

**众安在线财产保险股份有限公司**  
**个人高端医疗保险条款（A款）**  
**（众安在线）（备-医疗保险）【2016】（主）049号**

**第一部分 总则**

**第一条 保险合同构成**

本保险合同（以下简称“本合同”）由保险条款、**投保单**（释义见 7.1）、**保险单**（释义见 7.2）或其他保险凭证、**批单**（释义见 7.3）组成。凡涉及本保险合同的约定，均应采用书面形式。

**第二条 保险合同成立与生效**

投保人提出保险申请、**保险人**（释义见 7.4）同意承保，本合同成立。

本合同自保险人同意承保、收取保险费并签发保险单开始生效，具体生效日以保险单所载的日期为准。

**第三条 被保险人**

年龄在 18 至 65 周岁（释义见 7.5）之间、身体健康、能正常工作或正常生活自然人可作为本合同的**主被保险人**（释义见 7.6）。

经保险人同意，并在保险合同中约定，主被保险人的身体健康的**配偶**（释义见 7.7）、**子女**（释义见 7.8）可作为本合同的附属被保险人。

经保险人同意，年龄在出生后满 30 天（且健康出院）至 17 周岁之间、身体健康的未成年人，亦可独立作为本合同的主被保险人。

主被保险人和附属被保险人统称为被保险人。

每一保险合同，根据不同的附属被保险人，其保障计划可以分为单人保障计划、双人保障计划、家庭保障计划（父母及子女），其中双人保障计划为主被保险人加 1 名配偶或者子女，家庭保障计划是主被保险人加配偶并再加至少 1 名子女。

**第四条 投保人**

具有完全民事行为能力的被保险人本人和对被保险人有保险利益的其他人可作为投保人。

被保险人为限制民事行为能力人的，应为其监护人作为投保人。被保险人不满 18 周岁的，应为其父母作为投保人。

**第五条 受益人**

除另有约定外，本合同保险金的受益人为被保险人本人。

**第六条 明确说明**

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会在投保单、保险单或者其他保险凭证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者口头形式向投保人作出明确说明。

**第二部分 保障内容**

**第七条 承保区域**

本合同提供的**承保区域**（释义见 7.9）仅限于中华人民共和国境内（不含港澳台地区）的**医院**（释义 7.10）（包括特需、特诊病区和国际医疗部）。附属被保险人的承保区域必须等同于或小于主被保险人的承保区域。

对于被保险人在承保区域之外的医院就医产生的医疗费用，保险人不负赔偿责任。

## 第八条 保险责任

若本条保险责任项下的承保项目未在保险单上或批注项内载明，则该项目的保险责任不发生效力。

若被保险人在保险期间内产生了医疗费用，保险人将根据保险单或任何批单所列承保项目给付下述保险金。

保险金的给付受到**年度赔偿限额**（释义见 7.11）、**年度免赔额**（释义见 7.12）和/或**赔付比例**（释义见 7.13）的限制，年度赔偿限额、年度免赔额和/或赔付比例等赔偿标准由投保人和保险人在投保时约定并于保险单上载明。

保险人根据保险单所列明的承保项目，对于被保险人实际产生的、**合理且必需的医疗费用**（释义见 7.14）进行赔偿，但各项保险金均不超过各自赔偿限额（见保险单或批单）且本合同项下所有应付保险金均受到被保险人的年度赔偿限额限制。

除另有约定外，投保人为被保险人首次投保本合同或非连续投保本合同时，自本合同生效日起 30 日（含第 30 日）为等待期，但未成年人单独作为本合同的主被保险人时等待期为 90 日（含第 90 日）。保险人对等待期内发生的（一）**住院**（释义见 7.15）保障、（三）器官移植、（四）特殊门诊医疗、（五）牙科医疗等相关医疗费用不予赔付，但对等待期内被保险人因遭受**意外伤害**（释义见 7.16）所发生的（一）住院保障、（三）器官移植相关医疗费用予以赔付。下述（二）**门急诊医疗**（门急诊释义见 7.17）、（六）眼科保障、（七）健康体检不设等待期。

同一保单下的主被保险人和附属被保险人共用年度赔偿限额、共用各分项承保项目的累计赔偿限额、共用门急诊医疗的年度最高赔付次数。

### （一）住院保障（必选）

在保险期间内被保险人遭受意外伤害或罹患**疾病**（释义见 7.18）**住院治疗**（释义见 7.19）或进行**日间手术**（释义见 7.20）/**日间治疗**（释义见 7.21），保险人根据保险单列明的赔偿限额、免赔额和赔付比例等赔付标准予以赔付。若保险期间届满时，被保险人住院治疗仍未结束的，如连续投保成功，住院医疗费用将根据发生时间分别计入前后两个保险年度；如连续投保不成功，我们仍对保险期间届满之日起 28 天内（含第 28 天）发生的住院医疗费用承担保险责任，但各项费用以本合同约定的各自赔偿限额为限，且累计给付金额不超过本合同约定的累计赔偿限额。

