

中华联合财产保险股份有限公司

附加门急诊补充医疗保险条款

总则

第一条 附加补充医疗保险（以下简称“本附加险合同”）是各类人身保险合同（以下简称“主险合同”）的附加保险合同。本附加险合同与主险合同相抵触之处，以本附加险合同为准。本附加险合同未约定事项，以主险合同为准。主险合同效力终止，本附加险合同效力亦同时终止；主险合同无效，本附加险合同亦无效。

凡涉及本附加险合同的约定，均应采用书面形式。

第二条 除另有约定外，本附加险合同的保险金受益人为被保险人本人。

保险责任

第三条 在本附加险合同保险期间内，被保险人遭受意外伤害事故或经医院确诊罹患疾病，并经医院诊断必须进行必要的门急诊治疗或在保险人指定的药房配药，保险人对被保险人支出的符合当地基本医疗保险规定支付范围内的必要且合理的医疗费用（以下简称“医疗费用”），按如下约定承担保险责任：

补充医疗保险金 = (医疗费用 - 从其他途径已获得的费用补偿 - 约定的免赔额) × 给付比例

从其他途径已获得的医疗费用补偿，包含已从基本医疗保险或公费医疗、任何第三方途径（包括任何商业保险）实际获得的医疗费用补偿。

第四条 本附加险合同为费用补偿型保险合同，适用医疗费用补偿原则。若被保险人发生的医疗费用已从基本医疗保险、公费医疗、商业性费用补偿型医疗保险、其他政府机构或者社会福利机构等其他任何渠道获得补偿，保险人仅对于剩余部分的医疗费用根据本合同约定进行赔偿，保险期间内累计赔偿的医疗保险金数额之和以本合同的总保险金额为限。

责任免除

第五条 被保险人因下列原因造成门急诊治疗或支出医疗费用的，保险人也不承担给付保险金的责任：

- （一）既往症治疗、住院治疗、家庭病床治疗或者挂床治疗；
- （二）营养费、护理费、交通费、伙食费、误工费、丧葬费；
- （三）一般身体检查、疗养、静养、健康护理等非治疗性质的行为；
- （四）被保险人洗牙、洁齿、整容、矫形、验眼配镜，装配假眼、假牙、假肢或者助听器^等残疾用具；
- （五）挂号费、院外会诊费、出诊费、煎药费、非治疗性体格检查费、就（转）诊交通费、急救车费、急诊手术费；
- （六）大规模突发的流行性传染病；

(七) 因医疗事故致使被保险人额外支付的费用；

(八) 被保险人在非基本医疗保险定点医疗机构或非保险人认可的医院进行治疗(急诊除外)而产生的费用；

(九) 基本医疗保险政策规定不予支付的药品费用、诊疗项目费用、医疗服务设施费用。

保险金额和保险费

第六条 保险金额是保险人承担给付保险金责任的最高限额。保险金额由投保人和保险人在投保时约定，并在保险单中载明。

投保人应该按照本附加险合同约定向保险人交纳保险费。

保险期间和续保

第七条 保险期间

本附加险合同的保险期间最长不超过一年，具体由投保人和保险人协商确定，并在保险单中载明。

第八条 续保

本附加险合同为**不保证续保合同**。保险期间届满，投保人需要重新向保险人申请投保，保险人有权对重新提出的投保申请进行审核，经保险人同意后，投保人交纳保险费，获得新的保险合同。

保险金申请与给付

第九条 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原件；

(三) 被保险人法定身份证明；

(四) 保险人指定或认可的医院出具的病历、诊断证明、处方或医疗费用原始凭证；

(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。

合同解除

第十条 在本附加险合同成立后，投保人可以书面形式通知保险人解除合同，但保险人已根据本附加险合同约定给付保险金的除外。

投保人解除本附加险合同时，应提供下列证明文件和资料：

(一) 保险合同解除申请书；

- (二) 保险单或其他保险凭证原件；
- (三) 保险费交付凭证；
- (四) 投保人身份证明；
- (五) 保险人需要的其它有关文件和资料。

投保人要求解除本附加险合同，自保险人接到保险合同解除申请书之时起，本附加险合同的效力终止。保险人收到上述证明文件和资料之日起 30 日内退还保险单的未到期净保费。

若投保人选择一次性交付保险费，保险人收到上述证明文件和资料之日起 30 日内退还保险单的未到期净保费。

若投保人选择分期交付保险费，保险人收到上述证明文件和资料之日起 30 日内退还投保人已交付期次保险费的未到期净保费。

其他事项

第十一条 保险事故发生后，被保险人应在当地社会医疗保险主管部门指定或保险人认可的医疗机构进行治疗。若被保险人确需转入非指定医院就诊的，应及时向保险人提出书面申请，并获取同意，否则保险人不承担给付保险金的责任。

释义

1、门急诊：是指被保险人因意外伤害或疾病至医院的门诊部或急诊部进行治疗。

2、医院：是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。

3、既往症：是指保险生效日前被保险人已罹患的，已接受治疗、诊断、会诊或服用处方药物的疾病或症状，或在保险生效日前经主治医师诊断或被医生推荐接受医疗治疗或医疗意见的疾病或症状。

4、家庭病床：是指被保险人因疾病或意外伤害事故以及因此产生的并发症，在医院（包括住院部与门诊部）范围以外，要求医院医护人员以出诊形式上门，提供诊断、治疗服务，或被保险人没有到医院就诊，让其它人员以转述形式向医院医生讲述病情，使医生依据转述病情而开药。不包括为抢救生命由急救中心 120 派出的医护人员与救护车的急救费用及医院转诊过程中的费用。

5、挂床：是指住院过程中一日内未接受与入院诊断相关的检查和治疗或者一日内住院不满二十四小时。遵医嘱到外院接受临时诊疗的不在此限。

6、传染病：是指根据《中华人民共和国传染病防治法》规定的甲、乙、丙类传染病，其他传染病，根据其暴发、流行情况和危害程度，如需要列入乙类、丙类传染病的，由国务院卫生行政部门决定并予以公布。

7、未到期净保费：是指保险费×（1-已经过天数/保险期间天数）×（1-费用率）。除另有约定外，本附加险合同的费用率为 20%。

8、已交付期次保险费的未到期净保费：是指已交付期次保险费×（1-已经过天数/已交付期次对应的保险期次期间）×（1-费用率）。除另有约定外，本附加险合同的费用率为20%。

本附加险合同中无明确“释义”的词语，均以该词语在主险合同中的释义为准。