

众安在线财产保险股份有限公司
个人门急诊医疗保险条款 2021 版（A 款）
注册号：C00017932512021051780831

第一部分 总则

第一条 合同构成

本保险合同（以下简称“本合同”）由保险条款、投保单、保险单或其他保险凭证组成。凡涉及本合同的约定，均采用书面形式。

第二条 合同的成立

投保人提出保险申请，经**保险人**（释义一）同意承保，本合同成立。

第三条 投保人

本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对被保险人有保险利益的其他人。

被保险人为无民事行为能力人或限制民事行为能力人的，应由其父母或者监护人为投保人。

第四条 被保险人

除本合同另有约定外，初次投保时年龄为出生满28天至50**周岁**（释义二）（含50周岁），身体健康且能正常工作、生活的自然人，可作为本合同的被保险人。

第五条 受益人

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。

第二部分 保障内容

第六条 保险责任

本合同的保险责任包括“门急诊医疗保险金”和“互联网医院药品费用医疗保险金”。所投保的保险责任一经确定，在本合同保险期间内不得变更。

（一）门急诊医疗保险金

在保险期间内，被保险人在**等待期**（释义三）后因遭受**意外伤害**（释义四）事故或罹患疾病，在**保险人认可的医院**（释义五）接受门诊或急诊治疗，保险人对于被保险人每次实际支出的、符合**当地**（释义六）**社会基本医疗保险**（释义七）政策规定的、**必需且合理**（释义八）的门诊或急诊医疗费用，在扣除本合同约定的**单次门急诊**（释义九）免赔额后，按照约定的给付比例给付门急诊医疗保险金，但保险人每次给付保险金的金额以本合同约定的**单次门急诊给付限额**为限。单次门急诊免赔额、给付比例、单次门急诊给付限额由投保人和保险人在投保时约定，并在本合同中载明。

单次门急诊免赔额指在本合同保险期间内，被保险人每次接受门诊或急诊治疗所支出

的属于保险责任范围内的费用中，应当由被保险人自行承担，且本合同不予赔付的部分。

单次门急诊给付限额指在本合同保险期间内，被保险人每次接受门诊或急诊治疗所支出的属于保险责任范围内的费用中，应当由保险人承担的费用限额。

在保险期间内，被保险人一次或多次因意外伤害事故或罹患疾病进行门诊或急诊治疗的，保险人均按上述约定承担给付门急诊医疗保险金的责任。保险人累计给付金额以本合同约定的门急诊医疗保险金额为限，当累计给付金额之和达到门急诊医疗保险金额时，保险人对被保险人在门急诊医疗保险金项下的保险责任终止。

（二）互联网医院药品费用医疗保险金

在保险期间内，被保险人在等待期后因遭受意外伤害事故或罹患疾病，在本合同约定或保险人指定的互联网医院进行诊疗的，保险人对于被保险人在上述互联网医院开具处方所列明的、应当由被保险人支付的必需且合理的且同时满足下列条件的药品费用，在扣除本合同约定的单次互联网医院药品费用免赔额后，按照约定的给付比例给付互联网医院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互联网医院药品费用给付限额为限。单次互联网医院药品费用免赔额、给付比例、单次互联网医院药品费用给付限额由投保人和保险人在投保时约定，并在本合同中载明。

给付互联网医院药品费用医疗保险金须同时满足以下条件：

1. 该药品须由本合同约定或保险人指定的互联网医院的医生开具处方（释义十），且药品处方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，且为被保险人当前治疗必需的药品；
2. 每次药品处方剂量符合国家卫生行政主管部门对于处方剂量的规定（释义十一）；
3. 开具的药品处方仅限治疗被保险人在等待期后因遭受意外伤害事故或罹患的疾病；
4. 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；
5. 被保险人须在保险人认可的互联网药店（释义十二）购买上述处方中所列的药品。

