

融盛财产保险股份有限公司 附加个人特定疾病康复住院费用医疗保险 (互联网专属) 条款

总则

第一条 本附加保险合同须附加于融盛财产保险股份有限公司互联网专属的各类个人健康保险合同（以下简称“主险”）。凡涉及本附加险的约定，均采用书面形式。

第二条 受益人

除另有约定外，本附加保险合同保险金的受益人为被保险人本人。

第三条 互联网产品

本保险合同仅限于互联网渠道销售。

保险责任

第四条 保险责任

本附加合同保险期间内，被保险人因遭受意外伤害事故或在等待期后，经医院的专科医生初次确诊罹患本附加合同约定的特定疾病，在因该特定疾病初次确诊之日起的 180 日内（含第 180 日）在医院住院发生的、以治疗该特定疾病为目的、必需且合理的康复住院治疗费，保险人在扣除已从其他途径获得的医疗费用补偿以及约定的免赔额后，依照约定的给付比例进行赔付。

保险人对于上述费用的累计给付金额之和以本附加合同约定的特定疾病康复住院费用医疗保险金额为限，当累计给付金额之和达到特定疾病康复住院费用医疗保险金额时，本附加合同终止。

第五条 等待期

等待期是指自保险期间起始时间起计算的一段时间，经过该段时间后，保险人才对被保险人承担给付保险金责任。被保险人在投保后至等待期结束前发生的疾病所导致的医

疗费用，无论此等费用是否发生在等待期内，保险人均不承担保险金给付责任。

本保险合同的等待期由投保人和保险人双方约定，并在保险单中载明。如未载明的，则默认为 30 天。被保险人因意外伤害发生保险事故的，没有等待期。

续保的情况下，等待期为 0 天。本保险合同期满前，投保人可向保险人申请续保，经保险人审核后予以承保；续保合同保险期间的起始日期与续保对应上一保险合同保险期间的终止日期相连不间断。

第六条 医疗费用补偿原则

本附加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附加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

第七条 情形除外

除另有约定外，因下列任一情形直接或间接导致被保险人住院的，保险人不承担保险金给付责任：

（一）主险合同中列明的“责任免除事项”，但属于本附加保险合同保障范围的除外；

（二）未经科学或者医学认可的试验性或者研究性治疗及其后果所产生的费用；

（三）未被治疗所在地权威部门批准的治疗，使用未获得治疗所在地政府许可或批准的药品或药物，以及上述治疗或药品药物导致的后续医疗费用；

(四) 被保险人在不符合本附加保险合同约定的医疗机构就诊发生的医疗费用;

(五) 未经医生建议自行进行任何治疗或未经医生处方自行购买药品产生的费用;虽持有医生处方或建议,但未在开具处方的医生执业的医疗机构购买药品、医疗器械或医疗耗材产生的费用(以收费票据载明信息为准);虽持有医生建议,但治疗在非医疗机构进行或由非医疗机构收取的费用(以医疗费票据载明信息为准);虽持有医生处方,但处方剂量超过 30 天部分的药品费用。

保险金额、免赔额、赔付比例

第八条 保险金额

本附加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。

本附加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。

第九条 免赔额

本附加保险合同的免赔额是指被保险人在保险期间内发生的、虽然属于本附加保险合同保险责任范围内的医疗费用,但依照本附加保险合同约定仍旧由被保险人自行承担,本附加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偿责任:

(一) 被保险人自行承担的属于本附加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附加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。

本附加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。

第十条 赔付比例

本附加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

第十一条 保险期间

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。

第十二条 不保证续保条款

本保险产品为不保证续保合同，保险期间不超过一年，保险期间届满，投保人需要重新向保险人申请投保本产品，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，本保险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

