

三星财险附加运动意外伤害医疗保险 2025 版（互联网专属）
(注册号：C00004532522025082004313)

总则

第一条 本附加保险条款（以下简称“本附加合同”）须附加于保险人运动意外伤害保险（互联网专属）类保险条款（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内容相悖之处，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，均应采用书面形式。

第二条 本附加合同的投保人、被保险人同主险合同。

第三条 本附加合同的受益人为被保险人本人。

保险责任

第四条 本附加合同可承保以下运动期间（见释义）发生的意外伤害事故，具体承保的运动项目以保险单中载明的为准。

- （一）普通运动；
- （二）高风险运动；
- （三）普通运动与高风险运动。

第五条 在本附加合同的保险期间内，被保险人参与保险单载明的运动并在运动期间遭受意外伤害事故，因此在保险人认可的医疗机构（见释义）进行必要治疗，保险人就被保险人自事故发生之日起 180 日内（含）发生的需个人支付的、约定报销范围内的、合理且必要的医疗费用（见释义），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保险金额内给付运动意外伤害医疗保险金。

除另有约定外，本附加合同所称的约定报销范围内的医疗费用指符合当地基本医疗保险（见释义）报销范围（以下简称“社保范围内”）的医疗费用。经保险合同双方约定，保险人也可承担超出当地基本医疗保险报销范围（以下简称“社保范围外”）的医疗费用。

保险金额、免赔额、社保范围内给付比例、社保范围外给付比例（如有）以保险单上载明的为准。

本附加合同保险期间届满时，被保险人仍未结束治疗的，保险人继续承担保险金给付责任，除另有约定外，住院治疗者最长延至本附加合同保险期间届满日后第 30 日（含）止，门诊治疗者最长延至本附加合同保险期间届满日后第 15 日（含）止。

保险人对被保险人运动意外伤害医疗费用的累计给付金额之和以保险单所载的运动意外伤害医疗保险金额为限，一次或累计给付的保险金达到运动意外伤害医疗保险金额时，保险人对被保险人在本附加合同下的保险责任终止。

第六条 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、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本附加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

第七条 下列情形之一造成的被保险人的医疗费用支出，保险人不承担给付保险金的责任：

- （一）主险合同约定的责任免除事项；
- （二）非因保险单载明的运动意外伤害而发生的医疗费用；
- （三）因椎间盘突出症（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）造成被保险人支出的医疗费用；
- （四）被保险人体检、疗养、心理咨询的费用；
- （五）用于矫形、整容、美容、器官移植或修复、安装及购买残疾用具（如轮椅、假肢、助听器、假眼、配镜等）的费用；
- （六）营养费、康复费、护理（陪住）费、特需服务费、取暖费、空调费、交通费、住宿费、生活补助费、误工费、丧葬费、营养性药品；
- （七）被保险人健康管理（含体检、疗养、特别护理或静养）等非治疗性的行为及无客观病征证明其不健康及以捐献身体器官为目的的医疗行为；
- （八）被保险人不符合入院标准住院、挂床住院（见释义）或应当出院但拒不出院而造成的延长住院；
- （九）被保险人未经保险人同意的转院治疗或在家自设病床治疗；
- （十）被保险人不在保险人认可的医疗机构就诊（但被保险人因情况紧急必须立即就医的不受此限）；
- （十一）中药材等保健用药费及中医治疗费用（保险人特别约定承保的情形不在此限，具体在保险单中载明）；
- （十二）保险合同中约定的应由被保险人自行负担的免赔额。

保险金额

第八条 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与保险人双方协商确定，并在保险单中载明。

免赔额和给付比例

第九条 本附加合同的免赔额、社保范围内给付比例及社保范围外给付比例（如有）由投保人、保险人双方约定，并在保险单中载明。

保险期间和不保证续保

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。

保险金申请与给付

第十一条 保险金申请人向保险人申请给付保险金时，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下列材料，导致保险人无法核实该申请的真实性的，保险人对无法核实的部分不承担给付保险金的责任：

- （一）保险金给付申请书；
- （二）保险单原件或其他保险凭证；
- （三）保险金申请人的有效身份证明；

（四）保险人认可的医疗机构出具的诊断证明、病历、医疗费用原始收据、医疗费用明细清单及医疗费用结算单；若被保险人已从其他途径（包括社会医疗保险、公费医疗、工作单位、保险人在内的任何商业保险机构等）获得医疗费用补偿，且赔付单位留存了医疗费用原始收据的，可提供加盖留存单位实物章的医疗费用收据复印件或其他法定证明材料；

- （五）若涉及高风险运动，还须提交下列材料：

- 1、被保险人与高风险运动的组织方签订的运动合同或相关凭证如门票等；
- 2、高风险运动的组织方或公安部门出具的事故证明；

- （六）其他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；

（七）保险金申请人委托他人申请的，还应提供授权委托书、委托人和受托人的有效身份证明等相关证明文件。

第十二条 若为境外出险的，凡由境外机构或人员出具的文件必须经境外出险地合法公证机构对文件的有效性、真实性进行公证，或经中国驻当地所在国使领馆认可。

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）运动期间

指被保险人从事某项运动的整个时间段，包括运动前准备的热身运动、正式运动的整个过程和放松运动，往返运动场所不属于运动期间。

（二）保险人认可的医疗机构

除另有约定外，指经中华人民共和国境内（不包括香港、澳门、台湾地区）卫生部门评审确定的二级或以上的公立医院普通部及保险人扩展承保的医疗机构普通部。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。

在中国境外（包括香港、澳门、台湾地区）是指保险人认可的根据所在国家法律规定合法成立、运营并符合以下标准的医疗机构：

1、主要运营目的是以住院病人形式提供接待患病、受伤的人并为其提供医疗护理和治疗；

2、在一名或若干医生的指导下为病人治疗，其中最少有一名合法执业资格的驻院医生驻诊；

3、维持足够妥善的设备为病人提供医学诊断和治疗，并于机构内或由其管理的其他地方提供进行各种手术的设备；

4、有合法执业的护士提供和指导二十四小时的全职护理服务。

不包括如下机构或医疗服务：

1、特需医疗、外宾医疗、干部病房、联合病房、国际医疗中心、VIP 部、联合医院；

2、诊所、康复中心、家庭病床、护理机构；

3、休养、戒酒、戒毒中心；

4、精神病院、精神心理治疗中心、老人院、疗养院、健康中心。

该医疗机构必须具有系统的、充分的诊断设备，全套外科手术设备及能够提供二十四小时的医疗与护理服务的能力或资质。

具体医院名单或范围由投保人与保险人约定，并在保险单中载明。

（三）合理且必要的医疗费用

指同时符合通常惯例且医学必须

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理赔人员根据客观、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、医学必须：指医疗费用必须符合下列所有条件：

（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；

（5）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。

对是否医学必须由保险人理赔人员根据客观、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。

若被保险人在中华人民共和国境外出险且在境外医疗机构就医的，保险人承担的医疗费用按被保险人在国内日常居住地相同治疗的平均水平折算。

（四）基本医疗保险

指《中华人民共和国社会保险法》所规定的基本医疗保险，包括城镇职工基本医疗保险、城镇居民基本医疗保险或城乡居民基本医疗保险、新型农村合作医疗等政府举办的基本医疗保障项目。

（五）挂床住院

挂床住院指办理正式住院手续的被保险人，在住院期间每日非 24 小时在床、在院，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、床位费的情况。

本附加合同的未释义名词，以主险合同中的释义为准。