
员工福利计划保险协议

协议编号：

甲方：珠海市珠光集团控股有限公司（以下简称“甲方”）

地址：珠海市香洲区吉大街道石花东路 207 号

乙方：_____（以下简称“乙方”）

地址：_____

一、保险期间

保险期间为一年，保险期间追溯至 2026 年 4 月 1 日起至 2027 年 3 月 31 日止。

二、被保险人

甲方为所有身体健康，且经甲方正式录用（以甲方向乙方提供的投保清单为限）并能正常工作的所有在职员工和退休员工（包含港澳籍员工）提供保险福利。

三、投保手续和投保资料：

1、投保资料：投保时甲方需提供以下资料作为投保申请。

（1）甲方签章的投保单、被保险人名单（纸质版和 EXCEL 格式的电子版）：

被保险人名单内容包括：投保单位名称、被保险人姓名、身份证号、工种、保险方案；指定的被保险人本人的银行账户信息（包括开户行、开户行所在地、账号）。

（2）健康告知书：

甲方需在了解所有参保人(含承保和保全)健康状况的基础上，向乙方如实告知参保人的健康状况并填写由乙方提供的《团体保险团体健康告知书》或《团体保险个人健康告知书》。对于健康告知存在异常的被保险人，乙方将进一步出具核保意见（如同意承保、补充资料、加费、部分责免、降低保额、拒保等）。如果因被保险人故意不如实告知并填写《团体保险个人健康告知书》，且该不实内容足以影响乙方决定是否同意承保或者提高保险费率的，乙方有权解除该被保险人的保险资格（不影响对其他被保险人的保险责任），且不承担该被保险人的保险金给付责任。

2、缴纳保险费：

甲方投保时，须在投保单注明的保险期间生效时间前将保险费划转至乙方保险费账户，若保险费未能按时划转至乙方账户，则保险生效时间自动顺延至保险费到账次日零时起。

乙方指定的保险费收款账户信息如下：

账号：_____

户名：_____

开户行：_____

若乙方需要变更收款账户的，应当提前 7 个工作日书面告知甲方，否则应当承担因此产生的一切后果。

3、乙方在收到保险费且投保资料齐全后五个工作日内向甲方出具保险单和发票。本合同约定的价格为含税价格，其中增值税率为____%，合同履行期间遇国家税率调整的，含税价格相应调整。税率调整的时间节点以国家规定为准。上述税率仅针对应税险种。

四、保险责任及说明

1、保障内容

方案一（在职员工）				
保障项目			保障水平	
团体意外伤害保险	意外身故及伤残		50 万元/人/年	
	意外医疗		6 万元/人/年	
	赔付比例		按 100%支付	
	免赔额		0 元	
综合交通工具 团体意外伤害 保险	飞机		100 万元/人/年	
	轨道交通/轮船		100 万元/人/年	
	市内公交/长途公交/出租车/网约车		100 万元/人/年	
	驾驶/乘坐公务车、私家车		100 万元/人/年	
附加住院定额 给付团体医疗	疾病住院		300 元/日	
	意外住院		300 元/日	
	意外免赔天数		零天	
	疾病免赔天数		零天	
	每次住院最高给付天数		90 天	
	全年住院累计最高给付天数		180 天	
补充团体综合 医疗保险	门诊	保额		2 万元/人/年
		已经社保统筹	费用赔付 比例	按 100%
		未经社保统筹	免赔额	0 元/日
			费用赔付 比例	按 80%

	住院	保额	3 万元/人/年
		住院费用赔付比例	经社保按 100% 未经社保按 80%
	公共保额	全年使用限额	限 10 万元/年
		个人使用限额	限 2 万元/人/年
团体定期寿险	保额	疾病身故	30 万元/人/年
团体重大疾病保险	保额	120 种重大疾病	30 万元/人/年
		20 种中症疾病	3 万元/人/年
		40 种轻症疾病	3 万元/人/年
收费标准： _____/元/人/年			

方案二（退休员工）		
保障项目		保障水平
团体意外伤害保险	意外身故及伤残	50 万元/人/年
	意外医疗	3 万元/人/年
	赔付比例	按 100%支付
	免赔额	0 元
综合交通工具 团体意外伤害 保险	飞机	100 万元/人/年
	轨道交通/轮船	50 万元/人/年
	市内公交/长途公交/出租车/网约车	30 万元/人/年
	驾驶/乘坐公务车、私家车	30 万元/人/年
附加住院定额 给付团体医疗	疾病住院	100 元/日
	意外住院	100 元/日
	意外免赔天数	零天
	疾病免赔天数	零天
	每次住院最高给付天数	90 天
	全年住院累计最高给付天数	180 天

