

**三星财产保险（中国）有限公司**  
**互联网门诊医疗保险**  
(注册号：C00004532512026050618993)

**总则**

**第一条** 本保险合同由保险条款、保险单或其他保险凭证、投保单、与保险合同有关的投保文件、合法有效的声明、批注、批单、附加险合同、其他书面或电子协议等组成。

**凡涉及本保险合同的约定，均采用书面形式。**

**第二条** 除另有约定外，本保险合同的被保险人应为出生满 30 天（含）至 80 周岁（见释义）（含）身体健康、能正常工作或生活的自然人。

**第三条** 本保险合同的投保人应为具有完全民事行为能力的被保险人本人、或在本保险合同订立时对被保险人有保险利益的其他人。

**第四条** 除另有约定外，本保险合同的受益人为被保险人本人。

**保险责任**

**第五条** 本保险合同的保险责任包括“在线问诊诊疗费用医疗保险责任”和“在线问诊药品费用医疗保险责任”，投保人可以选择投保一项或两项，具体投保项目由投保人在投保时与保险人（见释义）协商确定，并在保险单中载明。

**（一）在线问诊诊疗费用医疗保险责任**

在本保险合同保险期间内，被保险人在等待期后因遭受意外伤害（见释义）或罹患指定的疾病（见释义），在指定的互联网医疗机构（见释义）接受在线问诊（见释义）医疗，对于被保险人因此支付的必要且合理（见释义）的在线问诊诊疗费用（见释义），保险人按照本保险合同约定的医疗保险金计算方法给付医疗保险金。

**（二）在线问诊药品费用医疗保险责任**

在本保险合同保险期间内，被保险人在等待期后因遭受意外伤害或罹患指定的疾病，在指定的互联网医疗机构接受在线问诊医疗，对于被保险人支付的必要且合理的且同时满足以下所有条件的在线问诊药品费用，保险人按照本保险合同约定的医疗保险金计算方法给付医疗保险金。

1、该药品电子处方（见释义）是由指定的互联网医疗机构的医生（见释义）在保险期间内开具的，且药品费用的实际支出时间在保险期间内；

2、开具的药品对于被保险人当前的治疗是必需的；

3、开具的药品在本保险合同约定的药品清单（见释义）中；

4、开具的药品仅限治疗被保险人在等待期后因遭受意外所致的伤害或指定的疾病；

5、除另有约定外，每次处方开具的药品不超过 7 日用量；

6、药品由被保险人通过指定的互联网医疗机构或指定的药店（见释义）购买；

7、该药品必须为具有中国国家药品监督管理局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；

8、药品处方须符合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。

对于不满足上述任一条件的在线问诊药品费用，保险人不承担给付在线问诊药品费用医疗保险金责任。

## 第六条 医疗保险金计算方法与给付次数

### （一）医疗保险金计算方法

1、当在线问诊诊疗费用医疗保险金和在线问诊药品费用医疗保险金共用保险金额及免赔额时：

医疗保险金=（在线问诊诊疗费用+在线问诊药品费用-已获得的在线问诊诊疗费用补偿-已获得的在线问诊药品费用补偿-免赔额）×给付比例

上述“免赔额”指**单次免赔额**，即对被保险人每次互联网门诊发生的医疗费用（含在线问诊诊疗费用与在线问诊药品费用），保险人均需扣除**单次免赔额**后承担保险责任，当**单次互联网门诊（见释义）发生的医疗费用金额低于保险单载明的免赔额时**，该次互联网门诊发生的医疗费用不予给付保险金。

单次互联网门诊给付的医疗保险金数额以本保险合同约定的**单次保险金额**为限，保险期间内累计给付的医疗保险金之和以本保险合同约定的**总保险金额**为限。

2、当在线问诊诊疗费用医疗保险金和在线问诊药品费用医疗保险金有各自的保险金额及免赔额时：

在线问诊诊疗费用医疗保险金=（在线问诊诊疗费用-已获得的在线问诊诊疗费用补偿-免赔额）×在线问诊诊疗费用给付比例

在线问诊药品费用医疗保险金=（在线问诊药品费用-已获得的在线问诊药品费用补偿-免赔额）×在线问诊药品费用给付比例

上述“免赔额”指**单次免赔额**，即对被保险人每次互联网门诊发生的在线问诊诊疗费用及在线问诊药品费用，保险人均需扣除各自的**免赔额**后承担保险责任，当**单次互联网门诊发生的在线问诊诊疗费用或在线问诊药品费用低于保险单载明的相应免赔额时**，该次互联网门诊发生的相应费用不予给付保险金。

