

## 中国大地财产保险股份有限公司 附加团体突发急性病医疗保险条款

【注册编号：C00001032522022022212681】

### 总 则

**第一条** 本保险是团体意外伤害保险（以下简称“主险”）的附加险。在投保了主险的基础上，方可投保本附加险。

凡主险合同内容与本附加险合同相关的部分以及本附加险条款，均为本附加险合同的构成部分。

本附加险条款未尽事宜，以主险条款为准；若本附加险条款与主险条款内容冲突，以本附加险条款为准。

主险合同终止的，本附加险合同同时终止；主险合同无效的，本附加险合同亦无效。

**第二条** 本附加险合同的投保人、被保险人同主险合同。

**第三条** 除本附加险合同另有约定外，本附加险合同的保险金受益人（以下简称“受益人”）为被保险人本人。

### 保险责任

**第四条** 在保险期间内，被保险人经过等待期（免除等待期的不在此限）后突发急性病，在定点医疗机构（以下简称“医疗机构”）接受治疗的，由此发生的符合当地社会基本医疗保险规定的支/给付范围和标准的（被保险人在境外的，经投保人与保险人约定并在本附加险合同上载明，境外治疗不在此限）、医学必要的医疗费用（以下简称“每次事故合理医疗费用”），保险人按“（每次事故合理医疗费用-次免赔额）×给付比例”给付突发急性病医疗保险金。

保险期间届满时该被保险人住院治疗仍未结束的，对其自保险期间届满次日起至该被保险人该次住院出院之时或者对应突发急性病发生之日起第一百八十日二十四时（以先发生者为准）期间接受的住院治疗，保险人继续承担突发急性病医疗保险责任；保险期间届满时该被保险人门诊治疗仍未结束的，对其自保险期间届满次日起十五日内接受的门诊治疗，保险人继续承担突发急性病医疗保险责任。

保险人根据本附加险合同针对每一被保险人给付的突发急性病医疗保险金累计以其突发急性病医疗保险金额为上限，当达到该限额时，本附加险合同约定的对该被保险人的突发急性病医疗保险责任终止。

### 责任免除

**第五条** 对被保险人发生的下列任何费用，保险人不承担给付保险金的责任：

（一）因主险合同中列明的责任免除事项而发生的医疗费

用，或者与主险合同中列明的责任免除事项相关的医疗费用；

（二）等待期内发生的医疗费用，以及等待期后发生的、与该被保险人等待期内所患疾病相关的医疗费用（免除等待期的不在此限）；

（三）治疗既往症发生的费用，但本附加险合同另有约定的不在此限；

（四）矫形、洗牙、洁齿、整容、美容、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、安装或者购买残疾用具（包括但不限于特别支架、器材、轮椅、拐杖、义肢、助听器、义牙、义眼、配镜）费用，与购置移植器官、捐献器官、保存和运输器官相关费用，体外医疗装置或者器材费用，试验性治疗费用；

（五）治疗精神和行为障碍（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-11)》界定的为准），先天性疾病，先天性畸形、变形和染色体异常，遗传性疾病，性传播疾病，感染艾滋病病毒或患有艾滋病期间发生的费用；

