

新华人寿保险股份有限公司

附加 2016 门急诊费用医疗保险(A 款)利益条款



请扫描以查询验证条款

第一条 合同构成

附加 2016 门急诊费用医疗保险(A 款)合同(以下简称“本合同”)是主保险合同(以下简称“主险合同”)的附加合同。本合同由保险单及所附附加 2016 门急诊费用医疗保险(A 款)利益条款(以下简称“本合同利益条款”)、个人保险基本条款(以下简称“本合同基本条款”)、投保单、与本合同有关的其他投保文件、健康告知书、变更申请书、声明、批注、附贴批单及其他书面协议构成。

第二条 合同效力

主险合同中的释义适用于本合同。本合同内容与主险合同相抵触的,以本合同为准。

主险合同无效,本合同亦无效。

主险合同终止,本合同终止。

主险合同因责任免除条款所列事项而终止的,新华人寿保险股份有限公司(以下简称“本公司”)退还本合同的现金价值(详见释义)。

主险合同因本公司已承担保险责任而终止的,本公司不退还本合同的现金价值。

第三条 投保范围

1. 被保险人范围:凡出生满 30 天、不满 56 周岁,投保时未参加公费医疗或基本医疗保险(详见释义)的身体健康者,均可作为被保险人参加本保险。本合同最高续保年龄为 57 周岁。

2. 投保人范围:被保险人本人或对被保险人有保险利益的其他人可作为投保人向本公司投保本保险。

本合同的投保人、被保险人须与主险合同相同。

第四条 保障计划类别

本合同的保障计划类别由投保人和本公司在投保时约定,但须符合本公司当时的投保规定。约定的保障计划类别将在保险单上载明。

保障计划类别约定后,在保险期间内不得变更;在每一保险期间届满前,投保人可向本公司提出变更申请,经本公司审核同意,本公司在下一保险期间按变更后的保障计划类别承担保险责任。

第五条 保险金额

本合同的保险金额根据投保人和本公司约定的保障计划类别中对应的每次门急诊(详见释义)医疗费用保险金限额及每一保单年度内给付的门急诊(详见释义)次数上限确定,每次门急诊医疗费用保险金限额及每一保单年度内给付的门急诊次数上限见本合同附表。

第六条 保险期间

本合同的保险期间为一年,并在保险单上载明。保险期间自本合同生效日的零时开始,至期满日的二十四时终止。

第七条 保险责任

在本合同保险期间内,本公司承担下列保险责任:

门急诊医疗费用保险金

被保险人发生意外伤害并因该意外伤害或发生疾病并因该疾病在本公司认可医院(详见释义)门急诊治疗(不含慢性病门诊(详见释义)和特定门诊(详见释义)),对被保险人每次门急诊治疗实际发生并支付的符合当地基本医疗保险基金支付范围的**医疗必需且合理**(详见释义)的门急诊医疗费用,本公司在扣除其他途径已经补偿或给付的部分后,对其超过 100 元的部分,按 70%的比例给付门急诊医疗费用保险金,且不超过本合同附表中所列的每次门急诊医疗费用保险金限额。

被保险人每次发生的门急诊医疗费用，本公司按上述规定给付门急诊医疗费用保险金，该次门急诊医疗费用保险金责任终止。每一保单年度内，被保险人不论一次或多次发生门急诊医疗费用，本公司均按上述规定分别给付门急诊医疗费用保险金，累计给付的门急诊次数达到附表中所列的每一保单年度内给付的门急诊次数上限时，本合同终止。

第八条 补偿原则

本公司在向受益人给付医疗保险金时，若被保险人所发生的属于本合同保险责任范围内的医疗费用已通过其他任何途径获得了补偿或赔偿，且该补偿或赔偿金额与本公司按本合同约定给付的医疗保险金之和超过了被保险人实际发生的医疗费用，本公司将按被保险人实际发生的医疗费用扣除被保险人从其他任何途径获得的补偿或赔偿金额后的余额向受益人给付保险金，即包括本合同在内的各种途径所给付的所有补偿或赔偿金额之和不得超过被保险人实际发生的医疗费用。

