

华泰人寿保险股份有限公司

华泰人寿社会医疗企业补充团体医疗保险



请扫描以查询验证条款

第一条：保险合同的构成

华泰人寿保险股份有限公司（以下简称本公司）之华泰人寿社会医疗企业补充团体医疗保险合同（以下简称本合同）由保险单或其他保险凭证、本保险条款、投保单、与本合同有关的投保文件、合法有效的声明、批注、批单、变更申请书及其他书面协议构成。

第二条 合同成立与生效

投保人提出保险申请且本公司同意承保，本合同成立。本合同成立日期在保险单上载明。本合同生效日期在保险单上载明。保险单满期日以本合同的生效日为基础计算。如果当月无对应的同一日，则以该月最后一日作为对应日。

除另有约定外，本公司自本合同生效日零时起开始承担保险责任。

第三条：投保范围

凡享有**基本医疗保险**（见名词释义 1）或公费医疗保障的特定团体成员均可作为被保险人，由对其具有保险利益的投保人向本公司投保本保险。

前款被保险人的子女、配偶或父母，经本公司审核同意，可作为附属被保险人参加本保险。除另有约定外，本合同中所指的被保险人均含附属被保险人。

第四条：保险责任

本合同的保险责任分为基本保险责任和可选保险责任。投保人可单独投保基本保险责任，也可在投保基本保险责任的同时投保可选保险责任。**可选保险责任不可单独投保。**

在本合同的保险期间内，本公司按照投保人的选择承担以下相应的保险责任：

一、基本保险责任

若被保险人发生符合**被保险人所在地**（见名词释义2）的基本医疗保险规定的**基本医疗保险统筹基金**（以下简称“**统筹基金**”）支付范围内的合理医疗费用支出（见名词释义3），本公司对**统筹基金**起付标准之上、**统筹基金**支付限额之下的被保险人自负部分，按与投保人约定的赔付比例给付保险金。

二、可选保险责任

1. 若被保险人发生符合**被保险人所在地****统筹基金**支付范围内的合理医疗费用支出，本公司对**统筹基金**起付标准之下的部分，按与投保人约定的免赔额和赔付比例给付保险金，累计给付不超过保险单或其他保险凭证中载明的该被保险人对应的基本保险金额。

2. 若被保险人发生符合**被保险人所在地****统筹基金**支付范围内的合理医疗费用支出，本公司对**统筹基金**支付限额之上、**被保险人所在地**的基本医疗保险规定的大额医疗救助基金（以下简称“**大额医疗救助基金**”）住院医疗费用支付限额以下的被保险人自负部分，按与投保人约定的赔付比例给付保险金，累计给付不超过保险单或其他保险凭证中载明的该被保险人对应的基本保险金额。

3. 若被保险人发生符合**被保险人所在地****大额医疗救助基金**支付范围内的合理医疗费用支出，本公司对**大额医疗救助基金**住院医疗费用支付限额以上的被保险人自负部分，按与投保人约定的赔付比例给付保险金，累计给付不超过保险单或其他保险凭证中载明的该被保险人对应的基本保险金额。

4. 若被保险人发生符合**被保险人所在地**基本医疗保险规定的门急诊医疗费用支付范围的合理门急诊医疗费用支出，本公司对被保险人自负部分，按与投保人约定的免赔额和赔付比例给付保险金，累计给付不超过保险单或其他保险凭证中载明的该被保险人对应的基本保险金额。

三、对符合本合同约定的支付范围的医疗费用，本公司在扣除被保险人从基本医疗保险、政府主办的补充医疗保险（见名词释义4）、公费医疗、其他费用补偿型医疗保险已经补偿或给付的部分以及本合同约定的免赔额后，对其余额按本合同约定的给付比例给付保险金。

四、上述支付范围、起付标准、支付限额等按**被保险人所在地**的基本医疗保险执行。

五、在本合同保险期间内，本公司对该被保险人一次或累计给付的保险金以本合同中所述的该被保险人对应的基本保险金额为限，一次或累计给付的保险金达到本合同约定的

该被保险人对应的基本保险金额时，本合同对该被保险人的保险责任终止。

六、被保险人从任何途径获得的医疗费用补偿金额的总和不得超过被保险人已实际支出的、医疗必需且合理（见名词释义 5）的医疗费用。本公司按照此原则承担保险责任。

本合同所指被保险人获得补偿的途径，包括被保险人通过基本医疗保险、政府主办的补充医疗保险、公费医疗、其他费用补偿型医疗保险、社会福利机构和工作单位等任何其他途径获得的补偿。

