

三星财险附加团体院外药店药品费用医疗保险

(注册号: C00004532522025070331723)

总则

第一条 本附加保险条款(以下简称“本附加险合同”)须附加于保险人团体意外伤害保险类主险、团体健康保险类主险(以下简称“主险合同”)使用。只有在投保了主险合同的基础上,才能投保本附加险合同。本附加险合同与主险合同相悖之处,以本附加险合同为准;未尽之处,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。

凡涉及本附加险合同的约定,均采用书面形式。

第二条 本附加险合同的投保人、被保险人同主险合同。

第三条 除本附加险合同另有约定外,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 在本附加险合同保险期间内,被保险人在等待期后因遭受意外伤害(见释义)事故或罹患疾病,在保险人指定的药店(见释义)购买保险人指定的药品清单(见释义)中的药品,保险人对于被保险人每次实际支出的必需且合理(见释义)的药品费用,在扣除本附加险合同约定的单次药品费用免赔额后,按照约定的赔付比例进行赔付,但保险人每次给付保险金的金额以本附加险合同约定的单次药品费用给付限额为限。

单次药品费用免赔额指在本附加险合同保险期间内,被保险人每次购买药品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,且本附加险合同不予赔付的部分。

单次药品费用给付限额指在本附加险合同保险期间内,被保险人每次购买药品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。

在保险期间内,保险人在单位时间(见释义)内累计药品费用的给付次数以本附加险合同约定的药品费用给付频次为限。保险人累计给付金额之和以本附加险合同约定的指定药店药品费用医疗保险金额为限,当累计给付金额之和达到该被保险人的指定药店药品费用医疗保险金额时,对该被保险人的保险责任终止。

单次药品费用免赔额、赔付比例、单次药品费用给付限额、药品费用给付频次由投保人和保险人在投保时约定,并在本附加险合同中载明。也可约定其他分项限额,具体由投保人与保险人协商确定,并在保险合同中载明。

补偿原则

第五条 本附加险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（见释义）、公费医疗（见释义）、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，则保险人仅对该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险合同的约定进行赔付。基本医疗保险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

第六条 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）主险列明的各项责任免除均适用于本附加险合同，若主险中责任免除与本附加险合同有相抵触之处，以本附加险合同为准；

（二）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，进行未被国家药品审评中心批准的适应症用药治疗；

（三）被保险人未在保险人指定的药店购买的药品或所购药品不在保险人指定的药品清单中；

（四）处方药品未经有处方权的执业医师或执业助理开出处方或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；

（五）药品配送费用；

（六）每次的药品剂量超过一个月的部分。

（七）除另有约定外，营养补充类药品、免疫功能调节类药品、美容及减肥类药品、预防类药品以及下列中药类药品：

1、主要起营养滋补作用的单方、复方中药或中成药，如花旗参，冬虫草，白糖参，朝鲜红参，玳瑁，蛤蚧，珊瑚，狗宝，红参，琥珀，灵芝，羚羊角尖粉，马宝，玛瑙，牛黄，麝香，西红花，血竭，燕窝，野山参，移山参，珍珠（粉），紫河车，阿胶，阿胶珠，血宝胶囊，红桃K口服液，十全大补丸，十全大补膏等；

2、部分可以入药的动物及动物脏器，如鹿茸，海马，胎盘，鞭，尾，筋，骨等；

3、用中药材和中药饮片炮制的各类酒制剂等。

保险金额

第七条 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由投保人与保险人双方约定，并在本附加险合同中载明。

保险期间与不保证续保

第八条 除另有约定外，本附加险合同的保险期间与主险合同保险期间一致，但最长不得超过1年。

第九条 本产品为不保证续保合同。保险期间届满或保险期间届满前三十日内，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，本附加险合同对应保险产品统一停售，保险人将不再接受投保申请。

等待期

第十条 等待期是指自保险期间开始之日起，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。

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。

免赔额与赔付比例

第十一条 本附加险合同的免赔额，是指被保险人在保险期间内发生的、虽然属于本附加险合同保险责任范围内的医疗费用，但依照本附加险合同的约定仍旧由被保险人自行承担，保险人不予赔付的金额。被保险人从其他途径已获得的属于本附加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、政府主办补充医疗（见释义）、公费医疗获得的补偿，不可用于抵扣免赔额。

免赔额由投保人、保险人在投保时协商确定，并在保险单中载明。

赔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赔付比例再乘以60%进行赔付。

保险金申请与给付

第十二条 保险金申请人（见释义）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赔偿保险金的责任。

（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明（见释义）；

(四) 院外药店出具的相关的医疗资料；

(五) 保险金申请人所能提供的与确认保险事故的性质、原因、损失程度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。

释义

第十三条 本附加险合同涉及下列术语时，适用下列释义：

(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) **保险人指定的药店**：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。

注：保险人不予承保的药店名单将在保险单中载明。**保险人保留对名单进行变更的权利，调整后的药店名单以保险人在官方正式渠道（包括但不限于官网、官微）公布或通知为准。**

(三) **保险人指定的药品清单**：经保险人审核认可，对属于该药品清单中的药品承担本附加险合同约定的保险责任，具体药品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。**

(四) **必需且合理**：

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。

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。

（五）单位时间：指保险人与投保人约定的标准时间段，如一日、一月、一年等。

（六）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。

（七）公费医疗：是国家为保障国家工作人员身体健康而实行的一项社会保障制度。国家通过医疗卫生部门向享受人员提供制度规定范围内的免费医疗预防。

（八）政府主办补充医疗：指城乡居民大病保险、城镇职工大额医疗保险、城镇居民大额医疗保险等由政府主办对基本医疗保险进行补充的医疗保障项目，大额医疗保险在各地的具体名称会有所不同，以投保所在地政府主管部门规定的名称为准。

（九）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）身份证明：指政府有权机关颁发的能够证明其合法真实身份的证件或文件等，如居民身份证、按规定可使用的有效护照、营业执照等。

本附加险合同的未释义名词，均以主险合同条款中的释义为准。