

华农财产保险股份有限公司

附加特定心脑血管疾病康复治疗费用保险条款（互联网专属）

注册编号：C00010132522023122100981

第一部分 总则

第一条 在投保华农财产保险股份有限公司健康保险类保险合同（以下简称“主险合同”）的基础上，投保人可以投保本附加险。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。本附加险合同未约定事项，以主险合同为准；主险合同与本附加险合同相抵触之处，以本附加险合同为准。凡涉及本附加险合同的约定，均应采用书面形式。

第二部分 保险责任

第二条 在本附加险合同保险期间内，被保险人经过本附加险合同约定的等待期（释义一）后，经专科医生（释义二）初次诊断罹患主险合同所约定的脑卒中（释义三）或急性心肌梗死（释义四）中的一种或两种疾病的，并因此接受住院治疗的，对于在住院期间或出院后，该被保险人在指定医疗机构（释义五）接受康复治疗（释义六）而支付的必需且合理（释义七）的康复治疗费用，保险人按照下列约定给付特定心脑血管疾病康复治疗费用保险金：

上述必需且合理的康复治疗费用，以本附加险合同载明为准；若本附加险合同未载明的，则为符合基本医疗保险（释义八）报销范围的康复治疗费用。

对于上述必需且合理的康复治疗费用，保险人在扣除基本医疗保险、公费医疗和任何第三方（包括任何商业医疗保险）已经补偿或给付的部分以及本附加险合同约定的免赔额后，对其剩余部分按照本附加险合同约定的赔付比例、分项限额给付特定心脑血管疾病康复治疗费用保险金。其中：

1、被保险人不论一次或多次接受治疗，本保险人均按上述约定给付康复治疗费用保险金；但在任何情况下保险人累计支付的保险金金额以保险单载明的康复治疗费用保险金额为限，当保险人累计支付的保险金金额达到保险单载明的特定心脑血管疾病康复治疗费用保险金额时，本附加险合同终止。

2、保险期间届满但被保险人的康复治疗仍未结束的，对于该被保险人在康复治疗延长日数内支付的康复治疗费用，保险人仍承担给付保险金的责任。其中：

（1）康复治疗延长日数以本附加险合同载明为准；若本附加险合同未载明的，则康复治疗延长日数为自保险期间届满次日起计算的 180 日（含第 180 日）。

（2）对于超出康复治疗延长日数后的康复治疗费用，保险人不承担给付保险金的责任。

3、本附加险合同适用补偿原则。被保险人通过任何途径获得的医疗费用补偿金额总和以其实际支出的金额为限。被保险人已经从基本医疗保险、公费医疗和任何第三方（包括

任何商业医疗保险) 获得相关医疗费用补偿的, 保险人仅对扣除已获得补偿后的剩余部分医疗费用, 按照本附加险合同的约定承担给付保险金的责任。

第三部分 保险金额与免赔额

第三条 本附加险合同的康复治疗费用保险责任的保险金额由投保人和保险人协商确定, 并在保险单中载明。保险金额一经确定, 在保险期间内不得变更。

保险金额是保险人承担给付该被保险人保险金责任的最高限额。

第四条 本附加险合同免赔额、赔付比例、分项限额由投保人、保险人双方约定, 并在保险单中载明。

第四部分 责任免除

第五条 被保险人因下列原因而支出康复治疗费用的, 保险人不承担给付保险金责任:

- (1) 不符合主险合同释义约定的脑卒中、急性心肌梗死的其他疾病导致的康复医疗行为;
- (2) 意外伤害(释义九) 造成的颅脑外伤及其后遗症;
- (3) 未在保险合同中约定予以承保的既往症(释义十);
- (4) 被保险人未遵医嘱服用、涂用、注射药物, 但按使用说明的规定使用非处方药不在此限;
- (5) 被保险人受酒精、毒品、管制药物的影响, 但遵医嘱使用药物的情形不在此限;
- (6) 医疗事故(释义十一)。

