

华泰财险附加特需医疗费用保险条款

附加保险合同订立

第一条 附加保险合同订立

本附加保险条款（以下简称“本附加条款”）须附加于保险合同列明的医疗险主险条款（以下简称“主险合同”）使用。凡涉及本附加条款的约定，均采用书面形式。涉及本附加条款项下的保险责任，主险合同与本附加条款相抵触之处，以本附加条款为准；本附加条款未约定事项，以主险合同为准。主险合同效力终止，本附加条款效力亦同时终止；主险合同无效，本附加条款亦无效。

保险责任

第二条 保险责任

在本附加条款约定的保险期间内，被保险人发生主险合同指定保险责任范围内的事故，并经主险合同约定的指定医疗机构具有合法资质的专科医生诊断后，被保险人在**特需医疗机构**接受治疗而发生的、需被保险人个人支付的、**必需且合理**的医疗费用，保险人按照本附加条款的约定承担给付特需医疗费用保险金的责任。

对于上述**特需医疗机构**的医疗费用，保险人在扣除被保险人已从其他途径获得的医疗费用补偿以及约定的免赔额后，依照约定的给付比例进行赔付。保险人在本保险合同项下对于以上特需医疗费用的一次和累计给付金额均以本附加条款约定的特需医疗费用保险金额为限，当累计给付金额之和达到特需医疗费用保险金额时，本附加条款的保险责任终止。

特需医疗费用保险金的保险金额、各项限额、给付比例、免赔额等均可单独约定，具体由投保人和保险人在投保时协商确定，并在保险单中载明。

责任免除

第三条 因下列情形或原因之一，直接或间接导致被保险人发生特需医疗费用的，保险人不承担赔付保险金的责任：

（一）被保险人在非本附加条款定义的特需医疗机构就诊发生的费用；

（二）主险合同列明的责任免除事项（但主险合同责任免除事项约定“被保险人在我们指定医疗机构外产生的任何费用”不包括被保险人在本附加合同约定的特需医疗机构产生的属于本附加合同约定的保险责任范围内的费用）。

若由于本附加条款中责任免除情形导致被保险人身故的，保险人对该被保险人在本附加条款项下的保险责任终止，除法律规定不退还保险费的情形外，保险人退还相应的未到期保险费。

费用补偿原则

第四条 费用补偿原则

本附加条款适用医疗费用补偿原则。医疗费用补偿是指，具备社会医疗保险、公费医疗、其他费用补偿型医疗保险等的被保险人，若已从其他途径（包括但不限于社会医疗保险、公费医疗、工作单位、保险人在内的任何商业保险机构，以及依法承担侵权损害赔偿责任的第三人等）获得医疗费用补偿，则保险人仅对扣除医疗费用补偿后的余额按照本附加条款的约定进行赔付；不具备社会医疗保险、公费医疗、其他费用补偿型医疗保险等、未从其他途径获得医疗费用补偿的被保险人，保险人对上述第二条保险责任中的医疗费用按照本附加条款的约定进行赔付。

保险金申请与给付

第五条 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，应提供如下材料：

1. 保险金给付申请书；
2. 保险合同；
3. 被保险人及申请人的有效身份证件；
4. 支持索赔的全部账单、证明、信息和证据，包括但不限于医疗机构出具的病历资料、医学诊断书、处方、病理检查、化验检查报告、医疗费用发票原件、费用明细清单等；
5. 保险人所要求提供的其他与确认保险事故的性质、原因、损失程度等有关的其他证明和资料；
6. 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；
7. 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；
8. 被保险人继承人作为保险金申请人索赔时，需提供继承关系证明。

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。

在保险人的理赔审核过程中，基于理赔的需要，保险人有权在合理的范围内对索赔的被保险人进行医疗检查。此类检查费用由保险人承担。

本附加条款效力终止

第六条 以下任何一种情况发生时，本附加条款效力终止：

- (一) 投保人解除本附加条款；
- (二) 主险合同解除、效力终止或期满；
- (三) 法律法规规定或保险合同约定的其他情形。

释义

第七条 释义

本附加条款涉及下列术语时，适用下列释义：

一、**特需医疗机构**：指经中华人民共和国卫生部门审核认定的二级及二级以上公立医院或保险人认可的医疗机构的特需医疗部、国际部或VIP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。但上述医疗机构不包括观察室、联合病房和康复病房。

部分医疗机构虽符合上述定义，但保险人仍有权以列明清单的方式予以除外，不作为特需医疗机构，具体除外名单以保险单中载明的为准。保险期间内保险人调整除外名单的，以保险人在官方正式渠道（包括但不限于官网、官微）公布或通知的名单为准。

二、必需且合理的：

指需同时符合以下两项标准：

(一) 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。

（二）医学必需：指医疗费用符合下列所有条件：

- ①治疗意外伤害或者疾病所必需的项目；
- 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。

对是否医学必需由保险人根据客观、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。