

黄河财产保险股份有限公司

团体补充医疗保险条款

(注册号: C00023132512020040114022)

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 被保险人应为身体健康、能正常工作或正常生活且享有社会基本医疗保险或公费医疗保障的在职人员及其他符合保险人承保条件的自然人。

第三条 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, 其投保的人数必须占约定承保团体人员的75%以上, 且投保人数不低于3人。

第四条 除另有约定外, 本保险合同的补充医疗保险金的受益人为被保险人本人。

保险责任

第五条 在本保险合同保险期间内, 保险人按照下述约定承担保险责任:

(一) 在保险期间内, 被保险人遭受意外伤害或自本保险合同生效之日起十五天(或保险单约定的天数)后(续保者自续保生效后)罹患疾病, 在中华人民共和国境内(不含港、澳、台地区, 下同)保险单签发地社会基本医疗保险管理机构指定或保险人认可的医疗机构(本保险合同另有约定的不在此限, 下同)就诊, 保险人对其实际支出的、符合保险单签发地社会基本医疗保险或公费医疗保障制度报销范围内的合理且必要的各项医疗费用, 对累计超过当地社会基本医疗保险或公费医疗保障封顶线以上部分, 保险人按与投保人约定的支付比例给付补充医疗保险金。对被保险人单次或累计给付的补充医疗保险金达到投保时约定的该被保险人的补充医疗保险金额时, 本保险合同对该被保险人的保险责任终止。

(二) 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。若被保险人除社会基本医疗保险或公费医疗及本保险合同外还持有其他保险计划(包括工作单位、保险人在内的任何商业保险机构等), 并已经从上述保险计划或其他途径中获得医疗费用补偿, 保险人以补充医疗保险金额为限, 对被保险人获得报销或补偿后的医疗费用的余额按照本保险合同约定给付补充医疗保险金。

责任免除

第六条 除本保险合同另有约定外, 因下列原因之一, 直接或间接造成被保险人发生治疗或支出费用的, 保险人不承担给付保险金责任:

(一) 在中外合资医院、民营医院、康复中心、联合诊所、特需(色)门诊、特需病房等非当地社会基本医疗保险管理机构指定或认可的医疗机构进行的治疗;

(二) 被保险人患有性传播疾病、精神和行为障碍(以世界卫生组织颁布的

《疾病和有关健康问题的国际统计分类（ICD-10）》为准）；艾滋病（AIDS）或感染艾滋病病毒（HIV 阳性）；被保险人先天性畸形、变形和染色体异常、遗传性疾病（以世界卫生组织颁布的《疾病和有关健康问题的国际统计分类（ICD-10）》为准）；

（三）医疗事故；

（四）医疗费用中依法应由第三者赔偿的部分，但第三者逃逸、失踪且虽经诉讼无可以执行的财产或者无赔偿能力的不在此限；

（五）本保险合同特别约定除外疾病的治疗和康复；

（六）当地社会基本医疗保险管理机构规定的不予支付的项目和费用（包括起付线以下的医疗费用）；

（七）投保人的故意行为；

（八）被保险人自致、伤害或者自杀，但被保险人自杀时为无民事行为能力人的除外；

（九）被保险人投保前已有的残疾、未告知的既往症以及保险单特别约定除外的疾病；

第七条 除本保险合同另有约定外，被保险人在下列期间遭受伤害或罹患疾病导致发生治疗或支出费用的，保险人也不承担给付保险金责任：

（一）战争、军事行动、暴动或武装叛乱期间；

（二）被保险人醉酒或受毒品、管制药品的影响期间；

（三）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期间；

（四）被保险人精神失常或精神错乱期间；

（五）被保险人从事非法、犯罪活动期间或被依法拘留、服刑期间。

保险金额、保险费和免赔额

第八条 保险金额是保险人承担给付保险金责任的最高限额。

保险金额由投保人、保险人双方约定，并在保险单中载明。保险金额一经确定，中途不得变更。

本保险合同的保险费根据投保人与保险人约定的支付范围和支付比例确定，并在本保险合同中载明。

投保人应该按照合同约定向保险人交纳保险费。除另有约定外，保险期间不足一年的，按日比例计收短期保费。

第九条 本保险合同的免赔额由投保人、保险人双方约定，并在保险单中载明。

保险期间

第十条 除双方另有约定外，本保险合同保险期间为一年，以保险单载明的起讫时间为准，但最长不超过一年。

保险人义务

第十一条 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。

第十二条 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者其他保险凭证。

第十三条 保险人依据本保险合同第十八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，超过三十日不行使而消灭。

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。

第十四条 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。

第十五条 保险人收到被保险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。

保险人应当将核定结果通知被保险人；对属于保险责任的，在与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被保险人发出拒绝给付保险金通知书，并说明理由。

第十六条 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

第十七条 除另有约定外，投保人应当在保险合同成立时交清保险费，保险费未交清前，本保险合同不生效。

第十八条 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或取消该被保险人的保险资格。

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的责任。

第十九条 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，均视为已发送达投保人。

第二十条 在保险期间内，投保人因其人员变动，需增加、减少被保险人时，应以书面形式向保险人提出申请。保险人审核同意后出具批单，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，并按日比例增收保险费。

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），并按约定按日计算退还未满期保险费，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，保险人不退还未满期保险费。减少后的被保险人人数不足其在职人员75%或人数低于3人时，保险人有权解除本保险合同，并按约定按日计算退还未满期保险费。

第二十一条 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，投保人、被保险人还应承担由于通知迟延致使保险人增加的勘查、检验等项费用，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。

