

渤海财险
宠物医疗保险附加宠物伤害饲养人保险条款
(备案编号: (渤海保险)(备-普通意外保险)【2024】(附) 040 号)

总则

第一条 本附加保险合同（以下简称“本合同”）是宠物医疗保险合同（以下简称“主险合同”）的附加合同。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 本合同的被保险人为主险合同项下的被保险人。

第三条 本合同的投保人，即主险合同项下的投保人，应为有完全民事行为能力的被保险人本人或者对被保险人具有保险利益的其他个人或组织。

第四条 本合同的受益人包括：

（一）身故保险金受益人

订立本合同时，被保险人或投保人可指定一人或数人为身故保险金受益人。身故保险金受益人为数人时，应确定其受益顺序和受益份额；未确定受益份额的，各身故保险金受益人按照相等份额享有受益权。投保人指定受益人时须经被保险人同意。

被保险人死亡后，有下列情形之一的，保险金作为被保险人的遗产，由保险人依照中华人民共和国现行有效继承法律（不包括香港、澳门、台湾地区法律，下同）的规定履行给付保险金的义务：

1. 没有指定受益人，或者受益人指定不明无法确定的；
2. 受益人先于被保险人死亡，没有其他受益人的；
3. 受益人依法丧失受益权或者放弃受益权，没有其他受益人的。

受益人与被保险人在同一事件中死亡，且不能确定死亡先后顺序的，推定受益人死亡在先。

投保人为与其有劳动关系的劳动者投保人身保险，不得指定被保险人及其近亲属以外的人为受益人。

被保险人或投保人可以变更身故保险金受益人，但需书面通知保险人，由保险人在本保险合同上批注。对因身故保险金受益人变更发生的法律纠纷，保险人不承担任何责任。

投保人指定或变更身故保险金受益人的，应经被保险人书面同意。被保险人为无民事行为能力人或限制民事行为能力人的，应与其监护人指定或变更身故保险金受益人。

（二）伤残保险金受益人

除另有约定外，本合同的伤残保险金的受益人为被保险人本人。

（三）医疗费用保险金受益人

除另有约定外，本合同的医疗费用保险金受益人为被保险人本人。

保险责任

第五条 在主险合同保险期间内，被保险人因遭受主险合同中承保的被保险宠物的袭击、撕咬导致身故、伤残或支付医疗费用的，保险人按本合同的下列约定给付保险金：

（一）身故保险责任

保险期间内，被保险人遭受保险事故，并自事故发生之日起180日内以该事故为直接且单独原因身故的，保险人按身故伤残保险金额给付身故保险金，对该被保险人的保险责任终止。

被保险人因遭受保险事故且自该事故发生日起下落不明，后经人民法院宣告死亡的，保险人按身故伤残保险金额给付身故保险金。但若被保险人被宣告死亡后生还的，保险金受领人应于知道或应当知道被保险人生还后30日内退还保险人给付的身故保险金。

被保险人身故前保险人已给付第四条第（二）款约定的保险金的，身故保险金应扣除已给付的保险金。

（二）伤残保险责任

保险期间内，被保险人遭受保险事故，并自事故发生之日起180日内以该事故为直接且单独原因造成《人身保险伤残评定标准（行业标准）》（以下简称《行业标准》）所列伤残之一的，保险人按《行业标准》所列给付比例乘以身故伤残保险金额给付伤残保险金。如第180日治疗仍未结束的，按当日的身体情况进行伤残鉴定，并据此给付伤残保险金。

1. 被保险人因同一保险事故造成两处或两处以上伤残时，应首先根据《行业标准》对各处伤残程度分别进行评定，如果几处伤残等级不同，以最重的伤残等级作为最终的评定结论并据此给付伤残保险金；如果两处或两处以上伤残等级相同，伤残等级在该等级基础上最多晋升一级，最高晋升至第一级。同一部位和性质的伤残，不应采用《行业标准》条文两条以上或者同一条文两次以上进行评定。

2. 被保险人如在本次保险事故之前已有伤残，保险人按合并后的伤残程度在《行业标准》中所对应的给付比例给付伤残保险金，但应扣除原有伤残程度在《行业标准》中所对应的伤残保险金。