第五条：责任免除

被保险人的医疗费用支出由下列情形之一所致者，本公司不承担给付保险金的责任：

1. 投保人的故意行为；
2. 被保险人自杀（被保险人自杀时为无民事行为能力人的除外）、故意自伤、故意犯罪或者抗拒依法采取的刑事强制措施；
3. 被保险人因酗酒或受酒精、毒品（见名词释义 6）、管制药物（见名词释义 7）的影响而导致；
4. 因被保险人挑衅或故意行为而导致的打斗或被袭击；
5. 被保险人患精神和行为障碍（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第十次修订版（ICD-10）（见名词释义 8）》为准）；
6. 被保险人未遵医嘱，私自服用、涂用、注射药物；
7. 被保险人患遗传性疾病（见名词释义 9）、感染艾滋病病毒或患艾滋病（见名词释义 10），患有性传染疾病（见名词释义 11）、鼠疫或霍乱；
8. 非被保险人基本医疗保险定点医院及中华人民共和国境外（含港、澳、台）的医疗费用；
9. 因交通事故、医疗事故或者其他责任事故造成的伤害；
10. 被保险人所患未如实告知的既往症（见名词释义 12）；
11. 战争（见名词释义 13）、军事冲突（见名词释义 14）、暴乱（见名词释义 15）或武装叛乱；
12. 核爆炸、核辐射或核污染。

第六条：其他免责条款

除本条款“第五条 责任免除”外，本合同中还有一些免除本公司责任的条款，详见以下条款中以加粗显示的内容：“第十二条 明确说明与如实告知”、“第十五条 保险事故通知”、“第二十条 年龄的计算与错误的处理”、“第二十四条 名词释义”中的部分加粗内容。

第七条：保险期间

本合同的保险期间为1年,自本合同的生效日零时起至本合同保险单满期日二十四时止,本合同另有约定的除外。保险期间由投保人在投保时与本公司约定,并在保险单上载明。

第八条：基本保险金额

本合同的基本保险金额由投保人在投保时与本公司约定,并在保险单中载明。

第九条：保险费

本合同的保险费以投保人选择的保险责任为基础,并根据被保险人所在地、被保险人年龄及投保人与我们约定的各项保险金的基本保险金额、免赔额、给付比例等其他因素为基础核定保险费,并在保险单中载明。

第十条：合同的解除

本合同成立后,投保人可以解除本合同,请填写解除合同通知书并向本公司提供下列证明和资料:

1. 保险合同;
2. 投保人身份证明;
3. 投保人已通知被保险人退保的有效证明。

自本公司收到解除合同通知书时起,本合同终止。本公司自本合同效力终止之日起30日内向投保人退还合同终止时本合同现金价值(见名词释义16)。

投保人解除合同会遭受一定损失。

第十一条：合同效力的终止

发生下列情况之一的,本合同自动终止效力:

1. 投保人在本合同保险期间内已按照本合同第十条解除本合同的；
2. 保险期间届满；
3. 因本合同内的其他条款所列情况而终止效力。

第十二条：明确说明与如实告知

订立本合同时，本公司应当向投保人说明本合同的内容。

对保险条款中免除本公司责任的条款，本公司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，该条款不成为合同的内容。

订立本合同时，本公司就投保人和被保险人的有关情况提出询问，投保人应当如实告知。

如果投保人故意或者因重大过失未履行前款规定的如实告知义务，足以影响本公司决定是否同意承保或者提高保险费率的，本公司有权解除本合同。

如果投保人故意不履行如实告知义务，对于本合同解除前发生的保险事故，本公司不承担保险责任，并不退还保险费。

如果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，对于本合同解除前发生的保险事故，本公司不承担保险责任，但会向投保人退还保险费。

