

阅 读 提 示

本阅读提示是为了帮助您更好理解条款，对本附加合同内容的解释以条款正文为准。

→ **您拥有的重要权益**

- ◆ 签收合同后 10 天内您可以要求全额退还保险费1.5
- ◆ 被保险人可以享有本合同提供的保障利益.....2.4
- ◆ 您有权解除合同.....7.1

→ **您应当特别注意的事项**

- ◆ 等待期内我们不承担保险责任.....2.3
- ◆ 在某些情况下，我们不承担保险责任.....2.5
- ◆ 您应按时支付保险费.....5.1
- ◆ 在某些情况下，本附加合同效力终止.....6.1
- ◆ 解除合同会给您造成一定的损失，请您慎重决策.....7.1
- ◆ 我们对一些重要术语进行了解释，请您注意.....8

→ **条款是保险合同的重要内容，为充分保障您的权益，请您仔细阅读本条款。**

→ **条款目录**

1 您与我们订立的合同	3.2 重症监护津贴保险金的申请
1.1 合同构成	3.3 重大手术津贴保险金的申请
1.2 保险合同成立与生效	3.4 诉讼时效
1.3 投保年龄	4 现金价值权益
1.4 合同的签收	4.1 现金价值
1.5 犹豫期	5 保险费的支付
2 我们提供的保障	5.1 保险费的支付
2.1 基本保险金额	5.2 保险费率的调整
2.2 保险期间	6 合同效力的终止
2.3 等待期	6.1 合同效力的终止
2.4 保险责任	7 合同解除
2.5 责任免除	7.1 解除合同的手续及风险
3 保险金的申请	8 释义
3.1 住院津贴保险金的申请	



中意附加住院津贴医疗保险B款条款

报中国保险监督管理委员会备案文号：中意人寿〔2010〕第XXX号

在本条款中，“您”指投保人，“我们”、“本公司”均指中意人寿保险有限公司，“本附加合同”指您与我们之间订立的“中意附加住院津贴医疗保险B款”保险合同。

1 您与我们订立的合同

- | | | |
|-----|------------------|--|
| 1.1 | 合同构成 | 本附加合同可以附加于我们供您选择的人身保险合同（以下简称主合同）。如您申请投保本附加合同，经我们审核同意后可以订立本附加合同。主合同的条款也适用于本附加合同，若互有冲突，则以本附加合同为准。 |
| 1.2 | 保险合同成立与生效 | 您提出保险申请、我们同意承保，本附加合同成立。
本附加合同自我们同意承保、收取首期保险费并签发保险单后开始生效，合同生效日期在保险单上载明。保单年度、保险费约定支付日均以该日期计算。
我们自保险单上约定的生效日的次日零时起开始承担本附加合同约定的保险责任。 |
| 1.3 | 投保年龄 | 指您投保本附加合同时被保险人的年龄，年龄以周岁计算。
本附加合同接受的投保年龄为出生满30天至57周岁，但被保险人的年龄与您选择支付期限之和不得超过60周岁。 |
| 1.4 | 合同的签收 | 在您收到本附加合同时，您应当签署本附加合同的签收回执。 |
| 1.5 | 犹豫期 | 自您签收本附加合同的次日起，有10日的犹豫期。在此期间，请您仔细阅读本附加合同，如果您认为本附加合同与您的需求不符，您可以在犹豫期结束前解除本附加合同，我们将在扣除不超过10元的工本费后无息退还您所支付的保险费。
解除合同时，您需要填写申请书，并提供您的保险合同及有效身份证件。自您书面申请解除合同之日起，本附加合同即被解除，我们自本附加合同生效日起不承担保险责任。 |

