

中原农业保险股份有限公司境外人员意外伤害保险

附加急性病医疗费用补偿保险条款

总则

第一条 本附加保险合同须附加于中原农业保险股份有限公司境外人员意外伤害保险合同（以下简称“主保险合同”）。主保险合同所附条款、投保单、保险单、保险凭证以及批单等，凡与本附加保险合同相关者，均为本附加保险合同的构成部分。凡涉及本附加保险合同的约定，均应采用书面形式。

若主保险合同与本附加保险合同的条款互有冲突，则以本附加保险合同的条款为准。本附加保险合同未尽事宜，以主保险合同的条款规定为准。

保险责任

第二条 在保险期间内，被保险人遭受急性病（详见释义），并在符合本附加保险合同释义的医院（以下简称“释义医院”）进行治疗，自事故发生或诊断之日起（以发生、诊断的在先者起算）一百八十日内实际支出的，符合治疗地社会医疗保险或其他公费医疗主管部门规定的可报销范围内的必要、合理的医疗费用，保险人按照保险合同载明的免赔额及赔付比例给付急性病医疗保险金。

被保险人在保险期间内无论一次或多次遭受急性病，保险人均按本附加合同的约定分别给付急性病医疗保险金，但累计给付金额以被保险人的急性病医疗保险金额为限，累计给付金额达到急性病医疗保险金额时，对该被保险人的该项保险责任终止。

补偿原则和赔付标准

第三条 本附加保险合同适用费用补偿原则。若被保险人已从其他途径（包括公费医疗、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，则保险人仅对被保险人实际发生的医疗费用扣除其所获医疗费用补偿后的剩余部分按本附加保险合同约定负责赔偿。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。

关于赔付标准的说明如下：

1、被保险人以参加社会基本医疗保险（或其他费用补偿型医疗保险）身份投保，并以参加社会基本医疗保险（或其他费用补偿型医疗保险）身份接受治疗并结算的；以及被保险人以未参加社会基本医疗保险（或其他费用补偿型医疗保险）身份投保的；则保险人根据本附加保险合同约定扣除保险单载明的免赔额（率）后按保险合同载明的“一般赔付比例”予以赔偿。

2、若被保险人以参加社会基本医疗保险（或其他费用补偿型医疗保险）身份投保，但未以参加社会基本医疗保险（或其他费用补偿型医疗保险）身份接受治疗并结算的，则保险人根据本附加保险合同约定扣除保险单载明的免赔额（率）后按保险合同载明的“其他赔付比例”予以赔偿。

责任免除

第四条 因下列原因造成被保险人医疗费用支出的，保险人不承担给付保险金责任：

- （一）投保人、被保险人的故意行为；
- （二）被保险人故意自致伤害或自杀，但被保险人自杀时为无民事行为能力人的除外；
- （三）因被保险人挑衅或故意行为而导致的打斗、被袭击或被谋杀；
- （四）被保险人未遵医嘱，私自服用、涂用、注射药物；
- （五）核爆炸、核辐射或核污染；
- （六）椎间盘突出或突出症；

(七) 既往症、慢性病；

(八) 遗传性疾病、先天性畸形、变形或染色体异常；

(九) 不孕不育治疗、人工受精、怀孕、分娩（含难产）、流产、堕胎、节育（含绝育）产前产后检查以及由以上原因引起之并发症；

(十) 牙科治疗、整容、美容或修复、疗养、康复治疗、矫形、视力矫正手术。

第五条 被保险人在下列期间发生保险事故导致医疗费用支出的，保险人也不承担给付保险金责任：

(一) 战争、军事行动、暴动或武装叛乱期间；

(二) 被保险人主动吸食或注射毒品期间；

(三) 被保险人患艾滋病（AIDS）或感染艾滋病病毒（HIV 呈阳性）期间。

第六条 下列费用，保险人不承担给付保险金责任：

(一) 对于就诊医院所在地社会医疗保险或其他公费医疗管理部门规定的不可报销的诊疗项目和药品费用，以及可报销但需个人自费的个人自费部分费用，保险人不承担赔偿责任（个人自费，包括个人自付、个人自行承担）；

