

都邦财产保险股份有限公司

团体补充住院医疗保险条款

(保监会备案编号: 都邦[2009]N118 号)

总则

第一条 本保险合同(以下简称“本合同”)由保险条款、投保单、保险单、保险凭证以及批单等组成。凡涉及本合同的约定,均采用书面形式。

第二条 凡已参加当地社会基本医疗保险并按期足额交纳基本医疗保险费的团体可作为投保人。

第三条 投保人身体健康的员工可作为本合同的被保险人;非身体健康的员工,经保险人审核同意后,可以作为本合同的背包被保险人。

第四条 本合同补充住院医疗保险金的受益人为被保险人本人。

保险责任

第五条 本合同的保险责任包括基本部分和可选部分。投保人可只投保基本部分责任,也可以在投保基本部分责任同时加投可选部分责任,作为本合同项下的保险责任。

(一) 基本部分保险责任

被保险人在保险期间内所发生的符合当地社会基本医疗保险统筹基金(以下简称“统筹基金”)支付范围的医疗费用,保险人对于统筹基金起付标准之上、统筹基金费用限额之下的医疗费用中需要被保险人个人负担的部分,按投保人在投保时约定的赔付比例及免赔额给付基本医疗补充保险金。

(二) 可选部分保险责任

(1)被保险人在保险期间内所发生的符合当地统筹基金支付范围的医疗费用,对于统筹基金起付标准之下的医疗费用,保险人按约定的赔付比例及免赔额给付基本医疗起付标准之下补充保险金。

(2)被保险人在保险期间内所发生的符合当地统筹基金支付范围的医疗费用,对于统筹基金费用限额之上、大额医疗费用互助资金费用限额之下的医疗费用中需要被保险人个人负担的部分,保险人按约定的赔付比例及免赔额给付大额医疗补充保险金。

(3)被保险人在保险期间内所发生的符合当地统筹基金管理规定的医疗费用,如该笔医疗费用超过大额医疗费用互助资金费用限额,对于大额医疗费用互助资金费用限额之上、保险人约定的超高额医疗费用限额之下部分,保险人按约定的赔付比例及免赔额给付超高额医疗保险金。

(4)已经建立社会医疗大额门(急)诊互助资金的地区,被保险人在保险期间内发生的符合当地大额门(急)诊互助资金支付范围的门(急)诊医疗费用,对于大额门(急)诊互助资金起付标准之上、大额门(急)诊互助资金费用限额之下的门(急)诊医疗费用中需要被保险人个人

负担的部分，保险人按约定的赔付比例及免赔额给付大额门(急)诊补充保险金。

(5) 已经建立社会医疗大额门(急)诊互助资金的地区，被保险人在保险期间内发生的符合当地大额门(急)诊互助资金支付范围的门(急)诊医疗费用，对于大额门(急)诊互助资金起付标准之下、扣除投保人与保险人约定的免赔额后的门(急)诊医疗费用，保险人按约定的赔付比例给付大额门(急)诊起付标准之下补充保险金。

被保险人因患有列入当地统筹基金支付范围的“门诊特殊病”所发生的门(急)诊医疗费用，不在可选部分第(四)、(五)款保险责任范围之内。

(三) 上述统筹基金支付范围、大额门(急)诊互助资金支付范围、统筹基金起付标准、统筹基金费用限额、大额医疗费用互助资金费用限额、大额门(急)诊互助资金起付标准、大额门(急)诊互助资金费用限额等按当地现行《XX 市基本医疗保险规定》、《XX 市基本医疗保险用药报销目录》、《XX 市基本医疗保险诊疗项目报销目录》、《XX 市基本医疗保险医疗设施目录》及其它相关医疗保险管理规定执行。

(四) 如被保险人在保险期间所发生的本合同保险责任范围内的医疗费用，已经从社会医疗保险保障计划、其他商业医疗保险保障计划、单位报销或其他途径获得补偿或赔偿，保险人仅对剩余部分承担相应的保险责任。

责任免除

第六条 被保险人所发生的以下医疗费用，保险人不负给付保险金责任：

- (一) 当地社会基本医疗保险管理规定及其相关配套文件规定中不予支付的项目；
- (二) 当地社会基本医疗保险管理规定及其相关配套文件规定的统筹基金支付范围、门(急)诊支付范围、大额门(急)诊互助资金支付范围之外的医疗费用；
- (三) 当地社会基本医疗保险管理规定及其相关配套文件规定的自费部分医疗费用；
- (四) 被保险人在保险期间内所发生的本合同保险责任范围内的医疗费用，已经从社会医疗保险保障计划、其他商业医疗保险保障计划或其他途径获得补偿或赔偿的部分。