对于不满足以上任一条件的药品费用，保险人不承担互联网医院药品费用医疗保险金的给付责任。

单次互联网医院药品费用免赔额指在本合同保险期间内，被保险人每次接受诊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。

单次互联网医院药品费用给付限额指在本合同保险期间内，被保险人每次接受诊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。

在保险期间内，被保险人一次或多次因意外伤害事故或罹患疾病在本合同约定或保险人指定的互联网医院进行诊疗的，保险人均按上述约定承担给付互联网医院药品费用医疗保险金的责任。保险人累计给付金额以本合同约定的互联网医院药品费用医疗保险金额为

限，当累计给付金额之和达到互联网医院药品费用医疗保险金额时，保险人对被保险人在互联网医院药品费用医疗保险金项下的保险责任终止。

第七条 犹豫期

除另有约定外，自本合同生效之日起15日（含第15日）为犹豫期。在此期间请投保人认真审视本合同，如果投保人认为本合同与投保人的需求不相符，投保人可以在此期间提出解除本合同，保险人将无息退还投保人所支付的全部保险费。

自保险人收到投保人解除合同的书面申请或双方认可的其他形式起，本合同即被解除，合同解除前发生的保险事故保险人不承担保险责任。

投保人通过保险人同意或认可的网站等互联网渠道提出解除本合同的申请，视为投保人的书面申请。

第八条 补偿原则和赔付标准

（一）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。

（二）若被保险人以参加社会基本医疗保险或公费医疗身份投保，但未以参加社会基本医疗保险或公费医疗身份就诊并结算的，则保险人根据本合同单独约定的给付比例进行赔付。

第九条 责任免除

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）先天性疾病、遗传性疾病（释义十三），先天性畸形、变形或染色体异常（释义十四）（依据世界卫生组织《疾病和有关健康问题的国际统计分类》（ICD10）确定）；被保险人在初次投保或非续保前所患既往症（释义十五）；等待期内发生意外或接受检查但在等待期后确诊的同一种疾病；

（二）故意行为或违法犯罪行为：被保险人故意犯罪或抗拒依法采取的刑事强制措施、被政府依法拘禁或入狱期间；被保险人自杀；醉酒，服用、吸食或注射毒品；未遵医嘱，擅自服用、涂用、注射药物；被保险人酒后驾驶、无有效驾驶证驾驶（释义十六）或者驾驶无有效行驶证（释义十七）的机动车辆；被保险人故意自伤或因被保险人挑衅或故意行为而导致的打斗、被袭击、被谋杀；

（三）非疾病性治疗：预防性、康复性、保健性、美容整形、变性等相关医疗及前述相关医疗的并发症或因前述相关医疗导致的医疗事故；眼镜、义齿、义眼、义肢、助听器等康复性器具；实验性或试验性治疗；健康体检；心理治疗；

（四）生育、牙科或视力矫正相关治疗：妊娠、产前产后检查、流产、分娩、避孕、

绝育手术、治疗不孕不育症、人工受孕及由此导致的并发症；牙科治疗；视力矫正手术；

（五）进行未经科学或者医学认可的试验性或者研究性治疗及前述治疗产生的后果所产生的费用；各类医疗鉴定、包含基因检测在内的检测费用（以相关费用票据内容为准）；

（六）职业运动或高风险运动：从事职业运动或可获得报酬的运动或竞技，在训练或比赛中受伤；参加潜水（释义十八）、跳伞、滑水、滑雪、滑冰、滑翔翼、热气球或其他空中运动、攀登海拔 3500 米以上的独立山峰、攀岩（释义十九）或攀爬建筑物、蹦极、探险（释义二十）、武术（释义二十一）、摔跤、柔道、空手道、跆拳道、拳击、特技表演（释义二十二）（含训练）、赛马、赛车等高风险运动；

（七）被保险人感染艾滋病病毒或患艾滋病（释义二十三）；被保险人患精神性疾病（依据世界卫生组织《疾病和有关健康问题的国际统计分类》（ICD10）分类为精神和行为障碍的疾病）；

