

众安在线财产保险股份有限公司
附加指定疾病及意外伤害门急诊医疗保险条款（互联网2026版A款）
注册号：C00017932522026090326513

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，附加于健康保险主险合同（以下简称“主合同”）。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，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

在本附加合同保险期间内，被保险人因遭受**意外伤害**（释义一）事故或在**等待期**（释义二）后因罹患本附加合同约定的**指定疾病**（释义三），在**医院**（释义四）接受门诊或急诊治疗的，对于被保险人**单次门急诊**（释义五）治疗期间发生的需个人支付的、**必需且合理**（释义六）的**门诊或急诊医疗费用**（释义七），保险人在扣除已从其他途径获得的医疗费用补偿以及本附加合同约定的**单次门急诊免赔额**后，按照本附加合同约定的**给付比例**给付**指定疾病及意外伤害门急诊医疗保险金**。单次门急诊免赔额、给付比例由投保人和保险人在投保时约定，将在本附加合同上予以载明。

除另有约定外，到本附加合同满期日时，**被保险人未结束本次门诊或急诊治疗的，保险人不再承担本附加合同满期后的因本次门诊或急诊发生的门诊或急诊医疗费用。**

在本附加合同保险期间内，被保险人不论一次或多次因遭受意外伤害事故或在等待期后因罹患本附加合同约定的指定疾病发生门诊或急诊治疗的，保险人均按上述约定承担给付保险金的责任。**保险人累计给付金额之和以本附加合同约定的指定疾病及意外伤害门急诊医疗保险金额为限。当累计给付金额之和达到指定疾病及意外伤害门急诊医疗保险金额时，本附加合同终止。**

第三条 保险金额、费用补偿、免赔额、给付比例

（一）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。保险金额由投保人、保险人双方约定，并在本附加合同中载明。除另有约定外，保险金额一经确定，保险期间内不能进行变更。

本附加合同约定的保险金额与主合同约定的一般医疗保险金或一般医疗及外购药械费用医疗保险金共用保险金额。

当保险人累计给付本附加合同的指定疾病及意外伤害门急诊医疗保险金、主合同的一般医疗保险金或一般医疗及外购药械费用医疗保险金之和达到本附加合同约定的指定疾病及意外伤害门急诊医疗保险金额时，本附加合同终止；同时主合同约定的一般医疗保险金或一般医疗及外购药械费用医疗保险金额应扣减本附加合同约定的指定疾病及意外伤害门急诊医疗保险金额。

当保险人累计给付本附加合同的指定疾病及意外伤害门急诊医疗保险金、主合同的一般医疗保险金或一般医疗及外购药械费用医疗保险金之和达到主合同约定的一般医疗保险金或一般医疗及外购药械费用医疗保险金的保险金额时，本附加合同终止。

（二）医疗费用补偿

上述第二条保险责任中的医疗费用补偿是指，具备基本医疗保险（释义八）、公费医疗、其他费用补偿型医疗保险等的被保险人，若已从其他途径（包括但不限于基本医疗保险、公费医疗、工作单位、保险人在内的任何商业保险机构，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，则保险人仅对扣除医疗费用补偿后的余额按照本附加合同的约定进行赔付；不具备基本医疗保险、公费医疗、其他费用补偿型医疗保险等、未从其他途径获得医疗费用补偿的被保险人，保险人对上述第二条保险责任中的医疗费用按照本附加合同的约定进行赔付。无论如何，被保险人通过各个途径所获得的医疗费用补偿金额总和不得超过其实际发生的医疗费用金额。

（三）免赔额

本附加合同中的免赔额是指被保险人在保险期间内发生的、虽然属于本附加合同保险责任范围内的医疗费用，但依照本附加合同约定仍旧由被保险人自行承担，本附加合同不予赔付的金额。只有当保险期间内的免赔额因以下两种情况抵扣完毕时，保险人才开始按照约定承担赔偿责任：

（1）被保险人自行承担的属于本附加合同保险责任范围内的医疗费用，包括其基本医疗保险个人账户支出的医疗费用；

（2）从基本医疗保险和公费医疗保险之外的其他途径获得的属于本附加合同保险责任范围内的医疗费用补偿。

通过基本医疗保险和公费医疗保险获得的补偿是否可用于抵扣免赔额，由投保人与保险人在订立本附加合同时协商确定，并在本附加合同中载明。

免赔额由投保人与保险人在订立本附加合同时协商确定，并在本附加合同中载明。

举例来说，假设免赔额为10000元，如被保险人在保险期间内未就诊过，则免赔额余额为10000元；如第一次就诊累计的“保险责任范围内医疗费用”为5000元，针对本次就诊理赔后免赔额余额为5000元，本次赔付为0元；如第二次就诊累计的“保险责任范围内医疗费

用”为8000元，结合第一次就诊理赔后免赔额余额5000元，本次就诊免赔额已抵扣完毕，本次赔付为3000元乘以赔付比例。由于免赔额已抵扣完毕，在该被保险人剩余的保险期间内，不再需要抵扣免赔额。

