

中国大地财产保险股份有限公司
通行无忧意外伤害保险条款
(大地财险) (备-意外) [2014] (主) 51 号

总则

第一条 本保险合同（以下简称“本合同”）由保险条款、投保单或者其他投保文件、保险单或者其他保险凭证、批单以及其他有关约定书等构成。凡涉及本合同的约定，均应当采用书面形式。

第二条 乘坐或者驾驶交通工具的驾驶员、售票员、乘客等，可作为本合同的被保险人。

第三条 被保险人本人或者对被保险人具有保险利益的其他人或者组织，可作为本合同的投保人。

第四条 除本合同另有约定外，本合同的意外身故保险金的受益人为被保险人的继承人，除意外身故保险金外的其他保险金的受益人为被保险人本人。

保险责任

第五条 本保险划分为意外伤害保险责任、意外医疗保险责任，供选择投保，但投保意外医疗保险责任的，须同时投保意外伤害保险责任。

第六条 本合同约定的意外伤害保险责任如下：

若被保险人保险期间内乘坐或者驾驶交通工具期间遭受意外，保险人按下列约定承担保险责任：

（一）意外身故保险责任

被保险人自遭受该意外之日起一百八十日内以该意外为直接、完全原因而身故的，保险人按该被保险人的意外伤害保险金额给付意外身故保险金，且自此身故时起本合同约定的对该被保险人的保险责任终止。

被保险人因遭受该意外而下落不明，后经法院宣告死亡的，保险人按本合同载明的该被保险人的意外伤害保险金额给付意外身故保险金，同时本合同约定的对该被保险人的保险责任终止。但若该被保险人生还，保险金申请人应当于知道或者应当知道被保险人生还后三十日内退还保险人已给付的意外身故保险金；保险金申请人未在三十日内退还的，保险人有权追索。

被保险人身故或者被宣告死亡前，保险人根据本合同针对其已给付意外伤残保险金的，意外身故保险金应当扣除已给付金额。

（二）意外伤残保险责任

被保险人自遭受该意外之日起一百八十日内以该意外为直接、完全原因而致《人身保险伤残评定标准及代码》中所列伤残之一的，保险人根据《人身保险伤残评定标准及代码》中与该项伤残对应的给付比例和该被保险人的意外伤害保险

金额的乘积给付意外伤残保险金。若至该意外发生之日起第一百八十日被保险人的伤残程度仍未完全确定，保险人根据该意外发生之日起第一百八十日该被保险人的身体情况进行伤残鉴定，并据此给付意外伤残保险金。

人身保险伤残程度等级相对应的保险金给付比例分为十档，伤残程度第一级对应的保险金给付比例为 100%，伤残程度第十级对应的保险金给付比例为 10%，每级相差 10%。

保险人根据本合同针对每一被保险人给付的意外身故保险金、意外伤残保险金累计以其意外伤害保险金额为上限，当达到该限额时，本合同约定的对该被保险人的意外伤害保险责任终止。

第七条 本合同约定的意外医疗保险责任如下：

每一被保险人的次免赔额和赔付比例由投保人与保险人约定，并载明于本合同中。

在保险期间内，被保险人乘坐或者驾驶交通工具期间每次遭受意外，在保险人指定或者认可的医疗机构治疗由该意外引致的伤害，由此发生符合当地城镇职工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-该被保险人的次免赔额）×该被保险人的赔付比例”给付意外医疗保险金。若保险期间届满时该被保险人治疗仍未结束，保险人继续承担意外医疗保险责任，住院治疗者最长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）止，门诊治疗者最长至保险期间届满次日起第十五日二十四时止。

保险人根据本合同针对每一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，本合同约定的对该被保险人的意外医疗保险责任终止。

