



请扫描以查询验证条款

# 泰康城乡居民大病团体医疗保险（A 型）条款

## 阅读指引

本阅读指引有助于投保人理解条款，对本合同内容的解释凡条款已有约定的，以条款约定为准。



### 投保人拥有的重要权益

- ❖ 本合同提供的保障在保险责任条款中列明..... 2.3
- ❖ 投保人有退保的权利..... 5.1



### 投保人应当特别注意的事项

- ❖ 本合同的保险期间为 1 年..... 2.2
- ❖ 本公司在给付保险金时遵循补偿原则..... 2.4
- ❖ 在某些情况下，本公司不承担保险责任..... 2.5
- ❖ 本公司对一些重要术语进行了解释，并作了显著标识，请投保人注意..... 8



条款是保险合同的重要内容，为充分保障投保人的权益，请仔细阅读本条款。



### 条款目录

- |                                     |                |                 |
|-------------------------------------|----------------|-----------------|
| 1. 合同的订立                            | 3.4 诉讼时效       | 8.2 符合投保地基本医保规定 |
| 1.1 合同构成                            | 4. 保险费的交纳      | 8.3 医疗费用        |
| 1.2 合同成立及生效                         | 4.1 保险费的交纳     | 8.4 住院          |
| 1.3 投保范围                            | 5. 合同解除        | 8.5 起付金额        |
| 2. 提供的保障                            | 5.1 解除合同的手续及风险 | 8.6 特定门诊        |
| 2.1 保险金额                            | 6. 其他需要关注的事项   | 8.7 普通门诊        |
| 2.2 保险期间                            | 6.1 投保信息       | 8.8 依法          |
| 2.3 保险责任                            | 6.2 被保险人变动     | 8.9 即时结算        |
| 2.4 补偿原则                            | 6.3 合同内容变更     | 8.10 有效身份证件     |
| 2.5 责任免除                            | 6.4 联系方式变更     | 8.11 现金价值       |
| 3. 保险金的申请和给付                        | 6.5 争议处理       | 8.12 未到期净保险费    |
| 3.1 受益人                             | 7. 定价与风险调节机制   | 8.13 赔付率        |
| 3.2 可实现即时结算约定<br>保险责任的保险金申<br>请和给付  | 7.1 定价原则       |                 |
| 3.3 未能实现即时结算约<br>定保险责任的保险金<br>申请和给付 | 7.2 风险调节机制     |                 |
|                                     | 7.3 政策风险调节     |                 |
|                                     | 7.4 定价调整       |                 |
|                                     | 8. 释义          |                 |
|                                     | 8.1 定点医疗机构     |                 |

# 泰康人寿保险有限责任公司

## 泰康城乡居民大病团体医疗保险（A型）条款

在本条款中，“本公司”指在保险单上签章的泰康人寿保险有限责任公司的分公司，“本合同”指投保人与本公司之间订立的“泰康城乡居民大病团体医疗保险（A型）合同”。

### 1. 合同的订立

- 1.1 合同构成** 本合同是投保人与本公司约定保险权利义务关系的协议，包括本保险条款、保险单或者其他保险凭证、投保单、与本合同有关的投保文件、合法有效的声明、批注、批单、大病保险协议及其他投保人与本公司共同认可的书面协议。
- 1.2 合同成立及生效** 投保人提出保险申请且本公司同意承保，本合同成立。  
本合同的成立日、生效日以保险单记载的日期为准。除另有约定外，本合同生效的日期为保险公司开始承担保险责任的日期。
- 1.3 投保范围** 本合同由已参加城镇居民基本医疗保险、新型农村合作医疗保险或者城乡居民基本医疗保险（以下简称“基本医保”）的参保（合）人作为被保险人，根据招标文件要求，由投保地省级人民政府或者市级人民政府指定的部门作为投保人向本公司投保。  
对于已建立覆盖城镇职工、城镇居民及农村居民统一大病保险制度的地区，该地区参保人也适用于本合同条款。

### 2. 提供的保障

- 2.1 保险金额** 本合同被保险人的住院医疗保险金的保险金额、特定门诊医疗保险金的保险金额以及普通门诊医疗保险金的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** 本合同的保险期间为1年，自本合同生效日零时开始，至保险单上载明的保险期间期满日的24时止。投保人可根据与本公司签订的大病保险协议约定的合作期限办理续保。续保时，续保保险合同的保险期间在续保的保险合同中载明。每一保险合同的保险责任起止日期与基本医保责任起止日期一致。
- 2.3 保险责任** 本合同的保险责任分为必选责任和可选责任。必选责任为住院医疗保险金责任，可选责任包括特定门诊医疗保险金和普通门诊医疗保险金两项责任。投保人可只投保必选责任，也可在投保必选责任的同时加投可选责任，但不能只投保可选责任而不投保必选责任。  
在本合同保险期间内，被保险人在投保地基本医保**定点医疗机构**（见8.1）诊疗或者经投保地基本医保主管部门批准后转至其他有基本医保资质的医疗机构诊疗，本公司对其实际发生并支出的、符合**投保地基本医保规定**（见8.2）的或者本公司与投保地基本医保主管部门协商后认可的**医疗费用**（见8.3），根据投保人所投保的保险责任种类，承担下列相应的保险责任：

