

三星财险附加个人住院补偿费用
医疗保险（互联网专属 2024 A 版）
（注册号：C00004532522024020733501）

1 总则

1.1 本条款为三星财产保险（中国）有限公司住院费用医疗保险（互联网专属）主险合同的附加条款。只有在投保了主险的基础上，才能投保本附加条款。**本附加险条款与主险条款内容相悖之处，以本附加险条款为准；**本附加险条款未尽事宜，以主险条款为准。主险效力终止，本附加险效力亦同时终止；主险无效，本附加险亦无效。

1.2 除另有约定外，本附加险合同的投保人、被保险人和受益人与主险合同一致。

2 保障内容

在本附加险合同保险期间内，被保险人因遭受意外伤害事故或在等待期后罹患疾病，在医院经专科医生诊断必须接受相关住院治疗的，对于被保险人因此发生的属于主险合同约定的一般医疗保险责任免赔额部分的必需且合理的住院医疗费用，**保险人在扣除本附加险合同约定的免赔额后，按照本附加险合同约定的赔付比例承担赔偿保险金的责任。**本附加险中的赔付比例由投保人和保险人在投保时约定，并在保险单中载明。

3 责任免除

在下列期间发生的或因下列情形之一导致被保险人支出的任何费用，保险人不承担赔偿保险金的责任：

(1) 主险合同中列明的“责任免除”事项；

(2) 被保险人因脊柱类疾病(包括但不限于各种颈椎病，胸、腰椎间盘突出/膨出/移位/滑脱)、病理性骨折(见 11.11)、腹股沟疝(见 11.12)、腺样体肥大治疗所产生的医疗费用；

(3) 疗养、康复治疗(见 11.13)、心理治疗、美容、矫形、视力矫正手术、牙齿治疗、安装假肢、整容手术；

(4) 减肥、胃减容术(包括但不限于:可调节式束带手术、袖状胃切除手术、胃旁路手术、胃内水囊手术、胃肠转流术)；

(5) 包皮环切术、包皮剥离术、包皮气囊扩张术、痔疮手术、性功能障碍、性早熟、发育迟缓治疗；

(6) 任何原因导致的中草药费用。

4 保险金额

4.1 住院补偿费用医疗保险金额是保险人在本附加险合同项下承担赔偿保险金责任的最高限额。本附加险合同的住院补偿费用医疗保险金额由保险双方约定，并在保险单中载明。一次或累计赔偿的金额达到住院补偿费用医疗保险金额时，保险人的保险责任终止。

4.2 本附加险合同适用医疗费用补偿原则。若被保险人已从其他途径（包括但不限于社会基本医疗保险、公费医疗、工作单位、包括保险人在内的任何商业保险机构等）获得本附加险合同责任范围内医疗费用补偿，保险人仅对被保险人实际发生的医疗费用扣除其从上述途径所获医疗费用补偿后的余额按照本附加险合同的约定赔偿保险金。被保险人社保卡个人账户支出部分视为个人支付，不属于已获得的医疗费用补偿，不进行前述扣除。

5 免赔额

本附加险合同中的免赔额指单次住院免赔额，指被保险人自行承担，保险人依据本附加险合同不予赔偿的部分。该免赔额由保险双方约定，并在保险单中载明。社会基本医疗保险和公费医疗支付的医疗费用不可以抵扣单次住院免赔额。

6 保险费

6.1 保险费的支付

本附加险合同的保险费按照被保险人的年龄和所选保障方案确定。投保人须按合同约定支付保险费。本附加险合同保险费支付方式由投保人在投保时与保险人约定，并在保险单中载明。

6.2 若投保人选择一次性支付保险费的，投保人应当在投保时一次性交清保险费。投保人未按本款约定交清保险费的，本附加险合同不生效，对本附加险合同生效前发生的保险事故，保险人不承担保险责任。

6.3 若投保人选择分期支付保险费的，投保人应当在投保时交清首期保险费。投保人未按本款约定交清首期保险费的，本附加险合同不生效，对本附加险合同生效前发生的保险事故，保险人不承担保险责任。

