

中原农业保险股份有限公司

附加团体住院自费医疗保险条款

总则

第一条 本条款为中原农业保险股份有限公司团体类医疗保险（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（以下简称“本附加合同”）相关者，均为本附加合同的构成部分。凡涉及本附加合同的约定，均应采用书面形式。

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 本附加合同的投保人、被保险人受益人与主险合同一致。

保险责任

第三条 在保险期间内，被保险人因遭受意外伤害或自本合同保险期间开始之日起经过本合同约定的等待期后（**连续不间断续保者不受等待期的限制**）因疾病必须在本合同释义的医院（以下简称“释义医院”）住院治疗，保险人对被保险人实际支出的、超出当地社会基本医疗保险统筹基金支付范围的合理且必要的住院医疗费用，**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。**

被保险人在保险期间内接受上述住院治疗，本合同保险期间届满时，被保险人未结束本次住院治疗的，保险人继续承担因本次住院发生的（至多不超过本合同保险期间届满之日起第三十日二十四时）合理且必要的住院医疗费用。**如本合同保险期间届满之日起第三十日仍未结束本次住院治疗的，自第三十一日起发生的住院医疗费用保险人不承担保险责任。**

在保险期间内，保险人所给付住院自费医疗费用保险金的责任以保险合同中列明的住院自费医疗费用保险金额为限，对被保险人单次或者累计给付住院自费医疗费用保险金达到保险金额时，对该被保险人的保险责任终止。

第四条 本附加合同为费用补偿型保险合同，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（社会基本医疗保险、其他费用补偿型医疗保险等）获得医疗费用补偿的，保险人仅对扣除已获得补偿后的医疗费用的余额按照本附加合同约定给付保险金。基本医疗保险个人账户部分支出视为个人现金支付，不属于已获得的医疗费用补偿。

责任免除

第五条 因下列任何原因导致的损失和费用，保险人均不承担给付保险金责任：

- （一）投保人、被保险人的故意行为；
- （二）被保险人的自致疾病、自致伤害或自杀，但被保险人自杀时为无民事行为能力人的除外；
- （三）被保险人故意犯罪或抗拒依法采取的刑事强制措施；
- （四）被保险人挑衅或故意行为而导致的打斗、被袭击或被谋杀；
- （五）被保险人未遵医嘱，私自服用、涂用、注射药物；

（六）被保险人怀孕、流产、堕胎、分娩（含剖腹产、难产）、避孕、节育绝育手术、产前产后检查、治疗不孕不育症、人工受孕，或由前述情形导致的并发症；

（七）被保险人从事高风险运动或参加职业或半职业体育运动；

（八）被保险人遗传性疾病，先天性畸形、变形和染色体异常；

（九）被保险人感染艾滋病病毒（HIV 阳性）或者患艾滋病（AIDS）、性病；

（十）精神和行为障碍（依照世界卫生组织颁布的《疾病和有关健康问题的国际统计分类（ICD-10）》确定）；

（十一）被保险人患椎间盘突出症（包括椎间盘膨出、椎间盘突出、椎间盘脱出、游离型椎间盘等类型）、地方病；

（十二）被保险人进行外科整形手术、变性手术；

（十三）既往症及其并发症（保险合同另有约定的，以保险合同约定为准）；

（十四）被保险人等待期内确诊的疾病、等待期内接受检查但在等待期后确诊的疾病；

（十五）由于职业病、医疗事故引起的医疗费用；

（十六）各种健康体检项目及预防性医疗项目、牙科保健及牙科治疗、疗养、康复治疗、非意外事故所致整容手术；

（十七）核爆炸、核辐射或核污染、化学污染。

第六条 被保险人在下列期间发生的保险事故，保险人不承担给付保险金责任：

（一）被保险人酒后驾驶、无有效驾驶证驾驶或驾驶无有效行驶证的机动车期间；

（二）被保险人醉酒或受毒品、管制药物影响期间；

（三）被保险人感染艾滋病病毒或患艾滋病期间；

（四）所在国家或地区处于战争、军事行动、暴动、恐怖袭击或武装叛乱期间。

第七条 除另有约定外，下列损失、费用和责任，保险人不承担给付保险金责任：

（一）各种矫形、矫正及生理缺陷的手术和检查治疗费用；

（二）被保险人因保健类或非疾病治疗类项目发生的医疗费用；

（三）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）、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、安装或租赁费用；

