

渤海财险

手术意外伤害保险附加住院期间药物过敏保险条款

(渤海保险)(备-医疗意外险)【2023】(附) 068号

总则

第一条 本附加保险合同（以下简称“本合同”）是渤海财险手术意外伤害保险合同（以下简称“主险合同”）的附加险合同。本合同依主险合同投保人的申请，经保险人同意而订立。本合同作为主险合同的组成部分，主险合同效力终止，本合同效力亦同时终止；主险合同无效，本合同亦无效。本合同与主险合同相抵触之处，以本合同为准，未尽之处，以主险合同为准。

第二条 除另有约定外，本合同的受益人与主险合同的受益人约定一致。

保险责任

第三条 被保险人在主险合同责任范围内接受约定的手术，在本合同保险期间内，在该次住院治疗期间，使用该医疗机构有合法资质的医生在医嘱内所记录的且由医疗机构提供的药物时发生药物过敏，并因该药物过敏直接导致身故、伤残的，保险人依照下列约定给付保险金。

（一）过敏身故保险责任

被保险人在主险合同责任范围内接受约定的手术，在本合同保险期间内，在该次住院治疗期间，使用该医疗机构有合法资质的医生在医嘱内所记录的且由医疗机构提供的药物时发生药物过敏，并以过敏为直接且单独原因导致身故的，保险人按本合同约定的保险金额给付过敏身故保险金，对该被保险人的保险责任终止。

被保险人身故前已领取本条第（二）款约定的伤残保险金的，过敏身故保险金应扣除已给付的过敏伤残保险金。

（二）过敏伤残保险责任

被保险人在主险合同责任范围内接受约定的手术，在本合同保险期间内，在该次住院治疗期间，使用该医疗机构有合法资质的医生在医嘱内所记录的且由医疗机构提供的药物时发生药物过敏，并以过敏为直接且单独原因造成《人身保险伤残评定标准（行业标准）》（简称《行业标准》）所列伤残之一的，保险人按《行业标准》所列保险金给付比例乘以本合同约定的过敏身故伤残保险金额给付过敏伤残保险金。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，并据此给付过敏伤残保险金。

1. 被保险人因同一意外伤害事故造成两处或两处以上伤残时，应首先根据《行业标准》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并据此给付过敏伤残保险金；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《行业标准》条文两条以上或者同一条文两次以上进行评定。

2. 被保险人如在本次意外伤害事故之前已有伤残，保险人按合并后的伤残程度在《行业标准》中所对应的给付比例给付过敏伤残保险金，但应扣除原有伤残程度在《行业标准》中所对应的过敏伤残保险金。

第四条 被保险人在主险合同责任范围内接受约定的手术，在本合同保险期间内，在该次住院治疗期间，使用该医疗机构有合法资质的医生在医嘱内所记录的且由医疗机构提供的药物时发生药物过敏，对于被保险人实际支出的且符合当地基本医疗保险支付范围的必需且合理的医疗费

用，保险人按如下约定对自保险事故发生之日起 30 日内发生的医疗费用给付保险金：

对于参加基本医疗保险的被保险人，保险人在扣除本合同免赔额及当地基本医疗保险和其他途径已经补偿或给付部分后，在本合同保险金额内按约定的给付比例给付医疗保险金；对于未参加基本医疗保险的被保险人，保险人在扣除本合同免赔额及其他途径已经补偿或给付部分后，在本合同保险金额内按约定的给付比例给付医疗保险金。

上述免赔额和给付比例由投保人和保险人在投保时协商确定，并在保险单中载明。保险期间届满被保险人治疗仍未结束的，自保险期间届满次日起计算，保险人所承担给付保险金的期限，至治疗结束之日止，最长以 30 日为限。

对于以参加基本医疗保险身份投保的被保险人，但是未以社保身份就医、结算的被保险人，则给付比例为 60%。

在保险期间内，被保险人多次进行治疗，保险人所给付的医疗保险金以本合同保险金额为限，累计给付达到保险金额时，保险人对该被保险人的保险责任终止。

责任免除

第五条 下列情形下被保险人药物过敏身故、伤残或支出医疗费用的，保险人不承担给付保险金的责任：

- （一）任何生物、化学、原子能武器，原子能或核能装置所造成的爆炸、灼伤、污染或辐射；
- （二）既往病症及其并发症；
- （三）先天性疾病和先天性畸形；
- （四）被保险人因未遵医嘱，私自服用、涂用、注射药物。
- （五）战争、军事行动、武装叛乱或暴乱期间；
- （六）被保险人从事违法、犯罪活动期间或被依法拘留、服刑、在逃期间；
- （七）被保险人存在精神和行为障碍（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）期间；
- （八）被保险人感染艾滋病病毒或患艾滋病期间；
- （九）被保险人自其他医疗机构转院且无直接证据证明药物过敏系转院后发生的；
- （十）被保险人身故与医疗机构提供的药物导致的过敏间接相关或无关；
- （十一）被保险人受酒精、毒品、管制药物的影响；
- （十二）在本附加险约定的该次住院治疗时间之外的药物过敏事故；
- （十三）被保险人以患者之外的身份在医疗机构内发生的药物过敏事故。

