

华泰财险附加少儿门（急）诊医疗费用保险条款

总则

第一条 附加保险合同订立

本附加保险合同（以下简称“本附加险合同”）须附加于保险合同列明的人身意外伤害保险或健康保险主险合同（以下简称“主险合同”）使用。凡涉及本附加险合同的约定，均采用书面形式。主险合同与本附加险合同相抵触之处，以本附加险合同为准；本附加险合同未约定事项，以主险合同为准。主险合同效力终止，本附加险合同效力亦同时终止；主险合同无效，本附加险合同亦无效。

第二条 被保险人

初次投保时年龄为出生满 30 天（含，已健康出院）至 17 周岁（含），身体健康、能正常工作、正常生活的自然人。

保险责任

第三条 保险责任

在本附加险合同的保险期间内，被保险人因遭受意外伤害事故或在等待期（具体等待期在保险单中载明，意外伤害及续保不受等待期的限制）届满后在中华人民共和国境内（不含港澳台地区）经保险人指定的医疗机构具有合法资质的专科医生确诊罹患疾病，导致其在保险人指定的医疗机构进行必要的门（急）诊治疗，保险人对其每次门（急）诊（不包括急诊留院观察期）实际支出的必需且合理的社会医疗保险保障范围内的医疗费用，依照本附加险合同的约定承担给付门（急）诊医疗保险金的责任。

保险人对被保险人所负给付门（急）诊医疗保险金的责任以保险单或保险凭证上所载被保险人对应的门（急）诊医疗保险金额为限，一次或累计给付保险金额达到保险单或保险凭证上载明的该被保险人对应的保险金额时，保险人对该被保险人的保险责任终止。

责任免除

第四条 责任免除

（一）对于下列原因直接或间接导致被保险人支出的门（急）诊费用，保险人不承担赔偿责任：

1. 被保险人未遵医嘱，私自服用、涂用、注射药物；
2. 被保险人因检查、麻醉、手术治疗（含整容手术）、药物治疗等导致的医疗事故导致的伤害，以及上述原因引发的并发症；
3. 被保险人怀孕（含宫外孕）、流产、堕胎、分娩（含剖腹产）、保胎、治疗不孕不育症、避孕或绝育手术、人工生殖及上述原因引起的并发症；
4. 被保险人接受矫形、视力矫正手术、美容、变性手术、整容手术、牙科治疗及牙科保健（但因意外事故所致的以减轻被保险人疼痛为目的或者保障被保险人生命安全的紧急治疗不受此限）；
5. 康复治疗或训练、休养或疗养、健康体检、非处方药物、保健食品及用品、各种康复治疗器械、眼镜、假体、义肢、义齿、义眼、助听器、自用的按摩保健和治疗用品、所有非处方医疗器械；

6. 被保险人因包皮环切术、包皮剥离术、包皮气囊扩张术、疝气、鞘膜积液、脂肪瘤、粉刺瘤、性功能障碍、性早熟、发育迟缓治疗发生的医疗费用；

7. 预防性手术（如预防性阑尾切除、预防性扁桃体切除）、椎间盘突出症；

8. 被保险人参与的实验性治疗以及安全性和可靠性未经相关科学证明的诊断、治疗和（或）外科手术；

9. 投保人对被保险人的故意杀害或故意伤害；

10. 被保险人故意犯罪、抗拒依法采取的刑事强制措施；被政府依法拘禁或入狱期间伤病；

11. 被保险人故意自伤；

12. 因被保险人挑衅或故意行为而导致的打斗、被袭击、被谋杀；

13. 被保险人酒后驾驶机动车或者电动自行车、无合法有效驾驶证驾驶机动车或者电动自行车，或者驾驶无有效行驶证的机动车；

14. 被保险人醉酒，服用、吸食或注射毒品、管制药品；

15. 被保险人从事职业运动或可获得报酬的运动或竞技，在训练或比赛中受伤；

16. 被保险人从事或参加高风险运动，如：潜水、滑水、冲浪、赛艇、漂流、跳伞或其他高空运动、蹦极、乘坐或驾驶商业民航班机以外的飞行器、热气球运动、攀岩、攀登海拔 3500 米以上的独立山峰、滑雪、武术、摔跤、马术、赛马、赛车、特技表演（含训练）、替身表演（含训练）、脱险表演（含训练）、探险或考察活动（洞穴、极地、沙漠、火山、冰川等）；

