

## 三星财险附加境内急性病医疗费用保险（互联网专属 2023 版）

（注册号：C00004532522023072502441）

### 总则

**第一条** 本附加保险合同（以下简称“本附加险合同”）须附加于保险人意外伤害保险类主险（互联网专属）条款或健康保险主险（互联网专属）条款（以下简称“主险合同”）使用。只有在投保了主险合同的基础上，才能投保本附加险合同。本附加险合同与主险合同内容相悖之处，以本附加险合同为准；未尽之处，以主险合同为准。主险合同效力终止，本附加险合同效力亦同时终止；主险合同无效，本附加险合同亦无效。

凡涉及本附加险合同的约定，均采用书面形式。

**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** 本附加险合同的保险责任分为必选责任和可选责任。本附加险合同可以仅包含必选责任，也可以在必选责任基础上包含可选责任，但不能仅包含可选责任。保险责任在投保时确定，并在保险单中载明。所投保的保险责任一经确定，在本附加险合同保险期间内不得变更。

在保险期间内，被保险人在中国境内（不包括中国香港、中国澳门、中国台湾地区）因发生本附加险合同列明的突发特定急性病（见释义）到保险人指定的医疗机构（见释义）进行急救，对于被保险人因此所实际支出的必要且合理的医疗费用（见释义），保险人按照本附加险合同的约定在该被保险人对应的保险金额内，对超过免赔额的部分按约定的赔付比例负责赔偿。赔偿范围约定如下：

#### （一）必选责任

保险人指定的医疗机构因突发特定急性病对被保险人开始进行急救治疗之日起九十日内（含第九十日）所发生的、符合本附加险合同约定的、被保险人实际支出的必要且合理的且符合保险人指定的医疗机构所在地当地的社会医疗保险（见释义）主管部门规定的社会医疗保险报销范围内的医疗费用。

突发特定急性病列明如下：脑出血、蛛网膜下腔出血、急性心肌梗死、急性十二指肠穿孔、急性胃穿孔、急性胃扩张、急性阑尾炎、急性胰腺炎、急性食物中毒、急性脑膜炎、中暑（热射病）、急性腹膜炎、急性胆管炎、急性胆囊炎。

本附加险合同适用补偿原则。若被保险人的损失已从其他途径（包括公费医疗（见释义）、社会医疗保险、其他商业性费用补偿型医疗保险、其他政府机构或社会福利机构、其他责任方）获得医疗费用赔偿的，保险人在本附加险合同对应的保险金额内仅对被保险人实际发生的医疗费用扣除其所获医疗费用补偿后的余额按照本附加险合同的约定进行赔付。社会医疗保险个人账户部分支出视为个人支付，不属于已获得的医疗费用补偿。

免赔额及赔付比例在保险单中载明。保险人在本附加险合同项下向同一被保险人累计给付的医疗保险金数额之和以本附加险合同约定的该被保险人对应的保险金额为限。

## （二）可选责任

投保人和保险人可以协商增加突发特定急性病的范围，经保险人审核通过并收取全部保费后，保险人将根据增加后的突发特定急性病范围按本附加险合同的约定进行赔偿。投保人增加突发特定急性病范围的，保险人将另行收取相应保险费。

突发特定急性病可增加如下类型：

- 1、 流行疫病或大规模流行疫病（见释义）。
- 2、 投保人和保险人另行约定并在保险单上载明的其他突发特定急性病。

## 责任免除

第四条 出现下列情形之一时，保险人不承担赔偿责任：

（一）被保险人因先天性疾病（见释义）、遗传性疾病、先天性畸形或缺陷的治疗和康复所产生的费用；

（二）被保险人在投保前已患上的疾病、精神病、精神分裂症、心理疾病、性病的治疗和康复所产生的费用；

（三）被保险人在旅行中罹患突发特定急性病，但未在当地经过医生诊断，而在旅行结束回原出发地（见释义）后确诊并进行的任何门急诊及住院治疗所发生的费用（因在旅行中感染该流行疫病，且被保险人投保本条款第三条第（二）项的可选责任“流行疫病或大规模流行疫病”，但尚处于潜伏期，未在当地发病就医，返回原出发地后才发病经原出发地的医疗机构诊断明确而接受治疗的发生的合理必要的费用除外）；