2 我们提供的保障

- | | | |
|-----|---------------|---|
| 2.1 | 基本保险金额 | 本附加合同的基本保险金额由您在投保时与我们约定，并在保险单上载明。如果该基本保险金额有所变更，以变更后的基本保险金额为准。 |
| 2.2 | 保险期间 | 本附加合同的保险期间包括下列两种，由您在投保时与我们约定，并于保险单上载明。
1) 自生效日的次日零时起至被保险人满65周岁后的首个保险单周年日24时止；
2) 自生效日的次日零时起至被保险人身故。 |
| 2.3 | 等待期 | 从本附加保险合同签发日起或最后一次复效之日起（以时间较迟者 |

- 为准) 90天内**发病**或因该疾病发生相关就诊, 我们在保险期间内不对该疾病的治疗、**复发**或其并发症承担给付相应保险金的责任。这90天的时间称为等待期。因在本附加合同有效期内发生的意外伤害事故引发的住院治疗无等待期。
- 2.4 **保险责任** 在本附加合同有效期内并在等待期后发生保险事故, 我们承担如下保险责任:
- 2.4.1 **住院津贴保险金** 被保险人因疾病或**意外伤害**经医院诊断必须住院治疗, 我们从被保险人每次**住院**的第3天开始每日按本附加合同基本保险金额给付“住院津贴保险金”。每次疾病住院津贴保险金给付天数=**住院天数-2天**, 我们只给付整数天的住院津贴保险金。
在每一保单年度内, “住院津贴保险金”给付天数最多可达180天。
- 2.4.2 **重症监护津贴保险金** 被保险人因疾病或意外伤害经医院诊断必须入住**重症监护病房**治疗, 我们从被保险人入住重症监护病房的第1天开始每日按2倍本附加合同基本保险金额给付“重症监护津贴保险金”。每次重症监护津贴保险金给付天数=**重症监护病房的实际住院天数**, 我们只给付整数天的重症监护津贴保险金。
我们在给付重症监护津贴保险金时, 不再给付住院津贴保险金。
在每一保单年度内, “重症监护津贴保险金”给付天数最多可达30天。
- 2.4.3 **重大手术津贴保险金** 被保险人因疾病或意外伤害经医院诊断并已经进行本条款约定的“**重大手术及治疗**”的, 我们按100倍本附加合同基本保险金额给付“重大手术津贴保险金”。在本附加合同有效期内每种“重大手术及治疗”只给付一次“重大手术津贴保险金”。

若同一次手术中, 针对同一器官实施的手术同时满足两种或两种以上“重大手术及治疗”定义时, 我们仅按其中一种“重大手术及治疗”给付“重大手术津贴保险金”。
- 2.4.4 **最高累积住院天数** 本附加合同住院津贴保险金和重症监护津贴保险金的累计给付天数以540天为限。当累计给付天数达到540天时, 本附加合同效力随即终止。
- 2.5 **责任免除** 在本附加合同有效期内, 因下列情形之一导致被保险人住院、入住重症监护治疗和手术的, 我们不承担保险责任:
 (1) 妊娠、流产、分娩、不孕症、避孕及节育手术或由妊娠、分娩、流产、节育所导致的任何并发症;
 (2) 包皮环切手术以及任何原因导致的美容手术和外科整形手术;
 (3) 先天性疾病、遗传性疾病及精神疾病;
 (4) 非因意外伤害而进行的牙科治疗或手术以及任何原因导致的牙齿修复或牙齿整形;
 (5) 一般身体检查、疗养、特别护理或静养、康复性治疗、非手术或非药物治疗;
 (6) 投保人对被保险人的故意伤害, 被保险人自残;
 (7) 核爆炸、核辐射、核污染、战争、军事冲突、暴乱、武装叛乱或被保险人参与军事行动;
 (8) 在本附加险合同签发日之前或最后一次复效之日之前(以时间较迟者为准) 被保险人已存在的疾病、症状或受伤并且自本附加合同签发日(复效日)前5年内接受治疗或检查的;
 (9) 被保险人故意犯罪或者抗拒依法采取的刑事强制措施;