第十三条：本公司合同解除权的限制

本条款第十二条、第二十条约定的合同解除权，自本公司知道有解除事由之日起，超过30日不行使而消灭。

本公司在合同订立时已经知道投保人未如实告知的情况的，本公司不得解除合同；发生保险事故的，本公司承担保险责任。

第十四条：受益人

本合同保险金的受益人为被保险人本人。

第十五条：保险事故通知

投保人、被保险人或者受益人应当在知道保险事故后 10 日内通知本公司。

如果投保人、被保险人或者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，本公司对无法确定的部分，不承担给付保险金的责任，但本公司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或者虽未及时通知但不影响本公司确定保险事故的性质、原因、损失程度的除外。

第十六条：保险金的申请

申请保险金时，受益人须填写保险金给付申请书，并须提供下列证明和资料：

- (1) 受益人（及监护人）的**有效身份证件**（见名词释义 17）；
- (2) 由**本公司认可的医院**（见名词释义 18）的**专科医生**（见名词释义 19）出具的被保险人的疾病诊断证明及相关医疗文件（包括完整的门诊及住院病历记录、出院小结、影像学、病理检查、实验室检查及其他相关检查报告）；
- (3) 政府财政部门监制、就诊医院盖章的医疗费用收据及费用结算明细单；
- (4) 除统筹基金和门急诊医疗起付标准以下部分外的医疗费用须经过基本医疗保险支付后再申请本公司的保险金；
- (5) 如被保险人从基本医疗保险、政府主办的补充医疗保险、公费医疗、其他费用补偿型医疗保险或其他途径取得该次医疗费用补偿，则须提供经办机构出具的医疗费用报销分割单；
- (6) 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。

保险金作为被保险人遗产时，必须提供可证明合法继承权的相关权利文件。

若委托他人办理申请保险金，还须提供授权委托书及委托人、受托人身份证件等资料。

以上证件和资料不完整的，本公司将及时一次性通知受益人或受托人补充提供有关证明和资料。

第十七条：保险金给付

本公司在收到保险金给付申请书及本合同约定的证明和资料后，将在 3 日内作出核定；情形复杂的，在 30 日内作出核定。本公司会将核定结果通知受益人。对属于保险责任的，本公司在与受益人达成给付保险金的协议后 10 日内，履行给付保险金义务。

本公司未及时履行前款规定义务的，对属于保险责任的，除支付保险金外，双倍赔偿受益人因此受到的利息损失。利息以中国人民银行公布的金融机构当期人民币活期存款基准利率为准。

对不属于保险责任的，本公司自作出核定之日起 3 日内向受益人发出拒绝给付保险金通知书并说明理由。

本公司在收到保险金给付申请书及有关证明和资料之日起 60 日内，对给付保险金的数额不能确定的，根据已有证明和资料可以确定的数额先予支付；本公司最终确定给付保险金的数额后，将支付相应的差额。

第十八条：身体检查与保险事故鉴定

保险金受益人申请本合同保险金时，本公司有权要求被保险人做身体检查或提供有关的检验报告，有权申请国家认可的**鉴定机构**（见名词释义 20）对保险事故进行鉴定。

第十九条：被保险人的变动

投保人投保和增加被保险人时应向本公司提供被保险人名单，并提供确认被保险人同意投保本保险的相关书面证明文件，合同另有约定的除外。

在本合同保险期间内，投保人因团体成员变动需要增加被保险人的，应以书面形式通知本公司，经本公司审核同意并收取相应保险费后，本公司对增加的被保险人自本合同的批注或批单中载明的具体时间起承担保险责任。新增的被保险人须已参加其所在地基本医疗保险。

在本合同保险期间内，投保人因被保险人离职或其他原因需要减少被保险人的，按本条款第十条约定申请对相应部分被保险人解除合同。

在本合同保险期间内，若本合同被保险人人数不足 3 人时，本公司在提前 30 日书面通知投保人后有权解除本合同，并退还本合同终止时的现金价值。

在本合同保险期间内，投保人因团体成员变动需要增加或者减少被保险人的，应向本公司提供书面申请文件，本公司根据书面申请文件向投保人签发批单，作为保险合同的附件。

第二十条：年龄的计算与错误的处理

被保险人的年龄以**周岁**（见名词释义21）年龄计算。

投保人在申请投保时，应将与有效身份证件相符的被保险人的出生日期在投保单上填明。如发生错误按照下列方式办理：

1. 投保人申报的被保险人年龄不真实，并且其真实年龄不符合本合同约定的年龄限制的，本公司不承担该被保险人的保险责任。本公司有权解除该被保险人的被保险人资格，并退还该被保险人对应的现金价值；
2. 投保人申报的被保险人年龄不真实，致使投保人实付的保险费少于应付保险费的，本公司有权更正并要求投保人补交保险费。若该被保险人已发生保险事故，本公司在向该被保险人给付保险金时按实付保险费和应付保险费的比例给付；
3. 投保人申报的被保险人年龄不真实，致使投保人实付保险费多于应付保险费的，本公司会将多收的保险费（无息）退还给投保人。

