

中国太平洋人寿保险股份有限公司

补充保障型团体医疗保险条款



请扫描以查询验证条款

第一条 合同构成

补充保障型团体医疗保险合同(以下简称“保险合同”)由保险单及所附条款、批注、附贴批单、投保单,以及与保险合同有关的投保文件、声明和其他书面文件共同构成。

第二条 投保范围

城镇职工基本医疗保险、城镇居民基本医疗保险、新型农村合作医疗或城乡居民基本医疗保险(以下简称“基本医保”)的参保(合)人作为被保险人,由被保险人所在团体或当地政府指定的部门作为投保人向中国太平洋人寿保险股份有限公司(以下简称“保险公司”)投保本保险。

第三条 合同成立、生效和保险责任开始

投保人提出投保申请、保险公司同意承保,保险合同成立。

保险合同生效日期在保险单上载明。除另有约定外,本合同生效的日期为保险公司开始承担保险责任的日期。

第四条 保险期间

保险合同的保险期间为一年,可根据投保人与保险公司约定的合作期限办理续保。每一保险年度的保险责任起止日期与基本医保责任起止日期一致。

第五条 保险责任

在保险合同保险期间内,被保险人在当地基本医保定点医疗机构诊疗或者经当地基本医保主管部门批准后转至其他有资质的医疗机构诊疗,保险公司对其实际发生并支出的、符合当地基本医保规定的或保险公司与投保人协商后认可的合规医疗费用,可依下列约定承担保险责任:

一、住院医疗保险责任

对被保险人在本合同保险期间内实际发生并支出的住院合规医疗费用中经当地基本医保支付或补偿后的剩余部分,保险公司扣除住院起付金额后,按保险合同约定的住院给付比例给付保险金,但对每一被保险人给付的保险金以保险合同约定的该被保险人的住院医疗保险金额为限,一次或累计给付的保险金达到该被保险人的住院医疗保险金额时,保险合同对该被保险人的住院保险责任终止。住院起付金额、给付比例及合规医疗费用给付范围由投保人与保险公司协商确定并在保险单上载明。

二、特定门诊医疗保险责任(可选)

对被保险人在本合同保险期间内实际发生并支出的特定门诊合规医疗费用中经当地基本医保支付或补偿后的剩余部分,保险公司扣除特定门诊起付金额后,按保险合同约定的特定门诊给付比例给付保险金,但对每一被保险人给付的保险金以保险合同约定的该被保险人的特定门诊医疗保险金额为限,一次或累计给付的保险金达到该被保险人的特定门诊医疗保险金额时,保险合同对该被保险人的特定门诊医疗保险责任终止。特定门诊起付金额、给付比例及合规医疗费用给付范围由投保人与保险公司协商确定并在保险单上载明。

三、普通门诊医疗保险责任(可选)

对被保险人在本合同保险期间内实际发生并支出的普通门诊合规医疗费用中经当地基本医保支付或补偿后的剩余部分,保险公司扣除普通门诊起付金额后,按保险合同约定的普通门诊给付比例给付保险金,但对每一被保险人给付的保险金以保险合同约定的该被保险人的普通门诊医疗保险金额为限,一次或累计给付的保险金达到该被保险人的普通门诊医疗保险金额时,保险合同对该被保险人的普通门诊医疗保险责任终止。普通门诊起付金额、给付比例及合规医疗费用给付范围由投保人与保险公司协商确定并在保险单上载明。

第六条 责任免除

因下列情形之一导致被保险人支出医疗费用的，保险公司不承担给付保险金的责任：

一、《中华人民共和国保险法》规定不予支付的事项；

二、除另有约定外，当地基本医疗保险规定不予支付的事项；

三、应当从工伤保险基金中支付的；应当由第三人负担的；应当由公共卫生负担的；在境外（含港澳台地区）就医的。

第七条 保险金额

保险合同被保险人的住院医疗保险金额、特定门诊医疗保险金额、普通门诊医疗保险金额由投保人在投保时与保险公司协商确定并在保险合同上载明。

第八条 保险费

保险公司每年按照投保人与保险公司约定的时间向投保人收取保险费。保险公司根据补充保障型团体医疗保险实际经营结果、医保政策调整和医疗费用变化情况，依据保险合同与投保人协商调整下一保险期间的保险责任、保险费率等。

第九条 投保信息

投保人应向保险公司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人信息一致，包括被保险人姓名、性别、出生日期、证件类别、有效身份证件号码、社会保障号码、联系方式、职业、地址等。发生被保险人信息变更的，投保人应及时通知保险公司变更被保险人信息。