## 必选责任

### 住院医疗保险金

对被保险人在本合同保险期间内实际发生并支出的**住院**（见 8.4）医疗费用中经投保地基本医保支付或者补偿后的剩余部分，本公司扣除住院**起付金额**（见 8.5）后，按本合同约定的住院给付比例给付住院医疗保险金，但对每一被保险人累计给付的住院医疗保险金以本合同约定的该被保险人的住院医疗保险金保险金额为限，累计给付的住院医疗保险金达到该被保险人的住院医疗保险金保险金额时，本合同对该被保险人的住院医疗保险责任终止。

住院起付金额、住院给付比例及医疗费用给付范围由投保人与本公司在投保时协商确定并在保险单上载明。

## 可选责任一

### 特定门诊医疗保险金

对被保险人在本合同保险期间内实际发生并支出的**特定门诊**（见 8.6）医疗费用中经投保地基本医保支付或者补偿后的剩余部分，本公司扣除特定门诊起付金额后，按本合同约定的特定门诊给付比例给付特定门诊医疗保险金，但对每一被保险人累计给付的特定门诊医疗保险金以本合同约定的该被保险人的特定门诊医疗保险金保险金额为限，累计给付的特定门诊医疗保险金达到该被保险人的特定门诊医疗保险金保险金额时，本合同对该被保险人的特定门诊医疗保险责任终止。

特定门诊起付金额、特定门诊给付比例及医疗费用给付范围由投保人与本公司在投保时协商确定并在保险单上载明。

## 可选责任二

### 普通门诊医疗保险金

对被保险人在本合同保险期间内实际发生并支出的**普通门诊**（见 8.7）医疗费用中经投保地基本医保支付或者补偿后的剩余部分，本公司扣除普通门诊起付金额后，按本合同约定的普通门诊给付比例给付普通门诊医疗保险金，但对每一被保险人累计给付的普通门诊医疗保险金以本合同约定的该被保险人的普通门诊医疗保险金保险金额为限，累计给付的普通门诊医疗保险金达到该被保险人的普通门诊医疗保险金保险金额时，本合同对该被保险人的普通门诊医疗保险责任终止。

普通门诊起付金额、普通门诊给付比例及医疗费用给付范围由投保人与本公司在投保时协商确定并在保险单上载明。

## 2.4 补偿原则

本公司在向被保险人给付保险金时，如果被保险人发生的属于本合同保险责任范围内的医疗费用已通过其它途径获得了补偿，且被保险人从其它途径获得的补偿金额与本公司按本合同约定给付的保险金之和超过了被保险人实际发生的医疗费用，本公司将按被保险人实际发生的医疗费用扣除被保险人从其它途径获得的补偿金额后的余额向被保险人给付保险金，即被保险人从包括本合同在内的各种途径获得的所有补偿金额之和不得超过被保险人实际发生的医疗费用。

## 2.5 责任免除

因下列情形之一导致被保险人发生医疗费用的，本公司不承担给付保险金的责任：

- （1） 《中华人民共和国保险法》规定不予支付的事项；
- （2） 除另有约定外，投保地基本医疗保险规定不予支付的事项；
- （3） 被保险人在中华人民共和国领土以外的国家或者地区以及香港特别行政区、澳门特别行政区、台湾地区接受治疗；
- （4） **依法**（见 8.8）应当从工伤保险基金中支付的；
- （5） 依法应当由公共卫生负担的；

(6) 依法应当由第三人负担的。

因上述情形之一导致被保险人发生医疗费用的，本公司不承担给付保险金的责任，但本公司依本合同对该被保险人的责任继续有效。

### 3. 保险金的申请和给付

---

**3.1 受益人** 除另有约定外，本合同住院医疗保险金、特定门诊医疗保险金以及普通门诊医疗保险金的受益人均为被保险人本人。不得指定被保险人及其近亲属以外的人为住院医疗保险金、特定门诊医疗保险金以及普通门诊医疗保险金的受益人。

**3.2 可实现即时结算约定保险责任的保险金申请和给付** 对于被保险人在本合同保险期间内实际发生并支出的医疗费用，定点医疗机构能够实现约定保险责任的住院医疗保险金、特定门诊医疗保险金或者普通门诊医疗保险金**即时结算**（见 8.9）的，被保险人就医付费时只支付个人应负担的医疗费用，本公司应支付的约定保险责任的保险金与医疗机构直接结算，不需要保险金受益人向本公司申请。

