

中国大地财产保险股份有限公司
个人住院医疗保险（2026 基础版，互联网专属）条款

【注册编号：C00001032512026041505273】

总则

第一条 本保险合同（以下简称“本合同”）由保险条款、投保单或者其他投保文件、保险单或者其他保险凭证、网络医疗机构名册、服务手册、附贴批单和其他有关书面约定构成。凡涉及本合同的约定，均应当采用书面形式。

第二条 具有完全民事行为能力的被保险人本人，对被保险人具有保险利益的其他自然人或者组织机构，可作为本保险的投保人。

第三条 投保时年龄在六周岁（含）至四十五周岁（含）之间，能正常工作、劳动或者生活，且投保前十二个月内在中华人民共和国境内（不含港澳台地区，以下简称“中国大陆”）居住满八个月的自然人，可作为主被保险人。

主被保险人的子女，投保时出生满一百八十日、未满六周岁且能够正常生活的，仅能作为附属被保险人。

投保时年龄在四十六周岁（含）至九十九周岁（含）之间的自然人，同时满足以下三个条件的，才可再作为本保险的主被保险人或者附属被保险人：

（一）非首次投保本保险（此前投保了与本保险保障相似的医疗保险，视同非首次投保本保险。下同）；

（二）上一个保险期间届满，由投保人重新向保险人投保本保险；

（三）本合同的保险期间与上一个保险合同的保险期间之间连续不间断。

主被保险人和附属被保险人统称或者泛称为“被保险人”，单称或者特称为“每一被保险人”“该被保险人”或者“被保险人本人”。

第四条 除法律另有规定或者本合同另有约定外，保险金受益人为被保险人本人。

第五条 保险卡作为被保险人在网络医疗机构享受直接付费服务的凭证。保险人委托第三方服务供应商（以下简称“服务供应商”）自本合同生效之日起十日内为每一被保险人发放保险卡，该保险卡将载明被保险人姓名、保险单号码、保险期间、免赔额、给付比例、网络医疗机构、理赔申请方式等有关信息。

第六条 除本合同另有约定外，本合同涉及的金额币别为人民币。

保障地域与医疗机构

第七条 本保险保障地域为中国大陆。保险人仅对被保险人在保险期间内于保障地域内保险人认可的医疗机构（以下简称“医疗机构”）发生的保险责任范围内的费用，按照本合同的约

定给付保险金。

医疗机构限于公立医院的普通部、特需部、VIP贵宾部和国际诊疗部（不含北京协和国际部、中日友好医院国际部、上海华山医院国际部），以及保险人指定的私立医疗机构。

因就诊医疗机构不具备治疗必需的药品、材料或者器械，被保险人凭主治医师开具的处方或者外购单，在院外保险人认可的药店或者医疗器械机构购买的费用，视同在医疗机构发生的费用。

保险责任

第八条 住院医疗保险责任

保险期间内，被保险人因遭受意外伤害或者经过九十日等待期后（免除等待期的不在此限）患疾病，因此在医疗机构接受医师推荐的、医学必需的住院治疗（日间医疗视同住院治疗，下同）而发生的、符合通常惯例水平的下列各项费用及与本次治疗相关的其他住院医疗费用（以下简称“住院医疗费用”），**保险人按照本保险条款“保险金计算和给付”的相应约定计算给付保险金：**

（一）住院住宿费，指不高于标准单人病房的床位费，以及由医疗机构提供并出具发票的膳食和营养配餐费。

保险人对每一被保险人发生的住院住宿费，每日给付的保险金以1,500元为限。

（二）加床费，指被保险人住院期间一名陪同人员陪同住院的陪床费。

保险人对每一被保险人发生的陪同人员加床费，每日给付的保险金以300元为限。

（三）重症监护病房费。

（四）急诊室费、手术室和恢复室费。

（五）输血、血浆、血浆扩容药物费以及相关费用。

（六）药品费、手术敷料费。

（七）医师诊疗费、手术医师费和麻醉师费。

（八）护理费。

（九）吸氧费。

（十）化验费。

（十一）检查费。其中，为治疗吞咽障碍，电子喉镜检查应当由语言治疗师实施。

（十二）被保险人作为受体接受器官、骨髓移植所发生的移植费。

（十三）治疗费，包括但不限于接受肾透析治疗、肿瘤电场疗法、肿瘤放射治疗、肿瘤化学治疗、物理治疗、职业疗法、肿瘤质子重离子放射治疗、肿瘤靶向疗法、肿瘤免疫疗法、肿瘤内

分泌疗法所发生的治疗费，以及接受由医师或者呼吸治疗师实施的呼吸治疗所发生的治疗费。其中，被保险人住院接受物理治疗、职业疗法应当满足以下全部条件：

1. 治疗由具有相应医疗资质的专业医师实施。

2. 该项治疗须是医师书面治疗计划的一部分，且满足下列全部条件：

（1）在合理的、可预测的时间内症状缓解。

（2）疗法复杂或者被保险人病症使得只有医师（包括注册物理治疗师、职业医师）才能安全、有效实施。

（十四）耐用医疗设备购买或者租赁费用，指主治医师医嘱要求的、满足基本医疗需要的康复设备、矫形支具和其他耐用医疗设备购买或者租赁的费用，以及随后修理、更换的费用。被保险人因癌症接受乳房切除术的，其双侧义乳及可置入义乳的胸衣费用也属于保险责任范围。

