

中华联合财产保险股份有限公司

军人优抚对象医疗保险（2026 版）条款

总则

第一条 本保险合同由保险条款、投保单、保险单以及保险人与投保人认可的、与保险合同有关的其他书面协议（包括但不限于合法有效的声明、批注、批单）组成。

第二条 在保险合同订立时对被保险人具有保险利益的开展退役军人事务管理与服务工作的政府机关、社会团体等军人优抚对象管理机构可作为本保险合同的投保人。

第三条 被保险人为符合国家《优抚对象医疗保障办法》《残疾退役军人医疗保障办法》《军人抚恤优待条例》等政策规定的**军人及优抚对象**，具体以保险单载明为准。

第四条 除另有约定外，本保险合同的受益人为被保险人本人。

保险责任

第五条 投保人为被保险人首次投保本保险或者非续保本保险时，自本保险合同生效之日起一定期间为等待期，具体期间在本保险合同中载明，最长不超过 90 日。若保险合同未约定，等待期为 30 日。续保本保险无等待期。

第六条 本保险合同的保险责任包括住院医疗保险责任、特定门诊医疗保险责任以及普通门诊、急诊医疗保险责任，投保人可选择其中的一项或多项责任进行投保。保险责任由投保人在投保时与保险人协商确定，并在保险单中载明。

一、住院医疗保险责任

在本保险合同的保险期间内，被保险人因遭受意外伤害或在**等待期**后罹患疾病，在保险人认可的医疗机构进行住院治疗，发生的符合当地基本医疗保险政策规定可报销的必需且合理的医疗费用，保险人按下列约定给付住院医疗保险金：

1. 保险人对被保险人住院实际支付的符合当地基本医疗保险或公费医疗主管部门规定的目录范围内的、必需且合理的住院医疗费用，在扣除基本医疗保险、公费医疗或通过其他途径已经补偿或给付的部分以及本保险合同约定的住院医疗费用免赔额后，按本保险合同约定的住院医疗给付比例在住院医疗保险

金额内给付住院医疗保险金。

住院医疗保险金=（住院必需且合理医疗费用—从其他途径已获得的住院费用补偿—住院医疗费用免赔额）×住院医疗给付比例

2. 住院医疗费用免赔额、住院医疗给付比例和住院医疗保险金额由投保人、保险人双方约定，并在保险合同中载明。

3. 保险人对于每一被保险人的责任以保险单载明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的总额达到该被保险人对应的住院医疗保险金额时，保险人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

在本保险合同的保险期间内，被保险人因遭受意外伤害或在等待期后罹患疾病，在保险人认可的医疗机构进行特定门诊治疗，发生的符合当地基本医疗保险政策规定可报销的必需且合理的特定门诊医疗费用，保险人按照下列约定给付特定门诊医疗保险金：

1. 保险人对被保险人特定门诊实际支付的符合当地基本医疗保险或公费医疗主管部门规定的目录范围内的、必需且合理的特定门诊医疗费用，在扣除基本医疗保险、公费医疗或通过其他途径已经补偿或给付的部分以及本保险合同约定的特定门诊医疗费用免赔额后，按本保险合同约定的特定门诊医疗给付比例在特定门诊医疗保险金额内给付特定门诊医疗保险金。

2. 特定门诊医疗费用免赔额、特定门诊医疗给付比例和特定门诊医疗保险金额由投保人、保险人双方约定，并在保险合同中载明。

特定门诊医疗保险金=（特定门诊必需且合理医疗费用—从其他途径已获得的特定门诊费用补偿—特定门诊医疗费用免赔额）×特定门诊医疗给付比例

3. 保险人对于每一被保险人的责任以保险单载明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的总额达到该被保险人对应的特定门诊医疗保险金额时，保险人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

在本保险合同的保险期间内，被保险人因遭受意外伤害或在等待期后罹患疾病，在保险人认可的医疗机构进行普通门诊、急诊治疗（以下简称“门急诊”，不包括被保险人在急诊留院观察期间的治疗），发生的符合当地基本医疗保险政

策规定可报销的必需且合理的门急诊医疗费用，保险人按照下列约定给付门急诊医疗保险金：

1. 保险人对被保险人门急诊实际支付的符合当地基本医疗保险或公费医疗主管部门规定的目录范围内的、必需且合理的门急诊医疗费用，在扣除基本医疗保险、公费医疗或通过其他途径已经补偿或给付的部分以及本保险合同约定的门急诊医疗费用免赔额后，按本保险合同约定的门急诊医疗给付比例在门急诊医疗保险金额内给付门急诊医疗保险金。

2. 门急诊医疗费用免赔额、门急诊医疗给付比例和门急诊医疗保险金额由投保人、保险人双方约定，并在保险合同中载明。

门急诊医疗保险金=（门急诊必需且合理医疗费用－从其他途径已获得的门急诊费用补偿－门急诊医疗费用免赔额）×门急诊医疗给付比例

3. 保险人对于每一被保险人的责任以保险单载明的该被保险人的门急诊医疗保险金额为限，一次或累计给付的保险金的总额达到该被保险人对应的门急诊医疗保险金额时，保险人对该被保险人的门急诊医疗保险责任终止。

责任免除

第七条 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、被保险人在中华人民共和国境外（含港澳台地区）接受诊疗。

保险金额

第八条 保险金额是保险人承担给付该保险金责任的最高限额。本保险合同的各项保险金额由投保人、保险人双方约定，并在保险合同中载明。

保险期间

第九条 本保险合同的保险期间最长不超过一年，具体由投保人和保险人协商确定，并在保险合同中载明。

第十条 本保险合同为不保证续保合同。保险期间届满，投保人需要重新向保险人申请投保，保险人有权对重新提出的投保申请进行审核，经保险人同意后，投保人交纳保险费，获得新的保险合同。

