

中国太平洋财产保险股份有限公司
社保团体人身医疗保险（2020 版）条款

第一部分 基本条款

第一条 保险合同构成

本保险合同由保险条款、投保单、保险单、保险凭证以及批单等组成。凡涉及本保险合同的约定，均应采用书面形式。

第二条 被保险人和投保人

（一）被保险人

被保险人应为当地社会基本医疗保险参保（合）人，具体以保单载明为准。

（二）投保人

投保人应为当地政府指定的承担社会医疗保险组织、管理或相关工作的部门。

第三条 受益人

除另有约定外，本保险合同的受益人为被保险人本人或其法定继承人。

第四条 投保信息

投保人应向保险人提供投保群体经验数据及被保险人信息，被保险人信息与基本医保参保（合）人信息一致，包括被保险人姓名、性别、出生日期、证件类型、有效身份证件号码等。发生被保险人变更的，投保人应及时通知保险人变更被保险人信息。

第五条 被保险人的变更

（一）投保人需要增加被保险人的，应以书面或协议约定形式通知保险人。除另有约定外，经保险人审核同意后，保险人自审核通过日或协议保险责任起始日零时起按照实际承担该被保险人保险责任的期间收取保险费。

（二）投保人需要减少被保险人的，应以书面或协议约定形式通知保险人。保险合同对该被保险人所承担的保险责任自通知到达日或协议保险责任终止日 24 时终止。对于未发生保险金给付的，保险人向投保人退还该被保险人保险责任终止日次日零时起对应的未到期净保费。但已发生任何保险金给付或已发生保险合同约定的保险事故但尚未给付保险金的，保险人不退还未到期净保费。

第六条 合同解除与终止

除另有约定外，保险人不得单方解除本保险合同。

若投保人提出解除本保险合同，本保险合同于保险人收到投保人的书面解除合同申请之日次日零时起终止。保险人同意解除保险合同的，应在三十日内向投保人退还本保险合同生效期间内未发生保险事故的被保险人的累计未到期净保费之和。

第七条 争议处理

（一）因履行本保险合同发生的争议，由当事人协商解决。协商不成的，提交保险单载明的仲裁机构仲裁；保险单未载明仲裁机构且争议发生后未达成仲裁协议的，依法向中华人民共和国法院（不含香港、澳门特别行政区和台湾地区法院，下同）起诉。

（二）与本保险合同有关的以及履行本保险合同产生的一切争议处理适用中华人民共和国法律（不含香港、澳门特别行政区和台湾地区法律，下同）。

第二部分 保险责任和责任免除

第八条 保险责任

以下各项保障中，**住院医疗保障为必选保障，其他各项保障为可选保障**，投保人可以在投保住院医疗保障基础上选择各项可选保障投保，保险人据此收取保费并承担保险责任。本保险合同具体保障项目及各项目保险金额以保单载明为准。

（一）住院医疗保障

在保险期间内，被保险人在保险人认可的定点医疗机构住院治疗，实际支付的符合保险单签发地政府基本医疗保险制度报销范围内的、合理且必要的住院医疗费用，保险人对于统筹基金支付额度内金额，按照保单中约定并载明的免赔额、赔付比例、保险金额给付保险金。

投保时，投保人与保险人可就特殊群体、特殊病种的住院医疗费用的免赔额、给付比例、保险金额等作出单独约定，具体以保单载明为准。

（二）门（急）诊医疗保障

在保险期间内，被保险人在保险人认可的定点医疗机构门（急）诊治疗，实际支付的符合保险单签发地政府基本医疗保险制度报销范围内的、合理且必要的门（急）诊医疗费用（含被保险人在保险人认可的定点零售药店根据基本医疗保险制度规定配取医保用药的药品费用），保险人对于统筹基金支付额度内金额，按照保单中约定并载明的免赔额、赔付比例、保险金额给付保险金。

投保时，投保人与保险人可就特殊群体、特殊病种的门（急）诊医疗费用的免赔额、给付比例、保险金额等作出单独约定，具体以保单载明为准。

（三）疾病全残保障

被保险人自保险期间开始之日起经过保险合同约定的等待期后罹患疾病（续保者不受该等待期的限制），且自患病之日起 180 日内或与投保人约定的期限内因疾病导致全残的，保险人按本保险合同所载明的该被保险人疾病全残保险金额给付全残保险金。

