众安在线财产保险股份有限公司
个人医疗保险条款（互联网 2022 版 C 款）
注册号：C0001793251202301061275 3
（众安在线）（备-医疗保险）【2024】（主）029 号

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。

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。

第四条　被保险人

除另有约定外，初次投保时年龄为出生满 30 天至 17 **周岁**（释义二）（含 17 周岁）的少儿，可作为本合同的被保险人。被保险人年满 17 周岁前（含 17 周岁），保险期间届满，可以重新向保险人申请投保本产品，并经过保险人同意，交纳保险费，获得新的保险合同。

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“意外伤害医疗保险金”、“疾病门急诊医疗保险金”、“疾病住院医疗保险金”、“意外烧烫伤保险金”、“住院津贴保险金”、“意外创伤性牙齿修复医疗保险金”和“意外微创美容医疗保险金”七项责任。其中“意外伤害医疗保险金”、“疾病门急诊医疗保险金”和“疾病住院医疗保险金”为必选责任，“意外烧烫伤保险金”、“住院津贴保险金”、“意外创伤性牙齿修复医疗保险金”和“意外微创美容医疗保险金”为可选责任。投保人可只投保必选责任，也可在投保必选责任的基础上选择投保一项或多项可选责任，并在本合同中载明，**但不能单独投保可选责任。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）意外伤害医疗保险金（必选）

在保险期间内，被保险人因遭受**意外伤害**（释义三）事故，在**医院**（释义四）接受治疗的，对于被保险人在每次意外伤害事故中实际发生的、符合**当地**（释义五）**基本医疗保险**（释

义六）范围的、**必需且合理的医疗费用**（释义七），以及超出当地基本医疗保险范围的、必需且合理的**药品费用**（释义八），**保险人在扣除约定的免赔额后，按照本合同约定的给付比例进行赔付。保险人累计给付金额以本合同约定的意外伤害医疗保险金额为限。累计给付金额之和达到意外伤害医疗保险金额时，保险人对被保险人在意外伤害医疗保险金项下的保险责任终止。**

到本合同满期日时，被保险人仍未结束本次治疗的，保险人继续承担保险金给付责任。除另有约定外，住院治疗者最长延至本合同满期日后第30日（含）止，门诊治疗者最长延至本合同满期日后第15日（含）止。

（二）疾病门急诊医疗保险金（必选）

在保险期间内，被保险人在**等待期**（释义九）后因罹患疾病，在医院接受门诊或急诊治疗的，对于被保险人每次实际发生的、符合当地基本医疗保险范围的、必需且合理的门诊或急诊医疗费用，以及超出当地基本医疗保险范围的、必需且合理的药品费用，**保险人在扣除本合同约定的单次疾病门急诊（释义十）免赔额后，按照约定的给付比例给付疾病门急诊医疗保险金，但保险人每次给付保险金的金额以本合同约定的单次疾病门急诊给付限额为限。**

在保险期间内，被保险人一次或多次在等待期后因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疾病门急诊医疗保险金的责任，但保险人在单位时间（释义十一）内累计给付金额以本合同约定的单位时间疾病门急诊给付限额为限，保险人累计给付金额以本合同约定的疾病门急诊医疗保险金额为限。累计给付金额之和达到疾病门急诊医疗保险金额时，保险人对被保险人在疾病门急诊医疗保险金项下的保险责任终止。

单次疾病门急诊免赔额指在本合同保险期间内，被保险人在等待期后因罹患疾病，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。**

单次疾病门急诊给付限额指在本合同保险期间内，被保险人在等待期后因罹患疾病，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。

单位时间疾病门急诊给付限额指在本合同保险期间内，被保险人在等待期后因罹患疾病，单位时间内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。

单次疾病门急诊免赔额、给付比例、单次疾病门急诊给付限额、单位时间疾病门急诊给付限额和疾病门急诊医疗保险金额由投保人和保险人在投保时约定，并在本合同中载明。

（三）疾病住院医疗保险金（必选）

在保险期间内，被保险人在等待期后因罹患疾病，经医院诊断必须接受**住院**（释义十二）治疗时，对于被保险人住院期间实际发生的、符合当地基本医疗保险范围的、必需且合理的

