

众安在线财产保险股份有限公司
个人高端医疗保险条款（C款）
（众安在线）（备-医疗保险）【2019】（主）029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、保险单或其他保险凭证、保险卡、批单等组成。凡涉及本合同的约定，均应采用书面形式。

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。

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 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，投保人应为其监护人。

第四条 被保险人

在中华人民共和国境内居住的所有国籍人士均可作为本合同的被保险人。非中华人民共和国国籍的被保险人需持有中华人民共和国政府部门签发的**工作签证**或拥有中华人民共和国境内**居留证**或**长期居住权**。被保险人的家庭成员若满足上述条件，可以与被保险人**同时参保**（释义二）本合同。家庭成员仅指投保时具有合法婚姻关系的**配偶**（释义三）及其**子女**（释义四）。

除另有约定外，本合同接受的初次投保年龄为**0周岁**（释义五）至60周岁，续保最高至80周岁。投保时被保险人为0周岁的，应当为出生满30天且已健康出院的婴儿。在保险期间内，被保险人应当在中华人民共和国大陆地区居住合计满275天或以上时间；投保时不属此种情形或者保险期间内发生变化的，被保险人应当在投保前或者发生变化时告知保险人，保险人有权据此决定是否承保、调整承保条件或者保险费率。

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。

第二部分 保障内容

第六条 保障区域

本合同的保障区域分为“中国大陆保障”、“中国大陆及港澳台保障”、“国际保障”、“全球保障”，具体可由投保人在投保时为每一被保险人选择，并载于本合同中。

（一）中国大陆保障

保障地域为中华人民共和国大陆地区，不包括香港特别行政区、澳门特别行政区、台湾地区。

（二）中国大陆及港澳台保障

保障地域为中华人民共和国大陆地区、香港特别行政区、澳门特别行政区、台湾地区。

（三）国际保障

保障地域为除美国、加拿大外的全球任何国家和地区。

（四）全球保障

保障地域为全球任何国家和地区。

第七条 保险责任

本合同的保险责任包括“住院医疗保险金”、“门急诊医疗保险金”、“特殊项目及特殊疾病医疗保险金”、“保障区域外紧急医疗保险金”、“预防保健保险金”、“牙科医疗保险金”、“眼科医疗保险金”七项责任。其中，“住院医疗保险金”为必选责任，“门急诊医疗保险金”、“特殊项目及特殊疾病医疗保险金”、“保障区域外紧急医疗保险金”、“预防保健保险金”、“牙科医疗保险金”、“眼科医疗保险金”为可选责任。

投保人可在投保必选责任的基础上选择投保可选责任，并在本合同中载明。发生保险事故后，保险人在投保人所投保的责任范围内依照本合同的约定承担保险责任。

同时参保情况下，每一位被保险人保险金年度总限额、各项保险责任的保险金额、各类费用的**费用限额**（释义六）由投保人、保险人在投保时分别协商确定，保险人在约定保险范围内承担保险责任。

（一）住院医疗保险金

在保险期间内，被保险人因遭受**意外伤害**（释义七）或在**等待期**（释义八）后罹患疾病，在**医疗机构**（释义九）接受**住院**（释义十）治疗（包括**日间住院治疗**（释义十一））的，对于该被保险人实际发生的、**合理且必需**（释义十二）的以下类型的医疗费用，保险人在扣除本合同载明的**免赔额**（释义十三）后，按本合同约定的**给付比例**（释义十四）在各类型医疗费用对应的费用限额范围内给付住院医疗保险金。各类型医疗费用的费用限额以保险单约定为准。

在保险期间届满时，若被保险人住院治疗仍未结束，且被保险人续保不成功的，则保险人对被保险人自保险期间届满之日起30日内（含第30日）实际发生的、合理且必需的以下类型的医疗费用仍承担保险责任。若被保险人续保成功的，则对于以下类型的医疗费用，保险人将按照费用发生的时间分别计入前后两个保险期间。

在保险期间内，保险人累计给付住院医疗保险金不超过本合同约定的住院医疗保险金额。

1. 床位费

被保险人在住院期间实际发生的住院床位费。其中，中华人民共和国大陆地区（不包括香港特别行政区、澳门特别行政区、台湾地区）不高于标准单人病房标准；中华人民共和国大陆地区以外不高于标准双人病房（半私病房）标准，且不包含套房、豪华房、行政客房。

2. 膳食费

被保险人在住院期间根据**医生**（释义十五）的医嘱，由作为医疗机构内部专属部门的、为住院病人配餐的食堂配送的膳食费用，且该膳食费用需包含在医疗账单内。

若被保险人在申请给付住院医疗保险金时提供的为非医疗账单内的膳食费发票，则需要出具医疗机构加盖公章认可的证明，且保险人仅按膳食费发票金额的 60%向被保险人给付住院医疗保险金。

3. 护理费

住院期间根据医嘱所示的护理等级所发生的护理服务费用。

4. 加床费

(1) 未满十八周岁的被保险人在住院期间，其父亲、母亲或法定监护人陪同住院所发生的加床费，但此费用仅限一人。

(2) 女性被保险人在住院期间，其出生未满一周岁的新生儿所发生的住院加床费。

5. 重症监护病房费

被保险人需入住**重症监护病房**（释义十六）、心监室等类似病房或病区所发生的床位费用。

6. 手术费（非器官移植）

包括手术室和恢复室费、手术费、麻醉费、手术监测费、手术辅助费、材料费、一次性用品费、术中用药费、手术设备费、血液与血浆费、手术植入物费等。

7. 器官移植手术费

被保险人出于医学必需，接受主要器官移植（**仅限肾脏、肝脏、心脏、肺、造血干细胞移植这五大类器官的移植**）手术所发生的费用，包括手术室和恢复室费、手术费、麻醉费、手术监测费、手术辅助费、材料费、一次性用品费、术中用药费、手术设备费、血液与血浆费、手术植入物费等。

