

融盛财产保险股份有限公司

附加个人突发急性病医疗保险条款

总则

第一条 本附加保险合同（以下简称“附加险”）须附加于融盛财产保险股份有限公司的个人意外类或健康类保险合同（以下简称“主险”）。凡涉及本附加险的约定，均应采用书面形式。

第二条 除另有约定外，本保险合同保险金的受益人为被保险人本人。

保险责任

第三条 在本附加险保险期间内，且在主险有效的前提下，被保险人突发急性病事故，且在该急性病发生之日起**180日内**，在保险人认可的医疗机构（急救不受此限，但经急救情况稳定后，须转入前述医院治疗）因治疗该急性病而支出的医疗费用，保险人对被保险人承担下列保险金给付责任：

（一）被保险人因突发急性病而支付的符合保险单签发地基本医疗保险规定的、直接用于治疗的、必需且合理的医疗费用，保险人在扣除约定的免赔额后、在保险金额范围内按约定的赔付比例给付医疗保险金；

（二）在保险期间届满被保险人治疗仍未结束的，保险人继续承担上述第（一）款所列的保险责任，但其门诊治疗最长可至保险期间届满之日起第**15日**止，住院治疗最长可至

保险期间届满之日起第**90**日止（保险单对前述时长另有约定的从约定）；

（三）在保险期间内，无论被保险人一次或多次发生突发急性病而进行治疗，保险人均按本附加险合同约定给付保险金，但累计给付金额达到突发急性病医疗保险金额时，本附加险合同保险责任终止。

第四条 本保险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、工作单位、保险人在内的任何商业保险机构，以及依法承担侵权损害赔偿责任的第三人等）获得医疗费用补偿，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保险合同的约定进行赔付。

其他第三方应承担的赔偿金额，保险人不负责垫付。若被保险人未如实告知导致保险人多支付赔偿金的，保险人有权向被保险人追回多支付的部分。

责任免除

第五条 除另有约定外，在下列任一情形或原因下，保险人不承担赔付保险金的责任：

（一）主险合同中列明的“责任免除”事项，但属于本附加险合同保障范围的除外；

（二）被保险人患精神病或精神分裂、先天性疾病（包括先天性畸形）、遗传性疾病、性传播疾病；

（三）在本附加险合同生效之前被保险人已患有的疾

病；

（四）慢性病的急性发作；

（五）被保险人住院后使用任何不被保险人认可的医院认可有治疗价值的医疗手段、护理手段或产品；

（六）化学污染。

第六条 除另有约定外，对于如下列明的所有费用，保险人不承担赔付保险金的责任：

（一）被保险人用于美容、整形手术、变性手术、矫形术、心理咨询或者任何非必要的医疗费用；

（二）被保险人进行牙科治疗或手术、视力矫正、因矫正视力而做的眼科验光检查，以及任何原因导致的牙齿整形、安装及购买残疾用具（如轮椅、假肢、假眼、假牙或者助听器等）所产生的费用；

（七）被保险人在康复科、康复病床或接受康复治疗入住，或在健康中心或天然治疗所、疗养或康复院入住所产生的医疗费用；

（三）一般身体检查、疗养、特别护理、静养、按摩、推拿、针灸等非治疗性的行为及无客观病征证明其不健康的医疗行为及以捐献身体器官为目的的医疗行为所产生的费用；

（四）预防性手术费用（如预防性阑尾切除、预防性扁桃体切除）；

（五）被保险人因腰椎间盘突出症或错位、妊娠、流产、

分娩、安胎、避孕或绝育手术、扁桃体、腺样体、疝气、女性生殖器官疾病、药物过敏的治疗费用或上述疾病导致的手术所产生的医疗费用；

（六）被保险人发生的营养费、伙食费、交通费、取暖费、误工费、丧葬费、护工费、聘用特别看护或私家看护等费用；

（八）因法定传染病所产生的医疗费用，投保人与保险人另有约定的除外；

（七）被保险人在非保险人认可的医疗机构治疗发生的医疗费用；

（八）任何因当地急救组织或第三方提供服务而被保险人不需负责给付的费用或任何已包含在旅行收费中的费用；

（九）到达保险人认可的医疗机构前，任何被保险人未经保险人同意擅自使用或自主选择救助服务所发生的费用；

（十）被保险人突发急性病，经过当地医生诊治，但在回本次旅行出发地后产生的与本次疾病没有直接关系的医疗费用；

（十一）无保险人认可的医疗机构出具原始发票、收据或医疗证明的费用；

（十二）本附加险合同载明的免赔额。

保险金额、免赔额、赔付比例

第七条 本保险合同的保险金额是保险人承担给付被保

险人保险金责任的最高限额。

本保险合同的保险金额由投保人与保险人在订立保险合同时协商确定，并在保险单中载明。

第八条 本保险合同的免赔额是指被保险人在保险期间内发生的、虽然属于本保险合同保险责任范围内的医疗费用，但依照本保险合同约定仍旧由被保险人自行承担，本保险合同不予赔付的金额。

