众安在线财产保险股份有限公司
个人门急诊医疗保险（2026A版互联网）条款
注册号：C0001793251202611059906 3

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。

被保险人为无民事行为能力人或限制民事行为能力人的，应由其父母或者监护人为投保人。

第四条　被保险人

除本合同另有约定外，初次投保时年龄为出生满30天至100**周岁**（释义二）（含100周岁），能正常工作、生活、**并经保险人审核通过的自然人**，可作为本合同的被保险人。被保险人年满100周岁前（含100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“互联网药品费用医疗保险金”、“一般门急诊医疗保险金”、“特定情形急诊及转住院医疗保险金”和“特定情形急诊特定器械及ICU费用医疗保险金”。**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）互联网药品费用医疗保险金

在保险期间内，被保险人在**等待期**（释义三）后因遭受**意外伤害**（释义四）事故或罹患疾病，在**保险人认可的互联网药店**（释义五）内所产生的**必需且合理**（释义六）的药品费用，**保险人在扣除本合同约定的单日互联网药品费用免赔额后，按照约定的给付比例给付单日的互联网药品费用医疗保险金，但保险人每日给付保险金的金额以本合同约定的单日互联网药品费用给付限额为限。单日互联网药品费用免赔额、给付比例、单日互联网药品费用**

给付限额由投保人和保险人在投保时约定，并在本合同中载明。

给付互联网药品费用医疗保险金时，该药品须同时满足以下条件：

1.该药品须由本合同约定或保险人认可的互联网医院（释义七）的医生开具处方（释义八），且药品处方符合中国国家药品监督管理局批准的该药品说明书中所列明的适应症和用法用量，且为被保险人当前治疗必需的药品；

2.每次药品处方剂量符合国家卫生行政主管部门对于处方剂量的规定（释义九）；

3.开具的药品处方仅限治疗被保险人在等待期后因遭受意外伤害事故或罹患的疾病；

4.该药品必须为本合同期满日前在中国国家药品监督管理局批准且已在中国（不包括港、澳、台地区）上市的药物；

5.被保险人须在保险人认可的互联网药店购买上述处方中所列的药品。

单日互联网药品费用免赔额指在本合同保险期间内，被保险人每日在保险人认可的互联网医疗网络内所支出的属于保险责任范围内的药品费用中，应当由被保险人自行承担，且本合同不予赔付的部分。

单日互联网药品费用给付限额指在本合同保险期间内，被保险人每日在保险人认可的互联网医疗网络内所支出的属于保险责任范围内的药品费用中，应当由保险人承担的费用限额。

在保险期间内，被保险人一次或多次在等待期后因遭受意外伤害事故或罹患疾病在保险人认可的互联网药店产生药品费用的，保险人均按上述约定承担给付互联网药品费用医疗保险金的责任。保险人累计给付金额以本合同约定的互联网药品费用医疗保险金额为限，当累计给付金额之和达到互联网药品费用医疗保险金额时，保险人对被保险人在互联网药品费用医疗保险金项下的保险责任终止。

（二）一般门急诊医疗保险金

在保险期间内，被保险人在等待期后因遭受意外伤害事故或罹患疾病，在保险人认可的医院（释义十）接受门诊或急诊治疗，保险人对于被保险人每日实际支出的、符合当地基本医疗保险（释义十一）政策规定的、必需且合理的门诊或急诊医疗费用（释义十二），在扣除本合同约定的单日一般门急诊免赔额后，按照约定的给付比例给付一般门急诊医疗保险金，但保险人每日给付保险金的金额以本合同约定的单日一般门急诊给付限额为限。单日一般门急诊免赔额、给付比例、单日一般门急诊给付限额由投保人和保险人在投保时约定，并在本合同中载明。

单日一般门急诊免赔额指在本合同保险期间内，被保险人每日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。

单日一般门急诊给付限额指在本合同保险期间内，被保险人每日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。

