

太平人寿保险有限公司
TAIPING LIFE INSURANCE CO., LTD.
(以下简称本公司)

太平附加绿洲公共团体医疗保险条款

(2009年10月经中国保险监督管理委员会备案)

阅读提示:

- 一、 本公司根据本附加合同中所述第四条承担相应的保险责任;
- 二、 在部分情况下, 本附加合同不承担保险责任, 请留意第五条;
- 三、 解除保险合同会造成一定的损失, 请留意第十五条。

第一条 保险合同成立与生效

投保人提出保险申请、本公司同意承保, 本附加合同成立。
合同生效日期在保险单上载明。保单年度、保险费约定支付日均以该日期计算。

第二条 保险合同的构成

太平附加绿洲公共团体医疗保险合同(以下简称本附加合同)可附加在本公司太平附加绿洲住院团体医疗保险和太平附加绿洲门诊团体医疗保险合同(以下简称主合同), 由保险单及所附条款、投保单、与本附加合同有关的投保文件、被保险人名册、声明、批注、附贴批单、其它书面协议构成。

若构成本附加合同的文件正本需留本公司存档, 则其复印件或电子影像印刷件亦视为本附加合同的构成部分, 其效力与正本相同; 若正本与复印件或电子影像件的内容不同, 则以正本为准。

第三条 投保范围

- 一、 年龄在16周岁至60周岁, 身体健康, 能正常工作或劳动的正式在职员工, 可作为被保险人参加本附加合同。被保险人的配偶和子女, 经本公司审核同意, 可作为附属被保险人参加本附加合同。
- 二、 经被保险人同意, 被保险人所在单位可作为投保人。单位投保时, 其在职人员必须75%以上投保, 且符合投保条件的人数不低于5人。

第四条 保险责任

在本附加合同保险责任有效期内, 本公司承担以下保险责任:

被保险人因意外伤害或疾病, 并符合各省市城镇职工基本医疗保险办法和各省市城镇职工地方附加医疗保险办法(以上两种办法简称《基本医疗办法》)规定在指定医院(医院范围详见释义, 下同)门诊或住院治疗的, 若被保险人已投保本公司的个人名下的太平附加绿洲门诊团体医疗保险或太平附加绿洲住院团体医疗保险的保险责任之保险金额使用完毕, 经投保人申请, 本公司审核同意后, 本公司对被保险人发生的合理的由被保险人自负的医疗费用可按约定比例给付公共医疗保险金额。

本公司所给付公共医疗保险金以该被保险人的个人公共医疗保险金额为限, 累计给付达到其保险金额时, 该被保险人的保险责任终止。在本附加合同有效期内, 本公司给付的累计金额以投保人名下的公共保险金额为限。

第五条 责任免除

- 一、 因下列情形之一造成被保险人医疗费用支出的, 本公司不负给付保险金责任:
 - 1、 主合同责任免除条款所列情形;
 - 2、 任何职业病、先天性疾病、先天性畸形、变形或染色体异常;

- 3、 牙科疾病，但因意外所致的不受此限；
- 4、 被保险人在投保前已罹患的疾病或已出现的症状罹患的、目前尚未治愈的疾病；
- 5、 被保险人的一般健康检查或疗养、康复、以及以捐献身体器官为目的的医疗行为；
- 6、 各省市医疗保险管理部门规定的（含公费和劳保）不予结算的医疗费用或正在执行的自费项目和药品部分的费用；
- 7、 被保险人在非指定医院就诊发生的医疗费用；
- 8、 未超过主合同保险金额的医疗费用；
- 9、 被保险人支出的医疗费用中依法应由第三者赔偿的部分，但肇事者逃逸或无赔偿能力的除外。