单次互联网门诊给付的在线问诊诊疗费用医疗保险金数额及在线问诊药品费用医疗保险金数额分别以本保险合同约定各自的**单次保险金额**为限，保险期间内累计给付的在线问诊诊疗费用医疗保险金之和及在线问诊药品费用医疗保险金之和分别以本保险合同约定各自的**总保险金额**为限。

### （二）给付次数

给付次数是保险人承担给付保险金责任的**次数上限**。除另有约定外，本保险合同包括**月度给付次数**和**累计给付次数**，由投保人和保险人在订立本保险合同时协商确定，并在保险合同中分别载明。

**第七条** 本保险合同适用医疗费用补偿原则。若被保险人发生的互联网门诊医疗费用已从其他途径（包括基本医疗保险、公费医疗、城乡居民大病保险、工作单位、第三方侵权责任人（包含法人）或保险人在内的任何商业保险机构等）获得补偿的，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保险合同的约定进行给付。社保卡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。

### 责任免除

**第八条** 因下列情形之一导致医疗费用的，或发生如下损失和费用的，保险人不承担保险金给付责任：

- （一）在指定的互联网医疗机构及指定的药店以外的其他机构发生的费用；
- （二）未经保险人指定的互联网医疗机构的医生开具处方而自行购买的药品；
- （三）等待期内被保险人发生的医疗费用；
- （四）被保险人单方提出、医生诊断为非合理或非必须的药品；
- （五）不符合国家相关规定的超处方限量的部分金额，当地政府对处方限量标准另有规定的以当地政府相关规定为准；
- （六）美容、保健品及补益类药品；
- （七）药品配送费用；
- （八）被保险人购买非约定药品清单中的药品；
- （九）被保险人在指定互联网医院完成药品费用结算后所自付的药品费用；
- （十）被保险人的诊断疾病不属于本保险合同指定的疾病；
- （十一）除另有约定外，被保险人在本保险合同生效前所患既往症（见释义）及其并发症引起的相关费用。

### 保险金额

**第九条** 保险金额是保险人承担给付保险金责任的最高限额。本保险合同的保险金额分为**单次保险金额**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。

### 免赔额和给付比例

**第十条** 本保险合同的免赔额，是指被保险人在保险期间内发生的、虽然属于本保险合同保险责任范围内的医疗费用，但依照本保险合同的约定仍旧由被保险人自行承担，保险人不予给付的金额。被保险人从其他途径已获得的属于本保险合同保险责任范围内的医疗

费用补偿可用于抵扣免赔额，但通过基本医疗保险统筹账户、公费医疗保险和城乡居民大病保险获得的补偿，不可用于抵扣免赔额。

免赔额由投保人与保险人在订立本保险合同时协商确定，并在保险单中载明。

**第十一条** 给付比例以保险单中载明的为准。除另有约定外，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，则保险人根据约定的给付比例再乘以 60%进行给付。

### 等待期

**第十二条** 等待期是指自保险期间开始之日起，由保险人与投保人约定的、虽然发生了保险事故但是保险人不承担保险责任的一段时间。

本保险合同的等待期由投保人和保险人双方在订立保险合同时协商确定，并在保险单中载明，除另有约定外，本保险合同的意外伤害等待期为 7 天，疾病等待期为 30 天。

在等待期内，被保险人遭受意外伤害或罹患指定的疾病，并因此发生在线问诊诊疗费用或在线问诊药品费用的，保险人不承担给付保险金的责任。

### 保险期间和不保证续保

**第十三条** 本保险合同的保险期间最长不超过 1 年，具体保险期间以保险单载明的起讫时间为准。

**第十四条** 本保险合同为不保证续保合同。保险期间届满或保险期间届满前 30 日内，投保人需要重新向保险人申请投保，保险人有权对重新提出的投保申请进行审核，经保险人同意后，投保人交纳保险费，获得新的保险合同。若保险期间届满时，本保险合同对应保险产品已停止销售，保险人不再接受投保申请。

### 保险人义务

**第十五条** 订立保险合同时，采用保险人提供的格式条款的，保险人向投保人提供的投保单应当附格式条款，保险人应当向投保人说明保险合同的内容。对保险合同中免除保险人责任的条款，保险人在订立合同时应当在投保单、保险合同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。

