

太平洋安信农业保险股份有限公司

太平洋安信农险附加外籍人士团体医疗保险（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。凡涉及本附加合同的约定，均应采用书面形式。

第二条 凡本附加合同条款未做规定的内容，主合同条款适用本附加合同；如主合同条款与本附加合同条款相互抵触时，则以本附加合同条款规定为准。

第三条 主条款的被保险人凡身体健康者，且其持有外国/境外护照并在中华人民共和国拥有有效居住签证的，都可以作为被保险人投保本保险；经被保险人同意，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所支出的门急诊医疗费用（包括药品费、治疗费、检查费和材料费等合理医疗费用），保险人可按约定的门急诊医疗费用给付比例给付。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诊医疗费用给付比例。

（二）在本合同有效期内，被保险人或连带被保险人因意外伤害或者因疾病所支出的住院医疗费用（包括药品费、治疗费、检查费、材料费和住院床位费等合理医疗费用），保险人可按约定的住院医疗费用给付比例给付。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。

责任免除

第六条 下列治疗、项目、疾病、活动，以及相关的或后续的开支均不属本保险合同的承保范围，保险人不负任何赔偿责任：

- （1） 受保前病症或任何相关的或后续的病症，但已向保险人披露并被保险人书面认可者除外。
- （2） 无需付款或应由投保人、被保险人拥有的任何其它保险或赔偿的护理和治疗费用，包括由强制工伤保险或其它保险承担赔付责任的因工死亡、伤害、疾病和病患。
- （3） 例行医学化验或检查、因就业或旅游接受的体检、例行眼科或耳科检查、维生素、营养补给、接种疫苗、医疗证明、助听器、螯合疗法、洗肠疗法、咨询、监护性或维持性护理、静养法及家庭病房、治疗，或卧床病人在任何非医院场

所接受的服务或治疗费用。

- (4) 牙科治疗、整容手术和整形手术，但因本保险合同定义的意外事故造成的牙齿损伤后立即进行修补所发生的费用除外。如为前述牙齿损伤，则被修补牙齿必须是原先健全与天生的。如为伤害，则必须发生在被保险人受保险期间。
- (5) 被保险人或连带被保险人健康护理等非治疗性行为；
- (6) 修复术、矫正器、医疗器材，但标准外科植入物除外。
- (7) 非西方（对抗疗法）医学的组成部分的治疗（但保险责任明细中明确为本保险合同承保的补充医疗保障者除外），或不是医学上必要的、或承保疾病后续并发症或残疾的治疗。
- (8) 将角膜、骨髓、肌肉、骨骼或人体器官、组织从某一供体移植到某一受体的全部费用及与器官移植（包括需要或可能需要移植的疾病和移植手术后的状况）直接或间接有关的全部开支。
- (9) 因精神性、心理性、精神或神经紊乱及其任何生理或身心原因或表现、自残、自杀或自杀未遂、故意置身于异常危险环境中（除非是为了救人性命）、过度酗酒、吸烟或类似毒品或药剂、失眠、学习困难、行为或发育失常、性病而引起的检查或治疗。
- (10) 人体免疫缺损病毒(HIV)相关疾病(包括艾滋病及与艾滋病相关的综合症状(ARC)和/或其任何突变、衍化或变异)的任何治疗或检查。
- (11) 实验或首创的内科或外科技术，但经保险人事先书面批准者除外。
- (12) 未经被保险人主治医生建议和处方的医疗服务，除非作为外科手术前的第二医疗意见服务，且被保险人的原医生已将该被保险人委托给另一位医生或专科医生之日后发生的费用仍从原内科医生中延续。
- (13) 眼睛屈光度缺陷（诸如近视与散光）、眼镜、单片眼镜或隐形眼镜。
- (14) 为了康复、恢复、随访监视的目的或根据保险人医学顾问的意见，认定通过门诊即能得到妥善治疗的疾病，而擅自住院治疗。
- (15) 为了专门接受医疗服务而发生的旅行费用（除非经批准的紧急医疗护送服务发生的旅行费用），以及未经保险人或其指定的24小时紧急医疗救助中心事先批准的一切紧急医疗护送服务的费用。
- (16) 不属于合理且必须的费用。旨在增加医疗服务费用的立法所规定的超出合理和必需的费用水平的费用。
- (17) 非于保险期间内发生的任何费用。
- (18) 被保险人在非指定医院就诊发生的门诊急诊医疗费用，但经保险人审核同意的以及因意外伤害所致的首次门诊急诊医疗费用除外。
- (19) 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

第七条 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

第八条 每一被保险人每年的医疗保险金额以及每一连带被保险人每年的保险金额由合同双方协商确定，并在保险单上载明。

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。

免赔额

第九条 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) 保险金给付通知书；

(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收据、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。

保险金申请人向保险人请求给付保险金的诉讼时效适用于现行有效法律规定。

其他事项

第十一条 在本附加合同有效期内，经投保人和本公司协商，可以变更本附加合同的有关内容，由本公司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，投保人可随时向本公司提出变更申请，由投保人和本公司订立变更的书面协议。

第十二条 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并按增加人员受保期保险费累计加收保险费。

（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保险费。

（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。

第十三条 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。

释义

（一）**受保期保险费**：受保期保险费=该附加险保险费×（被保险人或者连带被保险人享受本保险的天数/保险期间天数）。经过天数不足一天的按一天计算。

（二）**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。

（三）**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。

（四）**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。

（五）**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。

（六）先天性疾病：指被保险人一出生时就具有的疾病（病症或者体征）。这些疾病是指因人的遗传物质（包括染色体以及位于其中的基因）发生了对人体有害的改变而引起的，或者因母亲怀孕期间受到内外环境中某些物理、化学和生物等因素的作用，使胎儿局部体细胞发育不正常，导致婴儿出生时有关器官、系统在形态或者功能上呈现异常。

（七）特定传染病：特指下列法定传染病发生暴发流行疫情情况。甲类：鼠疫、霍乱及副霍乱、天花。乙类：白喉、流行性脑脊膜炎、痢疾（菌痢和阿米巴痢疾）、伤寒及副伤寒、病毒性肝炎、疟疾、班疹伤寒、回归热、黑热病、森林脑炎、恙虫病、出血热、钩端螺旋体、布鲁氏菌病。

（八）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。