（四）除心脏瓣膜、人工晶体、人工关节之外的其他人工器官材料费、安装和置换等费用；

（五）滋补类中草药及其泡制的各类酒制剂的购买费用；

（六）各种医疗咨询、健康咨询、心理咨询或治疗、健美治疗（如增高、减肥等）、器官移植相关的医疗费用；

（七）各类医疗鉴定费用，鉴定类型包含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、遗传基因鉴定等；

（八）被保险人的各项门诊治疗费用，不符合社会基本医疗管理部门规定的统筹基金支付范围的医疗费用；

（九）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所产生的住院医疗费用；

（十）已从社会基本医疗保险合作医疗机构获得补偿的医疗费用，或已从国家机构、公益机构、慈善机构等获得补偿的医疗费用；

（十一）已从工伤保险基金、生育保险基金中支付的、由公共卫生负担的或第三者承担的医疗费用；

（十二）本保险合同载明的免赔额。

第八条 本保险条款其他条目中约定的不承担、免除或减少保险责任的部分，保险人也不负责赔偿。

第九条 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。

第十一条 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

第十二条 本附加合同保险期间不超过一年，具体以主险保险合同载明的起讫时间为准。

本附加合同为非保证续保合同，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，经保险人同意后缴纳保险费，并获得新的保险合同。

等待期

第十三条 除另有约定外，自保险期间开始之日起三十日内（含第三十日）为本附加合同的等待期。

因意外伤害发生保险责任的，无等待期。如为连续不间断续保的（同一被保险人连续在本保险人处投保本条款为基础的保险合同，保险期间衔接不中断），从第二期保险合同起的连续不间断续保保单合同无等待期。

若保险合同未连续不间断续保，则需重新适用等待期。

缴费方式与宽限期

第十四条 投保人可以选择一次性全额支付保险费，也可以根据合同约定分期支付保险费。

若投保人选择一次性支付保险费，投保人应当在投保时一次性缴清保险费。

若投保人选择分期支付保险费，投保人应当在每一期保险费约定支付日缴纳其余对应的保险费。

第十五条 若投保人分期支付保险费，在支付首期保险费后未按约定在应付之日缴纳保险费，保险人允许投保人在催告之日起三十日（含第三十日）内补缴保险费，如果被保险人在这三十日内发生保险事故，保险人仍按照合同约定给付保险金，但需投保人先行补缴所有未缴期间的保险费。

若投保人在保险人催告之日起三十日（含第三十日）内未补缴保险费，则本合同自当期保费的应付之日起终止，对于保险合同终止后发生的保险事故，保险人不承担保险责任。

保险金申请与给付

第十六条 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。

第十七条 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。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。

（一）保险金给付申请书。

（二）保险单号。

（三）被保险人的身份证明材料。

（四）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。

（五）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比例和金额、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保险合同约定承担保险责任。

本保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。

（六）保险金申请人所能提供的与确认保险事故的性质、原因、损失程度等相关的其他证明和资料。

（七）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。

第十八条 被保险人遭受保险事故的，保险人有权对投保人、被保险人、保险金申请人和有关医疗机构等进行调查和检查，投保人、被保险人、保险金申请人等应当予以充分配合。

第十九条 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。

其他事项

第二十条 发生下列情况之一者，本附加保险合同即行终止：

（一）主保险合同终止；

（二）投保人解除本附加保险合同。

投保人申请解除主险合同时，本附加合同一并解除，保险人根据主险合同约定向投保人退还最低现金价值，但保险人已根据本合同约定给付保险金的除外。

释义

第二十一条 本保险合同涉及下列术语时，适用下列释义：

释义医院：指保险人与投保人约定的定点医院，未约定定点医院的，则指经中华人民共和国卫生部门评审确定的二级或二级以上的公立医院普通部（不包含公立医院的特需医疗、外宾医疗、干部病房），**但不包括主要作为诊所、康复、护理、疗养、戒酒、戒毒等或类似的医疗机构。**该医院必须具有符合国家有关医院管理规则设置标准的医疗设备，且全天二十四小时有合格医师及护士驻院提供医疗及护理服务。