

众安在线财产保险股份有限公司
互联网附加团体意外伤害医疗保险条款（2022版A款）
注册号：C00017932522021121421923

第一部分 总则

第一条 合同构成

本附加保险合同（以下简称“本附加合同”）依投保人的申请，经保险人同意，附加在团体意外保险合同（以下简称“主合同”）上。主合同的条款也适用于本附加合同，若主合同与本附加合同的条款不一致，则以本附加合同的条款为准。主合同效力终止，本附加合同效力亦同时终止。主合同无效，本附加合同亦无效。

除另有约定外，本附加合同的保险金的受益人为被保险人本人。

第二部分 保障内容

第二条 保险责任

本合同的保险责任包括“基本医疗保险范围内意外医疗费用保险金”和“基本医疗保险范围外意外医疗费用保险金”。其中“基本医疗保险范围内意外医疗费用保险金”和“基本医疗保险范围外意外医疗费用保险金”均为可选责任。投保人可选择投保一种或多种可选责任。

（一）基本医疗保险范围内意外医疗费用保险金（可选）

在本附加合同保险期间内，被保险人因遭受意外伤害事故，在**医院**（释义一）接受门急诊或**住院**（释义二）治疗的，对于被保险人事故发生之日起一百八十日内（含第一百八十日）发生的需个人支付的、符合当地**基本医疗保险**（释义三）范围的、**必需且合理**（释义四）的医疗费用，**保险人在扣除约定的免赔额后，按照约定的给付比例进行赔付**，被保险人不论一次或多次因遭受意外伤害事故发生门急诊或住院治疗的，保险人均按上述约定承担给付保险金的责任，保险人累计给付金额之和以本附加合同约定的基本医疗保险范围内意外医疗费用保险金额为限。

（二）基本医疗保险范围外意外医疗费用保险金（可选）

在本附加合同保险期间内，被保险人因遭受意外伤害事故，在医院接受门急诊或住院治疗的，对于被保险人事故发生之日起一百八十日内（含第一百八十日）发生的需个人支付的、超出当地基本医疗保险范围的、必需且合理的医疗费用，**保险人在扣除约定的免赔额后，按照约定的给付比例进行赔付**，被保险人不论一次或多次因遭受意外伤害事故发生门急诊或住院治疗的，保险人均按上述约定承担给付保险金的责任，保险人累计给付金额之和以本附加合同约定的基本医疗保险范围外意外医疗费用保险金额为限。

除另有约定外，**保险期间届满被保险人治疗仍未结束的，保险人继续承担保险金给付**

保险责任，住院治疗者最长至意外伤害发生之日起第一百八0日止，门诊治疗者最长至意外伤害发生之日起第十五日止。

在保险期间内，若保险人上述两项责任下的累计给付保险金的总额达到本合同载明的总保险金额时，本合同终止。

第三条 免赔额

本附加合同中的免赔额是指被保险人在保险期间内发生的、虽然属于本合同保险责任范围内的医疗费用，但依照本合同约定仍旧由被保险人自行承担，本合同不予赔付的金额。只有当保险期间内的免赔额因以下两种情况抵扣完毕时，保险人才开始按照约定承担赔偿责任：

（一）被保险人自行承担的属于本合同保险责任范围内的医疗费用，包括其基本医疗保险个人账户支出的医疗费用；

（二）从基本医疗保险和公费医疗保险之外的其他途径获得的属于本合同保险责任范围内的医疗费用补偿。

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。

免赔额由投保人与保险人在订立本合同时协商确定，并在本合同中载明。

第四条 补偿原则和赔付标准

（一）本附加合同适用医疗费用补偿原则。若被保险人已从其他途径（包括但不限于基本医疗保险、公费医疗、工作单位、保险人在内的任何商业保险机构，以及依法承担侵权损害赔偿责任的第三人等）获得本附加合同责任范围内医疗费用补偿，则保险人仅对被保险人实际发生的合理的特定药品费用扣除其已获得费用补偿后的余额按本附加合同的约定进行赔付。社保卡个人账户部分支出视为个人支付，不属于已获得的医疗费用补偿。