二、无论前款何种情形发生而导致被保险人身故的，本附加合同对该被保险人的保险责任终止，本公司向投保人退还相应的现金价值。

三、受益人故意造成被保险人发生保险事故的，或者故意杀害被保险人未遂的，该受益人丧失受益权。

第六条 保险期间

本附加合同的保险期间为一年。

本公司对本附加合同应负的保险责任自投保人交付保险费，本公司同意承保并签发保险单的次日零时开始至期满日二十四时终止。

本附加合同期满后，本公司有权利对提出续保申请的合同重新审核，并做出合理调整。

第七条 指定医院

一、指定医院由投保人和本公司协商确定，并以书面形式载明于保险单或批注上。

二、若因指定医院条件限制需到非指定医院治疗者，必须经原治疗医院证明，并报本公司审核同意后方可进行。

三、若上述指定医院有不正当收费行为或违反当地政府医疗主管机构有关规定者，本公司有权取消该医院的指定医院资格并以书面通知投保人、被保险人。

第八条 保险金额和保险费

本附加合同的保险金额由投保人和本公司约定并于本附加合同中载明。

本附加合同的保险费由投保人和本公司根据自负比例、投保年龄、给付比例、免赔金额、最高限额共同协商确定，本附加合同的保险费由投保人在订立本附加合同时一次交清。

投保人再次投保本附加合同时，本公司有权根据各省市城镇职工基本医疗保险办法和各省市城镇职工地方附加医疗保险办法的修改调整保险费。

第九条 明确说明与如实告知

订立本附加合同时，本公司应向投保人说明本附加合同的内容。

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，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，本公司有权解除本附加合同。

如果投保人故意不履行如实告知义务，对于本附加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，对于本附加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。

本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。

第十条 受益人

本附加合同的受益人为被保险人本人。

第十一条 保险金的申请

由投保人作为申请人，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、保险单或其它保险凭证；
- 2、 受益人的有效身份证件；
- 3、 由本条款所载明的医院出具的出院小结、疾病诊断证明书、病理报告及医疗费原始收据；
- 4、 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。

第十二条 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，将在 5 个工作日内作出核定；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 个工作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。

第十三条 诉讼时效

人寿保险以外的其他保险的被保险人或者受益人，向本公司请求赔偿或者给付保险金的诉讼时效期间为二年，自其知道或者应当知道保险事故发生之日起计算。

人寿保险的被保险人或者受益人向本公司请求给付保险金的诉讼时效期间为五年，自其知道或者应当知道保险事故发生之日起计算。

第十四条 年龄错误

投保人在申请投保时，应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，如果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附加合同约定投保年龄限制的，在保险事故发生之前本公司有权解除合同，并向投保人退还相应的现金价值。
- 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。
- 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退还给投保人。

第十五条 投保人解除合同的手续及风险

一、投保人在本附加合同生效后，可以以书面形式通知本公司要求解除本附加合同。但已经发生保险金给付的，投保人不得要求解除本附加合同。要求解除本附加合同时投保人应提供下列文件和资料：

- 1、解除合同申请书；
- 2、本附加合同的原件及其它保险凭证；
- 3、本公司需要的其它有关文件和资料。

二、本附加合同自本公司接到解除合同申请书之日起终止。本公司于接到上述证明和资料之日起30日内以转帐方式退还保险单的现金价值。

三、投保人解除合同会遭受一定损失。

第十六条 争议处理

合同争议解决方式由本公司和投保人在合同中约定从下列两种方式中选择一种：

一、因履行本附加合同发生的争议，由当事人协商解决，协商不成的，提交本附加合同约定的仲裁委员会仲裁；

二、因履行本附加合同发生的争议，由当事人协商解决，协商不成的，依法向人民法院起诉。

第十七条 适用主合同条款

本附加合同未约定事项，以主合同为准；主合同与本附加合同相抵触的，以本附加合同为准。主合同效力终止，本附加合同效力亦同时终止；主合同无效，本附加合同亦无效。

第十八条 释义

- 附属被保险人：是指被保险人的配偶或出生满60天且已健康出院至22周岁的子女。
- 投保人：指已向各省市医疗保险管理机构办理社会医疗保险登记手续的投保团体。
- 被保险人：指本附加合同所附被保险人名册中所载人员。
- 指定医院：指在中国境内（不包括香港、澳门、台湾）按国家卫生部医院等级分类中的二级或二级以上公立医院或投保人与本公司协商共同指定的医院。
- 住院：是指被保险人由于疾病或意外伤害诊治需要，入住医院的正式病房，但不包括入住门诊观察室、家庭病床、其它非正式病房、挂床住院及不合理的住院。认定住院应满足以下主要特征：
(1)办理正式入院、出院手续，有专门的住院号
(2)有住院病历、医嘱等诊疗及检查记录
(3)二十四小时在正式病房内居住、诊治。
- 意外伤害：指遭受外来的、突发的、非本意的、非疾病的使身体受到伤害的客观事件。
- 保险事故：指本附加合同约定的保险责任范围内的事故。
- 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，即指扣除手续费后的保险费×未经过期间÷保险期间，未经过期间和保险期间以天数计算。

<本页内容结束>