补充团体综合 医疗保险	住院	保额	2 万元/人/年
		住院费用赔付比例	经社保按 50%
	公共 保额	全年使用限额	限 10 万元/年
		个人使用限额	限 2 万元/人/年
团体定期寿险	保额	疾病身故	5 万元/人/年
团体重大 疾病保险	保额	120 种重大疾病	10 万元/人/年
		20 种中症疾病	3 万元/人/年
		40 种轻症疾病	3 万元/人/年
收费标准： _____ /元/人/年			

2、就诊费用报销说明

- (1) 门诊医疗费用包括：药品费、治疗费、门诊手术费、留院观察费等。
- (2) 门诊检查检验费用包括：检查费、化验费等。
- (3) 住院费用包括：药品费、治疗费、手术费、输氧费、麻醉费、检查费、检验费、床位费等。
- (4) 门诊及出院带药量的规定：
急性病带药不得超过三天药量，常见病带药不得超过七天药量，慢性病带药不得超过十四天药量，否则乙方对超出限量的药品费用不予赔付。
- (5) 日限额以医疗发票票面的日期进行核定。
- (6) 若被保险人弄虚作假索赔医疗费，乙方有权拒付全部虚假索赔的医疗费用。

3、保险观察期

被保险人参加《团体重大疾病保险》、《团体定期寿险》、《疾病医疗团体医疗保险》观察期为 0 天。

4、特别约定

- 1、根据《中国保监会关于促进团体保险健康发展有关问题的通知》（保监发〔2015〕14 号），对保险方案中涉及险种的费率和条款进行变更。
- 2、新增被保险人应交保险费=保险费 × (1-保险经过的天数/保险期间的天数)，经过天数不足 1 天的部分按 1 天计算。
- 3、减少被保险人退还保费（现金价值）=保险费 × (1-减人手续费比例) × (1-保险经过

的天数/保险期间的天数)，经过天数不足1天的部分按1天计算。

4、减人手续费比例为0%。

5、增人生效日、减人终止日允许向前指定60天。

6、《团体意外伤害保险(B款)》：

被保险人因意外伤害导致身体残疾，保险人根据中国保险行业协会2014年颁布的《人身保险伤残评定标准》伤残保险金按照一级100%、二级90%、三级80%、四级70%、五级60%、六级50%、七级40%、八级30%、九级20%、十级10%的比例给付。

被保险人因工伤导致身体残疾，保险人根据国家《劳动能力鉴定职工工伤与职业病致残等级》(GB/T16180-2014)，伤残保险金按照一级100%、二级90%、三级80%、四级70%、五级60%、六级50%、七级40%、八级30%、九级20%、十级10%的比例给付。

7、《附加意外伤害团体医疗保险(A款)》：意外医疗保险金0元免赔，100%赔付。

8、《补充团体综合医疗保险(A款)》：

(1) 无等待期，被保险人因疾病进行住院治疗，在使用完其名下的住院医疗保额后，如因病情需要，并经过投保人书面同意，被保险人可向保险人书面申请使用公共保额保险金。保险人经审核同意后，按相应住院的保险责任约定给付公共保额保险金。在保险年度内，每一被保险人最多可以使用的公共保险金额为2万元，但在保险年度内，公共保额保险金的使用总额以投保人名下的公共保险金额10万元为限。

(2) 方案一：门诊急诊医疗保险金的报销须在条款规定二级(含)医院以上或被保险人绑定的珠海社保统筹医疗门诊(或有统筹门诊的转诊证明的其他医院)就诊，报销用药符合其当地社会基本医疗保险的职工社会基本医疗保险用药目录，按0元免赔，100%比例报销，扩展乙类药、控制项目，为合理住院和门急诊费用，予以报销理赔。如未通过社保报销，报销用药符合其当地社会基本医疗保险的职工社会基本医疗保险用药目录，按0元免赔，按80%比例报销门诊或住院保险金。方案二：被保险人进行住院治疗，保险人就符合当地基本医疗保险基金支付范围的各项合理且必要的在基本医疗保险报销后个人自负的医疗费用，按50%给付补充住院医疗保险金。

