

# 融盛财产保险股份有限公司附加团体在线 问诊医疗保险条款

## 总则

### 第一条 合同构成

本附加保险合同（以下简称“附加险”）须附加于融盛财产保险股份有限公司各类团体意外伤害或健康保险合同（以下简称“主险”）。凡涉及本附加险的约定，均应采用书面形式。

### 第二条 被保险人

除另有约定外，年龄为出生满28天（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。

### 第三条 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

### 第四条 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。

#### 第五条 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7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。

## 第六条 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

### 第七条 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）主险合同中列明的“责任免除”事项，但属于本附加保险合同保障范围的除外；

（二）投保人对被保险人的故意杀害、故意伤害；

（三）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；

(四) 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;

(五) 被保险人故意犯罪或抗拒依法采取的刑事强制措施;

(六) 核爆炸、核辐射或核污染;

(七) 被保险人未在保险人指定互联网医院进行在线问诊;

(八) 未在保险人指定的互联网药店购买药品;

(九) 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;

(十) 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;

(十一) 被保险人购买的药品不符合“药品使用条件”要求。

#### 第八条 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

### 第九条 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。

### 第十一条 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。

### 保险期间与续保

#### 第十二条 保险期间

除另有约定外，本附加险的保险期间与主险保持一致，且不得超过主险，最长不得超过一年。

#### 第十三条 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。

### 保险金申请与给付

#### 第十四条 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。

### 其他事项

**第十五条** 主险条款与本附加险条款相悖之处,以本附加险条款为准;本附加险条款未约定事项,以主险条款为准。主险条款效力终止,本附加险条款效力同时终止;主险条款无效,本附加险条款亦无效。

### 释义

**第十六条** 本保险合同涉及下列术语时,适用以下释义:

#### (一) 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。

## （二）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。

## （三）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。

## （四）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。

### **(五) 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。

### **(六) 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。

### **(七) 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。

### **(八) 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。

### **（九）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）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。

### **（十一）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。