

永诚财产保险股份有限公司  
附加意外伤害医疗保险（B款）条款  
产品注册号：C00006832522020092900731

总则

**第一条 保险合同构成**

本附加险合同（以下简称“本附加险”）须附加于永诚财产保险股份有限公司的意外伤害保险合同（以下简称“主险”）。主险所附条款、投保单、保险单、保险凭证以及批单等，凡与本附加险相关者，均为本附加险的构成部分。凡涉及本附加险的约定，均应采用书面形式。

**第二条** 若主险条款与本附加险条款相抵触的，以本附加险条款为准；本附加险条款未约定事项，以主险条款为准；主险条款效力终止，本附加险条款效力亦同时终止；主险条款无效，本附加险条款亦无效。

**第三条 受益人**

除另有约定外，本附加险的受益人为被保险人本人。

保险责任

**第四条 保险责任**

在本附加险保险期间内，被保险人因遭受主险合同责任范围内的意外伤害事故（以下简称“意外伤害事故”），在**保险人指定或认可的医院进行治疗**，对于被保险人实际支出的合理且必要的医疗费用，保险人按照本附加险的约定，在扣除免赔额后乘以给付比例在相应的保险金额内给付保险金。本附加险另有约定的除外。

（一）社会医疗保险支付范围内医疗费用责任

被保险人因遭受意外伤害事故经医院确诊必须接受治疗，由此发生的、符合当地社会保险行政部门规定的社会医疗保险支付范围内的合理且必要的医疗费用，在扣除约定的免赔额后乘以约定的给付比例在约定的该项责任保险金额限额内给付社会医疗保险支付范围内医疗费用保险金。具体的免赔额、给付比例在保险合同中载明。如果被保险人没有社会医疗保险或公费医疗、或者有却未从社会医疗保险或公费医疗中获得费用补偿的，则保险人在扣除约定的免赔额后按照约定的给付比例给付保险金。

（二）社会医疗保险乙类个人自付部分医疗费用责任

被保险人因遭受意外伤害事故经医院确诊必须接受治疗，由此发生的、符合当地社会保险行政部门规定的乙类自付部分的合理且必要的医疗费用，在扣除约定的免赔额后乘以约定的给付比例在约定的该项责任保险金额限额内给付社会医疗保险乙类个人自付部分医疗费用保险金。具体的免赔额、给付比例在保险合同中载明。

（三）社会医疗保险支付范围外医疗费用责任

被保险人因遭受意外伤害事故经医院确诊必须接受治疗，由此发生的、符合当地社会保险行政部门规定的社会医疗保险支付范围外的合理且必要的医疗费用（不包括乙类个人自付部分的医疗费用），在扣除约定的免赔额后乘以约定的给付比例在约定的该项责任保险金额限额内给付社会医疗保险支付范围外医疗费用保险金。具体的免赔额、给付比例在保险合同中载明。

## 第五条 补偿原则和给付标准

(一) 本附加险为费用补偿型保险合同, 适用医疗费用补偿原则。若被保险人已从其它途径(包括但不限于社会医疗保险、公费医疗、工作单位、保险人在内的任何商业保险机构)获得补偿, 对于符合保险责任范围内的合理且必要的医疗费用, 保险人在扣除其他途径已获得的补偿后, 对于剩余部分费用根据本附加保险合同约定在该被保险人的保险金额的限额内按照约定的免赔额和给付比例给付各项保险金。即意味着包括本附加保险合同在内的各种途径所给付的所有补偿金额之和不得超过被保险人实际发生的医疗费用。

(二) 在本附加险保险期间内被保险人不论一次或多次发生意外伤害事故, 经医院确诊必须进行治疗的, 保险人均按各项保险责任的约定给付各项医疗费用保险金, 但各项保险责任的累计给付金额分别以被保险人的各项保险责任约定的保险金额为限。任意一项保险责任一次或累计给付金额达到该项保险责任约定的保险金额时, 保险人对被保险人的该项保险责任终止。各项保险责任的累计给付金额之和以本附加险约定的意外伤害医疗保险金额为限, 各项保险责任的累计给付金额之和达到本附加险约定的意外伤害医疗保险金额时, 保险人对该被保险人的保险责任终止。

(三) 除另有约定外, 保险人对于被保险人所发生的上述医疗费用的赔偿期限最长至意外伤害事故发生之日起第 180 日止。针对被保险人发生的同一起意外伤害事故, 当保险期间届满时治疗仍未结束的, 保险人将继续承担给付保险金的责任最长至意外伤害事故发生之日起第 180 日止(另有约定的从约定), 且累计给付金额达到保险金额时, 保险人对该被保险人属于本附加保险合同的保险责任终止。

