

中华联合财产保险股份有限公司

政策性医保补充医疗保险条款

总则

第一条 保险合同构成

本保险合同（以下简称“本合同”）由保险条款、投保单、保险单（包含电子保险单）或其他投保人与保险人共同认可的保险凭证、批单等组成。凡涉及本合同的约定，均应采用书面形式（包括电子文档形式）。

第二条 保险人

本合同中的保险人为中华联合财产保险股份有限公司。

第三条 投保人

本合同的投保人应为具有完全民事行为能力的被保险人本人、投保时对被保险人有保险利益的其他人。

团体可作为投保人，为本团体参加社会基本医疗保险或公费医疗的成员向保险人投保本保险。另有约定的按约定内容执行。

第四条 被保险人及受益人

凡参加社会基本医疗保险或公费医疗的自然人，可作为本合同的被保险人。除另有约定外，本合同的受益人为被保险人本人。

第五条 保险区域

保险人仅对被保险人在约定保险区域内发生的保险事故承担保险责任。除另有约定外，本合同约定的保险区域为中国大陆境内（不包含香港、澳门和台湾地区）。

保险责任

第六条 投保人可选择以下一项或多项责任为被保险人投保，并在保险单中载明，保险单中未载明的，保险人不承担保险责任：

（一）医保范围内医疗费用保险责任

保险期间内，被保险人因遭受意外伤害或在等待期届满后（免除等待期的不在此限）患疾病在保险人指定或认可的医疗机构接受诊断并进行本合同约定的治疗、检查发生的必需且合理的、符合当地基本医疗保险范围内的医疗费用，经社会医疗保险支付或从其他途径获得补偿后的剩余部分，保险人在扣除本合同约定的免赔额后，按本合同约定的给付比例给付医保范围内医疗费用保险金。

（二）医保范围外医疗费用保险责任

保险期间内，被保险人因遭受意外伤害或在等待期届满后（免除等待期的不在此限）患疾病在保险人指定或认可的医疗机构接受诊断并进行本合同约定的治疗、检查发生的必需且合理的、在当地基本医疗保险范围外的医疗费用，经其他途径获得补偿后的剩余部分，保险人在扣除本合同约定的免赔额后，按本合同约定的给付比例给付医疗费用保险金。

（三）特定药品费用保险责任

保险期间内，被保险人因遭受意外伤害或在等待期届满后（免除等待期的不在此限）患疾病，经保险人指定或认可的专科医生诊断并开具处方，在保险人指定或认可的机构、药店实际支出的本合同约定的特定药品目录中药品的费用，经社会医疗保险支付或从其他途径获得补偿后的剩余部分，保险人在扣除本合同约定的免赔额后，按本合同约定的给付比例给付特定药品费用保险金。

药品目录中药品涉及慈善援助的，应当按照慈善机构援助方案执行，由慈善机构援助的药品费用不属于特定药品费用保险金支付范围。

投保人、保险人可以就上述“本合同约定的治疗、检查”的具体内容进行约定，并在保险单中载明。

保险人对被保险人的医疗费用保险金和特定药品费用保险金的给付总额，以保险单载明的保险金额为限。一次或累计给付的保险金的总额达到保险金额时，本合同终止。

第七条 免赔额

免赔额由投保人与保险人协商确定，并在保险单中载明。

第八条 费用补偿原则

保险人在本合同保险责任范围内给付各项保险金，但若被保险人已从其它途径（包括但不限于社会医疗保险、公费医疗、工作单位、侵权人或侵权责任承担方、保险人在内的任何商业保险机构）获得补偿，对于被保险人发生的合理医疗费用，保险人在扣除其他途径已获得的补偿后，对于剩余部分费用根据本合同约定在该被保险人的保险金额内按照约定的免赔额和给付比例给付各项保险金。

责任免除

第九条 因下列任一情形造成被保险人医疗费用或特定药品费用支出的，保险人不承担给付保险金的责任：

- （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）被保险人醉酒，主动吸食或注射毒品；
- （四）被保险人酒后驾驶，无合法有效驾驶证驾驶，或驾驶无合法有效行驶证的机动车；

