

# 华农财产保险股份有限公司

## 附加少儿重大疾病医疗保险条款（互联网专属）

注册编号：C00010132522022050787953

### 总则

**第一条** 在投保华农财产保险股份有限公司互联网专属的意外健康类保险合同（以下简称“主险合同”）的基础上，投保人可以投保本附加险合同。主险合同所附条款、投保单、保险单、保险凭证以及批单等，凡与本附加险合同相关者，均为本附加险合同的构成部分。凡涉及本附加险合同的约定，均应采用书面形式。

本附加险合同作为主险合同的组成部分，主险合同效力终止，本附加险合同效力亦同时终止；主险合同无效，本附加险合同亦无效。本附加险合同与主险合同相抵触之处，以本附加险合同为准，本附加险合同未约定事项，以主险合同为准。

**第二条** 除另有约定外，本附加保险合同的受益人为被保险人本人。

### 保险责任

**第三条** 在保险期间内，被保险人在**等待期**（释义一）后经医院（释义二）初次确诊本附加险合同约定的少儿重大疾病（释义三），并在医院接受治疗的，保险人对于下述 1-4 类费用，按照本附加险合同的约定承担给付重大疾病医疗保险金的责任：

#### （一）重大疾病住院医疗费用

被保险人在等待期后经医院诊断罹患重大疾病必须接受住院（释义四）治疗时，被保险人需个人支付的、**必需且合理**（释义五）的治疗重大疾病住院医疗费用，包括床位费（释义六）、膳食费（释义七）、护理费（释义八）、重症监护室床位费（释义九）、医生诊疗费（释义十）、检查检验费（释义十一）、治疗费（释义十二）、药品费（释义十三）、手术费（释义十四）。

到本附加险合同保险期间届满日时，被保险人未结束本次住院治疗的，保险人继续承担因本次住院发生的、最高不超过本附加险合同保险期间届满日后 30 日内（含第 30 日）的住院医疗费用。如第 30 日仍未结束本次住院治疗的，自第 30 日后发生的住院医疗费用不属于本附加险合同保险责任。

#### （二）重大疾病特殊门诊医疗费用

被保险人在医院接受重大疾病特殊门诊治疗时，被保险人需个人支付的、**必需且合理的治疗重大疾病特殊门诊医疗费用**，包括：化学疗法（释义十五）、放射疗法（释义十六）、肿瘤免疫疗法（释义十七）、肿瘤内分泌疗法（释义十八）、肿瘤靶向疗法（释义十九）治疗费用。

#### （三）重大疾病门诊手术医疗费用

被保险人经医院诊断必须接受门诊手术治疗的，被保险人需个人支付的、必需且合理的重大疾病门诊手术医疗费用。

#### **（四）重大疾病住院前后门急诊医疗费用**

被保险人经医院诊断罹患重大疾病必须接受住院治疗，在住院前（含住院当日）30日（含第30日）和出院后（含出院当日）30日（含第30日）内，因与该次住院相同原因接受重大疾病门急诊治疗，被保险人需个人支付的、必需且合理的重大疾病门急诊医疗费用。此项费用不包含重大疾病医疗保险责任中第（二）项、第（三）项约定的重大疾病特殊门诊医疗费用和重大疾病门诊手术医疗费用。

对于以上四类费用，保险人对于被保险人需个人支付的、必需且合理的医疗费用，保险人扣除约定的免赔额后，依照约定的赔付比例进行赔付。保险人在本项下累计给付保险金金额之和以本附加险合同约定的重大疾病医疗保险责任的保险金额为限，当保险人在本项下累计给付金额达到本项保险金额时，保险人对被保险人在本项下的保险责任终止。

**第四条** 本附加险合同遵循医疗费用补偿原则。若被保险人已从其他途径（包括但不限于基本医疗保险（释义二十）、公费医疗、工作单位、保险人在内的任何商业保险机构等）获得本附加险合同责任范围内的医疗费用补偿，则保险人仅对被保险人实际发生的医疗费用扣除其从其他途径所获得医疗费用补偿后的剩余部分按照本附加险合同约定给付保险金，以被保险人实际支出的医疗费用金额为限。基本医疗保险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。

