

# 渤海财险附加人身意外伤害医疗保险条款

(备案编号：(渤海保险)(备-医疗保险)【2024】(附) 053 号)

## 总则

**第一条** 本附加险合同（以下简称“本合同”）是意外伤害保险合同（以下简称“主险合同”）的附加险合同。本合同依主险合同投保人的申请，经保险人同意而订立。本合同作为主险合同的组成部分，主险合同效力终止，本合同效力亦同时终止；主险合同无效，本合同亦无效。本合同与主险合同相抵触之处，以本合同为准，未尽之处，以主险合同为准。

**第二条** 除另有约定外，本合同的保险金的受益人为被保险人本人。

## 保险责任

**第三条** 在本合同保险期间内，被保险人因遭受主险合同保险责任范围内的意外伤害事故，且因该意外伤害事故为直接且单独原因在中华人民共和国境内（不含香港、澳门、台湾地区）医疗机构进行治疗的，对被保险人所实际支出的且符合当地基本医疗保险支付范围的合理医疗费用，保险人按如下约定对自意外伤害事故发生之日起 180 日内发生的医疗费用给付保险金：

对于参加基本医疗保险的被保险人，保险人在扣除本合同免赔额及当地基本医疗保险和其他途径已经补偿或给付部分后，在本合同保险金额内按约定的给付比例给付医疗保险金；对于未参加基本医疗保险的被保险人，保险人在扣除本合同免赔额及其他途径已经补偿或给付部分后，在本合同保险金额内按约定的给付比例给付医疗保险金。

上述免赔额和给付比例由投保人和保险人在投保时协商确定，并在保险单中载明。保险期间届满被保险人治疗仍未结束的，自保险期间届满次日起计算，保险人所承担给付保险金的期限，至治疗结束之日止，最长以 30 日为限。

对于以参加基本医疗保险身份投保的被保险人，但是未以社保身份就医、结算的被保险人，则给付比例为 60%。

在保险期间内，被保险人多次进行治疗，保险人所给付的医疗保险金以本合同保险金额为限，累计给付达到保险金额时，保险人对该被保险人的保险责任终止。

## 责任免除

**第四条** 除主险合同约定的责任免除事项外，下列损失、费用和责任，保险人也不负给付保险金责任：

- (一) 被保险人在非本合同释义所指的医疗机构进行治疗的；
- (二) 被保险人在本合同生效前的已有伤残或已遭受意外伤害的治疗和康复；
- (三) 被保险人的洗牙、牙齿美白、正畸以及非因意外伤害事故导致的烤瓷牙、种植牙或镶牙等牙齿保健和修复；
- (四) 被保险人非因意外伤害事故导致的视力矫正手术；
- (五) 被保险人的法定传染病，遗传性疾病，先天性畸形、变形或染色体异常；

(六) 被保险人患性病；

(七) 被保险人非因意外伤害事故导致装配假眼、假肢或者助听器；

(八) 被保险人的变性手术、非因意外伤害事故导致的整容或矫形手术；

(九) 被保险人在康复疗养院、私人诊所、民办门诊部、社区（或企业内部）医疗服务中心（站）、家庭病床、挂床等治疗；

(十) 被保险人因一般性体格检查、健康检查、疗养或康复治疗、心理治疗、美容、特别护理或静养、非手术或药物治疗、健康护理等非治疗性行为就医的；

(十一) 被保险人购买或者使用专用支架、器械、设备；

(十二) 被保险人任何获取移植器官或者捐献器官所产生的费用；

(十三) 就诊医疗机构未主动安排的、被保险人自行转院治疗引发的额外费用；

(十四) 被保险人在中华人民共和国境外（含台湾、香港、澳门地区）治疗；

(十五) 本合同中约定的免赔额。

**第五条** 根据本合同其他部分内容中的相关约定，保险人应不承担或免除保险责任的各种情形下的损失、费用或责任，或保险人有权予以扣除、减少的部分，保险人不负责给付。

**第六条** 其他不属于本合同责任范围内的损失、费用和责任，保险人不负责给付。

#### 保险金额与免赔额

**第七条** 保险金额是保险人承担给付保险金责任的最高限额。保险金额由投保人与保险人协商确定，并在保险单中载明。

**第八条** 免赔额是在本合同保险期间内，应由被保险人自行承担，本合同不予给付的部分。每次免赔额由投保人与保险人在签订保险合同时协商确定，并在保险单中载明。

#### 保险期间

**第九条** 除另有约定外，本合同保险期间与主险合同保持一致，但最长不超过一年。

#### 保险费

**第十条** 除另有约定外，投保人应在保险合同成立时一次性交清保险费。投保人未按约定交付保险费，保险合同不生效。

#### 不保证续保

**第十一条** 本条款为不保证续保条款。本产品保险期间为一年（或不超过一年）。保险期间届满，投保人需要重新向保险公司申请投保本产品，并经保险人同意，交纳保险费，获得新的保险合同。

#### 保险金的申请及给付

**第十二条** 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) 保险单原件及其他保险凭证；

(三) 保险金申请人及被保险人的身份证明；

(四) 支持索赔的全部账单、证明、信息和证据，包括医疗机构出具的病历资料、医学诊断书、处方、病理检查报告、化验检查报告、医疗费用原始单据、费用明细单据等；

(五) 有关部门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；

(六) 保险金申请人所需提供的其他与本项申请相关的材料；

(七) 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。

### 释义

**【医疗机构】**：指保险人与投保人约定的定点医院，未约定定点医院的，则指经中华人民共和国卫生部门评审确定的二级或二级以上的公立医院，**但不包括主要作为诊所、康复、护理、休养、静养、戒酒、戒毒等或类似的医疗机构。该医院必须具有符合国家有关医院管理规则设置标准的医疗设备，且全天二十四小时有合格医师及护士驻院提供医疗及护理服务。**

**【合理医疗费用】**：指符合以下所有要求的医疗费用：

(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：指医疗费用符合下列所有条件：

- 1、治疗意外伤害所必需的项目；
- 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、与接受治疗当地普通接受的医疗专业实践标准一致的项目。

**【保险金申请人】**：指受益人或被保险人的继承人或依法享有保险金请求权的其他自然人。

**【意外伤害】**：指以外来的、突发的、非本意的和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。**

### 附录：短期费率表

短期费率按月比例或日比例计算，其中月比例短期费率表如下：

保险期间 (月)	一	二	三	四	五	六	七	八	九	十	十一	十二
年费率的 百分比 (%)	10	20	30	40	50	60	70	80	85	90	95	100

注：不足一个月的部分按一个月计算。