(五) 被保险人接受美容手术、矫形手术、视力矫正、牙科治疗（包括牙科保健和修复、拔牙、洗牙、牙齿美白、牙齿正畸、补牙、种植牙、镶牙等）、变性手术或非因意外伤害而进行的整形手术；

(六) 被保险人接受各类医疗鉴定（包括但不限于医疗事故鉴定、精神病鉴定、孕妇胎儿性别鉴定、验伤鉴定、亲子鉴定、遗传基因鉴定等），接受各类医疗咨询（包括但不限于心理咨询、健康咨询等），康复性治疗、休养或疗养、特别护理或静养、身体健康检查、美容减肥、脱发治疗、戒烟戒酒；

(七) 体外使用的医疗辅助设备（包括义肢、假体、义眼、助听器、眼镜或隐形眼镜、轮椅、拐杖、康复治疗器械、按摩保健用品、非处方医疗器械等）的购买、租用、安装和置换费用；

(八) 被保险人未遵医嘱私自服用、涂用、注射药物，未遵医嘱使用管制药物或处方药物，未按说明书所示的内容使用非处方药物，未经专科医生处方自行购买的药品、有毒物质，专科医生开具的被保险人当前治疗必须的处方药品剂量超过 1 个月（不含）以上的药品费用；

(九) 工伤（职业病）、生育发生的医疗费用、医疗事故，应当由第三人或公共卫生部门负担的责任；

对于使用本合同约定的特定药品的被保险人，除上述责任免除条款以外，如存在（十）-（十四）中的情形，保险人也不承担给付保险金责任：

(十) 特定药品处方与本合同约定的特定药品目录支付范围不符；

(十一) 被保险人在非本合同指定或认可的机构、药房购买药品；

(十二) 国内上市药品处方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用法用量不符或相关医学材料不能证明被保险人所患疾病符合使用特定药物的指征；国外上市且国内未上市药品处方的开具与该药品出口地区管理部门批准的适应症、用法、用量不符；

(十三) 被保险人的疾病状况，经审核确定对特定药品已经耐药，而继续购买已耐药药品所产生的费用。耐药包括以下两种情况：

1. 实体肿瘤病灶按照 RECIST(实体瘤治疗疗效评价标准) 出现疾病进展，即定义为耐药；

2. 非实体肿瘤（包含白血病、多发性骨髓瘤、骨髓纤维化、淋巴瘤等血液系统恶性肿瘤）在临床上常无明确的肿块或者肿块较小难以发现，经规范治疗后，按相关专业机构的指南规范，对患者骨髓形态学、流式细胞、特定基因检测等结果进行综合评价，得出疾病进展的结论，即定义为耐药；

(十四) 被保险人符合慈善援助用药申请，但因被保险人未提交相关申请或者提交的申请材料不全，导致援助项目申请未通过而发生的药品费用；被保险人通过援助审核，但因被保险人原因未领取援助药品。

保险金额和保险费

第十条 保险金额和保险费

本合同的保险金额和保险费由投保人和保险人在投保时约定并于保险单上载明。

保险期间和等待期

第十一条 保险期间

本合同的保险期间最长不超过一年，具体由投保人和保险人协商确定，并在保险单中载明。

第十二条 等待期

投保人为被保险人首次投保本保险或者非续保本保险时，自本保险合同生效之日起一定期间为等待期，具体期间在保险单中载明，最长不超过 90 天。续保本保险的免除等待期。

续保

第十三条 续保

本合同为不保证续保合同。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

第十四条 明确说明义务

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。

第十五条 资料补充通知义务

保险人认为被保险人或保险金申请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、被保险人或保险金申请人补充提供。

第十六条 保险金给付义务

保险人收到被保险人或保险金申请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，但保险合同另有约定的除外。

保险人应当将核定结果通知被保险人或保险金申请人；对属于保险责任的，在与被保险人或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 日内向被保险人或保险金申请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，对其给付的数额不能确定的，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 保险费交付义务

