



中意医保补充团体医疗保险条款

第一章 基本条款

第一条 保险合同的构成

本合同条款、保险单、以及所附上的投保单、保险计划明细、被保险人清单、批单、批注及其它书面协议均为“中意医保补充团体医疗保险”合同（以下简称本合同）的构成部分。

本合同文件正本的复印件或电子影像印刷件的效力与正本相同，若复印件或电子影像件与正本的内容不同，则以正本为准。

第二条 投保条件

一、投保资格

院校、企事业单位、行业组织和职业工会等合法团体均可作为投保人，为其符合参保资格的团体成员及其家属投保本合同。

二、参保资格

参加本合同的被保险人须是年满 16 周岁至 65 周岁、身体健康并能从事正常工作或劳动的团体在职成员，或其它本公司认可的成员。经本公司审核同意，年龄在 65 周岁以下的被保险人配偶，以及年龄在出生满 30 天到 18 周岁（若子女为全日制学生则可延长至 23 周岁）以下的子女也可作为连带被保险人参加本合同。

第三条 保险合同成立与生效

投保人提出投保申请，本公司同意承保，本合同成立。

本合同生效日由投保人与本公司约定并于保险单上载明。

第四条 合同的签收

投保人在收到本合同时，应当签署本合同的签收回执。

第五条 保险期间及续保

本合同的保险期间为一年，自本合同生效日的零时始到本合同满期日的二十四时止，并于保险单上载明。本公司所承担的保险责任自本合同生效日的零时开始。

被保险人的个人保险期间由投保人与本公司约定，自该被保险人的个人保险期间起始日的零时开始，到其个人保险期间终止日的二十四时止。被保险人的个人保险期间不可超出本合同的保险期间。

上述时间和日期均指北京时间。

每个保险期间届满之前，投保人与本公司可以协商决定是否续保，续保需双方书面确认。本公司有权重新核定续保保险费。

第六条 保险费

本合同及其附加合同的保险费在保险计划明细或其他承保文件中载明。保险费支付方式为一次性支付。

第七条 被保险人的变更

投保人需增加被保险人时，可向本公司提出书面申请，本公司经审核同意，将按约定的保险责任开始日零时起对该被保险人承担保险责任，投保人应按约定方式交纳相应的保险费。

投保人需减少被保险人时，可向本公司提出书面申请，并可以与本公司约定减少的被保险人的保险责任终

止日；对申请减少被保险人但没有约定对应的保险责任终止日的，本公司以收到减少被保险人书面申请日为该被保险人的保险责任终止日。本公司自保险责任终止日二十四时起终止对该被保险人的保险责任，同时本公司将按下列方式退还保险费：

- (一) 若本合同对该被保险人的保险责任尚未开始，本公司将向投保人退还其为该被保险人缴纳的保险费；
- (二) 若本合同对该被保险人的保险责任已经开始，本公司将向投保人退还下列两项较小者：
 - (1) 该被保险人在保险责任终止日的未到期净保险费；
 - (2) 该被保险人的净保险费与已赔付的理赔金额两者之差。

当本合同的被保险人数少于国务院保险监督管理机构规定的最低人数，或低于团体成员中有参保资格人数的最低比例时，本公司有权解除本合同及其附加合同，同时向投保人退还退保金。

第八条 保险计划的确定

本合同及其附加合同的保险计划由投保人与本公司共同约定，并在保险计划明细中载明。在本合同的保险期间内，经本公司同意，投保人可增加投保其他险种并一次性支付相应的保险费。

第九条 保险事故通知

投保人或受益人知道保险事故后应当在 10 日内通知本公司。

如果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。

第十条 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批单、批注或保险计划明细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，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，本公司不承担给付保险金的责任，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，本公司不承担给付保险金的责任，但应当退还保险费。

本公司在本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，本公司承担给付保险金的责任。

第十一条 本公司合同解除权的限制

前条规定的合同解除权，自本公司知道有解除事由之日起，超过 30 日不行使而消灭。

第十二条 年龄或性别错误

本合同中被保险人的投保年龄和性别，以有效身份证件登记的周岁年龄和性别为准。

投保人在申请投保时，应在提供给本公司的被保险人名册中载明各被保险人与其有效身份证件相符的出生日期和性别，如果发生错误按照下列方式办理：

(一) 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投保年龄限制的，本公司有权解除该被保险人的参保资格，并将退还该被保险人的净保险费。对参保资格解除前发生的保险事故，本公司不承担保险责任，本公司行使上述解除权适用“本合同解除权的限制”的规定。