住院医疗费用（释义十三），以及超出当地基本医疗保险范围的、必需且合理的药品费用，**保险人在扣除约定的免赔额后，按照本合同约定的给付比例进行赔付。保险人累计给付金额以本合同约定的疾病住院医疗保险金额为限。累计给付金额之和达到疾病住院医疗保险金额时，保险人对被保险人在疾病住院医疗保险金项下的保险责任终止。**

到本合同满期日时，被保险人未结束本次住院治疗的，保险人继续承担因本次住院发生的、**最高不超过本合同满期日后30日内（含第30日）的符合上述规定的住院医疗费用。**

（四）意外烧烫伤保险金（可选）

在保险期间内，被保险人因遭受意外伤害事故导致**烧烫伤**（释义十四），并在医院接受治疗的，**保险人按本合同载明的保险金额给付意外烧烫伤保险金，同时本项保险责任终止。**

（五）住院津贴保险金（可选）

在保险期间内，若被保险人因遭受意外伤害事故或在等待期后因罹患疾病，在医院接受住院治疗的，**保险人按被保险人每次实际住院天数扣除每次住院免赔天数后乘以本合同约定的住院日津贴额向被保险人给付住院津贴保险金。**

同时，住院津贴保险金责任须符合如下规定：

1.每次住院给付天数为被保险人每次实际住院天数扣除每次住院免赔天数，但是每次住院给付天数不超过本合同约定的单次最高给付天数；

2.除另有约定外，在保险期间内，被保险人的累计给付天数以90日为限；当累计给付天数达到该限额时，则本项保险责任终止；

3.对于保险期间内发生且该次住院治疗延续至本合同到期日后3日内（含第3日）的住院治疗，保险人仍然承担给付保险金的责任；

4.若被保险人本次住院治疗与前次住院原因相同，并且前次出院与本次入院间隔不超过 30 日（含第 30 日）的，则本次住院与前次住院视为同一次住院。

（六）意外创伤性牙齿修复医疗保险金（可选）

在保险期间内，被保险人因遭受意外伤害事故造成牙齿创伤，并在医院或保险人认可的医疗机构接受**创伤性牙齿修复**（释义十五）治疗的，对于被保险人实际发生的、必需且合理的医疗费用，**保险人在扣除约定的免赔额后，按照本合同约定的给付比例进行赔付。保险人累计给付金额以本合同约定的意外创伤性牙齿修复医疗保险金额为限。累计给付金额之和达到意外创伤性牙齿修复医疗保险金额时，保险人对被保险人在意外创伤性牙齿修复医疗保险金项下的保险责任终止。**

（七）意外微创美容医疗保险金（可选）

在保险期间内，被保险人因遭受意外伤害事故造成面部创伤，并在医院或保险人认可的医疗机构进行**微创美容**（释义十六）的，对于被保险人实际发生的、必需且合理的医疗费用，**保险人在扣除约定的免赔额后，按照本合同约定的给付比例进行赔付。保险人累计给付金额以本合同约定的意外微创美容医疗保险金额为限。累计给付金额之和达到意外微创美容**

医疗保险金额时，保险人对被保险人在意外微创美容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，自本合同生效之日零时起 2 日（含第 2 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　免赔额

本合同中的**免赔额是指被保险人在保险期间内发生的、虽然属于本合同保险责任范围内的医疗费用，但依照本合同约定仍旧由被保险人自行承担，本合同不予赔付的金额。**只有当保险期间内的**免赔额因以下两种情况抵扣完毕时，保险人才开始按照约定承担赔付责任：**

（一）被保险人自行承担的属于本合同保险责任范围内的医疗费用，包括其基本医疗保险个人账户支出的医疗费用；

（二）从基本医疗保险和公费医疗保险之外的其他途径获得的属于本合同保险责任范围内的医疗费用补偿。

通过基本医疗保险和公费医疗保险获得的补偿，不可用于抵扣免赔额。

免赔额由投保人与保险人在订立本合同时协商确定，并在本合同中载明。

举例来说，假设免赔额为 10000 元，如被保险人在保险期间内未就诊过，则免赔额余额为 10000 元；如第一次就诊累计的“保险责任范围内医疗费用”为 5000 元，针对本次就诊理赔后免赔额余额为 5000 元，本次赔付为 0 元；如第二次就诊累计的“保险责任范围内医疗费用”为 8000 元，则针对本次就诊理赔后免赔额余额为 0 元，本次赔付为 3000 元乘以赔付比例。由于免赔额已抵扣完毕，在该被保险人剩余的保险期间内，不再需要抵扣免赔额。

