

三星财险附加女性生育团体医疗保险
(注册号: C00004532512025070327783)

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、团体健康保险类主险(以下简称“主险合同”)使用。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限内,对于符合中华人民共和国计划生育法规的女性被保险人,在保险单约定的等待期后(续保合同不设等待期)在二级及二级以上公立医院或保险人认可的医疗机构(见释义)内所发生的下列生育医疗费用,保险人在扣除保险单载明的免赔额后按赔付比例给付女性生育医疗保险金:

- (一) 孕产期检查费、药品费和治疗费;
- (二) 分娩时所产生的床位费、检查化验费、治疗费、手术费和药品费,但不包括婴儿费用;
- (三) 流产、引产等终止妊娠措施所产生的医疗费用;
- (四) 因妊娠、分娩、流产或终止妊娠所引起的并发症(见释义)而支付的医疗费用;
- (五) 投保人与保险人约定的其它合理生育医疗费用。

第五条 被保险人在保险单约定的等待期内发生的生育医疗费用(重新投保不受等待期限限制),保险人不承担上述保险责任。

第六条 保险人对每一被保险人所承担的女性生育医疗保险金给付责任以保险单上所载的女性生育医疗保险金额为限,保险人对每一被保险人给付的上述保险金累计金额达到保险单约定的女性生育医疗保险金额时,对该被保险人的保险责任终止。

补偿原则

第七条 本附加险合同适用医疗费用补偿原则。若被保险人已从其他途径(包括基本医疗保险(见释义)、公费医疗(见释义)、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,则保险人仅对该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附加险合同的约定进行赔付。

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。

责任免除

第八条 主险列明的各项责任免除条款均适用于本附加险合同，若主险中责任免除与本附加险合同有相抵触之处，以本附加险合同为准。

第九条 因下列原因导致的医疗费用，保险人不承担赔偿责任：

(一) 被保险人因饮酒、醉酒或吸食毒品、未遵医嘱服用管制药物的影响而导致的各种费用；

(二) 不孕不育治疗、人工授精、绝育治疗，或其并发症；

(三) 既往症（见释义）及由既往症导致的并发症；

(四) 不符合中华人民共和国计划生育政策所支出的费用；

(五) 中华人民共和国境外地区（含中国香港、中国澳门、中国台湾地区）发生的费用；

(六) 被保险人在保险人不予认可的医疗机构发生的医疗费用；

除上述责任免除条款外，本附加险合同其他责任免除条款，详见第四条、第五条、第十三条和第十四条中相关黑体加粗的内容。

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。本附加险合同的保险金额由投保人与保险人双方约定，并在本附加险合同中载明。

保险期间和不保证续保

第十一条 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，保险期间最长不超过一年。

本产品为不保证续保合同。保险期间届满或保险期间届满前三十日内，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

第十二条 等待期是指自保险期间开始之日起，由保险人与投保人约定的、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。

免赔额与赔付比例

第十三条 本附加险合同的免赔额，是指被保险人在保险期间内发生的、虽然属于本附加险合同保险责任范围内的费用，但依照本附加险合同的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附加险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、政府主办补充医疗（见释义）、公费医疗获得的补偿，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。

赔付比例以保险单中载明的为准。除另有约定外，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，则保险人根据约定的赔付比例再乘以 60%进行赔付。

保险金申请与给付

第十四条 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）被保险人的身份证明（见释义）、保险金申请人的身份证明；

（三）保险人认可的医疗机构出具的被保险人医疗费收据原件、病历或诊断书、出院小结或出院证明；

（四）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；

（五）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

第十五条 本附加险合同涉及下列术语时，适用以下释义：

（一）**医疗机构**：保险人认可的并在保险单中载明的医疗机构、医疗服务机构名单或其范围。

保险人认可的医疗机构分为以下两类：

1、**昂贵医疗机构**

指超出通常惯例水平（见释义）的医疗机构。被保险人在该类医疗机构发生的保险责任范围内的费用，保险人将不承担或者仅承担一定给付比例，具体以保险单载明的为准。

保险人将根据医疗机构的收费水平变化，适时调整该类医疗机构列表。医疗机构发生变更时，保险人将会在保险人官方渠道（包括但不限于官网、官微）公示。

2、一般医疗机构

指不在昂贵医疗机构列表中的医疗机构。被保险人在该类医疗机构发生的保险责任范围内的费用，保险人按照本附加险合同的约定承担保险金给付责任。

注：保险人实际承保及不予承保的医疗机构、医疗服务机构名单或范围将在保险单中载明。保险人保留对医疗机构、医疗服务机构名单或范围进行变更的权利，调整后的医疗机构、医疗服务机构名单或范围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）并发症：指一种疾病在发展过程中引起另一种疾病或症状的发生，后者即为前者的并发症或在诊疗护理过程中，病人由患一种疾病合并发生了与这种疾病有关的另一种或几种疾病。

（三）基本医疗保险：指《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。

（四）公费医疗：是国家为保障国家工作人员身体健康而实行的一项社会保障制度。国家通过医疗卫生部门向享受人员提供制度规定范围内的免费医疗预防。

（五）既往症：指在本附加条款生效前罹患的被保险人已知或应该知道的有关疾病。

（六）政府主办补充医疗：指城乡居民大病保险、城镇职工大额医疗保险、城镇居民大额医疗保险等由政府主办对基本医疗保险进行补充的医疗保障项目，大额医疗保险在各地的具体名称会有所不同，以投保所在地政府主管部门规定的名称为准。

（七）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。

（八）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。

（九）通常惯例水平：

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。对是否符合通常惯例水平由本公司根据客观、审慎、合理的原则进行核定，若被保险人对核定结果有不同意见，可委托双方认可的权威医学机构或者权威医学专家进行审核鉴定。

若某医疗服务在当地不常见或者仅当地少数医疗机构能够提供，保险人将参考下列因素确定通常惯例水平的医疗费用：治疗复杂性，治疗必要的专业程度，必要的医疗专业类型，相应医疗机构提供的医疗服务范围和种类，其他地区通常的收费水平。这里，地区指根据普遍认可的国际标准为取得类似医疗机构或者类似医疗服务平均水平所必要的地域范围，可为一个城市、国家或者更广的地域。

本附加险合同的未释义名词，以主险合同中的释义为准。