但不包括以下费用：

(1) 供体的所有检查和治疗费用；

(2) 获得该器官所需要的费用（包括但不限于寻找、配型、获取、运送、贮存器官源或组织源的费用）或捐献者引起的任何费用；

(3) 与捐献自身组织、器官相关的任何费用。

8. 医生费

被保险人在住院期间，所发生的外科医生、麻醉师、内科医生、专科医生的费用及会诊医生的劳务费。

9. 治疗费

被保险人在住院治疗期间，因提供必要的医学手段而发生的治疗者的技术劳务费、医疗器械使用费及消耗品的费用，包括**放射疗法**（释义十七）费、**化学疗法**（释义十八）费、注射费、理疗费、输血费、输氧费等治疗费用。

10. 检查检验费

被保险人在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且必需的医疗费用，包括检查费、妇检费、X 光费、心电图费、B 超费、脑电图费、内窥镜费、肺功能仪费、分子生化检查费和血、尿、便常规检查费等。

11. 药品费

住院期间实际发生的合理且必需的、由医生开具的**处方药费用**（释义十九）（如实际发生在中华人民共和国大陆地区以外的医疗机构的处方药药品，须符合发生地国家或地区的药品监督管理部门的规定）。

药品包括西药、中成药、中草药等，但不包括主要**起营养滋补作用的药品**（释义二十）。

被保险人因遭受意外伤害事故或等待期后罹患疾病进行住院治疗而发生的本合同约定责任范围内的医疗费用，如被保险人已通过其他途径（包括但不限于社会医疗保险机构、工作单位及商业保险机构等）取得全部补偿的，或就本次住院的全部医疗费用放弃申请住院医疗保险金的，保险人依据被保险人的申请，按照被保险人本次住院的实际住院日数乘以每日无理赔住院津贴金额，给付无理赔住院津贴，且给付日数不超过最高给付日数。上述每日无理赔住院津贴金额以及最高给付日数在保险单中载明。

每一保险期间内保险人已支付住院医疗保险金的，被保险人不得再申请无理赔住院津贴。若被保险人已经获得无理赔住院津贴后再申请理赔当次住院的住院医疗保险金，保险人将在应给付金额中扣除已给付的无理赔住院津贴金额。

（二）门急诊医疗保险金（可选责任）

在保险期间内，被保险人因遭受意外伤害或在等待期后罹患疾病，在医疗机构进行门急诊治疗的，对于该被保险人实际发生的、合理且必需的以下类型的医疗费用，保险人在扣除本合同载明的免赔额后，按本合同约定的给付比例，在各类型医疗费用对应的费用限额范围内给付门急诊医疗保险金。各类型医疗费用的费用限额以保险单约定为准。

保险期间内，保险人累计给付门急诊医疗保险金不超过本合同约定的门急诊医疗保险金额。

1. 医生费

被保险人在医疗机构进行门急诊治疗时，所发生的主诊医生或会诊医生的劳务费用，含挂号费。

2. 急诊室费

被保险人在医疗机构的急诊室（含抢救室）进行急诊治疗，实际发生的急诊室（含抢救室）的房间使用费。

3. 检查检验费

被保险人在医疗机构进行门急诊治疗时，所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医疗费用，包括检查费、妇检费、X光费、心电图费、B超费、脑电图费、内窥镜费、肺功能仪费、分子生化检查费和血、尿、便常规检查费等。

4. 治疗费

被保险人在医疗机构进行门急诊治疗时，因提供必要医学手段而发生的治疗者的技术劳务费和医疗器械使用费，及消耗品的费用，包括注射费、机疗费、输血费、输氧费、体外反搏费等。但该项费用不包含物理治疗及其他特殊疗法费用、中医治疗费、意外牙科治疗费、牙科治疗费。

5. 物理治疗及其他特殊疗法费用

(1) 被保险人在医疗机构进行门急诊治疗时，由具有相应资质的专业医生实施的合理且必需的物理治疗、顺势疗法、职业疗法、语音治疗（包括为治疗吞咽障碍由语言治疗师实施的电子喉镜检查）而发生的医疗费用。

(2) 被保险人在医疗机构进行门急诊治疗时，由具有相应资质的专业医生实施的合理且必需的发作性睡眠或阻塞性呼吸暂停症状的检查和治疗费用。

(3) 女性被保险人因女性更年期综合症在医疗机构进行激素替代治疗而发生的合理且必需的医疗费用。

6. 药品费

被保险人每次门急诊治疗实际发生的合理且必需的、由医生开具的处方药费用（如实际发生在中华人民共和国大陆地区以外的医疗机构的处方药药品，须符合发生地国家或地区的药品监督管理部门的规定）。药品包括西药、中成药，**但不包括主要起营养滋补作用的药品。**

每次门急诊治疗可纳入保险责任范围内的门急诊处方药用量以 90 日用量为上限。**保险人对超过限量部分不承担保险责任。**

7. 门诊手术费

指被保险人经医生诊断无需住院（不占用病床的方式）而接受的门诊手术所发生的医疗费用，包括外科医生费、手术室费、恢复室费、麻醉费、手术监测费、手术辅助费、材料费、一次性用品费、术中用药费、手术设备费。

8. 中医治疗费

由注册中医医师处方开具的中草药费用（**但不包括主要起营养滋补作用的药品**）、诊疗费用及其提供的中医针灸等相关费用。

9. 意外牙科治疗费

被保险人因遭遇意外事故导致其未经过任何治疗、完整无损的自然牙齿或牙龈受到伤害，且在意外事故发生后三十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和药品费用（**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**）。