第十三条 保险金的申请

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) 支持索赔的全部账单、证明、信息和证据，保险

人指定或认可的医疗机构出具的病例资料、医学诊断书、处方、病理检查报告、化验检查报告、医疗费用原始单据、费用明细单据等；

（五）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；

（六）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。

其他事项

第十四条 其他事项

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

第十五条 释义

本保险合同涉及下列术语时，适用以下释义：

（一）意外伤害

指以外来的、突发的、非本意的和非疾病的客观事件为直接且单独的原因致使身体受到的伤害。自然死亡、疾病身故、猝死、自杀以及自伤均不属于意外伤害。

（二）医院

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）专科医生

专科医生应当同时满足以下四项资格条件：

- 1.具有有效的中华人民共和国《医师资格证书》；**
- 2.具有有效的中华人民共和国《医师执业证书》，并按期到相关部门登记注册；**
- 3.具有有效的中华人民共和国主治医师或主治医师以上职称的《医师职称证书》；**
- 4.在国家《医院分级管理标准》二级或二级以上医院的相应科室从事临床工作三年以上。**

（四）初次确诊

指自被保险人出生之日起第一次经医疗机构确诊患有某种疾病，而不是指自本保险合同生效之日起第一次经医疗机构确诊患有某种疾病。其中恶性肿瘤确诊之日为手术病理取材或病理活检取材日期，未经手术治疗但后续行放射性疗法或化学药物性疗法的，以首次放疗或化疗日期为恶性肿瘤确诊日期。

（五）住院

指被保险人因疾病而入住医疗机构的正式病房进行治疗的过程，并正式办理入出院手续，包含日间住院（指完全出于接受医学必需的治疗目的被保险人以占用医疗机构病床但不过夜的方式接受的医疗）。但不包括下列情况：

- 1. 被保险人在医疗机构的（门）急诊观察室、家庭病床（房）入住；**
- 2. 被保险人在特需病房、外宾病房或其它不属于基本医疗保险范畴的高等级病房入住；**
- 3. 被保险人入住康复科、康复病床或接受康复治疗；**

4. 被保险人住院期间一天内未接受与入院诊断相关的检查和治疗，但遵医嘱到外院接受临时治疗的除外；

5. 被保险人住院体检；

6. 挂床住院及其他不合理的住院。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。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、床位费等情况。

（六）特定疾病

除另有约定外，本附加保险合同所称特定疾病指被保险人发生符合以下疾病定义所述条件的疾病或疾病状态，并应当由本附加保险合同认可的医院专科医生明确诊断。

本附加保险合同约定的特定疾病分为“肿瘤类”、“神经系统类”、“心肺系统类”、“骨骼关节疾病/损伤类”。疾病的分类及疾病名称仅供理解使用，具体保障范围以每种疾病具体定义为准，特定疾病的分类及疾病名称信息如下：

特定疾病分类	特定疾病名称
肿瘤类（2个）	1.恶性肿瘤——重度
	2.脑/脊髓肿瘤切除术
神经系统类（7个）	3.脑卒中
	4.颅脑损伤
	5.脊髓损伤
	6.帕金森病
	7.阿尔茨海默病及其他痴呆症
	8.缺血缺氧性脑病
	9.脑炎/脑膜炎后遗症
心肺系统类（5个）	10.冠心病

	11.心脏手术
	12.慢性呼吸衰竭
	13.重症肺炎
	14.慢性阻塞性肺疾病
骨骼关节疾病/损伤类（2个）	15.严重骨折
	16.关节置换手术

其中“恶性肿瘤——重度”为中国保险行业协会制定的《重大疾病保险的疾病定义使用的疾病定义使用规范（2020修订版）》中对应的疾病定义一致。

1. 恶性肿瘤——重度

指恶性细胞不受控制的进行性增长和扩散，浸润和破坏周围正常组织，可以经血管、淋巴管和体腔扩散转移到身体其他部位，病灶经**组织病理学检查**（涵盖骨髓病理学检查）结果明确诊断，临床诊断属于世界卫生组织（WHO，World Health Organization）《疾病和有关健康问题的国际统计分类》第十次修订版（ICD-10）的恶性肿瘤类别及《国际疾病分类肿瘤学专辑》第三版（ICD-O-3）的肿瘤形态学编码属于 3、6、9（恶性肿瘤）范畴的疾病。

