

# 紫金财产保险股份有限公司

## 团体医疗保险（互联网专属2022版A款）条款

注册编号：C00013732512022032536303

### 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、批单，以及与本合同有关的投保文件、被保险人名册、声明和其他书面文件共同构成。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，经本公司同意承保，本合同成立。

本合同具体生效时间以保险单所载的日期为准。

#### 第三条 投保范围

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或团体。

符合本合同的约定，初次投保时身体健康且能正常工作、生活的自然人，可作为本合同的被保险人。

被保险人的配偶与子女也可以成为本合同的被保险人。具体的投保范围和投保条件由投保人与本公司约定并在合同中载明。

#### 第四条 受益人

除另有约定外，本合同的各项保险金受益人为被保险人本人。

### 第二部分 保障内容

#### 第五条 保险金额

本合同保险金额由投保人在投保时与本公司约定并在保险单或批注上载明。

#### 第六条 保险责任

本保险的保险责任分为“基本部分”和“可选部分”。“基本部分”包括住院医疗保险金、住院日额津贴保险金、门诊急诊医疗保险金三项责任，“可选部分”包括特定疾病医疗保险金、特定医疗费用保险金两项责任。

投保人必须选择“基本部分”的一项或多项责任进行投保，也可加投“可选部分”的任意一项或多项责任。

各项保险责任的累计给付金额分别以被保险人各项保险责任的保险金额为限。

##### （一）基本部分

### 1. 住院医疗保险金

被保险人在等待期内发生疾病，由此而导致的住院治疗，无论住院治疗时间与生效日间隔是否超过等待期，本公司均不承担给付住院医疗保险金的责任。

在本合同有效期内，除等待期期间依上述约定外，本公司承担下列保险责任：

在被保险人的保险期间内，如果被保险人因意外伤害或自其保险期间开始起等待期后因疾病经本合同约定的医疗机构确诊必须住院治疗的，本公司就其在住院期间发生的合理医疗费用，**在每次扣除约定的免赔额之后乘以约定的比例给付疾病住院医疗保险金**。免赔额和给付比例可分别按照被保险人是否享有社会医疗保险或公费医疗保障由投保人和本公司在投保时另行约定。

被保险人在保险期间内住院治疗，到保险期间届满仍未结束的，本公司继续承担住院医疗保险责任至住院结束，但最长不超过保险期间届满之日起第30日。被保险人不论一次或多次住院治疗，本公司均按上述约定给付住院医疗保险金，但累计给付金额以该被保险人住院医疗保险金额为限，累计给付金额达到其住院医疗保险金额时，对该被保险人的住院医疗保险责任终止。

本公司在本合同保险责任范围内给付住院医疗保险金，但若被保险人已从其它途径（包括但不限于社会医疗保险、公费医疗、工作单位、侵权人或侵权责任承担方、本公司在内的任何保险机构）获得补偿，对于与当地社会医疗保险支付范围相符的、合理的医疗费用，本公司在扣除其他途径已获得的补偿后，对于剩余部分费用根据本合同约定在该被保险人的住院医疗保险金额的限额内按照本合同约定的免赔额、住院医疗费用限额和给付比例给付住院医疗保险金。

### 2. 住院日额津贴保险金

被保险人在等待期内发生疾病，由此而导致的住院治疗，无论住院治疗时间与生效日是否间隔超过等待期，本公司均不承担给付住院日额津贴保险金的责任。

在本合同有效期内，除等待期期间依上述约定外，本公司承担下列保险责任：

在被保险人的保险期间内，被保险人因遭受意外事故或疾病，经本合同约定的医疗机构确诊必须住院治疗的，除另有约定外，本公司自被保险人每次住院的第4日起每日按约定的住院日额津贴给付住院日额津贴保险金，每次住院给付日数为合理住院日数减3日。