第九条 责任免除

1. 被保险人因下列情形之一发生的医疗费用，本公司不承担保险责任：

- (1) 在慢性病门诊和特定门诊治疗产生的医疗费用；
 - (2) 患遗传性疾病、先天性畸形、变形和染色体异常（详见释义）（以世界卫生组织颁布的《疾病和有关健康问题的国际统计分类（ICD-10）》为准）；
 - (3) 因妊娠、安胎、流产、分娩、节育等情形产生的医疗费用；
 - (4) 被保险人戒酒或戒毒治疗、心理治疗、变性手术、整形手术；
 - (5) 疗养、康复治疗（详见释义）、包皮环切、非医学必需的激素治疗、脱发治疗、美容、减肥、丰胸或者缩胸手术、睡眠有关的研究或者治疗、戒烟、矫形、视力矫正手术、非意外事故所致的整容手术；
 - (6) 因医疗事故（详见释义）导致的医疗费用；
 - (7) 被保险人的精神和行为障碍（以世界卫生组织颁布的《疾病和有关健康问题的国际统计分类（ICD-10）》为准）；
 - (8) 被保险人感染艾滋病病毒或患艾滋病（详见释义）；
 - (9) 牙齿治疗（详见释义）；
 - (10) 《中华人民共和国传染病防治法》规定的甲类及乙类法定传染病（不含病毒性肝炎），或者国家有关法律、法规、规范性文件规定的法定传染病。前述传染病定义以被保险人接受门诊或者急诊治疗当日《中华人民共和国传染病防治法》或者国家有关法律、法规、规范性文件的规定为准；
 - (11) 被保险人在香港特别行政区、澳门特别行政区、台湾地区或中国境外的诊疗；
 - (12) 基本医疗保险或公费医疗管理机构规定不予支付费用的药品、检查项目、治疗项目、手术项目和其他项目产生的费用；
 - (13) 因主险合同责任免除条款所列情形产生的医疗费用。
2. 被保险人在下列期间之一遭受意外伤害导致发生医疗费用的，本公司不承担保险责任：
- (1) 酒后驾驶、无合法有效驾驶证驾驶或驾驶无有效行驶证的机动车期间；
 - (2) 被保险人从事潜水、跳伞、攀岩运动、探险活动、武术比赛、摔跤比赛、特技表演、赛马、赛车等高风险运动（详见释义）期间。

第十条 保险费的交纳

本合同的交费方式为一次交清，并在保险单上载明。

第十一条 续保和保证续保

1. 自本合同生效之日起，每3个保险期间为保证续保期间。

在保证续保期间内，每一个保险期间届满时，如投保人未做不续保声明，且已交纳了续保保险费，本合同自动续保，但发生下列情形之一的除外：

- (1) 被保险人续保时的年龄超过本合同规定的最高续保年龄；
- (2) 主险合同效力终止或中止的；
- (3) 主险合同所附附加住院费用医疗保险合同效力终止的。

2. 每一保证续保期间届满时，本公司将通知并与投保人协商续保事宜，如投保人未向本公

司提出不续保声明，则本公司将对被保险人做续保审核。经本公司审核同意，且投保人已交纳了续保保险费，本合同将进入下一个保证续保期间。如本公司审核不同意，将书面通知投保人不再续保。

3. 本公司有权调整本合同的保险费率。如有调整，本公司将及时告知投保人，新费率自下一次续保起适用。

第十二条 险种转换

在本合同有效期内，如被保险人参加公费医疗或基本医疗保险，请投保人及时书面通知本公司，并提供相关证明，申请将本合同转换为“附加 2016 门急诊费用医疗保险（B 款）合同”。

如投保人已申请将本合同转换为“附加 2016 门急诊费用医疗保险（B 款）合同”，且已向本公司交纳“附加 2016 门急诊费用医疗保险（B 款）合同”所对应的保险费，则“附加 2016 门急诊费用医疗保险（B 款）合同”自本合同保险期间届满的次日零时开始生效，本合同终止。