下列疾病不属于“恶性肿瘤——重度”，不在保障范围内：

（1）ICD-0-3 肿瘤形态学编码属于 0（良性肿瘤）、1（动态未定性肿瘤）、2（原位癌和非侵袭性癌）范畴的疾病，如：

a.原位癌，癌前病变，非浸润性癌，非侵袭性癌，肿瘤细胞未侵犯基层，上皮内瘤变，细胞不典型性增生等；

b.交界性肿瘤，交界恶性肿瘤，肿瘤低度恶性潜能，潜在低度恶性肿瘤等；

（2）TNM 分期为 I 期或更轻分期的甲状腺癌；

（3）TNM 分期为 T1N0M0 期或更轻分期的前列腺癌；

（4）黑色素瘤以外的未发生淋巴结和远处转移的皮肤

恶性肿瘤；

(5) 相当于 **Binet** 分期方案 A 期程度的慢性淋巴细胞白血病；

(6) 相当于 **Ann Arbor** 分期方案 I 期程度的何杰金氏病；

(7) 未发生淋巴结和远处转移且 **WHO** 分级为 **G1** 级别 (核分裂像 $<10/50\text{HPF}$ 和 $\text{ki-67} \leq 2\%$) 或更轻分级的神经内分泌肿瘤。

2. 脑/脊髓肿瘤切除术

指确诊发生于颅内、脊髓的良性肿瘤/占位通过外科手段切除肿瘤/占位后，以达到清除肿瘤治愈疾病的目的。

3. 脑卒中

指缺血性脑卒中和出血性脑卒中。

缺血性脑卒中：指因脑血管的突发病变经医院专科医生明确诊断缺血性脑卒中（脑梗死、脑血栓、脑栓塞），且同时满足以下要求：

(1) 突发局灶性神经功能缺损（如偏瘫、失语、感觉异常）或全面性神经功能障碍（如意识障碍）；

(2) 头颅 **CT/MRI** 显示责任病灶（梗死或软化灶），且颅内血管成像（**MRA/CTA**）或血管造影（**DSA**）证实颅内动脉血流中断、狭窄或闭塞；

(3) 伴有脑水肿或颅内压升高。

出血性脑卒中：指因脑血管的突发病变经医院专科医生明确诊断出血性脑卒中（脑出血、蛛网膜下腔出血），且同时满足以下要求：

(1) 突发剧烈头痛、呕吐或意识障碍（嗜睡或昏迷）；

(2) 头颅 **CT/MRI** 显示脑出血量 $>15\text{mL}$ （或小脑/脑干出血量 $>5\text{ml}$ ），或出现脑积水、脑室扩张；

(3) 伴有脑水肿或颅内压升高。

4. 颅脑损伤

指因头部遭受机械性外力，引起颅脑器质性损伤，导致

神经系统功能障碍。须由头颅断层扫描（CT）、核磁共振检查（MRI）或正电子发射断层扫描（PET）等影像学检查证实，且实际接受了为清除颅内血肿、脑碎屑及异物，或降低颅内压而进行的手术治疗。

5. 脊髓损伤

指由于外伤、疾病等各种原因导致脊髓结构破坏或功能损害，造成损伤平面以下出现运动、感觉、括约肌及自主神经功能障碍的临床综合征。须由 X 线平片、断层扫描（CT）或核磁共振检查（MRI）等影像学检查证实，并经医院专科医生明确诊断。

注：脊髓震荡不在保障范围。

6. 帕金森病

是一种中枢神经系统的退行性疾病，临床表现为运动迟缓、静止性震颤或肌强直等，经相关专科医生确诊，且根据国际通用 Hoehn & Yahr 分级，达到 4 级及以上。

继发性帕金森综合征、帕金森叠加综合征不在保障范围内。

7. 阿尔茨海默病及其他痴呆症

指因大脑进行性、不可逆性改变导致智能严重衰退或丧失，临床表现为明显的认知能力障碍、行为异常和社交能力减退，其日常生活必须持续受到他人监护。须由头颅断层扫描（CT）、核磁共振检查（MRI）或正电子发射断层扫描（PET）等影像学检查证实，经相关专科医生确诊，且根据临床痴呆评定量表（CDR）达到 2 级及以上（即中重度痴呆）。