第九条　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，以及依法承担侵权损害赔偿责任的第三人等）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）若被保险人以参加基本医疗保险或公费医疗身份投保，但未获得基本医疗保险或公费医疗补偿的，则保险人根据本合同单独约定的给付比例进行赔付。

第十条　责任免除

（一）因下列情形之一导致被保险人支出医疗费用的或发生如下列明的医疗费用，保

险人不承担保险金给付责任：

1.投保人对被保险人的故意杀害或故意伤害；被保险人故意自杀、自伤，但被保险人自杀时为无民事行为能力人的除外；被保险人故意犯罪或者抗拒依法采取的刑事强制措施，或被政府依法拘禁或入狱期间伤病；被保险人殴斗、醉酒、主动吸食或注射毒品，违反规定使用麻醉或精神药品；被保险人未遵医嘱擅自服用、涂用、注射药物；被保险人酒后驾驶、无有效驾驶证驾驶（释义十七）或者驾驶无有效行驶证（释义十八）的机动交通工具；

2.被保险人患性病，精神和行为障碍，遗传性疾病，先天性畸形、变形或染色体异常（依据世界卫生组织《疾病和有关健康问题的国际统计分类》（ICD-10）确定）；被保险人感染艾滋病病毒或患艾滋病（释义十九）；被保险人所患既往症（释义二十），及保险单中特别约定的除外疾病引起的相关费用，但投保时保险人已知晓并做出书面认可的除外；等待期内被保险人确诊的相关疾病。

3.被保险人因预防、康复、休养或疗养、医疗咨询、健康体检、非处方药物、以捐献身体器官为目的的医疗行为、保健性或非疾病治疗类项目发生的医疗费用；眼镜或隐形眼镜、义齿、义眼、义肢、轮椅、拐杖、助听器等康复性器具，所有非处方医疗器械所产生的费用；包皮环切术、包皮剥离术、包皮气囊扩张术、性功能障碍治疗；

4.被保险人怀孕、流产、分娩（含剖腹产）、避孕、节育（含绝育）、绝育后复通、治疗不孕不育症、人工受孕、产前产后检查及由以上原因导致的并发症；牙科疾病及相关治疗，视力矫正手术，但因意外所致的不受此限；

5.未经科学或者医学认可的试验性或者研究性治疗及其产生的后果所产生的费用；未被治疗所在地权威部门批准的治疗，未获得治疗所在地政府许可或批准的药品或药物，以及上述治疗或药品药物导致的后续医疗费用；各类医疗鉴定、检测费用，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、遗传基因鉴定费用；因职业病（释义二十一）、医疗事故（释义二十二）导致的医疗费用；被保险人在不符合本合同约定的医院就诊发生的医疗费用；

6.被保险人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；被保险人从事或参加高风险运动，如：潜水（释义二十三）、滑水、冲浪、赛艇、漂流、滑翔翼、热气球、跳伞或其他高空运动、蹦极、乘坐或驾驶商业民航班机以外的飞行器、攀岩（释义二十四）、攀登海拔3500米以上的独立山峰、攀爬建筑物、滑雪、滑冰、武术（释义二十五）、摔跤、柔道、空手道、跆拳道、拳击、马术、赛马、赛车、特技表演（释义二十六）（含训练）、替身表演（含训练）、探险（释义二十七）或考察活动（洞穴、极地、沙漠、火山、冰川等）；

7.战争、军事行动、暴乱或者武装叛乱；核爆炸、核辐射或者核污染、化学污染；

8.被保险人发生椎间盘突出症（包括椎间盘膨出、椎间盘突出、椎间盘脱出、游离性椎间盘等类型）。

（二）因下列情形之一导致被保险人支出创伤性牙齿修复医疗费用的，保险人不承担保险金给付责任：

1.被保险人进行洗牙、牙齿美白、正畸等牙齿保健；

2.因蛀牙龋坏、自然脱落、先天缺失、美容性调整等进行的牙齿修补、填充、义牙植入。

第十一条　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，并在本合同中载明。**保险金额一经确定，保险期间内不能进行变更。**

