

中华联合财产保险股份有限公司

指定医疗保险条款

总则

第一条 保险合同的构成

本保险合同（以下简称“本保险合同”）由保险条款、投保单、保险单（包含电子保险单，下同）或其他保险凭证、批单等组成。

凡涉及本保险合同的约定，均采用书面形式（包括电子文档形式）。

第二条 投保人

本保险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，或对被保险人有保险利益的其他人，或对被保险人有保险利益的机关、企业、事业单位、社会团体等组织。

第三条 被保险人

本保险合同的被保险人应为身体健康，能正常学习、工作和生活的自然人。

第四条 受益人

除另有约定外，本保险合同的受益人为被保险人本人。

第五条 保险区域

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

保险责任

第六条 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。续保本保险无等待期。

被保险人因遭受意外伤害发生的保险事故无等待期。

除另有约定外，本保险合同期满后30天内（含第30日），投保人重新提出投保申请、保险人重新审核同意后签发的保险单，不计算等待期；本保险合同期满后第31日起，投保人重新提出投保申请、保险人重新审核同意后签发的保险单，需重新计算等待期。

第七条 在本保险合同保险期间内，被保险人发生意外伤害或在等待期后经医院专科医生诊断罹患疾病，若被保险人在保险人指定的医疗机构或保险人指定的药店中，发生符合本保险合同约定的药品费、检查费、治疗费、器械费（以下简称“指定医疗费用”），保险人在扣除本保险合同约定的累计免赔额后，对被保险人实际支出的指定医疗费用，按本保险合同的约定给付指定医疗保险金。累计免赔额由投保人在投保时与保险人约定并在保险单上载明。

指定医疗费用须同时满足以下条件：

（一）是由保险人指定或认可的专科医生处方，且为被保险人当前治疗必需且合理的用于治疗药品、检查项目、治疗项目、器械（以下简称“指定医疗项目”）；

- (二) 指定医疗费用的实际支出时间在保险期间内；
 - (三) 指定医疗项目在保险人指定的药品、检查项目、治疗项目、器械清单（清单内容以保险单载明为准）中；
 - (四) 用于诊疗的指定医疗项目是被保险人在保险人指定或认可的医疗机构或属于保险合同约的药店中购买或接受的；
 - (五) 在药店、医疗机构购买或接受的指定医疗项目须符合本保险合同指定医疗项目申请及审核的约定。
- 对不满足上述条件的指定医疗费用，保险人不承担相应的指定医疗保险金的给付责任。

责任免除

第八条 下列情形下被保险人发生的指定医疗费用，保险人不承担给付保险金责任：

- (一) 在中国境外的国家或者地区发生的费用，但因在中国大陆境内无法获取的专项医疗项目，经保险人审核同意，需要在香港、澳门、台湾地区进行的治疗不在此范围内。
- (二) 处方药的药品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用法用量不符。
- (三) 被保险人接受的指定医疗项目为非治疗疾病所必需且合理的。
- (四) 未在保险人指定或认可的医疗机构、药店接受或购买的指定医疗项目。
- (五) 未被治疗所在地权威部门批准的治疗，未获得治疗所在地政府许可或者批准的指定医疗项目。

保险金额和保险费

第九条 本保险合同的保险金额与保险费由投保人和保险人协商确定，并在保险单中载明。若上述保险金额发生变更，则以变更后的保险金额为准。

对于团体保险，本保险合同的保险金额分为团体保险金额和个人保险金额：

一、团体保险金额

在保险期间内，保险人对本保险合同下所有被保险人累计给付的保险金额以保险单载明的团体保险金额为限，一次或累计给付的保险金额达到保险单载明的团体保险金额时，保险人对所有被保险人的指定医疗保险金责任终止，本保险合同终止。

二、个人保险金额

在保险期间内，保险人对本保险合同下每个被保险人累计给付的保险金额以保险单载明的该被保险人的个人保险金额为限，对该被保险人一次或累计给付的保险金额达到保险单载明的该被保险人个人保险金额时，保险人对该被保险人的指定医疗保险金责任终止。