17. 战争、军事行动、暴乱或者武装叛乱；

18. 核爆炸、核辐射或者核污染；

19. 被保险人从事本附加险合同内列明高危工种和职业的工作期间，但被保险人的职责属于纯文职或管理性质以及不涉及体力劳动或危险工种者不在此列。

（二）因下列情形之一，直接或间接导致被保险人支出的门（急）诊费用，保险人不承担赔偿责任：

1. 被保险人故意或因重大过失在投保时未如实告知的既往症；

2. 被保险人在投保前罹患的、投保时尚未治愈的疾病及已有残疾的治疗和康复；

3. 被保险人在等待期前或者等待期内罹患疾病而接受检查但在等待期内或等待期届满后确诊的疾病；

4. 被保险人患有先天性疾病未治愈的；

5. 被保险人罹患特定传染病、职业病、地方病、精神和行为障碍、心理疾病、遗传性疾病、先天性畸形、变形或染色体异常（以世界卫生组织颁布的《疾病和有关健康问题的国际统计分类（ICD-10）》为准）；

6. 被保险人感染艾滋病病毒或患艾滋病（因本附加险合同约定的职业关系、输血感染或器官移植导致的感染艾滋病病毒或患艾滋病除外）。

（三）下列损失、费用和责任，保险人不承担保险金给付责任：

1. 被保险人在非保险人指定的医疗机构就诊发生的医疗费用，但被保险人因情况紧急必须立即就医的除外；

2. 被保险人在保险人指定的医疗机构外的社会药房购药花费的费用；

3. 被保险人住院治疗的费用。

若由于本附加险合同中责任免除情形导致被保险人身故的，保险人对被保险人在本附加险合同项下的保险责任终止，除因投保人/被保险人故意制造保险事故外，保险人退还相应的未到期保险费。

保险期间

第五条 保险期间

本附加险合同保险期间以保险人和投保人协商确定，以保险单载明的起讫时间为准，保险期间不超过一年。

免赔额

第六条 免赔额

免赔额由投保人与保险人在订立本附加险合同时协商确定，并在保险单中载明。

本附加险合同中所指免赔额，指在保险期间内，应由被保险人自行承担，本附加险合同不予赔付的部分。被保险人通过社会医疗保险统筹账户和公费医疗保障获得的补偿，不可用于抵扣免赔额，被保险人从其他途径（商业性医疗费用补偿型医疗保险、其他政府机构或者社会福利机构等）已获得的医疗费用补偿可用于抵扣免赔额。

补偿原则和赔付标准

第七条 补偿原则和赔付标准

本附加险合同适用医疗费用补偿原则。若被保险人已从其他途径（包括公费医疗、社会基本医疗保险、其他商业性费用补偿型医疗保险、其他政府机构或者社会福利机构等）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剩余部分按本附加险合同约定负责赔偿。社会医疗保险个人账户部分支出视为个人支付，不属于已获得的医疗费用补偿。

保险人按如下约定给付门（急）诊医疗保险金：

（一）若被保险人以未参加社会医疗保险身份投保，未从社会医疗保险、公费医疗、其他商业性医疗费用补偿型医疗保险、其他政府机构或者社会福利机构获得医疗费用补偿，保险人按如下公式根据本附加险合同的约定给付门（急）诊医疗保险金：

门（急）诊医疗保险金=（被保险人实际支出的符合本附加险合同相关约定的医疗费用-免赔额）×赔付比例

（二）若被保险人以参加社会基本医疗保险身份投保，已从社会医疗保险、公费医疗、其他商业性医疗费用补偿型医疗保险、其他政府机构或者社会福利机构获得医疗费用补偿（以下简称已获得的医疗费用补偿），保险人按如下公式根据本附加险合同的约定给付门（急）诊医疗保险金：

