

华泰财产保险有限公司

附加重大疾病住院医疗费用及住院津贴保险条款

第一条 本附加保险条款（以下简称“本附加条款”）须附加于华泰财产保险有限公司重大疾病保险条款使用。凡涉及本附加条款的约定，均应采用书面形式。

若主险条款与本附加条款互有冲突，则以本附加条款为准。本附加条款未尽事宜，以主险条款为准。

第二条 除另有约定外，本附加条款的保险金受益人为被保险人本人。

第三条 在本附加条款保险期间内，保险人承担下列保险责任：

（一）住院医疗费用保险金

在本保险合同期间内，被保险人初次罹患主险合同约定的重大疾病，经认可的医疗机构诊断必须住院治疗的，保险人就被保险人每次因治疗该重大疾病住院支出的合理且必要的实际医疗费用，在本保险合同约定的保险金额内，对超过免赔额的部分按约定的赔付比例向被保险人给付住院医疗费用保险金。具体的免赔额、给付比例在保险合同中载明。

被保险人在保险期间内发生重大疾病并因此而住院治疗，对于延续至本保险合同保险期限届满日后 30 日内（包含第 30 日）的住院治疗，保险人按本附加条款的约定承担给付住院医疗费用保险金的责任。

当被保险人住院治疗跨两个保险年度时，保险人以该被保险人的重大疾病确诊日所在保单年度对应的保险合同约定的保险金额为限给付住院医疗费用保险金。

保险人在本保险合同项下对每一被保险人所负的给付住院医疗费用保险金的责任以保险合同上所载的每一被保险人对应的住院医疗费用保险金额为限，一次或累计给付保险金额达到保险合同约定的该被保险人对应的住院医疗费用保险金额时，保险人对该被保险人在本附加条款下的保险责任终止。

若被保险人可以或已经从其他渠道（包括但不限于社会医疗保险、公费医疗保障、工作单位、社会福利机构、其他任何商业保险机构、组织或个人等渠道）获得补偿，则保险人仅对剩余未获得补偿的且符合当地社会医疗保险支付范围的医疗费用扣除约定的免赔额后按本保险合同约定的比例给付住院医疗费用保险金。

（二）住院津贴保险金

在本保险合同期间内，被保险人初次罹患主险合同约定的重大疾病，经认可的医疗机构诊断必须住院治疗的，保险人就每次住院按照本保险合同列明的每日住院津贴金额乘以每次实际住院天数向被保险人给付住院津贴保险金。

每次住院津贴保险金的给付天数不超过三十天，在保险期间内向同一被保险人累计给付天数以九十天为限，保险人一次或累计支付保险金达到被保险人对应的保险金额时，对该被保险人的保险责任终止。

第四条 因下列情形之一，直接或间接导致被保险人支出医疗费用的，保险人不承担给付保险金责任：

(一)本条款生效前罹患的疾病的治疗和康复;或保险期间起始之日起计九十日内罹患疾病(续保者不受九十日规定限制);

(二)被保险人未遵医嘱,私自服用、涂用、注射药物引起不良反应所导致的住院;

(三)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,以及由此引发的并发症;

(四)被保险人流产、堕胎、分娩、不孕症、避孕或绝育手术、变性手术、人体试验和人工生殖导致的伤害,及由此而引起的并发症;

(五)被保险人患艾滋病(AIDS)或感染艾滋病病毒(HIV呈阳性)期间;

(六)被保险人健康护理(含体检、健康体检、疗养、特别护理或静养)等非治疗性的行为及无客观病征证明其不健康及以捐献身体器官为目的的医疗行为;

(七)其他与主险条款承保的重大疾病无关疾病的治疗;

(八)主险约定的责任免除事项直接或间接导致的住院。

第五条 下列费用,保险人不承担给付保险金责任:

(一)保险单签发地社会医疗保险或其他公费医疗管理部门规定的自费项目和药品费用;

(二) 营养费、护理费、交通费、伙食费、误工费;

