

华泰财产保险股份有限公司

附加团体门（急）诊医疗费用保险条款

第一条

本附加保险条款（以下简称“本附加条款”）须附加于华泰财产保险股份有限公司主险条款（以下简称“主险”）使用。

第二条

主险合同列明的被保险人中，年满十六周岁至六十周岁（含六十周岁），身体健康、能正常工作或正常生活的投保单位在职、在编人员或团体会员。

第三条

在本附加条款保险期间内，保险人承担下列保险责任：

一、保险期间内，被保险人遭受意外伤害事故或疾病在医院进行必要的门（急）诊治疗，保险人对其每次门（急）诊（不包括急诊留院观察期）实际支出的符合当地社会医疗保险主管部门规定的合理惯常且必须的医疗费用，在本合同该被保险人对应的保险金额内对超过免赔额的部分按约定的赔付比例给付门（急）诊医疗保险金。具体的免赔额、给付比例以及每次门（急）诊给付的最高限额在保险单或保险凭证上载明。

二、保险人对每一被保险人所负给付门（急）诊医疗保险金的责任以保险单或保险凭证上所载每一被保险人的门（急）诊医疗保险金额为限，一次或累计给付保险金额达到保险单或保险凭证上载明的保险金额时，本合同对该被保险人的保险责任终止。

三、当被保险人住院治疗跨两个保险年度时，保险人以保险事故发生日当年度本合同约定的保险金额为限给付医疗保险金。

四、除另有约定外，保险人对被保险人在进行门（急）诊治疗外配药费用不承担保险责任。但如被保险人就诊医院没有处方所开药物，保险人对被保险人在得到该医院门诊办公室、医务科或其他相同职能部门的签章认可后，到同等级正规药房配药所支付相关费用按照本合同约定承担保险责任。

五、若被保险人的损失已从其他途径或其他保险单给付赔偿的保险人可根据有关单位或保险单承保公司出具的相关单证或给付保险金证明，在本合同的保险金额限额内按前述条款规定仅承担被保险人除前述其他赔偿途径和其他保险单赔偿额之外剩余部分的赔偿责任。

第四条

因下列情形之一，直接或间接导致被保险人支出的门（急诊）费用，保险人不承担赔偿责任：

（一）本条款生效前罹患的疾病及已有残疾的治疗和康复；

（二）被保险人妊娠（包括宫外孕）、流产、堕胎、不孕症、分娩（含剖腹产）、避孕或绝育手术、变性手术、人体试验和人工生殖，及由此而引起的并发症，但意外伤害所致的流产、分娩不受此限；

（三）美容、整形、矫形术、非必须紧急性治疗的手术、心理咨询及角膜屈光成形手术；

（四）被保险人健康护理（含体检、健康体检、疗养、特别护理或静养）等非治疗性的行为及无客观病征证明其不健康及以捐献身体器官为目的的医疗行为；

（五）被保险人罹患先天性疾病和症状、遗传性疾病、先天性畸形或缺陷、变性或染色体异常；被保险人罹患特定传染病、职业病、地方病、精神和行为障碍、心理疾病、发病；

（六）被保险人移植人工器官、洗牙、洁齿、验光、牙齿治疗或手术及镶补，但因意外伤害引起的一般牙齿治疗除外；

（七）被保险人在非保险人指定或认可的医疗机构治疗发生的医疗费用或保险单签发地社会医疗保险主管部门规定的自费项目；

若由于本保险合同中责任免除的情形导致的被保险人身故，保险人将退还未满期净保费。

二、主险约定的所有责任免除事项直接或间接导致的门（急）诊医疗费用。

第五条

除另有约定外，本附加条款的保险期间同主险合同一致。

第六条

投保人、被保险人或受益人应于知道保险事故发生之日起五日内或经保险人书面同意延长的期限内通知保险人。

被保险人应在认可的医疗机构就诊，若因急诊未认可的医疗机构就诊的，应在三日内通知保险人，并根据病情及时转入认可的医疗机构。若确需转入非认可的医疗机构就诊的，应向保险人提出书面申请，保险人在接到申请后三日内给予答复，对于保险人同意在非认可的医疗机构就诊的，对被保险人在非认可医疗机构发生的住院医疗费用按本条款规定给付保险金。