责任免除

第八条 由于下列任何原因造成被保险人身故、伤残或者发生医疗费用的，保险人不承担给付保险金的责任：

（一）投保前已有的伤害；

（二）投保人的故意行为，被保险人自致伤害或者自杀；

（三）被保险人猝死；

（四）从事违法犯罪活动或者拒捕，因被保险人挑衅或者故意行为导致争执、打斗而引发意外或者因此被攻击、被伤害或者被杀害；

（五）未遵医嘱而私自服用、涂用或者注射药物，药物过敏，细菌或者病毒感染（意外导致的伤口感染不在此限），医疗事故；

（六）怀孕（含宫外孕）、流产、分娩（含剖腹产）、避孕、绝育手术、治疗不孕症、人工受孕以及由此导致的并发症，但意外所致的流产、分娩不在此限；

(七) 非因意外而下落不明；

(八) 任何生物、化学、核武器，核能装置造成的爆炸、灼伤、污染或者辐射，恐怖活动，邪教组织活动，战争、军事行动、暴动或者武装叛乱。

第九条 在下列任何情形下，被保险人身故、伤残或者发生医疗费用的，保险人不承担给付保险金的责任：

(一) 精神和行为障碍(以世界卫生组织颁布的《疾病和有关健康问题的国际统计分类(ICD-10)》为准)或者癫痫发作期间，被保险人感染艾滋病(AIDS)或者感染艾滋病病毒(HIV 阳性)期间；

(二) 醉酒，或者受酒精、毒品、管制药品的影响期间；

(三) 酒后驾驶、无有效驾驶证驾驶或者驾驶无有效行驶证的机动车期间；

(四) 交通工具超载，本合同另有约定的不在此限。

第十条 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) 非直接用以治疗意外引致的伤害而发生的费用；

(二) 不符合当地城镇职工基本医疗保险规定的支/给付范围和标准的医疗费用；

(三) 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、安装或者购买伤残用具(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；

(四) 不必要的转院治疗引发的额外费用；

(五) 在境外医院、中外合资医院、民营医院、康复中心、联合诊所、特需(色)门诊、特需病房等非保险人指定或者认可的医疗机构接受治疗发生的费用；

(六) 医疗费用中依法应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。

保险金额和保险费

第十一条 每一被保险人的意外伤害保险金额和意外医疗保险金额由投保人与保险人约定，并于本合同中载明。

第十二条 保险费应当由投保人于订立本合同时一次交清。在投保人交清保险费前，保险人不承担保险责任。

保险期间

第十三条 保险期间的起讫时间由投保人与保险人约定，并于本合同中载明。

保险人义务

第十四条 保险人同意承保的，应当及时向投保人签发保险单或者其他保险凭证。

第十五条 保险人认为保险金申请人提供的有关索赔的证明和资料不完整的，应当及时一次性通知保险金申请人补充提供。

第十六条 保险人收到保险金申请人提供的本保险条款“保险金申请与给付”部分约定的保险金申请证明和资料后，应当及时作出是否属于保险责任的核定；情形复杂的，应当在六十日内作出核定。

保险人应当将核定结果通知保险金申请人。对属于保险责任的，在与保险金申请人达成给付保险金的协议后十日内，履行给付保险金的义务；对不属于保险责任的，应当自作出核定之日起三日内向保险金申请人发出拒绝给付保险金通知书，并说明理由。

第十七条 保险人自收到保险金申请人提供的本保险条款“保险金申请与给付”部分约定的保险金申请证明和资料之日起六十日内，对其给付保险金的数额不能确定的，应当按根据已有证明和资料可以确定的数额先予支付；保险人最终确定给付保险金的数额后，支付相应的差额。

