

华泰财险附加急性病医疗费用保险（互联网专属）条款

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”）须附加于保险人意外伤害保险或健康保险主保险合同（以下简称“主险合同”）使用。

第二条 保险责任

在保险期间内，被保险人因本附加险合同列明的突发特定急性病到保险人指定的医疗机构进行急救，对于被保险人因此所实际支出的必要且合理的医疗费用，保险人按照本附加险合同的约定负责赔偿。赔偿范围约定如下：

（一）如突发特定急性病发生在境外，则赔偿范围包括：保险人指定的医疗机构因突发特定急性病对被保险人开始实施急救治疗之日起九十日内（含第九十日）进行治疗所发生的、符合本附加险合同约定的且被保险人实际支出的必要且合理的医疗费用，包括医生诊断费、手术费、床位费、药费（仅限于医生处方所指定的药品）、检查化验费、护理费、材料器械费、救护车费用。

（二）如突发特定急性病发生在境内，则赔偿范围包括：保险人指定的医疗机构因突发特定急性病对被保险人开始进行急救治疗之日起九十日内（含第九十日）所发生的、符合本附加险合同约定的且被保险人实际支出的必要且合理的且符合保险人指定的医疗机构所在地当地的社会医疗保险主管部门规定的社会医疗保险报销范围内的医疗费用。

1. 若被保险人以未参加社会医疗保险身份投保，且未从社会医疗保险、公费医疗、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条款的约定给付医疗保险金：

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

2. 若被保险人以参加社会医疗保险身份投保，且已从社会医疗保险、公费医疗、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医疗保险金：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-已获得的医疗费用补偿-免赔额）×赔付比例

该赔付比例应高于前述未从社会医疗保险等途径获得补偿时的赔付比例。

（三）若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或结算金额为0的；或被保险人在境外突发特定急性病且在境外发生的必要且合理的医疗费用，保险人按照如下公式根据本附加险合同的约定给付保险金：

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-已获得的医疗费用补偿-免赔额）×赔付比例

免赔额及赔付比例在保险单中载明。保险人在本附加险合同项下向同一被保险人累计给付的医疗保险金数额之和以本附加险合同约定的该被保险人对应的保险金额为限。

第三条 可选保险责任

投保人可以通过在投保单中另行填写其他类型急性病的方式增加突发特定急性病的范围，经保险人审核通过并收取全部保费后，保险人将根据增加后的突发特定急性病范围按本附加险合同的约定进行赔偿。投保人增加突发特定急性病范围的，保险人将另行收取相应保险费。

投保人可以在投保单中增加如下类型的急性病，以增加突发特定急性病的范围：

- (一) 流行疫病或大规模流行疫病。
- (二) 投保人和保险人在保险合同中另行约定并在保险合同上载明的其他突发特定急性病。

第四条 出现下列情形之一时，保险人不承担赔偿责任：

- (一) 被保险人先天性疾病、遗传性疾病、先天性畸形或缺陷的治疗和康复所产生的费用；
- (二) 被保险人在投保前已患上的疾病、精神病、精神分裂症、心理疾病、性病的治疗和康复所产生的费用；
- (三) 被保险人在境外确诊患有突发特定急性病，但未在当地经过医生诊断，而在回原出发地后进行的任何门急诊及住院治疗所发生的费用（若因在境外感染该流行疫病，但尚处于潜伏期，未在境外发病就医，返回原发地后才发病经原发地的医院诊断明确而接受治疗的发生的合理必要的费用除外）；
- (四) 被保险人突发特定急性病或流行疫病，经过当地医生诊断，但在回原出发地后进行的与本次突发特定急性病或流行疫病没有直接关系的门急诊及住院治疗所发生的费用（若因在境外确诊患有突发特定急性病或流行疫病，已在当地经过医生诊断，而在回原出发地后针对该病情进行的门急诊及住院治疗所发生的合理必要的费用除外）。

