

# 友邦附加牙科医疗补偿团体医疗保险(A款)

## 第一条 附加合同的订立和构成

《友邦附加牙科医疗补偿团体医疗保险(A款)》合同(以下简称本附加合同),依其所附加于的团体主保险合同(以下简称主合同)投保人的申请,经本公司同意而订立。主合同的条款也适用于本附加合同。若主合同的条款与本附加合同的条款互有冲突,则以本附加合同的条款为准。

若本附加合同的承保事项不在投保单上载明或批注,本附加合同不产生效力。

本附加合同的英文全称为 Group Dental Benefit Rider (A), 简称为 GDBR (A)。

## 第二条 保险责任

在本附加合同有效期内,若被保险人在境内医院(释义一)进行牙科门诊急诊(释义二)治疗,本公司就该被保险人符合当地社会医疗保险部门规定的牙科治疗责任中由该被保险人个人支付的、必须且合理的牙科净医疗费用(释义三),按照以下给付规则之一给付牙科门诊急诊医疗保险金予该被保险人。投保人于投保时选定一个给付规则,并以投保单上所载的为准。每一被保险人只能享有1或2的保险利益,不能同时享有1和2项下的全部保险利益。

### 1. 每次限定

被保险人的牙科门诊急诊治疗以每日一次为限。对于每次牙科门诊急诊,

(1) 若当次牙科净医疗费用不高于牙科门诊急诊医疗费用每次免赔额,则本公司不承担给付该次牙科门诊急诊医疗保险金的责任;

(2) 若当次牙科净医疗费用高于牙科门诊急诊医疗费用每次免赔额,则该次牙科门诊急诊医疗保险金计算如下:

牙科门诊急诊医疗保险金 = (当次牙科净医疗费用 - 牙科门诊急诊医疗费用每次免赔额) × 牙科门诊急诊医疗保险金给付比例,但该次牙科门诊急诊医疗保险金以牙科门诊急诊每次限额为限。

### 2. 每年限定

(1) 若该保险单年度内发生的累计牙科净医疗费用不高于牙科门诊急诊医疗费用每年免赔额时,则本公司不承担给付该年牙科门诊急诊医疗保险金的责任;

(2) 若该保险单年度内发生的累计牙科净医疗费用高于牙科门诊急诊医疗费用每年免赔额,则该年牙科门诊急诊医疗保险金计算如下:

牙科门诊急诊医疗保险金 = (该保险单年度累计牙科净医疗费用 - 牙科门诊急诊医疗费用每年免赔额) × 牙科门诊急诊医疗保险金给付比例

在本附加合同有效期内,若本公司对每一被保险人累计给付的牙科门诊急诊医疗保险金达到本附加合同对应的该被保险人的保险金额时,本附加合同对该被保险人的保险责任终止。

本附加合同项下的每一被保险人对应的给付规则、牙科门诊急诊医疗费用每次免赔额和牙科门诊急诊每次限额/牙科门诊急诊医疗费用每年免赔额、牙科门诊急诊医疗保险金给付比例以及保险金额均载于投保单上。

## 第三条 责任免除

在本附加合同有效期内,因下列情形之一导致的保险事故,本公司不负保险责任:

- (1) 投保人、受益人、被保险人的任何故意行为;
- (2) 被保险人因故意犯罪行为或因拒捕而导致的伤害;
- (3) 任何原因导致的牙齿修复或牙齿整形;
- (4) 美容和外科整形;
- (5) 非医疗必需(释义五)的治疗;

- (6) 被保险人支出的医疗费用中依法应由第三者赔偿的部分，但肇事者逃逸或无赔偿能力的除外；
- (7) 被保险人非在本合同所定义的境内医院发生的医疗费用；

#### 第四条 保险责任的开始

本附加合同须与主合同同时投保，并以主合同的生效日为本附加合同的生效日。

#### 第五条 附加合同效力的终止

发生下列情况之一时，本附加合同终止：

- (1) 在本附加合同有效期内，投保人向本公司申请退保；
- (2) 保险期间届满，投保人无意续保或本公司不接受本附加合同续保；
- (3) 本附加合同所附加于的主合同效力终止；
- (4) 投保人破产、解散；
- (5) 本附加合同因其他条款所列情况而终止。

注：

- (1) 在第(1)项、第(3)及第(4)项所提及的情况下，本公司将在本附加合同效力终止时计算并退还投保人未到期保险费。
- (2) 在第(2)项所提及的情况下，无论投保人是否已缴付续保保险费，本附加合同效力于该保险单满期日二十四时自动终止。

#### 第六条 被保资格的丧失或终止

一、在本附加合同有效期内，下列任一情况下，被保险人将丧失或终止被保资格：

(1) 若被保险人达到约定书上所载的本附加合同所对应的终止年龄后的首个保险单周年日，或被保险人达到约定书上所载的本附加合同所对应的终止年龄的生日（若被保险人生日与保险单周年日为同一日期），则其被保资格自该保险单周年日起终止；