(二) 营养费、辅助器具费、护理费、交通费、伙食费、误工费、丧葬费；

(三) 保险合同载明的免赔额或按免赔率折算的免赔额。

保险金额与免赔额（率）

第七条 本附加保险合同的急性病医疗保险金额由投保人、保险人双方协商确定，并在保险合同中载明。

第八条 免赔额（率）、赔付比例由投保人、保险人双方协商确定，并在保险合同中载明。

保险期间

第九条 本附加保险合同保险期间由投保人、保险人双方约定，并在保险单中载明，除另有约定外，本附加保险合同的保险期间与主险保险期间一致，且最长不超过一年。

本附加保险合同遵循“不保证续保条款”：本产品保险期间为一年（或不超过一年）。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，并经保险人同意，交纳保险费，获得新的保险合同。

保险金申请与给付

第十条 保险金申请人向保险人申请给付保险金时，应提交以下材料。保险金申请人因特殊原因不能提供以下材料的，应提供其他合法有效的材料。**保险金申请人未能提供有关材料，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) 保单号或有效保险凭证；

(三) 被保险人身份证明、保险金申请人身份证明；

(四) 释义医院出具的诊断证明、医疗证明；医疗费用明细；医疗费用原始凭证，若有其他途径补偿医疗费用的，则提供其他补偿的支付证明及医疗费用原始凭证的影印件；

(五) 保险金申请人所能提供的与确认保险事故的性质、原因、伤害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。

第十一条 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。

其他事项

第十二条 保险事故发生后，被保险人需要治疗的，应在释义医院就诊，若因急诊未在释义医院就诊的，应在三日内通知保险人，并根据病情及时转入释义医院。若确需转入非释义医院就诊的，应向保险人提出申请，保险人在接到申请后三日内给予答复，对于保险人同意在非释义医院就诊的，对该期间发生的医疗费用按本附加保险合同规定给付保险金。

第十三条 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。

释义

第十四条 本保险合同涉及下列术语时，适用下列释义：

【急性病】指被保险人在本附加保险合同生效之前未曾接受治疗或诊断、在保险期间首次罹患且于 72 小时内急性发作的、并且必须立即接受治疗方能避免身体或生命伤害的疾病，**不包括既往症、慢性病、精神病、精神分裂、艾滋病、性传播疾病、遗传性疾病、先天性疾病或缺陷、先天性畸形、牙齿治疗、预防性手术等非必须紧急治疗的手术、器官移植。**

【医院】是指符合下列所有条件的机构：

- （1）拥有合法经营执照；
- （2）设立的主要目的为向受伤者和患病者提供留院治疗和护理服务；
- （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；
- （4）非主要作为诊所、康复、护理、休养、静养、戒酒、戒毒等或类似的医疗机构。

若医疗机构处于中国境内（不包括港、澳、台地区），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或保险人认可的医疗机构。**但不包括主要作为诊所、康复、护理、休养、静养、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。

【既往症】指在本合同生效前罹患的被保险人已知或应该知道的有关疾病。通常有以下情况：

- 1. 本合同生效前，医生已有明确诊断，长期治疗未间断；
- 2. 本合同生效前，医生已有明确诊断，治疗后症状未完全消失，有间断用药情况；
- 3. 本合同生效前，医生已有明确诊断，但未予以治疗。

【遗传性疾病】指生殖细胞或受精卵的遗传物质（染色体和基因）发生突变或畸变所引起的疾病，通常具有由亲代传至后代的垂直传递的特征。

【先天性畸形、变形或染色体异常】指被保险人出生时就具有的畸形、变形或染色体异常。先天性畸形、变形和染色体异常依照世界卫生组织《疾病和有关健康问题的国际统计分类》第十次修订版（ICD-10）确定。

【患艾滋病（AIDS）或感染艾滋病病毒（HIV 呈阳性）】艾滋病病毒指人类免疫缺陷病毒，英文缩写为 HIV。艾滋病指人类免疫缺陷病毒引起的获得性免疫缺陷综合征，英文缩写为 AIDS。在人体血液或其它样本中检测到艾滋病病毒或其抗体呈阳性，没有出现临床症状或体征的，为感染艾滋病病毒；如果同时出现了明显临床症状或体征的，为患艾滋病。

【辅助器具费】指购买、安装或修理假肢、矫形器、假眼、假牙和配置轮椅等辅助器具的费用。