太平财产保险有限公司

附加团体意外伤害自费药费用补偿保险条款

总则

第一条 本附加险合同可附加于太平财产保险有限公司相关团体人身保险合同（以下简称“主险合同”），投保人申请投保本附加险合同，经保险人同意而订立。凡涉及本附加险合同的约定，均应采用书面形式。

本附加险合同作为主险合同的组成部分，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。

本附加险合同与主险合同相抵触之处，以本附加险合同为准；本附加险合同未约定事项，以主险合同为准。

第二条 除另有约定外，本附加险合同保险金的受益人为被保险人本人。

保险责任

第三条 下列保险责任为可选保险责任，投保人可选择投保下列一项或多项保险责任，具体由投保人和保险人在投保时协商确定，并以保险单载明为准。在保险期间内，保险人按照保险单上载明的**免赔额及赔付比例给付意外伤害自费药医疗保险金**。

（一）全额自费药费用补偿保险责任

在保险期间内，若被保险人遭受意外伤害事故，并因该事故在医院进行治疗，对于被保险人所支出的不属于保险单签发地县级或市级社会基本医疗保险药品目录中甲类、乙类药品范围的其他药品费用，保险人在全额自费药医疗保险金额内，**按保险单上载明的免赔额及赔付比例给付**全额自费药医疗保险金。

（二）乙类药品费用补偿保险责任

在保险期间内，若被保险人遭受意外伤害事故，并因该事故在医院进行治疗，对于被保险人所支出的属于保险单签发地县级或市级社会基本医疗保险药品目录中乙类药品的药品费用，保险人在乙类药品医疗保险金额内，**按保险单上载明的免赔额及赔付比例给付**乙类药品医疗保险金。

（三）针对以下两种情况，投保人和保险人分别约定免赔额和给付比例，并在保险单中载明：

有社保：被保险人享有社会医疗保险或公费医疗保障，且在申请理赔时已经从社会医疗保险或公费医疗保障中获得医疗费用补偿；

无社保：被保险人申请理赔时未享有社会医疗保险或公费医疗保障，或没有从社会医疗保险或公费医疗保障中获得医疗费用补偿。

（四）若被保险人的损失已从其他保险单或其它途径获得赔偿，保险人可根据有关单位或保险单承保公司出具的相关单证或给付保险金证明，在扣除前述其他赔偿额之后，对

其余额按本条第（一）、（二）款约定承担赔偿责任。

（五）保险期间届满被保险人治疗仍未结束的，保险人所负保险责任期限最长可至意外伤害发生之日起第 180 日止，但累计给付金额达到本附加险合同对应的保险金额时，保险人对该被保险人在本附加险合同项下的保险责任终止。

（六）保险人对每一被保险人所给付意外伤害自费药费用补偿保险金的责任以本附加险合同所载每一被保险人的意外伤害自费药保险金额为限，一次或累计给付的保险金达到本附加险合同项下该被保险人的意外伤害自费药费用补偿保险金额时，保险人对该被保险人在本附加险合同下的保险责任终止。

责任免除

第四条 下列费用或被保险人存在下列情况之一的，保险人不承担给付保险金责任：

（一）主险合同中列明的“责任免除”情形导致的医疗费用；

（二）被保险人发生意外伤害事故时，其所在国家或地区处于战争、军事行动、暴动或武装叛乱期间；

（三）被保险人因醉酒或毒品、管制药物的影响导致的医疗费用；

（四）被保险人因酒后驾车、无有效行驶证驾驶或驾驶无有效行驶证的机动车导致的医疗费用；

（五）被保险人在非认可的医疗机构治疗发生的医疗费用；

（六）被保险人从事潜水、跳伞、攀岩、蹦极、驾驶滑翔机或滑翔伞、探险、武术比赛、摔跤比赛、特技表演、赛马、赛车等高风险运动导致的伤害引起的医疗费用。

保险期间

第五条 本附加险合同的保险期间与主险合同的保险期间保持一致。保险合同为不保证续保合同。本保险合同保险期间为一年（或不超过一年）。保险期间届满时，投保人需要重新向保险公司申请投保本保险合同，并经保险人同意，交纳保险费，获得新的保险合同。重新投保的保险合同与前一保险合同的保险期间在时间上不间断的，为续保。如果投保人未按照约定提出续保申请并缴纳续保保险费，或保险人审核不同意续保，则本保险合同在保险期间届满时终止。

保险金额与保险费

第六条 本附加险合同保险金额由投保人和保险人在投保时约定，并在保险单上载明。

投保人应该按照本附加险合同约定向保险人交纳保险费。

保险事故通知

第七条 投保人、被保险人或者保险金受益人知道保险事故发生后，应于被保险人入院之日起 48 小时内或经保险人书面同意延长的期限内通知保险人。

被保险人应在认可的医疗机构就诊，若因急诊未在认可的医疗机构就诊的，应在 48 小时内或经保险人书面同意延长的期限内通知保险人，并根据病情及时转入认可的医疗机构。

若确需转入非认可的医疗机构就诊的，应向保险人提出书面申请，保险人在接到申请后三日内给予答复，对于保险人同意在非认可的医疗机构就诊的，对被保险人在非认可的医疗机构发生的住院医疗费用按本附加险合同的规定给付保险金。

保险金申请与给付

第八条 发生保险责任范围内的事故，保险金申请人请求赔偿时，应向保险人提供以下证明和资料。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）保险金申请人填具的索赔申请书；

（二）保险单或其他保险凭证正本；

（三）被保险人身份证明；

（四）认可的医疗机构出具的附有病理检查、化验检查及其他医疗仪器检查报告的医疗诊断证明、病历及医疗、医药费原始单据、结算明细表与处方正本；

（五）保险金申请人所能提供的与确认保险事故的性质、原因、损失程度等有关的其他证明和资料。

释义

1、认可的医疗机构

指在中国境内（不包括香港、澳门、台湾）经中华人民共和国卫生部门评审确定的二级或以上的公立医院或投保人与保险人协商共同指定的医院或医疗机构。**意外伤害急救不受此限，但经急救情况稳定后，须根据病情及时转入前述指定或认可的医疗机构治疗。**

但不包括以下或类似的医疗机构：

1） 精神病院；

2） 老人院、疗养院、戒毒中心和戒酒中心；

3） 健康中心或天然治疗所、疗养或康复院。

2、住院：指被保险人因意外伤害，经医生根据临床诊断，必须入住医院之正式病房进行治疗，正式办理入院手续且连续住院二十四小时以上，但不包括入住门诊观察室、家庭病床、其它挂床住院及不合理的住院。如被保险人因非医疗目的自行离开病房 12 小时（含）以上，视为自动出院。