

众安在线财产保险股份有限公司
个人在线中医问诊药品费用医疗保险条款 2021 版（A 款）
注册号：C00017932512021072306341
（众安在线）（备-医疗保险）【2021】（主）056 号

第一部分 总则

第一条 合同构成

本保险合同（以下简称“本合同”）由保险条款、投保单、保险单或其他保险凭证组成。凡涉及本合同的约定，均采用书面形式。

第二条 合同的成立

投保人提出保险申请，经**保险人**（释义一）同意承保，本合同成立。

第三条 投保人

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对被保险人有保险利益的其他人。

第四条 被保险人

除另有约定外，初次投保时年龄为出生满30天至65**周岁**（释义二）（含65周岁），能正常工作、生活且符合健康告知的自然人，可作为本合同的被保险人。被保险人年满80周岁前（含80周岁），保险期间届满，可以重新向保险人申请投保本产品，并经过保险人同意，交纳保险费，获得新的保险合同。

第五条 受益人

除本合同另有约定外，本合同保险金的受益人为被保险人本人。

第二部分 保障内容

第六条 保险责任

在保险期间内，被保险人在**等待期**（释义三）后经**医院**（释义四）确诊罹患本合同约定的**特定疾病**（释义五），并因该特定疾病在保险人指定的**医疗机构**（释义六）接受在线中医诊疗的，**保险人**对于被保险人每次治疗实际支出的、**必需且合理**（释义七）的且同时满足以下条件的**药品**（释义八）费用，在扣除本合同约定的单次在线中医问诊药品费用免赔额后，按照约定的在线中医问诊药品费用给付比例给付在线中医问诊药品费用医疗保险金，但**保险人**每次给付保险金的金额以本合同约定的单次在线中医问诊药品费用给付限额为限。

给付在线中医问诊药品费用医疗保险金须同时满足以下条件：

（一）该药品须由指定的医疗机构的医生开具处方（释义九）且为被保险人当前治疗必需的药品；

- (二) 每次药品处方剂量不超过 30 日；
- (三) 开具的药品处方仅限治疗被保险人在等待期后确诊的特定疾病；
- (四) 被保险人须在指定的医疗机构购买上述处方中所列的药品；
- (五) 该药品必须为本合同期满日前在中国国家药品监督管理局批准且已在中国上市的药物。

对于不满足以上任一条件的药品费用，保险人不承担在线中医问诊药品费用医疗保险金的给付责任。

单次在线中医问诊药品费用免赔额指在保险期间内，被保险人每次接受在线中医诊疗所支出的属于保险责任范围内的药品费用中，应当由被保险人自行承担，且本合同不予赔付的部分。

单次在线中医问诊药品费用给付限额指在保险期间内，被保险人每次接受在线中医诊疗所支出的属于保险责任范围内的药品费用中，应当由保险人承担的费用限额。

在保险期间内，被保险人一次或多次因罹患特定疾病接受在线中医诊疗的，保险人均按上述约定承担给付保险金的责任，但保险人在单位时间（释义十）内累计在线中医问诊药品费用的给付次数以本合同约定的在线中医问诊药品费用给付频次为限，保险人累计在线中医问诊药品费用的给付次数以本合同约定的在线中医问诊药品费用给付总次数为限。

累计在线中医问诊药品费用给付次数达到在线中医问诊药品费用给付总次数或者累计给付金额达到保险金额时，本合同终止。

单次在线中医问诊药品费用免赔额、在线中医问诊药品费用给付比例、单次在线中医问诊药品费用给付限额、在线中医问诊药品费用给付频次、在线中医问诊药品费用给付总次数由投保人和保险人在投保时约定，并在本合同中载明。

本项责任下的指定的医疗机构以在保险单中载明的名单为准。保险期间内保险人调整指定的医疗机构的，以保险人在官方正式渠道（包括但不限于官网、官微）公布或通知的名单为准。

第七条 补偿原则和赔付标准

(一) 本合同适用医疗费用补偿原则。若被保险人已从其他途径（包括基本医疗保险（释义十一）、公费医疗、工作单位、保险人在内的任何商业保险机构，以及依法承担侵权损害赔偿责任的第三人等）获得医疗费用补偿，则保险人仅对被保险人实际发生的医疗费用扣除其所获医疗费用补偿后的余额按照本合同的约定进行赔付。

