

中原农业保险股份有限公司

附加团体住院自费医疗费用保险条款

注册号：C00019532522021060377942

总则

第一条 本条款为中原农业保险股份有限公司团体健康险保险类条款（以下简称“主险”）的附加险条款，只有在投保了主险的基础上，方可投保本附加险。凡与本附加险合同相关者，均为本附加险合同的构成部分。凡涉及本附加险合同的约定，均采用书面形式。本附加险条款未约定事项，以主险条款为准；主险条款与本附加险条款相抵触之处，以本附加险条款为准。

第二条 本附加险合同的投保人和被保险人与主险合同一致。

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，被保险人因意外伤害或经过本合同约定的等待期后（除另有约定外，等待期为 30 天，续保不受此限制）因疾病在保险人认可的医疗机构住院治疗，对于被保险人所支出的不属于保险单签发地社会基本医疗保险规定范围内的，需自费支付的必需且合理的住院医疗费用，保险人在扣除约定的免赔额后，按约定的给付比例给付住院自费医疗费用保险金。

被保险人一次或多次因保险事故进行住院治疗，保险人均按上述规定向被保险人分别给付住院自费医疗费用保险金，但累计给付金额以保险金额为限。累计给付金额达到保险金额时，对该被保险人的保险责任终止。

第五条 本附加险合同适用费用补偿原则，被保险人通过任何途径所获得的医疗费用补偿金额总和以其实际支出的医疗费用金额为限。若被保险人已从其他途径获得医疗费用补偿的，则保险人仅对扣除已获得补偿后的剩余医疗费用，按照本附加险合同约定承担给付保险金的责任。社会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

第六条 本附加险合同的责任免除如下：

- （一）主险合同无效或失效，保险人不负任何给付保险金责任；
- （二）主险合同列明的责任免除事项，也适用于本附加险合同；

第七条 下列费用或损失，保险人不承担给付保险金责任：

（一）如下项目的治疗费用：皮肤色素沉着、痤疮治疗、红斑痤疮治疗；雀斑、老年斑、痣的治疗和去除；对浅表静脉曲张、蜘蛛脉、除瘢痕疙瘩型外的其它瘢痕、纹身去除、皮肤变色的治疗或手术；激光美容、除皱、除眼袋、开双眼皮、治疗斑、白发、脱发、植毛，脱毛、隆鼻、隆胸；

（二）各种矫形及生理缺陷的手术和检查治疗费用，包括但不限于平足及各种非功能性整容、矫形手术费用；

(三) 被保险人因预防、康复、疗养、保健性、预防性或非疾病治疗类项目发生的医疗费用；体外或植入的医疗辅助装置或用具(眼镜、义齿、义眼、义肢、助听器等)及其安装和租赁费用；

(四) 耐用医疗设备(指各种康复设备、矫形支具以及其他耐用医疗设备)的购买或租赁费用；

(五) 各种医疗咨询和健康预测:如健康咨询、睡眠咨询、性咨询、心理咨询(依照世界卫生组织《疾病和有关健康问题的国际统计分类》(ICD-10)确定的精神和行为障碍以外的般心理问题，如职场问题、家庭问题、婚恋问题、个人发展、情绪管理等)等费用；

(六) 由于职业病、医疗事故引起的医疗费用；

(七) 因不符合入院标准、挂床住院或住院病人应当出院但拒不出院(从医院确定出院之日起)而发生的一切医疗费用；

(八) 代诊，无原始发票的费用，电话咨询费，没有按时就诊的预约费用，非医师处方要求的服务费用不在执业范围的医疗服务费用，不符合专业认可标准或者为进行适当治疗所不必要的医疗和牙科服务费用，非医学必需的费用，超过通常惯例水平的费用；

(九) 包皮环切术、包皮剥离术、包皮气囊扩张术、性功能障碍治疗；

(十) 各类医疗鉴定费用，鉴定类型包括但不限于医疗事故鉴定、精神病鉴定、孕妇胎儿性别鉴定、验伤鉴定、亲子鉴定、遗传基因鉴定；

(十一) 各种健美治疗项目，包括但不限于营养、减肥、增胖、增高费用；

(十二) 下列药品费用：

1. 未经医生建议自行进行的任何治疗或未经医生处方自行购买的药品；

2. 虽然有医生处方，但药品不是自开具该处方的医生所执业的医院购买的(以药品费票据为准)；

3. 虽然有医生建议，但相关治疗不是在医院进行的或相关费用不是由医院收取的(以相关医疗费票据为准)；

4. 滋补类中草药及其泡制的各类酒制剂涉及的药品费用；

5. 虽然有医生处方，但每次处方的剂量超过 30 天部分的药品费用。

第八条 其他不属于本保险合同责任范围内的损失、费用，保险人不负责赔偿。

保险金额、免赔额与给付比例

第九条 本附加险合同的保险金额，由投保人、保险人在投保时协商确定，并在保险合同中载明。

第十条 免赔额和给付比例由投保人与保险人在订立保险合同时协商确定，并在保险合同中载明。

保险期间

第十一条 除另有约定外，本附加险合同的保险期间同主险合同一致。但最长不超过一年，以保险单载明的起讫时间为准。

保险期间届满，投保人需要重新向保险公司申请投保本产品，交纳保险费，并获得新的保险合同。

保险金申请与给付

第十二条 被保险人同时拥有多份有效的费用补偿型医疗保险保险单的，可以自主决定理赔申请顺序。

第十三条 保险金申请人向保险人申请给付保险金时，应当以书面形式提交下列证明和资料。保险金申请人因特殊原因不能提供下列证明和资料的，应当提供其他合法、有效的证明和资料。

（一）保险金给付申请书；

（二）被保险人的身份证明材料；

（三）保险人认可的医疗机构出具的附有病理检查、化验检查、血液检查及其它诊断报告的疾病诊断证明书、病历、住院证明、出院小结、医疗费用原始发票、住院医疗费用结账明细清单等；

（四）被保险人若已通过其它途径获得了部分医疗费用的补偿并无法提供医疗费用原始凭证时，需提供医疗费用凭证复印件，同时出具注明已给付金额、加盖支付费用单位公章的分割单等相关证明，保险人在剩余医疗费用内按本附加险合同约定承担保险责任。

本附加险合同所指分割单应符合财政部《会计基础工作规范》的有关要求。涉及社会基本医疗保险时，分割单指社会基本医疗保险费用结算表，或当地社会基本医疗保险结算办法所规定的其他类似费用结算证明。

（五）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；

（六）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。受益人为无民事行为能力人或者限制民事行为能力人的，由其监护人代为申领保险金，并需要提供监护人的身份证明等资料。

第十四条 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。**保险金申请人未能提供有关证明和资料，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。**

第十五条 保险金申请人向保险人请求给付保险金的诉讼时效期间为二年，自其知道或者应当知道保险事故发生之日起计算。

释义

第十六条 本附加险合同涉及下列术语时，适用下列释义：

必需且合理的住院医疗费用：泛指符合通常惯例及医学必需的住院医疗费用。

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。对是否符合通常惯例由保险人根据客观、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。

2. 医学必需：指医疗费用符合下列所有条件：

治疗意外伤害或者疾病所必需的项目；

不超过安全、足量治疗原则的项目；

由医生开具的处方药；

非试验性的、非研究性的项目；

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。

对是否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。

自费医疗费用：指被保险人在住院期间实际发生的属于自费部分的药品费、住院手术费、床位费和其他费用。