第二十一条：合同内容的变更

在本合同保险期间内，除本合同另有约定外，经投保人与本公司协商一致，可以变更本合同的有关内容。投保人提出变更申请后，应当由本公司在原保险单或者其他保险凭证上批注或者附贴批单，或由投保人与本公司订立书面的变更协议后，该变更生效。

第二十二条：联系方式变更的通知

为了保障投保人的合法权益，投保人的住所、通讯地址或电话等联系方式变更时，请及时以书面形式或双方认可的其他形式通知本公司。若投保人未以书面形式或双方认可的其他形式通知本公司，本公司按本合同载明的最后联系方式所发送的有关通知，均视为

已送达给投保人。

第二十三条：争议处理

本合同争议的解决方式，由当事人在保险合同中约定从下列两种方式中选择一种：

1. 因履行本合同发生的争议，由当事人协商解决，协商不成的，提交 xxx 仲裁委员会仲裁；
2. 因履行本合同发生的争议，由当事人协商解决，协商不成的，依法向人民法院提起诉讼。

第二十四条：名词释义

1. **基本医疗保险：**指职工基本医疗保险、城镇居民基本医疗保险、新型农村合作医疗等政府依法举办的基本医疗保障项目。
2. **被保险人所在地：**指被保险人享有基本医疗保险或公费医疗保障的所在地。
3. **基本医疗保险统筹基金支付范围内的合理医疗费用支出：**基本医疗保险规定的住院治疗的医疗费用和各省市区规定的特殊疾病门诊费用。
4. **政府主办的补充医疗保险：**指城乡居民大病保险、城镇职工大额医疗保险、城镇居民大额医疗保险等由政府主办对基本医疗保险进行补充的医疗保障项目，大额医疗保险在各地的具体名称会有所不同，以投保所在地政府主管部门规定的名称为准。
5. **医疗必需且合理：**指合理的、符合通常惯例且医疗必需的医疗费用。
符合通常惯例指被保险人接受的医疗服务满足以下条件：
 - (1) 该服务满足医疗需要而且根据治疗当地通行治疗规范、采用了通行治疗方法；
 - (2) 医疗费用没有超过当地对类似情形治疗的常规费用，类似情形是指在同一地区、对相同性别、近似年龄的人所患的同类疾病或身体伤害实施的类似治疗或服务。医疗必需指针对意外伤害或疾病本身的医疗服务及医疗费用满足以下条件：
 - (1) 治疗意外伤害或疾病合适且必须的、有医生处方的项目；
 - (2) 与接受治疗当地普遍接受的医疗专业实践标准一致；
 - (3) 非为了医师或其他医疗提供方的方便；
 - (4) 接受的医疗服务范围是合适的而且经济有效的。对是否医疗必需由本公司理赔人员根据客观、审慎、合理的原则进行审核；如果被保险人对审核结果有不同意见，

