

融盛财产保险股份有限公司

个人在线问诊医疗保险条款

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和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

具有完全民事行为能力的被保险人本人或者对被保险人具有保险利益的其他自然人、法人或者非法人组织，可作为本保险合同的投保人。

第三条 被保险人

除另有约定外，年龄为6周岁（含）至85周岁（含），能正常工作、生活的自然人，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，本保险合同保险金的受益人为被保险人本人。

保险责任

第五条 保险责任

保险期间内，被保险人遭受意外伤害或在本保险合同约定的等待期后罹患疾病，并因该意外伤害或疾病在保险人指

定的互联网医院进行在线问诊，对于在保险期间内在该指定互联网医院进行问诊所支出的在线问诊费用，以及在该指定互联网医院开具用于治疗该意外伤害或疾病电子处方中包含的，且同时满足“药品使用条件”的药品费用，保险人按照“保险金给付标准”的约定，在本保险合同约定的保险金额范围内计算并给付保险金。

（一）药品使用条件

保险人承担保险责任的药品费用须同时满足以下条件：

1. 用于治疗意外伤害或疾病的药品电子处方是由保险人指定互联网医院的医生开具且对被保险人当前的治疗是必需且合理的；

2. 用于治疗意外伤害或疾病的药品电子处方中所列明的药品是通过保险人指定的互联网药店在线购买；

3. 用于治疗意外伤害或疾病的药品电子处方中所列明的药品属于保险人指定的药品清单中的药品，具体药品清单以投保过程中保险人提供的《服务手册》中载明的清单为准；

4. 除另有约定外，每次在线问诊开具的药品处方用量不超过7天，每次在线问诊开具的药品种类不超过5种；

5. 开具电子处方时该药品已获得国家药品监督管理局批准且已在中国大陆境内（不包括港、澳、台地区）上市。

对不符合上述条件的药品费用，保险人不承担给付保险金的责任。

（二）保险金给付标准

对于被保险人每次在线问诊所支出的符合保险责任范围内的问诊费用、药品费用(以下简称“每次合理医疗费用”),保险人在保险金额以及每次给付限额范围内,按照如下公式计算并给付保险金:

保险金 = (每次合理医疗费用 - 从社会基本医疗保险、公费医疗以及其他途径已获得的补偿金额 - 免赔额) × 赔付比例。

免赔额、赔付比例、每次给付限额由投保人和保险人双方协商确定,并在保险单中载明。保险人可根据每次合理医疗费用是否已获得社会基本医疗保险、公费医疗以及其他途径报销分别约定不同的赔付比例,并在保险单中载明。

投保人、保险人双方还可协商约定每月最高给付次数和累计最高给付次数,并在保险单中载明。被保险人在每月周期内多次进行在线问诊的,保险人给付保险金的次数达到每月最高给付次数的,对于被保险人在该月周期内再次进行在线问诊支出的医疗费用,保险人不承担给付保险金的责任。被保险人在保险期间内多次进行在线问诊的,保险人累计给付保险金的次数达到累计最高给付次数的,对于被保险人在保险期间内再次进行在线问诊支出的医疗费用,保险人不承担给付保险金的责任。

第六条 等待期

等待期是指自保险期间起始时间起计算的一段时间,经过该段时间后,保险人才对被保险人承担给付保险金责任。

被保险人在投保后至等待期结束前发生的疾病所导致的医疗费用，无论此等费用是否发生在等待期内，保险人均不承担保险金给付责任。

本保险合同的等待期由投保人和保险人双方约定，并在保险单中载明。如未载明的，则默认为**30天**。被保险人因意外伤害发生保险事故的，没有等待期。

续保的情况下，等待期为**0天**。本保险合同期满前，投保人可向保险人申请续保，经保险人审核后予以承保；续保合同保险期间的起始日期与续保对应上一保险合同保险期间的终止日期相连不间断。