(3) 齿科责任：牙齿治疗费用累计给付额度以2000元为限。在本保险有效期内，被保险人因龋病、牙髓病、牙隐裂所引起的补牙、治牙神经、拔牙、阻生齿治疗以及牙周组织疾病，如牙周炎、牙龈炎、根周炎等治疗(洁牙治疗、牙体缺损修复治疗、冠修复治疗除外)所发生医保范围内的合理医疗费用，属于保险责任范围。

9、《团体定期寿险(B款)》保险责任只保疾病身故。

10、《补充团体综合医疗保险(A款)》：在本合同有效期内，我公司承担方案一被保险

人因患全部既往症而导致的医疗保险责任,不承担方案二被保险人因患全部既往症而导致的医疗保险责任。

11、《团体定期寿险(B款)》、《团体重大疾病保险(C款)》:在本合同有效期内,我公司不承担被保险人因患严重既往症而导致的重疾责任和身故保险责任。严重疾病既往症包括:各种恶性肿瘤、脑部的良性肿瘤、再生障碍性贫血、白血病、淋巴瘤、糖尿病合并并发症和伴随症、柯兴综合症、原发性醛固酮增多症、嗜铬细胞瘤、脑卒中、蛛网膜下腔出血、各种脊髓疾病、癫痫、严重的帕金森病、多发性硬化、严重阿尔茨海默病、冠状动脉粥样硬化性心脏病且心功能 III 级以上、二度以上的房室传导阻滞、心肌梗塞、高血压病 III 期、支气管扩张伴反复咯血且合并肺感染者、弥漫性肺间质纤维化、慢性阻塞性肺病、肝硬变、溃疡性结肠炎、慢性活动性肝炎、肢体发生损失经治疗后达到痊愈未达 5 年以上、系统性红斑狼疮、肾衰竭。

12、《团体重大疾病保险(C款)》保额约定为:方案一:重大疾病保险金 30 万、特定疾病保险金 30 万、中症疾病保险金 3 万、轻症疾病保险金 3 万;方案二:重大疾病保险金 10 万、特定疾病保险金 10 万、中症疾病保险金 3 万、轻症疾病保险金 3 万。

13、指定生效日:指定生效日以与珠海市珠光集团控股有限公司及下属企业签订协议的指定生效日为准。

五、员工变动

1. 传统模式操作流程

甲方因正常的员工流动需要变动被保险人,可向乙方提出员工变动申请,乙方受理签发批单后生效。甲方新入、离职员工必须在入职或离职后 60 天内向乙方提出增、减人申请,保险生效日可追溯至其入、离职之日零时,自甲方提出申请起算最长追溯期为 60 天。保险生效日追溯仅适用于新入、离职员工。

(1) 增人

甲方新招员工需在办理人事手续后,向乙方递交增人参保申请,参保申请需提供的资料包括:新投保员工的姓名、身份证号码、出生年月日、性别、工种、银行账号、开户行及开户行所在地、健康告知书、劳动合同或入职证明,投保计划名称。乙方受理审核后,以批单形式将增人批改结果通知甲方。

(2) 减人

甲方员工离职或其他原因需要减少被保险人的,应向乙方提出书面申请,需提供的资

料包括：员工姓名、客户号。乙方受理审核后，以批单形式将减人批改结果通知甲方。乙方对该被保险人所承担的保险责任自甲方申请到达之日二十四时终止。对于未发生保险金给付的，乙方向甲方退还对应的现金价值；对于已发生保险金给付或已发生约定的保险事故但尚未给付保险金的，乙方不退还现金价值。对于甲方已离职但未申请减人的员工，乙方对该被保险人所承担的保险责任自该被保险人离职之日二十四时终止。