第七条

一、团体门急诊医疗费用保险金的申请

由保险金申请人填写保险金给付申请书，并提供下列证明文件和资料申请给付保险金：

1. 保险单、其它保险凭证正本；
2. 被保险人户籍证明或身份证明复印件；
3. 索赔申请人身份证明
4. 被保险人是投保人单位职员或团体会员的证明；
5. 医院出具的附有病理检查、化验检查及其它医疗仪器检查报告的医疗诊断证明书（包括但不限于诊断全称、病历和治疗过程）、医药费原始单据、结算明细表和处方正本及医疗纪录；
6. 其他与确认保险事故的性质、原因、损失程度等有关的证明和资料。

二、除非另有约定，被保险人申请门急诊医疗费用保险金时，应按门急诊日期顺序提出索赔，并于门诊急诊之日起六十日内提出。

三、如被保险人委托他人申领保险金，还须提供授权委托书及受托人的身份证明和资料。

五、当赔付金额未达实际支出门（急）诊医疗费用的金额时，索赔申请人可以书面形式向保险人申请返还原始单据，保险人在加盖公章并注明已赔付金额后返还原始单据。

第八条

以下任何一种情况发生时，本附加条款效力终止，保险人不再承担给付保险金的责任：

1. 投保人解除本附加条款；
2. 主险合同解除、终止效力或期满；
3. 本附加条款因其他条款或合同所列情况而终止。

主险合同无效，本附加条款亦自始无效。

第九条

1、医院

指在中国境内（不包括香港、澳门、台湾）经中华人民共和国卫生部门评审确定的二级或以上的公立医院或投保人与保险人协商共同指定的医院或医疗机构，但不包括以下或者类似的医疗机构：

- 1) 精神病院；
- 2) 老人院、疗养院、戒毒中心和戒酒中心；
- 3) 健康中心或天然治疗所、疗养或康复院。

2、先天性疾病：指被保险人一出生就具有的疾病（症状或体征）。这些疾病是因人的遗传物质（包括染色体以及位于其中的基因）发生了对人体有害的改变而引起的，或因母亲怀孕期间受到内外环境中某些物理、化学和生物等因素的作用，使胎儿局部体细胞发育异常，导致婴儿出生时有关器官系统在结构或功能上呈现异常。

3、遗传性疾病：指生殖细胞或受精卵的遗传物质（染色体和基因）发生突变或畸变所引起的疾病，通常具有由亲代传至后代的垂直传递的特征。

4、先天性畸形、变形或染色体异常：指被保险人出生时就具有的畸形、变形或染色体异常。先天性畸形、变形和染色体异常依照世界卫生组织《疾病和有关健康问题的国际统计分类》（ICD-10）确定。

5、特定传染病：根据中华人民共和国相关法律法规规定的法定传染病甲类和乙类发生暴发流行疫情的情况，相关法律发生调整，则本定义作相应调整。

甲类：鼠疫、霍乱及副霍乱、天花、严重急性呼吸系统综合症（英文缩写为 SARS）。

乙类：白喉、流行性脑脊膜炎、痢疾（菌痢和阿米巴痢疾）、伤寒及副伤寒、病毒性肝炎、疟疾、斑疹伤寒、回归热、黑热病、森林脑炎、恙虫病、流行性出血热、钩端螺旋体病、布鲁氏菌病。

6、职业病：在生产环境或劳动过程中，一种或几种对健康有害的因素导致的疾病。职业病的范围以国家正式颁布的种类为准。

7、地方病：在一定地区或人群中发生的疾病。新病例来自本地。与地方的地质、地貌、水土、气候等因素密切相关，并在条件类似的地区蔓延流行。以当地地方病防治机构的公布

为准。

8、未到期净保费：未到期净保费=保险费×[1-(保险单已经过天数/保险期间天数)] × (1-25%)。经过天数不足一天的按一天计算。

本附加条款的未解释名词，均以主合同内的名词解释为准。

第十条 其它条款的适用

本附加条款与主险条款不一致之处，以本附加条款为准；本附加条款未尽之处，以主险条款为准。