

# 渤海财险

## 人身意外伤害保险附加住院期间人身意外伤害医疗保险条款 (渤海保险)(备-医疗保险)【2023】(附) 070号

### 总则

**第一条** 本附加险合同(以下简称“本合同”)是渤海财险人身意外伤害保险合同(以下简称“主险合同”)的附加险合同。本合同依主险合同投保人的申请,经保险人同意而订立。本合同作为主险合同的组成部分,主险合同效力终止,本合同效力亦同时终止;主险合同无效,本合同亦无效。本合同与主险合同相抵触之处,以本合同为准,未尽之处,以主险合同为准。

**第二条** 除另有约定外,本合同的保险金的受益人为被保险人本人。

### 保险责任

**第三条** 在保险期间内,被保险人在中华人民共和国境内(不含香港、澳门、台湾地区)医院住院期间,因遭受主险合同保险责任范围内的意外伤害事故,对于被保险人实际支出的且符合当地基本医疗保险支付范围的合理医疗费用,保险人按如下约定对自意外伤害事故发生之日起180日内发生的医疗费用给付保险金:

对于参加基本医疗保险的被保险人,保险人在扣除本合同免赔额及当地基本医疗保险和其他途径已经补偿或给付部分后,在本合同保险金额内按约定的给付比例给付医疗保险金;对于未参加基本医疗保险的被保险人,保险人在扣除本合同免赔额及其他途径已经补偿或给付部分后,在本合同保险金额内按约定的给付比例给付医疗保险金。

上述免赔额和给付比例由投保人和保险人在投保时协商确定,并在保险单中载明。保险期间届满被保险人治疗仍未结束的,自保险期间届满次日起计算,保险人所承担给付保险金的期限,至治疗结束之日止,最长以30日为限。

对于以参加基本医疗保险身份投保的被保险人,但是未以社保身份就医、结算的被保险人,则给付比例为60%。

在保险期间内,被保险人多次进行治疗,保险人所给付的医疗保险金以本合同保险金额为限,累计给付达到保险金额时,保险人对该被保险人的保险责任终止。

### 责任免除

**第四条** 下列原因造成被保险人支出医疗费用的,保险人不承担保险金给付责任:

- (一) 因被保险人不遵守医院规章制度,不配合治疗的行为造成的后果;
- (二) 被保险人因食物/药物过敏、食物中毒、中暑、高原反应、医疗事故或其他医疗造成的伤害;
- (三) 被保险人洗牙、洁齿、验光、矫形、整容、心理咨询、器官移植;修复、安装及购买残疾用具(如轮椅、假肢、助听器、假眼、假牙等);
- (四) 被保险人在本附加险合同生效前已有残疾的康复或治疗;
- (五) 被保险人一般身体检查、疗养、静养或心理治疗等非治疗性行为。

**第五条** 根据本条款其他部分内容中的相关约定，保险人应不承担或免除保险责任的各种情形下的损失、费用或责任，或保险人有权予以扣除、减少的部分，保险人不负责给付。

**第六条** 其他不属于保险责任范围内的损失、费用和责任，保险人不负责给付。

#### 保险金额

**第七条** 保险金额是保险人承担给付保险金责任的最高限额，由投保人与保险人协商确定，并在保险单中载明。保险金额一经确定，保险期间内不能进行变更。

#### 保险期间

**第八条** 除另有约定外，保险期间为一年，以保险单载明的起讫时间为准。

（一）若本合同与主险合同同时投保，则本合同的保险期间与主险合同的保险期间相同；

（二）若投保人在主险合同保险期间内申请投保本附加险，则本合同保险期间开始日自保险人同意承保并收取保险费时开始（以保险人的批注或批单载明的日期为准），本合同的满期日与主险合同的满期日相同。

#### 保险费

**第九条** 除另有约定外，投保人应在保险合同成立时一次性交清保险费。投保人未按约定交付保险费，保险合同不生效。

#### 免赔额

**第十条** 免赔额指在本合同保险期间内，应由被保险人自行承担，本合同不予给付的部分。被保险人通过基本医疗保险和公费医疗保险获得的补偿，不可用于抵扣免赔额，但从其他途径已获得的医疗费用补偿可用于抵扣免赔额。

免赔额由投保人与保险人在签订保险合同时协商确定，并在保险单中载明。免赔额在保险期间内累计计算。

#### 不保证续保

**第十一条** 本条款为不保证续保条款。本产品保险期间为一年（或不超过一年）。保险期间届满，投保人需要重新向保险公司申请投保本产品，并经保险人同意，交纳保险费，获得新的保险合同。

#### 保险金的申请及给付

**第十二条** 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。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）保险单原件及其他保险凭证；

（三）保险金申请人及被保险人的身份证明；

（四）支持索赔的全部账单、证明、信息和证据，包括医疗机构出具的病历资料、医学诊断书、处方、病理检查报告、化验检查报告、医疗费用原始单据、费用明细单据等；

(五) 若被保险人已从其他途径(包括社会基本医疗保险、公费医疗、工作单位、任何第三方商业保险机构等)获得相关医疗费用补偿的, 应提供前述赔付单位的医疗费用分割单或医疗费用结算证明或其他法定证明材料;

(六) 有关部门提供的与确认保险事故的性质、原因、伤害程度等有关的其他证明和资料;

(七) 保险金申请人所需提供的其他与本项申请相关的材料;

(八) 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。

### 释义

**医院:** 指经中华人民共和国卫生部门审核认定的二级或以上的公立医院或在保险单中约定的医疗机构, 且仅限于上述医院的普通部, 不包括如下机构或医疗服务:

(一) 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;

(二) 诊所、康复中心、家庭病床、护理机构;

(三) 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二十四小时的医疗与护理服务的能力或资质。

**保险金申请人:** 指受益人或被保险人的继承人或依法享有保险金请求权的其他自然人。

**合理医疗费用:** 指符合以下所有要求的医疗费用:

(一) 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。

(二) 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、与接受治疗当地普通接受的医疗专业实践标准一致的项目。

**意外伤害:** 指以外来的、突发的、非本意的和非疾病的客观事件为直接且单独的原因致使身体受到的伤害。自然死亡、疾病身故、猝死、自杀以及自伤均不属于意外伤害。