

中国太平洋财产保险股份有限公司
员福宝团体医保补充医疗保险（H2021）条款
（注册号：）

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，均采用书面形式。

第二条 被保险人和投保人

（一）被保险人

投保人可为其团体成员向本公司投保本保险。投保时，参加本保险的团体成员应为当地社会基本医疗保险、公费医疗参保人。

（二）投保人

投保人应为对被保险人有保险利益的机关、企业、事业单位和社会团体或投保团体中的自然人。

第三条 受益人

除另有约定外，本保险合同保险金的受益人均为被保险人本人。

第二部分 保险责任和责任免除

第四条 保险责任

本合同保险责任分为“保障一”、“保障二”和“保障三”三种。

在本保险合同保险期间内，本公司根据投保人和本公司在投保时的约定承担一项或多项保险责任，投保人可投保的保障方案包括以下 4 种：

- 1、保障一；
- 2、保障一和保障二；
- 3、保障一和保障三；
- 4、保障一、保障二和保障三。

在本保险合同保险期间内且本合同有效的前提下，被保险人因遭受意外伤害或者等待期（除另有约定外，等待期为 30 日，续保不受等待期的限制）后发生疾病，保险人按照下述约定承担保险责任：

保障一：住院医疗保险金

被保险人在保险人认可的定点医疗机构就诊而发生的符合保单签发地政府基本医疗保险管理规定范围的合理住院医疗费用，本公司对**统筹基金封顶线及大额医疗互助基金封顶线之和以下的**需个人自付的部分，在被保险人对应的保险金额限额内，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、基本医疗保险以及其他政府举办的医疗保障项目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。

上述发生的相关医疗费用及取得的医疗费用补偿均对应统筹基金封顶线及大额医疗互助基金封顶线之和以下的住院医疗费用。上述免赔额、给付比例由投保人和本公司在投保时约定。

保障二：门（急）诊医疗保险金

被保险人在保险人认可的定点医疗机构就诊而发生的符合保单签发地政府基本医疗保险管理规定范围的合理门（急）诊医疗费用，本公司对统筹基金封顶线以下需个人自付的部分，在被保险人对应的保险金额限额内，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、基本医疗保险以及其他政府举办的医疗保障项目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。

保障三：超大额住院医疗保险金

被保险人在保险人认可的定点医疗机构就诊而发生的符合保单签发地政府基本医疗保险管理规定范围的合理住院医疗费用，本公司对统筹基金及大额医疗互助基金封顶线之和以上需个人自付的部分，在被保险人对应的保险金额限额内，按以下公式计算并给付超大额住院医疗保险金：

超大额住院医疗保险金=（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、基本医疗保险以及其他政府举办的医疗保障项目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。

上述发生的相关医疗费用及取得的医疗费用补偿均对应统筹基金封顶线及大额医疗互助基金封顶线之和之上的住院医疗费用。上述免赔额、给付比例由投保人和本公司在投保时约定。

保单签发地政府基本医疗保险管理规定范围内的合理医疗费用是指符合投保地基本医疗保险规定的支付范围的医疗费用，且各项医疗费用应与医师的医嘱和处方一致。**不符合前述约定的医疗费用以及投保地基本医疗保险规定的完全自费医疗费用和部分自费医疗费用中属于自费部分的医疗费用，不属于本合同所保障的医疗费用范围，本公司不承担给付保险金的责任。**

在保险期间内，被保险人通过公费医疗、基本医疗保险以及其他政府举办的医疗保障项目获得的医疗费用补偿，不可用于抵扣免赔额，但从工作单位、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可用于抵扣免赔额。

本保险合同为费用补偿型保险合同，适用医疗费用补偿原则。本公司在给付保险金时，如果被保险人发生的属于本合同保险责任范围内的医疗费用已通过其它途径获得了补偿，且

被保险人从其它途径获得的补偿金额与本公司按本合同约定给付的保险金之和超过了被保险人实际发生的医疗费用，**本公司将按被保险人实际发生的医疗费用扣除被保险人从其它途径获得的补偿金额后的余额给付保险金**，即从包括本合同在内的各种途径获得的所有补偿金额之和不得超过被保险人实际发生的医疗费用。其他途径获得补偿的金额包含：从公费医疗、基本医疗保险以及其他政府举办的医疗保障项目、工作单位、本合同之外的商业性医疗费用补偿型医疗保险等途径获得的医疗费用补偿金额。

第五条 责任免除

因下列情形之一导致被保险人发生医疗费用的，本公司不承担给付保险金的责任：

1. 保险单中特别约定除外的疾病；
2. 不符合投保地正在执行的基本医疗保险政策规定的医疗行为；
3. 战争、军事行动、暴乱或者武装叛乱及核爆炸、核辐射或者核污染。