第九条 责任免除

（一）因下列原因导致的医疗费用支出，保险人不承担住院医疗保障、门（急）诊医疗保障项下的保险金给付责任：

- 1、《中华人民共和国社会保险法》、《中华人民共和国保险法》及相关法律法规规定不予支付的事项；
- 2、当地社会基本医疗保险规定或保险合同约定不承担给付保险金责任的事项；
- 3、被保险人丧失当地社会基本医疗保险参保（合）人资格期间发生的保险事故；
- 4、未经当地社会医疗保险管理部门审核并通过。

（二）被保险人因下列原因导致全残的，保险人不承担疾病全残保障项下的保险金给付责任：

- 1、被保险人故意自致伤害或自杀，但被保险人自杀时为无民事行为能力人的除外；
- 2、被保险人违法、犯罪或者抗拒依法采取的刑事强制措施；
- 3、被保险人未遵医嘱私自服用、涂用、注射药物；

- 4、被保险人醉酒或受毒品、管制药物的影响；
- 5、被保险人酒后驾车、无有效驾驶证驾驶或驾驶无有效行驶证的机动车；
- 6、战争、军事行动、暴动或武装叛乱；
- 7、任何生物、化学、原子能武器，原子能或核能装置所造成的爆炸、灼伤、污染或辐射；
- 8、恐怖袭击；
- 9、既往病症及其并发症，但保险合同另有约定的不受此限；
- 10、先天性疾病和先天性畸形，但保险合同另有约定的不受此限；
- 11、当地基本医疗保险规定或保险合同约定不承担给付保险金责任的事项；
- 12、依照《中华人民共和国侵权责任法》、《工伤保险条例》应由第三方承担的部分。

第三部分 保险期间与保险金额

第十条 保险期间

除另有约定外，本保险合同保险期间为一年，自保险单载明的起始日零时开始，至约定的终止日 24 时止。

第十一条 保险金额

本保险合同各保障项下保险金额由投保人与保险人在投保时约定。

保险事故发生后，保险人对该被保险人给付的保险金已达到保单载明的该被保险人在该项保障项下的保险金额时，保险人对该被保险人的该项保险责任终止。

如保单中载明了被保险人在本保险合同项下的每人累计保险金额，则在保险期间内，保险人在本合同项下对该被保险人承担的各项保障保险金给付责任以每人累计保险金额为限。

第四部分 保险人义务

第十二条 说明义务

订立保险合同时，采用保险人提供的格式条款的，保险人向投保人提供的投保单应当附格式条款，保险人应当向投保人说明保险合同的内容。对保险合同中免除保险人责任的条款，保险人在订立合同时应当在投保单、保险单或者其他保险凭证上作出足以引起投保人注意的提示，并对该条款的内容以书面或者口头形式向投保人作出明确说明；未作提示或者明确说明的，该条款不产生效力。

第十三条 出具保单义务

本保险合同成立后，保险人应当及时向投保人签发保险单或其他保险凭证。

第十四条 索赔资料的补充

保险人认为被保险人提供的有关索赔的证明和资料不完整的，应当及时一次性通知投保人、被保险人补充提供。

第五部分 投保人与被保险人义务

第十五条 交纳保费义务

投保人应该按照合同约定向保险人交纳保险费。

投保人应该按照合同约定向保险人交纳保险费。本保险合同约定一次性交付保险费或对保险费交付方式、交付时间没有约定的，投保人应在保险责任起始日前一次性交付保险费；约定以分期付款方式交付保险费的，投保人应按期交付第一期保险费。**投保人未按本款约定交付保险费的，本保险合同不生效，保险人不承担保险责任。**

如果发生投保人未按期足额交付保险费或不按约定日期交付第二期或以后任何一期保险费的情形，从违约之日起，保险人有权解除本保险合同并追收已经承担保险责任期间的保险费和利息，本保险合同自解除通知送达投保人时解除。

