

云南省职工医疗互助中心文件

云医互〔2025〕4号

云南省职工医疗互助中心关于印发 《云南省职工医疗互助活动重大意外伤害致残 保障项目实施办法（试行）》的通知

各办事处、代办点：

《云南省职工医疗互助活动重大意外伤害致残保障项目实施办法（试行）》已经云南省职工医疗互助活动管理委员会第28次会议修订并审议通过，现印发给你们，请认真贯彻执行。第二十二期以前发生的意外伤害致残保障按原办法执行。

云南省职工医疗互助中心

2025年11月3日



云南省职工医疗互助活动 重大意外伤害致残保障项目实施办法（试行）

第一条 根据云南省职工医疗互助活动管理委员会关于实施云南省职工医疗互助活动重大意外伤害致残保障项目（以下简称“保障项目”）的决定，为规范项目运行，制定本实施办法。

第二条 保障对象。自云南省职工医疗互助活动（以下简称医互活动）第二十二期起，凡是参加当期医互活动的职工，均可获得一份重大意外伤害致残保障。

第三条 保障期限。本保障项目按期实施，每期为一年，起止时间为当期医互活动年度的1月1日至12月31日。

第四条 保障内容。保障对象在保障期限内，因遭受意外伤害导致伤残的，经劳动能力鉴定机构或者司法鉴定机构鉴定伤残等级为一级至六级的，按本办法所对应的保障标准给付一次性保障金，当期保障责任即告终止。

鉴定伤残等级应自保障对象发生意外伤害之日起两年内完成，如治疗仍未结束的则按两年内最后一次身体状况鉴定的伤残等级认定。

第五条 保障标准。鉴定伤残等级为一至四级的，一次性给付伤残保障金20000元；五至六级的，一次性给付伤残保障金10000元。

第六条 保障金申请和给付。保障对象在保障期限内发生意外伤害的，应自意外伤害发生之日起两年内提出保障金申请，逾期视为自动放弃保障权益。

(一) 申请保障金应提供以下材料。

1. 《云南省职工医疗互助活动重大意外伤害致残保障金申请表》（该表可在所属医疗互助中心各办事处、代办点领取或登录云南省总工会官方网站下载）；

2. 申请人所在基层工会提供的意外伤害情况说明，主要包括意外伤害事故的发生日期、地点、性质、原因、伤害情况等有关的证明和资料；

3. 二级以上（含二级）医保定点医疗机构出具的原始病史记录原件或复印件，主要包括病案首页、入院记录、出院小结、病历卡等；

4. 伤残等级鉴定结论书。因工伤事故造成的意外伤残，应提供社会保险行政部门的《认定工伤决定书》和《劳动能力鉴定结论书》；因非工伤事故造成的意外伤残，应提供司法鉴定机构出具的《司法鉴定结论书》；因交通事故造成的意外伤残，保障对象为驾驶员的，还应提供《交通事故责任认定书》；

5. 申请人身份证及银行卡复印件；

6. 其他必要的证明资料。

(二) 申请审批程序。

1. 由保障对象本人向所在基层单位工会提出申请，失去生活自理能力的，可由其直系亲属或基层工会代为申请。

02. 基层单位工会受理申请后，及时将完整的申请材料上报至所属医疗互助活动代办点。

3. 代办点收到申请材料后，应在5个工作日内完成初审并将申请材料报送至所属办事处进行复审，办事处应在5个工作日内完成复审并报送申请材料至云南省职工医疗互助中心进行终审。

4. 云南省职工医疗互助中心收到上述完整齐全的申请材料后，在15个工作日内完成审批。审批完成后，保障金由云南省职工医疗互助中心按照财务相关规定直接拨付至申请人提供的个人银行账户。

第七条 保障对象有下列情形之一的，不予提供保障。

（一）发生的意外伤害不在保障期限内的；

（二）利用欺诈、作弊行为骗取保障金的；

（三）因违法犯罪、被依法拘留或者被拘捕、服刑期间发生意外伤害的；

（四）因疾病、自杀、斗殴、醉酒、自残及服用、吸食、注射毒品或管制药品导致伤残的；

（五）因酒后驾驶、无证驾驶、驾驶无有效行驶证或者驾驶与驾驶执照不符的机动交通工具导致伤残的；

(六) 因医疗事故导致伤残的;

(七) 因患精神病导致伤残的;

(八) 因进行潜水、滑雪、滑冰、跳伞、攀岩、蹦极、摔跤、武术、赛马、赛车、特技表演等高风险运动或探险活动导致伤残的;

(九) 因地震、台风、海啸、战争等不可抗力导致伤残的;

(十) 其它非意外伤害原因导致伤残的。

第八条 以欺诈行为恶意骗取保障金的, 依法追责, 构成犯罪的移交司法机关进行处理。

第九条 本保障项目所需保障金由云南省职工医疗互助活动互助金结余列支, 接受国家审计和社会监督。

第十条 相关事项

(一) 本办法所指的意外伤害是指外来的、突发的、非本意的和非疾病的使身体受到伤害的客观事件;

(二) 本保障项目可根据国家有关政策和云南省职工医疗互助活动政策进行适应性调整;

(三) 本办法执行中发生争议的, 由云南省职工医疗互助中心进行最终裁定。

第十一条 本办法由云南省职工医疗互助中心负责解释。

第十二条 本办法自 2026 年 1 月 1 日起实施。

云南省职工医疗互助活动重大意外伤害致残保障金申请表

姓名		性别		类别	☐ 在职 ☐ 退休
身份证号码			联系电话		
工作单位					
家庭住址					
开户行			银行账号		
本人承诺	本人不存在《云南省职工医疗互助活动重大意外伤害致残保障项目实施办法（试行）》中第七条的情形，如有违反，本人愿意承担相应法律责任。 承诺人（签名）： 年 月 日				
代办点 初审意见	伤残等级				
	保障标准				
	经办人： 负责人： 年 月 日 （公章）				
办事处 复审意见	经办人： 负责人： 年 月 日 （公章）				
云南省总工会职工医疗互助中心 审批意见	经办人： 负责人： 年 月 日 （公章）				

备注：此表需由申请人本人填写，因伤致残导致失去生活自理能力的，可由其直系亲属代为填写。（此表由各级工会自行复制使用）