

华泰财险附加公共交通工具意外伤害保险条款

注册号：C00015432322022061020611

总则

第一条 华泰财险附加公共交通工具意外伤害保险合同（以下简称“本附加险合同”）须附加于保险人家庭财产保险类主险合同（以下简称“主险合同”）使用。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。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。本附加险合同未约定事项，以主险合同为准。凡涉及本附加险合同的约定，均应采用书面形式。

第二条 投保人在投保本附加险合同时应当对被保险人具有保险利益。

第三条 本附加险合同的受益人包括：

（一）意外身故保险金受益人

订立本附加险合同时，被保险人或投保人可指定一人或数人为意外身故保险金受益人。意外身故保险金受益人为数人时，应确定其受益顺序和受益份额；未确定受益份额的，各意外身故保险金受益人按照相等份额享有受益权。

被保险人死亡后，有下列情形之一的，保险金作为被保险人的遗产，由保险人依照关于继承的相关法律法规行给付保险金的义务：

（1）没有指定意外身故保险金受益人，或者意外身故保险金受益人指定不明无法确定的；

（2）意外身故保险金受益人先于被保险人死亡，没有其他意外身故保险金受益人的；

（3）意外身故保险金受益人依法丧失受益权或者放弃受益权，没有其他意外身故保险金受益人的。

意外身故保险金受益人与被保险人在同一事件中死亡，且不能确定死亡先后顺序的，推定意外身故保险金受益人死亡在先。

被保险人或投保人可以变更意外身故保险金受益人，但需书面通知保险人，由保险人在本附加险合同上批注。对因意外身故保险金受益人变更发生的法律纠纷，保险人不承担任何责任。

投保人指定或变更身故保险金受益人的，应经被保险人同意。被保险人为无民事行为能力人或限制民事行为能力人的，应由其监护人指定或变更身故保险金受益人。

（二）其他保险金受益人

除另有约定外，本附加险合同意外伤残保险金、意外伤害医疗费用保险金、意外伤害住院津贴保险金的受益人为被保险人本人。

保险责任

第四条（一）在本附加险合同保险期间内，保险人承担投保人选择的以下一项或多项公共交通工具意外伤害保险责任，由保险人和投保人在保险单上约明。可选择的意外伤害保险责任类型如下：

1. 航空意外伤害保险责任：是指保险期间内被保险人每次以乘客身份乘坐合法经营客运业务的民航班机，自持有效机票进入对应营运的民航班机的舱门时起至飞抵目的地走出该班机舱门时止的期间内遭受意外伤害所导致的本附加险合同约定的保险责任；

民航班机指经相关政府部门登记许可合法运营、以客运为目的的飞机。

2. 轨道交通意外伤害保险责任：是指保险期间内被保险人每次以乘客身份乘坐合法经营客运业务的轨道交通工具，自持有效客票踏上对应营运的轨道交通工具车厢时起至抵

达目的地走出该轨道交通工具车厢时止的期间内遭受意外伤害所导致的本附加险合同约定的保险责任；

轨道交通工具指经相关政府部门登记许可合法运营、以客运为目的的火车及城市轨道交通（含地铁、轻轨、有轨电车、磁悬浮列车）；

3. 轮船意外伤害保险责任：是指保险期间内被保险人每次以乘客身份乘坐合法经营客运业务的客运轮船，自持有效船票踏上对应营运的客运轮船甲板时起至抵达目的地离开该轮船甲板时止的期间内遭受意外伤害所导致的本附加险合同约定的保险责任；

客运轮船指经相关政府部门登记许可合法运营、以客运为目的的轮船（不含邮轮）；

4. 营运汽车意外伤害保险责任：是指保险期间内被保险人每次以乘客身份乘坐合法经营客运业务的客运汽车，自进入营运的客运汽车车厢时起至抵达目的地走出该汽车车厢时止的期间内遭受意外伤害所导致的本附加险合同约定的保险责任；

客运汽车指经相关政府部门登记许可合法运营、车辆拥有相关部门颁发的道路运输证、驾驶员拥有从业资格证、以客运为目的的汽车（包括公交车、电车、出租车、网约车、城（省）际巴士、旅游大巴）。