(二) 投保人申报的被保险人年龄或性别不真实，致使投保人实付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。若已经发生保险事故，在给付保险金时按实付保险费和应付保险费的比例给付。

(三) 投保人申报的被保险人年龄或性别不真实，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退还给投保人。

第十三条 住所或通讯地址的变更

投保人的通讯地址有变更时，应及时书面通知本公司。

投保人不作上述通知时，本公司按本合同所载的最后通讯地址所发送的通知，均视为已送达投保人。

第十四条 合同内容的变更

在本合同有效期内，除本合同另有约定外，投保人可以通过书面申请变更本合同的内容，经本公司审核同意并在本合同上批注或订立书面变更协议后生效。

第十五条 司法鉴定

保险事故发生后，本公司有权要求进行尸检或要求司法鉴定机构或医疗机构对保险事故及被保险人的身体机能状况进行鉴定，费用由本公司承担。

第十六条 解除合同的处理

投保人于本合同成立后，可书面通知要求解除本合同。

(一) 投保人要求解除本合同时，应提供下列证明和资料：

- (1) 保险合同正本；
- (2) 解除合同申请；
- (3) 本公司所需的且投保人能够提供的其他相关证明和资料。

(二) 投保人要求解除本合同的，本合同及其所有附加合同的保险责任于本公司接到解除合同申请书之日或约定的终止日的二十四时自动终止。本公司将于收到上述证明和资料后，同时向投保人退还退保金。

第十七条 争议的处理

本合同或其附加合同履行过程中，双方发生争议时，可以从下列两种方式中选择一种争议处理方式：

- (一) 因履行本合同发生的争议，由双方协商解决，协商不成的，提交保险单签发地的市仲裁委员会仲裁；
- (二) 因履行本合同发生的争议，由双方协商解决，协商不成的，依法向被告住所地人民法院起诉。

第二章 保险单条款

第十八条 保险责任

投保人在投保时可以从下列保险责任选择所需的保险责任，与本公司约定各项保险责任的最高赔付金额以及赔付比例，并于保险计划中载明。在被保险人的个人保险期间内，被保险人因意外伤害事故或疾病导致所选保险责任范围内的医疗费用，本公司按约定的方式进行赔付，且赔付的金额以约定的最高赔付限额为限。

若被保险人已从其他途径（包括工作单位、社会医疗保险机构、包括本公司在内的任何商业保险机构等）获得补偿，本公司将不再对已经获得补偿的部分进行赔付。

(一) 住院和门诊特定项目保险责任

本项保险责任为必选保险责任。

被保险人自参加本合同之日起 30 天内，对于非因遭受意外伤害事故而出现的疾病或症状所导致的住院和门诊特定项目医疗费用（续保除外），本公司不承担保险责任，这 30 天的时间称为等待期，但因意外伤害事故引起的住院或门诊特定项目、续保无等待期限制。

若被保险人因意外伤害事故或等待期后因疾病导致住院或接受门诊特定项目治疗，对于在治疗期间发生的，属于当地社会医疗保险部门规定的基本医疗保险（以下简称“医保”）支付范围，并按医保起付标准、赔付限额、共付比例等相关规定需由个人支付的医疗费用，以及投保人和本公司约定的其它住院医疗费用，本公司按本合同约定的赔付方式进行赔付。

若被保险人因突发急性病在中国境外及港、澳、台地区接受住院治疗，本公司按实际发生的住院医疗费用的 10% 进行赔付，且该项支付累计不超过本项保险责任的最高赔付限额的 10%。

(二) 普通门（急）诊医疗保险责任

本项保险责任为可选保险责任。

若被保险人因意外伤害事故或疾病在医院接受门诊、急诊治疗，对于由此发生的，属于当地社会医疗保险部门规定的基本医疗支付范围，并按医保起付标准、赔付限额、共付比例等相关规定需由个人支付的医疗费用，以及投保人和本公司约定的其它合理门诊、急诊医疗费用，本公司按约定的赔付方式进行赔付。

(三) 牙科医疗保险责任

本项保险责任为可选保险责任。

对于被保险人由以下原因导致的牙科门（急）诊费用，本公司按约定的赔付方式进行赔付：

- (1) 龋病、牙髓病、牙隐裂所引起的补牙、牙髓治疗、拔牙、阻生齿治疗；
- (2) 牙周组织疾病，如牙周炎、牙龈炎、根周炎等治疗；
- (3) 合同双方约定的其它牙科治疗。

