

利宝保险有限公司

附加个人门诊急诊医疗保险条款（2022 版 A 款）（互联网专属）

（注册号：C00006032522022033127541）

总则

第一条 本附加险保险合同（以下简称“本附加险合同”）由保险条款、投保单、保险单、保险凭证及批单等组成。凡涉及本附加险合同的约定，均应采取书面形式确认。

第二条 凡投保了利宝保险有限公司个人住院医疗保险（以下简称“主险”）的投保人，可投保本附加险。

第三条 除另有约定外，本附加险合同的受益人为被保险人本人。

保险责任

第四条 在保险期间内，被保险人因遭受意外伤害事故或在等待期（见释义 1）后因罹患疾病，在中华人民共和国境内（不包括香港、澳门、台湾地区）二级或二级以上社会基本医疗保险定点公立医院（见释义 2）接受门诊或急诊治疗的，对于每次就诊期间发生的必需且合理的、符合当地（见释义 3）社会基本医疗保险报销范围且依据当地社会基本医疗保险规定的报销标准应由被保险人自付的门诊急诊医疗费用（见释义 4），保险人在扣除每次门诊急诊医疗费用免赔额后，按本附加险合同的约定给付门诊急诊医疗费用保险金。

本附加险合同保险责任不包含本附加险合同约定的社会基本医疗保险定点公立医院的医生开具的无法在本附加险合同约定的社会基本医疗保险定点公立医院内获得的药品、医用材料或者其他医疗项目。

第五条 费用补偿原则

本附加险合同适用费用补偿原则。若被保险人已从其他途径（包括但不限于社会基本医疗保险、公费医疗、工作单位、保险人在内的任何商业保险机构等）获得本附加险合同责任范围内的医疗费用补偿，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附加险合同的约定进行赔偿。基本医疗保险个人账户部分支出视为个人支付，不属于已获得的医疗费用补偿。

第六条 赔付比例

本附加险合同的赔付比例由投保人和保险人在投保时约定，并在保险单中载明。

责任免除

第七条 因下列情形之一造成被保险人医疗费用支出的，保险人不承担给付保险金的责任：

- （一） 被保险人投保前已患有的疾病、生理缺陷及伤残；投保时尚未治愈或未如实告知的疾病；
- （二） 被保险人未遵医嘱，私自服用、涂用、注射药物；
- （三） 主险合同中列明的“责任免除”事项。

保险金额、就诊次数限额和免赔额

第八条 本附加险合同的保险金额、就诊次数限额由投保人和保险人在投保时约定，并在保险单中载明。本附加险合同的保险金额分为每次就诊保险金额和年度累计保险金额，保险人对被保险人单次就诊（被保险人在一日内在同一医院同一科室的就诊视为一次就诊）给付保险金数额以保险单载明的每次就诊保险金额为限，保险人一次或者累计给付保险金数额达到保险单载明的年度累计保险金额或被保险人就诊次数达到保险单载明的就诊次数限额时（以先发生者为准），本附加险保险责任终止。

第九条 本附加险合同的免赔额为次免赔额，指被保险人每次就诊实际产生的符合本附加险合同保险责任范围的门诊或急诊医疗费用中须由被保险人自行承担、本附加险不予给付的部分。每次门诊急诊医疗费用免赔额由投保人和保险人在投保时约定，并在保险单中载明。

保险期间

第十条 除另有约定外，本附加险保险合同的保险期间与主险合同一致。

保险金申请

第十一条 保险金申请人请求赔偿时，应向保险人提供以下证明和资料。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） 保险金申请人填具的索赔申请书；
- （二） 保险单或其他保险凭证正本；
- （三） 保险金申请人的有效身份证件；

（四）中华人民共和国境内（不包括香港、澳门、台湾地区）二级或二级以上基本医疗保险定点公立医院出具的完整病历资料（包括但不限于诊断证明、门（急）诊病历等）、医疗费用原始收据及医疗费用明细清单；

（五）被保险人若已通过其他途径获得了部分医疗费用的补偿并无法提供医疗费用原始凭证时，需提供医疗费用凭证复印件，同时出具注明已给付比例和金额、加盖支付费用单位公章的**分割单**（见**释义5**）等相关证明。

（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）受益人为无民事行为能力人或者限制民事行为能力人的，由其监护人代为申领保险金，并需要提供监护人的身份证明等资料。

其它事项

第十二条 发生下列情况之一者，本附加险合同即行终止：

- （一）主险合同终止；
- （二）投保人单独解除本附加险合同。

第十三条 本附加险条款与主险条款内容相悖之处，以本附加险条款为准；未尽之处，以主险条款为准。

释义

第十四条 本附加险条款中未定义词语，以主险条款中的释义为准。

第十五条 除另有约定外，本附加险条款中，以下词语具有如下含义：

1. **等待期**：指自保险合同生效之日起计算的一段时间，具体天数由保险人和投保人在投保时约定并在保险单上载明。**被保险人在等待期内被确诊罹患疾病的，保险人不承担给付保险金的责任。不间断再次投保的保险合同不受等待期的限制。**

2. **社会基本医疗保险定点公立医院**：是指通过国家相关主管部门资格审定，并经社会基本医疗保险经办机构确定，为社会基本医疗保险参保人员提供医疗服务的公立医疗机构（不含医保定点药店、医保定点私立医疗机构）。前述定点公立医院自相关主管部门批准之日起，将悬挂相关主管部门颁发的定点医疗机构标牌，且仅限于前述定点公立医院的普通部，**不包括如下机构或医疗服务：**

- （1）**特需医疗、外宾医疗、干部病房、联合病房、国际医疗中心、VIP 部、联合医院、A 级病**

房；

(2) 诊所、康复中心、家庭病床、护理机构；

(3) 休养、戒酒、戒毒中心。

该医院必须具有系统的、充分的诊断设备，全套外科手术设备及能够提供二十四小时的医疗与护理服务的能力或资质。

3. **当地：**除本附加险合同另有约定外，指被保险人参加社会基本医疗保险所在地。

4. **门诊急诊医疗费用：**本附加险合同所指门诊急诊医疗费用，仅限被保险人在医院门诊或急诊就诊期间产生的检验检查费、药品费、治疗费等，**不包括挂号费、医事服务费、物理治疗费、中医疗费及其他特殊治疗费用。**

5. **分割单：**本附加险合同所指分割单应符合财政部《会计基础工作规范》的有关要求。涉及社会基本医疗保险时，分割单指社会基本医疗保险费用结算表，或当地社会基本医疗保险结算办法所规定的其他类似费用结算证明。