

中意财产保险有限公司

附加突发急性病医疗保险条款

(中意财险)(备-普通意外保险)【2017】(附) 011 号

总则

第一条

本附加保险合同是意外伤害保险合同(以下简称“主险合同”)的附加合同。本附加保险合同的未尽事宜,以主险合同为准。主险合同效力终止,本附加保险合同效力同时终止;主险合同无效,本附加保险合同亦无效。若主险合同与本附加保险合同条款互有冲突,则以本附加保险合同条款为准。

本附加保险合同由保险单及所附条款、主险合同条款、投保单、合法有效的声明、批注、附贴批单及其他有关书面文件构成。

第二条

本附加保险合同的被保险人为主险合同的被保险人。

第三条

本附加保险合同的投保人与主险合同一致。

第四条

除另有约定外,本附加保险合同的突发急性病医疗保险金的受益人为被保险人本人。

保险责任

第五条

在本保险合同保险期间内,因被保险人突发急性病而支出的医疗费用,保险人按照下列约定给付保险金:

(一)在主险合同有效的前提下,在本附加保险合同保险期间内,如果被保险人突发急性病须入医院治疗,就被保险人个人在该次急性病发生之日起 60 日内支出的、合理且必需的医疗费用,保险人在扣除保险合同约定的免赔额后,按保险合同约定的给付比例在急性病医疗保险金额内给付急性病医疗保险金。

(二)若被保险人在境外治疗后转回境内治疗,则境内的医疗费用须符合保险单签发地的社会医疗保险(城镇职工基本医疗保险、城镇居民基本医疗保险、新型农村合作医疗保险等非商业性质保险计划)药品目录、诊疗项目目录以及服务设施范围和支付标准,不符合的

部分，保险人不承担保险金给付责任。

（三）保险期间届满被保险人治疗仍未结束的，保险人给付保险金的期限，自保险期间届满次日起计算，门诊治疗者以 15 日为限；住院治疗者至出院之日止，以 30 日为限。

（四）无论被保险人一次或多次发生急性病，保险人均按上述约定给付保险金，但累计给付的保险金总额达到保险单所载的该被保险人的急性病医疗保险金额时，本附加保险合同对该被保险人的保险责任终止。

（五）本附加保险合同的保险金给付责任遵循医疗费用补偿原则。保险人给付的保险金与被保险人从其它保险计划或任何其他途径取得的医疗费用补偿之和，以被保险人实际支出的医疗费用金额为限。

责任免除

第六条

因下列原因导致的本附加保险合同的被保险人支出医疗费用，保险人不承担保险金给付责任：

- （一）主险合同列明的责任免除事项；
- （二）投保人、被保险人的任何故意行为；
- （三）因被保险人或其家属不遵守医院规章制度，不配合治疗的行为造成的后果；
- （四）被保险人投保前已有外伤、残疾的康复或治疗；
- （五）被保险人支出的挂号费、护理费、陪住费、取暖费、伙食费、误工费、停尸费、救护车费用、材料费、病历费；
- （六）被保险人洗牙、洁齿、验光、矫形、整容、美容、心理咨询、器官移植或修复、安装及购买残疾用具或安装假器官（如轮椅、假肢、助听器、假眼、假牙等）；
- （七）被保险人一般身体检查、疗养、静养、心理咨询、心理治疗及康复治疗等非临床治疗性行为；
- （八）在境内医院治疗时发生的保险单签发地社会医疗保险（指城镇职工基本医疗保险、城镇居民基本医疗保险、新型农村合作医疗保险等非商业性质保险计划）规定的药品目录、诊疗项目目录以及服务设施范围和支付标准以外的费用；

保险金额和保险费

第七条

- （一）保险金额是保险人承担给付保险金责任的最高限额；
- （二）保险金额由投保人与保险人双方约定并在保险单中载明；
- （三）投保人应该按照本附加保险合同约定向保险人交付保险费。投保人未按约定交付保险费的，对于保险费交付前发生的保险事故，保险人不承担保险金给付责任。

保险期间

第八条

(一)若本附加保险合同与主险合同同时投保,则本附加保险合同的保险期间与主险合同的保险期间相同,最长不超过一年;

(二)若投保人在主险合同保险期间内申请投保本附加保险合同,则本附加保险合同保险期间自保险人同意承保并收取保险费之日起,至主险合同期满之日止,最长不超过一年,以保险单载明的起讫时间为准。

保险人义务

第九条

订立本附加保险合同时,采用保险人提供的格式条款的,保险人向投保人提供的投保单应当附格式条款,保险人应当向投保人说明保险合同的内容。对保险合同中免除保险人责任的条款,保险人在订立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。

第十条

本附加保险合同成立后,保险人应当及时向投保人签发保险单或其他保险凭证。

第十一条

保险人认为保险金申请人提供的有关索赔的证明和资料不完整的,应当及时一次性通知保险金申请人补充提供。

第十二条

保险人收到保险金申请人的给付保险金的请求及相关证明、材料后,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30日内作出核定,但本附加保险合同另有约定的除外。