除本合同另有约定外，申请赔付的上述医疗费用应属于当地社会医疗保险部门规定的基本医疗保险支付范

围、并按规定需由个人支付的医疗费用。

(四) 生育医疗保险责任

本项保险责任为可选保险责任。

对于已婚女性被保险人,在符合国家计划生育法规条件下所发生的,且符合当地政府制订的职工生育保险实施细则规定的支付范围、按规定需由个人支付的下列生育医疗费用,本公司按约定方式进行赔付:

- (1) 孕产期检查费、药品费和治疗费;
- (2) 分娩时所产生的合理医疗费用(不包括婴儿费用);
- (3) 流产或终止妊娠医疗费用;
- (4) 因妊娠、分娩、流产或终止妊娠所引起的并发症而支出的医疗费用;
- (5) 投保人与本公司约定的其它合理生育医疗费用。

若被保险人的孕产期跨越两个保单年度,则该项保险责任的最高赔付限额以该被保险人分娩时所在的保单年度约定的最高赔付限额为限;若未续保,则本公司仅赔付被保险人在其个人保险期间内发生的上述生育医疗费用。

(五) 公共保额保险责任

本项保险责任为可选保险责任。

投保人可就上述四项保险责任与本公司约定公共保额适用的保险责任和公共保额限额。

对于公共保额适用的保险责任,若被保险人累计赔付保险金额超过该项责任约定的最高赔付限额,经投保人同意,本公司可按照公共保额适用保险责任的约定赔付公共保额保险金,最高赔付金额以约定的该被保险人公共保额限额为限。本项保险责任对所有被保险人累计最高赔付金额以约定的投保人公共保额限额为限。

第十九条 责任免除

本公司对任何在下列期间发生的或因下列原因之一而导致的医疗费用不负赔偿责任:

(一) 普通门(急)诊医疗保险责任、牙科医疗保险责任、生育医疗保险责任和公共保额保险责任,但保险计划中选择的保险责任除外;

(二) 被保险人自参加本合同当日起之前的 180 天内,曾接受治疗、诊断、会诊或服用处方药物的疾病,病症或伤害(续保除外);

(三) 被保险人因交通事故、医疗事故或者其它责任事故造成伤害的;

(四) 被保险人故意自伤、故意犯罪或者抗拒依法采取的刑事强制措施;

(五) 被保险人酒后驾驶、无合法有效驾驶证驾驶,或驾驶无有效行驶证的机动车;

(六) 被保险人未经医师处方注射、吸食、服用毒品或处方药品;

(七) 被保险人以职业运动员身份参加的运动;或参与可获得报酬的运动;或者参加以下项目的竞赛、表演或专业训练:赛马、马术、马球、机动车、自行车、赛艇、滑板、冲浪、滑水、跳水、潜水、跳高滑雪、雪橇、滑冰、冰球、拳击、武术、摔跤;或参加攀岩、攀登海拔3500米以上独立山峰、滑翔翼、气球驾驶、跳伞、空中飞行(不包括以乘客身份乘坐作为公共交通工具的民航航班机)、蹦极跳;或参加洞穴、极地、沙漠、火山、冰川等探险和考察;

(八) 核爆炸、核辐射、核污染、战争、军事冲突、暴乱、武装叛乱;

(九) 在中国境外及港、澳、台地区接受治疗(突发急性病住院除外)。

第二十条 基本医疗保险的调整

当被保险人所在地社会医疗保险部门规定的基本医疗保险发生重大结构性调整,并对本合同的保险责任有重大影响时,本公司有权调整保险责任或保险费。但基本医疗保险的下列调整不属于重大结构性调整:

(一) 药品使用范围和诊疗项目的变化或调整;

(二) 赔付比例和起付线的变化或调整。

第二十一条 受益人的指定和变更

除另有约定外,本合同保险金的受益人为被保险人本人。

第二十二条 保险金的申请

在申请医疗保险金时,申请人须填写保险金给付申请书,并提供下列证明和资料:

(一) 投保单位证明;

(二) 申请人的有效身份证件;

(三) 被保险人完整的门(急)诊病历及费用清单;由医院出具的住院诊断证明、出院小结、住院用药明细表、住院费用清单、住院费用结算明细表、医药费用收据原件,以及基本医疗保险经办机构或其它任何机构开具的医疗费用报销分割单原件;

(四) 如果申请生育保险金, 保险金申请人需提供准生证明;

