

阳光财产保险股份有限公司
附加个人意外伤害医疗保险（互联网专属）条款
（注册号：C00009332522021122328013）

总则

第一条 在投保阳光财产保险股份有限公司意外伤害类（互联网专属）保险（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，均应采用书面形式。

第二条 本附加险合同的被保险人为主险合同的被保险人。

第三条 本附加险合同的投保人与主险合同一致。

第四条 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

第五条 在本附加险合同保险期间内，被保险人因遭受主险合同保险责任范围内的**意外伤害**事故需在**医院**进行治疗，对于被保险人在该次意外伤害事故发生之日起 180 日内支出的，符合被保险人接受治疗所在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的**必需且合理的医疗费用**（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社会医疗保险等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社会医疗保险等任何其他途径取得医疗费用补偿，那么：

$A = (医疗费用 - 免赔额) \times 赔付比例$

$B = 医疗费用 - 已取得的医疗费用补偿$

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。

至本保险合同保险期间届满日，被保险人未结束因本次意外伤害的治疗的，保险人继续就被保险人因本次意外伤害的治疗所发生的本保险合同保险期间届满日后 30 日内（含第 30 日）且最长不超过该次意外伤害事故发生之日起 180 日的医疗费用承担保险金给付责任。

保险期间内，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，但累计给付保险金总额达到保险单所载的该被保险人的医疗费用保险金额时，本附加保险合同终止。

若被保险人已参加基本医疗保险、公费医疗的，但未以参加基本医疗保险、公费医疗身份就诊并结算的，则保险人根据保险单中单独约定的赔付比例进行赔付。

第六条 本附加保险合同遵循医疗费用补偿原则。若被保险人已从其他途径（包括社会医疗保险、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照本保险合同的约定进行赔付。社会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

第七条 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）投保人的任何故意行为；
- （二）被保险人自致伤害或自杀，但被保险人自杀时为无民事行为能力人的除外；
- （三）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；
- （四）被保险人因精神类疾病如精神分裂症、抑郁症、厌食症、失眠症等发作而导致的伤害；
- （五）被保险人妊娠（含宫外孕）、流产、分娩、不孕不育症（包括人工受孕、试管婴儿等）、避孕及节育手术或由妊娠、分娩、流产、节育所导致的任何并发症；
- （六）被保险人因任何疾病、食物/药物过敏、食物中毒、中暑、高原反应、猝死、椎间盘突出症（包括椎间盘膨出、椎间盘突出、椎间盘脱出、游离型椎间盘等类型）、医疗事故或其他医疗造成的伤害；
- （七）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）；
- （八）被保险人在本附加保险合同生效前已有残疾的康复或治疗；
- （九）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；
- （十）不符合被保险人接受治疗所在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；
- （十一）被保险人就诊的医院为不符合本保险合同约定的医院，或在中华人民共和国境外（包括香港特别行政区、澳门特别行政区、台湾地区）的医院就诊。

第八条 主险合同中列明的“责任免除”事项，未列入本附加险保险责任的，也适用于本附加险。

保险金额和保险费

第九条 本附加险合同的保险金额由投保人与保险人双方约定，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。

投保人应该按照合同约定向保险人支付保险费。

保险期间

第十条 本附加险合同的保险期间与主险合同保险期间一致，且最长不超过一年。

保险人义务

第十一条 订立保险合同时，采用保险人提供的格式条款的，保险人向投保人提供的投保单应当附格式条款，保险人应当向投保人说明保险合同的内容。对保险合同中免除保险人责任的条款，保险人在订立合同时应当在投保单、保险单或者其他保险凭证上作出足以引起投保人注意的提示，并对该条款的内容以书面或者口头形式向投保人作出明确说明；未作提示或者明确说明的，该条款不产生效力。

