

渤海财险

意外伤害保险附加医疗保险（2023款）条款

（注册编号；C00009832522023121212521）

总则

第一条 本附加险合同（以下简称“本合同”）是渤海财险意外伤害类保险合同（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，本合同的受益人为被保险人本人。

保险责任

第三条 在主险合同的保险期间内，被保险人遭受主险合同保险责任范围内的意外伤害事故，并因该次意外伤害事故为**直接原因**导致伤害，在中华人民共和国境内（不含香港、澳门、台湾地区，下同）医院或保险人认可的医院进行治疗的，对于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必需且合理的医疗费用，保险人按下列约定给付保险金。

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180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。

第四条 意外伤害医疗保险责任适用补偿原则。被保险人通过任何途径所获得的医疗费用补偿金额总和以其实际支出的医疗费用金额为限。被保险人已经从社会基本医疗保险或任何第三方（包括任何商业医疗保险）获得相关医疗费用补偿的，保险人仅对扣除已获得补偿后的剩余医疗费用，按照保险合同约定承担给付保险金责任。

责任免除

第五条 除主险合同约定的责任免除事项外，下列损失、费用和责任，保险人也不承担给付保险金的责任：

- （一）被保险人在非本合同释义所指的医院进行治疗的；
- （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所产生的医疗费用；
- （三）被保险人因法定传染病，遗传性疾病，先天性畸形、变形或染色体异常产生的治疗费用；

(四) 被保险人患性病产生的治疗费用；

(五) 被保险人的洗牙、牙齿美白、正畸以及非因意外事故导致的烤瓷牙、种植牙或镶牙等牙齿保健和修复；

(六) 被保险人非因意外事故导致的视力矫正手术；

(七) 被保险人非因意外事故导致装配假眼、假肢或者助听器；

(八) 被保险人的变性手术、非因意外事故导致的整容或矫形手术产生的治疗费用；

(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；

(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) 被保险人在治疗过程中产生的社会医疗保险或其他公费医疗管理部门规定的自费项目和药品的费用；

(十四) 被保险人在台湾、香港、澳门地区等中华人民共和国境外治疗；

(十五) 本合同中约定的应由被保险人自行承担的免赔额。

第六条 根据本条款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。

第七条 其他不属于保险责任范围内的损失、费用和责任，保险人不负责给付。

保险金额

第八条 保险金额是保险人承担给付保险金责任的最高限额，由投保人与保险人协商确定，并在保险单中载明。

保险费

第九条 除另有约定外，投保人应在本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，本合同不生效。

免赔额

第十条 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。被保险人通过基本医疗保险和公费医疗保险获得的补偿，不可用于抵扣免赔额，但从其他途径已获得的医疗费用补偿可用于抵扣免赔额。

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。免赔额在保险期间内累计计算。

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) 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，包括医院出具的病历资料、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；
- (五) 若被保险人已从其他途径（包括社会基本医疗保险、公费医疗、工作单位、任何第三方商业保险机构等）获得相关医疗费用补偿的，应提供前述赔付单位的医疗费用分割单或医疗费用结算证明或其他法定证明材料；
- (六) 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；
- (七) 保险金申请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；
- (八) 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。受益人为无民事行为能力人或者限制民事行为能力人的，由其监护人代为申领保险金，并提供监护人的身份证明等资料。

其他事项

第十三条 意外伤害医疗需符合如下要求，否则保险人不予赔付：

- (一) 被保险人须在中华人民共和国境内的医院治疗，意外伤害急救不受此限，但经急救情况稳定后，须转入符合本合同约定的医院治疗。
- (二) 被保险人因医疗条件限制，确需转院治疗，必须有转出医院主治医师以上级别人员签署的会诊报告及转院证明。

释义

【保险人】：指与投保人签订本合同的渤海财产保险股份有限公司。

【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（含热射病）、猝死、自杀以及自伤均不属于意外伤害。

【医院】：指经中华人民共和国卫生部门审核认定的二级或以上的公立医院或在保险单中约定的医院，且仅限于上述医院的普通部，不包括如下机构或医疗服务：

- (一) 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；
- (二) 诊所、康复中心、家庭病床、护理机构；
- (三) 休养、戒酒、戒毒中心。

该医院必须具有系统的、充分的诊断设备，全套外科手术设备及能够提供二十四小时的医疗与护理服务的能力或资质。

【法定传染病】：指《中华人民共和国传染病防治法》中规定的甲、乙、丙类传染病，以及国务院卫生行政部门决定并予以公布的其他传染病。

【遗传性疾病】：指生殖细胞或受精卵的遗传物质（染色体和基因）发生突变或畸变所引起的疾病，通常具有由亲代传至后代的垂直传递的特征。

【先天性畸形、变形或染色体异常】：指被保险人出生时就具有的畸形、变形或染色体异常。先天性畸形、变形和染色体异常依照世界卫生组织《疾病和有关健康问题的国际统计分类》（ICD-10）确定。

【性病】：是指由性行为接触为主要传播途径的、严重危害健康的传染性疾病，包括淋病、梅毒、非淋菌性尿道炎、尖锐湿疣、生殖器疱疹、软下疳、性病性淋巴肉芽肿、艾滋病等疾病。

【专用】：指支架、器械、设备等专项使用费用。

【必需且合理医疗费用】：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。