第十二条　保险期间与不保证续保

本合同为不保证续保合同，保险期间为一年（或不超过一年）。保险期间届满，投保人需要重新向保险人申请投保本产品，并经保险人同意，交纳保险费，获得新的保险合同。

若保险期间届满时，本合同对应保险产品统一停售，保险人将不再接受投保申请。

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

本合同保险费交付方式分为一次性交付和分期交付，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。**

若投保人选择分期交付保险费，**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交付的周期。**如投保人未交付首期保费，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交付当期保费，允许在宽限期内补交保险费；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，如被保险人在正常交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交期间的保险费，投保人已交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交付当期保费，且在本合同约定的宽限期内仍未足额补交当期保费的，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

投保人住址、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址、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　职业或工种的变更

被保险人变更其职业或工种时，投保人应于三十日内以书面形式或双方认可的其他形式通知保险人。**若被保险人所变更的职业或者工种依照保险人职业分类在拒保范围内的，保险人对该被保险人所负保险责任自其职业或工种变更之日起终止，**并退还**未满期净保险费**（释义二十八）。

被保险人未履行本条约定的通知义务而发生保险事故的，且被保险人所变更的职业或者工种依照保险人职业分类在拒保范围内的，保险人不承担给付保险金的责任，并自其职业或工种变更之日起，按日计算退还未满期净保险费，**本合同终止。**

第二十二条　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。

（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。

第二十三条　保险事故通知义务

投保人、被保险人或者保险金受益人知道保险事故发生后，应当及时通知保险人，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**（释义二十九）而导致的迟延。

第五部分　保险金的申请

第二十四条　保险金的申请

保险金申请人（释义三十）向保险人申请给付保险金时，应提供以下证明和资料：

（一）保险金给付申请书；

（二）保险合同凭证；

（三）保险金申请人的有效身份证件；

（四）支持索赔的全部账单、证明、信息和证据，医院出具的病历资料、医学诊断书、处方、病理检查报告、化验检查报告、医疗费用原始单据、费用明细单据等。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；

（五）保险金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；

（六）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。**

第六部分　保险合同的解除、终止和争议处理

第二十五条　合同的解除

在本合同成立后，投保人可以通过书面形式或双方认可的其他形式通知保险人解除合同，**但保险人已根据本合同的约定给付保险金的除外。**

投保人解除本合同时，应提供下列证明文件和资料：

（一）保险合同解除申请书；

（二）保险合同凭据；

（三）保险费交付凭证；

（四）投保人身份证明。

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对本合同的解除申请，视为投保人的书面申请。

第二十六条　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）**。

第二十七条　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。

第二十八条　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、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。**猝死是指平素身体健康或表面健康的人因潜在疾病、机能障碍在出现症状后 24 小时内发生的突然死亡。**猝死的认定，如有司法机关的法律文件、医疗机构的诊断书等，则以上述法律文件、诊断书等为准。**

四、医院

除另有约定外，指经中华人民共和国卫生部门审核认定的**二级及二级以上的公立**医院或保险人扩展承保的医疗机构，**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；

（四）保险人不予理赔的医疗机构。

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。

保险人扩展承保的医疗机构清单及不予理赔的医疗机构清单将在保险单中载明，保险人保留对清单进行变更的权利，具体以保险人在官方正式渠道（包括但不限于官网、官微）公布或通知为准。

五、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。

六、基本医疗保险

指《中华人民共和国社会保险法》所规定的基本医疗保险，包括城镇职工基本医疗保险、城镇居民基本医疗保险或城乡居民基本医疗保险、新型农村合作医疗等政府举办的基本医疗保障项目。

七、必需且合理的医疗费用

（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。

八、药品费用

指门诊、急诊或住院期间实际发生的必需且合理的、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，以及滋补类中草药，即以提高人体免疫力为主要用途使用的中草药及中成药，包括但不限于人参、阿胶、鹿角胶、龟鹿二仙胶、龟板胶、鳖甲胶、马宝、珊瑚、玳瑁、冬虫夏草、藏红花、羚羊、犀角、牛黄、麝香、鹿茸、铁皮枫斗以及用中药材和中药饮片炮制的各类酒制剂等。**

九、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保险合同上载明。

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。

十、单次疾病门急诊

指被保险人因罹患疾病于同一天在同一家医院同一科室所进行的门诊或急诊治疗。

十一、单位时间

指在一定的时间内，以某一个时间段作为一个单位，如每个自然周、每个自然月、每个季度等，由投保人和保险人在投保时约定，并在本合同中载明。

十二、住院

指被保险人因意外伤害或疾病而入住医院的正式病房进行治疗的过程，并正式办理入出院手续，包含日间住院（指完全出于接受医学必需的治疗目的被保险人以占用医疗机构病床但不过夜的方式接受的医疗）。**但不包括下列情况：**

