

太平洋健康保险股份有限公司

太保附加团体疾病医疗保险（互联网版）条款

阅读指引

本阅读指引有助于理解条款，对本附加险合同内容的解释以条款为准。



请扫描以查询验证条款



投保人拥有的重要权益

- ❖ 投保人有退保的权利.....1.9
- ❖ 本附加险合同提供的保障在保险责任条款中列明.....2.4



投保人应当特别注意的事项

- ❖ 退保会造成一定的损失，请慎重决策.....1.9
- ❖ 投保人有如实告知的义务.....1.12
- ❖ 本附加险合同保险期间最长不超过一年.....2.2
- ❖ 等待期内本公司承担的责任有所不同，请注意.....2.3、2.4
- ❖ 本附加险合同有免赔额和赔付比例的约定，请注意.....2.4
- ❖ 本附加险合同有费用补偿原则的约定，请注意.....2.5
- ❖ 本附加险合同有责任免除条款，请注意.....2.6、2.7
- ❖ 本公司对一些重要术语进行了解释并作了显著标识，请仔细阅读并注意。



保险条款是保险合同的重要内容，为充分保障投保人的权益，请仔细阅读本附加险条款。



条款目录

1. 基本条款

- 1.1 合同订立
- 1.2 合同构成
- 1.3 合同成立与生效
- 1.4 投保范围
- 1.5 年龄错误
- 1.6 被保险人的变动
- 1.7 保险费的支付
- 1.8 危急重病及转院

1.9 投保人解除合同的手续及风险

- 1.10 未还款项
- 1.11 合同效力的终止
- 1.12 适用主险合同条款

2. 保险保障条款

- 2.1 保险金额
- 2.2 保险期间
- 2.3 等待期
- 2.4 保险责任

2.5 费用补偿原则

- 2.6 责任免除
- 2.7 其他责任免除

3. 健康管理服务条款

- 3.1 健康管理服务

4. 理赔服务条款

- 4.1 受益人
- 4.2 保险金申请
- 4.3 保险金给付
- 4.4 诉讼时效

太平洋健康保险股份有限公司

太保附加团体疾病医疗保险（互联网版）条款

“太保附加团体疾病医疗保险（互联网版）”简称“附加团体疾病医疗（互联网）”。在本附加险条款中，“本公司”指太平洋健康保险股份有限公司，“本附加险合同”指投保人与本公司之间订立的“太保附加团体疾病医疗保险（互联网版）合同”。

1. 基本条款

- 1.1 合同订立 本附加险合同由主保险合同（以下简称“主险合同”）的投保人提出申请，经本公司同意而订立。
- 1.2 合同构成 本附加险合同是投保人与本公司约定保险权利义务关系的协议，包括本附加险条款、保险单及其他保险凭证、投保单及其他投保文件、合法有效的声明、批注、批单及其他本公司与投保人共同认可的书面协议。
- 1.3 合同成立与生效 本附加险合同需附加于主险合同上方可生效。投保人提出保险申请、本公司同意承保，本附加险合同成立。
主险合同效力终止，本附加险合同效力一并终止；主险合同无效，本附加险合同一并无效。
除另有约定外，主险合同与本附加险合同不一致的，以本附加险合同为准。
本附加险合同未约定而主险合同有约定的事项，以主险合同的约定为准。
本附加险合同的生效日与主险合同相同。本附加险合同生效日期在保险单上载明。
- 1.4 投保范围 投保人可为其特定团体成员投保本附加险。
除另有约定外，成员的配偶、子女可作为连带被保险人随成员参保。投保时，参保的人员须符合法律及监管规定的要求和本公司当时规定的条件。除特别指明外，本附加险合同所述被保险人均包含连带被保险人。
- 1.5 年龄错误 被保险人的年龄以周岁¹计算。投保人在申请投保时，应将与有效身份证件²相符的被保险人的真实年龄在被保险人名册上填明，如果发生错误按照下列方式办理：
(1) 投保人提供的被保险人年龄不真实，并且其真实年龄不符合本附加险合同约定投保年龄限制的，本公司有权解除合同或终止对该被保险人的保险责任，并向投保人退还相应的现金价值³。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。
(2) 投保人提供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，

