

京东安联财产保险有限公司
附加住院前后门急诊医疗费用补偿保险条款（2021版）
（京东安联）（备-医疗保险）【2021】（附）049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

保险期间内，被保险人因**意外**或在**等待期**（见释义 10.1）后罹患疾病经**医疗机构**（见释义 10.2）诊断必须**住院**（见释义 10.3）治疗的，对于被保险人住院治疗前（含住院当日）的约定天数和出院后（含出院当日）的约定天数内，因与**该次住院相同原因**而接受门急诊治疗的，应当由**被保险人个人支付的、必需且合理的**（见释义 10.4）门急诊医疗费用，保险人在扣除保险单载明的免赔额后，依照保险单上所载明的补偿比例予以补偿。保险人仅补偿约定天数内的门急诊治疗费用，具体的住院前后约定天数以保险单载明为准。

保险人对门急诊医疗保险金的医疗费用累积补偿金额以保险单的载明为限，当保险人全年累积补偿金额达到保险单所载明时，保险人对被保险人在本项下的保险责任终止。

3. 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医疗费用的，或具备下列情形/行为的，保险人不承担补偿责任：

（一）故意行为

- 1) 投保人或被保险人的故意行为；
- 2) 自杀，故意自伤，斗殴，醉酒，服用、吸食或注射毒品。

（二）既往疾病及未如实告知疾病

- 1) 先天性疾病（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）；
- 2) 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 10.5）及其并发症；
- 3) 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。

（三）生育相关的治疗费用

- 1) 怀孕（含宫外孕）、产前产后检查、分娩（含剖腹产）；
- 2) 被保险人助孕、妊娠（包括异位妊娠）、流产（含任何原因所导致的流产和人工流产）、分娩（含剖腹产）、不孕不育、人工受孕、男女生育控制、输精管切除术、避孕、绝育手术、绝育恢复手术、性别转换等治疗和手术，及由以上原因导致的并发症的相关医疗费用；性障碍治疗，伟哥及其他用于提高性功能的药物费用。

（四）不符合本附加合同约定的医疗费用

- 1) 无本附加合同约定医疗机构主治医生处方和院外购药原因说明的院外自购药品费用；
- 2) 本附加合同约定医疗机构外产生的医疗费用（如产品另有院外购药约定的不在此限）；
- 3) 任何滋补类中草药及其泡制的各类酒制剂；
- 4) 本附加合同约定医疗机构医生开具的超过 30 天部分的药品费用；
- 5) 在如下机构接受治疗或接受如下的医疗服务：诊所、家庭病床、护理机构、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；
- 6) 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；
- 7) 整形手术、痤疮、疤痕、色斑、植发等美容、变性手术、矫形、视力矫正手术、屈光不正、牙科治疗、牙齿修复；
- 8) 眼镜、义齿、义眼、义肢、助听器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）；
- 9) 因预防、康复、保健型或非疾病治疗类项目发生的医疗费用；
- 10) 包皮环切术、包皮剥离术、包皮气囊扩张术、性功能障碍治疗；
- 11) 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；
- 12) 被保险人接受实验性治疗，即未经科学或医学认可的医疗；
- 13) 被保险人因职业病（见释义 10.6）产生的医疗费用；
- 14) 各类医疗鉴定，包括但不限于医疗事故鉴定、精神病鉴定、孕妇胎儿性别鉴定、验伤鉴定、亲子鉴定、遗传基因鉴定费用；
- 15) 各种健康检查，功能医学检查（包括但不限于全套个人化营养评估、抗氧化维生素分析、氧化压力分析、营养与毒性元素分析、肠道免疫功能分析）费用，免疫费用，出于行政或管理事务目的（包括但不限于与投保保险、招聘、入学或运动相关的体格检查）发生的检查费用，旅行和宾馆住宿费用，预防保健（包括但不限于保健按摩、自动按摩床治疗、药物蒸气治疗、药浴、体疗健身、疾病普查）费用，本保险合同另有约定属于保险责任范围内的不在此限；
- 16) 非处方药品和设备，戒烟戒酒药物、食欲抑制剂、头发再生药物、抗老化药物、美容用品、维生素、矿物质等营养保健药品和食品、营养滋补类中草药；本保险合同另有约定属于保险责任范围内的不在此限；

17) 各种自用的按摩保健和治疗用品：颈托（急救中使用的颈托不在此限）、腰托、胃托、肾托、阴囊托、子宫托、疝气带、护膝带、钢头颈、矫正器具、药带、药枕、拐杖、轮椅、健身按摩器和各种磁疗用品及家用检测治疗仪器等费用；

18) 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医疗费用，保险人也不承担补偿保险金责任：

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）。

3. 免赔额 一、本附加合同所指免赔额均指年免赔额，指在本附加合同保险期间内，应由被保险人自行承担，本附加合同不予补偿的部分。被保险人从商业保险或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。

二、免赔额由投保人与保险人在订立本附加合同时协商确定，并在保险单中载明。

4. 补偿原则和赔付标准

一、本附加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，则保险人仅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按照本附加合同的约定进行赔付。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。

二、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的，则保险人按照保险单载明的比例进行补偿。

三、若投保人和保险人另有约定，则对于被保险人实际发生的医疗费用，保险人按照另行约定并在保险单中载明的条件和方式进行赔付。

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的意外伤害、疾病在医院接受住院治疗，且在本附加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日内发生的门急诊医疗费用，保险人仍在本附加合同的保险责任范围内承担补偿保险金的责任；对于该次住院延续至本附加合同终止日次日起30日后发生的门急诊医疗费用，保险人不再承担补偿保险金的责任。

5. 保险期间

6. 保险金申请

保险金申请人向保险人申请补偿保险金时，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补偿保险金的责任。

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、既往医疗病历及检查报告；

5) 本次医疗资料原件，如门诊/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。

7. 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。

8. 其他条款的适用

保险合同中，本附加合同与主保险合同或其它附加条款不一致之处，以本附加合同约定为准；本附加合同未尽之处，以主保险合同约定为准。

9. 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。

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 医疗机构

是指在中国大陆境内（不包括香港、澳门、台湾地区）合法的二级（含）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。

10.3 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、外宾病房或其他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不在此限；
- 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。但遵医嘱到外院接受临时治疗的不在此限。

10.4 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) 由本保险合同约定的医疗机构医生开具的处方药；
- 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。

10.5 既往病症

指被保险人在保单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。

10.6 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。

（本页结束）