

中国太平洋财产保险股份有限公司

附加家庭意外伤害医疗保险（2023版互联网）条款

第一部分 基本条款

第一条 合同效力

本保险合同附加于主险为互联网家庭类意外伤害保险合同（以下简称“主险合同”），依主险合同投保人的申请，经保险人审核同意而订立。主险合同效力终止，本保险合同效力亦终止；主险合同无效，本保险合同亦无效。主险合同与本保险合同相抵触之处，以本保险合同为准。本保险合同未约定事项，以主险合同为准。

第二条 被保险人

凡主险合同的被保险人，均可作为本保险合同的被保险人。

第三条 受益人

除另有约定外，本保险合同的保险金受益人为被保险人本人。

第四条 合同终止

发生下列情形之一，本保险合同即时终止：

- 一、主险合同无效、解除、终止或保险期间届满；
- 二、本保险合同保险期间届满；
- 三、本保险合同约定的其他情形。

主险合同无效、解除、终止而导致本保险合同终止的，保险人向投保人退还本附加险的现金价值，但保险人已根据本保险合同约定给付保险金的除外；主险合同按约定不退还保险费的，本保险合同也不退还现金价值。

第二部分 保险责任和责任免除

第五条 保险责任

在本保险合同的保险期间内，被保险人遭受主险合同责任范围内的意外伤害，在保险人认可的医疗机构治疗所支出的合理且必要的医疗费用，保险人按下列约定承担保险金给付责任：

一、保险人对于每次事故的医疗费用，在扣除100元免赔额后按80%的给付比例或按保险单约定的免赔额及给付比例，在保险金额内给付意外伤害医疗保险金。保险期间届满被保险人治疗仍未结束的，保险人继续承担保险金给付保险责任，除另有约定外，住院治疗者最长至意外伤害发生之日起第一百八0日止，门诊治疗者最长至意外伤害发生之日起第十五日止。

应当给付的保险金=(被保险人发生的医疗费用的有效金额-免赔额)*给付比例

说明：

(1)被保险人发生的医疗费用的有效金额=被保险人每次就诊发生的合理且必要的属于

保险责任范围内的医疗费用-被保险人从公费医疗、基本医疗保险、城乡居民大病保险取得的医疗费用补偿金额总和-被保险人从工作单位、保险人在内的商业保险公司等任何其他途径取得的医疗费用补偿金额总和。多次就诊被保险人累计发生的医疗费用的有效金额等于单次就诊被保险人发生的医疗费用的有效金额相加。

(2) 免赔额：指每次事故免赔金额。除另有约定外，本合同的免赔额为 100 元。

(3) 给付比例：指医疗费用给付比例，除另有约定外，本合同的给付比例为 80%。若被保险人已从保险人在内的商业保险机构获得医疗费用补偿，则给付比例较保险单约定的给付比例增加 5 个百分点，但同时，增加后的给付比例最高不超过 100%。

(4) 每次事故赔偿限额：指每次事故赔偿的最高限额，由投保人和保险人在投保时约定。每次事故应当给付的保险金应不超过每次事故赔偿限额，且在保险单剩余保险金额内给付。

免赔额、给付比例分别按照被保险人是否享有社会医疗保险、公费医疗保障、城乡居民大病保险及其他商业保险由投保人和保险人在投保时约定。

二、经投保人和保险人双方约定，可选择按照共享意外伤害医疗保险金方式分配保险金额，并在保险单中载明。

共享意外医疗保险金：指保险单中所有被保险人共享的意外伤害医疗保险金额。

在保险期间内，保险人按照本条约定对所有被保险人的意外伤害医疗保险金给付责任总额以保险单所载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，本保险合同的保险责任终止。

发生主险合同约定的意外伤害保险事故后，本保险单的被保险人可单独或同时申请共享意外医疗保险金。每个被保险人单独计算的给付金额按照上述应当给付的保险金计算，最高不超过本保险单约定的各自共享意外医疗保险金。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申请给付保险金的先后顺序依次计算并给付共享保险金，后续案件在剩余共享保险金额范围内计算并给付共享保险金。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共享保险金的，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共享保险金额与既往已给付共享保险金额之差的，保险人按下述公式计算每人实际给付金额：
(该被保险人应给付共享金额÷多名被保险人应给付共享金额之和)×(保险单共享保险金额-既往已给付共享保险金额)。

