

中国人民财产保险股份有限公司

定额给付医疗保险（2024 版）（互联网专属）条款

1. 总则

1.1 合同构成

本保险合同由保险条款、投保单、保险单以及经投保人与保险人认可的、与保险合同有关的其它书面协议（包括但不限于健康问卷、声明、批单）组成。凡涉及本保险合同的约定，均应采用书面形式。

1.2 投保人

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自然人或特定主体可作为本保险合同的投保人。

1.3 被保险人

除另有约定外，投保人为自然人的，投保人本人及其配偶、子女、父母和投保人配偶的父母可作为本保险合同的被保险人；投保人为特定主体的，投保特定主体中的成员及该成员的配偶、子女、父母和该成员配偶的父母可作为本保险合同的被保险人。其中投保人在为其配偶的父母投保前，需取得其配偶父母的同意。

被保险人在首次投保或非续保投保时应能够正常工作或生活且符合健康告知。

1.3.1 被保资格的获得

本保险合同为首次投保或非续保投保的，被保险人获得被保资格的日期以以下两者中较晚的日期为准：（1）本保险合同的保险期间起始日；（2）增加该被保险人的批单所载生效日，有多张批单增加该被保险人的，以最新批单所载生效日为准。

本保险合同为续保的，被保险人获得被保资格的日期以以下两者中较晚的日期为准：（1）续保对应首张保险合同的保险期间起始日；（2）续保对应首张保险合同的保险期间起始日之后，增加该被保险人的批单所载生效日，有多张批单增加该被保险人的，以最新批单所载生效日为准。

1.3.2 被保资格的丧失或终止

被保险人因非保险事故身故的，则自其身故之日起该被保险人的被保资格丧失，保险人对该被保险人所承担的保险责任随即终止。

本保险合同保险期间终止且被保险人未续保的，则被保险人的被保资格随保险期间终止而终止，保险人对被保险人所承担的保险责任随即终止。

本保险合同解除，则自解除之日起被保险人的被保资格终止，保险人对被保险人所承担的保险责任随即终止。

1.4 受益人

除另有约定外，本保险合同保险金的受益人为被保险人本人。

1.5 犹豫期

除另有约定外，自被保险人获得被保资格之日起有 15 日的犹豫期。在此期间投保人认真审视本合同，如果投保人认为本保险合同与自身需求不相符，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。

2 保障内容

2.1 保险责任

经保险人同意，投保人可在投保 2.1.1 定额给付医疗保险责任的基础上选择

投保 2.1.2 特定手术住院津贴保险责任，并在保险单中载明。

2.1.1 定额给付医疗保险责任

被保险人自获得被保资格之日起，在本合同保险期间内因遭受**意外伤害**（见释义 9.1）事故或经过本保险合同约定的**等待期**（见释义 9.2）后罹患疾病，经**指定医疗机构**（见释义 9.3）的**专科医生**（见释义 9.4）诊断必须接受相关治疗的，对被保险人在指定医疗机构支出的 2.1.1.1-2.1.1.4 中**必需且合理**（见释义 9.5）的、符合当地**社会基本医疗保险**（见释义 9.6）主管部门规定可报销的医疗费用，保险人在扣除**社会基本医疗保险**或公费医疗已经补偿或给付部分后，对其医疗费用余额进行累计，当累计的医疗费用余额达到本保险合同约定的起赔金额标准时，保险人按本保险合同约定的给付比例和 2.3 约定的该被保险人的保险金额给付定额给付医疗保险金。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**身份就诊并结算的医疗费用不在本保险合同累计的医疗费用范围内。

保险人对同一个家庭中所有被保险人一次或者累计给付的定额给付医疗保险金达到保险单所载的定额给付医疗家庭保险金额时，本保险合同对该家庭所有被保险人的定额给付医疗保险金责任终止。