保险人应当将核定结果书面通知保险金申请人;对属于保险责任的,保险人应在与保险金申请人达成有关给付保险金的协议后10日内,履行给付保险金义务。本附加保险合同对保险金及给付期限有约定的,保险人应当依照保险合同的约定,履行给付保险金义务。对不属于保险责任的,应当自作出核定之日起3日内向申请人发出拒绝给付保险金通知书,并说明理由。

第十三条

保险人自收到给付保险金的请求和有关证明、资料之日起60日内,对其给付保险金的数额不能确定的,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

保险金的数额后，应当支付相应的差额。

投保人、被保险人义务

第十四条

除另有约定外，投保人应当在本附加保险合同成立时交清保险费。

第十五条

订立本附加保险合同，保险人就保险标的或者被保险人的有关情况提出询问的，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，保险人有权解除本附加保险合同。

前款规定的合同解除权，自保险人知道有解除事由之日起，超过 30 日不行使而消灭。自合同成立之日起超过 2 年的，保险人不得解除合同；发生保险事故的，保险人应当承担给付保险金责任。

投保人故意不履行如实告知义务的，保险人对于合同解除前发生的保险事故，不承担给付保险金责任，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，保险人对于合同解除前发生的保险事故，不承担给付保险金责任，但应当退还保险费。

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

保险金申请与给付

第十六条

保险金申请人向保险人申请给付保险金时，应提交作为索赔依据的证明和材料。保险金申请人因特殊原因不能提供以下材料的，应提供其它合法有效的材料。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) 由保险金申请人填写保险金给付申请书，并凭下列证明和资料向保险人申请给付保险金：

- 1、保险单正本原件或其它保险凭证原件；
- 2、被保险人户籍证明及身份证明；
- 3、医院出具的医疗费用收据原件、诊断证明、病历、医疗费用明细清单；
- 4、境外出险并在境外治疗的需提供境外医院合法的资质证明；

5、保险金申请人所能提供的其他与确认保险事故的性质、原因、损失程度等有关的证明和资料。

（二）医疗费用收据：

被保险人支出医疗费用并提出索赔申请时，应向保险人提交医疗费用收据原件。当赔付金额未达实际支出医疗费用的全额时，保险金申请人可以书面形式向保险人申请退还收据原件。保险人在加盖印戳并注明已赔付金额后退还收据原件。

如被保险人在社保机构、其他保险人或其它单位已经获得部分医疗费用赔偿，医疗费用收据原件已被赔付或报销单位留存，被保险人在提出索赔申请时，应向保险人提交医疗费用收据财务分割单或在医疗费用收据复印件上注明已赔付金额，并加盖赔付单位的财务章。

第十七条

保险金申请人向保险人请求给付保险金的诉讼时效期间为 2 年，自其知道或者应当知道保险事故发生之日起计算。

争议处理和法律适用

第十八条

因履行本附加保险合同发生的争议，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或者争议发生后未达成仲裁协议的，可向中华人民共和国有管辖权的人民法院起诉。

第十九条

与本附加保险合同有关的以及履行本附加保险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、澳门及台湾地区法律）。

释义

1、**保险人：**指与投保人签订本保险合同的中意财产保险有限公司。

2、**医院：**

（一）**境外的医院：**指符合下列所有条件的机构，但不包括主要作为康复、门诊、护理、疗养、戒酒、戒毒或类似的机构。

（1）拥有合法经营执照；

（2）设立的主要目的是向受伤者和患者提供留院治疗和护理服务；

（3）有医师和护士提供全日二十四小时的医疗和护理服务。

（二）**境内（除香港、澳门、台湾地区以外的中国地区）的医院：**指二级或二级以上的医院，包括保险人认可的与二级或二级以上医院相同规模的医院。

被保险人须在本定义规定的医院治疗。急救不受此限制，但在急救情况稳定后，须转入本定义规定的医院治疗。

3、必需的医疗费用：指符合以下条件的医疗费用：

- (1) 对治疗被保险人的伤害合适且必需；
- (2) 在范围、持续期、强度、护理上不超过为被保险人提供安全、恰当、合适的诊断或治疗所需水平；
- (3) 应由医师出具处方、诊断证明；
- (4) 与当地普遍接受的医疗专业标准相一致；
- (5) 非主要以为个人舒适或为了被保险人父母、家庭、医师或其他护理提供方的方便；
- (6) 非病人学术教育或职业培训的一部分或与之相关；
- (7) 非试验性或研究性。

4、保险金申请人：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。

5、急性病：指被保险人突然发生、不及时救治将危及生命安危的，且在本保险合同生效之日前 30 日内未曾接受治疗的急性疾病。不包括原来已患有的慢性病和慢性病的急性发作。常见的急性病：(1) 高热（成人 38.5 摄氏度，小儿 39 摄氏度）；(2) 急性腹部疼痛，剧烈呕吐，严重腹泻；(3) 休克或者昏迷；(4) 高原反应；(5) 癫痫发作；(6) 严重喘息，呼吸困难；(7) 急性胸痛，心力衰竭，严重心律失常；(8) 非因意外伤害所导致的，突发性眼睛红肿、疼痛或视力障碍；(9) 非因意外伤害所导致的出血；(10) 急性尿潴留；(11) 食物中毒；(12) 非药物原因所导致的急性过敏性疾病。