第十六条 如实告知义务

订立保险合同，保险人就被保险人的有关情况提出询问的，投保人应当如实告知。

投保人故意或者因重大过失未履行前款规定的如实告知义务，足以影响保险人决定是否同意承保或者提高保险费率的，保险人有权解除合同。

前款规定的合同解除权，自保险人知道有解除事由之日起，超过三十日不行使而消灭。

投保人故意不履行如实告知义务的，保险人对于合同解除前发生的保险事故，不承担赔偿保险金的责任，并不退还保险费。

投保人因重大过失未履行如实告知义务，对保险事故的发生有严重影响的，保险人对于合同解除前发生的保险事故，不承担赔偿保险金的责任，但应当退还保险费。

保险人在合同订立时已经知道投保人未如实告知的情况的，保险人不得解除合同；发生保险事故的，保险人应当承担赔偿保险金的责任。

第六部分 保险金的申请和给付

第十七条 保险金的申请

（一）住院医疗保障、门（急）诊医疗保障项下保险金的申请：

1、对于能够实现即时结算约定保险责任的保险金的，被保险人就医付费时只支付个人应承担部分的医疗费用，保险人应支付的约定保险责任的保险金与医院或基本医疗保险经办机构直接结算，毋需被保险人全额支付并向保险人另行申请；

2、对于未能实现即时结算约定保险责任的保险金的，由适格索赔人填写保险金给付申请书，并凭下列证明和资料或投保人与保险人协商确定予以认可的其他证明和资料向保险人申请给付保险金：

（1）保险金受益人的有效身份证件；

（2）当地基本医保经办部门出具的医疗费用结算证明原件、诊断证明和病历等完整资料；

（3）保险金受益人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；

（4）委托他人领取保险金时，受托人还必须提供委托人、被委托人有效身份证件及委托人亲笔签名的授权委托书；保险金作为被保险人遗产时，遗产继承人须提供可证明其合法继承资格的权利文件。受益人或继承人为未成年人或无民事行为能力人时，由其合法监护人

代其申请领取保险金，索赔人须提供受益人或继承人为未成年人或无民事行为能力人的证明和监护人监护资格证明或文书。

（二） 疾病全残保障项下保险金的申请：

- 1、 保险金受益人的有效身份证件；
- 2、 二级以上（含二级）医院或保险人认可的医疗机构出具的诊断证明、病历；
- 3、 中华人民共和国境内二级以上（含二级）或保险人认可的医疗机构或司法鉴定机构出具的残疾程度鉴定诊断书；
- 4、 保险金受益人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；
- 5、 委托他人领取保险金时，受托人还必须提供委托人、被委托人有效身份证件及委托人亲笔签名的授权委托书；保险金作为被保险人遗产时，遗产继承人须提供可证明其合法继承资格的权利文件。受益人或继承人为未成年人或无民事行为能力人时，由其合法监护人代其申请领取保险金，索赔人须提供受益人或继承人为未成年人或无民事行为能力人的证明和监护人监护资格证明或文书。

（三）保险人认为保险金申请人提供的有关索赔的证明和资料不完整的，应及时一次性通知补充提供。

第十八条 保险金的给付

（一）保险人收到被保险人或保险金申请人的给付保险金的请求后，应当及时作出是否属于保险责任的核定；情形复杂的，应当在三十日内作出核定，但保险合同另有约定的除外。

（二）保险人应当将核定结果通知被保险人或保险金申请人；对属于保险责任的，在与保险金申请人或被保险人达成给付保险金的协议后十日内，履行给付保险金义务。保险合同对给付保险金的期限有约定的，保险人应当按照约定履行给付保险金的义务。保险人依照前款约定作出核定后，对不属于保险责任的，应当自作出核定之日起三日内向保险金申请人或被保险人发出拒绝给付保险金通知书，并说明理由。

（三）保险人自收到给付保险金的请求和有关证明、资料之日起六十日内，对其给付的数额不能确定的，应当根据已有证明和资料可以确定的数额先予支付；保险人最终确定给付的数额后，应当支付相应的差额。

