

中银保险有限公司

附加学生、幼儿意外伤害门诊急诊医疗保险条款

(注册编号: C00004632522022042981843)

总则

第一条 本附加保险合同(以下简称“本附加险合同”)由保险单或其他保险凭证及所附条款、主险合同条款、投保单及被保险人名册等与本附加险合同有关的投保文件、合法有效的声明、批注、附贴批单、其他书面协议构成。凡涉及本附加险合同的约定,均采用书面形式。

第二条 本附加险合同可附加于中银保险有限公司学生、幼儿意外伤害保险合同(以下简称“主险合同”)。本附加险合同未约事项,以主险合同为准。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。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。

第三条 除非本附加险合同另有约定,本附加险合同的保险金的受益人为被保险人本人。

保险责任

第四条 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,并因该意外伤害在本附加险合同约定的医疗机构进行门诊急诊治疗,保险人按下列约定给付意外伤害门诊急诊医疗保险金:

(一)对于被保险人因每次意外伤害所支出的必需且合理的、符合当地基本医疗保险管理部门规定可报销范围内的医疗费用,保险人在扣除基本医疗保险、公费医疗或任何第三方(包括任何商业医疗保险)已经补偿或给付部分以及本附加险合同约定的每次免赔额后,对其余额按本附加险合同约定的每次给付比例和每次给付限额给付意外伤害门诊急诊医疗保险金。

每次免赔额、每次给付比例和每次给付限额由投保人、保险人双方约定,并在本保险合同中载明。

(二)除另有约定外,被保险人因在保险期间内遭受意外伤害而接受门诊急诊治疗,至保险期间届满时治疗仍未结束的,对于在保险期间届满次日起15日内发生的门诊急诊医疗费用,保险人在本附加险合同保险责任范围内继续承担给付保险金责任;对于保险期间届满次日起15日后发生的门诊急诊医疗费用,保险人不再承担给付保险金的责任。

(三)保险人所承担给付意外伤害门诊急诊医疗保险金的责任以本附加险合同约定的保险金额为限,对被保险人一次或者累计给付保险金达到本附加险合同约定的保险金额时,保险人对被保险人的本附加险合同项下的保险责任终止。

(四)若被保险人以参加基本医疗保险身份投保,但未以参加基本医疗保险身份就诊并结算的,保险人可以另行约定每次给付比例并按照在本保险合同中载明的条件和方式给付保险金。

补偿原则

第五条 本附加险合同适用补偿原则。被保险人通过任何途径所获得的医疗费用补偿金额总和以其实际支出的医疗费用金额为限。被保险人已经从基本医疗保险、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,保险人仅对扣除已获得补偿后的剩余医疗费用,按照本附加险合同的约定承担给付保险金责任。

责任免除

第六条 因下列情形之一，造成被保险人支出医疗费用及其他任何费用的，保险人不承担给付保险金责任：

- （一）被保险人非因意外伤害而进行的整容、整形手术，以及因任何原因进行的美容；
- （二）被保险人非因意外伤害而进行的牙科治疗或手术、视力矫正、因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）；
- （三）被保险人进行一般身体检查、疗养、特别护理、静养、康复性治疗、物理治疗、心理治疗或预防性治疗；
- （四）被保险人在投保前已有疾病、残疾及其并发症的治疗和康复；
- （五）被保险人在家自设病床治疗；
- （六）被保险人不符合入院标准住院、或应当出院但拒不出院而造成的延长住院；
- （七）主险合同列明的责任免除事项。

第七条 下列费用，保险人不承担给付保险金责任：

- （一）当地基本医疗保险管理部门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的个人自费部分费用；
- （二）本附加险合同约定的免赔额。

保险金额

第八条 本附加险合同的保险金额由投保人、保险人双方约定，并在本保险合同中载明。保险金额一经确定，在本附加险合同保险期间内不得变更。

保险期间

第九条 本附加险合同的保险期间由投保人和保险人双方协商确定，以本保险合同载明的起讫时间为准，但最长不超过一年。

保险金申请与给付

第十条 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。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及相关证明文件。**保险金申请人未能提供有关材料，导致保险人无法确定保险事故的性质、原因、损失程度等的，保险人对无法确定部分不承担给付保险金的责任。**

- （一）保险金给付申请书；
- （二）保险单或其他保险凭证；
- （三）保险金申请人身份证明；
- （四）本附加险合同约定的医疗机构出具的医疗费用收据/发票原件、病历、费用明细清单、诊断证明及其他医疗记录；
- （五）对于已经从基本医疗保险、公费医疗和任何第三方（包括任何商业医疗保险）获得相关医疗费用补偿的，应提供基本医疗保险机构、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。在此情况下，如无法提供医疗费用收据/发票原件的，需提供医疗费用收据/发票复印件；

(六) 保险金申请人所能提供的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。

释义

第十一条 本附加险合同涉及下列术语时，适用下列释义：

(一) **医疗机构**：除另有约定外，医疗机构指中华人民共和国境内（不包括香港特别行政区、澳门特别行政区以及台湾地区）二级（含）及以上医院或保险人认可的医疗机构，且应符合下列所有条件：

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。

投保人和保险人双方还可以约定指定医疗机构的条件、范围等，并在本保险合同中载明。

(二) **必需且合理**：指符合以下两个条件：

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，可由保险人与被保险人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：

- (1) 治疗意外伤害或者疾病所必需的项目；
- (2) 不超过安全、足量治疗原则的项目；
- (3) 由医生开具的处方药；
- (4) 非试验性的、非研究性的项目；
- (5) 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，可由保险人与被保险人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。

(三) **基本医疗保险**：本附加险合同所称的基本医疗保险包括城镇职工基本医疗保险、城镇居民基本医疗保险、新型农村合作医疗等政府举办的社会基本医疗保障项目。

(四) **住院**：是指被保险人确因临床需要、经医生诊断必须留院治疗，正式办理入院及出院手续，并确实入住医疗机构正式病房接受治疗的行为过程；被保险人必须连续留院二十四小时以上且由医疗机构收取病房或床位费用，但不包括门诊观察室、急诊观察室、其他非正式病房、联合病房或挂床住院。

（五）挂床住院：指办理正式住院手续的被保险人，在住院期间每日非 24 小时在床、在院，包括在住院期间连续若干日无任何治疗，只发生护理费、诊疗费、床位费的情况。

（六）保险金申请人：除另有约定外，本附加险合同的保险金申请人是指被保险人本人。