投保人、被保险人义务

第十八条 投保人应当在订立本合同时交清保险费。

第十九条 订立本合同时，保险人就被保险人的有关情况提出询问的，投保人、被保险人应当如实告知。

投保人、被保险人故意或者因重大过失未履行前款规定的义务，足以影响保险人决定是否同意承保或者提高保险费率的，保险人有权解除本合同。

前款规定的合同解除权，自保险人知道有解除事由之日起，超过三十日不行使而消灭。

投保人、被保险人故意不履行如实告知义务的，保险人对于本合同解除前发生的保险事故，不承担给付保险金的责任，并不退还保险费。

投保人、被保险人因重大过失未履行如实告知义务，对保险事故的发生有严重影响的，保险人对于本合同解除前发生的保险事故，不承担给付保险金的责任，但退还保险费。

保险人在本合同订立时已经知道投保人、被保险人未如实告知的情况的，保险人不得解除本合同；发生保险事故的，保险人承担给付保险金的责任。

第二十条 投保人、被保险人或者保险金申请人知道保险事故发生后，应当及时通知保险人。故意或者因重大过失未及时通知，致使保险事故的性质、原因、损失程度等难以确定的，保险人对无法确定的部分，不承担给付保险金的责任，

但保险人通过其他途径已经及时知道或者应当及时知道保险事故发生的不在此限。

上述约定，不包括因不可抗力而导致的迟延。

第二十一条 投保人住所或者通讯地址变更时，应当及时以书面形式通知保险人。投保人未及时通知的，保险人按本合同所载的最后住所或者通讯地址发送的有关通知，均视为已发送给投保人。

保险金申请与给付

第二十二条 保险金申请人向保险人申请给付保险金时，应当以书面形式提交下列证明和资料。保险金申请人因特殊原因不能提供下列证明和资料的，应当提供其他合法、有效的证明和资料。**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。**

（一）保险金给付申请书；

（二）保险合同原件；

（三）保险金申请人的身份证明、户籍证明，若保险金申请人委托他人申请，还须提供受托人身份证明、授权委托书；

（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）公安交通管理部门出具的事故裁决证明；

（六）申请意外身故保险金的，除第（一）至（五）项约定的证明和资料外，还须提供保险人认可的机构（包括公安部门）出具的被保险人身故证明、被保险人火化证明或者丧葬证明、户籍注销证明。若被保险人为宣告死亡，申请人还须提供法院出具的宣告死亡证明文件；

（七）申请意外伤残保险金的，除第（一）至（五）项约定的证明和资料外，还须提供二级以上（含）医疗机构或者司法鉴定机构根据《人身保险伤残评定标准及代码》出具的伤残程度鉴定诊断书；

（八）申请意外医疗保险金的，除第（一）至（五）项约定的证明和资料外，还须提供保险人指定或者认可的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；

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

第二十三条 被保险人遭受保险事故的，保险人有权对投保人、被保险人、保险金申请人和有关医疗机构等进行调查和检查（包括提请作必要、合理的解剖检验），投保人、被保险人、保险金申请人等应当予以充分配合。

第二十四条 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

第二十五条 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。

保险合同的变更与解除

第二十六条 除本合同另有约定外，经投保人、保险人双方协商同意后，可变更本合同的有关内容，在本合同保险单或者其他保险凭证上加以批注或者附贴批单后生效，或者由投保人和保险人订立合同变更书面协议后生效。

第二十七条 发生以下任何情形的，保险人有权解除本合同或者终止对相应被保险人的保险责任，并不退还保险费：

（一）未发生保险事故，保险金申请人谎称发生了保险事故，向保险人提出给付保险金请求；

（二）投保人、被保险人故意制造保险事故。

前款约定的任何情形致使保险人给付保险金或者支出费用的，投保人、被保险人或者保险金申请人应当退回或者赔偿。

第二十八条 在本合同成立后，投保人可以书面形式通知保险人而解除本合同，但保险人根据本合同约定已给付保险金的除外。

投保人解除本保险合同时，应当提供下列证明和资料：

（一）解除合同通知书；

（二）保险合同原件；

（三）投保人身份证明；

（四）保险费发票或者收据；

（五）保险人要求的其他有关证明和资料。

本合同的效力至保险人接到解除合同通知书之日二十四时或者通知书上载明的合同终止时间（以较晚者为准）终止。自收到前款约定的证明和资料之日起三十日内，保险人退还相应未到期净保险费。

