

# 中国大地财产保险股份有限公司

## 附加个人门（急）诊医疗保险（互联网专属）

### 条款

注册号：C00001032522021122834193

#### 总则

**第一条** 本保险为个人住院医疗类保险（互联网专属）（以下简称“主险”）的附加险。在已投保主险的基础上，投保人方可投保本附加险。凡涉及本附加险合同的约定，均应采用书面形式。

主险合同终止，本附加险合同同时终止；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。

#### 保险责任

**第二条** 在保险期间内，被保险人因遭受意外伤害或在本附加险合同约定的等待期后罹患疾病，在医院（释义一）接受门（急）诊治疗的，根据每次门（急）诊治疗期间所发生的符合当地社会基本医疗保险（释义二）报销范围的、合理且必需的门（急）诊医疗费用（以下简称“医疗费用”），保险人在扣除单次免赔额后按照本附加险合同约定的赔付比例

给付保险金。

医疗费用类型包括：

- (1) 药品费（释义三）；
- (2) 检查检验费（释义四）；
- (3) 诊疗费（释义五）；
- (4) 治疗费（释义六）；
- (5) 门诊手术费（释义七）。

本附加险合同保障的医疗费用类型、单次免赔额、赔付比例、单次/累计门（急）诊医疗费用保险金额及给付次数限额，由投保人及保险人双方协商确定，并在保险单中载明。

被保险人在一日（零时起至二十四时止）在同一所医院同一个科室的就诊视为一次就诊。

保险人对被保险人给付的每次门急诊医疗保险金不超过本附加险合同中载明的每次最高给付限额。保险人对被保险人历次门急诊累计给付金额之和达到保险金额时或者被保险人就诊次数达到本附加险合同约定的最高就诊次数时（以先发生者为准），本附加险合同的保险责任终止。

**第三条** 被保险人如果已从其他任何途径（指社会基本医疗保险、公费医疗或商业保险等任何第三方）获得补偿，则保险人仅对被保险人实际发生的合理医疗费用扣除其所获补偿后的余额按照本附加险合同的约定进行赔付，即被保险人从本附加险合同在内的各种途径获得的所有补偿或赔偿金额之和不超过被保险人实际发生的医疗费用。

## 免赔额

第四条 本附加险合同所指免赔额为次免赔额，是指被保险人发生责任范围内的每次门（急）诊医疗费用中须由被保险人自行承担、本附加险合同不予给付的部分。

## 责任免除

第五条 由于下列原因，导致被保险人发生门（急）诊医疗费用支出的，保险人不承担给付保险金的责任：

（一）被保险人投保前已患有的疾病、生理缺陷及伤残；投保时尚未治愈或未如实告知的疾病；

（二）被保险人在等待期届满前接受医学检查或者治疗且延缓至等待期届满后确诊的疾病；

（三）被保险人未遵医嘱，私自服用、涂用、注射药物；

（四）被保险人在保险人指定或者认可的医疗机构的专科医生开具的当前治疗必需的药品处方中无法在保险人指定或者认可的医疗机构内获得的药品、医用材料或者任何其他医疗项目；

（五）主险合同中列明的“责任免除”事项。

## 保险金额

第六条 被保险人的保险金额是保险人对该被保险人承担给付保险金责任的最高限额，具体由投保人、保险人双方

约定，并在保险单中载明。

### 保险期间和等待期

**第七条** 保险期间为一年，具体起讫时间由投保人与保险人约定，并在本附加险合同中载明。

**第八条** 除本附加险合同另有约定外，等待期为六十日，自本附加险合同生效日起计算。同时满足以下三个条件的，免除等待期：

（一）非首次投保本附加险；

（二）投保人在上一个保险期间届满前重新向保险人投保本附加险；

（三）本附加险合同的保险期间与上一个附加险合同的保险期间之间连续不间断。

### 不保证续保

**第九条** 本附加险合同为不保证续保合同。保险期间届满，投保人可重新向保险人投保本附加险，经保险人同意，交纳保险费，获得新的附加险合同，但本附加险不保证续保。

### 保险金的申请与给付

**第十条** 保险金申请人请求给付保险金时，应向保险人提供以下证明和资料：

（一）索赔申请书；

(二) 保险单正本原件或其他保险凭证原件；

(三) 被保险人户籍证明或身份证明；

(四) 保险金申请人的有效身份证件，若保险金申请人系受托申请，还应当提供授权委托书和授委托人的身份证明；

(五) 医院出具的诊断证明、病历、处方、病理检验报告、化验检验报告、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）及费用明细清单等；

(六) 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它证明和资料。

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资料。保险金申请人未能提供有关资料，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。

## 释义

**一、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综合性或专科医院或保险人认可的医疗机构，且仅限于上述医院的普通部，不包括如下机构或医疗服务：

(一) 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；

(二) 诊所、康复中心、家庭病床、护理机构；

(三) 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。

二、社会基本医疗保险：包括城镇职工基本医疗保险、城镇居民基本医疗保险、新型农村合作医疗等政府举办的社会基本医疗保障项目。

三、药品费：指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：

(一) 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，血宝胶囊，红桃 K 口服液，十全大补丸，十全大补膏等；

(二) 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；

(三) 用中药材和中药饮片炮制的各类酒制剂等。

四、检查检验费：指实际发生的，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，包括 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。

**五、诊疗费：**指被保险人在门（急）诊期间发生的经治医生或会诊医生的劳务费用。

**六、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，具体以就诊合同约定的医院或指定医疗机构的费用项目划分为准。**本项责任不包含如下费用：物理治疗、中医理疗及其他特殊疗法费用。**

**七、门诊手术费：**指当地卫生行政部门规定的手术项目的费用。包括手术费、麻醉费、手术监测费、手术材料费、术中用药费、手术设备费；**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。**