**第十六条** 本保险合同成立后，保险人应当及时向投保人签发保险单或其他保险凭证。

**第十七条** 保险人认为被保险人或被保险人的受益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投保人、被保险人或受益人补充提供。

**第十八条** 保险人收到被保险人或保险金申请人的给付保险金的请求后，应当及时作出是否属于保险责任的核定；情形复杂的，应当在三十日内作出核定，但保险合同另有约定的除外。

保险人应当将核定结果通知被保险人或保险金申请人，对属于保险责任的，在与被保险人或受益人达成给付保险金的协议后十日内，履行给付保险金义务。保险合同对给付保险金的期限有约定的，保险人应当按照约定履行给付保险金的义务。

保险人依照前款约定作出核定后，对不属于保险责任的，应当自作出核定之日起三个工作日内向被保险人或保险金申请人发出拒绝给付保险金通知书，并说明理由。

**第十九条** 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的数额后，应当支付相应的差额。

### 投保人、被保险人义务

**第二十条** 除另有约定外，投保人应在投保时一次性交清保险费。投保人未按约定交付保险费的，本保险合同不生效。

**第二十一条** 订立本保险合同，保险人就投保人、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如实告知义务，足以影响保险人决定是否同意承保或者提高保险费率的，保险人有权解除保险合同。

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，保险人对于合同解除前发生的保险事故，不承担给付保险金的责任，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，保险人对于合同解除前发生的保险事故，不承担给付保险金的责任，但应当退还保险费。

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

**第二十二条** 投保人住所、通讯地址或电话等联系方式变更时，应及时以书面形式或双方认可的其他形式通知保险人。投保人未通知的，保险人按本保险合同所载的最后住所或通讯地址发送的有关通知，均视为已送达给投保人。

**第二十三条** 投保人在申请投保时，应将有效身份证明相符的被保险人的出生日期在投保单上填明，如果发生错误按照下列方式办理：

（一）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保险合同约定投保年龄限制的，保险人有权解除合同，并向投保人退还本保险合同的现金价值（见释义）；

（二）投保人申报的被保险人年龄不真实，致使投保人实付保险费少于应付保险费的，保险人有权更正并要求投保人补交保险费。若已经发生保险事故，在给付保险金时按实付保险费和应付保险费的比例给付；

（三）投保人申报的被保险人年龄不真实，致使投保人实付保险费多于应付保险费的，保险人应当将多收的保险费退还给投保人。

**第二十四条** 投保人、被保险人或者保险金受益人知道保险事故发生后，应当在 48 小时内或经保险人书面同意延长的期限内通知保险人。**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，不包括因不可抗力而导致的迟延。

### 保险金的申请与给付

**第二十五条 除另有约定外，保险金按照以下要求申请和给付：**

保险金申请人向保险人申请给付保险金时，应提交以下材料。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。**

(一) 保险金给付申请书；

(二) 保险单或其他保险凭证原件；

(三) 被保险人的有效身份证明；

(四) 保险金申请人的有效身份证明；

(五) 指定的互联网医疗机构出具的病历、诊断证明、医疗费用结算明细表、医疗费用原始凭证等；

若已从基本医疗保险或其他任何第三方获得补偿，应提供上述资料及基本医疗保险机构或其他相应第三方出具的报销凭证或医疗费用分割单；

(六) 被保险人所能提供的与确认保险事故的性质、原因、伤害程度等有关的其他证明和资料；

(七) 被保险人死亡的，受益人须提供可证明合法继承权的相关权利文件；

(八) 若被保险人或受益人委托他人申请的，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。

**第二十六条** 保险金申请人向保险人请求给付保险金的诉讼时效适用中华人民共和国（不包括港、澳、台地区）现行有效法律规定，自其知道或者应当知道保险事故发生之日起计算。

### 争议处理和法律适用

**第二十七条** 因履行本保险合同发生的争议，由当事人协商解决。协商不成的，提交保险单载明的仲裁机构仲裁；保险单未载明仲裁机构且争议发生后未达成仲裁协议的，依法向中华人民共和国（不包括港、澳、台地区）有管辖权的人民法院起诉。

**第二十八条** 与本保险合同有关的以及履行本保险合同产生的一切争议处理适用中华人民共和国法律（不包括港、澳、台地区法律）。

## 其他事项

**第二十九条** 在本保险合同成立后，投保人可以书面形式通知保险人解除合同。

投保人解除本保险合同时，应提供下列证明文件和资料：

- （一）保险合同解除申请书；
- （二）保险单或其他保险凭证原件；
- （三）保险费交付凭证；
- （四）投保人的有效身份证明。

自保险人接到保险合同解除申请书之日二十四时起或者通知书上载明的合同终止时间（以较晚者为准），本保险合同的效力终止。保险人收到上述证明文件和资料之日起 30 日内退还保险单的现金价值。

