

新华人寿保险股份有限公司

附加游乐平安意外伤害医疗保险条款



请扫描以查询验证条款

(2009 年 9 月向中国保险监督管理委员会备案)

在本条款中，“您”指投保人，“我们”、“本公司”均指新华人寿保险股份有限公司。

① 您与我们的合同

- 1.1 合同构成** 本附加保险合同（以下简称“本合同”）是主保险合同（以下简称“主险合同”）的附加合同。本合同由保险单或其他保险凭证及所附条款、投保单、与本合同有关的其他投保文件、健康告知书、变更申请书、声明、批注、附贴批单及其他书面协议构成。
- 1.2 投保范围** 本合同的投保人、被保险人与主险合同相同。
- 1.3 合同成立与生效** 您提出保险申请、本公司同意承保，本合同成立，合同成立日期在保险单上载明。除另有约定外，自本合同成立、本公司收取保险费并签发保险单的次日零时起本合同生效，合同生效日期在保险单上载明。本合同生效日即为保单生效日。
- 1.4 合同效力** 主险合同中的合同内容变更、保险金的给付、明确说明与如实告知、本公司合同解除权的限制、地址变更、争议处理事项及释义适用于本合同。本合同内容与主险合同相抵触的，以本合同为准。
主险合同无效，本合同亦无效。
主险合同终止，本合同同时终止。
- 1.5 投保人解除合同的
手续及风险** 1. 主险合同解除时，本合同同时解除。您要求解除本合同时，应填写合同解除申请书，并提供下列证明和资料：
(1) 保险合同；
(2) 您的有效身份证件。
2. 自本公司收到合同解除申请书及上述证明和资料之日起，本合同终止。本公司自本合同解除之日起 10 日内向您退还保险单的现金价值。您解除合同可能会遭受一定损失。
- 1.6 合同终止** 以下任何一种情况发生时，本合同终止：
1. 因主险合同解除导致本合同解除的；
2. 本公司已经履行完毕保险责任的；
3. 本合同因条款所列其他情况而终止的。

② 我们提供的保障

- 2.1 保险金额** 本合同保险金额由您和本公司在投保时约定，但须符合本公司当时的投保规定，约定的保险金额将在保险单上载明。
- 2.2 保险期间** 同主险合同。
- 2.3 保险责任** 在本合同保险期间内，对于被保险人因意外伤害在本公司**认可医院（详见释义）**进行治疗所发生的**合理医疗费用（详见释义）**，本公司按下列公式计算并给付意外伤害医疗保险金：
每次意外伤害医疗保险金=每次意外伤害医疗费用-每次意外伤害免赔额
每次意外伤害免赔额为 50 元。
被保险人因意外伤害住院治疗，保险期间届满时仍未结束治疗的，本公司继续承担保险责任，但最长至意外伤害发生之日起第 180 日。
本公司累计给付的保险金达到本合同保险金额时，本合同终止。
- 如被保险人所发生的本合同保险责任范围内的医疗费用，已从社会基本医疗保险（详见释义）、其他商业医疗保险保障计划或其他任何途径获得补偿或赔偿，本公司仅对剩余部分按上述约定承担保险责任。
- 2.4 责任免除**
1. 被保险人因下列情形之一发生的医疗费用，本公司不承担保险责任：
 - （1）妊娠、安胎、流产、分娩、节育；
 - （2）主险合同责任免除条款所列情形。
 2. 被保险人发生的下列医疗费用，本公司不承担保险责任：
 - （1）护理（陪住）费、取暖费、伙食费、误工费、停尸费、救护车费等；
 - （2）在国外或中国台湾地区、香港和澳门特别行政区发生的医疗费用；
 - （3）社会基本医疗保险（含公费）管理机构规定不予支付费用的药品、检查项目、治疗项目、手术项目和其他项目。

③ 您的权利与义务

- 3.1 保险费的交纳** 本合同交费方式为一次交清，并在保险单上载明。
每千元保险金额的保险费为 0.6 元。

④ 保险金的申请与给付

- 4.1 保险金受益人** 保险金的受益人为被保险人本人。
- 4.2 保险事故通知** 您、被保险人或受益人应于知道保险事故发生之日起 10 日内通知本公司。
如您、被保险人或受益人故意或因重大过失未及时通知本公司，致使保险事故的性质、原因、损失程度等难以确定的，本公司对无法确定的部分，不承担给付保险金的责任，但本公司通过其他途径已经及时知道或应当及时知道保险事故发生，或虽未及时通知但不影响本公司确定保险事故的性质、原因、损失程度的除外。

- 4.3 保险金的申请**
1. 申请保险金时，由被保险人作为申请人填写保险金给付申请书，并提供下列证明和资料：
- (1) 保险合同；
 - (2) 申请人的有效身份证件；
 - (3) 由本公司认可医院出具的医疗诊断书（写明诊断全称、简单病史及治疗过程）、病理检查、化验检查、医疗费用原始单据、费用结算明细表及处方；如上述单证中部分医疗费用已由社会基本医疗保险支付，还应提供基本医疗保险经办机构开具的医疗费用报销分割单原件；
 - (4) 所能提供的与确认保险事故的性质、原因、伤害程度等有关的其他证明和资料。
2. 如委托他人代为申请，应提供授权委托书及受托人的有效身份证件。
3. 本公司认为有关证明和资料不完整的，将及时一次性通知申请人补充提供。

5 释义

- 5.1 认可医院** 指二级及以上非盈利性医院、二级及以上社保定点医院或本公司认可的其他医院，具体可登陆本公司主页（www.newchinalife.com）查询或咨询本公司全国客户服务电话 95567。
- 5.2 合理医疗费用** 指同时在本合同保险责任范围内和社会基本医疗保险支付范围内的医疗费用。支付范围指社会基本医疗保险的药品目录、诊疗项目目录和医疗服务设施目录。
- 5.3 社会基本医疗保险** 指城镇职工基本医疗保险、城镇居民基本医疗保险、新型农村合作医疗、公费医疗和医疗救助等基本医疗保险保障项目。