2、保全保费计算规则

(1)增人

甲方新参保员工保费按日收取，即：满期保费/365天×实际天数。

(2)减人

甲方退保员工保费按日退还：

现金价值计算公式为：

$$\text{未到期净保费} = \text{被保险人名下保险费} \times (1 - n/m)$$

其中 m 指对该被保险人的保障期间所包含的天数，n 指从对该被保险人的保障期间生效之日至终止之日实际经过的天数。

3、保全结算

保全保费定期结算

甲方申请了增人或减人保全后，保费不用立即结算，双方约定 12 个月为一个结算周期。每个结算周期届满后 30 天为结算期限。结算周期届满后，甲方需及时确认结算清单及结算金额，如果结算金额为“应退保费”，在结算期限内乙方将“应退保费”一次性划入甲方对公账户；如果结算金额为“应缴保费”，在结算期限内甲方将“应缴保费”一次性划入乙方指定的保险费收款账户，乙方收到保费后，给甲方出具相应的发票。

若结算期限届满后【7】日内，经乙方书面催告后，甲方无正当理由未完成结算保费的，乙方有权关闭定期结算权限，并向甲方按全国银行间同业拆借中心公布的贷款市场报价利率(LPR)计算延迟结算金额的利息。若未及时结算保费，则无法进行后续保全操作，乙方有权撤销该笔增人申请。

六、指定医院

1、因疾病需门诊或住院治疗时，应在中华人民共和国境内二级或二级以上医院就诊，若被保险人在已办理定点的一级医院或社区医疗机构就诊且本次就诊已经过统筹，则可放宽该一级医院或社区医疗机构为乙方指定医院，但不含外宾病区、特诊病区、特诊病房；也不包括主要作为康复、护理、疗养、戒酒、戒毒或者相类似的医疗机构。被保险人在以

上医院就诊，须提供电脑打印的医疗收据。

2、员工在出差或休假期间患病，应在当地县（区）级或县（区）级以上的综合性医院就诊，理赔时必须提供关于出差或休假的单位证明。

3、若上述指定医院有不正当收费行为或违反政府医疗主管机关有关规定者，乙方有权取消该医院的指定医院资格，并以书面形式通知甲方的保险经办人确认，且自甲方的保险经办人确认之日起，乙方有权拒付被保险人在已取消定点医院资格的医院发生的所有费用。

下列医院不在乙方指定的医院范围内，乙方对被保险人在下列医院所发生的费用不予赔付：中国人民解放军广州军区空军后勤部医院、广州军区武汉总医院、广州友好医院，广州长安医院、广州花都人爱医院、广东省军区门诊部。

4、发生下列紧急情形，甲方被保险人如需在本条第一款规定的医院范围之外就医，必须在七天内告知乙方，待病情稳定后转到指定医院。否则保险公司有权对后续治疗费用不予赔付。

高热（成人 38.5 度，子女 39 度以上）；急性腹痛、剧烈呕吐、严重腹泻；各种原因的休克；昏迷；癫痫发作；急性胸痛；急性心力衰竭、严重心律失常；高血压危象、高血压脑病、脑血管意外；各种原因所致的急性出血；急性泌尿道出积血、尿闭、血闭、肾绞痛；各种急性中毒（食物或药物中毒）；各种意外事故（比如触电、溺水等）；脑外伤、骨折、脱位、撕裂、烧伤、烫伤或其他急性外伤；各种有毒动物、昆虫咬伤、急性过敏性疾病；五官、呼吸道及食道异物，急性眼痛、红、肿，突然视力障碍以及眼外伤；其他危及生命的危、急、重病。

七、责任免除

1、腰椎间盘突出症、腰劳损、腰退行性病变为团体意外伤害保险、附加意外伤害团体医疗保险的责任免除事项。

2、附加疾病医疗团体医疗保险的责任免除事项如下：

（1）牙齿治疗责任范围按参保地社会基本医疗保险规定的药品目录、诊疗项目范围、服务设施范围及支付标准等文件执行。超出该范围的为责任免除事项。

（2）不孕不育治疗、避孕、节育（含绝育）、子宫体腔内妊娠、异位妊娠、产前产后检查、流产、堕胎、分娩（含难产）、变性手术、人体试验、人工生殖，或者由前述任一原因引起的并发症。

（3）遗传性疾病、先天性畸形、变形和染色体异常（以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（ICD-10）》为准）；

(4) 感染艾滋病病毒或者患艾滋病、性病、精神和行为障碍（以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（ICD-10）》为准）；

(5) 《中华人民共和国传染病防治法》规定的甲类及乙类法定传染病（不含病毒性肝炎），或者国家有关法律、法规、规范性法律文件规定的法定传染病。前述传染病定义以被保险人入院当日《中华人民共和国传染病防治法》或者国家有关法律、法规、规范性法律文件的规定为准；

