

中国太平洋财产保险股份有限公司
附加团体急性病医疗保险（互联网）条款
(注册号: C00001432522022090834553)

总 则

第一条 本附加险条款附加于含意外伤害保险责任的各类团体人身保险合同（以下简称“主险合同”），依主险合同投保人的申请，经保险人审核同意而订立。

第二条 本附加险条款与主险条款相悖之处，以本附加险条款为准；未尽之处，以主险条款为准。主险效力终止，本附加险效力亦同时终止；主险无效，本附加险亦无效。凡涉及本附加险合同的约定，均应采用书面形式。

保险责任

第三条 在保险期间内，被保险人突发急性病，保险人依照投保时的约定承担下列一项或多项保险责任，选定的保险责任将在保险单上载明。

一、突发急性病医疗费用保险责任（必选）

被保险人突发急性病，并因该急性病在中华人民共和国境内（不包括香港、澳门、台湾地区）二级以上（含二级）公立医院或者保险人指定或认可的医疗机构进行治疗，对于被保险人自事故发生之日或就诊日起 180 日内实际支出的按照当地社会医疗保险主管部门规定可报销的、必要的、合理的医疗费用，保险人每次扣除本保险合同载明的免赔额后，在本保险合同载明的突发急性病医疗费用保险金额范围内，按照本保险合同载明的给付比例给付医疗保险金。

保险事故发生后，被保险人若因急诊未在以上指定医院就诊的，应在三日内通知保险人，并根据病情及时转入以上指定医院。若确需转入非指定医院就诊的，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指定医院就诊的，对这期间发生的医疗费用按本保险合同规定给付保险金。

被保险人无论一次或多次突发急性病，保险人均按上述规定分别给付医疗保险金，但累计给付金额以被保险人的相应医疗保险金额为限，累计给付金额达到相应医疗保险金额时，对该被保险人的医疗费用保险责任终止。

本保险合同为费用补偿型保险合同，适用医疗费用补偿原则。若被保险人除本保险合同外还可从其它保险计划（包括但不限于社会医疗保险、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，保险人以急性病医疗保险金额为限，对被保险人获得补偿后的医疗费用的余额按照合同约定给付保险金。

二、突发急性病身故伤残保险责任（可选）

1. 被保险人突发急性病，并自该疾病发生之日或就诊日起 180 日内因该疾病造成《人身保险伤残评定标准及代码》（中国保险监督管理委员会发布（保监发[2014]6 号）并经国家标准化委员会备案（JR/T0083—2013），以下简称《伤残评定标准》）所列伤残之一的，保险人按该表所列给付比例乘以相应保险金额给付伤残保险金。如第 180 日治疗仍未结束的，按当日的身体情况进行伤残鉴定，并据此给付伤残保险金。

（1）当同一保险事故造成两处或两处以上伤残时，应首先对各处伤残程度分别进行评定，如果几处伤残等级不同，以最重的伤残等级作为最终的评定结论；如果两处或两处以上伤残等级相同，伤残等级在原评定基础上最多晋升一级，最高晋升至第一级。同一部位和性质的伤残，不应采用《伤残评定标准》条文两条以上或者同一条文两次以上进行评定。

(2) 被保险人如在本次保险事故之前已有伤残, 保险人按合并后的伤残程度在《伤残评定标准》中所对应的给付比例给付伤残保险金, 但应扣除原有伤残程度在《伤残评定标准》所对应的伤残保险金。

2. 被保险人突发急性病, 并因该急性病导致身故的, 保险人按对应的保险金额给付身故保险金, 对被保险人的保险责任终止。被保险人身故前保险人已给付伤残保险金的, 身故保险金应扣除已给付的保险金。

在保险期间内, 身故或伤残保险金累计给付金额以保险单载明的相应保险金额为限。

责任免除

第四条 下列情形或费用, 保险人不负任何给付保险金责任:

一、被保险人进行一般健康检查、疗养、康复治疗、心理咨询或治疗;

二、被保险人在二级以下且非保险人认可的医疗机构的治疗费用;

三、被保险人患职业病、慢性病、肿瘤;

四、被保险人进行牙齿治疗、整容、美容、矫形、外科整形手术、变性手术、预防性手术(如预防性阑尾切除);

五、被保险人先天性畸形、变形和染色体异常、性病、精神和行为障碍;

六、被保险人投保前已有的残疾、未告知的既往症以及保险单特别约定除外的疾病。

第五条 主险中责任免除事项未纳入本附加险保险责任的, 同样适用于本附加险责任免除。

保险金额与免赔额

第六条 本附加险项下保险金额、免赔额由投保人与保险人双方协商确定, 并在保险合同中载明。

释 义

第七条 除另有约定外, 本合同中的下列词语具有如下含义:

突发急性病: 指被保险人在保险期间突然发生的、在突发前未曾接受治疗或诊断的、必须立即接受治疗方能避免身体或生命伤害的疾病, 不包括既往疾病、慢性病、精神病、精神分裂、艾滋病、性传播疾病、遗传性疾病、先天性疾病或缺陷、先天性畸形、牙齿治疗、预防性手术、非必须紧急治疗的手术或器官移植。

既往疾病: 指在保险期间开始之前的两年之内, 被保险人的身体上已经出现或存在、可能或已经引致一正常而审慎的人寻求诊断、医疗护理或医药治疗的任何疾病、症状和体征。