第十九条 风险调节机制

保险人可与投保人协商建立动态风险调节机制，根据合同约定采取合理方式，对保险期间的超额结余和政策性亏损等盈亏情况进行风险调节。

第七部分 其他事项

第二十条 释义

除另有约定外，本保险合同中的下列词语具有如下含义：

- （一）**保险人：**指与投保人签订本保险合同的中国太平洋财产保险股份有限公司。
- （二）**保险人认可的定点医疗机构：**指投保所在地基本医保定点医疗机构或经投保所在地基本医保主管部门认可的其他有资质的医疗机构。
- （三）**住院：**指被保险人确因临床需要，正式办理入院及出院手续，并确实入住医疗机构正式病房接受治疗的行为过程，且入住医疗机构必须达二十四小时以上且由医疗机构收取

病房或床位费用。

（四）门（急）诊：指被保险人确因临床需要，在医疗机构门诊（含急诊）接受治疗的行为过程，且由医疗机构收取相应费用。

（五）全残：指符合下列定义的伤残程度（本释义中的“以上”均包括本数值或本部位）

1、极度智力缺损（智商小于等于20），日常生活完全不能自理，处于完全护理依赖状态；

其中：（1）护理依赖：应用“基本日常生活活动能力”的丧失程度来判断护理依赖程度。

（2）基本日常生活活动是指：①穿衣：自己能够穿衣及脱衣；②移动：自己从一个房间到另一个房间；③行动：自己上下床或上下轮椅；④如厕：自己控制进行大小便；⑤进食：自己从已准备好的碗或碟中取食物放入口中；⑥洗澡：自己进行淋浴或盆浴。

（3）完全护理依赖指生活完全不能自理，上述六项基本日常生活活动均需护理者。

2、植物状态：指由于严重颅脑损伤造成认知功能丧失，无意识活动，不能执行命令，保持自主呼吸和血压，有睡眠-醒觉周期，不能理解和表达语言，能自动睁眼或刺激下睁眼，可有无目的性眼球跟踪运动，丘脑下部及脑干功能基本保存；

3、双侧眼球缺失；

4、一侧眼球缺失，且另一侧眼盲目5级；

注：视力和视野

级别		低视力及盲目分级标准	
		最好矫正视力	
		最好矫正视力低于	最低矫正视力等于或优于
低视力	1	0.3	0.1
	2	0.1	0.05（三米指数）
盲目	3	0.05	0.02（一米指数）
	4	0.02	光感
	5	无光感	

如果中心视力好而视野缩小，以中央注视点为中心，视野直径小于20°而大于10°者为盲目3级；如直径小于10°者为盲目4级。

本标准视力以矫正视力为准，经治疗而无法恢复者。

5、心肺联合移植；

6、咀嚼、吞咽功能完全丧失；

其中：（1）咀嚼是指用后牙（如磨牙）碾、磨或咀嚼食物的功能，吞咽是指通过口腔、咽和食道把食物和饮料以适宜的频率和速度送入胃中的功能。

（2）咀嚼、吞咽功能丧失指由于牙齿以外的原因引起器质障碍或机能障碍，以致不能作咀嚼、吞咽运动，除流质食物外不能摄取或吞咽的状态。

7、小肠切除大于等于90%；

8、胰完全切除；

- 9、双侧肾切除；
- 10、孤肾切除；
- 11、三肢以上缺失（上肢在腕关节以上，下肢在踝关节以上）；
- 12、三肢以上完全丧失功能；
- 13、二肢缺失（上肢在腕关节以上，下肢在踝关节以上），且第三肢完全丧失功能；
- 14、一肢缺失（上肢在腕关节以上，下肢在踝关节以上），且另二肢完全丧失功能；

注：肢体丧失功能指意外损伤导致肢体三大关节（上肢腕关节、肘关节、肩关节或下肢踝关节、膝关节、髋关节）功能的丧失。

- 15、四肢瘫（三肢以上肌力小于等于3级）；
- 16、截瘫（肌力小于等于2级）且大便和小便失禁；

注：（1）截瘫指脊髓损伤后，受伤平面以下双侧肢体感觉、运动、反射等消失和膀胱、肛门括约肌功能丧失的病症；

（2）肌力：为判断肢体瘫痪程度，将肌力分级划分为0-5级：

- 0级：肌肉完全瘫痪，毫无收缩；
- 1级：可看到或触及肌肉轻微收缩，但不能产生动作；
- 2级：肌肉在不受重力影响下，可进行运动，即肢体能在床面上移动，但不能抬高；
- 3级：在和地心引力相反的方向中尚能完成其动作，但不能对抗外加的阻力；
- 4级：能对抗一定的阻力，但较正常人为低；
- 5级：正常肌力。