争议处理与法律适用

第二十九条 因履行本合同发生的争议，由当事人协商解决。协商不成的，提交本合同载明的仲裁机构仲裁；本合同未载明仲裁机构或者争议发生后未达成仲裁协议的，依法向人民法院起诉。

第三十条与本合同有关的以及履行本合同产生的一切争议处理适用中华人民共和国法律（不包括港澳台地区法律）。

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。

《人身保险伤残评定标准及代码》：指由中国保险监督管理委员会发布(保监发[2014]6号)并经国家标准化委员会备案的中华人民共和国金融行业标准，编号JR/T 0083—2013。

猝死：指表面健康的人因潜在疾病、机能障碍或其他原因在出现症状后较短时间内发生的非暴力性突然死亡。猝死的认定以医院的诊断或公安部门的鉴定为准。

医疗事故：指医疗机构及其医务人员在医疗活动中，违反医疗卫生管理法律、行政法规、部门规章和诊疗护理规范、常规，过失造成患者人身伤害的事故。

境内：指中国大陆地区。

境外：非境内。

当地：指签发本合同的保险人分支机构所在地。

保险人指定或者认可的医疗机构：包括保险人指定医疗机构，以及符合下列条件的医疗机构：境内二级以上（含），具有符合有关医院管理规定设置标准的医疗设备，并且提供二十四小时有合格医师及护士的医疗和护理等服务的医疗机构，但不包括主要为康复、护理、疗养、戒酒、戒毒或者相类似目的的医疗机构。

检查费：指被保险人发生的、符合当地城镇职工基本医疗保险规定的支/给付范围和标准的必要的检查、检验、化验和摄片等四项费用。

住院：指入住保险人指定或者认可的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。

恐怖活动：指任何人或者团伙出于政治、宗教、思想意识或者类似目的，为对政府施加影响和（或者）使全体或者部分公众处于恐惧、不安状态的行为。恐怖活动包括但不限于实际使用或者威胁使用武力或者暴力。恐怖活动，可仅为实施该活动者本身行为，或者代表某一机构、政府，或者与某一机构、政府相关。

毒品：指中华人民共和国刑法规定的鸦片、海洛因、甲基苯丙胺（冰毒）、吗啡、大麻、可卡因以及国家规定管制的其他能够使人形成瘾癖的麻醉药品和精神药品。

管制药品：指根据《中华人民共和国药品管理法》及有关法规被列为特殊管理的药品，包括麻醉药品、精神药品、毒性药品及放射性药品。

艾滋病：指获得性免疫缺陷综合症的简称。

艾滋病病毒：指获得性免疫缺陷病毒的简称。

获得性免疫缺陷综合症（AIDS）：其定义按世界卫生组织制定的定义为准。若在被保险人的血液样本中发现艾滋病病毒或者其抗体，则认定被保险人已感染艾滋病病毒或者患艾滋病。

