

融盛财产保险股份有限公司

门诊特殊疾病、门诊慢性疾病医疗保险条款

总则

第一条 合同构成

本保险合同由保险条款、投保单、保险单以及经投保人与保险人认可的与保险合同有关的其他书面凭证（包括但不限于健康问卷、声明、批单）组成。凡涉及本保险合同的约定，均应采用书面形式。

第二条 投保人

各地社会基本医疗保险管理部门或政府指定的对被保险人具有保险利益的其他部门均可作为本保险合同的投保人。

第三条 被保险人

已参加投保人当地的社会基本医疗保险的自然人，经保险人同意，可作为本保险合同的被保险人。

第四条 受益人

除另有约定外，本保险合同的保险金受益人为被保险人本人。

保险责任

第五条 门诊特殊疾病、门诊慢性疾病医疗保险责任

在保险期间内，被保险人罹患其参加的社会基本医疗保险规定的门诊特殊疾病或门诊慢性疾病，经当地社会基本医

疗保险管理机构或由投保人与保险人共同约定的医疗机构、鉴定机构根据本保险合同载明的认定标准，认定属于本保险合同约定的门诊特殊疾病或门诊慢性疾病给付范围的，在当地社会基本医疗保险管理机构指定或者保险人认可的医疗机构进行门诊治疗，发生的符合其参加的社会基本医疗保险给付范围和标准的且医学上必要的、合理的医疗费用，保险人根据其参加的社会基本医疗保险规定和本保险合同的约定给付门诊特殊疾病、门诊慢性疾病医疗保险金。

门诊特殊疾病、门诊慢性疾病的认定频次、免赔额、给付比例、给付标准、给付限额等由投保人与保险人共同约定，并在保险单中载明。

保险人根据本保险合同针对每一被保险人给付的保险金累计以其保险金额为上限，当达到该限额时，本保险合同对该被保险人的保险责任终止。

责任免除

第六条 对被保险人发生的下列医疗费用，保险人不承担给付保险金的责任：

（一）未经当地社会基本医疗保险管理机构或本保险合同约定的医疗机构、鉴定机构核准可报销的门诊特殊疾病、门诊慢性疾病治疗费用；

（二）被保险人在当地社会基本医疗保险非在保状态期间发生的医疗费用；

（三）被保险人在非当地社会基本医疗保险管理机构

指定或者保险人认可的医疗机构治疗发生的医疗费用；

（四）被保险人参保的当地基本医疗保险规定的医保统筹基金不予支付项目的医疗费用；

（五）在中国大陆以外（含港澳台地区）发生的医疗费用；

（六）应当纳入工伤保险基金支付范围的医疗费用；

（七）应当由公共卫生负担的医疗费用；

（八）已从公益机构、慈善机构等获得补偿的医疗费用；

（九）应当由第三者赔偿的医疗费用，但第三者逃逸、失踪且虽经诉讼无可以执行的财产或者无赔偿能力的不在此限；

（十）住院治疗、家庭病床治疗或者挂床治疗费用；

（十一）与所保障的门诊特殊疾病、门诊慢性疾病不相关的身体检查及疗养、静养、健康护理、心理咨询等非治疗性费用；

（十二）营养费、交通费、伙食费、误工费、丧葬费；

（十三）挂号费、院外会诊费、出诊费、煎药费、急救车费、急诊手术费。

保险金额、免赔额、给付比例

第七条 保险金额

本保险合同每一被保险人的保险金额是保险人承担给付该被保险人保险金责任的最高限额。

保险金额由投保人与保险人在订立保险合同时协商确

定，并在保险单中载明。

第八条 免赔额、给付比例

本保险合同的免赔额、给付比例由投保人与保险人在订立保险合同时协商确定，并在保险单中载明。

保险费

第九条 保险费

本保险合同的保险费及其支付方式由投保人与保险人在订立保险合同时协商确定，并在保险单中载明。

保险期间

第十条 保险期间

本保险合同的保险期间以保险单载明的起讫时间为准，除另有约定外，保险期间为一年。

第十一条 等待期

除另有约定外，本保险合同无等待期。

第十二条 非保证续保条款

本保险合同为非保证续保合同。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。

保险人义务

第十三条 格式条款的提示与说明

订立保险合同时，采用保险人提供的格式条款的，保险人向投保人提供的投保单应当附格式条款，保险人应当向投保人说明保险合同的内容。对保险合同中免除保险人责任的

条款，保险人在订立保险合同时应当在投保单、保险单或者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者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 签发保单

本保险合同成立后，保险人应当及时向投保人签发保险单或其他保险凭证。

第十五条 及时一次性通知补充索赔证明和资料

保险人认为投保人、被保险人或者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、被保险人或者受益人补充提供。

