

## 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 B 款（2021 版）条款

#### 总则

**第一条** 在投保团体人身意外伤害保险或短期健康保险类主险产品（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，对被保险人支出的必要合理的门急诊医疗费用（包括药品费、治疗费、检查费和材料费等医疗费用），保险人在扣除约定的免赔额后，在保险金额范围内，按约定给付比例给付门急诊医疗保险金。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，对被保险人支出的必要合理的住院医疗费用（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），保险人在扣除约定的免赔额后，在保险金额范围内，按约定给付比例给付住院医疗保险金。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，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。

（四）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。

（五）针对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。

**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保险合同约定负责赔偿。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、精神病、精神分裂症；
- （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在保险合同有效期外发生的医疗费用；
- （十）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，并在保险单上载明。连带被保险人的保险金额不能超过被保险人的保险金额。

投保人应该按照合同约定向保险人交纳保险费。

投保人可与保险人商定投保人名下的公共保险金额，并在保险单上载明。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。

### 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。

免赔额包括年度累计医疗费用免赔额和每次医疗费用免赔额。保险合同双方可协商确定年度累计免赔额,在保险年度内,在年度累计免赔额内的医疗费用,保险人不负责给付保险金责任;保险合同双方也可协商确定每次免赔额,保险人在扣除约定的每次免赔额后,在保险金额范围内,按约定给付比例给付相应的医疗保险金。年度累计医疗费用免赔额和每次医疗费用免赔额,同一投保人只可选择约定其中一项免赔额。

每次是指被保险人在同一天在同一医院同一科室所进行的门急诊治疗,或指一次住院治疗。

### 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)公立医院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。

### 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** 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。

**第十四条** 本保险产品不保证续保。保险期间届满，投保人需要重新向保险公司申请投保本产品，并经保险人同意，交纳保险费，获得新的保险合同。