

众安在线财产保险股份有限公司
附加个人在线问诊药品费用医疗保险条款（互联网2026版A款）
注册号：C00017932522026061847343

第一部分 总则

第一条 合同构成

本附加保险合同（以下简称“本附加合同”）依投保人的申请，经保险人同意，附加在健康保险合同（以下简称“主合同”）上。主合同的条款也适用于本附加合同，若主合同与本附加合同的条款不一致，则以本附加合同的条款为准。主合同效力终止，本附加合同效力亦同时终止。主合同无效，本附加合同亦无效。

本附加合同未尽事宜，以主合同的规定为准。

除另有约定外，本附加合同的保险金的受益人为被保险人本人。

第二部分 保障内容

第二条 保险责任

本附加合同的保险责任包括“互联网诊疗费用医疗保险金”、“互联网药品费用医疗保险金”。所投保的保险责任一经确定，在本附加合同保险期间内不得变更。

（一）互联网诊疗费用医疗保险金

在本附加合同保险期间内，被保险人在**等待期**（释义一）后因遭受**意外伤害**（释义二）事故或罹患疾病，在**保险人认可的医疗机构**（释义三）进行诊疗的，保险人对于被保险人每次诊疗实际支出的、**必需且合理**（释义四）的专科医生在线问诊费用，在扣除本附加合同约定的单次互联网诊疗费用免赔额后，按照约定的给付比例给付互联网诊疗费用医疗保险金，但保险人每次给付保险金的金额以本附加合同约定的单次互联网诊疗费用给付限额为限。

在本附加合同保险期间内，被保险人一次或多次在等待期后因遭受意外伤害事故或罹患疾病在保险人认可的医疗机构进行诊疗的，保险人均按上述约定承担给付互联网诊疗费用医疗保险金责任。但保险人在单位时间（释义五）内累计给付互联网诊疗费用的给付次数以本附加合同约定的互联网诊疗费用给付频次为限，保险人累计互联网诊疗费用的给付次数以本附加合同约定的互联网诊疗费用给付总次数为限。

累计互联网诊疗费用给付次数达到互联网诊疗费用给付总次数或者累计给付金额达到互联网诊疗费用医疗保险金额时，本项责任终止。

单次互联网诊疗费用免赔额、给付比例、单次互联网诊疗费用给付限额、互联网诊疗费用给付频次、互联网诊疗费用给付总次数由投保人和保险人在投保时约定，并在本附加合同中载明。

本项责任下保险人认可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认可的医疗机构的，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。

（二）互联网药品费用医疗保险金

在本附加合同保险期间内，被保险人在等待期后因遭受意外伤害事故或罹患疾病，在保险人认可的医疗机构进行在线问诊并购药的，保险人对于被保险人每次实际支出的、必需且合理的药品（释义六）费用，在扣除本附加合同约定的单次互联网药品费用免赔额后，按照约定的给付比例给付互联网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附加合同约定的单次互联网药品费用给付限额为限。

1. 若该药品为处方药，给付互联网药品费用医疗保险金须同时满足以下条件：

（1）该药品须由本附加合同约定或保险人认可的医疗机构的医生开具处方（释义七），且药品处方符合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，且为被保险人当前治疗必需的药品；

（2）每次药品处方剂量符合国家卫生行政主管部门对于处方剂量的规定（释义八）；

（3）开具的药品处方仅限治疗被保险人在等待期后因遭受意外伤害事故或罹患的疾病；

（4）该药品必须为本附加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；

（5）被保险人须在保险人认可的医疗机构购买上述处方中所列的药品。

2. 若该药品为非处方药，给付互联网药品费用医疗保险金须同时满足以下条件：

（1）该药品的使用须符合中国国家药品监督管理局批准的该药品说明书所列明的适应症及用法用量；

（2）该药品必须为本附加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品；

（3）被保险人须在保险人认可的医疗机构购买上述药品。

对于不满足以上任一条件的药品费用，保险人不承担互联网药品费用医疗保险金的给付责任。

单次互联网药品费用免赔额指在本附加合同保险期间内，被保险人每次接受在线问诊后购药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，且本附加合同不予赔付的部分。

单次互联网药品费用给付限额指在本附加合同保险期间内，被保险人每次接受在线问诊后购药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。

在本附加合同保险期间内，被保险人一次或多次在等待期后因遭受意外伤害事故或罹患疾病接受在线问诊后购药的，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内累计给付互联网药品费用的给付次数以本附加合同约定的互联网药品费用给付频次为限，保险人累计互联网药品费用的给付次数以本附加合同约定的互联网药品费用给付总次数为限。

累计互联网药品费用给付次数达到互联网药品费用给付总次数或者累计给付金额达到互联网药品费用医疗保险金额时，本项责任终止。

单次互联网药品费用免赔额、给付比例、单次互联网药品费用给付限额、互联网药品费用给付频次、互联网药品费用给付总次数由投保人和保险人在投保时约定，并在本附加合同中载明。

本项责任下保险人认可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认可的医疗机构的，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。

第三条 责任免除

下列治疗场景或因下列情形之一导致被保险人支出药品费用的，保险人不承担给付保险金的责任：

（一）主合同中列明的“责任免除”事项（但若该事项与本附加合同有相抵触之处，以本附加合同为准）；

（二）先天性疾病、遗传性疾病（释义九），先天性畸形、变形或染色体异常（释义十）（依据世界卫生组织《疾病和有关健康问题的国际统计分类》（ICD-10）确定）；

（三）醉酒，服用、吸食或注射毒品；未遵医嘱，擅自服用、涂用、注射药物；

（四）非疾病性治疗药物：预防性、康复性、保健性、美容整形、变性等相关医疗及前述相关医疗的并发症或因前述相关医疗导致的医疗事故（释义十一）；眼镜、义齿、义眼、义肢、助听器等康复性器具；生育、妊娠、产前产后检查、流产、分娩、避孕、性功能障碍治疗、绝育手术、治疗不孕不育症、人工受孕及由此导致的并发症产生的相关药品费用；本附加合同另有约定的除外；

