

中原农业保险股份有限公司

社保团体意外伤害医疗保险条款

总 则

第一条 本保险合同由保险条款、投保单、保险单、保险凭证以及批单等组成。凡涉及本保险合同的约定，均应采用书面形式。

第二条 除另有约定外，当地社会基本医疗保险的参保（合）人可作为被保险人。投保人应为对被保险人有保险利益的当地医疗保险管理部门或者政府指定的其他部门或者机构。其投保的人数必须占约定承保团体人员的 75%以上，且投保人数不低于 3 人。

第三条 除另有约定外，本保险合同保险金的受益人为被保险人本人或其法定继承人。

保障内容

第四条 保险责任

本合同的保险责任包含“住院医疗保险金”、“门诊医疗保险金”，其中“住院医疗保险金”为必选责任，“门诊医疗保险金”为可选责任。投保人可以只投保必选责任，也可以在投保必选责任的同时选择投保可选责任，但不能单独投保可选责任。所投保的保险责任一经确定，在本合同保险期间内不得变更。

（一）住院医疗保险金。在保险期间内，被保险人因意外伤害在保险单签发地（以下简称“当地”）基本医保定点医疗机构或经当地基本医保主管部门认可的其他有资质的医疗机构住院而发生的符合当地基本医保规定可报销的、合理且必要的医疗费用，保险人对超出免赔额的部分按保险合同约定的给付比例给付保险金。免赔额、给付比例由投保人与保险人协商确定，并在保险单中载明。

（二）门诊医疗保险金。在保险期间内，被保险人因意外伤害在当地基本医保定点医疗机构或经当地基本医保主管部门认可的其他有资质的医疗机构发生的，符合投保人与保险人约定的支付范围内的、合理且必要的门诊和急诊医疗费用，保险人对超出免赔额的部分按保险合同约定的给付比例给付保险金。免赔额、给付比例由投保人与保险人协商确定，并在保险单中载明。

第五条 保险人对每一被保险人给付的保险金以保险合同约定的该被保险人的保险金额为限，一次或累计给付的保险金达到该被保险人的保险金额时，保险合同对该被保险人的保险责任终止。

本保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。被保险人已经从任何第三方（包括任何商业医疗保险、公费医疗、工作单位、第三方责任人等）获得相关医疗费用补偿的，保险人仅对扣除已经获得补偿后的剩余医疗费用，按照本合同约定承担给付保险金责任。

责任免除

第六条 因下列原因导致的医疗费用支出，保险人不承担保险金给付责任：

（一）《中华人民共和国社会保险法》、《中华人民共和国保险法》及相关法律法规规定不予支付的事项；

（二）当地社会基本医疗保险规定或保险合同约定不承担给付保险金责任的事项；

(三) 因疾病导致的医疗费用支出；

(四) 本保险合同载明的免赔额。

第七条 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。

保险金额和保险费

第九条 保险金额是保险人承担给付保险金责任的最高限额。保险金额可以由投保人与保险人在投保时根据当地医保政策确定，并在保险单中载明。

第十条 投保人应当按照本保险合同约定向保险人交纳保险费。

保险期间

第十一条 除另有约定外，保险期间由保险人和投保人协商确定，以保险合同载明的起讫时间为准，最长不得超过一年。

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

保险人义务

第十二条 订立保险合同时，采用保险人提供的格式条款的，保险人向投保人提供的投保单应当附格式条款，保险人应当向投保人说明保险合同的内容。对保险合同中免除保险人责任的条款，保险人在订立合同时应当在投保单、保险单或者其他保险凭证上作出足以引起投保人注意的提示，并对该条款的内容以书面或者口头形式向投保人作出明确说明；未作提示或者明确说明的，该条款不产生效力。

第十三条 本保险合同成立后，保险人应当及时向投保人签发保险单或其他保险凭证。

第十四条 保险人依据第二十条所取得的保险合同解除权，自保险人知道有解除事由之日起，超过三十日不行使而消灭。

保险人在合同订立时已经知道投保人未如实告知的情况的，保险人不得解除合同；发生保险事故的，保险人应当承担给付保险金责任。

第十五条 保险人认为被保险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投保人、被保险人补充提供。

第十六条 保险人收到被保险人给付保险金的请求后，应当及时作出核定；情形复杂的，应当在三十日内作出核定，但保险合同另有约定的除外。

保险人应当将核定结果通知被保险人；对属于保险责任的，在与被保险人达成给付保险金的协议后十日内，履行赔偿保险金义务。保险合同对给付保险金的期限有约定的，保险人应当按照约定履行给付保险金的义务。保险人依照前款约定作出核定后，对不属于保险责任的，应当自作出核定之日起三日内向被保险人发出拒绝给付保险金通知书，并说明理由。

第十七条 保险人自收到给付保险金的请求和有关证明、资料之日起六十日内，对其给付的数额不能确定的，应当根据已有证明和资料可以确定的数额先予支付；保险人最终确定给付的数额后，应当支付相应的差额。

