

中国大地财产保险股份有限公司附加 个人意外伤害医疗保险（2023款，互联网专属）条款

【注册编号：C00001032522023062907513】

【报备文件编号：大地财保发〔2023〕369号】

总则

第一条 本保险是个人意外伤害类保险（互联网专属）、个人医疗类保险（互联网专属）或者个人疾病类保险（互联网专属）（以下简称“主险”）的附加险。在已投保主险的基础上，方可投保本附加险。

凡主险合同内容与本附加险合同相关者及本附加险保险条款，均为本附加险合同的构成部分。

本附加险保险条款未尽事宜，以主险保险条款为准；若本附加险保险条款与主险保险条款内容冲突，则以本附加险保险条款为准。

主险合同终止的，本附加险合同同时终止；主险合同无效的，本附加险合同也无效。

第二条 本附加险合同的投保人、被保险人同主险合同。

第三条 除本附加险合同另有约定外，本附加险合同保险金的受益人为被保险人本人。

保险责任

第四条 在保险期间内，被保险人每次遭受意外并在社会基本医疗保险定点医疗机构治疗由该次意外引致的伤害，由此发生的符合当地社会基本医疗保险规定的支/给付范围和标准的、医学必要的医疗费用（以下简称“每次意外合理医疗费用”，保险人按“（每次意外合理医疗费用 - 次免赔额）× 给付比例”计算并结合本附加险保险条款第五条约定的费用补偿原则确定给付意外医疗保险金。其中每次保险事故意外门诊、急诊检查费以人民币 300 元为上限，但本附加险合同另有约定的不在此限。

保险期间届满时该被保险人住院治疗仍未结束的，保险人继续承担保险责任至其当次住院出院之时或者对意外发生之日起第一百八十日二十四时（以先发生者为准）止；保险期间届满时该被保险人门诊、急诊治疗仍未结束的，保险人继续承担保险责任至保险期间届满次日起第十五日二十四时止。

保险人根据本附加险合同针对被保险人给付的意外医疗保险金累计以其意外医疗保险金额为上限，当达到该限额时，本附加险合同约定的对该被保险人的保险责任终止。

第五条 本附加险为费用补偿型医疗保险。被保险人通过各个途径所获得的费用补偿金额总和以其实际发生

的医疗费用为限。

责任免除

第六条 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）因主险合同中列明的责任免除事项而发生的医疗费用或者与主险合同中列明的责任免除事项相关的医疗费用；

（二）非直接用以治疗意外引致的伤害而发生的费用，对已有伤害的治疗费用；

（三）不符合当地社会基本医疗保险规定的支/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。

保险金额

第七条 被保险人的意外医疗保险金额由投保人与保险人约定，并于本附加险合同中载明。

免赔额和给付比例

第八条 次免赔额和给付比例由投保人与保险人协商确定，并在本附加险合同中载明。本附加险合同中未载明的，次免赔额为 100 元，给付比例为 80%。

保险期间

第九条 保险期间最长为一年，具体起讫时间由投保人与保险人协商确定，并在本附加险合同中载明。

不保证续保

第十条 本附加险合同为不保证续保合同。保险期间届满，投保人可重新向保险人投保本附加险，经保险人同意，交纳保险费，获得新的保险合同。但本附加险不保证续保。

保险金的申请与给付

第十一条 保险金申请人向保险人申请给付保险金时，应当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，若保险金申请人系受托申请，还应当提供授权委托书和授权委托人的身份证明；

（四）公安机关或者其他政府主管部门、适格机构出具的意外事故证明；

（五）社会基本医疗保险定点医疗机构出具的医疗费用原始收据及明细、诊断证明、病历；

（六）投保人、被保险人或者保险金申请人所能提供的其他与确认事故的性质、原因、损失程度等有关的证明和资料。

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。

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。

当地：指被保险人接受治疗的社会基本医疗保险定点医疗机构所在地区。

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。

定点医疗机构：指在中华人民共和国境内（不包括港澳台地区），经医疗保险经办机构确定，为基本医疗保险的参保人员提供医疗服务的医疗机构。

住院：指入住社会基本医疗保险定点医疗机构的正式病房，并办理入院手续，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。

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。

保险金申请人：指受益人或者依法享有或者行使保险金请求权的其他人。