

华泰财险附加家庭成员意外伤害医疗保险（四川示范版）条款

总则

第一条 本条款为本保险单约定的意外健康险类主险的附加险条款。只有在投保了主险的基础上，方可投保本附加险。

第二条 凡涉及本附加险合同的约定，均采用书面形式。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。主险合同无效，本附加险合同亦无效。

第三条 除另有约定外，本附加险合同保险金的受益人为被保险人本人。

保险责任

第四条

如保险合同中包含多个主险条款，投保人、保险人双方可约定本附加险所适用的主险条款，并在保险单中载明；如未约定所适用的主险条款，则视为本附加险适用于保险合同中的全部主险条款。如本附加险所适用的主险条款中包含多项保险责任，还可约定本附加险所适用的具体保险责任，并在保险单中载明；如未约定所适用的保险责任，则视为本附加险适用于该条款中的全部保险责任。

被保险人自获得**被保资格（见释义）**之日起，且在保险期间内遭受主险责任范围内的意外伤害，并因该意外伤害在保险期间内在**指定医疗机构（见释义）**进行治疗，保险人按下列约定给付意外医疗保险金：

（一）对于被保险人每次遭受意外伤害在保险期间内所支出的**必需且合理（见释义）**的、符合本保险合同签发地政府颁布的社会基本医疗保险（见释义）报销范围的医疗费用，保险人在扣除社会基本医疗保险、公费医疗和任何第三方（包括任何商业医疗保险）已经补偿或给付部分以及本附加险合同约定的免赔额（见释义）后，对其余额按本附加险合同约定的给付比例和门诊急诊限额（见释义）给付意外医疗保险金。免赔额、给付比例和门诊急诊限额由投保人、保险人双方约定，并在保险单中载明。

（二）保险期间届满被保险人治疗仍未结束的，保险人所负保险责任期限可按下列约定延长：门诊急诊治疗者，自保险期间届满次日起计算，以门诊急诊延长日数为限；保险期间届满被保险人仍在住院（见释义）治疗的，自保险期间届满次日起计算，至出院之日止，最长以住院延长日数为限。该“门诊急诊延长日数”、“住院延长日数”以保险单载明为准；若保险单未载明的，则该“门诊急诊延长日数”视为15日（含），“住院延长日数”视为90日（含）。

（三）保险人对同一个家庭中所有被保险人在本附加险合同项下承担给付意外医疗保

险金的责任以意外医疗家庭保险金额为限。对同一个家庭中所有被保险人在本附加险合同项下一次或者累计给付的保险金达到意外医疗家庭保险金额时，保险人对该家庭中所有被保险人的保险责任终止。

第五条 补偿原则

本附加险合同适用补偿原则。被保险人通过任何途径所获得的医疗费用补偿金额总和以其实际支出的金额为限。被保险人已经从社会基本医疗保险、公费医疗和任何第三方（包括任何商业医疗保险）获得相关医疗费用补偿的，保险人仅对扣除已获得补偿后的剩余部分医疗费用，按照本附加险合同的约定承担给付保险金的责任。

责任免除

第六条 本附加险所适用主险合同中列明的“责任免除”事项，也适用于本附加险合同，保险人不承担给付保险金责任。

因下列情形之一，导致被保险人支出医疗费用的，保险人不承担给付保险金责任：

- （一）被保险人非因意外伤害而进行的整容、整形手术，以及因任何原因进行的美容；
- （二）被保险人非因意外伤害而进行的牙科治疗或手术、视力矫正、因矫正视力而作的眼科验光检查，以及任何原因导致的牙齿修复或牙齿整形、安装及购买残疾用具（如轮椅、假肢、假眼、假牙或者助听器等）；
- （三）被保险人进行一般身体检查、疗养、特别护理、静养、康复性治疗、物理治疗、心理治疗或预防性治疗；
- （四）被保险人在投保前已有残疾的治疗和康复；
- （五）被保险人在家自设病床治疗；
- （六）被保险人不符合入院标准住院、挂床住院（见释义）或应当出院但拒不出院而造成的延长住院。

第七条 对于本附加险合同载明的免赔额，保险人不承担给付保险金的责任。

保险金额

第八条 保险单中所载的意外医疗家庭保险金额是保险人对该家庭所有被保险人承担给付意外医疗保险金责任的最高限额。经投保人和保险人双方约定，可选择按照以下分配方式之一分配家庭保险金额，并在保险单中载明。保险金额及分配方式一经确定，在保险期间内不得变更。