投保人和保险人按照以下情况分别约定赔付比例，并在保险单中载明：

- （1）若被保险人已从基本医疗保险或公费医疗获得费用补偿，赔付比例为100%。
- （2）若被保险人未从基本医疗保险或公费医疗获得费用补偿，赔付比例为60%。
- （3）若保险人对具体赔付有特别约定的，则对于被保险人实际发生的医疗费用，保险人按照保险单上载明的特别约定进行赔付。

### **保险金额**

**第五条** 保险金额是保险人承担赔偿责任或者给付保险金责任的最高限额。本附加险合同的保险金额由投保人与保险人协商确定，并在保险单中载明。

### **缴费方式**

**第六条** 本附加险合同保险费缴付方式由投保人和保险人在投保时约定，并在保险单上载明。

若投保人选择一次性缴付保险费，投保人应当在本附加险合同成立时一次性缴清保险费。投保人未按约定交纳保险费，本附加险合同不生效。对本附加险合同生效前发生的保险事

故，保险人不承担保险责任。

若投保人选择分期缴付保险费，需经投保人申请并经保险人同意，并在本附加险合同中载明保险分期缴付的周期。

如投保人未缴付首期保费，本附加险合同不生效。对本附加险合同生效前发生的保险事故，保险人不承担保险责任。

如投保人未按照保险合同约定的付款时间足额缴付当期保费，允许在宽限期内补缴保险费；如果被保险人在宽限期内发生保险事故，保险人仍按照合同约定赔偿保险金。除本附加险合同另有约定外，如被保险人在正常缴费对应的保险期间内或宽限期内发生保险事故，保险人依照本附加险合同约定赔付保险金的，需扣减保险期间所有未缴期间的保险费，投保人已缴纳的保险费与保险人扣减的保险费之和应等于本附加险合同约定的保险费总额。

如投保人未按照保险合同约定的付款时间足额缴付当期保费，且在本附加险合同约定的宽限期内仍未足额补缴当期保费的，本附加险合同效力中止，保险人对本附加险合同效力中止后发生的保险事故不承担给付保险金责任。

宽限期由投保人与保险人协商确定，并在保险合同中载明。

## 保险期间

**第七条** 本附加险合同的保险期间与主险合同一致，最长不超过一年。

## 责任免除

**第八条** 因下列情形之一导致被保险人支出医疗费用的，保险人不承担保险金给付责任：

- （一）投保人对被保险人的故意杀害或故意伤害；
- （二）被保险人自杀，但被保险人自杀时为无民事行为能力人的除外；
- （三）被保险人故意自伤或因被保险人挑衅或故意行为而导致的打斗、被袭击、被杀害；
- （四）被保险人殴斗、醉酒；吸食、服用或注射毒品；
- （五）被保险人感染艾滋病病毒或患艾滋病；
- （六）核爆炸、核辐射或核污染、化学污染；
- （七）初次投保或非续保前所患，或等待期内出现的疾病，或等待期内接受检查但在等待期后确诊的疾病；
- （八）被保险人在不符合本附加险合同约定的医院就诊发生的医疗费用；
- （九）被保险人遗传性疾病，先天性畸形、变形或染色体异常；
- （十）被保险人患精神性疾病（依据世界卫生组织《疾病和有关健康问题的国际统计分类》第十次修订版（ICD-10）分类为精神和行为障碍的疾病）；

(十一) 被保险人因职业病、医疗事故导致支出医疗费用；

(十二) 被保险人接种预防恶性肿瘤的疫苗，进行基因测试，鉴定恶性肿瘤的遗传性，接受实验性治疗以及安全性和可靠性未经相关科学证明的诊断、治疗或者外科手术所产生的费用；