- 17、皮肤损伤导致瘢痕形成，且瘢痕面积大于等于全身体表面积的90%；

全身皮肤瘢痕面积按皮肤瘢痕面积占全身体表面积的百分数来计算，即中国新九分法：在100%的体表总面积中：头颈部占9%（9×1）（头部、面部、颈部各占3%）；双上肢占18%（9×2）（双上臂7%，双前臂6%，双手5%）；躯干前后包括会阴占27%（9×3）（前躯13%，后躯13%，会阴1%）；双下肢（含臀部）占46%（双臀5%，双大腿21%，双小腿13%，双足7%）（9×5+1）（女性双足和臀各占6%）。

（六）既往病症：指被保险人在保险期间开始之日前或自保险期间开始之日起在保险合同约定的等待期内已患有的疾病，或存在任何症状、体征而引致一正常而审慎的人寻求诊断、医疗护理或医药治疗，或曾经医生推荐接受医药治疗或医疗意见。

（七）有效身份证件：指由政府主管部门规定的证明个人身份的证件，如：居民身份证、按规定可使用的有效护照、军官证、警官证、士兵证等证件。

（八）即时结算：指被保险人就医付费时只支付个人应负担的医疗费用，医院直接计算基本医疗经办机构 and 保险人应支付的约定保险责任的保险金，并与基本医疗保险经办机构和/或保险人进行结算，保险人不再向受益人重复支付保险金。

（九）保险金申请人：被保险人生存状态下保险金申请人是指被保险人本人，如被保险人身故则保险金申请人是指受益人或依法享有保险金请求权的其他自然人。

（十）未到期净保费：指保险费 $\times$ （1-费用比例） $\times$ （1-经过日数/365）。经过日数不足一日的按一日计算。费用比例在投保时由投保人和保险人协商确定。

（十一）醉酒：指被保险人血液中的酒精含量大于或者等于80mg/100mL。

（十二）无有效驾驶证是指被保险人存在下列情形中的一项或多项者：

- 1、无驾驶证或驾驶证有效期已届满；
- 2、驾驶的机动车与驾驶证载明的准驾车型不符；
- 3、实习期内驾驶公共汽车、营运客车或者载有爆炸物品、易燃易爆化学物品、剧毒或者放射性等危险物品的机动车，实习期内驾驶的机动车牵引挂车；
- 4、持未按规定审验的驾驶证，以及在暂扣、扣留、吊销、注销驾驶证期间驾驶机动车；
- 5、使用各种专用机械车、特种车的人员无国家有关部门核发的有效操作证，驾驶营业性客车的驾驶人无国家有关部门核发的有效资格证书；
- 6、依照法律法规或公安机关交通管理部门有关规定不允许驾驶机动车的其他情况下驾车。

（十三）无有效行驶证是指下列情形中的一项或多项：

- 1、机动车被依法注销登记的；
- 2、无公安机关交通管理部门核发的行驶证、号牌，或临时号牌或临时移动证的机动交通工具；
- 3、未在规定检验期限内进行机动车安全技术检验或检验未通过的机动交通工具。

（十四）合理且必要的医疗费用：指治疗期间发生的符合本保险合同签发地政府当时适用的《基本医疗保险药品目录》、《基本医疗保险诊疗项目目录》、《基本医疗保险医疗服务设施项目范围》及相关规定的医疗费用，**不含以下费用：**

- 1、按规定使用某些药品、进行特殊检查和特殊治疗时，需个人先行自付一定比例的医疗费用；
- 2、按规定转外就医需个人提高自负一定比例的医疗费用；
- 3、基本医疗保险制度规定以外的个人自费的医疗费用。