只有当保险期间内的免赔额因以下两种情况抵扣完毕时，保险人才开始按照约定承担赔付责任：

（一）被保险人自行承担的属于本保险合同保险责任范围内的医疗费用，包括其基本医疗保险个人账户支出的医疗费用；

（二）从基本医疗保险和公费医疗保险之外的其他途径获得的属于本保险合同保险责任范围内的医疗费用补偿。

通过基本医疗保险和公费医疗保险获得的补偿，不可用于抵扣免赔额。

本保险合同的免赔额由投保人与保险人在订立保险合同时协商确定，并在保险单中载明。

第九条 本保险合同的赔付比例由投保人与保险人在订立保险合同时协商确定，并根据被保险人在投保时有无基本医疗保险或公费医疗的不同情况约定对应的赔付比例，在保险单中载明。

若被保险人以参加基本医疗保险或公费医疗身份投保，

但未以参加基本医疗保险或公费医疗身份就诊并结算的，则保险人根据保险单单独约定的赔付比例进行赔付。

保险期间与续保

第十条 除另有约定外，本附加险的保险期间与主险保持一致，最长不得超过一年。

第十一条 本保险合同为非保证续保合同。保险期间届满，投保人需要重新向保险人申请投保本产品，并经保险人同意，交纳保险费，获得新的保险合同。

保险金申请与给付

第十二条 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给付保险金的责任。

（一）保险金给付申请书；

（二）保险单；

（三）被保险人身份证明、保险金申请人身份证明；

（四）保险人认可的医院出具的病历、急性病诊断证明、处方及医疗费用原始凭证；

（五）被保险人若已经从基本医疗保险、公费医疗或其他途径（包括但不限于工作单位、保险人在内的任何商业保险机构或对其承担民事赔偿责任的第三者）获得部分医疗费用的补偿且无法提供医疗费用原始凭证的，需提供住院医疗

费用凭证复印件，同时提供注明已赔付比例及金额、并加盖支付费用单位公章的报销凭证或分割单等相关证明，保险人按本附加险合同约定在医疗费用剩余部分内承担保险责任；

（六）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；

（七）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。

在保险人的理赔审核过程中，保险人有权在合理的范围内对索赔的被保险人进行医疗检查。在拒赔的情形下，保险人将承担因投保人提供索赔要求所必需的证明、收据、信息和证据而产生的费用。

其他事项

第十三条 主险条款与本附加险条款相悖之处，以本附加险条款为准；本附加险条款未约定事项，以主险条款为准。主险条款效力终止，本附加险条款效力同时终止；主险条款无效，本附加险条款亦无效。

释义

第十四条 本附加险涉及下列术语时，适用以下释义：

（一）急性病

指被保险人在本附加险合同生效之前未曾接受治疗或诊断、在保险期间突然发生的、并且必须立即接受治疗方能避免身体或生命伤害的疾病，但不包括既往症。

其中，既往症指在本附加险合同生效日之前被保险人已

患且已知晓的疾病。通常有以下情况：

1. 本附加险合同生效前，医生已有明确诊断，长期治疗未间断；

2. 本附加险合同生效前，医生已有明确诊断，治疗后症状未完全消失，有间断用药情况；

3. 本附加险合同生效前，医生已有明确诊断，但未予治疗；

4. 本附加险合同生效前，未经医生诊断和治疗，但症状或体征明显且持续存在，并以此症状或体征为主诉进行就诊治疗的疾病。

（二）保险人认可的医疗机构

指保险人与投保人约定的定点医疗机构，未约定定点医疗机构的，则指经中华人民共和国卫生部门评审确定的二级或二级以上的公立医疗机构，且仅限于上述医疗机构的普通部，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、A级病房；

2. 诊所、康复中心、家庭病床、护理机构；

3. 休养、戒酒、戒毒中心。

该医疗机构必须具有符合国家有关医疗机构管理规则设置标准的医疗设备，且全天二十四小时有合格医师及护士驻院提供医疗及护理服务。

（三）医疗费用

指被保险人因突发急性病事故所支出的药品费、住院费、治疗费、检查费、材料费。所有的医疗费用须符合保单签发地社会保险部门规定的基本医疗保险的药品目录、诊疗项目、医疗服务设施标准。

（四）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；

（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

指国家最新修订颁布的《中华人民共和国社会保险法》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。

（六）慢性病

指满足下列条件之一的伤害、疾病：

（1）持续接受三个月以上的医学必需的治疗；

（2）预期病程长久且无可合理预计的康复日期，可能复发、需要连续或者定期诊疗护理。如：

呼吸系统：慢性阻塞性肺气肿、哮喘、慢性肺心病、慢性呼吸衰竭、矽肺、肺纤维化；

循环系统：慢性心力衰竭、冠心病、先天性心脏病、高血压、心脏瓣膜病、慢性感染性心内膜炎、心肌疾病、慢性心包炎；

消化系统：慢性胃炎、消化性溃疡、肠结核、慢性肠炎、慢性腹泻、慢性肝炎、肝硬化、慢性胰腺炎、慢性胆囊炎；

泌尿系统：慢性肾炎、慢性肾衰、泌尿系慢性炎症；

血液系统：慢性贫血、慢性粒细胞白血病、慢性淋巴细胞白血病、慢性淋巴瘤；

内分泌系统：慢性淋巴细胞性甲状腺炎、甲亢、甲减；

代谢和营养：糖尿病、营养缺乏病、痛风、骨质疏松；

结缔组织和风湿：类风湿性关节炎、系统性红斑狼疮、强直性脊柱炎、干燥综合征、血管炎、特发性炎症性肌病、系统性硬化病、骨性关节炎。

（七）化学污染

指因化学毒剂泄露或化工污染等情形导致被保险人接触有毒性化学物质。