

中原农业保险股份有限公司

家庭成员意外伤害保险附加意外医疗保险条款

总则

第一条 本保险合同须附加于中原农业保险股份有限公司家庭成员意外伤害保险合同（以下简称主险合同）。本附加险合同未约定事项以主险合同为准，与主险合同内容冲突之处，以本附加险合同为准。主险合同效力终止，本附加险合同效力亦同时终止。

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 在保险期间内，被保险人遭受主险条款责任范围内的意外伤害，并在中华人民共和国境内（不包括港、澳、台地区）保险人认可的医疗机构进行治疗，保险人按下列约定给付意外医疗保险金。

（1）对于被保险人因该意外伤害所支出的必要且合理的、符合本保险合同签发地政府颁布的基本医疗保险报销范围的医疗费用，保险人在扣除社会医疗保险、公费医疗或任何第三方（包括任何商业医疗保险）已经补偿或给付部分以及本附加保险合同约定的免赔额后，对其余额按本附加保险合同约定的给付比例和门诊急诊限额给付意外医疗保险金。**免赔额、给付比例和门诊急诊限额由投保人、保险人双方约定，并在保险单中载明。**

（2）保险期间届满被保险人治疗仍未结束的，保险人所负保险责任期限可按下列约定延长：门诊治疗者，自保险期间届满次日起计算，以 15 日为限；保险期间届满被保险人仍在住院治疗的，自保险期间届满次日起计算，至出院之日止，最长以 90 日为限。

（3）保险人对同一个家庭中所有被保险人所负给付意外医疗保险金的责任以意外医疗家庭保险金额为限，对同一个家庭中所有被保险人一次或者累计给付的意外医疗保险金达到该家庭保险金额时，保险人对该家庭所有被保险人的意外医疗保险责任终止。

（4）**本附加险条款适用补偿原则。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医疗保险、公费医疗或任何第三方（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。**

责任免除

第五条 主险条款中列明的“责任免除”事项，也适用于本附加险合同，保险人不承担给付保险金责任。

第六条 被保险人因下列情形导致医疗费用支出的，保险人也不承担给付保险金责任：

（1）非因意外伤害而进行的整容、整形手术，以及因任何原因进行的美容；

(2) 非因意外伤害而进行的牙科治疗或手术，因矫正视力而作的眼科验光检查，以及任何原因导致的牙齿修复或牙齿整形、视力矫正、安装及购买康复性器具（如眼镜、轮椅、义齿、义眼、义肢、助听器等）；

(3) 一般身体检查、疗养、特别护理、静养、康复性治疗、物理治疗或心理治疗；

(4) 被保险人在家自设病床治疗。

第七条 对于本保险合同载明的免赔额，保险人不承担给付保险金的责任。

保险金额

第八条 保险单中所载的意外医疗家庭保险金额是保险人对该家庭所有被保险人承担给付意外医疗保险金责任的最高限额。经投保人和保险人双方约定，可选择按照以下方式分配家庭保险金额，并在保险单中载明。

(1) 均分家庭保险金额

意外医疗保险责任的每人保险金额=意外医疗家庭保险金额÷该家庭中的被保险人总人数。被保险人总人数以投保时告知为准。保险人对每一被保险人在意外医疗保险责任项下一次或者累计给付的保险金之和以意外医疗保险责任的每人保险金额为限。

(2) 共享家庭保险金额

指家庭中所有被保险人共享意外医疗家庭保险金额。保险人对家庭所有被保险人在意外医疗保险责任项下一次或者累计给付的保险金之和不超过意外医疗家庭保险金额。

当多名被保险人发生保险事故的，保险人按照提交完整保险金申请资料并申请给付保险金的先后顺序依次计算并给付保险金，后续案件在剩余保险金额范围内计算并给付保险金。

当多名被保险人发生保险事故且同时提交完整保险金申请资料并申请给付保险金的，保险人按单独提交保险金申请资料的情况分别计算每人应给付金额。若多名被保险人的应给付金额之和大于家庭保险金额与既往已给付金额之差的，保险人按下述公式计算每人实际给付金额：（该被保险人应给付金额÷多名被保险人应给付金额之和）×（家庭保险金额-既往已给付金额）。

(3) 独享家庭保险金额

指家庭中某一个被保险人独享意外医疗家庭保险金额，该被保险人以投保时告知为准，并在保险单中载明。保险人对该被保险人在意外医疗保险责任项下一次或者累计给付的保险金之和不超过意外医疗家庭保险金额，对该家庭的其他被保险人不承担该项保险责任。

(4) 其他方式

除上述情形外，经投保人和保险人双方约定，可在投保时约定按照其他方式分配家庭保险金额，并在保险单中载明。

保险金申请

第九条 保险金申请人向保险人申请给付保险金时，应填写保险金给付申请书，并提交以下材料。保险人按照本保险合同的约定，认为有关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。

（1）保险金给付申请书；

（2）保险单原件或其它能够有效证明保险合同有效的材料；

（3）被保险人身份证明；

（4）中华人民共和国境内（不包括港、澳、台地区）二级（含）以上医院或保险人认可的医疗机构出具的医疗费用收据及明细清单/帐、诊断证明、病历、出院小结等；

（5）对于已经从社会医疗保险、公费医疗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，应提供社会医疗保险机构、商业保险机构或其他第三方的医疗费用分割单或医疗费用结算证明；

（6）保险金申请人所能提供的其他与本项申请相关的材料。

释义

第十条 本保险合同涉及下列术语时，适用下列释义：

1. 意外伤害：指以外来的、突发的、非本意的和非疾病的客观事件为直接且单独的原因致使身体受到的伤害。

2. 认可的医疗机构：是指在中华人民共和国境内（不包括香港、澳门、台湾）经中华人民共和国卫生部门评审确定的二级或以上的公立医院或投保人与保险人协商共同指定的医院或医疗机构，但不包括主要作为门诊、康复、护理、疗养、戒酒、戒毒或相类似的医疗机构。

3. 住院：是指被保险人确因临床需要，正式办理入院及出院手续，并确实入住医疗机构正式病房接受治疗的行为过程，且入住医疗机构必须达二十四小时以上且由医疗机构收取病房或床位费用。