

都邦财产保险股份有限公司

高新技术企业高管和关键研发人员门诊药品费用医疗保险条款

(注册号: C00009632512022022519873)

总则

第一条 本保险合同(以下简称“本合同”)由保险条款、投保单、保险单、保险凭证以及批单等组成。凡涉及本合同的约定,均采用书面形式。

第二条 在中华人民共和国境内(不包括香港、澳门、台湾地区)、经过国家主管部门认定的从事高新技术研发、生产等的企业或机构可作为本保险合同的投保人。

第三条 除本合同另有约定外,年龄在十六周岁(含)至八十周岁(不含),身体健康,能正常工作或劳动的高管人员、关键研发人员(或投保人认可的其他骨干人员)及其他在职员工,均可作为被保险人。

第四条 除本合同另有约定外,本合同保险金的受益人为被保险人本人。

保险责任

第五条 在保险期间内,被保险人在等待期后因罹患特定疾病,在保险人指定的医疗机构接受在线问诊或线下门诊治疗,保险人对于被保险人每次治疗实际支出的、医学必需且合理的同时且满足以下条件的药品费用,在扣除本合同约定的单次在线问诊或线下门诊药品费用免赔额后,按照约定的在线问诊或线下门诊药品费用给付比例给付在线问诊或线下门诊药品费用医疗保险金,但保险人每次给付保险金的金额以本合同约定的单次在线问诊或线下门诊药品费用给付限额为限。

单次在线问诊或线下门诊药品费用免赔额、在线问诊或线下门诊药品费用给付比例、单次在线问诊或线下门诊药品费用给付限额、在线问诊或线下门诊药品费用给付频次、在线问诊或线下门诊药品费用给付总次数、三甲医院医生在线问诊或线下门诊总次数以及普通医生在线问诊或线下门诊总次数由投保人和保险人在投保时约定,并在本合同中载明。

本项责任下的指定的医疗机构以在保险单中载明的名单为准。保险期间内保险人调整指定的医疗机构的,以保险人在官方正式渠道(包括但不限于官网、官微、批单)公布或通知的名单为准。

给付在线问诊或线下门诊药品费用医疗保险金须同时满足以下条件:

- (一) 该药品须由指定的医疗机构的医生开具处方且为被保险人当前治疗必需的药品;
- (二) 开具的药品处方仅限治疗被保险人在等待期后确诊的特定疾病;
- (三) 被保险人须在指定的医疗机构购买上述处方中所列的药品;
- (四) 该药品属于本合同约定的药品清单中列明范围内;
- (五) 该药品必须为本合同期满日前在中国国家药品监督管理局批准且已在中国上市的药物。

单次在线问诊或线下门诊药品费用免赔额指在本合同保险期间内,被保险人每次接受在线问诊或线下门诊治疗所支出的属于保险责任范围内的药品费用中,应当由被保险人自行承担,且本合同不予赔付的部分。

单次在线问诊或线下门诊药品费用给付限额指在本合同保险期间内，被保险人每次接受在线问诊或线下门诊治疗所支出的属于保险责任范围内的药品费用中，应当由保险人承担的费用限额。

在本合同保险期间内，被保险人一次或多次因罹患特定疾病接受在线问诊或线下门诊治疗的，保险人均按上述约定承担给付保险金的责任，但保险人在单位时间内累计在线问诊或线下门诊药品费用的给付次数以本合同约定的在线问诊或线下门诊药品费用给付频次为限，保险人累计在线问诊或线下门诊药品费用的给付次数以本合同约定的在线问诊或线下门诊药品费用给付总次数为限。

在本合同保险期间内，被保险人累计三甲医院医生在线问诊或线下门诊次数以本合同约定的三甲医院医生在线问诊或线下门诊总次数为限，被保险人累计普通医生在线问诊或线下门诊次数以本合同约定的普通医生在线问诊或线下门诊总次数为限。

