

中国太平洋财产保险股份有限公司

团体医疗保险（2025 款）条款

总则

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

第二条 投保人可以为特定团体成员投保本合同。

特定团体是指法人、非法人组织以及其他不以购买保险为目的而组成的团体。特定团体属于法人或非法人组织的，投保人应为该法人或非法人组织；特定团体属于其他不以购买保险为目的而组成的团体的，投保人可以是特定团体中的自然人。

第三条 除另有约定外，凡符合当地贫困标准的特定团体成员，可作为本合同的被保险人。

在中国大陆境内（不包括港、澳、台地区）居住的外籍人士为特定团体成员的，也可作为本合同的被保险人，但需持有中华人民共和国政府部门颁发的工作签证或中国大陆境内居住证或拥有长期居住权，并能提供中国大陆境内的固定居住地址。

经保险人同意，特定团体成员的配偶、子女、父母也可以作为本合同的被保险人。被保险人在本合同签发时不得少于 3 人。

第四条 除另有约定外，本合同的受益人为被保险人本人。

第五条 本合同约定的保险区域为中国大陆境内（不包括港、澳、台地区），保险人仅对被保险人在中国大陆境内发生的保险事故承担保险责任。

保险责任

第六条 投保人可根据被保险人的保障需求选择投保以下一项或多项保险责任，并由保险人在保险单中载明，若保险单中未载明的保险责任，不产生任何效力：

一、住院医疗费用保险责任

在本合同保险期间内，被保险人因遭受意外伤害或在等待期后罹患疾病，在保险人指定或认可的医疗机构接受治疗的，对于被保险人发生的、应当由其个人支付的、属于保险单约定的《住院医疗项目清单》中所列药品、检查项目、治疗项目等医疗项目的费用（以下简称“住院医疗费用”），保险人在扣除本合同约定的免赔额后，按照本合同约定的给付比例给付住院医疗费用保险金。此项医疗费用不包含门诊急诊医疗保险责任约定的门诊急诊医疗费用。

免赔额和给付比例由投保人和保险人在订立本合同时约定，并在保险单中载明。

《住院医疗项目清单》在保险单中载明。

保险人在住院医疗费用保险责任项下累计给付保险金的金额以本合同约定的住院医疗费用保险金额为限，当保险人在住院医疗费用保险责任项下累计给付保险金的金额达到住院医疗费用保险金额时，保险人对被保险人在住院医疗费用保险责任项下的保险责任终止。

二、门诊急诊医疗保险责任

在本合同保险期间内，被保险人因遭受意外事故或在等待期后罹患疾病，在保险人指定或认可的医疗机构接受门诊急诊治疗的，对于被保险人发生的、应当由其个人支付的、必需且合理的门诊急诊医疗费用，保险人在扣除本合同约定的单次门诊急诊免赔额后，按照本合同约定的给付比例给付门诊急诊医疗保险金。

免赔额和给付比例由投保人和保险人在订立本合同时约定，并在保险单中载明。

被保险人于同一日(当日零时起至二十四时止)在同一医院就诊的，视为一次就诊。

保险人对被保险人一次就诊给付保险金的金额以该被保险人的单次门诊急诊医疗保险金额为限；被保险人不论一次或多次接受门诊急诊治疗，保险人均按前述约定给付门诊急诊医疗保险金，但累计给付门诊急诊医疗保险金的金额以该被保险人的门诊急诊医疗保险金额为限，当累计给付门诊急诊医疗保险金的金额达到该被保险人的门诊急诊医疗保险金额时，保险人对该被保险人的门诊急诊医疗保险责任终止。

三、互联网药品费用保险责任

在本合同保险期间内，被保险人在等待期后经保险人指定或认可的医疗机构专科医生确诊罹患本合同约定的疾病，并因该疾病在保险人指定合作平台的互联网医院进行诊疗(以下简称“在线问诊”)的，对于被保险人在前述互联网医院的医生开具的处方中列明的、同时满足下列条件的药品的费用中应当由被保险人个人支付的、必需且合理的药品费用，保险人在扣除本合同约定的免赔额后，按照本合同约定的给付比例给付互联网药品费用保险金。