#### 1、住院病房费用

住院期间实际发生的不高于标准单人病房（或私人病房）的住院床位费（不包括套房、家庭病床），实际发生的、由医院提供的合理且必需的、符合惯常标准的膳食费用和根据医嘱所示的护理等级确定的护理服务费用，以保单或者批单载明的限额为限。住院期间购置的个人用品不在承保范围内。

#### 2、重症监护病房

住院期间出于医学必需，被保险人入住**重症监护病房**（释义见 7.22）、心监室等类似病房或病区的费用。

### 3、医院杂项费用

#### （1）处方药费用（释义见 7.23）

由**医师**（释义见 7.24）开具处方的、住院期间及自出院日或日间手术日起 60 天内的合理且必需的药品费用。药品包括中草药、中成药和西药，但不包括主要**起营养滋补作用的药品**（释义见 7.25）

#### （2）住院诊疗费用

住院期间因治疗疾病或**意外伤害**所导致的身体伤害提供必需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，包括放射疗法费、检查化验费、化学疗法费、注射费、机疗费、输血费、输氧费、体外反搏费等。

#### （3）看护/护理、病房消耗材料和杂项费用

住院期间发生的合理且必需的医院内常规护理、病房消耗材料和其它杂项的费用。

#### （4）手术室费用

外科手术或日间手术使用手术室的费用。

### 4、住院物理治疗

由疾病或意外伤害引起或与之相关的合理且必需的住院物理治疗费用。

### 5、救护车费用

指以抢救生命为目的，被保险人在入院前被紧急送往就诊医院过程中的医院用车费用，或者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。救护车的使用仅限于同一城市（直辖市或者地级市）中的医疗运送。

### 6、手术相关费用

住院期间由**外科医师**（释义见 7.26）实施的**外科手术**（释义见 7.27）或日间手术的费用，包括手术费、手术用具、血液与血浆、手术植入物等。但不包含器官移植手术相关费用，器官移植手术相关费用参见“（三）器官移植（可选）”。

### 7、麻醉费用

指住院期间的外科手术或日间手术的**麻醉师**（释义见 7.28）实施麻醉的费用。

### 8、住院主诊医师费用

被保险人住院治疗期间主诊医师每日查房费用，限于每名医师每日一次查房。

### 9、家庭看护

保险人补偿最多同一**病症**（释义见 7.29）不超过 90 天的、实际支付的、由注册**护士**（释义见 7.30）向被保险人提供的家庭看护的费用，应同时满足以下条件：

- （1）经主诊医师证明该家庭看护确系医疗上必需的；
- （2）没有该家庭看护，则被保险人仍需继续住院的；
- （3）该家庭看护是在被保险人家中进行的；
- （4）该家庭看护是在被保险人出院后立即进行的。

(5) 如果家庭护理是在保险期间内开始,但结束于保险期间届满日之后,则届满日之后家庭护理天数所产生的家庭护理费用不能获得赔付,但可以从连续投保保单中获得赔付。

#### 10、近亲属陪宿费用

如同时满足以下条件的,在住院治疗期间,保险人对于被保险人**近亲属**(释义见 7.31)在医院陪宿而产生的费用进行补偿。该陪宿费用标准为近亲属在同一病房内加床实际支付的床位费,且每一病症累计给付天数不超过 90 天。

- (1) 入院时被保险人 12 周岁以下或 60 周岁以上;
- (2) 被保险人因疾病或意外伤害住院时间将超过 6 天;
- (3) 经主诊医师书面证明近亲属陪宿是必需的。

#### (二) 门急诊医疗(必选)

被保险人因遭受意外伤害事故或疾病,在医院治疗发生的合理且必需的**每次门急诊**(释义见 7.32)医疗费用,包括普通门诊费用、紧急意外门诊费用、紧急意外门诊牙科费用、专科门诊费用、特需门诊费用、X 光及其他检验检查费用等,保险人在扣除年度免赔额后按约定赔付比例,在各项费用的累计赔偿限额、每次限额以及年度最高给付次数范围内予以赔付。其中紧急意外门诊费用是指被保险人在意外事故发生后 24 小时内对其因该意外事故造成的伤害进行急症诊疗的费用,以及同一医院在意外事故发生后 30 日内提供的后续诊疗的费用(包括处方医药用品和药品的费用)。紧急意外门诊牙科费用是指被保险人因遭遇意外事故导致其自然牙齿或牙龈伤害而在意外事故发生后 24 小时内在医院牙科门、急诊进行的医疗上合理且必需的牙科急症诊疗的费用(不包括牙科例行检查和牙病的诊治),以及被保险人在发生意外事故后 30 日内接受的仅以减轻被保险人的疼痛为目的而进行的紧急牙科治疗费用(仅包括因必需的清创处理、必需的紧急牙体处理、口腔含漱液、必需的口服或者静脉滴注抗生素而发生的治疗费)和医院在意外事故发生后 30 日内提供的后续诊疗的费用(包括处方医药用品和药品的费用)。