意外牙科治疗不包括：

- (1) 由于咀嚼食物（即使其中包含异物）引起的牙齿伤害的治疗；
- (2) 对曾接受过治疗或有裂缝牙齿的治疗；
- (3) 对于刷牙或者其他口部清洁过程引起的伤害的治疗；
- (4) 对于口腔或者牙齿正常的磨损和老化的治疗；
- (5) 对于美容牙科治疗中发生的意外并发症的治疗；
- (6) 对于一般牙科治疗中发生的意外并发症的治疗；

(7) 除为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疗机构进行的手术。

10. 救护车费

指为抢救生命由急救中心派出的救护车运送被保险人至医疗机构，或被保险人住院期间需转诊而发生的医疗机构用车费用。救护车的使用仅限于同一城市中的医疗运送。

（三）特殊项目及特殊疾病医疗保险金（可选责任）

在保险期间内，被保险人因遭受意外伤害或在等待期后因以下类型的特殊项目或特殊疾病需要进行治疗而发生的合理且必需的医疗费用，保险人扣除本合同载明的免赔额后，在各类型医疗费用对应的费用限额范围内给付特殊项目及特殊疾病医疗保险金，且各类型医疗费用的费用限额以保险单约定为准。

1. 耐用医疗设备购买或租赁费

指购买或租赁医生处方要求的、满足基本医疗需要的康复设备、矫形支具以及其他耐用医疗设备所发生的购买费或租赁费，以及上述设备或支具的后续修理、更换费用。对于因患**恶性肿瘤**（释义二十一）接受属于保险责任范围的乳房切除术的被保险人，两义乳及可放入义乳的胸衣费用亦属保险责任范围内的费用。

康复设备和矫形支具包括腿、臂、背和颈支具，人造腿、臂、眼等设备。

耐用医疗设备不包括轮椅或自动床、助听器、血压监测仪、人工耳蜗、舒适设备（如电话托臂和床上多用桌）、空气质量或温度调控设备（如空调、湿度调节器、除湿器和空气净化器）、健身脚踏车、太阳能或加热灯、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。

保险人对被保险人在本项下的累计给付的费用**不超过保险单约定的耐用医疗设备购买或租赁费用限额。**

2. 康复治疗和专业护理费

被保险人因当前病症处于急性或亚急性状态，需要持续接受康复治疗或专业护理的，在保险人批准的机构接受康复治疗或由专业护士实施专业护理过程中所发生的治疗、护理费用。

对于被保险人因接受慢性病治疗、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所进行的康复治疗和专业护理所发生的费用，保险人不承担保险责任。

在保险期间内，保险人所承担康复治疗或专业护理费用的日数以本合同约定的给付日数为限。

3. 精神和心理障碍治疗费

被保险人因患精神和心理障碍，在保障区域内合法注册的精神心理专科医疗机构或设有精神心理科室的医疗机构进行治疗而发生的、合理且必需的医疗费用，包括但不限于对神经性贪食症、神经性厌食、失眠症、注意缺陷症和注意缺陷多动障碍的治疗。

精神和心理障碍治疗的费用不包括智能测试、教育测试、婚姻和家庭心理咨询、对于酒精和药物滥用的住院戒断治疗费用。

在保险期间内，保险人所承担被保险人的精神和心理障碍治疗的次数以保险单约定的次数为限。

4. 临终关怀费

指曾发生本合同保险事故的被保险人，因与该事故相应的病症或相关的病症而被诊断患终末期疾病且存活期在6个月（含6个月）以下，经保险人批准，在保障区域内合法注册的临终护理机构或设有临终护理病房的医疗机构进行的、由各科医生组成的医疗团队对

被保险人实施以护理为中心而非以治疗疾病为中心的医疗而产生的相关合理且必需的费用。

在保险期间内，保险人所承担被保险人的临终关怀费用的日数以保险单约定的日数为限。

5. 特殊门诊费

指被保险人在医疗机构接受特殊门诊治疗时，被保险人需个人支付的、必需且合理的特殊门诊医疗费用，包括：

(1) 门诊肾透析费；

(2) 门诊恶性肿瘤治疗费，包括化学疗法、放射疗法、**肿瘤免疫疗法**（释义二十二）、**肿瘤内分泌疗法**（释义二十三）、**肿瘤靶向疗法**（释义二十四）的治疗费用；

(3) 器官移植后的门诊抗排异治疗费。

（四）保障区域外紧急医疗保险金（可选责任）

在保险期间内，被保险人在本合同约定的保障区域以外的全球其他国家和地区旅行时，因遭受意外伤害事故或在等待期后突发**急性病**（释义二十五），为避免严重身体伤害或死亡必须立即接受紧急医疗治疗的，保险人对相关紧急医疗产生的合理且必需的医疗费用，保险人在扣除本合同载明的免赔额后，按本合同约定的给付比例，给付保障区域外紧急医疗保险金。

保险期间内，保险人累计给付的保障区域外紧急医疗保险金不超过本合同约定的保障区域外紧急医疗保险金额。

保障区域外紧急医疗不包括：

1. 常规医疗；

2. 可以推迟至被保险人返回保障区域后接受的医疗；

3. 被保险人事先计划好或应该预料到的治疗；

4. 因被保险人已知或应该知道的情形而发生的治疗；

5. 妊娠、分娩及相关病症治疗；

6. 被保险人前往出发地所在国政府、目的地所在国政府或联合国明确告知不建议前往的国家或地区进行的治疗。

（五）预防保健保险金（可选责任）

在保险期间内，被保险人发生的下列合理且必需的预防保健费用，保险人在扣除本合同载明的免赔额后，按本合同约定的给付比例给付预防保健保险金。

保险期间内，保险人累计给付的预防保健保险金不超过本合同约定的预防保健保险金额。

1. 常规健康体检费

2. 疫苗接种费

（六）牙科医疗保险金（可选责任）

在保险期间内，被保险人于等待期后，因患牙科疾病在医疗机构治疗发生的下列合理且必需的牙科医疗费用，保险人在扣除本合同载明的免赔额后，按本合同约定的各项给付比例给付牙科医疗保险金。