酒后驾驶：指经检测或者鉴定，发生事故时车辆驾驶人员每百毫升血液中的酒精含量达到或者超过道路交通安全法规规定的标准。

无有效驾驶证驾驶：包括下列任何情形：

（一）无驾驶证驾驶或者持有效期已届满的驾驶证驾驶；

（二）驾驶的机动交通工具与驾驶证载明的准驾车型不符；

（三）实习期内驾驶公共汽车、营运客车或者载有爆炸物品、易燃易爆化学物品、剧毒或者放射性物品等危险物品的机动交通工具，实习期内驾驶机动交通工具牵引挂车；

（四）持未按规定审验的驾驶证驾驶，以及驾驶证被暂扣、扣留、吊销或者注销期间驾驶机动交通工具；

（五）使用各种专用机械车、特种车的人员无国家有关部门核发的有效操作证，驾驶营业性客车的驾驶人无国家有关部门核发的有效资格证书；

（六）在依照法律法规或者公安机关交通管理部门有关规定不允许驾驶机动交通工具的其他情况下驾驶机动交通工具。

无有效行驶证：包括下列任何情形：

（一）机动交通工具被依法注销登记；

（二）机动交通工具无公安机关交通管理部门核发的行驶证、号牌，或者临时号牌或者临时移动证；

（三）机动交通工具未在规定检验期限内进行安全技术检验或者检验未通过，未依法按时进行或者通过安全技术检验。

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、被保险人的继承人或者依法享有保险金请求权的其他人。

不可抗力：指不能预见、不能避免并不能克服的客观情况。

未到期净保险费：未到期净保险费=保险费×[1-(已经过日数/保险期间日数)]×(1-35%)。已经过日数不足一日的，按一日计算。

中国大地财产保险股份有限公司
附加通用意外医疗保险条款
【注册编号：C00001032522017083100201】

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。

保险金的申请与给付

第八条 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) 保险人指定或者认可的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。

第九条 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

第十一条 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、城镇居民基本医疗保险、新

型农村合作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，则指城镇职工基本医疗保险。

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：指入住保险人指定或者认可的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其限。

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。

中国大地财产保险股份有限公司
大地附加意外伤害住院补贴医疗保险条款

大地（备案）[2009]N26号

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。凡主险合同内容与本附加合同相关者及本保险条款，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；若主险保险条款与本保险条款内容冲突，则以本保险条款为准。

主险合同效力终止，本附加合同效力亦同时终止。

第二条 本附加合同被保险人、投保人同主险合同。

第三条 除本附加合同另有约定外，本附加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，被保险人遭受意外并直接、完全因该意外而经保险人指定或者认可的医疗机构的医生诊断必须住院接受治疗的，除本附加合同另有约定外，保险人按“(每次实际住院日数-3)×该被保险人意外住院日补贴金额”给付意外住院补贴保险金。若保险期间届满时该被保险人住院治疗仍未结束，保险人继续承担意外住院补贴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。

保险人根据本附加合同针对每一被保险人给付的意外住院补贴保险金的日数累计以一百八十日为上限，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

第五条 被保险人住院治疗具有下列任何情形的，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住院接受治疗，或者住院治疗与主险合同中列明的责任免除事项相关；

(二) 非直接用以治疗由意外引致的伤害而发生的住院治疗，对已有伤害的住院治疗；

(三) 非医学必须的住院，包括但不限于以预防性手术、健康护理、疗养、静养、康复为主要目的的住院医疗行为；

(四) 在境外医院、中外合资医院、民营医院、康复中心、联合诊所、特需(色)门诊、特需病房等非保险人指定或者认可的医疗机构住院接受治疗。

保险金额

第六条 每一被保险人的意外住院日补贴金额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

第七条 保险金申请人向保险人申请给付保险金时，应当以书面形式提交下列证明和资料。保险金申请人因特殊原因不能提供下列证明和资料的，应当提供其他合法、有效的证明和资料。**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。**

1. 保险金给付申请书；

2. 附加保险合同原件；

3. 保险金申请人的身份证明、户籍证明，若保险金申请人委托他人申请的，还须提供受托人身份证明、授权委托书；

4. 保险人认可的机构(包括公安部门)出具的意外事故证明；

5. 保险人指定或者认可的医疗机构出具的出院小结、诊断证明、病历；

6. 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。

第八条 被保险人遭受事故的，保险人有权对投保人、被保险人、保险金申请人和有关医疗机构等进行调查和检查，投保人、被保险人、保险金申请人等应当予以充分配合。

第九条 保险金申请人对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。

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。

保险人指定或者认可的医疗机构：包括保险人指定医疗机构，以及符合下列条件的医疗机构：境内二级以上（含），具有符合有关医院管理规定设置标准的医疗设备，并且提供二十四小时有合格医师及护士的医疗和护理等服务的医疗机构，但不包括主要为康复、护理、疗养、戒酒、戒毒或者相类似目的的医疗机构。

住院：指入住保险人指定或者认可的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。

每次实际住院日数：指自入院日至当次住院出院日间经过日数（不含出院当日），不包括被保险人在住院治疗期间有擅自离院情形的日数。

境内：指中国大陆地区。

境外：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。