

中国太平洋财产保险股份有限公司
附加个人门急诊医疗保险（F2025互联网）条款

第一部分 总则

第一条 合同构成

本附加保险合同（以下简称“本附加合同”）依投保人的申请，经保险人同意，附加在个人人身保险合同（以下简称“主合同”）上。主合同的条款也适用于本附加合同，若主合同与本附加合同的条款不一致，则以本附加合同的条款为准。主合同效力终止，本附加合同效力亦同时终止。主合同无效，本附加合同亦无效。

本附加合同未尽事宜，以主合同的规定为准。

除另有约定外，投保年龄范围为出生满30天至65周岁（含65周岁），且须符合我们当时的投保规定，实际承保年龄在本附加险合同约定的年龄范围内并与主合同投保年龄一致。除另有约定外，本附加合同的保险金的受益人为被保险人本人。

第二部分 保障内容

第二条 保险责任

在保险期间内，被保险人因遭受**意外伤害**（见释义）事故或在**等待期**（见释义）后罹患疾病，在**保险人认可的医院**（见释义）接受门诊或急诊治疗，保险人对于被保险人每次实际支出的、符合**当地**（见释义）**基本医疗保险**（见释义）政策规定的、**必需且合理**（见释义）的门诊或急诊医疗费用，以及根据当地基本医疗保险政策药品目录规定外的药品费用（含乙类先行自付部分），在扣除本附加合同约定的单次门急诊（见释义）免赔额后，按照约定的给付比例给付门急诊医疗保险金，但保险人每次给付保险金的金额以本附加合同约定的单次门急诊给付限额为限。单次门急诊免赔额、给付比例、单次门急诊给付限额由投保人和保险人在投保时约定，并在本附加合同中载明，具体详见附表1。

单次门急诊免赔额指在本附加合同保险期间内，被保险人每次接受门诊或急诊治疗所支出的属于保险责任范围内的费用中，应当由被保险人自行承担，且本附加合同不予赔付的部分。

单次门急诊给付限额指在本附加合同保险期间内，被保险人每次接受门诊或急诊治疗所支出的属于保险责任范围内的费用中，应当由保险人承担的费用限额。

在保险期间内，被保险人一次或多次因意外伤害事故或罹患疾病进行门诊或急诊治疗的，保险人均按上述约定承担给付门急诊医疗保险金的责任。保险人累计给付金额以本附加合同约定的门急诊医疗保险金额为限，当累计给付金额之和达到门急诊医疗保险金额时，保险人对被保险人在门急诊医疗保险金项下的保险责任终止。

第三条 补偿原则和赔付标准

（一）本附加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、其他政府举办的医疗保障项目、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附加合同的约定进行赔付。

（二）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，则保险人根据本附加合同单独约定的给付比例进行赔付。

（三）若被保险人已从本公司在内的商业保险机构获得符合本附加合同保险责任约定的商业医疗费用补偿且超过单次门急诊免赔额的，则给付比例在约定的给付比例基础上增加5个百分点，增加后的给付比例最高不超过100%。

第四条 责任免除

下列费用或因下列情形之一导致被保险人支出医疗费用的，保险人不承担给付保险金的责任：

（一）故意行为或违法犯罪行为：投保人对被保险人的故意杀害或故意伤害；被保险人故意犯罪或抗拒依法采取的刑事强制措施、被政府依法拘禁或入狱期间；被保险人自杀；醉酒，服用、吸食或注射毒品；未遵医嘱，擅自服用、涂用、注射药物；被保险人酒后驾驶、无有效驾驶证驾驶（见释义）或者驾驶无有效行驶证（见释义）的机动车辆；被保险人故意自伤或因被保险人挑衅或故意行为而导致的打斗、被袭击、被谋杀；

（二）先天性疾病、遗传性疾病，先天性畸形、变形或染色体异常（依据世界卫生组织《疾病和有关健康问题的国际统计分类》（ICD-10）确定）；被保险人所患既往症（见释义）；等待期内接受检查但在等待期后确诊的同一种疾病；