（八）包皮环切术、包皮剥离术、包皮气囊扩张术、性功能障碍治疗；

（九）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；

（十）保险人未在保险人认可的医院或互联网药店购买的药品；

（十一）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；

（十二）药品配送费用；

（十三）战争、军事行动、暴乱或者武装叛乱；核爆炸、核辐射或核污染、化学污染。

第十条 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。本合同的保险金额由投保人、保险人双方约定，并在保险单中载明。保险金额一经确定，保险期间内不能进行变更。

第十一条 保险期间

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。

第十二条 续保

保险期间届满前，投保人需要重新向保险人申请投保本合同，并经保险人同意，交纳保险费，获得新的保险合同。本合同为不保证续保合同。如果投保人未按照约定提出续保申请并缴纳续保保险费，或保险人审核不同意续保，则本合同在保险期间届满时终止。

第三部分 保险人的义务

第十三条 提示和说明

订立本合同时，保险人会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，保险人在订立合同时应当在投保单、保险单或其他保险凭证上做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做出明确说明；未作提示或者明确说

明的，该条款不产生效力。

第十四条 保险单和保险凭证

本合同成立后，保险人将向投保人签发保险单或其他保险凭证。

第十五条 保险金的给付

保险人收到被保险人或受益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。

保险人将核定结果通知被保险人或受益人；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日内向被保险人或受益人发出拒绝给付保险金通知书，并说明理由。

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，支付相应的差额。

第十六条 索赔资料不完整通知

保险人认为被保险人或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、被保险人或者受益人补充提供。

第四部分 投保人、被保险人义务

第十七条 交费义务

本合同保险费缴付方式分为一次性缴付和分期缴付，由投保人和保险人在投保时约定，并在保险单上载明。

若投保人选择一次性缴付保险费，投保人应当在本合同成立时一次性缴清保险费。**保险费缴清前，本合同不生效，对合同生效前发生的保险事故，保险人不承担保险责任。**

若投保人选择分期缴付保险费，**需经投保人申请并经保险人同意**，并在本合同中载明保费分期缴付的周期。**如投保人未缴付首期保费，本合同不成立，保险人不承担保险责任。如投保人未按照本合同约定的付款时间足额缴付当期保费，允许在宽限期内补缴保险费；如果被保险人在宽限期内发生保险事故，保险人仍按照合同约定赔偿保险金。除本合同另有约定外，如被保险人在正常缴费对应的保险期间内或宽限期内发生保险事故，保险人依照合同约定赔偿保险金的，需扣减保险期间内所有未缴期间的保险费，投保人已缴纳的保险费与保险人扣减的保险费之和应等于本合同约定的保险费总额。如投保人未按照本合同约定的付款时间足额缴付当期保费，且在本合同约定的宽限期内仍未足额补缴当期保费的，从应付之日起发生保险责任范围内的事故的，保险人不承担赔偿责任；宽限期内发生的保险事故也不承担保险责任。如发生保险事故，在申请理赔前，投保人需一次性缴纳剩余保**

险费，如未完成缴纳，保险人不承担赔偿责任。

对于保险期间终止后发生的保险事故，保险人不承担保险责任。宽限期由投保人与保险人协商确定，并在本合同中载明。

第十八条 如实告知

投保人应如实填写投保单并回答保险人提出的询问，履行如实告知义务。

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。

第十九条 住址、通讯地址或数据电文联系方式变更告知义务

投保人住所、通讯地址或数据电文联系方式变更时，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，保险人按本合同所载的最后住所、通讯地址或数据电文联系方式发送的有关通知，均视为已发送给投保人。

第二十条 变更批注

在保险期间内，投保人需变更保险合同内容的，应以书面形式或双方认可的其他形式向保险人提出申请。保险人同意后出具批单，并在本合同中批注。

投保人通过保险人同意或认可的网站等互联网渠道提出变更本合同的申请，视为投保人的书面申请。

第二十一条 年龄的确定及错误的处理

被保险人的投保年龄，以法定身份证件登记的周岁年龄为准，本合同所承保的被保险人的投保年龄必须符合年龄要求。投保人在申请投保时，应按被保险人的周岁年龄填写。若发生错误，保险人按照以下规定处理：