### 责任免除

## 第六条 本附加保险合同的责任免除如下:

(一) 主保险合同中列明的“责任免除”事项, 也适用于本附加保险合同。若主保险合同中的责任免除条款与本附加保险合同条款有相抵触之处, 则以本附加保险合同条款为准。

(二) 下列情形或者下列费用, 保险人不负任何给付保险金责任:

1. 非因主保险合同所列意外伤害事故而发生的治疗;
2. 被保险人自杀, 但被保险人自杀时为无民事行为能力人的除外;
3. 被保险人投保前已有的残疾、既往症及其并发症;
4. 被保险人健康护理等非治疗性行为;
5. 被保险人体检、疗养、心理咨询或康复治疗的费用;
6. 被保险人用于矫形、整容、美容、器官移植或修复、安装及购买残疾用具(如轮椅、假肢、助听器、假眼、配镜等)的费用;
7. 被保险人在非保险人指定或认可的医院的治疗费用;
8. 被保险人因疾病而接受的治疗;
9. 因医疗事故导致的医疗费用;
10. 被保险人未经保险人同意的转院治疗;
11. 被保险人在家自设病床治疗。

### 保险金额

## 第七条 保险金额

本附加险的保险金额由投保人、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。

### 免赔额和给付比例

#### 第八条 免赔额

本附加险的免赔额由投保人与保险人在订立本合同时协商确定，并在本合同中载明。

本附加险的免赔额指在保险期间内被保险人每次发生本附加险保险责任范围内的费用中须首先由被保险人自行负担的金额。

社会医疗保险或公费医疗报销部分，不能计入免赔额；除社会医疗保险或公费医疗以外的其他途径已获得医疗费用补偿的部分，可计入免赔额。

#### 第九条 给付比例

本附加险的给付比例是指保险人在扣除免赔额后在保险责任范围内给付的医疗费用的百分比。本附加险保险金的给付比例由投保人与保险人在订立本合同时协商确定，并在保险单中载明。

### 保险期间

第十条 除另有约定外，本附加险的保险期间与主险保持一致，以保险单上载明的起讫时间为准。

### 保险金的申请与给付

第十一条 保险金申请人向保险人申请给付保险金时，应向保险人提供以下证明和材料。保险金申请人因特殊原因不能提供以下材料的，应提供其他保险人认可的合法有效的材料。保险金申请人未能提供下列材料，或提供的其他材料不符合保险人的要求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。

保险金申请人填写保险金给付申请书，并凭下列证明和资料向保险人申请给付保险金：

- (一) 保险金给付申请书
- (二) 保险单原件或其它保险凭证原件；
- (三) 被保险人的身份证明；
- (四) 保险人指定或认可的医院出具的医疗证明和医疗费用原始凭证；
- (五) 保险金申请人所能提供的与确认意外伤害事故的性质、原因、损害程度等有关的其它证明和资料。
- (六) 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文件。

### 其他事项

第十二条 意外伤害事故发生后，被保险人需要治疗的，应在保险人指定或认可的医院就诊，若因急诊未在保险人指定或认可的医院就诊的，应在三日内通知保险人，并根据病情及时转入保险人指定或认可的医院。

### 释义

第十三条 本附加保险合同的术语解释如下：

- (一) 【保险人指定或认可的医院】指保险人与投保人约定的定点医院，未约定定点

医院的，则指经中华人民共和国卫生部门审核认定的二级或二级以上公立医院或保险人认可的医疗机构，且仅限于上述医院的普通部，不包括上述医院下属的如下机构或医疗服务：

1. 特需医疗、外宾医疗、干部病房、国际医疗中心、VIP 部；
2. 联合病房、联合医院；
3. 诊所、康复中心、家庭病床、护理机构；
4. 休养、戒酒、戒毒中心。

该医院必须具有系统的、充分的诊断设备，全套外科手术设备及能够提供 24 小时的医疗与护理服务的能力或资质。

(二) 【合理且必要的医疗费用】指医学必需的符合通常惯例水平的医疗费用。

1. 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。

2. 符合通常惯例水平：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。

(三) 【社会医疗保险】指职工基本医疗保险、新型农村合作医疗、城镇居民基本医疗保险等在《中华人民共和国社会保险法》中规定的基本医疗保障项目。

(四) 【乙类个人自负部分】指对于被保险人使用社会医疗保险支付部分费用的诊疗项目或药品，由被保险人自行支付的不在社会医疗保险支付范围内的医疗费用。

(五) 【既往症】指被保险人在保险合同生效日之前已患的疾病或者已有的症状。通常有以下情况：

1. 保险合同生效前，医生已有明确诊断，长期治疗未间断；
2. 保险合同生效前，医生已有明确诊断，治疗后症状未完全消失，有间断用药情况；

3. 保险合同生效前发生，未经医生诊断和治疗，但症状明显且持续存在，以普通人医学常识应当知晓。

(六) 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，过失造成患者人身损害的事故。