康复设备和矫形支具包括但不限于腿、臂、背和颈支具，人造腿、臂、眼。

保险人对每一被保险人发生的耐用医疗设备购买或者租赁费用，累计给付的保险金以2,000元为限。

（十五）康复治疗费用，指被保险人因接受手术、放疗、化疗等治疗行为，直接导致身体功能障碍后，在康复医师指导下，为改善该功能障碍、恢复身体正常功能所发生的、符合医学规范的专业康复治疗费用（不包含康复设备购买、租赁、修理及更换费用）。

（十六）常规住院津贴费用，指被保险人在公立医院住院接受治疗的，保险人按照“被保险人实际住院日数×200元”计算得到的常规住院津贴费用，纳入住院费用计算的住院日数，累计不超过十日。

（十七）救护车费用，指在紧急情况下，出于医学必需以专业救护车将被保险人运送至医疗机构，由此发生的紧急医疗运送费用。

第九条 特殊门诊医疗保险责任

保险期间内，被保险人因遭受意外伤害或者经过九十日等待期后（免除等待期的不在此限）患疾病，因此在医疗机构接受医师推荐的、医学必需的特殊门诊治疗而发生的、符合通常惯例水平的下列各项医疗费用（以下简称“特殊门诊医疗费用”），保险人按照本保险条款“保险金计算和给付”的相应约定计算给付保险金：

（一）与门诊手术相关的医师诊疗费、检查费、治疗费、手术材料费、药品费、麻醉师和助理麻醉师费。保险人对每一被保险人发生的该类费用，累计给付的保险金以20,000元为限。

（二）入院前后七日内（含入院和出院当日），被保险人由于该次住院相同原因接受门诊检查或治疗所发生的医师诊疗费、检查费、化验费、药品费和康复治疗费用。

（三）接受门诊肾透析治疗所发生的医疗费用。

（四）因恶性肿瘤接受特定门诊治疗或者基因检测所发生的医疗费用，具体治疗方式包括肿瘤电场疗法、肿瘤化学治疗、肿瘤放射治疗、肿瘤免疫疗法、肿瘤内分泌疗法、肿瘤靶向疗法（包

含靶向用药前基因检测）和肿瘤质子重离子放射治疗。

（五）接受器官移植后的门诊抗排异治疗所发生的医疗费用。

责任免除

第十条 由于下列任何原因发生的费用，保险人不承担给付保险金的责任：

（一）投保人对被保险人的故意杀害、伤害。

（二）被保险人自致伤害或自杀，但被保险人自致伤害或自杀时为无民事行为能力的不受此限。

（三）被保险人故意实施犯罪行为或者抗拒依法采取的刑事强制措施，因挑衅或者故意行为引发争执、打斗进而遭受攻击、伤害、杀害。

（四）首次投保前或者非连续投保本保险前被保险人所患的既往症及其并发症，但投保时本合同明确予以承保的除外。

（五）先天性疾病和症状。

（六）视觉相关的治疗及其并发症，包括但不限于激光角膜切开术，准分子激光原位角膜磨镶术，老视，屈光不正（近视、远视、散光）校正手术。

（七）仅为改善或者提高目前身体状况（包括但不限于中医调理）而发生的非医学必需的选择性手术、治疗及其并发症。

（八）美容、整容、非医学必需的整形及其并发症，包括以美容为目的牙齿处理，接受义齿、高嵌体、种植牙、贴面等相关操作，丰胸或者缩胸手术及其并发症。

（九）未表现出可疑细胞行为（如近期大小、形状、颜色发生改变）的良性皮肤损害（包括但不限于黄褐斑、皮肤白斑、色素沉着）的治疗、祛除，接受蜘蛛脉、除瘢痕疙瘩型外的其他瘢痕、纹身去除、皮肤变色等以美容为主要目的的皮肤外观改善类治疗，跗骨、跖骨治疗（但有关骨外露、肌腱或者韧带的手术不在此限）及其并发症。

（十）脱发治疗及其并发症，包括但不限于男性型脱发或者其他种类秃发的治疗，以激光、电解、蜡或者其他方法祛除毛发，发生男性型脱发、女性与年龄相关脱发、疾病或者意外伤害导致的脱发等情形时的头发移植。

（十一）戒烟治疗及其并发症，为减肥接受的治疗、咨询、饮食，单纯性肥胖和病理性肥胖（包括但不限于胃旁路术、胃球置放术、胃分隔术、空肠回肠旁路术）及其并发症。

（十二）不孕不育症检查、治疗及其并发症，孕前准备、检查、治疗及其并发症，助孕（包括但不限于受胎药、不孕不育症药、人工授精、试管授精、配子输卵管内移植、受精卵输卵管植入术、代理怀孕）及与此相关的妊娠并发症，男女生育控制、输精管切除术和绝育术、男性或者女性绝育恢复手术，性别转换症，性障碍治疗，出于提高性功能的相关治疗和药物（包括伟哥）。

