

华泰财险个人中高端医疗费用保险条款

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、保险单或其他保险凭证、批单等组成。凡涉及本合同的约定，均采用书面形式。

第二条

投保人提出保险申请，经**保险人**同意承保，本合同成立。

第三条 投保人

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或对被保险人具有保险利益的具有完全民事行为能力的其他人。

第四条 被保险人

符合本合同的约定，初次投保时年龄为 30 天（含）至 60 周岁（含），身体健康，且能正常工作、生活的自然人，可作为本合同的被保险人。

第五条 受益人

除本合同另有约定外，本合同保险金的受益人为被保险人本人。

保险责任

第六条 保险责任

在本保险合同的保险期间内，**保险人**依照本保险合同约定承担下列保险责任：

（一）一般医疗保险金

在本保险合同保险期间内，被保险人因遭受**意外伤害**事故或在**等待期**（具体**等待期**在保险单中载明）后罹患**疾病**，导致其在**医院**接受治疗的，**保险人**对于被保险人因接受前述治疗支付的下述 1-4 类费用，依照本合同的约定承担给付一般医疗保险金的责任：

1. 住院医疗费用

被保险人经**医院**具有相应资质的医生诊断必须**住院**治疗的，被保险人在前述**医院**住院期间发生的应当由被保险人支付的、**必需且合理的住院医疗费用**，包括**床位费、膳食费、护理费、重症监护室床位费、诊疗费、检查检验费、治疗费、药品费、手术费**等。

如果在本保险合同保险期间届满之日，被保险人仍未结束**本次住院**治疗的，**保险人**继续承担自本保险合同保险期间届满之日后 30 日内因**本次住院**治疗发生的住院医疗费用，但**保险人**对于本项住院医疗费用的累计给付之和以本保险合同约定的一般医疗保险金的**保险金额**为限。

2. 特殊门诊医疗费用

被保险人经**医院**具有相应资质的医生诊断接受特殊门诊（**不含特需门诊**）治疗的，被保险人在前述特殊门诊治疗期间发生的应当由被保险人支付的、必需且合理的特殊门诊医疗费用，包括：

（1）门诊肾透析费；

（2）门诊恶性肿瘤治疗费，包括化学疗法、放射疗法、肿瘤免疫疗法、肿瘤内分泌疗

法、肿瘤靶向疗法的治疗费用；

（3）器官移植后的门诊抗排异治疗费。

3. 门诊手术医疗费用

指被保险人经医院具有相应资质的医生诊断必须接受门诊手术治疗时，被保险人在前述医院接受门诊手术治疗期间发生的应当由被保险人支付的、必需且合理的门诊手术费用。

4. 住院前后门急诊医疗费用

指被保险人经医院具有相应资质的医生诊断必须接受住院治疗，在住院前7日（含住院当日）和出院后30日（含出院当日）内，因与本次住院相同原因而接受门急诊治疗时，被保险人在前述医院接受门急诊治疗期间发生的应当由被保险人支付的、必需且合理的门急诊医疗费用（但不包括本条第（一）款第2、第3项约定的特殊门诊医疗费用和门诊手术医疗费用）。

对于以上四类费用，保险人在扣除约定的免赔额后，依照约定的给付比例进行赔付。保险人对于在一般医疗保险金项下四类费用的累计给付之和以本保险合同约定的一般医疗保险金的保险金额为限，当保险人在本项下四类费用的累计给付金额达到一般医疗保险金的保险金额时，保险人对被保险人在一般医疗保险金项下的保险责任终止。

（二）恶性肿瘤医疗保险金

在本保险合同保险期间内，被保险人在等待期（具体等待期在保险单中载明）后因初次确诊罹患恶性肿瘤，在医院接受治疗的，保险人首先按照本保险合同第六条第（一）款的约定承担给付一般医疗保险金的保险责任，当保险人累计给付金额达到一般医疗保险金的保险金额后，保险人针对被保险人剩余的医疗费用，再对下述1-4类费用，按照本合同的约定承担给付恶性肿瘤医疗保险金的责任：