第七条 补偿原则

本保险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保险合同的约定进行赔付。

责任免除

第八条 情形除外

除另有约定外，因下列情形或原因之一，导致被保险人支出问诊费用和药品费用的，保险人不承担给付保险金责任：

- （一）投保人对被保险人的故意杀害、故意伤害；
- （二）被保险人故意自伤或自杀，但被保险人自杀时为

无民事行为能力人的除外；

（三）被保险人所患既往症及保险单中特别约定的除外疾病和情形；

（四）被保险人故意犯罪或抗拒依法采取的刑事强制措施；

（五）核爆炸、核辐射或核污染；

（六）被保险人未在保险人指定互联网医院进行在线问诊；

（七）未在保险人指定的互联网药店购买药品；

（八）被保险人未遵医嘱服用、涂用、注射药物，但按使用说明的规定使用非处方药不在此限；

（九）药品电子处方的开具与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；

（十）被保险人购买的药品不符合“药品使用条件”要求。

第九条 费用除外

除另有约定外，对于以下费用，保险人不承担给付保险金责任：

（一）等待期内被保险人发生的药品费用；

（二）等待期内被保险人确诊的相关疾病进行的任何诊断或治疗所发生的药品费用；

（三）被保险人未经保险人指定的互联网医院医生诊断，单方面提出购买特定药品产生的费用；

（四）药品配送费用。

保险金额、免赔额、赔付比例

第十条 保险金额

本保险合同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。

本保险合同的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。

第十一条 免赔额

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

（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保险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。

本保险合同的免赔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。

第十二条 赔付比例

本保险合同的赔付比例由投保人与保险人在订立保险合同时协商确定，并根据被保险人在投保时有无基本医疗保险或公费医疗的不同情况约定对应的赔付比例，在保险单中载明。

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，则保险人根据保险单单独约定的赔付比例进行赔付。

犹豫期

第十三条 犹豫期

除另有约定外，自本保险合同生效之日起零时起**15日**（含**第15日**）为**犹豫期**。在此期间请投保人认真审视本保险合同，如果投保人认为本保险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保险合同，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，本保险合同即被解除，**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保险合同的申请，视为投保人的书面申请。

保险费

第十四条 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。

保险期间与续保

第十五条 保险期间

本保险合同的保险期间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，且最长不得超过一年。

第十六条 非保证续保

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。

若保险期间届满时，本保险合同对应保险产品统一停售，保险人将不再接受投保申请。

保险人义务

第十七条 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。

第十八条 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。

第十九条 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。

第二十条 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

第二十一条 交费义务

除另有约定外，投保人应当在订立本保险合同时一次性足额交清保险费。投保人未按照本保险合同的约定一次性足额交清保险费的，保险合同不生效，保险合同生效前发生的保险事故，保险人不承担给付保险金的责任。

第二十二条 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。

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。

前款约定的合同解除权，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。

第二十三条 住址或通讯地址变更通知义务

为确保保险人的通知能有效送达，请投保人务必正确填

写投保人、被保险人及受益人的住所、通讯地址、电话及电子邮箱等联系方式。当这些联系方式变更时，请及时以书面形式或双方认可的其他形式通知保险人。如果未能通知保险人，保险人按所知的最后联系方式所发送的有关通知，均视为已经送达给投保人、被保险人及受益人。

第二十四条 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，本保险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保险合同约定的年龄限制的，保险人有权解除本保险合同，并向投保人退还未满期净保费。

（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。

第二十五条 保险事故通知义务

发生保险责任范围内的事故后，保险人及时了解保险事故的性质、发生原因、损失情况，对给付保险金至关重要

要。投保人、被保险人或受益人应在知道保险事故发生之日起10日内书面说明事故发生的原因、经过和损失情况并通知保险人。

如果投保人、被保险人或受益人因故意或重大过失未及时通知，导致保险事故的性质、发生原因、损失情况等难以确定的，保险人对无法确定的部分，不承担给付保险金的责任，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。

第二十六条 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，并在本保险合同中批注。

被保险人应当在本保险合同约定的医疗机构接受治疗。如果因急诊未在约定的医疗机构接受治疗的，应当在接受治疗之日起3日内通知保险人，并在病情好转后及时转入约定的医疗机构。

