

安达附加意外伤害医疗保险条款（2019升级版）

注册号：C00004332322019102901481

请仔细阅读整份保险条款，尤其是以下划线标注的免除保险人责任的条款内容。

第一条 附加合同的订立和构成

《安达附加意外伤害医疗保险（2019升级版）条款》（以下简称“本附加合同”），依其所附加的主保险合同（以下简称“主合同”）投保人的申请，经保险人同意而订立。主合同的条款也适用于本附加合同。若本附加合同的条款与主合同的条款互有冲突，则以本附加合同为准。

若本附加合同的承保事项不在保险单上载明或另行批注，本附加合同不产生效力。

第二条 保险责任

在本附加合同有效期内，被保险人在中华人民共和国境内（香港、澳门、台湾地区除外）因遭受主合同所定义的意外伤害事故，且自该意外伤害事故发生之日起一百八十天内因该意外事故所致的伤害在保险人认可的**医疗机构**进行治疗，保险人按照保险单所记载的免赔额、保险金给付比例和保险金额，依下列计算方式给付意外伤害医疗保险金：

基本保险责任

（一）若被保险人未从社会医疗保险机构或任何商业保险机构获得意外医疗费用补偿，保险人按如下公式给付意外伤害医疗保险金：

意外伤害医疗保险金 = （合理且必须的实际医疗费用 — 从社会医疗保险机构或任何商业保险机构以外的其他政府机构或社会福利机构等获得的医疗费用补偿 — 意外医疗费用免赔额）× 意外伤害医疗保险金给付比例

（二）若被保险人已从社会医疗保险机构或任何商业保险机构获得意外医疗费用补偿，保险人按如下公式给付意外伤害医疗保险金：

意外伤害医疗保险金 = （合理且必须的实际医疗费用 — 任何已获得的医疗费用补偿）× 意外医疗保险金给付比例

上述“任何已获得的医疗费用补偿”包括从社会医疗保险机构、任何商业保险机构获得的医疗费用补偿以及其他政府机构或社会福利机构等所取得的医疗费用补偿。

在保险期间届满被保险人治疗仍未结束的，保险人继续承担上述所列的保险责任，但其门诊治疗最长可至保险期满之日起第 15 日止，住院治疗最长可至保险期满之日起第 90 日止。

被保险人须在保险人认可的**医疗机构**治疗。意外伤害急救不受此限，但经急救情况稳定后，须转入保险人认可的**医疗机构**治疗。

可选扩展保险责任

根据保险单另行约定，被保险人因**意外伤害**事故而需入住医院治疗，保险人在上述基本保险责任基础上扩展承担被保险人在公立医院特需病房住院治疗所发生的**住院费**，保险人按照保险单所记载的免赔额、保险金给付比例计算后在本附加合同保险金额内予以补偿。

在保险期间内，保险人对于被保险人的意外伤害医疗保险金给付总额，最高以本附加合同所对应该被保险人的保险金额为限。

第三条 责任免除

保险人对于下列任何情形之一导致的医疗、医药费用，或医疗费用的发生存在下列情形之一的，不承担保险责任：

1. 被保险人因先天性疾病和症状、遗传性疾病、先天性畸形或缺陷的治疗和康复所产生的费用；
2. 投保前已存在的疾病及其并发症；
3. 非因意外伤害事故而进行的牙科治疗、手术、牙齿修复、植种或牙齿整形，对非自然牙进行的任何治疗；
4. 非因意外伤害事故而进行的视力矫正或因矫正视力而作的眼科验光检查，屈光不正；
5. 营养费、康复费、辅助器具费、假肢、假眼、人工耳蜗、整容美容费、修复手术费、护理费、交通费、误工费、丧葬费；
6. 推拿、按摩及针灸物理治疗；
7. 因椎间盘膨出或突出造成的医疗费用；
8. 一般身体检查、疗养、特别护理或静养、康复性治疗或心理治疗；
9. 扁桃腺、腺状肿、疝气、女性生殖器官疾病的治疗与外科手术，但若为避免生命危险或健康永久性损伤而导致被保险人须立刻接受的紧急治疗或手术，不适用本项责任免除规定；
10. 性传播疾病，包括但不限于罹患艾滋病（AIDS）、感染艾滋病病毒（HIV）或罹患与艾滋病（AIDS）或艾滋病病毒（HIV）有关的疾病；
11. 妊娠、流产、分娩、不孕不育症、避孕及绝育手术及由此导致的任何并发症；
12. 精神病、精神分裂症、心理疾病的治疗和康复所产生的费用；
13. 本附加合同所附加于的主合同所列的各项责任免除事项。

