

# 中意财产保险有限公司

## 附加团体疾病门诊医疗保险条款

C00011732522022122900931

### 总则

#### 第一条

本附加保险合同是团体类意外伤害保险与团体类健康保险合同(以下简称“主险合同”)的附加合同。本附加保险合同的未尽事宜,以主险合同为准。主险合同效力终止,本附加保险合同效力同时终止;主险合同无效,本附加保险合同亦无效。若主险合同与本附加保险合同条款互有冲突,则以本附加保险合同条款为准。

本附加保险合同由保险单及所附条款、主险合同条款、投保单、合法有效的声明、批注、附贴批单及其他有关书面文件构成。

#### 第二条

本附加保险合同的被保险人为主险合同的被保险人。

#### 第三条

本附加保险合同的投保人与主险合同一致。

#### 第四条

除另有约定外,本附加保险合同的受益人为被保险人本人。

### 保险责任

**第五条** 在保险期间内,保险人按照下述约定承担保险责任:

(一)被保险人自本附加险生效之日起并在等待期后因罹患疾病,在中华人民共和国境内(不包括香港、澳门、台湾地区)二级以上(含二级)医院或者保险人指定或认可的医疗机构进行门诊(包含急诊,以下所述门诊皆相同)治疗,保险人对被保险人所支出的属于当地基本医疗保险、公费医疗报销范围内的合理且必要的门诊医疗费用,按本附加险的约定,给付被保险人疾病门诊医疗保险金。

本附加险的等待期由投保人与保险人协商确定，并在保险合同中载明。保险合同中未载明等待期的，等待期为本附加险生效之日起 30 日（含）。对于在保险期间届满前重新申请投保本产品的被保险人，新的保险合同的等待期为 0 日。

（二）订立保险合同时，被保险人未投保基本医疗保险、公费医疗的，对被保险人所支出的必要、合理的且属于当地基本医疗保险、公费医疗主管部门规定可报销的门诊医疗费用，保险人扣除本保险合同中约定的免赔额后，在本项保险金额范围内，按保险合同双方约定的给付比例给付疾病门诊医疗保险金。

（三）订立保险合同时，被保险人已投保基本医疗保险、公费医疗的，保险人按照下列约定给付医疗保险金：

1. 对于被保险人所支出的必要、合理的且属于当地基本医疗保险、公费医疗主管部门规定可报销的门诊医疗费用，被保险人应首先通过基本医疗保险、公费医疗报销，保险人对可通过基本医疗保险报销部分的医疗费用不负责给付；

2. 对于被保险人所支出的必要、合理的且属于当地基本医疗保险、公费医疗主管部门规定可报销的门诊医疗费用，保险人在扣除被保险人可通过基本医疗保险、公费医疗进行报销的金额后，就剩余的属于当地基本医疗保险、公费医疗主管部门规定可报销的门诊医疗费用，扣除本保险合同中约定的免赔额后，在本项保险金额范围内，按保险合同双方约定的给付比例给付疾病门诊医疗保险金。

（四） 保险期间届满被保险人治疗仍未结束的，保险人继续承担保险责任直至当次治疗结束时止，但不得超过保险合同中约定的具体时限（该时限自保险期间届满之日的次日起计算，保险合同中未约定具体时间的，以15日为限）。

（五） 保险人所负给付保险金的责任以本附加险对应项保险金额为限，对被保险人一次或者累计给付的保险金达到其保险金额时，保险人对该被保险人的本款保险责任终止。

**第六条** 本附加险为费用补偿型保险，适用医疗费用补偿原则。若保险事故发生时，被保险人可以从其他医疗保障制度或保险计划（包括但不限于基本医疗保险、公费医疗、大病医疗保险、其他保险合同等）获得门诊医疗费用补偿，则保险人给付的保险金与被保险人从其他医疗保障制度或保险合同中可获补偿，合计不得超过被保险人实际发生的医疗费用金额。

## 责任免除

### 第七条

因下列原因导致的本附加保险合同的被保险人支出医疗费用，保险人不承担保险金给付责任：

（一）投保人对被保险人的故意杀害、故意伤害；

- (二) 被保险人自致伤害或自杀，但被保险人自杀时为无民事行为能力人的除外；
- (三) 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；
- (四) 被保险人遭受意外伤害；
- (五) 发生于战争、军事行动、暴动、武装叛乱、恐怖主义行为、恐怖袭击期间；
- (六) 被保险人故意犯罪或抗拒依法采取的刑事强制措施；
- (七) 被保险人在等待期内确诊某项疾病并在等待期结束后治疗此疾病；
- (八) 被保险人投保前已患有的疾病及其严重并发症或后遗症；
- (九) 被保险人未遵医嘱，私自服用、涂用、注射药物；
- (十) 被保险人罹患（或遭受）工伤及职业病、遗传性疾病、先天性疾病、先天性畸形、变形或染色体异常、性传播疾病、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；
- (十一) 被保险人进行不孕不育治疗、人工受精、怀孕、分娩（含难产）、流产、堕胎、节育（含绝育）、产前产后检查以及由以上原因引起之并发症；
- (十二) 被保险人接受美容、整容、整形手术，或接受手术与其他诊疗活动中发生的医疗意外与损伤；
- (十三) 被保险人进行非治疗性牙科清洁或美容、牙科矫正或整形；视力矫正、验光、装配假眼；装配假牙、假肢、助听器；健康检查、疗养、康复治疗产生的费用；
- (十四) 任何生物、化学、原子能武器，原子能或核能装置、核燃料、核废料所造成的爆炸、灼伤、污染或辐射，或其他放射性物质的离子化、辐射或污染。

