

中原农业保险股份有限公司
企事业单位团体住院补充医疗保险条款

注册号：C00019532512021060377932

总则

第一条 本保险合同由本保险条款、投保单、保险单或其他保险凭证等与本保险合同有关的投保文件、合法有效的声明、批注、批单等构成。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，被保险人为 16 周岁（含）至 75 周岁（含），身体健康、能正常工作且享有社会医疗保险或公费医疗保障的自然人。团体保险的被保险人在合同签发时不得少于 3 人，特定团体成员的配偶、子女、父母可以作为被保险人。

第三条 投保人应为对被保险人有保险利益的政府机关、企业、事业单位及其下属机构或社会团体。特定团体属于法人或非法人组织的，投保人应为该法人或非法人组织。特定团体属于其他不以购买保险为目的而组成的团体的，投保人可以是特定团体中的自然人。

第四条 本保险合同保险金的受益人为被保险人本人。

保险责任

第五条 在保险期间内，被保险人遭受意外伤害或自本保险合同生效之日起经过本合同约定的等待期后（除另有约定外，等待期为 30 天，续保不受此限制）因疾病在保险人认可的医疗机构住院治疗，保险人对被保险人实际支出的、符合社会基本医疗保险规定范围的必需且合理的住院医疗费用，在被保险人已按社会基本医疗保险或公费医疗、大病保险有关规定取得医疗费用补偿后，保险人就上述费用余额在扣除约定的免赔额后，按照约定的给付比例给付住院补充医疗保险金。

被保险人在保险期间内住院治疗，到保险期间届满仍未结束的，保险人继续承担补充住院医疗保险责任至住院结束，但除另有约定外，最长不超过保险期间届满之日起第 30 日。

本保险合同为费用补偿型保险合同，适用医疗费用补偿原则。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。若被保险人已从除社会基本医疗保险或公费医疗、大病保险外其他保险计划（包括工作单位、保险人在内的任何商业保险机构等）获得医疗费用补偿的，保险人仅对获得补偿后的医疗费用的余额按照本合同约定给付保险金。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。

在保险期间内，保险人所负给付住院补充医疗保险金的责任以本保险合同中列明的住院补充医疗保险金额为限，对被保险人单次或者累计给付住院补充医疗保险金达到其住院补充医疗保险金额时，本保险合同对该被保险人的保险责任终止。

责任免除

第六条 因下列原因之一，直接或间接造成被保险人发生治疗或支出费用的，保险人不承担给付保险金责任：

- （一）投保人的故意行为；
- （二）被保险人自致的疾病或伤害，但被保险人自杀时为无民事行为能力人的除外；

(三) 被保险人投保前已有的残疾、未告知的既往症以及保险单特别约定除外的疾病；

(四) 被保险人违法、犯罪或者抗拒依法采取的刑事强制措施；

(五) 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；

(六) 被保险人未遵医嘱，私自服用、涂用、注射药物；

(七) 被保险人用于矫形、整容、美容，或修复、安装、购买残疾用具（如轮椅、假肢、助听器、配镜、假眼、假牙等）的费用；

(八) 被保险人怀孕（含宫外孕）、流产、堕胎、分娩（含剖腹产）、避孕、节育绝育手术、治疗不孕不育症、人工受孕，或由前述情形导致的并发症；

(九) 被保险人进行一般健康检查、疗养、康复治疗、心理咨询或治疗，或进行以捐献身体器官为目的的医疗行为；

(十) 被保险人从事高风险运动、参加任何职业或半职业体育运动；

(十一) 被保险人罹患先天性疾病和症状、遗传性疾病、先天性畸形或缺陷、变形和染色体异常（以世界卫生组织颁布的《疾病和有关健康问题的国际统计分类（ICD-10）》为准）；

(十二) 被保险人患性病、精神和行为障碍（以世界卫生组织颁布的《疾病和有关健康问题的国际统计分类（ICD-10）》为准）；

(十三) 被保险人患职业病、地方病；

(十四) 被保险人进行外科整形手术、变性手术、预防性手术（如预防性阑尾切除）；

(十五) 恐怖袭击；

(十六) 任何生物、化学、原子能武器，原子能或核能装置所造成的爆炸、灼伤、污染或辐射。

第七条 被保险人在下列期间遭受伤害或罹患疾病导致发生治疗或支出费用的，保险人也不承担给付保险金责任：

(一) 被保险人精神失常或精神错乱期间；

(二) 战争、军事行动、暴动或武装叛乱期间；

(三) 被保险人醉酒或受毒品、管制药物的影响期间；

(四) 被保险人酒后驾驶、无有效驾驶证驾驶或驾驶无有效行驶证的机动车期间。

第八条 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。

第九条 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

第十条 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。

第十一条 免赔额和给付比例由投保人与保险人在订立保险合同时协商确定，并在保险合同中载明。

被保险人通过社会基本医疗保险、公费医疗、大病保险获得的补偿，不可用于抵扣免赔额，但从其他途径已经获得的医疗费用补偿可用于抵扣免赔额。

保险期间

第十二条 除另有约定外，保险期间为一年，以保险合同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。

保险人义务

第十三条 本合同成立后，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 保险人认为被保险人或受益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被保险人或受益人补充提供。

