



请扫描以查询验证条款

英大泰和人寿保险股份有限公司

英大人寿附加建筑工程意外伤害团体医疗保险条款

第一章 附加合同构成与投保范围
第二章 保险责任与责任免除
第三章 保险期间、基本保险金额与保险费
第四章 保险金申请
第五章 合同变更与解除
第六章 一般条款
第七章 释义

第一章 附加合同构成与投保范围

第一条 附加合同构成

英大人寿附加建筑工程意外伤害团体医疗保险合同（以下简称本附加合同），依主保险合同（以下简称主合同）投保人的申请，经本公司（见释义）同意而订立。本附加合同须附加于主合同，主合同的条款也适用于本附加合同，若主合同与本附加合同条款不一致，则以本附加合同的条款为准。

本附加合同由保险单及其所附条款、投保单、被保险人名册、变更申请书、声明、批注、批单及其他保险凭证、与本附加合同有关的投保文件、书面协议构成。

第二条 投保范围

本附加合同的投保范围与主合同相同。

第二章 保险责任与责任免除

第三条 保险责任

在本附加合同有效期内，被保险人因从事建筑施工及与建筑施工相关的工作，或在施工现场或施工期间指定的生活区域内遭受意外伤害（见释义），在本公司指定医院（见释义）内进行治疗，本公司就其每次意外伤害发生之日起 180 日内因该意外伤害导致的实际发生并支付的、医疗必需且合理（见释义）的、并符合当地基本医疗保险（见释义）基金支付范围的自付的医疗费用承担保险责任，本公司对于当次医疗费用超过本附加合同约定免赔额的部分，按本附加合同约定的给付比例给付意外伤害医疗保险金。

本附加合同约定的免赔额和给付比例，由投保人在投保时按照被保险人是否参加当地基本医疗保险或公费医疗的情况与本公司分别约定，并在保险单上载明。如被保险人已从基本医疗

保险、公费医疗、其他商业医疗保险或其他任何途径获得补偿或者赔偿，本公司给付的保险金将不超过该被保险人实际医疗费用总额扣减已经获得各种补偿和赔偿后的差额。

同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合同约定的该被保险人的基本保险金额为限。

第四条 责任免除

因下列情形之一导致被保险人支出医疗费用的，本公司不承担保险责任：

- 一、主合同保险责任免除条款所列各项情形；
- 二、被保险人在主合同无效、失效或效力中止期间发生意外伤害；
- 三、被保险人患艾滋病（AIDS）（见释义）或感染艾滋病病毒（见释义）（HIV）；
- 四、被保险人进行美容手术、外科整形、牙齿修复、牙齿整形、视力矫正、先天性疾病治疗、先天性畸形治疗、康复性治疗、物理治疗或心理治疗；
- 五、被保险人的腰椎间盘突出症；
- 六、不属于当地基本医疗保险管理规定的医疗费用。

第五条 其他免责条款

除“第四条 责任免除”外，本附加合同中还有一些免除本公司责任的条款，详见“第十条 保险事故通知”、“第十四条 被保险人基本医疗保险或公费医疗保障变更”、“第十六条 如实告知”、“第十八条 释义”中突出显示的内容。

第三章 保险期间、基本保险金额与保险费

第六条 保险期间

本附加合同的保险期间与主合同的保险期间一致。

除另有约定外，若本附加合同依法成立且投保人已交付保险费，本附加合同自生效日零时起开始生效，生效日载明于保险单上。除另有约定外，本公司所承担的保险责任自生效日零时起开始，至保险期间届满时终止。