投保人选择分期支付保险费的，在交纳首期保险费后，投保人应当在每个保险费约定支付日交纳其余各期对应的保险费。若投保人未按约定足额交纳保险费，保险人允许投保人在付款宽限期（30日）内补交保险费，如果被保险人在此期限内发生保险事故，在被保险人补交保险费后，保险人仍按照本合同约定赔偿保险金。

6.4 除另有约定外，若投保人在宽限期（30日）届满时未足额补交保险费的，本合同自保险费约定支付日的24时起效力中止。如果被保险人在合同效力中止后发生保险事故的，保险人不承担保险责任。

本附加险合同效力依照前款约定中止的，经投保人申请并经保险人审核同意，同时在投保人补交保险费后，合同效力恢复。如果保险期间届满时，投保人仍未按本合同约定补交保险费，则本合同解除。

7 期间

7.1 本附加险保险期间不超过1年，由保险双方约定并在保险单中载明。

7.2 除另有约定外，本附加险合同生效日起30日为等待期，被保险人在等待期内因罹患疾病导致住院治疗的，无论该住院治疗行为是否延续到等待期后，保险人都不承担赔偿保险金的责任，但本附加险合同继续有效。本附加险合同为续保的或被保险人因遭受意外伤害导致住院治疗的无等待期。

7.3 除另有约定外，本附加险合同关于犹豫期的约定与主险合同一致。

8 保险金申请

8.1 保险事故通知

保险事故发生后，投保人、被保险人或受益人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，不承担赔偿保险金的责任**，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。

8.2 保险金申请

保险金申请人向保险人申请赔偿保险金时，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保险事故的性质、原因、损失程度的，保险人对无法核实部分不承担赔偿保险金的责任。**

(1) 理赔申请书。

(2) 保险金申请人的有效身份证件。

(3) 医院出具的完整病历资料（包括处方，住院病历或出院记录以及检查报告、检验报告等）。

(4) 若被保险人未从其他途径获得医疗费用补偿，需提供医疗费用收据原件、医疗费用明细清单。

若被保险人已从其他途径获得医疗费用补偿，需提供医疗费用明细清单、医疗费用收据复印件、医疗费用分割单原始凭证（如社会基本医疗保险或公费医疗结算单、保险人在内的任何商业保险机构出具的理赔分割单、与工作单位及侵权人或侵权责任承担方达成的赔偿协议或和解协议或法院判决、调解生效的法律文书等取得医疗费用补偿的证明）。

(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。

(6) 若保险金申请人委托他人申请的，还应提供授权委托书原件、委托人和受托人的身份证明等相关证明文件。受益人为无民事行为能力人或者限制民事行为能力人的，由其监护人代为申领保险金，并需要提供监护人的身份证明等资料。

保险人认为保险金申请人提供的有关索赔的证明和资料不完整的，应当及时一次性通知投保人、保险金申请人补充提供。

9 赔偿保险金

9.1 保险人收到保险金申请人的赔偿保险金请求及完整材料后，事实清晰、责任明确且无需调查的，应当在 5 个工作日内作出是否属于保险责任的核定；情形复杂需要调查的，应当在 30 日内作出核定。

9.2 保险人应当将核定结果在 1 个工作日内通知保险金申请人；对属于保险责任的，在与保险金申请人达成赔偿保险金的协议后 10 日内，履行赔偿保险金义务。本附加险合同对赔偿保险金的期限有约定的，保险人应当按照约定履行赔偿保险金的义务。

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在 1 个工作日内向保险金申请人发出拒绝赔偿保险金通知书，并说明理由。

9.3 保险人自收到赔偿保险金的请求和有关证明、资料之日起 60 日内，对其赔偿保险金的数额不能确定的，应当根据已有证明和资料可以确定的数额先予支付；保险人最终确定赔偿保险金的数额后，应当支付相应的差额。

