

华农财产保险股份有限公司

附加个人门（急）诊医疗保险 C 款条款（互联网专属）

注册编号:C00010132522022052710913

总则

第一条 在投保华农财产保险股份有限公司互联网专属的住院医疗类保险合同（以下简称“主险合同”）的基础上，投保人可以投保本附加险合同。凡涉及本附加险合同的约定，均采用书面形式。

本附加险合同作为主险合同的组成部分，主险合同效力终止，本附加险合同效力亦同时终止；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 在本附加险合同保险期间内，被保险人因遭受意外伤害或本附加险合同约定的等待期后（最高不超过 180 天，续保者不受等待期限限制）因罹患疾病，在医院（释义 1）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基本医疗保险（释义 2）报销范围的、合理且必需（释义 3）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赔付保险金。

医疗费用类型包括：

- （1）药品费（释义 4）；
- （2）检查检验费（释义 5）；
- （3）诊疗费（释义 6）；
- （4）治疗费（释义 7）；
- （5）门诊手术费（释义 8）。

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。

在保险期间内，被保险人无论一次或多次在医院进行治疗，保险人均按上述约定给付保险金。单次门（急）诊治疗实际发生费用超过单次门（急）诊医疗费用保险金额的部分，保险人不承担保险责任；多次门（急）诊治疗累计发生医疗费用或给付次数达到本附加险合同约定的累计门（急）诊医疗费用保险金额或给付次数限额时，保险人对被保险人在本项下的保险责任终止。保险责任的终止以累计给付金额或给付次数两者中最早达到本附加险合同约定的累计门（急）诊医疗费用保险金额或给付次数限额者为准。

第三条 被保险人如果已从其他任何途径（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等）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单次免赔额，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 因下列情形之一，导致被保险人发生门（急）诊医疗费用支出的，保险人不承担保险金给付责任：

（一）被保险人投保前已患有的疾病、生理缺陷及伤残；投保时尚未治愈或因故意或重大过失未如实告知的疾病；

（二）被保险人未遵医嘱，私自服用、涂用、注射药物；

（三）主险合同中列明的“责任免除”事项。

保险金额和保险费

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。保险金额由投保人、保险人双方约定，并在保险单中载明。

第七条 本附加险合同的保险费由保险人根据保险金额、具体风险状况等确定，并在保险单中载明其金额。

缴费方式

第八条 本附加险合同保险费缴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缴付保险费，投保人应当在本附加险合同成立时一次性缴清保险费。保险费缴清前，本附加险合同不生效。对本附加险合同生效前发生的保险事故，保险人不承担保险责任。

若投保人选择分期缴付保险费，需经投保人申请并经保险人同意，并在本附加险合同中载明保险分期缴付的周期。

如投保人未缴付首期保费，本附加险合同不生效，对本附加险合同生效前发生的保险事故，保险人不承担保险责任。

在缴付首期保险费后，投保人应当在每个保险费约定支付日缴付其余各期对应的保费。如投保人未按照本附加险合同约定的付款时间足额缴付当期保费，保险人允许投保人在本附加险合同约定的宽限期内补缴对应月份的保费，如被保险人在宽限期内发生保险事故，保险人仍按照本附加险合同约定赔偿保险金。除本附加险合同另有约定外，如被保险人在正常缴费对应的保险期间内或宽限期内发生保险事故，保险人依照本附加险合同约定给付保险金的，需扣减保险期间所有未缴期间的保险费，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附加险合同约定的保险费总额。

如投保人未按照本附加险合同约定的付款时间足额缴付当期保费，且在本附加险合同约定的宽限期内仍未足额补缴当期保费的，本附加险合同效力中止，保险人对合同效力中止后发生的保险事故不承担给付保险金责任。

宽限期由投保人与保险人约定，并在本附加险合同中载明。

保险期间

第九条 本附加险合同的保险期间与主险合同一致，最长不超过一年。

本附加险合同为不保证续保合同，保险期间不超过一年。保险期间届满，投保人需要重新向保险公司申请投保本附加险合同，并经保险人同意，交纳保险费，获得新的附加险合同。

保险金的申请与给付

第十条 保险金申请人向保险人申请给付保险金时，应提交作为索赔依据的证明和材料。保险金申请人因特殊原因不能提供以下材料的，应提供其他合法有效的材料。**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。**

1、保险金给付申请书；

2、保险合同凭证；

3、被保险人户籍证明或身份证明；

4、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；

5、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；

6、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。

释义

1、医院：是指经中华人民共和国境内（港、澳、台地区除外）国家卫生部医院等级分类中的二级或以上公立医院的普通部，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；
2. 诊所、康复中心、家庭病床、护理机构；
3. 休养、戒酒、戒毒中心。

同时该医院必须具有符合有关医院管理规定设置标准的医疗设备及提供二十四小时的有合格医师及护士驻院的医疗与护理服务的能力和资质。

2、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。

3、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。

4、药品费：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：

a. 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；

b. 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；

c. 用中药材和中药饮片炮制的各类酒制剂等。

5、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。

6、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。

7、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。

8、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。

本附加险合同中无明确“释义”的词语，均以该词语在主险合同中的释义为准。