

中国太平洋财产保险股份有限公司 附加团体疾病医疗保险(A款)(H2014)条款

“附加团体疾病医疗保险(A款)(H2014)”简称“附加团体疾病医疗(A)(H2014)”。在本附加险条款中,“本公司”指中国太平洋财产保险股份有限公司,“本附加险合同”指投保人与本公司之间订立的“附加团体疾病医疗保险(A款)(H2014)合同”。本附加险合同附加于各类团体人身保险合同(以下简称“主险合同”),依主险合同投保人的申请,经本公司审核同意而订立。主险合同效力终止,本附加险合同效力亦终止;主险合同无效,本附加险合同亦无效。主险合同与本附加险合同相抵触之处,以本附加险合同为准。本附加险合同未约定事项,以主险合同为准。

1. 基本条款

- | | | |
|-----|---------|--|
| 1.1 | 合同订立 | 本附加险合同由主险合同的投保人提出申请,经本公司同意而订立。 |
| 1.2 | 合同构成 | 本附加险合同是投保人与本公司约定保险权利义务关系的协议,包括本附加险条款、保险单及其他保险凭证、投保单及其他投保文件、合法有效的声明、批注和批单。 |
| 1.3 | 合同成立与生效 | 投保人提出保险申请、本公司同意承保,本附加险合同成立。
合同生效日期在保险单上载明。 |
| 1.4 | 投保范围 | 投保人可为其团体成员及成员配偶、子女向本公司投保本保险。投保时,参加本保险的团体成员及成员配偶、子女须符合本公司当时规定的投保条件。
参保的团体成员为被保险人,随其参保的配偶和子女为连带被保险人,除特别指明外,本附加险合同所述被保险人均包含连带被保险人。 |
| 1.5 | 年龄错误 | 投保人在申请投保时,应与有效身份证件相符的被保险人的出生日期在投保单上填明,如果发生错误按照下列方式办理:
(1)投保人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,在保险事故发生之前本公司有权解除合同或终止对该被保险人的保险责任,并向投保人退还相应的 未满期净保费 。本条规定的合同解除权,自本公司知道有解除事由之日起,超过30日不行使而消灭。
(2)投保人申报的被保险人年龄不真实,致使投保人实付保险费少于应付保险费的,本公司有权更正并要求投保人补交保险费。若已经发生保险事故,在给付保险金时按实付保险费和应付保险费的比例给付。
(3)投保人申报的被保险人年龄不真实,致使投保人实付保险费多于应付保险费的,本公司会将多收的保险费退还给投保人。 |
| 1.6 | 保险费的支付 | 本附加险合同保险费根据投保年龄、约定的免赔额、给付比例、保险金额、被保险人是否参加 公费医疗或基本医疗保险 等情况而确定。
本附加险合同的交费方式由投保人和本公司约定,并在保险单上载明。 |
| 1.7 | 急危重病及转院 | 急、危重病人就诊不受本公司指定医疗机构范围的限制,但经急救 病情稳定 后,须转入本公司指定医疗机构治疗,否则,本公司对被保险人于病情稳定后在本公司指定医疗机构范围外的其他医疗机构发生的各项医疗费用不承担保险责任。 |
| 1.8 | 投保人解除合 | 如投保人申请解除本附加险合同,请填写解除合同申请书并向本公司提供下 |

同的手续及风险

列资料:

- (1) 本附加险合同;
- (2) 投保人单位证明;
- (3) 其他相关证明文件。

自本公司收到解除合同申请书时起, 本附加险合同终止。本公司自收到解除合同申请书之日起 30 日内向投保人退还保险单的未满期净保费。对于保险年度内已发生过保险金给付的被保险人, 本公司不退还未满期净保费。投保人解除合同会遭受一定损失。

1.9 合同终止

当发生下列情形之一时, 本附加险合同终止:

- (1) 主险合同终止;
- (2) 因本附加险合同约定的其他情形而终止。

1.10 适用主险合同条款

下列事项适用主险合同条款:

- (1) 保险事故通知;
- (2) 被保险人的变动;
- (3) 明确说明与如实告知;
- (4) 本公司合同解除权的限制;
- (5) 职业或工种的确定与变更;
- (6) 合同内容变更;
- (7) 联系方式变更;
- (8) 争议处理。

