

## 合众团体附加门急诊医疗保险（A）款条款

### ① 关于本保险合同

- |     |               |  |
|-----|---------------|--|
| 1.1 | <b>合同构成</b>   | 本附加保险合同（以下简称“本附加合同”），由主保险合同（以下简称“主合同”）投保人提出申请，经本公司同意而订立。<br>主合同所附条款、投保单及与本附加合同有关的其他投保文件、合法有效的声明、批注、附贴批单、其他协议，凡与本附加合同相关者，都是本附加合同的构成部分。凡本附加合同未做规定的内容，主合同条款适用本附加合同。若主合同与本附加合同的条款互有冲突，则以本附加合同的条款为准。            |
| 1.2 | <b>投保条件</b>   | 凡身体健康，能正常工作或劳动的投保人正式在职员工，经本公司审核同意，可作为本附加合同的被保险人。被保险人之配偶或子女，经投保人申请，本公司审核同意，可作为本附加合同的连带被保险人。   |
| 1.3 | <b>合同生效</b>   | 本附加合同自本公司同意承保、收取保险费并签发保险单后开始生效，具体生效日以保险单或其他保险凭证上所载的日期为准。   |
| 1.4 | <b>合同内容变更</b> | 在本附加合同有效期内，经投保人与本公司协商一致，可以变更合同的有关内容。变更本附加合同的，应当由本公司在保险单或者其他保险凭证上批注或者附贴批单，或者由投保人与本公司订立书面的变更协议。  |
| 1.5 | <b>合同解除</b>   | 一、投保人于本附加合同成立后，可以书面通知要求解除本附加合同。<br>二、投保人要求解除本附加合同时，应提供下列证明和资料：<br>1、保险单或其它保险凭证；<br>2、解除合同申请书；<br>3、保险费收据；<br>4、投保单位证明。<br>三、投保人要求解除本附加合同的，自本公司接到解除合同申请书之日二十四时起，保险责任终止，并于接到上述证明和资料之日起三十日内向投保人退还个人账户和团体账户余额。 |

### ② 本附加合同保障责任

- |     |             |   |
|-----|-------------|---|
| 2.2 | <b>保险期间</b> | 本附加合同保险期间为一年。本公司所承担的保险责任自投保人交付保险费，本公司同意承保并签发保险单的次日零时开始至期满日二十四时终止。<br>本公司将于保险期满前三十日内，向投保人发出续保通知。若在保险期满前三十日内投保人未提出终止申请，本附加合同将延续有效一年，本公司将结转个人账户及团体账户金额至下一年度。投保人终止合同的，本公司向投保人退还团体账户及个人账户余额。 |
|-----|-------------|---|



- 2.3 保险责任** 在本附加合同保险责任有效期内，本公司承担下列保险责任：  
若被保险人因意外伤害事故或疾病，在本公司认可的医疗机构进行门急诊治疗，本公司根据被保险人实际发生的，必要的、且合理的医疗费用，按与投保人约定的比例和方式给付门急诊医疗保险金。  
被保险人实际支出的医疗费用须符合当地公费医疗或社会基本医疗保险规定。若被保险人可从政府、企业、事业单位或社会团体获得医疗补助、津贴或其它医疗保险金，本公司将从应付“医疗保险金”中扣除相应数额。  
门急诊医疗保险金给付比例和方式由投保人在投保时和本公司约定。被保险人不论一次或多次在本公司认可的医疗机构治疗，本公司均按上述约定给付保险金，累计给付金额以该被保险人的个人账户余额及投保人授权被保险人使用的团体账户中的金额有限。
- 2.4 责任免除** 被保险人因下列情形之一造成医疗费用支出的，本公司不负给付保险金责任：  
1、主合同所列明的责任免除事项；  
2、保单中特别约定的除外疾病及未告知的既往症；  
3、先天性疾病和先天性畸形；  
4、不孕不育治疗、避孕和节育（含绝育）、妊娠、产前产后检查、流产、引产或分娩、变性手术、人体试验、人工生殖以及由以上原因引起的并发症；  
5、投保人要求的其他不保事项；

### **③ 保险费的交纳与账户管理**

---

- 3.1 保险费的交纳** 投保人可以定期或不定期、定额或不定额地交纳保险费，但每期所交保险费不得低于本公司所规定的最低交费金额。
- 3.2 个人账户** 本公司可为每一被保险人建立个人账户。本公司将按投保人的要求，将其每次交纳的保险费在扣除行政管理费后计入个人账户，并按本附加合同 3.6 条的规定进行计息。  
本公司每次向被保险人给付门急诊医疗保险金后，将从其账户余额中扣去相应的金额。当账户余额不足 50 元且投保人不再继续交费的情况下，本公司有权将账户余额全部退还被保险人并注销其个人账户。  
在保险期满时，如投保人续保本附加合同，被保险人的个人账户余额可自动结转至下一保险年度；如投保人不再续保，本公司将向投保人退还个人账户的余额。
- 3.3 团体账户** 本公司为投保人建立一个团体账户，将投保人交纳的尚未分配至被保险人个人账户的保险费在扣除行政管理费后计入该账户，并按本附加合同 3.6 条的规定进行计息。  
当被保险人个人账户余额不足以支付其申请赔付的门急诊医疗费用时，



