

人保寿险社保补充团体医疗保险条款目录

条款是保险合同的重要内容，为充分保障投保人的权益，请投保人仔细阅读本条款

- 1. 关于本合同**
 - 1.1 合同构成
 - 1.2 投保范围
 - 1.3 合同成立与生效
- 2. 本合同提供的保障**
 - 2.1 保险期间
 - 2.2 保险责任
 - 2.3 责任免除
- 3. 如何交纳保险费**
 - 3.1 保险费的交纳
- 4. 投保人权利**
 - 4.1 合同内容变更
 - 4.2 投保人解除合同的手续及风险
- 5. 如何申请领取保险金**
 - 5.1 受益人
 - 5.2 保险事故通知
 - 5.3 保险金申请
 - 5.4 保险金的给付
 - 5.5 诉讼时效
- 6. 投保人需要关注的其他事项**
 - 6.1 明确说明与如实告知
 - 6.2 本公司合同解除权的限制
 - 6.3 投保单位名称的变更
 - 6.4 被保险人变动
 - 6.5 重要事项变更处理
 - 6.6 争议处理
- 7. 本合同中的重要术语**
 - 7.1 当地
 - 7.2 团体
 - 7.3 基本住院费用
 - 7.4 住院起付线标准之下费用
 - 7.5 大额住院费用
 - 7.6 超高额住院费用
 - 7.7 普通门急诊费用
 - 7.8 大额门急诊费用
 - 7.9 超高额门急诊费用
 - 7.10 毒品
 - 7.11 现金价值
 - 7.12 特殊病的门诊医疗费用

人保寿险社保补充团体医疗保险条款

在本条款中，“本公司”指中国人民人寿保险股份有限公司。

1 关于本合同

- 1.1 合同构成** 人保寿险社保补充团体医疗保险合同（以下简称“本合同”）由保险条款、保险单或其他保险凭证、所附的投保单及相关文件、有关的声明、批注单及其他约定书构成。
- 1.2 投保范围** 凡已参加**当地**（见 7.1）社会基本医疗保险并按期足额交纳基本医疗保险费的机关、企业、事业单位和社会**团体**（见 7.2）可作为投保人为其职工和退休人员投保本保险。投保单位的在职职工和退休人员可作为被保险人参加本保险。被保险人的 6 个月以上（含）至 18 周岁（含）以下未参加工作的身体健康的子女，经本公司审核同意，可作为其附带的被保险人，参加本保险。
- 1.3 合同成立与生效** 投保人提出保险申请，本公司同意承保，本合同成立。本合同成立、本公司收取保险费并签发保险单为本合同的生效条件，合同生效日期在保险单上载明。但若投保人在本合同生效日前参加当地社会基本医疗保险的，本合同的生效日可以追溯至投保人投保当年参加社会基本医疗保险的日期。

2 本合同提供的保障

- 2.1 保险期间** 本合同的保险期间为 1 年，但保险期间的起止日期与投保单位当年当地社会基本医疗保险的起止日期一致。

- 2.2 保险责任** 在本合同有效期内，本公司承担如下保险责任：

补充医疗保险金 被保险人住院或接受门急诊治疗，对于其在治疗期间发生的，符合其当地社会基本医疗保险的职工社会基本医疗保险用药目录、职工社会基本医疗保险诊疗范围、职工社会基本医疗保险医疗设施目录及其他社会基本医疗保险管理办法规定范围的医疗费用中的个人自付部分，本公司将按照本合同的约定给付补充医疗保险金，累计给付额度以本合同约定的对该被保险人的补充医疗保险金给付限额为限。

个人自付部分包括**基本住院费用**（见 7.3）、**住院起付线标准之下费用**（见 7.4）、**大额住院费用**（见 7.5）、**超高额住院费用**（见 7.6）、**普通门急诊费用**（见 7.7）、**大额门急诊费用**（见 7.8）及**超高额门急诊费用**（见 7.9），上述各项费用的免赔额、给付比例、给付限额以本合同约定为准。