门（急）诊医疗保险金=（被保险人实际支出的符合本附加险合同相关约定的医疗费用-已获得的医疗费用补偿-免赔额）×赔付比例

该赔付比例应高于本条第（一）项约定的未从社会医疗保险等途径获得补偿时的赔付比例。

（三）被保险人以参加社会医疗保险身份投保，但未以参加社会医疗保险身份就诊并结算的，则保险人按如下公式根据本附加险合同的约定给付门（急）诊医疗保险金：

门（急）诊医疗保险金=（被保险人实际支出的符合本附加险合同约定的医疗费用-免赔额）×赔付比例。

针对本条第（一）到（三）项保险金额、免赔额及赔付比例在保险单中载明。保险人累计给付金额以保险单载明的相应保险金额为限。

保险金申请与给付

第八条 保险金申请与给付

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）门（急）诊医疗费用保险金的申请

1. 索赔申请书；
2. 保险单或保险凭证；
3. 保险金申请人的有效身份证件；
4. 保险人指定的医疗机构出具的附有病理检查、化验检查及其它医疗仪器检查报告的医疗诊断证明书（包括但不限于诊断全称、病历和治疗过程）、医药费原始单据、结算明细表和处方正本及医疗纪录；
5. 意外事故的提交意外事故证明文件；
6. 保险金申请人所能提供的与确认保险事故的性质、原因、伤害程度等有关的其他证明和资料；
7. 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；
8. 若保险金申请人为监护人时，还需提供能够证明监护关系的证明文件；
9. 被保险人继承人作为保险金申请人索赔时，需提供公安局户籍单位出具的能够证明继承关系的相关材料。对于继承权或继承份额有争议的，继承人还需提供已生效的法院判决或仲裁裁决。

（二）当赔付金额未达实际支出门（急）诊医疗费用的金额时，索赔申请人可以书面形式向保险人申请返还原始单据，保险人在加盖公章并注明已赔付金额后返还原始单据。

如保险人对保险金申请材料存疑，有权要求被保险人在保险人指定的医疗机构进行复检确认；被保险人应予配合。

本附加险合同效力终止

第九条 本附加险合同效力终止

以下任何一种情况发生时，本附加险合同效力终止，保险人不再承担给付保险金的责任：

（一）投保人解除本附加险合同；

（二）主险合同解除、终止效力或期满；

(三) 本附加险合同因其他条款或合同所列情况而终止。

释义

一、**指定的医疗机构**：是指保险人指定的医疗机构，保险人未指定的，则指在中华人民共和国境内（**不包括港澳台地区**）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疗机构，且仅限于上述医疗机构的普通部，**不包括以下或类似的医疗机构**：

(一) 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；

(二) 诊所、康复中心、家庭病床、护理机构；

(三) 休养、戒酒、戒毒中心；

(四) 精神病院、精神心理治疗中心、老人院、疗养院、健康中心。

该医疗机构必须具有系统的、充分的诊断设备，全套外科手术设备及能够提供二十四小时的医疗与护理服务的能力或资质。

二、**住院**：是指被保险人因意外伤害或疾病而入住医疗机构之正式病房接受全日 24 小时监护治疗的过程，并正式办理入出院手续。**但不包括下列情况**：

(一) 被保险人在医疗机构的（门）急诊观察室、家庭病床（房）入住；

(二) 被保险人在特需病房、外宾病房或其它不属于社会医疗保险范畴的高等级病房入住；

(三) 被保险人入住康复科、康复病床或接受康复治疗；

(四) 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，或一天内住院不满二十四小时；但遵医嘱到外院接受临时治疗的除外；

(五) 被保险人住院体检；

(六) 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。

三、**必需且合理的医疗费用**：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。

医学必需：指医疗费用符合下列所有条件：

(一) 治疗意外伤害或者疾病所必需的项目；

(二) 不超过安全、足量治疗原则的项目；

(三) 由专科医生开具的处方药；

(四) 非试验性的、非研究性的项目；

(五) 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。

四、**专科医生**：专科医生应当同时满足以下四项资格条件：

(一) 具有有效的中华人民共和国《医师资格证书》；

(二) 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；

(三) 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》；

(四) 在二级或二级以上保险人指定的医疗机构的相应科室从事临床工作三年以上。

五、感染艾滋病病毒或患艾滋病：艾滋病病毒指人类免疫缺陷病毒，英文缩写为 HIV。艾滋病指人类免疫缺陷病毒引起的获得性免疫缺陷综合征，英文缩写为 AIDS。

在人体血液或其它样本中检测到艾滋病病毒或其抗体呈阳性，没有出现临床症状或体征的，为感染艾滋病病毒；如果同时出现了明显临床症状或体征的，为患艾滋病。

六、先天性疾病：指被保险人一出生就具有的疾病（症状或体征）。这些疾病是因人的遗传物质（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，或因母亲怀孕期间受到内外环境中某些物理、化学和生物等因素的作用，使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。