保险人义务

第十一条 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做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做出明确说明；未作提示或者明确说明的，该条款不产生效力。

第十二条 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。

第十三条 保险人认为被保险人或保险金申请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、被保险人及保险金申请人补充提供。

第十四条 保险人收到保险金给付申请书和有关证明、资料后，应当及时做出是否属于保险责任的核定；情形复杂的，应当在 30 日内做出核定，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保险金申请人；对属于保险责任的，在与被保险人或保险金申请人达成给付保险金的协议后 10 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。

保险人依照前款约定做出核定后，对不属于保险责任的，应当自做出核定之日起 3 日内向被保险人或保险金申请人发出拒绝给付保险金通知书，并说明理由。

第十五条 保险人自收到保险金给付申请书和有关证明、资料之日起 60 日内，对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的数额后，应当支付相应的差额。

投保人、被保险人义务

第十六条 除另有约定外，投保人应当在保险合同成立时缴清保险费。

第十七条 订立本保险合同，保险人就投保人、被保险人的有关情况提出询

间的，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 2 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。

第十八条 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。

被保险人人数增加时，保险人在审核同意后出具批单，于批单生效时开始承担保险责任，并按约定增收未满期保险费。

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，并按约定退还最低现金价值，但减少的被保险人本人或保险金受益人已领取过任何保险金的，保险人不退还最低现金价值。

第十九条 投保人住所、通讯地址或电话等联系方式变更时，应及时以书面形式或双方认可的其他形式通知保险人。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，均视为已送达给投保人。

第二十条 投保人、被保险人或者保险金申请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。

保险金申请与给付

第二十一条 保险金申请人向保险人申请给付保险金时，应提交以下材料。
保险金申请人因特殊原因不能提供以下材料的，应提供其他合法有效的材料。**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。**

- 一、保险金给付申请书；
- 二、保险合同或保险凭证；
- 三、保险金申请人的有效身份证件；

四、当地基本医保经办部门出具的医疗费用结算证明、医疗机构出具的医疗费用发票原件或复印件（复印件需加盖留存单位公章），医疗机构出具的医疗诊断证明，病历及医疗、医药费单据及各种检查、化验报告等相关资料和费用清单；

五、保险金申请人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；

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。

被保险人经基本医疗保险或公费医疗报销后又通过其他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，应提供基本医疗保险机构、商业保险机构或其他第三方的医疗费用分割单或医疗费用结算证明，保险人按本保险合同承担剩余合理医疗费用的保险责任。

第二十二条 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。

争议处理和法律适用

第二十三条 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者争议发生后未达成仲裁协议的，依法向法院起诉。

第二十四条 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）。

其他事项

第二十五条 在本保险合同成立后，投保人 can 书面形式通知保险人解除合同，但保险人已根据本保险合同约定给付保险金的除外。

投保人解除本保险合同时，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；
- 三、保险费交付凭证；
- 四、投保人的有效身份证件。

投保人要求解除本保险合同，自保险人接到保险合同解除申请书之时起，本保险合同的效力终止，保险人应当退还最低现金价值。

释义

除另有约定外，本保险合同中的下列词语具有如下含义：

1. 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。当地基本医疗保险有特殊规定的，经保险人认可，以当地基本医疗保险的规定为准。

2. 特定门诊：指符合当地基本医疗保险规定的特殊疾病门诊。

3. 普通门诊、急诊：指依照当地基本医疗保险有关规定，除特定门诊外的其他门诊、急诊。

4. 意外伤害：指以外来的、突发的、非本意的和非疾病的客观事件致使身体受到的伤害。以下情形属于疾病范畴，非本条款所指意外伤害：

（1）猝死：指由潜在疾病、身体机能障碍或其他非外来性原因所导致的、在出现急性症状后发生的突然死亡，以医院的诊断或公安、司法机关的鉴定为准；

（2）过敏及由过敏引发的变态反应性疾病；

（3）高原反应；

（4）中暑；

（5）细菌、病毒或其他病原体导致的感染性疾病。

5. 保险人认可的医疗机构：指保险人与投保人约定的定点医院，未约定定点医院的，则指经中华人民共和国卫生部门评审确定的二级或二级以上的公立医院，但不包括主要作为诊所、康复、护理、休养、静养、戒酒、戒毒等类似的医疗机构；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生及护士驻院提供医疗及护理服务。除另有约定外，特需病

房、外宾病房、国际部以及干部病房不在本保险合同责任范围内。

6. 基本医疗保险：指根据国家相关政策规定，目前国内的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。

7. 必需且合理：指同时符合以下 2 个条件：（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。

8. 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。

9. 不可抗力：指不能预见、不能避免并不能克服的客观情况。

10. 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、军官证、士兵证、按规定可使用的有效护照等证件。

11. 未满期保险费：

未满期保险费=保险费×[1-（保险合同已生效天数/保险合同保险期间的天数）]。保险合同已生效天数不足一天的按一天计算。“保险合同已生效天数”是指本保险合同从生效之日起至终止之日实际经过的天数。

12. 最低现金价值：

最低现金价值=净保费×[1-（保险合同已生效天数/保险合同保险期间的天数）]；

净保费=保险费×（1-费用比例）。保险合同已生效天数不足一天的按一天计算。“保险合同已生效天数”是指本保险合同从生效之日起至终止之日实际经过的天数。除另有约定外，费用比例为 0%。