

# 中华联合财产保险股份有限公司

## 附加政策性补充医疗保险（A款）条款

### 总 则

**第一条** 本附加保险合同是我公司各类政策性意外伤害保险合同（以下简称“主保险合同”）的附加合同。只有在投保了主保险合同的基础上，方可投保本附加保险。

本附加保险合同与主保险合同相抵触之处，以本附加保险合同为准。本附加保险合同未约定事项，以主保险合同为准。

主保险合同效力终止，本附加保险合同效力亦同时终止；主保险合同无效，本附加保险合同亦无效。

凡涉及本附加保险合同的约定，均应采用书面形式。

**第二条** 本附加保险合同的投保人和被保险人与主保险合同一致。

**第三条** 除另有约定外，本附加保险合同的医疗保险金受益人为被保险人本人。

### 保险责任

**第四条** 本附加保险合同的保险责任分为“疾病门急诊医疗保险责任”、“疾病住院医疗保险责任”、“门急诊医疗保险责任”和“住院医疗保险责任”4项保险责任，投保人可以选择投保一项或多项，并在保险单中载明。本附加保险合同承保的具体保险责任以保险单中载明为准，未载明于保险单的，不属于本附加保险合同的保险责任。

**第五条** 投保人为被保险人首次投保本附加保险或者非续保本附加保险时，自本附加保险合同生效之日起一定期间为等待期，具体期间在本附加保险合同中载明，最长不超过90天。续保本附加保险无等待期。

被保险人在等待期内罹患疾病的，保险人不承担给付保险金的责任，本附加保险合同继续有效。

**第六条** 在保险期间内，发生保险责任事故，保险人依照下列约定给付保险金。

#### （一）责任一：疾病门急诊医疗保险责任

在本附加保险合同的保险期间内，被保险人在等待期后罹患疾病，经中华人民共和国境内（不包含香港、澳门、台湾地区）二级及以上公立医院或者保险人认可的医疗机构进行门诊或急诊治疗（以下简称“门急诊”，不包括被保险人在急诊留院观察期间的治疗），发生的符合当地基本医疗保险政策规定可报销的必要且合理的医疗费用，保险人按照下列约定给付疾病门急诊医疗保险金：

1. 保险人对被保险人每次疾病门急诊实际支付的符合当地基本医疗保险或公费医疗主管部门规定的目录范围内的、必需且合理的疾病门急诊医疗费用，在扣除基本医疗保险、公费医疗或任何第三方（包括保险人在内的任何商业保险机构）已经补偿或给付的部分以及本附加保险合同约定的每次疾病门急诊医疗费用免赔额后，按本附加保险合同约定的疾病门急诊给付比例在每次疾病门急诊医疗限额内给付疾病门急诊医疗保险金。

2. 每次疾病门急诊医疗费用免赔额、疾病门急诊给付比例和每次疾病门急诊医疗限额由投保人、保险人双方约定，并在保险合同中载明。

每次疾病门急诊医疗保险金 = （每次疾病门急诊必需且合理医疗费用 - 从其他途径已

获得的疾病门急诊费用补偿—约定的每次疾病门急诊医疗费用免赔额) × 疾病门急诊给付比例

被保险人于同一日(零时起至二十四时止)在同一所医院同一个科室进行的所有门急诊治疗视为一次就诊,适用每次疾病门急诊医疗费用免赔额和每次疾病门急诊医疗限额。

3. 被保险人无论一次或多次因疾病进行门急诊治疗,保险人均按上述规定向被保险人分别给付疾病门急诊医疗保险金。每次给付金额以保险合同载明的每次疾病门急诊医疗限额为限,累计给付金额以保险合同载明的疾病门急诊保险金额为限;当累计金额达到保险合同载明的疾病门急诊保险金额时,保险人对该被保险人的该项保险责任终止。

## (二) 责任二: 疾病住院医疗保险责任

在本附加保险合同的保险期间内,被保险人在**等待期**后罹患疾病,在中华人民共和国境内(不含港、澳、台地区)二级或二级以上公立医院或保险人认可的医疗机构进行住院治疗,发生的符合当地基本医疗保险政策规定可报销的必要且合理的医疗费用,保险人按下列约定给付疾病住院医疗保险金:

1. 保险人对被保险人每次住院实际支付的符合当地基本医疗保险或公费医疗主管部门规定的目录范围内的、必需且合理的住院医疗费用,在扣除基本医疗保险、公费医疗或任何第三方(包括保险人在内的任何商业保险机构)已经补偿或给付的部分以及本附加保险合同约定的每次疾病住院医疗费用免赔额后,按本附加保险合同约定的疾病住院给付比例在每次疾病住院医疗限额内给付疾病住院医疗保险金。

每次疾病住院医疗保险金 = (每次疾病住院必需且合理医疗费用 - 从其他途径已获得的疾病住院费用补偿 - 约定的每次疾病住院医疗费用免赔额) × 疾病住院给付比例

2. 每次疾病住院医疗费用免赔额、疾病住院给付比例和每次疾病住院医疗限额由投保人、保险人双方约定,并在保险合同中载明。

3. 被保险人无论一次或多次进行住院医疗,保险人均按上述规定给付疾病住院医疗保险金,但累计给付金额以被保险人的疾病住院医疗保险金额为限,累计给付金额达到保险金额时,本附加保险合同对该被保险人的该项保险责任终止。

## (三) 责任三: 门急诊医疗保险责任

在本附加保险合同的保险期间内,被保险人因遭受意外伤害或在**等待期**后罹患疾病,经中华人民共和国境内(不包含香港、澳门、台湾地区)二级及以上公立医院或者保险人认可的医疗机构进行门诊或急诊治疗(以下简称“门急诊”,**不包括被保险人在急诊留院观察期间的治疗**),发生的符合当地基本医疗保险政策规定可报销的必要且合理的门急诊医疗费用,保险人按照下列约定给付门急诊医疗保险金:

1. 保险人对被保险人每次门急诊实际支付的符合当地基本医疗保险或公费医疗主管部门规定的目录范围内的、必需且合理的门急诊医疗费用,在扣除基本医疗保险、公费医疗或任何第三方(包括保险人在内的任何商业保险机构)已经补偿或给付的部分以及本附加保险合同约定的每次门急诊医疗费用免赔额后,按本附加保险合同约定的门急诊医疗给付比例在每次门急诊医疗限额内给付门急诊医疗保险金。

2. 每次门急诊医疗费用免赔额、门急诊医疗给付比例和每次门急诊医疗限额由投保人、保险人双方约定,并在保险合同中载明。

每次门急诊医疗保险金 = (每次门急诊必需且合理医疗费用 - 从其他途径已获得的门急诊费用补偿 - 约定的每次门急诊医疗费用免赔额) × 门急诊医疗给付比例

被保险人于同一日(零时起至二十四时止)在同一所医院同一个科室进行的所有门急

诊治疗视为一次就诊，适用每次门急诊医疗费用免赔额和每次门急诊医疗限额。

3. 被保险人无论一次或多次进行门急诊治疗，保险人均按上述规定向被保险人分别给付门急诊医疗保险金。每次给付金额以保险合同载明的每次门急诊医疗限额为限，累计给付金额以保险合同载明的门急诊保险金额为限；当累计金额达到保险合同载明的门急诊保险金额时，保险人对该被保险人的该项保险责任终止。

#### （四）责任四：住院医疗保险责任

在本附加保险合同的保险期间内，被保险人因遭受意外伤害或在等待期后罹患疾病，在中华人民共和国境内（不含港、澳、台地区）二级或二级以上公立医院或保险人认可的医疗机构进行住院治疗，发生的符合当地基本医疗保险政策规定可报销的必要且合理的医疗费用，保险人按下列约定给付住院医疗保险金：

1. 保险人对被保险人每次住院实际支付的符合当地基本医疗保险或公费医疗主管部门规定的目录范围内的、必需且合理的住院医疗费用，在扣除基本医疗保险、公费医疗或任何第三方（包括保险人在内的任何商业保险机构）已经补偿或给付的部分以及本附加保险合同约定的每次住院医疗费用免赔额后，按本附加保险合同约定的住院医疗给付比例在每次住院医疗限额内给付住院医疗保险金。