累计在线问诊或线下门诊药品费用给付次数达到在线问诊或线下门诊药品费用给付总次数或者累计给付金额达到保险金额时，本合同终止。

补偿原则和赔付标准

第六条 本合同适用医疗费用补偿原则。若被保险人已从其他途径（包括社会医疗保险、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合同的约定进行赔付。

针对以下情况，投保人和保险人在投保时分别商定给付比例，并在保险单中载明：

（一）被保险人享有社会基本医疗保险或公费医疗保障，且在申请理赔时已经从社会基本医疗保险或公费医疗保障中获得医疗费用补偿的；

（二）投保时被保险人享有社会基本医疗保险或公费医疗保障，但申请理赔时未享有社会基本医疗保险或公费医疗保障，或没有从社会基本医疗保险或公费医疗保障中获得医疗费用补偿的。

责任免除

第七条 因下列任何情形之一导致被保险人支出药品费用的，保险人不承担给付保险金的责任：

（一）被保险人未在保险人指定的医疗机构接受在线问诊或线下门诊治疗；

（二）被保险人持有经保险人指定的医疗机构的医生开具的处方但自行购买的药品；

（三）被保险人购买非约定的药品清单中的药品；

（四）被保险人未遵医嘱，私自服用、涂用或注射药品；

（五）使用未获得中国国家药品监督管理局许可或批准上市的药品或药物；

（六）药品处方的开具与中国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和用法用量不符；

（七）药品配送费用。

保险金额与免赔额

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。保险金额由投保人在投保

时与保险人协商确定，并在保险单中载明。

第九条 被保险人通过社会医疗保险统筹账户和公费医疗保障获得的补偿，不可用于抵扣免赔额，被保险人从其他途径已获得的医疗费用补偿可用于抵扣免赔额。

保险期间

第十条 除另有约定外，本合同保险期间为一年，以保险单载明的起讫时间为准，且最长不超过一年。

不保证续保

第十一条 本合同为不保证续保合同。本合同期满，投保人需要重新向保险人申请投保本合同，交纳保险费，并经保险人同意，获得新的保险合同。续保不计算等待期。

保险人义务

第十二条 订立本合同时，保险人向投保人提供的投保单应当附保险条款，保险人应当向投保人说明本合同的内容。对本合同中免除保险人责任的条款，保险人在订立本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。

第十三条 本合同成立后，保险人应当及时向投保人签发保险单或其他保险凭证。

第十四条 保险人按照本合同的约定，认为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保险金申请人补充提供。

第十五条 保险人收到保险金申请人的给付保险金请求后，应当及时作出是否属于保险责任的核定，并将核定结果通知保险金申请人。情形复杂的，保险人在收到保险金申请人的给付保险金请求后三十日内未能核定保险责任的，保险人与保险金申请人根据实际情形商议合理期间，保险人在商定的期间内作出核定结果并通知保险金申请人。对属于保险责任的，在与保险金申请人达成有关给付保险金金额的协议后十日内，履行给付保险金义务。

保险人依照前款的规定作出核定后，对不属于保险责任的，应当自作出核定之日起三日内向保险金申请人发出拒绝赔偿或者拒绝给付保险金通知书，并说明理由。

第十六条 保险人自收到给付保险金的请求和有关证明、资料之日起六十日内，对其给付保险金的数额不能确定的，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保险金的数额后，应当支付相应的差额。

投保人、被保险人义务

第十七条 投保人应该按照本合同约定向保险人交付保险费。

本合同约定一次性交付保险费的，投保人应在投保时一次性交付全部保险费。**投保人未按约定交付全部保险费的，本合同不生效。**

本合同约定以分期付款方式交付保险费的，投保人应按期交付各期保险费。**投保人未按约定交付首期保险费的，本合同不生效。**

第十八条 本合同约定以分期付款方式交付保险费的，投保人在支付首期保险费后未按约定在应付之日交纳保险费，保险人允许投保人在保险人催告之日起三十日（含第三十日）内补交保险费，如果被保险人在此三十日内发生保险事故，保险人仍按照本合同约定给付保险金，但需投保人先行补交所有未缴期间的保险费，或经投保人和保险人协商同意后，在**保险金中扣减所有未缴期间的保险费。**