除另有约定外，投保人应当在保险合同订立时全额交付保险费，保险费未交清前，本合同不生效，保险人不承担保险责任。

第十八条 如实告知义务

订立本合同，保险人就投保人、被保险人的有关情况提出询问的，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规定的如实告知义务，足以影响保险人决定是否同意承保或者提高保险费率的，保险人有权解除保险合同。

前款规定的合同解除权，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。自合同成立之日起超过二年的，保险人不得解除合同；发生保险事故的，保险人应当承担给付保险金的责任。

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

保险人在合同订立时已经知道投保人未如实告知的情况的，保险人不得解除合同；发生保险事故的，保险人应当承担给付保险金的责任。

第十九条 通讯地址变更通知义务

投保人住所、通讯地址或电话等联系方式变更时，应及时以书面形式或双方认可的其他形式通知保险人。投保人未通知的，保险人按本合同所载的最后住所或通讯地址发送的有关通知，均视为已送达给投保人。

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或并在本合同中批注。

被保险人人数增加时，保险人在审核同意后，于批单或批注载明的生效日期开始承担保险责任，并按约定增收相应的保费。

被保险人人数减少时，保险人于收到申请之日的次日零时起，对减少的被保险人终止保险责任，并按约定退还相应的保费，但减少的被保险人本人或其保险金申请人已领取过任何保险金的，保险人不退还相应的保费。

第二十一条 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，应当在 48 小时内或经保险人书面同意延长的期限内通知保险人。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。

被保险人应在认可的医疗机构就诊，若因急诊未在认可的医疗机构就诊的，应在 48 小时内或经保险人书面同意延长的期限内通知保险人，并根据病情及时转入认可的医疗机构。若确需转入非认可的医疗机构就诊的，应向保险人提出书面申请，保险人在接到申请后三日内给予答复，对于保险人同意在非认可的医疗机构就诊的，对这期间的发生的相应医疗费用按本合同的规定给付保险金。

保险金申请与给付

第二十二条 医疗保险金申请

被保险人或受益人向保险人申请给付医疗保险金时，应填写保险金给付申请书，并提交以下材料。保险人按照本合同的约定，认为有关的证明和资料不完整的，应当及时一次性通知保险金申请人补充提供。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) 保险单或其他保险凭证；
- (三) 被保险人或受益人的身份证明；

(四) 医院出具的被保险人的医疗费用收据或者发票或社会医疗保险机构出具的报销凭证或医疗费用分割单；

(五) 保险人认可的医疗机构出具的附有病理检查、化验检查，影像学检查及其他医疗检查报告的医疗诊断证明、手术记录、检查报告单，门、急诊及住院病历、出院小结等；

(六) 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) 若被保险人或受益人委托他人申请的，还应提供授权委托书原件和受托人的身份证明等相关证明文件。