免赔额和给付比例由投保人和保险人在订立本合同时约定，并在保险单中载明。

本项保险责任项下的药品必须同时满足以下条件：

- 1、该药品须由保险人指定合作平台的互联网医院的医生开具处方且为被保险人当前治疗必需的药品；
- 2、药品的使用须符合中国国家药品监督管理部门批准的该药品说明书所列明的适应症及用法用量；
- 3、每次药品处方剂量不超过 30 日；
- 4、被保险人须在保险人指定合作平台的互联网医院购买上述处方中所列的药品；
- 5、药品属于本合同约定的《互联网指定药品清单》中列明的药品，《互联网指定药品清单》在保险单中载明。

对于不满足上述任一条件的药品的费用，保险人不承担给付互联网药品费用保险金的责任。

保险人指定合作平台的互联网医院以在保险单中载明的互联网医院名单为准。

在本合同保险期间内，被保险人无论一次或者多次在线问诊，保险人均按照上述约定承担互联网药品费用保险金给付责任。保险人累计给付互联网药品费用保险金金额以本合同约定的互联网药品费用保险金额为限，当累计给付互联网药品费用保险金金额之和达到互联网药品费用保险金额时，保险人对该被保险人的互联网药品费用保险责任终止。

四、特定药品费用保险责任

在本合同保险期间内，被保险人因遭受意外伤害或在等待期后罹患疾病，需使用本合同约定的《特定药品清单》中所列药品的，对于被保险人实际支出的，应当由被保险人个人支付的、同时满足以下条件的特定药品费用，保险人在扣除本合同约定的免赔额后，按照本合同约定的给付比例给付特定药品费用保险金。

特定药品费用须同时满足以下条件：

- 1、该药品处方是由保险人指定或认可的医疗机构的专科医生开具、系被保险人当前治疗必需的药品；每次的处方剂量不超过 30 天；
- 2、该药品处方需符合中国国家药品监督管理部门批准的药品说明书中所列明的适应症及用法用量；
- 3、该药品属于本合同约定的《特定药品清单》中所列的药品，《特定药品清单》在保险单中载明；
- 4、被保险人须在保险人指定药店购买上述处方中所列特定药品，指定药店清单在保险单中载明；
- 5、符合本保险条款第七条“特定药品的处方审核及购药流程”的约定。

在本合同保险期间内，被保险人无论一次或者多次购买符合本项保险责任约定的特定药品的，保险人均按照上述约定承担特定药品费用保险金给付责任。保险人累计给付特定药品费用保险金金额以本合同约定的特定药品费用保险金为限，**当累计给付特定药品费用保险金金额之和达到特定药品费用保险金时，保险人对该被保险人的特定药品费用保险责任终止。**

五、公共保险责任

对于单个被保险人发生的、符合本条第(一)项“住院医疗费用保险责任”或本条第(二)项“门诊急诊医疗保险责任”的医疗费用超出各保险责任所对应的保险金额的部分，保险人按照本合同约定承担给付公共保险金的责任。

公共保险责任的整体保险金额、公共保险金的给付比例及单个被保险人的公共保险金可使用限额可由投保人与保险人在订立本合同时协商确定，并在保险单中载明。

在本合同保险期间内，被保险人不论一次或多次申请给付公共保险金，保险人均按上述约定给付公共保险金，但累计向该被保险人给付公共保险金的金额以该被保险人的公共保险金可使用限额为限，当被保险人累计给付公共保险金金额达到其公共保险金使用限额时，保险人对该被保险人的公共保险责任终止。

保险人对本合同多个被保险人累计给付公共保险金的金额达到保险单载明的公共保险责任的整体保险金额时，保险人对所有被保险人的公共保险责任终止。

第七条 特定药品的处方审核及购药流程

本条约定仅适用于第六条第四项“特定药品费用保险责任”。

在本合同保险期间内，被保险人因遭受意外伤害或在等待期后罹患疾病，需在保险人指定药店购买保险单中载明的《特定药品清单》中所列药品的，须遵循以下流程：

一、购药申请

被保险人作为申请人须向保险人提交特定药品购药申请(以下简称“购药申请”),并按照保险人的要求提交相关购药申请材料,包括被保险人的有效身份证件、诊断证明、与诊断证明相关的检查检验报告、住院病历、病理检查报告、药品处方及其他所需要的医学材料等。