(二) 若被保险人以参加基本医疗保险或公费医疗身份投保，但未以参加基本医疗保险或公费医疗身份就诊并结算的，则保险人根据本合同单独约定的给付比例进行赔付。

第八条 责任免除

任何因下列情形之一导致被保险人支出药品费的，保险人不承担给付保险金的责任：

- (一) 被保险人未在保险人指定的医疗机构接受在线中医诊疗；

- (二) 被保险人持有经保险人指定的医疗机构的医生开具的处方但自行购买的药品；
- (三) 被保险人购买除外药品（释义十二）清单中的药品所发生的费用；
- (四) 被保险人未遵医嘱，私自服用、涂用或注射药品；
- (五) 使用未获得中国国家药品监督管理局许可或批准上市的药品或药物；
- (六) 药品处方的开具与中国国家药品监督管理局批准的该药品说明书中所列明的适应症和用法用量不符；
- (七) 除另有约定外，需由被保险人承担的药品配送费用。

第九条 保险金额

保险金额是保险人承担给付保险金责任的最高限额。本合同的保险金额由投保人、保险人双方约定，并在本合同中载明。保险金额一经确定，保险期间内不能进行变更。

第十条 保险期间与不保证续保

本合同为不保证续保合同，保险期间为一年（或不超过一年）。保险期间届满，投保人需要重新向保险人申请投保本产品，并经保险人同意，交纳保险费，获得新的保险合同。

若保险期间届满时，本合同对应保险产品统一停售，保险人将不再接受投保申请。

第三部分 保险人义务

第十一条 提示和说明

订立本合同时，保险人会向投保人说明本合同的内容。对本合同中免除保险人责任的条款，保险人在订立合同时应当在投保单、保险单或其他保险凭证上做出足以引起投保人注意的提示，并对该条款的内容以书面或口头形式向投保人做出明确说明；未作提示或者明确说明的，该条款不产生效力。

第十二条 保险单和保险凭证

本合同成立后，保险人将向投保人签发保险单或其他保险凭证。

第十三条 索赔资料不完整通知

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投保人、被保险人或受益人补充提供。

第四部分 投保人、被保险人义务

第十四条 交费义务

本合同保险费交付方式分为一次性交付和分期交付，由投保人和保险人在投保时约定，并在保险单上载明。

若投保人选择一次性交付保险费，投保人应当在本合同成立时一次性交清保险费，保险费交清前，本合同不生效。对合同生效前发生的保险事故，保险人不承担保险责任。

若投保人选择分期交付保险费，需经投保人申请并经保险人同意，并在本合同中载明保费分期交付的周期。如投保人未交付首期保费，保险合同不成立，保险人不承担保险责任。如投保人未按照保险合同约定的付款时间足额交付当期保费，允许在宽限期内补交保险费；如果被保险人在宽限期内发生保险事故，保险人仍按照合同约定赔偿保险金。除本合同另有约定外，如被保险人在正常交费对应的保险期间内或宽限期内发生保险事故，保险人依照合同约定赔偿保险金的，需扣减保险期间内所有未交期间的保险费，投保人已缴纳的保险费与保险人扣减的保险费之和应等于本合同约定的保险费总额。如投保人未按照保险合同约定的付款时间足额交付当期保费，且在本合同约定的宽限期内仍未足额补交当期保费的，从应付之日起发生保险责任范围内的事故的，保险人不承担赔偿责任；宽限期内发生的保险事故也不承担保险责任。

对于保险期间终止后发生的保险事故，保险人不承担保险责任。宽限期由投保人与保险人协商确定，并在本合同中载明。

第十五条 如实告知

投保人应如实填写投保单并回答保险人提出的询问，履行如实告知义务。

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。

第十六条 住址、通讯地址或数据电文联系方式变更告知义务

投保人住址、通讯地址或数据电文联系方式变更时，应及时以书面形式或双方认可的其他形式通知保险人。投保人未通知的，保险人按本合同所载的最后住址、通讯地址或数据电文联系方式发送的有关通知，均视为已发送给投保人。

第十七条 变更批注

在保险期间内，投保人需变更保险合同内容的，应以书面形式或双方认可的其他形式向保险人提出申请。保险人同意后出具批单，并在本合同中批注。

投保人通过保险人同意或认可的网站等互联网渠道提出变更本合同的申请，视为投保人的书面申请。

第十八条 职业或工种的变更

被保险人变更其职业或工种时，投保人应于三十日内以书面形式或双方认可的其他形式通知保险人。若被保险人所变更的职业或者工种依照保险人职业分类在拒保范围内的，保险人对该被保险人所负保险责任自其职业或工种变更之日起终止，并退还未满期净保险费（释义十三）。

被保险人未履行本条约定的通知义务而发生保险事故的，且被保险人所变更的职业或者工种依照保险人职业分类在拒保范围内的，保险人不承担给付保险金的责任，并自其职业或工种变更之日起，按日计算退还未满期净保险费，本合同终止。

第十九条 年龄的确定及错误的处理

被保险人的投保年龄，以法定身份证件登记的周岁年龄为准，本合同所承保的被保险人的投保年龄必须符合年龄要求。投保人在申请投保时，应按被保险人的周岁年龄填写。若发生错误，保险人按照以下规定处理：