第十六条 及时核定赔付

保险人收到被保险人或者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 30 日内作出核定，但保险责任的核定必须依赖于特定证明、鉴定、判决、裁定或其他证据材料的，保险人应在被保险人或者受益人提供或自行取得上述证据材料起 30 日内作出核定。

保险人应当将核定结果通知被保险人或者受益人；对属于保险责任的，在与被保险人或者受益人达成给付保险金的协议后 10 日内，履行给付保险金义务。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 3 日内向被保险人或者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 60 日内，对其赔偿保险金的数额不能确定的，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，应当支付相应的差额。

投保人、被保险人义务

第十七条 交费义务

除另有约定外，投保人应当在保险合同成立时一次性足额交缴清保险费。保险费一次性足额缴清前，本保险合同不生效，对保险费一次性足额缴清前发生的保险事故保险人不承担保险责任。

第十八条 如实告知义务

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。保险人向投保人询问被保险人是否拥有公费医疗、基本医疗保险或者其他费用补偿型医疗保险的情况，投保人应当如实告知。

投保人故意或者因重大过失未履行前款约定的义务，足以影响保险人决定是否同意承保或者提高保险费率的，保险人有权解除本保险合同。

投保人故意不履行如实告知义务的，保险人对于本保险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，保险人对于本保险合同解除前发生的保险事故，不承担给付保险金的责任，但退还保险费。

保险人在本保险合同订立时已经知道投保人、被保险人未如实告知的情况的，保险人不得解除本保险合同；发生保险事故的，保险人承担给付保险金的责任。

第十九条 住址或通讯地址变更通知义务

投保人住所或通讯地址变更时，应及时以书面形式通知保险人。

第二十条 被保险人变动通知义务

在保险期间内，投保人因其人员变动，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，并在本保险合同中批注。

被保险人人数增加时，保险人在审核同意后出具批单，于批单生效日零时开始承担保险责任，并按约定增收相应的保险费。

被保险人人数减少时，投保人提供已通知相应被保险人退保的有效证明，保险人在审核同意后出具批单，于批单生效日零时起，对减少的被保险人终止保险责任，并按约定退还相应的未满期净保险费。但减少的被保险人已发生任何保险金给付或已发生本保险合同约定的保险事故但尚未给付保险金的，保险人不退还该被保险人项下相应的未满期净保险费。

第二十一条 其他内容变更通知义务

在保险期间内，投保人需变更合同内容的，应以书面形式向保险人提出申请。保险人同意后出具批单。若被保险人已身故，则保险人不接受本保险合同中有关该被保险人的任何内容的变更申请。

第二十二条 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。

保险金申请与给付

第二十三条 保险金的申请

（一）保险金实行即时结算（即在被保险人发生医疗费用的当时就给予理赔报销结算处理）的，保险人直接或者间接与前述发生医疗费用所在的医疗机构按本合同结算相应的保险金，被保险人无需支付与保险金等额部分的费用，被保险人、受益人也不得再向保险人申请该部分的保险金。

（二）保险金未实行即时结算的，保险金申请人向保险人申请给付保险金时，应填写保险金给付申请书，并提交以下材料。

1. 保险金给付申请书；

2. 保险单；
3. 被保险人身份证明、保险金申请人身份证明；
4. 收取赔款的账户信息，包括账户名称、开户行名称、账号；
5. 当地基本医疗保险主管部门指定或保险人认可的医疗机构出具的医疗诊断证明，病历及医疗、医药费原始单据及各种检查、化验报告等原始单据；
6. 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他证明和资料。

保险金申请人因特殊原因不能提供以上材料的，应提供其他合法有效的材料。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。

第二十四条 保险金的给付

(一) 保险金实行即时结算的，由投保人与保险人协商确定具体结算方式，保险人不再向受益人给付对应部分的保险金。

(二) 保险金未实行即时结算的，保险人在收到保险金申请人提交的本条款第二十三条第(二)款所列的材料后，应及时就是否属于保险责任做出核定，并将核定结果通知被

保险人或受益人。

争议处理和法律适用

第二十五条 争议处理

因履行本保险合同发生的争议，由当事人协商解决。协商不成的，提交保险单载明的仲裁机构仲裁；保险单未载明仲裁机构且争议发生后未达成仲裁协议的，依法向中华人民共和国境内（不含港澳台地区）有管辖权的人民法院起诉。