2. 保险保障条款**2.1 保险金额**

本附加险合同保险金额由投保人在投保时与本公司约定, 并在保险单上载明。

2.2 保险期间

除双方另有约定外, 本附加险合同的保险期间为 1 年。保险期间在保险单上载明。

2.3 等待期

投保人首次投保或在本附加险合同保险期间届满后第 31 日起提出继续投保申请, 且经本公司同意的, 除另有约定外, 自合同生效日起 30 日内为等待期。投保人在本附加险合同保险期间届满后 30 日内为同一被保险人提出继续投保申请且经本公司同意的, 为续保。续保不受等待期的限制。

2.4 保险责任

除双方另有约定外, 投保人投保的保险责任必须包含住院医疗保险责任, 投保人可以选择投保门(急)诊医疗保险责任, 选定的保险责任将在保险单上载明。

在本附加险合同保险期间内, 且在主险合同和本附加险合同均有效的前提下, 本公司根据投保人和本公司在投保时的约定承担下列一项或多项保险责任, 投保人可投保的保障方案包括以下三种:

- 1、投保保障一;
- 2、投保保障一和保障二;
- 3、投保保障三。

住院医疗保险金(保障一)

若被保险人在等待期后因患疾病, 在本公司指定医疗机构进行住院治疗, 本公司以该被保险人对应的保险金额为限, 按以下公式计算并给付住院医疗保险金:

住院医疗保险金=(被保险人实际支出的保单签发地政府基本医疗保险管理规定范围内符合费用标准的治疗费、检查费、手术费、药品费、床位费等五项医疗费用的金额总和-被保险人从公费医疗、基本医疗保险、城乡居民大病保险取得的医疗费用的金额总和-被保险人从工作单位、本公司在内的商业保险机构等任何其他途径取得的医疗费用补偿金额总和-免赔额余额)×给付比例。

上述免赔额、给付比例由投保人和本公司在投保时约定。

被保险人在保险期间内因患疾病住院治疗,至保险期间届满住院治疗仍未结束的,本公司继续承担上述保险责任至住院结束,但最长不超过保险期间届满之日起第30日。

在任何情况下,本公司在保险期间内对同一被保险人一次或多次累计给付的住院医疗保险金以该被保险人对应的保险金额为限。当一次或累计给付的住院医疗保险金达到该被保险人对应的保险金额时,本公司对该被保险人给付住院医疗保险金的保险责任即时终止。

门(急)诊医疗保险金(保障二)

若被保险人在等待期后因患疾病,在本公司指定的医疗机构进行门(急)诊治疗,本公司以每次门(急)诊给付最高限额及该被保险人对应的保险金额为限,按以下公式计算并给付门(急)诊医疗保险金:

门(急)诊医疗保险金=(被保险人实际支出的保单签发地政府基本医疗保险管理规定范围内符合费用标准的治疗费、检查费、手术费、药品费等四项医疗费用的金额总和-被保险人从公费医疗、基本医疗保险、城乡居民大病保险取得的医疗费用补偿金额总和-被保险人从工作单位、本公司在内的商业保险机构等任何其他途径取得的医疗费用补偿金额总和-免赔额余额)×给付比例。

上述每次门(急)诊给付最高限额、免赔额、给付比例由投保人和本公司在投保时约定。

在任何情况下,本公司在保险期间内对同一被保险人一次或多次累计给付的门(急)诊医疗保险金以该被保险人对应的保险金额为限。当一次或累计给付的门(急)诊医疗保险金达到该被保险人对应的保险金额时,本公司对该被保险人给付门(急)诊医疗保险金的保险责任即时终止。

门(急)诊医疗保险金或住院医疗保险金(保障三)

若被保险人在等待期后因患疾病,在本公司指定的医疗机构进行门(急)诊治疗,本公司以每次门(急)诊给付最高限额及该被保险人对应的保险金额为限,按以下公式计算并给付门(急)诊医疗保险金:

门(急)诊医疗保险金=(被保险人实际支出的保单签发地政府基本医疗保险管理规定范围内符合费用标准的治疗费、检查费、手术费、药品费等四项医疗费用的金额总和-被保险人从公费医疗、基本医疗保险、城乡居民大病保险取得的医疗费用补偿金额总和-被保险人从工作单位、本公司在内的商业保险机构等任何其他途径取得的医疗费用补偿金额总和-免赔额余额)×给付比例。

上述每次门(急)诊给付最高限额、免赔额、给付比例由投保人和本公司在投保时约定。

若被保险人在等待期后因患疾病,在本公司指定的医疗机构进行住院治疗,本公司以该被保险人对应的保险金额为限,按以下公式计算并给付住院医疗

保险金:

住院医疗保险金=(被保险人实际支出的保单签发地政府基本医疗保险管理规定范围内符合费用标准的治疗费、检查费、手术费、药品费、床位费等五项医疗费用的金额总和-被保险人从公费医疗、基本医疗保险、城乡居民大病保险取得的医疗费用补偿金额总和-被保险人从工作单位、本公司在内的商业保险机构等任何其他途径取得的医疗费用补偿金额总和-免赔额余额)×给付比例。

上述免赔额、给付比例由投保人和本公司在投保时约定。

被保险人在保险期间内因患疾病住院治疗,至保险期间届满住院治疗仍未结束的,本公司继续承担上述保险责任至住院结束,但最长不超过保险期间届满之日起第30日。

在任何情况下,本公司在保险期间内对同一被保险人一次或多次累计给付的门(急)诊医疗保险金和住院医疗保险金以该被保险人对应的保险金额为限。当一次或累计给付的门(急)诊医疗保险金和住院医疗保险金达到该被保险人对应的保险金额时,本公司对该被保险人的保险责任即时终止。

2.5 费用补偿原则 本附加险属于费用补偿型医疗保险,对于以上各项医疗费用,若被保险人已从公费医疗、基本医疗保险、城乡居民大病保险或被保险人工作单位、本公司在内的商业保险机构等任何途径取得医疗费用补偿或赔偿,本公司给付保险金以剩余医疗费用中符合保单签发地政府基本医疗保险管理规定的费用金额为限。

2.6 责任免除 对下列费用,或因下列情形之一导致被保险人发生门(急)诊或住院治疗的,本公司不负给付保险金的责任:

- (1)主险合同列明的“责任免除”事项;
- (2)被保险人醉酒、斗殴;
- (3)被保险人发生意外伤害;
- (4)被保险人感染艾滋病病毒或患艾滋病;
- (5)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的除外;
- (6)被保险人患有先天性疾病、遗传性疾病、职业病、投保前已患有的疾病和已有的残疾;
- (7)被保险人在等待期内发生的疾病;
- (8)用于矫形、整容、美容、心理咨询、器官移植,或修复、安装、购买残疾用具(如轮椅、假肢、助听器、假眼、配镜等)的费用;
- (9)被保险人体检、疗养、康复治疗;
- (10)被保险人在非本公司指定医疗机构发生的医疗费用,但本附加险条款“1.7 急危重病及转院”另有约定的除外;
- (11)被保险人支出的医疗费用中已由第三者补偿或赔偿的部分。

发生“投保人对被保险人的故意杀害、故意伤害”情形导致被保险人身故的,本公司对该被保险人的保险责任终止且不退还该被保险人对应的未到期净保费;

发生上述其他情形导致被保险人身故的,本公司对该被保险人的保险责任终止,并向投保人退还该被保险人对应的未到期净保费。

3. 理赔服务条款

- 3.1 受益人 除另有指定外，本附加险合同各项医疗保险金的受益人均为被保险人本人。
- 3.2 保险金申请 申请保险金时，申请人须填写保险金给付申请书，并须提供下列证明和资料：
- (1) 保险合同或其他保险凭证；
 - (2) 申请人的**有效身份证件**；
 - (3) 本公司指定的医疗机构出具的附有病理检查、化验检查及其他医疗仪器检查报告的医疗诊断证明、病历及住院医疗费用的原始凭证、结算明细表和处方；
 - (4) 所能提供的与确认保险事故的性质、原因、伤害程度等有关的其他证明和资料。
- 以上保险金申请的证明和资料不完整的，本公司将及时一次性通知申请人补充提供有关证明和资料。
- 3.3 保险金给付 本公司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 个工作日内作出核定；**情形复杂**的，在 30 日内作出核定。对属于保险责任的，本公司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。
- 本公司未及时履行前款规定义务的，除支付保险金外，应当赔偿受益人因此受到的损失。前述“损失”是指根据中国人民银行公布的同时期的人民币活期存款基准利率计算的利息损失。
- 对不属于保险责任的，本公司自作出核定之日起 3 日内向受益人发出拒绝给付保险金通知书并说明理由。
- 本公司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；本公司最终确定给付保险金的数额后，将支付相应的差额。
- 3.4 诉讼时效 受益人向本公司请求给付保险金的诉讼时效期间为 2 年，自其知道或应当知道保险事故发生之日起计算。

