

都邦财产保险股份有限公司
城镇职工团体补充住院医疗保险
附加门急诊团体医疗保险条款

(注册号: C00009632522022042566213)

总则

第一条 本附加保险合同(以下简称“本附加合同”)须附加于都邦财产保险股份有限公司城镇职工团体补充住院医疗保险合同(以下简称“主险合同”)。主险合同所附条款、投保单、保险单、保险凭证以及批单等,凡与本附加险合同相关者,均为本附加险合同的构成部分。凡涉及本附加险合同的约定,均应采用书面形式。

第二条 本附加合同与主险合同相抵触之处,以本附加合同为准;本附加合同未尽之处,以主险合同为准。

第三条 主险合同效力终止,本附加合同效力即行终止。

保险责任

第四条 在保险期间内,被保险人因遭受意外伤害或者经过等待期后(续保不计算等待期)患疾病在当地城镇职工基本医疗保险管理机构指定或者认可的医疗机构(本附加合同另有约定的不在此限,下同)接受门急诊治疗,对该被保险人所发生的、符合当地城镇职工基本医疗保险管理规定的支/给付范围和标准的、合理且医学必需的医疗费用(以下简称“合理医疗费用”),在扣除本附加合同约定的免赔额后按约定的给付比例给付门急诊医疗保险金。

责任免除

第五条 由于下列任何原因或情形,被保险人发生医疗费用的,保险人不承担给付保险金的责任:

- (一) 投保人或者被保险人的故意行为;
- (二) 因被保险人挑衅或者故意行为导致争执、打斗而引发意外或者因此被攻击、被伤害;
- (三) 从事潜水、跳伞、攀岩、探险、武术比赛、摔跤、特技、赛马、赛车、蹦极或者其他风险程度类似的高风险活动,竞技性、职业性运动;
- (四) 医疗事故;
- (五) 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),先天性畸形、变形和染色体异常,遗传性疾病,性传播疾病,艾滋病(AIDS)或者感染艾滋病病毒(HIV阳性);
- (六) 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的并发症,但意外所致不在此限;
- (七) 本附加合同中特别约定除外疾病的治疗和康复,投保前已有伤害的治疗和康复;
- (八) 战争、军事行动、暴乱、武装叛乱、恐怖活动或者邪教组织活动,任何生物武器、化学武器、核武器,核能装置造成的爆炸、辐射、灼伤或者污染;

(九) 住院治疗。

第六条 被保险人在下列期间遭受伤害或者患疾病治疗而支出医疗费用的，保险人也不承担给付保险金的责任：

(一) 酒后驾驶、无合法有效驾驶证驾驶或者驾驶无合法有效行驶证的机动车期间；

(二) 从事非法、犯罪活动或者被司法机关采取强制措施期间、服刑期间；

(三) 醉酒或者受酒精、毒品、管制药品影响期间。

第七条 下列损失、费用和责任，保险人不承担给付保险金的责任：

(一) 一般身体检查、疗养、静养、健康护理等非治疗性质的行为或者以家庭病床、挂床、压床等方式进行的治疗；被保险人怀孕、流产或者分娩；被保险人洗牙、洁齿、整容、矫形、验眼配镜，装配假眼、假牙、假肢或者助听器等疾病用具；

(二) 在非当地城镇职工基本医疗保险管理机构指定或者认可的医疗机构进行治疗；

(三) 已从或者应当首先从当地城镇职工基本医疗保险管理机构获得补偿的医疗费用，已从国家机构或者部门、公益机构、慈善机构等获得补偿的医疗费用；

(四) 医疗费用中依法应当由第三者赔偿的部分，但第三者逃逸、失踪且虽经诉讼无法执行的财产或者无赔偿能力的不在此限；

(五) 不符合当地城镇职工基本医疗保险主管部门规定的支/给付范围和标准的医疗费用；

(六) 在等待期内发生的门急诊治疗费用以及等待期后与被保险人等待期内发生的疾病和症状及相关的疾病和症状有关的门急诊医疗费用；

(七) 保险期间届满后发生的治疗费用。

保险金额、免赔额和给付比例

第八条 保险金额是保险人承担给付保险金责任的最高限额。本附加合同的保险金额、免赔额、给付比例由投保人与保险人协商确定，并于本附加合同中载明。

保险金的申请与给付

第九条 保险金申请人向保险人申请给付保险金时，应当以书面形式提交下列证明和资料。保险金申请人因特殊原因不能提供下列证明和资料的，应当提供其他合法、有效的证明和资料。保险金申请人未能提供有关证明和资料，导致保险人无法核实事故的原因、性质、损害事实或者损失程度的，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) 保险单或者其他保险凭证；

(三) 保险金申请人的身份证明，若保险金申请人委托他人申请的，还须提供受托人身份证明、授权委托书；

(四) 医疗机构出具的病历、检查报告、医疗费用收据及明细清单、诊断证明；

(五) 投保人、被保险人或者保险金申请人所能提供的其他与确认事故的原因、性质、损害事实或者损失程度等有关的证明和资料。

赔偿处理

第十条 在本附加合同保险期间内，每一被保险人保险责任范围内的合理医疗费用，按照如下计算方法给付保险金：

（一）若被保险人从其他途径已获得的医疗费用补偿金额（不含城镇职工基本医疗保险已补偿金额）超过免赔额的，保险金计算公式为：

保险金=（累计合理医疗费用-城镇职工基本医疗保险已补偿金额以及其他途径已获得的医疗费用补偿金额）×给付比例

（二）若被保险人从其他途径已获得的医疗费用补偿金额（不含城镇职工基本医疗保险已补偿金额）不超过免赔额的，保险金计算公式为：

保险金=（累计合理医疗费用-城镇职工基本医疗保险已补偿金额-免赔额）×给付比例

第十一条 本附加合同适用医疗费用补偿原则。被保险人每次接受门急诊医疗的，保险人给付的相应门急诊医疗保险金，以该次门急诊发生的保险责任范围内的医疗费用，扣除被保险人已从城镇职工基本医疗保险、公费医疗、互助保险、除本保险外的其他商业保险、公益慈善机构、第三方责任人等获得的补偿后的余额为上限。

第十二条 每一被保险人一次或者多次接受门急诊治疗的，保险人均按上述约定给付门急诊医疗保险金，但累计以该被保险人的门急诊医疗保险金额为上限，当累计达到门急诊医疗保险金额时，本附加合同约定的对该被保险人的门急诊保险责任终止。

释义

门急诊：指因遭受意外或者患疾病至医疗机构的门诊部或者急诊部接受治疗。

一次门急诊：指一日内（零时起至二十四时止）在同一所医院同一个科室就诊的门诊或者急诊。

免赔额：指保险期间内被保险人自行承担，本附加合同不予赔偿的部分金额。