

三星财险团体人身意外伤害保险

附加疾病住院椎间盘突出症医疗费保险条款（2021 版）

（三星财险）（备-医疗保险）【2021】（附）015 号

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，均应采用书面形式。

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）被保险人因患椎间盘突出症（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），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）的二级及二级以上的公立医院或保险人认可的医疗机构进行住院治疗，就其**实际已支付的、符合当地社会基本医疗保险管理规定及支付范围内必需且合理的医疗费用**，保险人在扣除本附加条款约定的免赔额后，按约定的比例给付疾病住院椎间盘突出症医疗保险金。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）保险人给付的疾病住院椎间盘突出症医疗保险金以**同一种疾病接受住院治疗之日起 180 天内产生的医疗费为限**。

（三）保险期间届满被保险人治疗仍未结束且未续保的，保险人按照第（二）项规定承担责任。

（四）保险人对每一被保险人给付的疾病住院椎间盘突出症医疗保险金以保险单上所载的该保险责任的保险金额为限，一次或者累计给付的保险金达到前述保险金额时，对该被保险人的保险责任终止。

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

补偿原则及赔偿标准

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。**

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且就诊时使用社会基本医疗保险或公费医疗结算的，保险人根据保险合同约定，扣除保险单载明的免赔额（率）后对于符合当地社会基本医疗保险规定及支付范围内的费用按照保险单中约定的赔付比例予以赔偿。

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，若就诊时未使用社会基本医疗保险或公费医疗进行结算且事后未前往当地医保经办机构办理结算，保险人根据保险合同约定，不承担给付保险金责任。

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）后对于符合当地社会基本医疗保险规定及支付范围内的费用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）因意外伤害引起的疾病；
- （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）整形、美容、健康诊断等治疗费用；
- （四）牙科治疗费用；
- （五）屈光不正的治疗费用；
- （六）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；
- （七）中草药费用、中医及民族医诊疗类项目的治疗费用；
- （八）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；
- （九）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）；
- （十）与诊疗无关的 TV 视听费、电话费、再诊断证明书等各种费用；
- （十一）被保险人实际支付的住院床位费中的 50%；
- （十二）其他不是以治疗为目的发生的医疗费；
- （十三）被保险人在保险人不予认可的医疗机构发生的治疗费用；
- （十四）不属于当地社会基本医疗保险规定及支付范围内的费用，以及属于当地社会基本医疗保险机构规定药品或诊疗项目费用中需要部分自负的费用；
- （十五）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；

（十六）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）；

（十七）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，详见第三条的（一）、（二）、（四）、（五），第四条，第五条，第六条，第十六条的（二）、（三）项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）保险金申请人的户籍证明以及身份证明；

（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。

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，对属于保险责任的，与被保险人或受益人达成给付保险金协议后的 10 日内给付保险金。对不属于保险责任的，保险人应当自作出核定之日起 3 日内向被保险人或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规定的申请资料之日起 60 日以内，对属于保险责任但尚不能确定给付保险金数额的，根据已有证明和资料，按可以确定的数额先予以支付，保险人最终确定给付保险金的数额后，给付其相应的差额。

投保年龄的计算

第十六条 被保险人的投保年龄以合同生效日时的周岁计算。投保人在申请投保时，应告知被保险人的周岁年龄。若发生错误，保险人依下列约定处理：

（一）申报的被保险人年龄不真实，致使投保人实交保险费多于应交保险费的，保险人将多收的保险费无息退还投保人。

（二）申报的被保险人年龄不真实，致使投保人实交保险费少于应交保险费的，保险人有权审核更正并要求投保人补交保险费。**若补交保险费前已发生保险事故，保险人按实交保险费和应交保险费的比例折算给付保险金。**

（三）申报的被保险人年龄不真实，且真实年龄不符合本公司规定的投保年龄范围的，**保险人可以终止对该被保险人承担保险责任，并退还该被保险人保险责任终止之日的未满期保险费。**

团体保费的计算

第十七条 计算团体保险的保费时，可适用团体的平均年龄。

其他事项

第十八条 释义

1、医疗机构：指符合下列所有条件的机构：

- （一）拥有合法经营执照；
- （二）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；
- （三）有合格的医生和护士提供医疗和护理服务；
- （四）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。

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、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。

4、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。

本附加条款的未解释释义，均以主险 的释义为准。