(10) 被保险人酒后驾驶、无合法有效驾驶证驾驶或驾驶无有效行驶证的机动车；

(11) 被保险人感染艾滋病病毒或患艾滋病；

(12) 被保险人以职业运动员身份参加的运动；或参与可获得报酬的运动；或者参加以下项目的竞赛、表演或专业训练：赛马、马术、马球、机动车、自行车、赛艇、滑板、冲浪、滑水、跳水、潜水、跳高滑雪、雪橇、滑冰、冰球、拳击、武术、摔跤；或参加攀岩、攀登海拔3500米以上独立山峰、滑翔翼、气球驾驶、跳伞、空中飞行（不包括以乘客身份乘坐作为公共交通工具的民航班机）、蹦极跳；或参加洞穴、极地、沙漠、火山、冰川等探险和考察。

3 保险金的申请

3.1 住院津贴保险金的申请 申请人须填写保险金给付申请书，并提供下列证明和资料：
(1) 保险合同；
(2) 申请人的有效身份证件；
(3) 完整的门、急诊病历，住院病历、出院小结；
(4) 门、急诊、住院**医疗费用收据**，清单及结算单；
(5) 所能提供的与确认保险事故的性质、原因等有关的其他证明和资料。

3.2 重症监护津贴保险金的申请 申请人须填写保险金给付申请书，并提供下列证明和资料：
(1) 保险合同；
(2) 申请人的有效身份证件；
(3) 完整的门、急诊病历，住院病历、出院小结；
(4) 门、急诊、住院**医疗费用收据**，清单及结算单；
(5) 重症监护病房记录及收费证明；
(6) 所能提供的与确认保险事故的性质、原因等有关的其他证明和资料。

医疗费用收据 被保险人支出医疗费用并提出索赔申请后，应向我们递交就诊医院签发的、由政府财政税务部门监制的医疗费用原始收据。

3.3 重大手术津贴保险金的申请 申请人须填写保险金给付申请书，并提供下列证明和资料：
(1) 保险合同；
(2) 申请人的有效身份证件；
(3) 完整的门急诊病历、住院病历、出院小结、手术记录；
(4) 手术费用收据、清单及结算单；
(5) 所能提供的与确认保险事故的性质、原因等有关的其他证明和资料。

若以上申请资料和证明不完整的，我们将及时一次性通知申请人补充提供有关资料和证明。

3.4 诉讼时效 受益人及其他有权领取保险金的人向我们请求给付保险金的诉讼时效期间为2年，自其知道或者应当知道保险事故发生之日起计算。

4 现金价值权益

4.1 现金价值 本附加合同的每个保单年度末的现金价值会在保险单上载明，且为未发生保险事故的金额。若已经发生保险事故且已给付保险金，本附加合同保单年度末的现金价值将按如下方法计算：
发生保险事故后的现金价值=（540-累计赔付住院天数）/540×保险单现金价值表上所载明的金额。

保单年度内的现金价值，您可以向我们咨询。

5 保险费的支付

- | | | |
|-----|----------------|---|
| 5.1 | 保险费的支付 | 本附加合同保险费的支付方式由您与我们在投保时约定并在保险单上载明。 |
| 5.2 | 保险费率的调整 | 我们有权重新调整本附加合同的保险费率，保险费率的调整须符合保险监管机构的相关规定。 |

6 合同效力的终止

- | | | |
|-----|----------------|---|
| 6.1 | 合同效力的终止 | 发生下列情况之一者，本附加合同效力终止：
(1) 我们收到解除合同申请书；
(2) 主合同因任何原因效力终止；
(3) 主合同满期或本附加合同满期（以较前者为准）；
(4) 因主合同或本附加合同其他条款所列情况而效力终止。 |
|-----|----------------|---|

7 合同解除

- | | | |
|-----|-------------------|--|
| 7.1 | 解除合同的手续及风险 | 如您在犹豫期后申请解除本附加合同，请填写解除合同申请书并向我们提供下列资料：
(1) 保险合同；
(2) 您的有效身份证件。
自我们收到解除合同申请书时起，本附加合同效力终止。我们自收到解除合同申请书之日起30日内向您退还本附加合同的现金价值。
您犹豫期后解除合同会遭受一定损失。 |
|-----|-------------------|--|