第六条 对于被保险人未在指定医疗机构发生的康复治疗费用, 保险人不承担给付保险金责任。

第七条 对于本附加险合同载明的免赔额, 保险人不承担给付保险金的责任。

第五部分 保险期间

第九条 除另有约定外, 本附加险合同保险期间与主险合同保险期间一致。

第六部分 不保证续保

第十条 本附加险合同为不保证续保合同, 本附加险合同保险期间最长为一年。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。

若发生下列情形之一的, 本附加险合同不再接受重新投保:

- (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。

第七部分 保险金申请

第十一条 保险金申请人（释义十二）向保险人申请给付保险金时，应填写保险金给付申请书，并提交以下材料。保险金申请人因特殊原因不能提供以下材料的，应提供其它合法有效的材料。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。保险人按照本保险合同的约定，认为有关的证明和资料不完整的，应当及时一次性通知保险金申请人补充提供。

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。

- （1）保险金给付申请书；
- （2）保险合同凭证；
- （3）保险金申请人的有效身份证件；
- （4）支持索赔的全部账单、证明、信息和材料，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（已从基本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证明材料；
- （5）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。

第八部分 释义

除本附加险合同明确约定外，主险合同中的相关释义适用于本附加险合同。

一、等待期

是指自被保险人获得被保资格之日起计算的一段时间，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上载明，最长不超过 180 天。**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。**

二、专科医生

专科医生应当同时满足以下四项资格条件：

- （1）具有有效的中华人民共和国《医师资格证书》；
- （2）具有有效的中华人民共和国《医师执业证书》，并按期到相关部门登记注册；
- （3）具有有效的中华人民共和国主治医师或主治医师以上职称的《医师职称证书》；
- （4）在二级或二级以上医院的相应科室从事临床工作三年以上。

三、脑卒中

脑卒中，指被保险人实际发生了脑血管的突发病变并出现神经系统功能障碍临床表现，头颅断层扫描（CT）、核磁共振检查（MRI）等影像学检查证实存在对应新发病灶，确诊为脑出血、脑栓塞或者脑梗塞；其参照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）》出院疾病诊断编码为：I60-I64。

诊断编码（ICD-10）	疾病名称	编码层级
I60	蛛网膜下出血	3
I60.0	颈动脉弯管和权的蛛网膜下出血	4
I60.1	大脑中动脉的蛛网膜下出血	4
I60.2	前交通动脉的蛛网膜下出血	4
I60.3	后交通动脉的蛛网膜下出血	4
I60.4	基底动脉的蛛网膜下出血	4
I60.5	椎动脉的蛛网膜下出血	4
I60.6	其他颅内动脉的蛛网膜下出血	4
I60.7	未特指颅内动脉的蛛网膜下出血	4
I60.8	其他的蛛网膜下出血	4
I60.9	未特指的蛛网膜下出血	4
I61	脑内出血	3
I61.0	大脑半球的脑内出血, 皮质下	4
I61.1	大脑半球的脑内出血, 皮质的	4
I61.2	大脑半球未特指的脑内出血	4
I61.3	脑干的脑内出血	4
I61.4	小脑的脑内出血	4
I61.5	脑内出血, 脑室内	4
I61.6	脑内出血, 多处局限性	4
I61.8	其他的脑内出血	4
I61.9	未特指的脑内出血	4
I62	其他非创伤性颅内出血	3
I62.0	硬膜下出血（急性）（非创伤性）	4
I62.1	非创伤性硬膜外出血	4
I62.9	未特指的颅内出血（非创伤性）	4
I63	脑梗死	3
I63.0	入脑前动脉血栓形成引起的脑梗死	4
I63.1	入脑前动脉栓塞引起的脑梗死	4
I63.2	入脑前动脉未特指的闭塞或狭窄引起的脑梗死	4
I63.3	大脑动脉血栓形成引起的脑梗死	4
I63.4	大脑动脉栓塞引起的脑梗死	4

