融盛财产保险股份有限公司团体补充医疗保险（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、保险凭证以及与本保险合同有关的、合法有效的声明、批注、附贴批单等其他有关书面文件构成。凡涉及本保险合同的约定，均应采用书面形式。

第二条 被保险人

被保险人：符合本保险合同约定条件的年龄在16周岁（含）至65周岁（含）之间，身体健康，能正常工作、生活的自然人，均可作为本保险的被保险人。

连带被保险人：被保险人的配偶、父母或出生满30天（含30天）至18周岁（不含18周岁）未参加工作，身体健康，能正常学习、生活的被保险人的未成年子女，经保险人审核同意后也可作为连带被保险人，由投保人统一向保险人投保本保险合同。

以下所称“被保险人”无特别说明的，均指被保险人和连带被保险人。

本保险投保的被保险人人数不得少于三人。若国务院保险

监督管理机构对人数标准颁布了新的规定或通知（以下简称“监管规定”),则本合同自该监管规定生效时起适用该监管规定。

第三条　投保人

对被保险人具有保险利益的法人、非法人组织，可以作为投保人，为符合参保条件的所有在职员工、退休人员等有保险利益的自然人向保险人投保本保险合同。

第四条　除另有约定外，本保险合同的保险金受益人为被保险人本人。

保险责任

第五条　在保险期间内，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住院、进行门（急）诊治疗，保险人对被保险人发生的合理住院医疗费用、合理门（急）诊医疗费用（以下简称“医疗费用”）中的个人自付费用，**在扣除免赔额以后按本保险合同约定的赔付比例承担保险责任，保险人累计给付的金额以本保险合同约定的该项保险金额为限，超出部分保险人不承担保险责任。**

保险期间届满，被保险人住院治疗仍未结束的，本保险合同终止，保险人不再承担保险期间届满后的给付责任，若续保

后发生保险责任范围内的跨保单期间住院，对于住院天数超出原保单期间的部分，续保保单按照超出天数占该次住院总天数的比例计算赔付基准。

第六条　等待期

等待期是指自保险期间起始时间起计算的一段时间，经过该段时间后，保险人才对被保险人承担给付保险金责任。被保险人在投保后至等待期结束前发生的疾病所导致的医疗费用，无论此等费用是否发生在等待期内，保险人均不承担保险金给付责任。

本保险合同的等待期由投保人和保险人双方约定，并在保险单中载明。如未载明的，则默认为30天。被保险人因意外伤害发生保险事故的，没有等待期。

续保的情况下，等待期为0天。本保险合同期满前，投保人可向保险人申请续保，经保险人审核后予以承保；续保合同保险期间的起始日期与续保对应上一保险合同保险期间的终止日期相连不间断。

第七条　费用补偿原则

本保险合同责任适用医疗费用补偿原则。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，以及依法承担侵权损

害赔偿责任的第三人等）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保险合同的约定进行赔付。

责任免除

第八条　存在下列情形之一，或因下列原因之一导致被保险人发生门（急）诊、住院医疗费用支出的，保险人不承担保险金给付责任：

（一）投保前被保险人已存在生理缺陷及残疾的续保情形，但保险人同意承保的不受此限；

（二）任何既往症或被保险人首次投保本保险时在等待期内被确诊罹患的疾病，但保险人同意承保的不受此限；

（三）投保人故意致使被保险人患病或伤残，或被保险人故意自致的疾病或伤残，但被保险人自致疾病或伤残时为无民事行为能力人的除外；

（四）因被保险人挑衅或故意行为而导致的打斗、被袭击或被谋杀；

（五）被保险人犯罪等违法行为或抗拒依法被采取的行政或刑事强制措施行为；

（六）被保险人饮酒及服用、吸食、注射毒品或滥用政府管制药品；

（七）被保险人酒后驾驶、无有效驾驶证驾驶及驾驶无有效行驶证的机动交通工具；

（八）被保险人未遵医嘱，私自服用、涂用、注射药物；

（九）被保险人感染艾滋病病毒（**HIV** 呈阳性）或患艾滋病（**AIDS**）、性病；

（十）被保险人患精神疾患、职业病、特定传染病及进行美容整形手术、矫形、变性手术治疗；

（十一）被保险人怀孕（含宫外孕）、流产、堕胎、分娩（含剖宫产）、避孕、节育绝育手术、治疗不孕不育症、人工受孕及由此导致的并发症；

（十二）被保险人的心理咨询、一般健康检查或疗养、康复，以捐献身体器官为目的的行为；

（十三）被保险人从事潜水、跳伞、攀岩、探险、武术、摔跤、特技、赛马、赛车等高风险运动或活动；

（十四）因交通事故、医疗事故及其他存在第三责任方的侵权责任事故造成的伤害（被保险人按其应承担责任比例所对应的自付医疗费用除外）；

（十五）战争、军事行动、暴乱、恐怖行动及武装叛乱；

（十六）任何生物、化学、原子能武器，原子能或核能装置所造成的爆炸、灼伤、污染或辐射；

（十七）对于本保险合同载明的免赔额，保险人不承担给付保险金的责任；

（十八）在非医保定点医疗机构就诊的（急诊或因病情经基本医疗保险管理机构同意转院的除外）；

（十九）被保险人发生的基本医疗保险规定的《基本医疗保险和工伤保险药品目录》及《基本医疗保险诊疗项目和医疗服务设施项目目录》以外的医疗费用、诊疗项目和医疗服务设施项目。