第二十二条 医疗注意事项如下：

（一）被保险人须在保险人认可的医疗机构进行治疗。意外伤害急救不受此限，但经急救情况稳定后，须转至规定级别或保险人认可的医疗机构治疗。

（二）被保险人因医疗条件限制，确需转院治疗，必须有转出医院主治医师以上级别人员签署的诊疗报告及转院证明。

第二十三条 被保险人支出医疗费用并提出索赔申请后，应向保险人提交相关病历记录及医疗费用收据原件。被保险人若已通过其它途径获得了部分医疗费用的补偿并无法提供医疗费用原始凭证时，需提供医疗费用凭证复印件，同时出具注明已给付比例和金额、加盖支付费用单位公章的分割单等相关证明，保险人按本保险合同在剩余医疗费用内承担保险责任。

本保险合同所指分割单应符合财政部《会计基础工作规范》的有关要求。涉及社会基本医疗保险时，分割单指基本医疗保险费用结算表，或当地社会基本医疗保险结算办法所规定的其他类似费用结算证明。

保险金申请与给付

第二十四条 被保险人作为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) 索赔申请书；
- (2) 保险单原件或其他保险凭证原件；
- (3) 保险金申请人的身份证明；
- (4) 保险人认可的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、挂号单、处方、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等；
- (5) 转院治疗者须提供转出医院的转院证明；
- (6) 当地社会基本医疗保险管理部门出具的报销凭证或医疗费用分割单；
- (7) 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他证明和资料；

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。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。

第二十五条 保险金申请人向保险人请求给付保险金的诉讼时效期间为二年，自其知道或者应当知道保险事故发生之日起计算。

争议处理和法律适用

第二十六条 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法院起诉。

第二十七条 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（**不包括港澳台地区法律**）。

其他事项

第二十八条 在本保险合同成立后，投保人可以通过书面形式通知保险人解除合同，**但保险人已根据本保险合同约定给付保险金或已发生本保险合同约定的保险事故但尚未给付保险金的除外。**

投保人解除本保险合同时，应提供下列证明文件和资料：

- (1) 保险合同解除申请书；
- (2) 保险单原件；
- (3) 保险费交付凭证；
- (4) 投保人身份证明或投保单位证明。

投保人要求解除本保险合同，自保险人接到保险合同解除申请书之时起，本保险合同的效力终止。保险人收到上述证明文件和资料之日起30日内退还保险单的未满期保险费。

第二十九条 本保险合同为非保证续保合同。保险期间届满，需要续保的，投保人需要重新向保险人申请投保本产品，交纳保险费，并获得新的保险合同。续保时保险人有权根据医疗费用水平变化、本保险合同赔付情况及被保险人年龄对费率进行调整。

第三十条 在本保险合同有效期内，经投保人和保险人协商同意，可以变更本保险合同的有关内容。变更本保险合同的，应当由保险人在原保险单或者其他保险凭证上批注或者附贴批单，或者由投保人和保险人订立书面的变更协议。

释义

第三十一条 除另有约定外，本保险合同中的下列词语具有如下含义：

1. 周岁：以法定身份证明文件中记载的出生日期为基础计算的实足年龄。
2. 保险人：指与投保人签订本保险合同的黄河财产保险股份有限公司及其各分支机构。
3. 社会基本医疗保险：指保险单签发地城镇职工医疗保险、城镇居民医疗保险和新型农村合作医疗保险（或城乡居民基本医疗保险）。
4. 公费医疗：指国家为保障国家工作人员而实行的、通过医疗卫生部门按规定向享受人员提供免费医疗及预防服务的一项社保制度。
5. 封顶线：以本保险合同约定的当地社会基本医疗保险相关规定为准。
6. 医疗事故：是指医疗机构及其医务人员在医疗活动中，违反医疗卫生管理法律、行政法规、部门规章和诊疗护理规范、常规，过失造成患者人身损害的事故。
7. 境外：指除中国大陆以外的国家和地区，境外包括但不限于中国台湾、香港、澳门地区。
8. 毒品：指《中华人民共和国刑法》规定的鸦片、海洛因、甲基苯丙胺（冰毒）、吗啡、大麻、可卡因以及国家规定管制的其他能够使人形成瘾癖的麻醉药品和精神药品，但不包括由医生开具并遵医嘱使用的用于治疗疾病但含有毒品成分的处方药品。
9. 管制药品：指根据《中华人民共和国药品管理法》及有关法规被列为特殊管理的药品，包括麻醉药品、精神药品、毒性药品及放射性药品。
10. 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人。
11. 不可抗力：指不能预见、不能避免并不能克服的客观情况。
12. 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。
13. 续保：投保人在本保险合同终止日后30日（含）内提出继续投保申请且经保险人同意的，为续保；投保人在本保险合同终止日后第31日起提出继续投保申请的，视作首次投保。
14. 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《城镇职工基本医疗保险药品目录》、《城镇职工基本医疗保险诊疗

项目目录》、《城镇职工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) 社会基本医疗保险或公费医疗制度规定以外的个人自费的医疗费用和药品费用；

(4) 营养费、护理费、住宿费、交通费、伙食费、生活补助费、误工补贴费、丧葬费。

15. 既往症：被保险人在本保险合同生效日之前罹患的已知或应该知道的有关疾病或症状。

16. 保险人认可的医疗机构：

在中华人民共和国境内（不包括香港、澳门、台湾地区）经中华人民共和国卫生部门评审确定的二级或以上的公立医院或投保人与保险人协商共同指定的医院或医疗机构。意外伤害急救不受此限，但经急救情况稳定后，须根据病情及时转入前述指定或认可的医疗机构治疗。

本保险合同所指医院不包括以下或类似的医疗机构：

(1) 精神病院；

(2) 老人院、疗养院、戒毒中心和戒酒中心；

(3) 健康中心或天然治疗所、疗养或康复院。