（一）投保人申报的被保险人年龄不真实，且真实年龄不符合本合同约定的年龄限制的，保险人有权解除本合同，并向投保人退还未满期净保险费。

（二）投保人申报的被保险人年龄不真实，导致投保人实付保险费少于应付保险费的，保险人有权更正并要求投保人补交保险费，或在给付保险金时按照实付保险费与应付保险费的比例支付。

（三）投保人申报的被保险人年龄不真实，导致投保人支付保险费多于应付保险费的，保险人应将多收的保险费无息退还投保人。

第二十条 保险事故通知义务

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，并书面说明事故发生的原因、经过和损失情况。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**（释义十四）而导致的迟延。

第五部分 保险金的申请

第二十一条 保险金的申请

对于在指定的医疗机构购买药品的，保险金申请人（释义十五）需提供在指定的医疗机构购买药品的医疗费用原始收据、费用明细清单。保险金申请人可以书面形式或双方认可的其他形式向保险人申请返还已收取的收据原件，保险人在加盖印戳并注明已赔偿的保险金金额后返还已收取的收据原件。

保险金申请人通过指定的医疗机构购买符合本合同保险责任的药品，将由保险人与**第三方服务商**（释义十六）直接结算保险人应承担保险金赔偿部分的药品费用，保险金申请人无需支付该部分费用，但**保险金申请人应自行支付不属于保险责任范围内的药品费用。**

第六部分 保险合同的解除、终止和争议处理

第二十二條 合同的解除

在本合同成立后，投保人可以通过书面形式或双方认可的其他形式通知保险人解除合同，但保险人已根据本合同的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）保险合同凭据；
- （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日次日零时起，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日内退还本合同的未到期净保险费。

投保人通过保险人同意或认可的网站等互联网渠道提出对本合同的解除申请，视为投保人的书面申请。

第二十三條 合同的争议处理

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

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）。

第二十四條 诉讼时效期间

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。

第二十五條 效力终止

发生以下情况之一时，本合同效力即时终止：

- （一）保险期间届满；
- （二）被保险人身故；
- （三）因本合同其他条款所约定的情况而终止效力。

第七部分 释义

一、 保险人

指众安在线财产保险股份有限公司。

二、 周岁

以法定身份证明文件中记载的出生日期为基础计算的实足年龄。

三、等待期

指自本合同生效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合同上载明。

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。

四、医院

是指经中华人民共和国卫生部门审核认定的二级及二级以上的公立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、A级病房；

(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能够提供二十四小时的医疗与护理服务的能力或资质。

五、特定疾病

指保险人在承保时与投保人约定的属于保险责任的疾病清单，以保险人在官方正式渠道（包括但不限于官网、官微）公布或通知的清单为准，保险人保留对疾病清单进行变更的权利。

六、医疗机构

指经中华人民共和国卫生部门登记并取得《医疗机构执业许可证》的机构，但不包括作为康复、联合病房、家庭病床、护理、休养或戒酒、戒毒等医疗机构。

七、必需且合理

(一) 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。

(二) 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、 药品

指实际发生的合理且必要的、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。但不包括除外药品清单内中的药品。

九、 处方

指由注册的执业医师和在诊疗活动中为患者开具的、由取得药学专业技术职务任职资格的药学专业技术人员审核、调配、核对，并为患者用药凭证的医疗文书。处方包括医疗机构病区用药医嘱单。

十、 单位时间

指在一定的时间内，以某一个时间段作为一个单位，如每个自然周、每个自然月、每个季度等，由投保人和保险人在投保时约定，并在本合同中载明。

十一、 基本医疗保险

指《中华人民共和国社会保险法》所规定的基本医疗保险，包括城镇职工基本医疗保险、城镇居民基本医疗保险或城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障项目。

十二、 除外药品

指以药材来源的珍稀性与药品本身毒性为标准，且药品剂型为饮片、颗粒、汤剂、丸剂、粉剂或膏方时除外的药品。以保险人在官方正式渠道（包括但不限于官网、官微）公布或通知的清单为准，保险人保留对除外药品清单进行变更的权利。

十三、 未到期净保险费

除另有约定外，按下述公式计算未到期净保险费：

如投保人在本合同成立时选择一次性交付保险费，未到期净保险费=保险费×[1-(保单已经过天数/保险期间天数)]×(1-退保手续费率)。经过天数不足一天按一天计算。

如投保人在本合同成立时选择分期交付保险费，未到期净保险费=本合同的当期保险费×[1-(当期实际经过天数/当期实际天数)]×(1-退保手续费率)。经过天数不足一天按一天计算。

十四、 不可抗力

指不能预见、不能避免并不能克服的客观情况。

十五、 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。

十六、 第三方服务商

指保险人授权的为保险用户提供服务的机构。