（三）非疾病性治疗：肥胖症相关手术、袖状胃切除术（用于治疗糖尿病时除外）；预防性、康复性、保健性、美容整形、变性等相关医疗及前述相关医疗的并发症或因前述相关医疗导致的医疗事故；眼镜、义齿、义眼、义肢、助听器等康复性器具；实验性或试验性治疗；健康体检；心理治疗；

（四）被保险人患精神性疾病（依据世界卫生组织《疾病和有关健康问题的国际统计分类》（ICD-10）分类为精神和行为障碍的疾病）；

（五）生育、牙科或视力矫正相关治疗：妊娠、产前产后检查、流产、分娩、避孕、绝育手术、治疗不孕不育症、人工受孕及由此导致的并发症；牙科治疗；视力矫正手术；

（六）职业运动或高风险运动：从事职业运动或可获得报酬的运动或竞技，在训练或比赛中受伤；从事或参加高风险运动，如潜水（见释义）、跳伞、攀岩（见释义）、驾驶滑翔机或滑翔伞、探险（见释义）、摔跤、武术（见释义）比赛、特技表演（见释义）、赛马、赛车等；

（七）被保险人感染艾滋病病毒或患艾滋病（见释义）；

（八）进行未经科学或者医学认可的试验性或者研究性治疗及前述治疗产生的后果所产生的费用；各类医疗鉴定、包含基因检测在内的检测费用（以相关费用票据内容为准）；

（九）包皮环切术、包皮剥离术、包皮气囊扩张术、性功能障碍治疗；

（十）战争、军事行动、暴乱或者武装叛乱；核爆炸、核辐射或者核污染、化学污染；

（十一）被保险人发生椎间盘突出症（包括椎间盘膨出、椎间盘突出、椎间盘脱出、游离性椎间盘等类型）。

第五条 保险金额

保险金额是保险人承担给付保险金责任的最高限额。本附加合同的保险金额由投保人、保险人双方约定，并在保险单中载明。**保险金额一经确定，保险期间内不能进行变更。**

第六条 保险期间与不保证续保

本附加合同为不保证续保合同，保险期间为一年，且应与主合同的保险期间保持一致。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，本附加合同对应保险产品统一停售，保险人将不再接受投保申请。

第三部分 保险金的申请

第七条 保险金的申请

保险金申请人向保险人申请给付保险金时，应提供如下材料：

- （一）保险金给付申请书；
- （二）保险合同凭据；
- （三）保险金申请人的有效身份证件；
- （四）支持索赔的全部账单、证明、信息和证据，包括但不限于医院出具的病历资料、医学诊断书、处方、病理检查报告、化验检查报告、医疗费用原始单据、费用明细单据等。保险金申请人因特殊原因不能提供上述材料的，应提供其它合法有效的材料；
- （五）保险金申请人所能提供的其他与确认保险事故的性质、原因等有关的其他证明和资料；
- （六）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。

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。

第四部分 保险合同的解除

第八条 合同的解除

在本附加合同成立后，投保人可以书面形式或双方认可的其他形式通知保险人解除合同，**但保险人已根据本附加合同的约定给付保险金的除外。**

投保人解除本附加合同时，应提供下列证明文件和资料：

- （一）保险合同解除申请书；
- （二）保险合同凭据；
- （三）保险费交付凭证；
- （四）投保人身份证明。

投保人要求解除本附加合同，自保险人接到保险合同解除申请书之日次日零时起，本附加合同的效力终止。保险人收到上述证明文件和资料之日起30日内退还本附加合同的未满期净保险费（见释义）。

第五部分 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、等待期

指自本附加合同生效日起计算的一段时间，本合同约定的等待期为30天。

在等待期内发生保险事故的，保险人不承担给付保险金的责任。

以下情形无等待期：（1）根据本保险条款第六条“保险期间与不保证续保”的约定获得新的保险合同的，不计算等待期。（2）被保险人因意外伤害发生保险事故的无等待期。

三、保险人认可的医院

本附加合同中保险人认可的医院是指经中华人民共和国卫生部门审核认定的**二级及二级以上的公立医院**或其他保险人指定并认可的医疗机构，**除另有约定外，仅限于上述医院的普通部，**

