
中原农业保险股份有限公司
社保团体住院补充医疗保险条款
注册号：C00019532512022031630143

总则

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

第二条 除另有约定外，被保险人应为参保当地社会基本医疗保险的城镇职工或城乡居民，且本保险合同的被保险人人数不低于 3 人。

第三条 本保险合同的投保人应为对被保险人有保险利益的机关、企业、事业单位和社会团体，以及其他不以购买保险为目的而组成的团体中的自然人。

第四条 除另有约定外，本合同保险金受益人为被保险人本人。

保险责任

第五条 在保险期间内，被保险人遭受意外伤害或自本保险合同生效之日起因疾病在本合同释义的医院（以下简称“释义医院”）住院治疗，保险人对被保险人实际支出的、符合当地社会基本医疗保险统筹基金支付范围的、合理且必要的住院医疗费用，在扣除被保险人已从社会基本医疗保险、大病保险及其他途径（包括但不限于其他费用补偿型医疗保险等）获得补偿后的余额，保险人就上述费用余额在扣除约定的免赔额后，按照约定的给付比例给付保险金。

除另有约定外，保险期间届满被保险人治疗仍未结束的，保险人所负保险责任自保险期间届满之时终止。

在保险期间内，保险人所给付住院补充医疗保险金的责任以本保险合同中列明的住院补充医疗保险金额为限，对被保险人单次或者累计给付住院补充医疗保险金达到其住院补充医疗保险金额时，本保险合同对该被保险人的保险责任终止。

第六条 本保险合同为费用补偿型保险合同。被保险人通过任何途径所获得的医疗费用补偿金额总和以其实际支出的医疗费用金额为限。若被保险人已从除社会基本医疗保险、大病保险以外的其他途径（包括但不限于其他费用补偿型医疗保险等）获得医疗费用补偿的，保险人仅对已获得补偿后的医疗费用的余额按照本保险合同约定给付保险金。基本医疗保险个人账户部分支出视为个人现金支付，不属于已获得的医疗费用补偿。

责任免除

第七条 因下列原因导致的医疗费用支出，保险人不承担保险金给付责任：

（一）《中华人民共和国社会保险法》、《中华人民共和国保险法》及相关法律法规规定不予支付的事项；

（二）当地社会基本医疗保险制度规定或保险合同约定不承担给付保险金责任的事项；

（三）被保险人丧失当地社会基本医疗保险参保人资格期间发生的保险事故。

第八条 除另有约定外，被保险人因下列原因导致的医疗费用支出，保险人不承担保险金给付责任：

- （一）投保人对被保险人的故意杀害、故意伤害；
- （二）被保险人故意自致伤害或自杀，但被保险人自杀时为无民事行为能力人的除外；
- （三）被保险人违法、犯罪或者抗拒依法采取的刑事强制措施；
- （四）被保险人未遵医嘱私自服用、涂用、注射药物；
- （五）被保险人醉酒或受毒品、管制药物的影响；
- （六）被保险人酒后驾驶、无有效驾驶证驾驶或驾驶无有效行驶证的机动车；
- （七）战争、军事行动、暴动或武装叛乱；
- （八）任何生物、化学、原子能武器，原子能或核能装置所造成的爆炸、灼伤、污染或辐射；
- （九）恐怖袭击；
- （十）既往症及其并发症；
- （十一）遗传性疾病，先天性畸形、变形和染色体异常。

