

都邦财产保险股份有限公司

团体高额医疗费用保险条款

(保监会备案编号：都邦[2009]N122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 参加当地社会基本医疗保险的全体人员作为被保险人统一参加本保险。

第三条 机关、企事业单位等团体可作为投保人，为其在职人员向保险人投保本保险。投保人数必须达到在职人员总数的百分之七十五以上，且符合投保条件的人数不低于五人。

第四条 本合同的受益人为被保险人本人。

保险责任

第五条 在本合同保险期间内，被保险人因疾病或意外伤害事故导致的在住院期间发生的符合当地社会医疗保险管理规定的各项合理且必要的住院医疗费用（包括床位费、药费、治疗费、护理费、检查检验费、特殊检查治疗费和手术费），在保单年度内累计超过起付线时，保险人对超过起付线以上部分按80%给付住院医疗保险金，累计给付保险金以本合同约定的保险金额为限。

责任免除

第六条 对被保险人的下列住院医疗费用，保险人不负给付保险金责任：

- (一) 不属于当地正在执行的社会医疗保险规定范围内的住院医疗费用；
- (二) 保险单中特别约定除外的疾病所致的住院医疗费用；
- (三) 核辐射、核爆炸或核污染所致的住院医疗费用；
- (四) 战争、军事行动、暴乱或武装叛乱所致的住院医疗费用。

发生上述情形，被保险人身故的，本合同对该被保险人保险责任终止，保险人转账退还被保险人未到期保险费。

保险金额和保险费

第七条 本合同的保险金额根据不同的起付线和住院医疗费用限额分为若干档次（见附表），投保人可选择其中一档投保，一经确定，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档次确定并于本合同中载明。保险

费分为年缴、半年缴、季缴和月交缴。

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 投保人地址变更时，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地址发送有关通知并视为已送达投保人。

第十八条 当被保险人住院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指定或认可的医院就诊，若因急诊未在保险人指定或认可的医院就诊，应在五日内通知保险人，并根据病情好转情况及时转入保险人指定或认可的医院。若确需在非保险人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保险人指定或认可的医院就诊的，对此期间发生的住院医疗费用按本合同约定给付保险金。

保险金申请与给付

第十九条 被保险人该保单年度累计住院医疗费用超过起付线时，由被保险人作为申请人，于当次住院出院后十日内，凭下列证明和资料向保险人申请给付住院医疗保险金。

(一) 保险人指定或认可的医院出具的入、出院证明；

(二) 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住院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住院医疗费用的原始凭证、病历；

(三) 被保险人的身份证明；

(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，需提供相关证明并须在住院医疗费用凭证复印件上注明已给付的比例和金额，并加盖支付费用单位的印章，凭此复印件向保险人申请给付保险金，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

第二十一条 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。

第二十二条 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

第二十三条 在本合同保险期间内，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他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。

第二十四条 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、**起付线**：指投保人选择的，由保险人开始给付住院医疗费用的起点。

五、**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。

六、**保险人指定或认可的医院**：保险人认可的二级以上医院或投保人与保险人协商共同指定的医院或医疗机构，不包括主要作为诊所、康复、护理、休养、静养、戒酒、戒毒等或类似的医疗机构。该医院必须具有符合国家有关医院管理规则设置标准的医疗设备，且全天二十四小时有合格医师及护士驻院提供医疗及护理服务。

七、**住院**：指被保险人因疾病或意外伤害而入住医院之正式病房进行治疗，并正式办理入院手续，不包括入住门诊观察室、家庭病床及挂床住院。

八、**医疗费用**：指治疗疾病或损伤而发生的合理且必要的费用，包括床位费、药费、治疗费、护理费、检查检验费、特殊检查治疗费、手术费。除本合同另有约定外，按当地公费医疗或社会医疗保险标准执行。

九、床位费：指住院期间使用的医院床位（不包括观察病房之床位、陪人床、家庭病床）的费用。

十、药费：指按当地公费医疗或社会医疗保险制度规定的用药范围内的中、西药费用。

十一、治疗费：指以治疗疾病为目的，提供医学手段而发生的治疗者的技术劳务费和医疗器械使用费，以及消耗品的费用，包括注射费、机疗费、理疗费、输血费、输氧费、体外反搏费。

十二、护理费：指住院期间根据医嘱所示的护理等级确定的费用，包括消毒费、换药费、煎药费。

十三、检查检验费：指以诊断疾病为目的，采取必要的医学手段进行检查及检验而发生的医疗费用，包括医处费、诊查费、妇检费、X光费、心电图费、B超费、脑电图费、内窥镜费以及肺功能仪、血、尿、便常规检查和分子生化费。

十四、特殊检查治疗费：包括CT、ECT、彩超、活动平板、动态心电图、心电监护、PCR、体外碎石、高压氧、体外射频、核磁共振、血液透析等大型和高费用检查治疗项目费。

十五、手术：指被保险人因疾病或意外伤害住院后，为治疗疾病、挽救生命而施行的手术，不包括活检、穿刺、造影等创伤性检查以及康复性手术。

十六、手术费：指当地卫生行政部门规定的手术项目的费用。包括手术室费、麻醉费、手术监测费、手术辅助费、材料费、一次性用品费、术中用药费、手术设备费。

十七、住院医疗费用限额：指保险人可能受理的被保险人支出的合理且必要的最高住院医疗费用。

十八、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。