

众安在线财产保险股份有限公司
附加家庭成员意外伤害医疗费用保险条款（互联网2022版B款）
注册号：C00017932522022122800251

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，附加在意外伤害类或健康险类保险合同（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

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，并在**医院**（释义二）接受治疗的，对于被保险人每次事故发生的需个人支付的、符合当地**基本医疗保险**（释义三）主管部门规定范围的、**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。免赔额和给付比例由投保人和保险人在投保时约定，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，保险人继续承担保险金给付责任，**除另有约定外**，住院（释义五）治疗最长延至本附加合同满期日后第三十日（含）止，门诊治疗最长延至本附加合同满期日后第十五日（含）止。

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意外伤害医疗费用保险金额为限。累计给付金额达到意外伤害医疗费用保险金额时，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，但未以参加基本医疗保

险或公费医疗身份就诊并结算的，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伤害医疗费用的，保险人不承担给付保险金的责任：

- （一）非因主合同所列意外伤害事故而发生的治疗；
- （二）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；
- （三）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；
- （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；
- （六）被保险人因病理性骨折而发生的医疗费用。

第三部分 免赔额、保险金额与保险期间

第五条 免赔额

免赔额是指被保险人在保险期间内发生的、虽然属于本附加合同保险责任范围内的医疗费用，但依照本附加合同约定仍旧由被保险人自行承担，本附加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付责任：

- （一）被保险人自行承担的属于本附加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附加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。

本附加合同的免赔额可由以下两种方式确定，具体由投保人、保险人双方约定，并在保险单中载明：

（一）每人免赔额

每一被保险人需分别承担一个免赔额，即在同一保险期间内，保险人对每一被保险人均累计扣除一个每人免赔额。

（二）共享免赔额

所有被保险人共同承担一个免赔额，即在同一保险期间内，保险人对该家庭中所有被保险人累计仅扣除一个共享免赔额。多个被保险人发生保险事故的，保险人按照提交完整保险金申请材料并申请给付保险金的先后顺序依次扣除免赔额，当累计扣除的免赔金额达到共享

免赔额后，保险人按照主合同约定给付保险金。

多个被保险人发生保险事故且同时提交完整保险金申请材料并申请给付保险金的，保险人按照如下比例计算每个被保险人应分摊的免赔额：该次提交保险金申请材料中，该被保险人名下符合主合同约定的医疗费用金额除以所有被保险人符合主合同约定的医疗费用金额之和的比例。

第六条 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。本附加合同的家庭成员意外伤害医疗保险金额由投保人、保险人双方约定，并在保险单中载明。保险金额一经确定，保险期间内不能进行变更。

若本保险合同涉及多个被保险人的，经投保人和保险人双方约定，可选择按照以下方式分配保险金额，并在保险单中载明。

（一）均分保险金额

每个被保险人的保险金额=保险金额÷被保险人总人数。被保险人总人数以投保时告知为准，并在保险单中载明。保险人对每一被保险人一次或者累计赔偿的保险金不超过每个被保险人的保险金额。

（二）共享保险金额

所有被保险人共享本附加合同的保险金额。保险人对所有被保险人一次或者累计赔偿的保险金不超过本附加合同的保险金额。

多个被保险人发生保险事故的，保险人按照提交完整保险金申请材料并申请给付保险金的先后顺序，在扣除免赔额后依次计算并给付保险金，后续案件在剩余保险金额范围内计算并给付保险金。

多个被保险人发生保险事故且同时提交完整保险金申请材料并申请给付保险金的，在扣除免赔后保险人分别计算每个被保险人的应给付金额（按照同时提交保险金申请材料的情况确定每人应分摊的免赔额）。若多个被保险人的应给付金额之和大于本附加合同约定的保险金额与既往已给付金额之差的，保险人按下述公式计算每个被保险人的实际给付金额：

每个被保险人的实际给付金额=(该被保险人的应给付金额÷多个被保险人的应给付金额之和)×(本附加合同约定的保险金额-既往已给付金额)

第七条 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）。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。

第四部分 交费义务

第八条 保险费交付方式

本附加合同保险费交付方式分为一次性交付和分期交付，由投保人和保险人在投保时约定，并在保险单上载明。

若投保人选择一次性交付保险费，投保人应当在本附加合同成立时一次性交清保险费，保险费交清前，本附加合同不生效。对合同生效前发生的保险事故，保险人不承担保险责任。

若投保人选择分期交付保险费，需经投保人申请并经保险人同意，并在本附加合同中载明保费分期交付的周期。如投保人未交付首期保费，保险合同不成立，保险人不承担保险责任。如投保人未按照保险合同约定的付款时间足额交付当期保费，允许在宽限期内补交保险费；如果被保险人在宽限期内发生保险事故，保险人仍按照合同约定赔偿保险金。除另有约定外，如被保险人在正常交费对应的保险期间内或宽限期内发生保险事故，保险人依照合同约定赔偿保险金的，需扣减保险期间内所有未交期间的保险费，投保人已缴纳的保险费与保险人扣减的保险费之和应等于本附加合同约定的保险费总额。如投保人未按照保险合同约定的付款时间足额交付当期保费，且在本附加合同约定的宽限期内仍未足额补交当期保费的，从应付之日起发生保险责任范围内的事故的，保险人不承担赔偿责任；宽限期内发生的保险事故也不承担保险责任。

对于保险期间终止后发生的保险事故，保险人不承担保险责任。宽限期由投保人与保险人协商确定，并在保险单中载明。

第五部分 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。

二、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，除另有约定外，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、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。

五、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。