三、本保险合同为费用补偿型保险合同，适用医疗费用补偿原则。若被保险人除本保险合同外还可从其它保险计划(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等)获得医疗费用补偿，保险人以意外伤害医疗保险金额为限，对被保险人获得补偿后的医疗费用的余额按照合同约定给付保险金。

第六条 责任免除

一、主险合同中列明的“责任免除”事项，未列入本保险合同保险责任的，也适用于本保险合同。

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：

(一) 非因主险合同所列意外伤害事故而发生的治疗；

(二) 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;

(三) 被保险人体检、疗养、心理咨询或康复治疗的费用;

(四) 被保险人在非保险人认可的医疗机构的治疗费用;

(五) 交通费、住宿费、生活补助费,及被保险人的误工补贴费。

第三部分 保险期间

第七条 保险期间

除另有约定外,本保险合同保险期间为一年,自保险单载明的起始日零时开始,至约定的终止日24时止。

第四部分 保险金的申请

第八条 保险金的申请

一、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) 保险金给付申请书;

(二) 保险单原件;

(三) 保险金申请人的身份证明;

(四) 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、医药费原始单据、结算明细表和处方;**如投保时被保险人有社会基本医疗保险或公费医疗,医疗费用属于当地社会医疗保险报销范围的,但保险金申请人未能提供社会基本医疗保险或公费医疗保障的医疗费用的补偿证明,保险人均视同被保险人未参加社会基本医疗保险或公费医疗保障的情况给付保险金,给付比例将按保险单约定的给付比例降低20个百分点;**

(五) 事发当地政府有关部门出具的意外伤害事故证明或者中华人民共和国驻该国的使、领馆出具的意外伤害事故证明;

(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;

(七) 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证明等资料。

二、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,将及时一次性通知补充提供。

三、被保险人支出医疗费用并提出索赔申请后,应向保险人提交相关病历记录及医疗费用收据原件。当赔付金额未达实际支出医疗费用的全额时,索赔申请人可以书面形式向保险人申请发还收据原件。保险人在加盖印戳并注明已赔付金额后发还收据原件。

第五部分 投保人解除保险合同

第九条 若投保人解除主险合同，本保险合同一并解除，合同解除后，保险人将参照主险合同有关规定是否退还保险单的现金价值。如投保人申请解除本保险合同，须填写解除合同申请书并向保险人提供下列资料：

- (一) 保险合同；
- (二) 投保人的有效身份证件。

自保险人收到解除合同申请书时起，本保险合同终止。保险人自收到解除合同申请书之日起 30 日内向投保人退还本保险合同的现金价值。

第六部分 其他事项

第十条 注意事项

一、被保险人须在或保险人认可的医疗机构治疗。意外伤害急救不受此医疗机构级别的限制，但经急救情况稳定后，须转入规定级别或保险人认可的医疗机构治疗。

二、被保险人因医疗条件限制，确需转院治疗，必须有转出医院主治医师以上级别人员签署的会诊报告及转院证明。

三、本保险合同所记载事项，如与主险合同相抵触之处，以本保险合同为准，未尽事宜，适用主险合同的规定。

第七部分 释义

第十一条 释义

除另有约定外，本保险合同中的下列词语具有如下含义：

合理且必要的医疗费用：指被保险人发生的各项医疗费用应符合下列所有条件：

- (1) 治疗当前疾病所需药品符合国务院药品监督管理部门批准的药品说明书中所列明的适应症及用法用量；
- (2) 由医师开具的处方药或医嘱；
- (3) 非试验性的、研究性的项目；
- (4) 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。

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。未约定定点医院的，则指中华人民共和国境内（港、澳、台地区除外）合法经营的二级以上（含二级）公立医院。

社会医疗保险：指包括城镇职工基本医疗保险、城镇居民基本医疗保险、新型农村合作医疗等政府举办的基本医疗保障项目。

现金价值： $\text{现金价值} = \text{净保险费} \times [1 - (\text{保险单已经过天数} / \text{保险期间天数})] = \text{保险费} \times (1 - \text{费用比例}) \times [1 - (\text{保险单已经过天数} / \text{保险期间天数})]$ 。费用比例同主险规定。除另有约定外，经过日数不足一日的按一日计算。