女工生育保险金（可选） 对于女性被保险人在符合国家计划生育法规条件下所支出的，且符合当地政府制订的职工生育保险相关规定中生育医疗标准的下列生育医疗费用，本公司将按照本合同约定，在扣除免赔额后，按照给付比例给付女工生育保险金，累计给付额度以本合同约定的对该被保险人的女工生育保险金给付限额为限。

- 1) 孕产期检查费；
- 2) 分娩时的检查费、接生费、手术费、住院费和药费(不包括婴儿费用)；
- 3) 流产或由于终止妊娠手术而支出的医疗费用。

附带被保险人医疗保险金（可选） 对于附带被保险人在定点医疗机构就医所发生的符合当地社会基本医疗保险规定的门急诊、住院医疗费用，本公司将按照本合同约定，在扣除免赔额后，按照给付比例给付附带被保险人医疗保险金，累计给付额度以本合同约定的对该附带被保险人的附带被保险人医疗保险金给付限额为限。

附带被保险人就诊的医院与其对应被保险人在基本医疗保险中指定的定点医院一致，并可在专门的公立儿童医院就诊。不在上述医院就诊而发生的医疗费用，本公司不承担给付保险金的责任。

若被保险人、附带被保险人已经或应当从社会医疗保险保障计划（包括退休人员统一补充医疗保险）、当地企业职工生育保险、其他商业医疗保险保障计划或其他途径获得医疗费用补偿，本公司仅对剩余部分按本合同的约定承担保险责任。

2.3 责任免除 （一）因下列情形之一导致被保险人所发生的医疗费用，本公司不承担给付补充医疗保险金、女工生育保险金的责任：

- （1）未经同意（急诊除外）在非定点医疗机构就医及外埠就医；
- （2）非定点零售药店购药；
- （3）被保险人故意犯罪或者抗拒依法采取的刑事强制措施、自杀（但被保险人自杀时为无民事行为能力人的除外）、故意自伤；
- （4）被保险人斗殴、醉酒、主动吸食或注射**毒品**（见 7.10）；
- （5）因交通事故、医疗事故或其他责任事故造成伤害的；
- （6）在国外和香港、澳门特别行政区及台湾地区就医；
- （7）工伤、职业病及其复发。

（二）除（一）中所列各项外，因女性被保险人孕、产期检查治疗及生育、计划生育导致其发生的医疗费用，本公司也不承担给付补充医疗保险金的责任。

（三）因下列情形之一导致附带被保险人所发生的医疗费用，本公司不承担给付附带被保险人医疗保险金的责任：

- （1）未经同意（急诊除外）在非定点医疗机构就医及外埠就医；
- （2）非定点零售药店购药；
- （3）附带被保险人故意犯罪或者抗拒依法采取的刑事强制措施、自杀（但附带被保险人自杀时为无民事行为能力人的除外）、故意自伤；
- （4）附带被保险人斗殴、醉酒、主动吸食或注射毒品；
- （5）因交通事故、医疗事故或其他责任事故造成伤害的；
- （6）在国外和香港、澳门特别行政区及台湾地区就医；
- （7）工伤、职业病及其复发；
- （8）在投保前所患未治愈疾病、先天性疾病及已有残疾的治疗和康复。
- （9）非因治疗疾病而进行的补钙、补锌、营养品等自费药品及用于美容、美齿、整形的相关医药费用。

3 如何交纳保险费

3.1 保险费的交纳 本合同保险费的交纳方式为投保时一次交清。

4 投保人权利

4.1 合同内容变更 在本合同有效期内，经投保人与本公司协商一致，可以变更本合同的有关内容。变更本合同的，应当由本公司在保险单或者其他保险凭证上批注或者附贴批单，或者由投保人与本公司订立书面的变更协议。