第四条 保险金额和保险费

本附加合同所称的各被保险人对应的保险金额是指保险人承担赔偿责任或给付该被保险人保险金责任的最高限额，并记载于保险单上。

若该金额按本附加合同其他条款或批注的修正而发生变更，则以变更后的金额为该被保险人对应的保险金额。

第五条 免赔额（率）

本附加合同的免赔额（率）由投保人与保险人在订立保险合同时协商确定，并在保险单中载明。

第六条 附加合同生效

除本附加合同的批注另行载明生效时间外，本附加合同的生效时间同主合同的生效时间。

第七条 附加合同效力的终止

发生下列情况之一时，本附加合同效力终止：

- (1) 保险期间届满；
- (2) 本附加合同所附加于的主合同效力终止；
- (3) 本附加合同因其他条款所列情况而终止。

第八条 保险金申请

在申请保险金时，申请人须填写理赔申请书，并提供下列证明和资料：

1. 保险单号或保险单；
2. 保险金给付申请书；
3. 被保险人的户籍证明或身份证明复印件；
4. 有关部门出具的意外伤害事故证明；
5. 保险人认可的医疗机构出具的医疗诊断证明书（包括但不限于诊断全称、病历和治疗过程）、医疗记录、住院证明、医药费原始收据；
6. 对于已经从社会医疗保险、公费医疗或任何第三方包括任何商业医疗保险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；
7. 若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；
8. 其他与确认保险事故的性质、原因、损失程度等有关的证明和资料。

如果申请人提供的有关索赔的证明和资料不完整的，保险人将会及时一次性通知申请人补充提供。保险金申请人因特殊原因不能提供以上材料的，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。

第九条 释义

【医疗机构】除保险单另有约定外，医疗机构须满足以下所有条件：

- (1) 拥有合法经营执照；
- (2) 设立的主要目的是为了治疗和看护患病者或受伤者；
- (3) 有医生及护士全天候驻院提供留院治疗和看护服务；
- (4) 等级达到二级或二级以上公立医院普通部；
- (5) 不包括日间诊所、诊所、休息或康复中心、康复医院、精神病院、治疗酗酒和戒毒的场所或类似的设施。

【意外伤害】指以外来的、突发非本意和非疾病客观事件为直接且单独原因致使身体受到伤害。

【合理且必需的实际医疗费用】是指：

- (1) 由医生或**医疗机构**根据被保险人伤害情况，决定收取的必要医疗和医药费用；
- (2) 即使无本保险赔偿情况下被保险人仍需同样支出的费用；
- (3) 以当地政府核准的收费标准为限；
- (4) 给付范围包括医生诊断费、检查费、处方费、手术费、**住院费**、药费。

【住院费】是指被保险人因**意外伤害**而入住**医疗机构**的正式病房进行治疗超过24小时并正式办理入院及出院手续期间实际发生、**合理且必需的实际医疗费用**，包括并仅限于下列费用：

- (1) 医疗机构的正式病房（除保险单另有约定扩展承保责任，仅包括公立医院普通部病房而不包括特需病房）及膳食、使用手术室费用；
- (2) 诊疗费、会诊费、检查费、手术费和手术材料费；
- (3) 实验室试验、救护车服务（以医院为出发地或目的地）、处方药物、治疗药、麻醉药的使用、输血费用；
- (4) 注册护士的费用。

【先天性疾病】指被保险人一出生就具有的疾病（症状或体征）。这些疾病是因人的遗传物质（包括染色体以及位于其中的基因）发生了对人体有害的改变而引起的，或因母亲怀孕期间受到内外环境中某些物理、化学和生物等因素的作用，使胎儿局部体细胞发育异常，导致婴儿出生时有关器官系统在结构或功能上呈现异常。

【投保前已存在的疾病】是指被保险人于其在本附加合同项下投保前十二个月内曾出现任何症状而引致一正常而审慎的人向医生寻求诊断、医疗护理或医药治疗；或被保险人于其在本附加合同项下获保前十二个月内曾经医生推荐接受医药治疗或医疗意见。

本附加合同的未解释名词，均以主合同的名词解释为准。

（此页内容结束）