（二）在保险期间内，被保险人遭受保险单上所选定的公共交通工具意外伤害保险责任范围项内的意外伤害事故，保险人依照下列约定给付保险金，且各项保险金之和不超过出险时所乘公共交通工具在保险单中载明的对应保险金额。

本附加险合同的保险责任分为必选责任和可选责任，投保人可以单独投保必选责任，也可以在投保必选责任的基础上选择投保可选责任，但不能单独投保可选责任。

一、必选责任

1. 意外身故保险金

在保险期间内，被保险人因遭受公共交通工具意外伤害事故，并自事故发生之日起一百八十日（含第一百八十日）内以该事故为直接原因身故的，保险人按保险单上所选定的该类公共交通工具意外伤害保险责任对应的保险金额给付意外身故保险金，同时保险人对该被保险人的保险责任终止。

在保险期间内，被保险人因遭受意外伤害事故且自该事故发生日起下落不明，后经人民法院宣告死亡的，保险人按本保险合同约定给付意外身故保险金。但若被保险人被宣告死亡后重新出现的，保险金受领人应于知道或应当知道被保险人重新出现后三十日内退还保险人给付的意外身故保险金。

保险人给付某类公共交通工具意外身故保险金时，如果被保险人已领取该类意外伤残保险金的，意外身故保险金为本附加险合同中列明的该类公共交通工具意外伤害保险责任对应的被保险人的保险金额扣除已给付意外伤残保险金后的余额。

2. 意外伤残保险金

在保险期间内，被保险人因遭受公共交通工具意外伤害事故，并自事故发生之日起一百八十日（含第一百八十日）内以该事故为直接原因导致《人身保险伤残评定标准及代码》（标准编号为JR/T 0083—2013），以下简称“《伤残评定标准》”所列伤残项目，保险人按该标准规定的评定原则对伤残项目进行评定，并按评定结果所对应该标准规定的给付比例乘以保险单上所选定的该类公共交通工具意外伤害保险责任对应的保险金额给付伤残保险金；如第一百八十日治疗仍未结束的，按当日的身体情况进行伤残鉴定，并据此给付伤残保险金。

被保险人如在本次意外伤害事故之前已有伤残，保险人按合并后的伤残程度，依本保险合同及《伤残评定标准》规定的评定原则对伤残项目进行评定，并按评定结果所对应的《伤残评定标准》中规定的给付比例乘以本附加险合同约定的保险金额给付伤残保险金，但应扣除已有伤残程度所对应的伤残保险金。

二、可选责任

投保人可以选择投保以下一项或多项附加保障，由保险人和投保人在保险单上约明：

1. 意外伤害医疗费用保险金

在保险期间内，被保险人遭受公共交通工具意外伤害事故，并因该次意外事故为直接原因导致被保险人身体受到伤害，所致伤害经认可的医疗机构诊断必须进行治疗，保险人就其意外伤害事故发生之日起一百八十日（含第一百八十日）内实际支出的合理且必要的医疗费用，在保险合同列明的该类公共交通工具意外伤害保险责任对应的医疗费用保险金额内，对超过免赔额的部分按约定的赔付比例给付意外伤害医疗保险金。具体的免赔额、赔付比例在保险单中载明。

当被保险人住院治疗跨两个保险年度时，保险人以公共交通工具意外伤害事故发生日当年度的保险金额为限给付意外伤害医疗保险金。

若被保险人的损失已从其他途径或其他保险单获得赔偿的，保险人根据有关单位或保险单承保公司出具的相关单证或给付保险金证明，在本附加险合同列明的保险金额限额内仅承担被保险人除前述其他赔偿额之外剩余部分的赔偿责任。

1. 若被保险人以参加社会医疗保险身份投保，且已从社会医疗保险、公费医疗、其他商业性费用补偿型医疗保险、其他政府机构或社会福利机构、其他责任方获得医疗费用补偿（以下简称已获得的医疗费用补偿），保险人按照如下公式根据本附加险合同的约定给付保险金。

意外伤害医疗保险金=（被保险人实际支出的符合本附加险合同约定的医疗费用-已获得的医疗费用补偿-免赔额）×赔付比例。

社会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。

2. 若被保险人以未参加社会医疗保险身份投保，且未从社会医疗保险、公费医疗、其他商业性费用补偿型医疗保险、其他政府机构或社会福利机构、其他责任方获得医疗费用补偿，保险人按照如下公式根据本附加险合同的约定给付保险金：