第十八条 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。

投保人、被保险人义务

第十九条 除另有约定外,保险合同成立后,投保人按照约定交付保险费,保险人按照约定的时间开始承担保险责任。

第二十条 订立保险合同,保险人就保险标的或者被保险人的有关情况提出询问的,投保人应当如实告知,并向保险人提供有关材料。

投保人故意或者因重大过失未履行前款规定的义务,足以影响保险人决定是否同意承保或者提高保险费率的,保险人有权解除本保险合同。

投保人故意不履行如实告知义务的,保险人对于合同解除前发生的保险事故,不承担给付保险金责任,并不退还保险费。

投保人因重大过失未履行如实告知义务,对保险事故的发生有严重影响的,保险人对于合同解除前发生的保险事故,不承担给付保险金责任,但应当退还保险费。

第二十一条 投保人应向保险公司提供投保群体经验数据及被保险人信息,被保险人信息应包括被保险人姓名、性别、出生日期、证件类型、有效身份证件号码、社会保障号码、联系方式、职业、地址等。发生被保险人信息变更的,投保人应及时通知保险公司变更被保险人信息。

第二十二条 在保险期间内,投保人因其人员变动,需增加、减少被保险人时,应以书面形式向保险人提出申请。保险人同意后出具批单,并在本保险合同中批注。

(一)被保险人人数增加时,保险人在审核同意后,于收到申请之日的次日零时开始承担保险责任,并按约定增收短期保费。

(二)被保险人人数减少时,保险人在审核同意后,于收到申请之日的次日零时起,对减少的被保险人终止保险责任,并按约定退还未满期保险费,但减少的被保险人本人或其保险金申请人已领取过任何保险金的,保险人不退还该被保险人项下未满期保险费。减少后的被保险人人数不足投保团体人数的75%或人数低于3人时,保险人有权解除本保险合同,并按约定退还未满期保险费。

第二十三条 投保人、被保险人或者保险金受益人知道保险事故发生后,应当及时通知保险人。故意或者因重大过失未及时通知,致使保险事故的性质、原因、损失程度等难以确定的,保险人对无法确定的部分,不承担给付保险金责任,但保险人通过其他途径已经及时知道或者应当及时知道保险事故发生的除外。

上述约定,不包括因不可抗力而导致的迟延。

第二十四条 投保人住所或通讯地址变更时,应及时以书面形式通知保险人。投保人未通知的,保险人按本保险合同所载的最后住所或通讯地址发送的有关通知,均视为已发送给投保人。

保险金申请与给付

第二十五条 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。

第二十六条 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) 保险金申请人的身份证明;
- (三) 政府医疗保险管理机构指定或认可的医疗机构出具的医疗费用原始收据、明细清单、诊断证明书、病历;
- (四) 对于已经从其他途径获得补偿的,须提供相应机构或单位出具的分割单或医疗费用结算证明;
- (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。

争议处理和法律适用

第二十七条 因履行本保险合同发生的争议,由当事人协商解决。协商不成的,提交保险单载明的仲裁机构仲裁;保险单未载明仲裁机构或者争议发生后未达成仲裁协议的,依法向中华人民共和国法院起诉。

第二十八条 与本合同有关的以及履行本合同产生的一切争议处理适用中华人民共和国法律(不包括香港、澳门、台湾地区法律)。

保险合同的解除

第二十九条 在本保险合同成立后,投保人 can 以书面形式通知保险人解除合同,但保险人已根据本保险合同约定给付保险金的除外。

投保人解除本保险合同时,应提供下列证明文件和资料:

- (一) 保险合同解除申请书;
- (二) 保险单原件;
- (三) 保险费交付凭证;
- (四) 投保人身份证明或投保单位证明。

投保人要求解除本保险合同,自保险人接到保险合同解除申请书之时起,本保险合同的效力终止。保险人收到上述证明文件和资料之日起 30 日内退还本保险单的未到期保险费。

其他事项

第三十条 保险人可与投保人协商建立动态风险调节机制,采取合理方式,对保险合同的超额结余和政策性亏损等盈亏情况进行风险调节。

释 义

第三十一条 本保险合同涉及下列术语时,适用下列释义:

(一) 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。

(二) 住院:指被保险人因意外伤害而入住医院的正式病房进行治疗,并正式办理入院手续,不包括入住门诊观察室、家庭病床、疗养院、挂床住院及其他不合理的住院。挂床住院指办理正式住院手续的被保险人,在住院期间每日非 24 小时在床、在院。具体表现包括在住院期间连续若干日无任何治疗,只发生护理费、诊疗费、床位费等情况。

(三) 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。

（四）保险金申请人：被保险人生存状态下保险金申请人是指被保险人本人，如被保险人身故则保险金申请人是指受益人或依法享有保险金请求权的其他自然人。

（五）未到期保险费：未到期保险费=保险费 $\times$ （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。