## 第八条

被保险人在下列期间发生保险事故进行门诊治疗的，保险人也不承担给付保险金责任：

- (一) 被保险人接受康复疗养院、私人诊所、民办门诊部、社区医疗服务机构、家庭病床、挂床等治疗；
- (二) 被保险人受毒品、管制药物的影响期间；
- (三) 被保险人患艾滋病（AIDS）或感染艾滋病病毒（HIV 呈阳性）期间；
- (四) 被保险人酒后驾车、无有效驾驶证驾驶或驾驶无有效行驶证的机动车期间。

## 第九条

下列费用，保险人也不承担给付保险金责任：

- (一) 保险单签发地与投保人与保险人在保险合同订立时一致认可地区的基本医疗保

险、公费医疗均规定不予支付的情形，或不符合基本医疗保险药品目录、诊疗项目目录及服务设施范围和支付标准规定的医疗费用；

- (二) 营养费、护理费、交通费、伙食费、误工费、丧葬费；
- (三) 挂号费、院外会诊费、出诊费、就（转）诊交通费、急救车费、住院医疗费用；
- (四) 等待期内就诊发生的医疗费用；
- (五) 保险合同载明的免赔额，或按免赔率、赔付比例、给付比例折算的免赔额。

### 保险金额、免赔额、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。**本附加保险合同的**保险金额**由投保人、保险人双方约定，并在保险单中载明。

免赔额（率）、给付（赔付）比例由投保人、保险人双方约定，并在保险合同中载明。

### 保险期间

#### 第十一条

若本附加保险合同与主保险合同同时投保，则本附加保险合同的保险期间与主保险合同的保险期间相同，最长不超过一年；

若投保人在主险合同保险期间内申请投保本附加保险合同，则本附加保险合同保险期间自保险人同意承保时开始（以保险人的批注或批单载明的日期为准），与主保险合同的保险终止日相同，最长不超过一年。

### 续保

#### 第十二条

**本附加保险合同为不保证续保合同。**保险期间届满前，投保人需要重新向保险人申请投保本产品，经保险人同意，交纳保险费，获得新的保险合同。续保合同的具体生效日以保险人新签发的保险合同载明日期为准。

**如本保险产品或主险产品停售，则保险人不再接受投保人续保申请。**

## 保险人义务

### 第十三条

本附加保险合同成立后，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

保险人认为保险金申请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保险金申请人补充提供。

### 第十五条

保险人收到保险金申请人的给付保险金的请求及相关证明、材料后，应当及时作出是否属于保险责任的核定，并将核定结果通知保险金申请人；情形复杂的，保险人在收到赔偿请求后 30 日内未能核定保险责任的，保险人与被保险人或受益人根据实际情形商议合理期间，保险人在商定的期间内作出核定结果并通知保险金申请人。保险人应当将核定结果书面通知保险金申请人；对属于保险责任的，保险人应在与保险金申请人达成有关给付保险金的协议后 10 日内，履行给付保险金义务。本附加保险合同对保险金及给付期限有约定的，保险人应当依照本附加保险合同的约定，履行给付保险金义务。对不属于保险责任的，应当自作出核定之日起 3 日内向申请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，对其给付保险金的数额不能确定的，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保险金的数额后，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，投保人应当在本附加保险合同成立时一次性交清保险费。**如投保人未按约定缴纳保险费的，保险人有权解除合同。**

### 第十八条

订立本附加保险合同，保险人就保险标的或者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，保险人有权解除本附加保险合同。**

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。自合同成立之日起超过 2 年的，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责任。

**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责任。

## **第十九条**

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。**

被保险人人数增加时，保险人在审核同意后，于收到申请之日的次日零时开始承担保险责任，并按约定增收未到期保险费。

被保险人人数减少时，保险人在审核同意后，于收到申请之日的次日零时或投保人要求的退保日期零时（以后发生者为准）起，对减少的被保险人终止本附加保险合同，并按约定退还未到期保险费。

## **第二十条**

投保人应保存每一被保险人的个人资料，详细记录其姓名、性别、年龄、出生日期、保险费以及其他与本附加保险合同有关的资料，必要时投保人应按照保险人的要求提供上述资料。

## **保险金申请与给付**

### **第二十一条**

保险金申请人向保险人申请给付保险金时，应提交作为索赔依据的下列证明和材料：

- （一）保险金给付申请书；
- （二）保险单或保险凭证；

(三) 被保险人身份证明、保险金申请人身份证明;

