

众安在线财产保险股份有限公司
附加意外伤害医疗费用保险条款(2021版)
注册号：C00017932322021080314222

第一部分 总则

第一条 合同构成

本附加险合同须附加于各种意外伤害保险合同（以下简称“主合同”）。

凡涉及本附加险合同的约定，均应采用书面形式。主险合同与本附加险合同相抵触之处，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。

除另有约定外，本附加险合同保险金的受益人为被保险人本人。

第二部分 保障内容

第二条 保险责任

在本附加险合同的保险期间内，被保险人遭受主合同责任范围内的**意外伤害**（释义一），并在事故发生之日起180天内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意外伤害事故中所支出的符合当地社会基本医疗保险主管部门规定范围内的、可报销的、**必须且合理的医疗费用**（释义三），保险人在扣除保险合同约定的免赔额后，按约定赔付比例给付意外医疗保险金。免赔额和给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）保险期间届满被保险人治疗仍未结束的，保险人继续承担保险金给付责任，除另有约定外，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）保险人所负给付意外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该被保险人的保险金额时，保险人对该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、社会基本医疗保险、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）若被保险人以参加社会基本医疗保险或公费医疗身份投保，但未以参加社会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。

第三条 责任免除

下列费用或因下列原因造成被保险人费用的支出，保险人不承担给付保险金责任：

- （一）非因主合同所列意外伤害事故而发生的治疗；
- （二）用于矫形、整容、美容、器官移植或修复、安装及购买残疾用具（如轮椅、假肢、助听器、假眼、配镜等）的费用；
- （三）被保险人体检、疗养、心理咨询或康复治疗的费用；
- （四）被保险人在中国境外、台湾、香港及澳门地区支出的医疗费用；
- （五）当地社会医疗保险规定的自费或自付项目和药品费用；
- （六）被保险人在非二级以上公立医院及非保险人认可的医疗机构的治疗费用；
- （七）交通费、住宿费、生活补助费，及被保险人的误工补贴费；
- （八）营养费、康复费、辅助器具支具费、整容费、美容费、修复手术费、牙齿整形费、牙齿修复费、镶牙费、护理费、丧葬费；
- （九）被保险人因发生椎间盘突出症（包括椎间盘膨出、椎间盘突出、椎间盘脱出、游离性椎间盘等类型）、椎间管狭窄、病理性骨折而支出的医疗费用；
- （十）因疾病导致的医疗费用，包括但不限于先天性疾病、遗传病、食物中毒、高原反应、中暑、病毒和细菌感染（意外伤害导致的伤口感染不在此限）；
- （十一）因妊娠、流产、分娩而支出的医疗费用；
- （十二）被保险人可以从其它保险计划取得的补偿费用，不论被保险人是否已实际取得；
- （十三）主险合同中规定的责任免除事项均适用于本附加合同（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）。

第四条 保险金额

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。

第五条 免赔额与给付比例

免赔额与给付比例由投保人与保险人约定，并在本附加险合同中载明。

被保险人因同一次意外伤害在医院多次接受治疗，如果累计医疗费用大于本附加合同约定的免赔额，保险人在计算意外伤害医疗保险金时对累计医疗费用扣除一次免赔额；如果累计医疗费用小于本附加合同约定的免赔额，保险人不承担赔偿保险金的责任。**被保险人在每次计算意外伤害医疗保险金时均会扣除一次免赔额。**

第六条 保险期间

除另有约定外，本附加险合同的保险期间与主合同一致。

第七条 保险金的申请

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。

第三部分 释义

一、意外伤害

指以外来的、突发的、非本意的、非疾病的客观事件为直接且单独的原因致使身体受到的伤害。**自然死亡、疾病身故、猝死、自杀以及自伤均不属于意外伤害。**

二、医疗机构

指保险人认可的根据所在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：

(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。**

若医疗机构处于中国境内（不包括香港、澳门及台湾地区），则必须是中华人民共和国卫生部医院等级分类中的二级或二级以上的公立医院或保险人认可的医疗机构。

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。

对是否医学必须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。