（一）投保人申报的被保险人年龄不真实，且真实年龄不符合本合同约定的年龄限制的，保险人有权解除本合同，并向投保人退还未满期净保险费（释义二十四）。

（二）投保人申报的被保险人年龄不真实，导致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，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。

（三）投保人申报的被保险人年龄不真实，导致投保人支付保险费多于应付保险费的，保险人应将多收的保险费无息退还投保人。

第二十二條 保險事故通知義務

投保人、被保險人或者保險金受益人知道保險事故發生後，應當及時通知保險人，並書面說明事故發生的原因、經過和損失情況。故意或者因重大過失未及時通知，致使保險事故的性質、原因、損失程度等難以確定的，保險人對無法確定的部分，不承擔給付保險金責任，但保險人通過其他途徑已經及時知道或者應當及時知道保險事故發生的除外。

上述約定，不包括因**不可抗力**（釋義二十五）而導致的遲延。

第五部分 保險金的申請

第二十三條 保險金的申請

保險金申請人（釋義二十六）向保險人申請給付保險金時，應提供如下材料：

- （一）保險金給付申請書；
- （二）保險合同憑據；
- （三）保險金申請人的身份證明；

（四）支持索賠的全部賬單、證明、信息和證據，醫院出具的病歷資料、醫學診斷書、處方、病理檢查報告、化驗檢查報告、醫療費用原始單據、費用明細單據等。保險金申請人因特殊原因不能提供上述材料的，應提供其它合法有效的材料；

（五）申請人所能提供的其他與確認保險事故的性質、原因等有关的其他證明和資料；

（六）若保險金申請人委託他人申請的，還應提供授權委託書原件、委託人和受託人的身份證明等相关證明文件。

保險金申請人未能提供有關材料，導致保險人無法核實該申請的真實性的，保險人對無法核實部分不承擔給付保險金的責任。

在保險人的理賠審核過程中，保險人有权在合理的範圍內對索賠的被保險人進行醫療檢查。此類檢驗費用由保險人承擔。在拒賠的情形下，保險人將承擔因投保人提供索賠要求所必需的證明、收據、信息和證據而產生的費用。

第六部分 保險合同的解除、終止和爭議處理

第二十四條 合同的解除

在本合同成立後，投保人可以書面形式或雙方認可的其他形式通知保險人解除合約，但保險人已根據本合約的約定給付保險金的除外。

投保人解除本合約時，應提供下列證明文件和資料：

- （一）保險合同解除申請書；
- （二）保險合同憑據；
- （三）保險費交付憑證；
- （四）投保人身份證明。

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满期净保险费。

投保人通过保险人同意或认可的网站等互联网渠道提出解除本合同的申请，视为投保人的书面申请。

第二十五条 合同的争议处理

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（**不包括港澳台地区法律**）。

第二十六条 诉讼时效期间

保险金申请人向保险人请求给付保险金的诉讼时效期间为二年，自其知道或者应当知道保险事故发生之日起计算。

第二十七条 效力终止

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。

第七部分 释义

一、 保险人

指众安在线财产保险股份有限公司。

二、 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。

三、 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。

四、 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且单独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。**

五、 保险人认可的医院

除另有约定外，本合同中保险人认可的医院是指经中华人民共和国卫生部门审核认定的**二级或以上的公立医院或保险人认可的医疗机构，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、A级病房；

(二) 诊所、康复中心、家庭病床、护理机构；

(三) 休养、戒酒、戒毒中心。

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。

六、当地

指保险事故发生后，被保险人医疗费用实际发生地/支出地。

七、社会基本医疗保险

指包括城镇职工基本医疗保险、新型农村合作医疗保险、城镇居民基本医疗保险等政府建立的基本医疗保障项目。

八、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。

九、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。

十、处方

处方是指由注册的执业医师和执业助理医师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，并作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。

