

中国大地财产保险股份有限公司

个人传染病医疗保险（互联网专属）条款

注册号：C00001032512021122327853

总则

第一条 本保险合同（以下简称“本合同”）由保险条款、投保单或者其他投保文件、保险单或者其他保险凭证、批单以及其他有关书面约定构成。凡涉及本合同的约定，均应当采用书面形式。

第二条 身体健康、能正常工作或者生活的自然人，可作为本合同的被保险人。

第三条 有完全民事行为能力的被保险人本人或者对被保险人具有保险利益的其他个人或者组织，可作为本合同的投保人。

第四条 除本合同另有约定外，本合同保险金的受益人（以下简称“受益人”）为被保险人本人。

保险责任

第五条 本保险条款分设传染病医疗保险责任、传染病住院津贴保险责任和传染病确诊津贴保险责任，供选择投保，并在本合同中载明。

第六条 传染病医疗保险责任

在保险期间内，被保险人经过等待期后初次患本合同约

定的一种或多种传染病，经保险人指定或者认可的医疗机构或当地卫生行政部门指定的传染病定点医疗机构的专科医生确诊，并在保险人指定或者认可的医疗机构或当地卫生行政部门指定的传染病定点医疗机构治疗的，由此发生的符合当地社会基本医疗保险规定的支/给付范围和标准的、必要且合理的医疗费用（以下简称“合理医疗费用”），保险人按照本保险条款“保险金计算方法”中的约定计算给付传染病医疗保险金。

保险期间届满时被保险人住院治疗仍未结束的，保险人继续承担保险责任至被保险人该次住院出院之时或者确诊之日起第一百八十日二十四时（以先发生者为准）止；

保险期间届满时被保险人门诊治疗仍未结束的，保险人继续承担保险责任至保险期间届满次日起十五日二十四时止。

保险人针对被保险人给付的传染病医疗保险金累计以其传染病医疗保险金额为上限，当达到该限额时，本合同约定的对被保险人的传染病医疗保险责任终止。

第七条 传染病住院津贴保险责任

在保险期间内，被保险人经过等待期后初次患本合同约定的一种或多种传染病，经保险人指定或者认可的医疗机构或当地卫生行政部门指定的传染病定点医疗机构的专科医生确诊，并在保险人指定或者认可的医疗机构或当地卫生行政部门指定的传染病定点医疗机构治疗的，保险人按照本保

险条款“保险金计算方法”中的约定计算给付传染病住院津贴保险金。

保险期间届满时被保险人住院治疗仍未结束的，保险人继续承担保险责任至被保险人该次住院出院之时或者确诊之日起第一百八十日二十四时（以先发生者为准）止。

保险人针对被保险人给付的传染病住院津贴保险金的日数累计以一百八十日为上限，当达到该限额时，本合同约定的对被保险人的传染病住院津贴保险责任终止。

第八条 传染病确诊津贴保险责任

在保险期间内，被保险人经过等待期后初次患本合同约定的一种或多种传染病，经保险人指定或者认可的医疗机构或当地卫生行政部门指定的传染病定点医疗机构的专科医生确诊的，保险人按照本保险条款“保险金计算方法”中的约定计算给付传染病确诊津贴保险金，本合同约定的对被保险人的传染病确诊津贴保险责任终止。

责任免除

第九条 在保险期间开始前或等待期内，被保险人与传染病患者或疑似患者接触而被隔离，在隔离期间确诊患传染病的，保险人不承担给付保险金责任。

第十条 由于下列任何原因，被保险人确诊传染病的，保险人不承担给付保险金责任：

- （一）投保人或者被保险人的故意行为；

(二) 被保险人投保前已患传染病或其并发症，或投保前已被医疗机构列为疑似传染病患者；

(三) 被保险人未遵医嘱，私自服用、涂用、注射药物；

(四) 非医学必须的治疗，包括但不限于健康护理、疗养、静养、康复为主要目的的医疗行为。

第十一条 对被保险人发生的下列费用，保险人不承担给付保险金责任：

(一) 当地社会基本医疗保险或公费医疗管理部门规定的自费项目和药品费用；

(二) 在非保险人指定或者认可的医疗机构或当地卫生行政部门指定的传染病定点医疗机构进行治疗而发生的医疗费用；

(三) 不必要的转院治疗引发的额外费用。

保险金额和保险费

第十二条 各项保险责任的保险金额由投保人与保险人协商确定，并在本合同中载明。

第十三条 保险费由保险人在承保时根据适用的保险费率计算确定。

保险金计算方法

第十四条 对被保险人属于传染病医疗保险责任范围内的医疗费用，保险人按照如下公式计算给付保险金：

传染病医疗保险金=（合理医疗费用-从社会基本医疗保险或公费医疗获得的医疗费用补偿-免赔额）×给付比例。

免赔额具体以保险合同约定的为准。合理的医疗费用扣除从社会基本医疗保险或公费医疗获得的医疗费用补偿后余下的医疗费用（以下简称“有效医疗费用”）大于免赔额时，按照上述公式计算给付保险金；当该次就诊有效医疗费用小于等于免赔额时，保险人不给付保险金。被保险人从互助保险、除本保险外的其他商业保险、公益慈善机构等途径（下统称“其他途径”）获得的医疗费用补偿也可用于抵扣免赔额。