“附加 2016 门急诊费用医疗保险（B 款）合同”转换生效时，保证续保期间按转换后的合同规定重新计算。

第十三条 保险金受益人

除本合同另有指定外，本合同保险金的受益人为被保险人本人。

第十四条 保险金的申请

1. 申请保险金时，由受益人作为申请人填写保险金给付申请书，并提供下列证明和资料：

(1) 保险合同；

(2) 申请人及被保险人的有效身份证件；

(3) 本公司认可医院出具的诊断证明书原件及门急诊病历原件、门诊处方、医疗费用明细清单和医疗费用收据原件；

(4) 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。

2. 如申请人为无民事行为能力人或限制民事行为能力人，由其法定代理人代为办理保险金申请。

3. 如委托他人代为申请，应提供授权委托书及受托人的有效身份证件。

4. 本公司认为有关的证明和资料不完整的，将及时一次性通知申请人补充提供。

5. 被保险人在非认可医院治疗，必须事先征得本公司同意。如因急诊未在认可医院就诊，应及时通知本公司。

第十五条 投保人解除合同的手续及风险

1. 本合同生效后，本公司为投保人提供犹豫期，犹豫期指投保人收到保险单并书面签收之日起一定的期间，该期间与主险合同犹豫期一致。投保人在上述期间内要求解除本合同的，本公司自本合同解除之日起 10 日内在扣除工本费后退还本保险实际交纳的保险费。

2. 投保人在犹豫期后要求解除本合同的，本公司自本合同解除之日起 10 日内向投保人退还保险单的现金价值。投保人犹豫期后解除合同可能会遭受一定损失。如已发生保险金给付的，投保人不得要求解除本合同。

3. 投保人要求解除本合同时，应填写合同解除申请书，并提供下列证明和资料：

(1) 保险合同；

(2) 投保人的有效身份证件。

自本公司收到合同解除申请书及上述证明和资料之日起，本合同终止。

4. 如投保人解除主险合同或主险合同所附附加住院费用医疗保险合同，本合同须同时解除。

第十六条 附则

本合同利益条款与本合同基本条款不一致的，以本合同利益条款为准。

第十七条 释义

现金价值：除另有约定外，现金价值=保险费×（保险期间天数－保险期间已经过天数）÷保险期间天数×0.75。

基本医疗保险：指城镇职工基本医疗保险、城镇居民基本医疗保险、新型农村合作医疗、

医疗救助等基本医疗保险保障项目，以及城乡居民大病保险等保障项目。

每次门急诊：指被保险人于同一自然日在同一医院同一科室所进行的门诊或急诊治疗。

门急诊：指被保险人确因临床需要，正式办理挂号手续，并确实是在医疗机构的门诊或急诊部接受治疗的行为过程，**但不包括休养、疗养、身体检查和健康护理等非治疗性行为。**

认可医院：指二级及以上非盈利性医院、二级及以上社保定点医院或本公司认可的其他医院，具体可登陆本公司主页（www.newchinalife.com）查询或咨询本公司全国客户服务电话95567。

慢性病门诊：指高血压病、糖尿病、冠心病门诊治疗。

特定门诊：指恶性肿瘤放射治疗、恶性肿瘤静脉注射化学治疗、血液透析、腹膜透析、肾移植术后抗排异治疗或肝硬化门诊治疗。

医疗必需且合理：指合理的、符合通常惯例且医疗必须的医疗费用。符合通常惯例指被保险人接受的医疗服务满足以下条件：

1. 该服务满足医疗需要而且根据治疗当地通行治疗规范、采用了通行治疗方法；
2. 医疗费用没有超过当地对类似情形治疗的常规费用，类似情形是指在同一地区、对相同性别、近似年龄的人所患的同类疾病或身体伤害实施的类似治疗或服务。

医疗必需指针对意外伤害或疾病本身的医疗服务及医疗费用满足以下条件：

1. 治疗意外伤害或疾病合适且必须的、有医生处方的项目；
2. 与接受治疗当地普遍接受的医疗专业实践标准一致；
3. 非为了医师或其他医疗提供方的方便；
4. 接受的医疗服务范围是合适的而且经济有效的。

对是否医疗必需由本公司理赔人员根据客观、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。

先天性畸形、变形和染色体异常：指被保险人出生时就具有的畸形、变形或者染色体异常。先天性畸形、变形和染色体异常依照世界卫生组织《疾病和有关健康问题的国际统计分类》（ICD-10）确定。

