

中原农业保险有限责任公司

附加意外门急诊医疗保险条款

总则

第一条 在投保意外伤害类保险（以下简称“主险”）的基础上，投保人可以投保本附加险。本附加险与主险相抵触之处，以本附加险为准；本附加险未尽事宜，以主险为准。主险效力终止，本附加险效力亦同时终止；主险无效，本附加险亦无效。凡涉及本附加险的约定，均采用书面形式。

第二条 除另有约定外，本合同医疗保险金的受益人为被保险人本人。

保险责任

第三条 在保险期间内，被保险人因遭受意外伤害事故，在保险人指定或认可的医疗机构接受门诊或急诊治疗的，对于其每次实际支出的、符合当地社会医疗保险规定的、合理且必要的门急诊医疗费用（以下简称“门急诊医疗费用”），在扣除被保险人按社会医疗保险或公费医疗有关规定取得的医疗费用补偿及免赔额后，按照约定赔付比例给付门急诊医疗保险金。

第四条 本附加险合同适用补偿原则，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。被保险人已经从社会基本医疗保险或任何第三方(包括任何商业医疗保险)获得相关医疗费用补偿的，保险人仅对扣除已获得补偿后的剩余医疗费用，按照合同约定承担给付保险金责任。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。

责任免除

第五条 因下列情形之一，造成被保险人支出医疗费用的，保险人不负给付保险金责任：

- （1）主险合同责任免除条款所列的各项情形；
- （2）被保险人疾病；
- （3）被保险人若患任何特定传染病、地方病、性病、精神病、精神分裂症、遗传性疾病、先天性疾病、先天性畸形、变形或染色体异常；
- （4）被保险人捐献或售卖身体器官为目的的医疗行为及其后遗症的治疗及康复；
- （5）当地社会医疗保险主管部门规定的（含公费和劳保），不予结算的医疗费用或正在执行的自费项目和药品部分的费用；
- （6）被保险人支出的挂号费、膳食费、护理费、陪住费、取暖费、交通费等费用；
- （7）被保险人矫形、整容、洗牙、洁齿、验光、装配假眼、假牙、假肢或者助听器、一般健康检查、疗养、康复治疗等行为；
- （8）被保险人在康复疗养院、私人诊所、民办门诊部、家庭病床、挂床等治疗。

第六条 根据本条款其他部分的约定，保险人不承担、减少保险责任情形下的损失、费用、责任，保险人不负责赔偿。

第七条 其他不属于本保险合同责任范围内的损失和费用，保险人不负责赔偿。

保险期间

第八条 本附加险的保险期间须与主险保险期间一致，且最长不超过一年。保险期间届满，投保人需要向保险人申请投保本产品，缴纳保险费，并获得新的保险合同。

保险金额、免赔额与给付比例

第九条 每次门急诊医疗费用保险金额是保险人承担给付每次门急诊医疗费用的最高限额，年度门急诊医疗费用保险金额是保险人在保险期间内累计承担给付的最高限额。

本附加险合同的每次门急诊医疗费用保险金额和年度门急诊医疗费用保险金额由投保人与保险人双方协商确定，并在保险单中载明。

第十条 免赔额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。

第十一条 针对以下三种情况，投保人和保险人分别约定免赔额和给付比例，并在保险单中载明：

1.有社保且已使用社保：被保险人享有社会医疗保险或公费医疗保障，且在申请理赔时已经从社会医疗保险或公费医疗保障中获得医疗费用补偿；

2.有社保但未使用社保：投保时告知保险人已参加社会医疗保险或公费医疗保障，但就诊时未使用或就诊时未参加社会医疗保险或公费医疗保障；

3.无社保：被保险人投保时未享有社会医疗保险或公费医疗保障，且没有从社会医疗保险或公费医疗保障中获得医疗费用补偿。

除另有约定外，如被保险人有社保且已使用社保，保险人赔付比例为 **80%**，如有社保但未使用社保或无社保保险人赔付比例为 **60%**。

保险人义务

第十二条 保险人如停售该保险产品，应为已购买产品的被保险人在保险期间内继续提供保障服务，并按照相关规定通过官网、销售渠道、即时通讯等途径披露告知投保人、被保险人。披露的内容应包括产品停售的具体原因、具体时间，以及后续服务措施等信息。

保险金的申请与给付

第十三条 被保险人无论一次或多次因意外伤害事故进行门急诊治疗，保险人均按保险合同规定向保险人分别给付门急诊医疗保险金。每次给付金额以保险单载明的每次门急诊医疗费用的最高金额为限，累计给付金额以保险单载明的年度累计门急诊保险金额为限；当累计金额达到保险单载明门急诊医疗保险金额时，保险人对被保险人的保险责任终止。

第十四条 被保险人向保险人申请赔偿时，应提交作为索赔依据的证明和材料。被保险人未及时提供有关单证，导致保险人无法核实单证的真实性及其记载的内容的，保险人对无法核实部分不负给付保险金责任。

（一）被保险人支出医疗费用的，由保险金申请人填写保险金给付通知书，并凭下列证明和资料向保险人申请给付保险金：

- 1.被保险人户籍证明或者身份证明；
- 2.保险人指定或认可的医疗机构出具的诊断书、门诊病历原件及医疗费用原始收据；
- 3.被保险人委托他人代为申请保险金的，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；
- 4.被保险人银行账户。

（二）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。涉及基本医疗保险时，分割单指基本医疗保险费用结算表，或当地基本医疗保险结算办法所规定的其他类似费用结算证明。

（三）保险金申请人因特殊原因不能提供上述证明的，则应提供法律认可的其他有关的证明资料。

释义

第十五条 本保险合同涉及以下术语时，适用下列释义：

未满期保险费： 未满期保险费 = 保险费 × $(1 - m/n)$ ，其中，m为已生效天数，n为保险期间的天数，经过天数不足一日的按一日计算。