保险金额、免赔额、赔付比例和保险费

第九条　保险金额

本保险合同的保险金额是保险人承担给付被保险人保险金责任的最高限额。本保险合同的保险金额由投保人与保险人双方协商确定，并在保险单上载明；保险金额一经确定，不得变更。

第十条　免赔额

本保险合同的免赔额是指被保险人在保险期间内发生的、虽然属于本保险合同保险责任范围内的医疗费用，但依照本保险合同约定仍旧由被保险人自行承担，本保险合同不予赔付的金额。只有当保险期间内的免赔额因以下两种情况抵扣完毕时，保险人才开始按照约定承担赔付责任：

1.被保险人自行承担的属于本保险合同保险责任范围内的医疗费用，包括其社会基本医疗保险个人账户支出的医疗费用；

2.从社会基本医疗保险和公费医疗保险之外的其他途径获得的属于本保险合同保险责任范围内的医疗费用补偿。

通过社会基本医疗保险和公费医疗保险获得的补偿，不可用于抵扣免赔额。

本保险合同的免赔额由投保人与保险人在订立保险合同时协商确定，并在保险单中载明。

第十一条　赔付比例

本保险合同的赔付比例由投保人与保险人在订立保险合同时协商确定，并根据被保险人在投保时有无社会基本医疗保险或公费医疗的不同情况约定对应的赔付比例，在保险单中载明。

若被保险人以参加基本医疗保险或公费医疗身份投保，但未以参加基本医疗保险或公费医疗身份就诊并结算的，则保险人根据保险单单独约定的赔付比例进行赔付。

第十二条　保险费

本保险合同的保险费及其支付方式由投保人与保险人在订立保险合同时协商确定，并在保险单中载明。

保险期间与续保

第十三条 除本保险合同另有约定外，本保险合同的保险期间自本保险合同生效日的零时起至本保险合同满期日的二十四时止，保险期间为一年，具体以保险单载明的日期为准，但保险期间最长不超过一年。

第十四条 本保险合同为非保证续保合同。保险期间届满，投保人需要重新向保险人申请投保本产品，并经保险人同意，交纳保险费，获得新的保险合同。

若保险期间届满时，本保险合同对应保险产品统一停售，保险人将不再接受投保申请。

保险人义务

第十五条 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。

第十六条 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。

第十七条 保险人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。

第十八条 保险人收到保险金申请人的保险金给付申请书及有关证明和资料后，应及时做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，但本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，保险人应在与保险金申请人达成有关给付保险金数额的协议后十日内，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。

第十九条 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，应当支付相应的差额。

投保人、被保险人义务

第二十条 除另有约定外，投保人应当在保险合同成立

时交清保险费。**投保人未按照本保险合同的约定一次性足额交清保险费的，保险合同不生效，保险合同生效前发生的保险事故，保险人不承担给付保险金的责任。**

第二十一条 订立保险合同，保险人就保险标的或者被保险人的有关情况提出询问的，投保人或被保险人应当如实告知。

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，超过三十日不行使而消灭，发生保险事故的，保险人承担给付保险金责任。

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或被保险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责任。

第二十二条 在保险期间内，投保人因被保险人人员变动，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，于入职之日的零时开始承担保险责任，并按约定增收相应的保险费。

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），并按约定退还未满期净保险费，**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，保险人不退还已领取过保险金的被保险人所对应的未满期净保险费。**减少后的被保险人人数不足3人时，保险人有权解除本保险合同，并按约定退还未满期净保险费，**但保险人不退还已领取过任何保险金的被保险人所对应的未满期净保险费**。

第二十三条 若发生本保险合同约定的保险事故，投保人、被保险人或受益人应自其知道事故发生之日10日内通知保险人。

因投保人、被保险人或受益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。

保险金的申请与给付

第二十四条 保险金申请人向保险人申请给付保险金时，应提交作为索赔依据的证明和材料。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。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。**

由保险金申请人填写保险金给付申请书，并凭下列证明、资料向保险人申请给付保险金：

（一）保险金给付申请书；

（二）保险单；

（三）被保险人身份证明、保险金申请人身份证明；

（四）支持索赔的全部账单、证明、信息和证据，保险人指定或认可的医疗机构出具的病历资料、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；

