

附件 14

中原农业保险股份有限公司境外人员意外伤害保险 附加境外意外医疗保险条款

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，被保险人在中华人民共和国境外（包括港澳台地区，以下简称“境外”）遭受意外伤害事故，且必须在境外符合本条款释义的医疗机构进行必要治疗的，对于其实际支出的、必要且合理的医疗费用，保险人按照本附加险合同的约定赔偿境外意外医疗费用保险金。

“医疗费用”按当地政府核准的收费标准为限，但最高不超过保险单载明的相应保险金额。

第三条 在保险期间内，被保险人在境外遭受意外伤害事故，且必须在中华人民共和国境内（不包括港澳台地区，以下简称“境内”）符合本条款释义的医疗机构进行必要治疗的，对于其实际支出的、必要且合理的医疗费用，保险人按照本附加险合同的约定负责赔偿境内意外医疗费用保险金。

在保险期间内，保险人对境外及境内发生的医疗费用累计赔付金额以保险单所载的保险金额为限，累计给付天数以一百八十天为限。

第四条 除另有约定外，医疗费用给付范围包括：

1. 住院治疗费用、手术费用、救护车费；
2. 门诊治疗、医生诊断、处方费用；
3. 处方药品、检查检验（包括X光检查）、护理、医疗用品（如绷带）等费用。

补偿原则和赔付标准

第五条 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。

第六条 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

第七条 下列情形发生的医疗费用，保险人不承担给付保险金责任：

（一）被保险人违背医嘱而进行旅行、商务、工作等；

（二）被保险人前往境外的目的就是寻求或接受医疗；

（三）根据被保险人的主治医生的意见，可以被合理延迟至被保险人返回境内后进行而被保险人坚持在境外进行的治疗或手术，但本条款第十七条所述的急诊情形不在此限。

第八条 下列损失、费用和责任，保险人不承担给付保险金责任：

（一）既往症及其并发症、先天性畸形造成的医疗费用；

（二）非因意外伤害而进行的牙科治疗或手术的费用、任何原因导致的牙齿修复或牙齿整形的费用、以及对非自然牙进行的任何治疗费用；

（三）非因意外伤害而进行的视力矫正的费用，以及因矫正视力而作的眼科验光检查的费用；

（四）常规体检、预防性治疗、康复性治疗、心理治疗费用；

（五）美容手术、外科整形等任何非必须紧急治疗的手术费用；

（六）营养费用；

（七）未取得当地医疗机构出具的医疗证明以及医疗费用原始凭证的费用；

（八）本附加保险合同规定的免赔额、按免赔率折算的免赔额。

保险金额与免赔额（率）

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。本保险合同的保险金额由投保人、保险人双方协商确定，并在保险合同中载明。

第十条 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

第十一条 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。

第十二条 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。”

投保人、被保险人义务

第十三条 发生保险事故后，被保险人应立即联系保险人或通过保险人提供的紧急呼叫中心联系保险人的授权救援服务机构，并且应在救援服务机构指定的医疗机构就医或在救援服务机构的安排下就医。在异常紧急情况下，被保险人因身体状况危急须急救而暂时无法与救援服务机构取得联系的，应在恢复行动能力后立即通知救援服务机构。

被保险人故意或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，不承担赔偿或者给付保险金的责任。

第十四条 被保险人应允许保险人对保险事故的原因、经过、损失程度进行合理的调查，如实提供相关的信息和文件，并在需要的情况下授权或允许其主治医生回答保险人、救援服务机构、授权医生所要求提供的信息。被保险人不履行前述义务导致的保险人无法核定的损失，保险人不承担赔偿责任。

保险金申请与给付

第十五条 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) 保险单或其他保险凭证；
- (三) 被保险人身份证明、保险金申领人身份证明；

(四) 医疗机构出具的病历、诊断证明等医疗证明；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、损失程度等有关的其他证明和资料。

第十六条 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

第十七条 保险事故发生后，被保险人需要治疗的，应在符合本条款释义的医疗机构就诊，若因急诊未在前述医疗机构就诊的，应在三日内通知保险人，并根据病情及时转入符合本条款释义的医疗机构。若确需转入符合本条款释义的医疗机构以外的医疗机构就诊的，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，对于保险人同意在符合本条款释义的医疗机构以外的医疗机构就诊的，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。

第十八条 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。

【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。

【医生】是指在医疗机构内行医并拥有处方权的医生，亦指在被保险人就医所在地区合法注册且有行医资格的医生。医生不能为被保险人本人、被保险人的代理人、合伙人、雇员或雇主，或被保险人的家庭成员。

【医疗机构】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。