（一）被保险人在医院的（门）急诊观察室、方舱医院入住；

（二）被保险人入住康复科、康复病床或接受康复治疗（释义三十一）；

（三）被保险人住院期间一天内未接受与入院诊断相关的检查和治疗，但遵医嘱到外院接受临时治疗的除外；

（四）被保险人住院体检；

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。

十三、住院医疗费用

住院医疗费用包括床位费、加床费、重症监护室床位费、药品费、膳食费、治疗费、护理费、检查检验费、手术费、医生费、救护车使用费。

（一）床位费

指住院期间实际发生的、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）。**

（二）加床费

指未满 18 周岁的被保险人在住院治疗期间，根据合同约定赔偿其合法监护人（限一人）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，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。

（三）重症监护室床位费

指住院期间出于医学必要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。

（四）药品费

指住院期间实际发生的必需且合理的、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，以及滋补类中草药，即以提高人体免疫力为主要用途使用的中草药及中成药，包括但不限于人参、阿胶、鹿角胶、龟鹿二仙胶、龟板胶、鳖甲胶、马宝、珊瑚、玳瑁、冬虫夏草、藏红花、羚羊、犀角、牛黄、麝香、鹿茸、铁皮枫斗以及用中药材和中药饮片炮制的各类酒制剂等。**

（五）膳食费

指住院期间根据医生的嘱咐，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。**

（六）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，具体以就诊合同约定的医院或保险人认可的指定医疗机构的费用项目划分为准。**本项责任不包含如下费用：物理治疗、中医理疗及其他特殊疗法费用。**

（七）护理费

指住院期间由医疗机构对被保险人提供临床护理服务所收取的费用，包括各级护理（根据 2013 年发布的中华人民共和国国家卫生和计划生育委员会《分级护理标准》确定）、重症监护和专项护理费用**（不包含护工护理费用）**。

（八）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。

（九）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。**

（十）医生费

指包括外科医生、麻醉师、内科医生、专科医生的费用。

（十一）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。**

十四、烧烫伤

指被保险人在本合同保险期间内因意外导致的机体软组织的烧烫伤。

十五、创伤性牙齿修复

指被保险人的牙齿遭受各种机械外力导致牙齿破损、脱落，并进行牙齿修补、填充、义牙植入的医疗行为。不包括蛀牙龋坏、自然脱落、先天缺失、美容性调整等进行的牙齿修补、填充、义牙植入。

十六、微创美容

指被保险人因遭受意外伤害，为减少因清创、缝合等所致的术后畸形及瘢痕所采取的治疗手段。

十七、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。

十八、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交通工具；

（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交通工具。

十九、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。

在人体血液或其他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、既往症

指在本合同生效之前被保险人已患有的且已知晓的有关疾病或症状。

二十一、职业病

指企业、事业单位和个体经济组织的劳动者在职业活动中，因接触粉尘、放射性物质和其他有毒、有害物质等因素而引起的疾病。职业病的认定需遵循《中华人民共和国职业病防治法》中的相关规定及鉴定程序。

二十二、医疗事故

指医院或保险人认可的指定医疗机构及其医务人员在医疗活动中，违反医疗卫生管理法律、行政法规、部门规章和诊疗护理规范及常规，过失造成患者人身损害的事故。

二十三、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。

二十四、攀岩

指攀登悬崖、楼宇外墙、人造悬崖、冰崖、冰山等运动。

二十五、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。

二十六、特技表演

指进行马术、杂技、驯兽等表演。

二十七、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。

二十八、未满期净保险费

除另有约定外，按下述公式计算未满期净保险费：

如投保人在本合同成立时选择一次性交付保险费，未满期净保险费=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)。经过天数不足一天按一天计算。

如投保人在本合同成立时选择分期交付保险费，未满期净保险费=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。

二十九、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、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。

三十一、康复治疗

康复治疗是使病、伤、残者康复的重要手段，常与药物治疗、手术疗法等临床治疗综合进行，包括但不限于医疗体操，运动神经、肌肉生理促进疗法，生物反馈、牵引，推拿，针灸，电疗，药物熏蒸，康复工程训练，其他物理治疗等。