

中原农业保险股份有限公司民用燃气用户人身意外伤害保险

附加意外伤害医疗保险条款

总则

第一条 本条款为中原农业保险股份有限公司民用燃气用户人身意外伤害保险条款(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,被保险人因遭受主险合同责任范围内的意外伤害事故,在保险人认可的医疗机构治疗而支出的医疗费用,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社会基本医疗保险主管部门规定,直接用于治疗的特设的、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伤害医疗保险金。

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 本附加险合同适用费用补偿原则,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)获得医疗费用补偿的,则保险人仅对扣除已获得补偿后的剩余医疗费用,按照本附加险合同约定承担给付保险金的责任。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。

责任免除

第六条 因下列原因造成被保险人医疗费用支出的,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)被保险人投保前已有伤残的治疗和康复。

第七条 下列费用,保险人不承担给付保险金责任:

(一)用于矫形、整容、美容、心理咨询、器官移植、角膜屈光成形手术或修复、安装及购买残疾用具(如轮椅、假肢、助听器、假眼、假牙、配镜等)的费用;

(二)护理(陪护)费、取暖费、交通费、误工费、空调费、膳食费、特需服务费、营养性药品等需要自理的费用;

(三)非因主险合同保险责任范围内的事故而发生的治疗;

(四) 健康护理(含体检、健康体检、疗养、特别护理或静养)等非治疗性的行为及无客观病症证明其不健康及以捐献身体器官为目的的医疗行为产生的费用;

(五) 未经保险人同意的转院治疗, 被保险人在家自设病床治疗费用;

(六) 在非认可的医疗机构治疗发生的医疗费用或保险单签发地社会基本医疗保险主管部门规定的自费项目;

(七) 因医疗事故、医疗意外及并发症增加的医疗费;

(八) 被保险人身患疾病所支付的费用;

(九) 本附加险合同载明的免赔额。

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, 保险人不负责赔偿。

保险金额、免赔额及给付比例

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。保险金额由投保人与保险人双方约定, 并在保险合同中载明。

第十条 免赔额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。

第十一条 本附加险合同的给付比例由投保人与保险人按以下情况在订立保险合同时协商确定, 并在保险合同中载明。

(一) 有社保且已使用社保: 被保险人享有社会基本医疗保险或公费医疗保障, 且在申请理赔时已经从社会基本医疗保险或公费医疗保障中获得医疗费用补偿;

(二) 有社保但未使用社保: 投保时告知保险人已参加社会基本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基本医疗保险或公费医疗保障;

(三) 无社保: 被保险人投保时未享有社会基本医疗保险或公费医疗保障, 且没有从社会基本医疗保险或公费医疗保障中获得医疗费用补偿。

保险期间

第十二条 除另有约定外, 本附加险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。

第十三条 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

第十四条 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) 被保险人的身份证明;

(三) 保险金申请人的身份证明;

(四) 保险人认可的医疗机构出具的医疗证明和医疗费用原始凭证;

（五）燃气公司、公安等部门出具的燃气意外事故证明；

（六）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。

（七）其他与确认保险事故的性质、原因、伤害程度、医疗费用等有关的证明和资料；

（八）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。

其他事项

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，保险人根据主险合同约定向投保人退还未满期保险费，但保险人已根据本合同约定给付保险金的除外。

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 本附加险合同涉及下列术语时，适用下列释义：

（一）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并在保险合同中载明的医院或医疗机构，**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。

（二）医疗费用：除本合同另有约定外，指治疗损伤而发生的符合当地社会基本医疗保险管理规定可报销的、合理且必要的费用，包括药品费、治疗费、手术费、检查检验费、床位费等。

（三）遗传性疾病：指生殖细胞或受精卵的遗传物质（染色体和基因）发生突变或畸变所引起的疾病，通常具有由亲代传至后代的垂直传递的特征。

（四）先天性疾病：指被保险人一出生时就具有的疾病（病症或体征）。这些疾病是指因人的遗传物质（包括染色体以及位于其中的基因）发生了对人体有害的改变而引起的，或因母亲怀孕期间受到内外环境中某些物理、化学和生物等因素的作用，使胎儿局部体细胞发育不正常。