1. 恶性肿瘤住院医疗费用

被保险人经医院具有相应资质的医生诊断必须住院治疗的，被保险人在前述医院住院期间发生的应当由被保险人支付的、必需且合理的住院医疗费用，包括床位费、膳食费、护理费、重症监护室床位费、诊疗费、检查检验费、治疗费、药品费、手术费等。

如果在本保险合同保险期间届满之日，被保险人仍未结束本次住院治疗的，保险人继续承担自本保险合同保险期间届满之日后30日内因本次住院治疗发生的住院医疗费用，但保险人对于本项住院医疗费用的累计给付之和以本保险合同约定的恶性肿瘤医疗保险金的保险金额为限。

2. 恶性肿瘤特殊门诊医疗费用

被保险人经医院具有相应资质的医生诊断接受特殊门诊（不含特需门诊）治疗的，被保险人在前述特殊门诊治疗期间发生的应当由被保险人支付的、必需且合理的特殊门诊医疗费用，包括化学疗法、放射疗法、肿瘤免疫疗法、肿瘤内分泌疗法、肿瘤靶向疗法治疗费用。

3. 恶性肿瘤门诊手术医疗费用

指被保险人经医院具有相应资质的医生诊断必须接受门诊手术治疗时，被保险人在前述医院接受门诊手术治疗期间发生的应当由被保险人支付的、必需且合理的治疗恶性肿瘤

门诊手术费用。

4. 恶性肿瘤住院前后门急诊医疗费用

指被保险人经医院具有相应资质的医生诊断罹患**恶性肿瘤**必须接受住院治疗，在住院前7日（含住院当日）和出院后30日（含出院当日）内，因与**本次住院**相同原因而接受**恶性肿瘤**门急诊治疗时，被保险人在前述医院接受门急诊治疗期间发生的应当由被保险人支付的、必需且合理的治疗**恶性肿瘤**门急诊医疗费用（但不包括本条所第（二）款第2、第3项约定的**恶性肿瘤**特殊门诊医疗费用和**恶性肿瘤**门诊手术医疗费用）。

对于以上四类费用，保险人依照约定的给付比例进行赔付。保险人在本恶性肿瘤医疗保险金项下四类费用的累计给付之和以本合同约定的恶性肿瘤医疗保险金的保险金额为限，当保险人在本项下四类费用的累计给付金额达到本项恶性肿瘤医疗保险金的保险金额时，保险人对被保险人在恶性肿瘤医疗保险金项下的保险责任终止。

免赔额和补偿原则

第七条 免赔额

免赔额由投保人与保险人在订立本合同时协商确定，并在保险单中载明。

本合同中所指免赔额均为年免赔额，指在本合同保险期间内，应由被保险人自行承担，本合同不予赔付的部分。在保险期间内，一般医疗保险金和**恶性肿瘤**医疗保险金共用同一个免赔额。被保险人从其他途径已获得的医疗费用补偿可用于抵扣免赔额，但通过**社会医疗保险**和**公费医疗保险**获得的补偿，不可用于抵扣免赔额。

若被保险人在**等待期**后经医院初次确诊罹患**恶性肿瘤**且在医院接受住院治疗的，对于自确诊**恶性肿瘤**之日起所发生的符合本合同约定的全部医疗费用，保险人在给付保险金时，不再扣除免赔额。

投保人连续投保本合同的，若被保险人在以往保险期间内已确诊罹患**恶性肿瘤**且接受住院治疗的，对于本合同保险期间内发生的符合本合同约定的**恶性肿瘤**医疗费用，保险人在给付保险金时，不再扣除免赔额。

第八条 补偿原则和赔付标准

（一）本保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**社会医疗保险**、**公费医疗**、**工作单位**、其他保险人在内的任何商业保险机构等）获得医疗费用补偿，保险人仅对被保险人实际支付的医疗费用扣除其从其他途径已获得医疗费用补偿后的余额按照本合同的约定进行赔付。社保卡的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。

