

工银安盛人寿江苏省定制惠民康团体医疗 保险 C 款 产品说明

阅读提示

为方便您了解和购买产品，请您仔细阅读本产品说明，包括但不限于本产品的保险责任、保险期间及责任免除等事项。本产品说明所载资料，包括保单预期利益，仅供您理解保险条款时参考，各项内容均以保险条款约定为准。

一、保障范围

在合同保险期间，我们承担以下保险责任：

【基本医保支付范围内个人自付医疗费用保险金】

合同有效期内，若被保险人因遭受意外伤害事故或于等待期后罹患疾病，在合同约定的医疗机构接受治疗的，对于该被保险人因此支出的合理且必要的、当地基本医疗保险支付范围以内的医疗费用，我们按合同约定及以下“计算公式一”计算给付“基本医保支付范围内个人自付医疗费用保险金”予该被保险人。

除另有约定外，“基本医保支付范围内个人自付医疗费用保险金”仅限被保险人住院或接受门诊治疗发生的基本医保支付范围内个人自付医疗费用以及使用国家谈判“双通道”药品在门诊治疗（含定点零售药店）发生的基本医保支付范围内个人自付医疗费用。

计算公式一：

基本医保支付范围内个人自付医疗费用保险金 = （目录内合理且必要的医疗费用累计金额 - 基本医疗保险、大病保险、医疗救助、公费医疗、城市定制型补充医疗保险、工作单位、侵权人或侵权责任承担方及商业保险机构等对于目录内合理且必要的医疗费用累计已补偿金额 - 免赔额）× 给付比例

“目录内合理且必要的医疗费用累计金额”指上述被保险人支出的合理且必要的、当地基本医疗保险支付范围内的医疗费用累计金额。

【基本医保支付范围外药品和高值医用耗材医疗费用保险金】

合同有效期内，若被保险人因遭受意外伤害事故或于等待期后罹患疾病，在合同约定的医疗机构接受治疗的，对于该被保险人因此支出的合理且必要的、当地基本医疗保险支付范围以外的医疗费用，我们按合同约定及以下“计算公式二”计算给付“基本医保支付范围外药品和高值医用耗材医疗费用保险金”予该被保险人。

除另有约定外，“基本医保支付范围外药品和高值医用耗材医疗费用保险金”仅限被保险人住院或接受门诊治疗在医疗机构发生的合理且必要的基本医保支付范围外药品（**不包括纳入统筹地区所在省罕见病用药保障机制保障范围的用药**）及高值医用耗材费用，以及基本医保目录内药品，在药品说明书适应症范围但在基本医保限定支付范围外使用时的费用（**不包括主要起营养滋补作用以及美容、减肥等保健功能的药品**）。

计算公式二：

基本医保支付范围外药品和高值医用耗材医疗费用保险金 = （目录外合理且必要的医疗费用累计金额 - 基本医疗保险、大病保险、医疗救助、公费医疗、城市定制型补充医疗保险、工作单位、侵权人或侵权责任承担方及商业保险机构等对于目录外合理且必要医疗费用累计已补偿金额 - 免赔额）× 给付比例

“目录外合理且必要的医疗费用累计金额”指上述被保险人支出的合理且必要的、当地基本医疗保险支付范围以外的医疗费用累计金额。

注：同一保险期间内，每一被保险人项下：

- 1、上述药品费用中，同一通用名的药品费用累计给付金额以保障利益表上载明的相应给付金额为限；
- 2、上述高值医用耗材费用的累计给付金额以保障利益表上载明的相应给付金额为限；
- 3、基本医保支付范围外药品及高值医用耗材的合计累计金额以保障利益表上载明的“基本医保支付范围外药品和高值医用耗材医疗费用保险金”的最高给付限额为限。

【再保障医疗费用保险金】

合同有效期内，若被保险人因遭受意外伤害事故或于等待期后罹患疾病，在合同约定的医疗机构接受治疗的，对于该被保险人因此支出的合理且必要的医疗费用，我们按合同约定及以下“计算公式三”计算给付“再保障医疗费用保险金”予该被保险人。

