

京东安联财产保险有限公司
附加疾病住院医疗费用补偿保险条款（2021版）
（京东安联）（备-医疗保险）【2021】（附）038号

1. 附加保险合同订立 本附加保险合同（以下简称“本附加合同”）须附加于保险人主保险合同使用。除另有约定外，本附加合同的保险金受益人为被保险人本人。
2. 保险责任 保险期间，若被保险人在等待期（见释义 10.1）后首次发病（见释义 10.2）且罹患疾病，经保险人认可的医疗机构（见释义 10.3）诊断此疾病必须住院（见释义 10.4）治疗的，保险人对于被保险人在符合本附加合同约定医疗机构产生的需个人支付的、必需且合理的（见释义 10.5）住院医疗费用，在扣除本保险单载明的免赔额后，依照约定的比例补偿住院医疗费用。
- 保险人对疾病住院医疗费用的累积补偿之和以本附加合同约定的疾病住院医疗费用保险金额为限，当保险人全年累积补偿金额达到本项保险金额时，保险人对被保险人在本疾病住院医疗保险金项下的保险责任终止。
- 保险金额、免赔额和赔付比例，由双方约定，并载于保险单。
3. 补偿原则和标准 本附加合同适用医疗费用补偿原则。
- 1) 若被保险人投保时已参加社会医疗保险或其它商业保险，以参加社会医疗保险身份就诊并结算的，且从其他途径（包括社会医疗保险、公费医疗、工作单位、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并扣除约定的免赔额后，依照约定的给付比例赔付。社保卡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。
- 2) 若被保险人投保时未参加社会医疗保险或其它商业保险，或被保险人以参加社会医疗保险身份投保，但未以参加社会医疗保险身份就诊并结算的，保险人对被保险人实际发生的医疗费用，在扣除约定的免赔额后，依照约定的给付比例赔付。
- 3) 若保险人对具体疾病赔付有特别约定的，则对于被保险人实际发生的医疗费用，保险人按照保险单上载明的特别约定进行给付。
4. 责任免除 主保险合同中所有责任免除条款（如适用）除第一部分第 5) 条和第 9) 条以外，均适用于本附加合同，若主保险合同中责任免除条款与本附加合同有相抵触之处，则应以本附加合同为准。
- 一、任何因下列情形之一导致被保险人支出住院医疗费用的，或具备下列情形/行为的，保险人不承担补偿保险金责任：
- 1) 投保人或被保险人的故意行为；或无论被保险人当时神志是否清醒，被保险人自致伤害或自杀（自伤或自杀时被保险人为无民事行为能力人除外）；
 - 2) 被保险人任何因整容、整形手术、内外科手术或其他医疗行为导致的伤害；
 - 3) 被保险人患遗传性疾病，先天性畸形、先天性疾病、变形或染色体异常（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）；
 - 4) 被保险人在初次投保或非连续投保前所患的既往病症（见释义 10.6）及其并发症；
 - 5) 初次投保或非连续投保前被保险人已经患有的未如实告知的疾病或症状；
 - 6) 精神病、精神分裂症、心理疾病、性病等的治疗和康复所产生的费用；
 - 7) 被保险人在不符合本附加合同约定的医疗机构就诊发生的医疗费用；
 - 8) 被保险人因职业病（见释义 10.7）产生的医疗费用；
 - 9) 被保险人进行各种车辆表演、车辆竞赛；
 - 10) 整形手术、美容、变性手术、矫形、视力矫正手术、屈光不正、牙科治疗、牙齿修复；
 - 11) 眼镜、义齿、义眼、义肢、助听器等康复性器具及所有非处方医疗器械（本附加合同约定医疗机构医生认为治疗必不可少的不在此限）。
 - 12) 被保险人怀孕（含宫外孕）、流产（含任何原因所导致的流产和人工流产）、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；
 - 13) 被保险人罹患艾滋病（AIDS）或感染艾滋病病毒（HIV）期间（上述定义，应按世界卫生组织所订的定义为准。若在被保险人的血液样本中发现上述病毒或其抗体，则认定病人已受该病毒感染）；
 - 14) 被保险人因预防、康复、保健型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；
 - 15) 被保险人接受实验性治疗，即未经科学或医学认可的医疗；