每次住院医疗保险金 = （每次住院必需且合理医疗费用 - 从其他途径已获得的住院费用补偿 - 约定的每次住院医疗费用免赔额） × 住院医疗给付比例

2. 每次住院医疗费用免赔额、住院给付比例和每次住院医疗限额由投保人、保险人双方约定，并在保险合同中载明。

3. 被保险人无论一次或多次进行住院医疗，保险人均按上述规定给付住院医疗保险金，但累计给付金额以被保险人的住院医疗保险金额为限，累计给付金额达到保险金额时，本附加保险合同对该被保险人的该项保险责任终止。

#### 责任免除

第七条 主保险合同中列明的“责任免除”事项，也适用于本附加保险合同；若主保险合同的责任免除条款与本条款有相抵触之处，则应以本条款为准。

对下列费用或因下列原因导致被保险人接受治疗的，保险人不承担给付保险金责任：

- （一）门急诊留院观察期间产生的费用；
- （二）投保人的故意行为；
- （三）被保险人自致伤害或自杀，但被保险人自杀时为无民事行为能力人的除外；
- （四）被保险人醉酒，斗殴，主动吸食或注射毒品，违反规定使用麻醉或精神药品；
- （五）被保险人酒后驾驶、无有效驾驶证驾驶或驾驶无有效行驶证的机动车；
- （六）被保险人从事高风险运动导致的伤害引起的治疗；
- （七）不孕不育治疗、避孕、节育（含绝育）、子宫体腔内妊娠、产前产后检查、流产、堕胎、分娩（含剖宫产）、变性手术、人体实验、人工生殖，或由前述任一原因导致的并发症，但宫外孕、意外伤害所致的流产或分娩除外；
- （八）椎间盘突出症、特定传染病、地方病；
- （九）整容、整容手术、美容、美容手术、矫形、矫形手术、外科整形手术、变性手术、预防性手术（如预防性阑尾切除），但因意外伤害所致的矫形、矫形手术、外科整形手术除外；

(十) 牙科保健或治疗, 牙齿修复或牙齿整形, 验眼配镜, 视力矫正手术, 但意外伤害所致的牙齿修复或牙齿整形除外;

(十一) 体外或植入的医疗辅助装置或用具(义肢、轮椅、拐杖、助听器、眼镜或隐性眼镜、义眼等)及其安装费用;

(十二) 一般健康检查、疗养、特别护理、康复性治疗、物理治疗、心理咨询、心理治疗或以捐献身体器官为目的的治疗行为;

(十三) 被保险人接受各类医疗鉴定, 包括但不限于医疗事故鉴定、精神病鉴定、孕胎儿性别鉴定、验伤鉴定、亲子鉴定、遗传基因鉴定所发生的费用;

(十四) 被保险人故意犯罪或抗拒依法采取的刑事强制措施;

(十五) 被保险人未遵医嘱, 私自服用、涂用、注射药物;

(十六) 被保险人在投保前罹患的、投保时尚未治愈的既往疾病;

(十七) 任何生物、化学、原子能武器, 原子能或核能装置所造成的爆炸、灼伤、污染或辐射。

**第八条** 被保险人在下列期间遭受伤害发生的医疗费用支出, 保险人也不承担给付保险金责任:

(一) 战争、军事行动、暴动或武装叛乱期间;

(二) 被保险人从事违法、犯罪活动期间或被依法拘留、服刑、在逃期间;

(三) 被保险人从事或参与恐怖活动、邪教组织活动期间;

(四) 被保险人酗酒或受酒精、毒品、管制药品的影响期间;

(五) 被保险人存在精神和行为障碍(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)期间, 如该标准调整, 除另有约定外, 本条款自新标准生效时起适用新标准;

(六) 被保险人患有性传播疾病、艾滋病(AIDS)或感染艾滋病病毒(HIV)期间。

### 保险金额

**第九条** 各项保险责任对应保险金额是保险人承担给付该保险金责任的最高限额。本附加保险合同的各项保险金额由投保人、保险人双方约定, 并在保险合同中载明。

### 保险期间

**第十条** 本附加保险合同的保险期间最长不超过一年, 具体由投保人和保险人协商确定, 并在保险合同中载明。

**第十一条** 本附加保险合同为不保证续保合同。保险期间届满, 投保人需要重新向保险人申请投保, 保险人有权对重新提出的投保申请进行审核, 经保险人同意后, 投保人交纳保险费, 获得新的保险合同。

### 保险金的申请与给付

**第十二条** 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。

1. 保险金给付申请书；
2. 保险合同或保险凭证；
3. 保险金申请人的有效身份证件；
4. 门急诊挂号证明（投保人选择门急诊责任）；

5. 当地基本医保经办机构出具的医疗费用结算证明、医疗机构出具的医疗费用发票原件或复印件(复印件需加盖留存单位章)，医疗机构出具的医疗诊断证明，病历及医疗、医药费单据及各种检查、化验报告等相关资料费用清单；