¹周岁：指按有效身份证件中记载的出生日期计算的年龄，自出生之日起为零周岁，每经过一年增加一岁，不足一年的不计。

²有效身份证件：指由政府主管部门规定的证明其身份的证件，如：居民身份证、按规定可使用的有效护照、军官证、警官证、士兵证、户口簿等证件。

³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。除另有约定外，现金价值=当期保险费×75%×(1-n/m)，其中 n 为当期保险费所属期间已经过的天数，m 为当期保险费所属期间的天数。

趸交（即一次性支付全部保险费）方式下当期保险费所属期间为 1 年，双方对保险期间另有约定的，当期保险费所属期间以约定的保险期间为准。

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) 投保人提供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。

(4) 投保人提供的被保险人年龄不真实，致使本附加险合同保险单的现金价值与实际不符的，本公司有权根据被保险人的实际年龄调整。

1.6 被保险人的变动

若投保人需要增加或减少被保险人，应书面通知本公司。

对于要求增加被保险人的，除另有约定外，自本公司审核同意并收到相应的保险费的次日零时起，开始对新增的被保险人承担保险责任。等待期（详见本附加险条款“2.3 等待期”）自本公司开始对新增的被保险人承担保险责任之日起算。

对于要求减少被保险人的，除另有约定外，本公司对退出本附加险的被保险人所负的保险责任自通知到达本公司时终止，本公司按约定退还该被保险人相应的现金价值。

对于保险期间内已发生过保险金给付的被保险人，除另有约定外，本公司不退还该被保险人相应的现金价值。

投保人的团体成员退出本附加险的，随其参保的连带被保险人也同时退出本附加险。

本附加险合同被保险人的人数或参保比例不符合本公司当时规定的投保条件时，本公司有权解除合同，并按约定退还相应的现金价值。

1.7 保险费的支付

本附加险合同保险费根据投保年龄、约定的免赔额、赔付比例、保险金额、被保险人是否参加**公费医疗⁴**或**基本医疗保险⁵**等情况而确定。
本附加险合同的交费方式由投保人和本公司约定，并在保险单上载明。

1.8 急危重病及转院

急危重病指疾病病程短、病情相对严重（特别是严重急性病或外伤），需要短期治疗的疾病。急、危重病人就诊不受本公司**指定医疗机构⁶**范围的限制，但经急救**病情稳定⁷**后，须转入本公司指定医疗机构普通部（除另有约定外，不包括**特需医疗部、国际医疗部、外宾医疗部、VIP部、干部病房⁸**）治疗，否则，本公司对被保险人在本公司指定医疗机构范围外的其他医疗机构发生的各项医疗费用不承担保险责任。

1.9 投保人解除合同的手续及风险

如投保人申请解除本附加险合同，请填写解除合同申请书并向本公司提供下列资料：

⁴**公费医疗**：指国家通过医疗卫生部门向享受人员提供的制度规定范围内的免费医疗及预防服务，是国家为保障享受人员身体健康而设立的一种社会保障制度。

⁵**基本医疗保险**：指政府举办的基本医疗保障项目，包括城镇职工基本医疗保险、城镇居民基本医疗保险、新型农村合作医疗等。

⁶**指定医疗机构**：除另有约定外，指中国境内（出于本附加险合同之目的，不含香港特别行政区、澳门特别行政区和台湾地区）经中华人民共和国卫生行政部门正式评定的二级以上（含二级）公立医院，该医院必须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。不包括疗养院、护理院、康复中心（康复医院），精神心理治疗中心以及无相应医护人员或设备的二级或二级以上的联合医院或联合病房。

⁷**病情稳定**：指生命体征（心率、呼吸、血压）平稳，转院不致引起病情加重或有生命危险的情况。

⁸**特需医疗部、国际医疗部、外宾医疗部、VIP部、干部病房**：指设立于属事业单位编制的公立医院中，医疗费收费主体为属事业单位编制的公立医院，且产生的医疗费用满足以下条件之一的诊疗部门：(1)在医疗费票据或清单中明确属特需医疗，如包含“特需”、“特需部”、“特需医疗”、“特需门诊”、“特需病房”、“特需床位”、“VIP”、“国际部”、“国际医疗”、“外宾”、“干部病房”等表述；(2)虽然未明确属特需医疗，但相关医疗费用与当地发改委、物价局等医疗服务价格管理部门发布的公立医院医疗服务价格相比有明显升高且部分或全部应当可以经基本医疗保险结算的医疗费项目因医院的原因无法经基本医疗保险结算。