若被保险人未以参加社会基本医疗保险或拥有公费医疗的身份就诊并结算医疗费用，则保险人对被保险人的各项责任的给付比例为60%；其他情况下，给付比例为100%。

本保险责任适用医疗费用补偿原则，即被保险人从各个途径（包括从社会基本医疗保险、公费医疗、其他途径以及本保险等途径）获得的医疗费用补偿总额不能超过被保险人实际发生的医疗费用总额。

社保卡个人账户部分的支出视为个人支付，不属于从社会基本医疗保险已获得的医疗费用补偿。

第十五条 保险人对于属于传染病住院津贴保险责任范围内的实际住院日数，按照如下公式计算给付保险金：

传染病住院津贴保险金=（实际住院日数-免赔日数）×传染病住院津贴日补贴金额。

免赔日数具体以保险合同约定的为准。

第十六条 保险人对于属于传染病确诊津贴保险责任范围内的传染病，按照如下公式计算给付保险金：

传染病确诊津贴保险金=传染病确诊津贴保险金额。

在保险期间内，无论被保险人确诊一种传染病还是两种及以上传染病，保险人仅按本合同约定的传染病确诊津贴保险金额给付一次传染病确诊津贴保险金，同时本合同的传染病确诊津贴保险责任终止。

保险期间和等待期

第十七条 保险期间为一年，具体起讫时间由投保人与保险人协商确定，并在本合同中载明。

第十八条 等待期由投保人与保险人协商确定，并在本合同中载明；未在本合同中载明的，则等待期为五日。同时满足以下三个条件的，免除等待期：

（一）非首次投保本保险；

（二）投保人在上一个保险期间届满前重新向保险人投保本保险；

（三）本合同的保险期间与上一个保险合同的保险期间之间连续不间断。

不保证续保

第十九条 本合同为不保证续保合同。本合同保险期间

届满前，投保人可重新向保险人投保本保险，经保险人同意，交纳保险费，获得新的保险合同，**但本保险不保证续保。**

保险人义务

第二十条 保险人同意承保的，应当及时向投保人签发保险单或者其他保险凭证。

第二十一条 保险人认为保险金申请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保险金申请人补充提供。

第二十二条 保险人收到保险金申请人提供的本保险条款“保险金申请与给付”部分约定的保险金申请证明和资料后，应当及时作出是否属于保险责任的核定；情形复杂的，应当在三十日内作出核定，但本合同另有约定的除外。

保险人应当将核定结果通知保险金申请人。对属于保险责任的，在与保险金申请人达成给付保险金的协议后十日内，履行给付保险金的义务；对不属于保险责任的，应当自作出核定之日起三日内向保险金申请人发出拒绝给付保险金通知书，并说明理由。

第二十三条 保险人自收到给付保险金的请求和有关证明、资料之日起六十日内，对其给付保险金的数额不能确定的，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，支付相应的差额。

投保人、被保险人义务

第二十四条 本合同保险费支付方式由投保人和保险人在投保时约定，并在保险单中载明。

若投保人选择一次性支付保险费，投保人应当在订立本合同时一次交清保险费。保险费交清前，本合同不生效。

若投保人选择分期支付保险费，需取得保险人同意，并在本合同中载明保险费分期支付的方式，且每期支付金额应保持一致。投保人未支付首期保险费的，本合同不生效。在支付首期保险费后，投保人应当在约定的各分期保险费支付日结束前支付其余各当期保险费。投保人未按约定支付当期保险费的，除本合同另有约定外，保险人允许投保人在催告之日起三十日内（含三十日）补交保险费；在此催告期间被保险人发生保险事故的，保险人仍按照本合同约定给付保险金，但可以扣减欠交的保险费；在此催告期间届满时投保人仍未交清当期保险费的，保险人有权解除本合同。

第二十五条 订立本合同时，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约定的如实告知义务，足以影响保险人决定是否同意承保或者提高保险费率的，保险人有权解除本合同。

前款约定的合同解除权，自保险人知道有解除事由之日起，超过三十日不行使而消灭。

投保人故意不履行如实告知义务的，保险人对于本合同

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，保险人对于本合同解除前发生的保险事故，不承担给付保险金的责任，但应退还保险费。