（十三）与生育相关的治疗及其并发症，包括但不限于怀孕、流产、生育前培训、分娩、产后复查、产后盆底肌修复。

（十四）生长激素治疗及其并发症，但经保险人审核通过的医学必需的不在此限。

(十五) 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) 确定的精神和行为障碍, 以及未达到上述疾病诊断标准的一般心理问题咨询、心理疏导与相关治疗。

(十六) 吸食或注射毒品、药物滥用、酒精滥用(但酒精过敏、误服酒精除外) 或者其他成瘾物引起的伤害或者疾病, 以及前述相关戒断治疗及其并发症。

(十七) 使用违反当地法律的疫苗和药物、非医师处方要求药物或者非医师处方要求用量引起的伤害或者疾病及其并发症。

(十八) 由下列活动引起的伤害: 1. 参加或者受训职业体育运动、高风险运动; 2. 战争和恐怖活动, 放射材料辐射或者核燃料燃烧; 3. 无必要但主动置身于风险, 但抢救他人生命情形不在此限。

(十九) 承保时保险人与投保人约定除外的疾病和症状。

(二十) 接受功能医学检测(包括但不限于全套个性化营养评估、抗氧化维生素分析、氧化压力分析、营养与毒性元素分析、肠道免疫功能分析、过敏原检查、食物不耐受检测、胰岛素生长因子结合蛋白、微量元素检测、分子检测及基因检测), 免疫接种。

(二十一) 由于健康原因被医师建议不宜旅行, 但依然执意旅行而发生的伤害或者出现的病症。

第十一条 在下列情形下发生的费用, 保险人不承担给付保险金的责任:

(一) 药品、治疗、检查和医疗服务未获得就诊地相关监管机关审批通过或者不符合就诊地法律法规规定的。

(二) 接受试验性治疗或者未通过临床评价的医疗服务的。

(三) 未经被保险人医师推荐而自行接受治疗的, 但紧急情况下被保险人医师完全了解相应治疗后同意如此治疗的不在此限。

(四) 接受静养疗法、监护及家居照料的。

(五) 为休息、观察而接受环境疗法的。

(六) 在护理机构、疗养机构、养老院、居家服务机构、互联网医院、酒精或者药物滥用看护机构及其他类似目的的机构接受服务或者治疗的。

(七) 医疗机构已实际成为被保险人住所或者常住处所的。

(八) 非医学必需情况下, 接受白癜风、浅表静脉曲张治疗的。

(九) 入住观察室、家庭病床期间或者挂床住院期间。

第十二条 下列任何费用, 保险人不承担给付保险金的责任:

(一) 保险期间届满后发生的费用, 但按疗程将在保险期间届满之日起三十日内服用的处方药品费不受此限。

(二) 代诊费用, 无原始发票的费用, 电话咨询费, 没有按时就诊的预约费用, 不在医疗机构执业范围的医疗服务费用, 不符合专业认可标准或者非为进行适当治疗所发生的医疗服务费用, 非医学必需的费用, 超过通常惯例水平的费用。

(三) 为个人舒适或者方便而发生的费用, 包括但不限于看电视、打扫房屋、提供访客膳食和住宿、拨打电话、购买或者

租赁家庭设备。

(四) 购买非药品准字号的药品、其他制品(包括但不限于保健品、膳食补充剂、药妆、戒烟药物、食欲抑制剂、头发再生药物、抗光老化药物、美容用品、大剂量维生素、维他命、健康滋补类中草药(包括但不限于: 1. 单味或者复方中药饮片及药材: 鹿茸、猴枣、狗宝、海马、海龙、玛瑙、玳瑁、冬虫夏草、马宝、牛黄、珊瑚、麝香、羚羊角尖粉、犀角、燕窝、人参(生晒参除外), 以及可以药用的动物脏器(鸡内金除外)和胎盘、鞭、尾、筋、骨; 2. 单味使用的中药饮片及药材: 阿胶、阿胶珠、鹿角胶、鳖甲胶、三七、龟鹿二仙胶、龟板胶、藏红花、生晒参、羚羊角粉; 3. 以上所列药品包括生药及炮制后的饮片及药材、中药敷贴、中药熏蒸、膏方, 中草药代加工成粉剂、药丸、胶囊、胶剂以及其他制剂。)) 所发生的费用, 但本合同另有约定的不在此限。

(五) 器官移植供体费用、器官来源费用、器官低温储藏费用。

(六) 与基因咨询、筛查(不含靶向用药前基因检测费用)、检查和治疗相关的费用, 接受智能测试、教育测试、家庭心理咨询所发生的费用, 接受超出合理心理缺陷或者心理发育迟缓评估、诊断周期的医疗服务所发生的费用。

(七) 购买矫正鞋以及其他脚支撑器材(包括但不限于足弓支撑器、矫正器或者其他预防性的服务或者器材)所发生的费用, 用于治疗弱足、畸形足、不稳足、扁平足或者足弓塌陷的器材所发生的费用, 以及接受常规足部护理(包括修足, 去除鸡眼、老茧或者其他病变, 修剪指甲及其他非由疾病或者伤害造成的足部护理)所发生的费用。