险	(1) 本附加险合同； (2) 投保人有效身份证明； (3) 其他相关证明文件。 自本公司收到解除合同申请书时起，本附加险合同终止。本公司自收到解除合同申请书之日起 30 日内向投保人退还保险单的现金价值。对于保险年度内已发生过保险金给付的被保险人，本公司不退还该被保险人对应的现金价值。 投保人解除合同会遭受一定损失。
1.10 未还款项	本公司在退还保险单的现金价值或退还保险费时，如果投保人有欠交的保险费、其他未还款项及相应的利息，本公司会在扣除上述欠款后给付或退还。
1.11 合同效力的终止	发生下列情形之一时，本附加险合同效力终止： (1) 主险合同终止； (2) 投保人向本公司申请解除本附加险合同； (3) 本附加险合同保险期间届满； (4) 因本附加险合同条款所列的其他约定而效力终止。
1.12 适用主险合同条款	下列事项适用主险合同条款： (1) 保险事故通知； (2) 明确说明与如实告知； (3) 本公司合同解除权的限制； (4) 职业或工种确定与变更； (5) 合同内容变更； (6) 联系方式变更； (7) 争议处理。
2. 保险保障条款	
2.1 保险金额	本附加险合同保险金额由投保人在投保时与本公司约定，并在保险单上载明。
2.2 保险期间	本附加险合同保险期间与主险合同一致，以保险单载明的起讫时间为准，最长不超过 1 年。
2.3 等待期	投保人为某一被保险人提出投保申请，且经本公司同意的，除另有约定外，自对该被保险人保险期间开始日起 30 日内（含第 30 日）为等待期。 若被保险人在等待期内因意外伤害⁹以外的原因发生疾病，无论对该疾病的治疗发生在等待期内或等待期后，本公司均不承担任何给付保险金责任。 投保人在本附加险合同保险期间届满后 30 日内为同一被保险人提出重新投保申请且经本公司同意的，不受等待期的限制。
2.4 保险责任	除另有约定外，投保人投保的保险责任必须包含住院医疗保险责任，投保人可以选择投保门（急）诊医疗保险责任，选定的保险责任将在保险单上载明。 对于本附加险合同住院医疗保险金责任和门（急）诊医疗保险金责任，投保人可根据自身的保障需求选择以下三种投保组合中的一个组合投保，具体组合规则如下：

⁹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。

组合	住院医疗保险金	门（急）诊医疗保险金	门（急）诊医疗保险金或住院医疗保险金
组合一	包含	不包含	不包含
组合二	包含	包含	不包含
组合三	不包含	不包含	包含

在本附加险合同保险期间内，且在主险合同和本附加险合同均有效的前提下，本公司根据投保人和本公司在投保时的约定承担下列一项或多项保险责任：

2.4.1 住院医疗保险金

若被保险人在等待期后因意外伤害以外的原因发生疾病，在本公司指定医疗机构普通部普通病房（含重症监护室病房¹⁰；除另有约定外，不包括特需医疗部、国际医疗部、外宾医疗部、VIP部、干部病房）进行住院¹¹治疗，本公司以该被保险人对应的保险金额为限，按以下公式计算并给付住院医疗保险金：
住院医疗保险金=（被保险人发生的符合当地政府基本医疗保险管理规定范围内合理且必要¹²的床位费¹³、医生费¹⁴、治疗费¹⁵、检查费¹⁶、手术费¹⁷、药品费¹⁸、材料费¹⁹、护理费²⁰等医疗费用的金额总和-被保险人从公费医疗、基本医疗保险、城乡居民大病保险²¹取得的医疗费用补偿金额总和-被保险人从工作

¹⁰**重症监护室病房**：重症监护室病房的护理人员多于病人，并配有全套的生命体征监测维护设施，相对封闭管理，符合重症监护室（ICU）、心血管内科重症监护室（CCU）标准的单人或多人监护病房。重症监护病房也包括其设施的全面性不低于上述设施的冠心病监护病房。