- 经投保人同意，本公司可按与投保人约定的比例和方式从团体账户中向被保险人支付门急诊医疗保险金。每次给付门急诊医疗保险金后，本公司将从团体账户余额中扣去相应的金额。团体账户的最低余额为 1000 元，当团体账户余额不足时，本公司有权要求投保人追加保费。
- 在一个保险年度结束时，如投保人续保本附加合同，团体账户的余额可自动结转至下一保险年度；如投保人不再续保，本公司将向投保人退还团体账户的余额。
- 本公司可根据投保人的要求将团体账户中的金额转入其指定的被保险人个人账户，但每次转入金额不得低于本公司所规定的最低金额，且投保人须出具有效的单位证明。
- 3.4 被保险人变动** 投保人因在职人员变动需要增加被保险人的，应以书面形式或本公司认可的其它形式通知本公司。本公司在审核同意后为该被保险人设立个人账户并将其缴纳的保险费在扣除行政管理费后计入个人账户。
- 投保人因被保险人离职或其它原因需要减少被保险人的，应以书面形式通知本公司，同时应提交下列证明和资料：
- 1、保险单或其它保险凭证；
  - 2、减少被保险人申请书；
- 本附加合同对该被保险人所承担的保险责任自收到申请之日二十四时起终止，本公司注销其个人账户并向投保人退还该个人账户余额或应投保人的要求将其账户余额转入团体账户。如投保人要求的退保日期在通知到达日之后，则该被保险人的资格自该退保日二十四时起丧失。
- 3.5 服务与行政管理费用** 在保险责任有效期内本公司将向投保人提供以下服务：
- 一、基本服务项目：
- 1、个人账户与团体账户的设立与维护；
  - 2、个人账户与团体账户的定期结算与计息；
  - 3、提供季度结算、半年结算和年度结算三种定期理赔结算方式供投保人选择，并按照保险责任的约定范围进行理算理赔服务。
- 二、可选服务项目：
- 1、于每次结算后向投保人出具理赔结算清单；
  - 2、于每次结算后向投保人出具个人账户及团体账户余额清单；
  - 3、于每次结算后向投保人提供团体账户支出明细；
  - 4、应投保人或被保险人要求查询被保险人个人账户支出明细。
- 本公司将对以上服务项目收取行政管理费，作为提供管理服务的费用支出和报酬。行政管理费在投保人每次交纳保险费时按与投保人约定的比例收取。（详见费率表）
- 三、约定外理赔服务：本公司可应投保人要求在选定的定期理赔结算方式外另行安排理赔服务，但需收取单次理赔服务管理费，作为提供约定外每次理赔服务的作业成本。约定外单次理赔服务管理费用将从团体账户中扣除。（详见费率表）



## 附件 6—2

- |     |      |   |
|-----|------|---|
| 3.6 | 账户利息 | 在本合同有效期内，个人账户余额和团体账户余额按同期中国人民银行颁布的居民整存整取一年期储蓄存款利率，利息计算按照实际经过天数复利计算。 |
|-----|------|---|

## ④ 保险金的申请与给付

- |     |         |   |
|-----|---------|---|
| 4.1 | 保险金受益人  | 本附加合同门急诊医疗保险金的受益人为被保险人本人，本公司不受理其他指定和变更。   |
| 4.2 | 保险金申请   | <p>一、门急诊医疗给付的申请</p> <p>受益人申请领取门急诊医疗保险金时，应提供下列证明文件和资料：</p> <ol style="list-style-type: none"><li>1、投保人证明</li><li>2、被保险人身份证明；</li><li>3、由本公司认可的医疗机构出具的医疗诊断书、医疗费用的原始凭证、被保险人的门诊病历和检查报告；</li><li>4、本公司要求提供的与确认保险事故的性质、原因等相关的其他证明、资料。</li></ol> <p>二、投保人应于每个理赔结算周期到期日十日前收集所有被保险人的上述证明文件和资料并向本公司提供保险金给付申请清单，包括被保险人姓名，身份证号码及医疗费用金额。</p> <p>三、本公司收到上述保险金给付申请清单及相关证明、资料后，对核定属于保险责任的，本公司在与申请人达成有关给付保险金协议后十日内，履行给付保险金的义务；对不属于保险责任的，本公司向申请人发出拒绝给付保险金通知书。</p> |
| 4.3 | 保险金申请时效 | 受益人对本公司请求给付保险金的权利，自其知道或应当知道保险事故发生之日起二年不行使而消灭。   |

## ⑤ 释义

- |     |            |  |
|-----|------------|--|
| 5.1 | 意外伤害       | 指遭受外来的、突发的、非本意的、非疾病的使身体受到伤害的客观事件。  |
| 5.2 | 连带被保险人     | 是指被保险人无工作单位之配偶或出生满 60 天且已出院至 22 周岁的子女。                                   |
| 5.3 | 本公司认可的医疗机构 | 指本公司指定医院。本公司指定的医院名单会在投保时展示给投保人，并随保单附送一份。如因病情紧急，未能在指定医院就医，务必在 3 日内转入指定医院。 |