

# 太平洋健康保险股份有限公司 太保附加团体公共保额医疗保险（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.....2.3



### 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
- ❖ 本附加险合同有免赔额和赔付比例的约定，请注意.....2.3
- ❖ 本附加险合同有费用补偿原则的约定，请注意.....2.4
- ❖ 本附加险合同有责任免除条款，请注意.....2.5、2.6
- ❖ 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 急危重病及转院

#### 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 保险责任

#### 2.4 费用补偿原则

- 2.5 责任免除
- 2.6 其他责任免除

#### 3. 理赔服务条款

- 3.1 受益人
- 3.2 保险金申请
- 3.3 保险金给付
- 3.4 诉讼时效

# 太平洋健康保险股份有限公司

## 太保附加团体公共保额医疗保险（互联网版）条款

“太保附加团体公共保额医疗保险（互联网版）”简称“附加团体公共保额（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“太保附加团体公共保额医疗保险合同（互联网版）”。“关联保险合同”指投保人与本公司之间订立的、与本附加险合同相关联的、作为本附加险合同责任计算基础的其他费用补偿型医疗保险合同。

### 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<sup>1</sup>计算。投保人在申请投保时，应将与有效身份证件<sup>2</sup>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<sup>3</sup>。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

<sup>1</sup>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。

<sup>2</sup>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。

<sup>3</sup>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。

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。本附加险合同等待期随关联保险合同的等待期，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约定的公共保额、约定的赔付比例、被保险人是否参加公费医疗<sup>4</sup>或基本医疗保险<sup>5</sup>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<sup>6</sup>范围的限制，但经急救病情稳定<sup>7</sup>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<sup>8</sup>）治疗，否则，本公司对被保险人于病情稳定后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

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

<sup>4</sup>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。

<sup>5</sup>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。

<sup>6</sup>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。

<sup>7</sup>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。

<sup>8</sup>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。

|               |                                                                                                                                                                                                                |
|---------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 同的手续及风险       | <p>列资料：</p> <p>(1) 本附加险合同；</p> <p>(2) 投保人有效身份证明；</p> <p>(3) 其他相关证明文件。</p> <p>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。<b>投保人解除合同会遭受一定损失。</b></p> |
| 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  | <p>发生下列情形之一时，本附加险合同效力终止：</p> <p>(1) 主险合同终止；</p> <p>(2) 关联保险合同终止；</p> <p>(3) 投保人向本公司申请解除本附加险合同；</p> <p>(4) 本附加险合同保险期间届满；</p> <p>(5) 因本附加险合同条款所列的其他约定而效力终止。</p>                                                  |
| 1.12 适用主险合同条款 | <p>下列事项适用主险合同条款：</p> <p>(1) 保险事故通知；</p> <p>(2) 明确说明与如实告知；</p> <p>(3) 本公司合同解除权的限制；</p> <p>(4) 职业或工种的确立与变更；</p> <p>(5) 合同内容变更；</p> <p>(6) 联系方式变更；</p> <p>(7) 争议处理。</p>                                           |

## 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 保险责任  | 在本附加险合同保险期间内，且在主险合同、关联保险合同和本附加险合同均有效的前提下，本公司承担下列保险责任：                                                                                                                                                                                                               |
| 公共保额医疗保险金 | <p>若被保险人实际支出的符合关联保险合同约定的各项医疗费用的金额总和，按照关联保险合同的约定计算应当给付的保险金，如超出关联保险合同约定的该被保险人对应的保险金额，对于超出部分，本公司以该被保险人对应的公共保额个人使用限额为限，按如下公式计算公共保额医疗保险金：公共保额医疗保险金=〔（被保险人实际支出的符合关联保险合同约定的各项医疗费用的金额总和-被保险人从公费医疗、基本医疗保险、<b>城乡居民大病保险</b><sup>9</sup>取得的医疗费用的金额总和-被保险人从工作单位、本公司在内的商业保险机构</p> |

<sup>9</sup>**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。

等任何其他途径取得的医疗费用补偿金额总和-关联保险合同约定的免赔额<sup>10</sup>余额)×关联保险合同约定的赔付比例-关联保险合同约定的该被保险人对应的保险金额}×本附加险合同约定的赔付比例。

上述公共保额个人使用限额、免赔额、赔付比例由投保人和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公共保额医疗保险金以该被保险人对应的公共保额个人使用限额为限。当一次或累计给付的公共保额医疗保险金达到该被保险人对应的公共保额个人使用限额时，本公司对该被保险人给付公共保额医疗保险金的保险责任即时终止。

在任何情况下，本公司在保险期间内对同一团体一次或多次累计给付的公共保额医疗保险金以该团体对应的公共保额为限。当一次或累计给付的公共保额医疗保险金达到该团体对应的公共保额时，本附加险合同即时终止。

- 2.4

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。
- 2.5

责任免除

本附加险合同的责任免除条款与关联保险合同的责任免除条款保持一致。
- 2.6

其他责任免除

除本附加险条款“2.5 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 保险责任”和脚注中背景突出显示的内容。

3. 理赔服务条款

- 3.1

受益人

除另有指定外，本附加险合同保险金的受益人为被保险人本人。
- 3.2

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。
- 3.3

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<sup>11</sup>

<sup>10</sup>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。本附加险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。

<sup>11</sup>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

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。

### 3.4 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。

工作日内无法确定，需要进一步核实。