因上述情形之一导致被保险人发生医疗费用的，本公司不承担给付保险金的责任，本公司依本合同对该被保险人的责任继续有效。

第三部分 保险期间与保险金额

第六条 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。

第七条 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。

第四部分 保险人义务

第八条 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。

第九条 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。

第十条 合同解除权

保险人依据第十三条所取得的保险合同解除权，自保险人知道有解除事由之日起，超过30日不行使而消灭。

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，保险人应当承担给付保险金责任。

第十一条 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、被保险人义务

第十二条 交纳保费义务

投保人与本公司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。

第十三条 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或终止对该被保险人的保险责任。

投保人故意不履行如实告知义务的，保险人对于合同解除或终止对该被保险人的保险责任前发生的保险事故，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或终止对该被保险人的保险责任前发生的保险事故，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。

第十四条 变更住所或通讯地址

投保人住所或通讯地址变更时，应及时以书面形式通知保险人。投保人未通知的，保险人按本保险合同所载的最后住所或通讯地址发送的有关通知，均视为已发送给投保人。

第十五条 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，经保险人在审核同意后，于收到申请之日的次日零时开始承担保险责任，并按约定增收未满期保险费。

(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。除另有约定外, 经保险人在审核同意后, 于收到申请之日的次日零时起, 对减少的被保险人终止保险责任(如减少的被保险人属于已离职的, 保险人对其所负的保险责任自其离职之日起终止), 并按约定退还未满期净保险费, **但已发生任何保险金给付或已发生合同约定的保险事故但尚未给付保险金的, 保险人不退还未满期净保险费。**减少后的被保险人人数量不足其在职人员 75%或人数低于 5 人时, 保险人有权解除本保险合同, 并按约定退还未满期净保险费。

第十六条 年龄错误

被保险人的年龄以周岁计算。

投保人在申请投保时, 应将被保险人的真实年龄在投保单上填明, 如果发生错误应照下列规定办理:

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保险合同约定年龄限制的, 保险人可以解除本保险合同或取消该被保险人资格, 并在扣除手续费后向投保人退还保险单或该被保险人的未满期净保险费。本公司行使合同解除权适用本保险条款“第十条 合同解除权”的规定。

2. 投保人申报的被保险人年龄不真实, 致使投保人的实交保险费少于应交保险费的, 保险人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交保险费和应交保险费的比例给付。**

3. 投保人申报的被保险人年龄不真实, 致使投保人实交保险费多于应交保险费的, 保险人应将多收的保险费无息退还投保人。

第六部分 保险金的申请和给付

第十七条 保险事故的通知

投保人、被保险人或者保险金受益人知道保险事故发生后, 应当及时通知保险人。**故意或者因重大过失未及时通知, 致使保险事故的性质、原因、损失程度等难以确定的, 保险人对无法确定的部分, 不承担给付保险金责任, 但保险人通过其他途径已经及时知道或者应当及时知道保险事故发生的除外。**

上述约定, 不包括因不可抗力而导致的迟延。

第十八条 保险金的申请

保险金申请人向保险人申请给付保险金时, 应提交以下材料。保险金申请人因特殊原因不能提供以下材料的, 应提供其他合法有效的材料。**保险金申请人未能提供有关材料, 导致保险人无法核实该申请的真实性的, 保险人对无法核实部分不承担给付保险金的责任。**

1. 被保险人有效身份证件;

2. 保单约定的定点医疗机构出具的附有病理检查、化验检查、血液检查及其它诊断报告的疾病诊断证明书、病历、住院证明、出院小结、医疗费用原始发票、住院医疗费用结帐明细清单、政府主办补充医疗保险结算单等, 具体以保单载明内容为准;

3. 若保险金申请人委托他人申请的, 还应提供授权委托书原件、委托人和受托人的身份证明等相关证明文件。受益人为无民事行为能力人或者限制民事行为能力人的, 由其监护人代为申领保险金, 并需要提供监护人的身份证明等资料;

4. 被保险人所能出具的与确认保险事故的性质、原因等有关的其他证明和资料。

第十九条 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。

第七部分 合同解除

第二十条 合同解除

如投保人申请解除本合同,请填写解除合同申请书并向本公司提供下列资料:

- (1) 保险合同;
- (2) 投保人有效身份证明;
- (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日内向投保人退还本合同保险单的未满期净保险费。**除另有约定外,对于保险年度内已发生过保险金给付的被保险人,本公司不退还该被保险人对应的未满期净保险费。**

投保人解除合同会遭受一定损失。

第八部分 其他事项

第二十一条 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) **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、城乡居民基本医疗保险等。
- (三) **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。
- (四) **其他政府举办的医疗保障项目:**是指包括城乡居民大病保险、城镇职工大病保险、城镇居民大病保险、城镇职工大额医疗保险、新农合大病保险、公务员医疗补助、城乡居民补充医疗保险、城镇居民补充医疗保险等在内的由政府主办的医疗保障项目。

（五）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，合同另有约定的除外。

（六）起付线：指投保地基本医疗保险医保基金开始支付的最低限额。

（七）封顶线：指投保地基本医疗保险医保基金的最高支付限额。

（八）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。

（九）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。

（十）个人自付：指符合投保地基本医疗保险规定的支付范围的医疗费用中，应当由个人自己支付的部分，包含按照基本医疗保险规定应当由个人按比例支付的部分以及在起付线以下应当由个人支付的部分。

（十一）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。

（十二）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，除另有约定外，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。

（十三）未到期净保险费：指本保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。未到期净保险费=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。