

注册编号：C00020831922020092311921

新疆前海联合财产保险股份有限公司
前海财险附加特定传染病住院津贴保险条款

总则

第一条 本条款是新疆前海联合财产保险股份有限公司意外伤害保险或健康保险相关主险（以下称主险）的附加险条款，投保人只有在投保了上述主险的基础上，方可投保本附加险。凡涉及本附加险的约定，均采用书面形式。

本附加险未约定事项，以主险约定为准；本附加险与主险相抵触之处，以本附加险为准。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。

保险责任

第二条 在保险期间内且保险单载明的等待期届满后，被保险人经保险人认可的医疗机构确诊罹患本附加险合同约定的一种或多种特定传染病（具体由投保人与保险人协商约定，并在保险单中载明），并经专科医生诊断必须接受住院治疗的，保险人依据本附加险合同约定按被保险人每次住院的实际住院天数乘以保险单载明的特定传染病住院津贴日保险金额给付特定传染病住院津贴保险金。

特定传染病住院津贴保险金=每次实际住院天数×特定传染病住院津贴日保险金额。

保险人对于对同一被保险人在同一保险期间内一次或多次住院的累计给付天数达到约定的特定传染病住院津贴最高给付天数时，本项保险责任终止。

特定传染病住院津贴日保险金额、特定传染病住院津贴最高给付天数由投保人和保险人双方约定，并在保险单中载明。

到本保险合同期满日时，若被保险人仍未结束住院治疗的，保险人将继续承担自保险期间届满次日起至出院之日止期间的特定传染病住院津贴保险金的给付责任，**但最长以30天为限。**

被保险人罹患特定传染病的诊断需满足《中华人民共和国传染病防治法》中传染病诊断标准的相关要求。

责任免除

第三条 因下列原因之一导致被保险人罹患本合同列明的特定传染病的，或存在下列情形之一的，保险人不承担给付保险金的责任：

- （一）被保险人未遵医嘱，私自服用、涂用、注射药物的；
- （二）被保险人在首次投保前已确诊罹患特定传染病且在投保时未自愈或治愈的（特定传染病的自愈或治愈需由临床医生按相关临床指南或诊疗方案予以判断）；
- （三）被保险人在首次投保前虽未确诊罹患特定传染病，但因不能排除感染可能，根据《中华人民共和国传染病防治法》及相关政策法规或相关政府部门要求，已在规定的医

疗机构、疾病预防控制机构或指定场所接受相应的预防处理或治疗，直至投保时预防处理或治疗尚未结束，（或）医疗机构尚未彻底排除其罹患特定传染病的可能的。上述预防处理和治疗方法包括但不限于接种疫苗、注射免疫球蛋白（例如狂犬病免疫球蛋白、破伤风免疫球蛋白）、使用能杀灭或抑制传染病病原体的药物、抗毒素、对症支持治疗等，但不包括按照国家免疫规划接种一类和二类疫苗；

- （四）被保险人在保险单载明的等待期内确诊罹患特定传染病的；
- （五）被保险人在保险单载明的等待期后未获得特定传染病感染的明确诊断的；
- （六）对被保险人做出诊断或实施治疗的机构不具备被保险人所患特定传染病的救治条件和能力或不属于保险人认可的医疗机构；
- （七）医疗机构记录的被保险人请假或外出离开医院的期间；
- （七）被保人非因保险合同列明的特定传染病导致的；
- （八）被保险人的病情未达到住院标准而住院、住院期间挂床治疗、达到出院标准而未出院。

保险金额

第四条 本附加险合同的特定传染病住院津贴日保险金额由投保人、保险人在订立本附加险合同时协商确定，并在保险单中载明。

保险金申请与给付

第五条 保险金申请人向保险人申请给付保险金时，应提供如下材料。**被保险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材料。**

- （一）保险金给付申请书；
- （二）保险合同凭证；
- （三）申请人的有效身份证件；
- （四）二级以上（含二级）医院或保险人认可的医疗机构出具的出院证明或住院天数证明、诊断证明、住院病历等；
- （五）保险人认可的医疗机构或疾病预防控制中心出具的法定传染病诊断证明；
- （六）申请人所能提供的其他与确认保险事故的性质、原因等有关的其他证明和资料；
- （七）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；

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。

释义

特定传染病：指霍乱、鼠疫、新型冠状病毒肺炎、传染性非典型肺炎、人感染高致病性禽流感、人感染 H7N9 禽流感、狂犬病、手足口病、甲型病毒性肝炎、麻疹、流行性出血热、流行性乙型脑炎、流行性脑脊髓膜炎、流行性腮腺炎、登革热、炭疽、细菌性和阿米巴性病

疾、伤寒和副伤寒、脊髓灰质炎、百日咳、新生儿破伤风、白喉、猩红热、疟疾、风疹、急性出血性结膜炎、麻风病、流行性和地方性伤寒（斑疹伤寒）、包虫病、黑热病、丝虫病。

住院：是指被保险人入住医院的正式病房接受全日 24 小时监护治疗的过程，且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、外宾病房或其它不属于社会医疗保险报销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除外；
5. 被保险人住院体检；
6. 挂床住院及其他不合理的住院。具体表现如下：

（1）办理正式住院手续的被保险人，在住院期间非每日 24 小时在院。（2）住院期间连续若干日未接受任何治疗，只发生护理费、诊查费、床位费等费用，或连续若干日接受仅限于口服药、物理治疗等在门诊即可进行的检查和治疗。

每次住院：指被保险人自入院日起至出院日止的期间，但若因同一原因再次住院，且前次出院与下次入院间隔未超过 90 天，视为同一次住院。

住院天数：指被保险人在医院住院部病房实际的住院治疗天数。住院满 24 小时为一日。住院期间请假或外出离开医院期间的住院津贴将不予给付，具体请假或外出日期以医院的记录为准。住院日数需满足合理且必要原则，非合理且必要的住院日数将不予给付津贴。