4.2 投保人解除合同的手续及风险 在本合同有效期内，若未发生索赔的，投保人可以申请解除本合同。解除合同时，请填写解除合同申请书并向本公司提供下列证明和资料：

- （1）保险合同或其他保险凭证；
- （2）投保人的证明和经办人的有效身份证件；
- （3）被保险人知悉解除合同的有效证明。

自本公司收到解除合同申请书时起，本合同终止。本公司自收到解除合同申请书之日

起 30 日内向投保人退还本合同的**现金价值**（见 7.11）。

投保人解除合同会遭受一定损失。

5 如何申请领取保险金

- 5.1 受益人** 投保人为与其有劳动关系的劳动者投保，不得指定被保险人及其近亲属以外的人为受益人。
- 除本合同另有指定外，补充医疗保险金、女工生育保险金受益人均为被保险人本人，附带被保险人医疗保险金受益人为附带被保险人本人。
- 被保险人或附带被保险人身故后，有下列情形之一的，保险金作为被保险人或附带被保险人的遗产，由本公司依照《中华人民共和国继承法》的规定履行给付保险金的义务：
- （1）没有指定受益人，或者受益人指定不明无法确定的；
 - （2）受益人先于被保险人或附带被保险人身故，没有其他受益人的；
 - （3）受益人依法丧失受益权或者放弃受益权，没有其他受益人的。
- 受益人与被保险人或附带被保险人在同一事件中身故，且不能确定身故顺序的，推定受益人身故在先。
- 受益人故意造成被保险人或附带被保险人死亡、伤残、疾病的，或者故意杀害被保险人或附带被保险人未遂的，该受益人丧失受益权。
- 5.2 保险事故通知** 投保人或受益人知道保险事故发生后，应当及时通知本公司。
- 若投保人或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。
- 5.3 保险金申请** 在申请保险金时，请按照下列方式办理：
- 5.3.1 补充医疗保险金的申请** 在申请补充医疗保险金时，申请人须填写保险金给付申请书，并提供下列证明和资料：
- 5.3.1.1 普通住院费用、住院起付线标准之下费用、大额住院费用和超高额住院费用的申请**
- （1）投保人证明及保险合同或其他保险凭证；
 - （2）申请人的有效身份证件；
 - （3）诊断证明；
 - （4）住院收据原件、医疗费用清单、医疗费用结算单或基本医疗保险结算清单原件；如为**特殊病的门诊医疗费用**（见 7.12），则需提供特殊病门诊收据原件、医疗保险专用处方及药品明细单、《医疗保险手册》定点医疗机构页的复印件。
 - （5）如为急诊抢救留观并收入住院治疗的，其住院前留观 7 日内的医疗费用，另需提供资料同 5.3.1.2；
 - （6）如遇跨年度或起保前住院的、超结算期的、特殊病等难以判断起付标准及需要扣除起保前医疗费用等情况，被保险人需提供《医疗保险手册》原件或复印件；
 - （7）所能提供的其他与保险金申请相关的证明和资料。
- 5.3.1.2 普通门急诊费用和超高额门急诊费用的申请**
- （1）投保人证明及保险合同或其他保险凭证；
 - （2）申请人的有效身份证件；
 - （3）门急诊收据原件，急诊需加盖急诊章；
 - （4）医疗保险专用处方及药品明细单；
 - （5）《医疗保险手册》定点医疗机构页的复印件。

- (6) 各种检查、化验报告单、100 元以上的普通治疗费用明细单、口腔科费用明细等；
- (7) 特殊情况被保险人应配合提供门急诊病历；
- (8) 所能提供的其他与保险金申请相关的证明和资料。

5.3.1.3 大额门急诊费用的申请

- (1) 投保人证明及保险合同或其他保险凭证；
- (2) 申请人的有效身份证件；
- (3) 基本医疗保险结算清单原件；
- (4) 如被保险人在本合同有效期内，加入投保单位前已参加社会基本医疗保险，则需同时提供 5.3.1.2 (3)、(4)、(5)、(6)、(7) 的复印件；
- (5) 所能提供的其他与保险金申请相关的证明和资料。

5.3.2 女工生育保险金的申请

- 在申请女工生育保险金时，申请人须填写保险金给付申请书，并提供下列证明和资料：
- (1) 投保人证明及保险合同或其他保险凭证；
 - (2) 申请人的有效身份证件；
 - (3) 被保险人完整的门急诊病历、围产期手册、出院小结，若属于分娩相关费用，需提供准生证明；
 - (4) 被保险人的医疗费用收据原件、住院费用清单、住院费用结算单，如上述单证中部分医疗费用已由基本医疗保险支付，则需同时提供基本医疗保险经办机构开具的医疗费用报销分割单原件；
 - (5) 所能提供的其他与保险金申请相关的证明和资料。

