

融盛财产保险股份有限公司

团体补充医疗保险条款

总则

第一条 本保险合同由保险条款、投保单、保险单、保险凭证以及与本保险合同有关的、合法有效的声明、批注、附贴批单等其他有关书面文件构成。凡涉及本保险合同的约定，均应采用书面形式。

第二条 （一）被保险人类型一

被保险人：凡年龄在 16 周岁（含）至 65 周岁（含）之间，身体健康，能正常工作、生活的自然人，均可作为本保险的被保险人。

连带被保险人：被保险人的配偶、父母或出生满 30 天（含 30 天）至 18 周岁（不含 18 周岁）未参加工作，身体健康，能正常学习、生活的被保险人的未成年子女，经保险人审核同意后也可作为连带被保险人，由投保人统一向保险人投保本保险合同。

（二）被保险人类型二

被保险人：城镇职工基本医疗保险、城镇居民基本医疗保险

险、新型农村合作医疗、城乡居民基本医疗保险的参保（合）人可作为本保险合同的被保险人。

以下所称“被保险人”无特别说明的，均指被保险人和连带被保险人。

本保险的投保的被保险人人数不得少于三人。

第三条（一）投保人类型一

国家机关、企事业单位、工会组织、社会团体等合法团体可以作为投保人，为符合参保条件的所有在职员工和退休人员（仅适用于被保险人类型一）向保险人投保本保险合同。

（二）投保人类型二

由当地政府指定的部门为符合参保条件的所有人员（仅适用于被保险人类型二）向保险人投保本保险合同。

第四条 除另有约定外，本保险合同的保险金受益人为被保险人本人。

保险责任

第五条 在保险期间内，被保险人因遭受意外伤害或罹患疾病，在保险人指定或认可的医疗机构住院、进行门（急）诊治疗，保险人对被保险人发生的合理住院医疗费用、合理门（急）诊医疗费用（以下简称“医疗费用”）中的个人自付费用，在扣除免赔额以后按本保险合同约定的赔付比例承担保险责任，保

险人累计给付的金额以本保险合同约定的该项保险金额为限，超出部分保险人不承担保险责任。

第六条 补偿原则：本保险属于医疗费用保险，被保险人通过任何途径（包括但不限于社会医疗保险、本保险、其他商业保险等）所获得的医疗费用补偿金额总和，不得超过被保险人实际支出的合理医疗费用金额。

保险期间届满，被保险人住院治疗仍未结束的，本保险合同终止，保险人不再承担保险期间届满后的给付责任，续保时如跨保险期间住院发生的医疗费用属于保险责任范围内的，按续保保险期间内的住院天数占该次总住院天数的比例赔付。

责任免除

第七条 存在下列情形之一，或因下列原因之一导致被保险人发生门（急）诊、住院医疗费用支出的，保险人不承担保险金给付责任：

（一）投保前连带被保险人已患有疾病且因该疾病正处于住院治疗中的，或存在生理缺陷及残疾的续保情形；

（二）投保人故意致使被保险人患病或伤残，或被保险人故意自致的疾病或伤残，但被保险人自致疾病或伤残时为无民事行为能力人的除外；

（三）因被保险人挑衅或故意行为而导致的打斗、被袭击

或被谋杀；

（四）被保险人犯罪等违法行为或抗拒依法被采取的行政或刑事强制措施行为；

（五）被保险人饮酒及服用、吸食、注射毒品或滥用政府管制药品；

（六）被保险人酒后驾驶、无有效驾驶证驾驶及驾驶无有效行驶证的机动车辆；

（七）被保险人未遵医嘱，私自服用、涂用、注射药物；

（八）被保险人感染艾滋病病毒（HIV 呈阳性）或患艾滋病（AIDS）、性病；

（九）被保险人患精神疾患、职业病、特定传染病及进行美容整形手术、矫形、变性手术治疗；

（十）被保险人怀孕（含宫外孕）、流产、堕胎、分娩（含剖腹产）、避孕、节育绝育手术、治疗不孕不育症、人工受孕及由此导致的并发症；

（十一）被保险人的心理咨询、一般健康检查或疗养、康复，以捐献身体器官为目的的行为；

（十二）被保险人从事潜水、跳伞、攀岩、探险、武术、摔跤、特技、赛马、赛车等高风险运动或活动；

（十三）因交通事故、医疗事故及其他存在第三责任方的

侵权责任事故造成的伤害(被保险人按其应承担比例所对应的自付医疗费用除外);

(十四)战争、军事行动、暴乱、恐怖行动及武装叛乱;

(十五)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;

(十六)对于本保险合同载明的免赔额,保险人不承担给付保险金的责任;

(十七)在非医保定点医疗机构就诊的(急诊或因病情经基本医疗保险管理机构同意转院的除外)。

保险金额、免赔额(率)、赔付比例和保险费

第八条(一)保险金额

本保险合同的保险金额由投保人与保险人双方协商确定,并将在保险单上载明;保险金额一经确定,不得变更。

(二)免赔额(率)

本保险合同中的免赔额(率)、赔付比例由投保人和保险人在投保本保险合同时约定,在保险单中载明。

(三)保险费

本保险合同的保险费根据投保人与保险人双方约定的免赔额、保险金给付比例、保险金额及被保险人的风险状况确定。

交费方式和交费时间由投保人和保险人双方确定,并将在

保险单上载明。

保险期间

第九条 除本保险合同另有约定外，本保险合同的保险期间自本保险合同生效日的零时起到本保险合同满期日的二十四时止，保险期间为一年，具体以保险单载明的日期为准，但保险期间最长不超过一年。