计算公式三：

再保障医疗费用保险金 = （再保障医疗费用累计金额 - 免赔额）× 给付比例

除另有约定外，“再保障医疗费用累计金额”指经合同上述第一、二项保险责任补偿后剩余符合该两项保险责任约定的医疗费用累计金额（不含上述第二项保险责任中规定的同一通用名的药品和高值医用耗材限额以上部分）。

【罕见病特定药品费用保险金】

合同有效期内，若被保险人因遭受意外伤害事故或于等待期后经医疗机构的专科医生确诊罹患合同约定的罕见病，对治疗此罕见病而实际发生的、合理且必要的、且同时满足以下条件的罕见病特定药品费用，我们在扣除合同约定的免赔额后按照合同约定的给付比例给付“罕见病特定药品费用保险金”予该被保险人。

除另有约定外，罕见病特定药品费用须同时满足以下条件：

- 1、该特定药品须由医疗机构专科医生开具处方且为被保险人当前治疗必需的药品；
- 2、每次特定药品处方剂量不超过 30 日；
- 3、该特定药品必须为合同期满日前在中国国家药品监督管理局批准且已在中国上市的靶向药物和免疫治疗药物，且在我们约定的药品清单（具体以投保时约定或销售页面公示为准）列表中；
- 4、特定药品涉及慈善援助的，被保险人从慈善机构获得援助的药品费用不纳入罕见病特定药品费用医疗保险金的赔付范围。

医疗费用补偿原则：合同的保险责任适用医疗费用补偿原则（下简称“补偿原则”）。若被保险人在保险期间内发生的保险事故，我们按合同约定的支付范围、免赔额和支付比例给付相应保险金予被保险人，我们累计给付以合同约定的每个被保险人各项保险金的最高给付限额为限。在计算保险金时，我们将先扣除该被保险人已从其他途径（包括但不限于基本医疗保险、大病医保、公费医疗、城市定制型补充医疗保险、医疗救助、工作单位、侵权人或侵权责任承担方及商业保险机构等）获得的医疗费用补偿。被保险人的社保卡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。

费用限额及特别说明：

- 1、除另有约定外，被保险人不论一次或多次接受治疗，我们均按上述约定给付保险金，但在任何情况我们累计给付的各项保险金金额以该被保险人保障利益表载明的对应保险金的最高给付限额为限，当我们累计给付金额达到保障利益表所载单项保险金的最高给付限额时，则针对该被保险人的该项保险责任终止。对于单一被保险人，当我们累计给付的各项保险金均达到对应保险责任的最高给付限额时，该被保险人的保险责任终止。
- 2、除另有约定外，保险期间届满被保险人治疗仍未结束的，我们所承担保险责任自保险期间届满之时终止。
- 3、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，但未以基本医疗保险或公费医疗身份就诊并结算的，则我们按照给付比例 0% 计算保险金。
- 4、除另有约定外，若参保人员异地就医符合参保地基本医保、卫生行政部门管理办法要求，因疾病治疗需要，按照规定办理转诊手续的，正常享受本产品保障待遇。未按参保地规定办理转诊手续，直接到参保地外异地就医的，则我们按照合同正常享受保障待遇的 50% 计算保险金（急诊除外，以急诊就医证明和急诊费用结算凭证为准。单位长期派驻外地工作、异地长期居住人员除外，凭备案手续证明为准。异地安置退休人员、异地长期居住人员、常驻异地工作人员在备案地区异地就医的除外，凭备案手续证明为准）。

注：

- 1、等待期：被保险人加入或恢复加入合同起（以较迟者为准）一段时间为等待期，具体时间由投保人在投保时与我们约定，并在保障利益表上载明。除另有约定外，我们对被保险人在等待期内确诊患疾病而由此产生的医疗费用不承担保险责任，无论该费用是否发生在等待期内。

以下两种情形下发生的保险事故不受等待期限限制：

- 1) 被保险人因遭受意外伤害事故所导致的保险事故；
- 2) 合同第 1.3 条第三款所指的新的保险期间。

2、免赔额：指保险合同中约定的被保险人需自己承担损失的金额。合同各单项保险责任的年度累计免赔额由投保人在投保时与我们约定，并在保障利益表上载明。被保险人从除基本医疗保险、大病医保、公费医疗外的其他途径已获得的医疗费用补偿可用于抵扣免赔额（该其他途径包括但不限于城市定制型补充医疗保险、医疗救助、工作单位、侵权人或侵权责任承担方及商业保险机构等），而通过基本医疗保险、大病医保、公费医疗获得的医疗费用补偿不可用于抵扣免赔额。

