

利宝保险有限公司

附加门急诊医疗保险（2023 版 A 款）（互联网专属）

条款

（注册号：C00006032522023101871821）

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，均应采用书面形式。

第二条 凡投保了利宝保险有限公司各类健康保险（互联网专属）（以下简称“主险”）的投保人，均可投保本附加险。

第三条 除另有约定外，本附加险合同保险金的受益人为被保险人本人。

保险责任

第四条 投保人为被保险人首次投保本附加险或者非不间断再次投保本附加险时，自本附加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，最长不超过九十天。不间断再次投保本附加险无等待期。

除另有约定外，本附加险合同保险期间届满后三十日内（含第三十日），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；本附加险合同保险期间届满后第三十一日起，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。

被保险人因遭受意外伤害事故发生门诊或者急诊（以下简称“门急诊”）费用的无等待期。

在等待期内，被保险人因疾病发生门急诊的，保险人不承担给付门急诊医疗费用保险金的责任。

第五条 在本附加险合同保险期间内，被保险人遭受意外伤害事故或在等待期后经二级及二级以上公立医院普通部确诊罹患疾病，并经医院诊断必须进行门急诊治疗，且发生的**单次门急诊（释义 1）**医疗费用金额超过保险单载明的免赔额时，保险人对被保险人支出的**符合当地基本医疗保险规定支付范围内的门急诊（不包括急诊留院观察期）**必要且合理的医疗费用（以下简称“门急诊医疗费用”），按如下约定承担保险责任：

（一）若被保险人未从基本医疗保险、公费医疗、商业性门急诊费用补偿型医疗保险、其他政府机构或者社会福利机构获得门诊或者急诊医疗费用补偿，保险人按如下公式给付门急诊医疗保险金：

门急诊医疗保险金 = （门急诊医疗费用 - 免赔额） × 门急诊医疗给付比例 A

（二）若被保险人已从基本医疗保险、公费医疗、商业性门急诊费用补偿型医疗保险、其他政府机构或者社会福利机构获得门诊或者急诊医疗费用补偿（以下简称“已获得的门急诊费用补偿”），保险人按如下公式给付门急诊医疗保险金：

门急诊医疗保险金 = （门急诊医疗费用 - 已获得的门急诊费用补偿 - 免赔额） × 门急诊医疗给付比例 B

上述“免赔额”指单次免赔额，即对被保险人发生的单次门急诊医疗费用，保险人均需

扣除一次免赔额后承担保险责任，当单次门急诊医疗费用低于保险单载明的免赔额时，该次门急诊医疗费用不予给付保险金。

门急诊医疗给付比例 A、门急诊医疗给付比例 B 由投保人与保险人协商确定，并在保险单中载明。

（三）门急诊医疗费用指治疗期间发生的必需且合理的医疗费用，包括护理费、检查检验费、诊疗费、治疗费、药品费、门诊手术费。

1. 护理费： 被保险人在门急诊期间根据医嘱所示的护理等级确定的费用；
2. 检查检验费： 实际发生的以诊断为目的，采取必要的医学手段进行检查及检验而发生的合理的医疗费用；
3. 诊疗费： 被保险人在门急诊期间发生的经治医生或会诊医生的劳务费用；
4. 治疗费： 以治疗疾病为目的提供必要的医学手段或合理发生的治疗者的技术劳务费、医疗器械使用费及医疗消耗品费用；
5. 药品费： 医生处方使用的具有国家药品监督管理部门核发的药品批准文号或者进口药品注册证书、医药产品注册证书的国产药品。不包括营养补充类药品，免疫功能调节类药品，美容及减肥类药品，预防类药品；
6. 门诊手术费： 被保险人治疗地卫生行政部门规定的门诊手术项目的费用。

第六条 本附加险合同适用医疗费用补偿原则。若被保险人发生的单次门急诊医疗费用已从基本医疗保险、公费医疗、商业性门急诊费用补偿型医疗保险、其他政府机构或者社会福利机构等其他渠道获得补偿，**保险人仅对于剩余部分的门急诊医疗费用根据本附加险合同约定进行补偿，并以本附加险合同约定的单次门急诊医疗保险金额为限，保险期间内累计给付的门急诊医疗保险金数额之和以本附加险合同的总保险金额为限。**

