



# 富德财产保险股份有限公司

FUNDE PROPERTY & CASUALTY INSURANCE CO.,LTD

## 高血压并发症补充医疗保险保险单

保单号：603011010262017EI09993

投保人已向本保险人投保了高血压并发症补充医疗保险，并按本保险单约定交付保险费，保险人同意按《富德财产保险股份有限公司高血压并发症补充医疗保险条款》及合同约定承担保险责任，特立本保险单为凭。与本保险有关的附加条款、特别条款、批单以及投保单是本保险单不可分割的组成部分。

投保人或被保险人收到本保险单后请立即核对。如有错误和遗漏，请于72小时内通知本公司更正。发生保险事故后，请即刻拨打40066-95535报案。

投保人信息		
姓名：	证件类型：居民身份证	证件号码：
被保险人信息		
姓名：	证件类型：居民身份证	证件号码：
受益人：		
承保方案		
保障项目	保险金额（元）	免赔额（元）
高血压并发症补充医疗保险	100000	0
保险费合计：人民币(大写) 贰佰玖拾玖圆整 CNY 299		
保险期间：自 2017年 12月 14日 零时起 至 2018年 12月 14日 二十四时止		
等待期：被保险人首次投保或非连续投保时，等待期为30天，详见条款。		
特别约定		
1. 本产品每一被保险人限投一份，多投无效； 2. 若以有社会医疗保险身份投保，但未以社会保险医疗身份就诊结算的，本保险按照应赔付金额的50%进行赔付；		
温馨提示		
1. 本产品保险期限为1年。 2. 本产品仅提供电子保单，不提供纸质保单。根据《中华人民共和国合同法》第十一条规定，数据电文是合法的合同表现形式，电子保单与纸质保单具有同等法律效力。		
保险人名称：富德财产保险股份有限公司 保险人地址：深圳市福田区深南大道7888号东海国际中心（一期）B栋10层 授权签单机构：富德财产保险股份有限公司四川分公司 签单地点：成都市武侯区人民南路四段12号华宇蓉国府6栋16楼 签单日期：2017-12-13 15:41:42 客户服务热线：4006695535 保单查询方式：请致电客户服务热线或登录公司网址查询 网址： <a href="http://www.fundins.com">http://www.fundins.com</a>		
		----保险人---- (签章)

# 富德财产保险股份有限公司

## 高血压并发症补充医疗保险条款

(产品注册号: C00016332512017060902472)

### 总则

**第一条** 本保险合同(以下简称“本合同”)由保险条款、投保单、保险单、批单及其他书面协议组成。凡涉及本合同的约定,均采用书面形式。

**第二条** 本合同的被保险人为年龄 18 周岁至 65 周岁,已经参加社会医疗保险,投保前未发生过高血压并发症且能正常工作和生活的自然人。

**第三条** 本合同的投保人应为具有完全民事行为能力的被保险人本人、对被保险人有保险利益的其他完全民事行为能力人。

**第四条** 除另有指定外,本合同的受益人为被保险人本人。

### 保险责任

**第五条** 保险期间内,被保险人自本合同生效之日起30日后(续保者不受此限制),经**专科医生**确诊因本合同列明的高血压并发症在**二级以上(含二级)医院**治疗,对于其实际支出的符合当地**社会医疗保险**主管部门规定可报销的医疗费用,保险人在扣除被保险人已从社会医疗保险和其他途径获得的针对该医疗费用的补偿后,余额部分**按约定比例**给付补充医疗保险金。

被保险人不论一次或多次进行治疗,保险人均按上述规定给付补充医疗保险金,但累计给付金额以不超过保险金额为限,当累计给付金额达到保险金额时,对被保险人的保险责任终止。

当保险期间结束时,被保险人必须继续接受治疗的,保险人则继续给付最高 30 天的补充医疗保险金,但累计给付金额达到保险金额时,对被保险人的保险责任终止。

### 责任免除

**第六条** 下列原因或期间被保险人发生医疗费用的,保险人不承担给付保险金责任:

- (一) 投保人、被保险人的故意行为;
- (二) 被保险人投保前曾患过高血压并发症(含本合同列明之外的其他高血压并发症);
- (三) 被保险人未遵医嘱,私自服用、涂用、注射药物;
- (四) 遗传性疾病、先天性畸变、变形或染色体异常;
- (五) 被保险人服用、吸食或注射毒品;
- (六) 被保险人患艾滋病或感染艾滋病病毒期间;
- (七) 被保险人殴斗或因受酒精、毒品及管制药品的影响;