第二十六条 法律适用

与本保险合同有关的以及履行本保险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）。

其他事项

第二十七条 保险合同变更

投保人和保险人可以协商变更保险合同的内容，由投保人与保险人订立书面补充协议。

第二十八条 保险合同解除

本保险合同成立后，投保人可以要求解除本保险合同。但已发生任何保险金给付或已发生本保险合同约定的保险事故但尚未给付保险金的，投保人不得要求解除本保险合同。

投保人要求解除本保险合同时，应填写保险合同解除申请书，并提交保险单、保险费交付凭证和投保人身份证明。本保险合同自本保险人接到保险合同解除申请书时终止。

保险责任开始前，投保人要求解除保险合同的，投保人

应当按照保险单约定的比例向保险人支付退保手续费，保险人应当退还剩余部分保险费。

保险责任开始后，投保人要求解除保险合同的，保险人应向投保人退还本保险合同的未满期净保险费。

释义

第二十九条 本保险合同涉及下列专业术语时，适用以下释义：

（一）社会基本医疗保险

指国家最新修订颁布的《社会保险法》规定的基本医疗保险，包括职工基本医疗保险、城镇居民基本医疗保险、新型农村合作医疗等政府举办的基本医疗保险。

（二）门诊特殊疾病、门诊慢性疾病

门诊特殊疾病指符合当地社会基本医疗保险主管部门核准范围的某些病程较长，需连续治疗或长期服药，符合住院条件而又可在门诊治疗的病种。

门诊慢性疾病指符合当地社会基本医疗保险主管部门核准范围的病情相对稳定，短期内无法治愈，需长期在门诊治疗的慢性病。

（三）医疗机构

指拥有合法经营执照，设立的主要目的为向受伤者和患病者提供住院治疗和护理服务而非主要作为康复医院、诊所、护理、疗养、戒酒、戒毒、养老院或类似目的，具有符合所在地有关医院管理规则设置标准的医疗设施，有合格的医生

和护士提供全日二十四小时的医疗和护理服务的机构。

（四）鉴定机构

指经当地社会基本医疗保险主管部门审批认可的具有医保门诊特殊疾病、门诊慢性疾病评估资质的专门的鉴定机构，接受门诊特殊疾病、门诊慢性疾病保险经办机构委托，对参保人的门诊特殊疾病、门诊慢性疾病状态进行专业评估，评估结果作为享受门诊特殊疾病、门诊慢性疾病保险待遇的依据。

（五）必要的、合理的

指符合以下 2 个条件：

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。

（六）住院

指被保险人入住医院的正式病房接受治疗，并正式办理入出院手续，但不包括下列情形：

- 1.被保险人入住医院的门(急)诊观察室、家庭病床(房)；
- 2.被保险人入住康复科、康复病床(房)或接受康复治疗；
- 3.被保险人住院期间一日内未接受与入院诊断相关的检查和治疗，或一日内住院不满24小时，但遵医嘱到外院接受临时治疗的情形除外；
- 4.被保险人未达到入院标准而办理入院手续，或已达到出院标准而不办理出院手续；
- 5.被保险人住院体检；
- 6.挂床住院及其他不合理的住院。

挂床住院指办理正式住院手续的被保险人，在住院期间每日非24小时在床、在院，包括在住院期间连续5日无任何治疗，只发生护理费、诊疗费、床位费的情况。

（七）家庭病床

指对符合住院条件、需要连续治疗，但因本人生活不能自理或行动不便，到医疗机构住院有困难，需医护人员上门

提供服务的患者，由社区卫生服务中心（乡镇卫生院）在其家中或养老机构设立病床，并指定医护人员定期查床、治疗、护理，同时在特定病历上记录服务过程的一种基层卫生服务形式。

（八）挂床

指住院过程中一日内未接受与入院诊断相关的检查和治疗或者一日内住院不满二十四小时。遵医嘱到外院接受临时诊疗的不在此限。

（九）医保统筹基金

指统筹地区所有用人单位为职工缴纳的医疗保险费中，扣除划入个人帐户后的其余部分。医疗保险统筹基金属于全体参保人员，由社会保险经办机构集中管理，统一调剂使用，主要用于支付参保职工发生的医药费、手术费、护理费、基本检查费等。

（十）公共卫生

指政府组织全社会共同努力，改善社会卫生条件，预防控制传染病和其他疾病流行，培养良好卫生习惯和文明生活方式，达到预防疾病、促进人民群众身体健康所提供的医疗服务。公共卫生主要由政府提供，主要包括计划免疫、妇幼保健、应急救治、采供血以及传染病、慢性病、地方病的预防控制等。凡是现阶段基本公共卫生服务能向公众免费提供的项目，不作为基本医疗保险基金支付的范围。

（十一）未满期净保险费

除另有约定外，未满期净保险费 = 保险费 × [1 - (保险单已经过天数/保险期间天数)]。经过天数不足一天的按一天计算。

（十二）保险金申请人

被保险人生存状态下保险金申请人是指被保险人本人，如被保险人身故则保险金申请人是指受益人或依法享有保险金请求权的其他自然人。