被保险人在保险期间内住院治疗，到保险期间届满仍未结束的，本公司继续承担住院日额津贴保险责任至住院结束，但最长不超过保险期间届满之日起第30日。

住院日额津贴由投保人在投保时与本公司约定并于保险单中载明。除另有约定外，住院日额津贴保险金累计给付日数最多为180日。累计给付住院日额津贴保险金的日数达到180日时，对该被保险人的住院日额津贴保险责任终止。

### 3. 门诊急诊医疗保险金

被保险人在等待期内发生疾病，由此而导致的门诊急诊治疗，本公司不承担给付门诊急诊医疗保险金的责任。

在本合同有效期内，除等待期期间依上述约定外，本公司承担下列保险责任：

在被保险人的保险期间内，被保险人因遭受意外事故或疾病，**每次**在本合同约定的医疗机构治疗发生的合理的医疗费用，本公司按约定的**每次免赔额、每次门诊急诊医疗费用限额及每次给付比例**给付门诊急诊医疗保险金。每日门诊急诊次数以一次为限。每次免赔额、每次门诊急诊医疗费用限额和每次给付比例分别按照被保险人是否享有社会医疗保险或公费医疗保障由投保人和本公司在投保时约

定。

被保险人不论一次或多次接受门诊急诊治疗，本公司人均按上述约定给付门诊急诊医疗保险金，但累计给付金额以该被保险人的门诊急诊医疗保险金额为限，累计给付金额达到其门诊急诊医疗保险金额时，对该被保险人的门诊急诊医疗保险责任终止。

本公司在本合同保险责任范围内给付门诊急诊医疗保险金，但若被保险人已从其它途径（包括但不限于社会医疗保险、公费医疗、工作单位、侵权人或侵权责任承担方、本公司在内的任何保险机构）获得补偿，对于与当地社会医疗保险支付范围相符的、合理的医疗费用，本公司在扣除其他途径已获得的补偿后，对于剩余部分费用根据本合同约定在该被保险人的门诊急诊医疗保险金额的限额内按照本合同约定的每次免赔额、每次门诊急诊医疗费用限额及每次给付比例给付门诊急诊医疗保险金。

## （二）可选部分

### 1. 特定疾病医疗保险金

被保险人在等待期内经本合同约定的医疗机构确诊发生本合同所定义的“特定疾病”的，本公司不承担保险责任。对投保人返还该被保险人对应的所交保险费，对该被保险人的保险责任终止。

在本合同有效期内，除等待期间依上述约定外，本公司承担下列保险责任：

被保险人经本合同约定的医疗机构确诊初次发生本合同所定义的“特定疾病”，本公司首先按照前款约定给付住院医疗保险金，当累计给付金额达到住院医疗保险金的保险金额后，本公司依照下列约定给付保险金：

#### 1 ) 特定疾病住院医疗费用

被保险人因罹患本合同所约定的特定疾病（无论一种或者多种）经本合同约定医疗机构专科医生诊断必须住院治疗，对其住院期间实际支出的合理且必要的特定疾病住院医疗费用，本公司在保险金额范围内，按照本合同约定医疗机构范围及对应的给付比例、最高给付日数给付特定疾病住院医疗保险金。

在保险期间内，本公司仅对被保险人累计住院一百八十日内发生的特定疾病住院医疗费用承担保险责任。

被保险人在保险期间内住院治疗，到保险期间届满仍未结束的，本公司继续承担住院医疗保险责任至住院结束，但最长不超过保险期间届满之日起第 30 日，且累计给付日数以一百八十日为限，累计给付金额以保险合同约定的保险金额为限。

#### 2) 特定疾病特殊门诊医疗费用

被保险人因罹患本合同所约定的特定疾病（无论一种或者多种）在本合同约定医疗机构接受特殊门诊治疗的，对其治疗发生的合理且必要的特定疾病特殊门诊医疗费用，本公司在保险金额范围内，按照本合同约定医疗机构范围及对应的给付比例给付特定疾病特殊门诊医疗保险金。