第七条 基本保险金额

每一被保险人的基本保险金额在投保时确定，并在保险单或其他保险凭证中载明。

第八条 保险费

一、本附加合同的保险费由投保人和本公司约定并于本附加合同中载明。本附加合同的保险费交纳方式与主合同约定的保险费交纳方式相同。

二、本附加合同的保险费有以下三种计收方式，投保人选择的本附加合同保险费计收方式必须与主合同的保险费计收方式一致：

1. 保险费按被保险人人数计收；
2. 保险费按建筑工程项目总造价计收；
3. 保险费按建筑工程施工总面积计收。

三、本附加合同的保险费在投保时根据被保险人参加基本医疗保险或公费医疗的情况、免赔额、给付比例和基本保险金额等因素确定。

第九条 合同效力终止

出现下列情况之一时，本附加合同效力终止：

- 一、主合同解除、终止或期满；
- 二、投保人申请解除本附加合同；
- 三、本附加合同保险期间届满；
- 四、主合同或本附加合同约定的其他终止情形。

第四章 保险金申请

第十条 保险事故通知

投保人、被保险人或者受益人应在知道保险事故发生之日起十日内通知本公司，但因不可抗力导致的迟延除外。故意或者因重大过失未及时发现通知，致使保险事故的性质、原因、损失程度等难以确定的，本公司对无法确定的部分，不承担给付保险金的责任，但本公司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。

第十一条 保险金申请时效

受益人及其他有权领取保险金的人向本公司申请给付保险金的诉讼时效期间为二年，自其知道或应当知道保险事故发生之日起计算。

第十二条 保险金申请

一、由受益人作为申请人，填写给付申请书，并凭下列证明和资料向本公司申请给付保险金：

1. 给付申请书；
2. 保险合同或其他保险凭证；
3. 投保人证明、受益人有效身份证件（见释义）、银行存折（卡）复印件；
4. 本公司指定医院出具的诊断证明书、住院证明、医疗费用原始单据及出院小结原始件、门诊病史资料、手术证明、医疗费用清单等文件；
5. 建筑安全主管部门出具的证明材料；
6. 若被保险人参加了基本医疗保险或公费医疗，则须提供基本医疗保险或公费医疗医疗费用报销分割单原件；
7. 若被保险人从其它途径获得了补偿，则须提供从其它途径获得补偿的凭证原件；
8. 与确认保险事故的时间、性质、原因、伤害程度等相关的其他证明和资料。

二、如果委托他人领取保险金，受托人除提供上述所有证明和资料外，必须另行出具有委托人亲笔签字的授权委托书和受托人有效身份证件。

第十三条 保险金给付

本公司在收到保险金给付申请书等证明和资料后，会及时作出核定；情形复杂的，将在三十日内作出核定，但本附加合同另有约定的除外。本公司会将核定结果通知申请人。对属于保险责任的，在与申请人达成给付保险金的协议后十日内，履行给付保险金义务。本附加合同对给付保险金的期限有约定的，本公司按照约定履行给付保险金义务。

本公司未及时履行前款规定义务的，除支付保险金外，会赔偿受益人因此受到的损失。前述

“损失”是指根据中国人民银行公布的同时期的人民币活期存款基准利率计算的利息损失。对不属于保险责任的，本公司自作出核定之日起三日内向申请人发出拒绝给付保险金通知书，并说明理由。

本公司在收到保险金给付申请书等证明和资料之日起六十日内，对属于保险责任而给付保险金的数额不能确定的，根据已有证明和资料，按可以确定的数额先予以给付，在最终确定给付保险金的数额后，给付相应的差额。

第五章 合同变更与解除

第十四条 被保险人基本医疗保险或公费医疗保障变更

在本附加合同有效期内，被保险人基本医疗保险或公费医疗保障情况发生变更的，投保人或被保险人应于变更之日起十日内以书面形式通知本公司。本公司自收到通知之日起，按其实交保险费与应交保险费的差额退还或增收自该被保险人保障变更之日起的未满期保险费。若投保人和被保险人均未能就被保险人的基本医疗保险或公费医疗保障变更情况以书面形式通知本公司，当被保险人发生保险责任范围内的保险事故，且实交保险费少于应交保险费的，本公司在给付保险金时按实交保险费和应交保险费的比例给付。

