

# 中华联合财产保险股份有限公司

## 门急诊医疗保险 B 款（互联网专属）条款

注册编号：C00001232512022070728111

### 总 则

**第一条** 本保险合同（以下简称“本合同”）由保险条款、投保单、保险单、保险凭证以及批单等组成。凡涉及本合同的约定，均采用书面形式。

**第二条** 本合同的被保险人应为身体健康，能正常学习、工作和生活的自然人。

**第三条** 本合同的投保人应为具有完全民事行为能力的被保险人本人或在本合同订立时对被保险人有保险利益的其他人或组织。

**第四条** 除另有约定外，本合同医疗保险金的受益人为被保险人本人。

### 保险责任

**第五条** 投保人为被保险人首次投保本保险或者非续保本保险时，自本合同生效之日起一定期间为等待期，具体期间在保险单中载明，最长不超过 90 天。续保本保险无等待期。

本合同保险期间届满后 30 日内（含第 30 日），投保人重新提出投保申请、保险人重新审核同意后签发的保险单，不计算等待期；本合同保险期间届满后第 31 日起，投保人重新提出投保申请、保险人重新审核同意后签发的保险单，需重新计算等待期。

被保险人因遭受意外伤害事故发生门诊或者急诊（以下简称“门急诊”）费用的无等待期。

在等待期内，被保险人因疾病发生门急诊的，保险人不承担给付门急诊医疗费用保险金的责任。

**第六条** 在本合同保险期间内，被保险人遭受意外伤害事故或在等待期后经二级或二级以上公立医院确诊罹患疾病，并经医院诊断必须进行门急诊治疗，且发生的单次门急诊医疗费用金额超过保险单载明的免赔额时，保险人对被保险人支出的符合当地基本医疗保险规定支付范围内的门急诊（不包括急诊留院观察期）必要且合理的医疗费用（以下简称“门急诊医疗费用”），按如下约定承担保险责任：

（一）若被保险人未从基本医疗保险、公费医疗、商业性门急诊费用补偿型医疗保险、

其他政府机构或者社会福利机构获得门诊或者急诊医疗费用补偿，保险人按如下公式给付门急诊医疗保险金：

$$\text{门急诊医疗保险金} = (\text{门急诊医疗费用} - \text{免赔额}) \times \text{门急诊医疗给付比例 A}$$

(二) 若被保险人已从基本医疗保险、公费医疗、商业性门急诊费用补偿型医疗保险、其他政府机构或者社会福利机构获得门诊或者急诊医疗费用补偿（以下简称“已获得的门急诊费用补偿”），保险人按如下公式给付门急诊医疗保险金：

$$\text{门急诊医疗保险金} = (\text{门急诊医疗费用} - \text{已获得的门急诊费用补偿} - \text{免赔额}) \times \text{门急诊医疗给付比例 B}$$

上述“免赔额”指单次免赔额，即对被保险人发生的单次门急诊医疗费用，保险人均需扣除一次免赔额后承担保险责任，当单次门急诊医疗费用低于保险单载明的免赔额时，该次门急诊医疗费用不予给付保险金。

门急诊医疗给付比例 A、门急诊医疗给付比例 B 由投保人与保险人协商确定，并在保险单中载明。

(三) 门急诊医疗费用指治疗期间发生的必需且合理的医疗费用，包括护理费、检查检验费、诊疗费、治疗费、药品费、门诊手术费。

1、**护理费**：被保险人在门急诊期间根据医嘱所示的护理等级确定的费用；

2、**检查检验费**：实际发生的以诊断为目的，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；

3、**诊疗费**：被保险人在门急诊期间发生的经治医生或会诊医生的劳务费用；

4、**治疗费**：以治疗疾病为目的提供必要的医学手段或合理发生的治疗者的技术劳务费、医疗器械使用费及医疗消耗品费用；

5、**药品费**：医生处方使用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药品。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；