（二）若被保险人以有**社会医疗保险**身份参保，但未以参加**社会医疗保险**身份就诊并结算的，保险人根据保险单上单独约定的给付比例进行赔付。

责任免除

第九条 责任免除

任何在下列期间发生的或因下列情形之一导致被保险人支出医疗费用的，保险人不承担保险金给付责任：

（一）投保人对被保险人的故意杀害或故意伤害；

- （二）被保险人故意犯罪、抗拒依法采取的刑事强制措施；被政府依法拘禁或入狱期间；
- （三）被保险人自杀，但被保险人自杀时为无民事行为能力人的除外；
- （四）被保险人故意自伤或因被保险人挑衅或故意行为而导致的打斗、被袭击、被谋杀；
- （五）被保险人酒后驾驶、无有效驾驶证驾驶或者驾驶无有效行驶证的机动车工具；
- （六）被保险人醉酒，服用、吸食或注射毒品，或未遵医嘱，擅自服用、涂用、注射药物；
- （七）被保险人在初次投保或非连续投保前所患既往症；等待期内出现的疾病、症状或体征；等待期内接受检查但在等待期后确诊的疾病；
- （八）被保险人在非本合同约定的医院就诊发生的医疗费用；
- （九）被保险人在初次投保或非连续性投保的合同起保之日起一百二十天内接受扁桃腺、甲状腺、疝气、女性生殖系统疾病的检查与治疗；
- （十）被保险人患精神性疾病（依据世界卫生组织《疾病和有关健康问题的国际统计分类》（ICD10）分类为精神和行为障碍的疾病）；
- （十一）整形手术、美容或整容手术、变性手术及前述手术的并发症或因前述手术导致的医疗事故；
- （十二）被保险人患遗传性疾病，先天性畸形、变形或染色体异常（依据世界卫生组织《疾病和有关健康问题的国际统计分类》（ICD10））；
- （十三）被保险人怀孕（含宫外孕）、流产、分娩（含剖腹产）、避孕、绝育手术、治疗不孕不育症、人工受孕及由此导致的并发症；
- （十四）牙科疾病及相关治疗，视力矫正手术，但因意外所致的不受此限；
- （十五）被保险人因预防、康复、保健性或非疾病治疗类项目发生的医疗费用；眼镜、义齿、义眼、义肢、助听器等康复性器具；包皮环切术、包皮剥离术、包皮气囊扩张术、性功能障碍治疗；
- （十六）被保险人从事职业运动或可获得报酬的运动或竞技，在训练或比赛中受伤；被保险人从事或参加高风险运动，如：潜水、滑水、冲浪、赛艇、漂流、跳伞或其他高空运动、蹦极、乘坐或驾驶商业民航班机以外的飞行器、攀岩、攀登海拔 3500 米以上的独立山峰、滑雪、武术、摔跤、马术、赛马、赛车、特技表演（含训练）、替身表演（含训练）、脱险表演（含训练）、探险或考察活动（洞穴、极地、沙漠、火山、冰川等）；
- （十七）被保险人感染艾滋病病毒或患艾滋病；
- （十八）战争、军事行动、暴乱或者武装叛乱；
- （十九）核爆炸、核辐射或者核污染。

保险金额

第十条 保险金额

保险金额是保险人承担给付保险金责任的最高限额。

本保险合同的一般医疗保险金额和**恶性肿瘤**医疗保险金额由投保人、**保险人**双方约定，并在保险单中载明。

保险金额一经确定，保险期间内不能进行变更。

保险期间

第十一条 保险期间

除双方另有约定外，本保险合同保险期间为一年，以保险单载明的起讫时间为准。

保险人的权利和义务

第十二条 连续投保

本保险合同保险期间届满前 30 日内，投保人可为同一被保险人向**保险人**申请连续投保本保险合同。上述投保人为同一被保险人连续投保本保险合同的续保合同不计算**等待期**。

本合同为非保证续保合同。投保人为同一被保险人提出连续投保申请时**保险人**有权根据该被保险人的年龄、医疗费用水平变化、本险种整体经营状况调整该被保险人在连续投保时对应的费率。费率调整适用于本险种的所有被保险人或同一投保年龄段的所有被保险人，**保险人**不会因为某一被保险人的健康状况变化或历史理赔情况而单独调整该被保险人的连续投保费率。在投保人接受费率调整的前提下，**保险人**方可为投保人办理连续投保手续。