（四）被保险人突发特定急性病或流行疫病，且已经过当地医生诊断确诊，但在回原出发地后进行的与本次突发特定急性病或流行疫病没有直接关系的门急诊及住院治疗所发生的费用（因在旅行中经当地医生诊断确诊患有突发特定急性病或流行疫病（且被保险人投保本条款第三条第（二）项的可选责任“流行疫病或大规模流行疫病”），已在当地经过医生诊断，而在回原出发地后针对该病情进行的门急诊及住院治疗所发生的合理必要的费用除外）。

第五条 因下列原因之一导致被保险人支出医疗费用的，保险人不承担赔偿责任：

（一）被保险人康复性治疗、物理治疗、中医理疗等所产生的费用及中草药费用；

（二）因椎间盘突出症或错位、扁桃腺、腺样体、疝气、女性生殖器官疾病、药物过敏的治疗费用或上述疾病导致的手术所产生的医疗费用；

（三）被保险人美容、整形、整容、矫形术、非必须紧急性治疗的手术、心理咨询及角膜屈光成形手术所产生的费用；

（四）被保险人健康护理（含健康体检、疗养、特别护理或静养）等非治疗性的行为及无客观病症证明其不健康及以捐献身体器官为目的的医疗行为所产生的费用；

(五) 被保险人移植人工器官、验光、洗牙、洁齿、牙齿治疗或手术及镶补所产生的费用，但因突发特定急性病引起的一般牙齿治疗或手术除外；

(六) 因被保险人妊娠、流产、堕胎、分娩、宫外孕、不孕症、避孕手术、绝育手术、变性手术、人体试验、人工授精、产前产后检查或人工生殖发生的治疗；

(七) 被保险人以接受医生治疗或疗养为目的而进行旅行；被保险人违反医生的嘱咐而旅行或当被保险人在其身体条件不适宜旅行时进行旅行；

(八) 因流行疫病或大规模流行疫病导致的治疗或预防发生的医疗（若被保险人投保本保险条款第三条第(二)项的可选保险责任“流行疫病或大规模流行疫病”，则不适用此条）。

**第六条** 下列损失、费用和责任，保险人不承担赔偿责任：

(一) 被保险人家属或非医疗机构的护理人员护理（陪住）费、取暖费、伙食费、误工费、装配假眼、假牙、假肢、用于安装残疾用具、聘用特别看护或私家看护等需要自付的费用；

(二) 根据被保险人的主治医生或救援机构的意见，可以被合理延迟至被保险人返回其原出发地后进行，而被保险人坚持在当地进行治疗或手术所产生的费用；

(三) 任何因当地急救组织或第三方提供服务而被保险人不需负责给付的费用或任何已包含在旅行收费中的费用；

(四) 到达保险人指定的医疗机构前，任何被保险人未经保险人同意擅自使用或自助选择救助服务所发生的费用；

(五) 无当地医疗机构出具原始发票或收据及医疗证明的费用；

(六) 治疗地社会医疗保险支付范围之外的药品、检查、治疗、材料等费用；

(七) 未经保险人同意，被保险人在非认可的医疗机构治疗，但被保险人因情况紧急必须立即就医的除外。

**第七条** 主险合同约定的责任免除事项导致的医疗费用，保险人不承担赔偿责任。

### 保险金额、免赔额、赔付比例和保险费

**第八条** 保险金额是保险人承担给付保险金责任的最高限额。保险人和投保人可以在本附加险合同项下约定免赔额及赔付比例等限制条件。保险金额、免赔额及赔付比例等由投保人、保险人双方协商约定，并在保险单中载明。

投保人应该按照本附加险合同的约定向保险人交纳保险费。

### 保险期间与不保证续保

**第九条** 本附加险合同为不保证续保合同，保险期间应与主险合同一致且不超过一年。保险期间届满，投保人需要重新向保险人申请投保本附加险合同，并经保险人同意，交纳保险费，获得新的保险合同。

## 保险金申请与给付

**第十条** 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。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) 保险单或保险凭证正本；
- (二) 被保险人、索赔申请人有效身份证明；
- (三) 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、出院小结原件；
- (四) 其他与确认保险事故的性质、原因、损失程度等有关的证明和资料。

