

太平洋安信农业保险股份有限公司

太平洋安信农险附加团体综合医疗保险（2021 版）条款

总则

第一条 在投保团体类普通意外保险或短期健康保险主险产品（以下简称“主险”）的基础上，投保人可以投保本附加险。本附加险条款与主险条款相抵触的，以本附加险条款为准；本附加险条款未尽事宜，以主险条款为准。

凡涉及本附加合同的约定，均应采用书面形式。

第二条 主合同效力终止，本附加合同效力亦同时终止；主合同无效，本附加合同亦无效。

第三条 主合同的被保险人都可以作为本附加保险的被保险人。被保险人的配偶和子女，经保险人同意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。

第四条 除另有约定外，本附加合同的受益人为被保险人或连带被保险人本人。

保险责任

第五条 在本附加合同保险期间内，保险人承担下列保险责任：

（一）在本附加合同有效期内，被保险人或连带被保险人因意外伤害或者因疾病进行的门急诊治疗，所发生的符合当地社会医疗保险部门规定的应由被保险人或连带被保险人自负的合理且必需的门急诊医疗费用（包括药品费、治疗费、检查费和材料费等医疗费用），**保险人就上述费用余额扣除约定的免赔额后，保险人可按 50%至 95%的比例给付。**投保人在投保时须确定每一被保险人和连带被保险人的门急诊医疗费用给付比例，并在保险单上载明。

（二）在本附加合同有效期内，被保险人或连带被保险人因意外伤害或者因疾病进行的住院治疗，所发生的符合当地社会医疗保险部门规定的应由被保险人或连带被保险人自负的合理且必需的住院医疗费用（包括药品费、治疗费、检查费、材料费和住院床位费等医疗费用），**保险人就上述费用余额扣除约定的免赔额后，保险人可按 15%至 95%的比例给付。**投保人在投保时须确定每一被保险人和连带被保险人的住院医疗费用给付比例，并在保险单上载明。

（三）在本附加合同有效期内，对女性被保险人在符合国家计划生育法规条件下所支出的下列医疗费用：

1. 孕妇孕产期检查费；
2. 产妇分娩的费用（不包括婴儿费用）；
3. 已婚者人工流产或由于终止妊娠手术而支出的医疗费用。

保险人在人民币 10,000 元范围内给付医疗保险金。此项给付不计入被保险人的保险金额。

（四）针对被保险人或者连带被保险人是否有社保，投保人和保险人分别约定免赔额和给付比例，并在保险单中载明：

1、有社保：被保险人享有社会医疗保险或公费医疗保障，且在申请理赔时已经从社会医疗保险或公费医疗保障中获得医疗费用补偿；

2、无社保：被保险人申请理赔时未享有社会医疗保险或公费医疗保障，或没有从社会医疗保险或公费医疗保障中获得医疗费用补偿。

若被保险人发生的上述医疗费用可在多家商业保险公司获得赔偿的，由被保险人自行选择保险公司的理赔顺序。

（五）在本附加合同有效期内，被保险人或连带被保险人不论一次或者多次发生保险责任范围内的门急诊或者住院医疗费用，保险人均按本条上述规定给付保险金，当累计给付保险金达到合同规定的保险金额全数时，该被保险人或连带被保险人的保险责任终止。

（六）投保人选择被保险人或连带被保险人享有公共保险金额给付责任的，在本附加合同有效期内，如果被保险人或连带被保险人个人名下的保险金额使用完毕后，经投保人同意，保险人可分别按照本条第一及第二款的规定给付公共保险金额，但此项给付的累计金额以投保人名下的公共保险金额为限。

第六条 本附加保险合同适用医疗费用补偿原则。若被保险人已从其他途径（包括社会医疗保险、公费医疗、工作单位、保险人在内的任何商业保险机构等）获得医疗费用补偿，则保险人仅对被保险人实际发生的医疗费用扣除其所获医疗费用补偿后的剩余部分按本附加合同约定负责赔偿。社会医疗保险个人账户部分支出视为个人支付，不属于已获得的医疗费用补偿。

责任免除

第七条 因下列情形之一，造成被保险人或连带被保险人支出的医疗费用，保险人不负给付保险金责任：

（一）主合同责任免除条款所列情形；

（二）被保险人或连带被保险人健康护理等非治疗性行为；

（三）被保险人或连带被保险人在康复医院、联合诊所、民办医院、私人诊所、家庭病床、挂床等治疗；

（四）被保险人或连带被保险人洗牙、洁齿、整容、矫形、验眼配镜、装配假眼、假牙、假肢或者助听器等；

（五）被保险人或连带被保险人患艾滋病；

（六）被保险人或连带被保险人投保前所患未治愈疾病及已有残疾的治疗和康复；

（七）被保险人或连带被保险人在非保险人指定或者认可的医院治疗；

（八）被保险人或连带被保险人未经保险人同意的转院治疗；

（九）被保险人或连带被保险人所发生的不符合当地社会医疗保险部门规定的医疗费用和非本人支付的医疗费用，但在保险责任明细中明确提供生育保障者除外；

（十）被保险人或连带被保险人在保险合同有效期外发生的医疗费用；

（十一）被保险人或连带被保险人在中国境外、台湾、香港、澳门地区发生的医疗费用。

保险期间

第八条 本附加合同的保险期间与主合同保险期间一致，且最长不超过 1 年。

保险金额和保险费

第九条 保险合同双方按下列规定方法确定保险金额，并在保险单上载明：

（一）每一被保险人每年的医疗保险金额最低为人民币 10,000 元，最高为人民币 100,000 元。每一连带被保险人每年的保险金额最低为人民币 10,000 元，最高为人民币 50,000 元。连带被保险人的保险金额不能超过被保险人的保险金额。