#### 紧急意外门诊牙科治疗不包括:

- 1) 咀嚼引起的牙齿意外;
- 2) 刷牙或者其他口部清洁过程引起的伤害;
- 3) 口腔或者牙齿正常的磨损和老化;
- 4) 美容牙科治疗中发生的意外并发症;
- 5) 一般牙科治疗中发生的意外并发症;
- 6) 除减轻疼痛进行的有效的手术以外,任何牙齿修补、使用任何贵金属材料、任何牙齿矫正治疗或在医院进行的牙科手术。

#### (三) 器官移植(可选)

保险人赔付被保险人因遭受意外伤害或罹患疾病需要进行的肾脏、心脏、肝脏、肺或骨髓移植手术的全部合理且必需的医疗费用,包括手术费、手术用具、血液与血浆、手术植入物等,但不包含获得该器官所需要的费用(包括但不限于寻找、获取、储藏、运送等费用)或捐献者引起的任何费用。

#### (四) 特殊门诊医疗(可选)

##### 1、非住院肾透析

(1) 由专科医师推荐的被保险人需要进行的医疗上的合理且必需的肾透析的费用。下列费用不包含在非住院肾透析保险金内：

——由肾透析引发或与之有关的并发症；

——购置任何肾透析用设备、仪器、器材、机器以及用品的费用。包括腹膜透析体外循环机或类似设备的购置费用。

(2) “肾透析”指下列两种治疗中的任何一种：

——在合法注册的透析中心进行的血液透析（通过血液在体外机器中的循环，将血液中的废物和过量的水去除）；

——腹膜透析（透析液流过被保险人的腹腔，通过腹膜内层去除血液中的废物和过量的水）。

## **2、门诊恶性肿瘤（释义见 7.33）治疗**

被保险人在合法注册的恶性肿瘤治疗中心治疗恶性肿瘤发生的合理且必需的门诊医疗费用，保险人根据保险单列明的赔偿限额、免赔额和赔付比例等赔付标准予以赔付。

### **（五）牙科医疗（可选）**

在保险期间内，被保险人因患牙科疾病在医院或牙科诊所治疗发生的下列合理且必需的牙科门诊医疗费用，保险人根据保险单列明的赔偿限额、免赔额和赔付比例等赔付标准予以赔付：

1、预防治疗：包括常规牙科检查、牙齿健康指导、涂氟治疗、洁齿和抛光（预防）、每一保险期间两次（含）以下牙齿清洁检查费；

2、基础治疗费：包括汞合金或复合树脂充填、简单拔牙、牙周刮治、根面平整费，以及相关口腔 X 光费；

3、重大治疗费：包括根管充填、根管治疗、牙冠和嵌体、桥式义齿（包括化验和麻醉费用）、智齿拔除费，以及相关口腔 X 光费。

### **（六）眼科保障（可选）**

在保险期间内，被保险人发生的下列合理且必需的眼科费用，保险人根据保险单列明的赔偿限额、免赔额和赔付比例等赔付标准予以赔付：

1、眼科检查费：指眼科常规检查和视力检查费（每一保险期间限一次）；

2、眼镜费：指购买眼镜框架和镜片配镜的费用。

### **（七）健康体检责任（可选）**

在保险期间内，被保险人发生的下列合理且必需的健康体检费用，保险人根据保险单列明的赔偿限额、免赔额和赔付比例等赔付标准予以赔付：

1、在保险责任限额内的例行全身体检（每一保险期间限一次）；

2、为筛查或诊断目的进行的常规检验；

3、疫苗接种。

## **第九条 责任免除**

下列治疗、项目、疾病、活动以及相关或后续的费用均不属于本保险合同的承保范围，保险人不负赔偿责任：

1、未均经过医师推荐和批准，或不符合被保险人实际诊断结果，或不符合被保险人医疗必需而产生的任何期限的住院以及住院相关的费用；

2、保险合同订立前病症（释义见 7.34）或任何相关的或后续的病症，但被保险人已在投保单中向保险人披露并由保险人书面认可者除外；

3、未在本合同明确列明承保的任何非医疗必需的就诊治疗、检查检验、X-光检查、常规体检、健康检查或任何无医疗必需的预防性治疗包括接种疫苗、针刺疗法；

4、住院期间、日间手术期间或日间治疗期间的电话、电视、广播、报纸、访客餐饮等非医疗费用；

5、未在本合同明确列明承保的门诊治疗、牙科护理和牙科治疗；

6、未在本合同明确列明承保的妊娠、分娩、流产、人工终止妊娠、不孕症和由此引发的所有并发症；

7、节育措施、辅助生育措施、绝育或任何由此引发或与此相关的任何后果；

8、包皮环切、阳痿或勃起障碍和由此引发或与此相关的任何后果；

9、性病（释义见 7.35）、人体免疫缺损病毒（HIV）相关疾病（包括艾滋病及与艾滋病相关的综合症状（ARC）和/或其任何突变、衍化或变异）的任何治疗或检查；

10、变性手术；

11、由强制工伤保险或其他保险承担赔偿责任的因工死亡、意外伤害或疾病；

12、任何先天性疾病（释义见 7.36）、先天性畸形或缺陷、遗传性疾病或染色体异常（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））；

