

华泰财险广西地区学生意外伤害保险（2026 年修订版）

（互联网专属）附加学生意外伤害门（急）诊医疗

保险条款

第一部分 总则

第一条 合同构成

本附加险合同附加于广西地区学生意外伤害保险合同（以下简称“主险合同”）。本附加险合同与主险合同相抵触之处，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。

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、被保险人

本附加险合同的投保人、被保险人与主险合同相同。

第三条 受益人

除投保人或被保险人另有指定外，本附加险合同保险金受益人为被保险人本人。

第二部分 保险责任和责任免除

第四条 保险责任

被保险人在本附加险合同保险期间内发生意外伤害，并因该意外伤害在中华人民共和国境内（不含港、澳、台地区，下同）二级以上（含二级）或保险人认可的医疗机构（详见释义）进行门（急）诊治疗而产生的、符合基本医疗保险支付范围（详见释义）的必需且合理（详见释义）的费用，保险人按照以下约定承

担保险责任：

1. 保险人按照被保险人实际发生且符合前款规定的医疗费用扣除基本医疗保险赔偿金额或者免赔额后的剩余金额，按本附加险合同约定的赔付比例给付医疗保险金。

2. 被保险人从其他商业医疗保险保障计划或其他任何途径获得补偿的，保险人应按照被保险人实际发生的全部医疗费用扣除其他途径（详见释义）获得的补偿金额后的剩余金额进行赔偿，赔偿最高限额不超过第1项规定的赔偿金额。

除另有约定外，被保险人因在保险期间内遭受意外伤害而接受门诊治疗，至保险期间届满时治疗仍未结束的，对于在保险期间届满次日起15日内发生的门（急）诊医疗费用，保险人在本附加险合同保险责任范围内继续承担给付保险金责任；对于保险期间届满次日起15日后发生的门（急）诊医疗费用，保险人不再承担给付保险金的责任。

针对以下两种情况，投保人和保险人分别约定每次意外伤害门（急）诊医疗保险金免赔额和赔付比例，并在保险单上载明：

1. 被保险人已参加基本医疗保险，且在申请理赔时已从基本医疗保险获得针对该次医疗费用的补偿或赔偿；

2. 被保险人在申请理赔时未参加基本医疗保险，或被保险人已参加基本医疗保险，但未从基本医疗保险获得针对该次医疗费用的补偿或赔偿。

保险人对被保险人所负的意外伤害门（急）诊医疗保险金的给付责任以保险单所载意外伤害门（急）诊医疗保险金额为限，一次或累计给付的保险金达到该项保险金额时，保险人对该被保

险人本附加险合同保险责任终止。

第五条 责任免除

被保险人发生的下列医疗费用，保险人不承担保险责任：

- 一、因主险合同责任免除条款所列情形产生的医疗费用；
- 二、被保险人在本附加险合同生效前已遭受的意外伤害或已有伤残的治疗（除另有约定外）；
- 三、被保险人非因意外伤害导致的牙齿修复费用；
- 四、被保险人体检、疗养、心理咨询或康复治疗的费用；
- 五、被保险人的视力矫正手术或者变性手术；
- 六、被保险人已从其他商业保险计划或其他途径（详见释义）获得的医疗补偿。

第三部分 保险期间、保险金额、免赔额（率）及保险费

第六条 保险期间

本附加险合同保险期间与主险合同一致，以保险单载明的起讫时间为准。本合同为不保证续保合同，投保人可于保险期间届满前向本公司提出续保申请，本公司有权对投保人的续保申请进行审核。经本公司审核同意后，投保人向本公司交付续保保险费，获得新的保险合同。

第七条 保险金额和免赔额（率）

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

保险人和投保人可以在本附加险合同项下约定免赔额（率）等限制条件，并于保险合同中载明。

第八条 保险费

保险费的交付方式、交付日期与主险合同相同。

第四部分 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，应提交以下材料：

一、意外伤害门（急）诊保险金申请

1. 保险金给付申请书；

2. 保险金申请人和被保险人的有效身份证明；

3. 中华人民共和国境内二级以上（含二级）或保险人认可的医疗机构（详见释义）出具的医疗费用原始结算凭证及明细清单/帐、诊断证明、病历、出院小结等；

如被保险人以已参加基本医疗保险，且已从基本医疗保险获得针对该次医疗费用的补偿或赔偿的情况进行理赔申请，被保险人可不提供医疗费用结算凭证原件，但应提供医疗费用结算凭证复印件、基本医疗保险机构或单位出具的住院费用结算及补偿证明，并加盖相应机构或者单位公章。**被保险人未能提供基本医疗保险的补偿证明，保险人均视同被保险人未参加基本医疗保险的情况给付保险金。**

如被保险人已从其他商业保险计划或其他途径（详见释义）获得补偿导致无法提供结算凭证原件的，需提供医疗费用结算凭证复印件、相应机构或单位出具的住院费用结算及补偿证明，并加盖相应机构或者单位公章。

4. 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。

二、保险金申请人因特殊原因不能提供以上材料的，应提供其他合法有效的材料。

三、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。

受益人为无民事行为能力人或者限制民事行为能力人的，由其监护人代为申领保险金，并需要提供监护人的身份、关系证明等资料。

四、保险人认为保险金申请人提供的有关索赔的证明和资料不完整的，应及时一次性通知补充提供。

五、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。

第五部分 其他事项

第十条 合同解除

投保人可以要求单独解除本附加险合同。若投保人解除主险合同，本附加险合同一并解除，合同解除后，保险人参照主险合同有关规定退还本附加险合同的未满期净保费。

第十一条 释义

基本医疗保险：指《中华人民共和国社会保险法》规定的基本医疗保障项目。参加机关单位子女医疗统筹视同参加基本医疗保险。

基本医疗保险支付范围：指符合基本医疗保险的药品目录、诊疗项目、医疗服务设施标准以及急诊、抢救的医疗费用。

保险人认可的医疗机构：保险公司在保险单、批单或者批注中列

明的医疗机构。

其他途径：指互助基金、保险公司、工作单位或对其承担民事责任的第三人。

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。

其他释义与主险合同释义一致。