¹¹**住院**：指被保险人入住医院之正式病房进行治疗，并正式办理入院手续，但不包括下列情况：（1）被保险人入住急诊观察室、家庭病床、联合病房；（2）被保险人入住康复病房（康复科）或接受康复治疗；（3）被保险人住院过程中1日内未接受与入院诊断相关的检查和治疗，或1日内住院不满24小时，但遵医嘱到外院接受临时诊疗的除外；（4）挂床住院及其他不合理的住院。挂床住院指办理正式住院手续的被保险人，在住院期间每日非24小时在院。具体表现包括在住院期间连续若干日无任何治疗，只发生护理费、床位费等情况。被保险人在日间病房进行治疗的视为住院。日间病房治疗指下列两种情况之一：（1）有入住日间病房收入院的正式手续，被保险人在医院专设的日间病房部进行护理并使用床位但不过夜；（2）由于使用专科医疗设施的治疗部门需要持续监控，被保险人需占用医院病床治疗但不过夜。

¹²**合理且必要**：指被保险人在指定医疗机构发生的各项医疗费用应符合下列所有条件：（1）治疗当前疾病所需药品符合所在国家或当地药品监督管理部门批准的药品说明书中所列明的适应症及用法用量；（2）由医师开具的处方药或医嘱；（3）非试验性的、研究性的项目；（4）与接受治疗当地普遍接受的医疗专业实践标准一致的项目。本公司根据客观、审慎、合理的原则核定是否符合上述条件，若被保险人对核定结果有不同意见，可委托双方认可的权威医学机构或者权威医学专家进行审核鉴定。

¹³**床位费**：指住院治疗期间发生的指定医疗机构普通病房（含重症监护室病房）住院床位费。

¹⁴**医生费**：指由医生所实施的病情咨询及检查、各种器械或仪器检查、诊断、治疗方案拟订等各项医疗服务所收取的费用（门诊治疗还包括普通门诊诊查费、专家门诊诊查费、急诊诊查费、门急诊留观诊查费）。

¹⁵**治疗费**：指治疗期间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。包括血管（内、外）介入治疗、放射治疗、物理治疗和康复、一般治疗（包括护理费、抢救费、氧气吸入、注射、清创缝合、换药、雾化吸入、鼻饲管置管、胃肠减压、洗胃、物理降温、坐浴、冷热湿敷、引流管冲洗、灌肠、导尿、肛管排气）、输血和血浆等。

¹⁶**检查费**：指治疗期间发生的检查检验费和特殊检查治疗费。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、肺功能仪费、分子生化费和血、尿、便常规检查费。特殊检查治疗费指CT、ECT、彩超、活动平板、动态心电图、心电监护、介入治疗、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。

¹⁷**手术费**：指治疗期间发生的有关手术项目的费用，包括手术费、麻醉费、手术监测费、手术辅助费、术中用药费、手术设备费。

¹⁸**药品费**：指治疗期间根据医师开具的处方所发生的西药、中成药和中草药的费用。但不包括下列药品：（1）主要起营养滋补作用的中草药类：花旗参、冬虫夏草、西红花、灵芝、白多糖、朝鲜红参、红参、野山参、移山参、蛤蚧、琥珀、珊瑚、玳瑁、玛瑙、珍珠（粉）、阿胶、阿胶珠、血宝胶囊、红桃K口服液、十全大补丸、十全大补膏、膏方等；（2）可以入药的动物及动物脏器：如狗宝、牛黄、麝香、马宝、羚羊角尖粉、鹿茸、海马、胎盘、血竭、尾、筋、骨等，用中药材和中药饮片炮制的各类酒制剂等；（3）美容和减肥药品，包括奥利司他、芬氟拉明、阿米雷斯、祛痤疮胶囊、痘清胶囊、养颜胶囊、美容口服液、美容片、蜂胶胶囊、羊胎素、龟苓膏、鹿胎粉、珍珠粉、芦荟、大豆异黄酮、葡萄籽胶囊、减肥茶、减肥胶囊、苗条素、低聚糖肉碱、左旋肉碱银杏胶囊、亚油酸软胶囊等。