6. 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；

7. 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。

被保险人经基本医疗保险或公费医疗报销后又通过其他途径获得了部分医疗费用的补偿并无法提供医疗费用原始凭证时，应提供基本医疗保险机构、商业保险机构或其他第三方的医疗费用分割单或医疗费用结算证明，保险人按本附加保险合同承担剩余合理医疗费用的保险责任。

### 其他事项

**第十三条** 发生下列情况之一者，本附加保险合同即行终止：

- （一）主保险合同终止；
- （二）投保人解除本附加保险合同。

### 释义

**第十四条** 主险合同中列明的释义，也适用于本附加保险合同；除另有约定外，本附加保险合同中的下列词语具有如下含义：

1. 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。

2. 门急诊治疗：指被保险人因临床需要，正式办理挂号手续，并确实在医疗机构的门诊或急诊部接受治疗的行为过程。

3. 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综合性或专科医院，且仅包括上述医院的普通部，**但不包括如下机构或医疗服务：**

- （1）特需治疗、外宾医疗、干部病房、联合病房、国际医疗中心、联合医院、VIP 部；
- （2）诊所、康复中心、家庭病床、护理机构；
- （3）休养、戒酒、戒毒中心。

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生及护士驻院提供医疗及护理服务。

4. 住院：指被保险人确因临床需要、经医生诊断必须留院治疗，正式办理入院及出院手续，并确实入住医疗机构正式病房接受治疗的行为过程，且入住医疗机构必须达二十四小时以上且由医疗机构收取病房或床位费用，但住院并不包括门诊观察室、急诊观察室、其他非正式病房、联合病房或挂床住院。

5. 基本医疗保险：指包括城镇职工基本医疗保险、城镇居民基本医疗保险、新型农村合作医疗保险等政府举办的基本医疗保障项目。

6. 必需且合理：指同时符合以下 2 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治疗意外伤害或者疾病所必需的项目；②不超过安全、足量治疗原则的项目；③由医生开具的处方药；④非试验性的、非研究性的项目；⑤与接收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。

7. 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，包括以下运动，以及保险合同载明的其他高风险运动：

蹦极、跳台跳水、跳伞、热气球、滑翔机、滑翔翼、滑翔伞、动力伞的空中运动；

潜水：指使用水肺等需佩戴呼吸装置的水下运动；

攀岩运动：指攀登悬崖/人造悬崖、楼宇外墙、冰崖、冰山的运动；

漂流、快艇、摩托艇、狩猎、探险的运动以及拓展训练；

滑冰、滑雪、滑水、冰球运动；

卡丁车、马术、武术、摔跤、拳击、散打、柔道、空手道、跆拳道运动。

8. 特定传染病：指《中华人民共和国传染病防治法》及有关法规所规定的甲类和乙类传染病发生暴发流行疫情的情况，如国家按规定对甲类和乙类传染病病种进行增加或减少的，则以保险事故发生时所适用的规定为准。

9. 地方病：某种疾病只在一定地区内或人群中不断发生。与特定地区的地质、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。各地地方病种的确定以保险事故发生时当地地方病防治机构的公布为准。

10. 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. 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。

12. 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。

13. 毒品：指中华人民共和国刑法规定的鸦片、海洛因、甲基苯丙胺（冰毒）、吗啡、大麻、可卡因以及国家规定管制的其他能够使人形成瘾癖的麻醉药品和精神药品，但不包括由医生开具并遵医嘱使用的用于治疗疾病但含有毒品成分的处方药品。

14. 既往疾病：指在保险单生效之前被保险人已患有的且已知晓的有关疾病或症状。