(十三) 主险合同中列明的“责任免除”事项。

在下列期间发生导致被保险人支出医疗费用的，保险人不承担保险金给付责任：

(一) 被行政或司法机关依法采取强制措施期间或入狱服刑期间；

(二) 被保险人受酒精或毒品影响期间；

(三) 战争、军事行动、暴乱或者武装叛乱期间。

### 不保证续保

**第九条** 本附加险合同为不保证续保合同，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附加险合同，并经保险人同意，交纳保险费，获得新的附加险合同。

当发生下列情形之一的，保险人不再接受重新投保：

(一) 本附加险合同统一停售；

(二) 被保险人身故；

(三) 投保人未如实告知，被保险人不符合投保条件或存在欺诈情形的；

(四) 本附加险合同因其他条款所列情况而导致效力终止。

### 保险金申请与给付

**第十条** 保险金申请人请求赔偿时，应向保险人提供以下证明和资料。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的，保险人对无法核实部分不承担给付保险金的责任。

(一) 索赔申请书；

(二) 保险单合同凭证；

(三) 保险金申请人的有效身份证件；

(四) 支持索赔的全部账单、证明、信息和证据，包括但不限于医院出具的病历资料、医学诊断书、处方、病理检查、化验检查报告、医疗费用原始单据（已从社会医疗保险获得补偿的，需提供医保结算单原件及结算单位用印的医疗费用单据复印件；已从其他商业保险获得赔偿的，需提供费用结算分割单原件及结算单位用印的医疗费用单据复印件；已从其他

任何途径获得补偿或赔偿的，需提供相应机构或单位出具的医疗费用结算证明）、费用明细单据等。保险金申请人因特殊原因不能提供上述材料的，应提供其他合法有效的材料；

（五）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；

（六）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。

**被保险人继承人作为索赔申请人索赔时，需提供公证机构出具的证明其具备继承权及所享份额等事宜的公证文件。**

## 释义

### 一、等待期

指自本附加险合同生效日起计算的一段时间，最长不超过 180 天，具体天数由保险人和投保人在投保时约定并在本附加险合同中载明。**等待期内发生疾病，无论等待期内治疗还是等待期外治疗，保险人均不承担给付保险金责任。续保不在此限。**

### 二、医院

是指经中华人民共和国卫生部门审核认定的二级或以上的公立医院普通部或保险人认可的医疗机构，**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。

该医院必须具有系统的、充分的诊断设备，全套外科手术设备及提供二十四小时的医疗与护理服务的能力和资质。

### 三、重大疾病：指初次确诊下列疾病：

被保险人发生符合以下疾病定义所述条件的疾病，应当由保险人认可的医院专科医生明确诊断。

1、白血病：指一组造血干细胞或者祖细胞突变引起的造血系统恶性肿瘤。必须经保险人认可的医疗机构的专科医生明确诊断并且经血涂片和骨髓象检查确诊，属于世界卫生组织《疾病和有关健康问题的国际统计分类》（ICD-10）的白血病范畴。**相当于 Binet 分期方案 A 期程度的慢性淋巴细胞白血病和感染艾滋病病毒或患艾滋病期间所患恶性肿瘤不在保障范围内。**

2、中枢神经系统恶性肿瘤（含颅内脑实质恶性肿瘤）：指源于中枢神经系统实质细胞

的原发性神经系统恶性肿瘤。中枢神经系统包括脑实质（大脑、小脑、间脑、中脑、脑桥、延髓）和脊髓。临床诊断属于世界卫生组织《疾病和有关健康问题的国际统计分类》（ICD-10）的恶性肿瘤范畴。

3、心脏瓣膜手术：指为治疗心脏瓣膜疾病，实际实施了切开心脏进行的心脏瓣膜置换或者修复的手术。**所有未切开心脏的心脏瓣膜介入手术不在保障范围内。**

4、严重慢性缩窄性心包炎：指由于慢性心包炎症导致心包脏层和壁层广泛瘢痕粘连、增厚和钙化，心包腔闭塞，形成一个纤维瘢痕外壳，使心脏和大血管根部受压，阻碍心脏的舒张。须明确诊断为慢性缩窄性心包炎且必须满足下列全部条件：

