

泰康在线财产保险股份有限公司

附加建筑工程施工人员团体意外伤害医疗保险条款（A款）

总则

第一条 本附加保险合同（以下简称“本附加合同”）须附加于建筑工程施工人员团体人身意外伤害保险（以下简称“主险合同”）。主险合同所附条款、投保单、保险单、保险凭证以及批单等，凡与本附加合同相关者，均为本附加合同的构成部分。凡涉及本附加合同的约定，均应采用书面或电子形式。

若主险合同与本附加合同的条款互有冲突，则以本附加合同的条款为准。本附加合同未尽事宜，以主险合同的条款规定为准。

第二条 本附加合同的投保人、被保险人与主险合同一致。

第三条 除另有约定外，本附加合同的受益人为被保险人本人。

保险责任

第四条 本附加合同的保险责任分为下列两类，投保人可以为被保险人选择仅投保以下第（一）项保险责任，也可同时投保以下第（一）项和第（二）项保险责任，在本附加合同保险期间内，保险人承担投保人所选择的并在保险单上载明的保险责任：

（一）意外伤害医疗保险金

在本附加合同保险期间内，被保险人在主险合同约定的施工现场工作过程中遭受意外伤害事故，并因该次意外伤害事故为直接且单独原因导致在医院接受必需且合理的治疗，保险人就被保险人自事故发生之日起一百八十日内（含第一百八十日）实际支出的符合当地社会基本医疗保险范围内的医疗费用，在扣除本附加合同约定的免赔额后，按本附加合同约定的赔偿比例在保险单载明的该被保险人项下的意外伤害医疗保险金额内向被保险人赔偿意外伤害医疗保险金。

免赔额由投保人与保险人协商确定，并在保险单上载明。

本附加合同保险期间内，保险人按以下赔偿比例承担保险责任：

被保险人以参加社会基本医疗保险或者公费医疗身份投保，并以参加社会基本医疗保险或者公费医疗身份就诊并结算的，赔偿比例为A；被保险人以参加社会基本医疗保险或者公费医疗身份投保，但未以社会基本医疗保险或者公费医疗身份就诊并结算的，赔偿比例为B；被保险人以未参加社会基本医疗保险或者公费医疗身份投保，赔偿比例为A。赔偿比例A、赔偿比例B由投保人和保险人协商确定，并在保险单中载明。

被保险人因同一意外伤害事故在医院多次接受治疗，如果累计医疗费用大于本附加合同约定的免赔额，保险人在计算意外伤害医疗保险金时对累计医疗费用扣除一次免赔额；如果累计医疗费用小于本附加合同约定的免赔额，保险人不承担赔偿保险金的责任。被保险人因不同意外伤害事故在医院多次接受治疗，保险人在每次计算意外伤害医疗保险金时均会扣除一次免赔额。

本项责任适用医疗费用补偿原则。保险人在向被保险人赔偿保险金时，若被保险人已

通过社会基本医疗保险、公费医疗、保险人在内的任何商业保险机构、政府机构或者社会福利机构等其它途径（以下简称“其他途径”）获得本附加合同责任范围内的医疗费用补偿，则保险人仅对被保险人实际发生的必需且合理的医疗费用扣除其从前述其它途径获得医疗费用补偿后的余额按照本附加合同约定进行赔偿。被保险人的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。

被保险人在同一保险期间内一次或多次因意外伤害事故进行治疗，保险人的累计赔偿金额以保险单载明的该被保险人项下的意外伤害医疗保险金额为限，累计赔偿金额达到该被保险人项下意外伤害医疗保险金额时，则保险人对该被保险人的本项保险责任终止。

（二）意外伤害住院津贴保险金

在本附加合同保险期间内，被保险人在主险合同约定的施工现场工作过程中遭受意外伤害事故，并因该次意外伤害事故为直接且单独原因导致在医院经诊断必须接受住院治疗，保险人按被保险人每次在医院的实际住院天数扣除本附加合同约定的免赔天数后乘以本附加合同约定的意外伤害住院津贴保险金日额向被保险人给付意外伤害住院津贴保险金，即：