若投保人在保险人催告之日起三十日（含第三十日）内未补交保险费，则本合同自保

险人催告之日起第三十日二十四时终止，对于本合同终止后发生的保险事故，保险人不承担保险责任。

第十九条 投保人在申请投保时，应当真实填写被保险人年龄。被保险人年龄按周岁计算。

投保人申报的被保险人年龄不真实，并且其真实年龄不符合本合同约定的年龄限制的，保险人可以解除本合同，并退还未满期保险费。

第二十条 订立本合同时，保险人就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，保险人有权解除本合同或取消该被保险人资格。

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。

投保人故意不履行如实告知义务的，保险人对于本合同解除前或取消该被保险人资格前发生的保险事故，不承担给付保险金责任，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，保险人对于本合同解除前或取消该被保险人资格前发生的保险事故，不承担给付保险金责任，但应当退还保险费。

保险人在本合同订立时已经知道投保人未如实告知的情况的，保险人不得解除本合同；发生保险事故的，保险人应当承担给付保险金责任。

第二十一条 投保人地址变更时，应及时以书面形式通知保险人。投保人未以书面形式通知的，保险人将按本合同注明的最后地址发送有关通知并视为已送达投保人。

第二十二条 被保险人变更其职业或者工种时，投保人或者被保险人应在十个工作日内以书面形式通知保险人。被保险人所变更的职业或者工种，依照保险人职业分类其危险程度降低时，保险人自接到通知之日起按其差额退还未满期保险费；其危险程度增加时，保险人于接到通知后，自其职业变更之日起，按差额增收保险费。但被保险人所变更的职业或者工种依照保险人职业分类在拒保范围内，保险人对该被保险人所负保险责任自其职业或者工种变更之日起终止，但退还该被保险人未满期保险费。

被保险人所变更的职业或者工种，依照保险人职业分类其危险程度增加但未依前项约定通知而发生保险事故的，保险人按其原交保险费与应交保险费的比例计算并给付保险金。但被保险人所变更的职业或者工种依照保险人职业分类在拒保范围内的，保险人不承担给付保险金的责任。

第二十三条 在保险期间内，投保人员工变动，需增加、减少被保险人时，应以书面形式向保险人提出申请。

被保险人人数增加时，保险人审核同意并收取相应保险费后，开始承担保险责任。

被保险人人数减少时，保险人审核同意后，于收到申请之日的次日零时起，对该被保险人的保险责任终止（如减少的被保险人离职，保险人对其保险责任自其离职之日起终止），并退还该被保险人的未满期保险费，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或被保险人已经使用过在线问诊或线下门诊的，保险人不退还未满期保险费。减少后的被保险人人数不足其在职员工总数的百分之七十五时，保险人有权解除本合同，并退还未满期保险费。

第二十四条 投保人、被保险人或受益人知道保险事故发生后，应当及时通知保险人。

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，不承担给付保险金的责任，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。

上述约定，不包括因不可抗力导致的迟延。

赔偿处理

第二十五条 被保险人发生保险责任范围内的医学必需且合理，同时满足本合同约定的药品费用，保险人按照如下计算方法给付保险金：

（一）若被保险人从其他途径已获得的药品费用补偿金额（不含社会医疗保险和公费医疗已补偿金额）超过免赔额的，保险金计算公式为：

保险金=（药品费用-社会医疗保险、公费医疗已补偿金额以及其他途径已获得的药品费用补偿金额）×给付比例

（二）若被保险人从其他途径已获得的药品费用补偿金额（不含社会医疗保险和公费医疗已补偿金额）不超过免赔额的，保险金计算公式为：

保险金=（药品费用-社会医疗保险、公费医疗已补偿金额-免赔额）×给付比例

保险金申请

第二十六条 对于在指定的医疗机构购买药品的，保险金申请人需提供保险合同或保单号、保险金申请人身份证明、在指定的医疗机构购买药品的诊断证明、原始收据、费用明细清单以及分割单。保险金申请人可以书面形式向保险人申请返还已收取的收据原件，保险人在加盖印戳并注明已赔偿的保险金金额后返还已收取的收据原件。

