

众安在线财产保险股份有限公司
附加团体急性病医疗费用保险条款（互联网 2025 版）
注册号：C00017932522025062325693

第一部分 总则

第一条 本附加保险合同依投保人的申请，经保险人同意，附加于各类团体意外伤害保险合同项下。

第二条 凡涉及本附加保险合同的约定，均采用书面形式。主保险合同的条款适用于本附加保险合同，若主保险合同与本附加保险合同相抵触之处，以本附加保险合同的条款为准。本附加保险合同未尽事宜，以主保险合同的规定为准。

第三条 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。

第二部分 保险责任

第四条 在保险期间内，被保险人在**等待期**（释义一）后因本附加保险合同列明的**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，对于被保险人因此所实际支出的**必要且合理的医疗费用**（释义四），保险人按照本附加保险合同的约定负责赔偿。赔偿范围约定如下：

（一）如突发特定急性病发生在境外，则赔偿范围包括：**保险人指定的医疗机构**因被保险人**突发特定急性病**对被保险人开始实施急救治疗之日起九十日内（含第九十日）所发生的、符合本附加保险合同约定的且被保险人实际支出的**必要且合理的医疗费用**，包括医生诊断费、手术费、床位费、药费（仅限于医生处方所指定的药品）、检查化验费、护理费、材料器械费、救护车费用。

（二）如突发特定急性病发生在境内，则赔偿范围包括：**保险人指定的医疗机构**因被保险人**突发特定急性病**对被保险人开始实施急救治疗之日起九十日内（含第九十日）所发生的、符合本附加保险合同约定的且被保险人实际支出的**必要且合理的**且符合**保险人指定的医疗机构所在地当地的社会医疗保险**（释义五）主管部门规定的社会医疗保险报销范围内的**医疗费用**。

1. 若被保险人以未参加社会医疗保险身份投保，且未从社会医疗保险、公费医疗（释义六）、商业性医疗费用补偿型医疗保险、其他政府机构或者社会福利机构获得医疗费用补偿，保险人按如下公式根据本附加条款的约定给付医疗保险金：

医疗保险金=（被保险人实际支出的符合本附加保险合同约定的医疗费用-免赔额）×
赔付比例

2. 若被保险人以参加社会医疗保险身份投保，且已从社会医疗保险、公费医疗、商业

性医疗费用补偿型医疗保险、其他政府机构或者社会福利机构获得医疗费用补偿（以下简称已获得的医疗费用补偿），保险人按如下公式根据本附加险合同的约定给付医疗保险金：

医疗保险金=（被保险人实际支出的符合本附加险合同约定的医疗费用-已获得的医疗费用补偿-免赔额）×赔付比例

（三）若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或结算金额为0的；或被保险人在境外突发特定急性病且在境外发生的必要且合理的医疗费用，保险人按照如下公式根据本附加险合同的约定给付保险金：

医疗保险金=（被保险人实际支出的符合本附加险合同约定的医疗费用-已获得的医疗费用补偿-免赔额）×赔付比例

免赔额及赔付比例在保险合同中载明。保险人在本附加保险合同项下向同一被保险人累计给付的医疗保险金数额之和以本附加险合同约定的该被保险人对应的保险金额为限。

第三部分 责任免除

第五条 出现下列情形之一时，保险人不承担赔偿责任：

（一）被保险人先天性疾病（释义七）、遗传性疾病、先天性畸形或缺陷的治疗和康复所产生的费用；

（二）被保险人在投保前已患上的疾病、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；

（三）被保险人突发特定急性病，但未经医生诊断，无法确认是否为本附加险合同所承保的突发特定急性病而产生的医疗费用；

（四）被保险人突发特定急性病，经医生诊断，但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医疗费用。

第六条 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：

（一）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；

（二）因脊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；

（三）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；

（四）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；

（五）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，但因突发特定急性病引起的一般牙齿治疗或手术除外；

第七条 下列损失、费用和责任，保险人不承担赔偿责任：

（一）被保险人家属或非医院的护理人员护理（陪住）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；

（二）无当地医疗机构出具原始发票或收据及医疗证明的费用；

（三）中国境内治疗地社会医疗保险支付范围之外的药品、检查、治疗、材料等费用。

第八条 主险合同约定的责任免除事项导致的医疗费用，保险人不承担赔偿责任（但若该事项与本附加保险合同有相抵触之处，以本附加保险合同为准）。

第四部分 保险金额、医疗费用补偿、免赔额、保险期间和不保证续保

第九条 保险金额

每一被保险人的保险金额是保险人承担给付该被保险人保险金责任的最高限额。本附加保险合同的保险金额由投保人、保险人双方约定，并在保险合同中载明。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。

第十条 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、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。

第十一条 免赔额

本附加保险合同中的免赔额是指被保险人在保险期间内发生的、虽然属于本附加保险合同保险责任范围内的医疗费用，但依照本附加保险合同约定仍旧由被保险人自行承担，本附加保险合同不予赔付的金额。被保险人自行承担的本附加保险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附加保险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保险合同时协商确定，并在保险合同中载明。

第十二条 保险期间与不保证续保

本附加保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，若本附加保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

第十三条 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 and 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，在按照本附加保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。

（五）所有本附加保险合同的损失计算和保险金支付在涉及外国货币时，均折合人民币计算，并以人民币赔偿。有关汇率以保险事故发生后被保险人进行医疗急救的首日的中国银行挂牌外汇中间价为准。

第六部分 释义

一、等待期

指自本附加保险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中载明。

在等待期内发生保险事故的，保险人不承担给付保险金的责任。

二、突发特定急性病

指被保险人在本附加保险合同约定的保险期间内，首次确诊患有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患有的任何疾病（包括任何慢性疾病）。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、中暑（热射病）、急性腹膜炎、急性胆管炎、急性胆囊炎、急性肺炎。

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。

中暑（热射病）：是指在高温和热辐射的长时间作用下，机体体温调节功能失调，体内热量过度积蓄，从而引发水、电解质代谢紊乱及神经系统功能损害的症状的总称。热射病是一种致命性急症，以高温和意识障碍为特征。该病通常发生在夏季高温同时伴有高湿的天气。

三、保险人指定的医疗机构

在中国境内（不包括香港、澳门、台湾地区）是指经中华人民共和国境内（不包括香港、澳门、台湾地区）卫生部门审核认定的二级或以上的综合性或专科医疗机构或保险人认可的医疗机构，且仅限于上述医疗机构的普通部。该医疗机构必须具有系统的、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。

在中国境外（包括香港、澳门、台湾地区）是指保险人认可的，根据所在国家或者地区法律合法成立、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、伤者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。

本附加保险合同中所指医疗机构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；
- （4）精神病院、精神心理治疗中心、老人院、疗养院、健康中心。

四、必要且合理的医疗费用

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。

医学必需：指医疗费用符合下列所有条件：

- （1）治疗疾病所必需的项目；
- （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。

五、社会医疗保险

包括城镇职工社会医疗保险、城镇居民社会医疗保险、新型农村合作医疗、医疗救助、少儿医保等政府举办的基本医疗保障项目。

六、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。

七、先天性疾病

指被保险人一出生就具有的疾病。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。