

众安在线财产保险股份有限公司
团体医疗保险条款（E款）
注册号：C00017932512020071301241
（众安在线）（备-医疗保险）【2020】（主）042号

第一部分 总则

第一条 合同构成

本保险合同（以下简称“本合同”）由保险条款、投保单、保险单、批单或其他保险凭证等组成。凡涉及本合同的约定，均采用书面形式。

第二条 合同的成立

投保人提出保险申请，经**保险人**（释义一）同意承保，本合同成立。

第三条 投保人

本合同的投保人应为对被保险人有保险利益的法人、非法人组织以及其他不以购买保险为目的而组成的团体。在本合同签发时被保险人不得少于3人。

第四条 被保险人

除另有约定外，参加**社会基本医疗保险**（释义二）的自然人可作为本合同的被保险人。

第五条 受益人

除本合同另有约定外，本合同保险金的受益人为被保险人本人。

第二部分 保障内容

第六条 保险责任

本合同的保险责任包括“基本医疗保险范围内医疗费用保险金”、“特定药品医疗保险金”、“恶性肿瘤质子重离子医疗保险金”三项责任。其中“基本医疗保险范围内医疗费用保险金”为必选责任，“特定药品医疗保险金”和“恶性肿瘤质子重离子医疗保险金”为可选责任。投保人可在投保必选责任的基础上选择投保可选责任，并在本合同中载明，**但不能单独投保可选责任**。发生保险事故后，保险人依照本合同的约定承担保险责任。

（一）基本医疗保险范围内医疗费用保险金（必选）

在保险期间内，被保险人在**等待期**（释义三）后，经**医院**（释义四）诊断必须接受**住院**（释义五）、**特殊病**（释义六）门诊或**慢性病**（释义七）门诊治疗时，对于被保险人每次住院、特殊病门诊或慢性病门诊实际发生的、符合**当地**（释义八）社会基本医疗保险政策规定的、**必需且合理**（释义九）的**医疗费用**（释义十），经**当地社会医疗保险**（释义十一）支付或补偿后的剩余部分，保险人在扣除约定的免赔额后，按本合同约定的给付比例给付基本医疗保险范围内医疗费用保险金。

到本合同满期日时，被保险人未结束本次住院治疗的，保险人继续承担因本次住院发生的、最高不超过本合同满期日后30日内的符合上述规定的住院医疗费用。

（二）特定药品医疗保险金（可选）

在保险期间内，被保险人在等待期后因患疾病，且经保险人指定专科医生（释义十二）诊断需使用本合同约定的药品目录（释义十三）中的药品，对其在保险期间内在保险人指定医疗机构或药店（释义十四）实际支出的本合同约定的药品目录中药品的费用，经当地社会医疗保险支付或补偿后的剩余部分，保险人在扣除约定的免赔额后，按本合同约定的给付比例给付特定药品医疗保险金。药品目录中药品涉及慈善援助（释义十五）的，应当按照慈善机构援助方案执行，由慈善机构援助的药品费用不纳入特定药品医疗保险金支付范围。

（三）恶性肿瘤质子重离子医疗保险金（可选）

在保险期间内，被保险人在等待期后经医院的专科医生初次确诊（释义十六）罹患恶性肿瘤（释义十七），并于保险人在本合同约定的质子重离子医院（释义十八）接受质子重离子治疗的，对于被保险人需个人支付的、必需且合理的质子重离子医疗费用（释义十九），保险人在扣除约定的免赔额后，按照本合同约定的给付比例给付恶性肿瘤质子重离子医疗保险金。

被保险人在投保前或在等待期内已确诊恶性肿瘤的，保险人不承担给付质子重离子医疗保险金的责任。

被保险人一次或多次发生保险事故，累计给付金额以不超过该被保险人对应责任的保险金额为限。同一保单年度内累计给付金额达到其对应责任保险金额时，本保险合同对该被保险人的该项保险责任终止。

在保险期间内，若保险人上述（一）至（三）项责任下的累计给付保险金的总额达到本合同载明的总保险金额时，本合同终止。

第七条 补偿原则和赔付标准

（一）本合同适用医疗费用补偿原则。若被保险人已从其他途径（包括但不限于社会医疗保险、公费医疗、工作单位、保险人在内的任何商业保险机构）获得医疗费用补偿，对于被保险人发生的合理医疗费用，保险人仅对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按照本合同的约定进行赔付。

