

民生人寿保险股份有限公司
商业补充医疗团体医疗保险条款

在本条款中，“我们”、“本公司”均指民生人寿保险股份有限公司

u 保险合同

1.1 合同构成 本保险合同(以下简称“本合同”)由保险单、保险条款、投保单，以及与本合同有关的投保文件、合法有效的声明、批注和其他书面协议共同构成。

1.2

合同成立与生效 自投保人提出保险申请，本公司同意承保，本合同成立。合同成立日期在保险单上载明。

本合同自本公司同意承保、收取保险费并签发保险单开始生效，具体生效日以保险单载明的日期为准。

1.3 保险期间 投保人首次投保本合同，保险期间自本合同生效日到投保当年十二月三十一日。若社会保险经办机构(见 8.1)要求投保人参加北京市基本医疗保险的时间回溯到当年年初，则本合同保险期间自投保当年一月一日到十二月三十一日。

投保人可于本合同满期日或以前申请续保本合同，经本公司同意且投保人交付续保保险费后，本合同持续有效。投保人续保本合同，保险期间自续保当年一月一日至十二月三十一日。

v 我们提供的保障

2.1 保险金额 本合同保险金额由投保人和本公司约定，并在保险单上载明。

2.2 保险责任 在本合同保险期间内，本公司对被保险人承担下列保险责任：

一、基本保险责任 1、门、急诊补充保险

在本合同保险期间内，被保险人因疾病或意外伤害在医疗保险定点医疗机构门、急诊就医，本公司对其所发生的符合《北京市基本医疗保险规定》及其补充文件(见 8.2)(以下本合同中合称《规定》)的医疗费用中由个人自负的部分按投保人选择的档次和约定的赔付比例，在本合同约定的额度内予以报销：

I 档：《规定》中大额医疗费用互助(见 8.3)资金门、急诊起付线(见 8.4)以下，本合同约定的免赔额以上的医疗费用。

II 档：《规定》中大额医疗费用互助资金门、急诊支付范围内的医疗费用。

2、住院医疗补充保险

在本合同保险期间内，被保险人因疾病或意外伤害在医疗保险定点医疗机构住院治疗，本公司对其所发生的符合《规定》的医疗费用中由个人自负的部分按投保人选定的档次和约定的比例，在本合同约定的额度内予以报销：

III档：《规定》中基本医疗保险统筹基金支付的起付标准以下的医疗费用。

IV档：《规定》中基本医疗保险统筹基金支付范围内的医疗费用。

V档：《规定》中大额医疗费用互助资金支付范围内的医疗费用。

VI档：《规定》中大额医疗费用互助资金支付范围以上的医疗费用，本公司对同一被保险人此项医疗费用应承担的保险责任最高限额为 30 万元。

保险期间内，被保险人不论一次或多次发生保险责任内的医疗费用，本公司均按约定的比例和本公司对该档次的最高限额赔偿保险金。

投保人可以选择门、急诊补充保险或(和)住院医疗补充保险。投保人选择门、急诊补充保险时至少要选择II档，投保人选择住院医疗补充保险时至少要选择IV档。

投保人选择的档次和赔付比例适用于其投保的所有被保险人，档次和赔付比例一经选定，在保险期间内不得变更。

二、公共保险责任投保人在选择基本保险责任的基础上可与本公司商定设立公共保险责任，公共保险责任的保险金额不记入被保险人个人名下。

VII档：门、急诊公共保险责任

在本合同保险期间内，被保险人因疾病或意外伤害在医疗保险定点医疗机构门、急诊就医，对其所发生的符合《规定》的且超出大额医疗费用互助资金门、急诊封顶线(见 8.5)的医疗费用，本公司从门、急诊公共保险金额中支付。

无论一个或多个被保险人使用门、急诊公共保险责任的保险金额，本公司累计给付的金额以门、急诊公共保险责任的保险金额为限。

投保人选择VII档至少要选择II档。门、急诊公共保险责任的保险金额最低为 1 万，最高不能超过投保人所交基本保险责任全部保险费的 10%和 1 万二者中的较大者。

VIII档：住院医疗公共保险责任

在本合同保险期间内，被保险人因疾病或意外伤害在医疗保险定点医疗机构住院治疗，对其所发生的符合《规定》的且在投保人选择的住院补充保险最高档次以上的医疗费用中由个人自负的部分，本公司从住院医疗公共保险金额中支付。