特定疾病特殊门诊治疗包括：

(1) 门诊肾透析；

(2) 门诊恶性肿瘤治疗，包括化学疗法、放射疗法、肿瘤免疫疗法、肿瘤内分泌疗法、肿瘤靶向疗法；

(3) 器官移植后的门诊抗排异治疗。

### 3) 特定疾病门诊手术医疗费用

被保险人因罹患本合同所约定的特定疾病（无论一种或者多种）在本合同约定医疗机构接受 特定疾病门诊手术治疗的，对其治疗发生的合理 且必要的特定疾病门诊手术医疗费用，**本公司在保险金额范围内，按照约定医院范围及对应的给付比例给付特定疾病门诊手术医疗保险金。**

### 4 ) 特定疾病住院前后门诊急诊医疗费用

被保险人因本条第 1 点“特定疾病住院医疗费用”项下的保险事故经医院专科医生诊断必须住院治疗，对其住院前七日内（含住院当日）以及出院后三十日内（含出院当日）进行治疗发生的合理 且必要的特定疾病门诊急诊医疗费用（不包括本条第 2 点“特定疾病 特殊门诊医疗费用”项下的特定疾病特殊门诊医疗费用），本公司在保险金额范围内，按照约定医院范围及对应的给付比例给付特定疾病住院前后门诊急诊医疗费用。

被保险人在投保前发生本合同定义的“特定疾病”的，本公司不承担特定疾病保险金的责任。

## 2. 特定医疗费用保险金

被保险人在等待期内发生疾病，由此而导致使用本合同所约定的“特定药品、特定医疗器械”或“新型诊疗方法”的，本公司不承担保险责任。对投保人返还该被保险人对应的所交保险费，对该被保险人的保险责任终止。

在本合同有效期内，除等待期期间依上述约定外，本公司承担下列保险责任：

被保险人因疾病诊断或者治疗需要，由医院专科医生开具的特定药品、特定医疗器械，或者由医院专科医生实施的新型诊疗方法，对上述诊疗实际发生的合理且必需的且同时满足以下条件的特定医疗费用，本公司在扣除约定的免赔额后，按本合同约定的给付比例给付特定医疗费用保险金。被保险人不论一次或多次治疗，本公司均按上述约定给付特定医疗费用保险金，但累计给付金额以该被保险人的特定医疗费用保险金额为限，累计给付金额达到其特定医疗费用保险金额时，对该被保险人的特定医疗费用保险责任终止。

## 第七条 责任免除

因下列第（一）至第（十三）项情形之一导致被保险人住院治疗或发生医疗费用的，本公司不承担给付住院医疗保险金、住院日额津贴保险金、门诊急诊医疗保险金的责任；因下列第（一）至第（八）项情形之一导致被保险人发生本合同定义的“特定疾病”、产生特定医疗费用的，本公司不承担给付特定疾病保险金、特定医疗费用保险金的责任：