（1）心功能衰竭达到**美国纽约心脏病学会心功能状态分级（释义十六）IV级**，并持续180天以上；

（2）已经接受了经下列任何一种手术路径进行的开胸心包剥离手术或心包切除手术。

- ① 胸骨正中切口；
- ② 双侧前胸切口；
- ③ 左前胸肋间切口。

**经胸腔镜、胸壁打孔进行的手术、心包粘连松解手术不在保障范围内。**

5、严重心肌炎：指被保险人因严重心肌炎症性病变导致心功能损害造成持续的永久不可逆性的心功能衰竭。必须满足下列所有条件：

（1）心功能衰竭程度达到美国纽约心脏病学会（New York Heart Association, NYHA）的心功能分级标准之心功能IV级，或左室射血分数低于30%；

（2）持续不间断180天以上；

（3）被保险人永久不可逆性的体力活动能力受限，不能从事任何体力活动。

6、严重重症肌无力：指一种神经肌肉接头传递障碍所致的疾病，表现为局部或者全身骨骼肌（特别是眼外肌）极易疲劳。疾病可以累及呼吸肌、上肢或者下肢的近端肌群或者全身肌肉。必须满足下列全部条件：

（1）经药物治疗和胸腺手术治疗一年以上仍无法控制病情；

（2）严重肌肉无力，符合下列条件之一：

①临床分型为V型重症肌无力；

②自主生活能力完全丧失，无法独立完成六项基本日常生活活动中的三项或者三项以上。

其中六项基本日常生活活动是指：

- （1）穿衣：自己能够穿衣及脱衣；
- （2）移动：自己从一个房间到另一个房间；
- （3）行动：自己上下床或者上下轮椅；
- （4）如厕：自己控制进行大小便；

(5) 进食：自己从已准备好的碗或者碟中取食物放入口中；

(6) 洗澡：自己进行淋浴或者盆浴。

**六项基本日常生活活动能力的鉴定不适用于 0-3 周岁幼儿。**

美国重症肌无力协会临床分型：I 型：任何眼肌无力，其他肌群肌力（释义十七）正常；II 型：无论眼肌无力程度，其他肌群轻度无力；III 型：无论眼肌无力程度，其他肌群中度无力；IV 型：无论眼肌无力程度，其他肌群重度无力；V 型：气管插管。

7、严重脊髓灰质炎：指由于脊髓灰质炎病毒感染所致的瘫痪性疾病，临床表现为运动功能损害或者呼吸无力。脊髓灰质炎必须明确诊断，并且脊髓灰质炎造成的神经系统功能损害导致一肢或者一肢以上肢体（释义十八）机能永久完全丧失。

肢体机能永久完全丧失，指疾病确诊 180 天后，每肢三大关节中的两大关节仍然完全僵硬，或者不能随意识活动。

8、严重哮喘：必须在首次确诊严重哮喘之日的前两年内曾发生哮喘持续状态，并满足下列两项或者两项以上条件：

- (1) 运动耐受力永久并持续地减少，并且轻微的运动能引起气促；
- (2) 长期胸腔过度膨胀而导致胸腔畸形；
- (3) 在家及在静息状态下需要吸氧；
- (4) 持续的每天服用类固醇药物，至少持续 6 个月以上。

9、严重 I 型糖尿病：I 型糖尿病是由于胰岛素分泌绝对不足而引起以血浆葡萄糖水平增高为特征的代谢内分泌疾病，需持续利用外源性胰岛素治疗。本病须经血胰岛素测定、血 C 肽测定或尿 C 肽测定检查证实，且被保险人已经接受了持续的胰岛素治疗 180 天以上，并满足下列至少一个条件：