（五）按本保险合同约定，被保险人适用不同赔付标准的，应提供相应证明材料，包括社会基本医疗保险或公费医疗参保证明、被保险人发生医疗费用的结算证明、无法使用参保地社会基本医疗保险（或其他费用补偿型医疗保险）结算的证明、无法给予社会基本医疗保险（或其他费用补偿型医疗保险）报销的证明等；

（六）保险金申请人所能提供的与确认保险事故的性质、原因、损失程度等有关的其他证明和资料；

（七）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。

第二十五条　保险金的计算

单次就诊赔付的保险金＝（该次就诊医疗机构收取的被保险人自行承担的符合保险责任定义的医疗费用－未抵扣完毕的免赔额）×约定的赔付比例。

医疗机构收取的被保险人自行承担的符合保险责任定义的医疗费用未超过免赔额的，保险人无需赔付保险金。

累计赔付的保险金以本保险合同约定的对应保险金额为限。

争议处理和法律适用

第二十六条 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，依法向中华人民共和国境内（不包括香港、澳门及台湾地区）有管辖权的人民法院起诉。

第二十七条 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（不包括香港、澳门及台湾地区法律）。

其他事项

第二十八条 本保险合同成立后，投保人可以书面申请要求解除本保险合同。

（一）投保人要求解除本保险合同时，应提供下列证明和材料：

1.保险单正本；

2.解除合同申请书；

3.保险人所需的投保人所能提供的其他相关证明和资料。

（二）保险合同解除

本保险合同成立后，除另有约定外，投保人可以要求解除本保险合同。**但已发生任何保险金给付或已发生本保险合同**

约定的保险事故但尚未给付保险金的，投保人不得要求解除本保险合同。

除另有约定外，投保人要求解除本保险合同时，应填写保险合同解除申请书，并提交保险单、保险费交付凭证和投保人身份证明。本保险合同自保险人接到保险合同解除申请书时终止。

保险责任开始前，投保人要求解除保险合同的，保险人将无息退还投保人所支付的全部保险费。保险责任开始后，投保人要求解除保险合同的，保险人应向投保人退还本保险合同的未满期净保费。

释义

1.保险金申请人：指受益人或依法享有保险金请求权的其他自然人。

2.不可抗力：指不能预见、不能避免并不能克服的客观情况。

3.医疗机构：

指保险人与投保人约定的定点医疗机构，未约定定点医疗机构的，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疗机构，**且仅限于上述医疗机构的普通部，不包括如下机构或医疗服务：**

（1）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、A 级病房；

（2）诊所、康复中心、家庭病床、护理机构；

（3）休养、戒酒、戒毒中心。

该医疗机构必须具有符合国家有关医疗机构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师及护士驻院提供医疗及护理服务。

4.住院：

指被保险人因意外伤害或疾病而入住医疗机构的正式病房进行治疗的过程，并正式办理入出院手续，包含日间住院（指完全出于接受医学必需的治疗目的被保险人以占用医疗机构病床但不过夜的方式接受的医疗）。**但不包括下列情况：**

（1）被保险人在医疗机构的（门）急诊观察室、家庭病床（房）入住；

（2）被保险人在特需病房、外宾病房或其他不属于社会基本医疗保险范畴的高等级病房入住；

（3）被保险人入住康复科、康复病床或接受康复治疗；

（4）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，但遵医嘱到外院接受临时治疗的除外；

（5）被保险人住院体检；

（6）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小时在床、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。

5.合理住院医疗费用：指住院治疗期间发生的符合保险单签发地社会基本医疗保险管理规定的医疗费用。

6.合理门（急）诊医疗费用：指门（急）诊治疗期间发生的符合保险单签发地社会基本医疗保险管理规定的医疗费用。

7.个人自付费用：被保险人发生的符合保险单签发地社会基本医疗保险管理规定的门诊及住院医疗费用中，由个人自付的医疗费用。

8.手术：为治疗疾病、挽救生命而施行的外科手术，不包括活检、穿刺、造影等创伤性检查及康复性手术。

9.既往症：指在本保险合同生效日之前被保险人已患的疾病。通常有以下情况：

（1）本保险合同生效前，医生已有明确诊断，长期治疗未间断；

（2）本保险合同生效前，医生已有明确诊断，治疗后症状未完全消失，有间断用药情况；

（3）本保险合同生效前，医生已有明确诊断，但未予治

疗；

（4）本保险合同生效前，未经医生诊断和治疗，但症状或体征明显且持续存在，并以此症状或体征为主诉进行就诊治疗的疾病。

10.未满期净保险费：未满期净保险费＝保险费×（1－保险经过天数/保险期间天数）×（1－费用比例）。经过天数不足一天的按一天计算。除另有约定外，费用比例为15%。

11.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》规定的社会基本医疗保险，包括城镇职工基本医疗保险、城镇居民基本医疗保险或城乡居民基本医疗保险、新型农村合作医疗等政府举办的基本医疗保障项目。