



请扫描以查询验证条款

## 中意安康团体医疗保险条款

### 第一章 基本条款

#### 第一条 保险合同的构成

本合同条款、保险单、以及所附上的投保单、保险计划明细、被保险人清单、批注及其它书面协议均为“中意安康团体医疗保险”合同（以下简称本合同）的构成部分。

本合同文件正本的复印件或电子影像印刷件的效力与正本相同，若复印件或电子影像件与正本的内容不同，则以正本为准。

#### 第二条 投保条件

##### 一、投保资格：

院校、企事业单位、行业组织和职业工会等合法团体均可作为投保人，为其符合参保资格的团体成员投保本合同。

##### 二、参保资格：

参加本合同的被保险人须是年满 16 周岁至 65 周岁、身体健康并能从事正常工作或劳动的团体在职成员，或其它本公司认可的成员。经本公司审核同意，年龄在 65 周岁以下的被保险人配偶，以及年龄在出生满 30 天到 18 周岁（若子女为全日制学生则可延长至 23 周岁）以下的子女也可作为连带被保险人参加本合同。

除本合同有特别说明外，本合同中所指的被保险人均不含连带被保险人。

#### 第三条 保险合同成立与生效

投保人提出投保申请，本公司同意承保，本合同成立。

本合同自本公司同意承保、收取保险费并签发保险单后开始生效，该生效日将在保险单上载明。

#### 第四条 合同的签收

投保人在收到本合同时，应当签署本合同的签收回执。

#### 第五条 犹豫期

自投保人签收本合同的次日起，有 10 日的犹豫期。在此期间，如果投保人认为本合同与其需求不相符，投保人可以在此期间提出解除本合同。本公司将无息退还投保人所交的保险费。

解除合同时，投保人需要填写申请书，并提供保险合同。自投保人书面申请解除合同之日起，本合同即被解除，本公司自本合同生效日起不承担保险责任。

#### 第六条 保险期间及续保

本合同的保险期间为二年，自本合同生效日的零时始到本合同满期日的二十四时止，并于保险单上载明。本公司所承担的保险责任自本合同生效日的零时开始。

被保险人的个人保险期间由投保人与本公司约定，自该被保险人的个人保险期间起始日的零时开始，到其个人保险期间终止日的二十四时止。被保险人的个人保险期间不可超出本合同的保险期间。

上述时间和日期均指北京时间。

每个保险期间届满之前，投保人与本公司可以协商决定是否续保，续保需双方书面确认。本公司有权重新核定续保保险费。

#### 第七条 账户的设立和撤销

本公司为每一被保险人建立个人医疗保险账户（以下简称个人账户）。若投保人要求，本公司也可对所有被保险人建立公共医疗保险账户（以下简称公共账户）。

投保人解除合同，公共账户、个人账户撤销；被保险人身故或离职，该被保险人个人账户撤销。

本合同终止时，公共账户、个人账户撤销，除本合同另有规定外，本公司以银行转账方式将公共账户资金余额和所有被保险人个人账户资金余额退还给投保人。

#### **第八条 保险费**

本合同及其附加合同的保险费在保险计划明细或其他承保文件中载明。保险费支付方式为一次性支付。在本合同保险期间内，投保人可以书面申请追加保险费。对于投保人每次支付的保险费，本公司在提取管理费后，按照投保人要求分别划入公共账户和个人账户。

管理费按所交保险费的一定比例提取，提取比例由投保人在投保时和本公司协商确定，并在保险单上载明。投保人可以申请将公共账户的资金转入被保险人个人账户，本公司不再提取管理费。

#### **第九条 被保险人的变更**

投保人需增加被保险人时，应向本公司提出书面申请，则本公司在同意承保、收取保险费并提取管理费后签发批单，按约定的生效日零时起开始对该被保险人承担本合同约定的保险责任。

被保险人增加时，所在保单年度的专项疾病保险金额为增加该被保险人时划入其个人账户资金的 50%，该被保险人第二个保单年度的专项疾病保险金额为第一个保单年度该被保险人个人账户平均资金余额的 50%，但不得超过第一保单年度该被保险人的专项疾病保险金额。