不包括如下机构或医疗服务：

（一）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；

（二）诊所、康复中心、家庭病床、护理机构；

（三）休养、戒酒、戒毒中心；

（四）保险人明确不予理赔的医疗机构。

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。

四、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。

五、基本医疗保险

指《中华人民共和国社会保险法》所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。

六、必需且合理

（一）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。

（二）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。

七、单次门急诊

指被保险人同一天在同一医院同一科室所进行的门诊或急诊治疗。

八、无有效驾驶证驾驶

被保险人存在下列情形之一者：

- （一）无驾驶证或驾驶证有效期已届满；
- （二）驾驶的机动车与驾驶证载明的准驾车型不符；
- （三）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；
- （四）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；
- （五）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；
- （六）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。

九、无有效行驶证

指下列情形之一：

- （一）机动车被依法注销登记的；
- （二）无公安机关交通管理部门核发的行驶证、号牌、临时号牌或临时移动证的机动交通工具；
- （三）未在规定检验期限内进行机动车安全技术检验或检验未通过的机动交通工具。

十、既往症

指在保单生效之前被保险人已患有的且已知晓的有关疾病或症状，通常有以下情况：

- 1、保险合同生效前，已有明确诊断，长期治疗未间断；
- 2、保险合同生效前，已有明确诊断，治疗后症状未完全消失，有间断用药情况；
- 3、保险合同生效前，已有明确诊断，未予以治疗。

十一、潜水

指以辅助呼吸器材在江、河、湖、海、水库、运河等水域进行的水下运动或作业。

十二、攀岩

指攀登悬崖、楼宇外墙、人造悬崖、冰崖、冰山等运动。

十三、探险

指明知在某种特定的自然条件下有失去生命或使身体受到伤害的危险，而故意使自己置身其中的行为，如江河漂流、徒步穿越沙漠或者人迹罕至的原始森林等活动。

十四、武术

指两人或者两人以上对抗性柔道、空手道、跆拳道、散打、拳击等各种拳术及各种使用器械的对抗性比赛。

十五、特技表演

指进行马术、杂技、驯兽等表演。

十六、感染艾滋病病毒或患艾滋病

艾滋病病毒指人类免疫缺陷病毒，英文缩写为HIV。

艾滋病指人类免疫缺陷病毒引起的获得性免疫缺陷综合征，英文缩写为AIDS。在人体血液或其它样本中检测到艾滋病病毒或其抗体呈阳性，没有出现临床症状或体征的，为感染艾滋病病毒；如果同时出现了明显临床症状或体征的，为患艾滋病。

十七、未到期净保险费

除另有约定外，按下述公式计算未到期净保险费：

如投保人在本附加合同成立时选择一次性交付保险费，未到期净保险费=保险费× $[1-(\text{保险单已经过天数}/\text{保险期间天数})] \times (1-35\%)$ 。经过天数不足一天的按一天计算。

如投保人在本附加合同成立时选择分期交付保险费，未到期净保险费=本附加合同的当期保险费× $[1-(\text{当期实际经过天数}/\text{当期实际天数})] \times (1-35\%)$ 。经过天数不足一天按一天计算。

附表1：保障方案

保障方案		
保险金额		1万元
免赔额		单次门急诊免赔额0元或100元，具体以投保时约定并明确在保单中
单次门急诊给付限额/赔付比例	单次门急诊给付限额	300元
	医保范围内门急诊费用，就诊时使用基本医疗保险、公费医疗或其他政府举办的医疗保障项目时的赔付比例	50%
	医保范围内门急诊费用，就诊时未使用或无基本医疗保险、公费医疗或其他政府举办的医疗保障项目时的赔付比例	30%
	自费药（含乙类先行自付部分）赔付比例	30%