如被保险人超过 80 周岁或本保险合同统一停售，**保险人**不再接受投保人连续投保申请。

本保险合同保险期间届满后 15 日内，经投保人申请，**保险人**签发保单，视同为连续投保。续保合同具体的生效日以**保险人**另行签发的保险单/批单/批记载明的日期为准。本保险合同保险期间届满后 15 日内投保人未缴纳连续投保保费的，投保人需重新申请投保，经**保险人**审核同意后签发保单，且前述重新申请投保需重新计算等待期及免赔额。

第十三条 提示和说明

订立本合同时，**保险人**应向投保人说明本合同的内容。对本合同中免除**保险人**责任的条款，**保险人**在订立合同时应当在投保单、保险单或其他保险凭证上做出足以引起投保人注意的提示，并对该条款的内容以书面或口头形式向投保人做出明确说明；未作提示或者明确说明的，该条款不产生效力。

第十四条 保险单和保险凭证

本合同成立后，**保险人**将向投保人签发保险单或其他保险凭证。

投保人、被保险人义务

第十五条 缴费义务

除另有约定外，投保人应当在本合同成立时一次性缴清保险费。

对保险费缴清前发生的**保险事故**，**保险人**不承担**保险责任**。

第十六条 如实告知

投保人应如实填写投保单并回答**保险人**提出的询问，履行如实告知义务。

投保人应在订立保险合同时如实告知被保险人是否享有社会基本医疗保险、农村合作

医疗保险、公费医疗保险或其他商业医疗保险。

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

前款规定的合同解除权，自**保险人**知道有解除事由之日起，超过三十日不行使而消灭。

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，不承担给付保险金的责任，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，不承担给付保险金的责任，但应当退还保险费。

保险人在合同订立时已经知道投保人未如实告知的情况的，保险人不得解除合同；发生保险事故的，保险人应当承担给付保险金的责任。

第十七条 住址或通讯地址变更告知义务

投保人住所或通讯地址变更时，应及时以书面形式通知**保险人**。投保人未通知的，**保险人**按本合同所载的最后住所或通讯地址发送的有关通知，均视为已送达给投保人。

第十八条 变更批注

在保险期间内，投保人需变更保险合同内容的，应以书面形式向**保险人**提出申请。**保险人**同意后出具批单，并在本合同中批注，保险合同的变更自**保险人**出具批单之日起生效。

第十九条 职业或工种的变更

被保险人变更其职业或工种时，投保人应于三十日内以书面形式通知**保险人**。若被**保险人**所变更的职业或者工种依照**保险人**职业分类在拒保范围内的，**保险人**对该被保险人所负保险责任自其职业或工种变更之日起终止，并按日计算退还未满期净保险费，本合同终止。发生保险事故的，**保险人**不承担给付保险金的责任。

被保险人所变更的职业或工种依照**保险人**职业分类在承保范围内的，依照**保险人**职业分类其危险程度增加而未依前项约定通知而发生保险事故的，**保险人**按其原收保险费与应收保险费的比例计算并给付保险金。

第二十条 年龄的确定及错误的处理

被保险人的投保年龄，以法定身份证件登记的**周岁**年龄为准，本合同所承保的被保险人的投保年龄必须符合年龄要求。投保人在申请投保时，应按被保险人的**周岁**年龄填写。若发生错误，**保险人**按照以下规定处理：

（一）投保人申报的被保险人年龄不真实，且真实年龄不符合本合同约定的年龄限制的，**保险人**有权解除本合同，并向投保人退还未满期净保险费。

（二）投保人申报的被保险人年龄不真实，导致投保人实付保险费少于应付保险费的，**保险人**有权更正并要求投保人补交保险费，或在给付保险金时按照实付保险费与应付保险费的比例支付。

（三）投保人申报的被保险人年龄不真实，导致投保人支付保险费多于应付保险费的，**保险人**应将多收的保险费无息退还投保人。

第二十一条 保险事故通知义务

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**，并书面说明事故发生的原因、经过和损失情况。**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。**