6、**门诊手术费**：被保险人治疗地卫生行政部门规定的门诊手术项目的费用。

第七条 本合同为费用补偿型保险合同，适用医疗费用补偿原则。若被保险人发生的单次门急诊医疗费用已从基本医疗保险、公费医疗、商业性门急诊费用补偿型医疗保险、其他政府机构或者社会福利机构等其他渠道获得补偿，保险人仅对于剩余部分的门急诊医疗费用根据本合同约定进行补偿，并以本合同约定的单次门急诊医疗保险金额为限，保险期间内累计给付的门急诊医疗保险金数额之和以本合同的总保险金额为限。

#### 责任免除

第八条 被保险人因下列原因造成门急诊医疗费用支出的，保险人不承担给付保险金的责任：

- （一）既往症治疗、住院治疗、家庭病床治疗或者挂床治疗；
- （二）遗传性疾病、先天性畸形、变形和染色体异常（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）；
- （三）感染艾滋病病毒或者患艾滋病、性病、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）；
- （四）不孕不育治疗、避孕、节育（含绝育）、子宫体腔内妊娠、产前产后检查、流产、堕胎、分娩（含难产）、变性手术、人体试验、人工生殖，或者由前述任一原因引起的并发症；
- （五）《中华人民共和国传染病防治法》规定的甲类及乙类法定传染病（不含病毒性肝炎），或者国家有关法律、法规、规范性法律文件规定的法定传染病。前述传染病定义以《中华人民共和国传染病防治法》或者国家有关法律、法规、规范性法律文件的规定为准；
- （六）疗养、康复治疗、心理治疗、美容、牙齿矫正、正畸手术、矫形、视力矫正手术、牙齿治疗、安装假肢、非意外事故所致的整容、整形手术；
- （七）投保人对被保险人的故意杀害、故意伤害；
- （八）被保险人故意自伤或者自杀（但被保险人自杀时为无民事行为能力人的除外）、故意犯罪、抗拒依法采取的刑事强制措施；
- （九）被保险人醉酒，主动吸食或者注射毒品；

(十) 被保险人挑衅或者故意行为而导致的打斗、被袭击、被谋杀；

(十一) 被保险人酒后驾驶、无合法有效驾驶证驾驶，或者驾驶无合法有效行驶证的机动车；

(十二) 被保险人从事下列高风险运动：潜水、跳伞、攀岩、驾驶滑翔机或者滑翔伞、探险、摔跤、武术比赛、特技表演、赛马、赛车；

(十三) 恐怖活动、战争、军事行动、暴乱、武装叛乱、核爆炸、核辐射、核污染。

### 保险金额和保险费

**第九条** 保险金额是保险人承担给付保险金责任的最高限额。本合同的保险金额分为单次门急诊医疗保险金额和总保险金额，均由投保人和保险人在投保时约定，并在保险单中载明。保险人在保险期间内累计给付的保险金数额达到总保险金额时保险责任终止。

投保人应该按照本合同约定向保险人交纳保险费。

### 保险期间和续保

#### 第十条 保险期间

本合同的保险期间为一年（或不超过一年），以保险单载明的起讫时间为准。

#### 第十一条 续保

本合同为不保证续保合同。保险期间届满，投保人需要重新向保险人申请投保，保险人有权对重新提出的投保申请进行审核，经保险人同意后，投保人交纳保险费，获得新的保险合同。

