

阳光财产保险股份有限公司

陆地交通工具个人意外伤害保险附加医疗保险条款（2017 版）

总则

第一条 在投保《阳光财产保险股份有限公司陆地交通工具个人意外伤害保险条款》（以下简称“主险”）的基础上，投保人可以投保本附加险。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。本附加险合同未约定事项，以主险合同为准；主险合同与本附加险合同相抵触之处，以本附加险合同为准。凡涉及本附加险合同的约定，均采用书面形式。

第二条 本附加险合同由投保单、保险单、保险条款、合法有效的声明、批注、附贴批单及其他有关书面文件构成。凡涉及本附加险合同的约定，均采用书面形式。

第三条 除另有约定外，本附加险合同的受益人为被保险人本人。

保险责任

第四条 在主险合同有效的前提下，在本附加险合同保险期间内，如果被保险人在中华人民共和国境内（不包括港、澳、台地区）遭受主险合同保险责任范围内的意外伤害事故，且因该意外伤害导致在中华人民共和国境内（不包括港、澳、台地区）二级或二级以上医院或保险人认可的医院进行必要的治疗，就被保险人在该次意外伤害事故发生之日起 180 日内支出的，符合被保险人社会医疗保险缴纳所在地的社会医疗保险（指城镇职工基本医疗保险、城镇居民基本医疗保险、新型农村合作医疗保险、公务员医疗补助、城乡医疗救助等非商业性质保险，下同）药品目录、诊疗项目目录及服务设施范围和支付标准的必需的医疗费用（以下简称“医疗费用”），保险人按如下规则计算并给付保险金：

（一）若医疗费用小于或等于免赔额，则保险金等于零；

（二）若医疗费用大于免赔额：

1、若被保险人未从其他保险计划或任何其他途径取得医疗费用补偿，那么， $保险金 = (医疗费用 - 免赔额) \times 赔付比例$ ；

2、若被保险人已从其他保险计划或任何其他途径取得医疗费用补偿，那么：

$A = (医疗费用 - 免赔额) \times 赔付比例$

$B = 医疗费用 - 被保险人已从其他保险计划或任何其他途径取得医疗费用补偿$

若 $A \leq B$ ，则 $保险金 = A$

若 $A > B$ ，则 $保险金 = B$

3、免赔额和赔付比例由投保人和保险人在投保时约定，并在保险单中载明。

第五条 被保险人因保险事故须到医院进行合理且必需的治疗，在本附加险合同保险期间内，每次保险事故累计治疗天数以 180 日为限，保险人对超出部分不承担给付保险金责任。

被保险人因保险事故须到医院进行合理且必需的治疗，若至本附加险合同保险期间终止日治疗仍未结束的，保险人继续承担给付保险金责任，并最长延续至本附加险合同终止日起第 30 日，且被保险人因该次保险事故累计治疗天数不超过 180 日。

无论被保险人一次或多次发生保险事故，保险人均按上述约定承担给付保险金责任，但累计给付的保险金总额达到保险单所载的该被保险人的保险金额时，本附加险合同对该被保险人的保险责任终止。

第六条 本附加险合同的意外伤害医疗保险责任遵循医疗费用补偿原则。保险人给付的意外伤害医疗保险金与被保险人从其所参加的社会医疗保险、其他保险计划或从第三责任方、社会福利机构、按政府规定补偿等其他任何途径取得医疗费用补偿总额，以被保险人实际支出的医疗费用金额为限。

责任免除

第七条 主险合同列明的各项责任免除仍然适用于本附加险。

第八条 因下列情形之一造成本附加险合同的被保险人支出医疗费用，保险人不承担给付保险金责任：

（一）被保险人矫形、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）；

（二）被保险人投保前已有残疾的康复或治疗；

（三）被保险人疗养、静养或心理治疗等非治疗性行为；

（四）本附加险合同被保险人社会医疗保险缴纳地的社会医疗保险规定的不予支付的情形，或不符合被保险人社会医疗保险缴纳地的社会医疗保险药品目录、诊疗项目目录以及服务设施范围和支付标准规定的医疗费用；