10 保险合同的续保、解除

10.1 本附加险合同成立后将持续有效，直至保险单约定的保险期间届满或达到本附加险合同约定的终止条件。

10.2 如投保人申请解除本附加险合同，请填写解除合同申请书并向保险人提供投保人的有效身份证件。

保险责任开始前，投保人要求解除本附加险合同的，保险人应当全额无息退还投保人已交纳的保险费。

保险责任开始后，犹豫期内投保人要求解除本附加险合同的，保险人将无息退还投保人所支付的全部保险费；犹豫期后投保人要求解除本附加险合同的，自保险人接到解除保险合同申请书之时起，本附加险合同解除，**保险人自收到解除保险合同申请之日起 30 日内向投保人退还本附加险合同的现金价值。**

投保人在犹豫期后申请解除合同会遭受一定经济损失。

10.3 本附加险为不保证续保合同。保险期间届满前 30 日内，投保人需要重新向保险人申请投保本附加险，并经保险人同意，交纳保险费，获得新的保险合同。

11 释义

11.1 保险人：指与投保人签订本保险合同的三星财产保险（中国）有限公司及分支机构。

11.2 合法有效：本附加险合同所指合法有效均以中华人民共和国法律、行政法规、地方性法规、行政规章及有关规范性法律文件的规定为判定依据。

11.3 住院：指被保险人因疾病或意外伤害而入住医院的正式病房进行治疗，并正式办理入院出院手续，不包括入住门诊观察室、家庭病床、挂床住院或其他不合理的住院。

不合理住院指：

(1) 被保险人在特需病房、外宾病房或其他不属于社会基本医疗保险保障范畴的高等级病房入住；

(2) 被保险人入住康复科、康复病床或接受康复治疗；

(3) 被保险人住院期间一天内未接受与入院诊断相关的检查、治疗或一天内住院不满二十四小时，但遵医嘱到外院接受临时治疗的除外；

(4) 被保险人住院体检。

挂床住院指办理正式住院手续的被保险人，在住院期间每日非 24 小时在床、在院。具体表现包括在住院期间连续若干日无任何治疗，只发生护理费、诊疗费、床位费等情况。

11.4 意外伤害：指外来的、突发的、不可预见的、非本意的和非疾病导致被保险人身体受到伤害的客观事件。

11.5 医院：指国家卫生部医院等级分类中的二级或二级以上公立医院普通部及保险人扩展承保的医院普通部，但不包括观察室、特需医疗、国际医疗、联合病房、康复病房和干部病房以及附属于前述医院或单独作为诊所、康复、护理、疗养、戒酒、戒毒等或相类似的医疗机构或保险人不予承保的医院。同时该医院必须具有符合有关医院管理规定设置标准的医疗设备，并且全日二十四小时有合格医师及护士驻院提供医疗和护理等服务。

注：保险人扩展承保的医院名单和保险人不予承保的医院名单将在保险单中载明。保险人保留新增扩展承保医院的权利。对于新增后的扩展承保医院名单，保险人将会在官方渠道公示。

11.6 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) 在国家《医院分级管理标准》二级或二级以上医院的相应科室从事临床工作三年以上。

11.7 必需且合理：

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。

对于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：指被保险人接受的针对意外伤害或疾病本身的医疗服务以及相关医疗费用，符合下列所有条件：

- (1) 治疗意外伤害或者疾病合适且必须的、有医生处方或书面医嘱的项目；
- (2) 不超过安全、足量治疗原则的项目；
- (3) 接受的医疗服务范围是合适的而且经济有效的；
- (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。

对于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。

11.8 住院医疗费用： 指被保险人住院期间发生的医疗费用，包括：

(1) 床位费

指被保险人在住院期间发生的医院床位的费用，包括普通床位费和重症监护室床位费，不包括陪人床、观察病床位和家庭病床的费用。

(2) 药品费

指住院期间实际发生的合理且必要的由医生开具的具有国家药品监督管理部门核发的药品批准文号或者进口药品注册证书、医药产品注册证书的国产或进口药品的费用。但不包括营养补充类药品，免疫功能调节类药品，美容及减肥类药品，预防类药品。