¹⁹**材料费**：指治疗期间发生医用耗材的费用。

²⁰**护理费**：指治疗期间发生的根据医嘱所示的护理等级确定的费用。

²¹**城乡居民大病保险**：指为提高城乡居民医疗保障水平，在基本医疗保障的基础上，对城乡居民患大病发生的高额医疗费用给予进一步保障的一项制度性安排。

单位、本公司在内的商业保险机构等任何其他途径取得的医疗费用补偿金额总和-免赔额²²余额)×赔付比例。

上述免赔额、赔付比例由投保人和本公司在投保时约定。若保障范围覆盖当地政府基本医疗保险管理规定范围以外的合理且必要的医疗费用，投保人需与本公司在投保时约定。

被保险人在保险期间内住院治疗，至保险期间届满住院治疗仍未结束的，本公司继续承担上述保险责任至住院结束，但最长不超过保险期间届满之日起第30日(含)。

在任何情况下，本公司在保险期间内对同一被保险人一次或多次累计给付的住院医疗保险金以该被保险人对应的保险金额为限。当一次或累计给付的住院医疗保险金达到该被保险人对应的保险金额时，本公司对该被保险人给付住院医疗保险金的保险责任即时终止。

2.4.2 门(急)诊医疗保险金

若被保险人在等待期后因意外伤害以外的原因发生疾病，在本公司指定医疗机构普通门诊或急诊部(除另有约定外，不包括特需医疗部、国际医疗部、外宾医疗部、VIP部、干部病房)进行门(急)诊治疗，本公司以每次门(急)诊²³给付限额及该被保险人对应的保险金额为限，按以下公式计算并给付门(急)诊医疗保险金：

门(急)诊医疗保险金=(被保险人发生的符合当地政府基本医疗保险管理规定范围内合理且必要的挂号费²⁴、医生费、治疗费、检查费、手术费、药品费、材料费、护理费等医疗费用的金额总和-被保险人从公费医疗、基本医疗保险、城乡居民大病保险取得的医疗费用补偿金额总和-被保险人从工作单位、本公司在内的商业保险机构等任何其他途径取得的医疗费用补偿金额总和-免赔额余额)×赔付比例。

上述每次门(急)诊给付限额、免赔额、赔付比例由投保人和本公司在投保时约定。若保障范围覆盖当地政府基本医疗保险管理规定范围以外的合理且必要的医疗费用，投保人需与本公司在投保时约定。

在任何情况下，本公司在保险期间内对同一被保险人一次或多次累计给付的门(急)诊医疗保险金以该被保险人对应的保险金额为限。当一次或累计给付的门(急)诊医疗保险金达到该被保险人对应的保险金额时，本公司对该被保险人给付门(急)诊医疗保险金的保险责任即时终止。

2.4.3 门(急)诊医疗保险金或住院医疗保险金

若被保险人在等待期后因意外伤害以外的原因发生疾病，在本公司指定医疗机构普通门诊或急诊部(除另有约定外，不包括特需医疗部、国际医疗部、外宾医疗部、VIP部、干部病房)进行门(急)诊治疗，本公司以每次门(急)诊给付限额及该被保险人对应的保险金额为限，按以下公式计算并给付门(急)诊医疗保险金：

门(急)诊医疗保险金=(被保险人发生的符合当地政府基本医疗保险管理规定范围内合理且必要的挂号费、医生费、治疗费、检查费、手术费、药品费、

²²免赔额：指被保险人实际发生的、符合所投保责任所约定的医疗费用，被保险人在保险期间内需自行承担、本附加险合同不予赔偿的部分。被保险人通过公费医疗、基本医疗保险和城乡居民大病保险获得的医疗费用补偿，不可用于抵扣免赔额。在保险期间内免赔额经抵扣过后剩余的金额为免赔额余额，且免赔额余额≥0。本合同的具体免赔额根据投保人与本公司在投保时的约定确定，并在保险单上载明。

²³每次门(急)诊：指被保险人一日内(0时至24时)在同一所医院同一科室就诊的门(急)诊。

²⁴挂号费：指为患者提供门急诊候诊服务所收取的费用。

材料费、护理费等医疗费用的金额总和-被保险人从公费医疗、基本医疗保险、城乡居民大病保险取得的医疗费用补偿金额总和-被保险人从工作单位、本公司在内的商业保险机构等任何其他途径取得的医疗费用补偿金额总和-免赔额余额)×赔付比例。

上述每次门(急)诊给付限额、免赔额、赔付比例由投保人和本公司在投保时约定。若保障范围覆盖当地政府基本医疗保险管理规定范围以外的合理且必要的医疗费用,投保人需与本公司在投保时约定。