2.1.1.1 住院医疗费用

被保险人住院（见释义 9.7）期间发生的应当由被保险人支付的必需且合理的、符合当地**社会基本医疗保险**主管部门规定可报销的**住院医疗费用**（见释义 9.8）。

截至本合同保险期间届满日，若被保险人仍未结束住院治疗的，对于被保险人因本次住院治疗在保险期间届满日起 30 日内（含第 30 日）支出的必需且合理的、符合当地**社会基本医疗保险**主管部门规定可报销的住院医疗费用，保险人继续按照本合同的约定在保险金额内承担向被保险人赔偿保险金的责任。

2.1.1.2 特殊门诊医疗费用

被保险人在接受特殊门诊治疗期间发生的应当由被保险人支付的必需且合理的、符合当地**社会基本医疗保险**主管部门规定可报销的特殊门诊医疗费用，包括：

（1）门诊肾透析；（2）门诊恶性肿瘤治疗，包括化学疗法（见释义 9.9）、放射疗法（见释义 9.10）、肿瘤免疫疗法（见释义 9.11）、肿瘤内分泌疗法（见释义 9.12）、肿瘤靶向疗法（见释义 9.13）；（3）器官移植后的门诊抗排异治疗。

2.1.1.3 门诊手术医疗费用

被保险人在接受门诊手术治疗期间发生的应当由被保险人支付的必需且合理的、符合当地**社会基本医疗保险**主管部门规定可报销的门诊手术医疗费用。

2.1.1.4 住院前后门急诊医疗费用

被保险人住院治疗前（含住院当日）7 日（含）和出院后（含出院当日）30 日（含）内，因与该次住院相同原因而接受门急诊治疗的，应当由被保险人支付的必需且合理的、符合当地**社会基本医疗保险**主管部门规定可报销的门急诊医疗费用（不包括本条上述约定的特殊门诊医疗费用和门诊手术医疗费用）。

2.1.2 特定手术住院津贴保险责任

被保险人自获得被保资格之日起，在本合同保险期间内因遭受**意外伤害**事故或经过本保险合同约定的等待期后罹患疾病，经指定医疗机构的**专科医生**诊断必须接受**特定手术**（见释义 9.14）住院治疗，且本次**连续住院**（见释义 9.15）的天数达到保险合同载明的住院天数（若保险单未载明的，则该“住院天数”视为 7 日）的，保险人将依照本保险合同载明的特定手术住院津贴保险金额给付特定手术住院津贴保险金。

保险人对同一个家庭中所有被保险人一次或者累计给付的特定手术住院津贴保险金达到保险单所载的特定手术住院津贴家庭保险金额时，本保险合同对该家庭所有被保险人的特定手术住院津贴保险金责任终止。

