

众安在线财产保险股份有限公司
附加意外伤害医疗费用保险条款（互联网2024版C款）
注册号：C00017932522024040900511

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，附加在意外伤害保险合同（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。

本附加合同未尽事宜，以主合同的规定为准。

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

本附加合同的保险责任包括“意外住院医疗保险金”和“意外门急诊医疗保险金”。其中“意外住院医疗保险金”为必选责任，“意外门急诊医疗保险金”为可选责任。投保人可只投保必选责任，也可在投保必选责任的基础上选择投保可选责任，并在本附加合同中载明，但不能单独投保可选责任。所投保的保险责任一经确定，在本附加合同保险期间内不得变更。

（一）意外住院医疗保险金（必选）

在本附加合同保险期间内，被保险人因遭受**意外伤害**（释义一）事故，在**医院**（释义二）接受**住院**（释义三）治疗的，对于被保险人住院期间发生的需个人支付的、符合当地**基本医疗保险**（释义四）主管部门规定范围的及超出当地基本医疗保险主管部门规定范围的、**必需且合理**（释义五）的**住院医疗费用**（释义六），保险人在扣除约定的免赔额后，分别按照约定的不同的给付比例进行赔付，但保险人每次给付保险金的金额以约定的单次意外住院医疗给付限额为限。相关给付比例、单次意外住院医疗给付限额将在本附加合同上予以载明。

单次意外住院医疗给付限额指在本附加合同保险期间内，被保险人因遭受意外伤害事故，每次接受住院治疗所支出的属于保险责任范围内的费用中，应当由保险人承担的费用限额。

保险人累计给付金额之和以本附加合同约定的意外住院医疗保险金额为限。当累计给付金额之和达到意外住院医疗保险金额时，保险人对被保险人在意外住院医疗保险金项下的保险责任终止。

除另有约定外，到本附加合同满期日时，被保险人未结束本次住院治疗的，保险人继续承担因本次住院发生的、最高不超过本附加合同满期日后30日内（含第30日）的住院医疗费用。

（二）意外门急诊医疗保险金（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，在医院接受门诊或急诊治疗的，对于被保险人门诊或急诊治疗期间发生的需个人支付的、符合当地基本医疗保险主管部门规定范围的及超出当地基本医疗保险主管部门规定范围的、必需且合理的门诊或急诊医疗费用（释义七），保险人在扣除约定的免赔额后，分别按照约定的不同的给付比例进行赔付，但保险人每次给付保险金的金额以约定的单次意外门急诊医疗给付限额为限。相关给付比例、单次意外门急诊医疗给付限额将在本附加合同上予以载明。

单次意外门急诊医疗给付限额指在本附加合同保险期间内，被保险人因遭受意外伤害事故，每次接受门诊或急诊治疗所支出的属于保险责任范围内的费用中，应当由保险人承担的费用限额。

保险人累计给付金额之和以本附加合同约定的意外门急诊医疗保险金额为限。当累计给付金额之和达到意外门急诊医疗保险金额时，保险人对被保险人在意外门急诊医疗保险项下的保险责任终止。

除另有约定外，到本附加合同满期日时，被保险人未结束本次门诊或急诊治疗的，保险人继续承担因本次门诊或急诊发生的、最高不超过本附加合同满期日后15日内（含第15日）的门诊或急诊医疗费用。

在本附加合同保险期间内，被保险人不论一次或多次因遭受意外伤害事故发生住院、门诊或急诊治疗的，保险人均按上述约定承担给付保险金的责任。当投保人选择投保上述两项保险责任时，保险人累计给付金额之和以本附加合同约定的总保险金额为限。当保险人上述两项责任下的累计给付金额达到总保险金额时，本附加合同终止。

第三条 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医疗费用扣除其所获医疗费用补偿后的余额按照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或公费医疗身份投保，但本次治疗费用未获得基本医疗保险或公费医疗补偿的，则保险人根据本附加合同单独约定的给付比例进行赔付。

第四条 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意外住院医疗费用或意外门急诊医疗费用的，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) 非因主合同所列意外伤害事故而发生的治疗；
- (三) 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；
- (四) 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、保健性或非疾病治疗类项目发生的医疗费用；
- (五) 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；
- (六) 除另有约定外，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；
- (七) 被保险人因病理性骨折（释义八）而发生的医疗费用。

第五条 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。本附加合同中的意外住院医疗保险金额、意外门急诊医疗保险金额和总保险金额由投保人、保险人双方约定，并在本附加合同中载明。保险金额一经确定，保险期间内不能进行变更。

第六条 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），且应与主合同的保险期间保持一致。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。

如果投保人未按照约定提出重新投保申请并交纳保险费，或保险人审核不同意重新投保，则本附加合同在保险期间届满时终止。

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。

第七条 保险金的申请

保险金申请人（释义九）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) 保险合同凭据；
- (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、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，应提供其他合法有效的材料；
- (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) 由监护人作为索赔申请人的，需出具监护人的户籍证明或身份证明；
- (七) 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。

第三部分 释义

一、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、猝死、自杀以及自伤均不属于意外伤害。猝死是指平素身体健康或表面健康的人因潜在疾病、机能障碍在出现症状后24小时内发生的突然死亡。猝死的认定，如有司法机关的法律文件、医疗机构的诊断书等，则以上述法律文件、诊断书等为准。

二、医院

指中华人民共和国境内（不包括香港、澳门、台湾地区）合法经营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。

三、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（释义十）；

（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。

四、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医疗保障项目。

五、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。

六、住院医疗费用

除另有约定外，住院医疗费用包含以下两类费用：

(一) 符合被保险人就诊当地基本医疗保险主管部门规定范围的医疗费用，包括**床位费**（释义十一）、**加床费**（释义十二）、**膳食费**（释义十三）、**护理费**（释义十四）、重症监护室床位费、诊疗费、**检查检验费**（释义十五）、**治疗费**（释义十六）、**药品费**（释义十七）、**手术费**（释义十八）、**救护车使用费**（释义十九）；