本公司与投保人在协议中明确医疗费用结算流程、理赔所需材料，本公司不再向保险金受益人重复给付保险金。

**3.3 未能实现即时结算约定保险责任的保险金申请和给付** 对于被保险人在本合同保险期间内实际发生并支出的医疗费用，定点医疗机构未能实现约定保险责任的住院医疗保险金、特定门诊医疗保险金或者普通门诊医疗保险金**即时结算**的，由保险金受益人填写领取保险金申请书，并凭下列证明和资料或者投保人与本公司协商确定予以认可的其他证明和资料向本公司申请给付保险金：

**保险金申请** 在申请保险金时，受益人作为申请人须填写领取保险金申请书，并须提供下列证明和资料的原件：

- (1) 受益人的**有效身份证件**（见 8.10）；
- (2) 如果被保险人住院，则须提供医疗机构出具的被保险人的出入院记录；
- (3) 医疗机构出具的被保险人的诊断证明、医疗费用明细清单及病历，首次申请理赔时，应提供医疗机构出具的被保险人在本合同保险期间内历次的诊断证明、医疗费用明细清单、病历；
- (4) 投保地基本医保经办部门出具的医疗费用结算证明原件、诊断证明和病历等相关资料；
- (5) 医疗机构出具的被保险人的医疗费用收据或者发票，本公司留存其原件。首次申请理赔时，应提供医疗机构出具的被保险人在本合同保险期间内历次的医疗费用收据或者发票；
- (6) 如果被保险人从其它途径获得了补偿，则须提供从其它途径报销的凭证，本公司留存其原件；
- (7) 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。

以上证明和资料不完整的，本公司将及时一次性通知受益人补充提供有关的证明和资料。

委托他人领取保险金时，受托人还必须提供本人的有效身份证件及委托人亲笔签名的授权委托书。

保险金作为被保险人遗产时，继承人还必须提供可证明其合法继承权的相关权利文件。

受益人或者继承人为无民事行为能力人或者限制民事行为能力人时，由其合法监护人代其申请领取保险金，其合法监护人还必须提供受益人或者继承人为无民事行为能力人或者限制民事行为能力人的证明和监护人具有合法监护权的证明。

## 保险金给付

本公司在收到领取保险金申请书及本合同约定的证明和资料后，将在 5 日内作出核定；情形复杂的，在 30 日内作出核定，但大病保险协议另有约定的除外。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，对属于保险责任的，除支付保险金外，应当赔偿受益人因此受到的利息损失。利息按照本公司确定的利率按单利计算，且本公司确定的利率不低于中国人民银行公布的金融机构人民币活期存款基准利率。

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。

本公司在收到领取保险金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 权利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。

## 4. 保险费的交纳

---

- 4.1 保险费的交纳 本合同的保险费在保险单上载明。  
本公司每年按照大病保险协议约定时间向投保人收取保险费。

## 5. 合同解除

---

- 5.1 解除合同的手续及风险 本公司不得单方解除本合同。  
如果投保人要求解除本合同，请填写解除合同申请书并向本公司提供下列资料的原件：
- (1) 本合同；
  - (2) 投保人出具的加盖投保人法人公章（如果投保人不是法人，则为投保人单位公章）的投保人授权书；
  - (3) 经办人的有效身份证件。
- 自本公司收到解除合同申请书时起，本合同终止。本公司自收到解除合同申请书之日起 30 日内向投保人退还本合同的**现金价值**（见 8.11）。  
投保人解除合同会遭受一定损失。

## 6. 其他需要关注的事项

---

- 6.1 投保信息 投保人应向本公司提供被保险人群体经验数据及被保险人信息，被保险人信息与基本医保参保人信息一致，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、社会保障号码、联系方式、职业、地址等。发生被保险人信息变更的，投保人应及时通知本公司变更被保险人信息。

**6.2 被保险人变动** 投保人需要增加被保险人的，应以书面形式通知本公司。除另有约定外，经本公司审核同意后，本公司对新增加的被保险人按照实际承担该被保险人保险责任的期间收取保险费，并以实际承担的对该被保险人保险责任的期间作为该被保险人的保险期间。本公司对该新增加的被保险人承担的保险责任的起始时间在保险单上载明。

投保人需要减少被保险人的，应以书面形式通知本公司。本公司对该被保险人的保险责任自投保人书面通知到达本公司之日的 24 时起终止；投保人在通知书中载明的变更被保险人日期如果晚于通知书送达本公司的日期，则本公司对该被保险人的保险责任自通知书中载明的变更被保险人日期的零时起终止。如果减少的被保险人未发生保险金给付，本公司向投保人退还本合同项下该被保险人名下保险责任终止之日对应的未到期净保险费（见 8.12）；如果减少的被保险人已发生任何保险金给付或者已发生合同约定的保险事故但尚未给付保险金的，本公司无资金退还。