（一）均分家庭保险金额

意外医疗保险责任的每人保险金额=意外医疗家庭保险金额÷该家庭中的被保险人总人

数。被保险人总人数以投保时告知为准。保险人对每一被保险人在本附加险合同项下一次或者累计给付的保险金之和以意外医疗保险责任的每人保险金额为限。

（二）共享家庭保险金额

指家庭中所有被保险人共享意外医疗家庭保险金额。保险人对家庭所有被保险人在本附加险合同项下一次或者累计给付的保险金之和不超过意外医疗家庭保险金额。

当多名被保险人发生保险事故的，保险人按照提交完整保险金申请资料并申请给付保险金的先后顺序依次计算并给付保险金，后续案件在剩余意外医疗家庭保险金额范围内计算并给付保险金。

当多名被保险人发生保险事故且同时提交完整保险金申请资料并申请给付保险金的，保险人按单独提交保险金申请资料的情况分别计算每人应给付金额。若多名被保险人的应给付金额之和大于家庭保险金额与既往已给付金额之差的，保险人按下述公式计算每人实际给付金额： $(\text{该被保险人应给付金额} \div \text{多名被保险人应给付金额之和}) \times (\text{家庭保险金额} - \text{既往已给付金额})$ 。

（三）独享家庭保险金额

指家庭中某一个被保险人独享意外医疗家庭保险金额，该被保险人以投保时告知为准，并在保险单中载明。保险人对该被保险人在本附加险合同项下一次或者累计给付的保险金之和不超过意外医疗家庭保险金额，对该家庭的其他被保险人不承担保险责任。

（四）其他方式

除上述情形外，经投保人和保险人双方约定，可在投保时约定按照其他方式分配意外医疗家庭保险金额，并在保险单中载明。

保险金申请

第九条 保险金申请人（见释义）向保险人申请给付保险金时，应填写保险金给付申请书，并提交以下材料。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及相关证明文件。保险人按照本保险合同的约定，认为有关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。**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）保险金给付申请书；

（二）保险单；

（三）保险金申请人、被保险人身份证明；

（四）指定医疗机构出具的医疗费用发票/收据、费用明细清单/帐、病历、出院小结、诊断证明及其他医疗记录等；

（五）对于已经从社会基本医疗保险、公费医疗或任何第三方（包括任何商业医疗保险）

获得相关医疗费用补偿的，应提供社会基本医疗保险机构、商业保险机构或其他第三方的医疗费用分割单或医疗费用结算证明；

（六）保险金申请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。

释义

（一）被保资格

无论本附加险合同为首次投保、续保还是非续保的，被保险人获得被保资格的日期均以以下两者中较晚的日期为准：（1）本附加险合同的保险期间起始日；（2）本附加险合同项下增加该被保险人批单所载生效日，有多张批单增加该被保险人的，以最新批单所载生效日为准。

被保险人因非保险事故身故的，则自其身故之日起该被保险人的被保资格丧失，保险人对该被保险人所承担的保险责任随即终止。

本附加险合同保险期间终止，则被保险人的被保资格终止，保险人对被保险人所承担的保险责任随即终止。

本附加险合同解除，则自解除之日起被保险人的被保资格终止，保险人对被保险人所承担的保险责任随即终止。

（二）指定医疗机构

除另有约定外，指定医疗机构指中华人民共和国境内（不包括香港、澳门、台湾地区）二级（含）及以上医院或保险人认可的医疗机构，且应符合下列所有条件：

1. 拥有合法经营执照；
2. 设立的主要目的为向受伤者和患病者提供留院治疗和护理服务；
3. 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；
4. 非主要作为康复医院、诊所、护理、疗养、戒酒、戒毒或类似的医疗机构。

投保人和保险人双方还可以约定指定医疗机构的条件、范围等，并在保险单中载明。

（三）必需且合理

指同时符合以下两个条件：

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：

- （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。**

（四）社会基本医疗保险：指国家最新修订颁布的《社会保险法》规定的基本医疗保险，包括职工基本医疗保险、城镇居民基本医疗保险、新型农村合作医疗等政府举办的基本医疗保险。

（五）免赔额：指在每次意外伤害事故中应由每一被保险人自行承担，本附加险合同不予赔付的部分。即在每次意外伤害事故中，保险人对发生本附加险合同约定医疗费用的每一被保险人分别扣除一个每人免赔额。

（六）门诊急诊限额：指在每次意外伤害事故中，保险人对每一被保险人给付本附加险合同约定门诊急诊医疗费用的最高限额。

（七）住院：是指被保险人确因临床需要、经医生诊断必须留院治疗，正式办理入院及出院手续，并确实入住医疗机构正式病房接受治疗的行为过程；被保险人必须连续留院二十四小时以上且由医疗机构收取病房或床位费用，**但不包括门诊观察室、急诊观察室、其他非正式病房、联合病房或挂床住院。**

（八）挂床住院：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，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、床位费的情况。

（九）保险金申请人：本附加险合同的保险金申请人是指被保险人本人。