（二）若被保险人以参加基本医疗保险身份投保，但未以参加基本医疗保险身份就诊并结算的，则保险人根据本附加合同单独约定的给付比例进行赔付。

第五条 责任免除

任何在下列期间发生的或因下列情形之一导致被保险人发生的医疗费用的，保险人不承担给付保险金的责任：

- （一）主合同中列明的“责任免除”事项；
- （二）被保险人的营养费、护理费、交通费、伙食费、生活补助费、误工费、丧葬费；
- （三）被保险人因疾病住院治疗；
- （四）被保险人在不符合本附加合同约定的医院就诊发生的医疗费用；
- （五）被保险人未遵医嘱，私自服用、涂用或注射特定药品；
- （六）用于矫形、整容、美容、器官移植或修复、安装及购买康复性医疗器械（如眼镜或隐形眼镜、义齿、义眼、义肢、轮椅、拐杖、助听器等）所产生的费用；
- （七）被保险人因预防、康复、休养或疗养、医疗咨询、健康体检、以捐献身体器官

为目的的医疗行为、保健性或非治疗类项目发生的医疗费用；

（八）被保险人因发生椎间盘突出症（包括椎间盘膨出、椎间盘突出、椎间盘脱出、游离性椎间盘等类型）而发生的医疗费用；

（九）被保险人因病理性骨折而发生的医疗费用。

第六条 保险金申请

保险金申请人向保险人申请给付保险金时，应提供如下材料：

（一）保险金给付申请书；

（二）保险合同凭证；

（三）保险金申请人的有效身份证件；

（四）支持索赔的全部账单、证明、信息和证据，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、费用明细单据等。保险金申请人因特殊原因不能提供上述材料的，应提供其它合法有效的材料；

（五）保险金申请人所能提供的其他与确认保险事故的性质、原因等有关的其他证明和资料；

（六）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。

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。

第七条 保险金额

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、保险人双方约定，并在保险单中载明。

第八条 保险期间与不保证续保

本附加合同为不保证续保合同，保险期间为一年（或不超过一年），与主合同保持一致。保险期间届满，投保人需要重新向保险人申请投保本产品，并经保险人同意，交纳保险费，获得新的保险合同。

若保险期间届满时，本附加合同对应保险产品统一停售，保险人将不再接受投保申请。

第三部分 释义

一、医院

指经中华人民共和国卫生部门审核认定的二级及二级以上的公立医院或保险人扩展承保的医疗机构，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、A级病房；

（二）诊所、康复中心、家庭病床、护理机构；

(三) 休养、戒酒、戒毒中心；

(四) 保险人不予理赔的医疗机构。

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。

保险人扩展承保的医疗机构清单及不予理赔的医疗机构清单将在保险单中载明，保险人保留对清单进行变更的权利，具体以保险人在官方正式渠道（包括但不限于官网、官微）公布或通知为准。

二、住院

指被保险人因意外伤害而入住医院的正式病房进行治疗的过程，并正式办理入出院手续，包含日间住院（指完全出于接受医学必需的治疗目的被保险人以占用医疗机构病床但不过夜的方式接受的医疗）。但不包括下列情况：

(一) 被保险人在医院的（门）急诊观察室、家庭病床（房）入住；

(二) 被保险人在特需病房、外宾病房或其它不属于基本医疗保险范畴的高等级病房入住；

(三) 被保险人入住康复科、康复病床或接受康复治疗；

(四) 被保险人住院期间一天内未接受与入院诊断相关的检查和治疗，但遵医嘱到外院接受临时治疗的除外；

(五) 被保险人住院体检；

(六) 挂床住院及其他不合理的住院。挂床住院指办理正式住院手续的被保险人，在住院期间每日非24小时在床、在院。具体表现包括在住院期间连续若干日无任何治疗，只发生护理费、诊疗费、床位费等情况。

三、基本医疗保险

指《中华人民共和国社会保险法》所规定的基本医疗保险，包括城镇职工基本医疗保险、城镇居民基本医疗保险或城乡居民基本医疗保险、新型农村合作医疗等政府举办的基本医疗保障项目。

四、必需且合理

(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. 治疗意外伤害或者疾病所必需的项目；
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. 与接受治疗当地普遍接受的医疗专业实践标准一致的项目。

对是否医学必需由保险人根据客观、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。