若被保险人在等待期后因意外伤害以外的原因发生疾病,在本公司指定医疗机构普通部普通病房(含重症监护室病房;除另有约定外,不包括特需医疗部、国际医疗部、外宾医疗部、VIP部、干部病房)进行住院治疗,本公司以该被保险人对应的保险金额为限,按以下公式计算并给付住院医疗保险金:住院医疗保险金=(被保险人发生的符合当地政府基本医疗保险管理规定范围内合理且必要的床位费、医生费、治疗费、检查费、手术费、药品费、材料费、护理费等医疗费用的金额总和-被保险人从公费医疗、基本医疗保险、城乡居民大病保险取得的医疗费用补偿金额总和-被保险人从工作单位、本公司在内的商业保险机构等任何其他途径取得的医疗费用补偿金额总和-免赔额余额)×赔付比例。

上述免赔额、赔付比例由投保人和本公司在投保时约定。若保障范围覆盖当地政府基本医疗保险管理规定范围以外的合理且必要的医疗费用,投保人需与本公司在投保时约定。

被保险人在保险期间内住院治疗,至保险期间届满住院治疗仍未结束的,本公司继续承担上述保险责任至住院结束,但最长不超过保险期间届满之日起第30日(含)。

在任何情况下,本公司在保险期间内对同一被保险人一次或多次累计给付的门(急)诊医疗保险金和住院医疗保险金以该被保险人对应的保险金额为限。当一次或累计给付的门(急)诊医疗保险金和住院医疗保险金达到该被保险人对应的保险金额时,本公司对该被保险人的保险责任即时终止。

2.5 费用补偿原则 本附加险属于费用补偿型医疗保险,若被保险人已从公费医疗、基本医疗保险、城乡居民大病保险或被保险人工作单位、本公司在内的商业保险机构等任何途径取得医疗费用补偿或赔偿的,本公司将按投保时的约定计算并在各项责任给付限额内给付保险金,且最高给付金额不超过被保险人实际发生的医疗费用扣除其所获医疗费用补偿后的余额。

2.6 责任免除 对下列费用,或因下列情形之一导致被保险人发生门(急)诊或住院治疗的,本公司不负给付保险金的责任:

- (1)主险合同列明的“责任免除”事项;
- (2)被保险人醉酒²⁵,斗殴²⁶,服用、吸食或注射毒品²⁷;
- (3)被保险人感染艾滋病病毒或患艾滋病²⁸;

²⁵醉酒:指因饮酒而表现出动作不协调、意识紊乱、舌重口吃或其他不能清醒地控制自己行为的状态。醉酒的认定,如有司法机关、公安部门的有关法律文件、医院的诊断书等,则以上述法律文件、诊断书等为准。

²⁶斗殴:指双方或多方通过拳脚、器械等武力以求制胜的行为。斗殴的认定,如有司法机关、公安部门的有关法律文件,则以上述法律文件为准。

²⁷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,但不包括由医生开具并遵医嘱使用的用于治疗疾病但含有毒品成分的处方药品。

(4) 被保险人未遵医嘱,私自使用药物,但按使用说明的规定使用非处方药²⁹的除外;

(5) 被保险人患有先天性畸形、变形或染色体异常³⁰、遗传性疾病³¹、职业病³²;

(6) 在本合同生效日之前被保险人已患且已知晓的疾病,但双方另有约定或投保时告知并经本公司书面同意承保的除外;

(7) 被保险人在等待期内发生的疾病;

(8) 用于矫形、整容、美容、心理咨询、器官移植,或修复、安装、购买残疾用具(如轮椅、假肢、助听器、假眼、配镜等)的费用;

(9) 被保险人体检、疗养、康复治疗;

(10) 被保险人怀孕、流产、堕胎、分娩(含剖宫产)、避孕、节育绝育手术、治疗不孕不育症、产前产后检查,或由前述情形导致的并发症,但宫外孕、意外伤害所致的流产或分娩除外;

(11) 被保险人在本公司指定医疗机构的高端门诊(包括特需门诊、国际部门诊、外宾门诊、VIP 门诊等)或高端病房(包括特需病房、国际部病房、外宾病房、VIP 病房、干部病房等)发生的医疗费用,或在非本公司指定医疗机构发生的医疗费用,但本附加险条款另有约定的除外;