13、非医院内护理、休养治疗或疗养院治疗，任何心理健康及精神疾病治疗，任何酒精或药物滥用引起的治疗，但保险单中明确为本合同承保的家庭看护除外；

14、自杀或自杀未遂，自残伤害或任何此类尝试，无论精神是否正常；

15、因被保险人挑衅或故意行为而导致的打斗、被袭击或被谋杀；

16、投保人对被保险人的故意杀害、故意伤害；

17、被保险人醉酒、主动吸食或注射毒品的导致的医疗费用；

18、被保险人酒后驾驶（释义见 7.37）、无有效驾驶证驾驶（释义见 7.38）或驾驶无有效行驶证（释义见 7.39）的机动车导致交通意外引起的医疗费用；

19、视力测试、屈光度缺陷（诸如近视与散光）、医疗器材和用作假体的器械（包括眼镜、单片眼镜，隐形眼镜，助听器、轮椅等），但保险单中明确为本合同承保的除外；

20、被保险人从事任何竞赛（除徒步外的非职业非专业性的竞赛）、专业运动或职业竞赛、潜水、攀岩、降落伞、跳伞、驾驶滑翔机或滑翔伞、摔跤、特技表演和蹦极跳等，或者以任何身份参与的任何形式的探险、户外探险、竞技娱乐、极限运动等所导致的意外伤害或疾病引起的治疗；

21、被保险人置身于任何飞机或空中运输工具（以乘客身份搭乘民用或商业航班者除外）期间；

22、核或化学污染、战争、入侵、使用化学和/或生物物质的恐怖活动造成的损失、外敌行动、敌对状态（无论是否宣战）、内战、叛乱、革命、直接参与暴乱、罢工和市民暴动、起义或军事或夺权力量、或在武装力量中服役；

23、使用任何未经用药所在国家官方批准的药物或因未按照用药说明用药以及由此引起的任何治疗；

24、实验性治疗，即未经科学或医学认可的医疗；

25、儿童发育迟缓和/或学习障碍；

26、不能同时满足以下条件的整容或整形外科手术或治疗，或与以前整容或整形外科手术或治疗相关或因此而需要的任何治疗：

(1) 被保险人在保险期间因本合同定义的意外事故造成的伤害后，或外科手术后，进行的用于恢复功能或外形的手术或治疗；

(2) 在意外事故或外科手术后恰当的医学阶段实施的；

(3) 治疗费用在手术前已得到保险人批准。

27、从身体任何部分抽除脂肪或多余组织，无论是否存在医学或心理需要；治疗肥胖、减轻或增加体重；

28、违反法律，拒捕或试图拒捕；

29、将角膜、骨髓、骨骼、人体器官或组织从某一供体移植到某一受体的全部费用，以及所有与器官移植（包括需要或可能需要移植的疾病和移植手术后的状态）直接或间接有关的全部费用，但在保险单中明确为本合同承保的除外；

30、酒精依赖综合症或毒瘾的治疗、戒烟治疗；

31、呼吸睡眠暂停综合症；

32、冒名住院、不符合入院标准、挂床住院或住院病人应当出院而拒不出院（从医院确定出院之日起发生的一切医疗费用）；

33、根据法律或政府指导需要进行隔离或检疫的传染病的医疗费用。

#### **第十条 保险期间**

除另有约定外，保险期间为1年，以保险单载明的起讫时间为准。

#### **第十一条 保险费**

除另有约定外，投保人应在保险期间开始前一次交清保险费。保险费均以保险期间起始日被保险人的周岁年龄计算。

#### **第十二条 连续投保**

在投保人的保险合同到期之前，经保险人同意，投保人可以申请连续投保。连续投保无等待期。

保险人给予投保人最高不超过10天的连续投保宽限期，即保险合同期满后10日内，经投保人申请且保险人同意签发保单的，视同为连续投保，连续投保保单和上年度保单在时间上相连续。