### 保险人义务

**第十二条** 本合同成立后，保险人应当及时向投保人签发保险单或其他保险凭证。

**第十三条** 保险人认为被保险人或受益人提供的有关索赔的证明和资料不完整的，应当及时一次性通知被保险人或受益人补充提供。

**第十四条** 保险人收到被保险人或受益人的给付保险金的请求后，应当及时作出是否属于保险责任的核定；情形复杂的，应当在 30 日内作出核定，但保险合同另有约定的除外。

保险人应当将核定结果通知被保险人或受益人；对属于保险责任的，在与被保险人或受

益人达成给付保险金的协议后 10 日内，履行给付保险金义务。保险合同对给付保险金的期限有约定的，保险人应当按照约定履行给付保险金的义务。

保险人依照前款约定作出核定后，对不属于保险责任的，应当自作出核定之日起 3 日内向被保险人或受益人发出拒绝给付保险金通知书，并说明理由。

**第十五条** 保险人自收到给付保险金的请求和有关证明、资料之日起 60 日内，对其给付的数额不能确定的，应当根据已有证明和资料可以确定的数额先予支付；保险人最终确定给付的数额后，应当支付相应的差额。

### 投保人、被保险人义务

**第十六条** 除本合同另有约定外，投保人应在保险合同成立时交清保险费。**投保人未按本合同约定交清保险费的，保险人不承担保险责任。**

**第十七条** 订立本合同，保险人就被保险人的有关情况提出询问的，投保人应当如实告知。

**投保人故意或者因重大过失未履行前款规定的如实告知义务，足以影响保险人决定是否同意承保或者提高保险费率的，保险人有权解除保险合同。**

前款规定的合同解除权，自保险人知道有解除事由之日起，超过 30 日不行使而消灭。自合同成立之日起超过二年的，保险人不得解除合同；发生保险事故的，保险人应当承担给付保险金的责任。

**投保人故意不履行如实告知义务的，保险人对于合同解除前发生的保险事故，不承担给付保险金的责任，并不退还保险费。**

**投保人因重大过失未履行如实告知义务，对保险事故的发生有严重影响的，保险人对于合同解除前发生的保险事故，不承担给付保险金的责任，但应当退还保险费。**

保险人在合同订立时已经知道投保人未如实告知的情况的，保险人不得解除合同；发生保险事故的，保险人应当承担给付保险金的责任。

**第十八条** 投保人住所或通讯地址变更时，应及时以书面形式通知保险人。投保人未通知的，保险人按本合同所载的最后住所或通讯地址发送的有关通知，均视为已发送给投保人。

**第十九条** 保险事故发生后，被保险人应在二级及二级以上公立医院或保险人认可的医疗机构就诊。若因急诊未在上述医疗机构就诊，被保险人应在 3 日内通知保险人，并在病情

稳定后及时转入上述医疗机构就诊。

**第二十条** 投保人、被保险人或者保险金受益人知道保险事故发生后，应当及时通知保险人。故意或者因重大过失未及时通知，致使保险事故的性质、原因、损失程度等难以确定的，保险人对无法确定的部分，不承担给付保险金责任，但保险人通过其他途径已经及时知道或者应当及时知道保险事故发生的除外。

