

诚泰财产保险股份有限公司

附加住院医疗保险条款

总则

第一条 本附加保险合同（以下简称附加险合同）依主险合同投保人的申请，经保险人同意而订立。本附加保险合同作为主合同的组成部分，主合同效力终止，本附加保险合同效力亦同时终止；主合同无效，本附加保险合同亦无效。本附加保险合同与主合同相抵触之处，以本附加保险合同为准，本附加险合同未约定事项，以主合同为准。

本附加险合同由保险条款、投保单、保险单或其他保险凭证、批单等组成。凡涉及本保险合同的约定，均应采用书面形式。

第二条 除另有约定外，本附加险合同保险金的受益人为被保险人本人。

保险责任

第三条 在本附加险合同的保险期限内，被保险人因遭受意外伤害或自获得被保资格之日起经过保险合同约定的等待期（续保者不受等待期的限制）后因疾病经认可的医疗机构诊断必须住院治疗，保险人依下列约定给付住院医疗费用保险金：

（一）保险人在扣除本附加险合同中约定的免赔额后，根据被保险人所支出的符合保险单签发地政府基本医疗保险报销范围的、合理且必要的住院医疗费用，在本附加险合同列明的保险金额内，按本附加险合同中约定的给付比例给付住院医疗保险金。具体的免赔额、给付比例在保险合同中载明。

（二）**本附加险合同为用补偿型保险合同，适用医疗费用补偿原则。**若被保险人的损失已从其他保险单或其它途径获得赔偿，保险人可根据有关单位或保险单承保公司出具的相关单证或给付保险金证明，在扣除前述其他赔偿额之后，对其余额按本条第（一）款约定承担给付责任。

（三）被保险人在保险期间内住院治疗，到保险期间届满仍未结束的，保险人继续承担本保险责任至住院结束之日止，最长不超过保险期间届满之日起第 90 日。但累计给付金额达到本附加险合同对应的保险金额时，保险人对该被保险人在本附加险合同项下的保险责任终止。

（四）保险人对每一被保险人所负给付住院医疗费用保险金的责任以本附加险合同所载每一被保险人的住院医疗费用保险金额为限，一次或累计给付的保险金达到其本附加险合同项下该被保险人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险合同下的保险责任终止。

（五）当被保险人住院治疗跨两个保险年度时，保险人以保险事故发生日当年度本附加险合同对应的保险金额为限给付住院医疗费用保险金。

责任免除

第四条 主保险合同列明的各项责任免除条款均适用于本附加险合同，若主险合同中责任免除条款与本条款有相抵触之处，则应以本条款为准。

第五条 因下列情形之一，直接或间接导致被保险人支出住院医疗费用的，保险人不承担给付保险金责任：

（一）投保前罹患的疾病和症状，以及与此相关的疾病和症状；

(二) 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;

(三) 被保险人流产(但因遭受意外伤害所致不在此限)、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,及由此而引起的并发症;

(四) 被保险人发生的护理(陪护)费、取暖费、交通费、误工费、空调费、膳食费、特需服务费、营养性药品等需要自理的费用;

(五) 用于矫形、整容、美容、心理咨询、器官移植、角膜屈光成形手术或修复、安装及购买残疾用具(如轮椅、假肢、助听器、假眼、假牙、配镜等)的费用;

(六) 被保险人罹患先天性疾病和症状、遗传性疾病、先天性畸形或缺陷、变性或染色体异常;被保险人罹患特定传染病、职业病、地方病、精神和行为障碍、心理疾病、性病、人体免疫缺陷病毒(HIV)感染及人类免疫缺陷病毒病;

(七) 预防性手术(如预防性阑尾切除、预防性扁桃体切除)、椎间盘突出症;

(八) 被保险人接受整容手术及其他内、外科手术过程中发生的医疗事故,以及由此引发的并发症;

(九) 被保险人在家自设病床治疗;

(十) 被保险人在非认可的医疗机构治疗发生的医疗费用或保险单签发地社会医疗保险主管部门规定的自费项目;