第十五条 保险人收到被保险人或受益人的给付保险金的请求后，应当及时作出是否属于保险责任的核定；情形复杂的，应当在 30 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或受益人；对属于保险责任的，在与被保险人或受益人达成给付保险金的协议后 10 日内，履行给付保险金义务。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 3 日内向被保险人或受益人发出拒绝给付保险金通知书，并说明理由。

第十六条 保险人自收到给付保险金的请求和有关证明、资料之日起 60 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。

投保人、被保险人义务

第十七条 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。

第十八条 订立本合同，保险人就投保人、被保险人的有关情况提出询问的，投保人应当如实告知。

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

前款规定的合同解除权，自保险人知道有解除事由之日起，超过 30 日不行使而消灭。

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，不承担给付保险金的责任，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，不承担给付保险金的责任，但应当退还保险费。

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的责任。

第十九条 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。

第二十条 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，并在本合同中批注。

被保险人人数的增加时，保险人在审核同意后，于批单或批注载明的生效日期开始承担保险责任，并按约定增收未到期保费。

被保险人人数的减少时，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（如减少的被保险人属于已离职的，保险人对其所负的保险责任自其离职之日起终止），并按约定退还未到期保险费，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，保险人不退还未到期保险费。

第二十一条 保险事故发生后，被保险人应在保险人认可的医疗机构就诊。若因急诊未在上述医疗机构就诊，被保险人应在 3 日内通知保险人，并在病情稳定后及时转入上述医疗机构就诊。

被保险人因医疗条件限制，确需转院治疗，必须有转出医院主治医师及以上级别人员签署的会诊报告及转院证明，并经当地社会医疗保险机构同意。

第二十二条 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。

保险金的申请和给付

第二十三条 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：

- （一）保险金给付申请书；
 - （二）保险金申请人、被保险人的身份证明；
 - （三）中华人民共和国境内保险人认可的医疗机构出具的附有病理检查、化验检查、血液检查及其它诊断报告的疾病诊断证明书、病历、住院证明、出院小结、医疗费用原始发票、住院医疗费用结账明细清单等；
 - （四）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金额的相关证明并加盖支付机构相关印章，保险人在剩余医疗费用内按本保险合同约定承担保险责任。
- 本保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。涉及社会基本医疗保险时，分割单指社会基本医疗保险费用结算表，或当地社会基本医疗保险结算办法所规定的其他类似费用结算证明；
- （五）转院治疗者须提供转出医院的转院证明；
 - （六）保险金申请人所能提供的与确认保险事故的性质、原因、损失程度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。受益人为无民事行为能力人或者限制民事行为能力人的，由其监护人代为申领保险金，并需要提供监护人的身份证明等资料。

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。**

保险人认为保险金申请人提供的有关索赔的证明和资料不完整的，将及时一次性通知补充提供。

被保险人支出医疗费用并提出索赔申请后，应向保险人提交相关病历记录及医疗费用收据原件。当赔付金额未达实际支出医疗费用的全额时，索赔申请人可以书面形式向保险人申请发还收据原件。保险人在加盖印戳并注明已赔付金额后发还收据原件。

争议处理

第二十四条 因履行本合同发生的争议，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且争议发生后未达成仲裁协议的，依法向人民法院起诉。

第二十五条 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（不包括港、澳、台地区法律）。

其他事项

第二十六条 在本合同成立后，投保人可以通过书面形式通知保险人解除本合同，但保险人根据本合同约定已给付保险金的除外。

第二十七条 投保人解除本保险合同时，应当提供下列证明和资料：

- （一）保险合同解除申请书；
- （二）保险合同原件；
- （三）投保人身份证明或投保单位证明；
- （四）保险费发票或者收据；
- （五）保险人要求的其他有关证明和资料。

第二十八条 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

本保险合同涉及下列术语时，适用下列释义：

特定团体：指法人、非法人组织以及其他不以购买保险为目的而组成的团体。

等待期：指自保险合同生效之日起，本公司将对一段时间内发生的保险事故不承担给付保险金的责任，这段时间称为等待期。**如果被保险人在等待期内发生本合同约定的保险事故，无论是否延续至等待期后，本公司均不承担给付保险金的责任，并向投保人无息退还所缴的全部保险费，本合同终止。**

