

众安在线财产保险股份有限公司
互联网团体近视眼医疗保险条款 2022 版（A 款）
注册号：C00017932512022021610071
（众安在线）（备-医疗保险）【2022】（主）010 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、批单或其他保险凭证等组成。凡涉及本合同的约定，均应采用书面形式。

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对被保险人有保险利益的自然人、法人或非法人组织。在本合同签订时被保险人不得少于 3 人。

第四条 被保险人

符合本合同约定的特定团体成员可作为本合同的被保险人。除另有约定外，初次投保时年龄为出生满 30 天至 17 周岁（释义二）（含 17 周岁），身体健康、能正常工作、生活的自然人，可作为本合同的被保险人。被保险人年满 17 周岁前（含 17 周岁），保险期间届满，投保人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

本合同的保险责任包括“意外失明医疗保险金”和“视力矫正医疗保险金”。所投保的保险责任一经确定，在本合同保险期间内不得变更。

（一）意外失明医疗保险金

在保险期间内，被保险人因遭受**意外伤害**（释义三）事故导致**失明**（释义四），在保险人认可的**医疗机构**（释义五）接受治疗，保险人对被保险人在治疗期间发生的需个人支付的、必需且合理（释义六）的治疗失明相关医疗费用（释义七），在扣除本合同约定的免赔额后，依照约定的给付比例进行赔付。当累计给付金额之和达到意外失明医疗保险金额时，保险人对被保险人在意外失明医疗保险金下的保险责任终止。

（二）视力矫正医疗保险金

在保险期间内，被保险人在**等待期**（释义八）后，经保险人认可的医疗机构的**验光师**（释义九）确诊其任意一只眼睛的**等效球镜度**（释义十），较被保险人投保时提供的该只眼睛的等效球镜度增长达到-1.00D（即近视度数增长达到100度）或以上的（两次验光需在同一**验光状态**（释义十一）下），保险人对被保险人在认可的医疗机构中发生的需个人支付的、必需且合理的视力矫正医疗费用（释义十二），在扣除本合同约定的免赔额后，依照约定的给付比例进行赔付。当累计给付金额之和达到视力矫正医疗保险金额时，保险人对被保险人在视力矫正医疗保险金下的保险责任终止。

在保险期间内，若保险人上述两项责任下的累计给付保险金的总额达到本合同载明的总保险金额时，本合同终止。

第七条 犹豫期

除另有约定外，自本合同生效之日零时起2日（含第2日）为犹豫期。在此期间请投保人认真审视本合同，如果投保人认为本合同与投保人的需求不相符，投保人可以在此期间提出解除本合同，保险人将无息退还投保人所支付的全部保险费。

自保险人收到投保人解除合同的书面申请或双方认可的其他形式起，本合同即被解除，合同解除前发生的保险事故保险人不承担保险责任。

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

第八条 免赔额

本合同中的免赔额是指被保险人在保险期间内发生的、虽然属于本合同保险责任范围内的医疗费用，但依照本合同约定仍旧由被保险人自行承担，本合同不予赔付的金额。只有当保险期间内的免赔额因以下两种情况抵扣完毕时，保险人才开始按照约定承担赔付责任：

（一）被保险人自行承担的属于本合同保险责任范围内的医疗费用，包括其基本医疗保险（释义十三）个人账户支出的医疗费用；

（二）从基本医疗保险和公费医疗保险之外的其他途径获得的属于本合同保险责任范围内的医疗费用补偿。

通过基本医疗保险和公费医疗保险获得的补偿，不可用于抵扣免赔额。

免赔额由投保人与保险人在订立本合同时协商确定，并在本合同中载明。

第九条 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、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。

