

中银保险有限公司

团体意外伤害保险条款

(注册编号：C00004632312022012689533)

总则

第一条 本保险合同（以下简称“本合同”）由保险单和其他保险凭证及所附条款、投保单及被保险人名册等与本合同有关的投保文件、合法有效的声明、批注、附贴批单、其他书面文件构成。凡涉及本合同的约定，均采用书面形式。

第二条 对被保险人依法具有保险利益的法人、非法人组织均可作为投保人，在征得被保险人同意后，向保险人投保本保险。

第三条 身体健康、能正常工作或正常生活的自然人可作为被保险人。

第四条 经保险人审核同意并出具保险单或批单，以上人员即可获得被保资格，成为被保险人。获得被保资格的日期为保险单所载的保险期间起始日或批单所载生效日，以两者间较晚的时间为准。

第五条 被保险人因非保险事故身故的，则自被保险人身故之日起该被保险人的被保资格丧失，保险人对该被保险人所承担的保险责任随即终止。

本合同保险期间终止，则被保险人的被保资格终止，保险人对被保险人所承担的保险责任随即终止。

本合同解除，则自解除之日起被保险人的被保资格终止，保险人对被保险人所承担的保险责任随即终止。

第六条 订立本合同时，被保险人或投保人可指定一人或数人为身故保险金受益人。身故保险金受益人为数人时，应确定其受益顺序和受益份额；未确定受益份额的，各身故保险金受益人按照相等份额享有受益权。本合同的残疾保险金的受益人为被保险人本人。

被保险人或投保人可以变更保险金受益人，但需书面通知保险人，由保险人在本合同上批注。对因保险金受益人变更发生的法律纠纷，保险人不承担任何责任。

投保人指定或变更保险金受益人的，应经被保险人书面同意。被保险人为无民事行为能力人或限制民事行为能力人的，应由其监护人指定或变更保险金受益人。

受益人故意造成被保险人身故、伤残的，或者故意杀害被保险人未遂的，该受益人丧失受益权。

保险责任

第七条 本合同的保险责任分为“身故保险责任”和“残疾保险责任”，投保人可根据需要选择其中的一项或两项保险责任投保。在保险期间内，被保险人遭受意外伤害事故，并因该意外伤害导致其身故、残疾的，保险人根据投保人选择的保险责任按下列约定给付保险金。

（一）身故保险责任

在保险期间内，且在约定的保险责任期间内，被保险人遭受意外伤害事故，并自该事故发生之日起一百八十日内因该意外伤害为直接原因身故的，保险人按意外伤害身故保险金额给付身故保险金，对该被保险人的保险责任终止。

被保险人因遭受意外伤害事故且自该事故发生日起下落不明，后经人民法院宣告死亡的，保险人按意外伤害身故保险金额给付身故保险金。但若被保险人被宣告死亡后生还的，保

保险金受领人应于知道或应当知道被保险人生还后三十日内退还保险人给付的身故保险金。

（二）残疾保险责任

在保险期间内，且在约定的保险责任期间内，被保险人遭受意外伤害事故，并自该事故发生之日起一百八十日内因该意外伤害为直接原因造成《人身保险伤残评定标准及代码》（以下简称《评定标准》）所列伤残程度之一的，保险人按《评定标准》中所对应的保险金给付比例乘以意外伤害残疾保险金额给付残疾保险金。如第一百八十日治疗仍未结束的，按当日的身体情况进行伤残鉴定，并据此给付残疾保险金。

被保险人如在遭受本次意外伤害事故之前已有残疾的，保险人按合并后的伤残程度在《评定标准》中所对应的保险金给付比例乘以意外伤害残疾保险金额给付残疾保险金，但应扣减原有伤残程度在《评定标准》中所对应的残疾保险金（即所对应的保险金给付比例与意外伤害残疾保险金额的乘积）。