（二）若被保险人以参加社会基本医疗保险或公费医疗身份投保，但未以参加社会基本医疗保险或公费医疗身份就诊并结算的，则保险人根据本合同单独约定的给付比例进行赔付。

第八条 免赔额

免赔额由投保人与保险人在订立本合同时协商确定，并在本合同中载明。

在同一保单年度内，本合同的累计免赔额以本合同约定的年免赔额为限。年免赔额是指

一个保单年度内对应的免赔额，即被保险人自行承担，本合同不予赔偿的部分。在基本医疗保险、公费医疗、大病医疗报销部分，不能计入年免赔额；在其它商业保险已报销部分以及个人自付部分，只要符合本合同给付条件的，均可以计入年免赔额。

第九条 责任免除

因下列情形之一导致被保险人支出医疗费用的或发生如下列明的医疗费用，保险人不承担保险金给付责任：

- （一）应当从工伤保险基金（含职业病）、生育保险基金中支付的医疗费用；
- （二）应当由第三人负担的医疗费用；
- （三）应当由公共卫生负担的医疗费用；
- （四）各类鉴定费用；
- （五）因犯罪、打架、斗殴、酗酒、吸毒、自杀（但被保险人自杀时为无民事行为能力人的除外）、自伤、自残和违反法律法规行为所发生的医疗费用；
- （六）在中国大陆境外（释义二十）就医的医疗费用；
- （七）被保险人的疾病状况经保险人审核已经对申领药品产生耐药（释义二十一）性；
- （八）其他不符合基本医疗保险支付范围的医疗费用。

第十条 保险金额

保险金额是保险人承担给付保险金责任的最高限额。本合同的基本医疗保险范围内医疗费用保险金额、特定药品医疗保险金额、恶性肿瘤质子重离子医疗保险金额和总保险金额由投保人、保险人双方约定，并在本合同中载明。

保险金额一经确定，保险期间内不能进行变更。

第十一条 保险期间

本合同保险期间为一年，以保险单载明的起讫时间为准。

第十二条 续保

本合同保险期间届满前，投保人可向保险人申请续保本合同。续保时保险人有权根据被保险人的年龄、医疗费用水平变化等调整被保险人在续保时的费率。在投保人接受费率调整的前提下，保险人审核通过方可为投保人办理续保手续。

本合同为非保证续保合同。如果投保人未按照约定提出续保申请并缴纳续保保险费，或保险人审核不同意续保，则本合同在保险期间届满时终止。

若产品统一停售，保险人将不再接受投保人申请续保本合同。

第三部分 保险人义务

第十三条 提示和说明

订立本合同时，保险人会向投保人说明本合同的内容。对本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。

第十四条 保险单和保险凭证

本合同成立后，保险人将向投保人签发保险单或其他保险凭证。

第十五条 保险金给付

保险人收到被保险人或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。

保险人将核定结果通知被保险人或受益人；对属于保险责任的，在与被保险人或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受益人发出拒绝给付保险金通知书，并说明理由。

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的数额后，支付相应的差额。

第十六条 索赔资料不完整通知

保险人认为被保险人或受益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、被保险人或受益人补充提供。

第四部分 投保人、被保险人义务

第十七条 交费义务

投保人应当在本合同成立时缴清保险费。**保险费缴清前，本合同不生效。对合同生效前发生的保险事故，保险人不承担保险责任。**

第十八条 如实告知

投保人应如实填写投保单并回答保险人提出的询问，履行如实告知义务。

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，不承担给付保险金的责任，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，保险人应当承担给付保险金的责任。

第十九条 住址、通讯地址或数据电文联系方式变更告知义务

投保人住址、通讯地址或数据电文联系方式变更时，应及时以书面形式通知保险人。投保人未通知的，保险人按本合同所载的最后住址、通讯地址或数据电文联系方式发送的有关通知，均视为已发送给投保人。

第二十条 被保险人变动

（一）在保险期间内，投保人因人员变动，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。

（二）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，并按约定增收保险费。

（三）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（释义二十二），除另有约定外，减少的被保险人本人或其保险金申请人（释义二十三）已领取过任何保险金的，保险人不退还未满期保险费。

第二十一条 变更批注

在保险期间内，投保人需变更保险合同内容的，应以书面形式向保险人提出申请。保险人同意后出具批单，并在本合同中批注。

第二十二条 年龄的确定及错误的处理

被保险人的投保年龄，以法定身份证件登记的周岁（释义二十四）年龄为准，本合同所承保的被保险人的投保年龄必须符合年龄要求。投保人在申请投保时，应按被保险人的周岁年龄填写。若发生错误，保险人按照以下规定处理：

