

中国大地保险附加通用意外医疗保险条款

【注册编号：C00001032522019072200831】

总则

第一条 本附加保险合同（以下简称“本附加合同”）附加于主险合同。凡本保险条款及主险合同内容与本附加合同相关者，均为本附加合同的构成部分。

本保险条款未尽事项，以主险保险条款为准；若本保险条款与主险保险条款内容冲突，则以本保险条款为准。

主险合同效力终止的，本附加合同效力同时终止。

第二条 本附加合同投保人、被保险人同主险合同。

保险责任

第三条 本附加保险划分为意外门诊医疗保险责任、意外住院医疗保险责任和意外医疗保险责任，供投保人选择投保，并于本附加合同中载明。

第四条 适用于每一被保险人的次免赔额、赔付比例由投保人与保险人约定，并于本附加合同中载明。

第五条 在保险期间内，被保险人遭受主险合同中与保险人、投保人双方约定的保险责任对应的保险事故的意外，在社会基本医疗保险定点医疗机构（被保险人在境外遭受意外的，在境外治疗选择的医疗机构不在此限）治疗由该次意外引致的伤害，对由此发生的符合当地社会基本医疗保险的支/给付范围和标准的（被保险人在境外遭受意外的，在境外治疗发生的医疗费用不在此限）、医学必要的医疗费用（以下简称“每次意外合理医疗费用”，其中每次保险事故门、急诊

检查费以人民币 300 元为上限，本附加合同另有约定的不在此限），保险人按下列约定承担保险责任：

（一）被保险人享有意外门诊医疗保险责任的，保险人按“（每次意外合理医疗费用中门诊费用-该被保险人的次免赔额）×该被保险人的赔付比例”给付保险金，保险人对每次意外合理医疗费用中的住院医疗费用不承担保险责任；

（二）被保险人享有意外住院医疗保险责任的，保险人按“（每次意外合理医疗费用中住院费用-该被保险人的次免赔额）×该被保险人的赔付比例”给付保险金，保险人对每次意外合理医疗费用中的门诊医疗费用不承担保险责任；

（三）被保险人享有意外医疗保险责任的，保险人按“（每次意外合理医疗费用-该被保险人的次免赔额）×该被保险人的赔付比例”给付保险金。

（四）若保险期间届满时该被保险人治疗仍未结束，则下列医疗费用纳入每次意外合理医疗费用范围处理：门诊治疗的，自保险期间届满次日起十五日内发生的医疗费用；住院治疗的，自保险期间届满次日起至其当次住院出院之时或者对应意外发生之日起第一百八十日二十四时（以先发生者为准）期间发生的医疗费用。

（五）保险人根据本附加合同针对每一被保险人给付的保险金累计以其保险金额为上限，当达到该限额时，本附加合同约定的对该被保险人的保险责任终止。

责任免除

第六条 除本附加合同另有约定外，对被保险人发生的下列任何费用，保险人不承担给付保险金的责任：

（一）因不属于主险合同中保险人、投保人双方约定的保险责任对应的保险事故的意外而发生的医疗费用；

(二) 非直接用以治疗由意外引致的伤害而发生的费用，对已有伤害的治疗费用；

(三) 不符合本附加合同约定的支/给付范围和标准的医疗费用；

(四) 矫形、洗牙、洁齿、整容、美容、心理咨询、体检、疗养、静养、康复治疗、健康护理、家庭病床治疗费用，修复、安装或者购买残疾用具（包括但不限于特别支架、器材、轮椅、拐杖、义肢、助听器、义牙、义眼、配镜）费用，与购置移植器官、捐献器官、保存和运输器官相关费用，体外医疗装置或者器材费用，试验性治疗费用；

(五) 不必要的转院治疗引发的额外费用；

(六) 医疗费用中依法应当由第三者赔偿的部分，但第三者逃逸、失踪且虽经诉讼无可以执行的财产或者无赔偿能力的不在此限。

保险金额

第七条 每一被保险人的保险金额由投保人与保险人约定，并于本附加合同中载明。

保险期间

第八条 保险期间为一年，具体起讫时间由投保人与保险人约定，并于本附加合同中载明。

保险金的申请与给付

第九条 保险金申请人向保险人请求给付保险金时，应当以书面形式提交下列证明和资料：

(一) 保险金给付申请书；

(二) 保险单或者其他保险凭证、批单；

(三) 保险金申请人的身份证明，若保险金申请人受托申请的，还应当提供授权委托书和授权委托人的身份证明；

(四) 保险人认可的机构（包括公安部门）出具的意外事故证明；

(五) 医疗机构出具的医疗费用原始收据及明细、诊断证明、病历、出院证明；

(六) 投保人、被保险人或者受益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。

保险金申请人未能提供有关证明和资料，导致保险人无法核实保险事故的性质、原因、损失程度的，保险人对无法核实部分不承担给付保险金的责任。

第十条 被保险人遭受保险事故的，保险人有权对投保人、被保险人、受益人和有关医疗机构等进行调查和检查，投保人、被保险人、受益人等应当尽量予以配合。

第十一条 保险金申请人向保险人请求给付保险金的诉讼时效期间为二年，自其知道或者应当知道保险事故发生之日起计算。

医疗费用补偿原则

第十二条 被保险人因每次遭受意外而接受治疗发生医疗费用，保险人针对其给付的保险金以该次意外合理医疗费用扣除被保险人已从社会基本医疗保险、公费医疗、互助保险、除本保险外的其他商业保险、公益慈善机构、第三方责任人等获得的补偿后的余额为上限。

释义

意外：指外来的、突发的、非本意的、非疾病的使身体受到伤害的客观事件。

检查费：指被保险人发生的、符合本附加合同约定的支/给付范围和标准的、医学必要的检查、检验、化验和摄片等四项费用。

社会基本医疗保险：指城镇职工基本医疗保险、城乡居民基本医疗保险或者其他类似的社会医疗保险，以被保险人实际参加者为准；被保险人未参加的，每次意外合理医疗费用按照城镇职工基本医疗保险的范围执行。

医疗机构：指拥有合法经营执照，设立的主要目的为向受伤者和患病者提供住院治疗和护理服务而非主要作为康复医院、诊所、护理、疗养、戒酒、戒毒、养老院或类似目的，具有符合所在地有关医院管理规则设置标准的医疗设施，有合格的医生和护士提供全日二十四小时的医疗和护理服务的机构。

住院：指入住医疗机构的正式病房，并办理入出院手续，不包括门（急）诊观察室诊疗、家庭病床、挂床住院、其他非正式的病床住院及不合理住院。被保险人因非医疗目的自行离开病房十二小时以上（含）的，视为自动出院。

挂床：指住院过程中，一日内未接受与入院诊断相关的检查和治疗，或者一日内住院不满二十四小时。遵医嘱到外院接受临时诊疗的不在此限。

门诊：指被保险人在医疗机构的门诊部或者急诊部接受的治疗。

试验性治疗：指不符合接受医疗所在地医学界认可实践的治疗方法、手段、设备、药品等。

境内：指中国大陆地区，不包括港澳台地区。

境外：指非境内。

保险金申请人：指受益人或者依法享有保险金请求权的其他人。