(五) 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。

保险金申请人向本公司申请保险金, 必须在基本医疗保险赔付之后进行。

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。

以上申请资料和证明不完整的, 本公司将及时一次性通知申请人补充提供有关资料和证明。

受益人及其他有权领取保险金的人向本公司申请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。

第二十三条 医药费用收据

被保险人支出医药费用并提出保险金申请后, 应向本公司递交就诊医院签发的、由政府财政税务部门监制的医药费原始收据。

第二十四条 保险金给付

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。

第二十五条 释义

一、本公司: 指中意人寿保险有限公司。

二、净保险费及未满期净保险费: 净保险费是指所交保费中扣除管理费(含营业费用、各项税金、保险保障基金等)和代理费后的部分, 扣除部分占所交保费的 25%。

未满期净保险费=所缴保费中的净保险费×(自合同解除之日起至该期保费所对应的承保期间结束时的天数)÷(该期保费所对应的承保期间的总天数)。

三、退保金: 退保金等于此二项金额之较小值: 1) 合同解除日的未满期净保险费, 2) 净保险费减去已赔付保险金总额之差。若按此方式计算的退保金额度小于零的, 则退保金取值为零。

四、周岁: 指按有效身份证件文件中记载的出生日期计算的年龄, 自出生之日起为零周岁, 每经过 1 年增加 1 岁, 不足 1 年的不计。

五、有效身份证件: 指依据法律规定, 由有权机构制作颁发的证明身份的证件、文件等, 如: 居民身份证、户口簿、护照、军人证等。

六、门诊特定项目: 是指被保险人参加的基本医疗保险所规定的, 由统筹基金支付的门诊特定项目。

七、意外伤害: 指遭受外来的、突发的、非本意的、非疾病的客观事件直接致使身体受到的伤害。

八、突发急性病: 是指因突然发生的急性疾病或意外伤害, 而采取的紧急治疗。若不及时治疗, 可产生严重的后果, 甚至威胁病人的生命, 包括下列情况:

(一) 高热(体温摄氏 38.5 度以上);

(二) 急性腹痛、剧烈呕吐、严重腹泻;

(三) 各种原因的休克;

(四) 昏迷;

(五) 癫痫发作;

(六) 严重喘息、呼吸困难;

(七) 急性胸痛、急性心力衰竭、严重心律失常;

(八) 高血压危象、高血压脑病、脑血管意外;

(九) 各种原因所致急性出血;

(十) 急性泌尿道出血、尿闭、肾绞痛;

(十一) 各种急性中毒(如食物或药物中毒), 各种意外(如触电、溺水);

(十二) 脑外伤、骨折、脱位、撕裂、烧伤、烫伤、或其他急性外伤;

(十三) 各种有毒动物或昆虫咬伤或者急性过敏性疾病;

(十四) 五官及呼吸道或食道异物, 急性眼痛。眼红或眼肿, 突然视力障碍以及眼外伤。

九、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, 但不包括由医师开具用于治疗疾病的含有毒品成分的处方药品。

十、酒后驾驶：指经检测或鉴定，发生事故时车辆驾驶人员每百毫升血液中的酒精含量达到或超过一定的标准，公安机关交通管理部门依据《道路交通安全法》的规定认定为饮酒后驾驶或醉酒后驾驶。

十一、无合法有效驾驶证驾驶：指下列情形之一：

- (一) 没有取得驾驶资格；
- (二) 驾驶与驾驶证准驾车型不相符合的车辆；
- (三) 持审验不合格的驾驶证驾驶；
- (四) 持学习驾驶证学习驾车时，无教练员随车指导，或不按指定时间、路线学习驾车。

十二、无有效行驶证：指下列情形之一：

- (一) 没有机动车行驶证；
- (二) 未在法律规定期限内按时进行或通过安全技术检验。

十三、机动车：指以动力装置驱动或者牵引，供人员乘用或者用于运送物品以及进行工程专项作业的轮式车辆。

十四、潜水：指使用辅助呼吸器材在江、河、湖、海、水库、运河等水域进行的水下运动。

十五、攀岩：指攀登悬崖、建筑物外立面、人造悬崖、冰崖、冰山等运动。

十六、探险：指明知在某种特定的自然条件下有失去生命或使身体受到伤害的危险，而故意使自己置身于其中的行为。

十七、医院：本合同所称的医院是指本合同有效期内当地基本医疗保险管理机构最新公布的定点医院，或其它合同双方约定的医院。

十八、医师：本合同所称的医师是指在医院内行医并拥有处方权的医师，亦指在被保险人接受诊断、医疗、处方或手术的地区内合法注册且有行医资格的医师。但不包括投保人、被保险人本人及其家属。

十九、近亲属：近亲属包括配偶、父母、子女、兄弟姐妹、祖父母、外祖父母、孙子女，外孙子女。

(完)