

三星财险团体人身意外伤害保险
附加疾病门诊急诊牙科医疗保险条款（2021 版）
（三星财险）（备-医疗保险）【2021】（附）053 号
（注册号：C00004532522021101300243）

总则

第一条 本条款为三星财产保险（中国）有限公司团体人身意外伤害保险（以下简称“主险”）的附加条款。只有在投保了主险的基础上，才能投保本附加条款。**本附加条款与主险内容相悖之处，以本附加条款为准。**主险效力终止，本附加条款效力亦同时终止；主险无效，本附加条款亦无效。

凡涉及本附加条款的约定，均采用书面形式。

第二条 本附加条款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：

（一）被保险人在保险单中约定的等待期后（续保合同不设等待期）因牙齿疾病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）保险人指定或者认可的医疗机构进行门（急）诊治疗，就其实际已支付的、必需且合理的牙科门（急）诊医疗费用，保险人在扣除本附加条款约定的免赔额后，按约定的比例给付牙科门（急）诊医疗费保险金。免赔额和给付比例由投保人在投保时与保险人协商确定，并在保险单上载明。

（二）保险人对每一被保险人所承担的牙科门（急）诊医疗费保险金给付责任以保险单上所载该被保险人的牙科门（急）诊医疗费保险金为限，保险人对每一被保险人给付的上述保险金累计金额达到该被保险人的牙科门（急）诊医疗费保险金额时，对该被保险人的保险责任终止。

（三）投保人与保险人根据被保险人是否拥有公费医疗或社会基本医疗保险，分别约定免赔额和给付比例，并在保险单上载明。

补偿原则

第四条 本附加条款适用补偿原则。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。被保险人已经从社会基本医疗保险或任何第三方（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，按照合同约定承担给付保险金责任。**

赔偿标准

第五条 被保险人以参加社会基本医疗保险或公费医疗方式投保，则就诊时应使用社会基本医疗保险或公费医疗进行结算。保险人对于结算后被保险人未获得补偿的剩余医疗费用，根据保险合同约定在扣除保单载明的免赔额（率）后按照保险单中约定的赔付比例予以赔偿。

第六条 被保险人以未参加社会基本医疗保险或公费医疗方式投保的，保险人根据保险合同约定在扣除保单载明的免赔额（率）后按照保险单中约定的赔付比例予以赔偿。

责任免除

第七条 主险列明的各项责任免除条款均适用于本附加条款，若主险中责任免除条款与本附加条款有相抵触之处，则应以本附加条款为准。

第八条 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）因意外伤害引起的牙齿治疗或修复费用；
- （二）妊娠、分娩、流产（但由疾病引起的流产不在此限）、堕胎、不孕症治疗、避孕或绝育手术、人工受孕以及由以上原因引起的并发症；
- （三）以整形、美容、健康诊断为目的的牙科治疗费用；
- （四）美白牙齿，因美容为目的的牙齿处理，种植牙，嵌体，洗牙及洁齿所产生的费用，涂氟，义齿修复（包括桩冠、套冠、安装义齿），正畸治疗，贴面以及牙科治疗过程中使用的贵金属材料的相关费用；
- （五）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；
- （六）中草药费用、中医及民族医诊疗类项目的治疗费用；
- （七）被保险人发生的交通费、住宿费、生活补助费、护理费等需要自理的费用；
- （八）先天性疾病、先天性畸形、变形或染色体异常（以世界卫生组织颁布的《疾病和有关健康问题的国际统计分类（ICD-10）》为准）；
- （九）与诊疗无关的 TV 视听费、电话费、再诊断证明书等各种费用；
- （十）其他不是以治疗为目的发生的医疗费；
- （十一）被保险人在保险人不予认可的医疗机构发生的治疗费用；
- （十二）被保险人因饮酒、醉酒或吸食毒品、未遵医嘱服用管制药物的影响而导致的各种费用；
- （十三）既往症（对于经保险人同意续保的合同，自最初合同生效日后首次发病的疾病，不在此限）；
- （十四）山岳攀登期间罹患的高山病；

除上述责任免除条款外，本附加条款其他责任免除条款，详见第三条、第四条、第五条、第六条中相关黑体加粗的内容。

保险金额

第九条 保险金额是保险人承担给付保险金责任的最高限额。保险金额由投保人、保险人双方约定，并在保险单中载明。本附加条款的保险金额不得超过主险保险金额。

保险期间和续保

第十条 除另有约定外，本附加条款的保险期间与主险一致。保险期间最长不超过一年。

本合同为非保证续保合同。保险期间届满，投保人需要重新向保险公司申请投保本保险，经保险人审核同意后，投保人交纳保险费，并获得新的保险合同。

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，保险人按照约定的时间开始承担保险责任。

第十二条 保险人在计算保险费时区分被保险人是否享有公费医疗或社会基本医疗保险。若保险人以被保险人享有公费医疗或当地社会基本医疗保险为前提核定并收取保险费，但日后发现该被保险人实际并不享有公费医疗或当地社会基本医疗保险，保险人有权以该被保险人不享有公费医疗或当地社会基本医疗保险的情况重新计算保险费，并要求投保人支付当年度该被保险人累计应增加的保险费。

保险金申请

第十三条 投保人、被保险人（或受益人）须凭下列资料和证明申请保险金。

- （一）申请书（保险人格式）；
- （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；
- （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返还医疗费收据原件。保险人加盖印戳并注明已赔付金额后返还医疗费收据原件并出具理算书。

第十四条 保险人收到第十三条所述保险金给付申请书以及有关证明、资料后，应当及时作出核定；情形复杂的，应当在三十日内作出核定，但保险合同另有约定的除外。保险人应当将核定结果通知受益人；对属于保险责任的，在与受益人达成给付保险金的协议后十日内，履行给付保险金义务。对不属于保险责任的，保险人应当自作出核定之日起三日内向受益人发出拒绝给付保险金通知书，并说明理由。

第十五条 保险人自收到第十三条所约定的申请资料之日起六十日内，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。

其他事项

第十六条 释义

1、**保险人指定或者认可的医疗机构**：指保险人与投保人约定的合格牙科医疗网络所包括的各网点机构。保险人可在确保被保险人利益的前提下调整网络内的医疗机构，并书面通知投保人、被保险人。

2、**既往症**：指在本附加条款生效前罹患的被保险人已知或应该知道的有关疾病。通常有以下情况：

（一）本附加条款生效前，医生已有明确诊断，长期治疗未间断；

（二）本附加条款生效前，医生已有明确诊断，治疗后症状未完全消失，有间断用药情况；

（三）本附加条款生效前，未经医生诊断和治疗，但症状或体征明显且持续存在，以普通人医学常识应当知晓。

3、**牙科门（急）诊医疗费用**：指针对牙齿疾病一般性的检查及治疗时所花费的医疗费用，包括简单补牙（包括复合树脂充填）、简单拔牙（包括拔智齿）、牙周治疗（包括采用激光及手工方式进行的牙周刮治、牙根平整术等）、根管治疗。

4、**社会基本医疗保险**：指《社会保险法》及各地实施细则规定的“基本医疗保险”，包括职工基本医疗保险、新型农村合作医疗和城镇居民基本医疗保险等国家和地方政府举办的基本医疗保险。

5、**续保合同**：指投保人在投保团体意外伤害保险及附加险的保险合同终止之日起10日内（含10日）继续投保相同保障责任的合同。

6、**贵金属**：指金、银和铂族金属（钷、铈、钇、铈、铕、铥、铥、铂）等8种金属。

本附加条款的未解释释义，均以主险的释义为准。