上述约定，不包括因**不可抗力**而导致的迟延。

保险金申请与给付

第二十二条 保险金的申请

保险金申请人向**保险人**申请给付保险金时，应提供如下材料：

- （一）保险金给付申请书
- （二）保险合同凭证
- （三）申请人的有效身份证件
- （四）支持索赔的全部账单、证明、信息和证据，包括但不限于**医院**出具的病历资料、医学诊断书、处方、病理检查、化验检查报告、医疗费用原始单据、费用明细单据等。保险金申请人因特殊原因不能提供上述材料的，应提供其它合法有效的材料。
- （五）申请人所能提供的其他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。
- （六）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。

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。

在**保险人**的理赔审核过程中，**保险人**有权在合理的范围内对索赔的被保险人进行医疗检查。此外，**保险人**应有权在法律允许情况下，要求尸检。此类检验费用由**保险人**承担。在拒赔的情形下，**保险人**将承担因投保人提供索赔要求所必需的证明、收据、信息和证据而产生的费用。

第二十三条 保险金的给付

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

保险人应当将核定结果及时通知被保险人。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**依照前款约定做出核定后，对不属于保险责任的，应当自做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。**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，支付相应的差额。

保险人认为被保险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、被保险人补充提供。

保险合同的解除、终止和争议处理

第二十四条 合同的自动终止

发生下列情形时，本合同自动终止：

- （一）保险合同期满；
- （二）被保险人死亡；
- （三）被保险人不再满足本合同的投保资格要求，但被保险人在保险期间起始日满足年龄要求要求的，在保险期间内保险责任不因其年龄的改变而自动终止。

第二十五条 合同的解除

在本合同成立后，投保人可以通过书面形式通知**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）保险合同凭据；
- （三）保险费交付凭证；
- （四）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日次日零时起，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 日内退还未满期净保险费。

第二十六条 合同的争议处理

因履行本保险合同发生的争议，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且争议发生后未达成仲裁协议的，依法向保险人所在地人民法院起诉。**

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）。

第二十七条 诉讼时效期间

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。

释义

一、保险人：

指华泰财产保险有限公司

二、意外伤害：

指以外来的、突发的、非本意的和非**疾病**的客观事件为直接且单独的原因致使身体受到的伤害。**自然死亡、疾病身故、猝死、自杀以及自伤均不属于意外伤害。**

三、等待期：

指自本合同生效日起计算的一段时间，具体天数由**保险人**和投保人在投保时约定并在保险合同上载明。**在等待期内发生疾病保险事故的，保险人不承担给付保险金的责任。在等待期内发生意外伤害事故的，保险人依保险合同承担给付保险金的责任。**

四、疾病：

是指本合同签发之日起，经**等待期**（续保不受此限）后被保险人所患**疾病或症状**，但不包括本合同生效前、等待期内已接受或曾被医生建议需采取**诊疗措施**的任何疾病或症状。

五、医院：

是指经中华人民共和国境内（不含港、澳、台地区）卫生部门审核认定的二级或以上的**综合性或专科医院**或**保险人**认可的**医疗机构**，且仅限于上述**医院**的**普通部**，**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。**

该**医院**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。

六、住院：

是指被保险人因**意外伤害或疾病**而入住**医院**之正式病房接受全日 24 小时监护治疗的过程，并正式办理入出院手续。但不包括下列情况：

- 1、**被保险人在医院的（门）急诊观察室、家庭病床（房）入住；**
- 2、**被保险人在特需病房、外宾病房或其它不属于社会医疗保险范畴的高等级病房入住；**
- 3、**被保险人入住康复科、康复病床或接受康复治疗；**
- 4、**被保险人住院期间一天内未接受与入院诊断相关的检查和治疗，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；**
- 5、**被保险人住院体检；**
- 6、**挂床住院及其他不合理的住院。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。**

七、必需且合理的住院医疗费用：

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。

八、床位费：

指被保险人使用的**医院**床位的费用。

九、膳食费：

指实际发生的、由**医院**提供的合理的、符合惯常标准的膳食费用，**但不包括购买的个人用品的费用。**

十、护理费：

指根据医嘱所示的护理等级确定的护理费用。

十一、检查检验费：

指实际发生的、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，包括诊查费、妇检费、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、便常规检验费等医疗检验费用。