(八) 被保险人从事高风险运动或参加职业或半职业体育运动；

(九) 被保险人违反经营方管理规定参与的活动或运动；

(十) 既往症及保险单中特别约定的除外疾病。

**第七条** 下列费用，保险人也不承担给付保险金责任：

(一) 保险单签发地社会医疗保险管理部门规定的自费项目和药品费用；

(二) 营养费、康复费、辅助器具费、整容费、美容费、修复手术费、牙齿整形费、牙齿修复费、镶牙费、护理费、交通费、伙食费、误工费、取暖费。

### 保险金额

**第八条** 本合同的保险金额由投保人与保险人双方约定并于保险单上载明。

### 保险期间

**第九条** 除另有约定外，本合同的保险期间为一年，以保险单载明的起讫时间为准。

### 保险人义务

**第十条** 本合同成立后，保险人应当及时向投保人签发保险单或其他保险凭证。

**第十一条** 保险人收到被保险人的给付保险金的请求后，应当及时作出是否属于保险责任的核定；情形复杂的，应当在三十日内作出核定，但保险合同另有约定的除外。

保险人应当将核定结果通知被保险人；对属于保险责任的，在与被保险人达成给付保险金的协议后十日内，履行赔偿保险金义务。保险合同对给付保险金的期限有约定的，保险人应当按照约定履行给付保险金的义务。保险人依照前款约定作出核定后，对不属于保险责任的，应当自作出核定之日起三日内向被保险人发出拒绝给付保险金通知书，并说明理由。

**第十二条** 保险人自收到给付保险金的请求和有关证明、资料之日起六十日内，对其给付的数额不能确定的，应当根据已有证明和资料可以确定的数额先予支付；保险人最终确定给付的数额后，应当支付相应的差额。

### 投保人、被保险人义务

**第十三条** 除另有约定外，投保人应在本合同成立时交清保险费。

**第十四条** 订立本合同，保险人就保险标的或者被保险人的有关情况提出询问的，投保人应当如实告知。

投保人故意或者因重大过失未履行前款规定的义务，足以影响保险人决定是否同意承保或者提高保险费率的，保险人有权解除本合同。

投保人故意不履行如实告知义务的，保险人对于合同解除前发生的保险事故，不承担给付保险金责任，并不退还保险费。

投保人因重大过失未履行如实告知义务，对保险事故的发生有严重影响的，保险人对于合同解除前发

生的保险事故，不承担给付保险金责任，但应当退还保险费。

**第十五条** 投保人、被保险人或者保险金受益人知道保险事故发生后，应当及时通知保险人。故意或者因重大过失未及时通知，致使保险事故的性质、原因、损失程度等难以确定的，保险人对无法确定的部分，不承担给付保险金责任，但保险人通过其他途径已经及时知道或者应当及时知道保险事故发生的除外。

### 保险金申请与给付

**第十六条** 保险金申请人向保险人申请给付保险金时，应提交以下材料，因特殊原因不能提供以下材料的，应提供其它合法有效的材料。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。

(一) 保险金给付申请书；

(二) 保险合同；

(三) 被保险人的身份证明；

(四) 医疗费用原始凭证，专科医生出具的附有必要病理检查、化验检查、血液检验及其它科学诊断报告的医疗诊断证明、病历；

(五) 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。

**第十七条** 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。

### 争议处理和法律适用

**第十八条** 因履行本合同发生的争议，由当事人协商解决。协商不成的，提交保险单载明的仲裁机构仲裁；保险单未载明仲裁机构或者争议发生后未达成仲裁协议的，依法向人民法院起诉。

**第十九条** 与本合同有关的以及履行本合同产生的一切争议处理适用中华人民共和国法律（不包括港澳台地区法律）。

### 其他事项

**第二十条** 本合同成立后，投保人可以书面形式通知保险人解除合同，但保险人已根据本合同约定给付保险金的除外。

投保人解除本合同时，应提供下列证明文件和资料：

(一) 保险合同解除申请书；

(二) 保险合同原件；

(三) 投保人身份证明。

投保人要求解除本合同，自保险人接到保险合同解除申请书之时起，本合同的效力终止。保险人收到上述证明文件和资料之日起 30 日内退还保险单的未到期净保费。

### 释义

**【高血压并发症】**本合同列明的高血压并发症是指由医院的专科医生明确诊断，被保险人出现的符合以下疾病定义所述条件的并发症：

(一) 脑卒中

“脑卒中”又称“中风”，是一种急性脑血管疾病，是由于脑部血管突然破裂或因血管阻塞导致血液不能流入大脑而引起脑组织损伤的一组疾病，包括缺血性脑卒中（又称“脑梗塞”）和出血性脑卒中（又称“脑溢血”）。