若申请人未提交购药申请或者购药申请未通过审核,保险人不承担给付特定药品费用保险金的责任。

二、药品处方审核

保险人收到被保险人的购药申请材料后,保险人将根据申请购买的特定药品经中国国家药品监督管理部门批准上市的药品说明书(以药品处方开具时最新版本为准)中所列明的适应症、用法、用量审核药品处方;经审核,药品处方的开具与该药品说明书中所列明的适应症、用法、用量不符的,保险人将不予通过药品处方审核。

对于药品处方审核中,申请人提交的相关医学材料,不足以支持药品处方审核要求的,或者医学材料中相关的科学方法、检验报告结果,不支持药品处方的开具的,保险人有权要求申请人补充其他与药品处方审核相关的医学材料。

若申请人的药品处方审核未通过,则保险人将不予通过申请人的购药申请。

三、药品购买

药品处方经保险人审核通过后,申请人须携带药品处方、被保险人的有效身份证件及被保险人的中华人民共和国社会保障卡(仅限购买医保目录内药品时需提供,若被保险人未参加社会基本医疗保险则无需提供),从保险人指定的药店列表中选定购药药店,按照约定的时间到所选定的药店购买特定药品。

第八条 补偿原则和赔付标准

一、本合同适用医疗费用补偿原则。被保险人同时拥有多份有效的费用补偿型医疗保险的,可以自主决定理赔申请顺序。若被保险人已从其他途径(包括社会基本医疗保险、公费医疗、工作单位、保险人在内的任何商业保险机构等)获得医疗费用补偿,则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。社会基本医疗保险个人账户部分支出视为个人支付,不属于已获得的医疗费用补偿,不进行前述扣除。

二、若被保险人以参加社会基本医疗保险、公费医疗身份投保,但未以参加社会基本医疗保险、公费医疗身份就诊并结算的,则保险人根据保险单中单独约定的给付比例进行赔付。

责任免除

第九条 因下列原因之一导致被保险人发生医疗费用的,保险人不承担给付保险金的责任:

- (一) 投保人对被保险人的故意杀害、故意伤害;
- (二) 被保险人故意犯罪或抗拒依法采取的刑事强制措施导致遭受意外伤害;
- (三) 被保险人故意自伤、自杀,但被保险人自杀时为无民事行为能力人的除外;
- (四) 被保险人服用、吸食或注射毒品导致遭受意外伤害或罹患疾病的;

（五）被保险人酒后驾驶、无合法有效驾驶证驾驶机动车或者驾驶无合法有效行驶证的机动车的情形下遭受意外伤害；

（六）被保险人非因职业原因感染艾滋病病毒或患艾滋病；

（七）战争、军事冲突、暴乱或武装叛乱导致遭受意外伤害；

（八）核爆炸、核辐射或核污染导致遭受意外伤害或罹患疾病的。

保险金额

第十条 保险金额是保险人承担给付保险金责任的最高限额，由投保人和保险人协商确定，并在保险单中载明。

保险期间与不保证续保

第十一条 除双方另有约定外，本保险合同保险期间为一年，以保险单载明的起讫时间为准，但无论如何不超过一年。

第十二条 本合同为不保证续保合同，本合同保险期间为一年(或不超过一年)。保险期间届满，投保人需要重新向保险人申请投保本保险，并经保险人同意，支付保险费，获得新的保险合同。

保险人义务

第十三条 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。

第十四条 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。

第十五条 第十五条 保险人按照本合同的约定，认为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保险金申请人补充提供。

第十六条 保险人收到保险金申请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 30 日内作出核定，但保险合同另有约定的除外。

保险人应当将核定结果通知保险金申请人，对属于保险责任的，在与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。

第十七条 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。

第十八条 发生符合保险法规定的退还保险费相关要求的情形，投保人向保险人申请退还保险费的，保险人应在 1 个工作日内作出是否符合保险法规定的退还保险费相关要求的核定并通知投保人；如遇复杂情形的，应在 3 个工作日内作出核定并通知投保人。**经核定，符**