（四）未获得基本医疗保险或公费医疗补偿的赔付

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。

第四条 责任免除

任何在下列期间发生的或因下列情形之一导致被保险人发生指定疾病或意外伤害门急诊医疗费用的，保险人不承担给付保险金的责任：

（一）主合同的所有责任免除事项（但若该事项与本附加合同有相抵触之处，以本附加合同为准）；

（二）被保险人所患既往症（释义九），及保险单中特别约定的除外疾病引起的相关费用；

（三）用于矫形、整容、美容、器官移植或修复、安装及购买康复性医疗器械（如眼镜或隐形眼镜、义齿、义眼、义肢、轮椅、拐杖、助听器等）所产生的费用；

（四）被保险人因预防、康复、休养或疗养、医疗咨询、健康体检、以捐献身体器官为目的的医疗行为、保健性或非疾病治疗类项目发生的医疗费用；

（五）被保险人在不符合本附加合同约定的医院就诊发生的医疗费用。

第五条 保险金的申请

保险金申请人（释义十）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（释义十一）；

（四）支持索赔的全部账单、证明、信息和证据，医院出具的病历资料、医学诊断书、处方、病理检查、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，应提供其他合法有效的材料；

（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（或不超过一年），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。

如果投保人未按照约定提出重新投保申请并交纳保险费，或保险人审核不同意重新投保，则本附加合同在保险期间届满时终止。

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 释义

一、意外伤害

指遭受外来的、突发的、非本意的、非疾病的使身体受到伤害的客观事件。**自然死亡、疾病身故、猝死、自杀以及自伤均不属于意外伤害。**猝死是指表面健康的人因身体潜在疾病、机能障碍或其他原因在出现症状后24小时内发生的非暴力性突然死亡。**以下情形不属于猝死：自然死亡、自杀、自伤、因慢性疾病、心力衰竭持续治疗、终末期疾病等长期病症导致的急性死亡。**

二、等待期

指自本附加合同生效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本附加合同上载明。

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。

三、指定疾病

除另有约定外，本附加合同约定的指定疾病包括以下两项：

（一）传染病，包括：

传染病（共计 39 种）		
鼠疫	霍乱	新型冠状病毒感染
传染性非典型肺炎	病毒性肝炎	脊髓灰质炎
人感染新亚型流感	麻疹	流行性出血热
狂犬病	流行性乙型脑炎	登革热
猴痘	炭疽	细菌性和阿米巴性痢疾
肺结核	伤寒和副伤寒	流行性脑脊髓膜炎
百日咳	白喉	新生儿破伤风
猩红热	布鲁氏菌病	钩端螺旋体病
血吸虫病	疟疾	流行性感冒
流行性腮腺炎	风疹	急性出血性结膜炎
麻风病	流行性和地方性斑疹伤寒	黑热病
包虫病	丝虫病	手足口病
除霍乱、细菌性和阿米巴性痢疾、伤寒和副伤寒以外的感染性腹泻病	发热伴血小板减少综合征	基孔肯雅热

传染病不包括艾滋病、淋病和梅毒。

（二）其他疾病，包括：肺炎、蛔虫病、中耳炎。

四、医院

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保险人扩展承保的医疗机构，且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；
- （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。

保险人扩展承保的医疗机构清单及不予理赔的医疗机构清单将在保险单中载明，保险人保留对清单进行变更的权利，具体以保险人在官方正式渠道（包括但不限于官网、官微）公布或通知为准。

五、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。

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、门诊或急诊医疗费用

指被保险人发生在医院门诊部门或急诊部门的**医生诊疗费**（释义十二）、**治疗费**（释义十三）、**检查检验费**（释义十四）、**药品费**（释义十五）。

八、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。

九、既往症

指在本附加合同生效日之前被保险人已患且已知晓的疾病。

十、保险金申请人

指受益人或被保险人的继承人或依法享有保险金请求权的其他自然人。

十一、有效身份证件

指中华人民共和国有效期内的居民身份证、港澳台居民居住证以及主管部门颁发或者认可的有效护照或者其他身份证明文件。

十二、医生诊疗费

指包括但不限于外科医生、麻醉师、内科医生、专科医生等的诊疗费用。

十三、治疗费

指门诊或急诊期间以治疗疾病为目的，提供必要的医学手段而合理发生的治疗者的技术劳务费和医疗器械使用费以及消耗品的费用，具体以就诊医院的费用项目划分为准。

本项责任不包含物理治疗、中医理疗及其他特殊疗法。

物理治疗是指应用人工物理因子（如光、电、磁、声等）来治疗疾病，具体疗法包括电疗、光疗、磁疗、热疗等；

中医理疗是指以治疗疾病为目的，被保险人接受由具有相应资格的医生实施的针灸治疗、推拿治疗、拔罐治疗或刮痧治疗；

其他特殊疗法包括顺势治疗、职业疗法及语音治疗。

十四、检查检验费

指门诊或急诊期间实际发生的、以诊断疾病为目的，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，包括X光费、心电图费、B超费、脑电图费、内窥镜费、肺功能仪费、分子生化检验费和血、尿、便常规检验费等。

十五、药品费

指门诊或急诊期间实际发生的必需且合理的、由医生开具的、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或进口药品的费用。但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，以及滋补类中草药，即以提高人体免疫力为主要用途使用的中草药及中成药，包括但不限于人参、阿胶、鹿角胶、龟鹿二仙胶、龟板胶、鳖甲胶、马宝、珊瑚、玳瑁、冬虫夏草、藏红花、羚羊、犀角、牛黄、麝香、鹿茸、铁皮枫斗以及用中药材和中药饮片炮制的各类酒制剂等。