

中华联合财产保险股份有限公司

政府救助团体医疗保险条款

总则

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

第二条 各地政府指定的医保、民政、财政、乡村振兴或其他社会救助负责部门可作为本保险合同的投保人；被保险人为已参加社会基本医疗保险的医疗救助人群，包括低保对象、特困人员、低保边缘家庭成员、易返贫致贫人口、因病致贫重病患者以及地方人民政府规定的其他特殊困难人员。

第三条 除另有约定外，本合同约定的保险金受益人为被保险人本人。

保险责任

第四条 在保险合同保险期间内，被保险人在当地基本医保定点医疗机构诊疗或者经当地基本医保主管部门批准后转至其他有资质的医疗机构诊疗，保险人对其实际发生并支出的、符合当地基本医保规定的或保险人与当地基本医保主管部门协商后认可的合规医疗费用，可依下列约定承担保险责任：

一、住院医疗保险责任（必选）

对被保险人在保险合同保险期间内实际发生并支出的住院合规医疗费用中经当地基本医保及补充医疗保险支付或补偿后的剩余部分，**保险人扣除住院起付金额后，按保险合同约定的住院给付比例给付保险金**，但对每一被保险人给付的保险金以保险合同约定的该被保险人的住院医疗保险金额为限，一次或累计给付的保险金达到该被保险人的住院医疗保险金额时，保险合同对该被保险人的住院医疗保险责任终止。

二、特定门诊医疗保险责任（可选）

对被保险人在保险合同保险期间内实际发生并支出的特定门诊合规医疗费用中经当地基本医保及补充医疗保险支付或补偿后的剩余部分，**保险人扣除特定门诊起付金额后，按保险合同约定的特定门诊给付比例给付保险金**，但对每一被保险人给付的保险金以保险合同约定的该被保险人的特定门诊医疗保险金额为限，一次或累计给付的保险金达到该被保险人的特定门诊医疗保险金额时，保险合同对该被保险人的特定门诊医疗保险责任终止。

三、普通门诊、急诊医疗保险责任（可选）

对被保险人在保险合同保险期间内实际发生并支出的普通门诊、急诊合规医疗费用中经当地基本医保及补充医疗保险支付或补偿后的剩余部分，**保险人扣除普通门诊、急诊起付金额后，按保险合同约定的普通门诊、急诊给付比例给**

付保险金，但对每一被保险人给付的保险金以保险合同约定的该被保险人的普通门诊、急诊医疗保险金额为限，一次或累计给付的保险金达到该被保险人的普通门诊、急诊医疗保险金额时，保险合同对该被保险人的普通门诊、急诊医疗保险责任终止。

责任免除

第五条 因下列情形导致被保险人支出医疗费用的，保险人不承担给付保险金的责任：

一、保险人根据《中华人民共和国保险法》的规定可以不承担给付保险金的责任的事项；

二、除另有约定外，当地基本医疗保险规定不予支付的事项；

三、应当从工伤保险基金中支付的情形；

四、应当由第三人负担的情形；

五、应当由公共卫生负担的情形；

六、在中华人民共和国境外（含港澳台地区）接受诊疗的。

保险金额、起付金额、给付比例

第六条 保险金额是保险人承担给付责任的最高限额。起付金额是指由保险人和被保险人事先约定，损失额在规定数额之内，被保险人自行承担损失，保险人不负责给付保险金的额度。给付比例是指保险人不按实际损失全额承担给付

保险金的责任，而是按照实际损失乘以某一投保人与保险人约定的比例承担给付保险金的责任。

保险金额、起付金额、给付比例根据当地政府政策规定，由投保人和保险人在投保时约定，并在保险单中载明。

保险期间

第七条 除另有约定外，保险期间为 1 年，以保险单载明的起讫时间为准。

保险人义务

第八条 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。

第九条 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。

第十条 保险事故发生后，投保人、被保险人提供的有关索赔的证明和资料不完整的，保险人应当及时一次性通知投保人、被保险人补充提供。

第十一条 保险人收到被保险人的给付保险金请求后，应当及时就是否属于保险责任作出核定，并将核定结果通知

被保险人。情形复杂的，保险人在收到被保险人的给付保险金请求后 30 日内未能核定保险责任的，保险人与被保险人根据实际情形商议合理期间，保险人在商定的期间内作出核定结果并通知被保险人，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保险金申请人。对属于保险责任的，在与被保险人达成有关给付保险金金额的协议后十日内，履行给付保险金义务。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。