第九条 本保险条款其他条目中约定的不承担、免除或减少保险责任的部分，保险人也不负责赔偿。

第十条 其他不属于本保险合同责任范围内的损失、费用，保险人不负责赔偿。

保险金额、免赔额与给付比例

第十一条 每一被保险人的保险金额是指保险人承担给付该被保险人保险金责任的最高限额。保险金额由投保人、保险人双方约定，并在保险合同中载明。

第十二条 免赔额和给付比例由投保人与保险人在订立保险合同时协商确定，并在保险合同中载明。

被保险人通过社会基本医疗保险、大病保险获得的补偿，不可用于抵扣免赔额，但从其他途径已经获得的医疗费用补偿可用于抵扣免赔额。

保险期间

第十三条 本保险合同保险期间最长不超过一年，以保险合同载明的起讫时间为准。

本保险合同为非保证续保合同，保险期间届满，投保人需要重新向保险公司申请投保本产品，交纳保险费，并获得新的保险合同。

保险人义务

第十四条 订立保险合同时，采用保险人提供的格式条款的，保险人向投保人提供的投保单应当附格式条款，保险人应当向投保人说明保险合同的内容。对保险合同中免除保险人责任的条款，保险人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。

第十五条 本保险合同成立后，保险人应当及时向投保人签发保险单或其他保险凭证。

第十六条 保险人按照本条款第二十六条的约定,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、被保险人或者受益人补充提供。

第十七条 保险人收到被保险人或者受益人的给付保险金的请求后,应当及时作出是否属于保险责任的核定;情形复杂的,应当在三十日内作出核定,但保险合同另有约定的除外。

保险人应当将核定结果通知被保险人或者受益人;对属于保险责任的,在与被保险人或者受益人达成给付保险金的协议后十日内,履行赔偿保险金义务。保险合同对给付保险金的期限有约定的,保险人应当按照约定履行给付保险金的义务。保险人依照前款约定作出核定后,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或者受益人发出拒绝给付保险金通知书,并说明理由。

第十八条 保险人自收到给付保险金的请求和有关证明、资料之日起六十日内,对其给付保险金的数额不能确定的,应当根据已有证明和资料可以确定的数额先予支付;保险人最终确定给付保险金的数额后,应当支付相应的差额。

投保人、被保险人义务

第十九条 订立保险合同,保险人就保险标的或者被保险人的有关情况提出询问的,投保人应当如实告知,并向保险人提供有关资料。

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,保险人有权解除保险合同。

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发生的保险事故,不承担赔偿保险金或者给付保险金的责任,并不退还保险费。

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,保险人对于合同解除前发生的保险事故,不承担赔偿保险金的责任,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,保险人不得解除合同;发生保险事故的,保险人应当承担赔偿保险金的责任。

第二十条 除另有约定外,保险合同成立后,投保人按照约定交付保险费,保险人按照约定的时间开始承担保险责任。

第二十一条 投保人应向保险公司提供投保群体经验数据及被保险人信息,被保险人信息应与社会基本医疗保险、大病保险参保人信息一致,包括被保险人姓名、性别、出生日期、证件类别、有效身份证件号码、联系方式、职业、地址等。发生被保险人信息变更的,投保人应及时通知保险公司变更被保险人信息。

第二十二条 在保险期间内,投保人因其人员变动,需增加、减少被保险人时,应以书面形式向保险人提出申请。保险人同意后出具批单,并在本保险合同中批注。

(一)被保险人人数增加时,保险人在审核同意后,于收到申请之日的次日零时开始承担保险责任,并按约定增收短期保费。

(二)被保险人人数减少时,保险人在审核同意后,于收到申请之日的次日零时起,对减少的被保险人终止保险责任,并按约定退还未满期保险费,但减少的被保险人本人或其保险金申请人已领取过任何保险金的,保险人不退还未满期保险费。减少后的被保险人人数低于3人时,保险人有权解除本保险合同,并按约定退还未满期保险费。

第二十三条 投保人、被保险人或者保险金受益人知道保险事故发生后,应当及时通知保险人。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，不包括因不可抗力而导致的迟延。

第二十四条 投保人住所或通讯地址变更时，应及时以书面形式通知保险人。投保人未通知的，保险人按本保险合同所载的最后住所或通讯地址发送的有关通知，均视为已发送给投保人。