8 释义

- | | | |
|-----|-------------|---|
| 8.1 | 发病 | 发病是指出现疾病的前兆和异常的身体状况，该疾病的前兆或异常的身体状况足以引起注意或应当引起注意并寻求检查、诊断、治疗或护理。 |
| 8.2 | 复发 | 疾病经过一定的缓解或痊愈后又重复发作。 |
| 8.3 | 意外伤害 | 指遭受外来的、突发的、非本意的、非疾病的客观事件直接致使身体受到的伤害。 |
| 8.4 | 住院 | 指被保险人因疾病或意外伤害而入住医院的正式病房进行治疗，并正式办理入出院手续，不包括入住门诊观察室、家庭病床、其他挂床住院及不合理的住院。 |
| 8.5 | 住院天数 | 本附加合同所称的住院天数，是指被保险人在医院住院部病房或重症监护病房内实际的住院治疗整天数，住院满24小时为一整天。 |
| 8.6 | 医院 | 指具备由政府卫生行政管理部门颁发的、合法有效的医疗机构执业许可证并符合下列条件之一的公立或基本医疗保险定点医疗机构：
(1) 二级或二级以上的医院、二级或二级以上的妇幼保健院、住院床位在100张及以上的医院，但不包括精神病医院、皮肤病医院、整形外科医院、美容医院、康复医院和疗养院；
(2) 我们认可的、为受伤者和患病者提供全日24小时诊断和治疗服务的医疗机构。 |

8.7	重症监护病房	本附加合同所称的重症监护病房是指配备合格的医护人员和固定设备，为危重病人提供24小时连续监护并按日收费的特殊病房。
8.8	精神疾病	在国际疾病分类（ICD-10）中归属于精神和行为障碍（编码F00至F99）的疾病，或根据《中国精神疾病分类方案和诊断标准》（CCDM-3）诊断的精神疾病。
8.9	先天性疾病	单基因病（常染色体或性染色体遗传病，如血友病、Huntington舞蹈病等）或在国际疾病分类（ICD-10）中归属于先天性畸形、变形和染色体异常（编码Q00至Q99）的疾病。
8.10	遗传性疾病	指生殖细胞或受精卵的遗传物质（染色体和基因）发生突变或畸变所引起的疾病，通常具有由亲代传至后代的垂直传递的特征。
8.11	重大手术及治疗	<p>重大手术及治疗是指被保险人已初次接受符合下列定义的手术，或被保险人初次接受符合有关定义约定的治疗。</p> <p>（1）重大器官移植手术</p> <p>指被保险人因相应器官功能损害或造血功能损害，已经实施了肾脏、肝脏、心脏、肺或造血干细胞（包括骨髓造血干细胞、外周造血干细胞和脐血造血干细胞）的异体移植手术。</p> <p>（2）恶性肿瘤(癌症)广泛根治性切除手术</p> <p>指为根治恶性肿瘤而实际实施的肿瘤彻底切除连同周围淋巴转移区的整块切除手术。恶性肿瘤须符合以下定义：指恶性细胞不受控制的进行性增长和扩散，浸润和破坏周围正常组织，可以经血管、淋巴管和体腔扩散转移到身体其他部位的疾病。须由专科医师依据病理学检查结果明确诊断，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》（ICD-10）的恶性肿瘤范畴。因下列疾病实施的手术不在保障范围内：</p> <p>（a）原位癌；</p> <p>（b）相当于Binet分期方案A期程度的慢性淋巴细胞白血病；</p> <p>（c）相当于Ann Arbor分期方案I期程度的何杰金氏病；</p> <p>（d）皮肤癌（不包括恶性黑色素瘤及已发生转移的皮肤癌）；</p> <p>（e）TNM分期为T₁N₀M₀期或更轻分期的前列腺癌；</p> <p>（f）感染艾滋病病毒或患艾滋病期间所患恶性肿瘤。</p> <p>（3）冠状动脉搭桥术（或称冠状动脉旁路移植术）</p> <p>指为治疗严重的冠心病，实际实施了开胸进行的冠状动脉血管旁路移植的手术。冠状动脉支架植入手术、心导管球囊扩张术、激光射频技术及其他非开胸的介入手术治疗不在保障范围内。</p> <p>（4）心脏瓣膜手术</p> <p>指为治疗心脏瓣膜疾病，实际实施了开胸进行的心脏瓣膜置换或修复的手术。</p> <p>（5）主动脉手术</p> <p>指为治疗主动脉疾病，实际实施了开胸或开腹后，切除、置换、修补病损主动脉血管的手术。主动脉指胸主动脉和腹主动脉，不包括主动脉的分支血管。动脉内血管成形术不在保障范围内。</p> <p>（6）良性脑肿瘤颅骨切开肿瘤切除手术</p> <p>指为切除良性脑肿瘤而实际实施的开颅手术。良性脑肿瘤须符合以下定义：指脑组织的良性肿瘤，已经引起颅内压增高，临床表现为视神经乳头水肿、精神症状、癫痫及运动感觉障碍等，并危及生命。由头颅断层扫描（CT）、核磁共振检查（MRI）或正电子发射断层扫描（PET）等影像学检查证实。脑动/静脉瘤、脑垂体肿瘤不在保障范围内。</p> <p>（7）因严重III度烧伤引起的手术</p>