(八) 当地政府为了防止传染病扩散蔓延, 被保险人在被要求进行医学隔离观察等强制性措施期间发生的与治疗不相关的检查检测费、食宿费、服务费和运送费。

(九) 定制或者改造交通工具所发生的费用, 购买自动轮椅或者自动床、舒适设备(如电话托臂和床上多用桌)、空气质量或者温度调控设备(如空调、湿度调节器、除湿器和空气净化器)、太阳能或者加热灯、加热垫、坐浴盆、盥洗凳、浴缸凳、桑拿浴、升降机、涡流按摩浴、健身器材及其他类似设备所发生的费用, 太阳镜及相关配件的费用。

(十) 购买非(食)药监械字号医疗器械、助听器、人工耳蜗、血压计、体温计、听诊器及其他类似设备所发生的费用。

(十一) 购买或者租赁非手术所必需的假体、矫正器具或者相似的器具所发生的费用。

(十二) 接受医疗鉴定所发生的费用, 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。

(十三) 体检费用, 出于行政或者管理事务目的(包括但不限于与投保保险、招聘、入学或者运动相关的体格检查)接受的检查费用, 牙科医疗及其他相关费用。

保险金额和保险费

第十三条 每一被保险人的保险金额由投保人在投保时选

择，并载明于本合同中。

第十四条 保险费由保险人在承保时根据适用的保险费率计算确定。

保险期间、等待期和犹豫期

第十五条 本合同保险期间为一年，具体起讫时间由投保人与保险人协商确定，并载明于本合同中。

第十六条 除本合同另有约定外，同时满足以下三项条件的被保险人，免除等待期：

（一）非首次投保本保险；

（二）上一个保险期间届满，由投保人重新向保险人投保本保险；

（三）本合同的保险期间与上一个保险合同的保险期间之间连续不间断。

第十七条 除法律另有规定或者本合同另有约定外，自本合同生效之日零时起10日为犹豫期。投保人在此期间若认为本保险不符合需求或预期，可以书面通知保险人解除本合同。自保险人收到投保人解除合同的书面通知之时起，本合同即被解除，对本合同解除前发生的保险事故，保险人不承担给付保险金的责任，但应无息退还投保人所支付的全部保险费。

免赔额和给付比例

第十八条 免赔额由投保人与保险人协商确定，并载明于本合同中。未在本合同中载明的，免赔额为10,000元。

第十九条 给付比例由投保人与保险人协商确定，并载明于本合同中。未在本合同中载明的，给付比例为100%。

被保险人未遵守本保险条款“医疗机构服务网络和事先授权”有关事先授权的约定，未经服务供应商书面审核通过，自行接受治疗的，给付比例为前款约定的给付比例的50%。

保险人义务

第二十条 保险人同意承保的，应当及时向投保人签发保险单或者其他保险凭证。

第二十一条 保险人认为保险金申请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保险金申请人补充提供。

第二十二条 保险人收到保险金申请人提供的本保险条款“保险金申请”部分约定的保险金申请证明和资料后，应当及时作出核定；情形复杂的，应当在三十日内作出核定。

保险人应当将核定结果通知保险金申请人；对属于保险责任的，在与保险金申请人达成给付保险金的协议后十日内，履行给付保险金的义务。保险人按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保险金申请人发出拒

绝给付保险金通知书，并说明理由。

第二十三条 保险人自收到保险金申请人提供的本保险条款“保险金申请”部分约定的保险金申请证明和资料之日起六十日内，对其给付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给付；保险人最终确定给付保险金的数额后，应当给付相应的差额。

投保人、被保险人义务

第二十四条 本合同保险费支付方式由投保人和保险人在投保时约定，并载明于本合同中。

若投保人选择一次性支付保险费，**投保人应当在订立本合同时一次交清保险费，保险费交清前，本合同不生效。**

若投保人选择分期支付保险费，需取得保险人同意，并在本合同中载明保险费分期支付的方式，且每期支付金额应保持一致。**投保人未支付首期保险费的，本合同不生效。**在支付首期保险费后，投保人应当在约定的各分期保险费支付日结束前支付其余各当期保险费。投保人未按约定支付当期保险费的，除本合同另有约定外，保险人允许投保人在催告之日起三十日内补交保险费；在此催告期间被保险人发生保险事故的，保险人仍按照本合同约定给付保险金，但可以扣减欠交的保险费；**在此催告期间届满时投保人仍未交清当期保险费的，保险人有权解除本合同。**

第二十五条 订立本合同，保险人就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，保险人有权解除本合同。

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，保险人对于本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，保险人对于本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。

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

第二十六条 在保险期间内，发生下列三种情形的，投保人可申请变更被保险人，保险人按照下列约定予以受理：

（一）由于投保人的婚姻状态发生变化（指投保人依法登记结婚、离婚，或配偶身故导致婚姻关系终止，下同）需要增加被保险人的，投保人应当在婚姻状态发生改变之日起三十日内书面通知保险人，经保险人同意并按日加收保险费后，保险人自通知书载明的起始日期（**不得早于婚姻状态变化之日**）零时开始对增加的被保险人承担保险责任。**投保人未在上述约定的时间内通知保险人的，本合同在本保险期间内无法加保被保险人。**