投保人需减少被保险人时，可向本公司提出书面申请，并可以与本公司约定减少的被保险人的保险责任终止日；对申请减少被保险人但没有约定对应的保险责任终止日的，本公司以收到减少被保险人书面申请日为该被保险人的保险责任终止日。本公司自保险责任终止日零时起终止对该被保险人的保险责任，撤销该被保险人的个人账户，同时将该被保险人个人账户资金余额按投保人要求以银行转账方式退还给投保人或转入公共账户。

当本合同的被保险人数少于国务院保险监督管理机构规定的最低人数，或低于团体成员中有参保资格人数的最低比例时，本公司有权解除本合同，同时将公共账户资金余额和所有被保险人个人账户资金余额以银行转账方式退还给投保人，并撤销公共账户和所有被保险人个人账户。

#### **第十条 保险计划的确定**

本合同及其附加合同的保险计划由投保人与本公司共同约定，并在保险计划明细中载明。在本合同的保险期间内，经本公司同意，投保人可增加投保其他险种并一次性支付相应的保险费。

#### **第十一条 保险事故通知**

投保人或受益人知道保险事故后应当在 10 日内通知本公司。

如果投保人或受益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，本公司对无法确定的部分，不承担给付保险金的责任，但本公司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或者虽未及时通知但不影响本公司确定保险事故的性质、原因、损失程度的除外。

#### **第十二条 如实告知义务**

订立本合同时，本公司应向投保人说明本合同的内容。

对保险条款中免除本公司责任的条款，本公司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。

本公司就投保人和被保险人的有关情况提出询问，投保人应当如实告知。

如果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，足以影响本公司决定是否同意承保或者提高保险费率的，本公司有权解除本合同。

如果投保人故意不履行如实告知义务，对于本合同解除前发生的保险事故，本公司不承担给付保险金的责任，并不退还保险费。

如果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，对于本合同解除前发生的保险事故，本公司不承担给付保险金的责任，但应当退还保险费。

本公司在本合同订立时已经知道投保人未如实告知的情况的，本公司不得解除合同；发生保险事故的，本公司承担给付保险金的责任。

#### **第十三条 本公司合同解除权的限制**

前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。

#### **第十四条 住所或通讯地址的变更**

投保人的通讯地址有变更时,应及时书面通知本公司。

投保人不作上述通知时,本公司按本合同所载的最后通讯地址所发送的通知,均视为已送达投保人。

#### **第十五条 合同内容的变更**

在本合同有效期内,除本合同另有约定外,投保人可以通过书面申请变更本合同的内容,经本公司审核同意并在本合同上批注或订立书面变更协议后生效。

#### **第十六条 解除合同的处理**

投保人于本合同成立后,可书面通知要求解除本合同。

(一) 投保人要求解除合同时,应提供下列证明和资料:

- (1) 保险合同正本;
- (2) 解除合同申请;
- (3) 本公司所需要的且投保人能提供的其它相关证明和资料。

(二) 本合同自本公司接到解除合同书面申请之日的二十四时自动终止,除本合同另有规定外,本公司将公共账户资金余额和所有被保险人个人账户资金余额以银行转账方式退还给投保人,并撤销公共账户和所有被保险人个人账户。

因任何原因导致本合同解除或终止的,在退还投保人账户资金余额后,本公司不再赔付任何保险金。

#### **第十七条 争议的处理**

本合同或其附加合同履行过程中,双方发生争议时,可以从下列两种方式中选择一种争议处理方式:

- (一) 因履行本合同发生的争议,由双方协商解决,协商不成的,提交保险单签发地的市仲裁委员会仲裁;
- (二) 因履行本合同发生的争议,由双方协商解决,协商不成的,依法向被告住所地人民法院起诉。

## **第二章 保险单条款**

#### **第十八条 保险责任**

在本合同保险期间内,本公司负下列保险责任:

(一) 专项疾病保险金

被保险人于本合同生效之日起 180 日后(续保除外)首次发病,并经二级以上(含二级)医院或本公司认可的其它医疗机构的专科医师首次确诊患本合同约定的恶性肿瘤,本公司按确诊恶性肿瘤当日的专项疾病保险金额给付专项疾病保险金,本合同对该被保险人的专项疾病保险责任终止。

(二) 医疗保险金

投保人可根据需要,选择下列一项或多项保险责任:

(1) 住院医疗保险金

若被保险人在本合同保险期间内住院,对于在治疗期间发生的符合约定承保范围的合理医疗费用,本公司按合同约定方式进行赔付。

(2) 门诊医疗保险金

若被保险人在本合同保险期间内在医院接受门诊急诊治疗,对于在治疗期间发生的符合约定承保范围的合理医疗费用,本公司按合同约定方式进行赔付。

(3) 生育医疗保险金

在本合同保险期间内,对于女性被保险人发生的符合约定承保范围的合理生育医疗费用,本公司按合同约定方式进行赔付。

(4) 其它约定的医疗保险金

其它投保人和本公司约定的医疗保险金。

本公司对被保险人支付的医疗保险金从其个人账户中扣除,且以其个人账户资金余额为限。支付医疗保险金后,该被保险人的个人账户资金余额相应减少。

当被保险人的个人账户资金余额不足以支付当次申请的医疗保险金或个人账户资金余额已经为零时,若投保人建立了公共账户,经投保人同意,本公司按照本合同的约定在公共账户内给付剩余的医疗保险金,且以公共账户资金余额为限。给付医疗保险金后,公共账户资金余额相应减少。

#### **第十九条 责任免除**

一、被保险人因下列任何情形之一患恶性肿瘤的,本公司不负给付专项疾病保险金责任:

- (一) 被保险人在本合同生效前已患恶性肿瘤；
- (二) 被保险人于本合同生效之日起180日内患恶性肿瘤；
- (三) 核爆炸、核辐射或核污染；
- (四) 被保险人感染艾滋病毒或患艾滋病期间；
- (五) 被保险人未经医师处方注射、吸食、服用毒品或处方药品。

二、因下列任何情形之一导致被保险人支出医疗费用的，除合同中指明赔付外，本公司不负给付医疗保险金责任：

- (一) 疗养、康复性治疗、健康护理。
- (二) 美容手术(因意外伤害事故引起除外)、视力矫正手术；
- (三) 非应由被保险人本人支付的医疗费用；
- (四) 非医疗必需的检验、检查、诊断或治疗；
- (五) 战争、军事冲突、暴乱或者武装叛乱、核爆炸、核辐射或者核污染。

## 第二十条 专项疾病保险金额

本合同第一个保单年度被保险人的专项疾病保险金额为投保时划入该被保险人个人账户资金的 50%，该被保险人第二个保单年度的专项疾病保险金额为第一个保单年度该被保险人个人账户平均资金余额的 50%，但不得超过第一保单年度该被保险人的专项疾病保险金额。

## 第二十一条 受益人的指定

本合同保险金的受益人为被保险人本人。

## 第二十二条 保险金的申请

一、在申请专项疾病保险金时，申请人须填写保险金给付申请书，并提供下列证明和资料：

- (一) 投保单位证明；
- (二) 申请人的有效身份证件；
- (三) 二级以上(含二级)医院或本公司认可的其它医疗机构出具的诊断证明、完整的病历及检查报告，或本公司认可的其它证明或资料；

(四) 所能提供的与确认保险事故的性质、原因等有关的其他证明和资料。

如有必要，本公司有权要求被保险人在本公司指定或认可的医疗机构进行身体检查，费用由本公司负担。

二、在申请医疗保险金时，申请人须填写保险金给付申请书，并提供下列证明和资料：

- (一) 投保单位证明；
- (二) 申请人的有效身份证件；
- (三) 若连带被保险人支出医疗费用的，应提供连带被保险人的法定身份证明，以及连带被保险人与被保险人的关系证明；