保险金申请与给付

第二十七条 保险金的申请

保险金申请人向保险人申请给付保险金时，应提交以下材料。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。

- (一) 保险金给付申请书;
- (二) 保险单;
- (三) 被保险人身份证明、保险金申请人身份证明;
- (四) 指定医疗机构出具的医疗费用发票/收据、费用明细清单/账、病历、诊断证明及其他医疗记录等;
- (五) 对于已经从社会基本医疗保险、公费医疗和任何第三方(包括任何商业医疗保险)获得相关医疗费用补偿的,应提供社会基本医疗保险机构、商业保险机构或其他第三方的医疗费用分割单或医疗费用结算证明;
- (六) 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;
- (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。

争议处理和法律适用

第二十八条 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。

第二十九条 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

第三十条 保险合同变更

在本保险合同有效期内，经与保险人协商一致，投保人
可以变更本保险合同的有关内容。合同变更可以通过对本保
险合同批注或附贴批单以及双方订立书面变更协议来实现。

第三十一条 保险合同解除

本保险合同成立后，除另有约定外，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。
本保险合同自保险人接到保险合同解除申请书时终止。

保险责任开始前或犹豫期结束前，投保人要求解除保
险合同的，保险人将无息退还投保人所支付的全部保险
费。

犹豫期结束后，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到期净保费。

第三十二条 保险合同终止

发生下列情形之一的，本保险合同自动终止：

- （一）保险合同期满；
- （二）被保险人死亡；
- （三）法律法规规定或本保险合同约定的其他导致本

保险合同效力终止的情形。

释义

第三十三条 本保险合同涉及下列术语时，适用以下释义：

（一）周岁

指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。

（二）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。

（三）互联网医院

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》的互联网医疗机构，具体以投保过程中保险人提供的《服务手册》中载明的为准，如保险人后续调整提供服务的互联网医院，将在官方网站更新《服务手册》或以其他方式通知客户。

（四）电子处方

指由保险人指定的互联网医院的注册医生在其注册的医疗单位进行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、核对的，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。

（五）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。

（六）当地

指保险事故发生后，被保险人医疗费用实际发生地/支出地。

（七）互联网药店

指经保险人审核认可，取得互联网药品信息服务资格证书，为被保险人提供购药或者配送服务的药店。具体以投保过程中保险人提供的《服务手册》中载明的为准，如保险人

后续调整提供服务的互联网药店，将在官方网站更新《服务手册》或以其他方式通知客户。

（八）基本医疗保险

指国家最新修订颁布的《中华人民共和国社会保险法》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。

（九）公费医疗

公费医疗制度，是国家为保障国家工作人员身体健康而实行的一项社会保障制度。国家通过医疗卫生部门向享受人员提供制度规定范围内的免费医疗预防。

（十）每次在线问诊

指被保险人于同一日内（当日零时至二十四时止）在保险人指定的互联网医院自在线问诊起至开具处方并完成药品下单止。

（十一）每月周期

指等待期满之日起计算的一个月周期，例如保险期间为2025年5月7日0时至2026年5月6日24时，等待期30天，2025年6月6日0时等待期满，2025年6月6日0时至2025年7月5日24时为一个周期，以此类推。

（十二）既往症

指在本保险合同生效日之前被保险人已患且已知晓的疾病。通常有以下情况：

1. 本保险合同生效前，医生已有明确诊断，长期治疗未间断；

2. 本保险合同生效前，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. 本保险合同生效前，医生已有明确诊断，但未予治疗；

4. 本保险合同生效前，未经医生诊断和治疗，但症状或体征明显且持续存在，并以此症状或体征为主诉进行就诊治疗的疾病。

（十三）未到期净保费

除另有约定外，未到期净保费 = 保险费 × [1 - (保险单已经过天数/保险期间天数)] × (1 - 费用比例)，经过天数不足一天的按一天计算。其中，费用比例为35%。