但连续投保宽限期已过，或本合同已经终止或撤销的情况下，投保人不适用本条规定，应重新投保。

连续投保保险费的确定均以该保险期间起始日被保险人的年龄、当时有效费率表、连续投保优惠和可能对承保风险有实质性影响的其他因素为依据。保险人每年对费率进行审核，并有

权对本合同的有效费率表进行调整，但至少连续投保前三十天内以书面、短信、电子邮件、微信等形式之一通知投保人。

附属被保险人转作为主被保险人投保的，应经过保险人的重新核保，在核保通过的情况下，视同为连续投保。

若本合同下的主被保险人作为附属被保险人的子女在连续投保时符合下列情形之一的，将不再有权在本合同下享受保障。他们可以填写一份单独的投保单以获取他们自己的保险合同。若他们的保险保障并无中断，他们独立保险合同订立前已存在病症将和他们作为本合同的附属被保险人时得到相同待遇。他们的保险责任将按照转换当时的保险合同执行：

- (1) 已结婚；
- (2) 年满 18 周岁且不再接受全日制教育；
- (3) 虽接受全日制教育但已年满 25 周岁。

### 第十三条 保险方案的变更

在保险期限内，投保人不能要求变更保险方案。但在连续投保时，经保险人同意后，投保人可以选择变更保险方案，但投保人的保险费会随保险方案的改变而有所增减。

## 第三部分 投保人、被保险人义务

### 第十四条 交费义务

保险费应使用人民币支付。

保险责任开始以已支付保险费为条件。在**保险单、连续投保批单、临时保险合同、批单**所约定的保险期间开始前或者连续投保日之前，如投保人未能全额付清保险费，保险人不承担赔偿责任。

### 第十五条 年龄申报义务

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投保单所载的年龄要求。投保人在申请投保时，应按被保险人的周岁年龄填写。

1) 若申报的被保险人的年龄不真实，致使投保人支付的保险费少于应付保险费的，则保险人有权更正并要求投保人补交保险费或者**在给付保险金比例时按照实付保险费与应付保险费的比例支付**。

2) 若申报的被保险人的年龄不真实，致使投保人支付的保险费多于应付的保险费的，保险人将多收的保险费无息退还投保人。

3) 若申报的被保险人的年龄不真实，并且其真实年龄不符合保险人承保要求的，则保险人有权解除本合同或取消相应被保险人的被保险人资格，在扣除掉保险人已经给付的赔偿金额后，将剩余的保险费无息退还投保人。如果保险人已经给付的赔偿金额超过收取的保险费，保险人有权就超过部分向被保险人追偿。

### 第十六条 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。

保险人依据上述原则所取得的保险合同解除权，自保险人知道有解除事由之日起超过 30 日不行使而消灭。

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。

保险事故是指本合同约定的保险责任范围内的事故。

#### **第十七条 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，均视为已送达投保人。

#### **第十八条 职业或工种的变更**

1. 本合同的被保险人变更其职业或工种时，投保人或被保险人应于 10 日内以书面形式通知保险人。

2. 被保险人所变更的职业或工种，依照保险人的职业分类属于拒保职业范围的，保险人于收到通知后，自职业或工种变更之日起，保险人有权解除本合同或取消该被保险人的保险资格，如果该被保险人未发生理赔或提出理赔申请，保险人向投保人退还保险单的现金价值。

3. 被保险人所变更的职业或工种，依照保险人的职业分类属于拒保职业范围的，但未通知保险人而发生保险事故的，保险人不负保险金的给付责任，仅向投保人退还保险单的现金价值。

#### **第十九条 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，则保险人不接受本合同中有关该被保险人的任何内容的变更申请。

对于以下所列可能影响保险人承保决定、保险责任或被保险人投保资格的信息变化，投保人应及时书面通知保险人：

- 1、被保险人职业/职务变化；
- 2、被保险人姓名变更；
- 3、投保人名称/姓名变更。

#### **第二十条 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于被保险人发生保险事故后的三十（30）天内通知保险人，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除外。

上述约定，不包括因**不可抗力**（释义见 7.40）而导致的迟延。

## 第四部分 保险金申请与给付

### 第二十一条 保险金申请流程

**保险金申请人**（释义见 7.41）向保险人申请给付保险金时，应提供如下材料：

1. 保险金给付申请书
2. 申请人的有效身份证件
3. 支持索赔的全部账单、证明、信息和证据，包括但不限于医院出具的原始凭证、医疗诊断书、病理检查、化验检查报告、门诊及住院医疗费用等原始单据、账单结算明细表及处方。保险金申请人因特殊原因不能提供上述材料的，应提供其它合法有效的材料。

4. 申请人所能提供的其他与确认保险事故的性质、原因等有关的其他证明和资料。

5. 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。**

在保险人的理赔审核过程中，保险人有权并在合理的范围内对索赔的被保险人进行医疗检查。此外，保险人应有权在法律允许情况下，要求尸检检验。此类检验费用由保险人承担。在拒赔的情形下，保险人将承担因投保人提供索赔要求所必需的证明、收据、信息和证据而产生的费用。