当赔付金额未达实际支出医疗费用的金额时，索赔申请人可以书面形式向保险人申请返还原始单据，保险人在加盖公章并注明已赔付金额后返还原始单据。

若索赔申请人委托他人申请的，还应提供授权委托书原件、委托人和受托人的有效身份证明等相关证明文件。

## 释义

**第十一条** 本附加险合同涉及下列术语时，适用以下释义：

(一) **突发特定急性病**：指被保险人在本附加险合同约定的保险期间内，首次确诊患有下列明确列明的突发特定急性病或出现的相关症状，该疾病系突然发生且如不立即治疗就会危及被保险人性命，**但不包括本附加险合同生效前被保险人已患有的任何疾病（包括任何慢性疾**病）。**突发特定急性病列明如下：脑出血、蛛网膜下腔出血、急性心肌梗死、急性十二指肠穿孔、急性胃穿孔、急性胃扩张、急性阑尾炎、急性胰腺炎、急性食物中毒、急性脑膜炎、中暑（热射病）、急性腹膜炎、急性胆管炎、急性胆囊炎。**

**急性食物中毒**：是指患者所进食物被细菌或细菌毒素污染，或食物含有毒素而引起的急性中毒性疾病。

**中暑（热射病）**：是指在高温和热辐射的长时间作用下，机体体温调节功能失调，体内热量过度积蓄，从而引发水、电解质代谢紊乱及神经系统功能损害的症状的总称。热射病是一种致命性急症，以高温和意识障碍为特征。该病通常发生在夏季高温同时伴有高湿的天气。

(二) **必要且合理的医疗费用**：指同时符合以下两个条件：

1、**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。**

2、**医学必需**：指医疗费用符合下列所有条件：

- (1) 治疗疾病所必需的项目；
- (2) 不超过安全、足量治疗原则的项目；
- (3) 由专科医生开具的处方药；
- (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。**

**(三) 流行疫病或大规模流行疫病：**霍乱、鼠疫、流行性出血热、狂犬病、黑热病、疟疾、登革热、乙脑、流脑、血吸虫病、埃波拉病毒感染、传染性非典型性肺炎。

**(四) 医疗机构：**除另有约定外，指经中华人民共和国境内（不包括中国香港、中国澳门、中国台湾地区）卫生部门审核认定的二级或以上的综合性或专科医疗机构或保险人认可的医疗机构，**且仅限于上述医疗机构的普通部。**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。

本附加险合同中所指医疗机构**不包括如下机构或医疗服务：**

- 1、特需医疗、外宾医疗、干部病房、联合病房、国际医疗中心、VIP 部、联合医院；
- 2、诊所、康复中心、家庭病床、护理机构；
- 3、休养、戒酒、戒毒中心；
- 4、精神病院、精神心理治疗中心、老人院、疗养院、健康中心。

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。

**(五) 先天性疾病：**指被保险人一出生就具有的疾病。这些疾病是因人的遗传物质（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异常，导致婴儿出生时有关器官系统在结构或功能上呈现异常。

**(六) 原出发地：**指被保险人在中国境内的日常居住地。

**(七) 社会医疗保险：**包括城镇职工社会医疗保险、城镇居民社会医疗保险、新型农村合作医疗、医疗救助、少儿医保等政府举办的基本医疗保障项目。

**(八) 公费医疗：**指国家为保障国家工作人员而实行的、通过医疗卫生部门按规定向享受人员提供免费医疗及预防服务的一项社保制度。

本附加险合同的未释义名词，以本附加险合同所附属的主险合同中的释义为准。