二、保险期间

投保人提出保险申请、经我们同意承保，合同成立。合同的生效日期由投保人与我们约定，并在保险单上载明。

除非有另外的约定，合同的保险期间为 1 年，自保险合同所载生效日当日 24 时起计算。

三、责任免除

任何在下列期间发生的或由下列原因导致的，或出现下列任一情形时，我们不承担给付保险金的责任：

- 一、既往症（但您或被保险人在投保时如实告知且我们同意承保的既往症除外）；
 - 二、投保人对被保险人的故意杀害、故意伤害；
 - 三、被保险人故意犯罪或抗拒依法采取的刑事强制措施，或被政府依法拘禁或入狱期间伤病；
 - 四、被保险人自杀或故意自伤，但被保险人自杀或故意自伤时为无民事行为能力人的除外；
 - 五、被保险人的产前产后检查、治疗不孕不育症，人工受精以及上述原因引起的并发症；
 - 六、战争、军事冲突、暴乱或武装叛乱；
 - 七、核爆炸、核辐射或核污染；
 - 八、被保险人殴斗、主动吸食或注射毒品，违反规定使用麻醉或精神药品；
 - 九、被保险人未遵医嘱私自服用、涂用、注射药物；
 - 十、被保险人接受实验性治疗（即未经科学或医学认可的医疗），或接受未被治疗所在地卫生行政部门批准的治疗；
 - 十一、在中国大陆境外的国家或者地区接受治疗；
 - 十二、被保险人因政策规定未享受参保地基本医保待遇的，在不享受基本医保待遇期间发生的医疗费用；
 - 十三、各种美容、整形、非功能性矫形、视力矫正、减肥、治疗雀斑、脱痣、护肤、镶（种植）牙、洁牙、配镜、装配假眼等发生的费用；
 - 十四、未纳入基本医保支付范围的移植器官源、组织源及其获取过程、移植过程发生的医疗费用；
 - 十五、非疾病治疗项目类，如各种健康体检、婚前检查、旅游体检、职业体检、出境体检等费用；
 - 十六、各种教学性、科研性和临床验证性的药品、耗材和诊疗项目及其产生后果所产生的费用；
 - 十七、应当由第三人负担、从工伤保险、生育保险中支付或由公共卫生负担的费用；
 - 十八、以下药品：
 - 1) 保健药品及未纳入基本医保药品目录的维生素、营养品类；
 - 2) 预防性疫苗和避孕药品；
 - 3) 主要治疗脱发、减肥、美容、戒烟、戒酒作用药品；
 - 4) 膏方费用以及以下主要起滋补保健用途以及含国家珍贵、濒危野生动植物药材的药品和中药饮片不纳入本产品保障范围，具体包括：阿胶、白糖参、朝鲜红参、穿山甲（醋山甲、炮山甲）、玳瑁、冬虫夏草、蜂蜜、狗宝、龟鹿二仙胶、哈蟆油、海龙、海马、猴枣、酒制蜂胶、羚羊角尖粉（羚羊角镑片、羚羊角粉）、鹿茸（鹿茸粉、鹿茸片）、马宝、玛瑙、牛黄、珊瑚、麝香、天山雪莲、鲜石斛（铁皮石斛）、西红花（番红花）、西洋参、血竭、燕窝、野山参、移山参、珍珠、紫河车、各种动物脏器（鸡内金除外）和胎、鞭、尾、筋、骨；
- （注：以上所列药品均包括生药及炮制后的药材及饮片。）