保险期间内，保险人累计给付的牙科医疗保险金不超过本合同约定的牙科医疗保险金额。

1. 预防治疗费：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）、每一保险期间不超过两次的牙齿清洁检查费等；

2. 基础治疗费：包括简单补牙（包括银汞合金或复合树脂充填）、简单拔牙、牙周刮治、根面平整的费用，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、十六岁（含）以下儿童矫正治疗的费用，以及相关口腔影像学检查费。

（七）眼科医疗保险金（可选责任）

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，保险人扣除本合同载明的免赔额后，按本合同约定的给付比例给付眼科医疗保险金。

保险期间内，保险人累计给付的眼科医疗保险金不超过本合同约定的眼科医疗保险金额。

1. 眼镜费：指购买框架眼镜或隐形眼镜的费用（每一保险期限一副），不包括隐形眼镜护理液和不以矫正视力为主要目的而配置的眼镜，如因美容需要而配置的隐形眼镜、太阳眼镜（包括处方的太阳眼镜）、防风沙镜、防紫外镜、防红外镜等及相关配件的费用。

2. 眼科检查费：指因上述配镜需要发生的眼科常规检查和视力检查费（每一保险期限一次）。

上述（一）至（七）项保险责任，被保险人不论一次或多次在医疗机构进行治疗，保险人均按本合同的约定给付各项保险金，但各项保险金的累计给付金额以该被保险人的保险金年度总限额为限。累计给付金额达到该被保险人保险金年度总限额时，保险人对该被保险人的保险责任终止。

各项保险责任的保险金额以保险单约定为准，各项保险责任的累计给付金额达到该项保险责任的保险金额时，保险人对该被保险人的该项保险责任终止。

如单一保险责任项下包含各类费用，则各类费用的累计给付费用限额、累计给付日/次数限额以保险单约定为准。各类费用的累计给付达到费用限额或日/次数限额时，保险人对该被保险人在该类费用项下的保险责任终止。

对于上述（一）至（三）项责任，若被保险人在本合同约定的私立医疗机构或者昂贵医疗机构接受治疗的，保险人对属于本合同责任范围的合理且必需的治疗费用，先乘以本合同约定的私立医疗机构或者昂贵医疗机构的给付比例，再根据上述约定的免赔额、给付比例及费用限额计算，给付对应的保险金。

对于上述（一）至（七）项责任，若被保险人已从其它途径（包括但不限于社会医疗保险机构、工作单位、保险人在内的商业保险机构等）取得补偿的，保险人将按本合同约定的免赔额、给付比例及费用限额计算出保险金，但累计给付的保险金以该被保险人实际发生的医疗费用扣除其所获补偿后的余额为限。

第八条 责任免除

因下列情形之一，造成被保险人医疗费用支出的，保险人不承担给付保险金的责任：

(一) 本合同中约定除外疾病和症状、被要求健康告知的被保险人未告知的既往症(释义二十六)的治疗及其他相关费用;

(二) 未经保障区域内临床医疗管理部门认可的试验性或研究性治疗(包括但不限于检查方法、治疗方法、手段、设备、药品等)费用;

(三) 投保人对被保险人的故意杀害、故意伤害;被保险人从事违法犯罪行为或者故意行为(包括但不限于自残、自杀)引起的或者在这一过程中发生的伤害、病症治疗及其他相关费用;

(四) 在政府当局指导下实施的与传染病相关的治疗、药品、设备、服务和紧急医疗运送费用;

(五) 根据工伤补偿、职业病或者其他与职业疾病相关的法律法规可从中获得补偿的费用,已从政府、慈善机构、其他福利计划或医疗保险计划等第三方获得补偿的治疗费用;

(六) 被保险人在中华人民共和国大陆地区以外的国家或地区停留累计日数超过 90 日的,超过 90 日后产生的医疗费用;

(七) 代诊,挂床住院,无原始发票的费用,电话咨询费,没有按时就诊的预约费用,非医生处方要求的服务费用,不在执业范围的医疗服务费用;

(八) 因个人舒适或方便而产生的费用,包括但不限于电视、电话、食品保温箱、雇佣护工、房屋打扫、访客膳食、住宿、家庭设备、旅行费用,本合同没有列明的急救费用及其他非医学必需的服务和设备。本合同另有约定属于保险责任范围内的不在此限;

(九) 各种健康检查,功能医学检查(包括但不限于全套个人化营养评估、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)费用,免疫费用,出于行政或管理事务目的(包括但不限于与投保保险、招聘、入学或运动相关的体格检查)发生的检查费用,旅行和宾馆住宿费用,预防保健(包括但不限于保健按摩、自动按摩床治疗、药物蒸气治疗、药浴、体疗健身、疾病普查)费用,本合同另有约定属于保险责任范围内的不在此限;

(十) 非处方药品和设备,戒烟戒酒药物、食欲抑制剂、头发再生药物、抗老化药物、美容用品、维生素、矿物质等营养保健药品和食品、营养滋补类中草药;本合同另有约定属于保险责任范围内的不在此限;

(十一) 未经被保险人医生同意的放射治疗、化学治疗、物理治疗、脊椎疗法、职业疗法和语音治疗及其他相关费用;

(十二) 视觉检查、治疗、矫正及相关费用,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,屈光不正(近视、远视、散光)矫形术费用及其他相关费用;本合同另有约定属于保险责任范围内的不在此限;