十二、治疗费：

指以**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、理疗费、输血费、输氧费、体外反搏费等。

十三、药品费：

指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，以及下列中药类药品：**

(1) 主要起营养滋补作用的单方、复方中药或中成药品，如花旗参，冬虫草，白糖参，朝鲜红参，玳瑁，蛤蚧，珊瑚，狗宝，红参，琥珀，灵芝，羚羊角尖粉，马宝，玛瑙，牛黄，麝香，西红花，血竭，燕窝，野山参，移山参，珍珠（粉），紫河车，阿胶，阿胶珠，血宝胶囊，红桃 K 口服液，十全大补丸，十全大补膏等；

(2) 部分可以入药的动物及动物脏器，如鹿茸，海马，胎盘，鞭，尾，筋，骨等；

(3) 用中药材和中药饮片炮制的各类酒制剂等。

十四、手术费：

指当地卫生行政部门规定的手术项目的费用。包括手术室费、麻醉费、手术监测费、手术材料费、术中用药费、手术设备费；若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。**

十五、恶性肿瘤：

指恶性细胞不受控制的进行性增长和扩散，浸润和破坏周围正常组织，可以经血管、淋巴管和体腔扩散转移到身体其它部位的**疾病**。经病理学检查结果明确诊断，临床诊断属于世界卫生组织《疾病和有关健康问题的国际统计分类》（ICD-10）的恶性肿瘤范畴，**其中不包含：**

(1) 原位癌；

(2) 相当于 Binet 分期方案 A 期程度的慢性淋巴细胞白血病；

- (3) 相当于 Ann Arbor 分期方案 I 期程度的何杰金氏病；
- (4) 皮肤癌（不包括恶性黑色素瘤及已发生转移的皮肤癌）；
- (5) TNM 分期为 T1N0M0 期或者更轻分期的前列腺癌；
- (6) 感染艾滋病病毒或罹患艾滋病期间所罹患恶性肿瘤。

十六、化学疗法：

指对于**恶性肿瘤**的化学治疗。化疗是使用医学界公认的化疗药物以杀死癌细胞、抑制癌细胞生长繁殖为目的而进行的治疗。本合同所指的化疗为被保险人根据医嘱，在**医院**进行的静脉注射化疗。

十七、放射疗法：

指对**恶性肿瘤**的放射治疗。放疗是使用各种不同能量的射线照射肿瘤组织，以抑制和杀灭癌细胞为目的而进行的治疗。本合同所指的放疗为被保险人根据医嘱，在**医院**的专门科室进行的放疗。

十八、肿瘤免疫疗法：

指应用免疫学原理和方法，使用肿瘤免疫治疗药物提高肿瘤细胞的免疫原性和对效应细胞杀伤的敏感性，激发和增强机体抗肿瘤免疫应答，并应用免疫细胞和效应分子输注宿主体内，协同机体免疫系统杀伤肿瘤、抑制肿瘤生长。本合同所指的肿瘤免疫治疗药物需符合法律、法规要求并经过国家食品药品监督管理局批准用于临床治疗。

十九、肿瘤内分泌疗法：

指对于**恶性肿瘤**的内分泌疗法，用药物抑制激素生成和激素反应，杀死癌细胞或抑制癌细胞的生长。本合同所指的内分泌治疗药物需符合法律、法规要求并经过国家食品药品监督管理局批准用于临床治疗。

二十、肿瘤靶向疗法：

指在细胞分子水平上，针对已经明确的致癌点来设计相应的靶向治疗药物，利用具有一定特异性的载体，将药物或其他杀伤肿瘤细胞的活性物质选择性地运送到肿瘤部位攻击癌细胞的疗法。本合同所指的靶向治疗药物需符合法律、法规要求并经过国家食品药品监督管理局批准用于临床治疗。

二十一、无有效驾驶证驾驶：

被保险人存在下列情形之一者：

1. 无驾驶证或驾驶证有效期已届满；
2. 驾驶的机动车与驾驶证载明的准驾车型不符；
3. 实习期内驾驶公共汽车、营运客车或者载有爆炸物品、易燃易爆化学物品、剧毒或者放射性等危险物品的机动车，实习期内驾驶的机动车牵引挂车；
4. 持未按规定审验的驾驶证，以及在暂扣、扣留、吊销、注销驾驶证期间驾驶机动车；
5. 使用各种专用机械车、特种车的人员无国家有关部门核发的有效操作证，驾驶营业性客车的驾驶人无国家有关部门核发的有效资格证书；
6. 依照法律法规或公安机关交通管理部门有关规定不允许驾驶机动车的其他情况下驾车。