### 第二十二条 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 2 年，自其知道或者应当知道保险事故发生之日起计算。

### 第二十三条 保险金的给付

保险人在收到保险金申请人提交的第二十条所列的材料后，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保险金申请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，应当支付相应的差额。

### 第二十四条 补偿原则

本合同保险金的给付是基于补偿原则的。若投保人或任何被保险人从任何其他来源（如保险人在内的任何商业保险机构、社会保险机构、负有赔偿责任的第三方）处已取得了部分赔偿，

或有类似的保险保障，则保险人仅在保险单规定限额内就属于保险责任且投保人从上述来源中未获得赔偿的部分给付相应的保险金。

如被保险人受保于社会基本医疗保险，被保险人应先在其基本医疗保险项下索赔，尚存在无法获得赔偿部分的，可在本合同下索赔。

无论何种情况下，保险人仅在保险单规定限额内负责给付属于保险责任的被保险人在上述来源未获得赔偿部分的保险金。保险人在向受益人给付保险金时，若被保险人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途径获得了补偿，且其他途径获得的补偿金额与保险人按本合同约定给付的保险金之和超过了被保险人实际发生的医疗费用，保险人将按被保险人实际发生的医疗费用扣除其他途径获得的补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金额之和不得超过被保险人实际发生的医疗费用。

### **第二十五条 追偿权**

如果保险人额外给付了被保险人有权并已从其他来源处获得的赔偿，或者因为投保人申报的被保险人年龄不真实导致保险人在解除保险合同前已实际给付的理赔金额超过所收取的保险费的部分，保险人有权向被保险人追索上述金额或超额给付部分。

### **第二十六条 欺诈**

未发生保险事故，被保险人或者受益人谎称发生了保险事故，向保险人提出赔偿或者给付保险金请求的，保险人有权解除合同，并不退还保险费。

投保人、被保险人故意制造保险事故的，保险人有权解除合同，不承担赔偿或者给付保险金的责任。

保险事故发生后，投保人、被保险人或者受益人以伪造、变造的有关证明、资料或者其他证据，编造虚假的事故的原因或者夸大损失程度的，保险人对其虚报的部分不承担赔偿或者给付保险金的责任。

投保人、被保险人或者受益人有前款行为的，致使保险人给付保险金或者支出费用的，应当按本合同约定的利率有息退回或者赔偿。

## **第五部分 合同的解除、终止和争议处理**

### **第二十七条 合同的自动终止**

（一）本合同针对各个被保险人的保险责任将在发生下列任一情形时自动终止且无需另行通知，以当中最早发生者为准：

1. 保险合同期满；
2. 被保险人的年度赔偿限额耗尽；
3. 未按照保险条款规定交纳保险费；
4. 被保险人死亡；
5. 被保险人不再满足本合同的投保资格要求；但被保险人在保险期间起始日满足年龄资格要求的，在保险期间内保险责任不因其年龄的改变而自动终止。

（二）保险人对主被保险人的保险责任的终止将同时自动终止所有附属被保险人的保险责任；但主被保险人死亡的，对附属被保险人的保险责任继续有效。

## 第二十八条 合同的解除/终止

在保险期间内，投保人可以随时取消本合同并提前 14 天书面通知保险人。若在保险期间内该被保险人已有理赔记录，退还保费为零。若在保险期间内被保险人无理赔记录，保险人退还未满期净保险费（释义见 7.42）。

## 第二十九条 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，提交保险单载明的仲裁机构仲裁；保险单未载明仲裁机构且争议发生后未达成仲裁协议的，依法向保险人所在地人民法院起诉。

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）。

## 第六部分 其他事项

### 第三十条 变更

对于本合同的修改必须经保险人书面同意并反映在批单中方可生效。任何经纪人或代理商均无权代表保险人修订或放弃本合同的任何条款。

## 第七部分 释义

### 第三十一条 释义

**7.1 投保单：**指被保险人填写的向保险人要求获得保险保障的表格，连同被保险人申请本保险保障时提交的信息、文档和声明，被保险人与保险公司之间的通信、表述和声明以及被保险人完成的任何补充问卷，其中均包含了保险人将用于或已经用于判断向各个被保险人核保的信息。