被保险人每次住院获得的意外伤害住院津贴保险金＝（被保险人实际住院天数-免赔天数）×意外伤害住院津贴保险金日额

免赔天数与意外伤害住院津贴保险金日额由投保人与保险人协商确定，并在保险单上载明。

在保险期间内，无论被保险人一次或多次接受住院治疗，保险人对该被保险人的意外伤害住院津贴保险金累计给付天数以一百八十日（含第一百八十日）为限，保险人累计给付天数达到一百八十日的，保险人对该被保险人的本项保险责任终止。

责任免除

第五条 主险合同免责条款适用于本附加合同。

第六条 因下列情形之一导致被保险人发生医疗费用的，保险人不承担赔偿或者给付保险金的责任：

- （一） 非因意外伤害事故而发生的治疗；
- （二） 在中国境外的国家或者地区接受治疗；
- （三） 未书面告知的既往症；
- （四） 非主险合同约定的施工现场工作过程中遭受意外伤害事故；
- （五） 主险合同无效或失效。

第七条 被保险人的下列损失、费用，保险人也不承担赔偿责任或者给付保险金责任：

- （一）被保险人以家庭病床治疗、挂床住院治疗等产生的费用；
- （二）被保险人用于矫形、洁齿、洗牙、整容、美容、器官移植、验光配镜、视力矫正手术及治疗或修复、安装及购买残疾用具（如轮椅、助听器、装配假眼、假肢等）的费用；
- （三）被保险人健康护理等非治疗性行为或康复治疗产生的费用；

(四)被保险人投保前已有残疾的治疗和康复的费用；

(五)被保险人的交通费、食宿费、生活补助费、误工补贴费。

保险金额、投保方式、保险费

第八条 保险金额是保险人承担赔偿或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在投保时与保险人协商确定，并在保险单中载明。

第九条 本附加合同的投保方式与主险合同一致。

第十条 保险费依据保险金额与保险费率计收，在保险单中载明。投保人应该按照本附加合同约定向保险人交纳保险费。

保险期间

第十一条 除另有约定外，本附加合同的保险期间与主险合同一致。

保险人义务

第十二条 本附加合同成立后，保险人应当及时向投保人签发保险单或其他保险凭证。

第十三条 保险人按照本附加合同的约定，认为被保险人提供的有关索赔的证明和资料不完整的，应当及时一次性通知投保人、被保险人或受益人补充提供。

第十四条 保险人收到被保险人或受益人的赔偿或给付保险金的请求后，应当及时作出是否属于保险责任的核定；情形复杂的，应当在三十日内作出核定，但本附加合同另有约定的除外。

保险人应当将核定结果通知被保险人或者受益人；对属于保险责任的，在与被保险人或受益人达成赔偿或给付保险金金额的协议后十日内，履行赔偿或给付保险金义务。本附加合同对赔偿或给付保险金的期限有约定的，保险人应当按照约定履行赔偿或给付义务。

保险人依照前款约定作出核定后，对不属于保险责任的，应当自作出核定之日起三日内向被保险人或受益人发出拒绝赔偿或给付保险金通知书，并说明理由。

第十五条 保险人自收到赔偿或给付保险金的请求和有关证明、资料之日起六十日内，对其赔偿或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；保险人最终确定赔偿或给付保险金的数额后，应当支付相应的差额。