保险金申请与给付

第二十五条 被保险人同时拥有多份有效的费用补偿型医疗保险保险单的，可以自主决定理赔申请顺序。

第二十六条 能够实现即时结算补充医疗保险金的，由保险公司与投保人在协议中明确费用结算流程、理赔所需材料，保险公司不再向保险金受益人重复给付保险金。

未能实现即时结算补充医疗保险金的，保险金申请人向保险人申请给付保险金时，应当以书面形式提交下列证明和资料。保险金申请人因特殊原因不能提供下列证明和资料的，应当提供其他合法、有效的证明和资料。**保险金申请人未能提供有关证明和资料，导致保险人无法核实该申请的真实性的，保险人对无法核实部分不承担给付保险金的责任。**

（一）保险金给付申请书；

（二）保险金申请人、被保险人的身份证明材料；

（三）释义医院出具的附有病理检查、化验检查、血液检查及其它诊断报告的疾病诊断证明书、病历、住院证明、出院小结、医疗费用原始发票、住院医疗费用结账单明细清单等；

（四）被保险人若已通过其它途径获得了部分医疗费用的补偿并无法提供医疗费用原始凭证时，需提供医疗费用凭证复印件，同时出具注明已给付比例和金额、加盖支付费用单位公章的证明材料等相关证明，保险人在剩余医疗费用内按本保险合同约定承担保险责任；

（五）保险金申请人所能提供的与确认保险事故的性质、原因、损失程度等相关的其他证明和资料；

（六）保险金申请人委托他人申请的，还应提供授权委托书原件、委托人和受托人的身份证明等相关证明文件。受益人为无民事行为能力人或者限制民事行为能力人的，由其监护人代为申领保险金，并需要提供监护人的身份证明等资料。

第二十七条 被保险人遭受保险事故的，保险人有权对投保人、被保险人、保险金申请人和有关医疗机构等进行调查和检查，投保人、被保险人、保险金申请人等应当予以充分配合。

第二十八条 保险金申请人向保险人请求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。

争议处理与法律适用

第二十九条 因履行本保险合同发生的争议，由当事人协商解决。协商不成的，提交本合同载明的仲裁机构仲裁；本合同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。

第三十条 本保险合同的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

第三十一条 风险调节机制

保险人可与投保人协商建立动态风险调节机制，采取合理方式，对保险合同的超额结余和政策性亏损等盈亏情况进行风险调节。

第三十二条 除另有约定外，保险责任开始前，投保人要求解除本保险合同的，保险人应当退还本保险合同的全额保险费。

第三十三条 保险责任开始后，投保人要求解除本保险合同的，投保人可以书面形式通知保险人解除本保险合同，自通知保险人之日起，保险合同解除，保险人按照保险责任开始之日起至合同解除之日止期间按日计收保险费，并退还未满期保险费，但保险人根据本保险合同约定已给付保险金的除外。

第三十四条 投保人解除本保险合同时，应当提供下列证明和资料：

- （一）保险合同解除申请书；
- （二）保险合同原件；
- （三）投保人身份证明或投保单位证明；
- （四）保险费发票或者收据；
- （五）保险人要求的其他有关证明和资料。

第三十五条 保险人如停售该保险产品，应为已购买产品的被保险人在保险期间内继续提供保障服务，并按照相关规定通过官网、销售渠道、即时通讯等途径披露告知投保人、被保险人。披露的内容应包括产品停售的具体原因、具体时间，以及后续服务措施等信息。

释义

第三十六条 本保险合同涉及下列术语时，适用下列释义：

（一）**释义医院**：指保险人与投保人约定的定点医院，未约定定点医院的，则指经社会基本医疗保险主管部门评审确定的社会基本医疗保险定点医院普通部（不包含特需医疗、外宾医疗、干部病房等），但不包括主要作为诊所、康复、护理、疗养、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。

（二）**社会基本医疗保险**：指城镇职工基本医疗保险、城乡居民基本医疗保险等政府举办的社会医疗保障项目。

（三）**大病保险**：指城乡居民大病保险、城镇职工大额补充医疗保险、公务员补充医疗保险等政府举办的社保补充医疗保险。

（四）**住院**：指被保险人因意外伤害或疾病而入住医院的正式病房进行治疗，并正式办理入出院手续，不包括入住门诊观察室、家庭病床、疗养院、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 小时在床、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、诊疗费、床位费等情况。