(十一) 其它在保险单或保险凭证中载明的责任免除事项及免赔额、免赔率。

保险期间

第六条 本保险合同保险期间以保险人和投保人协商确定,以保险单载明的起讫时间为准。除另有约定外,本合同的保险期间为一年。

若保险人同意,投保人可于每个保险期间届满时或之前,按照续保当时保险人执行的条款和费率向保险人交纳续保保险费,则本保险合同的保险期间将延续一年。

保险人有权根据续保当时被保险人的情况决定是否调整续保费率或有条件续保。本保险续保前投保人、被保险人根据保险人的询问应将其已知或已患的疾病或其它情况以书面形式告知保险人。

保险事故通知

第七条 投保人、被保险人或者保险金受益人知道保险事故发生后,应于被保险人入院之日起 48 小时内或经保险人书面同意延长的期限内通知保险人。

被保险人应在认可的医疗机构就诊,若因急诊未在认可的医疗机构就诊的,应在 48 小时内或经保险人书面同意延长的期限内通知保险人,并根据病情及时转入认可的医疗机构。若确需转入非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附加险合同的规定给付保险金。

保险金申请与给付

第八条 发生保险责任范围内的事故，保险金申请人请求赔偿时，应向保险人提供以下证明和资料。保险金申请人因特殊原因不能提供以下材料的，应提供其他合法有效的材料。**保险金申请人未能提供有关材料，导致保险人无法核实的，保险人对无法核实部分不承担给付保险金的责任。**

- (1) 保险金申请人填具的索赔申请书；
- (2) 保险单或其他保险凭证正本；
- (3) 被保险人身份证明；
- (4) 认可的医疗机构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、结算明细表与处方正本；
- (5) 保险金申请人所能提供的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。

释义

1. 认可的医疗机构

指在中国境内（不包括香港、澳门、台湾）经中华人民共和国卫生部门评审确定的二级或以上的公立医院或投保人与保险人协商共同指定的医院或医疗机构。意外伤害急救不受此限，但经急救情况稳定后，须根据病情及时转入前述指定或认可的医疗机构治疗。

但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二十四小时以上，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 12 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. 续保

投保人在合同终止之日起三十日内（含）提出继续投保申请且经保险人同意的，视为续保。投保人在合同终止之日后第三十日后提出继续投保申请的，为新投保。

4. 投保前罹患的疾病

是指被保险人在保险期间开始之日前或在本保险合同约定的等待期内患有的其已知或应该知道的疾病或症状或不
适。

5. 职业病：

在生产环境或劳动过程中，一种或几种对健康有害的因素引起的疾病。职业病范围以国家正式颁布的种类为准。

6. 地方病：

在一定地区或人群中发生的疾病。新病例来自本地。与地区的地质、地貌、水土、气候等因素密切相关，并在条件
相似地区蔓延流行。以当地地方病防治机构的公布为准。

7. 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。

8. 特定传染病

根据中华人民共和国相关法律规定的法定传染病甲类和乙类发生暴发流行疫情的情况，相关法律发生调整，则本定
义作相应调整。

甲类：鼠疫、霍乱。

乙类：传染性非典型肺炎、甲型 H1N1 流感[1]、艾滋病、病毒性肝炎、脊髓灰质炎、人感染高致病性禽流感、麻疹、
流行性出血热、狂犬病、流行性乙型脑炎、登革热、炭疽、细菌性和阿米巴性痢疾、肺结核、伤寒和副伤寒、流行性脑
脊髓膜炎、百日咳、白喉、新生儿破伤风、猩红热、布鲁氏菌病、淋病、梅毒、钩端螺旋体病、血吸虫病、疟疾、甲型
H1N1 流感（原称人感染猪流感）。。

9. 遗传性疾病：

指生殖细胞或受精卵的遗传物质（染色体和基因）发生突变或畸变所引起的疾病，通常具有由亲代传至后代的垂直
传递的特征。

10. 性病

全名性传播疾病（STD），是以性接触为主要传播方式的一组疾病。国家卫生部制定的《性病防治管理办法》中所
指定的性病为 8 种，即艾滋病、淋病、梅毒、软下疳、性病性淋巴肉芽肿、非淋菌性尿道炎、尖锐湿疣、生殖器疱疹。

本附加条款的未解释名词，均以主险的名词解释为准。