第十二条 本附加险合同成立后，保险人应当于2个工作日内向投保人送达电子保险单，并在保险期间内应投保人要求及时提供纸质保险单。

第十三条 保险人接收到保险金申请人的保险事故通知后，应在1个工作日内一次性给予理赔指导；接收到保险金申请人的给付保险金请求后，保险人认为保险金申请人提供的有关索赔的证明和资料不完整的，应当于2个工作日内一次性通知保险金申请人补充提供。

第十四条 保险人在收到保险金申请人的给付保险金请求及完整的有关索赔的证明和资料后，应当于5个工作日内作出是否属于保险责任的核定情形复杂的，应当在30日内作出核定。

保险人应当于作出核定结果后1个工作日通知保险金申请人；对属于保险责任的，在与保险金申请人达成给付保险金的协议后10日内，履行给付保险金义务。保险合同对给付保险金的期限有约定的，保险人应当按照约定履行给付保险金的义务。保险人依照前款约定作出核定后，对不属于保险责任的，应当自作出核定之日起3日内向保险金申请人发出拒绝给付保险金通知书，并说明理由。

第十五条 保险人自收到给付保险金的请求和有关证明、资料之日起60日内，对其给付保险金的数额不能确定的，应当根据已有证明和资料可以确定的数额先予支付；保险人最终确定给付保险金的数额后，应当支付相应的差额。

第十六条 投保人符合保险法规定的退还保险费相关要求的，保险人应当按照保险法相关规定退还保险单最低现金价值。

保险人在收到投保人退还保险费申请的，应在1个工作日内核定并通知申请人；如遇复杂情形的，应在3个工作日内核定并通知申请人。

投保人、被保险人义务

第十七条 投保人应当在本附加险合同成立时一次性支付全部保险费。投保人未按约定

支付全部保险费的，本附加险合同不生效。

第十八条 订立保险合同，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。

投保人故意不履行如实告知义务的，保险人对于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，保险人不得解除合同；发生保险事故的，保险人应当承担给付保险金责任。

保险金的申请与给付

第十九条 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、委托人和受托人的有效身份证件等相关证明文件。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) 保险金给付申请书；
- (二) 保险单原件或其他保险凭证原件；
- (三) 保险金申请人的有效身份证件；

(四) 符合本附加险合同约定的医院出具的诊断证明、病历、医疗费用原始收据、医疗费用明细清单及医疗费用结算单；若被保险人已从其他途径（包括社会医疗保险、公费医疗、工作单位、保险人在内的任何商业保险机构等）获得医疗费用补偿，且赔付单位留存了医疗费用原始收据的，可提供加盖留存单位鲜章的医疗费用收据复印件或其他法定证明材料；

(五) 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。

释义

1. 医院：指符合下列所有条件的医疗机构，但不包括主要作为康复、门诊、护理、疗养、戒酒、戒毒或类似的机构。

- (1) 拥有合法经营执照；
- (2) 有医师和护士提供全日二十四小时的医疗和护理服务；
- (3) 二级或二级以上的医院，包括保险人认可的与二级或二级以上医院相同规模的医

院。

上述医院的定义适用于除香港、澳门特别行政区、台湾地区以外的中国境内地区。

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

2. 必需且合理的医疗费用：同时满足以下两项条件的医疗费用：

(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医疗费用。

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：

- a. 治疗意外伤害所必需的项目；
- b. 不超过安全、足量治疗原则的项目；
- c. 由医生开具的处方药；
- d. 非试验性的、非研究性的项目；
- e. 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。

3. 保险人：指与投保人签订本附加险合同的阳光财产保险股份有限公司。

4. 保险金申请人：指被保险人本人、受益人或依法享有保险金请求权的其他自然人。

5. 最低现金价值：

最低现金价值=净保险费×(1-m/n)，其中，m为保险合同已生效天数，n为保险期间的天数，经过日期不足一日的按一日计算。

净保险费指投保人所支付的保险费扣除每个保险合同平均承担的保险人的各项费用(含营业费用、代理费、各项税金、保险保障基金等)后的余额，扣除部分占所交保险费的比例在保险单中约定。