

# 保险责任阳光财产保险股份有限公司

## 附加团体意外伤害医疗保险（2022 版）条款

（注册编号：C00009332522022042877423）

### 总则

**第一条** 在投保阳光财产保险股份有限公司团体意外伤害类保险（以下简称“主险”）的基础上，投保人可以投保本附加险。主险合同效力终止，本附加险合同效力亦同时终止；主险合同无效，本附加险合同亦无效。本附加险合同未约定事项，以主险合同为准；主险合同与本附加险合同相抵触之处，以本附加险合同为准。凡涉及本附加险合同的约定，均采用书面形式。

**第二条** 除另有约定外，本附加险合同的受益人为被保险人本人。

### 保险责任

**第三条** 在本附加险合同保险期间内，被保险人因遭受主险合同保险责任范围内的意外伤害事故需在医院进行治疗，对于被保险人在该次意外伤害事故发生之日起 180 日内支出的，符合被保险人医保所在地的基本医疗保险药品目录、诊疗项目目录及服务设施范围和支付标准的必需且合理的医疗费用（以下简称“医疗费用”），保险人按如下规则计算并给付保险金：

（一）若医疗费用小于或等于免赔额，则保险金等于零；

（二）若医疗费用大于免赔额：

**保险金 = （医疗费用 - 已获得的医疗费用补偿 - 免赔额） × 赔付比例**

（三）免赔额和赔付比例由投保人和保险人在投保时约定，并在保险单上载明。

被保险人因保险事故须到医院进行合理且必需的治疗，在本附加险合同载明的保险期间内，每次保险事故累计治疗天数以 180 日为限，保险人对超出部分不承担给付保险金责任。

保险期间内，无论被保险人一次或多次发生保险事故，保险人均按上述约定承担给付保险金责任，但累计给付的保险金总额达到保险单所载的被保险人的保险金额时，本附加险合同对该被保险人的保险责任终止。

**第四条** 本附加险合同遵循医疗费用补偿原则。被保险人同时拥有多份有效的费用补偿型医疗保险的，可以自主决定理赔申请顺序。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等）获得医疗费用补偿，则保险人仅对被保险人实际发生的医疗费用扣除其所获医疗费

用补偿后的余额按照本保险合同的约定进行赔付。基本医疗保险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。

若被保险人以参加社会基本医疗保险、公费医疗身份投保，但未以参加社会基本医疗保险、公费医疗身份就诊并结算的，则保险人根据保险单中单独约定的给付比例进行赔付。

## 责任免除

**第五条** 因下列原因之一造成本附加保险合同的被保险人支出医疗费用，保险人不承担保险金给付责任：

（一）投保人、被保险人的故意行为；

（二）因被保险人不遵守医院规章制度，不配合治疗的行为造成的后果；

（三）被保险人妊娠（含宫外孕）、流产、分娩、不孕不育症（包括人工受孕、试管婴儿等）、避孕及节育手术或由妊娠、分娩、流产、节育所导致的并发症；

（四）被保险人因食物/药物过敏、食物中毒、中暑、高原反应、医疗事故或其他医疗造成的伤害；

（五）洗牙、洁齿、验光、整容、心理咨询及康复治疗；

（六）被保险人投保前已有残疾的康复或治疗与本次治疗存在直接原因所引起的相关费用；

（七）被保险人一般身体检查、疗养、静养等非治疗性行为；

（八）被保险人医保所在地的基本医疗保险规定的不予支付的情形，或不符合本附加保险合同签发地的基本医疗保险药品目录、诊疗项目目录及服务设施范围和支付标准规定的医疗费用。

## 保险金额和保险费

**第六条** 本附加险的保险金额由投保人与保险人双方约定，并在保险单中载明。保险金额一经确定，中途不得变更。保险金额是保险人承担给付保险金责任的最高限额。

投保人应该按照合同约定向保险人交付保险费。

## 保险期间与不保证续保

**第七条** 本附加险合同的保险期间与主险合同的保险期间一致，且最长不超过一年。

本附加险合同为不保证续保合同。保险期间届满，投保人需要重新向保险人申请投保本保险，并经保险人同意，交纳保险费，获得新的保险合同。

### 投保人、被保险人义务

**第八条** 投保人应当在本附加险合同成立时一次性支付全部保险费。投保人未按约定支付全部保险费的，本附加险合同不生效。

### 保险金的申请与给付

**第九条** 保险金申请人向保险人申请给付保险金时，应提交作为索赔依据的证明和材料。保险金申请人因特殊原因不能提供以下材料的，应提供其它合法有效的材料。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。

1. 保险金给付申请书；
2. 保险金申请人的有效身份证件；
3. 被保险人医保所在地的社会基本医疗保险主管部门指定或保险人认可的医疗机构出具的被保险人的医疗诊断证明，病历及医疗、医药费原始单据及各种检查、化验报告等原始单据；若被保险人已从其他途径（包括社会基本医疗保险、公费医疗、工作单位、任何第三方商业保险机构等）获得相关医疗费用补偿的，应提供前述社会基本医疗保险、公费医疗、工作单位、商业保险等机构的医疗费用分割单或医疗费用结算证明或其他法定证明材料；
4. 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、伤害程度等有关的证明和资料。

### 释义

1. 周岁：以法定身份证明文件中记载的出生日期为基础计算的实足年龄。
2. 保险人：指与投保人签订本保险合同的阳光财产保险股份有限公司。
3. 肢：指人体的四肢，即左上肢、右上肢、左下肢和右下肢。
4. 保险金申请人：指被保险人本人、受益人或依法享有保险金请求权的其他自然人。

5. 不可抗力：指不能预见、不能避免并不能克服的客观情况。

6. 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原因致使身体受到的伤害。

7. 医院：

境外的医院：指符合下列所有条件的机构，但不包括主要作为康复、门诊、护理、疗养、戒酒、戒毒或类似的机构。

(1) 拥有合法经营执照；

(2) 设立的主要目的是向受伤者和患者提供留院治疗和护理服务；

(3) 有医师和护士提供全日 24 小时的医疗和护理服务。

境内的医院：指二级或二级以上的医院，包括保险人认可的与二级或二级以上医院相同规模的医院。

被保险人须在本定义规定的医院治疗。意外伤害事故急救不受此限制，但在急救情况稳定后，须转入本定义规定的医院治疗。

8. 必需且合理的医疗费用：指符合以下条件的医疗费用：

(1) 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医疗费用。

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。

(2) 医学必需：指医疗费用符合下列所有条件：

a. 治疗意外伤害所必需的项目；

b. 不超过安全、足量治疗原则的项目；

c. 由医生开具的处方药；

d. 非试验性的、非研究性的项目；

e. 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。

9. 有效身份证件：指由中华人民共和国政府主管部门规定的能够证明其身份的证件，如居民身份证、军官证、警官证、士兵证、户口簿以及中华人民共和国政府主管部门颁发或者认可的有效护照、企业营业执照或者其他身份证明文件。