（二）由于投保人的婚姻状态发生变化或者其他原因需要减少被保险人的，投保人应当在十日内书面通知保险人，并向保险

人退还保险卡。保险人自收到通知书之日的次日零时或者通知书载明的终止时间（以较晚者为准）起终止对相应被保险人的保险责任，并相应退还未满期净保险费。但**保险人已根据本合同约定给付保险金或已发生本合同约定的保险事故但尚未给付保险金的，不退还未满期净保险费。**

（三）由于投保人在保险期间内生育婴儿需要增加被保险人，且投保人在该婴儿出生后一百八十日内通知保险人的，经保险人同意并按日加收保险费后，保险人自该婴儿出生后第一百八十一日零时起对其承担保险责任；投保人在该婴儿出生满一百八十日后通知保险人的，经保险人同意并按日加收保险费后，保险人自接到通知书之日的次日零时或者通知书载明的起始时间（以较晚者为准）起对该婴儿承担保险责任。

第二十七条 投保人、被保险人或者受益人知道保险事故发生后，应当及时通知保险人。**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，不承担给付保险金的责任，**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不在此限。

前款约定的未及时通知，不包括因不可抗力而导致的通知迟延。

第二十八条 投保人住所或者通讯地址变更时，应当及时以书面形式通知保险人。投保人未及时通知的，保险人按照本合同所载的最后住所或者通讯地址发送有关通知或者其他文件，均视为正确送达。

医疗机构服务网络和事先授权

第二十九条 保险人委托服务供应商建立了医疗机构服务网络，并将定期或者不定期向投保人和被保险人通报，被保险人也可登陆保险人指定的互联网站或者致电查询网络医疗机构名单。在保障被保险人就医合法就医权益前提下，服务供应商有权要求被保险人优先在网络医疗机构内接受治疗，被保险人应当予以配合。

被保险人在网络医疗机构接受治疗，对其发生的不属保险责任范围、应当由其个人负担但医疗机构未向其本人收取的医疗费用，保险金受益人在接到保险人或者其授权机构通知后，保险金受益人应当在三十日内退还相应款项；未在三十日内退还相应款项的，保险人有权向其追讨。

第三十条 被保险人发生下列事项前，应当在预定开始治疗日期前至少五个工作日向服务供应商提交事先授权申请表：

（一）住院治疗；

（二）肿瘤电场疗法、肿瘤化学治疗、肿瘤放射治疗、肿瘤靶向疗法（含靶向用药前基因检测）、肿瘤内分泌疗法、肿瘤免疫疗法、肿瘤质子重离子放射治疗，门诊肾透析，器官移植后的门诊抗排异治疗，以及需全身麻醉的门诊手术；

（三）购买或者租用非一次性耐用医疗设备，包括但不限于胰岛素泵及其配套器械；

（四）购买每剂超过8,000元的药剂。

服务供应商接到被保险人的事先授权申请后，在申请资料和

医学证明材料完整的情况下，应当在收齐材料之日起三个工作日内出具书面审核意见。

发生紧急情况时，被保险人可在就近的医疗机构先行接受治疗，但应当在开始接受治疗后四十八小时内通知服务供应商。服务供应商将对该次治疗是否属紧急情况予以审核。

保险金申请

第三十一条 保险金申请方式任选如下一种：

（一）直接支付免申请

被保险人申请事先授权并经服务供应商书面审核通过，且在网络医疗机构接受治疗的，服务供应商受保险人委托，将根据本合同约定应向保险金申请人给付的保险金直接支付给医疗机构，保险金申请人无需额外进行保险金申请。

（二）事后申请

被保险人事后申请理赔的，保险金申请人向保险人请求给付保险金时，应当提交下列证明和资料：

1. 保险金给付申请表；

2. 保险单或者其他保险凭证、批单；

3. 保险金申请人的身份证明，若保险金申请人系受托申请，还应当提供授权委托书和授权委托人的身份证明；

4. 医疗机构出具的医疗费用原始收据及明细、诊断证明、病历、出院小结，若使用基本医保身份结算医疗费用，还应提供基本医保结算单；

5. 投保人、被保险人或者受益人所能提供的与确认保险事故性质、原因或者损失程度等有关的其他证明和资料。

保险金申请人未能提供有关证明和资料，导致保险人无法核实保险事故的性质、原因、损失程度的，保险人对无法核实部分不承担给付保险金的责任。

第三十二条 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。

保险金计算和给付

第三十三条 对于被保险人就诊所发生的大于免赔额的住院医疗费用和特殊门诊医疗费用的总和（以下统称“医疗费用”），保险人按照以下公式计算保险金：

保险金=（医疗费用-免赔额）×给付比例

对于被保险人就诊所发生的小于等于免赔额的医疗费用，保险人不给付保险金，但用于扣减免赔额。

免赔额是动态递减的，应从中扣减掉已发生但不给付保险金的、用于扣减免赔额的医疗费用金额，以及既往计算给付保险金时已扣减的免赔额金额。当免赔额递减至零元时，保险人计算保险金时不再扣减免赔额。