是指为治疗严重Ⅲ度烧伤而实际实施的手术。严重Ⅲ度烧伤须符合以下定义：指烧伤程度为Ⅲ度，且Ⅲ度烧伤面积达到全身体表面积的20%或20%以上。体表面积根据《中国新九分法》计算。

(8) 一侧全肺切除术

实际实施的一侧全肺切除术。肺部疾病的存在必须CT或MRI检查证实。非一侧肺全部切除的肺叶切除、部分肺切除等手术不包括在此保障范围内。

(9) 一侧全肾切除术

实际实施的一侧全肾切除术。肾脏疾病的存在必须CT或MRI检查证实。部分肾脏切除和将肾脏捐赠他人的全肾切除不包括在此保障范围内。

(10) 全结肠切除术

实际实施的全结肠切除术。结肠疾病的存在必须经结肠镜及切片检查证实。部分结肠切除不包括在此保障范围内。

(11) 全胃切除手术

实际实施的全胃切除术。胃部疾病的存在必须经内视镜及切片检查证实。部分胃的切除不包括在此保障范围内。

(12) 截肢术

实际实施的一上肢在腕关节以上部位进行离断或一下肢在踝关节以上部位进行离断的手术。

(13) 颅脑外伤颅骨切开血肿清除手术

经切开颅骨实施的脑血肿清除手术。颅内血肿的存在必须经CT或MRI检查证实。经颅骨钻孔血肿吸除术不包括在此保障范围内。

(14) 全喉切除术

实际实施的全喉切除术。喉部疾病的存在必须CT或MRI检查证实。部分喉的切除不包括在此保障范围内。

(15) 全脾脏切除术

实际实施的全脾脏切除术。脾脏疾病的存在必须CT或MRI检查证实。部分脾脏切除不包括在此保障范围内。

(16) 心包膜切除术

实际实施的开胸心包膜切除手术。心包膜疾病的存在必须CT或MRI检查证实。心包膜穿刺放液术不包括在此保障范围内。

(17) 髋关节置换术

实际实施的人工髋关节置换手术。髋关节内软骨组织及骨组织破坏或变形的存在必须经X线、CT或MRI检查证实。

(18) 眼球摘除术

实际实施的单眼或双眼眼球摘除手术。申请赔付时必须提供眼球摘除手术的病理报告。非全眼球摘除的部分眼内组织切除手术不包括在此保障范围内。

(完)

(此页空白)