

# 渤海财险附加突发急性病医疗保险条款

(备案编号：(渤海保险)(备-医疗保险)【2024】(附) 057 号)

## 总则

**第一条** 本附加保险合同（以下简称“本合同”）是意外伤害保险合同（以下简称“主险合同”）的附加合同。本合同依主险合同投保人的申请，经保险人同意而订立。本合同作为主险合同的组成部分，主险合同效力终止，本合同效力亦同时终止；主险合同无效，本合同亦无效。本合同与主险合同相抵触之处，以本合同为准，未尽之处，以主险合同为准。

**第二条** 除另有约定外，本合同的受益人为被保险人本人。

## 保险责任

**第三条** 保险期间内，被保险人因突发急性病，且自该急性病发作之日（含）起 5 日内在医疗机构治疗的，保险人就被保险人自急性病发作之日起 90 日内符合当地基本医疗保险支付范围的、必要的、合理的医疗费用，按如下规定给付突发急性病医疗保险金：

对于参加基本医疗保险的被保险人，保险人在扣除免赔额及当地基本医疗保险和其他途径已经补偿或给付部分后，在本合同保险金额内按约定的给付比例给付突发急性病医疗保险金；对于未参加基本医疗保险的被保险人，保险人在扣除免赔额及其他途径已经补偿或给付部分后，在本合同保险金额内按约定的给付比例给付突发急性病医疗保险金。

上述免赔额和给付比例由投保人和保险人在投保时协商确定，并在保险单中载明。保险期间届满被保险人治疗仍未结束的，自保险期间届满次日起计算，保险人所承担给付保险金的期限，至治疗结束之日止，门诊治疗最长以 15 日为限，住院治疗最长以 30 日为限。

对于以参加基本医疗保险身份投保的被保险人，但是未以社保身份就医、结算的被保险人，则给付比例为 60%。

保险期间内，保险人所给付的突发急性病医疗保险金以本合同约定的保险金额为限，累计给付达到保险金额时，保险人对该被保险人的保险责任终止。

## 责任免除

**第四条** 被保险人因下列情形之一发生的医疗费用，保险人不承担给付保险金的责任：

- (一) 非直接以治疗急性病发作而发生的费用；
- (二) 不符合被保险人参加基本医疗保险所在地基本医疗保险主管部门规定的支/给付范围和标准的医疗费用；
- (三) 意外伤害事故；
- (四) 投保前已患有的疾病；
- (五) 被保险人主动服用、吸食、注射毒品或者无注册医师处方的麻醉剂或药物；
- (六) 被保险人妊娠、流产、分娩、不孕不育症（包含人工受孕、试管婴儿等）、避孕及节育手术或由妊娠、流产、分娩、节育所导致的任何并发症；
- (七) 矫形、洗牙、洁齿、整容、美容、器官移植、心理咨询、体检、疗养、静养、康复治疗、健康护理、家庭病床治疗费用，修复、安装及购买残疾用具（如轮椅、拐杖、义肢、助听器、义牙、义眼、配镜等）费用；
- (八) 被保险人不遵守医院规章制度，不配合治疗的行为造成的后果；
- (九) 被保险人患先天性疾病、遗传性疾病、先天性畸形、变形或染色体异常、性传播疾病、

法定传染病；

- (十) 被保险人因精神类疾病如精神分裂症、抑郁症、厌食症、失眠症等发作导致的事故；
- (十一) 任何获取移植器官或者捐赠器官的行为造成的后果；
- (十二) 本合同载明的免赔额。

**第五条** 根据本合同其他部分内容中的相关约定，保险人应不承担或免除保险责任的各种情形下的损失、费用或责任，或保险人有权予以扣除、减少的部分，保险人不负责给付。

**第六条** 其他不属于本合同责任范围内的损失、费用和责任，保险人不负责给付。

#### 保险金额与免赔额

**第七条** 保险金额是保险人承担给付保险金责任的最高限额。

保险金额由投保人、保险人双方约定，并在保险单中载明。

**第八条** 免赔额指在本合同保险期间内，应由被保险人自行承担，本合同不予给付的部分。被保险人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，但从其他途径已获得的医疗费用补偿可用于抵扣免赔额。