(6) 疗养、康复治疗、心理治疗、美容、矫形、视力矫正手术、安装假肢、非意外事故所致的整容手术；

(7) 被保险人醉酒，主动吸食或者注射毒品；

(8) 被保险人酒后驾驶、无合法有效驾驶证驾驶、驾驶无有效行驶证的机动车；

(9) 在中华人民共和国领土以外的国家或者地区以及中国香港特别行政区、澳门特别行政区、台湾地区接受治疗所发生的医疗费用，乙方不予给付保险金；

(10) 若被保险人有冒名顶替、欺诈等骗保行为，乙方有权拒付该被保险人的全部保险金；

(11) 条款中约定的其他责任免除事项。

3、下述既往症为团体定期寿险（B款）、团体重大疾病保险（C款）的责任免除事项：癌症（恶性肿瘤）、心脏病（心功能不全 II 级及以上）、心肌梗塞、白血病、高血压病（II 期及以上）、肝硬化、慢性阻塞性支气管疾病、脑中风（脑出血、脑栓塞、脑梗塞）、脑瘤、肾炎、肾病综合症、肾功能不全、尿毒症、糖尿病、再生障碍性贫血、红斑狼疮、多发性硬化、重症肌无力、帕金森氏症、癫痫、精神病、抑郁症。

4、其余未尽事宜按所附保险条款执行。

八、理赔手续及服务

（一）报案时效

被保险人发生保险事故时，由被保险人或其受益人按下表所示时效向保险公司报案。如因被保险人或受益人故意或者重大过失延期报案，导致保险事故调查费用增加的，被保险人或受益人应承担由此增加的保险事故调查所需费用。若延期报案不影响事故核实的，保险公司不得要求被保险人或受益人承担额外费用，也不得据此拒赔。

出险类型	意外或疾病身故	意外残疾	重大疾病	意外或疾病住院
报案时间	身故 24 小时内	得知保险事故发生后 3-5 日内	确诊之日起 3-5 日内	得知保险事故发生后 3-5 日内
报案方式	拨打电话或微信公众号、小程序申请			

(二) 申请理赔应备文件

	应备文件	说明
疾病住院医疗	1、2、4、12	1、基本材料： ① 被保险人理赔申请书 ② 被保险人身份证明 ③ 受益人（监护人）银行账户复印件 2、出院小结及诊断证明 3、门/急诊病历/手册 4、医疗发票原件及费用明细清单或病历处方 5、病理报告及其他各项检查报告 6、伤残鉴定书 7、意外事故证明（若是交通事故须提供交通管理部门出具的交通事故责任认定书；若是工伤事故须提供相关单位的工伤证明等） 8、死亡证明书、户籍注销证明、殡葬证明 9、用以确定申请人身份的相关证明（见注解） 10、公共账户使用授权书 11、被保险人护照、境外急性病或意外相关证明资料、境外身故使领馆证明 12、其他理赔所需要的材料
疾病门诊医疗	1、3、4、12	
意外伤害医疗	1、2、3、4、7、12	
重大疾病	1、2、3、5、12	
意外身故	1、2、3、7、8、9、12	
疾病身故	1、2、3、8、9、12	
意外残疾	1、2、3、6、7、12	
疾病残疾	1、2、3、6、12	
津贴类	1、2、12	
第三方管理医疗	1、2、3、4、10、12	
境外意外及救援	1、2、3、4、7、11、12	

注意：

1、乙方目前指定或认可的伤残鉴定机构为：中山大学法医鉴定中心、南方医科大学法医鉴定中心、广州市法医学会、各地级市法医学会。如乙方和甲方被保险人中的一方对鉴定结果有异议，可以委托上级鉴定机构重新鉴定。重新鉴定费用由重新鉴定委托方承担。

2、当申请人为被保险人、指定受益人本人时，须提供申请人本人身份证明；当申请人为被保险人的继承人时，需提供该申请人具有合法继承权的相关证明；当申请人为无民事行为能力或限制民事行为能力人时，需提供该申请人为无民事行为能力人或限制民事行为能力人的证明；当申请人委托代理人代为办理时，应提供合法的委托代理手续；当监护人代理被监护人办理时，监护人需提供具有合法监护权的证明，由监护人在申请人处签字，并注明与申请人关系；当申请人为其他人时，乙方将按照法律法规的规定根据实际情况要求申请人提供相应的文件。