(二) 超出当地基本医疗保险主管部门规定范围的医疗费用，包括被保险人就诊当地县级或市级社会基本医疗保险规定的部分自费药品和全自费药品费用。

七、门诊或急诊医疗费用

(一) 符合被保险人就诊当地基本医疗保险主管部门规定范围的医疗费用，包括**诊疗费**、**急诊室费**（释义二十）、**检查检验费**、**治疗费**、**药品费**、**救护车使用费**；

(二) 超出当地基本医疗保险主管部门规定范围的医疗费用，包括被保险人就诊当地县级或市级社会基本医疗保险规定的部分自费药品和全自费药品费用。

八、病理性骨折

指骨本身已存在影响其结构坚固性的内在原因，导致骨结构薄弱，在并不足以引起正常骨骼发生骨折的轻微外力作用下所造成的骨折。常见病理性骨折包括骨软化症、骨质疏松、佝偻病、骨结核、骨肿瘤、骨发育障碍、骨髓炎等引起的骨折。

九、保险金申请人

指受益人或被保险人的继承人或依法享有保险金请求权的其他自然人。

十、康复治疗

康复治疗是使病、伤、残者康复的重要手段，常与药物治疗、手术疗法等临床治疗综合进行，包括但不限于医疗体操，运动神经、肌肉生理促进疗法，生物反馈，牵引，推拿，针灸，电疗，药物熏蒸，康复工程训练，其他物理治疗等。

十一、床位费

指被保险人住院期间实际发生的、不高于双人病房的住院床位的费用（**不包括单人病房、套房、家庭病床**）。床位费的每日限额由投保人与保险人在订立本附加合同时协商确定，并在本附加合同中载明。

十二、加床费

指未满 18 周岁的被保险人在住院治疗期间，根据合同约定赔偿其合法监护人（限一人）在医院留宿发生的加床费；或女性被保险人在住院治疗期间，根据合同约定赔偿其一周岁以下哺乳期婴儿在医院留宿发生的加床费。

十三、膳食费

指住院期间根据医生的嘱咐，由作为医院内部专属部门的、为住院病人配餐的食堂配送的膳食费用。**膳食费应包含在医疗账单内。**

十四、护理费

指住院期间由医疗机构对被保险人提供临床护理服务所收取的费用，包括各级护理（根据 2013 年发布的中华人民共和国国家卫生和计划生育委员会《分级护理标准》确定）、重症监护和专项护理费用（**不包含护工护理费用**）。

十五、检查检验费

指门诊、急诊或住院期间实际发生的、以诊断疾病为目的，采取必要的医学手段进行检查及检验而发生的合理的医疗费用，包括诊查费、妇检费、X 光费、心电图费、B 超费、脑电图费、内窥镜费、肺功能仪费、分子生化检验费和血、尿、便常规检验费等。

十六、治疗费

指门诊、急诊或住院期间以治疗疾病为目的，提供必要的医学手段而合理发生的治疗者的技术劳务费和医疗器械使用费以及消耗品的费用，具体以就诊医院的费用项目划分为准。

本项责任不包含物理治疗、中医理疗及其他特殊疗法。

物理治疗是指应用人工物理因子（如光、电、磁、声等）来治疗疾病，具体疗法包括

电疗、光疗、磁疗、热疗等；

中医理疗是指以治疗疾病为目的，被保险人接受由具有相应资格的医生实施的针灸治疗、推拿治疗、拔罐治疗或刮痧治疗；

其他特殊疗法包括顺势治疗、职业疗法及语音治疗。

十七、药品费

指门诊、急诊或住院期间实际发生的必需且合理的、由医生开具的、具有国家药品监督管理部门核发的药品批准文号或者进口药品注册证书、医药产品注册证书的国产或进口药品的费用。但不包括营养补充类药品，免疫功能调节类药品，美容及减肥类药品，预防类药品，以及滋补类中草药，即以提高人体免疫力为主要用途使用的中草药及中成药，包括但不限于人参、阿胶、鹿角胶、龟鹿二仙胶、龟板胶、鳖甲胶、马宝、珊瑚、玳瑁、冬虫夏草、藏红花、羚羊、犀角、牛黄、麝香、鹿茸、铁皮枫斗以及用中药材和中药饮片炮制的各类酒制剂等。

十八、手术费

指当地卫生行政部门规定的手术项目的费用。包括手术室费、麻醉费、手术监测费、手术材料费、术中用药费、手术设备费、手术医疗装备费（释义二十一）；若因器官移植而发生的手术费用，不包括器官本身的费用和获取器官过程中的费用；除另有约定外，手术医疗装备费赔付金额不得超过合同约定的限额。

十九、救护车使用费

指为抢救生命由急救中心派出的救护车费用及根据医生建议发生的医院转诊过程中的医院用车费。仅限于同一城市中的医疗运送。

二十、急诊室费

指被保险人在门诊、急诊期间发生的在急诊室（含抢救室）进行急诊治疗，实际发生的急诊室（含抢救室）的房间使用费。

二十一、手术医疗装备费

指以下三类医疗设备或材料的实际费用：

（一）内置医疗设备：指手术过程中因医疗所需用于植入或置换的修复体/设备；

（二）外置医疗设备：指于手术期间或手术后立即需要的、医疗必要并且符合通常医疗惯例的修复性设备，或在病后恢复阶段内短期内需要的、医疗必要并且符合通常医疗惯例的修复性设备；

（三）重建装置或重建材料：因重建手术而需要使用的医疗装置或材料。