第十条 受益人

除另有约定外，保险金的受益人为被保险人本人。

第十一条 保险金的申请

一、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负担的医疗费用，保险公司应支付的约定保险责任的保险金与医院直接结算，不需要保险金受益人向保险公司申请。

二、对于未能实现即时结算约定保险责任的保险金的，由保险金受益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公司协商确定予以认可的其他证明和资料向保险公司申请给付保险金：

1. 保险金受益人的有效身份证件；

2. 当地基本医保经办机构出具的医疗费用结算证明原件、诊断证明和病历等相关资料；

3. 保险公司要求的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。

委托他人领取保险金时，受托人还必须提供本人的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，继承人还必须提供可证明其合法继承权的相关权利文件；

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，其合法监护人还必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具有合法监护权的证明。

上述证明和资料不完整的，保险公司应及时一次性通知应补充提供的有关证明和资料。

第十二条 保险金的给付

一、能够实现即时结算约定保险责任的保险金的，由保险公司与投保人在投保时约定医疗费用结算流程、理赔所需材料，保险公司不再向保险金受益人重复给付保险金。

二、对于未能实现即时结算约定保险责任的保险金的，保险公司收到保险金受益人的保险金给付申请书及第十一条第二款所列的证明和资料后，将在五个工作日内作出核定；情形复杂的，将在三十日内作出核定，但投保人与保险公司另有约定的除外。经核定后确定属于保险责任的，保险公司在与保险金受益人达成给付保险金的协议后十日内，履行给付保险金的义务；不属于保险责任的，保险公司将自作出核定之日起三日内向保险金受益人发出拒绝给付保险金通知书，并说明理由。

三、对于未能实现即时结算约定保险责任的保险金的，保险公司自收到保险金受益人的保险金给付申请书及第十一条第二款所列的证明和资料之日起六十日内，对属于保险责任而给付保险金的数额不能确定的，根据已有证明和资料，按可以确定的数额先予支付。保险公司最终确定给付保险金的数额后，支付相应的差额。

第十三条 被保险人的变动

一、投保人需要增加被保险人的，应书面通知保险公司。除另有约定外，经保险公司审核同意后，保险公司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，应书面通知保险公司，保险合同对该被保险人所承担的保险责任自通知到达日终止。对于未发生保险金给付的，保险公司向投保人退还该被保险人保险责任终止之日对应的未到期净保费。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，保险公司不退还未到期净保费。

第十四条 合同内容变更

投保人和保险公司可以协商变更保险合同的内容，由保险公司在保险单上或者其他保险凭证上批注或者附贴批单。

第十五条 合同解除处理

保险公司不得单方解除保险合同。若投保人提出解除合同，保险公司自收到解除合同申请书之日起三十日内向投保人退还本合同的现金价值。

第十六条 风险调节机制

保险公司与投保人可协商建立动态风险调节机制，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。在一个保险期间内，因当地基本医保政策调整或其他政策性因素导致的补充保障型团体医疗保险业务亏损，投保人应进行相应补偿。

第十七条 释义

当地基本医保规定的医疗费用：指当地基本医保规定的药品目录、诊疗项目目录以及服务设施范围和支付标准。

合规医疗费用：指实际发生的、合理的医疗费用，具体由当地基本医保主管部门或投保人与保险公司协商后确定。

住院：指被保险人确因临床需要，正式办理入院及出院手续，并确实入住医院正式病房接受治疗的行为过程，但不包括入住门诊观察室、家庭病床、挂床住院，以及休养、疗养、身体检查和健康管理等非治疗性行为。当地基本医保有特殊规定的，经保险公司认可，以当地基本医保的规定为准。

起付金额：指本合同累计对被保险人进行给付时计算给付金额的起点，在起付点以上的费用按约定比例给付，在起付点以下的费用不予给付。

特定门诊：指依照当地基本医保有关规定确定的、由当地基本医保支付医疗费用的特殊疾病门诊。

普通门诊：指依照当地基本医保有关规定，除上述特定门诊外的其他门（急）诊。

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。

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，医院直接计算保险公司应给付的保险金，并与保险公司进行结算，保险公司不再向受益人重复支付保险金。

保险事故：指合同约定的保险责任范围内的事故。

未到期净保费：指 $\text{保险费} \times (1 - \text{费用比例}) \times (1 - \text{经过日数} / 365)$ 。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公司协商确定。

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、由保险公司退还的那部分金额。本条款中指未发生保险事故的被保险人未到期净保费之和。