第二十三条 特定药品费用保险金申请及审核

在本合同保险期间内，被保险人由指定专科医生开具特定药品处方后，可选择申请选择自主购药事后报销或特定药品直付两种保险金申请方式。具体流程如下：

(一) 自主购药事后报销流程

1. 被保险人或受益人可选择自主前往指定药店购买本合同约定的特定药品，留存下列材料：

- (1) 被保险人身份证件（若被保险人是未成年人，需同时提供法定监护人身

份证件和关系证明)；

(2) 门(急)诊病历/住院病历/疾病诊断证明(住院病历含病案首页、入院记录、出院小结、影像检查报告等)；

(3) 首次申请需提供初次确诊罹患相关疾病的病史材料；

(4) 病理诊断报告；

(5) 免疫组化/基因检测报告；

(6) 药品处方(影像件、复印件)；

(7) 药品发票、费用清单；

(8) 被保险人或受益人银行账户；

(9) 保险人认为与确认保险事故的性质、原因等有关的其他材料；

2. 携带上述保险金申请材料至本合同约定的保险人指定服务中心提交保险金给付申请或使用保险人指定的线上服务公众号或小程序上传保险金申请材料提交保险金给付申请；

3. 保险人及保险人指定第三方服务商对被保险人用药合理性及保险责任进行审核，申请审核未通过，保险人不承担给付特定药品费用的责任；

4. 用药合理性和保险责任审核通过后，保险人向被保险人或受益人给付特定药品费用保险金。

(二) 特定药品直付流程

1. 被保险人或受益人在购买或接受特定药品前，须通过保险人指定服务中心或保险人指定的线上服务公众号或小程序向保险人提出申请；

2. 被保险人或受益人在申请时需提交以下材料：

(1) 被保险人身份证件(若被保险人是未成年人，需同时提供法定监护人身份证件和关系证明)；

(2) 门(急)诊病历/住院病历/疾病诊断证明(住院病历含病案首页、入院记录、出院小结、影像检查报告等)；

(3) 首次申请需提供初次确诊罹患相关疾病的病史材料；

(4) 病理诊断报告；

(5) 免疫组化/基因检测报告；

(6) 药品处方；

(7) 保险人认为与确认保险事故的性质、原因等有关的其他材料；

3. 保险人及保险人指定第三方服务商对被保险人用药合理性及保险责任进行审核，申请审核未通过，保险人不承担给付特定药品费用的责任；

4. 用药合理性和保险责任审核通过后，保险人向被保险人或受益人提供购

药凭证，被保险人或受益人可通过到店自取或药品配送的方式从本合同约定的指定药店获得特定药品。

第二十四条 诉讼时效

被保险人或受益人向保险人请求给付保险金的诉讼时效期间为 2 年，自其知道或者应当知道保险事故发生之日起计算。

争议处理和法律适用

第二十五条 争议处理

因履行本合同发生的争议，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，依法向人民法院起诉。

第二十六条 法律适用

与本合同有关的以及履行本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 合同变更

除本合同另有约定外，经投保人和保险人协商同意后，可变更本合同的有关内容。变更本合同时，投保人应填写变更合同申请书，经保险人审核同意，并在本合同的保险单或其它保险凭证上加以批注，或由投保人和保险人订立变更的书面协议后生效。

第二十八条 合同解除

在本合同成立后，投保人可以书面形式通知保险人解除合同，但保险人已根据本合同约定给付保险金的除外。

投保人解除本合同时，应提供下列证明文件和资料：

- （一）保险合同解除申请书；
- （二）保险单或其他保险凭证原件；
- （三）保险费交付凭证；
- （四）投保人身份证明；
- （五）保险人需要的其它有关文件和资料。

投保人要求解除本合同，自保险人接到保险合同解除申请书之时起，本合同的效力终止。保险人收到上述证明文件和资料之日起 30 日内退还保险单的**最低现金价值**。

释义

1. 团体：指中华人民共和国境内具有 3 名以上（含 3 名）成员且非因购买保险而组织的合法团体。包括机关、企事业单位和社会团体等。

2. 社会基本医疗保险：指城镇职工基本医疗保险和城乡居民基本医疗保险。

3. 成员：团体为机关或企事业单位的，成员指该团体中符合保险人规定的投保条件的在职员工；团体为社会团体的，成员指该团体的会员以及正式工作人员；

团体为家庭的，成员指本人、配偶、子女、父母；

政府作为投保人为城镇职工、城乡居民、计生家庭和老年人等群体投保的，成员指符合该群体条件的人员。

4. 意外伤害：指外来的、突发的、非本意的、非疾病的使身体受到伤害的客观事件。

5. 保险人指定或认可的医疗机构：指本公司与投保人约定的社会医疗保险定点医院（不包括其附属的国际医疗、特需医疗、贵宾医疗、外宾医疗或者相类似的部门和科室）；未约定定点医院的，则以被保险人所参加的社会医疗保险的管理部门规定的医院范围为准。且应符合下列所有条件：

