

**中国大地财产保险股份有限公司
附加个人通用意外医疗保险（B款）条款**

【注册编号：C00001032522022110113171】

总则

责任免除

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。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，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，被保险人每次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”），并在定点医疗机构治疗由该次意外导致的人身伤害，由此发生的医疗费用，保险人按照如下约定给付保险金：

（一）被保险人在定点医疗机构每次接受治疗，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、必需且合理的医疗费用（以下简称“每次社保内合理意外医疗费用”），保险人按照“（每次社保内合理意外医疗费用 - 次免赔额）× 给付比例”给付意外医疗保险金。

（二）被保险人在定点医疗机构普通部（不含特需、国际医疗部、外宾病房、干部病房、VIP病房，本附加险合同另有约定的不在此限）每次接受治疗，由此发生的超出当地社会基本医疗保险的支/给付范围、必需且合理的医疗费用（以下简称“每次社保外合理意外医疗费用”），保险人按照“（每次社保外合理意外医疗费用 - 次免赔额）× 给付比例”给付意外医疗保险金。

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医疗保险金累计以其保险金额为上限，当达到该限额时，本附加险合同约定的对被保险人的保险责任终止。

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）因主险合同中列明的责任免除事项而发生的医疗费用或者与主险合同中列明的责任免除事项相关的医疗费用；

（二）洗牙、洁齿、牙齿美白、正畸、烤瓷牙、种植牙或镶牙等牙齿保健和修复以及非意外导致的牙科治疗费用；

（三）矫形、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；

（四）非因定点医疗机构在技术、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 保险金额由投保人与保险人约定，并在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。

次免赔额和给付比例

第八条 次免赔额和给付比例由投保人与保险人约定，并在本附加险合同中载明。本附加险合同中未载明的，次免赔额均为 100 元，给付比例均为 80%。

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。

保险期间

第十条 保险期间最长不超过一年，具体起迄时间与主险一致。

保险金申请与给付

第十一条 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，若保险金申请人系受委托申请，还应当提供授权委托书和授权委托人的身份证明；
- (四) 公安机关或者其他政府主管部门、适格机构出具的意外事故证明；
- (五) 定点医疗机构出具的医疗费用原始收据及明细、诊断证明和病历；
- (六) 投保人、被保险人、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。

第十二条 本附加险为费用补偿型医疗保险。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。

第十三条 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适用现行法律的规定。

释义

定点医疗机构：指在中华人民共和国境内（不包括港澳台地区），经医疗保险经办机构确定，为基本医疗保险的参保人员提供医疗服务的医疗机构。

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 and 护理服务，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，但不包括康复医院、诊所、养老院以及主要为护理、疗养、戒酒、戒毒或类似目的提供服务的医疗机构。

社会基本医疗保险：指包括职工基本医疗保险、城镇居民基本医疗保险、城乡居民基本医疗保险和新型农村合作医疗保险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。

当地：除本附加险合同另有约定外，指签发本附加险合同的保险人分支机构所在地。

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。

住院：指入住定点医疗机构的正式病房接受全日 24 小时监护治疗，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。

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。