

众安在线财产保险股份有限公司
附加食物中毒医疗保险条款（互联网）
注册号：C00017932522022111534801
（众安在线）（备-医疗保险）【2022】（附）019号

第一部分 总则

第一条 本附加险合同须附加于各种意外伤害保险或健康保险合同（以下简称“主险合同”）。

本附加险合同与主险合同相抵触之处，以本附加险合同为准。本附加险合同未约定事项，以主险合同为准。主险合同效力终止，本附加险合同效力亦同时终止；主险合同无效，本附加险合同亦无效。

凡涉及本附加险合同的约定，均采用书面形式。

第二条 除另有约定外，本附加险合同的投保人、被保险人同主险合同，保险金的受益人为被保险人本人。

第二部分 保险责任

第三条 在本附加险合同的保险期间内，被保险人发生**食物中毒**（释义一），在中华人民共和国境内（不包括香港、澳门及台湾地区）的二级及二级以上公立医院或保险人认可的**医疗机构**（释义二）进行治疗的，保险人按照下列约定进行赔偿：

（一）对于被保险人在每次事故中所支出**必需且合理的医疗费用**（释义三），保险人按照保险合同约定的给付范围（符合当地**基本医疗保险**（释义四）主管部门规定范围内的、可报销的医疗费用或超出当地基本医疗保险主管部门规定范围的医疗费用），在扣除约定的免赔额后，按约定的赔付比例进行给付。**给付范围、免赔额和赔付比例由投保人和保险人在投保时约定，并在保险合同中载明。**

（二）除另有约定外，到本附加合同满期日时，被保险人未结束治疗的，保险人继续承担保险金给付责任，住院治疗者最长延至本附加合同满期日后第三十日（含）止，门诊治疗者最长延至本附加合同满期日后第十五日（含）止。

（三）保险人所负给付食物中毒医疗费用保险金的责任以本附加险合同项下的保险金额为限，对被保险人一次或者累计给付保险金达到本附加险合同项下被保险人的保险金额时，保险人对被保险人在本附加险合同项下的保险责任终止。

（四）本附加险合同为费用补偿型保险合同，适用医疗费用补偿原则。**被保险人如果已从其它任何途径（包括农村合作医疗保险、基本医疗保险、公费医疗、任何第三方个人或工作单位、保险人在内的任何商业保险机构、政府机构或者社会福利机构等）获得医疗费用补偿，保险人以保险金额为限，对被保险人获得补偿后的医疗费用的余额按照本附加险合同约定给付保险金，即被保险人从包括本附加合同在内的各种途径获得的所有补偿金额之和不得超过被保险人实际发生的医疗费用。**

(五)若被保险人以参加基本医疗保险或公费医疗身份投保,但未以参加基本医疗保险或公费医疗身份就诊并结算的,则保险人根据本附加合同单独约定的给付比例进行赔付。

第三部分 责任免除

第四条 因下列原因或情形导致的医疗费用,保险人不承担给付保险金责任:

(一)被保险人知道或者应当知道食用的食品本身全部或者部分具有毒性,或可能导致食物中毒(包括但不限于食用河豚鱼肉或品种不明的菌类等),仍然食用;

(二)被保险人自身的疾病或特异体质引起的食物过敏;

(三)被保险人未被医疗机构诊断确认为食物中毒;

(四)主险合同中规定的责任免除事项(但若该事项与本附加险合同有相抵触之处,以本附加险合同为准)。

第四部分 保险金额

第五条 保险金额为保险人承担赔偿责任的最高限额。保险金额由投保人和保险人双方约定,并在本附加险合同中载明。且保险金额一经确定,在保险期间内不得变更。

若本保险合同涉及多个被保险人的,经投保人和保险人双方约定,可选择按照以下方式分配保险金额,并在保险合同中载明。

(一)均分保险金额

每个被保险人的保险金额=保险金额÷被保险人总人数。被保险人总人数以投保时告知为准,并在保险合同中载明。保险人对每一被保险人一次或者累计赔偿的保险金不超过每个被保险人的保险金额。

(二)共享保险金额

所有被保险人共享本保险合同的保险金额。保险人对所有被保险人一次或者累计赔偿的保险金不超过本保险合同的保险金额。

多个被保险人发生保险事故的,保险人按照提交完整保险金申请材料并申请给付保险金的先后顺序,在扣除免赔额后依次计算并给付保险金,后续案件在剩余保险金额范围内计算并给付保险金。

多个被保险人发生保险事故且同时提交完整保险金申请材料并申请给付保险金的,在扣除免赔后保险人分别计算每个被保险人的应给付金额(按照同时提交保险金申请材料的情况确定每人应分摊的免赔额)。若多个被保险人的应给付金额之和大于本合同约定的保险金额与既往已给付金额之差的,保险人按下述公式计算每个被保险人的实际给付金额:

每个被保险人的实际给付金额=(该被保险人的应给付金额÷多个被保险人的应给付金额之和)×(本合同约定的保险金额-既往已给付金额)。

第五部分 交费义务

第六条 本合同保险费交付方式分为一次性交付和分期交付,由投保人和保险人在投保时约定,并在保险单上载明。

若投保人选择一次性交付保险费，投保人应当在本合同成立时一次性交清保险费，**保险费交清前，本合同不生效。对合同生效前发生的保险事故，保险人不承担保险责任。**

若投保人选择分期交付保险费，**需经投保人申请并经保险人同意**，并在本合同中载明保费分期交付的周期。**如投保人未交付首期保费，保险合同不成立，保险人不承担保险责任。如投保人未按照保险合同约定的付款时间足额交付当期保费，允许在宽限期内补交保险费；如果被保险人在宽限期内发生保险事故，保险人仍按照合同约定赔偿保险金。除本合同另有约定外，如被保险人在正常交费对应的保险期间内或宽限期内发生保险事故，保险人依照合同约定赔偿保险金的，需扣减保险期间内所有未交期间的保险费，投保人己缴纳的保险费与保险人扣减的保险费之和应等于本合同约定的保险费总额。如投保人未按照保险合同约定的付款时间足额交付当期保费，且在本合同约定的宽限期内仍未足额补交当期保费的，从应付之日起发生保险责任范围内的事故的，保险人不承担赔偿责任；宽限期内发生的保险事故也不承担保险责任。**

对于保险期间终止后发生的保险事故，**保险人不承担保险责任。宽限期由投保人与保险人协商确定，并在本合同中载明。**

第六部分 保险期间与不保证续保

第七条 本附加合同为不保证续保合同，保险期间为一年（或不超过一年），且应与主合同的保险期间保持一致。保险期间届满，投保人需要重新向保险人申请投保本产品，并经保险人同意，交纳保险费，获得新的保险合同。

如果投保人未按照约定提出重新投保申请并交纳保险费，或保险人审核不同意重新投保，则本附加合同在保险期间届满时终止。

若保险期间届满时，本附加险合同对应保险产品统一停售，保险人将不再接受投保申请。

第七部分 保险金申请

第八条 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。

（一）保险金给付申请书；

（二）保险合同凭据；

（三）保险金申请人的有效身份证件；

（四）支持索赔的全部账单、证明、信息和证据，包括但不限于医院出具的病历资料、医学诊断书、处方、病理检查、化验检查报告、医疗费用原始单据、费用明细单据等。保险金申请人因特殊原因不能提供上述材料的，应提供其它合法有效的材料；

（五）与确认保险事故的性质、原因、损失程度等有关的其他证明和资料；

（六）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。

第八部分 释义

一、食物中毒

指食用了被生物性、化学性有毒有害物质污染的食品或食用了含有有毒有害物质的食品出现的急性、亚急性食源性疾患。

二、医疗机构

指保险人认可的根据国家法律规定合法成立、运营并符合以下标准的医疗机构：

（一）主要运营目的是以住院病人形式提供接待患病、受伤的人并为其提供医疗护理和治疗；

（二）在一名或若干医生的指导下为病人治疗，其中最少有一名合法执业资格的驻院医生驻诊；

（三）维持足够妥善的设备为病人提供医学诊断和治疗，并于机构内或由其管理的其他地方提供进行各种手术的设备；

（四）有合法执业的护士提供和指导二十四小时的全职护理服务。

本附加合同中所指的医疗机构不包括以下机构或医疗服务：

（一）精神病院；

（二）老人院、疗养院、戒毒中心和戒酒中心；

（三）健康中心或天然治疗所、疗养或康复院。

（四）特需医疗、外宾医疗、干部病房、联合病房、国际医疗中心、VIP部、联合医院、A级病房。

三、必需且合理的医疗费用

（一）符合通常惯例：指与接受医疗服务所在地通行治疗规范、通行治疗方法、平均医疗费用价格水平一致的费用。

对是否符合通常惯例由保险人理赔人员根据客观、审慎、合理的原则进行审核；如果被保险人对审核结果有不同意见，可由双方认同的权威医学机构或者权威医学专家进行审核鉴定。

（二）医学必需：指医疗费用必须符合下列所有条件：

1、治疗意外伤害或者疾病所必需的项目；

2、不超过安全、足量治疗原则的项目；

3、由医生开具的处方药；

4、非试验性的、非研究性的项目；

5、与接受治疗当地普遍接受的医疗专业实践标准一致的项目。

对是否医学必需由保险人理赔人员根据客观、审慎、合理的原则进行审核；如果被保险人对审核结果有不同意见，可由双方认同的权威医学机构或者权威医学专家进行审核鉴定。

四、基本医疗保险

指《中华人民共和国社会保险法》所规定的基本医疗保险，包括城镇职工基本医疗保险、城镇居民基本医疗保险或城乡居民基本医疗保险、新型农村合作医疗等政府举办的基本医疗保障项目。