每个保险期间届满之前，投保人与保险人可以协商决定是否续保，续保需双方书面确认。保险人有权重新核定续保保险费。若双方于保险期间届满之前未达成续保协议，则本保险合同自本保险合同保险期间届满后自动终止。

若本保险合同双方确认续保，则本保险合同新的保险期间自上个保险期间满期之日的次日零时起顺延，最长不超过一年。

保险人义务

第十条 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。

第十一条 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。

第十二条 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，应当及时一次性通知保险金申请人补充提供。

第十三条 保险人收到保险金申请人的保险金给付申请书及有关证明和资料后，应及时做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，但本保险合同另有约定的除外。

保险人应当将核定结果通知保险金申请人。对属于保险责任的，保险人应在与保险金申请人达成有关给付保险金数额的协议后十日内，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发出拒绝给付保险金通知书，并说明理由。

第十四条 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。

投保人、被保险人义务

第十五条 除另有约定外，投保人应当在保险合同成立时
交清保险费。

第十六条 订立保险合同，保险人就保险标的或者被保险
人的有关情况提出询问的，投保人或被保险人应当如实告知。

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
人有权解除本保险合同。

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，发生保险事故的，保险人承担给付
保险金责任。

投保人故意不履行如实告知义务的，保险人对于合同解
除前发生的保险事故，不承担给付保险金责任，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，
不承担给付保险金责任，但应当退还保险费。

保险人在合同订立时已经知道投保人或被保险人未如实
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。

第十七条 在保险期间内，投保人因被保险人人员变动，需增加、减少被保险人时，应以书面形式向保险人提出申请。保险人同意后出具批单，并在本保险合同中批注。

被保险人人数增加时，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。

被保险人人数减少时，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，但减少的被保险人本人或其保险金申请人已领取过任何保险金的，保险人不退还已领取过保险金的被保险人所对应的未满期净保险费。减少后的被保险人人数不足3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，但保险人不退还已领取过任何保险金的被保险人所对应的未满期净保险费。

第十八条 若发生本保险合同约定的保险事故，投保人、被保险人或受益人应自其知道事故发生之日起及时通知保险人。

因投保人、被保险人或受益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。

保险金的申请与给付

第十九条 保险金申请人向保险人申请给付保险金时，应提交作为索赔依据的证明和材料。保险金申请人因特殊原因不能提供以下材料的，应提供其它合法有效的材料。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。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。

由保险金申请人填写保险金给付申请书，并凭下列证明、资料向保险人申请给付保险金：

- 1.投保人证明及保险单或其它保险凭证原件；
- 2.被保险人户籍证明或身份证明；
- 3.保险人认可的医院出具的诊断证明及医疗费用原始凭证；
- 4.保险金申请人所能提供的与确认保险事故的性质、原因、

损失程度等有关的其它证明和资料。

争议处理和法律适用

第二十条 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或者争议发生后未达成仲裁协议的，依法向中华人民共和国有管辖权的人民法院起诉。

第二十一条 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（不包括香港、澳门及台湾地区法律）。

其他事项

第二十二条 本保险合同成立后，投保人可以书面申请要求解除本保险合同。

（一）投保人要求解除本保险合同时，应提供下列证明和材料：

1. 保险单正本；
2. 解除合同申请书；
3. 保险人所需的投保人所能提供的其它相关证明和资料。

（二）投保人要求解除本保险合同的，自保险人接到解除合同申请书次日零时起，保险责任终止，并于接到上述证明和

资料之日起三十日内退还未满期净保险费。

释义

1.保险金申请人：指受益人或被保险人的继承人或依法享有保险金请求权的其他自然人。

2.不可抗力：指不能预见、不能避免并不能克服的客观情况。

3.医院：指保险人指定医院或中华人民共和国境内合法经营的区（县）级以上公立医院，但不包括主要作为诊所、康复、护理、休养、静养、戒酒、戒毒等或类似的医疗机构。该医院必须具有符合国家有关医院管理规则设置标准的医疗设备，且全天二十四小时有合格医师及护士驻院提供医疗及护理服务。

4.住院：指被保险人因疾病或意外伤害而入住医院的正式病房进行治疗，并正式办理入出院手续，不包括入住门诊观察室、其他非正式病房或挂床住院。

5.合理住院医疗费用：指住院治疗期间发生的符合保险单签发地社会医疗保险管理规定的医疗费用。

6.合理门（急）诊医疗费用：指门（急）诊治疗期间发生的符合保险单签发地社会医疗保险管理规定的医疗费用。

7.个人自付费用：被保险人发生的符合保险单签发地社会医疗保险管理规定的门诊及住院医疗费用中，由个人自付的医

疗费用。

8.手术：为治疗疾病、挽救生命而施行的外科手术，不包括活检、穿刺、造影等创伤性检查及康复性手术。

9.未到期保险费：未到期保险费 = 保险费 × [1 - (保险单已经过天数 / 保险期间天数)]。经过天数不足一天的按一天计算。

10.未到期净保险费：未到期净保险费 = 保险费 × (1 - 保险经过天数 / 保险期间天数) × (1 - 25%)。经过天数不足一天的按一天计算。

11.社会医疗保险：指国家和社会根据一定的法律法规，为保障范围内的主体提供基本医疗保障而建立的社会保险，如城镇职工基本医疗保险、农村合作医疗保险、城镇居民基本医疗保险、城乡居民基本医疗保险等。