- (1) 出现增殖性糖尿病视网膜病变；
- (2) 糖尿病肾病，且尿蛋白>0.5g/24h；
- (3) 因糖尿病足坏疽进行足趾或者下肢截断术。

10、严重幼年型类风湿性关节炎：幼年型类风湿性关节炎是一种儿童期发病的慢性关节炎，其特点为在高热和系统性病征出现数月后发生关节炎。**本附加险合同仅对实际接受了膝关节或者髋关节置换手术治疗的严重的幼年型类风湿性关节炎予以理赔。**

11、严重川崎病：指一种血管炎综合征，临床表现为急性发热，皮肤粘膜病损和淋巴结肿大。本病须经保险人认可的医疗机构的专科医生明确诊断，同时须由血管造影或者超声心动图检查证实，满足下列至少一项条件：

- (1) 伴有冠状动脉瘤，且冠状动脉瘤于最初急性发病后持续至少 180 天；
- (2) 伴有冠状动脉瘤，且实际接受了对冠状动脉瘤进行的手术治疗。

12、重症手足口病：由肠道病毒引起的急性传染病，主要症状表现为手、足、口腔等部位的斑丘疹、疱疹。经保险人认可的医疗机构的专科医生确诊为患有手足口病，并伴有列

至少一项并发症：

(1) 有脑膜炎或者脑炎并发症，且导致意识障碍或者瘫痪的临床表现及实验室检查证据；

(2) 有肺炎或者肺水肿并发症，且导致呼吸衰竭的临床表现及实验室检查证据；

(3) 有心肌炎并发症，且导致心脏扩大或者心力衰竭的临床表现及实验室检查证据。

13、骨/关节软骨恶性肿瘤：指原发于骨组织或关节软骨组织的恶性肿瘤。必须经保险人认可的医疗机构的专科医生明确诊断并经病理学检查确诊，属于世界卫生组织《疾病和有关健康问题的国际统计分类》（ICD-10）的恶性肿瘤范畴。

14、淋巴瘤：指原发于淋巴结或其它淋巴组织的恶性肿瘤。必须经保险人认可的医疗机构的专科医生明确诊断并经病理学检查确诊，属于世界卫生组织《疾病和有关健康问题的国际统计分类》（ICD-10）的恶性肿瘤范畴。

**相当于 AnnArbor 分期方案 I 期程度的何杰金氏病和粘膜相关淋巴组织淋巴瘤不在保障范围内。**

15、终末期肾病（或称慢性肾功能衰竭尿毒症期）：指双肾功能慢性不可逆性衰竭，达到尿毒症期，经诊断后已经进行了至少 90 天的规律性透析治疗或实施了肾脏移植手术。

#### 四、住院

指被保险人因患疾病无法以门诊的方式提供安全医疗而入住医院之正式病房进行治疗，并正式办理入出院手续，但不包括住入急诊观察室、家庭病床、联合病房、康复医院（病房）、疗养院、挂床住院及其他不合理的住院。挂床住院是指被保险人住院过程中 1 日内未接受与入院诊断相关的检查和治疗，或 1 日内住院不满 24 小时（遵医嘱到外院接受临时诊疗的除外）。

#### 五、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。

**2. 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。



## 六、床位费：

指被保险人住院期间实际发生的、不高于双人病房的医院床位费用（不包括单人病房、套房、家庭病床）。

## 七、膳食费：

指实际发生的、由医院提供的合理的、符合惯常标准的膳食费用，但不包括购买的个人用品。

## 八、护理费：

指根据医嘱所示的护理等级确定的护理费用。

## 九、医生诊疗费：

指医生（包括外科医生、麻醉师、内科医生、专科医生等）的劳务费用，包含挂号费。

## 十、检查检验费：

指实际发生的、以诊断疾病为目的，采取必要的医学手段进行检查及检验而发生的合理的医疗费用，包括诊查费、妇检费、X光费、心电图费、B超费、脑电图费、内窥镜费、肺功能仪费、分子生化检验费和血、尿、便常规检验费等。