二十二、**无有效行驶证**：指下列情形之一：

- 1.机动车被依法注销登记的；
- 2.无公安机关交通管理部门核发的行驶证、号牌，或临时号牌或临时移动证的机动车辆；
- 3.未在规定检验期限内进行机动车安全技术检验或检验未通过的机动车辆。未依法按时进行或通过机动车安全技术检验。

二十三、**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**。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，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。

二十四、**症状**

指被保险人病后对机体生理功能异常的自身体验和感觉。

二十五、**体征**

指被保险人的体表或内部结构发生可以察觉的改变。

二十六、**潜水**：

指以辅助呼吸器材在江、河、湖、海、水库、运河等水域进行的水下运动或作业。

二十七、**攀岩**：

指攀登悬崖、楼宇外墙、人造悬崖、冰崖、冰山等运动。

二十八、**武术**：

指两人或者两人以上对抗性柔道、空手道、跆拳道、散打、拳击等各种拳术及各种使用器械的对抗性比赛。

二十九、**特技表演**：

指从事马术、杂技、驯兽等表演。

三十、**探险**：

指明知在某种特定的自然条件下有失去生命或使身体受到伤害的危险，而故意使自己置身其中的行为，如江河漂流、徒步穿越沙漠或者人迹罕至的原始森林等活动。

三十一、**艾滋病病毒或患艾滋病**：

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；同时出现了明显临床**症状**或**体征**的，为患艾滋病。

三十二、**周岁**：

以法定身份证明文件中记载的出生日期为基础计算的实足年龄。

三十三、**未满期净保险费**：

除另有约定外，**未满期净保险费**=保险费×[1-(保险单已经过天数/保险期间天数)] × (1-退保手续费率)。经过天数不足一天的按一天计算。退保手续费率由**保险人**和投保人在

投保时约定，并在保险单上载明。

三十四、不可抗力：

指不能预见、不能避免并不能克服的客观情况。

三十五、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。

三十六、本次住院：

因**意外伤害**或**疾病**而入住**医院**之正式病房接受全日 24 小时监护治疗，自正式入院日起至正式出院日止期间。

华泰财产保险有限公司
附加意外伤害住院津贴保险条款

附加保险合同订立

第一条

本附加保险条款（以下简称“本附加条款”）须附加于保险合同列明的保险人主险条款使用。

保险责任

第二条

在本附加条款保险期间内，保险人承担下列保险责任：

被保险人因遭受意外伤害事故，并自事故发生之日起一百八十日内（含第一百八十日）因该次意外伤害事故为直接原因并经认可的医疗机构诊断必须住院治疗，保险人对每次住院天数超过三天的，从第四天起，按照保险合同中列明的每日意外住院津贴金额与实际住院天数（从第四天起算，不包括前三天）的乘积向被保险人给付意外住院津贴，但同一次住院给付天数不超过九十天，在保险期间内累计给付天数不超过一百八十天。

责任免除

第三条

（一）因下列情形之一，直接或间接导致被保险人住院治疗的，保险人不承担赔偿责任：

1. 被保险人身患疾病而住院；

2. 被保险人因流产、堕胎、分娩、不孕症、避孕或绝育手术、变性手术、人体试验和人工生殖，及由此而引起的并发症而住院；

3. 被保险人因健康护理（含体检、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征证明其不健康及以捐献身体器官为目的的医疗行为导致的住院；

4. 以矫形、整容、美容、心理咨询、器官移植、角膜屈光成形手术或修复为目的的住院；

5. 被保险人在非认可的医疗机构治疗；

6. 被保险人未经保险人同意的转院治疗；被保险人在家自设病床治疗；

7. 主险约定的责任免除事项直接或间接导致的住院。

（二）其它在保险单或保险凭证中载明的责任免除事项。

受益人

第四条

除另有约定外，本附加条款保险金的受益人为被保险人本人。

保险事故通知

第五条

投保人或被保险人或受益人应于被保险人入院之日起五日内或经保险人书面同意延长的期限内通知保险人。

被保险人应在认可的医疗机构就诊，若因急诊未在认可的医疗机构就诊的，应在三日内通知保险人，并根据病情及时转入认可的医疗机构。若确需转入非认可的医疗机构就诊的，应向保险人提出书面申请，保险人在接到申请后三日内给予答复，对于保险人同意在非认可的医疗机构就诊的，对被保险人在非认可的医疗机构发生的住院医疗费用按本条款规定给付保险金。