保险人对每一被保险人的残疾保险金给付总额以保险单载明的该被保险人的意外伤害残疾保险金额为限。一次或累计给付同一被保险人的残疾保险金达到该被保险人的意外伤害残疾保险金额时，保险人对该被保险人的残疾保险责任终止。

责任免除

第八条 被保险人因下列原因而导致身故或残疾的，保险人不承担给付保险金责任：

- （一）投保人的故意行为；
- （二）被保险人故意自伤或自杀，但被保险人自杀时为无民事行为能力人的除外；
- （三）因被保险人挑衅或故意行为而导致的打斗、被袭击或被谋杀；
- （四）被保险人妊娠（含宫外孕）、流产、分娩（含剖宫产）、药物过敏、食物中毒、高原反应、中暑、猝死；
- （五）被保险人接受包括美容、整容、整形手术在内的任何医疗行为而造成的意外；
- （六）被保险人未遵医嘱服用、涂用、注射药物；
- （七）疾病；
- （八）非因意外伤害导致的细菌或病毒感染；
- （九）任何生物、化学、原子能武器，原子能或核能装置所造成的爆炸、灼伤、污染或辐射；
- （十）被保险人因遭受意外伤害以外的原因失踪而被法院宣告死亡；
- （十一）恐怖袭击；
- （十二）被保险人从事高风险运动或参加职业或半职业体育运动。

第九条 被保险人在下列期间遭受意外伤害事故导致身故或残疾的，保险人不承担给付保险金责任：

- （一）战争、军事行动、武装叛乱或暴乱期间；
- （二）被保险人从事违法、犯罪活动期间或被依法拘留、服刑、在逃期间；
- （三）被保险人存在精神和行为障碍（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》第十次修订版（ICD-10）为准）期间；
- （四）被保险人醉酒或受毒品、管制药物的影响期间；

(五) 被保险人酒后驾驶、无合法有效驾驶证驾驶或驾驶无合法有效行驶证的机动车期间；

(六) 被保险人驾驶或搭乘非商业航班期间；

(七) 非约定的保险责任期间内。

保险金额

第十条 每一被保险人的分项保险金额是保险人承担给付该被保险人该项保险金责任的最高限额。

每一被保险人的意外伤害身故保险金额、意外伤害残疾保险金额由投保人、保险人双方约定，并在保险单中载明。若被保险人为未成年人，保险金额须符合国务院保险监督管理机构的相关规定。

保险期间

第十一条 除另有约定外，本合同的保险期间为一年，以保险单载明的起讫时间为准。

保险人义务

第十二条 订立本合同时，保险人应当向投保人说明本合同的内容。

对本合同中免除保险人责任的条款，保险人在订立本合同时应当在投保单、保险单或者其他保险凭证上作出足以引起投保人注意的提示，并对该条款的内容以书面或者口头形式向投保人作出明确说明，未作提示或者明确说明的，该条款不产生效力。

第十三条 本合同成立后，保险人应当及时向投保人签发保险单或其他保险凭证。

第十四条 保险事故发生后，投保人、被保险人或受益人提供的有关索赔的证明和资料不完整的，保险人应当及时一次性通知投保人、被保险人或受益人补充提供。

第十五条 保险人收到被保险人或者受益人的给付保险金请求后，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，在与被保险人或者受益人达成给付保险金的协议后十日内，保险人履行给付保险金义务。本合同对给付保险金的期限有约定的，保险人应当按照约定履行给付保险金的义务。

保险人依照前款的约定作出核定后，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被保险人或者受益人发出拒绝给付保险金通知书，并说明理由。

第十六条 保险人自收到给付保险金的请求和有关证明、资料之日起六十日内，对其给付的保险金数额不能确定的，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的保险金数额后，应当支付相应的差额。

投保人、被保险人义务

第十七条 除本合同另有约定外，投保人应在本合同成立时交清保险费，**投保人未按约定交清保险费的，本合同不生效。对本合同生效前发生的保险事故，保险人不承担保险责任。**