（1）拥有合法经营执照；

（2）设立的主要目的为向受伤者和患病者提供留院治疗和护理服务；

（3）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；

（4）非主要作为康复医院、诊所、护理、疗养、戒酒、戒毒或类似的医疗机构。

投保人和保险人双方还可以约定指定医疗机构的条件、范围等，但须在保险合同中载明。

6. 住院：指被保险人因疾病或意外事故而入住医院之正式病房接受全日 24 小时监护治疗的过程，并正式办理入出院手续，不包括入住门诊观察室、其它非正式病房或挂床住院。

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。具体表现包括在住院期间连续若干日无任何治疗，只收护理费、诊疗费、床位费等情况。

7. 必须且合理：

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。**

8. 社会医疗保险：包括但不限于城镇职工基本医疗保险、城乡居民基本医疗保险、城乡居民大病保险、城镇职工大额医疗保险、大病医疗互助补充保险、医疗救助保险、公务员医疗补助、公费医疗等由政府举办的医疗保险项目。

9. 专科医生：专科医生指本公司指定或认可的，或当地社会医疗保险的管理部门公布的具有开具特定药品处方资格的医生。专科医生须满足以下条件：

- (1) 具有有效的中华人民共和国《医师资格证书》；
- (2) 具有有效的中华人民共和国《医师执业证书》，并按期到相关部门登记注册；
- (3) 具有有效的中华人民共和国主治医师或者主治医师以上职称的《医师职称证书》；
- (4) 确诊或开具处方时，属于与处方适应症治疗相关的临床科室。

10. 指定或认可的药店：指保险人指定或认可的，或当地社会医疗保险的管理部门公布的被保险人可购买特定药品的药店；未约定药店的，则以被保险人所参加的社会医疗保险的管理部门规定的药店范围为准。

11. 特定药品目录：指特定药品费用医疗保险责任适用的药品目录，以保险人公布药品目录为准，保险人保留对药品清单进行变更的权利，将根据医疗水平的发展对特定药品目录进行更新。

12. 慈善援助：指由慈善机构设定的针对特定药品的慈善项目或捐助计划等。

13. 酒后驾驶：指经检测或者鉴定，发生事故时车辆驾驶人员每百毫升血液中的酒精含量达到或者超过一定的标准，公安机关交通管理部门依据《道路交通安全法》的规定认定为饮酒后驾驶或者醉酒后驾驶。

14. 无合法有效驾驶证：

被保险人存在下列情形之一：

- (1) 无驾驶证或驾驶证有效期已届满；
- (2) 驾驶的机动车与驾驶证载明的准驾车型不符；
- (3) 实习期内驾驶执行任务的警车、消防车、救护车、工程救险车；实习

期内驾驶公共汽车、营运客车或者载有爆炸物品、易燃易爆化学物品、剧毒或者放射性等危险物品的机动车，实习期内驾驶的机动车牵引挂车；

(4) 持未按规定审验的驾驶证，以及在暂扣、扣留、吊销、注销驾驶证期间驾驶机动车；

(5) 使用各种专用机械车、特种车的人员无国家有关部门核发的有效操作证，驾驶营业性客车的驾驶人无国家有关部门核发的有效资格证书；

(6) 依照法律法规或公安机关交通管理部门有关规定不允许驾驶机动车的其他情况下驾车。

15. 无合法有效行驶证：发生保险事故时被保险人驾驶的机动车无公安机关交通管理部门、农机部门等政府管理部门核发的行驶证或号牌，或行驶证不在有效期内，或该机动车未按规定检验或检验不合格。

16. 康复性治疗：指利用物理治疗、作业治疗、言语治疗方法以诊断、治疗残疾和疾病（包括疼痛），使病、伤、残者得到康复，消除或减轻功能障碍，发挥身体残留部分功能，尽可能恢复其生活自理能力、运动能力、工作能力以重新回归社会。

17. 社会基本医疗保险管理机构：指各级医疗保障局、医疗保障中心。

18. 最低现金价值：是指保险费 \times （1-已经过天数/保险期间天数） \times （1-费用率）。除另有约定外，本合同的费用率为20%。