5.3.3 附带被保险人医疗保险金的申请

- 在申请附带被保险人医疗保险金时，申请人须填写保险金给付申请书，并提供下列证明和资料：
- (1) 投保人证明及保险合同或其他保险凭证；
 - (2) 申请人及所属被保险人的有效身份证件；
 - (3) 门诊：《医疗保险手册》定点医疗机构页的复印件、门急诊病历、门急诊收据原件、用药处方、费用结算清单、各项检查治疗费明细；
 - (4) 住院：《医疗保险手册》定点医疗机构页的复印件、住院收据原件、住院费用清单、住院费用结算单、出院小结、诊断证明；
 - (5) 所能提供的其他与保险金申请相关的证明和资料。

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。
以上证明和资料不完整的，本公司将及时一次性通知申请人补充提供有关证明和资料。

5.4 保险金的给付

本公司在收到保险金给付申请书及合同约定的证明和资料后，将及时作出核定；情形复杂的，在 30 日内作出核定。
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，除支付保险金外，应当赔偿受益人因此受到的损失。
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。

5.5 诉讼时效

受益人向本公司请求给付保险金的诉讼时效期间为 2 年，自其知道或者应当知道保险事故发生之日起计算。

6 投保人需要关注的其他事项

- 6.1 明确说明与如实告知** 订立本合同时，本公司应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，该条款不产生效力。
本公司就投保人和被保险人的有关情况提出询问的，投保人应当如实告知。
若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或取消相关被保险人资格。
若投保人故意不履行如实告知义务，对于本合同解除或取消相关被保险人资格前发生的保险事故，本公司不承担给付保险金的责任，并不退还保险费。
若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，对于本合同解除或取消相关被保险人资格前发生的保险事故，本公司不承担给付保险金的责任，但应当退还保险费。
- 6.2 本公司合同解除权的限制** 本条款 6.1 明确说明与如实告知规定的合同解除权在以下情形下不得行使，发生保险事故的，本公司承担给付保险金责任：
(1) 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；
(2) 自本公司知道有解除事由之日起，超过 30 日的。
- 6.3 投保单位名称的变更** 若在本合同有效期内，投保单位的名称发生变动，应书面通知本公司进行变更。
变更投保单位名称需提供的资料：
(1) 保险合同；
(2) 变更申请书（加盖原投保人公章及现投保人公章，原投保人公章需与投保时使用的公章一致）；
(3) 医保中心名称变更证明；
(4) 工商部门的相关证明。
- 6.4 被保险人变动** 在本合同有效期内，如投保单位在职员工或退休人员发生变动，需书面通知本公司。
- 6.4.1 增加被保险人** 增加被保险人（即加人）需提供以下证明和资料：
(1) 保险合同或其他保险凭证；
(2) 被保险人身份证复印件及其他基本医疗的信息；
(3) 变更申请书（加盖投保人公章，并与投保时使用的公章一致）；
(4) 《基本医疗保险参保人员增加表》。
经本公司审核同意后，按照《基本医疗保险参保人员增加表》的社会基本医疗保险起保日期开始承担保险责任，并收取相应保险月数的保险费。加人的保险期间可采用追溯的方式，但追溯期间不得超过 3 个月。
- 6.4.2 减少被保险人** 减少被保险人（即减人）需提供以下证明和资料：
(1) 保险合同或其他保险凭证；
(2) 变更申请书（加盖投保人公章，并与投保时使用的公章一致）；
(3) 《基本医疗保险参保人员减少表》。
经本公司审核同意后，按照《基本医疗保险参保人员减少表》的社会基本医疗保险终止交费日期后不再承担保险责任。若该被保险人在保险期间内未曾发生理赔，本公司对投保人退还本合同项下该被保险人的现金价值。
- 6.4.3 入职与离职** 入职与离职的人员的替换（即换人）：