2.2 责任免除

2.2.1 因下列情形之一导致被保险人支出医疗费用或接受特定手术住院治疗的，保险人也不承担给付保险金责任：

- (1) 投保人对被保险人的故意杀害、故意伤害；
- (2) 被保险人故意自伤或自杀，但被保险人自杀时为无民事行为能力人的除外；
- (3) 被保险人因挑衅或故意行为而导致的打斗、被袭击或被谋杀；
- (4) 被保险人分娩（含剖腹产）、宫外孕、不孕不育治疗、人工受精、堕胎、节育（含绝育）、产前产后检查、非因意外导致的流产，以及由以上原因引起的并发症；
- (5) 被保险人接受包括美容、整容、整形手术在内的任何医疗行为而造成的意外；
- (6) 被保险人未遵医嘱服用、涂用、注射药物，但按使用说明的规定使用非处方药不在此限；
- (7) 被保险人受酒精、毒品、管制药物的影响，但遵医嘱使用药物的情形不在此限；
- (8) 任何生物、化学、原子能武器，原子能或核能装置所造成的爆炸、灼伤、污染或辐射；
- (9) 战争、军事冲突、暴乱或武装叛乱、恐怖袭击；
- (10) 被保险人故意犯罪或抗拒依法采取的刑事强制措施；
- (11) 被保险人存在精神和行为障碍，遗传性疾病（见释义 9.16），先天性畸形、变形或染色体异常（见释义 9.17）（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）；
- (12) 被保险人感染艾滋病病毒或患艾滋病（见释义 9.18）；
- (13) 被保险人从事高风险运动（见释义 9.19）；
- (14) 被保险人酒后驾驶（见释义 9.20）、无有效驾驶证（见释义 9.21）驾驶或驾驶无有效行驶证（见释义 9.22）的机动车辆；
- (15) 非因意外伤害导致的细菌、病毒或其他病原体感染；
- (16) 过敏及由过敏引发的变态反应性疾病；
- (17) 被保险人非因意外伤害而进行的整容、整形手术，以及因任何原因进行的美容；
- (18) 被保险人非因意外伤害而进行的牙科治疗或手术、视力矫正、因矫正视力而作的眼科验光检查，以及任何原因导致的牙齿修复或牙齿整形、安装及购买残疾用具（如轮椅、假肢、假眼、假牙或者助听器等）；
- (19) 被保险人进行包皮环切术、包皮气囊扩张术、性功能障碍治疗；
- (20) 被保险人进行一般身体检查、疗养、特别护理、静养、康复性治疗、物理治疗、心理治疗或预防性治疗；
- (21) 各类医疗鉴定，包括但不限于医疗事故鉴定、精神病鉴定、孕妇胎儿性别鉴定、验伤鉴定、亲子鉴定、遗传基因鉴定费用；
- (22) 除心脏瓣膜、人工晶体、人工关节之外的其他人工器官的购买、安装和置换等费用；
- (23) 各种矫治和防护医疗器械、各种康复治疗医疗器械、假体、义肢、轮椅、自用的按摩保健和治疗用品等所有非一次性使用医疗器械和非处方医疗器械的购买、租赁和置换费用；
- (24) 被保险人在投保时未如实告知的既往疾病；被保险人在投保前罹患的、投保时尚未治愈的疾病，但投保时保险人已知晓并做出书面认可的除外；
- (25) 被保险人在家自设病床治疗；
- (26) 被保险人不符合入院标准住院、挂床住院（见释义 9.23）或应当出院但拒不出院而造成的延长住院。

- 2.2.2 等待期内被保险人确诊的相关疾病，无论该疾病导致的医疗费用或住院治疗发生在等待期内还是在等待期外，保险人均不承担给付保险金的责任。

2.3 保险金额

保险单中所载的定额给付医疗家庭保险金额和特定手术住院津贴家庭保险金额是保险人对该家庭所有被保险人承担给付定额给付医疗保险金和特定手术住院津贴保险金责任的最高限额。经投保人和保险人双方约定，可选择按照以下分配方式之一分配家庭保险金额，并在保险单中载明。保险金额及分配方式一经确定，在保险期间内不得变更。

(1) 均分家庭保险金额

每人保险金额=家庭保险金额÷该家庭中的被保险人总人数。被保险人总人数以保险单载明的人数为准。对每一被保险人在本合同项下给付的保险金之和以定额给付医疗/特定手术住院津贴保险责任的每人保险金额为限。

(2) 共享家庭保险金额

指家庭中所有被保险人共享定额给付医疗/特定手术住院津贴家庭保险金额。保险人对家庭所有被保险人在本保险合同项下一次或者累计给付的保险金之和不超过定额给付医疗/特定手术住院津贴家庭保险金额。

当多名被保险人发生保险事故的，保险人按照提交完整保险金申请材料并申请给付保险金的先后顺序依次计算并给付保险金，后续案件在剩余定额给付医疗/特定手术住院津贴家庭保险金额范围内计算并给付保险金。