以下情况不在保障范围内：

（1）与酒精、药物滥用或获得性免疫缺陷综合征（AIDS）相关的痴呆；

（2）神经官能症和精神疾病。

8. 缺血缺氧性脑病

因围产期窒息、呼吸心跳骤停、中毒等诱发脑缺氧缺血导致的脑组织损伤性疾病，临床表现为意识障碍、精神障碍、

癫痫发作、脑干受损症状等。

9. 脑炎/脑膜炎后遗症

指发生在脑实质、脑膜部位的中枢神经系统感染性病变，经医院专科医生明确诊断脑炎或脑膜炎，且同时满足以下要求：

(1) 出现意识障碍（嗜睡、昏迷）、癫痫、颅内压增高或脑疝；

(2) 存在局灶性神经功能缺损，如偏瘫、失语、视力障碍；

(3) 经重症监护室（ICU）治疗支持，包括呼吸机、降颅压、强效抗生素/抗病毒治疗等。

10. 冠心病

经医院专科医生明确诊断冠心病（CAD），且已实施了切开心包进行的冠状动脉血管旁路移植的手术。

冠脉搭桥术（CABG）符合以下任一情形：

(1) 左主干狭窄 $>50\%$ ；

(2) 三支血管病变（主要冠状动脉狭窄 $\geq 70\%$ ，或合并左心室功能减退，LVEF $<40\%$ ）；

(3) 出现急性心梗并发症（室间隔穿孔、乳头肌断裂、心源性休克等）。

所有未切开心包的冠状动脉介入治疗不在保障范围内。

11. 心脏手术

指为治疗心脏瓣膜疾病，已经实施了切开心脏进行的心脏瓣膜置换或修复的手术。

所有未切开心脏的心脏瓣膜介入手术不在保障范围内。

12. 慢性呼吸衰竭

指因慢性呼吸系统疾病导致永久不可逆的呼吸功能衰竭，且诊断必须满足以下所有条件：

(1) 第一秒末用力呼吸量（FEV1）小于 1 升；

(2) 残气容积占肺总量（TLC）的 50%以上；

(3) PaO $<60\text{mmHg}$ ，但 $\geq 50\text{mmHg}$ 。

13. 重症肺炎

指肺炎已经引发了全身性的严重并发症，或对生命体征造成了威胁，符合美国传染病学会/美国胸科学会（IDSA/ATS）制定的标准，且至少需满足以下情形之一：

（1）需要气管插管进行机械通气：患者呼吸衰竭，无法自主呼吸，需要呼吸机支持。

（2）感染性休克需要血管活性药物维持：肺炎导致严重感染，引发血压急剧下降，即使充分补液后仍需使用升压药才能维持血压。

14. 慢性阻塞性肺疾病

指一种常见的以持续性气流受限为特征的疾病，该病必须在保险人认可的医疗机构内由专科医生确诊，且诊断必须满足以下所有条件：

（1）COPD 气流受限严重程度分级达到： $30\% \leq FEV_1 < 50\%$ 预计值；

（2）残气容积占肺总量（TLC）的 50% 以上；

（3） $PaO_2 < 60\text{mmHg}$ ，且 $PaO_2 > 50\text{mmHg}$ 。

15. 严重骨折

骨折是指因外伤导致骨的完整性和连续性中断，经医院专科医生明确诊断，须由 X 线平片、断层扫描（CT）或核磁共振检查（MRI）等影像学检查证实，且实际接受了为复位、固定而进行的手术治疗。

严重骨折：限定为脊柱骨折/滑脱/脱位、髋部骨折、颅骨骨折、股骨骨折。

16. 关节置换手术

指一种通过外科手术将病变或损伤的关节替换为人工假体的治疗方法，旨在缓解疼痛、矫正畸形并恢复关节功能。

（七）必需且合理

指被保险人发生的各项医疗费用应符合下列所有条件：

（1）治疗疾病所必需的项目；

（2）不超过安全、足量治疗原则的项目；

- (3)由医师开具的处方药或医嘱;
- (4)非试验性的、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。