**7.2 保险单：**是记载投保人、被保险人的详情，被保险人在本保险合同项下可以享有的保险利益，包括年度总赔偿限额在内的各项保险利益的赔偿限额、保险费金额以及可能适用于本保险合同项下的任何其他详情的表格文件。

**7.3 批单：**保险人签发的书面声明或通知，以确认和记录对本保险合同的任何修正，包括任何用词变化或本保险合同保障范围的变化，或在限制条件下承保时的限制条件。

**7.4 保险人：**指众安在线财产保险股份有限公司。

**7.5 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。

**7.6 主被保险人：**指在投保单中列明为主被保险人的人。

**7.7 配偶：**由法律承认的婚姻形成的主被保险人的丈夫或妻子，年龄在 18 至 65 周岁之间。年龄为 60 至 65 周岁者仅可连续投保。

**7.8 子女：**主被保险人的自然子女、继子女或合法收养的子女，须为未婚、无业、投保时年龄为出生 30 天以上（且健康出院）到 18 周岁。如子女为全日制在校学生，投保年龄最高可放宽至 23 周岁。

**7.9 承保区域：**在投保人保险单中指明的中华人民共和国境内的全部或者部分区域，但不包括港澳台地区。

**7.10 医院：**指保险人认可的根据所在国家法律规定合法成立、运营并符合以下标准的医疗机构：

(1) 主要运营目的是以住院病人形式提供接待患病、受伤的人并为其提供医疗护理和治疗；

(2) 在一名或若干医生的指导下为病人治疗，其中最少有一名合法执业资格的驻院医生驻诊；

(3) 维持足够妥善的设备为病人提供医学诊断和治疗，并于机构内或由其管理的其他地方提供各种手术的设备；

(4) 有合法执业的护士提供和指导二十四小时的全职护理服务；

(5) 不包括接受治疗的被保险人或者其近亲属拥有全部或者部分所有权的医疗机构。

**本附加险合同中所指的医疗机构不包括以下机构：**

(1) **精神病院；**

(2) **老人院、疗养院、戒毒中心和戒酒中心；**

(3) **健康中心或天然治疗所、疗养或康复院。**

若医疗机构处于中国境内（不包括港、澳、台地区），则必须是中华人民共和国卫生部医院等级分类中的二级或二级以上的医院或保险人认可的医疗机构。

**7.11 年度赔偿限额：**保险单或批单中所载的额度，是每一年度保险期间中保险人在本保险合同项下对任意被保险人累计给付保险金的最高额度。若在保险期间中，在本保险合同下对任意被保险人给付的累计总保险金达到了年度总赔偿限额，则在剩余的保险期间中，不会对该被保险人再给付任何保险金。

**7.12 年度免赔额：**保险单或批单中所载的额度，是每一年度保险期间属于承保范围的索赔金额中，在依据保险单申请相应的保险金前，应当由被保险人自己承担的额度。

**7.13 赔付比例：**保险单所载的，用于计算保险人在扣除免赔额之外（如有）还须承担的医疗费用的比率。

**7.14 合理且必需的医疗费用：**是指

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。

2) 医学必须：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。

对是否医学必须由保险人理赔人员根据客观、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。

**7.15 住院：**指被保险人入住医院之正式病房进行治疗，并正式办理出入院手续，**不包括入**

**住门诊观察室、家庭病床、挂床住院或其他不合理的住院。**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。具体表现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、床位费等情况。

**7.16 意外伤害：**指以外来的、突发的、非本意的、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。**

**7.17 门急诊：**指被保险人在依法注册的医疗机构获得治疗，不包括住院、日间手术和日间治疗。

**7.18 疾病：**就病理学而言偏离正常健康状态的身体状况。

**7.19 治疗：**指为诊断、减缓或治疗某一医学状态所提供的手术或医疗服务(包括诊断测试)。

**7.20 日间手术：**由外科医师在医院或诊所为治疗被保险人的疾病或意外伤害对被保险人实施的无需住院的外科手术。

诊所：是指符合下列条件的医疗机构：

- 1) 拥有所在国家的合法经营执照；
- 2) 设立的主要目的为向受伤者和患病者提供全科或专科门急诊治疗服务；
- 3) 有在所在国合法注册的医生和护士常驻执业，并提供至少8小时/每天、6天/每周的门急诊服务。

**不包括精神病院或精神病机构，护理机构、矿泉疗养院、水疗所、疗养所、康复机构、戒酒机构、酒精或者药物滥用看护机构、戒毒机构、疗养院或者养老院等其他类似目的的机构。**

**7.21 日间治疗：**被保险人在医院内因日间手术占用一张床位但不超过二十四小时的治疗，不包括肾透析和恶性肿瘤治疗。

**7.22 重症监护病房：**对危重病人的生命机能实施不间断密切监视的专用病房，这类病房的护理人员多于病人，并配有全套的病人复生设施。重症病房也包括其设施的全面性不低于上述设施的内科重症监护病房。

**7.23 处方药费用：**处方药是指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医药用品和药品。处方药费用指在住院以及门急诊就医期间根据医生开具的处方所发生的西药、中成药和中草药的费用。**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。**

**7.24 医师：**并非被保险人或其近亲属或其业务关联者（如商业合作伙伴、雇员或雇主），且已获得其所执业国家的医疗卫生当局核发的行医执照的执业医师，其提供的治疗服务内容应在其执照和业经培训范围内。

本保险合同中凡提及“医师”应在适用的情况下理解为全科医师和/或专科医师。

在中华人民共和国境内(不含港澳台地区)执业的专科医师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者主治医师以上职称的《医师职称证书》；
- (4) 在二级或者二级以上医院的相应科室从事临床工作三年以上。