十九、被保险人在非本公司认可的医疗机构发生的医疗费用；
 二十、由于职业病、医疗事故、患性病引起的医疗费用；
 二十一、不符合入院标准、挂床住院或住院病人应当出院而拒不出院（从医院确定出院之日起发生的一切医疗费用）；
 二十二、使用未获得中国国家药品监督管理局批准的药品，进行未被国家药品审评中心批准的适应症用药治疗；
 二十三、相关医学材料不能证明药品对被保险人所罹患的疾病有效或经审核，被保险人的疾病状况对申领药品已经耐药而产生的费用；
 二十四、药品处方的开具与国家药品监督管理局批准的该药品说明书中所列明的适应症或用法用量不符；
 二十五、法律法规规定的其他不予支付的费用。
 除上述责任免除款项外，合同其他免除责任的条款，详见合同“1.5 保险责任”、“3.1 保险事故的通知”、“4.1 被保险人人数的变更”、“4.4 年龄及性别的确定与错误处理”、“4.5 职业或工种的变更”、“5.1 如实告知”以及尾注释义中相关字体加粗内容。

四、保单预期利益

以下示例仅供参考，具体保障内容请以保险合同为准。

【示例】

江苏省参加基本医疗保险的某 30 岁男性，参保了“江苏医惠保 1 号”基础版计划，“工银安盛人寿江苏省定制惠民康团体医疗保险 C 款”参与承接，保险期间 1 年，交费方式一次交清，保险利益示例如下：

产品名称：工银安盛人寿江苏省定制惠民康团体医疗保险 C 款				
基本医保支付范围内个人自付医疗费用保险金	最高给付限额	100 万元/年		
	免赔额	1.46 万元/年		
	给付比例	无既往症	在扣除年度免赔额后，对 10 万元以内（含 10 万）部分	50%
			在扣除年度免赔额后，10 万元以上部分	77%
		有既往症	在扣除年度免赔额后，对 10 万元以内（含 10 万）部分	35%
			在扣除年度免赔额后，10 万元以上部分	62%
基本医保支付范围外药品和高值医用耗材医疗费用保险金	最高给付限额	100 万元/年		
		其中，医保目录内药品，在药品说明书适应症范围但在基本医保限定支付范围外使用时的费用（不包括主要起营养滋补作用以及美容、减肥等保健功能的药品），且同一通用名药品计入可报销医疗费用年度限额为 30 万元，高值医用耗材计入可报销医疗费用年度限额为 20 万元。		
	免赔额	2 万元/年		
	给付比例	无既往症	在扣除年度免赔额后，对 10 万元以内（含 10 万）部分	55%
			在扣除年度免赔额后，10 万元以上部分	67%

		有既往症	在扣除年度免赔额后，对 10 万元以内（含 10 万）部分	40%
			在扣除年度免赔额后，10 万元以上部分	52%
再保障医疗费用保险金	最高给付限额	100 万元/年		
	免赔额	5 万元/年		
	给付比例	无既往症		45%
		有既往症		30%
罕见病特定药品费用保险金	最高给付限额	20 万元/年		
	免赔额	5 万元/年		
	给付比例	45%		

注释说明：

- 1、团体参保人数不少于国务院保险监督管理机构规定的最少人数限制。另有约定的按约定内容执行。被保险人应身体健康，能正常生活、工作或学习。
- 2、除另有约定外，被保险人不论一次或多次接受治疗，我们均按上述约定给付保险金，但在任何情况我们累计给付的各项保险金金额以该被保险人保障利益表载明的对应保险金的最高给付限额为限，当我们累计给付金额达到保障利益表所载单项保险金的最高给付限额时，则针对该被保险人的该项保险责任终止。对于单一被保险人，当我们累计给付的各项保险金均达到对应保险责任的最高给付限额时，该被保险人的保险责任终止。
- 3、除另有约定外，保险期间届满被保险人治疗仍未结束的，我们所承担保险责任自保险期间届满之时终止。
- 4、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，但未以基本医疗保险或公费医疗身份就诊并结算的，则我们按照给付比例 0% 计算保险金。
- 5、除另有约定外，若参保人员异地就医符合参保地基本医保、卫生行政部门管理办法要求，因疾病治疗需要，按照规定办理转诊手续的，正常享受本产品保障待遇。未按参保地规定办理转诊手续，直接到参保地外异地就医的，则我们按照合同正常享受保障待遇的 50% 计算保险金（急诊除外，以急诊就医证明和急诊费用结算凭证为准。单位长期派驻外地工作、异地长期居住人员除外，凭备案手续证明为准。异地安置退休人员、异地长期居住人员、常驻异地工作人员在备案地区异地就医的除外，凭备案手续证明为准）。