第五条 因下列原因之一导致被保险人支出医疗费用的，保险人不承担赔偿责任：

- (一) 被保险人康复性治疗、物理治疗、安胎及分娩（包括剖腹产、流产及引产）等所产生的费用；
- (二) 因脊椎间盘突出症或错位、避孕或绝育手术、扁桃腺、腺样体、疝气、女性生殖器官疾病、药物过敏的治疗费用或上述疾病导致的手术所产生的医疗费用；
- (三) 被保险人美容、整形、矫形术、非必须紧急性治疗的手术、心理咨询及角膜屈光成形手术所产生的费用；
- (四) 被保险人健康护理（含健康体检、疗养、特别护理或静养）等非治疗性的行为及无客观病症证明其不健康及以捐献身体器官为目的的医疗行为所产生的费用；
- (五) 被保险人移植人工器官、验光、洗牙、洁齿、牙齿治疗或手术及镶补所产生的费用，但因突发特定急性病引起的一般牙齿治疗或手术除外；

第六条 下列损失、费用和责任，保险人不承担赔偿责任：

- (一) 被保险人家属或非医院的护理人员护理（陪住）费、取暖费、伙食费、误工费、装配假眼、假牙、假肢、用于矫形、整容、安装残疾用具、聘用特别看护或私家看护等需要自付的费用；
- (二) 根据被保险人的主治医生或救援机构的意见，可以被合理延迟至被保险人返回其原出发地后进行，而被保险人坚持在当地进行治疗或手术所产生的费用；
- (三) 任何因当地急救组织或第三方提供服务而被保险人不需负责给付的费用或任何已包含在旅行收费中的费用；
- (四) 到达保险人指定的医疗机构前，任何被保险人未经保险人同意擅自使用或自助选择救助服务所发生的费用；
- (五) 无当地医疗机构出具原始发票或收据及医疗证明的费用；
- (六) 中国境内治疗地社会医疗保险支付范围之外的药品、检查、治疗、材料等费用。

第七条 主险合同约定的责任免除事项导致的医疗费用，保险人不承担赔偿责任。

第八条 垫付医疗费服务

当被保险人突发特定急性病时（全球范围内），被保险人或其同伴通知保险人委托的救援机构或其授权代表（以下简称“救援机构”）提供医疗服务咨询或安排住院时，在保险人明确书面授权的前提下，对于经救援机构安排被保险人在住院期间需要缴纳的医疗费，救

援机构可以在本附加险合同约定的该被保险人对应的保险金额范围内负责为被保险人住院期间医疗费用进行垫付。

第九条 保险金额和保险费

保险金额是保险人承担给付保险金责任的最高限额。保险人和投保人也可以在本附加险合同项下约定免赔额及赔付比例等限制条件。保险金额、免赔额及赔付比例等由投保人、保险人双方协商约定，并在保险单中载明。投保人应该按照本附加险合同的约定向保险人交纳保险费。

当被保险人选择通过救援机构在保险金额内垫付医疗费用的方式时，则保险金由保险人直接支付给救援机构，此方式下保险人不接受任何非通过救援机构的索赔。若实际医疗费用超过本附加险合同约定的该被保险人对应的保险金额，则超出部分的费用由被保险人自行与救援机构结算。

第十条 保险期间

除另有约定外，本附加险合同的保险期间同主险合同一致。

第十一条 保险金申请

（一）由被保险人作为索赔申请人填写索赔申请书，并提供下列证明文件、资料向保险人申请索赔：

1. 保险单或保险凭证正本；
2. 被保险人、索赔申请人有效身份证明；
3. 医院出具的附有病理检查、化验检查及其他医疗仪器检查报告的医疗诊断证明、病历及医疗、医药费原始单据、出院小结原件；
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）以上资料和证明是保险索赔的重要依据，如索赔申请人未能及时提供有关资料和证明，导致保险人无法核实单证的真实性及其记载的内容的，保险人对无法核实部分不负赔偿责任。