在保险期间内，被保险人一次或多次在等待期后因遭受意外伤害事故或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一般门急诊医疗保险金的责任。保险人累计给付金额以本合同约定的一般门急诊医疗保险金额为限，当累计给付金额之和达到一般门急诊医疗保险金额时，保险人对被保险人在一般门急诊医疗保险金项下的保险责任终止。

当被保险人的医疗费用属于特定情形急诊及转住院医疗保险金项下、特定情形急诊特定器械及 ICU 费用医疗保险金项下的责任范围时，该医疗费用仅适用相应保险责任项下的约定，保险人不在本项保险责任项下承担给付责任。

（三）特定情形急诊及转住院医疗保险金

在保险期间内，被保险人在等待期后因遭受意外伤害事故并在保险人认可的医院中接受**急诊抢救**（释义十三）治疗及**直接转入**（释义十四）**住院**（释义十五）接受治疗，或在等待期后罹患**特定疾病**（释义十六）并在保险人认可的医院中接受急诊治疗及直接转入住院接受治疗，对于被保险人实际支出的、必需且合理的急诊医疗费用及直接转入**住院医疗费用**（释义十七），**保险人在扣除本合同约定的本项责任免赔额后，按照约定的给付比例给付特定情形急诊及转住院医疗保险金。免赔额、给付比例由投保人和保险人在投保时约定，并在本合同中载明。**

到本合同满期日时，被保险人未结束本次直接转入住院治疗的，保险人继续承担因本次直接转入住院发生的、**最高不超过本合同满期日后30日内（含第30日）的住院医疗费用。**

在保险期间内，无论被保险人发生一次或多次上述保险事故，保险人均按上述约定承担给付特定情形急诊及转住院医疗保险金的责任。保险人累计给付金额以本合同约定的特定情形急诊及转住院医疗保险金额为限，当累计给付金额之和达到特定情形急诊及转住院医疗保险金额时，保险人对被保险人在特定情形急诊及转住院医疗保险金项下的保险责任终止。

当被保险人的医疗费用属于特定情形急诊特定器械及 ICU 费用医疗保险金项下的责任范围时，该医疗费用仅适用相应保险责任项下的约定，保险人不在本项保险责任项下承担给付责任。

（四）特定情形急诊特定器械及 ICU 费用医疗保险金

在保险期间内，被保险人在等待期后因遭受意外伤害事故并在保险人认可的医院中接受急诊抢救治疗及直接转入住院接受治疗，或在等待期后罹患特定疾病并在保险人认可的医院中接受急诊治疗及直接转入住院接受治疗，对于被保险人实际支出的、必需且合理的**特定器械费用**（释义十八）及ICU（释义十九）费用，**保险人在扣除本合同约定的本项责任免赔额后，按照约定的给付比例给付特定情形急诊特定器械及ICU费用医疗保险金。免赔额、给付比例由投保人和保险人在投保时约定，并在本合同中载明。**

到本合同满期日时，被保险人未结束本次直接转入住院治疗的，保险人继续承担因本次

直接转入住院发生的、**最高不超过本合同满期日后 30 日内（含第 30 日）的特定器械费用及 ICU 费用。**

在保险期间内，无论被保险人发生一次或多次上述保险事故，保险人均按上述约定承担给付特定情形急诊特定器械及 ICU 费用医疗保险金的责任。保险人累计给付金额以本合同约定的特定情形急诊特定器械及 ICU 费用医疗保险金额为限，当累计给付金额之和达到特定情形急诊特定器械及 ICU 费用医疗保险金额时，保险人对被保险人在特定情形急诊特定器械及 ICU 费用医疗保险金项下的保险责任终止。

第七条　保险金额、费用补偿、免赔额、给付比例

（一）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。本合同的互联网药品费用医疗保险金额、一般门急诊医疗保险金额、特定情形急诊及转住院医疗保险金额、特定情形急诊特定器械及 ICU 费用医疗保险金额和总保险金额由投保人、保险人双方约定，并在本合同中载明。**除另有约定，保险金额一经确定，保险期间内不能进行变更。**