康复治疗：指在康复医疗机构、康复科诊治或者接受以促进机体各项功能恢复为目的的医疗方法，如理疗、按摩、推拿、生物反馈疗法、康复营养、康复护理等。

医疗事故：指医疗机构及其医务人员在医疗活动中，违反医疗卫生管理法律、行政法规、部门规章和诊疗护理规范、常规，过失造成患者人身损害的事故。

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 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 AIDS。

在人体血液或其他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；如同时出现了明显临床症状或体征的，为患艾滋病。

牙齿治疗：指牙齿的保健、洁牙、美白、矫形及种牙、镶牙、补牙、拔牙手术。

高风险运动：本合同所指的高风险运动包括：潜水、跳伞、攀岩运动、探险活动、武术比赛、摔跤比赛、特技表演、赛马、赛车等。

潜水：是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。

攀岩运动：是指攀登悬崖、楼宇外墙、人造悬崖、冰崖、冰山等运动。

探险活动：是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、徒步穿越沙漠或人迹罕见的原始森林等活动。

武术比赛：是指两人或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。

特技：是指从事马术、杂技、驯兽等特殊技能活动。

附表：

新华人寿保险股份有限公司
附加 2016 门急诊费用医疗保险（A 款）保障计划表

保障计划类别	计划一	计划二	计划三
每次门急诊医疗费用保险金限额	200 元	300 元	400 元
每一保单年度内给付的门急诊次数上限	15 次	15 次	15 次

新华人寿保险股份有限公司

个人保险基本条款

第一条 合同成立与生效

投保人提出保险申请、新华人寿保险股份有限公司（以下简称“本公司”）同意承保，本合同成立，合同成立日期在保险单上载明。

除另有约定外，自本合同成立、本公司收取保险费并签发保险单的次日零时起本合同生效，本公司开始承担保险责任，合同生效日期在保险单上载明。本合同生效日即为保单生效日。

第二条 合同内容变更

投保人和本公司可以协商变更本合同的有关内容。变更本合同的，由本公司在保险单上批注或附贴批单，或由投保人和本公司订立变更的书面协议。

第三条 合同终止

以下任何一种情况发生时，本合同终止：

1. 在本合同有效期内解除本合同的；
2. 本公司已经履行完毕保险责任的；
3. 被保险人身故的；
4. 本合同因条款所列其他情况而终止的。

第四条 身故保险金受益人的指定和变更

本合同包含身故保险责任的，投保人或被保险人可指定一人或数人为身故保险金受益人，受益人为数人时，应确定受益顺序和受益份额，未确定受益份额的，各受益人按相等份额享有受益权。

投保人或被保险人可以变更身故保险金受益人，但须书面通知本公司，由本公司在保险单上批注或附贴批单。

被保险人为无民事行为能力人或限制民事行为能力人的，可以由其监护人指定或变更受益人。

投保人在指定和变更身故保险金受益人时，须经被保险人书面同意。为与投保人有劳动关系的劳动者投保，不得指定被保险人及其近亲属以外的人为受益人。

被保险人身故后，有下列情形之一的，身故保险金作为被保险人的遗产，由本公司依照《中华人民共和国继承法》的规定履行给付保险金的义务：

1. 没有指定受益人或受益人指定不明无法确定的；
2. 受益人先于被保险人身故，没有其他受益人的；
3. 受益人依法丧失受益权或放弃受益权，没有其他受益人的。

被保险人和受益人在同一事件中身故，无法确定两者身故先后顺序的，推定受益人先于被保险人身故。

受益人故意造成被保险人身故、伤残、疾病的，或故意杀害被保险人未遂的，该受益人丧失受益权。

第五条 保险事故通知

投保人、被保险人或受益人应在知道保险事故发生之日起 10 日内通知本公司。

如投保人、被保险人或受益人故意或因重大过失未及时通知本公司，致使保险事故的性质、原因、损失程度等难以确定的，本公司对无法确定的部分，不承担给付保险金的责任，但本公司通过其他途径已经及时知道或应当及时知道保险事故发生，或虽未及时通知但不影响本公司确定保险事故的性质、原因、损失程度的除外。