第十八条 投保人应如实填写投保单并回答保险人提出的询问，履行如实告知义务。

投保人故意或者因重大过失未履行前款约定的如实告知义务，足以影响保险人决定是否同意承保或者提高保险费率的，保险人有权解除本合同。

前款约定的本合同解除权，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，保险人对于本合同解除前发生的保险事故，不承担给付保险金的责任，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，保险人对于本合同解除前发生的保险事故，不承担给付保险金的责任，但应当退还保险费。

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

第十九条 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，均视为已送达投保人。

第二十条 在保险期间内，投保人需增加、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，并在本合同中批注。

被保险人人数增加时，保险人在审核同意后出具批单，于批单生效日零时开始按照本合同约定承担保险责任，并按约定增收未到期保险费。

被保险人人数减少时，保险人在审核同意后出具批单，于批单生效日零时起，对减少的被保险人终止保险责任，并按约定退还该被保险人项下的现金价值，但减少的被保险人已发生任何保险金给付或已发生本合同约定的保险事故但尚未给付保险金的，保险人不退还该被保险人项下的现金价值。

第二十一条 在保险期间内，投保人需变更本合同其他内容的，应以书面形式向保险人提出申请。保险人同意后出具批单，并在本合同中批注。

若被保险人身故，则保险人不接受本合同中有关该被保险人的任何内容的变更申请。

第二十二条 发生保险责任范围内的事故后，投保人、被保险人或受益人应及时通知保险人，并书面说明事故发生的原因、经过和损失程度等情况；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，不承担给付保险金的责任，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。

上述约定，不包括因不可抗力而导致的迟延。

保险金申请与给付

第二十三条 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。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。保险金申请人未能提供有关材料，导致保险人难以确定保险事故的性质、原因、损失程度等的，保险人对无法确定的部分不承担给付保险金的责任。

（一）身故保险金申请

1. 保险金给付申请书；
2. 保险单或其他保险凭证原件；
3. 保险金申请人的身份证明；
4. 公安部门或司法部门、保险人认可的医疗机构出具的被保险人死亡证明或验尸报告。若被保险人为宣告死亡，保险金申请人应提供法院出具的宣告死亡证明文件；
5. 被保险人的户籍注销证明；
6. 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。

(二) 残疾保险金申请

1. 保险金给付申请书；
2. 保险单或其他保险凭证原件；
3. 被保险人身份证明；
4. 保险人认可的伤残鉴定机构出具的伤残程度鉴定书；

5. 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。

第二十四条 如果本合同约定了一次事故赔偿限额，保险人对所有被保险人在同一次意外伤害事故中实际给付的保险金的总额不超过本合同所约定的一次事故赔偿限额。如果在同一次的意外伤害事故中，“一次事故赔偿限额”小于在无“一次事故赔偿限额”情况下应给付的各被保险人的保险金总额，则保险人根据以下公式计算实际给付每一被保险人的保险金：

实际给付每一被保险人的保险金 = (一次事故赔偿限额 ÷ 在无“一次事故赔偿限额”情况下应给付的各被保险人的保险金总额) × 在无“一次事故赔偿限额”情况下应给付的该被保险人的保险金。

合同的解除和争议处理

第二十五条 在本合同成立后，投保人可以通过书面形式通知保险人解除本合同，但已发生任何保险金给付或已发生本合同约定的保险事故但尚未给付保险金的，投保人不得要求解除本合同。

投保人解除本合同时，应填写保险合同解除申请书，并提供下列证明文件和资料：

- (一) 保险单或其他保险凭证原件；
- (二) 保险费交付凭证；
- (三) 投保人身份证明。

投保人要求解除本合同，自保险人接到保险合同解除申请书之时起，本合同的效力终止。保险人收到上述证明文件和资料之日起三十日内退还保险单的现金价值。

第二十六条 因履行本合同发生的争议，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（不包括香港特别行政区、澳门特别行政区和台湾地区）有管辖权的人民法院起诉。