（二）医疗费用补偿

本合同适用医疗费用补偿原则。具备基本医疗保险、公费医疗、其他费用补偿型医疗保险等的被保险人，若其实际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任何途径（包括基本医疗保险、公费医疗、政府主办补充医疗（释义二十）、工伤保险、工作单位、保险人在内的任何商业保险机构等）得到了相应的医疗费用补偿，保险人按照本合同约定计算并给付的保险金金额不得超过被保险人实际发生的医疗费用扣除上述其他任何途径补偿后的余额；不具备基本医疗保险、公费医疗、其他费用补偿型医疗保险等、未从其他途径获得医疗费用补偿的被保险人，保险人对上述第六条保险责任中的医疗费用按照本合同的约定进行赔付。

（三）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：**

1.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；

2.从基本医疗保险、公费医疗保险和政府主办补充医疗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。

通过基本医疗保险统筹账户、公费医疗保险和政府主办补充医疗获得的补偿，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，假设年度免赔额为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，结合第一次就诊理赔后免赔额余额5000元，本次就诊免赔额已抵扣完毕，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。

（四）未获得基本医疗保险或公费医疗补偿的赔付

若被保险人以参加基本医疗保险或公费医疗身份投保，但未以基本医疗保险或公费医疗身份就诊并结算的，则保险人根据本合同单独约定的给付比例进行赔付。

第八条　犹豫期

除另有约定外，自本合同生效之日零时起15日（含第15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。**投保人在犹豫期后申请解除合同会遭受一定经济损失，保险人将向投保人退还本合同未满期净保险费（释义二十一）。**

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。

第九条　责任免除

下列费用或因下列情形之一导致被保险人支出医疗费用的，保险人不承担给付保险金的责任：

（一）先天性疾病、遗传性疾病（释义二十二），先天性畸形、变形或染色体异常（释义二十三）（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）；被保险人所患既往症（释义二十四）；

（二）故意行为或违法犯罪行为：被保险人故意犯罪或抗拒依法采取的刑事强制措施、被政府依法拘禁或入狱期间；被保险人自杀（但被保险人自杀时为无民事行为能力人的除外）；醉酒，服用、吸食或注射毒品；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（释义二十五）或者驾驶无有效行驶证（释义二十六）的机动交通工具；被保险人故意自伤或因被保险人挑衅或故意行为而导致的打斗、被袭击、被谋杀；

（三）非疾病性治疗：预防性、康复性、保健性、美容整形（释义二十七）、变性等相关医疗及前述相关医疗的并发症或因前述相关医疗导致的医疗事故；眼镜、义齿、义眼、义肢、助听器等康复性器具；

（四）实验性或试验性治疗；健康体检；心理治疗；脱发；

（五）生育、牙科或视力矫正相关治疗：妊娠、产前产后检查、流产、分娩、避孕、绝育手术、治疗不孕不育症、人工受孕及由此导致的并发症；牙科治疗；视力矫正手术；

（六）进行未经科学或者医学认可的试验性或者研究性治疗及前述治疗产生的后果所产生的费用；各类医疗鉴定（释义二十八）、包含基因检测在内的检测费用（以相关费用票据内容为准）；

（七）职业运动或高风险运动：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；攀爬建筑物、蹦极、探险（释义二十九）、武术（释义三十）、摔跤、柔道、空手道、跆拳道、拳击、特技表演（释义三十一）（含训练）、赛马、赛车，均属于高风险运动；

（八）被保险人非因职业原因或器官移植原因感染艾滋病病毒或患艾滋病（释义三十二）；被保险人患精神性疾病（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）分类为精神和行为障碍的疾病）；