无论一个或多个被保险人使用住院医疗公共保险责任的保险金额，本公司累计给付的金额以住院医疗公共保险责任的保险金额为限。

投保人选择Ⅷ档至少要选择Ⅳ档。住院医疗公共保险责任的保险金额最低为 5 万，最高不能超过投保人所交基本保险责任全部保险费的 20%和 5 万二者中的较大者。

三、女员工生育

保险责任投保人投保的被保险人中女员工人数超过十五人的，投保人可在选择基本保险责任的基础上与本公司商定设立女员工生育保险责任。

在本合同保险期间内，本公司承担每一被保险人(仅限女员工)因生育发生的下列医疗费用：

- 1、孕产期检查费，最高不超过 3 千元；
- 2、分娩费用(不包括婴儿费用),最高不超过 5 千元。

2.3 责任免除 本公司对被保险人发生的不符合《规定》的医疗费用及由于以下情形产生的医疗费用支出，不承担保险责任：

- 1、投保人对被保险人的故意杀害、故意伤害；
- 2、在非本人定点医疗机构就诊的，但《规定》另有规定的除外；
- 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、自伤身体及服用、吸食、注射毒品(见 8.6)进行治疗的，但被保险人自杀时为无民事行为能力人的除外；
- 4、体检、疗养、康复治疗、特别护理或静养；
- 5、患艾滋病(见 8.7)(AIDS)或感染艾滋病病毒(见 8.8)(HIV 呈阳性)；
- 6、核爆炸、核辐射或核污染及因此导致的疾病；
- 7、因交通事故(不包含找不到责任方的交通事故)、医疗事故或者其他责任事故造成伤害的；
- 8、在国外或香港、澳门特别行政区以及台湾地区治疗的；
- 9、工伤、患职业病；
- 10、女员工生育(投保女员工生育保险的，责任免除不含此项)；
- 11、矫形、整容、美容、心理咨询、牙齿修复、牙齿整形或安装及购买残疾用具(如轮椅、假肢、助听器、配镜等)；
- 12、战争、军事冲突、暴乱或武装叛乱；
- 13、《规定》规定的自费药品、检查、治疗、手术及其他项目。

发生上述第 1 项情形导致被保险人身故的，本公司对该被保险人的保险责任终止，本公司向其他权利人退还该被保险人的未到期净保险费(见 8.9)。

发生上述其它情形导致被保险人身故的，本公司对该被保险人的保险责任终止，本公司向投保人或其他权利人退还该被保险人的未到期净保险费。

w 如何申请领取保险金

3.1 受益人的指定和变更

本合同受益人为被保险人本人，如果被保险人在身故前未及时领取保险金，保险金作为被保险人的遗产，由本公司向被保险人的继承人履行给付保险金的义务。

3.2 保险事故通知 投保人或被保险人或受益人知道保险事故发生后应当在十日内通知本公司。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，我们对无法确定的部分，不承担给付保险金的责任，但我们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。

3.3 保险金的申请 被保险人申请领取保险金时，需填写保险金给付申请书并提交下列证明材料：

1、保险合同；

2、被保险人社保手册首页复印件；

3、被保险人发生住院医疗费用的，应提供由医疗保险定点医疗机构出具的住院诊断证明、住院用药明细表、住院费用结算明细表、住院费收据原件；如被保险人发生的部分医疗费用已由社会保险经办机构支付，则被保险人需提供上述单证的复印件及社会保险经办机构开具的医疗费用报销分割单原件；被保险人发生门、急诊医疗费用的，应提供由医疗保险定点医疗机构出具的医疗诊断书(写明诊断全称、简单病史及治疗过程)及门、急诊医疗费用的原始凭证、结算明细表；如被保险人发生的部分门、急诊医疗费用已由社会保险经办机构支付，则被保险人需提供上述单证的复印件及社会保险经办机构开具的医疗费用报销分割单原件；除大额医疗费用互助资金门、急诊起付线和基本医疗保险统筹基金起付标准(见 8.10)以下部分的医疗费用外，其余医疗费用必须先通过向社会保险经办机构申请理赔，再持社会保险经办机构出具的分割单向我公司申请理赔。

(4)被保险人的有效身份证件(见 8.11)。

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。

本公司保留对每一理赔案件进行勘查的权利，投保人、被保险人应对本公司的理赔勘查给予积极配合并提供必要的证明或材料。

如委托他人代为申领，还应提供授权委托书及受托人有效身份证件。

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。

3.4 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，将在五日内作出核定；情形复杂的，在三十日内作出核定。

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十日内，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