

中国大地财产保险股份有限公司
献血人员团体意外伤害保险附加住院医疗和献血反应
门急诊医疗保险条款

【注册编号：C00001032522022110113201】

总则

第一条 本保险是献血人员团体意外伤害类保险（以下简称“主险”）的附加险。在投保了主险的基础上，才可投保本附加险。

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保险条款，均为本附加险合同的构成部分。

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

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，保险金受益人为被保险人本人。

保险责任

第四条 本附加险分设有住院医疗保险责任、住院津贴保险责任和献血后反应门急诊医疗保险责任，供投保人选择投保。

第五条 住院医疗保险责任

在保险期间内，被保险人每次因遭受意外伤害（以下简称“意外”）或者经过等待期后（免除等待期的不在此限）患疾病，在定点医疗机构接受住院治疗的，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、医学必需且合理的住院医疗费用（以下简称“每次合理住院医疗费用”），保险人按照“（每次合理住院医疗费用 - 次免赔额）× 付比例”给付住院医疗保险金。

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次住院出院之时或者对应意外发生之日起第一百八十日二十四时（以先发生者为准）止期间接受的住院治疗，保险人继续承担保险责任。

保险人根据本附加险合同针对每一被保险人给付的住院医疗保险金累计以其住院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住院医疗保险责任终止。

第六条 住院津贴保险责任

在保险期间内，被保险人因遭受意外或者经过等待期

后（免除等待期的不在此限）患疾病，在定点医疗机构接受住院治疗的，保险人按照“该被保险人的住院日津贴金额 ×（每次实际住院日数 - 免赔日数）”计算给付住院津贴保险金。

保险期间届满时该被保险人住院治疗仍未结束的，保险人继续承担住院津贴保险责任至其当次住院出院之时，但不超出本附加险合同约定的该被保险人的最高给付日数。

保险人根据本附加险合同针对每一被保险人给付的住院津贴保险金累计以其住院津贴保险金额为上限，当达到该限额时，本附加险合同约定的对该被保险人的住院津贴保险责任终止。

第七条 献血后反应门急诊医疗保险责任

在保险期间内，被保险人遭受意外或者无偿献血后七日内（本附加险合同另有约定的不在此限）因献血导致头昏、眩晕、静脉穿刺部位局部感染、皮下血肿、前臂紫癜等与献血有明确关联的疾病，在当地定点医疗机构接受门急诊治疗的，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、医学必需且合理的门急诊医疗费用（以下简称“每次合理门急诊医疗费用”），保险人按照“（每次合理住院医疗费用 - 次免赔额）× 给付比例”给付献血后反应门急诊医疗保险金。

保险期间届满时该被保险人门急诊治疗仍未结束的，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献血后反应门急诊医疗保险金累计以其献血后反应门急诊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献血后反应门急诊医疗保险责任终止。

责任免除

第八条 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）洗牙、洁齿、牙齿美白、正畸、烤瓷牙、种植

牙或镶牙等牙齿保健和修复以及非意外导致的牙科治疗费用；

(三) 矫形、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；

(四) 治疗既往症及其并发症相关的医疗费用；

(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），先天性畸形、变形和染色体异常，遗传性疾病，性传播疾病发生的费用；

(六) 非因定点医疗机构在技术、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。

保险金额和保险费

第九条 每一被保险人的住院医疗保险金额和献血后反应门诊急诊医疗保险金额由投保人与保险人约定，住院津贴保险金额为住院日津贴金额和最高给付日数的乘积，并在本附加险合同中载明。

第十条 保险费由保险人在承保时计算确定。

免赔额和给付比例

第十一条 每一被保险人的住院医疗保险责任的次免赔额、给付比例和献血后反应门诊急诊医疗保险责任的次免赔额、给付比例由投保人与保险人分别约定，并在本附加险合同中载明。本附加险合同中未载明的，每一被保险人住院医疗保险责任和献血后反应门诊急诊医疗保险责任的次免赔额均为 100 元，给付比例均为 80%。

住院日津贴金额、最高给付日数和免赔日数

第十二条 每一被保险人的住院日津贴金额由投保人与保险人约定，并在本附加险合同中载明。

第十三条 每一被保险人的最高给付日数和免赔日数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，最高给付日数为一百八十日，免赔日数为三日。

保险期间和等待期

第十四条 保险期间最长不超过一年，具体起迄时间与

主险一致。

第十五条 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，则为三十日。同时满足以下三个条件的，免除等待期，但非首次投保本保险的保险期间内新增的被保险人不免除等待期：

(一) 非首次投保本附加险；

(二) 投保人在上一个保险期间届满重新向保险人投保本附加险；

(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

第十六条 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

第十七条 保险金申请人向保险人请求给付保险金时，应当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) 无偿献血证明、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) 就诊所在的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；

(五) 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、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、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。

第十八条 本附加险为费用补偿型医疗保险。保险人给付的保险金，以被保险人发生的该次合理医疗费用扣除其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金额后的余额为上限。住院津贴保险责任不受此限。

第十九条 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。

第二十条 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

等待期：指保险期间起始之日或者保险人开始对被保险人承担保险责任之日（以较晚者为准）起连续计算的一段时间。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。本附加险合同项下中途新增被保险人的，该被保险人的等待期指批单记载的该被保险人保险期间起始之日起连续计算的一段时间。

定点医院：指在中华人民共和国境内（不包括港澳台地区），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。

医疗机构：指拥有合法经营执照，设立的主要目的为向受伤者和患病者提供住院治疗和护理服务，具有符合所在地有关医院管理规则设置标准的医疗设施，有合格的医生和护士提供全日二十四小时的医疗和护理服务的机构，但不包括康复医院、诊所、养老院以及主要为护理、疗养、戒酒、戒毒或类似目的提供服务的医疗机构。

当地：除本附加险合同另有约定外，指签发本附加险合同的保险人分支机构所在地。

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

必需且合理：指医疗费用同时满足以下条件：

（一）符合通常惯例：指医疗费用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。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，可由被保险人和保险人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. 与接受治疗当地普通接受的医疗专业实践标准一致的项目。

住院：指入住定点医疗机构的正式病房接受全日 24 小时监护治疗，并办理入出院手续，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。

每次实际住院日数：指自入院日至当次住院出院日间经过日数（不含出院当日），不包括被保险人在住院治疗期间有擅自离院情形的日数。

既往症：指在本附加险合同生效前罹患的被保险人已知或者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，医生已有明确诊断，但未予治疗；

（四）本附加险合同生效前，未经医生诊断和治疗，但症状或者体征明显且持续存在，以普通人医学常识应当知晓。

先天性畸形、变形和染色体异常：指被保险人出生时就具有的畸形、变形或者染色体异常。先天性畸形、变形和染色体异常依照世界卫生组织《疾病和有关健康问题的国际分类》（ICD - 10）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。

遗传性疾病：指生殖细胞或者受精卵的遗传物质（染色体和基因）发生突变或者畸变所引起的疾病，通常具有由亲代传至后代的垂直传递的特征。许多遗传性疾病在出生时并未显现。

性传播疾病：指发生在生殖器官的内源性或者外源性通过性行为或者非性行为传播的传播性疾病，包括但不限于梅毒、淋病、尖锐湿疣、疱疹、软下疳、淋巴肉芽肿、非淋菌性尿道炎（包括支原体、衣原体阳性）。