

太平洋安信农业保险股份有限公司

太平洋安信农险附加团体门急诊医疗保险（2021版）条款

总则

第一条 在投保团体类普通意外保险主险产品（以下简称“主险”）的基础上，投保人可以投保本附加险。

本附加合同由保险条款、投保单、保险单、保险凭证以及批单等组成。凡涉及本附加合同的约定，均应采用书面形式。

第二条 本附加险条款未尽事宜，以主险条款为准；如主险条款与本附加险条款相互抵触时，则以本附加险条款规定为准。

第三条 主险合同的被保险人为本附加保险的被保险人。

第四条 除合同另有约定外，本附加合同的受益人为被保险人本人。

保险责任

第五条 本附加合同保险期间内，被保险人因意外伤害或疾病在二级以上（含二级）或保险人认可的医疗机构进行门急诊治疗，所发生的符合当地社会医疗保险部门规定的应由被保险人自负的合理且必需的医疗费用，在扣除约定的免赔额后，按约定的比例给付门急诊医疗保险金。

针对被保险人是否有社保，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：

1、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；

2、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。

若被保险人发生的上述医疗费用可在多家商业保险公司获得赔偿的，由被保险人自行选择保险公司的理赔顺序。

保险人所给付门急诊医疗保险金以该被保险人的本项保险金额为限，累计给付达到其保险金额时，保险人对该被保险人的保险责任终止。

第六条 本附加保险合同适用医疗费用补偿原则。若被保险人已从其他途径（包括社会医疗保险、公费医疗、工作单位、保险人在内的任何商业保险公司等）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

第七条 下列情形造成被保险人支出医疗费用的，保险人不负给付门急诊医疗费用责任：

- (1) 投保人故意致被保险人伤害、患病；
- (2) 被保险人犯罪、企图犯罪、拒捕、自杀、自虐或故意自伤；
- (3) 被保险人殴斗、醉酒，服用、吸食或注射毒品；
- (4) 被保险人酒后驾驶、无有效驾驶证及驾驶无有效行驶证的机动车工具；
- (5) 任何职业病、先天性疾病、先天性畸形、变形或染色体异常；
- (6) 被保险人洗牙、洁齿、验光、装配假眼、假牙、假肢或者助听器等；
- (7) 被保险人罹患性病；
- (8) 被保险人进行整容手术；
- (9) 被保险人在投保前所患未治愈疾病及已有残疾的治疗和康复，及时续保的不受此限；
- (10) 被保险人的一般健康检查或疗养、康复、以及以捐献身体器官为目的的医疗行为；
- (11) 被保险人未遵医嘱，私自服用、涂用、注射药物；
- (12) 被保险人进行潜水、跳伞、攀岩运动、探险活动、武术比赛、摔跤比赛、特技表演、赛马、赛车等高风险运动；
- (13) 被保险人怀孕（含宫外孕）、流产、分娩（含剖腹产）、避孕、绝育手术、治疗不孕症、人工受孕及由此导致的并发症，但意外伤害所致的流产、分娩不受此限；
- (14) 被保险人患艾滋病或感染艾滋病病毒（HIV 阳性）期间；
- (15) 被保险人从事或参与恐怖主义活动、邪教组织活动；
- (16) 战争、军事行动、暴乱或武装叛乱；
- (17) 核爆炸、核辐射或核污染；
- (18) 当地社会医疗保险管理部门规定的不予结算的医疗费用或正在执行的自费项目；
- (19) 被保险人未经保险人同意在非指定医院就诊发生的门急诊医疗费用，但经保险人审核同意的以及因意外伤害所致的首次门诊急诊医疗费用除外；
- (20) 被保险人以家庭病床、挂床治疗等。

保险期间

第八条 本附加合同的保险期间与主合同保险期间一致，且最长不超过 1 年。

保险金额和保险费

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、保险人双方约定，并在保险单中载明。

本附加合同的保险费由投保人和保险人根据投保年龄、给付比例、免赔额、被保险人职业类别及被保险人是否参加社会基本医疗保险等共同协商确定。

投保人应该按照合同约定向保险人缴纳保险费。

保险金申请与给付

第十条 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。**

(1) 保险金给付申请书；

(2) 保险单及主合同的保险单原件；

(3) 申请人身份证明；

(4) 二级以上（含二级）或保险人认可的医院出具的医疗诊断书、病历记录、门急诊医疗费用收据等原始凭证；

(5) 被保险人所能提供的与确认保险事故的性质、原因等有关的其他证明和资料。

保险人收到申请人的保险金给付申请书及上述证明和资料后，应当及时作出是否属于保险责任的核定；情形复杂的，应当在三十日内作出核定，但保险合同另有约定的除外。

保险人应当将核定结果通知申请人；对属于保险责任的，在与申请人达成给付保险金的协议后十日内，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三日内向申请人发出拒绝给付保险金通知书，并说明理由。

保险人认为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申请人补充提供。

保险人自收到给付保险金的请求和有关证明、资料之日起六十日内，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。

被保险人经社会医疗保险或公费医疗报销后又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等相关证明并注明已给付的比例和金额，加盖支付费用单位的印章后，保险人按本附加合同承担剩余合理医疗费用的保险责任。

其他事项

第十一条 本保险产品不保证续保。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。

释义

【保险事故】 保险事故是指本附加合同约定的保险责任范围内的事故。

【不可抗力】 指不能预见、不能避免并不能克服的客观情况。