第二十七条 与本合同有关的以及履行本合同产生的一切争议处理适用中华人民共和国法律（不包括香港特别行政区、澳门特别行政区和台湾地区法律）。

第二十八条 本合同约定与《中华人民共和国保险法》等法律规定相悖之处，以法律规定为准。本合同未尽事宜，以法律规定为准。

释义

第二十九条 本合同涉及下列术语时，适用下列释义：

(一) **保险人**：指与投保人签订本合同的中银保险有限公司及其各分支机构。

(二) **意外伤害**：指因外来的、突发的、非本意的和非疾病的客观事件导致身体受到的伤害。自然死亡、疾病身故、猝死、自杀以及自伤均不属于意外伤害。

(三)《人身保险伤残评定标准及代码》：指由原中国保险监督管理委员会发布的《人身保险伤残评定标准及代码》(保监发〔2014〕6号、标准编号JR/T0083-2013)；如该标准重新修订，则以最新修订的文件版本为准。

(四)猝死：外表看似健康的人由于潜在的疾病或者功能障碍所引起的突然的出乎意料的死亡，猝死的认定以保险人认可的医疗机构的诊断和公安部门、司法部门的鉴定以及有资质的鉴定机构出具的鉴定报告为准。

(五)高风险运动：指比一般常规性的运动风险等级更高、更容易发生人身伤害的运动，在进行此类运动前需有充分的心理准备和行动上的准备，必须具备一般人不具备的相关知识和技能或者必须在接受专业人士提供的培训或训练之后方能掌握。被保险人进行此类运动时须具备相关防护措施或设施，以避免发生损失或减轻损失，包括但不限于潜水、滑水、驾驶或乘坐滑翔翼、滑翔伞、跳伞、攀岩运动、探险活动、武术比赛、摔跤比赛、柔道、空手道、跆拳道、马术、拳击、特技表演、驾驶卡丁车、赛马、赛车、各种车辆表演、蹦极。

(六)职业体育运动：指追求竞技比赛票房价值、以商业牟利为目的的竞技体育活动。职业体育运动员指参加职业体育运动，并以此为主要收入来源的人。

(七)半职业体育运动：指非职业运动员参加职业体育运动赛事、或其他设有奖金或报酬的体育运动，但并不以此为主要收入来源。

(八)醉酒：指血液中的酒精含量大于或者等于80mg/100mL。

(九)毒品：指《中华人民共和国刑法》规定的鸦片、海洛因、甲基苯丙胺(冰毒)、吗啡、大麻、可卡因以及国家规定管制的其它能够使人形成瘾癖的麻醉药品和精神药品，但不包括由医生开具并遵医嘱使用的用于治疗疾病但含有毒品成分的处方药品。

(十)管制药物：指根据《中华人民共和国药品管理法》及有关法规被列为特殊管理的药品，包括麻醉药品、精神药品、毒性药品及放射性药品。

(十一)酒后驾驶：指经检测或鉴定，发生事故时车辆驾驶人员每百毫升血液中的酒精含量达到或超过一定的标准，公安机关交通管理部门依据《中华人民共和国道路交通安全法》等与道路交通相关的法律法规的规定认定为饮酒后驾驶或醉酒后驾驶。

(十二)无合法有效驾驶证：被保险人存在下列情形之一者：

1. 无驾驶证或驾驶证有效期已届满；
2. 驾驶的机动车与驾驶证载明的准驾车型不符；
3. 实习期内驾驶公共汽车、营运客车或者载有爆炸物品、易燃易爆化学物品、剧毒或者放射性等危险物品的机动车，实习期内驾驶的机动车牵引挂车；
4. 持未按规定审验的驾驶证，以及在暂扣、扣留、吊销、注销驾驶证期间驾驶机动车；
5. 使用各种专用机械车、特种车的人员无国家有关部门核发的有效操作证，驾驶营业性客车的驾驶人无国家有关部门核发的有效资格证书；
6. 依照法律法规或公安机关交通管理部门有关规定不允许驾驶机动车的其他情况下驾车。