保险人认可的医疗机构：指保险人与投保人约定的定点医院，未约定定点医院的，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，**但不包括主要作为诊所、康复、疗养、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。

社会基本医疗保险：指城镇职工基本医疗保险、城乡居民基本医疗保险等社会保障项目。

公费医疗：指国家为保障国家工作人员而实行的、通过医疗卫生部门按规定向享受人员提供免费医疗及预防服务的一项社保制度。

住院：指被保险人因意外伤害或疾病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。

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。

高风险运动：比一般常规性的运动风险等级更高、更容易发生人身伤害的运动，在进行此类运动前需有充分的心理准备和行动上的准备，必须具备一般人不具备的相关知识和技能或者必须在接受专业人士提供的培训或训练之后方能掌握。被保险人进行此类运动时须具备相关防护措施或设施，以避免发生损失或减轻损失，包括但不限于潜水，滑水，滑雪，滑冰，驾驶或乘坐滑翔翼、滑翔伞，跳伞，攀岩运动，探险活动，武术比赛，摔跤比赛，柔道，空手道，跆拳道，马术，拳击，特技表演，驾驶卡丁车，赛马，赛车，各种车辆表演，蹦极。

地方病：某种疾病只在一定地区内或人群中不断发生。与特定地区的地质、地貌、水土、气候等因素密切相关，并在条件相似地区蔓延流行。各地地方病种的确定以索赔当时当地地方病防治机构的公布为准。

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，未经医生诊断和治疗，但症状或体征明显且持续存在，以普通人医学常识应当知晓。

职业病：指劳动者在工作或者其他职业活动中，因接触粉尘、放射线和有毒、有害物质等职业危害因素而引起的疾病。职业病范围以索赔当时国家正式颁布的种类为准。

并发症：指两种情形，一种是指一种疾病在发展过程中引起另一种疾病或症状的发生，后者即为前者的并发症；另一种并发症是指在诊疗护理过程中，病人由患一种疾病合并发生了与这种疾病有关的另一种或几种疾病。

无合法有效驾驶证：被保险人存在下列情形之一者：

1. 无驾驶证或驾驶证有效期已届满；

2. 驾驶的机动车与驾驶证载明的准驾车型不符；

3. 实习期内驾驶公共汽车，营运客车或者载有爆炸物品、易燃易爆化学物品、剧毒或者放射性等危险物品的机动车，实习期内驾驶的机动车牵引挂车；

4. 持未按规定审验的驾驶证、以及在暂扣、扣留、吊销、注销驾驶证期间驾驶机动车；

5. 使用各种专用机械车、特种车的人员无国家有关部门核发的有效操作证，驾驶营业性客车的驾驶人无国家有关部门核发的有效资格证书；

6. 依照法律法规或公安机关交通管理部门有关规定不允许驾驶机动车的其他情况下驾车。

无有效行驶证：指下列情形之一：

1. 机动车被依法注销登记的；

2. 无公安机关交通管理部门核发的行驶证、号牌、或临时号牌或临时移动证的机动车辆；

3. 未在规定检验期限内进行机动车安全技术检验或检验未通过的机动车辆。未依法按时进行或通过机动车安全技术检验。

周岁：指按法定身份证明文件中记载的出生日期计算的年龄，自出生之日起为零周岁，每经过一年增加一周岁，不足一年的不计。

保险金申请人：指受益人或者依法享有保险金请求权的其他人。

酒后驾驶：指经检测或者鉴定，发生意外伤害事故时每百毫升血液中的酒精含量达到或者超过一定的标准，是否达到前述标准由公安机关交通管理部门依据《道路交通安全法》的规定认定，保险人根据公安机关交通管理部门的认定确认是否属于酒后驾驶。

不可抗力：指不能预见、不能避免并不能克服的客观情况。

毒品：指中华人民共和国刑法规定的鸦片、海洛因、甲基苯丙胺（冰毒）、吗啡、大麻、可卡因以及国家规定管制的其他能够使人形成瘾癖的麻醉药品和精神药品，但不包括由医生开具并遵照医嘱使用的用于治疗疾病但含有毒品成分的处方药品。

管制药物：指根据《中华人民共和国药品管理法》及有关法规被列为特殊管理的药品，包括麻醉药品、精神药品、毒性药品及放射性药品。

未满期保险费： $\text{未满期保险费} = \text{保险费} \times (1 - m/n)$ ，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。