第三十四条 本保险为费用补偿型医疗保险。如果被保险人已从其他途径（包括社会基本医疗保险、公费医疗、政府主办的补充医疗保险、工作单位、医疗救助或者除本保险外的任何商业保险等途径）取得补偿，保险人按照上述约定计算并给付的保险

金最高不超过被保险人实际发生的属于本保险责任范围内的费用扣除其已获得补偿后的余额。

第三十五条 本合同载明了单项费用给付限额的，保险人在本合同项下针对每一被保险人累计给付的该项费用保险金，以载明的该项费用给付限额为上限，当达到该给付限额时，保险人不再承担给付该项费用保险金的责任。

保险人在本合同项下针对每一被保险人累计给付的各项费用保险金，以本合同约定的保险金额为上限，当达到该保险金额时，本合同约定的该被保险人的保险责任终止。

年龄的计算及年龄错误的处理

第三十六条 被保险人的投保年龄以周岁计算。

第三十七条 投保人在投保时，应当如实告知被保险人的年龄。若被保险人年龄发生错误，按照下列约定办理：

（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条款第三条所约定条件的，保险人有权解除本合同，并向投保人退还相应的现金价值，投保人因此将遭受相应损失；

（二）投保人申报的被保险人年龄不真实，致使投保人实交保险费少于应交保险费的，保险人有权更正并要求投保人补交保险费，或者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，致使投保人实交保险费多于应交保险费的，保险人应当退还多收的保险费。

保险合同的变更与解除

第三十八条 除本合同另有约定外，投保人和保险人双方经协商同意，在不违反法律和监管规定的前提下，可变更本合同的有关内容，在保险单或者其他保险凭证上加以批注或者附贴批单后生效，或者在订立合同变更书面协议后生效。

第三十九条 除法律另有规定或者本合同另有约定外，投保人可以书面形式通知保险人解除本合同。保险人根据本合同的约定已给付保险金，或者已发生本合同约定的保险事故但是尚未给付保险金的，投保人不得解除本合同，除非受益人放弃保险金请求权。

投保人解除本合同时，应当提供下列证明和资料：

- （一）解除合同通知书；
- （二）保险单或者其他保险凭证、批单；
- （三）投保人身份证明；
- （四）保险费发票或者收据；
- （五）保险人合理要求的其他有关证明和资料。

本合同的效力至保险人收到解除合同通知书之日二十四时或者通知书上载明的合同终止时间（以后发生者为准）终止。自收到前款约定的证明和资料之日起三十日内，保险人退还相应的现金价值，投保人因此将遭受相应损失。

健康管理服务

第四十条 保险人在依法合规的前提下，可以委托第三方健康管理服务机构为被保险人提供健康咨询、就医服务等健康管理服务。具体健康管理服务内容以本合同《服务手册》约定的为准。

不保证续保

第四十一条 本合同为不保证续保合同。本合同保险期间届满，投保人可重新向保险人投保本保险，经保险人同意，交纳保险费，获得新的保险合同。但本保险不保证续保。

争议处理与法律适用

第四十二条 因履行本合同发生的争议，由当事人协商解决。协商不成的，提交本合同载明的仲裁机构仲裁；本合同未载明仲裁机构且争议发生后未达成仲裁协议的，依法向中华人民共和国人民法院起诉。

第四十三条 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）。

释义

医疗机构：指被接受医疗服务所在地国家或者地区当地法律或者政府认可的、有常驻执业医师、执业护士，提供住院、门诊、急诊医疗服务的机构。

周岁：指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。自出生之日起为零周岁，每经过一年增加一岁，不足一年的部分不计。

子女：指与主被保险人存在父母-子女关系的婚生或者非婚生子女、养子女和扶养关系的继子女。

免赔额：指保险期间内被保险人发生的保险责任范围内的费用中由被保险人自行负担的金额，保险人对此不负责给付保险金。

保险人认可的药店或者医疗器械机构：指在中国大陆依法取得《药品经营许可证》或者《医疗器械经营企业许可证》的机构。

住院：指经医生诊断必须住院治疗，正式办理入院手续，并实际入住医疗机构正式病房以接受治疗的行为过程，必须连续留院二十四小时以上（含）且由医疗机构收取病房或者床位费用。因非医疗目的自行离开病房十二小时以上（含）的，视为自动出院。

门诊：指以除占用病床方式外的其他方式在医疗机构接受的治疗。

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。

等待期：指自保险期间开始之日起连续计算的一段时间，在此期间内发生事故的，保险人不承担给付保险金的责任。本合同项下中途新增被保险人的，该被保险人的等待期自批单记载的该被保险人保险期间开始之日起算。

