

中国太平洋人寿保险股份有限公司 附加小额团体意外医疗费用医疗保险条款



请扫描以查询验证条款

阅读指引

本阅读指引有助于理解条款，对本附加险合同内容的解释以条款为准。



投保人拥有的重要权益

- ❖ 本附加险合同提供的保障在保险责任条款中列明..... 2.3
- ❖ 投保人有退保的权利..... 6.2



投保人应当特别注意的事项

- ❖ 本附加险合同有责任免除条款，请注意..... 2.4
- ❖ 主险合同终止时，本附加险合同同时终止..... 6.1
- ❖ 退保会给投保人造成一定的损失，请慎重决策..... 6.2
- ❖ 本附加险合同的某些事项适用主险合同条款，请注意..... 7.2
- ❖ 本公司对一些重要术语进行了解释，并作了显著标识，请注意..... 8



保险条款是保险合同的重要内容，为充分保障投保人的权益，请仔细阅读本附加险条款。



条款目录

1. 双方订立的合同	3.3 保险金给付	8. 释义
1.1 合同订立	3.4 诉讼时效	8.1 意外伤害
1.2 合同构成	4. 保险费的支付	8.2 住院
1.3 合同成立与生效	4.1 保险费的支付	8.3 合理且必要的医疗费用
1.4 投保年龄	5. 被保险人的变动	用
2. 本公司提供的保障	5.1 被保险人的变动	8.4 公费医疗
2.1 保险金额	6. 合同终止与解除	8.5 基本医疗保险
2.2 保险期间	6.1 合同终止	8.6 城乡居民大病保险
2.3 保险责任	6.2 投保人解除合同的手 续及风险	8.7 现金价值
2.4 责任免除	7. 其他需要关注的事项	8.8 有效身份证件
3. 保险金的申请	7.1 诊疗医院范围的例外	8.9 情形复杂
3.1 受益人	7.2 适用主险合同条款	8.10 病情稳定
3.2 保险金申请		

中国太平洋人寿保险股份有限公司 附加小额团体意外医疗费用医疗保险条款

“附加小额团体意外医疗费用医疗保险”简称“附加小额团体意外医疗费用”。在本附加险条款中，“本公司”指中国太平洋人寿保险股份有限公司，“本附加险合同”指投保人与本公司之间订立的“附加小额团体意外医疗费用医疗保险合同”。

1. 双方订立的合同

- 1.1 合同订立 本附加险合同由主保险合同（以下简称“主险合同”）的投保人与本公司订立。
- 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，包括本保险条款、保险单、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 本附加险合同与主险合同同时成立，同时生效。本公司自生效日零时起开始承担本附加险合同约定的保险责任。
- 1.4 投保年龄 本附加险合同接受的投保年龄范围与主险合同一致。

2. 本公司提供的保障

- 2.1 保险金额 本附加险合同的意外医疗保险金额由投保人与本公司在投保时约定，并在保险单上载明。
- 2.2 保险期间 本附加险合同的保险期间与主险合同一致。
- 2.3 保险责任 在本附加险合同保险期间内，且主险合同和本附加险合同均有效的前提下，本公司按以下约定承担保险责任：

医疗保险金 若被保险人在保险期间内遭受**意外伤害**，并在卫生行政部门认定的二级以上（含二级）医院接受门（急）诊或**住院治疗**，本公司对被保险人因该次意外伤害的治疗而发生的符合本附加险合同保险单签发地政府基本医疗保险管理规定的**合理且必要的医疗费用**，在该被保险人对应的意外医疗保险金额内按约定的免赔额及给付比例予以补偿。前述免赔额及给付比例，将根据被保险人是否参加基本医疗保险等情况确定，并在保险单上载明。

被保险人在保险期间内因意外伤害而住院治疗，至保险期间届满治疗仍未结束的，本公司继续承担本条前述所列的保险责任至住院结束，**但最长不超过意外伤害发生之日起第 180 天。**

被保险人在保险期间内因意外伤害而进行门（急）诊治疗，至保险期间届满治疗仍未结束的，本公司继续承担本条前述所列的保险责任至门急诊治疗结束，**但最长不超过意外伤害发生之日起第 30 天。**