上述约定，不包括因不可抗力而导致的迟延。

### 保险金的申请与给付

**第二十一条** 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) 保险金给付申请书；

(二) 保险单或其他保险凭证原件；

(三) 被保险人法定身份证明；

(四) 当地基本医疗保险主管部门指定或保险人认可的医疗机构出具的病历、诊断证明、检查报告、出院小结、医疗费用结算明细表、医疗费用原始凭证等；

若已从基本医疗保险或其他任何第三方获得补偿，应提供上述资料及基本医疗保险机构或其他相应第三方出具的报销凭证或医疗费用分割单；

(五) 被保险人所能提供的与确认保险事故的性质、原因、伤害程度等有关的其他证明和资料；

(六) 被保险人死亡的，受益人须提供可证明合法继承权的相关权利文件；

(七) 若被保险人或受益人委托他人申请的，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。

**第二十二条** 保险金申请人向保险人请求给付保险金的诉讼时效期间为二年，自其知道或者应当知道保险事故发生之日起计算。

### 争议处理和法律适用

**第二十三条** 因履行本合同发生的争议，由当事人协商解决。协商不成的，提交保险单载明的仲裁机构仲裁；保险单未载明仲裁机构且争议发生后未达成仲裁协议的，依法向人民法院起诉。

**第二十四条** 与本合同有关的以及履行本合同产生的一切争议处理适用中华人民共和国法律（不包括港、澳、台地区法律）。

### 其他事项

**第二十五条** 发生以下任何情形的，保险人有权解除本合同或者终止对相应被保险人的保险责任，并不退还保险费：

1. 未发生保险事故，保险金申请人谎称发生了保险事故，向保险人提出给付保险金请求；

2. 投保人、被保险人故意制造保险事故。

前款约定的任何情形致使保险人给付保险金或者支出费用的，投保人、被保险人或者保险金申请人应当退回或者赔偿。

**第二十六条** 在本合同成立后，投保人可以书面形式通知保险人解除合同，但保险人已根据本合同约定给付保险金的除外。

投保人解除本合同时，应提供下列证明文件和资料：

（一）保险合同解除申请书；

（二）保险单或其他保险凭证原件；

（三）保险费交付凭证；

（四）投保人身份证明。

投保人要求解除本合同，自保险人接到保险合同解除申请书之时起，本合同的效力终止。保险人收到上述证明文件和资料之日起 30 日内退还保险单的最低现金价值。

### 释 义

1、**意外伤害**：是指外来的、突发的、非本意的、非疾病的使身体受到伤害的客观事件。

2、**医院**：是指经中华人民共和国卫生部门评审确定的二级或二级以上的公立医院，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。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。

- 3、门急诊：**是指被保险人因意外伤害或疾病至医院的门诊部或急诊部进行治疗。
- 4、基本医疗保险：**指根据国家相关政策规定，目前国内城乡居民参加的城镇职工基本医疗保险、城镇居民基本医疗保险、新型农村合作医疗保险。
- 5、必要且合理的医疗费用：**是指符合以下条件的医疗费用：
- (1) 对治疗被保险人的伤害、疾病或症状合适且必需；
  - (2) 在范围、持续期、强度、护理上不超过为被保险人提供安全、恰当、合适的诊断或治疗所需水平；
  - (3) 应由医师出具处方、诊断证明；
  - (4) 与当地普遍接受的医疗专业标准相一致；
  - (5) 非主要以为个人舒适或为了被保险人父母、家庭、医师或其他护理提供方的方便；
  - (6) 非病人学术教育或职业培训的一部分或与之相关；
  - (7) 非试验性或研究性。
- 6、单次门急诊：**是指被保险人 1 日（就诊当日 0 时起至 24 时止）内在同一所医院同一个科室（例如：内科、外科、儿科、妇产科、眼科、耳鼻喉科、口腔科、中医科分别为不同的科室）就诊的门诊或急诊。
- 7、既往症：**是指保险生效日前被保险人已罹患的，已接受治疗、诊断、会诊或服用处方药物的疾病或症状，或在保险生效日前经主治医师诊断或被医生推荐接受医药治疗或医疗意见的疾病或症状。
- 8、住院：**指被保险人因疾病或意外伤害入住当地基本医疗保险机构或保险人认可的医院的正式病房进行治疗，并正式办理入院手续，不包括入住门诊、急诊观察室、其它非正式病房或挂床住院。
- 9、家庭病床：**是指被保险人因疾病或意外伤害事故以及因此产生的并发症，在医院（包括住院部与门诊部）范围以外，要求医院医护人员以出诊形式上门，提供诊断、治疗服务，或被保险人没有到医院就诊，让其它人员以转述形式向医院医生讲述病情，使医生依据转述病情而开药。不包括为抢救生命由急救中心 120 派出的医护人员与救护车的急救费用及医院转诊过程中的费用。
- 10、挂床：**是指住院过程中一日内未接受与入院诊断相关的检查和治疗或者一日内住院不满二十四小时。遵医嘱到外院接受临时诊疗的不在此限。