保险人依照前款的规定作出核定后，对不属于保险责任的，应当自作出核定之日起 3 日内向被保险人发出拒绝给付保险金通知书，并说明理由。

第十二条 保险人自收到给付保险金的请求和有关证明、资料之日起 60 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

第十三条 除另有约定外，投保人应当在保险合同成立时交清保险费。

第十四条 订立本保险合同，保险人就被保险人的有关情况提出询问的，投保人应当如实告知。

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 30 日不行使而消灭。自合同成立之日起超过二年的，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。

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。

第十五条 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。

第十六条 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。

被保险人人数增加时，保险人在审核同意后，于批单或批记载明的生效日期开始承担保险责任，并按约定增收未到期保费。

被保险人人数减少时，保险人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，并按约定退还未到期保费，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，保险人不退还未到期保费。

第十七条 保险事故发生后，被保险人应在当地社会医疗保险主管部门指定或保险人认可的医疗机构住院治疗。若因急诊未在上述医疗机构就诊，被保险人应在3日内通知保险人，并在病情稳定后及时转入上述医疗机构就诊。

被保险人因医疗条件限制，确需转院治疗，必须有转出医院主治医师及以上级别人员签署的会诊报告及转院证明，并经当地社会医疗保险机构同意。

第十八条 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。

保险金申请与给付

第十九条 能够实现即时结算保险合同约定范围内保险

责任的保险金的，被保险人就医付费时只支付个人应负担的医疗费用。保险人应支付的保险合同约定范围内保险责任的保险金，由保险人与医院直接结算，不需要保险金受益人向保险人申请。

对于未能实现即时结算保险合同约定范围内保险责任的保险金的，由保险金受益人填写保险金给付申请书，并凭下列证明和资料或投保人与保险人协商确定予以认可的其他证明和资料向保险人申请给付保险金：

- 1.保险金受益人的保险金给付申请书
- 2.保险金受益人的有效身份证件；
- 3.当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；
- 4.保险人要求的保险金受益人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。

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；

保险金的受益人或继承人为未成年人或无民事行为能力人时，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保险金的受益人或继承人为未成年人或无民事行为能力人的证明和监护人具有合法监护权的证明。

上述证明和资料不完整的，保险公司应当及时一次性通知应补充提供的有关证明和资料。

争议处理

第二十条 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，提交保险单载明的仲裁机构仲裁；保险单未载明仲裁机构或争议发生后未达成仲裁协议的，依法向法院起诉。

第二十一条 与本保险合同有关的以及履行本保险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）。

合同解除

第二十二条 保险人不得单方解除保险合同。若投保人提出解除合同，保险人自收到解除合同申请书之日起三十日内向投保人退还保险合同的未到期保费。

释义

保险人：指与投保人签订本合同的中华联合财产保险股份有限公司。

基本医疗保险：包括城镇职工基本医疗保险、城乡居民基本医疗保险。

当地基本医保规定的医疗费用：指当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。

合规医疗费用：指实际发生的、合理的医疗费用，具体

由当地基本医保主管部门或者保险人与当地基本医保主管部门协商后确定。

住院：指被保险人确因临床需要，正式办理入院及出院手续，并确实入住医院正式病房接受治疗的行为过程，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。当地基本医保有特殊规定的，经保险人认可，以当地基本医保的规定为准。

特定门诊：指依照当地基本医保有关规定确定的、由当地基本医保支付医疗费用的特殊疾病门诊。

普通门诊、急诊：指依照当地基本医保有关规定，除上述特定门诊外的其他门诊、急诊。

起付金额：指保险合同累计对被保险人进行给付时计算给付金额的起点，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。

有效身份证件：指由政府主管部门规定的证明个人身份的证件，如：居民身份证、按规定可使用的有效护照、军官证、警官证、士兵证等证件。

即时结算：指被保险人就医付费时只支付个人应承担的医疗费用，医院直接计算保险人应给付的保险金，并与保险人进行结算，保险人不再向保险金受益人重复支付保险金。

未到期保费：未到期保费=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。