

众安在线财产保险股份有限公司

附加运动急性病医疗费用保险条款（互联网）

注册号：C00017932522024090221633

第一部分 总则

第一条 本附加险合同须附加于各类意外伤害保险合同下（以下简称“主险合同”）。

第二条 本附加险合同与主险合同相抵触之处，以本附加险合同为准。本附加险合同未约定事项，以主险合同为准。主险合同效力终止，本附加险合同效力亦同时终止；主险合同无效，本附加险合同亦无效。

凡涉及本附加险合同的约定，均采用书面形式。

第二部分 保障内容

第三条 在保险期间内，被保险人在运动期间（**释义一**）因突发本附加险合同列明的突发**特定急性病**（**释义二**）到**保险人指定的医疗机构**（**释义三**）进行急救，对于被保险人治疗期间发生的需个人支付的、符合当地**基本医疗保险**（**释义四**）主管部门规定范围的及超出当地基本医疗保险主管部门规定范围的、必须且合理（**释义五**）的医疗费用，保险人在扣除约定的免赔额后，分别按照约定的给付比例进行赔付，但保险人每次给付保险金的金额以约定的单次治疗给付限额为限。最高可赔付的治疗期限为90日（含），相关给付比例、单次**突发特定急性病**医疗给付限额将在本附加险合同上予以载明。

在本附加险合同保险期间内，被保险人不论一次或多次因**突发特定急性病**事故发生住院、门诊或急诊治疗的，保险人均按上述约定承担给付保险金的责任。

经投保人申请，保险人同意，可以选择其他类型急性病以增加突发特定急性病的范围，保险人将根据增加后的突发特定急性病范围按本附加险合同的约定进行赔偿。投保人增加突发特定急性病范围的，保险人将另行收取相应保险费。可选择的其他类型急性病包括：

- 1、**热射病**（**释义六**）；
- 2、投保人和保险人在保险合同中另行约定并在保险合同上载明的其他特定急性病。

当投保人选择投保上述保险责任时，保险人累计给付金额之和以本附加险合同约定的总保险金额为限。当保险人上述责任下的累计给付金额达到总保险金额时，本附加险合同终止。

第三部分 责任免除

第四条 因下列情形之一导致被保险人支出医疗费用的，保险人不承担赔偿责任：

- 1、**被保险人先天性疾病**（**释义七**）和**症状、遗传性疾病**（**释义八**）、**先天性畸形**（**释**

义九)或缺陷的治疗和康复所产生的费用;

2、被保险人在投保前已患上既往疾病(释义十)和症状、精神病、精神分裂症、心理疾病、性病的治疗和康复所产生的费用;

3、被保险人在境外罹患突发特定急性病,但未在当地经过医生诊断,而在回原出发地后进行的任何门急诊及住院治疗所发生的费用;

4、被保险人突发特定急性病,经过当地医生诊断,但在回原出发地后进行的与本次突发特定急性病没有直接关系的门急诊及住院治疗所发生的费用(若因在境外罹患突发特定急性病,已在当地经过医生诊断,而在回原出发地后针对该病情进行的门急诊及住院治疗所发生的合理必要的费用除外)。

第五条 因下列原因之一导致被保险人支出医疗费用的,保险人不承担赔偿责任:

1、被保险人康复性治疗、物理治疗、安胎及分娩(包括剖腹产、流产及引产)等所产生的费用;

2、因腰椎间盘突出症或错位、避孕或绝育手术、扁桃腺、腺样体、疝气、女性生殖器官疾病、药物过敏的治疗费用或上述疾病导致的手术所产生的医疗费用;

3、被保险人美容、整形、矫形术、非必须紧急性治疗的手术、心理咨询及角膜屈光成形手术所产生的费用;

4、被保险人健康护理(含健康体检、疗养、特别护理或静养)等非治疗性的行为及无客观病症证明其不健康及以捐献身体器官为目的的医疗行为所产生的费用;

5、被保险人移植人工器官、验光、洗牙、洁齿、牙齿治疗或手术及镶补所产生的费用,但因意外伤害引起的一般牙齿治疗或手术除外;

6、主合同中列明的“责任免除”事项(但若该事项与本附加险合同有相抵触之处,以本附加险合同为准)导致的医疗费用。

第六条 下列损失、费用和责任,保险人不承担赔偿责任:

1、被保险人家属或非医院的护理人员护理(陪护)费、取暖费、伙食费、误工费、装配假眼、假牙、假肢、用于矫形、整容、安装残疾用具、聘用特别看护或私家看护等需要自付的费用;

2、根据被保险人的主治医生或救援机构的意见,可以被合理延迟至被保险人返回其原出发地后进行,而被保险人坚持在当地进行治疗或手术所产生的费用;

3、任何因当地急救组织或第三方提供服务而被保险人不需负责给付的费用或任何已包含在旅行收费中的费用;

4、无当地医院出具原始发票或收据及医疗证明的费用;

第四部分 保险金额、医疗费用补偿、免赔额、保险期间

第七条 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。本合同的保险金额由投保人、保险人双方约定，并在保险单中载明。除另有约定外，保险金额一经确定，保险期间内不能进行变更。