投保人、被保险人义务

第十六条 保险费按不同投保方式计收。

除另有约定外，投保人应当在本附加合同成立时一次性交清保险费；**保险费交清前，本附加合同不生效，对保险费交清前发生的保险事故，保险人不承担保险责任。**

第十七条 订立本附加合同时，保险人就保险标的或者被保险人的有关情况提出询问的，投保人应当如实告知。

投保人故意或者因重大过失未履行前款规定的义务，足以影响保险人决定是否同意承

保或者提高保险费率的，保险人有权解除本附加合同。

前款规定的合同解除权，自保险人知道有解除事由之日起，超过三十日不行使而消灭。

投保人故意不履行如实告知义务的，保险人对于本附加合同解除前发生的保险事故，不承担赔偿或给付保险金责任，并不退还保险费。

投保人因重大过失未履行如实告知义务，对保险事故的发生有严重影响的，保险人对于本附加合同解除前发生的保险事故，不承担赔偿或给付保险金责任，但应当退还保险费。

保险人在本附加合同订立时已经知道投保人未如实告知的情况的，保险人不得解除本附加合同；发生保险事故的，保险人应当承担赔偿或给付保险金责任。

第十八条 投保人住所或通讯地址变更时，应及时以书面形式通知保险人。投保人未通知的，保险人按本附加合同所载的最后住所或通讯地址发送的有关通知，均视为已发送给投保人。

第十九条 在保险期间内，按被保险人人数投保方式的，投保人因其人员变动，需增加、减少被保险人时，应以书面形式向保险人提出申请。保险人同意后出具批单，并在保险单批注。

被保险人人数增加时，保险人在审核同意后，于收到申请之日的次日零时开始承担保险责任，并按如下公式增收保险费：

$$\text{保险费} = \text{建筑施工总面积（平方米）} \times \text{适用的基准保险费率} \times \text{每一被保险人保险金额} \times \left(\frac{\text{施工未完工期限}}{\text{合同施工期限}} \right)。$$

被保险人人数减少时，保险人在审核同意后，于收到申请之日的次日零时起，对减少的被保险人终止保险责任（如减少的被保险人属于已离职的，保险人对其所承担的保险责任自其离职之日起终止），并按上述公式退还该被保险人对应的保险费，但减少的被保险人本人或其受益人已领取过任何保险金的，保险人不退还该被保险人对应的保险费。

减少后的被保险人人数不足三人时，保险人有权解除本保险合同，并按上述公式退还保险费。

第二十条 保险事故发生后，投保人、被保险人或受益人应当及时通知保险人。故意或者因重大过失未及时通知，致使保险事故的性质、原因、损失程度等难以确定的，保险人对无法确定的部分，不承担赔偿或给付保险金责任，但保险人通过其他途径已经及时知道或者应当及时知道保险事故发生的除外。

上述投保人、被保险人的义务，不包括因不可抗力导致的延迟。

保险金申请

第二十一条 保险金申请人向保险人申请赔偿或给付保险金时，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。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赔偿或给付保险金的责任。

（一）意外伤害医疗保险金申请：

1. 保险金赔偿申请书；

2. 保险单或其他保险凭证；
3. 保险金申请人的**有效身份证件**；
4. 建筑行政安全主管部门或公安、交通等相关部门出具的意外伤害事故证明；
5. 医院出具的被保险人的诊断证明、医疗费用明细清单及病历；
6. 医院出具的被保险人的医疗费用收据或者发票原件；
7. 如果所申请的医疗费用中含有住院医疗费用，则须提供医院出具的被保险人的入出院记录；
8. 用人单位出具的被保险人的**人事证明或劳动关系证明**；
9. 如果被保险人已从其他途径获得了补偿，则须提供从其他途径所获补偿的凭证原件；
10. 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；
11. 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、委托人和受托人的身份证明等相关证明文件。

(二) 意外伤害住院津贴保险金申请：

1. 保险金给付申请书；
2. 保险单或其他保险凭证；
3. 保险金申请人的有效身份证件；
4. 建筑行政安全主管部门或公安、交通等相关部门出具的意外伤害事故证明；
5. 医院出具的被保险人的入出院记录；
6. 医院出具的被保险人的诊断证明及病历；
7. 医院出具的被保险人住院医嘱和体温检测单；
8. 用人单位出具的被保险人的**人事证明或劳动关系证明**；
9. 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；
10. 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、委托人和受托人的身份证明等相关证明文件。