对是否合理且必要由保险人根据客观、审慎、合理的原则进行核定,若被保险人对核定结果有不同意见,可委托双方认可的权威医学机构或者权威医学专家进行审核鉴定。

(八) 康复住院治疗费

指接受住院治疗,由专科医生进行的康复功能评估、确定康复目标、制定康复计划、实施治疗方案以实现最大程度的功能恢复和重建治疗而发生的**康复治疗费**,以及其他为康复治疗目的而发生的其他下列费用。

包括床位费、加床费、膳食费、护理费、重症监护室床位费、诊疗费、检查检验费、治疗费、物理治疗、中医理疗、药品和医疗器械使用费、手术费、康复住院转运救护车使用费。

(九) 组织病理学检查

组织病理学检查是通过局部切除、钳取、穿刺等手术方法,从患者机体采取病变组织块,经过包埋、切片后,进行病理检查的方法。

通过采集病变部位脱落细胞、细针吸取病变部位细胞、体腔积液分离病变细胞等方式获取病变细胞,制成涂片,进行病理检查的方法,属于细胞病理学检查,不属于组织病理学检查。

(十) 【ICD-10】与【ICD-O-3】

《疾病和有关健康问题的国际统计分类》第十次修订版(ICD-10),是世界卫生组织(WHO)发布的国际通用的疾病分类方法。

《国际疾病分类肿瘤学专辑》第三版(ICD-O-3),是 WHO 发布的针对 ICD 中肿瘤形态学组织学细胞类型、动态、分化

程度的补充编码。其中形态学编码：0 代表良性肿瘤；1 代表动态未定性肿瘤；2 代表原位癌和非侵袭性癌；3 代表恶性肿瘤（原发性）；6 代表恶性肿瘤（转移性）；9 代表恶性肿瘤（原发性或转移性未肯定）。

如果出现 ICD-10 与 ICD-0-3 不一致的情况，以 ICD-0-3 为准。

（十一）TNM 分期

TNM 分期采用 AJCC 癌症分期手册标准。该标准由美国癌症联合委员会与国际抗癌联合会 TNM 委员会联合制定，是目前肿瘤医学分期的国际通用标准。T 指原发肿瘤的大小、形态等 N 指淋巴结的转移情况；M 指有无其他脏器的转移情况。

（十二）康复治疗费

指被保险人接受医学方法和技术进行康复诊断、评估、治疗和护理，改善伤、病、残以及其他功能状况产生的费用，一般包括康复评定费和康复治疗费等。

（十三）床位费

指被保险人使用的指定医疗机构床位的费用。

（十四）膳食费

指实际发生的、由指定医疗机构提供的合理的、符合惯常标准的膳食费用，但不包括购买的个人用品。

（十五）护理费

指根据医嘱所示的护理等级确定的护理费用。

（十六）检查检验费

指实际发生的、以诊断疾病为目的，采取必要的医学手段进行检查及检验而发生的合理的医疗费用，包括诊查费、妇检费、X 光费、心电图费、B 超费、脑电图费、内窥镜费、肺功能仪费、分子生化检验费和血、尿、便常规检验费等。

（十七）治疗费

指以治疗疾病为目的，提供必要的医学手段而合理发生的治疗者的技术劳务费和医疗器械使用费以及消耗品的费

用，包括注射费、机疗费、理疗费、输血费、输氧费、体外反搏费等。

（十八）物理治疗

物理治疗是指借助各种物理因子作用于人体，通过神经、体液、内分泌和免疫等机制，发展、维持或恢复人体功能，从而达到治疗疾病的目的。

（十九）中医理疗

中医理疗是以中医理论体系为基础，运用人工或自然物理因素干预人体机能的治疗方法，涵盖针灸、推拿、艾灸、拔罐、中药熏蒸等技术，具有调节气血、平衡阴阳等功能。