保险人在本合同订立时已经知道投保人、被保险人未如实告知的情况的，保险人不得解除本合同；发生保险事故的，保险人承担给付保险金的责任。

第二十六条 投保人、被保险人或者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，不承担给付保险金的责任，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不在其限。

前款约定的未及时通知，不包括因不可抗力而导致的通知迟延。

第二十七条 投保人住所或者通讯地址变更时，应当及时以书面形式通知保险人。投保人未及时通知的，保险人按本合同所载的投保人的最后住所或者通讯地址发送的有关通知或其他文件，均视为已发送给投保人。

保险金申请与给付

第二十八条 保险金申请人向保险人请求给付保险金

时，应当提交下列证明和资料：

（一）保险金给付申请书；

（二）保险单或者其他保险凭证、批单；

（三）保险金申请人的身份证明，若保险金申请人系受委托申请，还应当提供授权委托书和授权委托人的身份证明；

（四）保险人指定或者认可的医疗机构或疾病预防控制中心指定医疗机构出具的医疗费用原始收据及明细、诊断证明、病历、检查报告及出院小结；

（五）投保人、被保险人或者受益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。

保险金申请人未能提供有关证明和资料，导致保险人无法核实保险事故的性质、原因、损失程度的，保险人对无法核实部分不承担给付保险金的责任。

第二十九条 发生保险事故，保险人有权对投保人、被保险人、受益人和有关医疗机构等进行调查和检查，投保人、被保险人、受益人等应当尽量予以配合。

第三十条 被保险人、受益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。

保险合同的变更与解除

第三十一条 除本合同另有约定外，经投保人、保险人双方协商同意后，在不违反法律和监管规定的前提下，可变

更本合同的有关内容，在本合同保险单或者其他保险凭证上加以批注或者附贴批单后生效，或者由投保人和保险人订立合同变更书面协议后生效。

第三十二条 在本合同成立后，投保人可以书面形式通知保险人解除本合同，保险人根据本合同约定已给付保险金，或者已发生本合同约定的保险事故但是尚未给付保险金的，投保人不得要求解除本合同，但是受益人放弃保险金请求权的不在其限。

投保人解除本合同时，应当提供下列证明和资料：

- （一）解除合同通知书；
- （二）保险单或者其他保险凭证、批单；
- （三）投保人身份证明；
- （四）保险费发票或者收据；
- （五）保险人合理要求的其他有关证明和资料。

本合同的效力至保险人接到解除合同通知书之日二十四时或者通知书上载明的合同终止时间（以较晚者为准）终止。自收到前款约定的证明和资料之日起三十日内，保险人退还相应现金价值。

争议处理与法律适用

第三十三条 因履行本合同发生的争议，由当事人协商解决。协商不成的，提交本合同载明的仲裁机构仲裁；本合同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。

第三十四条 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）。

释义

保险合同生效日：指本合同保险期间起始之日或者保险人开始对被保险人承担保险责任之日（以较晚者为准）。

等待期：指自本保险合同生效日起计算的一段时间。在等待期内发生保险事故的，保险人不承担给付保险金的责任。

保险人指定或者认可的医疗机构：包括保险人指定的医疗机构，以及符合下列条件的医疗机构：境内二级以上（含），具有符合有关医院管理规定设置标准的医疗设备，并且提供二十四小时有合格医师及护士的医疗和护理等服务的医疗机构，但不包括境外医院、中外合资医院、民营医院、康复中心、联合诊所、特需（色）门诊、特需病房以及主要为门诊、康复、护理、疗养、戒酒、戒毒或者相类似目的提供服务的医疗机构。

传染病：指列入《中华人民共和国传染病防治法》的甲、乙类传染病病种。此外，还包括国务院卫生行政部门决定列入乙类传染病管理的其他传染病和按照甲类管理开展应急监测报告的其他传染病。

合理医疗费用：指同时满足以下条件的医疗费用：

（一）符合通常惯例：指医疗费用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。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。

（二）医学必需：指医疗费用符合下列所有条件：

1. 治疗传染病所必需的项目；
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. 与接受治疗当地普通接受的医疗专业实践标准一致的项目。

保险金申请人：指受益人或者依法享有保险金请求权的其他人。

现金价值：若选择一次性支付保险费， $\text{现金价值} = \text{保险费} \times (1 - m/n)$ ，其中， m 为已生效日数， n 为保险期间的日数，已生效日数亦即保险责任期间已经过日数（不足一日的按一日计算）；若选择分期支付保险费， $\text{现金价值} = \text{当期保险费} \times (1 - m/n)$ ，其中， m 为当期已生效日数， n 为保险期间的当期日数，当期已生效日数亦即保险责任期间当期已经过日数（不足一日的按一日计算）。