（三）所有本附加险合同的损失计算和保险金支付在涉及外国货币时，均折合人民币计算，并以人民币赔偿。有关汇率以保险事故发生后被保险人进行医疗急救的首日的中国银行挂牌外汇中间价为准。

（四）若被保险人的损失已从其他途径或其他保险公司获得赔偿的，保险人可根据有关单位或保险公司出具的相关单证或给付保险金证明，在按照本附加险合同赔偿保险金时，相应扣减被保险人已从其他途径或其他保险公司获得的赔偿金。

（五）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返还原始单据，保险人在加盖印章并注明已赔付金额后返还原始单据。

（六）若索赔申请人委托他人申请的，还应提供授权委托书原件、委托人和受托人的有效身份证明等相关证明文件。

第十二条 附加险合同效力终止

本附加险合同所附属的主险合同效力终止，本附加险合同效力即行终止。主险合同无效，本附加险合同亦无效。

第十三条 其他

本附加险合同与主险合同不一致之处，以本附加险合同为准；本附加险合同未尽之处，

以主险合同为准。

释义

1. 突发特定急性病：

指被保险人在本附加险合同约定的保险期间内，首次确诊患有下列明确列明的突发特定急性病或出现的相关症状，该疾病系突然发生且如不立即治疗就会危及被保险人性命，但不包括本附加险合同生效前被保险人已患有的任何疾病（包括任何慢性疾病）。突发特定急性病列明如下：脑出血、蛛网膜下腔出血、急性心肌梗死、急性十二指肠穿孔、急性胃穿孔、急性胃扩张、急性阑尾炎、急性胰腺炎、急性食物中毒、急性脑膜炎、中暑（热射病）、急性腹膜炎、急性胆管炎、急性胆囊炎。

急性食物中毒：是指患者所进食物被细菌或细菌毒素污染，或食物含有毒素而引起的急性中毒性疾病。

中暑（热射病）：是指在高温和热辐射的长时间作用下，机体体温调节功能失调，体内热量过度积蓄，从而引发水、电解质代谢紊乱及神经系统功能损害的症状的总称。热射病是一种致命性急症，以高温和意识障碍为特征。该病通常发生在夏季高温同时伴有高湿的天气。

2. 必要且合理的医疗费用：

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：

- （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）由专科医生开具的处方药；
- （4）非试验性的、非研究性的项目；
- （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。

3. 流行疫病或大规模流行疫病：霍乱、鼠疫、流行性出血热、狂犬病、黑热病、疟疾、登革热、乙脑、流脑、血吸虫病、埃波拉病毒感染、传染性非典型性肺炎。

4. 保险人指定的医疗机构：

在中国境内（不包括香港、澳门、台湾地区）是指经中华人民共和国境内（不包括香港、澳门、台湾地区）卫生部门审核认定的二级或以上的综合性或专科医疗机构或保险人认可的医疗机构，且仅限于上述医疗机构的普通部。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。

在中国境外（包括香港、澳门、台湾地区）是指保险人认可的，根据所在国家或者地区法律合法成立、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、伤者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。

本附加险合同中所指医疗机构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；

(2) 诊所、康复中心、家庭病床、护理机构；

(3) 休养、戒酒、戒毒中心；

(4) 精神病院、精神心理治疗中心、老人院、疗养院、健康中心。

5. 先天性疾病：

指被保险人一出生就具有的疾病。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。

6. 原出发地：

若被保险人前往的目的地为中国境内（不包括香港、澳门及台湾地区），则原出发地指被保险人在中国境内的日常居住地；若被保险人前往的目的地为中国境外（包括香港、澳门及台湾地区），则原出发地指中国境内。

7. 社会医疗保险：包括城镇职工社会医疗保险、城镇居民社会医疗保险、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。

8. 公费医疗：指国家为保障国家工作人员而实行的、通过医疗卫生部门按规定向享受人员提供免费医疗及预防服务的一项社保制度。