免赔额由投保人与保险人在签订保险合同时协商确定，并在保险单中载明。免赔额在保险期间内累计计算。

#### 保险期间

**第九条** 除另有约定外，本合同保险期间与主险合同保持一致，但最长不超过一年。

#### 保险费

**第十条** 除另有约定外，投保人应在本合同成立时一次性交清保险费。投保人未按约定交付保险费，本合同不生效。

#### 犹豫期

**第十一条** 除另有约定外，自投保人收到本合同保险单次日零时起，有 3 日的犹豫期。投保人在此期间提出解除本合同，保险人将无息退还投保人所支付的全部保险费。自保险人收到投保人解除合同的申请时起，本合同即被解除，保险人自始不承担保险责任。

#### 不保证续保

**第十二条** 本条款为不保证续保条款。本产品保险期间为一年（或不超过一年）。保险期间届满，投保人需要重新向保险公司申请投保本产品，并经保险人同意，交纳保险费，获得新的保险合同。

#### 保险金的申请与给付

**第十三条** 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。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) 保险合同凭证；
- (三) 申请人的有效身份证件；

(四) 公安部门或司法部门、医疗机构出具的被保险人突发急性病证明;

(五) 医疗机构出具的医疗诊断证明, 病历及医疗、医药费原始单据及各种检查、化验报告等原始单据;

(六) 其他与确认保险事故的性质、原因等有关的证明和资料;

(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。

## 释义

**【保险人】:** 指渤海财产保险股份有限公司。

**【突发急性病】:** 指被保险人在保险生效之前未曾接受治疗或诊断、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, 不包括既往疾病、慢性病、精神病、精神分裂、艾滋病、性传播疾病、遗传性疾病、先天性疾病或缺陷、先天性畸形、牙齿治疗(但因意外伤害事故导致的必须进行的牙科门诊治疗不在此限)、预防性手术等非必须紧急治疗的手术、器官移植。

**【先天性疾病】:** 指一出生时就具有的疾病。这些疾病是指因人的遗传物质(包括染色体以及位于其中的基因)发生了对人体有害的改变而引起的, 或因母亲怀孕期间收到内外环境中某些物理、化学和生物等因素的作用, 是胎儿局部体细胞发育异常, 导致婴儿出生时有关器官、系统在结构或功能上呈现异常。

**【遗传性疾病】:** 指生殖细胞或受精卵的遗传物质(染色体或基因)发生突变或畸变所引起的疾病, 通常具有由亲代至后代的垂直传递的特征。

**【先天性畸形、变形或染色体异常】:** 指被保险人出生时就具有的畸形、变形或染色体异常。先天性畸形、变形和染色体异常依照世界卫生组织《疾病和有关健康问题的国际统计分类》(ICD10)确定。

**【并发症】:** 指在某种原发疾病或情况发展进程中发生的、由于原发疾病或情况、或其他独立原因所导致的继发或情况。

**【性传播疾病】:** 发生在生殖器官的内源性或外源性通过性行为或非性行为传播的传播性疾病。

**【法定传染病】:** 指《中华人民共和国传染病防治法》规定的传染病, 规定以外的其他传染病, 根据其暴发、流行情况和危害程度, 需要列入乙类、丙类传染病的, 按照国务院卫生行政部门决定并予以公布的分类为准。

**【医疗机构】:** 指在中华人民共和国境内(不包括香港、澳门、台湾)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保险人与投保人协商共同确定的医院或医疗机构。但不包括主要为门诊、康复、护理、疗养、戒酒、戒毒或相类似的医疗机构。同时该医院必须具有符合有关医院管理规定设置标准的医疗设备, 并且提供 24 小时有合格医师及护士的医疗和护理等服务。

**【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。

**【不可抗力】:** 指不能预见、不能避免并不能克服的客观情况。