医师：指具有医疗职业资格的任何人员，包括内科医师、全科医师、专业医师、医学顾问，以及其他任何在相应准许和训练范围内从事医疗服务的人员，不包括实习人员、在训人员。

医学必需：指被保险人接受、使用的治疗、服务、器械或者服用的药品符合以下条件：

（一）医师医嘱要求且对治疗被保险人疾病或者伤害合适且必需。

（二）与接受治疗当地普遍接受的医疗专业实践标准一致。

（三）非为了个人舒适或者为了被保险人父母、家庭、医师或者其他医疗提供方的方便。

（四）最恰当、合适水平。住院接受治疗时，无法以门诊的方式对相应疾病和症状提供安全的医疗，且当前病症处于急性或者亚急性状态需要持续接受治疗、专业护理或者康复治疗。**主要出于接受慢性病治疗、长期看护、喘息照护、慢性病维持、协助从事日常生活活动目的而住院，以及非急性或者亚急性状态下的持续治疗、专业护理，不属医学必需。**

（五）非患者学术教育或者职业培训的一部分或者与之相关。

（六）非试验性或者研究性。该治疗手段如获当地国家政府法律批准通过的，在当地国家就诊手术发生的费用，且并未在责任免除中列出的。

急性指疾病病程短、病情相对严重（特别是严重急性病或者外伤），需要短期治疗。

亚急性指病情具有急性病一些特征，处于急性和慢性之间。

慢性病指满足下列条件之一的伤害、疾病或者症状：

（一）持续接受三个月以上（含）的医学必需的治疗；

（二）预期病程长久且无可合理预计的康复日期，可能复发、需要连续或者定期护理。

喘息照护指出于减轻患慢性或者终末期疾病病人护理提供者负担目的，病人住院接受的照料和护理。

日常生活活动指与个人生活自理基本行为相关的活动，包括但不限于行走、个人卫生、睡眠、如厕（控制大小便的能力）、穿衣、做饭、进食、上下床。

日间医疗：指医疗机构在保障医疗质量安全前提下，为患者提供二十四小时内完成住院全流程诊疗服务的医疗服务模式。

符合通常惯例水平：指医疗费用满足以下两者中较低者：

（一）提供相应医疗服务的医疗机构对该医疗服务通常收费水平。同一地区（以邮政编码为准）其他医疗机构对居住在该地区的、病情性质和严重程度类似的人员提供同样医疗服务的平均收费水平。

（二）若某医疗服务在当地区不常见或者仅当地区少数医疗机构能够提供，保险人将参考下列因素确定通常惯例水平的医疗费用：治疗复杂性，治疗必要的专业程度，必要的医疗专业类型，相应医疗机构提供的医疗服务范围和种类，其他地区通常的收费水平。这里，地区指根据普遍认可的国际标准为取得类似医疗机构或者类似医疗服务平均水平所必要的地域范围，可为一个城市、国家或者更广的地域。

护理：指用于在一定程度上治疗或者减缓病症，医师医嘱要求的、仅专业护士才能提供的护理。

专业护士指国家护士注册机构护士登记名册中登记在案的

护士。

肿瘤电场疗法：指针对恶性肿瘤的物理治疗。电场疗法是利用特定频率的低强度交变电场，通过贴附于体表的电极贴片作用于肿瘤部位，以干扰肿瘤细胞有丝分裂过程，从而抑制肿瘤生长或诱导其凋亡的治疗方法。

肿瘤放射治疗：指针对恶性肿瘤的放射治疗。放射治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，在医疗机构的专门科室进行的放疗。

肿瘤化学治疗：指针对恶性肿瘤的化学治疗。化学治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，在医疗机构进行的静脉注射化疗。

物理治疗：指由具有相应医疗职业资格的专业医师实施的、应用人工物理因子（如光、电、磁、声、温热、寒冷、力等）来治疗疾病，包括电疗、光疗、磁疗、热疗、冷疗、水疗，超声波疗法以及功能训练和手法治疗，**但不包括泥疗、蜡敷治疗、气泡浴与药物浸浴治疗。**

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，将药物或者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。本合同所指的靶向治疗药物需符合法律、法规要求并经过国家药品监督管理局批准用于临床治疗。

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需符合法律、法规要求并经过国家药品监督管理局批准用于临床治疗。

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，杀死癌细胞或者抑制癌细胞的生长。本合同所指的内分泌疗法需符合法律、法规要求并经过国家药品监督管理局批准用于临床治疗。

肿瘤质子重离子放射治疗：指在国家卫生健康委员会批准设立的质子/重离子治疗中心接受的，以治疗恶性肿瘤为目的，利用同步加速器将质子或碳离子加速至接近光速，通过布拉格峰效应精准照射肿瘤病灶的外照射放射治疗。**本合同所指质子重离子放射治疗，不包括普通光子放疗、伽马刀、射波刀、托姆刀、中子治疗及其他非质子/重离子类放射治疗技术。**

实际住院日数：指保险期间内每次住院自入院之日起至出院前一日止期间的日数之和，**不包括未经办理出院手续擅自离院的日数。**

紧急医疗：指针对突然发生的、为避免严重终身伤害或者死亡须立即接受药物或者手术治疗的状况，被保险人立即或者因不可抗力因素在症状发作后二十四小时内开始接受的相应医疗。**紧急医疗不包括：**