（一）投保人申报的被保险人年龄不真实，且真实年龄不符合本合同约定的年龄限制的，保险人有权解除本合同，并向投保人退还未满期保险费。

（二）投保人申报的被保险人年龄不真实，导致投保人实付保险费少于应付保险费的，保险人有权更正并要求投保人补交保险费，或在给付保险金时按照实付保险费与应付保险费的比例支付。

（三）投保人申报的被保险人年龄不真实，导致投保人支付保险费多于应付保险费的，保险人应将多收的保险费无息退还投保人。

第二十三条 保险事故通知义务

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，并书面说明事故发生的原因、经过和损失情况。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（释义二十五）而导致的迟延。

第五部分 保险金申请

第二十四条 保险金的申请

保险金申请人向保险人申请给付保险金时，应提供如下材料：

- (一) 保险金给付申请书；
- (二) 保险合同凭证；
- (三) 申请人的有效身份证件；

(四) 支持索赔的全部账单、证明、信息和证据，包括但不限于医院出具的病历资料、医学诊断书、处方、病理检查报告、化验检查报告、医疗费用原始单据、费用明细单据等。

保险金申请人因特殊原因不能提供上述材料的，应提供其它合法有效的材料：

(五) 申请人所能提供的其他与确认保险事故的性质、原因等有关的其他证明和资料；

(六) 若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。

保险金申请人未能提供有关材料，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。

在保险人的理赔审核过程中，保险人有权在合理的范围内对索赔的被保险人进行医疗检查。此类检验费用由保险人承担。在拒赔的情形下，保险人将承担因保险金申请人提供索赔要求所必需的证明、收据、信息和证据而产生的费用。

第六部分 保险合同的解除和争议处理

第二十五条 合同的解除

在本合同成立后，投保人可以通过书面形式通知保险人解除合同，但保险人已根据本合同的约定给付保险金的除外。

投保人解除本合同时，应提供下列证明文件和资料：

- (一) 保险合同解除申请书；
- (二) 保险合同凭据；
- (三) 保险费交付凭证；
- (四) 投保人身份证明或主体证明。

投保人要求解除本合同，自保险人接到保险合同解除申请书之日次日零时起，本合同的效力终止。保险人收到上述证明文件和资料之日起30日内退还本合同的未到期保险费。

第二十六条 合同的争议处理

因履行本合同发生的争议，由当事人协商解决。协商不成的，提交保险合同载明的仲裁机构仲裁；保险合同未载明仲裁机构且争议发生后未达成仲裁协议的，依法向人民法院起诉。

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）。

第二十七条 诉讼时效期间

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。

第七部分 释义

一、 保险人

指众安在线财产保险股份有限公司。

二、 社会基本医疗保险

指包括城镇职工基本医疗保险、新型农村合作医疗保险、城镇居民基本医疗保险等政府建立的基本医疗保障项目。

三、 等待期

指自本合同生效日起计算的一段时间，具体天数由保险人和投保人在投保时约定并在保险合同上载明。在等待期内发生保险事故的，保险人不承担给付保险金的责任。

四、 医院

除另有约定外，指经中华人民共和国卫生部门审核认定的公立二级或以上的综合性或专科医院或保险人认可的医疗机构，且仅限于上述医院的普通部，不包括如下机构或医疗服务：

（一）特需医疗、外宾医疗、干部病房、联合病房、国际医疗中心、VIP部、联合医院；

（二）诊所、康复中心、家庭病床、护理机构；

（三）休养、戒酒、戒毒中心。

该医院必须具有系统的、充分的诊断设备，全套外科手术设备及能够提供二十四小时的医疗与护理服务的能力或资质。

五、 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接受全日24小时监护治疗的过程，并正式办理入出院手续。但不包括下列情况：