保险人承担给付伤残保险金的责任以本合同约定的身故伤残保险金额为限，对一次或者累计给付伤残保险金之和达到该保险金额时，本合同的身故保险责任及伤残保险责任终止。

（三）医疗费用保险责任

保险期间内，被保险人遭受保险事故，且自事故发生之日起180日内因同一原因在中华人民共和国境内（不包括香港、澳门、台湾地区，下同）医疗机构治疗，保险人在医疗费用保险金额内对被保险人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，按如下规定给付医疗费用保险金：

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或按照免赔率计算的金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，在本合同医疗费用保险金额内按约定的给付比例给付医疗费用保险金；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或按照免赔率计算的金额及其他途径已经补偿或给付部分后，在本合同医疗费用保险金额内按约定的给付比例给付医疗费用保险金。

上述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，至出院之日止，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%。

保险人承担给付医疗费用保险金的责任以本合同约定的医疗费用保险金额为限，对一次或者累计给付医疗费用保险金之和达到该保险金额时，本合同的医疗费用保险责任终止。

责任免除

第六条 因下列原因造成被保险人身故、伤残或支付医疗费用的，保险人不承担给付保险金的责任：

- (一) 投保前已有的伤害；
- (二) 投保人以及被保险人的家庭人员、雇佣人员、暂居人员故意纵容、唆使被保险宠物袭击、撕咬被保险人；
- (三) 被保险人故意挑逗、挑衅被保险宠物导致其遭受被保险宠物的袭击、撕咬；
- (四) 被保险人未遵医嘱私自服用、涂用、注射药物。

第七条 下列费用，保险人不承担给付保险金的责任：

- (一) 营养费、康复费、辅助器具费、整容费、美容费、修复手术费、牙齿整形费、牙齿修复费、镶牙费、交通费、伙食费、误工费、丧葬费,但本合同另有约定的不在此限；
- (二) 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；
- (三) 未在本合同约定的医疗机构进行治疗而发生的费用；
- (四) 不符合被保险人参加基本医疗保险所在地基本医疗保险主管部门规定的支/给付范围和标准的医疗费用；
- (五) 本合同中约定的免赔额，或按照本合同中约定的免赔率计算的金额。

第八条 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。

第九条 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（率）

第十条 保险金额是保险人承担给付保险金责任的最高限额，包括身故伤残保险金额及医疗费用保险金额。保险金额由投保人与保险人协商确定，并在保险单中载明。

第十一条 免赔额或按照本合同载明的免赔率计算的免赔额指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。每次事故免赔额（率）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。

同时约定了免赔额和免赔率的，免赔金额以免赔额和按照免赔率计算的金额中的高者为准。

保险金申请与给付

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) 身故保险金申请

1. 保险金给付申请书；
2. 保险单或保险凭证原件；
3. 保险金申请人、受益人身份证明，受益人与事故者关系证明；
4. 医疗机构出具的被保险人身故证明书。若被保险人为宣告死亡，保险金申请人应提供人民法院出具的宣告死亡证明文件；

5. 保险金申请人所需提供的被保险人病历及其他与本项申请相关的材料；

6. 投保人、被保险人所能提供的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；

7. 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。

（二）伤残保险金申请

1. 保险金给付申请书；

2. 保险单或保险凭证原件；

3. 保险金申请人及被保险人身份证明；

4. 司法鉴定所出具的伤残鉴定报告；

5. 保险金申请人所需提供的被保险人病历及其他与本项申请相关的材料；

6. 投保人、被保险人所能提供的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；

7. 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。

（三）医疗费用保险金申请

1. 保险金给付申请书；

2. 保险单原件；

3. 保险金申请人及被保险人身份证明；

4. 医疗机构出具的医疗诊断证明，病历及医疗、医药费原始单据及各种检查、化验报告等原始单据；

5. 其他与确认保险事故的性质、原因等有关的证明和资料；

6. 投保人、被保险人所能提供的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；

7. 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

【家庭成员】：指与被保险人存在法律上的亲属关系并居住在一起的成员。

【医疗机构】：指保险人与投保人约定并在保险单载明的定点医院，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。**

【《人身保险伤残评定标准（行业标准）》（简称《行业标准》）】：本合同的伤残评定标准适用《人身保险伤残评定标准及代码》（JR/T0083—2013），该标准是由原中国保险监督管理委员会发布（保监发〔2014〕6号）并经国家标准化委员会备案的中华人民共和国金融行业标准。

【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、治疗动物伤害所必需的项目；
- 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、被保险人的继承人或者依法享有保险金请求权的其他人。