(三) 被保险人在非保险人指定或认可的医疗机构治疗发生的医疗费用。

第六条 除本保险合同另有约定外,本附加条款的保险期间同主险合同的保险期间一致。

第七条 投保人、被保险人或受益人应于被保险人入院之日起五日内或经保险人书面同意延长的期限内将被保险人罹患重大疾病并经诊断必须住院治疗的情况书面通知保险人。

被保险人应在保险人认可的医疗机构就诊。若确需转入非保险人认可的医疗机构就诊的,应向保险人提出书面申请,保险人在接到申请后三日内给予答复,对于保险人同意在非认可的医疗机构就诊的,对被保险人在非认可的医疗机构发生的住院医疗费用按本条款规定给付保险金。

第八条 保险金的申请

(一) 住院医疗费用及住院津贴保险金的申请

由保险金申请人填写保险金给付申请书,并凭下列证明文件、资料原件向保险人申请给付保险金:

1. 保险单、其它保险凭证正本;

2. 被保险人户籍证明或身份证明;

3. 保险人认可的医疗机构出具的入出院证明和认可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、住院证明正本;

4. 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) 如被保险人委托他人申领保险金, 还须提供授权委托书及受托人的身份证明和资料。

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

第九条 以下任何一种情况发生时, 本附加条款效力自动终止:

- (一) 投保人解除本附加条款;
- (二) 主险合同解除、终止效力或期满;
- (三) 本附加条款因其他条款或合同所列情况而终止。

主险合同无效, 本附加条款亦自始无效。

第十条 释义

1、认可的医疗机构

在中国境内(不包括香港、澳门、台湾)是指经中华人民共和国卫生部门评审确定的医疗保险定点医疗机构或投保人与保险人协商共同指定的医院或医疗机构。

在中国境外(包括港、澳、台)是指保险人认可的根据所在国家(地区)法律规定合法成立、运营并符合以下标准的医疗机构:

- 1) 主要运营目的是以住院病人形式提供接待患病、受伤的人并为其提供医疗护理和治疗,
- 2) 在一名或若干医生的指导下为病人治疗, 其中最少有一名合法执业资格的驻院医生驻诊,
- 3) 维持足够妥善的设备为病人提供医学诊断和治疗, 并于机构内或由其管理的其他地方提供进行各种手术的设备,
- 4) 有合法执业的护士提供和指导二十四小时的全职护理服务。

本附加条款中所指医院不包括以下或类似的医疗机构:

- 1) **精神病院;**
- 2) **老人院、疗养院、戒毒中心和戒酒中心;**
- 3) **健康中心或天然治疗所、疗养或康复院。**

2、住院

指被保险人因意外伤害或罹患疾病, 经医生根据临床诊断, 必须入住医院之正式病房进行治疗, 正式办理入院手续且连续住院十二小时以上, **但不包括入住门诊观察室、家庭病床、其它挂床住院及不合理的住院**。如被保险人因非医疗目的自行离开病房十二小时(含)以上, 视为自动出院。

挂床住院指被保险人住院过程中一日内未接受与入院诊断相关的检查和治疗, 或一日内住院不满二十四小时, 遵医嘱到外院接受临时诊疗的除外。

3、每次住院

指被保险人因主险约定的重大疾病住院治疗, 自入院日起至出院日止之期间(含入院

日，不含出院日)；但若因同一原因再次住院，且前次出院与下次入院之间间隔未超过 30 日，视为同一次住院。

4、实际医疗费用

在中华人民共和国境内治疗的，指符合保险单签发地政府基本医疗保险报销范围的、合理且必要的医疗费用。

在中华人民共和国境外治疗的，指从医疗角度考虑使被保险人得到医生的诊治所必需的治疗、医药用品和医疗服务的正常费用；且不超过被保险人治疗所在国家或地区类似医疗服务的通常水平；且不超过未投保本附加条款情况下应支付的医疗费用。

5、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。

6、医生

指除被保险人或其直系亲属以外的，依据其执业国家之法律，正式注册且有行医资格，并在其行医资格范围内行医之医生。