**6.3 合同内容变更** 在本合同有效期内，投保地基本医保有关政策调整或者其他非政策性因素调整，对本合同产生影响的，经投保人与本公司协商一致，可以变更本合同的内容。变更本合同的，应当由本公司在保险单或者其他保险凭证上批注或者附贴批单，或者由投保人与本公司订立书面的变更协议。

**6.4 联系方式变更** 为了保障投保人的合法权益，投保人的住所、通讯地址或者电话等联系方式变更时，请及时以书面形式或者双方认可的其他形式通知本公司。如果投保人未以书面形式或者双方认可的其他形式通知本公司，本公司按本合同载明的最后住所或者通讯地址发送的有关通知，均视为已送达给投保人。

**6.5 争议处理** 本合同履行过程中，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：

- (1) 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\_\_\_\_\_仲裁委员会仲裁；
- (2) 因履行本合同发生的争议，由双方协商解决，协商不成的，依法向有管辖权的人民法院起诉。

## 7. 定价与风险调节机制

---

**7.1 定价原则** 本合同遵循收支平衡、保本微利的原则，合理定价，与投保人协商合理确定本合同的**赔付率**（见 8.13）、费用率及利润率。

**7.2 风险调节机制** 本公司与投保人协商建立动态风险调节机制，采取合理方式，对保险期间的超额结余和政策性亏损等盈亏情况进行风险调节。

**7.3 政策风险调节** 在一个保险期间内，因投保地基本医保政策调整或者其他政策性因素导致的本合同业务亏损，投保人应进行相应补偿，具体补偿方案由本公司与投保地基本医保主管部门商议确定，并在书面补充协议中载明。

**7.4 定价调整** 本公司根据本合同实际经营结果、医保政策调整和医疗费用变化情况，依据大病

保险协议与投保人协商调整下一保险期间的保险责任、保险费率等。

## 8. 释义

---

- 8.1 **定点医疗机构** 指投保地基本医保主管部门认可并批准的具有基本医保资质的医疗机构。
- 8.2 **符合投保地基本医保规定** 指符合投保地基本医保规定的药品目录、诊疗项目目录以及服务设施范围和支付标准。
- 8.3 **医疗费用** 指实际发生的且本公司认可的医疗费用，具体由投保地基本医保主管部门或者本公司与投保地基本医保主管部门协商后确定。
- 8.4 **住院** 指被保险人因疾病或者意外伤害而入住医疗机构之正式病房进行治疗，并正式办理入院手续，但不包括入住门诊观察室、家庭病床、挂床住院以及休养、疗养、身体检查和健康护理等非治疗性行为发生的住院。其中挂床住院指被保险人非治疗需要，一次离开医疗机构 12 小时以上，视为自动离开医疗机构，本公司仅对离开日及以前属于保险责任范围内的住院治疗承担保险金给付责任。不合理住院指被保险人未达到入院标准而办理入院手续或者已达到出院标准而不办理出院手续的情形，入出院标准按投保地卫生部门规定的《病种质量管理标准》执行。  
投保地基本医保有特殊规定的，经本公司认可，以投保地基本医保的规定为准。
- 8.5 **起付金额** 指本合同累计对被保险人进行给付时计算给付金额的起付点，在起付点以上的费用按约定比例给付，在起付点以下的费用不予给付。
- 8.6 **特定门诊** 指依照投保地基本医保有关规定确定的、由投保地基本医保支付医疗费用的大病门诊等特殊疾病门诊。
- 8.7 **普通门诊** 指依照投保地基本医保有关规定，除上述特定门诊外的其他门（急）诊。
- 8.8 **依法** 本合同所述“依法”均指依中华人民共和国的法律法规、行政法规、地方性法规、行政规定、监管规定及各类规范性法律文件。
- 8.9 **即时结算** 指被保险人就医付费时只支付个人应负担的医疗费用，医疗机构直接计算本公司应给付的医疗保险金，并与本公司进行结算，本公司不再向受益人重复支付住院医疗保险金、特定门诊医疗保险金或者普通门诊医疗保险金。
- 8.10 **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。
- 8.11 **现金价值** 指投保人退保时，本合同项下未发生保险事故的被保险人名下的未到期净保险费之和。
- 8.12 **未到期净保险费** 本合同项下某一被保险人名下的未到期净保险费的计算公式为：  
$$\text{该被保险人名下的保险费} \times (1 - \text{费用比例}) \times (1 - \text{经过天数} / 365)$$
  
其中：“经过天数”是指从对该被保险人的保障期间生效之日至终止之日实际经过的天数，经过天数不足一天按一天计算。费用比例在投保时由投保人和本公司协商确定。

8.13 赔付率 指（本年度已决赔款 + 本年度未决赔款）/本年度保费。