合保险法规定的退还保险费相关要求的，保险人应当按照保险法相关规定退还保险单现金价值。

投保人、被保险人义务

第十九条 投保人应按照本合同的约定支付保险费。

本合同约定一次性支付保险费或对保险费支付方式、支付时间没有约定的，投保人应在本合同成立时一次性支付保险费。**投保人未按照约定支付全部保险费的，本合同不生效。**

本合同约定以分期付款方式支付保险费的，投保人应按期支付各期保险费。**投保人未按约定支付首期保险费的，本合同不生效。**除本合同另有约定外，在支付首期保险费后，投保人未按约定在应付之日支付第二期或以后任何一期应付保险费的，自保险人催告之日起 30 日为保险费支付的宽限期。宽限期内发生的保险事故，保险人仍承担本合同约定的保险责任，但有权从给付的保险金中扣除投保人欠付的保险费。若投保人至宽限期届满时仍未支付当期保险费的，则本合同自当期保险费应付之日起终止。

第二十条 订立本合同，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，并如实填写投保单。

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，保险人有权解除本合同。

前款规定的合同解释权，自保险人知道有解除事由之日起，超过 30 日不行使而消灭。

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。

第二十一条 投保人住所、通讯地址及电话等联系方式变更时，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所或通讯地址发送的有关通知，均视为已发送给投保人。

第二十二条 在保险期间内，投保人因其人员变动，需增加、减少或者替换被保险人时，应以书面形式向保险人提出申请。保险人同意后出具批单，并在本合同中批注。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。

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（如减少的被保险人属于已离职的，保险人对其所负的保险责任自其离职之日起终止），并按约定退还现金价值，**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，保险人不退还现金价值。**减少后的被保险人人数不足 3 人时，保险人经与投保人协商一致可解除本合同，并按约定退还现金价值。

被保险人替换时，保险人在审核同意后，于收到申请之日的次日零时起，开始对替换后的被保险人承担保险责任，对被替换的被保险人终止承担保险责任，**但被替换的被保险人本**

人或其保险金申请人已领取过保险金的，保险人有权不进行替换。

第二十三条 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，不承担给付保险金的责任，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

第二十四条 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赔偿或给付保险金的责任。

（一）保险金给付申请书；

（二）保险金申请人的有效身份证件；

（三）保险人指定或认可的医疗机构或保险人指定合作平台的互联网医院（以下简称“医疗机构”）出具的被保险人的诊断证明、处方、病历；

（四）支持索赔的全部账单、证明、信息和证据，包括但不限于医疗机构出具的病历资料、医学诊断书、处方、病理检查、化验检查报告、医疗费用原始单据、医疗费用明细清单及医疗费用结算单以及保险人认可的互联网药店、保险人指定药店出具的互联网药品或特定药品的明细清单及发票；若被保险人已从其他途径（包括社会基本医疗保险、公费医疗、工作单位、任何第三方商业保险机构等）获得相关医疗费用补偿的，应提供前述赔付单位的医疗费用分割单或医疗费用、药品费用结算证明或其他法定证明材料；

（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、委托人和受托人的有效身份证件等相关证明文件。

争议处理和法律适用

第二十五条 因履行本合同发生的争议，由当事人协商解决。协商不成的，提交保险单载明的仲裁机构仲裁；保险单未载明仲裁机构且争议发生后未达成仲裁协议的，依法向中华人民共和国有管辖权的人民法院起诉。

第二十六条 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）。

其他事项

第二十七条 本合同成立后，投保人和保险人可以协商变更本合同内容。

变更本合同的，应当由保险人在保险单或者其他保险凭证上批注或者附贴批单，或者由投保人和保险人订立变更的书面协议。

第二十八条 本合同成立后，投保人可以书面形式通知保险人解除合同，但保险人已根

据本合同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）保险费交付凭证；
- （三）投保人的有效身份证件；
- （四）已通知被保险人退保的有效证明。

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 日内退还保险单现金价值。

释义

第二十九条 除另有约定外，本保险合同中的下列词语具有如下含义：

1、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为直接原因致使身体受到的伤害。

2、等待期：指自本合同保险期间起始日起计算的一段时间，具体天数由保险人和投保人在订立本合同时约定并在保险单载明，最长不超过 180 天。被保险人在等待期内确诊罹患疾病的，保险人不承担给付保险金的责任。