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

八、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》（ICD-10）确定。

九、特定传染病：根据中华人民共和国相关法律规定的法定传染病甲类和乙类发生暴发流行疫情的情况，相关法律发生调整，则本定义作相应调整。

甲类：鼠疫、霍乱

乙类：传染性非典型肺炎、艾滋病、病毒性肝炎、脊髓灰质炎、人感染高致病性禽流感、麻疹、流行性出血热、狂犬病、流行性乙型脑炎、登革热、炭疽、细菌性和阿米巴性痢疾、肺结核、伤寒和副伤寒、流行性脑脊髓膜炎、百日咳、白喉、新生儿破伤风、猩红热、布鲁氏菌病、淋病、梅毒、钩端螺旋体病、血吸虫病、疟疾、甲型 H1N1 流感。

十、职业病：是指企业、事业单位和个体经济组织等用人单位的劳动者在职业活动中，因接触粉尘、放射性物质和其他有毒、有害因素而引起的疾病。

十一、 地方病：在一定地区或人群中发生的疾病。新病例来自本地。与地方的地质、地貌、水土、气候等因素密切相关，并在条件类似的地区蔓延流行。以当地地方病防治机构的公布为准。

十二、 热气球运动：指乘热气球升空飞行的体育活动。

十三、 乘坐或驾驶商业民航班机以外的飞行器：指被保险人自进入商业民航班机以外的飞行器的舱门时起至走出舱门时止。

十四、 高危工种和职业：采矿、采石、采砂石业、油矿开采业、钻井业及有关勘探，坑道内、外作业，钢铁业、金属冶炼和处理业，化学原料、易燃易爆易腐蚀品的制造业，易燃易爆品运输业，海上、港口作业，航空执勤人员（含飞行驾驶员及空勤人员），建筑业，铁路铺设、高空作业、高楼外部烟囱清洁工人、室外安装装潢人员，装卸工人，海水浴场，特种营业（如舞厅），森林砍伐业工人，武打、特技、杂技、演员、驯兽人员，从事散打拳击等创伤性竞技运动员、战地记者、电力、高压电工程设施、管道架设工人，潜水人员，爆破人员，炸药业、烟花爆竹业工人。

十五、 等待期：指自本附加险合同生效日起计算的一段时间，具体天数由保险人和投保

人在投保时约定并在保险单上载明。在等待期内发生因意外伤害之外的其他原因导致的保险事故的，保险人不承担给付保险金的责任。在等待期内发生意外伤害导致的保险事故的，保险人依保险合同承担给付保险金的责任。

十六、 疾病：是指本附加险合同生效之日起，经等待期（续保不受此限）后被保险人所患疾病或症状，但不包括本附加险合同生效前、等待期内已接受或曾被专科医生建议需采取诊疗措施的任何疾病或症状。

十七、 既往症：指在本附加险合同生效前罹患的被保险人已知或应该知道的有关疾病或症状。通常有以下情况：

- （一）本附加险合同生效前，专科医生已有明确诊断，长期治疗未间断；
- （二）本附加险合同生效前，专科医生已有明确诊断，治疗后症状未完全消失，有间断用药情况；
- （三）本附加险合同生效前，未经专科医生诊断和治疗，但症状或体征明显且持续存在，以普通人医学常识应当知晓。

十八、 社会医疗保险：本附加险合同所称的社会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、医疗救助、少儿医保等政府举办的基本医疗保障项目。

十九、 未到期保险费：

未到期保险费=保险费×[1-(保险单已生效天数/保险期间天数)]。经过天数不足一天的按一天计算。

本附加险合同的未解释名词，均以主险的名词解释为准。