4. 释义

- 4.1 未到期净保费 指本附加险合同保险单所具有的价值，通常体现为解除合同时，根据精算原理计算的，由本公司退还的那部分金额。未到期净保费 = 当期保险费 × 75% × (1 - n/m)，其中 n 为当期保险费所属期间已经过的天数，m 为当期保险费所属期间的天数。
- 趸交（即一次性支付全部保险费）方式下当期保险费所属期间为 1 年，双方对保险期间另有约定的，当期保险费所属期间以约定的保险期间为准。
- 4.2 公费医疗 指国家通过医疗卫生部门向享受人员提供的制度规定范围内的免费医疗预防，是国家为保障享受人员身体健康而设立的一种社会保障制度。
- 4.3 基本医疗保险 指政府举办的基本医疗保障项目，包括城镇职工基本医疗保险、城镇居民基本医疗保险、新型农村合作医疗等。
- 4.4 病情稳定 指生命体征（心率、呼吸、血压）平稳，转院不致引起病情加重或有生命危险的情况。
- 4.5 住院 指被保险人因患疾病而入住医院之正式病房进行治疗，并正式办理入出院手

- 续，但不包括住入急诊观察室、家庭病床、联合病房、康复医院（病房）、疗养院、挂床住院及其他不合理的住院。
- 挂床住院是指被保险人住院过程中 1 日内未接受与入院诊断相关的检查和治疗，或 1 日内住院不满 24 小时，但遵医嘱到外院接受临时诊疗的不在此限。
4. 6 **治疗费** 指治疗期间发生的保单签发地政府基本医疗保险管理规定范围内符合费用标准的治疗、诊疗、注射、补液、输血和输氧等 6 项费用。
4. 7 **检查费** 指治疗期间发生的保单签发地政府基本医疗保险管理规定范围内符合费用标准的检查、检验、化验（包括试剂费）和摄片等 4 项费用。
4. 8 **手术费** 指治疗期间发生的保单签发地政府基本医疗保险管理规定范围内符合费用标准的手术费用，包括手术、材料、麻醉等 3 项费用。
4. 9 **药品费** 指治疗期间发生的符合保单签发地政府基本医疗保险管理规定的药品目录内的药品费用。
4. 10 **床位费** 指住院治疗期间发生的保单签发地政府基本医疗保险管理规定范围内符合费用标准的住院床位费。
4. 11 **城乡居民大病保险** 指为提高城乡居民医疗保障水平，在基本医疗保障的基础上，对城乡居民患大病发生的高额医疗费用给予进一步保障的一项制度性安排。
4. 12 **每次门（急）诊** 指被保险人一日内（0 时至 24 时）在同一所医院同一科室就诊的门（急）诊。
4. 13 **醉酒** 指因饮酒而表现出动作不协调、意识紊乱、舌重口吃或其他不能清醒地控制自己行为的状态。醉酒的认定，如有司法机关、公安部门的有关法律文件、医院的诊断书等，则以上述法律文件、诊断书等为准。
4. 14 **斗殴** 指双方或多方通过拳脚、器械等武力以求制胜的行为。斗殴的认定，如有司法机关、公安部门的有关法律文件，则以上述法律文件为准。
4. 15 **意外伤害** 指遭受外来的、突发的、非本意的、非疾病的客观事件直接致使身体受到的伤害。
4. 16 **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。
4. 17 **非处方药** 指由国务院药品监督管理部门公布的，不需要凭执业医师和执业助理医师处方，消费者可以自行判断、购买和使用的药品。
4. 18 **先天性疾病** 指被保险人一出生时就具有的疾病（病症或体征）。这些疾病是指因人的遗传物质（包括染色体以及位于其中的基因）发生了对人体有害的改变而引起的，或因母亲怀孕期间受到内外部环境某些物理、化学和生物等因素的作用，使胎儿局部体细胞发育不正常，导致婴儿出生时有关器官、系统在形态或功能上呈现异常。
4. 19 **遗传性疾病** 简称遗传病，是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。

- 4.20 **职业病** 指在生产环境或劳动过程中,一种或几种对健康有害的因素引起的疾病。对健康有害的因素称为职业性危害。职业病范围以保险事故发生时国家正式颁布的种类为准。
- 4.21 **有效身份证件** 指由政府主管部门规定的证明其身份的证件,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、户口簿等证件。
- 4.22 **情形复杂** 指保险事故的性质、原因、伤害程度等在本公司收到保险金给付申请书及合同约定的证明和资料后5个工作日内无法确定,需要进一步核实。