(十三) 静养疗法、监护及家居照料费,在护理之家、养老院接受的护理,为休息、观察而实施的环境疗法,在任何长期护理机构、矿泉疗养地、水疗院门诊、康复机构、疗养院、养老院等非本合同规定的医疗机构接受的服务或治疗;本合同另有约定属于保险责任范围内的不在此限;

(十四) 选择性手术和治疗及其他相关费用,仅为改善或提高目前身体状况(包括但不限于中医调理)而发生的、非医学必需的费用;

(十五) 无论是否出于心理目的而进行的各种美容、整形(包括但不限于牙科治疗,包括但不限于激光美容、除皱、除眼袋、开双眼皮、治疗白发、秃发、脱发、植发、植毛、脱毛、隆鼻、隆胸等费用及其并发症)费用;

(十六) 对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、雀斑、老年斑、痣等)的治疗、祛除及其他相关费用;对无症状的浅表静脉曲张、蜘蛛脉、除瘢痕疙瘩型外的其它瘢痕、白癜风、纹身去除、皮肤变色的治疗、手术、并发症的治疗及其他相关费用;

(十七) 戒烟治疗及其相关费用,对由酒精、药物、溶剂或毒品滥用引起的伤害或疾病的戒断治疗及其他相关费用;对醉酒、使用违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药物引起的伤害的治疗及其他相关费用;

(十八) 减肥和任何为减肥接受的治疗、咨询、饮食费,减肥代餐费,与单纯性肥胖和病理性肥胖相关治疗(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)费用,相应并发症治疗及其他相关费用;增加体重、增高等相关治疗、并发症治疗及其他相关费用,丰胸或缩胸手术、并发症治疗及其他相关费用;

(十九) 被保险人助孕、妊娠(包括异位妊娠)、流产及并发症、分娩(含剖腹产)、不孕不育、人工受孕、男女生育控制、输精管切除术、绝育手术、绝育回复手术、性别转换等治疗和手术,及由以上原因导致的并发症的相关医疗费用;性障碍治疗,伟哥及其他用于提高性功能的药物费用;

(二十) 基因咨询、筛查、检查及其他相关费用;但因治疗目的而接受的医学必需的基因检测费用不受此限,如恶性肿瘤治疗所必需的基因检测;

(二十一) 不属于本合同约定保险责任范围内的牙科医疗费用,包括但不限于非治疗必需的、以美容为目的的牙齿处理、美白牙齿、种植牙、嵌体、正畸治疗(牙齿保持器)、贴面以及任何牙科治疗过程中使用的贵金属材料的相关费用;

(二十二) 耐用医疗设备使用和保养指导费,定制或改造任何交通工具、洗浴设备或者住宅设备费,所有非处方医疗器械费;非手术中必需的假体、矫正器具或者相似的器具费,医师认为治疗必不可少的假体或者耐用医疗设备不在此限;

(二十三) 各种自用的按摩保健和治疗用品:颈托(急救中使用的颈托不在此限)、腰托、胃托、肾托、阴囊托、子宫托、疝气带、护膝带、钢头颈、矫正器具、药带、药枕、拐杖、轮椅、健身按摩器和各种磁疗用品及家用检测治疗仪器等费用;

(二十四) 矫正鞋或其他脚支撑器材(包括但不限于足弓支撑器、矫正器或任何其他预防性的服务或器材)费,任何用于治疗弱足、畸形足、不稳足、扁平足或足弓塌陷的器材费,任何与跗骨、跖骨相关的医疗及其他相关费用,对脚表面损害(如鸡眼、老茧、角质化)医疗(但有关骨外露、肌腱或韧带的手术不在此限)费用;

(二十五) 生长激素治疗及其他相关费用(经保险人或其授权的指定服务提供商批准的医学必需情形不在此限);

(二十六) 医疗咨询和健康预测(包括但不限于健康咨询、婚前咨询、婚姻咨询、生育咨询、家庭咨询、性咨询)费用,智能测试、教育测试的医疗服务费;

(二十七) 各种医疗鉴定(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、各种验伤鉴定、亲子鉴定、遗传基因鉴定等)费用;

(二十八) 包皮环切术、包皮剥离术、包皮气囊扩张术费用及其并发症和其他相关费用;

(二十九) 因健康原因被医师建议不宜旅行的被保险人执意旅行引起的伤害或者病症的治疗及其他相关费用;

(三十) 被保险人先天性畸形、先天性疾病(释义二十七)、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)确定)引起的医疗费用;

(三十一) 被保险人感染艾滋病病毒或患艾滋病(释义二十八);

(三十二) 对由下列异常风险引起的伤害的治疗和其他相关费用:

被保险人参加或从事职业体育运动,在训练或比赛中受伤;被保险人从事或参加高风险运动(包括但不限于潜水(释义二十九)、跳伞、攀岩(释义三十)、蹦极、驾驶滑翔机或滑翔伞、探险(释义三十一)、武术比赛(释义三十二)、摔跤、特技表演(释义三十三)、赛马、赛车);

(三十三) 核爆炸、核辐射或核污染、化学污染;

(三十四) 战争、军事冲突、暴乱、武装叛乱或恐怖主义活动;无必要但主动置身于风险的情况(抢救他人性命情形不在此限)。

第三部分 保险金额

第九条 保险金额

本合同的保险金年度总限额、各项保险责任的保险金额、各类费用的费用限额由投保人、保险人在投保时协商确定,并在本合同中载明。上述金额或费用一经确定,在保险期间内不得变更。

第四部分 保险期间与续保

第十条 保险期间

保险期间为一年,具体起讫时间由投保人、保险人在投保时协商确定,并在本合同中载明。

第十一条 续保

保险期间届满,经保险人同意,投保人可以申请续保本合同。续保无等待期。

本合同为非保证续保合同,连续投保续保时保险人有权根据被保险人的年龄、医疗费用水平变化、本保险合同整体经营状况调整被保险人在连续投保续保时的费率。在投保人接受费率调整的前提下,保险人方可为投保人办理连续投保续保手续。

