

三星财险附加团体预防医疗费用保险
(注册号: C00004532522025070327703)

总则

第一条 本附加保险条款(以下简称“本附加险合同”)须附加于保险人团体意外伤害保险类主险或团体健康保险类主险条款(以下简称“主险合同”)。只有在投保了主险合同的基础上,才能投保本附加险合同。本附加险合同与主险合同相悖之处,以本附加险合同为准;未尽之处,以主险合同为准。主险合同效力终止,本附加险合同效力亦同时终止;主险合同无效,本附加险合同亦无效。

凡涉及本附加险合同的约定,均采用书面形式。

第二条 本附加险合同的投保人、被保险人同主险合同。

第三条 除另有约定外,本附加险合同保险金的受益人为被保险人本人。

保险责任

第四条 在本附加险合同保险期间内,被保险人因身体不适在保险单载明的等待期后在保险人指定的健康体检机构(见释义)接受健康体检,对于被保险人实际发生的、必需且合理(见释义)的健康体检医疗费用,保险人按照本附加险合同约定在扣除保险单载明的免赔额后按约定的赔付比例在预防医疗费用保险金额内给付预防医疗费用保险金。免赔额、给付比例、保险金额由投保人、保险人双方约定,并在保险单中载明。

保险人对每一被保险人所承担的预防医疗费用保险金给付责任以保险合同所载每一被保险人预防医疗费用保险的保险金额为限,一次或累计给付的保险金达到预防医疗费用保险金额时,保险人对该被保险人在本附加险合同项下的保险责任终止。

补偿原则

第五条 本附加险合同适用费用补偿原则。若被保险人已从其他途径(包括但不限于社会基本医疗保险、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)获得本合同责任范围内的医疗费用补偿,保险人仅对被保险人实际发生的医疗费用扣除其从上述其他途径所获医疗费用补偿后的余额按照本合同约定进行赔偿。被保险人社会基本医疗保险个人账户支出部分视为个人支付,不属于已获得的医疗费用补偿,不进行前述扣除。

责任免除

第六条 被保险人未在保险人指定的健康体检机构接受健康体检导致的任何费用,保险人不承担保险金给付责任。

保险金额

第七条 保险金额是保险人承担给付保险金责任的最高限额。

本附加险合同的预防医疗费用保险金额由投保人、保险人在投保时协商确定,并在保险单中载明。

保险期间与不保证续保

第八条 除另有约定外，本附加险合同的保险期间与主险合同保险期间一致，但最长不得超过1年。

本附加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本产品，并经保险人同意，交纳保险费，获得新的合同。

若保险期间届满时，本附加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。

等待期

第九条 等待期是指自保险期间开始之日起，虽然发生了保险事故但是保险人不承担保险责任的一段时间。

等待期由投保人和保险人双方在订立保险合同时协商确定，并在保险单中载明。

除另有约定外，首次投保本附加险合同或非重新投保本附加险合同时，自本附加险合同生效之日起30日为等待期。重新投保的情况下，等待期为0日。

免赔额与赔付比例

第十条 本附加险合同中的免赔额是指被保险人在保险期间内发生的、虽然属于本附加险合同保险责任范围内的费用，但依照本附加险合同约定仍旧由被保险人自行承担，保险人不予赔付的金额。被保险人从其他途径已获得的属于本合同保险责任范围内的医疗费用补偿可用于抵扣免赔额，但通过基本医疗保险统筹账户、公费医疗保险和城乡居民大病保险获得的补偿，不可用于抵扣免赔额。

免赔额由投保人、保险人在投保时协商确定，并在保险单中载明。

赔付比例由投保人、保险人在投保时协商确定，并在保险单中载明。

保险金申请与给付

第十一条 保险金申请人（见释义）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保险金的责任。

（一）保险金申请书；

（二）被保险人身份证明（见释义）、保险金申请人身份证明；

（三）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；

（四）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。

释义

第十二条 本附加险合同涉及下列术语时，适用以下释义：

（一）指定的健康体检机构：指具有健康体检资质的机构通过医学手段和方法对受检者进行身体检查，了解受检者健康状况、早期发现疾病线索和健康隐患的诊疗行为，实施健康体检的机构应为具有《医疗机构执业许可证》且具有健康体检执业范围的机构。

注：保险人对于指定健康体检机构及不予承保的健康体检机构名单在保险单中载明。保险人保留对健康体检机构名单进行变更的权利，调整后的健康体检机构名单以保险人在官方正式渠道（包括但不限于官网、官微）公布或通知为准。

（二）必需且合理：指被保险人接受、使用的治疗、服务、器械或者服用的药品同时满足符合通常惯例且医学必需。

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。

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。

对于是否符合通常惯例或是否属于医学必需，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。

（三）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。

（四）身份证明：指政府有权机关颁发的能够证明其合法真实身份的证件或文件等，如居民身份证、按规定可使用的有效护照、营业执照等。

本附加险合同的未释义名词，以主险合同中的释义为准。