(十三)无合法有效行驶证：指下列情形之一：

1. 机动车被依法注销登记的；
2. 无公安机关交通管理部门核发的行驶证、号牌，或临时号牌或临时移动证的机动车辆；
3. 未在规定检验期限内进行机动车安全技术检验或检验未通过的机动车辆。

(十四) **未到期保险费**：未到期保险费 = 保险费 × (1 - m/n)，其中，m 为已生效天数，n 为保险期间的天数，经过天数不足一日的按一日计算。

(十五) **现金价值**：现金价值 = 保险费 × (1 - m/n)，其中，m 为已生效天数，n 为保险期间的天数，经过日期不足一日的按一日计算。

(十六) **保险金申请人**：身故保险金申请人是指受益人或被保险人的继承人或依法享有保险金请求权的其他自然人；残疾保险金申请人是指被保险人本人。

(十七) **不可抗力**：指不能预见、不能避免并不能克服的客观情况。

(十八) **保险人认可的医疗机构**：在中华人民共和国境内（不包括香港特别行政区、澳门特别行政区和台湾地区）是指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。

在中华人民共和国境外及香港特别行政区、澳门特别行政区和台湾地区是指保险人认可的根据所在国家或地区法律规定合法成立、运营并符合以下标准的医疗机构：

1. 主要运营目的是向受伤者和患病者提供留院治疗和护理服务；
2. 在一名或若干名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。

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。

(十九) **保险人认可的伤残鉴定机构**：指经保险人与被保险人或投保人协商同意的、经司法行政机关审核登记，并取得《司法鉴定许可证》的鉴定机构。

中银保险有限公司

附加团体意外伤害医疗保险条款

(注册编号: C00004632522022042981783)

总则

第一条 本附加保险合同(以下简称“本附加险合同”)由保险单或其他保险凭证及所附条款、主险合同条款、投保单及被保险人名册等与本附加险合同有关的投保文件、合法有效的声明、批注、附贴批单、其他书面协议构成。凡涉及本附加险合同的约定,均应采用书面形式。

第二条 本附加险合同可附加于中银保险有限公司各种团体意外伤害保险合同(以下简称“主险合同”)。本附加险合同未约事项,以主险合同为准。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。主险合同与本附加险合同相抵触之处,以本附加险合同为准。

第三条 除非本附加险合同另有约定,本附加险合同的保险金的受益人为被保险人本人。

保险责任

第四条 被保险人在保险期间内遭受主险合同责任范围内的意外伤害,并因该意外伤害自意外伤害事故发生之日起180天内,在本附加险合同约定的医疗机构进行治疗,保险人按下列约定给付意外伤害医疗保险金:

(一)对于被保险人每次支出的必需且合理的、符合当地基本医疗保险管理部门规定可报销范围内的医疗费用,保险人在扣除基本医疗保险、公费医疗和任何第三方(包括任何商业医疗保险)已经补偿或给付部分以及本附加险合同约定的每次免赔额后,对其余额按本附加险合同约定的每次给付比例给付意外伤害医疗保险金。

具体的每次免赔额、每次给付比例由投保人和保险人协商确定,并在本保险合同中载明。如本保险合同未载明,保险人按照每次100元免赔额、90%的给付比例进行给付。

(二)每一被保险人的意外伤害医疗保险金累计给付金额以本附加险合同约定的该被保险人的保险金额为限。一次或多次给付保险金的金额达到该被保险人的保险金额时,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。

(三)若被保险人以参加基本医疗保险身份投保,但未以参加基本医疗保险身份就诊并结算的,保险人可以另行约定每次给付比例并按照在本保险合同中载明的条件和方式给付保险金。

补偿原则

第五条 本附加险合同适用补偿原则。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金额为限。被保险人已经从基本医疗保险、公费医疗和任何第三方(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部分医疗费用,按照本附加险合同的约定承担给付保险金的责任。