意外伤害医疗保险金=（被保险人实际支出的符合本附加险合同约定的医疗费用-免赔额）×赔付比例

3. 若被保险人以参加社会医疗保险身份投保，但未以参加社会医疗保险身份就诊并结算或结算金额为0的，保险人按照如下公式根据本附加险合同的约定给付保险金。

意外伤害医疗保险金=（被保险人实际支出的符合本附加险合同约定的医疗费用-已获得的医疗费用补偿-免赔额）×赔付比例

针对本条第1到3项保险金额、免赔额及赔付比例在保险单中载明。保险人累计给付金额以保险单载明的意外伤害医疗保险金额为限。

2. 意外伤害住院津贴保险金

在保险期间内，被保险人因遭受公共交通工具意外伤害事故，并自事故发生之日起一百八十日（含第一百八十日）内因该次意外伤害事故为直接原因导致被保险人身体受到伤害，并经认可的医疗机构诊断必须住院治疗，保险人按保险合同中列明的该类公共交通工具意外伤害保险责任对应的每日意外住院津贴金额与每次实际住院天数的乘积向被保险人给付意外住院津贴，但同一次住院给付天数不超过九十天，在保险期间内累计给付天数不超过一百八十天。

三、保险人对被保险人同一类别公共交通工具所负的给付上述各项保险金的责任，以本附加险合同所载该类别公共交通工具所对应的各项保险金额为限，一次或累计给付的保险金达到该类公共交通工具对应的各项保险金额时，本附加险合同对被保险人该类别公共交通工具的保险责任终止。

责任免除

第五条 因下列原因造成被保险人身故或伤残的，保险人不承担给付保险金责任：

- (一) 投保人对被保险人的故意行为;
- (二) 被保险人自致伤害或自杀, 但被保险人自杀时为无民事行为能力人的除外;
- (三) 因被保险人挑衅或故意行为而导致的打斗、被袭击或被谋杀;
- (四) 被保险人故意犯罪或者抗拒依法采取的刑事强制措施;
- (五) 被保险人醉酒;
- (六) 被保险人服用、吸食、注射毒品或服用影响行为能力的相关药品或受管制的药品;
- (七) 被保险人未遵医嘱, 私自服用、涂用、注射药物;
- (八) 被保险人流产、分娩、堕胎 (但因遭受意外伤害所致不在此限);
- (九) 被保险人受细菌、病毒或寄生虫感染 (但因意外伤害事故致伤口感染者除外), 或被保险人中暑、猝死、药物过敏、食物中毒;
- (十) 被保险人因精神错乱或失常而导致的意外;
- (十一) 被保险人因接受检查、麻醉、整容手术及其它内外科手术、药物治疗等导致的故事;
- (十二) 被保险人因非公共交通工具意外事故以外的原因失踪而被法院宣告死亡的;
- (十三) 任何生物、化学、原子武器、原子能或核能爆炸、辐射或污染;
- (十四) 被保险人乘坐公共交通工具违反乘运人关于安全乘坐的规定而导致事故发生的;

第六条 被保险人在下列期间遭受伤害导致身故或伤残的, 保险人也不承担给付保险金责任:

- (一) 公共交通工具被保险人违反法律法规或交通管理部门的规定搭乘公共交通工具或搭乘未经当地相关政府部门登记许可的公共交通工具期间;
- (二) 被保险人因受酒精、毒品、管制药品的影响期间;
- (三) 战争 (无论宣战与否)、内战、军事行动、恐怖活动、暴乱或其它类似的武装叛乱期间;
- (四) 被保险人中途离开所乘公共交通工具至重新登上该公共交通工具期间;
- (五) 被保险人双脚踏上公共交通工具之前和被保险人一脚离开公共交通工具之后;
- (六) 被保险人置身于任何非法经营客运业务的公共交通工具期间。

第七条 因下列情形之一, 导致被保险人发生医疗费用支出的, 保险人不承担给付医疗费用保险金责任:

- (一) 被保险人身患疾病所支付的医疗费用;
- (二) 用于矫形、美容、心理咨询、器官移植、角膜屈光成形手术或修复、安装及购买残疾用具 (如轮椅、假肢、助听器、假眼、假牙、配镜等) 的费用;
- (三) 被保险人健康护理 (含体检、疗养、特别护理或静养) 等非治疗性的行为及无客观病征证明其不健康及以捐献身体器官为目的的医疗行为;
- (四) 被保险人流产、堕胎、分娩、不孕症、避孕或绝育手术、变性手术、人体试验和人工生殖, 及由此而引起的并发症;
- (五) 被保险人发生的护理 (陪护) 费、取暖费、交通费、误工费、空调费、膳食费、特需服务费、营养性药品等需要自理的费用;
- (六) 被保险人未经保险人同意的转院治疗; 被保险人在家自设病床治疗;
- (七) 被保险人在非认可的医疗机构治疗发生的医疗费用或保险单签发地社会医疗保险主管部门规定的自费项目;
- (八) 因医疗事故、医疗意外及并发症增加的医疗费;

(九) 本附加险合同第六条、第七条约定的责任免除事项。

第八条 因下列情形之一，导致被保险人住院的，保险人不承担给付住院津贴保险金责任：

(一) 被保险人身患疾病而住院；

(二) 以矫形、美容、心理咨询、器官移植、角膜屈光成形手术或修复为目的的住院；

(三) 被保险人因健康护理(含体检、疗养、特别护理或静养)等非治疗性的行为及无客观病征证明其不健康及以捐献身体器官为目的的医疗行为导致的住院；

(四) 被保险人因流产、堕胎、分娩、不孕症、避孕或绝育手术、变性手术、人体试验和人工生殖，及由此而引起的并发症而住院；

(五) 被保险人在非认可的医疗机构治疗；

(六) 被保险人未经保险人同意的转院治疗；被保险人在家自设病床治疗；

(七) 本保险合同第六条、第七条约定的责任免除事项。

第九条 对主险合同列明的责任免除事项导致本附加险合同约定的保险事故的，保险人亦不承担本附加险合同约定的保险金赔付责任。

保险金额、免赔额(率)和保险费

第十条 保险金额是保险人承担给付保险金责任的最高限额。保险金额由投保人、保险人双方约定，并在保险单中载明。

保险人和投保人可以在本附加险合同项下约定免赔额(率)、一次事故给付限额等限制条件，并于保险单中载明。

保险费依据保险金额与保险费率计收，保险费支付方式由投保人在投保时与保险人约定，并于保险单上载明。

保险人义务

第十一条 订立保险合同时，采用保险人提供的格式条款的，保险人向投保人提供的投保单应当附格式条款，保险人应当向投保人说明保险合同的内容。对保险合同中免除保险人责任的条款，保险人在订立合同时应当在投保单、保险单或者其他保险凭证上作出足以引起投保人注意的提示，并对该条款的内容以书面或者口头形式向投保人作出明确说明；未作提示或者明确说明的，该条款不产生效力。

第十二条 保险人认为投保人、被保险人或者受益人提供的有关给付保险金的证明和资料不完整的，应当及时一次性通知投保人、被保险人或者受益人补充提供。

第十三条 保险人收到被保险人或者受益人的给付保险金的请求后，应当及时作出是否属于保险责任的核定；情形复杂的，应当在三十日内作出核定，但保险合同另有约定的除外。

保险人应当将核定结果通知被保险人或者受益人；对属于保险责任的，在与被保险人或者受益人达成给付保险金的协议后十日内，履行赔偿保险金义务。保险合同对给付保险金的期限有约定的，保险人应当按照约定履行给付保险金的义务。保险人依照前款约定作出核定后，对不属于保险责任的，应当自作出核定之日起三日内向被保险人或者受益人发出拒绝给付保险金通知书，并说明理由。

第十四条 保险人自收到给付保险金的请求和有关证明、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，应当支付相应的差额。

投保人、被保险人义务

第十五条 投保人应当在保险合同成立时一次性交清全部保险费。投保人未按约定一次性足额交纳保险费的，保险合同不生效，对保险合同生效之日前发生的保险事故，保险

人不承担相应的保险责任。

第十六条 投保人住所或通讯地址变更时，应及时以书面形式通知保险人。投保人未通知的，保险人按本保险合同所载的最后住所或通讯地址发送的有关通知，均视为已发送给投保人。

