

中原农业保险股份有限公司
河南省种植业工作人员团体意外伤害保险
附加意外伤害医疗保险条款

注册号：C00019532522020050706492

总则

第一条 本附加险合同为河南省种植业工作人员团体意外伤害保险（以下简称“主险合同”）的附加合同。本附加险合同与主险合同相抵触之处，以本附加险合同为准。本附加险合同未约定事项，以主险合同为准。主险合同效力终止，本附加险合同效力亦同时终止；主险合同无效，本附加险合同亦无效。凡涉及本附加险合同的约定，均采用书面形式。

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，被保险人因遭受主险合同责任范围内的意外伤害事故，在中华人民共和国境内（**不包括香港、澳门、台湾地区**）保险人认可的医疗机构治疗而支出医疗费用，保险人按下列约定给付保险金，且给付保险金之和不超过保险金额。

（一）被保险人自遭受意外伤害事故之日起 180 日内支付的符合保单签发地基本医疗保险主管部门规定，直接用于治疗的必要的、合理的医疗费用，**保险人扣除本附加险合同约定的免赔额后，按约定的赔付比例给付意外医疗保险金。**

保险期间届满被保险人治疗仍未结束的，保险人继续承担给付医疗保险金责任。门诊医疗以保险期间届满的次日起 15 日为限，住院医疗以保险期间届满的次日起至出院之日止，最长以 90 日为限。

（二）在保险期间内，无论被保险人一次或多次发生意外伤害而进行治疗，保险人均按约定给付保险金，但累计给付的保险金达到本附加险合同保险金额时，本附加险合同的保险责任终止。

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的责任。

责任免除

第六条 因下列原因造成被保险人支出医疗费用的，保险人不承担给付保险金责任：

- （一）主险合同无效或失效；
- （二）主险合同中列明的责任免除事项；
- （三）非因意外伤害事故而发生的医疗费用；
- （四）被保险人投保前已有残疾的治疗和康复的费用；
- （五）在康复医院、联合诊所、民办医院、私人诊所等非保险人认可的医疗机构进行治疗。

第七条 下列损失、费用，保险人不承担给付保险金责任：

- (一) 一般身体检查、疗养、静养、健康护理等非治疗性诊疗而发生的医疗费用；
- (二) 矫形、洗牙、洁齿、整容、美容、器官移植、心理咨询，或修复、安装及购买残疾用具（如轮椅、拐杖、义肢、助听器、义牙、义眼、配镜等）费用；
- (三) 支付的交通费、伙食费、取暖费、空调费、生活补助费、误工费、护理费、特需服务等；
- (四) 被保险人支出的医疗费用中依法应由第三者赔偿的部分，但肇事者逃逸或无赔偿能力的除外；
- (五) 不符合保单签发地基本医疗保险主管部门规定的支/给付范围和标准的医疗费用；
- (六) 在中华人民共和国境外（包括香港特别行政区、澳门特别行政区、台湾地区）发生的医疗费用。

保险金额、保险费与给付比例

第八条 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。

第九条 本保险合同按以下任一方式计收保险费：

(一) 按种植面积计收保险费：

保险费=种植总面积（亩）×每亩基准保费×（每一被保险人保险金额/10000）

投保人须将其管理或所有的，且种植同类型作物的地块全部投保，不得选择投保。

(二) 按人数计收保险费：

保险费=投保人数×基准费率×每一被保险人保险金额

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 本保险合同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。

第十二条 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。

保险金申请与给付

第十三条 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。

第十四条 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）保险单原件；

（三）保险金申请人和被保险人的身份证明；

（四）保险人认可的医疗机构出具的医疗诊断证明，病历及医疗、医药费原始单据及各种检查、化验报告等原始单据等；

（五）对于已经从当地基本医疗保险或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；

（六）保险金申请人所能提供的与确认保险事故的性质、原因等有关的其他证明和资料；

（七）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。

第十五条 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

第十六条 除另有约定外，投保人应在保险合同成立时一次交清保险费。**投保人未按约定交清保险费的，保险合同不生效。**

第十七条 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

第十九条 本保险合同涉及下列术语时，适用下列释义：

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。

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。同时该医院必须具有符合有关医院管理规定设置标准的医疗设备，并且提供 24 小时有合格医师及护士的医疗和护理等服务。

其他途径：包括互助基金等医疗保险机构、商业保险机构（含保险人）、工作单位或其他任何对被保险人承担民事责任的第三方。