

# 渤海财产保险股份有限公司

## 附加门诊急诊团体医疗保险条款

### 总则

#### 第一条 合同约定

本附加合同依主保险合同（以下简称主合同）投保人的申请，经保险人同意而订立。本附加合同作为主合同的组成部分，主合同效力终止，本附加合同效力亦同时终止；主合同无效，本附加合同亦无效。本附加合同与主合同相抵触之处，以本附加合同为准，未尽之处，以主合同为准。

#### 第二条 合同构成

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。凡涉及本保险合同的约定，均采用书面形式。

#### 第三条 投保人、被保险人、附带被保险人

本附加合同的投保人、被保险人、附带被保险人与主保险合同的约定一致。

#### 第四条 受益人

除另有约定外，本附加合同门（急）诊医疗保险金的受益人为被保险人或附带被保险人本人。

### 保险责任

**第五条** 在保险期间内，若被保险人或附带被保险人遭受意外伤害事故或者于本合同生效之日起由合同约定，并于保险单中载明的固定天数后因疾病，并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）医院或保险人指定或认可的医疗机构进行门诊、急诊治疗，在保险单上载明的门诊、急诊医疗费用起付标准至最高给付标准之间按当地社会基本医疗保险规定须由被保险人或附带被保险人个人承担的医疗费用即净医疗费用，保险人在保险金额内按保险单上所载的给付比例给付门（急）诊医疗保险金。投保人可在以下两种给付保险金方式中选择一种，且一经选定不得更改。

#### ①采用门（急）诊次免赔额

门（急）诊医疗保险金 = （每次净医疗费用 - 门（急）诊医疗费用免赔额） × 门（急）诊医疗保险金给付比例

每次门（急）诊医疗保险金以每次门诊急诊保险金额为限。

#### ②采用门（急）诊年免赔额

门（急）诊医疗保险金 = （该保险单年度累计净医疗费用 - 门（急）诊医疗费用免赔额） × 门（急）诊医疗保险金给付比例

免赔额和给付比例投保时双方约定，并在保险单中载明。在保险期间内，被保险人或附带被保险人多次进行门诊、急诊治疗，保险人所给付的门（急）诊医疗保险金以保险单上所载的保险金额为限，累计给付达到保险金额时，保险人对该被保险人或附带被保险人的保险责任终止。

## 责任免除

**第六条** 本附加合同责任免除同主保险合同一致。

## 保险金额和保险费

**第七条** 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由投保人、保险人双方约定，并在保险单中载明。本保险附带被保险人的保险金额不得高于被保险人。

本附加合同的保险费交付约定与主保险合同一致。

## 保险期间

**第八条** 本附加合同的保险期间与主保险合同的保险期间一致。

## 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。**

- (1) 保险金给付申请书；
- (2) 保险单原件及投保单位证明文件；
- (3) 保险金申请人及被保险人或附带被保险人的身份证明；
- (4) 就诊医院出具的医疗费用收据原件、门（急）诊病历、诊断证明、医疗费用明细单及处方；
- (5) 若对应被保险人或附带被保险人的门（急）诊医疗保险金的计算规则为每次限定，则需要就诊医院出具的被保险人的医疗诊断书及医疗费用的原始凭证、病历。若对应被保险人或附带被保险人的门（急）诊医疗保险金的计算规则为每年限定，在该保险单年度内首次申请理赔时，被保险人或附带被保险人应提供就诊医院出具的被保险人该保险单年度历次的医疗诊断书及医疗费用的原始凭证、病历；在该保险单年度内再次申请理赔时，则只需提供当次的医疗诊断书及医疗费用的原始凭证、病历；
- (6) 有关部门出具的与确认保险事故的性质、原因、伤害程度有关的意外事故证明和资料；
- (7) 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。

## 释义

**门诊、急诊：**指被保险人因疾病或因意外事故导致的伤害而至医院的门诊部或急诊部进行的诊断或治疗。