

## 中国大地财产保险股份有限公司 附加个人意外面部整容医疗保险条款

【注册编号：C00001032522022053110711】

### 总 则

**第一条** 本保险是个人意外伤害类保险（以下简称“主险”）的附加险。只有在投保了主险的基础上，方可投保本附加险。

凡主险合同内容与本附加险合同相关的部分以及本附加险条款，均为本附加险合同的构成部分。

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

主险合同终止的，本附加险合同同时终止；主险合同无效的，本附加险合同亦无效。

**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，本附加险合同的保险金受益人为被保险人本人。

### 保险责任

**第四条** 在保险期间内，被保险人遭受主险合同约定保险责任范围内的意外伤害（以下简称“意外”），以该意外为直接、完全原因导致面部容貌毁损并在保险人指定或者认可的医疗机构（以下简称“医疗机构”）进行面部整容手术治疗的，由此发生的必需且合理的医疗费用（以下简称“每次意外合理医疗费用”），保险人按照“（每次意外合理医疗费用-次免赔额）×给付比例”计算给付意外面部整容医疗保险金。

保险期间届满时被保险人住院治疗仍未结束的，对其自保险期间届满次日起至该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）止期间接受的住院治疗，保险人继续承担保险责任；保险期间届满时被保险人门诊治疗仍未结束的，对其自保险期间届满次日起十五日内接受的门诊治疗，保险人继续承担保险责任。

保险人根据本附加险合同针对被保险人给付的意外面部整容医疗保险金累计以其意外面部整容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被保险人的意外面部整容医疗保险责任终止。

### 责任免除

**第五条** 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）主险条款约定的责任免除事项，除非本附加险条款约定予以承保；

（二）非直接用以治疗意外引致的伤害而发生的费用，对投保前已有伤害的治疗费用；

（三）非意外伤害导致的牙科治疗，以及任何原因导致的牙齿修复或整形，如矫形、洗牙、洁齿等；

（三）心理咨询、体检、疗养、康复治疗、健康护理、家庭病床治疗费用，与购置移植器官、捐献器官、保存和运输器官相关费用，试验性治疗费用；

（四）非因医疗机构在技术、设备等方面不具备正常治疗条件而转往其他医疗机构治疗发生的不必要的转院治疗费用，但提供转出医院同意转院证明的除外。

### 保险金额和保险费

**第六条** 被保险人的意外面部整容医疗保险金额由投保人和保险人约定，并于本附加险合同中载明。

**第七条** 保险费由保险人在承保时计算确定。

### 保险期间

**第八条** 保险期间最长不超过一年，具体起讫时间与主险合同一致，并在本附加险合同中载明。

### 不保证续保

**第九条** 本附加险合同为不保证续保合同。保险期间届满前，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。

### 保险金申请与给付

**第十条** 保险金申请人向保险人请求给付保险金时，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，还须提供授权委托书和授权委托人的身份证明；

（四）公安机关或其他行政机关、适格机构出具的意外事故证明；

（五）医疗机构或者司法鉴定机构出具的面部容貌毁损鉴定诊断书；

（六）医疗机构出具的医疗费用原始收据及明细、诊断证明、病历和出院证明；

（七）投保人、被保险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。

**第十一条** 对被保险人因遭受意外而每次接受治疗发生的医疗费用，保险人给付的意外医疗保险金以该次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、公益慈善机构等获得的补偿后的余额为上限。

**第十二条** 收到保险事故发生的通知或信息的，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。

**第十三条** 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。

### 释 义

**面部整容手术**：指在全身麻醉的情况下，实际实施对严重面部缺陷、缺失、损害或变形的面部形态和结构进行修复或重建的手术。

**保险人指定或者认可的医疗机构**：包括保险人指定的医疗机构，以及中华人民共和国境内（不包括港澳台地区）依法经营的二级以上（含）公立医院的普通部，但不包括境外医院、中外合资医院、民营医院、康复中心、联合诊所、特需（色）门诊、特需病房以及主要为门诊、康复、护理、疗养、戒酒、戒毒或者相类似目的提供服务的医疗机构。

**必需且合理**：指医疗费用同时满足以下条件：

（一）符合通常惯例：指医疗费用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。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，可由被保险人和保险人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. 与接受治疗当地普通接受的医疗专业实践标准一致的项目。

**社会基本医疗保险**：指包括职工基本医疗保险、城乡居民基本医疗保险、城镇居民基本医疗保险和新型农村合作医疗等政府举办的基本医疗保障项目。在计算每次意外合理医疗费用时，社会基本医疗保险以被保险人实际参加的类型为准；被保险人未参加社会基本医疗保险的，以职工基本医疗保险为准。

**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。