3、保险人指定或认可的医疗机构：经保险人审核认可并同时满足下列条件的医疗机构：
(1) 在中华人民共和国大陆境内合法注册的从事疾病诊断、治疗活动的检测机构等医疗机构；
(2) 持有医疗机构执业许可证。

4、专科医生：指同时满足以下三项资格条件的医生：

- (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》。

5、指定药店以保险人提供的药店名单为准，保险人保留对合作的药店名单做出调整的权利。保险人合作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。

6、社会基本医疗保险：指国家最新修订颁布的《中华人民共和国社会保险法》所规定的基本医疗保险，包括城镇职工基本医疗保险、城镇居民基本医疗保险、新型农村合作医疗等政府举办的基本医疗保障项目。

7、公费医疗：指国家为保障国家工作人员身体健康而实行的、通过医疗卫生部门按规定向享受人员提供免费医疗及预防服务的一项社会保障制度。

8、处方：指由注册的执业医师和在诊疗活动中为患者开具的、由取得药学专业技术职务任职资格的药学专业技术人员审核、调配、核对，并作为患者用药凭证的医疗文书。处方包括医疗机构病区用药医嘱单。

9、保险金申请人：指被保险人本人、受益人或依法享有保险金请求权的其他自然人。

10、有效身份证件：指由中华人民共和国政府主管部门规定的能够证明其身份的证件，如居民身份证、军官证、警官证、士兵证、户口簿以及中华人民共和国政府主管部门颁发或者认可的有效护照、企业营业执照或者其他身份证明文件。

11、保险单现金价值：

(1)若选择一次性支付保险费

保险单现金价值=净保险费 \times (1-m/n)，其中，m 为已生效天数，n 为保险期间的天数，经过日期不足一日的按一日计算。

(2)若选择分期支付保险费

保险单现金价值=当期净保险费 \times (1-m/n)，其中，m 为当期已生效天数，n 为当期天数，经过日期不足一日的按一日计算。

净保险费指投保人所支付的保险费扣除每个保险合同平均承担的保险人的各项费用(含营业费用、代理费、各项税金、保险保障基金等)后的余额，扣除部分占所交保险费的比例在保险单中约定。

12、酒后驾驶：指经检测或者鉴定，发生意外伤害事故时每百毫升血液中的酒精含量达到或者超过一定的标准，公安机关交通管理部门依据《道路交通安全法》的规定认定为饮酒后驾驶或者醉酒后驾驶。

13、无合法有效驾驶证驾驶指下列情形之一：

- (1)未取得中华人民共和国有关主管部门颁发或者认可的驾驶资格证书；
- (2)驾驶与驾驶证准驾车型不相符合的机动车辆；
- (3)持审验不合格的驾驶证驾驶；
- (4)持学习驾驶证学习驾车时，无教练员随车指导，或不按指定时间、路线学习驾车。

14、无合法有效行驶证指下列情形之一：

- (1)机动车被依法注销登记的；
- (2)未依法按时进行或通过机动车安全技术检验。

15、机动车：指以动力装置驱动或者牵引，上道路行驶的供人员乘用或者用于运送物品以及进行工程专项作业的轮式车辆或履带车辆。

16、感染艾滋病病毒或患艾滋病：艾滋病病毒指人类免疫缺陷病毒，英文缩写为 HIV。艾滋病指人类免疫缺陷病毒引起的获得性免疫缺陷综合征，英文缩写为 AIDS。

在人体血液或其他样本中检测到艾滋病病毒或其抗体呈阳性，没有出现临床症状或体征的，为感染艾滋病病毒；如果同时出现了明显临床症状或体征的，为患艾滋病。

17、先天性畸形、变形或者染色体异常：指被保险人出生时就具有的畸形、变形或染色体异常。先天性畸形、变形和染色体异常依照世界卫生组织《疾病和有关健康问题的国际统计分类》第十次修订版(ICD-10)确定。

18、毒品：指《中华人民共和国刑法》规定的鸦片、海洛因、甲基苯丙胺(冰毒)、吗啡、大麻、可卡因以及国家规定管制的其他能够使人形成瘾癖的麻醉药品和精神药品，但不包括由医生开具并遵医嘱使用的用于治疗疾病但含有毒品成分的处方药品。

19、不可抗力：指不能预见、不能避免并不能克服的客观情况。