第十七条 投保人、被保险人或者保险金受益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除外。

上述约定，不包括因不可抗力而导致的迟延。

保险金申请与给付

第十八条 保险金申请人向保险人申请给付保险金时，应提交以下材料。保险金申请人因特殊原因不能提供以下材料的，应提供其他合法有效的材料。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。

（一）意外身故保险金申请

1. 保险金给付申请书；
2. 保险合同、保险单或保险凭证原件；
3. 被保险人的有效身份证明；
4. 身故保险金受益人的有效身份证明；
5. 出险当次客票（如有）；
6. 公安部门或保险人认可的医疗机构出具的被保险人死亡的书面证明或验尸报告；
7. 如被保险人为宣告死亡，保险金申请人须提供中华人民共和国人民法院（不含香港、澳门、台湾地区）出具的宣告死亡证明文件；如被保险人在境外身故的，需要提供中华人民共和国驻所在国使、领馆或保险事故发生地政府有关机构出具的被保险人死亡证明文件；
8. 公安、交通等有关部门出具的意外伤害事故证明；
9. 其他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。

（二）意外伤残保险金申请

1. 保险金给付申请书；
2. 保险合同、保险单或保险凭证原件；
3. 被保险人的有效身份证明；
4. 保险金申请人的有效身份证明；
5. 出险当次客票（如有）；
6. 经中华人民共和国司法行政机关审核登记、并取得《司法鉴定许可证》的或经保险人与被保险人或投保人协商同意的鉴定机构根据《伤残评定标准》出具的被保险人伤残程度的资料或身体伤残程度评定书；
7. 公安、交通等有关部门出具的意外伤害事故证明；
8. 保险人认可的医疗机构出具的医疗诊断证明书（包括但不限于诊断全称、病历和治疗过程）、医疗纪录、住院证明正本；
9. 其他与确认保险事故的性质、原因、损失程度有关的证明和资料。

（三）意外伤害医疗费用保险金申请

1. 保险金给付申请书；
2. 保险合同、保险单或保险凭证原件；
3. 被保险人的有效身份证明；

4. 保险金申请人的有效身份证明；
5. 出险当次客票（如有）；
6. 公安、交通等有关部门出具的意外伤害事故证明；
7. 保险人认可的医疗机构出具的附有 X 线片、病理检查、化验检查及其它医疗仪器检查报告的医疗诊断证明书、病历及医疗纪录正本、结算明细表、医疗、医药费原始单据；
8. 其它与确认保险事故的性质、原因、损失程度等有关的证明和资料。

（四）意外伤害住院津贴保险金申请

1. 保险金给付申请书；
2. 保险合同、保险单或保险凭证原件；
3. 被保险人的有效身份证明；
4. 保险金申请人的有效身份证明；
5. 出险当次客票（如有）；
6. 公安、交通等有关部门出具的意外伤害事故证明；
7. 保险人认可的其它医疗机构出具的入出院证明、附有病理检查、化验检查及其它医疗仪器检查报告的医疗诊断证明书（包括但不限于诊断全称、病历和治疗过程）、医疗纪录、住院证明正本；
8. 其他与确认保险事故的性质、原因、损失程度等有关的证明和资料。

（五）被保险人继承人作为保险金申请人申请给付保险金时，需提供可证明合法继承权的相关权利文件；

（六）如保险金申请人委托他人申领保险金，还须提供授权委托书及受托人的有效身份证明和资料。

（七）境外出险申请

境外出险除须按照本条第（一）至（六）款约定提供相应保险金申请文件外，凡由境外机构或人员出具的文件必须经境外出险地合法公证机构对文件的有效性及其真实性进行公证，或经中国驻当地所在国使领馆认可。

第十九条 保险人对一次事故的保险金给付不超过保险合同所约定的一次事故赔偿限额。如果按保险合同约定应给付的各被保险人的保险金总和超过一次事故赔偿限额的，则将按该限额与应向所有该次出险的被保险人支付的保险金总和的比例向每位被保险人给付保险金。