- 16) 未被治疗所在地权威部门批准的治疗, 未获得治疗所在地政府许可或批准的药品或药物;
- 17) 无医生处方药且在非医院范围内产生的药物费用或医疗费用;
- 18) 滋补类中草药及其泡制的各类酒制剂;
- 19) 医生开具的超过 30 天部分的药品费用;
- 20) 非住院期间产生的医疗费用;
- 21) 任何脊椎疾病(包括但不限于各种颈椎病、腰椎间盘突出/膨出/移位/滑脱)治疗产生的医疗费用;
- 22) 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(从医院确定出院之日起发生的一切医疗费用)。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。但遵医嘱到外院接受临时治疗的除外。
- 23) 在医院的(门)急诊观察室、家庭病床(房)入住;
- 24) 在特需病房、外宾病房、干部病房、联合病房、国际医疗中心、VIP 部或其他不属于社会医疗保险范畴的高等级病房入住;
- 25) 在康复科、康复病床或接受康复治疗入住; 或在健康中心或天然治疗所、疗养或康复院入住。
- 26) 在联合医院、诊所、精神病院、老人院、疗养院、戒毒中心和戒酒中心入住;
- 27) 被保险人住院体检;
- 28) 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;
- 29) 等待期内罹患的疾病或等待期内接受检查但在等待期后确诊的疾病。

二、被保险人在下列期间发生的住院医疗费用, 保险人也不承担给付保险金责任:

- 1) 被保险人酒后驾驶、无合法有效驾驶证驾驶、或驾驶无合法有效行驶证的机动车期间;
- 2) 被保险人醉酒或服用、吸食、注射毒品、管制药品的影响期间;
- 3) 被保险人无有效操作证操作施工设备期间。

5. 保险期间

除另有约定外, 本附加合同的“保险期间”同主保险合同一致。

被保险人因本附加合同所约定疾病在医院接受住院治疗, 且在合同终止日治疗仍未结束的, 对于该次住院延续至本附加合同终止日次日起30日内发生的住院医疗费用, 保险人仍在本附加合同的保险责任范围内承担给付保险金的责任; 对于该次住院延续至本附加合同终止日次日起30日后发生的住院医疗费用, 保险人不再承担给付保险金的责任。

6. 保险金申请

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有关材料。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) 被保险人完整填写的索赔申请表并签名确认;
 - 2) 被保险人的身份证复印件;
 - 3) 监护人的身份证复印件及与被保险人的关系证明复印件(未成年人适用);
 - 4) 既往体检报告或医疗检查结果原件;
 - 5) 本次医疗资料原件, 如住院病历、医疗费用发票、费用清单、诊断证明、检查检验单据、社会医疗保险结算单、第三方保险公司结算单等;
 - 6) 其它与本项索赔有关的证明文件;
 - 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;
- 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须的证明、收据、信息和证据而产生的费用。

7. 不保证续保

本附加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公司申请投保本产品, 并经保险人同意, 交纳保险费, 获得新的保险合同。

8. 本附加合同效力终止

本附加合同所附属的主保险合同效力终止, 本附加合同效力即行终止。主保险合同无效, 本附加合同亦无效。

9. 其他条款的适用

本附加合同与主保险合同不一致之处, 以本附加合同为准; 本附加合同未尽之处, 以主保险合同为准。

10. 释义

10.1 等待期

等待期又称观察期或免责期, 以保险单约定时间为准。等待期自本保险合同生效之日起计算, 在等待期内发生保险事故的, 保险人不承担补偿保险金的责任。

- 10.2 发病** 指被保险人出现的各种疾病的前兆或异常的身体状况，该疾病的前兆或异常的身体状况足以引起注意或应当引起注意并寻求检查、诊断、治疗或护理。
- 10.3 医疗机构** 在中国大陆境内（不包括香港、澳门、台湾地区）的医疗机构是指合法的二级或二级以上公立医院普通病房或投保人与保险人协商共同指定的医院或医疗机构。
本附加合同中所指医疗机构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。**
- 10.4 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。
- 10.5 必需且合理的**
- 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：
 - 2.1) 治疗意外伤害或者疾病所必需的项目；
 - 2.2) 不超过安全、足量治疗原则的项目；
 - 2.3) 由医生开具的处方药；
 - 2.4) 非试验性的、非研究性的项目；
 - 2.5) 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。
- 10.6 既往病症** 指被保险人在保险合同生效前已患有的疾病，或存在任何足以引致普通人寻求诊断、医疗护理或医药治疗的症状、体征，或曾经医生推荐接受医药治疗或医疗意见。
- 10.7 职业病** 指企业、事业单位和个体经济组织的劳动者在职业活动中，因接触粉尘、放射性物质和其他有毒、有害物质等因素而引起的疾病。职业病的认定需遵循《中华人民共和国职业病防治法》中的相关规定及鉴定程序。