第九条 本附加险合同的被保险人在下列期间遭受意外伤害导致支出医疗费用，保险人不承担保险金给付责任：

（一）被保险人醉酒或受酒精、毒品、管制药物的影响期间；

（二）被保险人酒后驾车、无有效驾驶证驾驶或驾驶无有效行驶证的机动车期间；

（三）被保险人患艾滋病或感染艾滋病病毒期间。

保险金额

第十条 本附加险合同的保险金额由投保人与保险人双方协商确定，并在保险单中载明。保险金额是保险人承担给付保险金责任的最高限额。

保险费

第十一条 投保人应该按照本附加险合同的约定向保险人交付保险费。

保险期间

第十二条 本附加险合同的保险期间按下列方式确定：

（一）若本附加险合同与主险合同同时投保，则本附加险合同的保险期间与主险合同的保险期间相同，最长不超过一年；

(二)若投保人在主险合同保险期间内申请投保本附加险合同,则本附加险合同保险期间开始日自保险人同意承保并收取保险费的次日零时开始(以保险人的批注或批单载明的日期为准),本附加险合同的满期日与主险合同的满期日相同,最长不超过一年,以保险单载明的起讫时间为准。

投保人、被保险人义务

第十三条 订立本附加险合同,保险人就保险标的或者被保险人的有关情况提出询问的,投保人应当如实告知。

投保人故意或者因重大过失未履行前款规定的义务,足以影响保险人决定是否同意承保或者提高保险费率的,保险人有权解除本附加险合同。

前款规定的合同解除权,自保险人知道有解除事由之日起,超过 30 日不行使而消灭。自合同成立之日起超过 2 年的,保险人不得解除本附加险合同;发生保险事故的,保险人应当承担给付保险金责任。

投保人故意不履行如实告知义务的,保险人对于本附加险合同解除前发生的保险事故,不承担给付保险金责任,并不退还保险费。

投保人因重大过失未履行如实告知义务,对保险事故的发生有严重影响的,保险人对于本附加险合同解除前发生的保险事故,不承担给付保险金责任,但应当退还保险费。

保险人在本附加险合同订立时已经知道投保人未如实告知的情况的,保险人不得解除本附加险合同;发生保险事故的,保险人应当承担给付保险金责任。

第十四条 投保人、被保险人或者保险金受益人知道保险事故发生后,应当及时通知保险人。**故意或者因重大过失未及时通知,致使保险事故的性质、原因、损失程度等难以确定的,保险人对无法确定的部分,不承担给付保险金责任,但保险人通过其他途径已经及时知道或者应当及时知道保险事故发生的除外。**

上述约定,不包括因不可抗力而导致的迟延。

第十五条 被保险人应允许保险人对保险事故的原因、经过、损失程度进行合理的调查,如实提供相关的信息和文件,并在需要的情况下授权或允许其主治医生回答保险人、救援服务机构及其授权医生所要求提供的信息。**被保险人不履行前述义务导致的保险人无法核定的损失,保险人不承担赔偿责任。**

保险金的申请与给付

第十六条 保险金申请人向保险人申请给付保险金时,应提交作为索赔依据的证明和材料。保险金申请人因特殊原因不能提供以下材料的,应提供其他合法有效的材料。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。**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)由被保险人作为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:

- 1、保险单正本原件或其他保险凭证原件;
- 2、被保险人户籍证明及身份证明;

3、卫生行政部门批准的二级以上（含二级）医院或保险人认可的医疗机构出具的医疗费用收据原件、诊断证明、病历、医疗费用明细清单；

4、保险金申请人所能提供的其他与确认保险事故的性质、原因、伤害程度等有关的证明和资料。

（二）医疗费用收据：

被保险人支出医疗费用并提出索赔申请时，应向保险人提交医疗费用收据原件。

如被保险人在社会医疗保险经办机构、其他保险人或其他单位已经获得部分医疗费用赔偿，医疗费用收据原件已被赔付或报销单位留存，被保险人在提出索赔申请时，应向保险人提交医疗费用收据财务分割单或在医疗费用收据复印件上注明已赔付金额，并加盖赔付单位的财务章。

释义

1、【医院】：

本保险合同约定的医院是指符合下列所有条件的机构：

- （1）拥有合法经营执照；
- （2）设立的主要目的为向受伤者和患病者提供留院治疗和护理服务；
- （3）有合格的医生和护士提供全日二十四小时的医疗和护理服务；
- （4）非主要作为康复医院、诊所、护理、疗养、戒酒、戒毒或类似的医疗机构。

被保险人须在本定义规定的医院治疗。意外伤害事故急救不受此限制，但在急救情况稳定后，须转入本定义规定的医院治疗。

2、【必需的医疗费用】：指符合以下条件的医疗费用：

- （1）对治疗被保险人的伤害合适且必需；
- （2）在范围、持续期、强度、护理上不超过为被保险人提供安全、恰当、合适的诊断或治疗所需水平；
- （3）应由医师出具处方、诊断证明；
- （4）与当地普遍接受的医疗专业标准相一致；
- （5）非主要以为个人舒适或为了被保险人父母、家庭、医师或其他护理提供方的方便；
- （6）非病人学术教育或职业培训的一部分或与之相关；
- （7）非试验性或研究性。