责任免除

第七条 因下列情形之一，导致被保险人发生门急诊医疗费用支出的，保险人不承担给付保险的责任：

1. 既往症（释义 2）治疗、住院治疗、家庭病床治疗或者挂床治疗；
2. 遗传性疾病、先天性畸形、变形和染色体异常（以世界卫生组织颁布的《疾病和有关健康问题的国际统计分类（ICD-10）》为准）；
3. 感染艾滋病病毒或者患艾滋病、性病、精神和行为障碍（以世界卫生组织颁布的《疾病和有关健康问题的国际统计分类（ICD-10）》为准）；
4. 不孕不育治疗、避孕、节育（含绝育）、子宫体腔内妊娠、产前产后检查、流产、堕胎、分娩（含难产）、变性手术、人体试验、人工生殖，或者由前述任一原因引起的并发症；
5. 《中华人民共和国传染病防治法》规定的甲类及乙类法定传染病（不含病毒性肝炎），或者国家有关法律、法规、规范性法律文件规定的法定传染病。前述传染病定义以《中华人民共和国传染病防治法》或者国家有关法律、法规、规范性法律文件的规定为准；
6. 疗养、康复治疗、心理治疗、美容、牙齿矫正、正畸手术、矫形、视力矫正手术、牙齿治疗、安装假肢、非意外事故所致的整容、整形手术；
7. 投保人对被保险人的故意杀害、故意伤害；

8. 被保险人故意自伤或者自杀（但被保险人自杀时为无民事行为能力人的除外）、故意犯罪、抗拒依法采取的刑事强制措施；

9. 被保险人醉酒，主动吸食或者注射毒品；

10. 被保险人挑衅或者故意行为而导致的打斗、被袭击、被谋杀；

11. 被保险人酒后驾驶、无合法有效驾驶证驾驶，或者驾驶无合法有效行驶证的机动车；

12. 被保险人从事下列高风险运动：潜水、跳伞、攀岩、驾驶滑翔机或者滑翔伞、探险、摔跤、武术比赛、特技表演、赛马、赛车；

13. 恐怖活动、战争、军事行动、暴乱、武装叛乱、核爆炸、核辐射、核污染。

保险金额

第八条 保险金额是保险人承担给付保险金责任的最高限额。本附加险合同的保险金额分为单次门急诊医疗保险金额和总保险金额，均由投保人和保险人在投保时约定，并在保险单中载明。保险人在保险期间内累计给付的保险金数额达到总保险金额时保险责任终止。保险金额一经确认在保险期间内不可变更。

保险期间

第九条 除另有约定外，本附加险合同的保险期间为一年，以保险单载明的起讫时间为准。

第十条 本附加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不间断再次投保本附加险合同，经保险人审核并同意，投保人按申请当时被保险人的年龄、性别所对应的费率交纳保险费后，获得新的保险合同，保险人将根据新保险合同中的约定承担相应的保险责任。

如果投保人未按照本附加险合同约定提出不间断再次投保本附加险的申请并缴纳保险费，或保险人审核后不同意投保人不间断再次投保本附加险申请的，则本附加险合同在保险期间届满时终止。

其他事项

第十一条 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）投保人解除本附加险合同。

第十二条 本附加险合同与主险合同相抵触之处，以本附加险合同为准；本附加险合同未约定事项，以主险合同为准。主险合同效力终止，本附加险合同效力亦同时终止；主险合同无效，本附加险合同亦无效。

释义

第十三条 本附加险条款中未定义词语，以主险条款中的释义为准。除另有约定外，在本附加险合同中，以下词语具有如下含义：

1. **单次门急诊**：是指被保险人一日（就诊当日零时起至二十四时止）内在同一所医院同一个科室（例如：内科、外科、儿科、妇产科、眼科、耳鼻喉科、口腔科、中医科分别为不同的科室）就诊的门诊或急诊。

2. **既往症**：在保险合同生效之前被保险人已患有的且已知晓的有关疾病或症状。