在任何情况下，本公司对同一被保险人一次或多次累计给付的医疗保险金达到该被保险人对应的意外医疗保险金额时，本公司对该被保险人的保险责任即时终止。

本附加险合同属于费用补偿型医疗保险合同，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，和被保险人工作单位、本公司在内的商业保险机构等任何途径获得补偿的，本公司将按以上约定在责任限额内给付保险金，且最高给付金额不超过被保险人实际发生的医疗费用扣除其所获补偿后的余额。

- 2.4 责任免除 因主险合同列明的“责任免除”情形之一，导致被保险人门（急）诊或住院治疗的，本公司不承担给付保险金的责任，被保险人身故的，本附加险合同终止，本公司按主险合同的约定退还相应的**现金价值**。如已发生过保险金给付，本公司不退还保险单的现金价值。

3. 保险金的申请

- 3.1 受益人 除另有指定外，本附加险合同保险金的受益人为被保险人本人。

- 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) 保险合同及其他保险凭证；
- (2) 申请人的**有效身份证件**；
- (3) 公安等有权部门出具的意外伤害事故证明；
- (4) 被保险人门（急）诊治疗的，须提供由卫生行政部门认定的二级以上（含二级）医院出具的门（急）诊病历、复式处方或处方复印件（如门诊收据中含收费明细的，以收据中的明细为准，可不提供复式处方或处方复印件）、各项检查、检验报告单；
- (5) 被保险人住院治疗的，须提供由卫生行政部门认定的二级以上（含二级）医院出具的包括住院志（即入院记录）、体温单、医嘱单、化验单（检验报告）、医学影像检查资料、特殊检查（治疗）同意书、手术同意书、手术及麻醉记录单、病理报告、护理记录、出院记录在内的住院病历复印件；
- (6) 门（急）诊或住院医疗费用的原始凭证；
- (7) 所能提供的与确认保险事故的性质、原因、伤害或损失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，自其知道或者应当知

道保险事故发生之日起计算。

4. 保险费的支付

- 4.1 保险费的支付 投保人应于投保时一次性支付全部保险费。

5. 被保险人的变动

- 5.1 被保险人的变动 若投保人需要增加或减少被保险人，应书面通知本公司。
对于要求增加被保险人的，本公司审核同意并收到相应的保险费的次日零时起，开始对新增的被保险人承担保险责任。
对于要求减少被保险人的，除另有约定外，本公司对退出本保险的被保险人所承担的保险责任自通知到达时终止，本公司按约定退还相应的现金价值。

6. 合同终止与解除

- 6.1 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) 因本附加险合同的其他约定而终止。
- 6.2 投保人解除合同的手续及风险 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列资料：
(1) 保险合同；
(2) 投保人单位证明。
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 日内向投保人退还本附加险合同保险单的现金价值。
投保人解除合同会遭受一定损失。

7. 其他需要关注的事项

- 7.1 诊疗医院范围的例外 意外伤害急救不受本附加险合同约定的医院级别的限制，但经急救病情稳定后，须转入卫生行政部门认定的二级以上（含二级）医院治疗，否则，本公司对被保险人在非本附加险合同约定级别医院的诊疗将不承担保险责任。
- 7.2 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) 明确说明与如实告知；
(3) 本公司合同解除权的限制；
(4) 联系方式变更；
(5) 争议处理。

8. 释义

- 8.1 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。
- 8.2 住院 指被保险人因意外伤害或患疾病而入住医院的正式病房进行治疗，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其限。

- 8.3 合理且必要的医疗费用 指意外伤害治疗期间发生的符合保单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、医疗服务设施项目范围和支付标准的医疗费用，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) 基本医疗保险管理规定以外的个人自费的医疗费用；
(4) 与保险事故无关的医疗费用。
- 8.4 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。
- 8.5 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。
- 8.6 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。
- 8.7 现金价值 指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。本附加险合同保险单的现金价值 = 本附加险合同的保险费 × 75% × (1 - n/m)，其中 n 为本附加险合同已生效天数，m 为本附加险合同保险期间的天数。合同已生效的天数不足一天的不计。
- 8.8 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。
- 8.9 情形复杂 指保险事故的性质、原因、伤害或损失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。
- 8.7 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。