若同时参保的被保险人的子女在续保时符合下列情形之一的,保险人将不再接受该子女继续参保。该子女可为其本人投保本合同,该新投保的合同不设等待期。该子女在原合同的保险期间内发生的病症将不按照既往症免责,保险人对该子女按照续保的被保险人进行承保:

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。

第十二条 保险方案的变更

在保险期间内，投保人不能要求变更保险方案。但在续保时，经保险人同意后，投保人可以选择变更保险方案，**保险费将随之调整。**

第五部分 医疗服务网络与预授权

第十三条 医疗服务网络与直接付费服务

被保险人在保险人或服务提供商的医疗服务网络内的医疗机构（以下简称“网络医疗机构”）接受治疗的，对于保险责任范围内的费用中应由保险人承担部分，保险人或其服务提供商将直接与网络医疗机构结算，无需被保险人先行支付。**被保险人在中华人民共和国大陆地区以外接受治疗的，保险人有权要求被保险人在网络医疗机构内接受治疗。**

被保险人在网络医疗机构接受治疗的，对其发生的不属保险责任范围、应由其个人负担但网络医疗机构未向其本人收取的医疗费用，在接到保险人或服务提供商通知后，被保险人应在三十日内向保险人支付相应款项；**未在三十日内支付相应款项的，保险人或服务提供商有权向其追偿相应费用。**

第十四条 美国医疗服务网络和非网络医疗机构自付比例

在美国境内，被保险人应在网络医疗机构内接受治疗。被保险人未在网络医疗机构内接受治疗的，保险人依据与美国境内网络医疗机构的平均价格水平为支付标准在保险责任范围内给付相应保险金，被保险人应当额外自付属于保险责任范围内的一定比例的费用。美国境内非网络医疗机构自付比例约定如下：

（一）网络医疗机构

网络医疗机构为保险人指定的美国境内的医疗机构。被保险人在网络医疗机构接受治疗的，非网络医疗机构自付比例为 0%。

（二）非网络医疗机构

被保险人本可在位于其居住地方圆三十英里（或五十公里）内的网络医疗机构接受治疗却自行在非网络医疗机构接受治疗的，非网络医疗机构自付比例为 20%。

（三）无网络医疗机构

被保险人因其居住地方圆三十英里（或五十公里）内无网络医疗机构而在非网络医疗机构接受治疗的，非网络医疗机构自付比例为 0%。

第十五条 预授权

接受下列治疗前，被保险人须在预定开始治疗日期前至少两个工作日向保险人或服务提供商提出预授权（事先授权）申请：

- （一）所有住院治疗和需全身麻醉的手术治疗；
- （二）化学治疗、放射治疗、血液或者腹膜透析的门诊治疗；
- （三）每剂超过人民币 8,000 元的药剂或者疫苗；
- （四）单价超过人民币 5,000 元的单项检查或门诊手术；

- (五) 购买或者租用耐用医疗设备；
- (六) 康复治疗和专业护理；
- (七) 临终关怀。

对于被保险人提出的预授权申请，保险人或服务提供商将予以书面回复并有权要求被保险人在网络医疗机构内接受治疗。被保险人应当在收到书面回复后开始接受治疗，保险人或服务提供商要求被保险人在网络医疗机构接受治疗的，被保险人应当予以配合。被保险人在进行上述治疗前若未获得预授权的，对应当由保险人承担的保险责任，我们将按本合同约定的免赔额、给付比例、费用限额、最高给付日数及最高给付次数计算得出的金额，再乘以 60%的比例给付相应保险金。

发生紧急情况的，被保险人可在就近网络医疗机构或者非网络医疗机构接受治疗，但须在开始接受治疗后 48 小时内通知保险人或服务提供商。保险人将对该次治疗是否属紧急情况予以审核。

被保险人获得保险人或服务提供商的书面回复，不意味着其发生的全部医疗费用属于保险责任范围，保险人按照本合同约定承担保险责任。

第六部分 保险人义务

第十六条 保险单和保险凭证

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。

第十七条 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；未作提示或者明确说明的，该条款不产生效力。

第十八条 保险金的给付

保险人在收到保险金申请人提交的第二十八条所列的材料后，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。本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。

第十九条 索赔资料不完整通知

保险人认为被保险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、被保险人补充提供。

第七部分 投保人、被保险人义务

第二十条 交费义务

本合同保险费缴付方式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，保险合同不成立，保险人不承担保险责任。如投保人未按照保险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。如投保人未按照保险合同约定的付款时间足额缴付当期保费，且在本保险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。

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。

第二十一条 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。

（一）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时按照实付保险费与应付保险费的比例支付。

（二）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。

（三）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该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。

第二十二条 如实告知义务

投保人、被保险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。投保时，在被要求填写健康问卷调查表的被保险人须如实告知既往症及保险人要求的其他医疗、症状等信息，保险人将进行医疗核保。根据被保险人具体情况，保险人对本合同约定的既往症承担一定保险责任或不承担保险责任，并具体载明于本合同。

投保人、被保险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、被保险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、被保险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、被保险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。

第二十三条 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。

第二十四条 职业或工种的变更

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。

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未满期净保险费（释义三十四）。

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，仅向投保人退还未满期净保险费。

第二十五条 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. 被保险人职务变化；
2. 被保险人姓名变更。

第二十六条 提供医疗信息的义务

申请成为本合同的被保险人，即意味着同意任何医疗机构、医师、药剂师等向保险人提供保险人认为处理本合同相关事宜所必要的医疗信息（包括完整医疗病历和诊断）。保险人将对这些信息保密。