第十条 责任免除

发生下列情形之一导致保险事故发生的，保险人不承担保险金给付责任：

- （一）被保险人申请理赔时提供的验光处方的日期不在保险期间的；
- （二）被保险人未在视力检查期限内，在保险人认可的医疗机构进行视力及屈光度检测的；
- （三）投保人对被保险人的故意杀害、故意伤害；
- （四）被保险人自致伤害或自杀；
- （五）被保险人接受包括美容、整容、整形手术在内的任何医疗行为而造成眼睛的伤害；
- （六）被保险人申请理赔时提供的验光处方与投保时提供的验光处方不在同一验光状态下获得；
- （七）任何既往症（释义十四）导致的近视眼；
- （八）遗传因素导致的近视眼；
- （九）任何生物、化学、原子能武器，原子能或核能装置所造成的爆炸、灼伤、污染或辐射；
- （十）战争、军事冲突、武装叛乱或暴乱、恐怖袭击。

第十一条 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。本合同中的意外失明医疗保险金额、视力矫正医疗保险金额和总保险金额由投保人、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。

第十二条 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 保险人的义务

第十三条 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作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作出明确说明；未作提示或者明确说明的，该条款不产生效力。

第十四条 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。

第十五条 保险金的给付

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,应当在三十日内作出核定,但保险合同另有约定的除外。

保险人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十日内,履行赔偿保险金义务。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三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。

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。

第十六条 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

第十七条 交费义务

投保人应当在本合同成立时交清保险费。**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。**

第十八条 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。

第十九条 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。

第二十条 被保险人变动

（一）在保险期间内，投保人因人员变动，需增加、减少被保险人时，应以书面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。

（二）被保险人人数增加时，保险人在审核同意后，于收到申请之日的次日零时开始承担保险责任，并按约定增收保险费。

（三）被保险人人数减少时，保险人在审核同意后，于收到申请之日的次日零时起，对减少的被保险人终止保险责任，并按约定退还未满期净保险费（释义十五），但减少的被保险人本人或其保险金申请人（释义十六）已领取过任何保险金的，保险人不退还未满期净保险费。

第二十一条 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。

第二十二条 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。

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。

第二十三条 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。

第二十四条 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（释义十七）而导致的迟延。

第五部分 保险金的申请

第二十五条 保险金的申请

保险金申请人向保险人申请给付保险金时，应提供如下材料：

- （一）保险金给付申请书；
- （二）保险合同凭证；
- （三）保险金申请人的有效身份证件；
- （四）支持索赔的全部账单、证明、信息和证据，医院出具的病历资料、医学诊断书、处方、病理检查报告、化验检查报告、医疗费用原始单据、费用明细单据等。保险金申请人因特殊原因不能提供上述材料的，应提供其它合法有效的材料；
- （五）保险人认可的医疗机构出具的被保险人双眼的验光处方；
- （六）保险金申请人所能提供的其他与确认保险事故的性质、原因等有关的其他证明和资料；
- （七）若保险金申请人委托他人申请的，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。

保险金申请人未能提供有关材料的，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。

在保险人的理赔审核过程中，保险人有权在合理的范围内对索赔的被保险人进行医疗检查。

第六部分 保险合同的解除、终止和争议处理

第二十六条 合同的解除

在本合同成立后，投保人可以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）保险单或其他保险凭据；
- （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满期净保险费。

第二十七条 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**）。

第二十八条 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。

第二十九条 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、 意外伤害

指以外来的、突发的、非本意的和非疾病的客观事件为直接且单独的原因致使身体受到的伤害。**自然死亡、疾病身故、猝死、自杀以及自伤均不属于意外伤害。**

四、 失明

指任意一只眼睛满足下列至少一项条件，并由有资格的眼科医生出具医疗诊断证明。

- 1. 眼球缺失或摘除；
- 2. 矫正视力低于0.02（采用国际标准视力表，如果使用其他视力表应进行换算）；
- 3. 视野半径小于5度。

五、 认可的医疗机构

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、具有合法开展眼科诊疗资质的医疗机构**，且**仅限于上述医疗机构的普通部**，**不包括如下机构或医疗服务：**