**11、最低现金价值：**最低现金价值=保险费×[1-(保险单已经过天数/保险期间天数)]×(1-10%)。经过天数不足一天的按一天计算。

**12、潜水：**是指以辅助呼吸器材在江、河、湖、海、水库、运河等水域进行的水下运动。

**13、攀岩运动：**是指攀登悬崖、楼宇外墙、人造悬崖、冰崖、冰山等运动。

**14、探险活动：**是指明知在某种特定的自然条件下有失去生命或者使身体受到伤害的危险，而故意使自己置身其中的行为。如江河漂流、徒步穿越峡谷、沙漠或者人迹罕见的原始森林等活动。

**15、对抗性比赛：**指两人或两人以上对抗性柔道、空手道、跆拳道、散打、拳击等各种拳术及各种使用器械的对抗性比赛。

**16、特技：**是指从事马术、杂技、驯兽等特殊技能。

**17、恐怖活动：**指以制造社会恐慌、胁迫国家机关或者国际组织为目的，采取暴力、破坏、恐吓或者其他手段，造成或者意图造成人员伤亡、重大财产损失、公共设施损坏、社会秩序混乱等严重社会危害的行为。煽动、资助或者以其他方式协助实施上述活动的，也属于恐怖活动。

**18、性传播疾病：**指发生在生殖器官的内源性或者外源性通过性行为或者非性行为传播的传播性疾病，包括但不限于梅毒、淋病、尖锐湿疣、疱疹、软下疳、淋巴肉芽肿、非淋菌性尿道炎（包括支原体、衣原体阳性）。

**19、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，英文缩写为 HIV。艾滋病指人类免疫缺陷病毒引起的获得性免疫缺陷综合症，英文缩写为 AIDS。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。

**20、毒品：**指中华人民共和国刑法规定的鸦片、海洛因、甲基苯丙胺（冰毒）、吗啡、大麻、可卡因以及国家规定管制的其他能够使人形成瘾癖的麻醉药品和精神药品。

**21、管制药品：**指根据《中华人民共和国药品管理法》及有关法规被列为特殊管理的药品，包括麻醉药品、精神药品、毒性药品及放射性药品。

**22、酒后驾驶：**指经检测或者鉴定，发生事故时车辆驾驶人员每百毫升血液中的酒精含量达到或者超过道路交通法规规定的标准。

**23、无有效驾驶证驾驶：**被保险人存在下列情形之一者：

- (1) 无驾驶证或驾驶证有效期已届满；
- (2) 驾驶的机动车与驾驶证载明的准驾车型不符；
- (3) 实习期内驾驶公共汽车、营运客车或者载有爆炸物品、易燃易爆化学物品、剧毒或者放射性等危险物品的机动车，实习期内驾驶的机动车牵引挂车；
- (4) 持未按规定审验的驾驶证，以及在暂扣、扣留、吊销、注销驾驶证期间驾驶机动车；
- (5) 使用各种专用机械车、特种车的人员无国家有关部门核发的有效操作证，驾驶营业性客车的驾驶人无国家有关部门核发的有效资格证书；
- (6) 依照法律法规或公安机关交通管理部门有关规定不允许驾驶机动车的其他情况下驾车。

**24、无有效行驶证：**指下列情形之一：

- (1) 机动车被依法注销登记的；
- (2) 无公安机关交通管理部门核发的行驶证、号牌，或临时号牌或临时移动证的机动交通工具；
- (3) 未在规定检验期限内进行机动车安全技术检验或检验未通过的机动交通工具。未依法按时进行或通过机动车安全技术检验。

**25、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、常规，过失造成患者人身伤害的事故。

**26、不可抗力：**指不能预见、不能避免并不能克服的客观情况。

**27、保险金申请人：**指受益人或被保险人的继承人或依法享有保险金请求权的其他自然人。

**28、保险人：**指与投保人签订本合同的中华联合财产保险股份有限公司。