第十五条 投保人解除合同

一、在本附加合同有效期内，如未发生保险金给付，投保人可以提供下列证明和资料申请解除本附加合同：

1. 解除合同申请书；
2. 保险合同及其他保险凭证；
3. 投保人证明和经办人的有效身份证件。

二、本附加合同自本公司收到上述证明和资料时终止。本公司在收到上述证明和资料之日起三十日内退还本附加合同终止之日的**现金价值**（见释义）。

三、投保人解除合同可能会遭受一定的损失。

第六章 一般条款

第十六条 如实告知

在订立本附加合同时，本公司会向投保人说明本附加合同的条款内容。对本附加合同中免除本公司责任的条款，本公司在订立合同时会在投保单、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。本公司会就被保险人的有关情况提出书面询问，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如实告知义务，足以影响本公司决定是否同意承保或者提高保险费率的，本公司有权解除本附加合同。

前款规定的合同解除权，自本公司知道有解除事由之日起，超过三十日不行使而消灭。自本附加合同成立之日起超过二年的，本公司不得解除本附加合同；发生保险事故的，本公司承

担给付保险金的责任。

投保人故意不履行如实告知义务的，本公司对于本附加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，本公司对于本附加合同解除前发生的保险事故，不承担给付保险金的责任，但退还保险费。

本公司在合同订立时已经知道投保人未如实告知的情况的，本公司不得解除合同；发生保险事故的，本公司承担给付保险金的责任。

第十七条 受益人的指定与变更

除另有约定外，本附加合同的受益人为被保险人本人。

第七章 释义

第十八条 释义

- 一、 本公司：指英大泰和人寿保险股份有限公司。
- 二、 意外伤害：指外来的、突然的、非本意的、非疾病的使身体受到伤害的客观事件。
- 三、 指定医院：指在本附加合同中列明的医院。本附加合同未列明的，则指国家卫生行政部门评定的二级或二级以上公立医院，**但不包括康复、护理、疗养、戒酒、戒毒或类似性质的医疗机构。**
- 四、 医疗必需且合理：指合理的、符合通常惯例且医疗必须的医疗费用。
符合通常惯例指被保险人接受的医疗服务满足以下条件：
(1)该服务满足医疗需要而且根据治疗当地通行治疗规范、采用了通行治疗方法；
(2) 医疗费用没有超过当地对类似情形治疗的常规费用，类似情形是指在同一地区、对相同性别、近似年龄的人所患的同类疾病或身体伤害实施的类似治疗或服务。
医疗必需指针对意外伤害或疾病本身的医疗服务及医疗费用满足以下条件：
(1) 治疗意外伤害或疾病合适且必须的、有医生处方的项目；
(2) 与接受治疗当地普遍接受的医疗专业实践标准一致；
(3) 非为了医师或其他医疗提供方的方便；
(4) 接受的医疗服务范围是合适的而且经济有效的。
对是否医疗必需由本公司理赔人员根据客观、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。
- 五、 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基本医疗保险保障项目，以及城乡居民大病保险等保障项目。
- 六、 艾滋病（AIDS）：指获得性免疫缺陷综合征。获得性免疫缺陷综合征的定义应按世界卫生组织制订的定义为准，若在血液样本中发现人类免疫缺陷病毒或其抗体，则可认定为已患艾滋病或感染艾滋病病毒。
- 七、 艾滋病病毒：指人类免疫缺陷病毒（HIV）。

- 八、 有效身份证件：指政府有权机关颁发的能够证明其合法真实身份的证件或文件等，如居民身份证、按规定可使用的有效护照、军官证、警官证、营业执照等。
- 九、 现金价值：指保险单所具有的价值，通常体现为解除合同时，根据精算原理计算的，由本公司退还的那部分金额。现金价值=保险费×（1-25%）×（1-当期已经过天数÷保险期间天数），当期已经过天数按照本附加合同生效日计算。