- 1. **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；**

2. 诊所、康复中心、家庭病床、护理机构；

3. 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。

保险人认可的医疗机构以在保险单中载明的清单为准。保险人保留对认可的医疗机构清单进行变更的权利，以保险人在官方正式渠道（包括但不限于官网、官微）公布或通知为准。

六、必需且合理

1. 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。

2. 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。

七、治疗失明相关医疗费用

包含挂号费、药品费、检查费、治疗费、器械费、住院床位费、加床费、膳食费、护理费、重症监护室床位费、诊疗费、检查检验费、手术费、救护车使用费。

1. 床位费：指被保险人住院期间实际发生的、不高于双人病房的住院床位费用（不包括单人病房、套房、家庭病床）。

2. 加床费：指未满18周岁的被保险人在住院治疗期间，根据合同约定赔偿其合法监护人（限一人）在医院留宿发生的加床费。

3. 膳食费：指住院期间根据医生的嘱咐，由作为医院内部专属部门的、为住院病人配餐的食堂配送的膳食费用。膳食费应包含在医疗账单内；根据各医疗机构的惯例，可以作为独立的款项、也可以合并并在病房费等其他款项内。

4. 护理费：指住院期间根据医嘱所示的护理等级确定的护理费用。

5. 检查检验费：指就诊期间实际发生的、以诊断疾病为目的，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，包括血、尿、便常规检验费等。

6. 治疗费：指就诊期间以治疗疾病为目的，提供必要的医学手段而合理发生的治疗者的

技术劳务费和医疗器械使用费以及消耗品的费用，具体以就诊医院的费用项目划分为准。

7. 药品费：指就诊期间实际发生的必需且合理的、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。

8. 手术费：指当地卫生行政部门规定的手术项目的费用。包括手术室费、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。**

9. 救护车使用费：指为抢救生命由急救中心派出的救护车费用及根据医生建议发生的医院转诊过程中的医院用车费。**仅限于同一城市中的医疗运送。**

八、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。

九、验光师

指由保险人认可的，可使用验光仪器及辅助设备，对眼睛进行视力检查和屈光度检测，并开具验光与配镜矫正处方的人员。保险人对验光师的资格要求以合同约定的为准。

十、等效球镜度

验光处方上用球镜度数（S）、柱镜度数（C）与轴位（A）表示所检查眼睛屈光状况与标准正视眼的差异。等效球镜度=球镜度+1/2 柱镜度，是近视筛查诊断的标准，通常以屈光度 D 为单位（1D 屈光力相当于可将平行光线聚焦在 1 米焦距上），以屈光度 D 的数值乘以 100 就是度数。具体换算见下表样例：

验光处方结果		等效球镜度	近视度数
球镜度（S）	柱镜度（C）		
-0.50	-0.50	-0.75D	75 度
-1.00	0	-1.00D	100 度
-2.50	-1.00	-3.00D	300 度
-3.50	-0.25	-3.675D	367.5 度

十一、视力矫正医疗费用

包括挂号费、验光费、散瞳费、单焦点镜片费、检查检验费、诊疗费、治疗费、药品费。

十二、验光状态

指验光检查时眼睛是否用睫状肌麻痹，及用于睫状肌麻痹的药品，包括小瞳验光（非睫状肌麻痹下）、阿托品、托吡卡胺等。

十三、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。

十四、既往症

指在本合同生效前罹患的被保险人已知或应该知道的有关疾病或症状。通常有以下情况：

1. 本合同生效前，医生已有明确诊断，长期治疗未间断；
2. 本合同生效前，医生已有明确诊断，治疗后症状未完全消失，有间断用药情况；
3. 本合同生效前，医生已有明确诊断，但未予治疗；
4. 本合同生效前，未经医生诊断和治疗，但症状或体征明显且持续存在，以普通人医学常识应当知晓。

十五、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：

未到期净保险费=保险费×[1-(保险单已经过天数/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。

十六、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。

十七、不可抗力

指不能预见、不能避免并不能克服的客观情况。