（九）包皮环切术、包皮剥离术、包皮气囊扩张术、性功能障碍治疗；

（十）使用未获得中国国家药品监督管理局许可或批准上市的药品或药物，进行未被国家药品审评中心批准的适应症用药治疗；

（十一）药品配送费用；

（十二）战争、军事行动、暴乱或者武装叛乱；核爆炸、核辐射或核污染、化学污染。

第十条　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

第十一条　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做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做出明确说明；未作提示或者明确说明的，该条款不产生效力。

第十二条　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。

第十三条　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。

第十四条　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、被保险人或者受益人补充提供。

第四部分　投保人、被保险人义务

第十五条　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，本合同不成立，保险人不承担保险责任。如投保人未按照本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。如投保人未按照本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。

第十六条　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。

第十七条　住址、通讯地址或数据电文联系方式变更告知义务

投保人住所、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所、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。

第十八条　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。

第十九条　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**（释义三十三）而导致的迟延。

第五部分　保险金的申请

第二十一条　保险金的申请

保险金申请人（释义三十四）向保险人申请给付保险金时，应提供如下材料：

（一）保险金给付申请书；

（二）保险合同凭据；

（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）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、任何第三方商业保险机构等）获得相关医疗费用补偿的，应提供前述赔付单位的医疗费用分割单或医疗费用结算证明或其他法定证明材料；

（六）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；

（七）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。**

对于属于保险责任范围内的互联网药品费用，由保险人与本合同约定的互联网药店直接结算的，视为保险人已履行给付保险金的义务，保险人不再接受保险金申请人对该部分保险金的申请。

第六部分　保险合同的解除、终止和争议处理

第二十二条　合同的解除

在本合同成立后，投保人可以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解除本合同的申请，视为投保人的书面申请。

第二十三条　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）**。

第二十四条　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。

第二十五条　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、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本合同上载明。

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。

四、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而使身体受到的伤害。

五、保险人认可的互联网药店

经保险人审核认可，取得互联网药品信息服务资格证书，为被保险人提供购药或者配送服务的药店。**具体名单以保险人在产品销售页面（或官方网站）公示的为准**。

六、必需且合理

（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。

七、互联网医院

指国家卫生健康行政部门批准设置的互联网医院，同时该医院必须符合有关医疗机构管理的相关规定。**具体名单以保险人在产品销售页面（或官方网站）公示的为准。**

八、处方

指由注册的执业医师和执业助理医师在诊疗活动中为患者开具的、由取得药学专业技术职务任职资格的药学专业技术人员审核、调配、核对，并作为患者用药凭证的医疗文书。处方包括医疗机构病区用药医嘱单。

九、国家卫生行政主管部门对于处方剂量的规定

根据《处方管理办法》规定，处方一般不得超过 7 日用量；急诊处方一般不得超过 3 日用量；对于某些慢性病、老年病或特殊情况，处方用量可适当延长，但医师应当注明理由。

十、保险人认可的医院

本合同中保险人认可的医院是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，**除另有约定外，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，具体清单以保险人在产品销售页面（或官方网站）公示的为准。

十一、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。

十二、门诊或急诊医疗费用

指门诊或急诊发生的必需且合理的诊疗费、治疗费、门诊或急诊药品费、检查检验费、救护车使用费、门诊手术费。

（一）诊疗费

指被保险人在接受门诊或急诊治疗期间发生的主诊或会诊医生（包括外科医生、麻醉师、内科医生、专科医生）的劳务费用。

（二）治疗费

指以治疗疾病或意外伤害为目的，提供必要的医学手段而合理发生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，具体以就诊医院的费用项目划分为准。

本项责任不包含物理治疗、中医理疗及其他特殊疗法。

物理治疗是指应用人工物理因子（如光、电、磁、声等）来治疗疾病或意外伤害，具体疗法包括电疗、光疗、磁疗、热疗等；

中医理疗是指以治疗疾病为目的，被保险人接受由具有相应资格的医生实施的针灸治疗、推拿治疗、拔罐治疗或刮痧治疗；

其他特殊疗法包括顺势治疗、职业疗法及语音治疗。

（三）门诊或急诊药品费

指被保险人在接受门诊或急诊治疗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，**且属于本合同约定的门诊或急诊药品清单范围内的**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。**