保险金额与保险费

第七条 本合同的保险金额由投保人和保险人约定，并在本合同中载明。一经确定，在该保单年度内不得变更。

第八条 本合同的保险费根据投保人与保险人约定的支付范围和支付比例确定，并在本合同中载明。保险费分为年缴、半年缴、季缴和月缴。

第九条 若投保人选择分期缴纳保险费，则投保人应在缴纳首期保险费后按保险单中所载明的缴费方式及日期缴纳其余各期保险费，若投保人未能按约定缴费日期缴纳分期保险费的，自约定缴费日次日起五个工作日为宽限期。宽限期内发生的保险事故，保险人负给付保险金责任，但赔偿时需扣除欠缴的保险费。

除另有约定外，投保人逾宽限期仍未缴付保险费的，则本合同自宽限期满的次日零时起效力中止。

第十条 自本合同效力中止日起一个月内，投保人申请恢复合同效力的，应填写复效申请书，并按保险人规定提供相关资料，经保险人同意后，双方达成复效协议，自投保人补交保险费的次日零时起，合同效力恢复。

自本合同效力中止日起一个月内双方未达成协议的，本合同自动终止。

保险期间

第十一条 本合同的保险期间为一年。自本合同约定的生效日零时起至约定的终止日二十四时止。

保险人义务

第十二条 本合同成立后，保险人应当及时向投保人签发保险单或其他保险凭证。

第十三条 保险人按照本合同的约定，认为被保险人提供的有关索赔的证明和资料不完整的，应当及时一次性通知投保人、被保险人补充提供。

第十四条 保险人收到被保险人的赔偿请求后，应当及时就是否属于保险责任作出核定，并将核定结果通知被保险人。情形复杂的，保险人在收到被保险人的赔偿请求后三十日内未能核定保险责任的，保险人与被保险人或受益人根据实际情形商议合理期间，保险人在商定的期间内作出核定结果并通知被保险人。对属于保险责任的，在与被保险人达成有关赔偿金额的协议后十日内，履行赔偿义务。

保险人依照前款的规定作出核定后，对不属于保险责任的，应当自作出核定之日起三日内向被保险人发出拒绝赔偿或者拒绝给付保险金通知书，并说明理由。

第十五条 保险人自收到赔偿的请求和有关证明、资料之日起六十日内，对其赔偿的数额不能确定的，应当根据已有证明和资料可以确定的数额先予支付；保险人最终确定赔偿的数额后，应当支付相应的差额。

投保人、被保险人义务

第十六条 订立本合同，保险人就被保险人的有关情况提出询问的，投保人应当如实告知。

投保人故意或者因重大过失未履行前款规定的义务，足以影响保险人决定是否同意承保或者提高保险费率的，保险人有权解除本合同或者取消该被保险人资格。

前款规定的合同解除权，自保险人知道有解除事由之日起，超过三十日不行使而消灭。

投保人故意不履行如实告知义务的，保险人对于合同解除前或取消该被保险人资格前发生的保险事故，不承担给付保险金责任，并不退还保险费。

投保人因重大过失未如实告知义务，对保险事故的发生有严重影响的，保险人对于合同解除前或取消该被保险人资格前发生的保险事故，不承担给付保险金责任，但应当退还保险费。

保险人在合同订立时已经知道投保人未如实告知的情况的，保险人不得解除本合同；发生保险事故的，保险人应当承担给付保险金责任。

第十七条 投保人新增加的员工参加当地社会基本医疗保险后，经保险人审核同意，该增加的员工可以作为被保险人参加本保险；保险人自其参加当地社会基本医疗保险之日起承

担保险责任，并收取相应的保险费。

投保人需要减少被保险人的，应书面通知保险人，保险人对该被保险人的保险责任自收到通知次日起终止。如投保人选择一次缴纳保险费且该被保险人尚未发生保险金给付的，保险人从本合同项下对该被保险人退还未满期保险费；但已发生保险金给付的，保险人不予退还。

在保险期间内，投保人因被保险人增减导致退休人员比例或人员年龄结构相对投保（或续保）时有变化的，保险人有权要求增加保险费。

第十八条 投保人通讯地址有变更时，应及时以书面形式通知保险人，投保人未以书面形式通知的，保险人将按本合同注明的最后通讯地址发送有关通知，并视为已送达投保人。

投保人发生人员增减、单位更名、账户等重要事项变更时，应及时以书面形式通知保险人。

第十九条 当被保险人所发生的医疗费用累计达到起付线的 80%时，投保人或被保险人应于知道时及时通知保险人。**投保人或被保险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，保险人对无法确定的部分，不承担给付保险金的责任，**但保险人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的除外。上述约定，不包括因不可抗力导致的迟延。