（五）**合理且必要的住院医疗费用**：泛指符合通常惯例及医学必需的住院医疗费用。

1. 符合通常惯例：指与接受医疗服务所在地通行治疗规范、通行治疗方法、平均医疗费用价格水平一致的费用。

对是否符合通常惯例由保险人根据客观、审慎、合理的原则进行审核；如果被保险人对

审核结果有不同意见，可由双方认同的权威医学机构或者权威医学专家进行审核鉴定。

2. 医学必需：指医疗费用符合下列所有条件：

- （1）治疗意外伤害或者疾病所必需的项目；
- （2）不超过安全、足量治疗原则的项目；
- （3）由医生开具的处方药；
- （4）非试验性的、非研究性的项目；
- （5）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。

对是否医学必需由保险人根据客观、审慎、合理的原则进行审核；如果被保险人对审核结果有不同意见，可由双方认同的权威医学机构或者权威医学专家进行审核鉴定。

（六）既往症：指在本合同生效前被保险人已罹患的有关疾病。通常有以下情况：

1. 本合同生效前，医生已有明确诊断，长期治疗未间断；
2. 本合同生效前，医生已有明确诊断，治疗后症状未完全消失，有间断用药情况；
3. 本合同生效前，医生已有明确诊断，但未予以治疗。

（七）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。

（八）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》（ICD-10）确定。

（九）《疾病和有关健康问题的国际统计分类》（ICD-10）：指世界卫生组织（WHO）制定的国际统一的疾病分类方法，它根据疾病的病因、病理、临床表现和解剖位置等特性，用一种系统有序的组合编码的方法对疾病进行分类。目前世界通用的是第 10 次修订本《疾病和有关健康问题的国际统计分类》，（ICD-10）是该分类第 10 次修订本的简称。

（十）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。

（十一）醉酒：指被保险人血液中的酒精含量大于或者等于 80mg/100mL。

（十二）酒后驾驶：指车辆驾驶人员在其血液中的酒精含量大于或者等于 20mg/100mL 时的驾驶行为。

（十三）无有效驾驶证：被保险人存在下列情形之一者：

1. 无驾驶证或驾驶证有效期已届满；
2. 驾驶的机动车与驾驶证载明的准驾车型不符；
3. 实习期内驾驶公共汽车，营运客车或者载有爆炸物品、易燃易爆化学物品、剧毒或者放射性等危险物品的机动车，实习期内驾驶的机动车牵引挂车；
4. 持未按规定审验的驾驶证、以及在暂扣、扣留、吊销、注销驾驶证期间驾驶机动车；
5. 使用各种专用机械车、特种车的人员无国家有关部门核发的有效操作证，驾驶营业性客车的驾驶人无国家有关部门核发的有效资格证书；

6. 依照法律法规或公安机关交通管理部门有关规定不允许驾驶机动车的其他情况下驾车。

（十四）无有效行驶证：指下列情形之一：

1. 机动车被依法注销登记的；
2. 无公安机关交通管理部门核发的行驶证、号牌、或临时号牌或临时移动证的机动交通工具；
3. 未在规定检验期限内进行机动车安全技术检验或检验未通过的机动交通工具。未依法按时进行或通过机动车安全技术检验。

（十五）周岁：指按法定身份证明文件中记载的出生日期计算的年龄，自出生之日起为零周岁，每经过一年增加一周岁，不足一年的不计。

（十六）保险金申请人：被保险人生存状态下保险金申请人是指被保险人本人，如被保险人身故则保险金申请人是指受益人或依法享有保险金请求权的其他自然人。

（十七）未到期保险费：未到期保险费=保险费× $(1-m/n)$ ，其中，m 为已生效天数，n 为保险期间的天数，经过天数不足一日的按一日计算。