I63.5	大脑动脉未特指的闭塞或狭窄引起的脑梗死	4
I63.6	大脑静脉血栓形成引起的脑梗死	4
I63.8	其他的脑梗死	4
I63.9	未特指的脑梗死	4
I64	脑卒中，未特指为出血或梗死	3

短暂性脑缺血发作（TIA）、腔隙性脑梗塞、陈旧性脑梗塞不在保障范围内。

四、急性心肌梗死

急性心肌梗死，指冠状动脉急性、持续性缺血缺氧所引起的严重心肌损伤和坏死。须发生急性心肌损伤且存在急性心肌缺血的临床证据；并检测到肌酸激酶同功酶（CK-MB）或肌钙蛋白（cTn）的升高或回落并至少一次检测值变化达到或超过心肌梗死的诊断标准，且伴有以下至少 1 项情形：1）新发生的缺血性心电图改变；2）出现病理性 Q 波；3）影像学检查发现与缺血相一致的新发生的存活心肌丧失或局部室壁运动异常；4）血管造影证实冠状动脉存在血栓。并且其参照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）》出院疾病诊断编码为：I21-I22。

诊断编码（ICD-10）	疾病名称	编码层级
I21	急性心肌梗死	3
I21.0	前壁急性透壁性心肌梗死	4
I21.1	下壁急性透壁性心肌梗死	4
I21.2	其他部位的急性透壁性心肌梗死	4
I21.3	未特指部位的急性透壁性心肌梗死	4
I21.4	急性心内膜下心肌梗死	4
I21.9	未特指的急性心肌梗死	4
I22	随后性心肌梗死	3
I22.0	前壁的随后性心肌梗死	4
I22.1	下壁的随后性心肌梗死	4
I22.8	其他部位的随后性心肌梗死	4
I22.9	未特指部位的随后性心肌梗死	4

五、指定医疗机构

指经中华人民共和国卫生部门审核的**二级及二级以上的公立医院普通部**或**保险人扩展承保的医疗机构**，但不包括主要作为诊所、康复、护理、休养、静养、戒酒、戒毒等或类似的医疗机构，及保险人不予理赔的医疗机构。**该医院必须具有符合国家有关医院管理规则设置标准的医疗设备，且全天二十四小时有合格医师及护士驻院提供医疗及护理服务。**

保险人扩展承保的医疗机构清单及不予理赔的医疗机构清单将在保险单中载明，保险

人保留对清单进行变更的权利，具体以保险人在官方正式渠道（包括但不限于官网、官微）公布或通知为准。

六、康复治疗

指在指定医疗机构接受以促进机体各项功能恢复改善为目的的医疗方法，包括但不限于物理治疗、心理康复、推拿针灸中医康复、营养指导、康复护理、康复教育等；投保人和保险人双方还可以约定康复治疗的范围和条件等，并在本附加险合同中载明。

七、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。

八、基本医疗保险

指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政府举办的基本医疗保险保障项目。

九、意外伤害

指以外来的、突发的、非本意的和非疾病的客观事件为直接原因致使身体受到的伤害。
自然死亡、疾病身故、猝死、自杀以及自伤均不属于意外伤害。

十、既往症

指在本附加险合同生效前罹患的被保险人已知或应该知道的有关疾病。通常有以下情况：

- 1. 本附加险合同生效前，医生已有明确诊断，长期治疗未间断；
- 2. 本附加险合同生效前，医生已有明确诊断，治疗后症状未完全消失，有间断用药情况；
- 3. 本附加险合同生效前，医生已有明确诊断，但未予治疗。

投保人在投保时告知保险人，经保险人审核同意并在保险单中单独载明不属于既往症的疾病或病症，不属于本附加险合同约定的既往症。

十一、医疗事故

指医疗机构及其医务人员在医疗活动中，违反医疗卫生管理法律、行政法规、部门规章

和诊疗护理规范及常规，过失造成患者人身损害的事故。

十二、保险金申请人

除另有约定外，本附加险合同的保险金申请人是指被保险人本人。