本合同约定的门诊或急诊药品清单，由投保人与保险人双方在订立保险合同时约定并在保险单中载明。保险人保留对以上门诊或急诊药品清单进行变更的权利，如有变更的，以保险人在产品销售页面（或官方网站）公示的为准。

（四）检查检验费

指被保险人在接受门诊或急诊治疗期间实际发生的，以诊断疾病或意外伤害为目的，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，包括诊查费、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、分子生化检验费和血、尿、便常规检查费等。

（五）救护车使用费

指为抢救生命由急救中心派出的救护车费用及根据医生建议发生的医院转诊过程中的

医院用车费。**仅限于同一城市中的医疗运送。**

（六）门诊手术费

指在医院门诊部门或急诊部门发生的必需且合理的手术医疗费用，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、术中用药费、手术设备费、一次性用品费、治疗费。**未发生任何切除治疗的腔镜检查不在保障范围内。**

十三、急诊抢救

指被保险人因约定的特定疾病或意外伤害突发危急重症，以抢救生命为目的，在保险人认可的医院的急诊部门/科室由执业医师实施的紧急救治，须具备抢救记录。**不含普通急诊就诊、仅急诊留观但未实施抢救的情形。**

十四、直接转入

指急诊就诊患者因病情和救治需要须住院治疗时，1）由急诊直接转入住院部并办理住院手续，2）经急诊医生建议并通过救护车直接转诊至其他保险人认可的医院并办理住院手续。

急诊就诊患者自行离院后再办理住院或者未通过救护车转院的，均不属于直接转入。

十五、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接受监护治疗的过程，并正式办理入出院手续。**但不包括下列情况：**

（一）被保险人在医院的（门）急诊观察室、家庭病床（房）入住；

（二）被保险人在特需病房、外宾病房或其它不属于基本医疗保险范畴的高等级病房入住；

（三）被保险人入住康复科、康复病床或接受康复治疗；

（四）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。

十六、特定疾病

本合同约定的特定疾病包括急性心肌梗死、急性心绞痛、急性心力衰竭、急性心律失常、急性心肌炎、急性心包炎、急性主动脉综合征、急性脑梗死、脑出血、急性呼吸衰竭、急性呼吸窘迫综合征、急性肺动脉栓塞、胃溃疡穿孔、十二指肠溃疡穿孔、急性肠梗阻、急性胰腺炎、急性中毒。

十七、住院医疗费用

指被保险人经医院诊断必须接受住院治疗时，被保险人住院期间发生的需个人支付的、必需且合理的住院医疗费用，包括床位费、加床费、膳食费、护理费、诊疗费、检查检验费、治疗费、住院药品费、住院手术费、救护车使用费。

（一）床位费

指被保险人住院期间实际发生的、不高于双人病房的住院床位的费用(**不包括单人病房、**

套房、家庭病床）。

（二）加床费

1.未满十八周岁的被保险人在住院期间，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；

2.女性被保险人在住院期间，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）膳食费

指实际发生的、由医院提供的合理的、符合惯常标准的膳食费用，**但不包括购买的个人用品**。

（四）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**。**

（五）检查检验费

指住院期间实际发生的、以诊断为目的，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，包括诊查费、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、分子生化检验费和血、尿、便常规检验费等。

（六）治疗费

指以治疗疾病或意外伤害为目的，提供必要的医学手段而合理发生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，具体以就诊医院的费用项目划分为准。

