

三星财险附加个人特定情形住院津贴保险 2025 版（互联网专属）

（注册号：C00004532522025091509713）

总则

第一条 本附加保险条款（以下简称“本附加合同”）须附加于保险人健康保险类（互联网专属）主险（以下简称“主险合同”）使用。只有在投保了主险合同的基础上，才能投保本附加合同。本附加合同与主险合同相悖之处，以本附加合同为准；未尽之处，以主险合同为准。主险合同效力终止，本附加合同效力亦同时终止；主险合同无效，本附加合同亦无效。

凡涉及本附加合同的约定，均应采用书面形式。

第二条 除另有约定外，本附加合同保险金受益人为被保险人本人。

保险责任

第三条 本附加合同包含特定情形疾病住院津贴保险责任、特定情形住院津贴保险责任，投保人可以选择投保其中的一项，具体投保项目由投保人在投保时与保险人协商确定，并在保险单中载明。保险单中未载明的保险责任，保险人不承担给付保险金责任。

（一）特定情形疾病住院津贴保险责任

被保险人以未参加基本医疗保险（见释义）及公费医疗身份投保主险合同，在保险期间内，该被保险人在保险单载明的等待期后经保险人认可的医疗机构（见释义）确诊罹患疾病，在保险人认可的医疗机构接受住院（见释义）治疗，且该次治疗经基本医疗保险或公费医疗身份结算，保险人按被保险人每次实际住院天数扣除保险单载明的每次住院免赔天数后乘以本附加合同约定的特定情形疾病住院日津贴额向被保险人给付特定情形疾病住院津贴保险金。

（二）特定情形住院津贴保险责任

被保险人以未参加基本医疗保险及公费医疗身份投保主险合同，在保险期间内，该被保险人因遭受意外伤害（见释义）事故或在保险单载明的等待期后经保险人认可的医疗机构确诊罹患疾病，在保险人认可的医疗机构接受住院治疗，且该次治疗经基本医疗保险或公费医疗身份结算，保险人按被保险人每次实际住院天数扣除保险单载明的每次住院免赔天数后乘以本附加合同约定的特定情形住院日津贴额向被保险人给付特定情形住院津贴保险金。

第四条 除另有约定外，在保险期间内保险人对被保险人一次住院的给付天数以 90 日为限，多次住院的累计给付天数以 180 日为限。若被保险人因同一原因多次住院，并且前次出院与后次入院日期间隔不超过 30 日（含）的，则前次住院与后次住院视为同一次住院。

除另有约定外，对于保险期间内发生且延续至本合同到期日后 3 天内的住院治疗，保险人仍然承担给付保险金的责任。

责任免除

第五条 任何在下列期间发生的或因下列情形之一导致被保险人住院治疗的，保险人也不承担给付保险金责任：

（一）患先天性疾病（见释义）、遗传性疾病（见释义），先天性畸形、变形和染色体异常（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-10）》为准）；

（二）患艾滋病或感染艾滋病病毒，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-10）》为准）；

（三）入住门诊观察室、家庭病床或其他非正式病房；

（四）冒名住院、被保险人未到达医院就诊即代诊、不符合入院标准、挂床住院或住院病人应当出院而拒不出院；

（五）被保险人所患既往症（见释义）及其并发症，及保险单中特别约定的除外疾病引起的相关费用，但投保时保险人已知晓并做出书面认可的除外；

（六）等待期内被保险人确诊的相关疾病；

（七）被保险人在不符合保险人认可的医疗机构就诊发生的住院；

（八）被保险人因预防、康复、休养或疗养、医疗咨询、健康体检、以捐献身体器官为目的的医疗行为、保健性或非疾病治疗类项目发生的住院；

（九）主险合同中适用的“责任免除”事项。

保险金额与免赔天数

第六条 保险金额是保险人承担给付保险金责任的最高限额。保险金额由投保人、保险人双方约定，并在保险单中载明。

特定情形疾病住院日津贴额、特定情形住院日津贴额、每次住院最高给付天数、每次住院免赔天数和累计住院最高给付天数由保险人和投保人协商确定，并在保险单中载明。

等待期

第七条 等待期是指自保险期间开始之日起，由保险人与投保人约定的、虽然发生了保险事故但是保险人不承担保险责任的一段时间。

本附加合同的等待期由投保人和保险人双方在订立保险合同时协商确定，并在保险单中载明，除另有约定外，本附加合同疾病等待期为 30 天。

在等待期内，被保险人罹患疾病，保险人不承担给付保险金的责任。

保险期间及不保证续保

第八条 本附加合同为不保证续保合同，保险期间与主险合同一致且最长不得超过一年。

保险期间届满，投保人需要重新向保险人申请投保本产品，并经保险人同意，交纳保险费，获得新的保险合同。若保险期间届满时，本附加合同对应保险产品统一停售，保险人将不再接受投保申请。

保险金申请与给付

第九条 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）保险金理赔申请书；

（二）被保险人身份证明；

（三）保险人认可的医疗机构出具的入院证明及支持索赔的全部账单、证明、信息和证据，包括病历资料、医学诊断书、处方、病理检查报告、化验检查报告、医疗费用原始单据、费用明细单据等；

（四）保险金申请人所能提供的与确认保险事故的性质、原因等有关的其它证明和资料；

（五）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。

释义

第十条 本附加合同涉及下列术语时，适用以下释义：

（一）基本医疗保险

指《中华人民共和国社会保险法》所规定的基本医疗保险，包括职工基本医疗保险、城镇居民基本医疗保险或城乡居民基本医疗保险、新型农村合作医疗等政府举办的基本医疗保险项目。

（二）保险人认可的医疗机构

指保险人在保险单、批单或者批注中列明的医疗机构。未约定定点医疗机构的，则指经中华人民共和国卫生部门审核认定的二级及二级以上的公立医院普通部，**不包括特需部、vip部、国际部、国际医疗中心、疗养院、护理院、以康复治疗为主要职能的医疗机构（如康复医院）、戒酒或戒毒中心、精神心理治疗中心以及无相应医护人员或设备的二级或三级医院的联合医院或联合病房。**

（三）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，并正式办理入出院手续，**不包括家庭病床或其他非正式病房、挂床住院或入住门诊观察室。**

（四）意外伤害

指以外来的、突发的、非本意的和非疾病的客观事件为直接原因致使身体受到的伤害。

（五）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。

（六）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。

（七）既往症：

指在本合同生效前罹患的被保险人已知或应该知道的有关疾病或症状。通常有以下情况：

1. 本合同生效前，医生已有明确诊断，长期治疗未间断；
2. 本合同生效前，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；
3. 本合同生效前，医生已有明确诊断，但未予治疗；
4. 本合同生效前，未经医生诊断和治疗，但症状或体征明显且持续存在，以普通人医学常识应当知晓。