- 职人员的替换**
- (1) 所需材料同加人、减人；
 - (2) 被替换的离职人员必须未发生过理赔给付；
 - (3) 入职人员的保险期间是离职人员剩余部分的保险期间；
 - (4) 当入职人员与离职人员无法按换人处理时，本公司按加、减人处理。

- 6.4.4 在职转退休的变更**
- 被保险人在职转退休的变更需提供以下证明和资料：
- (1) 保险合同或其他保险凭证；
 - (2) 变更申请书（加盖投保人公章，并与投保时使用的公章一致）；
 - (3) 医保中心的变更证明。

被保险人在职转退休变更后的理赔处理：

如投保人分别为在职和退休人员投保不同保险方案，且交纳不同保险费的，处理方法如下：

(1) 该被保险人在变更前已经按照在职人员的保险方案进行过理赔，则本公司只变更其类别，但保险责任不做变更，即本公司继续承担在职人员的保险方案。本公司不做保险费的增减。

(2) 该被保险人在变更前没有按照在职人员的保险方案进行过理赔，则本公司在变更其类别的同时做保险责任变更，即本公司按照退休人员的保险方案承担保险责任。本公司在办理完变更后，将根据在职和退休人员的保险费之差额收取或退还相应的保险费。

(3) 如将被保险人改变保险方案时，参照以上办法执行。

- 6.5 重要事项变更处理**
- 为了保障投保人的合法权益，投保人的住所或通讯地址变更时，请及时以书面形式通知本公司。若投保人未以书面形式通知本公司，本公司按本合同载明的最后住所或通讯地址发送的有关通知，均视为已送达给投保人。

投保单位发生人员增减、单位更名、帐户变更等变更重要事项时，请及时以书面形式通知本公司。因投保人迟延通知而造成的经济损失，本公司不承担责任。

- 6.6 争议处理**
- 因履行本合同发生的争议，由当事人协商解决，协商不成的，依法向中国境内有管辖权的人民法院提起诉讼，适用中国法律。

7 本合同中的重要术语

- 7.1 当地** 指投保团体参加社会基本医疗保险所在地。
- 7.2 团体** 指中国境内具有 5 人以上且非因购买保险而组织的合法团体。包括国家机关、院校、企事业单位、行业组织、职业工会等。
- 7.3 基本住院费用** 指符合当地社会基本医疗保险统筹基金（以下简称“统筹基金”）管理规定的医疗费用中，统筹基金起付标准之上、统筹基金最高支付限额之下需要被保险人个人自付的医疗费用。
- 7.4 住院起付线标准之下费用** 指符合统筹基金管理规定的医疗费用中，统筹基金起付标准之下需要被保险人个人自付的医疗费用。
- 7.5 大额住院费用** 指符合统筹基金管理规定的医疗费用中，基本医疗保险统筹基金累计最高支付限额之上、大额医疗费用互助资金累计支付最高数额之下需要被保险人个人自付的医疗费用。
- 7.6 超高额住院费用** 指符合统筹基金管理规定的医疗费用中，大额医疗费用互助资金累计支付最高数额之上需要被保险人个人自付的医疗费用。

- 7.7 普通门急诊费用** 指符合当地社会基本医疗门急诊管理规定的门急诊医疗费用中,大额医疗费用互助资金门急诊起付标准之下需要被保险人个人自付的部分。
- 7.8 大额门急诊费用** 指符合当地大额医疗费用互助资金规定的门急诊医疗费用中,大额医疗费用互助资金门急诊起付标准之上、累计支付最高数额之下需要被保险人个人自付的医疗费用。
- 7.9 超高额门急诊费用** 指符合统筹基金管理规定的门急诊医疗费用中,大额医疗费用互助资金累计支付最高数额之上需要被保险人个人自付的医疗费用。
- 7.10 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。
- 7.11 现金价值** 现金价值为保险费 $\times 0.75 \times (1 - \text{保险经过的月数} / \text{保险期间的月数})$,不足月的部分按一个月计算。
- 7.12 特殊病的门诊医疗费用** 按照《基本医疗保险规定》的规定,指恶性肿瘤放射治疗和化学治疗;肾透析,肾移植后服抗排异药的门诊医疗费用。

(条款全文结束)