（一）投保人对被保险人的故意杀害、故意伤害；

（二）被保险人故意自伤、故意犯罪或者抗拒依法采取的刑事强制措施；

（三）被保险人殴斗、醉酒，主动吸食或注射毒品；

（四）被保险人酒后驾驶机动车、无合法有效驾驶证驾驶机动车，或驾驶无有效行驶证的机动车；

（五）被保险人感染艾滋病病毒或患艾滋病期间因疾病导致的；

（六）战争、军事冲突、暴乱或武装叛乱；

（七）核爆炸、核辐射或核污染；

（八）遗传性疾病，先天性畸形、变形或染色体异常；

（九）被保险人未书面告知的、在本主合同生效日之前被保险人已确诊的疾病，本主合同特别约定除外的疾病；

（十）不孕不育治疗、人工受精、怀孕、分娩（含难产）、流产、堕胎、节育（含绝育）、产前产后检查以及由以上原因引起的并发症；

（十一）精神和行为障碍（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）、性病；

（十二）疗养、矫形、视力矫正手术、美容、牙科保健及康复治疗、非意外事故所致整容手术；

（十三）从事潜水、跳伞、攀岩、蹦极、驾驶滑翔机或滑翔伞、探险、摔跤、武术比赛、特技表演、赛马、赛车等高风险运动。

发生上述第（一）项情形导致被保险人发生本合同定义的“特定疾病”的，本公司对该被保险人保险责任终止，并向该被保险人退还其对应的未满期保险费。

发生上述第（二）至第（八）项情形导致被保险人发生本合同定义的“特定疾病”的，本公司对该被保险人保险责任终止，并向投保人退还该被保险人的未满期保险费。

## **第八条 保险期间与续保**

本合同的保险期间为一年或一年以下，自本合同生效日的零时起到本合同满期日的二十四时止，并在保险单或批注上载明。

本合同保险期间届满之前投保人可向本公司申请续保本保险，经本公司审核同意并按续保时对应的费率收取保险费后，续保的新合同自本合同期满日次日零时起生效，保险期间重新约定。

## **第三部分 本公司的义务**

### **第九条 明确说明**

订立本合同时，本公司会向投保人说明本合同的内容。对本合同中免除本公司责任的条款，本公司在订立合同时会在投保单、保险单或者其它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，未作提示或者明确说明的，该条款不产生效力。

### **第十条 保险单和保险凭证**

本合同成立后，本公司将向投保人签发保险单或其他保险凭证。

## **第四部分 投保人/被保险人义务**

### **第十一条 保险费的交纳**

本合同的保险费，以及交费方式由投保人和本公司约定，并在保险单或批注上载明。

本合同有效期内，投保人应在本合同上载明的保险费到期日向本公司交纳应交的保险费。

## **第十二条 如实告知**

本公司就投保人和被保险人的有关情况提出询问，投保人应当如实告知。

如果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，足以影响本公司决定是否同意承保或者提高保险费率的，本公司有权解除本合同或取消该被保险人的保险资格。

如果投保人故意不履行如实告知义务，对于解除本合同或取消该被保险人的保险资格前发生的保险事故，本公司不承担给付保险金的责任，并不退还保险费。

如果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，对于解除本合同或取消该被保险人的保险资格前发生的保险事故，本公司不承担给付保险金的责任，但应当退还保险费。

本公司在合同订立时已经知道投保人未如实告知的情况的，本公司不得解除本合同或取消该被保险人的保险资格；发生保险事故的，本公司承担给付保险金的责任。

## **第十三条 被保险人变动**

投保人因被保险人变动需要增加被保险人的，应书面通知本公司，本公司审核同意并收取相应的保险费后，开始承担保险责任。

投保人与被保险人因团体与成员关系终止需要减少被保险人的，应书面通知本公司，本公司对相应被保险人（包括该被保险人的已投保本险种的配偶或子女）的保险责任自该成员与团体关系终止之日起终止，并向投保人退还相应被保险人的未满期保险费。

本合同的被保险人数少于三人时，本公司有权解除本合同，并退还未满期保险费。

## **第十四条 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通知本公司。若被保险人所变更的职业或者工种依照本公司职业分类在拒保范围内的，本公司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，并退还未满期保费。

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本公司职业分类在拒保范围内的，本公司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保险费，本合同终止。

## **第十五条 年龄确定与错误处理**

（一）被保险人的年龄以周岁计算。

（二）投保人在申请投保时，应将有效身份证件相符的被保险人的出生日期在投保单上填明，如果发生错误按照下列方式办理：

1. 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合同约定投保年龄限制的，本公司有权解除合同或取消该被保险人的保险资格，并向投保人退还该被保险人的未满期保险费。本公司行使合同解除权适用“第二十二條本公司合同解除权的限制”的规定。

