失;
- (4) 被保险人的雇员因精神病所导致的该雇员本人身体伤害;
- (5) 被保险人的雇员受酒精、毒品、管制药物的影响而导致的身体伤害;
- (6) 被保险人的雇员酒后驾驶、无照驾驶或驾驶无有效行驶证的机动车辆;
- (7) 被保险人的雇员因未遵医嘱,私自服用、涂用、注射药物、或因药物过敏,或因美容手术、外科整形手术、任何非必要的手术,或因医疗事故所致的身体伤害;
- (8) 被保险人直接或指使他人对其雇员故意实施的骚扰、伤害、性侵犯,而直接或间接造成其雇员的身体伤害或发生事故;

- (9) 因被保险人或其雇员挑衅或故意伤害他人行为而导致的打斗、被袭击或被谋杀；
- (10) 被保险人的雇员进行潜水、登山、滑水、滑雪、滑板、滑翔、跳伞、攀岩、蹦极或其他类似的极限运动，或进行他先活动，或进行摔跤、柔道、空手道、跆拳道、拳击或其他类似的搏击运动，或进行需要经过特别训练的特技表演，或参与任何职业、半职业或专业的体育运动，或进行赛马、各种车辆表演、车辆竞赛后练习、驾驶卡丁车等高风险运动。
- (11) 任何因石棉产品、石棉纤维、石棉尘的制造、开采、使用、销售、安装、搬移、发送或暴露于石棉产品、石棉纤维、石棉尘而导致的身体伤害，或被保险人因上述原因而须对任何人承担的赔偿责任；
- (12) 尘肺病，或任何因接触、摄食、吸入、吸收或暴露于含硅石产品、硅石纤维、硅石粉尘或其他已任何形态存在的硅石而导致的身体伤害，或被保险人因上述原因而须向任何人承担的赔偿责任；
- (13) 原子或原子装置所造成之爆炸、灼烧或辐射；
- (14) 战争（无论宣战与否）、入侵、内战、革命或其他战争行为，或暴乱、罢工或武装叛乱，或恐怖主义行为；
- (15) 被保险人的雇员因从事犯罪活动、违反治安管理、斗殴或因拒捕而致伤害；
- (16) 被保险人的雇员置身于任何飞机或空中运输工具（以乘客身份搭乘民用或商业航班者除外）期间；
- (17) 被保险人的雇员服军役，参与执行军警任务或以执法者身份执行任务；
- (18) 腐败物质或细菌之感染，但因意外伤害至有伤口而脓肿者除外；
- (19) 一般牙齿治疗或手术，但由意外伤害所引致除外；
- (20) 被保险人因合同或协议的约定而应承担的赔偿责任，但即使无该合同或协议的存在，被保险人依法亦应承担赔偿责任的，不适用本项免除的规定；
- (21) 被保险人的雇员因美容手术、外科整形手术、任何非必要的手术或医疗事故所致的伤害。
- (22) 精神损害赔偿及任何性质的罚款或罚金。

四、理赔流程



五、理赔小常识

顺利完成理赔需要您的配合，您需要注意以下方面：

- (1) 向医院索取治疗相关的材料，如病历、门诊药品清单、检查报告单、住院费用清单等；
- (2) 整理理赔所需材料，确保资料完整；
- (3) 病历或检查报告单如果需要保留，请用 A4 纸复印（竖式），递交清晰复印件即可；
- (4) 门诊医疗费用发票、清单请平铺粘贴在 A4 纸上，不要重叠；
- (5) 请确认在理赔申请时的身份证复印件上留下您的联系方式，以便服务人员和您联系。

六、名词解释

1、**工伤**：指被保险人的雇员在中国境内因意外或疾病导致身体伤害，依照工伤保险法律应被认定或视为工伤；因被保险人派遣到中国境外短期出差期间（在境外停留期间连续累计不超过三个

月)发生意外事故导致身体伤害(包括因此引起的死亡),而依照工伤保险法律应被认定或视为工伤。所有因持续或重复受实质上相同损害情形而导致的工伤,均将被视为一次工伤。

2、工伤保险法律:在本保险期间有效的《工伤保险条例》和《职业病防治法》及其修正案、与前述法律法规相同的司法解释及使用于被保险人的地方行政法规。

3、意外事故:指外来的、突然的、非本意的、非疾病所导致的客观事件,并以此客观事件为直接且单独原因导致身体伤害或财产损失。所有持续或重复受实质上相同损害情形而导致的身体伤害或财产损失为以此事故。

4、被保险人的雇员:指与被保险人签订书面劳动合同或与被保险人存在事实劳动关系,为被保险人工作,并由被保险人给付工资或薪酬的劳动者。

5、境内:指中国大陆地区,该地区不包括台湾省、香港及澳门特别行政区。



雇员意外/雇主责任保险索赔申请表

索赔申请人应正确详细填写此申请表，并将后页所列索赔所需的文件于索赔事由发生 30 天内交回，视索赔性质及金额，保险公司有权要求进一步资料。每份申请表仅限一位索赔申请人填写。

被保险人

公司名称	保险单号码
联系人	联系电话
通讯地址及邮编	传真号码
	电子邮件

被保险人的雇员银行账户资料（请详细填写，以确保赔款及时到账！）

雇员银行户名：	银行帐号：
银行名称：	银行所在地：省 市

受伤雇员资料

姓名	身份证号码	联系电话
职务（以劳动合同为准）	雇佣日期	

事故经过/ 伤害程度

意外发生之日期	时间	地点
请详述意外发生的原因和经过：		
伤害程度：受伤 <input type="checkbox"/> / 死亡 <input type="checkbox"/>		

索赔金额/证明文件（请 出随附索赔文件。视案情需要，贵公司可能须提供其它证明文件）

索赔金额： <input type="checkbox"/> 发票原件 张	<input type="checkbox"/> 住院费用明细清单 页； <input type="checkbox"/> 出院小结 份；
<input type="checkbox"/> 病历复印件 份； <input type="checkbox"/> 药费单原件 张；共 元	<input type="checkbox"/> 劳动能力鉴定书 份； <input type="checkbox"/> 工伤认定书 份；
<input type="checkbox"/> 病假单原件 份； <input type="checkbox"/> 检查报告 份；	<input type="checkbox"/> 受伤部位照片 张； <input type="checkbox"/> 其它（请填写）：
<input type="checkbox"/> 身份证 份；	

声明及签署

我/我们特此声明，就我/我们所知所信，以上陈述绝无虚假和隐瞒。
我/我们明白美亚财产保险有限公司并不因提供或接受本索赔申请表而承认其责任，或因之而放弃保险合同项下所应有之权利。
本人同意美亚财产保险有限公司为遵守相关法律（包括但不限于中华人民共和国的法律）的要求，而向第三方披露本人的信息资料，单仅限于法律的最低要求。

被保险人盖章：	日期：
---------	-----