## 释义

**第三十条** 本保险合同涉及下列术语时，适用下列释义：

### （一）周岁

指按合法的身份证明文件中记载的出生日期计算的年龄，自出生之日起为零周岁，每经过一年增加一岁，不足一年的不计。

### （二）保险人

指与投保人签订本保险合同的三星财产保险（中国）有限公司及其各分支机构。

### （三）意外伤害

指外来的、突发的、非本意的和非疾病的客观事件为直接原因致使身体受到的伤害。以下情形属于疾病范畴，非本条款所指意外伤害：

1、猝死：指由潜在疾病、身体机能障碍或其他非外来性原因所导致的、在出现急性症状后发生的突然死亡，以医院的诊断或公安、司法机关的鉴定为准；

2、过敏及由过敏引发的变态反应性疾病；

3、高原反应；

4、中暑；

5、细菌、病毒或其他病原体导致的感染性疾病。

### （四）指定的疾病

指保险人在承保时与投保人约定的属于保险责任的疾病，具体疾病清单或范围以保险单载明的为准。保险人保留对清单或范围进行变更的权利，调整后的疾病清单或范围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）指定的互联网医疗机构**

需为经中华人民共和国卫生健康行政部门批准设置的互联网医院，同时该医院必须符合有关医疗机构管理的相关规定。具体互联网医疗机构的清单或范围以保险单载明的为准。保险人保留对清单或范围进行变更的权利，调整后的互联网医疗机构清单或范围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。

#### **（六）在线问诊**

是指医生依托互联网信息技术，通过文字、图片、视频或其他能起到相同目的的远程问诊手段，了解被咨询对象疾病情况的诊疗活动。

#### **（七）必要且合理**

必要且合理的医疗费用是指符合以下条件的医疗费用：

- 1、对治疗被保险人的伤害、疾病或症状合适且必需；
- 2、在范围、持续期、强度、护理上不超过为被保险人提供安全、恰当、合适的诊断或治疗所需水平；
- 3、应由医师出具处方、诊断证明；
- 4、与当地普遍接受的医疗专业标准相一致；
- 5、非主要以为了个人舒适或为了被保险人父母、家庭、医师或其他护理提供方的方便；
- 6、非病人学术教育或职业培训的一部分或与之相关；
- 7、非试验性或研究性。

#### **（八）在线问诊诊疗费用**

指互联网医疗机构对被保险人收取的在线问诊费用（不含药品费用）。

#### **（九）电子处方**

是指依托网络传输，采用信息技术编程，在诊疗活动中填写药物治疗信息，开具处方，并通过网络传输至药房，经药学专业技术人员审核、调配、核对、计费，并作为药房发药和医疗用药的医疗电子文书。

#### **（十）互联网医疗机构的医生**

指根据《互联网诊疗管理办法（试行）》的相关规定，经互联网医疗机构审核通过，可运用互联网技术提供安全适宜的医疗服务的注册医生，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）药品清单**

指保险人在承保时与投保人约定的属于保险责任的药品，具体药品清单或范围以保险单载明的为准。保险人保留对清单或范围进行变更的权利，调整后的药品清单或范围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。

#### **（十二）指定的药店**

经保险人审核认可，为被保险人提供购药服务的药店，具体清单或范围在保险单中载明。保险人保留对清单或范围进行变更的权利，调整后的药店清单或范围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。

#### **（十三）单次互联网门诊**

除另有约定外，是指被保险人1日（就诊当日0时起至24时止）内在同一所互联网医疗机构就诊的门诊。

#### **（十四）既往症**

指在本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。

#### **（十五）现金价值**

指本保险合同所具有的价值，通常体现为解除合同时，根据精算原理计算的，由保险人退还的那部分金额。

现金价值=净保费×(1-m/n)。其中，m为已生效天数，n为保险期间的天数，经过日期不足一日的按一日计算。

**如果保险人根据本保险合同的约定已给付过保险金，本保险合同的现金价值为零。**