第六条 根据本条款其他部分内容中的相关约定，保险人应不承担或免除保险责任的各种情形下的损失、费用或责任，或保险人有权予以扣除、减少的部分，保险人不负责给付。

第七条 其他不属于保险责任范围内的损失、费用和责任，保险人不负责给付。

保险金额

第八条 保险金额是保险人承担给付保险金责任的最高限额，包括过敏身故伤残保险金额、医疗费用保险金额。

本合同的保险金额由投保人和保险人协商确定，并在本合同中载明。

被保险人为未成年人的，因被保险人身故给付的保险金不得超过监管机构规定的限额。

保险期间

第九条 除另有约定外，保险期间按以下约定执行，以保险单载明的起讫时间为准。

（一）若本合同与主险合同同时投保，则本合同的保险期间与主险合同的保险期间相同；

（二）若投保人在主险合同保险期间内申请投保本附加险，则本合同保险期间开始日自保险人同意承保并收取保险费时开始（以保险人的批注或批单载明的日期为准），本合同的满期日与主险合同的满期日相同。

保险费

第十条 除另有约定外，投保人应在保险合同成立时一次性交清保险费。**投保人未按约定交付保险费，保险合同不生效。**

不保证续保

第十一条 本条款为不保证续保条款。本产品保险期间不超过一年。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。

保险金的申请及给付

第十二条 保险金申请人向保险人申请给付保险金时，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给付保险金的责任。**

（一）被保险人药物过敏身故的，保险金申请人应提供下列证明文件和资料给保险人：

1. 保险金给付申请书；
2. 保险单原件或其他保险凭证；
3. 保险金申请人、受益人的身份证明，受益人与被保险人的关系证明；
4. 医疗机构出具的被保险人身故证明。若被保险人为宣告死亡，保险金申请人应提供人民法院出具的宣告死亡证明文件；
5. 医疗机构出具的诊断证明、病历，医疗机构出具的“被保险人因发生医院内药物过敏直接导致身故”的证明材料；
6. 医疗机构或者司法鉴定机构出具被保险人的身故由药物过敏直接参与导致的鉴定书；
7. 保险金申请人所能提供的与确认保险事故的性质、原因、损失程度等有关的其他证明和资料；
8. 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。

（二）被保险人药物过敏导致伤残的，保险金申请人应提供下列证明文件和资料给保险人：

1. 保险金给付申请书；
2. 保险单原件或其他保险凭证；
3. 保险金申请人、受益人的身份证明，受益人与被保险人的关系证明；

4. 二级以上（含二级）或保险人指定或认可的医疗机构或者司法机关出具被保险人的伤残鉴定诊断书；

5. 保险金申请人所能提供的其他与确认本项申请的性质、原因、结果有关的证明和资料；

6. 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。

（三）被保险人药物过敏支出医疗费用的，保险金申请人应提供下列证明和资料向保险人申请给付保险金：

1. 保险金给付申请书；

2. 保险单原件或其他保险凭证；

3. 保险金申请人、受益人的身份证明，受益人与被保险人的关系证明；

4. 二级以上（含二级）医院或者保险人指定或认可的医疗机构出具的被保险人药物过敏而产生的医疗费用收据原件、诊断证明、病历；

5. 保险金申请人所能提供的其他与确认本项申请的性质、原因、伤残程度有关的证明和资料；

6. 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。

释义

【药物过敏】：又称药物变态反应，其定义是由药物引起的过敏反应，是药物不良反应中的一种特殊类型，与人的特异性过敏体质相关，仅见于少数人。

药物过敏反应一般发生于多次接触同一种药物后，首次发病具有潜伏期，再次发病则可即刻发生。

【既往病症】：是指被保险人在保险期间开始之日或本附加险生效之日（以较晚者为准）前已患有的疾病，或存在任何症状、体征而引致一正常而审慎的人寻求诊断、医疗护理或医药治疗，或曾经医生推荐接受医药治疗或医疗意见的病症。

【感染艾滋病病毒或患艾滋病】：艾滋病病毒指人类免疫缺陷病毒；艾滋病指人类免疫缺陷病毒引起的获得性免疫缺陷综合征。在人体血液或其他样本中检测到艾滋病病毒或其抗体呈阳性，没有出现临床症状或体征的，为感染艾滋病病毒；如果同时出现了明显临床症状或体征的，为患艾滋病。

【必需且合理】：

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。

医学必需：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需的项目；

2) 不超过安全、足量治疗原则的项目；

3) 由医生开具的处方药；

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。

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。