(四) 医院出具的病历、诊断证明、处方及医疗费用原始凭证;

(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) 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。

(七) 如被保险人在基本医疗保险、公费医疗机构、其他保险人或其它单位已经获得部分医疗费用赔偿, 医疗费用收据原件已被赔付或报销单位留存, 被保险人在提出索赔申请时, 应向保险人提交医疗费用收据报销分割单或在医疗费用收据复印件上注明已赔付金额, 并加盖赔付单位的印章。

保险金申请人因特殊原因不能提供上述材料的, 应提供其它合法有效的材料。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。

## 第二十二条

保险金申请人向保险人请求给付保险金的诉讼时效期间根据相关法律法规确认, 自其知道或者应当知道保险事故发生之日起计算。

## 其他

## 第二十三条

在本附加合同有效期内, 经投保人和保险人协商, 可以变更本附加保险合同的有关内容。变更本保险合同的, 应当由保险人在原保险合同或者其他保险凭证上批准或者附贴批单, 或者由投保人和保险人订立变更的书面协议。

## 第二十四条

在本附加保险合同成立后, 投保人可以书面形式通知保险人解除合同。投保人解除本附加保险合同时, 应提供下列证明文件和资料:

(一) 保险合同解除申请书;

(二) 保险单原件;

(三) 保险费交付凭证;

(四) 投保人身份证明;

(五) 保险人需要的其他有关文件和资料。

保险责任开始前，投保人要求解除本附加保险合同的，**保险人于收到上述资料起 30 日内按总保险费的 5%扣除手续费后**，应当退还剩余部分保险费。保险责任开始后，投保人要求解除本附加保险合同的，保险人应当将已收取的保险费，按照本附加保险合同约定扣除自保险责任开始之日起至合同解除之日止应收的部分后，将未到期保险费退还投保人。

**投保人解除本附加保险合同，投保人应提供已通知被保险人退保的有效证明；保险人将按照有关团体保险退保的法律法规与监管规定将应退保险费通过银行转账或者原投保资金汇入路径退至投保人缴费账户或者其他账户。**

## 第二十五条

本附加保险合同中被保险人的投保年龄，以法定身份证件登记的出生日期为准。投保人在申请投保时，应在提供给保险人的被保险人清单中载明被保险人的周岁年龄及出生日期。

**若投保人提供的被保险人年龄与实际不符，足以影响保险人对团体风险程度的判断时，保险人将重新评估承保风险，并有权据此重新确定整个团体的承保费率和保费，或者根据实际情况对单个被保险人进行保费调整或作其他处理。**

## 第二十六条

保险事故发生后，保险人有权要求被保险人做合理的身体检查或提供有关的检验报告。

## 释义

1. 保险人：指与投保人签订本附加保险合同的中意财产保险有限公司。

2. 医院：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、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。**被保险人须在本定义规定的医院治疗。急救不受此限制，但在急救情况稳定后，须转入本定义规定的医院治疗。

3. 基本医疗保险：指《中华人民共和国社会保险法》所规定的基本医疗保险，包括职工基本医疗保险、城镇居民基本医疗保险、新型农村合作医疗保险等政府设立的基本医疗保障项目。

公费医疗：指卫生部、财政部印发《公费医疗管理办法》（卫计字〔89〕第 138 号）所规定的公费医疗。

4. 必要、合理的医疗费用：指符合以下条件的医疗费用：

- (1) 对治疗被保险人的伤害或病情合适且必需；
- (2) 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



或治疗所需水平；

- (3) 应由医师出具处方、诊断证明；
- (4) 与当地普遍接受的医疗专业标准相一致；
- (5) 非主要以为个人舒适或为了被保险人父母、家庭、医师或其他护理提供方的方便；
- (6) 非病人学术教育或职业培训的一部分或与之相关；
- (7) 非试验性或研究性。

5. 工伤及职业病：指符合国家最新颁布的《工伤保险条例》（2003年4月27日中华人民共和国国务院令 第375号公布，根据2010年12月20日《国务院关于修改〈工伤保险条例〉的决定》修订）规定的“认定为工伤”或者“视同工伤”情形的事实。

6. 住院：指被保险人遭受保险责任事故，经医生根据临床诊断，必须入住医院之正式病房进行治疗，正式办理入院手续且连续住院二十四小时以上，但不包括入住门诊观察室、家庭病床、其它挂床住院及不合理的住院。如被保险人因非医疗目的自行离开病房12小时（含）以上，视为自动出院。

挂床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，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、床位费的情况。

7. 并发症：指疾病在发展过程中偶然引起的另一种疾病或症状，且新引起的疾病或症状非医务人员的过失所致。

8. 保险金申请人：指受益人或被保险人的继承人或依法享有保险金请求权的其他自然人。