（一）被保险人在医院的（门）急诊观察室、家庭病床（房）入住；

（二）被保险人在特需病房、外宾病房或其它不属于社会医疗保险范畴的高等级病房入住；

（三）被保险人入住康复科、康复病床或接受康复治疗；

（四）被保险人住院期间一天内未接受与入院诊断相关的检查和治疗或一天内住院不满二十四小时；但遵医嘱到外院接受临时治疗的除外；

(五) 被保险人住院体检；

(六) 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、诊疗费、床位费等情况。

六、 特殊病

除另有约定外，指被保险人参保地所执行的基本医疗保险办法中规定的医疗保险待遇中所明确的门诊特殊病种。如有更新，按最新规定执行。

七、 慢性病

除另有约定外，指被保险人参保地所执行的基本医疗保险办法中规定的医疗保险待遇中所明确的门诊慢性病种。如有更新，按最新规定执行。

八、 当地

指保险事故发生后，被保险人医疗费用实际发生地/支出地。

九、 必需且合理

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。

十、 医疗费用

医疗费用包括床位费、手术费、药费、治疗费、护理费、检查检验费、特殊检查治疗费。

(一) 床位费

指保险人住院期间实际发生的、**不高于双人病房的住院床位的费用（不包括单人病房、套房、家庭病床）。**

(二) 手术费

手术指被保险人因疾病或意外事故住院后，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。

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。

（三）药费

住院期间实际发生的合理且必要的由医生开具的具有国家药品监督管理部门核发的药品批准文号或者进口药品注册证书、医药产品注册证书的国产或进口处方药品的费用。

（四）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。

（五）护理费

指住院期间根据医嘱所示的护理等级确定的费用，包括护工费、消毒费、换药费、陪人费、煎药费、烤火费。

（六）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，包括医处方费、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。

（七）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、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。

十一、 社会医疗保险

指包括但不限于城镇职工基本医疗保险、城镇居民基本医疗保险、新型农村合作医疗保险、城乡居民大病保险、大病医疗互助补充保险、重特大疾病医疗保险等政府举办的基本医疗保障项目。

十二、 指定专科医生

指同时满足以下四项资格条件的专科医生：

- （1）具有有效的中华人民共和国《医师资格证书》；
- （2）具有有效的中华人民共和国《医师执业证书》，并按期到相关部门登记注册；
- （3）具有有效的中华人民共和国主治医师或者主治医师以上职称的《医师职称证书》；
- （4）在二级及以上医院的相应科室从事临床工作三年以上。

十三、 药品目录

指特定药品医疗保险责任适用的药品目录，以保险单约定为准。

十四、 指定医疗机构或药店

指保险人指定的或当地社会医疗保险的管理部门公布的被保险人可购买特定药品的医院或药店，以保险单约定为准；未约定医院或药店的，则以被保险人所参加的社会医疗保险的管理部门规定的医院或药店范围为准。

我们保留对上述指定药店名单做出适当调整的权利。我们指定的药店同时满足以下条件：**(1) 取得国家药品经营许可证、GSP 认证；(2) 具有完善的冷链药品送达能力；(3) 该药店内具有医师、执业药师等专业人员提供服务。**

十五、 慈善援助

指由慈善机构设定的针对特定药品的慈善项目或捐助计划等。

十六、 初次确诊

指自被保险人出生之日起第一次经医院确诊患有某种疾病，**而不是指自本附加合同生效之日起第一次经医院确诊患有某种疾病。**恶性肿瘤确诊之日为手术病理取材或病理活检取材日期。

十七、 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他部位的疾病。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。**下列疾病不在范围内：(1) 原位癌；(2) 相当于 Binet 分期方案 A 期程度的慢性淋巴细胞白血病；(3) 相当于 Ann Arbor 分期方案 I 期程度的何杰金氏病；(4) 皮肤癌（不包括恶性黑色素瘤及已发生转移的皮肤癌）；(5) TNM 分期为 T1N0M0 期或更轻分期的前列腺癌；(6) 感染艾滋病病毒或患艾滋病期间所患恶性肿瘤。**

十八、 质子重离子医院

除另有约定外，指上海质子重离子医院（即复旦大学附属肿瘤医院质子重离子中心）。

十九、 质子重离子医疗费用

指被保险人因接受质子、重离子放射治疗而发生的相关费用，包括定位及制定放疗计划费用以及质子、重离子放射治疗实施费用。

二十、 中国大陆境外

指中华人民共和国领土之外的地区以及香港特别行政区、澳门特别行政区和台湾地区。

二十一、 耐药

指以下两种情况之一：

1、实体肿瘤病灶按照 RECIST（实体瘤治疗疗效评价标准）出现疾病进展。

2、非实体肿瘤（包含白血病、多发性骨髓瘤、骨髓纤维化、淋巴瘤等血液系统恶性肿瘤在临床上常无明确的肿块或者肿块较小难以发现，经规范治疗后，按相关专业机构的指南规范，对患者骨髓形态学、流式细胞、特定基因检测等结果进行综合评价，得出疾病进展的结论。

二十二、 未到期保险费

按下述公式计算未到期保险费：

未到期保险费=保险费×[1-(保险单已经过天数/保险期间天数)]。经过天数不足一天

的按一天计算。

除另有约定外，若本合同已发生保险金给付，未到期保险费为零。

二十三、 保险金申请人

指受益人或被保险人的继承人或依法享有保险金请求权的其他自然人。

二十四、 周岁

以法定身份证明文件中记载的出生日期为基础计算的实足年龄。

二十五、 不可抗力

指不能预见、不能避免并不能克服的客观情况。