当多名被保险人发生保险事故且同时提交完整保险金申请材料并申请给付保险金的，保险人按单独提交保险金申请材料的情况分别计算每人应给付金额。若多名被保险人的应给付金额之和大于家庭保险金额与既往已给付金额之差的，保险人按下述公式计算每人实际给付金额： $(\text{该被保险人应给付金额} \div \text{多名被保险人应给付金额之和}) \times (\text{家庭保险金额} - \text{既往已给付金额})$ 。

(3) 独享家庭保险金额

指家庭中某一个被保险人独享定额给付医疗/特定手术住院津贴家庭保险金额，该被保险人以投保时告知为准，并在保险单中载明。保险人对该被保险人在本合同项下给付的保险金以定额给付医疗/特定手术住院津贴家庭保险金额为限，对该家庭的其他被保险人不承担保险责任。

(4) 其他方式

除上述情形外，经投保人和保险人双方约定，可在投保时约定按照其他方式分配定额给付医疗/特定手术住院津贴家庭保险金额，并在保险单中载明。

2.4 保险期间

本产品保险期间为1年，以保险单载明的起讫时间为准。

2.5 续保

本保险合同为不保证续保合同，保险期间届满前或保险期间届满，投保人需要重新向保险公司申请投保本产品，并经保险人同意，交纳保险费，获得新的保险合同。

若发生下列情形之一的，保险人不再接受投保人的续保申请：

- (1) 本产品已停售；
- (2) 被保险人身故；
- (3) 投保人对于保险人就投保人或者被保险人的有关情况提出的询问未履行如实告知义务，足以影响保险人决定是否同意承保，保险人已经解除保险合同的；
- (4) 本保险合同因其他条款所列情况而导致效力终止。

3 投保人、被保险人义务

3.1 交费义务

保险费根据投保人选择的保障计划以及被保险人的风险状况（如健康状况）和交费方式，由投保人和保险人在投保时约定，并在保险单中载明。

若投保人选择一次性交付保险费，投保人应当在本合同成立时一次性交清保险费。保险费交清前，本保险合同不生效，对保险费交清前发生的保险事故，保险人不承担保险责任。

若投保人选择分期交付保险费，需经投保人申请并经保险人同意，并在保险单中载明保险费分期交付的周期。在交纳首月保险费后，投保人应当在每个保险费约定支付日（见释义 9.24）交纳其余各月对应期次的保险费。若投保人未按照保险合同约定的付款时间足额交付当期保险费，保险人允许投保人在合同约定的交费延长期内补交对应期次的保险费。除保险合同另有约定外，如被保险人在正常交费对应的保险期间内或交费延长期内发生保险事故，保险人依照合同约定赔偿保险金，但须投保人先行补交剩余全年保险费，补交金额为保险合同约定的全年保险费总额扣减投保人已交纳的保险费。

若投保人未按照保险合同约定的付款时间足额交付当期保险费，且在保险合同约定的交费延长期内仍未足额补交当期保险费，保险期间在上一交费周期结束之日起终止，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。

除另有约定外，交费延长期为 30 天。

3.2 如实告知义务

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。

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，不承担赔偿或者给付保险金的责任，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，不承担赔偿或者给付保险金的责任，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，保险人应当承担赔偿或者给付保险金的责任。

3.3 住址或通讯地址变更通知义务

投保人住所或通讯地址变更时，应及时以书面形式通知保险人。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，均视为已发送给投保人。

3.4 被保险人变动通知义务

在保险期间内，团体保险的投保人因其人员变动，需增加、减少被保险人时，应以书面形式向保险人提出申请。保险人同意后出具批单，并在本保险合同中批注。

被保险人人数量增加时，保险人在审核同意后出具批单，于批单生效日零时开始承担保险责任，并按约定增收相应的保险费。

被保险人人数量减少时，投保人提供已通知相应被保险人退保的有效证明，保险人在审核同意后出具批单，于批单生效日零时起，对减少的被保险人终止保险责任，并按约定退还相应的保险费。但减少的被保险人已发生任何保险金给付或已发生本保险合同约定的保险事故但尚未给付保险金的，保险人不退还该被保险人项下相应的保险费。

