

阳光财产保险股份有限公司
附加家庭成员意外伤害医疗保险（2023版）条款
（注册编号：C00009332522023122705871）

总则

第一条 在投保阳光财产保险股份有限公司家庭意外伤害类保险（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，均采用书面形式。

第二条 本附加险合同的被保险人与主险合同的被保险人一致。

第三条 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

第四条 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在医院接受治疗，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，符合被保险人医保所在地的基本医疗保险药品目录、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：

保险金 = （医疗费用 - 已获得的医疗费用补偿 - 免赔额） × 赔付比例

- （三）免赔额和赔付比例由投保人和保险人在投保时约定，并在保险单上载明。

在本附加险合同保险期间内，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保险金给付责任。

第五条 本附加险合同遵循医疗费用补偿原则。被保险人同时拥有多份有效的费用补偿型医疗保险的，可以自主决定理赔申请顺序。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附加险合同的约定进行赔付。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，不进行前述扣除。

若被保险人以参加社会基本医疗保险、公费医疗身份投保，但未以参加社会基本医疗保险、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。

责任免除

第六条 因下列原因之一造成被保险人支出医疗费用，保险人不承担保险金给付责任：

- （一）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；
- （二）洗牙、洁齿、验光、整容、心理咨询及康复治疗；

(三) 被保险人在本附加险合同生效前已有残疾的康复或治疗；

(四) 被保险人一般身体检查、疗养、静养等非治疗性行为。

第七条 因主险合同“责任免除”中所列原因导致被保险人遭受意外伤害所支出的医疗费用，或在主险合同“责任免除”中所列期间被保险人遭受意外伤害所支出的医疗费用，保险人不承担保险金给付责任。

保险金额

第八条 本附加险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。

本附加险合同保险金额包括以下三种确定方式，由投保人在签订本附加险合同时选择其一，并由保险人在保险单中载明。

(一) 各被保险人均分家庭保险金额

每人保险金额=家庭保险金额÷该家庭中的被保险人总人数

(二) 各被保险人共享家庭保险金额

指所有被保险人共享家庭保险金额。保险人对所有被保险人累计给付保险金之和不超过家庭保险金额。当多名被保险人发生保险事故的，保险人按照提交完整保险金申请资料并申请给付保险金的先后顺序依次计算并给付保险金，后续案件在剩余保险金额范围内计算并给付保险金。

当多名被保险人发生保险事故且同时提交完整保险金申请资料并申请给付保险金的，保险人按单独提交保险金申请资料的情况分别计算每人应给付保险金的金额。若多名被保险人的应给付保险金金额之和大于家庭保险金额与既往已给付保险金金额之差的，保险人按下述公式计算并给付每人实际给付保险金金额：

每人实际给付保险金金额=（该被保险人应给付保险金金额÷多名被保险人应给付保险金金额之和）×（家庭保险金额-既往已给付保险金金额）

(三) 独享家庭保险金额

保险单中载明的某一个被保险人独享家庭保险金额。

保险期间与不保证续保

第九条 本附加险合同的保险期间与主险合同的保险期间一致，且最长不超过 1 年。

第十条 本附加险合同为不保证续保合同。本附加险合同保险期间与主险合同保险期间一致，为 1 年（或不超过 1 年）。保险期间届满，投保人在重新投保并获得新的主险合同的基础上可重新向保险人申请投保本附加险，并经保险人同意，支付保险费，获得新的附加险合同。

投保人义务

第十一条 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。

保险金的申请与给付

第十二条 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) 保险金申请人的有效身份证件；

(三) 符合本附加险合同定义的医院出具的被保险人的医疗诊断证明，病历及医疗、医药费原始单据及各种检查、化验报告等原始单据；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、保险人以外的其他商业保险机构等）获得相关医疗费用补偿的，应提供前述赔付单位的医疗费用分割单或医疗费用结算证明或其他法定证明材料；

(四) 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、损失等有关的证明和资料。

释义

1. 医院：

中华人民共和国境外（包括港、澳、台地区）的医院：指符合下列所有条件的机构，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) 设立的主要目的是向受伤者和患者提供留院治疗和护理服务；

(3) 有医师和护士提供全日 24 小时的医疗和护理服务。

中华人民共和国境内（不包括港、澳、台地区）的医院：指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。

被保险人须在本定义规定的医院治疗，但对意外伤害的急救不受此限制，但在伤情稳定后，须转入本定义规定的医院治疗。

2. 必需且合理的医疗费用：指同时符合以下条件的医疗费用：

(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.有效身份证件：指由中华人民共和国政府主管部门规定的能够证明其身份的证件，如居民身份证、军官证、警官证、士兵证、户口簿以及中华人民共和国政府主管部门颁发或者认可的有效护照或者其他身份证明文件。