（二）每一被保险人或者连带被保险人每年应缴的保险费根据保险金额及所选择的责任来确定。

（三）投保人可与保险人商定投保人名下的公共保险金额，该项保险金额不记入被保险人或者连带被保险人个人名下。在本附加合同有效期内，任一被保险人或者连带被保险人个人名下的保险金额使用完毕后，若再发生保险责任范围内的医疗费支出，可通过投保人向保险人申请使用公共保险金额。

投保人公共保险金额人均最高为 1000 元。

（四）投保人应该按照合同约定向保险人交纳保险费。

免赔额

第十条 保险合同双方可协商确定免赔额，并在保险单上载明。

保险金申请与给付

第十一条 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，应提供其它合法有效的材料。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）保险金给付申请书；

（2）保险单及主合同的保险单原件；

（3）申请人身份证明；

（4）二级以上（含二级）或保险人认可的医疗机构出具的医疗费用发票原件、诊断证明及病历等原始凭证；

（5）被保险人所能提供的与确认保险事故的性质、原因等有关的其他证明和资料。

保险人收到申请人的保险金给付申请书及上述证明和资料后，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申请人；对属于保险责任的，在与申请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申请人发出拒绝给付保险金通知书，并说明理由。

保险人认为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申请人补充提供。

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。

被保险人经社会医疗保险或公费医疗报销后又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等相关证明并注明已给付的比例和金额，加盖支付费用单位的印章后，保险人按本附加合同承担剩余合理医疗费用的保险责任。

其他事项

第十二条 在本附加合同有效期内，经投保人和保险人协商，可以变更本附加合同的有关内容，由保险人在保险单上批注或者附贴批单。若政府调整医疗保险政策而需要变更本附加合同的，投保人可随时向保险人提出变更申请，由投保人和保险人订立变更的书面协议。

第十三条 保险责任开始前，投保人要求解除本附加合同的，保险人退还本附加险保险费。

保险责任开始后，投保人要求解除本附加合同的，保险人收到解除本附加合同通知之日起 30 日内退还本附加险的未满期净保费。

投保人解除本附加合同时，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) 保险费缴付凭证；
- (4) 投保人有效身份证件。

投保人要求解除本附加合同，自保险人接到本附加合同解除申请书之时起，本附加合同的效力终止。

第十四条 在本附加合同有效期内，被保险人或者连带被保险人的变动按如下规定处理：

(一) 投保人应在被保险人入职之日起 30 日内以书面形式通知保险人，保险责任自被保险人入职之日起自动生效。否则，自接到通知之日起，保险人承担新入职的被保险人的保险责任。保险人根据投保人的书面通知签发批单，作为本附加合同的附件，增加人员按日比例保费加收保险费。

（二）因被保险人的加入其连带被保险人加入本保险按本条第一款规定处理。

（三）被保险人中途离职，投保人应在被保险人离职之日起 30 日内以书面形式通知保险人，保险责任自该被保险人离职之日起即行终止。否则，自接到通知之日起，保险人终止该被保险人的保险责任。投保人应以书面形式通知保险人，保险人签发批单，作为本附加合同的附件并退还该被保险人未到期净保费。

（四）因被保险人的离职其连带被保险人退出本保险按本条第三款规定处理。

（五）由于被保险人或者连带被保险人人数量增减变动而导致其保险费增减，由投保人和保险人在本保险年度结束时进行结算。

第十五条 本保险产品不保证续保。保险期间届满，投保人需续保的，应重新向保险人申请投保，并交纳保险费。

释义

【未到期净保费】未到期净保费=本附加险保险费×[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。

【药品费】包括中药、西药、中成药的费用，保险人负责的药品种类范围按照当地政府医疗主管部门的规定执行。

【治疗费】

1、常规治疗费：肌肉注射、静脉注射、静脉输液、皮下注射、抽血、皮试、大小换药、各类牵引、胃肠减压、雾化吸入、心电监护、理疗、输血费、抢救监护、氧气费。

2、麻醉、手术费：手术费、麻醉操作费、麻醉用具、麻醉材料、麻醉药品。

3、特殊治疗费：放疗、化疗、介入治疗（溶栓、扩冠、射频消融）、体外反搏、血液透析、腹膜透析。

4、特殊处置费：手术间处置、器械处置、传染病消毒。

【检查费】包括常规检查（化验、X 线、心电图）、特殊检查（CT、B 超、HOTTER、纤维胃镜、支气管镜、肠镜、直肠镜、食道镜）费用。

【材料费】普通材料费：包括各种敷料、碘伏、酒精、各种引流管、腹带、胸带、胃管、导尿管、一次性用品、电极片、静脉穿刺针。特殊材料费：国产各类医疗材料（人工关节、人工瓣膜）各种固定架及矫形支具、各种假体、各种窥镜导管及介入治疗导管、造影剂、阻塞剂、溶栓剂。以上各种材料保险人只负责同类国产产品的费用，进口材料的使用须事先经保险人同意后才承担给付保险金的责任。

【急诊】是指发生下述情形的首次就医，高热（成人 38.5 度，小儿 39 度以上）；急性腹痛、剧烈呕吐、严重腹泻；急性过敏性疾病；各种原因的休克、昏迷；癫痫发作；严重喘息、呼吸困难；急性胸痛、急性心力衰竭、严重心律失常；高血压危象、高血压脑病、脑血管意外；各种原因所致急性出血；急性泌尿道出血、尿闭、肾绞痛；各种急性中毒（如食物或者药物中毒）；脑外伤、骨折、脱位、撕裂、烧伤、烫伤、或者其他严重外伤；各种有毒动物、昆虫咬伤；五官及呼吸道、食物异物；急性眼痛、红、肿、突然视力障碍者以及眼外伤；两个月内婴儿疾患；其他危、急、重病。