

郸城县公安局

民警团体人身意外伤害保险合同

投保人：郸城县公安局

承保人：中原农业保险股份有限公司郸城县支公司

签订地点：郸城县交通路西段

签订日期：2026年1月



郸城县公安局民警团体人身意外伤害 保险合同

合同编号：

保险单号：

郸城县公安局（以下简称投保人）与中原农业保险股份有限公司郸城县支公司（以下简称保险人）经过双方协商一致，就被保险人的团体意外伤害保险达成协议如下：

- 一、被保险人：郸城县公安局
- 二、保险标的：708名辅警工作人员
- 三、适用条款和承保险别

（一）适用条款

此协议所适用的保险条款为：中原农业保险股份有限公司的团体人身意外伤害保险条款，中原农业保险股份有限公司的团体重大疾病保险条款（B款），中原农业保险股份有限公司的附加意外伤害医疗费用保险条款，中原农业保险股份有限公司的附加意外伤害住院津贴保险条款。

（二）承保险别

主险：团体人身意外伤害保险，团体重大疾病保险

附加险：附加意外伤害住院津贴保险，附加意外伤害医疗费用保险

四、承保方式

投保时保险人根据投保人提供的人员名单明细表进行出单。

五、保险期限

保费到帐后48小时后生效，保险期间1年。

六、保险费



1、年保险费 493476 元，大写：肆拾玖万叁仟肆佰柒拾陆元。

2、根据保险人数计算(708名)，折合每人每年保险费 697 元，每人每月保险费 58.08 元。如有退休人员可更换名单，若新进人员超出总人数，按照每人收取。

七、付款方式

一次性缴清。

八、赔偿限额与免赔额

1、意外身故、残疾保险金额 20 万元；

2、意外伤害医疗费用补偿，每人保险金额 3 万元。对于被保险人在其社会基本医疗保险定点医疗机构就医所支出的、符合当地社会基本医疗保险统筹基金规定范围的合理医疗费用免赔额 100 元给付比例：80%；

3、意外住院津贴，每日津贴给付标准 60 元，每次住院免赔 3 天，单次赔付不超过 90 天，累计赔付不超过 180 天。

4、疾病身故给付保险金额 10 万元；

九、双方义务

(一) 投保人的权利和义务

1、投保前向保险人提供郸城县公安局辅警人员名单明细表(主要包括姓名、身份证号)、团体人身险投保单，以上资料都加盖单位公章。

2、发生保险事故后，按条款有关规定向保险人提交材料和索赔。

(二) 保险人的权利和义务

1、提供全天 24 小时服务。其向投保人提供的承保、业务咨询、出险报案、快速查勘、求援、举报投诉等服务功能



的专线，服务电话必须保持 24 小时开通。

报案电话：956061

承保、理赔服务专员电话：

总协调专员电话：

2、提供上门理赔收取手续、赔款直接转账到被保险人。

3、按投保人要求开展保险知识宣讲和业务培训。

十、索赔凭证

投保人向保险人申请索赔时，需提供以下有关单证：

1、保险单正本；

2、保险金给付通知书；

3、授权委托书；

4、索赔申请人的户籍证明或者身份证明；

5、受益人的身份证明；

6、证明文件：（1）事故证明；（2）残疾、烧伤保险金索赔时请提供我公司指定或认可的医疗机构、司法机关或其他鉴定机构出具的残疾、烧伤程度证明；（3）身故保险金索赔时请提供死亡证明及户口注销证明，或法院宣告死亡判决书；（4）医疗费用索赔时请提供病历、诊断证明、出院证明、医疗费用清单（日清单或总清单）、医疗费用收据原件或医疗费用分割单等。

7、索赔时应提供的其他手续。

十一、违约责任

当事人一方不履行合同义务或者履行合同义务不符合约定的，应当承担继续履行、采取补救措施或者赔偿损失等违约责任。

十二、争议解决方式

因本保险合同发生争议，由双方协商解决，协商不成的



向合同签订地人民法院起诉。本保险合同的争议处理适用于中华人民共和国法律。

十三、其它事项

本协议规定的内容如与适用条款内容相抵触之处，以协议内容为准。

十四、合同生效：

本合同在双方法人代表或其授权代表签字盖章后生效。

投保人：（盖章）

保险人（盖章）

地址：

地址：

开户银行：

开户银行：

账号：

账号：

电话：

电话：

传真：

传真：

法定代表人：（签字）

法定代表人：（签字）

委托代理人：（签字）

委托代理人：（签字）

年 月 日

2016年1月9日

