

利宝保险有限公司
团体意外伤害保险附加意外伤害医疗费用补偿保险条款
C00006032522024072912303

总则

第一条 本附加险保险合同须附加于团体意外伤害保险主险合同（以下简称“主险合同”）。主险合同所附条款、投保单、保险单、保险凭证以及批单等，凡与本附加险保险合同相关者，均为本附加险保险合同的组成部分。凡涉及本附加险保险合同的约定，均应采用书面形式。

第二条 本附加险保险合同的意外伤害医疗费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，被保险人遭受主险合同责任范围内的意外伤害事故，并因此在符合本条款第十四条释义的医院（以下简称“释义医院”）进行治疗，对于被保险人自事故发生之日起一百八十日内实际支出的按照当地社会医疗保险规定可报销的、必要的、合理的医疗费用，保险人按照保险单载明的免赔额及给付比例给付意外伤害医疗保险金。

被保险人无论一次或多次遭受意外伤害事故，保险人均按照本附加险合同的约定分别给付医疗保险金，但累计给付金额以被保险人的意外伤害医疗保险金额为限，累计给付金额达到意外伤害医疗保险金额时，对该被保险人的该项保险责任终止。

被保险人因意外伤害进行治疗，保险期间届满时治疗仍未结束，保险人仍承担保险责任，但最长至意外伤害事故发生之日起第一百八十天（若保险合同另有约定的，以保险单载明为准）。

补偿原则

第四条 本附加险保险合同适用费用补偿原则。

若被保险人已从其他途径（包括基本医疗保险、公费医疗、工作单位、保险人在内的任何商业保险机构，以及依法承担侵权损害赔偿责任的第三人等）获得医疗费用补偿，则保险人仅对被保险人实际发生的医疗费用扣除其所获医疗费用补偿后的余额按本附加险合同的约定进行给付。

责任免除

第五条 因下列情形导致被保险人发生的医疗费用，保险人不承担给付保险金责任：

- （一）主险合同已经列明的责任免除事项；
- （二）对于就诊医院所在地社会医疗保险规定的不可报销的诊疗项目和药品费用，以及可报销但需个人自费（包括个人自付、个人自行承担）的个人自费部分费用，保险人不承担赔偿责任；
- （三）因任何原因造成的椎间盘膨出和突出而造成被保险人支出的医疗费用；

(四)因妊娠、流产、分娩而支出的医疗费用；

(五)体检费、营养费、康复费、辅助器具费、整容费、美容费、修复手术费、牙齿整形费、牙齿修复费、镶牙费、护理费、交通费、伙食费、误工费、丧葬费；

(六) 保险合同载明的免赔额或按免赔率折算的免赔额。

保险金额、免赔额（率）与赔付比例

第六条 本附加险保险合同的意外伤害医疗保险金额由投保人、保险人双方协商确定，并在保险合同中载明。

第七条 免赔额（率）、赔付比例由投保人、保险人双方协商确定，并在保险合同中载明。

保险期间

第八条 本附加险保险合同保险期间与主险合同保险期间一致。

本附加险保险期间届满，投保人需要重新向保险人申请投保本产品，并经保险人同意，交纳保险费， 获得新的保险合同。

保险金申请

第九条 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）保单号或其他有效保险凭证；

（三）被保险人身份证明、保险金申请人身份证明；

（四）释义医院出具的病历材料（包括出院记录或出院小结）、诊断证明、处方、病理检查报告、化验检查报告、医疗费用原始凭证及费用明细单据等；

（五）保险金申请人所能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；

（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证明文件。

第十条 被保险人同时拥有多份有效的费用补偿型医疗保险保险单的，可以自主决定理赔申请顺序。

被保险人经基本医疗保险或公费医疗报销后又通过其它途径获得了部分医疗费用的补偿并无法提供医疗费用原始凭证时，需提供住院医疗费用凭证复印件等相关证明并注明已给付的比例和金额，加盖支付费用单位的印章后保险人按本附加保险合同约定承担剩余合理医疗费用的保险责任。

其它事项

第十一条 本附加险条款属于对应主险合同的组成部分。

本附加险条款内容与主险条款内容相悖之处，以本附加险条款为准；未尽之处，以主险条款为准。

第十二条 保险事故发生后，被保险人需要治疗的，应在释义医院就诊，若因急诊未在释义医院就诊的，**应在三日内通知保险人**，并根据病情及时转入释义医院。若确需转入非释义医院就诊的，应向保险人提出申请，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释义医院就诊的，对该期间发生的医疗费用按本附加保险合同规定给付保险金。**

释义

第十三条 本附加险条款中未定义词语，以主险条款中的释义为准。

第十四条 在本附加险条款中，以下词语具有如下含义：

【医疗费用】指由医师提供或规定的因门诊或住院治疗、手术、医药或其他辅助治疗手段而发生的所有合理的、必要的花费。

【住院治疗】被保险人因意外事故而遭受身体伤害，经医生诊断必须在医院接受持续的治疗，且正式办理入院手续。若被保险人因非治疗需要离开医院十二小时以上，视为自动离开医院。保险人仅对离院当日以前的住院医疗费用承担保险责任。

【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评审确定的二级或二级以上的公立医院，**但不包括主要作为诊所、康复、护理、休养、静养、戒酒、戒毒等或类似的医疗机构。**该医院必须具有符合国家有关医院管理规则设置标准的医疗设备，且全天二十四小时有合格医师及护士驻院提供医疗及护理服务。

【医师】指具有合法执业资格，可提供医疗及外科手术的人。