被保险人应在保险人或当地社会医疗保险管理机构指定或认可的医院就诊，若因急诊未在上述医院就诊，应及时通知保险人，并根据病情好转情况及时转入指定或认可的医院。若确需在非指定或认可的医院就诊的，应向保险人提出书面申请，保险人在接到申请后三日内给予答复，对于保险人同意在非指定或认可的医院就诊的，在此期间发生的医疗费用按本合同规定给付保险金。

保险金申请与给付

第二十条 由被保险人作为申请人于当次治疗结束后十日内填写保险金给付申请书，并凭下列证明和资料向保险人申请给付补充住院医疗保险金。否则，被保险人应承担由于通知迟延致使保险人增加的勘查、检验等项费用。但因不可抗力导致的迟延除外。

（一）被保险人的身份证明；

（二）二级以上（含二级）或保险人或当地社会医疗保险管理机构指定或认可的医院出具的入、出院证明；

（三）该保单年度内首次申请理赔时，申请人或投保人应提供保险人或当地社会医疗保险管理机构指定或认可的医院出具的被保险人该保单年度历次的医疗诊断书及医疗费用的原始凭证、病历；该保单年度内再次申请理赔时，则只须提供当次的医疗诊断书及医疗费用的原始凭证、病历；

（四）与确认保险事故的性质、原因等有关的其他证明和资料。

被保险人若已通过其它途径获得了部分住院医疗费用的补偿并无法提供医疗费用原始凭证时，需提供住院医疗费用凭证复印件等相关证明并注明已给付的比例和金额，加盖支付费用单位的印章后，保险人按本合同约定承担剩余部分住院医疗费用的保险责任。

第二十一条 被保险人向保险人请求给付保险金的诉讼时效期间为两年，自其知道或应当知道保险事故发生之日起计算。

争议处理和法律适用

第二十二条 因履行本合同发生的争议，由当事人协商解决。协商不成的，提交保险单载明的仲裁机构仲裁；保险单未载明仲裁机构或者争议发生后未达成仲裁协议的，依法向人民法院起诉。

第二十三条 与本合同有关的以及履行本合同产生的一切争议处理适用中华人民共和国法律（不包括港澳台地区法律）。

其他事项

第二十四条 在本合同有效期内，经投保人和保险人协商同意，可以变更本合同的有关内容。变更本合同的，应当由保险人在原保险单或者其它保险凭证上批注或者附贴批单，或者由投保人和保险人订立书面的变更协议。

第二十五条 投保人于本合同生效后，可以书面形式通知保险人要求解除本合同。要求解除本合同时，投保人应提供下列文件和资料：

- （一）解除合同申请书；
- （二）保险合同；
- （三）保险费收据；
- （四）投保人证明。

投保人要求解除合同的，本合同的保险责任自保险人收到投保人的解除合同申请书之日起终止。保险人于收到上述证明和资料三十日内，退还未满期保险费。

已领取保险金的，投保人不得解除本合同。

释义

一、保险人：指都邦财产保险股份有限公司。

二、投保人：指投保单位。

三、被保险人：指本合同所附被保险人名册中所载人员。

四、当地：指投保人参加的社会基本医疗保险所在地。

五、费用限额：指被保险人医疗费用支出额度；当地社会医疗保险没有规定费用限额，但明确规定支付限额的，费用限额根据支付限额和赔付比例确定。

六、大额医疗费用互助资金：指根据现行社会保障法律法规和行政政策的有关规定，通过社会统筹和个人缴纳相结合的方式建立的专项基金；用以按比例支付职工和退休人员在一個核算期间以内累积超过基本医疗保险统筹基金最高费用限额的医疗费用。无论大额医疗费用互助资金是由社会保险经办机构负责筹集、管理和使用，由商业保险公司负责筹集、管理和使用，还是二者合作负责筹集、管理和使用，大额医疗费用互助资金均属于社会保险的范畴。

七、大额门(急)诊互助资金：指根据现行社会保障法律法规和行政政策的有关规定，通过社会统筹和个人缴纳相结合的方式建立的专项基金；用以按比例支付职工和退休人员在

一个核算期间以内累积超过一定数额的门(急)诊医疗费用。无论大额门(急)诊互助资金是由社会保险经办机构负责筹集、管理和使用,由商业保险公司负责筹集、管理和使用,还是二者合作负责筹集、管理和使用,大额门(急)诊互助资金均属于社会保险的范畴。

八、不可抗力:是指不能预见、不能避免并不能克服的客观情况。

九、未到期保险费:计算公式为“保险费*[1-(保单已过天数/保险期间天数)]*(1-25%)”,经过天数不足一天的按一天计算。