(2) 根据主合同的约定被保险人的被保资格丧失或终止。

二、若被保险人的被保资格丧失或终止，则本附加合同项下的被保险人将不再包含该被保险人，本公司将退还本附加合同该被保险人的未到期保险费。

#### 第七条 保险金额

本附加合同所称的各被保险人的保险金额是指本公司承担赔偿责任或给付该被保险人保险金责任的最高限额，并载于投保单上。

若该金额按本附加合同其他条款或批注的修正而发生变更，则以变更后的金额为保险金额。

#### 第八条 保险事故的通知

被保险人发生保险事故后，索赔申请人应尽速通知本公司，否则由索赔申请人承担由于延迟通知致使本公司增加的勘查、检验等费用，但因不可抗力（释义九）导致的延迟除外。

#### 第九条 索赔申请

若被保险人发生牙科门诊急诊治疗，被保险人于当次门诊急诊治疗结束后应提供以下证明和资料原件予本公司，以申请牙科门诊急诊医疗保险金：

- (1) 被保险人填写的索赔申请书；
- (2) 由本公司指定或认可的医院出具的完整的牙科门诊急诊治疗证明；
- (3) 若对应被保险人的牙科诊疗项目为每次限定，则需要由本合同定义的医院出具的被保险人的医疗诊断书及医疗费用的原始凭证、病历。若对应被保险人的牙科诊疗项目为每年限定，在该保险单年度内首次申请理赔时，被保险人应提供本合同定义的医院出具的被保险人该保险单年度历次的医疗诊断书及医疗费用的原始凭证、病历；在该保险单年度内再次申请理赔时，则只需提供当次的医疗诊断书及医疗费用的原始凭证、病历；
- (4) 投保人和被保险人劳动关系的证明和资料；
- (5) 其他所能提供的与确认保险事故的性质、原因、损失程度等有关的证明和资料。

如被保险人委托他人提出索赔申请，还须提供授权委托书及受托人（代领人）的身份证件等资料。

若被保险人因特殊原因不能提供上述证明，则应提供法律认可的其他有关证明资料，以提出索赔申请。

本附加合同保险金的请求权，自其知道保险事故发生之日起两年不行使而消灭。

## 第十条 释义

一、本附加合同所定义的境内医院：是指中国大陆地区（该地区不包括台湾、香港、澳门特别行政区）符合下列所有条件的医疗机构：

- (1) 当地社会医疗保险定点医院；
- (2) 设立的主要目的为向受伤者和患病者提供治疗和护理服务；
- (3) 有合格的医生和护士提供全日二十四小时的医疗和护理服务。

但上述医院并不包括外宾病房等特需病房。作为康复医院、诊所、护理、疗养、戒酒、戒毒或类似的医疗机构均不属于本附加合同的医院范围。

二、本附加合同所定义的牙科门诊急诊：指被保险人因疾病而至医院的门诊部或急诊部进行牙科的诊断或治疗。

三、本合同所定义的牙科医疗费用：是指被保险人在本公司约定的医院接受牙科门诊急诊治疗所支出的、必须且合理的，且在当地社会医疗保险部门规定的社会基本医疗保险药品目录、诊疗项目目录以及服务设施范围内的牙科医疗费用。

本附加合同所定义的牙科净医疗费用：是指从上述牙科医疗费用中扣除被保险人从其他途径（包括但不限于社会医疗保险机构、本公司在内的任何商业保险机构）获得补偿后剩余的牙科医疗费用。

四、本合同所定义的无合法有效驾驶证驾驶：

是指下列情形之一

- (1) 没有驾驶证；
- (2) 驾驶与驾驶证准驾车类不相符合的车辆；
- (3) 持军队或武警部队驾驶证驾驶地方车辆，或持地方驾驶证驾驶军队或武警部队车辆；
- (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；
- (5) 实习期驾驶公共汽车、营运客车和带挂车的汽车；
- (6) 实习期驾驶执行任务的警车、消防车、工程抢险车、救护车和载运危险品的车辆；
- (7) 持学习驾驶证在高速公路上驾车；
- (8) 驾驶员审验不合格；
- (9) 使用各种专用机械车、特种车的人员无国家有关部门核发的有效操作证；
- (10) 交通管理部门规定的其他属于无合法有效驾驶证驾驶的情况。

五、本合同所定义的医疗必需：是指在某种情况下本公司对所提供的治疗或者供给认为：

- (1) 必需满足被保险人的基本健康需求；

- (2) 符合该情况下的诊断；
- (3) 为提供健康服务的原因，以最经济高效的方式提供，种类得当，有显而易见的医疗效果；
- (4) 实施的原因不是为了被保险人或者其医生的便利。

六、本合同所定义的医生：是指在医院内行医并拥有处方权的医生，亦指在被保险人接受诊断、医疗、处方或手术的地区内合法注册且有行医资格的医生。但不包括被保险人本人、被保险人的代理人、合伙人、雇员或雇主，或被保险人的家庭成员，如配偶、兄弟、姐妹、父母、子女以及其他具有类似亲密关系的人。

七、本合同所定义的既往症：指被保险人于加入或恢复加入本合同前（以较迟者为准）曾经或已经存在的伤害或疾病。

八、本合同所定义的免责期：指在本合同有效期内本公司对被保险人的既往症不承担保险责任的一段期间，并在投保单中载明。

九、本合同所定义的不可抗力：是指不可预见、不可避免并不能克服的客观情况。

（此页内容结束）