第八条 医疗费用补偿

上述保险责任中的医疗费用补偿是指，若被保险人已从其他途径（包括但不限于基本医疗保险、公费医疗（释义十一）、工作单位、保险人在内的任何商业保险机构，以及依法承担侵权损害赔偿责任的第三人等）获得医疗费用补偿，则保险人仅对扣除医疗费用补偿后的余额按照本合同的约定进行赔付。

第九条 免赔额

本附加险合同中的免赔额是指被保险人在保险期间内发生的、虽然属于本合同保险责任范围内的医疗费用，但依照本合同约定仍旧由被保险人自行承担，本合同不予赔付的金额。被保险人自行承担的本合同责任范围内的医疗费用（包括基本医疗保险个人账户支出的医疗费用）、从基本医疗保险和公费医疗保险之外的其他途径获得的本合同责任范围内的医疗费用补偿可抵扣免赔额。通过基本医疗保险统筹账户、公费医疗保险和城乡居民大病保险获得的补偿，不可用于抵扣免赔额。

免赔额由投保人与保险人在订立本合同时协商确定，并在本合同中载明。

第十条 未获得基本医疗保险或公费医疗补偿的赔付

若被保险人以参加基本医疗保险或公费医疗身份投保，但未获得基本医疗保险或公费医疗补偿的，则保险人根据本合同单独约定的给付比例进行赔付。

第十一条 保险期间与不保证续保

本附加险合同为不保证续保合同，保险期间为一年（或不超过一年）。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。

保险期间届满时，若本附加险合同对应保险产品统一停售，保险人将不再接受投保申请。

第五部分 保险金申请

第十二条 由被保险人作为索赔申请人填写索赔申请书，并提供下列证明文件、资料向保险人申请索赔：

- 1、保险单或保险凭证正本；
- 2、被保险人、索赔申请人有效身份证明；
- 3、医院出具的附有病理检查、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、出院小结原件；
- 4、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。

（一）以上资料和证明是保险索赔的重要依据，如索赔申请人未能及时提供有资料和

证明，导致保险人无法核实单证的真实性及其记载的内容的，保险人对无法核实部分不负赔偿责任。

(二) 若被保险人的损失已从其他途径或其他保险公司获得赔偿的，保险人可根据有关单位或保险公司出具的相关单证或给付保险金证明，在按照本附加险合同赔偿保险金时，相应扣减被保险人已从其他途径或其他保险公司获得的赔偿金。

(三) 当赔付金额未达实际支出医疗费用的金额时，索赔申请人可以书面形式向保险人申请返还原始单据，保险人在加盖公章并注明已赔付金额后返还原始单据。

(四) 若索赔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。

第六部分 释义

一、运动期间

指被保险人从事某项运动的整个时间段，包括运动前准备的热身运动、正式运动的整个过程和放松运动，往返运动场所的时间不属于运动期间。

二、突发特定急性病

指被保险人在本附加险合同约定的保险期间内，首次罹患的下列明确列明的突发特定急性病或出现的相关症状，该疾病系突然发生且如不立即治疗就会危及被保险人性命，但不包括本附加险合同生效前被保险人已罹患的任何疾病或出现的任何症状及任何慢性疾病。突发特定急性病列明如下：脑出血、蛛网膜下腔出血、急性心肌梗死、急性十二指肠穿孔、急性胃穿孔、急性胃扩张、急性阑尾炎、急性胰腺炎、急性食物中毒、急性脑膜炎、急性腹膜炎、急性胆管炎、急性胆囊炎。

急性食物中毒：是指患者所进食物被细菌或细菌毒素污染，或食物含有毒素而引起的急性中毒性疾病。

三、保险人指定的医疗机构

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或保险人扩展承保的公立医院，且仅限于上述医院的普通部，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。

保险人扩展承保的医疗机构清单及不予理赔的医疗机构清单将在保险单中载明，保险人保留对清单进行变更的权利，具体以保险人在官方正式渠道（包括但不限于官网、官微）公布或通知为准。

本附加险合同中所指医疗机构不包括如下机构或医疗服务：

(一) 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、A级病房；

(二) 诊所、康复中心、家庭病床、护理机构；

(三) 休养、戒酒、戒毒中心；

(四) 精神病院、精神心理治疗中心、老人院、疗养院、健康中心；

(五) 保险人不予理赔的医疗机构。

四、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，包括城镇职工基本医疗保险、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障项目。

五、合理且必须的医疗费用

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。

医学必须：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须的项目；
- 2、不超过安全、足量治疗原则的项目；
- 3、由专科医生开具的处方药；
- 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。

六、热射病：由于暴露在高温高湿环境中，身体调节功能失衡，产热大于散热，导致核心温度迅速升高，超过40℃，伴有皮肤灼热、意识障碍（例如谵妄、惊厥、昏迷）及多器官功能障碍的严重致命性疾病。

七、先天性疾病

指被保险人一出生就具有疾病（症状或体征）。这些疾病是因人的遗传物质（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异常，导致婴儿出生时有关器官系统在结构或功能上呈现异常。

八、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）发生突变或畸形所引起的疾病，通常具有由亲代传至后代的垂直传递的特征。

九、先天性畸形

指被保险人出生时就具有畸形。先天性畸形依照世界卫生组织《疾病和有关健康问题的国际统计分类》（ICD-10）确定。

十、既往疾病

指在保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。

十一、公费医疗

指国家为保障国家工作人员而实行的、通过医疗卫生部门按规定向享受人员提供免费医疗及预防服务的一项社保制度。