

三星财险团体人身意外伤害保险附加团体意外伤害医疗保险 2026 版

(注册号: C00004532522026072173603)

总则

第一条 本附加条款(以下简称“本附加合同”)须附加于保险人团体意外伤害类保险主险条款(以下简称“主险合同”)使用。只有在投保了主险合同的基础上,才能投保本附加合同。本附加合同与主险合同相悖之处,以本附加合同为准;未尽之处,以主险合同为准。主险合同效力终止,本附加合同效力亦同时终止;主险合同无效,本附加合同亦无效。

凡涉及本附加合同的约定,均采用书面形式。

第二条 本附加合同保险金的受益人为被保险人本人。

保险责任

第三条 在保险期间内,保险人按照下列约定承担保险金给付责任:

被保险人遭受意外伤害(见释义)事故,并因该次意外伤害事故在中华人民共和国境内(不包括中国香港、中国澳门、中国台湾地区)的二级或二级以上的医院或保险人认可的医疗机构(见释义)接受治疗的,对于被保险人在保险期间内因该治疗实际发生的、必需且合理(见释义)的医疗费用,保险人在扣除本附加合同约定的免赔额后,按照约定的给付比例在意外伤害医疗保险金额内给付意外伤害医疗保险金。免赔额、给付比例、保险金额以保险单上载明的为准。

保险人对每一被保险人意外伤害医疗保险责任的累计给付金额以保险单所载的意外伤害医疗保险金额为限,一次或者累计给付的保险金达到意外伤害医疗保险金额时,保险人对该被保险人在本附加合同下的保险责任终止。

第四条 本附加合同适用医疗费用补偿原则。若被保险人已从其他途径(包括基本医疗保险(见释义)、公费医疗、城乡居民大病保险、工作单位、第三方侵权责任人(包含法人)或保险人在内的任何商业保险机构等)取得补偿的,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保险合同的约定进行赔付。社保卡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

第五条 主险合同列明的各项责任免除条款均适用于本附加合同,若主险合同中责任免除条款与本附加合同有相抵触之处,则应以本附加合同为准。

第六条 因下列原因或情形造成的医疗费用,保险人不承担给付保险金责任:

- (一) 牙齿矫正、牙齿护理,对非自然牙进行的任何治疗;
- (二) 屈光不正的检查及治疗、整容、整形手术以及因任何原因进行的美容;
- (三) 中药材等保健用药费及中医治疗费用(但对于有医生诊断书的中医治疗费用,

给予补偿)；

(四) 安装及购买残疾用具或辅助器具(如轮椅、拐杖、假肢、助听器、假眼、假牙、配镜等)的费用；

(五) 护理费、营养费、体检、接种疫苗、健康诊断、疗养、特别护理、静养、心理咨询类或预防性治疗的费用；

(六) 由非治疗目的发生的医疗费用；

除上述责任免除条款外，本附加合同其他责任免除条款，详见第三条中相关黑体加粗的内容。

保险金额

第七条 保险金额是保险人承担给付保险金责任的最高限额。本附加合同的保险金额由投保人、保险人双方约定，并在保险单中载明。

免赔额和给付比例

第八条 本附加合同的免赔额，是指被保险人在保险期间内发生的、虽然属于本附加合同保险责任范围内的医疗费用，但依照本附加合同的约定仍旧由被保险人自行承担、保险人不予赔付的金额。

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，但通过基本医疗保险统筹账户、公费医疗保险和城乡居民大病保险获得的补偿，不可用于抵扣免赔额。

免赔额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。

第九条 给付比例以保险单中载明的为准。除另有约定外，若被保险人以参加基本医疗保险或公费医疗身份投保，但未以参加基本医疗保险或公费医疗身份就诊并结算的，则保险人根据约定的给付比例再乘以 60%进行赔偿。

保险期间与不保证续保

第十条 本附加合同为不保证续保合同，保险期间以保险单载明的为准且不得超过一年。保险期间届满，投保人需要重新向保险人申请投保本附加合同，并经保险人同意，交纳保险费，获得新的保险合同。

若保险期间届满时，本附加合同对应保险产品统一停售，保险人将不再接受投保申请。

保险费

第十一条 投保人应按照保险合同约定向保险人交纳保险费，保险人按照保险单载明的时间开始承担保险责任。

保险金申请与给付

第十二条 保险金申请人向保险人申请赔偿保险金时，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保险事故的性质、原因、损失程度的，保险人对无法核实部分不承担赔偿保险金的责任：**

- （一）保险金给付申请书；
- （二）保险金申请人的身份证明；
- （三）保险人认可的医疗机构出具的被保险人医疗费收据原件、病历、出院小结或出院证明；
- （四）其他与领取保险金相关的必要资料。

当赔付金额未达实际支出医药费用的全额时，索赔申请人可书面向保险人申请发还收据原件。保险人在加盖印戳并注明已赔付金额后发还收据原件。

释义

第十三条 本附加合同涉及下列术语时，适用以下释义：

（一）意外伤害：

指以外来的、突发的、非本意的和非疾病的客观事件为直接原因致使身体受到的伤害。

（二）医疗机构：

除另有约定外，指符合下列所有条件的机构：

- 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。

（三）必需且合理

指符合通常惯例且医学必需。

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。

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）非试验性或研究性的项目；
- （4）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。

对于是否符合通常惯例或是否属于医学必需，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。

（四）基本医疗保险

指《中华人民共和国社会保险法》规定的基本医疗保险，包括职工基本医疗保险、城乡居民基本医疗保险等政府举办的基本医疗保障项目。

本附加合同的未解释名词，均以主险合同的名词解释为准。