可由双方认同的权威医学机构或者权威医学专家进行审核鉴定。

6. **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。
7. **管制药物**：指麻醉药品、精神药品、医疗用毒性药品及兴奋剂，管制药物的范围以国家药品监督管理局的最新规定为准。
8. **ICD-10**：《疾病和有关健康问题的国际统计分类》第十次修订版（ICD-10），是世界卫生组织（WHO）发布的国际通用的疾病分类方法。如果出现 ICD-10 与 ICD-O-3（见名词释义 22）不一致的情况，以 ICD-O-3 为准。
9. **遗传性疾病**：指生殖细胞或受精卵的遗传物质（染色体和基因）发生突变或畸变所引起的疾病，通常具有由亲代传至后代的垂直传递的特征。
10. **感染艾滋病病毒或患艾滋病**：艾滋病病毒指人类免疫缺陷病毒，英文缩写为 HIV。艾滋病指人类免疫缺陷病毒引起的获得性免疫缺陷综合征，英文缩写为 AIDS。在人体血液或其它样本中检测到艾滋病病毒或其抗体呈阳性，没有出现临床症状或体征的，为感染艾滋病病毒；如果同时出现了明显临床症状或体征的，为患艾滋病。
11. **性传染疾病**：指发生在生殖器官的内源性或外源性通过性行为或非性行为传播的传播性疾病。
12. **既往症**：指在本合同生效日之前被保险人已患且已知晓的疾病。
13. **战争**：指国家与国家、民族与民族、政治集团与政治集团之间为了一定的政治、经济目的而进行的武装斗争，以政府宣布为准。
14. **军事冲突**：指国家或民族之间在一定范围内的武装对抗，以政府宣布为准。
15. **暴乱**：指破坏社会秩序的武装骚动，以政府宣布为准。
16. **现金价值**：指保险单所具有的价值，通常体现为解除合同时，根据精算原理计算的，由本公司退还的那部分金额。

本合同的现金价值 = 保险费 × (1 - 已经过日数/保险期间的日数) × 75%
经过日期不足一日的按一日计算。

17. **有效身份证件**：指由中华人民共和国政府主管部门规定的能够证明其身份的证件，如：有效期内的居民身份证、港澳台居民居住证、户口簿以及中华人民共和国政府主管部门颁发或者认可的有效护照或者其他身份证明文件。
18. **本公司认可的医院**：指本公司指定医院或经中华人民共和国卫生部门评审确定的二级或以上之公立医院，但不包括精神病院及专供康复、护理、疗养、戒酒、戒毒、养老等非以直接诊治病人为目的之医疗机构（见名词释义 23）。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 24 小时有合格的医生和护士驻院提供医疗和护理服务。当被保险人因急诊和遭受**意外伤害事故**（见名词释义 24）须急救时不受此限，但病情稳定后须转入本合同所指医院治疗。
19. **专科医生**：专科医生应当同时满足以下四项资格条件：
- （1） 具有有效的中华人民共和国《医师资格证书》；
 - （2） 具有有效的中华人民共和国《医师执业证书》，并按期到相关部门登记注册；
 - （3） 具有有效的中华人民共和国主治医师或主治医师以上职称的《医师职称证书》；
 - （4） 在国家《医院分级管理标准》二级或二级以上医院的相应科室从事临床工作3 年以上。
20. **鉴定机构**：指司法部或省级司法行政机关审核登记、从事司法鉴定业务的法人或者其他组织。
21. **周岁**：指按有效身份证件中记载的出生日期计算的年龄，自出生之日起为 0 周岁，每经过一年增加一岁，不足一年的不计。
22. **ICD-0-3**：《国际疾病分类肿瘤学专辑》第三版（ICD-0-3），是 WHO 发布的针对 ICD 中肿瘤形态学组织学细胞类型、动态、分化程度的补充编码。其中形态学编码：0 代表良性肿瘤；1 代表动态未定性肿瘤；2 代表原位癌和非侵袭性癌；3 代表恶性肿瘤（原发性）；6 代表恶性肿瘤（转移性）；9 代表恶性肿瘤（原发性或转移性未肯定）。如果出现 ICD-10 与 ICD-0-3 不一致的情况，以 ICD-0-3 为准。
23. **医疗机构**：指经中华人民共和国卫生行政部门颁发医疗机构执业许可证的医院，有执业医师和护士提供全日24小时的医疗和护理服务；但不包括诊所、精神病院及专供康复、休养、戒毒、戒酒、护理、养老等非以直接诊治病人之目的之医院。
24. **意外伤害事故**：指遭受外来的、突发的、非本意的、非由疾病引起的使身体受到伤害的客观事件，不包括猝死（见名词释义25）情形。
25. **猝死**：指貌似健康的人因潜在疾病、机能障碍或其他自身内在病理原因在出现症状后即刻或24小时内发生的非外力性突然死亡，或者未出现症状即刻死亡，没有任何

与死亡直接相关的身体内外部损伤证据。在发生突然死亡前已明确诊断的疾病及其并发症所导致的死亡，不属于猝死。

猝死的认定以国家卫生行政部门认定的医疗机构的诊断书、公安部门的法律文件为准。

（保险条款内容结束）