(四) 被保险人完整的门、急诊病历及处方、收据原件、费用结算明细表，由医院出具的住院诊断证明、出院小结、住院用药明细表、住院费用结算明细表、住院费用收据原件，若被保险人和连带被保险人参加当地基本医疗保险，且已由基本医疗保险先行支付部分医疗费用，则还需提供基本医疗保险经办机构开具的医疗费用报销分割单原件；

(五) 所能提供的与确认保险事故的性质、原因等有关的其他证明和资料。

以上申请资料和证明不完整的，本公司将及时一次性通知申请人补充提供有关资料和证明。

受益人及其他有权领取保险金的人向本公司申请给付保险金的诉讼时效期间为 2 年，自其知道或者应当知道保险事故发生之日起计算。

## 第二十三条 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证明和资料后，将及时作出核定；情形复杂的，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。

对不属于保险责任的，本公司自作出核定之日起 3 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。

## 第二十四条 释义

一、本公司：指中意人寿保险有限公司。

二、门诊急诊：指被保险人因意外事故或疾病在医院的门诊部或急诊部进行治疗。

三、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。

四、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，每经过一年增加一岁，不足一年的不计。

五、有效身份证件：指依据法律规定，由有权机构制作颁发的证明身份的证件、文件等，如：居民身份证、户口簿、护照、军人证等。

六、保单年度：指本合同生效日或年保险合同生效日对应日零时起至下一年度保险合同生效日对应日零时止的期间。如果某年没有保险合同生效日对应日的，则约定保险合同生效日所在月份的最后一天为年保险合同生效日对应日。例如保险合同生效日为2月29日，那么每年的2月29日将是年保险合同生效日对应日，但在某些年份没有2月29日的，则2月的最后一天将作为年保险合同生效日对应日。

七、医院：本合同所称的医院是指符合下列所有条件的医疗机构，但不包括整形外科医院、美容医院、康复医院和疗养院：

（一）拥有合法经营执照；

（二）设立的主要目的为向受伤者和患病者提供留院治疗和护理服务；

（三）有医师和护士提供全日二十四小时的医疗和护理服务。

八、账户资金余额：投保时划入账户的资金+截止到结算日划入账户的保险费和从其他账户转入的资金-截止到结算日从账户减少的资金

九、账户平均资金余额：上一保单年度末账户资金余额+ $\Sigma$ （本保单年度划入账户的保险费×经过日数/本保单年度的保障天数）+ $\Sigma$ （本保单年度从其他账户转入的资金×经过日数/本保单年度的保障天数）- $\Sigma$ （本保单年度从账户减少的资金×经过日数/本保单年度的保障天数）。上述公式中，“经过日数”是指自本保单年度划入保险费、转入资金或减少资金之日起至结算日分别经过的天数。“本保单年度的保障天数”指本保单年度内本合同对某被保险人承担保险责任的天数。

十、本公司认可的其它医疗机构：本公司有关保险单（凭证）、批单或批注中列明的医疗机构。

十一、恶性肿瘤：指恶性细胞不受控制的进行性增长和扩散，浸润和破坏周围正常组织，可以经血管、淋巴管和体腔扩散转移到身体其它部位的疾病。经病理学检查结果明确诊断，临床诊断属于世界卫生组织《疾病和有关健康问题的国际统计分类》（ICD-10）的恶性肿瘤范畴。但以下疾病不属于本合同所指的恶性肿瘤：

（一）原位癌；

（二）相当于Binet分期方案A期程度的慢性淋巴细胞白血病；

（三）相当于Ann Arbor分期方案I期程度的何杰金氏病；

（四）皮肤癌（不包括恶性黑色素瘤及已发生转移的皮肤癌）；

（五）TNM分期为T1N0M0期或更轻分期的前列腺癌（如果被保险人为女性则不包括此项）；

（六）感染艾滋病病毒或患艾滋病期间所患恶性肿瘤。

（完）

(此页空白)