责任免除

第六条 因下列情形之一,造成被保险人支出医疗费用及其他任何费用的,保险人不承担给付保险金责任:

(一)被保险人非因意外伤害而进行的整容、整形手术,以及因任何原因进行的美容;

(二) 被保险人非因意外伤害而进行的牙科治疗或手术、视力矫正、因矫正视力而作的眼科验光检查, 以及任何原因导致的牙齿修复或牙齿整形、安装及购买残疾用具(如轮椅、假肢、假眼、假牙或者助听器等);

(三) 被保险人进行一般身体检查、疗养、特别护理、静养、康复性治疗、物理治疗、心理治疗或预防性治疗;

(四) 被保险人在投保前已有疾病、残疾及其并发症的治疗和康复;

(五) 被保险人在家自设病床治疗;

(六) 被保险人不符合入院标准住院、或应当出院但拒不出院而造成的延长住院;

(七) 被保险人未遵医嘱, 私自服用、涂用、注射药物;

(八) 主险合同列明的责任免除事项。

第七条 下列费用, 保险人不承担给付保险金责任:

(一) 当地基本医疗保险管理部门规定的不可报销的诊疗项目和药品费用, 以及可报销但需个人自费的个人自费部分费用;

(二) 本附加险合同约定的免赔额。

保险金额

第八条 本附加险合同的保险金额由投保人和保险人双方约定, 并在本保险合同中载明。

保险期间

第九条 本附加险合同的保险期间由投保人和保险人双方协商确定, 以本保险合同载明的起讫时间为准, 但最长不超过一年。

保险金申请与给付

第十条 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。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及相关证明文件。**保险金申请人未能提供有关材料, 导致保险人无法确定保险事故的性质、原因、损失程度等的, 保险人对无法确定部分不承担给付保险金的责任。**

(一) 保险金给付申请书;

(二) 保险单或其他保险凭证;

(三) 保险金申请人身份证明;

(四) 本附加险合同约定的医疗机构出具的医疗费用收据/发票原件、病历、费用明细清单、出院小结、诊断证明及其他医疗记录;

(五) 对于已经从基本医疗保险、公费医疗和任何第三方(包括任何商业医疗保险)获得相关医疗费用补偿的, 应提供基本医疗保险机构、商业保险机构或其他第三方的医疗费用分割单或医疗费用结算证明。在此情况下, 如无法提供医疗费用收据/发票原件的, 需提供医疗费用收据/发票复印件;

(六) 保险金申请人所能提供的与确定保险事故的性质、原因、损失程度等有关的证明和资料。

释义

第十一条 本附加险合同涉及下列术语时，适用下列释义：

（一）医疗机构：除另有约定外，医疗机构指中华人民共和国境内（不包括香港特别行政区、澳门特别行政区以及台湾地区）二级（含）及以上医院或保险人认可的医疗机构，且应符合下列所有条件：

1. 拥有合法经营执照；
2. 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；
3. 有合格的医生和护士提供全日二十四小时的医疗和护理服务；
4. 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。

投保人和保险人双方还可以约定指定医疗机构的条件、范围等，并在本保险合同中载明。

（二）必需且合理：指符合以下两个条件：

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，可由保险人与被保险人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；
- （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。

对是否医学必需由保险人根据客观、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，可由保险人与被保险人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。**

（三）基本医疗保险：本附加险合同所称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、新型农村合作医疗等政府举办的社会基本医疗保障项目。

（四）住院：是指被保险人确因临床需要、经医生诊断必须留院治疗，正式办理入院及出院手续，并确实入住医疗机构正式病房接受治疗的行为过程；被保险人必须连续留院二十四小时以上且由医疗机构收取病房或床位费用，**但不包括门诊观察室、急诊观察室、其他非正式病房、联合病房或挂床住院。**

（五）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。

（六）保险金申请人：除另有约定外，本附加险合同的保险金申请人是指被保险人本人。