

富德财产保险股份有限公司

人身意外伤害保险附加意外伤害门（急）诊医疗保险

条款

（产品注册号：C00016332522021022319792）

总则

第一条 本附加险合同须附加于各类人身意外伤害保险合同（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，凡与本附加险合同相关者，均为本附加险合同的构成部分。本附加险合同与主险合同相抵触之处，以本附加险合同为准；本附加险合同未尽事宜，以主险合同条款规定为准。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。

保险责任

第二条 保险期间内，被保险人因遭受意外伤害在二级以上（含二级）医院接受门（急）诊治疗的，对于被保险人因该次治疗实际支出的符合当地基本医疗保险或公费医疗主管部门规定可报销的合理且必需的医疗费用，保险人扣除已从其他途径（包括但不限于社会基本医疗保险、公费医疗、任何第三方、除本保险外的其他商业保险等）获得针对该项治疗的医疗费用补偿后，按照“（个人实际支出的医疗费用-免赔额）×给付比例”在本附加险合同约定的保险金额内计算给付意外伤害门（急）诊医疗保险金。

保险期间届满时被保险人治疗仍未结束的，除另有约定外，保险人继续承担保险责任至被保险人该次治疗结束之日或保险期间届满次日起第15日24时（以先发生者为准）止。

保险人给付意外伤害门（急）诊医疗保险金的责任以保险单中载明的保险金额为限，对被保险人一次或者累计给付的意外伤害门（急）诊医疗保险金达到保险金额时，保险人在本附加险项下的保险责任终止。

费用补偿原则

第三条 本附加险合同适用费用补偿原则。若被保险人已从其他途径（包括但不限于社会基本医疗保险、公费医疗、任何第三方、除本保险外的其他商业保险等）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剩余部分按本附加险合同的约定负责赔偿。社会基本医疗保险个人账户部分支出视为个人支付，不属于已获得的医疗费用补偿。

责任免除

第四条 下列费用或因下列原因导致医疗费用支出的，保险人不承担给付保险金的责任：

- （一）被保险人投保前已有伤害或残疾的治疗和康复；
- （二）一般身体检查、疗养、特别护理、静养、康复性治疗、物理治疗或心理治疗等非治疗性行为；

(三) 非因意外伤害而接受牙科治疗或手术、视力矫正、为矫正视力而作的眼科验光检查, 以及任何原因导致的牙齿修复或牙齿整形、安装及购买残疾用具(如轮椅、假肢、假眼、假牙或者助听器等);

(四) 非因意外伤害而接受整容、整形手术, 以及因任何原因进行美容;

(五) 各种间接损失, 包括交通费、住宿费、生活补贴费、误工补贴费等;

(六) 精神和行为障碍(以世界卫生组织颁布的《疾病和有关健康问题的国际统计分类》(ICD-10)为准);

(七) 主险合同列明的责任免除事项(但若该事项与本附加条款有相抵触之处, 以本附加条款为准)。

给付比例和免赔额

第五条 本附加险合同的给付比例和免赔额由投保人与保险人协商确定, 并在保险单中载明。

被保险人从其他途径已获得的医疗费用补偿可用于抵扣免赔额。但通过社会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。

保险金申请

第六条 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;

(三) 保险金申请人的身份证明;

(四) 医院或保险人认可的医疗机构出具的医疗费用收据及明细清单、诊断证明、病历等;

(五) 对于已经从社会基本医疗保险、公费医疗、任何第三方、除本保险外的其他商业保险等其他途径获得相关医疗费用补偿的, 应提供社会医疗保险机构、商业保险机构或其他第三方的医疗费用分割单或医疗费用结算证明;

(六) 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。

释义

【二级以上(含二级)医院】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。

【合理且必需】应当同时满足以下两个条件:

(1) 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。

(2) 医学必需：指医疗费用符合下列所有条件：治疗意外伤害所必需的项目；不超过安全、足量治疗原则的项目；由医生开具的处方药；非试验性的、非研究性的项目；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。