保险金申请

第六条

（一）意外伤害住院津贴保险金的申请

保险金申请人凭下列证明文件、资料原件向保险人申请给付保险金：

- 1、保险金给付申请书；
- 2、保险单或保险凭证原件；
- 3、被保险人的户籍证明或身份证明；
- 4、保险金申请人的户籍证明或身份证明；

5、二级或二级以上公立医院或保险人其它认可的医疗机构出具的入院证明、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、结算明细表和处方正本及医疗记录、住院证明正本；

6、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；

（二）被保险人的继承人作为索赔申请人索赔时，需提供公证机构出具的证明其具备保险金请求权及所享份额等事宜的公证文件；

（三）如索赔申请人委托他人申领保险金，还须提供授权委托书及受托人的身份证明和资料。

（四）境外出险申请

境外出险除须按照本条前三款约定提供相应索赔申请文件外，凡由境外机构或人员出具的文件必须经境外出险地合法公证机构对文件的有效性及其真实性进行公证，或经中国驻当地所在国使领馆认可。

本附加条款效力终止

第七条

以下任何一种情况发生时，本附加条款效力终止，保险人不再承担给付保险金的责任：

- 1、投保人解除本附加条款；
- 2、主险合同解除、终止效力或期满；
- 3、本附加条款因其他条款或合同所列情况而终止。

主险合同无效，本附加条款亦自始无效。

其他条款的适用

第八条

本附加条款与主险条款不一致之处，以本附加条款为准；本附加条款未尽之处，以主险条款为准。

释义

1. 认可的医疗机构

在中国境内（不包括香港、澳门、台湾）是指经中华人民共和国卫生部门评审确定的二级或以上的公立医院或投保人与保险人协商共同指定的医院或医疗机构。意外伤害急救不受此限，但经急救情况稳定后，须根据病情及时转入前述指定或认可的医疗机构治疗。

在中国境外（包括港、澳、台）是指保险人认可的根据所在国家法律规定合法成立、

运营并符合以下标准的医疗机构：

- 1) 主要运营目的是以住院病人形式提供接待患病、受伤的人并为其提供医疗护理和治疗，
- 2) 在一名或若干医生的指导下为病人治疗，其中最少有一名合法执业资格的驻院医生驻诊，
- 3) 维持足够妥善的设备为病人提供医学诊断和治疗，并于机构内或由其管理的其他地方提供进行各种手术的设备，
- 4) 有合法执业的护士提供和指导二十四小时的全职护理服务。

本附加条款中所指医院不包括以下或类似的医疗机构：

- 1) 精神病院；
- 2) 老人院、疗养院、戒毒中心和戒酒中心；
- 3) 健康中心或天然治疗所、疗养或康复院。

2. 住院

指被保险人因遭受意外伤害，经医生根据临床诊断，必须入住医院之正式病房进行治疗，正式办理入出院手续且连续住院二十四小时以上，但不包括入住门诊观察室、家庭病床、其它挂床住院及不合理的住院。如被保险人因非医疗目的自行离开病房 12 小时（含）以上，视为自动出院。

挂床住院指被保险人住院过程中一日内未接受与入院诊断相关的检查和治疗，或一日内住院不满二十四小时，遵医嘱到外院接受临时诊疗的除外。

3. 同一次住院

指被保险人因同一意外伤害事故及其引发的并发症而间歇性入住医院，前次出院与后次入院日期相隔未达九十日，则视为同一次住院。

4. 实际住院天数

指被保险人在医院住院部病房内实际的住院治疗日数。住院满二十四小时为一日，但不含被保险人在住院治疗期间擅自离院期间的日数。

本附加条款的未解释名词，均以主险的名词解释为准。