3.5 保障内容变更通知义务

在保险期间内，投保人需要变更保险金额、等待期、给付比例等保障内容的，应向保险人提出申请，保险人同意后出具批单，并在本保险合同中批注。

保障内容变更时，保险人在审核同意后出具批单，于批单生效日零时按照变

更后的保障内容承担保险责任，并按照变更后的保障内容以及批单生效后的剩余保险期间增收或退还相应的保险费。**若被保险人已发生保险事故，保险人不再接受任何关于保障内容的变更申请。**

3.6 其他内容变更通知义务

在保险期间内，投保人需变更合同其他内容的，应以书面形式向保险人提出申请。保险人同意后出具批单，并在本保险合同中批注。**若被保险人已身故，则保险人不接受本保险合同中有关该被保险人的任何内容的变更申请。**

3.7 保险事故通知义务

发生保险责任范围内的事故后，投保人、被保险人或受益人应及时通知保险人，并书面说明事故发生的原因、经过和损失情况。**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（见释义 9.25）而导致的迟延。

4 保险人义务

（1）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。

（2）保险人认为投保人、被保险人或者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。

（3）保险人收到被保险人或者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 30 日内作出核定。但保险责任的核定必须依赖于特定证明、鉴定、判决、裁定或其他证据材料的，保险人应在被保险人或者受益人提供或自行取得上述证据材料起 30 日内作出核定。本保险合同另有约定的除外。

（4）保险人应当将核定结果通知被保险人或者受益人；对属于保险责任的，在与被保险人或者受益人达成给付保险金的协议后 10 日内，履行赔偿保险金义务。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一个工作日内向被保险人或者受益人发出拒绝给付保险金通知书，并说明理由。

（5）保险人自收到给付保险金的请求和有关证明、资料之日起 60 日内，对其赔偿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的数额后，应当支付相应的差额。

（6）如保险人承保的为团体健康保险，应当以书面或者口头等形式告知每个被保险人其参保情况以及相关权益。

（7）如投保人解除的为团体健康保险合同，保险人应当要求投保人提供已通知被保险人退保的有效证明。

5 保险金申请

保险金申请人（见释义 9.26）向保险人申请给付保险金时，应填写保险金给付申请书，并提交以下材料。保险金申请人因特殊原因不能提供以下材料的，应提供其它合法有效的材料。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。保险人按照本保险合同的约定，认为有关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。**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。**

（1）保险金给付申请书；

（2）保险单；

- (3) 保险金申请人、被保险人身份证明;
- (4) 指定医疗机构出具的医疗费用发票/收据、费用明细清单/帐、病历、出院小结、诊断证明及其他医疗记录等;
- (5) 指定医疗机构出具的医疗费用原始凭证和医疗费用结算清单(被保险人享有社会基本医疗保险或公费医疗保障的,需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);
- (6) 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。

6 保险合同解除

本保险合同成立后,除本保险合同另有约定外,投保人可以要求解除本保险合同。但已发生任何保险金给付或已发生本保险合同约定的保险事故但尚未给付保险金的,投保人不得要求解除本保险合同。

投保人要求解除本保险合同时,应填写保险合同解除申请书,并提交保险单、保险费交付凭证和投保人身份证明。本保险合同自保险人接到保险合同解除申请书时终止。如投保人在犹豫期后解除合同,保险人于接到保险合同解除申请书之日起三十日内向投保人退还本保险合同的**现金价值(见释义 9.27)**;但若投保人在保险责任开始前要求解除合同,则保险人全额退还已交纳的保险费。

7 争议处理和法律适用

7.1 争议处理

合同争议解决方式由当事人在合同约定时从下列两种方式中选择一种:

- (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,提交保险单载明的仲裁委员会仲裁;
- (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。

7.2 法律适用

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)。

8 合法性保证

本保险合同约定与《中华人民共和国保险法》等法律规定相悖之处,以法律规定为准。本保险合同未尽事宜,以法律规定为准。

9 释义

9.1 意外伤害

指以外来的、突发的、非本意的、非疾病的使身体受到的伤害的客观事实。

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。

9.2 等待期

是指自被保险人获得被保资格之日起计算的一段时间(该时间以保险单载明为准;若保险单未载明则该时间视为 30 日),经过该段时间后,保险人才对被保险人承担给付保险金责任;在此期间,尽管保险合同已经生效,但保险人并不承担给付保险金责任。

续保的情况下,等待期为 0 日。本保险合同期满前,投保人可向保险人申请续保,经保险人审核后予以承保。

9.3 指定医疗机构

除另有约定外，指定医疗机构指中华人民共和国境内（不包括香港、澳门、台湾地区）合法经营的二级以上（含二级）公立医院普通部，**不包含其中的特需医疗、外宾医疗、国际医疗部、干部病房。**

本合同约定的指定医疗机构不包括疗养院、护理院、康复中心、戒酒或戒毒中心、精神心理治疗中心以及无相应医护人员或设备的二级或三级医院的联合医院或联合病房。

9.4 专科医生

专科医生应当同时满足以下四项资格条件：

- （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；
- （3）具有有效的中华人民共和国主治医师或主治医师以上职称的《医师职称证书》；
- （4）在国家《医院分级管理标准》二级或二级以上医院的相应科室从事临床工作三年以上。

9.5 必需且合理

指同时符合以下 2 个条件：

（1）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。**

（2）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。**

9.6 社会基本医疗保险

指国家最新修订颁布的《社会保险法》规定的基本医疗保险，包括职工基本医疗保险、城镇居民基本医疗保险、新型农村合作医疗等政府举办的基本医疗保险。

9.7 住院

是指被保险人确因临床需要、经医生诊断必须留院治疗，正式办理入院及出院手续，并确实入住医疗机构正式病房接受治疗的行为过程；被保险人必须连续留院二十四小时以上且由医疗机构收取病房或床位费用，**但不包括门诊观察室、急诊观察室、其他非正式病房、联合病房或挂床住院。**

9.8 住院医疗费用

住院医疗费用包括：

（1）床位费

指住院期间发生的、不高于双人病房的住院床位费（**不包括单人病房、套房、家庭病床的费用**）。

（2）加床费

指未满 18 周岁的被保险人在住院治疗期间，保险人根据合同约定赔偿其合法监护人（限 1 人）在医院留宿发生的加床费；或女性被保险人在住院治疗期间，保险人根据合同约定赔偿其一周岁以下哺乳期婴儿在医院留宿发生的加床费。

（3）重症监护室床位费

指住院期间出于医学必需被保险人需在重症监护室进行合理且必要的医疗而产生的床位费。重症监护室指配有中心监护台、心电监护仪及其他监护抢救设施，相对封闭管理，符合重症监护病房（ICU）、冠心病重症监护病房（CCU）标准的单人或多人监护病房。

（4）药品费

指住院期间实际发生的合理且必要的由医生开具的具有国家药品监督管理部门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的费用。但不包括营养补充类药品、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。

（5）膳食费

指住院期间根据医生的医嘱，由作为医院内部专属部门的、为住院病人配餐的食堂配送的膳食费用。膳食费应包含在医疗账单内；根据各医疗机构的惯例，可以作为独立的款项、也可以合并病房费等其他款项内。

（6）治疗费

指住院期间以治疗疾病为目的，提供必要的医学手段而发生的合理的治疗者的技术劳务费和医疗器械使用费，以及消耗品的费用，包括注射费、机疗费、理疗费、输血费、输氧费、体外反搏费等。