费用补偿原则与保险金计算

第十条 本保险合同为费用补偿型保险合同，适用费用补偿原则。若被保险人已从其他途径包括但不限于基本医疗保险、公费医疗、其他政府机构或者社会福利机构、除本保险外的其他商业保险、公益慈善机构、第三方责任人等）获得本保险合同责任范围内医疗费用补偿，保险人仅对该被保险人实际发生的指定医疗费用扣除其从上述其他途径所获医疗费用补偿后的余额按照本保险合同的约定进行给付。被保险人社保卡个人账户支出部分视为个人支付，不属于已获得的医疗费用补偿，不进行前述扣除。

指定医疗保险金=（保险期间内累计指定医疗费用-其他途径累计已获得的指定医疗费用补偿金额-累计免赔额）×给付比例

被保险人以参加基本医疗保险或者公费医疗身份投保，并以参加基本医疗保险或者公费医疗身份就诊并结算的，给付比例为100%；被保险人以参加基本医疗保险或者公费医疗身份投保，但未以参加基本医疗保险或者公费医疗身份就诊并结算的，给付比例由投保人与保

险人协商确定，具体以保险单载明为准；被保险人以未参加基本医疗保险或者公费医疗身份投保，给付比例为100%。

保险期间和续保

第十一条 保险期间

本保险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 续保

本保险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，保险人有权对重新提出的投保申请进行审核，经保险人同意后，投保人交纳保险费，获得新的保险合同。

保险人义务

第十三条 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。

第十四条 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。

第十五条 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

第十六条 保险费交付义务

本保险合同保险费交付方式可由投保人与保险人在投保时约定，并在保险单中载明。

若约定一次性交付保险费的，投保人应在投保时一次性交清保险费。**投保人未按约定交**

付保险费的，本保险合同不生效。

若投保人选择分期交付保险费的，需经投保人申请并经保险人同意，并在保险单中载明保险费分期交付的周期。投保人在交付首期保险费后，投保人应当在每个保险费约定支付日交纳其余各月对应期次的保险费。

除另有约定外，若投保人未按照本保险合同约定的付款时间足额交纳当期保险费，保险人允许投保人在本保险合同约定的交费延长期内补交对应期次的保险费，如被保险人在正常交费对应的保险期间内或交费延长期内发生保险事故，保险人依照本保险合同约定给付保险金，**但可以扣减欠交的保险费。**

如投保人在交费延长期内仍未足额补交当期保险费，保险人不再承担从应付之日起发生保险责任范围内的保险事故（含交费延长期内发生的保险事故）的赔偿责任。

除另有约定外，本保险合同的交费延长期为从保险费约定交纳日起至第 21 天（含）。

第十七条 如实告知义务

订立本保险合同，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。

第十八条 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，保险人按本保险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。

第十九条 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。

被保险人人数增加时，保险人在审核同意后，于收到申请之日的次日零时开始承担保险责任，并按照实际承担该被保险人保险责任的期间收取保险费。

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（如减少的被保险人属于已离职的，保险人对其所负的保险责任自其离职之日起终止），并按约定退还最低现金价值，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，保险人不退还最低现金价值。

第二十条 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。**

保险金的申请与给付

第二十一条 保险金申请

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) 保险单原件；
- (三) 被保险人和保险金申请人的身份证明；

(四) 二级以上（含二级）医院或保险人认可的医院出具的医疗诊断证明、医疗费用发票及明细单/账单、病历、出院小结以及各种检查、化验报告等单据；或属于投保人与保险人在订立本保险合同时约定的药店出具的相关材料。

