

附件 8:

中原农业保险股份有限公司

附加急救费用补偿保险条款

总则

第一条 本保险合同须附加于意外伤害保险类保险合同（以下简称主险合同）。本附加险合同未约定事项以主险合同为准，与主险合同内容冲突之处，以本附加险合同为准。主险合同效力终止，本附加险合同效力亦同时终止。

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保险责任范围内的保险事故，对于被保险人自事故发生之时起二十四小时内因接受抢救而实际发生的、必要且合理的急救费用（包括救护车费用、出诊费、器材费、担架费），保险人在扣除本附加险合同约定的免赔额后，按照本附加险合同约定的给付比例赔偿急救费用保险金。

（一）针对以下两种情况，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：

有社保：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；

无社保：被保险人申请理赔时未享有社会医疗保险或公费医疗保障，或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。

上述保险责任，被保险人如果已从其他途径获得补偿，则保险人只承担合理急救费用剩余部分的保险责任。

（二）本附加险合同适用费用补偿原则。若被保险人损失已从其他途径（包括基本医疗保险、公费医疗、工作单位、保险人在内的任何商业保险机构等）获得补偿，则保险人仅对被保险人实际发生的急救费用扣除其所获急救费用补偿后的余额按照本附加险合同的约定进行赔付。被保险人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。

责任免除

第五条 因下列情形之一，直接或间接导致被保险人发生急救费用支出的，保险人不承担给付保险金责任：

- （一）被保险人自致伤害或自杀；
- （二）因挑衅或故意行为而导致的打斗、被袭击或被谋杀；
- （三）被保险人妊娠、流产、分娩；
- （四）核爆炸、核辐射或核污染；
- （五）恐怖袭击；
- （六）被保险人犯罪或拒捕；

(七) 被保险人从事高风险运动或参加职业或半职业体育运动；

(八) 精神病、性传播疾病、遗传性疾病、先天性疾病或缺陷、先天性畸形、变异、染色体异常；

(九) 由于被保险人服用毒品、麻醉剂、镇静剂、安眠药或其他麻醉性物品所导致的精神疾病或意识不清所引发的疾病。

第六条 在下列期间遭受主险合同保险责任范围内的保险事故，导致被保险人发生急救费用支出的，保险人不承担给付保险金责任：

(一) 战争、军事行动、暴动或武装叛乱期间；

(二) 醉酒（或毒品、管制药物）的影响期间；

(三) 酒后驾车、无有效驾驶证驾驶或驾驶无有效行驶证的机动车期间；

(四) 感染艾滋病病毒或患艾滋病期间。

保险金额与免赔额

第七条 本附加合同保险金额由投保人、保险人协商确定，并在保险合同中载明。

第八条 本附加险合同所指免赔额为每次事故免赔额，由投保人、保险人双方在订立本附加险合同时协商确定，并在保险单中载明。

第九条 本附加险合同的免赔额（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

第十条 本附加保险合同保险期间与主险合同保险期间保持一致。

保险金申请与给付

第十一条 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。

第十二条 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) 保险金申请人及被保险人的身份证明；

(三) 保险单或其他保险凭证正本；

(四) 保险人认可的医疗机构出具的医疗证明、救护车车费原始凭证；

(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) 保险人要求的其他资料。

第十三条 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

第十四条 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。

第十三条 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

第十五条 本保险合同涉及下列术语时，适用下列释义：

必要且合理：指符合以下两个条件：

（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。

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）医学必要：指被保险人接受治疗或服务、使用器械或服用药品符合以下条件：

- i. 医师处方要求且对治疗被保险人疾病或伤害合适且必需；
- ii. 在范围、持续期、强度、护理上不超过为被保险人提供安全、恰当、合适的诊断或治疗所需的水平；
- iii. 与接受治疗当地普遍接受的医疗专业实践标准一致；
- iv. 非主要为了个人舒适或为了被保险人父母、家庭、医师或其他医疗提供方的方便；
- v. 非病人学术教育或职业培训的一部分或与之相关；
- vi. 非试验性或研究性。

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。

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。

第十六条 本附加保险合同中未解释的名词，均以主险合同的名词解释为准。