(一)以接受治疗为目的或者违背医嘱前往中国大陆以外地区期间发生的任何医疗；

(二)常规医疗；

(三)可以推迟至被保险人返回中国大陆后接受的医疗；

(四)被保险人事先计划好的治疗；

(五)因被保险人已知或者应该知道的情形而发生的治疗；

(六)妊娠、分娩及相关病症。

既往症：指在本合同生效日之前被保险人已患且已知晓的疾病。通常包括但不限于有以下情况：

(一)本合同生效前，医师已有明确诊断，长期治疗未间断；

(二)本合同生效前，医师已有明确诊断，治疗后症状未完全消失，有间断用药情况；

(三)本合同生效前，医师已有明确诊断，但未予治疗。

并发症：一种并发症是指一种疾病在发展过程中引起另一种疾病或者症状的发生，后者即为前者的并发症；另一种并发症是指在诊疗护理过程中，病人由患一种疾病合并发生了与这种疾病有关的另一种或者几种疾病。

先天性疾病和症状：指由于基因因素、先天性新陈代谢异常或者其他因素导致的、出生时即存在的遗传性疾病和症状、出生缺陷、身体残疾、智障等发育不完全正常的疾病和症状，这些疾病和症状可能在出生时显现或者在出生后逐步显现，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。

遗传性疾病指生殖细胞或者受精卵的遗传物质(染色体和基因)发生突变(或者畸变)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。

生育控制：包括但不限于输精管切除术和绝育术，男性或者女性绝育恢复手术，伟哥，以及其他用于提高性功能的药物费。

毒品：指鸦片、海洛因、甲基苯丙胺(冰毒)、吗啡、大麻、可卡因以及国家规定管制的其它能够使人形成瘾癖的麻醉药品和精神药品。

药物滥用：指反复、大量服用具有依赖性特性或者依赖性潜力的药品、物质或者溶剂。严格遵守医嘱服用处方药物导致上述情况不在此限。

高风险运动：指各种危险性较高、技巧与体能需求较高的运动项目。包括：滑翔翼、跳伞、海拔六千米以上(含)的户外运动、十八米深以上(含)的潜水、悬崖跳水、徒步穿越无人区(沙漠、戈壁等)、远海漂流、蹦极、野外攀岩、跑酷等。

战争：包括入侵、内战、敌对国家行为、叛乱、革命、武装叛变、武装夺权、战争武器爆炸等。类似战争的行为视为战争。

恐怖活动：指恐怖主义性质的下列行为：

(一)组织、策划、准备实施、实施造成或者意图造成人员伤亡、重大财产损失、公共设施损坏、社会秩序混乱等严重社会危害的活动；

(二)宣扬恐怖主义，煽动实施恐怖活动，或者非法持有宣扬恐怖主义的物品，强制他人在公共场所穿戴宣扬恐怖主义的服饰、标志；

(三)组织、领导、参加恐怖活动组织；

(四)为恐怖活动组织、恐怖活动人员、实施恐怖活动或者恐怖活动培训提供信息、资金、物资、劳务、技术、场所等支持、协助、便利；

(五)其他恐怖活动。

监护：包括以下情形：

(一)对其治疗医师认为已达到最大限度康复但仍存在身体或者智力残疾人员提供的床位、护理等服务；

(二)对预计医疗或者手术已不能使其在医疗机构外生活人员提供的床位、护理等服务；

(三)修养疗法、喘息照护，以及家庭成员提供的家庭看护。

挂床住院：指办理正式入院手续的人员，在住院期间每日非二十四小时在床、在院，或者在住院期间连续三日以上(含)未产生治疗费。

保险金申请人：指受益人、被保险人的继承人或者依法享有保险金请求权的其他人。

未满期净保险费：除本合同另有约定外，每一被保险人未满期净保险费=该被保险人保险费×(1-35%)×[1-(对该被保险人保险责任已经过日数/该被保险人保险期间日数)]。已经过日数不足一日的，按一日计算。

不可抗力：指不能预见、不能避免并不能克服的客观情况。

社会基本医疗保险：指中国的基本医疗保障，包括城镇职工基本医疗保险、城乡居民基本医疗保险(未实行城乡统筹的地区，分别为城镇居民基本医疗保险、新型农村合作医疗)。

公费医疗：指国家通过医疗卫生部门向享受人员提供的制度规定范围内的免费医疗预防，是国家为保障享受人员身体健康而设立的一种社会保障制度。

政府主办的补充医疗保险：指《国家医保局财政部关于建立医疗保障待遇清单制度的意见》(医保发〔2021〕5号)中规定的补充医疗保险，包括城乡居民大病保险、职工大额医疗费用补助(含部分省份的职工大病保险)和公务员医疗补助。

现金价值：若选择一次性支付保险费，现金价值=净保险费×(1-m/n)，其中，m为已生效日数，n为保险期间的日数，已生效日数亦即保险责任期间已经过日数(不足一日的按一日计算)，除本合同另有约定外，净保险费=保费×(1-35%)；若选择分期支付保险费，现金价值=当期净保险费×(1-m/n)，其中，m为当期已生效日数，n为保险期间的当期日数，当期已生效日数亦即保险责任期间当期已经过日数(不足一日的按一日计算)，除本合同另有约定外，当期净保险费=当期保费×(1-35%)。