本项责任不包含物理治疗、中医理疗及其他特殊疗法。

物理治疗是指应用人工物理因子（如光、电、磁、声等）来治疗疾病或意外伤害，具体疗法包括电疗、光疗、磁疗、热疗等；

中医理疗是指以治疗疾病为目的，被保险人接受由具有相应资格的医生实施的针灸治疗、推拿治疗、拔罐治疗或刮痧治疗；

其他特殊疗法包括顺势治疗、职业疗法及语音治疗。

（七）住院药品费

指住院治疗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。**

（八）住院手术费

指当地卫生行政部门规定的手术项目的费用。包括手术室费、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。

（九）救护车使用费

指为抢救生命由急救中心派出的救护车费用及根据医生建议发生的医院转诊过程中的医院用车费。**仅限于同一城市中的医疗运送。**

十八、特定器械费用

指被保险人在保险人认可的医院内，因危及生命支持救治，使用本合同约定的特定器械所发生的下列两项费用：

（一）器械主机运转使用费：认可的医院自有在册设备，在危及生命支持治疗期间，按规范上机持续运行所计收的设备使用费用；不含独立计价的设备租赁、设备转运、单独计费的安装、调试、撤除相关服务费用；

（二）与该器械配套注册、专属匹配的一次性耗材套件费，以及疗程内按照临床诊疗规范更换的同器械专用耗材费。

本合同约定的特定器械清单，由投保人与保险人双方在订立保险合同时约定并在保险单中载明。保险人保留对以上特定器械清单进行变更的权利，如有变更的，以保险人在产品销售页面（或官方网站）公示的为准。

十九、ICU

重症监护病房（简称“ICU”），指经国家医疗卫生行政主管机关批准，在医院内正式设立的集中监护和救治危重患者的专业病房。包括冠心病重症监护治疗病房（CCU）、心肺重症监护治疗病房（CPICU）、心脏外科重症监护治疗病房（CSICU）、神经外科重症监护治疗病房（NSICU）、急诊重症监护治疗病房（EICU）、儿科重症监护治疗病房（PICU）等专门性的ICU。

该病房为危重患者提供24小时持续深度监护及治疗并按日收费，配备有重症监护专科医生、护士以及相应的监护、复苏抢救设备，例如：心脏除颤机，人工呼吸机，紧急药物，各项生命体征（如心率、血压等）持续测试的仪器等。

二十、政府主办补充医疗

指城乡居民大病保险、城镇职工大额医疗保险、城镇居民大额医疗保险等由政府主办对基本医疗保险进行补充的医疗保障项目，大额医疗保险在各地的具体名称会有所不同，以投保所在地政府主管部门规定的名称为准。

二十一、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)。经过天数不足一天的按一天计算。

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。

退保手续费率由投保人和保险人在投保时约定，并在本合同中载明。

若本合同已发生保险金给付，未满期净保险费为零。

二十二、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。

二十三、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。

二十四、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。

二十五、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。

二十六、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。

二十七、美容整形

指各种美容整形项目，包括但不限于：

（一）非功能性整容及矫形、平足；

（二）皮肤色素沉着、痤疮治疗、红斑痤疮治疗、良性皮肤损害（雀斑、老年斑、痣、疣等）的治疗和去除；

（三）对浅表静脉曲张、蜘蛛脉、除瘢痕疙瘩型外的其它瘢痕、纹身、皮肤变色的治疗或手术；

（四）激光美容、除皱、除眼袋、开双眼皮、治疗斑秃/白发/秃发、植毛、脱毛、隆鼻、隆胸/缩胸、狐臭；

（五）各种健美治疗项目，如营养、减肥、增胖、增高费用。

二十八、医疗鉴定

指各类医疗鉴定，包括但不限于医疗事故鉴定、精神疾病鉴定、孕妇胎儿性别鉴定、验伤鉴定、亲子鉴定、遗传基因鉴定等。

二十九、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、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。

三十一、特技表演

指进行马术、杂技、驯兽等表演。

三十二、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。

三十三、不可抗力

指不能预见、不能避免并不能克服的客观情况。

三十四、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。