十一、国家卫生行政主管部门对于处方剂量的规定

根据《处方管理办法》规定，处方一般不得超过7日用量；急诊处方一般不得超过3日用量；对于某些慢性病、老年病或特殊情况，处方用量可适当延长，但医师应当注明理由。

十二、认可的互联网药店

经保险人审核认可，取得互联网药品信息服务资格证书，为被保险人提供购药或者配送服务的药店，具体名单在保险人官方网站或销售平台公示。

十三、 遗传性疾病

指生殖细胞或受精卵的遗传物质（染色体和基因）发生突变或畸变所引起的疾病，通常具有由亲代传至后代的垂直传递的特症。

十四、 先天性畸形、变形或者染色体异常

指被保险人出生时就具有的畸形、变形或染色体异常。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。

十五、 既往症

指在本合同生效前罹患的被保险人已知或应该知道的有关疾病。通常有以下情况：

- （一）本合同生效前，医生已有明确诊断，长期治疗未间断；
- （二）本合同生效前，医生已有明确诊断，但未接受任何治疗；
- （三）本合同生效前，医生已有明确诊断，治疗后症状未完全消失，有间断用药情况；
- （四）本合同生效前，未经医生诊断和治疗，但症状或体征明显且持续存在，以普通人医学常识应当知晓。

十六、 无有效驾驶证驾驶

被保险人存在下列情形之一者：

- （一）无驾驶证或驾驶证有效期已届满；
- （二）驾驶的机动车与驾驶证载明的准驾车型不符；
- （三）实习期内驾驶公共汽车、营运客车或者载有爆炸物品、易燃易爆化学物品、剧毒或者放射性等危险物品的机动车，实习期内驾驶的机动车牵引挂车；
- （四）持未按规定审验的驾驶证，以及在暂扣、扣留、吊销、注销驾驶证期间驾驶机动车；
- （五）使用各种专用机械车、特种车的人员无国家有关部门核发的有效操作证，驾驶营业性客车的驾驶人无国家有关部门核发的有效资格证书；
- （六）依照法律法规或公安机关交通管理部门有关规定不允许驾驶机动车的其他情况下驾车。

十七、 无有效行驶证

指下列情形之一：

- （一）机动车被依法注销登记的；
- （二）无公安机关交通管理部门核发的行驶证、号牌、临时号牌或临时移动证的机动车辆；
- （三）未在规定检验期限内进行机动车安全技术检验或检验未通过的机动车辆。

十八、 潜水

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或作业。

十九、 攀岩

指攀登悬崖、楼宇外墙、人造悬崖、冰崖、冰山等运动。

二十、 探险

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、徒步穿越沙漠或者人迹罕至的原始森林等活动。

二十一、 武术

指两人或者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。

二十二、 特技表演

指进行马术、杂技、驯兽等表演。

二十三、 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，英文缩写为 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，英文缩写为 AIDS。在人体血液或其它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；如果同时出现了明显临床症状或体征的，为患艾滋病。

二十四、 未到期净保险费

除另有约定外，按下述公式计算未到期净保险费：

如投保人在本合同成立时选择一次性缴付保险费，未到期净保险费=保险费×[1-(保险单已经过天数/保险期间天数)]×(1-退保手续费率)。经过天数不足一天的按一天计算。

如投保人在本合同成立时选择分期缴付保险费，未到期净保险费=本合同的当期保险费×[1-(当期实际经过天数/当期实际天数)]×(1-退保手续费率)。经过天数不足一天按一天计算。

退保手续费率由投保人和保险人在投保时约定，并在本合同中载明。

若本合同已发生保险金给付，未到期净保险费为零。

二十五、 不可抗力

指不能预见、不能避免并不能克服的客观情况。

二十六、 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。