申请成为本合同的被保险人，也意味着同意保险人将所有医疗信息提供给相关机构以处理本合同相关事宜。

第二十七条 保险事故通知义务

发生保险责任范围内的事故后，投保人、被保险人或保险金申请人应于被保险人发生保险事故后的三十天内通知保险人，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**不可抗力**（释义三十五）而导致的迟延。

第八部分 保险金申请

第二十八条 保险金申请流程

保险金申请人（释义三十六）向保险人申请给付保险金时，应提供如下材料：

（一）保险金理赔申请书。

（二）申请人的有效身份证件。

（三）支持索赔的全部账单、证明、信息和证据，包括但不限于医疗机构出具的原始凭证、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。

（四）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。

（五）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。

第二十九条 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。

第九部分 责任终止、合同的解除、终止和争议处理

第三十条 责任终止

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终止且无需另行通知，以当中最早发生者为准：

1. 该被保险人的保险金年度总限额耗尽；
2. 该被保险人死亡。

第三十一条 合同的终止

1. 保险期间届满；
2. 所有被保险人死亡；
3. 本合同约定的其它情况。

第三十二条 合同的解除

在保险期间内，投保人可以解除本合同并提前 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且理赔金额大于零，对于该被保险人，保险人退还保费为零。若在保险期间内被保险人无理赔记录，或理赔金额为零，保险人退还未满期净保险费。

同时参保情况下，投保人可以为同时参保的所有被保险人或者部分被保险人申请解除保险合同。

若为同时参保的所有被保险人申请解除保险合同，则整个合同解除，同时参保的所有被保险人的保险责任全部终止，保险人退还本合同的未满期净保险费。

若为同时参保的部分被保险人申请解除保险合同，则这部分被保险人的保险责任终止，保险人退还该部分被保险人对应的未满期净保险费。若剩余被保险人中有年满 18 周岁的被保险人，保险人可对剩余被保险人继续承担保险责任。若剩余的被保险人中只有未满 18 周岁的被保险人，则保险人对这部分被保险人的保险责任终止，并退还本合同的未满期净保险费。

第三十三条 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）。

第十部分 释义

一、 保险人

指众安在线财产保险股份有限公司。

二、 同时参保

“同时参保”是指两名或两名以上的家庭成员作为被保险人，填写同一张投保单申请投保，且经评估保险人同意承保的情形。

三、 配偶

由国籍国法律承认或认可的婚姻形成的被保险人的丈夫或妻子，首次投保年龄在 18 至 60 周岁之间。

四、 子女

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（含）。如子女为全日制在校学生，投保年龄最高可放宽至 25 周岁（含）。

五、 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。

六、 费用限额

保险单或批单中所载的各项保险责任的费用限额、次限额和日限额。

保险责任项的费用限额，是每一年度保险期间，保险人在本保险合同项下对任意被保险人的该项保险责任累计给付保险金的限额。若在保险期间，对同一被保险人给付的累计保险金达到该项保险责任的费用限额，该项保险责任终止。

次限额是保险人根据本合同下相关责任的约定对被保险人该项责任每次门诊就诊或每次住院治疗累计给付的限额。

日限额是保险人根据本合同下相关责任的约定对被保险人每日该项责任累计给付的限额。

七、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。**

八、等待期

指自本合同保险期间开始时间或者被保险人成为本合同的被保险人首日（以较晚者为准）起保险人与投保人约定长度的期间，保险人对被保险人在此时间段内发生的对约定病症治疗和诊断费用不承担保险责任。

除本合同另有约定外，本合同住院医疗保险金责任、门急诊医疗保险金责任、特殊项目与特殊医疗保险金责任、保障区域外紧急医疗保险金责任的等待期为 30 天，牙科预防治疗和基础治疗保险金责任的等待期为 90 天，牙科重大治疗保险金责任的等待期为 180 天。

九、医疗机构

指本合同约定的保障区域范围内，在当地的监管机构依法定程序注册或登记而设立的，由执业医师或合法注册护士对病人进行疾病诊断、治疗活动的医院、诊所的总称。不包括健康水疗或自然治疗诊所、养老院、疗养院、护理机构、康复机构、酒精或药物滥用看护机构、戒毒机构、精神心理治疗机构。

医疗机构分为**公立医疗机构**(释义三十七)、**私立医疗机构**(释义三十八)和**昂贵医疗机构**(释义三十九)。

十、住院

是指被保险人因意外伤害或疾病而入住医疗机构之正式病房接受全日 24 小时监护治疗的过程，并正式办理入出院手续。但不包括下列情况：

(一) 被保险人在医疗机构的（门）急诊观察室、套房、家庭病床（房）入住；

(二) 被保险人住院体检；

(三) 挂床住院及其他不合理的住院。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。

十一、日间住院治疗

被保险人经医生诊断，必须在医疗机构进行的合理且必需的，占用医疗机构病床，但不满 24 小时的治疗，不包括肾透析和恶性肿瘤治疗。

十二、合理且必需

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：指被保险人接受、使用或者服用的治疗、服务、器械或药品的医疗费用符合下列所有条件：

- (一) 治疗意外伤害或者疾病所必需的项目；
- (二) 不超过安全、足量治疗原则的项目；
- (三) 由医生开具的处方药；
- (四) 非试验性的、非研究性的项目；
- (五) 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。

十三、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，在依据保险合同申请相应的保险金前，应当由被保险人自己承担的额度。

十四、给付比例

保险合同所载的用于计算保险人在扣除免赔额之外还须承担的医疗费用的比率，给付比例与自付比例(释义四十)之和为 100%。

十五、医生

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。

十六、重症监护病房

符合重症加强护理病房（ICU）、冠心病重症加强护理病房（CCU）、神经疾病重症加强病房（NCU）等标准的单人或多人监护病房，需配有中心监护台、心电监护仪及其它监护抢救设施，相对封闭管理。