(五) 若被保险人、受益人委托他人申请的，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。

指定医疗项目申请及审核

第二十二条 除另有约定外，在本保险合同保险期间内，被保险人发生指定医疗项目清单中所列的指定医疗项目，须按照以下流程进行申请及审核：

被保险人在购买或接受指定医疗项目前，须向保险人提出申请。保险人及保险人指定第三方服务商对保险金申请人提交的药品处方、检查单、治疗单进行审核。

如果保险金申请人未提交指定医疗项目购买或接受的申请，或申请审核未通过，保险人不承担赔偿或给付指定医疗保险金的责任。

保险人在收到保险金给付申请书及上述有关证明和资料后，将在 5 日内作出核定；情形复杂的，在 30 日内作出核定。保险人将把核定结果通知被保险人或者受益人。

对属于保险责任的，保险人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。

争议处理和法律适用

第二十三条 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，依法向人民法院起诉。

第二十四条 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

第二十五条 合同变更

除本保险合同另有约定外，经投保人和保险人协商同意后，可变更本保险合同的有关内容。变更本保险合同时，投保人应填写变更合同申请书，经保险人审核同意，并在本保险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。

第二十六条 合同解除

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

投保人解除本保险合同时，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。

投保人要求解除本保险合同，自保险人接到保险合同解除申请书之时起，本保险合同的效力终止。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。

若投保人选择一次性交纳保险费，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。

若投保人选择分期交纳保险费，保险人收到上述证明文件和资料之日起 30 日内退还投保人已交纳期次保险费的最低现金价值。

释义

1、合法有效：本保险合同所指合法有效均以中华人民共和国法律、行政法规、地方性法规、行政规章及有关规范性文件的规定为判定依据。

2、医院：指国家卫生部医院等级分类中的二级或二级以上公立医院，但前述医院并不包括单独作为诊所、康复、护理、疗养、戒酒、戒毒等或相类似的医疗机构。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，并且全日24小时有合格医师及护士驻院提供医疗和护理等服务。

3、专科医生：指同时满足以下四项资格条件的医生：

- （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）在二级或二级以上医院的相应科室从事临床工作三年以上。

4、保险人指定的医疗机构：必须为保险人在本保险合同订立时指定的、并同时满足下列全部条件的医疗机构：

- （1）在中华人民共和国境内合法注册的从事疾病诊断、治疗活动的检测机构等医疗机构；
- （2）持有医疗机构执业许可证。

5、保险人指定的药店：必须为保险人指定的、并同时满足下列全部条件的药店：

- (1) 取得国家药品经营许可证、GSP认证；
- (2) 具有完善的冷链药品送达能力；
- (3) 提供专业的药品资讯、患者教育、追踪随访、慈善赠药服务；
- (4) 该药店内具有药师等专业人员提供服务；
- (5) 具有或者正在申报当地城乡居民大病医疗保险定点资质的、由大型医药公司经营的全全国性连锁药店。

6、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。

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。

7、保险人指定的药品、检查项目、治疗项目、器械清单：保险人在本保险合同订立时与投保人约定的、经保险人审核认可并属于保险责任的药品、检查项目、治疗项目、器械清单。

8、社会基本医疗保险：本保险合同所称的社会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障项目。

9、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。

10、慈善机构：指依法成立、符合《中华人民共和国慈善法》规定，以面向社会开展慈善活动为宗旨的非营利性组织机构。

11、中国境外：指中华人民共和国领土之外的地区以及香港特别行政区、澳门特别行政区和台湾地区。

12、处方：指由注册的执业医师和在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，并作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。

13、保险事故：指本保险合同约定的保险责任范围内的事故。

14、保险金申请人：指被保险人、受益人，被保险人、受益人的继承人或其他依法享有保险金请求权的其他自然人。

15、有效身份证件：指由政府主管部门规定的证明其身份的证件，如：居民身份证、按规定可使用的有效护照、军官证、警官证、士兵证等证件。

16、最低现金价值：指保险费×(1-已经过天数/保险期间天数)×(1-费用比例)，除另有约定外，该费用比例为20%。

17、已交纳期次保险费的最低现金价值：是指已交纳期次保险费×(1-已经过天数/已交纳期次对应的保险期次期间)×(1-费用率)。除另有约定外，本保险合同的费用率为20%。