（五）实验性或试验性治疗药物；

（六）被保险人感染艾滋病病毒或患艾滋病（释义十二）的相关治疗药品；被保险人患精神性疾病（依据世界卫生组织《疾病和有关健康问题的国际统计分类》（ICD-10）分类为精神和行为障碍的疾病）的相关治疗药品；本附加合同另有约定的除外；

（七）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，进行未被国家药品审评中心批准的适应症用药治疗；

(八) 药品配送费用，本附加合同另有约定的除外；

(九) 被保险人未在保险人认可的医疗机构购买的药品。

第四条 保险金额、费用补偿、免赔额、给付比例

(一) 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。保险金额是保险人承担给付保险金责任的最高限额。本附加合同的互联网诊疗费用医疗保险金额和互联网药品费用医疗保险金额由投保人、保险人双方约定，并在本附加合同中载明。**除另有约定外，保险金额一经确定，保险期间内不能进行变更。**

(二) 医疗费用补偿

医疗费用补偿是指，具备基本医疗保险（释义十三）、公费医疗、其他费用补偿型医疗保险等的被保险人，若已从其他途径（包括但不限于基本医疗保险、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，则保险人仅对扣除医疗费用补偿后的余额按照本附加合同的约定进行赔付；不具备基本医疗保险、公费医疗、其他费用补偿型医疗保险等、未从其他途径获得医疗费用补偿的被保险人，保险人按照本附加合同的约定进行赔付。

(三) 免赔额

本附加合同中的免赔额是指被保险人在保险期间内发生的、虽然属于本附加合同保险责任范围内的医疗费用，但依照本附加合同约定仍旧由被保险人自行承担，本附加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偿责任：

(1) 被保险人自行承担的属于本附加合同保险责任范围内的医疗费用，包括其基本医疗保险个人账户支出的医疗费用；

(2) 从基本医疗保险、公费医疗保险和城乡居民大病保险之外的其他途径获得的属于本附加合同保险责任范围内的医疗费用补偿。

通过基本医疗保险统筹账户、公费医疗保险和城乡居民大病保险获得的补偿，不可用于抵扣免赔额。

免赔额由投保人与保险人在订立本附加合同时协商确定，并在本附加合同中载明。

举例来说，假设免赔额为 10000 元，如被保险人在保险期间内未就诊过，则免赔额余额为 10000 元；如第一次就诊累计的“保险责任范围内医疗费用”为 5000 元，针对本次就诊理赔后免赔额余额为 5000 元，本次赔付为 0 元；如第二次就诊累计的“保险责任范围内医疗费用”为 8000 元，结合第一次就诊理赔后免赔额余额 5000 元，本次就诊免赔额已抵扣完毕，本次赔付为 3000 元乘以赔付比例。由于免赔额已抵扣完毕，在该被保险人剩余的保险期间内，不再需要抵扣免赔额。

(四) 未获得基本医疗保险或公费医疗补偿的赔付

若被保险人以参加基本医疗保险或公费医疗身份投保，但未获得基本医疗保险或公费医疗结算的，则保险人根据本附加合同单独约定的给付比例进行赔付。

第五条 保险期间与不保证续保

本附加合同为不保证续保合同，保险期间为一年（或不超过一年），且应与主合同的保险期间保持一致。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，本附加合同对应保险产品统一停售，保险人将不再接受投保申请。

第六条 保险金的申请

保险金申请人（释义十四）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）保险合同凭据；

（三）保险金申请人的有效身份证件（释义十五）；

（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；

（六）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，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。

第三部分 释义

一、等待期

指自本附加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附加合同上载明。

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。

二、意外伤害

指遭受外来的、突发的、非本意的和非疾病的使身体受到的伤害的客观事件。自然死亡、疾病身故、猝死、自杀以及自伤均不属于意外伤害。猝死是指表面健康的人因身体潜在疾病、机能障碍或其他原因在出现症状后24小时内发生的非暴力性突然死亡。以下情形不属于猝死：自然死亡、自杀、自伤、意外伤害、因慢性疾病、冠心病、心力衰竭持续治疗、终末期疾病等长期病症导致的急性死亡。

三、保险人认可的医疗机构

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。

四、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。

五、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，并在本附加合同中载明。

六、药品

药品必须为本附加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。

七、处方

指由注册的执业医师和执业助理医师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，并作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。

八、国家卫生行政主管部门对于处方剂量的规定

根据《处方管理办法》规定，处方一般不得超过7日用量；急诊处方一般不得超过3日用量；对于某些慢性病、老年病或特殊情况，处方用量可适当延长，但医师应当注明理由。

九、遗传性疾病

指生殖细胞或受精卵的遗传物质（染色体和基因）发生突变或畸变所引起的疾病，

通常具有由亲代传至后代的垂直传递的特症。

十、先天性畸形、变形或染色体异常

指被保险人出生时就具有的畸形、变形或染色体异常。先天性畸形、变形和染色体异常依照世界卫生组织《疾病和有关健康问题的国际统计分类》（ICD-10）确定。

十一、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，过失造成患者人身损害的事故。

十二、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征，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。

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和大病医疗保障项目。

十四、保险金申请人

指被保险人或受益人、（或）被保险人或受益人的继承人、（或）依法享有保险金请求权的其他自然人。

十五、有效身份证件

指中华人民共和国有效期内的居民身份证、港澳台居民居住证以及主管部门颁发或者认可的有效护照或者其他身份证明文件。