（三）理赔服务

1、门诊费用索赔请在该次门诊发生日起 30 日内提出申请，住院费用索赔请在该次住院费用结算完毕后 60 天内提出申请。申请门诊医疗费赔偿时，请按门诊日期顺序提出索赔，被保险人本次索赔的医疗费单据日期应在上次的索赔日期之后。

2、医疗保险理赔申请单填写指南及注意事项：

- ① 申请单填写前，须将有关索赔单据附在申请单乙方留存联背面；
- ② 员工填写申请单时，须一并填写乙方留存及甲方留存部分；
- ③ 工作地点是指员工的工作所在城市；
- ④ 索赔金额须与申请单后面所附的原始收据上的金额一致；诊病日期须与病历及收据上的日期一致；
- ⑤ 被保险人若在出差期间患病，应在索赔申请单上注明出差时间和出差城市；
- ⑥ 收据金额须与病历记录相符；

甲方未按上述要求填写相关理赔申请资料，乙方经办人有权拒收或回退不符合上述要求的理赔申请资料。但乙方应一次性书面告知甲方需补充或修正的全部内容，待甲方补正材料后，乙方不得拒绝受理。

3、乙方按以下规定提供理赔服务：

- ① 每月在约定的日期向甲方所指定的联系人收取赔偿申请资料；
- ② 每次赔偿后出具赔偿清单一份给甲方；
- ③ 对累计赔偿已达到保险金额的员工发出通知书并抄送甲方；
- ④ 对非保险责任范围内的医疗费用，乙方全部或部分拒付时，乙方将提供解释，并退回相关单证；
- ⑤ 乙方将按甲方的要求，定期向甲方告知医疗保险的收支情况。

九、其他

1、执行本协议所产生的或与本协议有关的一切争执，双方先友好协商解决。

2、若协商不能解决，任何一方均应提交珠海国际仲裁院，按照申请仲裁时该会实施的仲裁规则进行仲裁。仲裁裁决是终局的，对双方均有约束力。

3、乙方违反本协议项下的任一项承诺及义务，经甲方催告后仍不予纠正或在保险期限内累计发生3次违约行为的，甲方有权单方解除本协议，本协议解除后乙方应全额退还甲方已付的保险费用，如给甲方造成损失的，乙方应承担甲方全部损失的赔偿责任。

4、乙方承诺本保险产品已向中国银行保险监督管理委员会备案通过，如给甲方造成损失的，乙方应承担甲方全部损失的赔偿责任。

5、本协议双方法定代表（或负责人）或授权代表签字或签章并加盖公章或合同专用章之日起生效，协议一式肆份，甲、乙双方各执贰份，每份具有同等效力。

十、释义

1、本协议规定的所有门诊及住院费用保险金给付范围均按参保地社会基本医疗保险规定的药品目录、诊疗项目范围、服务设施范围及支付标准等文件执行。

2、医保门诊参保指引：首先，参保人在乙方指定医院中，选择一家医院或自选一家社区卫生服务机构（或指定基层医疗机构）作为参保人门诊自选定点医疗机构。然后，参保人携带近期正面免冠一寸彩色照片、身份证、医保卡，到自选定点医疗机构填写《社会医疗保险参保人信息登记表》。医疗机构通过医保信息确认后发放参保人医保病历，这样就完成了参保手续（只需办理一次）。

3、社保统筹报销指引：

门诊：社医保参保人到自选定点医疗机构就诊时，凭医保病历件门诊就诊后，用医保卡进行费用时，可享受社保基金的统筹支付。

住院：社医保参保人到社保医疗机构住院治疗时，先凭医保卡办理入院登记，出院时用医保卡进行费用结算，社医保将按比例报销其合理医疗费用。急诊入院或者由于昏迷等意识不清等情况不能当场出示有效医保凭证的，参保人亲属应当在入院三日内为其补办相关手续。

零星报销：对符合医保事后零星报销范围的住院医疗费用，医保参保人应先行垫付就医费用，再参照医保相关规定办理零星医疗费用报销手续。

（以下无正文）

甲方：珠海市珠光集团控股有限公司

乙方：_____

法定代表人或授权代表:

年 月 日

法定代表人或授权代表:

年 月 日