

中原农业保险股份有限公司
特定群体团体住院补充医疗保险（防贫保险专用）
附加门诊补充医疗保险条款

注册号：C00019532522020040215052

总则

第一条 本条款为《中原农业保险股份有限公司特定群体团体住院补充医疗保险条款（防贫保险专用）》（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，对于被保险人在社会基本医疗保险定点医疗机构就医所支出的、符合当地社会基本医疗保险统筹基金规定范围的门诊重疾医疗费用、门诊慢性病医疗费用在扣除被保险人已从基本医疗保险、大病保险、大病补充保险或任何第三方（包括任何商业医疗保险）获得相关医疗费用补偿后的余额，保险人对于超过起付线标准需要被保险人个人负担的部分，按照约定的给付比例给付保险金。起付线标准和给付比例由投保人在投保时和保险人协商确定，并在保险单中载明。

同一被保险人的累计给付金额达到该被保险人保险金额时，保险人对该被保险人的保险责任终止。

第五条 本保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 除合同另有约定外，在下列任何情形下被保险人支出医疗费用，或者被保险人遭受伤害或者患疾病从而接受相应治疗而支出医疗费用的，或者下列任何情形的医疗费用，保险人对相应费用不承担给付保险金的责任：

- （一）被保险人住院发生的各项医疗费用；
- （二）被保险人因遭受意外伤害而支出的各项医疗费用；
- （三）其他主险列示的责任免除情形。

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、免赔额与给付比例

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。保险金额由投保人、保险人双方约定，并在保险单中载明。

第十条 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，免赔额 100 元，赔付比例为 80%，如有社保但未使用社保或无社保，免赔额 100 元，赔付比例为 60%。

保险期间

第十一条 除另有约定外，本附加合同的保险期间同主险合同一致。但最长不超过一年，以保险单载明的起讫时间为准。

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，交纳保险费，并获得新的保险合同。

保险金的申请与给付

第十二条 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。

第十三条 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。

第十四条 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

第十五条 投保人提出保险要求，经保险人同意承保，保险合同成立。依法成立的保险合同，自双方约定的保险起期开始时生效，但投保人未向保险人交清保险费或未按双方约定向保险人交付保险费的情形除外。

第十六条 投保人申请解除主险合同时，本附加险合同一并解除，但保险人已根据保险合同约定给付保险金的除外。保险人根据主险合同约定向投保人退还未满期保险费。

第十七条 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。

释义

第十八条 本保险合同涉及下列术语时，适用下列释义：

（一）门诊重疾医疗费用：是指被保险人因临床需要，在医疗机构门诊治疗重症疾病，且由医疗机构收取的相应费用。重症疾病病种以当地社会基本医疗保险统筹基金规定为准。

（二）门诊慢性病医疗费用：是指被保险人因临床需要，在医疗机构门诊治疗慢性病，且由医疗机构收取的相应费用。慢性病病种以当地社会基本医疗保险统筹基金规定为准。