（六）非因医疗机构在技术、设备等方面不具备正常治疗条件而转往其他医疗机构治疗发生的不必要的转院治疗费用，但提供转出医院同意转院证明的除外。

### 保险金额、次免赔额、给付比例和保险费

**第六条** 每一被保险人的突发急性病医疗保险金额由投保人与保险人约定，并在本附加险合同中载明。

**第七条** 每一被保险人的突发急性病医疗保险责任的次免赔额和给付比例由投保人与保险人约定，并在本附加险合同中载明。本附加险合同中未载明的，突发急性病医疗次免赔额为100元，给付比例为80%。

**第八条** 保险费由保险人在承保时计算确定。

### 保险期间和等待期

**第九条** 保险期间最长为一年，具体起讫时间与主险合同一致，并在本附加险合同中载明。

**第十条** 等待期由投保人与保险人约定，并在本附加险合同中载明；未在本附加险合同中载明的，则为零日。同时满足以下三个条件的，免除等待期：

（一）非首次投保本保险；

（二）投保人在上一个保险期间届满前重新向保险人投保本保险；

（三）本附加险合同的保险期间与上一个保险合同的保险

期间之间连续不间断。

### 不保证续保

**第十一条** 本附加险合同为不保证续保合同。保险期间届满前，投保人可重新向保险人投保本附加险，经保险人同意，交纳保险费，获得新的保险合同，但本附加险不保证续保。

### 保险金的申请与给付

**第十二条** 保险金申请人向保险人申请给付保险金时，应当以书面形式提交下列证明和资料：

- (一) 保险金给付申请书；
- (二) 保险单或者其他保险凭证、批单；
- (三) 保险金申请人的身份证明，若保险金申请人系受托申请，还应当提供授权委托书和授权委托人的身份证明；
- (四) 保险人认可的机构（包括公安机关）出具的事实证明；
- (五) 医疗机构出具的医疗费用原始收据及明细、诊断证明、病历、出院证明；
- (六) 投保人、被保险人或者受益人所能提供的与确认事故的性质、原因或者损失程度等有关的其他证明和资料。

保险金申请人未能提供有关证明和资料，导致保险人无法核实事故的性质、原因或者损失程度的，保险人对无法核实部分不承担给付保险金的责任。

**第十三条** 对被保险人每次突发急性病而接受治疗发生的医疗费用，保险人针对其给付的医疗保险金以该次事故合理医疗费用扣除被保险人已从社会基本医疗保险、公费医疗、互助保险、除本保险外的其他商业保险、公益慈善机构等获得的补偿后的余额为上限。

**第十四条** 收到保险事故发生的通知或信息的，保险人有权对投保人、被保险人、受益人和有关医疗机构等进行调查和检查，投保人、被保险人、受益人等应当尽量予以配合。

**第十五条** 保险金申请人向保险人请求给付保险金的诉讼时效期间为二年，自其知道或者应当知道保险事故发生之日起计算。

### 释 义

**突发急性病：**指保险责任生效前被保险人未曾接受治疗或者诊断、在保险期间内突然发作的疾病，如果不在二十四小时内接受治疗会导致死亡或者身体机能严重损害。

**等待期：**指自保险合同生效之日起连续计算的一段期间，在等待期内发生保险事故的，保险人不承担给付保险金的责任。

**社会基本医疗保险：**指包括职工基本医疗保险、城乡居民基本医疗保险、城镇居民基本医疗保险、新型农村合作医疗等

政府举办的基本医疗保障项目。在计算每次意外合理医疗费用时，社会基本医疗保险以被保险人实际参加的类型为准；被保险人未参加社会基本医疗保险的，以职工基本医疗保险为准。

**定点医院机构：**指通过劳动保障行政部门资格审定，并经医疗保险经办机构确定，为基本医疗保险的参保人员提供医疗服务的医疗机构。

**境外：**指除中华人民共和国境内（不包括港澳台地区）以外的国家和地区。

**住院：**指入住医疗机构的正式病房接受全日24小时监护治疗，并办理入院手续，不包括门（急）诊观察室诊疗、家庭病床、挂床住院、其他非正式的病床住院及不合理住院。被保险人因非医疗目的自行离开病房十二小时以上（含）的，视为自动出院。

**挂床：**指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者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不在此限。

**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。通常有以下情况：

- (一) 本附加险合同生效前，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，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。

**先天性疾病：**指被保险人一出生时就具有的疾病（病症或体征）。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，或因母亲怀孕期间受到内外环境的作用，使胎儿局部体细胞发育不正常，导致婴儿出生时有关器官、系统在形态或功能上呈现异常。

**先天性畸形、变形和染色体异常：**指出生时就具有的畸形、变形或者染色体异常。先天性畸形、变形和染色体异常确定依照世界卫生组织《疾病和有关健康问题的国际分类》（ICD-11）确定。先天性畸形、变形和染色体异常可能来自于父母遗传，或者因胎儿在子宫内时受到伤害或者感染，或者因胎儿在出生时发生异常或者受到伤害。