保险金申请人通过指定的医疗机构购买符合本合同保险责任的药品，将由保险人与第三方服务商或指定的医疗机构直接结算，保险人应承担保险金赔偿部分的药品费用，保险金申请人无需支付该部分费用，**但保险金申请人应自行支付不属于保险责任范围内的药品费用。**

保险合同的解除、终止和争议处理

第二十七条 在本合同成立后，投保人可以通过书面形式通知保险人解除合同，但保险人已根据本合同的约定给付保险金的或被保险人已经使用过在线问诊或线下门诊的除外。

投保人解除本合同时，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 日内退还本合同的未到期保险费。

第二十八条 因履行本合同发生的争议，由当事人协商解决。协商不成的，提交保险合同载明的仲裁机构仲裁；保险合同未载明仲裁机构且争议发生后未达成仲裁协议的，依法向有管辖权的人民法院起诉。

与本合同有关的以及履行本合同产生的一切争议处理适用中华人民共和国法律（**不包括香港、澳门、台湾地区法律**）。

第二十九条 发生以下情况之一时，本合同效力即时终止：

- （一）保险期间届满；
- （二）被保险人身故；

(三) 因本合同其他条款所约定的情况而终止效力。

释义

(一) **在线问诊**: 指通过保险人指定的医疗机构运用互联网技术线上问诊进行诊疗的活动。

(二) **保险人**: 指都邦财产保险股份有限公司。

(三) **周岁**: 以法定身份证明文件中记载的出生日期为基础计算的实足年龄。

(四) **等待期**: 指自本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。

(五) **特定疾病**: 指保险人在承保时与投保人约定的属于保险责任的疾病清单, 以保险人在官方正式渠道(包括但不限于官网、官微)公布或通知的清单为准, 保险人保留对疾病清单进行变更的权利。

(六) **约定的药品清单**: 指保险人在官方正式渠道(包括但不限于官网、官微等)上披露约定的药品清单。保险期间内由于外部原因导致某种药品停产或禁售的, 保险人保留更新指定药品清单信息的权利, 具体变更信息将在官方正式渠道(包括但不限于官网、官微等)进行公示。

(七) **保险人指定的医疗机构**: 指经中华人民共和国卫生部门登记并取得《医疗机构执业许可证》的机构, 但不包括作为**康复、联合病房、家庭病床、护理、休养或戒酒、戒毒等医疗机构**。具体以保险人提供的清单为准, 保险人保留对上述指定的医疗机构清单做出适当调整的权利。

(八) **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。

(九) **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。

注册的执业医师: 根据《互联网诊疗管理办法(试行)》的相关规定, 经保险人指定的医疗机构审核通过, 可运用互联网技术提供安全适宜的医疗服务的注册的医生, 包括在三级甲等医院及其他等级医院就职的注册的医生。

(十) **医生**: 指掌握医学各科知识, 在保险人指定的医疗机构为病人提供医疗健康服务的人员, 且应当同时满足以下条件:

- (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。

(十一) 单位时间: 指在一定的时间内, 以某一个时间段作为一个单位, 如每个自然周、每个自然月、每个季度等, 由投保人和保险人在投保时约定, 并在本合同中载明。

(十二) 未到期保险费: 若保险费为一次支付的: $\text{未到期保险费} = \text{保险费} \times [1 - (\text{保单已经过天数} / \text{保险期间天数})]$

若保险费为分期支付的: $\text{未到期保险费} = \text{当期保险费} \times [1 - (\text{当期已经过天数} / \text{当期保险总天数})]$

经过天数不足一天的按一天计算。

(十三) 不可抗力: 指不能预见、不能避免并不能克服的客观情况。

(十四) 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。

(十五) 分割单: 指享有社会基本医疗保险或公费医疗保障的被保险人, 需提供包含按社会基本医疗保险或公费医疗有关规定取得医疗费用补偿的证明。

(十六) 第三方服务商: 指保险人授权的为保险用户提供服务的机构。