

## 华泰财险附加意外伤害医疗保险 C 款（互联网专属）条款

### 附加保险合同订立

**第一条** 本附加保险合同（以下简称“本附加险合同”）须附加于保险人意外伤害保险或健康保险的保险主险合同（以下简称“主险合同”）使用。

### 保险责任

**第二条** 在本附加险合同保险期间内，保险人承担下列保险责任：

保险期间内，被保险人遭受意外伤害事故，并因该次意外事故为直接原因导致伤害而经保险人认可的医疗机构进行必要治疗，保险人就其事故发生之日起一百八十日内（含第一百八十日）实际支出的合理且必要的医疗费用，在本附加险合同该被保险人对应的保险金额内，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、赔付比例在保险合同中载明。

保险人对每一被保险人所负给付意外伤害医疗保险金的责任以保险合同所载每一被保险人的意外伤害医疗保险金额为限，一次或累计给付的保险金达到意外伤害医疗保险金额时，保险人对该被保险人在本附加险合同下的保险责任终止。

当被保险人住院治疗跨两个保险年度时，保险人以意外伤害事故发生日当年度本附加险合同对应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（包括公费医疗、社会医疗保险、

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)获得医疗费用赔偿,保险人可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,在本附加险合同对应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。

(一)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。

(二)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

(三)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(一)到(三)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相应保险金额为限。

### 责任免除

**第三条** (一) 存在下列情形或因下列情形之一, 直接或间接导致被保险人发生医疗费用支出的, 保险人不承担赔偿责任:

1. 被保险人身患疾病的;
2. 被保险人康复治疗、健康护理(含体检、健康体检、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;
3. 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;
4. 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;
5. 被保险人在非保险人认可的医疗机构治疗, 但被保险人因情况紧急必须立即就医的除外;
6. 被保险人未遵医嘱, 私自服用、涂用、注射药物;
7. 被保险人因接受检查、麻醉、整容手术及其它内外科手术、药物治疗等导致的事故;
8. 因医疗事故、医疗意外及并发症增加的医疗费;
9. 主险合同约定的责任免除事项。

(二) 被保险人发生下列费用，保险人不承担赔偿责任：

1. 被保险人发生的护理（陪住）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；
2. 用于矫形、整容、美容、心理咨询、康复治疗（训练）、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；
3. 被保险人所在地社会医疗保险主管部门规定的自费项目。

### 受益人

**第四条** 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。

### 保险事故通知

**第五条** 投保人或被保险人或受益人应于被保险人入院之日起五日内或经保险人书面同意延长的期限内通知保险人。

被保险人应在认可的医疗机构就诊，若因情况紧急必须立即就医的未在认可的医疗机构就诊的，应在三日内通知保险人，并根据病情及时转入认可的医疗机构。若确需转入非认可的医疗机构就诊的，应向保险人提出书面申请，保险人在接到申请后三日内给予答复，对于保险人同意在非认可的医疗机构就诊的，对被保险人在非认可的医疗机构发生的医疗费用按本附加险合同规定给付保险金。

## 保险金申请

### 第六条 （一）意外伤害医疗保险金的申请

保险金申请人填写保险金给付申请书，并凭下列证明文件、资料原件向保险人申请给付保险金：

1. 保险金给付申请书；
2. 保险单或保险凭证原件；
3. 保险金申请人的有效身份证明；
4. 被保险人的有效身份证明；
5. 法律法规授权的有关部门出具的意外伤害事故证明；
6. 保险人认可的医疗机构出具的附有病理检查、化验检查及其他医疗仪器检查报告的

医疗诊断证明、病历及医疗费用清单、医疗费用原始单据、结算明细表与处方正本；

7. 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。

（二）被保险人的继承人作为保险金申请人索赔时，需提供公证机构出具的证明其具备保险金请求权及所享份额等事宜的公证文件。

（三）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身份证明和资料。

### （四）境外出险申请

境外出险除须按照本条第（一）款约定提供相应索赔申请文件外，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。

（五）当保险人给付的保险金金额未达到被保险人实际支出意外医疗费用的全部金额时，索赔申请人可以书面形式向保险人申请发还原始单据，保险人在加盖公章并注明已赔付金额后发还原始单据。

### 本附加险合同效力终止

**第七条** 以下任何一种情况发生时，本附加险合同效力自动终止，保险人不再承担给付保险金的责任：

1. 投保人解除本附加险合同；
2. 主险合同解除、终止效力或期满；
3. 本附加险合同因保险合同约定或法律规定的其他情形而终止。

主险合同无效，本附加险合同亦自始无效。

### 其他

**第八条** 凡涉及本附加险合同的约定，均应采用书面形式。本附加险合同与主险合同不一致之处，以本附加险合同为准；本附加险合同未尽之处，以主险合同为准。

### 释义

#### 1. 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境内（不含香港、澳门、台湾地区）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并在保单中约定的医院或医疗机构，且仅限于上述医疗机构的普通部。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。

不包括如下机构或医疗服务：

（1）特需医疗、外宾医疗、干部病房、联合病房、国际医疗中心、VIP 部、联合医院；

（2）诊所、康复中心、家庭病床、护理机构；

（3）休养、戒酒、戒毒中心；

（4）精神病院、精神心理治疗中心、老人院、疗养院、健康中心。

该医疗机构必须具有系统的、充分的诊断设备，全套外科手术设备及能够提供二十四小时的医疗与护理服务的能力或资质。

## 2. 住院

是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。

挂床住院指被保险人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除外。

### 3. 社会医疗保险

本合同所称的社会医疗保险包括城镇职工基本医疗保险、城镇居民基本医疗保险、新型农村合作医疗、医疗救助、少儿医保等政府举办的基本医疗保障项目。



#### 4. 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。

如被保险人在中国境内（不含港、澳、台地区）治疗的，指符合被保险人当地社会医疗保险报销范围的、合理且必要的医疗费用。

本附加险合同的未释义名词，均以主险合同的释义为准。