（7）护理费

指住院期间根据医嘱所示的护理等级确定的护理费用。

（8）检查检验费

指住院期间实际发生的、以诊断疾病为目的，采取必要的医学手段进行检查及检验而发生的合理的医疗费用，包括 X 光费、心电图费、B 超费、脑电图费、内窥镜费、肺功能仪费、分子生化检验费和血、尿、便常规检验费等。

（9）手术费

指当地卫生行政部门规定的手术项目的费用。包括手术费、麻醉费、手术监测费、手术材料费、术中用药费、手术设备费；若因器官移植而发生的手术费用，不包括器官本身的费用和获取器官过程中的费用。

（10）医生费

指包括外科医生、麻醉师、内科医生、专科医生的费用。

（11）救护车使用费

指住院期间以抢救生命或治疗疾病为目的，根据医生建议，被保险人需医院转诊过程中的医院用车费用，且救护车的使用仅限于同一城市中的医疗运送。

9.9 化学疗法

指针对恶性肿瘤的化学治疗。化疗是使用医学界公认的化疗药物以杀死癌细胞、抑制癌细胞生长繁殖为目的而进行的治疗。本合同所指的化疗为被保险人根据医嘱，在医院进行的静脉注射化疗。

9.10 放射疗法

指针对恶性肿瘤的放射治疗。放疗是使用各种不同能量的射线照射肿瘤组织，以抑制和杀灭癌细胞为目的而进行的治疗。本合同所指的放疗为被保险人根据医

嘱，在医院的专门科室进行的放疗。

9.11 肿瘤免疫疗法

指应用免疫学原理和方法，使用肿瘤免疫治疗药物提高肿瘤细胞的免疫原性和对效应细胞杀伤的敏感性，激发和增强机体抗肿瘤免疫应答，并应用免疫细胞和效应分子输注宿主体内，协同机体免疫系统杀伤肿瘤、抑制肿瘤生长。本合同所指的肿瘤免疫疗法使用的药物需符合法律、法规要求并经过国家药品监督管理部门批准用于临床治疗。

9.12 肿瘤内分泌疗法

指针对恶性肿瘤的内分泌疗法，用药物抑制激素生成和激素反应，杀死癌细胞或抑制癌细胞的生长。本合同所指的内分泌疗法使用的药物需符合法律、法规要求并经过国家药品监督管理部门批准用于临床治疗。

9.13 肿瘤靶向疗法

指在细胞分子水平上，针对已经明确的致癌点来设计相应的靶向治疗药物，利用具有一定特异性的载体，将药物或其他杀伤肿瘤细胞的活性物质选择性地运送到肿瘤部位攻击癌细胞的疗法。本合同所指的靶向疗法使用的药物需符合法律、法规要求并经过国家药品监督管理部门批准用于临床治疗。

9.14 特定手术

指除下列手术以外的手术：

(1) 胃减容术(包括但不限于可调节式束带手术、袖状胃切除手术、胃旁路手术、胃内水囊手术、胃肠转流术等的胃减容术)。

(2) 矫正、矫形(包括但不限于对脊柱侧弯、膝内翻、膝外翻、足拇外翻、下颌骨前突等的矫正、矫形治疗)、视力矫正手术、美容整容整形手术、变性手术、牙科治疗及保健、生理缺陷治疗。