第六条 保险金的给付

本公司在收到保险金给付申请书及本合同利益条款所列的保险金申请所需证明和资料后，将在 5 日内作出核定；情形复杂的，在 30 日内作出核定。对属于保险责任的，本公司在与被保

险人或受益人达成有关给付保险金数额的协议后 10 日内，履行给付保险金义务。

本公司未及时履行前款规定义务的，将赔偿被保险人或受益人因此受到的损失。

对不属于保险责任的，本公司自作出核定之日起 3 日内向申请人发出拒绝给付保险金通知书，并说明理由。

本公司在收到保险金给付申请书及有关证明和资料之日起 60 日内，对给付保险金的数额不能确定的，根据已有证明和资料可以确定的数额先予支付；本公司最终确定给付保险金的数额后，将支付相应的差额。

第七条 明确说明与如实告知

订立本合同时，本公司会向投保人说明本合同的条款内容。对本合同中免除本公司责任的条款，本公司在订立合同时将在投保单、保险单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口头形式向投保人作出明确说明，未作提示或明确说明的，该免除本公司责任条款不产生效力。本公司会就投保人和被保险人的有关情况提出书面询问，投保人应当如实告知。

投保人故意或因重大过失未履行如实告知义务，足以影响本公司决定是否同意承保或提高保险费率的，本公司有权解除本合同。

前款规定的合同解除权，自本公司知道有解除事由之日起，超过 30 日不行使而消灭。自本合同成立之日起超过二年的，本公司不得解除本合同；发生保险事故的，本公司承担给付保险金的责任。

投保人故意不履行如实告知义务，对于本合同解除前发生的保险事故，本公司不承担保险责任，并不退还本保险实际缴纳的保险费。

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，对于本合同解除前发生的保险事故，本公司不承担保险责任，但将退还本保险实际缴纳的保险费。

本公司在合同订立时已经知道投保人未如实告知的情况的，本公司不得解除合同；发生保险事故的，本公司承担给付保险金的责任。

第八条 未成年人身故保险金限制

为未成年子女投保的，因被保险人身故给付的保险金总和不得超过国务院保险监督管理机构规定的限额，身故给付的保险金额总和约定也不得超过前述限额。

第九条 年龄确定与错误处理

1. 投保人和被保险人的年龄以周岁计算。

2. 投保人在申请投保时，应将有效身份证件相符的被保险人的出生日期在投保单上填明，如发生错误按下列方式办理：

(1) 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投保年龄限制的，本公司有权在知道有解除事由之日起 30 日内解除本合同，并向投保人退还保险单的现金价值，但自本合同成立之日起超过二年的除外。

(2) 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，本公司有权更正并要求投保人补交保险费，或在给付保险金时按照实付保险费与应付保险费的比例支付。

(3) 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，本公司会将多收的保险费退还给投保人。

3. 投保人申报的被保险人年龄不真实，致使本公司给付的保险金与实际不符的，本公司将根据被保险人的真实年龄调整。

第十条 联系方式变更

为了保障投保人的合法权益，投保人的住所、通讯地址或电话等联系方式变更时，请及时通知本公司。如投保人未通知本公司，本公司按本合同载明的最后住所、通讯地址或电话等联系方式发送的有关通知，均视为已送达给投保人。

第十一条 失踪处理

被保险人在本合同保险期间内失踪，并经人民法院宣告死亡，本公司依据人民法院的宣告

死亡判决及宣告死亡日，按本合同规定给付保险金。

如日后被保险人重新出现或确知其没有死亡，保险金领取人应将已领取的保险金于被保险人重新出现或确知其没有死亡之日起 30 日内退还本公司，本合同的效力由投保人和本公司依法协商处理。

第十二条 争议处理

本合同争议解决方式由当事人约定从下列二种方式中选择一种：

1. 因履行本合同发生的争议，由当事人协商解决，协商不成的，提交双方共同选择的仲裁委员会仲裁；
2. 因履行本合同发生的争议，由当事人协商解决，协商不成的，依法向人民法院起诉。