## 十一、治疗费：

指以治疗疾病为目的，提供必要的医学手段而发生的合理的治疗者的技术劳务费和医疗器械使用费，以及消耗品的费用，包括注射费、机疗费、理疗费、输血费、输氧费、体外反搏费等。

## 十二、药品费：

指实际发生的合理且必要的由医生开具的具有国家药品监督管理部门核发的药品批准文号或者进口药品注册证书、医药产品注册证书的国产或进口药品的费用。但不包括营养补充类药品，免疫功能调节类药品，美容及减肥类药品，预防类药品，以及下列中药类药品：

1.主要起营养滋补作用的单方、复方中药或中成药，如花旗参，冬虫草，白糖参，朝鲜红参，玳瑁，蛤蚧，珊瑚，狗宝，红参，琥珀，灵芝，羚羊角尖粉，马宝，玛瑙，牛黄，麝香，西红花，血竭，燕窝，野山参，移山参，珍珠（粉），紫河车，阿胶，阿胶珠，血宝胶囊，红桃K口服液，十全大补丸，十全大补膏等；

2.部分可以入药的动物及动物脏器，如鹿茸，海马，胎盘，鞭，尾，筋，骨等；

3.用中药材和中药饮片炮制的各类酒制剂等。

## 十三、手术费：

指当地卫生行政部门规定的手术项目的费用。包括外科医生费、手术室费、麻醉费、手术监测费、手术材料费、术中用药费、手术设备费、一次性用品费；若因器官移植而发生的手术费用，不包括器官本身的费用和获取器官过程中的费用。

## 十四、救护车费用：

指为抢救生命由急救中心派出的救护车费用及根据医生建议，被保险人需医院转诊过程

中的医院用车费用，且救护车的使用仅限于同一城市的医疗运送。

#### **十五、化学疗法：**

指针对恶性肿瘤的化学治疗。化疗是使用医学界公认的化疗药物以杀死癌细胞、抑制癌细胞生长繁殖为目的而进行的治疗。本附加险合同所指的化疗为被保险人根据医嘱，在医院进行的静脉注射化疗。

#### **十六、放射疗法：**

指针对恶性肿瘤的放射治疗。放疗是使用各种不同能量的射线照射肿瘤组织，以抑制和杀灭癌细胞为目的而进行的治疗。本附加险合同所指的放疗为被保险人根据医嘱，在医院的专门科室进行的放疗。

#### **十七、肿瘤免疫疗法：**

指应用免疫学原理和方法，使用肿瘤免疫治疗药物提高肿瘤细胞的免疫原性和对效应细胞杀伤的敏感性，激发和增强机体抗肿瘤免疫应答，并应用免疫细胞和效应分子输注宿主体内，协同机体免疫系统杀伤肿瘤、抑制肿瘤生长。本附加险合同所指的肿瘤免疫治疗药物需符合法律、法规要求并经过国家食品药品监督管理局批准用于临床治疗。

#### **十八、肿瘤内分泌疗法：**

指针对恶性肿瘤的内分泌疗法，用药物抑制激素生成和激素反应，杀死癌细胞或抑制癌细胞的生长。本附加险合同所指的内分泌治疗药物需符合法律、法规要求并经过国家食品药品监督管理局批准用于临床治疗。

#### **十九、肿瘤靶向疗法：**

指在细胞分子水平上，针对已经明确的致癌点来设计相应的靶向治疗药物，利用具有一定特异性的载体，将药物或其他杀伤肿瘤细胞的活性物质选择性地运送到肿瘤部位攻击癌细胞的疗法。本附加险合同所指的靶向治疗药物需符合法律、法规要求并经过国家食品药品监督管理局批准用于临床治疗。

#### **二十、基本医疗保险**

指政府举办的基本医疗保障项目，包括城镇职工基本医疗保险、城镇/乡居民基本医疗保险、新型农村合作医疗等。

**本附加险合同中无明确“释义”的词语，均以该词语在主险合同中的释义为准。**