(3) 不孕不育治疗、人工受精、怀孕、分娩(含难产)、流产、堕胎、节育(含绝育)手术、包皮环切术、包皮气囊扩张术、性功能障碍治疗手术。

(4) 痔疮或肛周治疗手术(包括但不限于痔切除术、痔结扎术、痔注射术、肛乳头切除术等的痔疮或肛周治疗手术)。

(5) 扁桃体切除术。

(6) 卵巢囊肿导致的卵巢病损切除术、子宫肌瘤导致的子宫肌瘤切除术或子宫切除术。

(7) 阑尾手术(急性阑尾炎除外)。

(8) 疝修补术。

(9) 椎管减压术等椎间盘相关手术。

(10) 大隐静脉曲张手术。

(11) 浅表肿物切除术。

(12) 鼻中隔矫正术。

(13) 穿刺。

(14) 输注泵置入或取出等操作。

(15) 日间手术。

(16) 因既往疾病引起的并发症手术。

9.15 连续住院

指被保险人在同一指定医疗机构连续进行住院治疗且未办理出院手续，当办理出院手续后，则本次连续住院结束。

9.16 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征。

9.17 先天性畸形、变形或染色体异常

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

9.18 感染艾滋病病毒或患艾滋

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症，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。

9.19 高风险运动

指运动风险等级高、极易发生人身伤害的运动，包括潜水、滑水、滑雪、滑冰、跳伞、热气球运动、滑翔机、滑翔翼、滑翔伞、动力伞、攀岩运动、探险活动、武术比赛、摔跤比赛、特技表演、赛马、赛车、驾驶卡丁车、蹦极及保险单载明的其他运动。其中：

(1) **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，但穿着救生衣在水面进行的浮潜活动除外。

(2) **热气球运动**：指乘坐热气球升空飞行的体育活动。

(3) **攀岩活动**：指攀登悬崖、楼宇外墙、人造悬崖、冰崖、冰山等运动。

(4) **探险活动**：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、非固定路线徒步、徒步穿越沙漠或人迹罕至的原始森林等活动。

(5) **武术比赛**：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。

9.20 酒后驾驶

指经检测或者鉴定，发生事故时车辆驾驶人员每百毫升血液中的酒精含量达到或者超过一定的标准，公安机关交通管理部门依据《道路交通安全法》的规定认定为饮酒后驾驶或者醉酒后驾驶。

9.21 无有效驾驶证

被保险人存在下列情形之一：

(1) 无驾驶证或驾驶证有效期已届满；

(2) 驾驶的机动车与驾驶证载明的准驾车型不符；

(3) 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；

(4) 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；

(5) 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；

(6) 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。

9.22 无有效行驶证

发生保险事故时被保险人驾驶的机动车无公安机关交通管理部门、农机部门等政府管理部门核发的行驶证或号牌，或行驶证不在有效期内，或该机动车未按规定检验或检验不合格。

9.23 挂床住院

挂床住院指办理正式住院手续的被保险人，在住院期间每日非 24 小时在床、在院，包括在住院期间连续若干日无任何治疗，只发生护理费、诊疗费、床位费的情况。

9.24 保险费约定支付日

指保险合同生效日在每月的对应日。如果当月无对应的同一日，则以该月最后一日为对应日。如保险合同生效日为 2023 年 6 月 1 日，则次月的保险费约定支付日为 2023 年 7 月 1 日，以此类推，则最后一个月的保险费约定支付日为 2024

年5月1日。

9.25 不可抗力

指不能预见、不能避免并不能克服的客观情况。

9.26 保险金申请人

除另有约定外，本保险合同的保险金申请人是指被保险人本人。

9.27 现金价值

除另有约定外，按下述公式计算现金价值：

（1）若选择一次性交纳保险费， $\text{现金价值} = \text{净保费} \times (1 - m/n)$ ，其中，净保费为保险费扣除附加费用，附加费用为保险费乘以附加费用率， $\text{净保费} = \text{保险费} \times (1 - \text{附加费用率})$ ， 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。

（2）若选择分期交纳保险费， $\text{现金价值} = \text{当期净保费} \times (1 - m/n)$ ，其中，当期净保费为当期保险费扣除附加费用，附加费用为保险费乘以附加费用率， $\text{当期净保费} = \text{当期保险费} \times (1 - \text{附加费用率})$ ， m 为当期已生效天数， n 为当期天数，经过天数不足一天按一天计算。**未交纳当期保险费的，现金价值为零。**