(12) 被保险人支出的医疗费用中已由第三者补偿或赔偿的部分。

发生主险合同责任免除条款约定的“投保人对被保险人的故意杀害、故意伤害”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,并向该被保险人的继承人退还该被保险人对应的现金价值;

发生上述其他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,并向投保人退还该被保险人对应的现金价值。

- 2.7 其他责任免除 除本附加险条款“2.6 责任免除”外,本附加险合同还有一些免除本公司责任的条款,详见本附加险条款“1.5 年龄错误”、“1.12 适用主险合同条款”、“2.3 等待期”、“2.4 保险责任”和脚注中背景突出显示的内容。

3. 健康管理服务条款

- 3.1 健康管理服务 在本附加险合同保险期间内,本公司可以为被保险人提供如下一种或多种健康管理服务,包括健康体检、健康咨询、健康促进、疾病预防、慢病管理、就医服务、康复护理。

健康管理服务的具体项目由投保人与本公司在投保时进行约定,并在保险单上载明。健康管理服务的详细内容及次数限制详见服务手册。

4. 理赔服务条款

²⁸感染艾滋病病毒或患艾滋病: 艾滋病病毒指人类免疫缺陷病毒,英文缩写为 HIV。艾滋病指人类免疫缺陷病毒引起的获得性免疫缺陷综合征,英文缩写为 AIDS。在人体血液或其他样本中检测到艾滋病病毒或其抗体呈阳性,没有出现临床症状或体征的,为感染艾滋病病毒;如果同时出现了明显临床症状或体征的,为患艾滋病。

²⁹非处方药: 指由国务院药品监督管理部门公布的,不需要凭执业医师和执业助理医师处方,消费者可以自行判断、购买和使用的药品。

³⁰先天性畸形、变形或染色体异常: 指被保险人出生时就具有的畸形、变形或染色体异常。先天性畸形、变形和染色体异常依照世界卫生组织《疾病和有关健康问题的国际统计分类》第十次修订版(ICD-10)确定。ICD-10 指《疾病和有关健康问题的国际统计分类》第十次修订版(ICD-10),是世界卫生组织(WHO)发布的国际通用的疾病分类方法。

³¹遗传性疾病: 指生殖细胞或受精卵的遗传物质(染色体和基因)发生突变或畸变所引起的疾病,通常具有由亲代传至后代的垂直传递的特征,以世界卫生组织颁布的《疾病和有关健康问题的国际统计分类(ICD-10)》为准。

³²职业病: 指在生产环境或劳动过程中,一种或几种对健康有害的因素引起的疾病。对健康有害的因素称为职业性危害。职业病的范围以保险事故发生时国家正式颁布的种类为准。

- 4.1 受益人 除另有指定外，本附加险合同各项医疗保险金的受益人均为被保险人本人。
- 4.2 保险金申请 申请保险金时，申请人须填写保险金给付申请书，并须提供下列证明和资料：
- (1) 保险合同或其他保险凭证；
 - (2) 申请人的有效身份证件；
 - (3) 本公司指定医疗机构出具的附有病理检查、化验检查及其他医疗仪器检查报告的医疗诊断证明、病历及住院医疗费用的原始凭证、结算明细表和处方；
 - (4) 所能提供的与确认保险事故的性质、原因、伤害程度等有关的其他证明和资料。
- 以上保险金申请的证明和资料不完整的，本公司将在 2 个工作日内一次性通知申请人补充提供有关证明和资料。
- 4.3 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完整的证明和资料后，将在 5 个工作日内作出核定，并于作出核定后 1 个工作日内通知申请人；**情形复杂³⁹**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。前述“损失”是指根据中国人民银行公布的同时期的人民币活期存款基准利率计算的利息损失。
- 对不属于保险责任的，本公司自作出核定之日起 1 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。
- 4.4 诉讼时效 受益人向本公司请求给付保险金的诉讼时效期间为 2 年，自其知道或应当知道保险事故发生之日起计算。

³⁹**情形复杂：**指保险事故的性质、原因、伤害或损失程度等在本公司收到保险金给付申请书及合同约定的证明和资料后 5 个工作日内无法确定，需要进一步核实。