十七、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，在医疗机构的专门科室进行的放疗。

十八、化学疗法

指对于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，在医疗机构进行的静脉注射化疗。

十九、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诊（含急诊）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。不包括营养滋补类药品，免疫功能调节类药品，美容及减肥类药品，预防类药品。

二十、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中成药，包括但不限于：

（一）单味或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），以及各种可以药用的动物脏器（鸡内金除外）和胎、鞭、尾、筋、骨。

（二）单味使用中药饮片及药材：阿胶、阿胶珠、鹿角胶、鳖甲胶、三七、龟角胶、龟鹿二仙胶、龟板胶、藏红花、生晒参、羚羊角粉。

（三）以上所列药品包括生药及炮制后的饮片及药材、膏方费、中草药代加工成粉剂、药丸、胶囊、胶、膏或其他制剂发生的加工费。

二十一、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。

下列疾病不在恶性肿瘤保障范围内：

- （一）原位癌；
- （二）相当于 Binet 分期方案 A 期程度的慢性淋巴细胞白血病；
- （三）相当于 Ann Arbor 分期方案 I 期程度的何杰金氏病；
- （四）皮肤癌（不包括恶性黑色素瘤及已发生转移的皮肤癌）；
- （五）TNM 分期为 T₁N₀M₀ 期或者更轻分期的前列腺癌；
- （六）感染艾滋病病毒或者患艾滋病期间所患恶性肿瘤。

二十二、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。本合同所指的肿瘤免疫治疗药物需符合法律、法规要求并经过国家食品药品监督管理总局批准用于临床治疗。

二十三、肿瘤内分泌疗法

指对于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治疗药物需符合法律、法规要求并经过国家食品药品监督管理总局批准用于临床治疗。

二十四、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。本合同所指的靶向治疗药物需符合法律、法规要求并经过国家食品药品监督管理总局批准用于临床治疗。

二十五、急性病

指被保险人在本合同生效前未曾接受治疗或诊断，突然发生的、并且必须立即接受治疗方能避免身体或生命受到伤害的疾病，包括休克、昏迷、癫痫发作、急性中毒以及意外导致的骨折、脱位和烧伤等。

二十六、既往症

也称为“投保前疾病”，指在本合同生效之前及等待期内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，治疗后症状未完全消失，有间断用药情况；
- （三）本合同生效前发生，未经医生明确诊断和治疗，但已就此接受相关检查、医学咨询或者治疗、服药，或者显现相关**症状**（释义四十一）或**体征**（释义四十二）的疾病或损伤，以普通人医学常识应当知晓。

二十七、先天性疾病

指由于基因因素、先天性新陈代谢异常或其他因素导致的、出生时即存在的疾病和症状、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在出生后逐步显现。

二十八、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。

二十九、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。

三十、攀岩

指攀登悬崖、楼宇外墙、人造悬崖、冰崖、冰山等运动。

三十一、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。

三十二、武术比赛

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。

三十三、特技表演

指从事马术、杂技、驯兽等特殊技能的表演。

三十四、未满期净保险费

除保险单另有约定外，按 10%的退保手续费率及下述公式计算未满期净保险费：

如投保人在主合同成立时选择交清保险费，未满期净保险费=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。

如投保人在主合同成立时选择保费分期缴付方式，未满期净保险费 = 本合同的当期保险费×（1-退保手续费率）×（1-当期实际经过天数/当期实际天数），经过天数不足一天按一

天计算。

若本合同已发生保险金给付，未到期净保险费为零。

三十五、不可抗力

指不能预见、不能避免并不能克服的客观情况。

三十六、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。

三十七、公立医疗机构

分为“政府办医院”（根据功能定位主要划分为县办医院、市办医院、省办医院、部门办医院）、“其他公立医院”（主要包括军队医院、国有和集体企事业单位等举办的医院）和“基层医疗卫生机构”（主要包括社区卫生服务中心和站点、乡镇卫生院和村卫生室），仅指中华人民共和国大陆地区（不包括香港特别行政区、澳门特别行政区、台湾地区）设立的医疗机构。

其中：“省办”包括省、自治区、直辖市举办；“市办”包括地级市、地区、州、盟举办；“县办”包括县、县级市、市辖区、旗举办。

除另有约定外，公立医疗机构包括其专家门诊、高级专家门诊、特约门诊、特需门诊、国际医疗、VIP 门诊、外宾门诊等特需医疗形态。

三十八、私立医疗机构

也称作“非公立医疗机构”，是指除“公立医疗机构”以外的其它医疗机构，但不包括“昂贵医疗机构”。

被保险人在该类医疗机构就医时，保险人将不承担或者按一定比例承担保险责任范围内的医疗费用。

三十九、昂贵医疗机构

指保险人对保障区域内医疗机构的收费水平进行跟踪、分析后，筛选出的收费水平明显高于其它医疗机构通常收费水平的医疗机构。

被保险人在该类医疗机构就医时，保险人将不承担或者按一定比例承担保险责任范围内的医疗费用。

由于各医疗机构的收费水平将不时发生变化，保险人有权定期调整昂贵医疗机构清单，并以书面形式（包括不限于电子邮件、官方网站、官方微博、官方公众号等）提前通知投保人。

四十、自付比例

被保险人发生的保险责任范围内的费用扣除免赔额后剩余部分中须由被保险人自行负担的比率，给付比例与自付比例之和为 100%。

四十一、症状

指被保险人病后对机体生理功能异常的自身体验和感觉。

四十二、体征

指被保险人的体表或内部结构发生可以察觉的改变。