(3) 治疗费

指住院期间以治疗疾病为目的，提供必要的医学手段而发生的合理的治疗者的技术劳务费和医疗器械使用费，以及消耗品的费用，包括注射费、机疗费、输血费、输氧费、体外反搏费等，但是针灸治疗费、理疗费除外。

(4) 护理费

指住院期间根据医嘱所示的护理等级确定的护理费用。

(5) 检查检验费

指住院期间实际发生的、以诊断疾病为目的，采取必要的医学手段进行检查及检验而发生的合理的医疗费用，包括X光费、心电图费、B超费、脑电图费、内窥镜费、肺功能仪费、分子生化检验费和血、尿、便常规检验费等。

(6) 手术费

指当地卫生行政部门规定的手术项目的费用。包括手术费、麻醉费、手术监测费、手术材料费、术中用药费、手术设备费；对于因器官移植而发生的手术费用，不包括器官本身的费用和获取器官过程中的费用。

(7) 膳食和营养配餐费

指被保险人住院期间实际发生的、根据医生的医嘱、由医院内专设的为住院病人配餐的食堂配送的、符合惯常标准的膳食费。膳食和营养配餐费应包含在医疗账单内；根据各医疗机构的惯例，可以作为独立的款项、也可以合并病房费等其他款项内。

(8) 医生费

指被保险人在住院期间所发生的外科医生、麻醉师、内科医生、专科医生的费用及会诊医生的劳务费。

(9) 救护车使用费

指住院期间以抢救生命或治疗疾病为目的，根据医生建议，被保险人需医院转诊过程中的医院用车费用，但救护车的使用仅限于同一地级市中的医疗运送。

11.9 社会基本医疗保险：本附加险合同所称的社会基本医疗保险包括职工基本医疗保险、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。

11.10 公费医疗：公费医疗制度，是国家为保障国家工作人员身体健康而实行的一项社会保障制度。国家通过医疗卫生部门向享受人员提供制度规定范围内的免费医疗预防。

11.11 病理性骨折：指因年龄、各种营养不良和内分泌等因素引起全身性骨质疏松，表现为骨皮质萎缩变薄，骨小梁变细、数量减少，进而在外在诱因下导致骨的完整性、连续性遭到破坏。

11.12 腹股沟疝：指腹腔内脏器通过腹股沟区的缺损向体表突出所形成的包块，俗称“疝气”。

11.13 康复治疗：指在康复医院、康复科诊治或者接受以促进机体各项功能恢复为目的的医疗方法，如理疗、按摩、推拿、生物反馈疗法、康复营养、康复护理等。

11.14 保险金申请人：指被保险人、受益人、被保险人或受益人的继承人或其他依法享有保险金请求权的自然人。

11.15 有效身份证件：指由政府主管部门规定的证明其身份的证件，如：居民身份证、按规定可使用的有效护照、军官证、警官证、士兵证等证件。

11.16 保险费约定支付日：指保险合同生效日在每月的对应日。如果当月无对应的同一日，则以该月最后一日为对应日。如保险合同生效日为2021年6月1日，则次月的保险费约定支付日为2021年7月1日，以此类推，则最后一个月的保险费约定支付日为2022年5月1日。

11.16 现金价值：

指本附加险合同所具有的价值，通常体现为解除合同时，根据精算原理计算的，由保险人退还的那部分金额。

犹豫期内退保的，现金价值=投保人已交纳保险费。

犹豫期后退保的，若保险费为一次性支付的：

现金价值=已交纳保险费×[1-(保险单已生效天数/保险期间天数)]

若保险费为分期支付的：

现金价值=已交纳当期保险费×[1-(当期已经过天数/当期总天数)]

已生效或已经过天数不足一天的按一天计算。若本附加险合同已发生保险金赔偿，现金价值为零。