**7.25 起营养滋补作用的药品：**指以提高人体免疫力为主要用途的单味使用的中草药或成药，包括但不限于

1) 起营养滋补作用的药品如：人参，花旗参，白糖参，冬虫夏草，朝鲜红参，玳瑁，蛤蚧，珊瑚，狗宝，红参，琥珀，灵芝，藏红花，羚羊角尖粉，铁皮枫斗，马宝，玛瑙，牛黄，麝香，血竭，燕窝，野山参，移山参，珍珠（粉），紫河车，阿胶，阿胶珠，鹿角胶、龟鹿二仙胶、龟板胶、鳖甲胶、血宝胶囊，红桃 K 口服液，十全大补丸，十全大补膏等；

2) 可以入药的动物及动物器官和组织如：鹿茸，犀角，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剂等。

**7.26 外科医师：**有资格实施外科手术的专业医师。

**7.27 外科手术：**进行外科操作的医疗手段。

**7.28 麻醉师：**经过麻醉学培训且依法注册执行麻醉的专业人士。

**7.29 病症：**指疾病或意外伤害及其引起的任何症状、后遗症或并发症。对于意外伤害来说，仅指外来的、非本意的、突发的、非疾病的同一事件或同一系列关联事件引起的伤害。

**7.30 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，并非被保险人或其近亲或其业务关联者（包括商业合作伙伴、雇员或雇主）。

**7.31 近亲属：**具有血缘、婚姻或收养关系的下列人员：

1) 父母和岳父母；

2) 兄弟姐妹、配偶的兄弟姐妹；

3) 配偶；

4) 子女。

**7.32 每次门急诊：**指任一被保险人在连续 24 小时内同一所医院所接受的所有门急诊治疗视为一次。

**7.33 恶性肿瘤：**指恶性细胞不受控制的进行性增长和扩散，浸润和破坏周围正常组织，可以经血管、淋巴管和体腔扩散转移到身体其它部位的疾病。经病理学检查结果明确诊断，临床诊断属于世界卫生组织《疾病和有关健康问题的国际统计分类》（ICD-10）的恶性肿瘤范畴。

下列疾病不在保障范围内：

(1) 原位癌；

(2) 相当于Binet 分期方案A 期程度的慢性淋巴细胞白血病；

(3) 相当于Ann Arbor 分期方案 I 期程度的何杰金氏病；

(4) 皮肤癌（不包括恶性黑色素瘤及已发生转移的皮肤癌）；

(5) TNM 分期为T1N0M0期或者更轻分期的前列腺癌；

(6) 感染艾滋病病毒或者患艾滋病期间所患恶性肿瘤。

**7.34 保险合同订立前病症：**是指疾病或意外伤害，在本保险合同首次承保前：

1) 根据广泛接受的病理发展学，该被保险人就已存在的疾病或意外伤害，或症状、体征；  
或

2) 被保险人已经知道或应该知道其存在；

不管是否已寻求，接受医疗，药疗，医师建议或诊断。

**7.35 性病：**系指通过性接触的疾病或下列不论是否通过性接触传播的任何疾病：梅毒、淋病、生殖器疣，包括生殖器官人乳头状瘤病毒、生殖器官疱疹、性病性肉芽肿、软下疳、毛滴虫、阴虱侵扰与衣原体。

**7.36 先天性疾病：**指一出生时就具有的疾病（症状或体征）。这些疾病是指因人的遗传物质（包括染色体以及位于其中的基因）发生了对人体有害的改变而引起的，或因母亲怀孕期间受到内外部环境中某些物理、化学和生物等因素的作用，使胎儿局部细胞发育异常，导致婴儿出生时有关器官、系统在结构或功能上呈现异常。

**7.37 酒后驾驶：**指经检测或鉴定，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醉酒后驾驶。

**7.38 无有效驾驶证驾驶**

指下列情形之一：

- (1) 没有驾驶证驾驶；
- (2) 驾驶与驾驶证准驾车型不相符合的车辆；
- (3) 驾驶员持审验不合格的驾驶证驾驶；
- (4) 未经公安交通管理部门同意，持未审验的驾驶证驾驶；
- (5) 持学习驾驶证学习驾车时，无教练员随车指导，或不按指定时间、路线学习驾车；
- (6) 公安交通管理部门规定的其他无有效驾驶证驾驶的情况。

**7.39 无有效行驶证：**指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。

**7.40 不可抗力：**指不能预见、不能避免并不能克服的客观情况。

**7.41 保险金申请人：**是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。

**7.42 未到期净保险费：**未到期净保险费=保险费×(1-退保手续费率)×[1-(保险单已经过天数/保险期间天数)]。

经过天数不足一天的按一天计算。退保手续费率由保险人和投保人在投保时约定，并在保险单上载明。