(二) 急性心肌梗塞

指因冠状动脉阻塞导致的相应区域供血不足造成部分心肌坏死。须满足下列至少三项条件：

1. 典型临床表现，例如急性胸痛等；
2. 新近的心电图改变提示急性心肌梗塞；
3. 心肌酶或肌钙蛋白有诊断意义的升高，或呈符合急性心肌梗塞的动态性变化；
4. 发病90天后，经检查证实左心室功能降低，如左心室射血分数低于50%。

**【周岁】**指以法定身份证明文件中记载的出生日期为计算基础计算的年龄。

**【社会医疗保险】**本合同所称的社会医疗保险指目前国内城镇居民按照国家有关规定参加的社会医疗保险，包括农村合作医疗保险。

**【续保】**投保人在合同终止日前 30 日内提出继续投保申请且经保险人同意的，为续保；投保人在合同终止日后第 1 日起提出继续投保申请的，视作首次投保。

**【二级以上（含二级）医院】**指经中华人民共和国卫生部门评审确定的二级或二级以上的公立医院，但不包括主要作为诊所、康复、护理、休养、静养、戒酒、戒毒等或类似的医疗机构。该医院必须具有符合国家有关医院管理规则设置标准的医疗设备，且全天二十四小时有合格医师及护士驻院提供医疗及护理服务。

**【专科医生】**专科医生应当同时满足以下四项资格条件：

1. 具有有效的中华人民共和国《医师资格证书》；
2. 具有有效的中华人民共和国《医师执业证书》，并按期到相关部门登记注册；
3. 具有有效的中华人民共和国主治医师或主治医师以上职称的《医师职称证书》；
4. 在二级或二级以上医院的相应科室从事临床工作三年以上。

**【保险金申请人】**指受益人或被保险人的继承人或依法享有保险金请求权的其他自然人。

**【患艾滋病或感染艾滋病病毒】**艾滋病病毒指人类免疫缺陷病毒，英文缩写为 HIV。艾滋病指人类免疫缺陷病毒引起的获得性免疫缺陷综合征，英文缩写为 AIDS。在人体血液或其它样本中检测到艾滋病病毒或其抗体呈阳性，没有出现临床症状或体征的，为感染艾滋病病毒；如果同时出现了明显临床症状或体征的，为患艾滋病。

**【管制药品】**指根据《中华人民共和国药品管理法》及有关法规被列为特殊管理的药品，包括麻醉

药品，精神药品，毒性药品及放射性药品。

**【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。

**【先天性畸形、变形或染色体异常】**指被保险人出生时就具有的畸形、变形或染色体异常。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统计分类》（ICD-10）确定。

**【高风险运动】**指比一般常规性的运动风险等级更高、更容易发生人身伤害的运动，在进行此类运动前需有充分的心理准备和行动上的准备，必须具备一般人不具备的相关知识和技能或者必须在接受专业人士提供的培训或训练之后方能掌握。被保险人进行此类运动时须具备相关防护措施或设施，以避免发生损失或减轻损失，包括但不限于潜水，滑水，滑雪，滑冰，驾驶或乘坐滑翔翼、滑翔伞，跳伞，攀岩运动，探险活动，武术比赛，摔跤比赛，柔道，空手道，跆拳道，马术，拳击，特技表演，驾驶卡丁车，赛马，赛车，各种车辆表演、蹦极。

**【既往症】**指被保险人在本合同生效日之前罹患的已知或应该知道的有关疾病或症状，但不包括高血压。

**【未到期净保费】**未到期净保费=保险费×[1-(保险单已经过天数/保险期间天数)]×(1-25%)。保险单已经过天数以本合同生效日期至合同解除之日为准计算，经过天数不足一天的按一天计算。