第二十二条 保险金申请人向保险人请求赔偿或给付保险金的诉讼时效期间为二年，自其知道或者应当知道保险事故发生之日起计算。

争议处理和法律适用

第二十三条 因履行本附加合同发生的争议，由当事人协商解决。协商不成的，提交保险单载明的仲裁机构仲裁；保险单未载明仲裁机构且争议发生后未达成仲裁协议的，依法向中华人民共和国（不包括港、澳、台地区）人民法院起诉。

第二十四条 本附加合同争议处理适用中华人民共和国法律（不包括港、澳、台地区法律）。

其他事项

第二十五条 本附加合同成立后将持续有效，直至保险单约定的保险期间届满或达到本附加合同约定的终止条件。

保险责任开始前，投保人要求解除本附加合同的，保险人应当无息全额退还保险费。

保险责任开始后，投保人要求解除本附加合同的，自通知保险人之日起，本附加合同解除，保险人计收保险责任开始之日起至本附加合同解除之日止期间的保险费，并退还剩余部分保险费。

第二十六条 投保人要求解除本附加合同时，应提供下列证明文件和资料：

- (一) 保险合同或其他保险凭证正本；
- (二) 解除合同申请书；
- (三) 投保人的有效身份证明。

释义

第二十七条 除另有约定外，本附加合同涉及下列术语时，适用以下释义：

【医院】指国家卫生部医院等级分类中的二级或二级以上公立医院普通部，但不包括观察室、特需医疗、国际医疗、联合病房、康复病房和干部病房以及附属于前述医院或单独作为诊所、康复、护理、疗养、戒酒、戒毒等或相类似的医疗机构。同时该医院必须具有符合有关医院管理规定设置标准的医疗设备，并且全日二十四小时有合格医师及护士驻院提供医疗和护理等服务。

【必需且合理】

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。

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：

- 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) 由医生开具的处方药；
- 4) 非试验性的、非研究性的项目。

【当地】指被保险人医疗费用的实际发生地/支出地。

【社会基本医疗】指《社会保险法》第三章规定的基本医疗保险，包括职工基本医疗保险、城镇居民基本医疗保险、新型农村合作医疗等政府举办的基本医疗保险。

【住院】指被保险人确因临床需要，正式办理入院及出院手续，并确实入住医院正式病

房接受治疗的行为过程，但不包括入住门诊观察室、家庭病床、挂床住院，以及休养、疗养、身体检查和健康护理等非治疗性行为。

【中国境外】指中华人民共和国领土之外的地区以及香港特别行政区、澳门特别行政区和台湾地区。

【家庭病床】是指被保险人因疾病或意外伤害事故以及因此产生的并发症，在医院（包括住院部与门诊部）范围以外，要求医院医护人员以出诊形式上门，提供诊断、治疗服务，或被保险人没有到医院就诊，让其他人员以转述形式向医院医生讲述病情，使医生依据转述病情而开药。

【挂床住院】是指办理正式住院手续的被保险人，住院过程中一日内未接受与入院诊断相关的检查和治疗或者一日内住院不满二十四小时，具体表现包括在住院期间连续若干日无任何治疗，只发生护理费、诊疗费、床位费等情形。**遵医嘱到外院接受临时诊疗的不在此限。**

【康复治疗】指在康复医院、康复科诊治或者接受以促进机体各项功能恢复为目的的医疗方法，如理疗、按摩、推拿、生物反馈疗法、康复营养、康复护理等。

【保险金申请人】指受益人、被保险人，受益人或被保险人的继承人，或其他依法享有保险金请求权的自然人。

【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。

【剩余部分保险费】指本保险合同所具有的价值，通常体现为解除合同时，根据精算原理计算的，由保险人退还的那部分金额。

剩余部分保险费=保险费×[1-(保险单已经过天数/保险期间天数)]×(1-20%)

经过天数不足一天的按一天计算。**若本保险合同已发生保险金赔偿或给付，已发生保险金赔偿或给付的被保险人对应的剩余部分保险费为零。**

本附加合同的未释义名词，以本附加合同所附属主险合同中的释义为准。