其他事项

第二十条 在本附加险合同成立后，投保人 can 以书面形式通知保险人解除合同，但保险人已根据本附加险合同约定给付保险金的除外。

投保人解除本附加险合同时，应提供下列证明文件和资料：

- （一） 保险合同解除申请书；
- （二） 保险合同、保险单或其他保险凭证原件；
- （三） 投保人有效身份证明。

投保人要求解除本附加险合同，自保险人接到本附加险合同解除申请书之时起，本附加险合同解除。保险人收到上述证明文件和资料之日起三十日内退还保险单的未到期保费。

释义

1. **不可抗力：**指不能预见、不能避免并不能克服的客观情况。
2. **意外伤害：**指遭受外来的、突发的、非本意的、非疾病的客观事件为直接原因致使身体受到的伤害。

3. **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 24 小时内发生的非暴力性突然死亡。**猝死的认定以医院的诊断和公安部门的鉴定（如有）为准。**

4. **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，**但不包括由医生开具并遵医嘱使用的用于治疗疾病但含有毒品成分的处方药品。**

5. **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。

6. **醉酒**：每 100 毫升血液中酒精含量达到和超过 80 毫克即为醉酒。

7. **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。

8. **保险金申请人**：指被保险人、受益人或被保险人的继承人或依法享有保险金请求权的其他自然人。

9. **认可的医疗机构**：在中国境内（**不包括香港、澳门、台湾地区**）是指经中华人民共和国卫生部门评审确定的二级或以上的公立医院或投保人与保险人协商共同指定的医院或医疗机构。意外伤害急救不受此限，但经急救情况稳定后，须根据病情及时转入前述指定或认可的医疗机构治疗。

在中国境外（包括香港、澳门、台湾地区）是指保险人认可的根据所在国家或者地区法律规定合法成立、运营并符合以下标准的医疗机构：

（1）主要运营目的是以住院病人形式提供接待患病、受伤的人并为其提供医疗护理和治疗；

（2）在一名或若干医生的指导下为病人治疗，其中最少有一名合法执业资格的驻院医生驻诊；

（3）维持足够妥善的设备为病人提供医学诊断和治疗，并于机构内或由其管理的其他地方提供进行各种手术的设备；

（4）有合法执业的护士提供和指导二十四小时的全职护理服务。

本保险合同所指医疗机构不包括以下或类似的医疗机构：

（1）精神病院；

（2）老人院、疗养院、戒毒中心和戒酒中心；

（3）健康中心或天然治疗所、疗养或康复院。

10. **住院**：指被保险人因意外伤害而入住医疗机构之正式病房接受全日 24 小时监护治疗的过程，并正式办理入出院手续。**但不包括下列情况：**

（1）被保险人在医疗机构的（门）急诊观察室、家庭病床（房）入住；

（2）被保险人在特需病房、外宾病房或其它不属于社会医疗保险范畴的高等级病房入住；

（3）被保险人入住康复科、康复病床或接受康复治疗；

（4）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，或一天内住院不满二十四小时；但遵医嘱到外院接受临时治疗的除外；

（5）被保险人住院体检；

（6）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。

11. **合理且必要的医疗费用**

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。

医学必需：指医疗费用符合下列所有条件：

- (1) 治疗意外伤害所必需的项目；
- (2) 不超过安全、足量治疗原则的项目；
- (3) 由专科医生开具的处方药；
- (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。

12. 同一次住院：指被保险人因同一意外伤害事故及其引发的并发症而间歇性入住医院，前次出院与后次入院日期相隔未达九十日，则视为同一次住院。

13. 实际住院天数：指被保险人在医院住院部病房内实际的住院治疗日数。住院满二十四小时为一日，但不含被保险人在住院治疗期间擅自离院期间的日数。

14. 未到期保费：

指解除保险合同时，由保险人退还的那部分金额。

未到期保险费=保险费× $(1-m/n)$ ，其中 m 为本合同已生效天数， n 为本合同保险期间的天数。经过天数不足一天的按一天计算。

15. 《人身保险伤残评定标准及代码》：指原中国保险监督管理委员会通过保监发[2014]6号发布并经国家标准化委员会备案(JR/T 0083-2013)的国家金融行业标准。