2. 投保人申报的被保险人年龄不真实，致使投保人实付保险费少于应付保险费的，本公司有权更

正并要求投保人补交保险费。若已经发生保险事故，在给付保险金时按实付保险费和应付保险费的比例给付。

3. 投保人申报的被保险人年龄不真实，致使投保人实付保险费多于应付保险费的，本公司会将多收的保险费无息退还给投保人。

#### **第十六条 联系方式地址变更**

投保人的住所、通讯地址或电话等联系方式变更时，应及时以书面形式或双方认可的其他形式通知本公司，投保人未以书面形式或双方认可的其他形式通知的，本公司按本合同注明的最后住所或通讯地址发送的有关通知，均视为已送达给投保人。

#### **第十七条 保险事故通知**

投保人或受益人应当在知道保险事故后10日内通知本公司。

如果投保人或受益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，本公司对无法确定的部分，不承担给付保险金的责任，但本公司通过其它途径已经及时知道或者应当及时知道保险事故发生或者虽未及时通知但不影响本公司确定保险事故的性质、原因、损失程度的除外。

被保险人应在投保人与本公司约定的医院住院或就诊的，若因急诊未在约定医院住院或就诊的，应在住院或就诊后3日内通知本公司，并根据病情好转情况及时转入约定的医院。若确需在非约定的医院住院或就诊的，应向本公司提出书面申请，本公司在接到申请后3日内给予答复，对于本公司同意在非约定的医院住院或就诊的，本公司按约定承担给付保险金的责任。

### **第五部分 保险金申请与给付**

#### **第十八条 保险金申请**

##### **（一）住院医疗保险金申请**

申请人应填写保险金给付申请书，并向我们提供以下证明和资料原件：

1. 申请人的证明材料、保险单或其它保险凭证；
2. 被保险人的有效身份证件；
3. 由我们指定或认可的医疗机构出具的医疗诊断书、出院小结、住院医疗原始收费凭证、住院医疗费用明细；
4. 其它与确定保险事故的性质、原因等有关的证明和资料；

若被保险人发生的属于保险责任范围内的医疗费用已通过其他途径得到了部分赔偿，我们仅对剩余部分按照本合同进行给付。被保险人需提供已注明给付比例或给付金额的住院费用收据原件或复印件，收据原件或复印件上应加盖给付单位的印章。

##### **（二）住院日额津贴保险金申请**

申请人应填写保险金给付申请书，并向我们提供以下证明和资料原件：

1. 申请人的证明材料、保险单或其它保险凭证；

2. 被保险人的有效身份证件；
3. 由我们指定或认可的医疗机构出具的入出院证明、医疗收费凭据及费用清单原件或复印件；
4. 其它与确定保险事故的性质、原因等有关的证明和资料；

### **（三）门诊急诊医疗保险金申请**

申请人应填写保险金给付申请书，并向我们提供以下证明和资料原件：

1. 申请人的证明材料、保险单或其它保险凭证；
2. 被保险人的有效身份证件；
3. 我们指定或认可的医疗机构签发的医药费原始收费凭证及医疗费用结算清单、医疗病历；
4. 其它与确定保险事故的性质、原因等有关的证明和资料；

若被保险人发生的属于保险责任范围内的医疗费用已通过其他途径得到了部分赔偿，我们仅对剩余部分按照本合同进行给付。被保险人需提供已注明给付比例或给付金额的门诊急诊费用收据原件或复印件，收据原件或复印件上应加盖给付单位的印章。

### **（四）特定疾病医疗保险金申请**

申请人应填写保险金给付申请书，并向我们提供以下证明和资料原件：

1. 申请人的证明材料、保险单或其它保险凭证；
2. 被保险人的有效身份证件；
3. 由我们指定或认可的医疗机构出具病历资料，包括但不限于门诊病历记录、出入院记录、手术记录、附有病理显微镜检查、血液检验及其它科学方法检验报告的疾病诊断证明书；
4. 由我们指定或认可的医疗机构出具的医疗收费凭据及费用清单原件或复印件；
5. 其它与确定保险事故的性质、原因等有关的证明和资料；

若被保险人发生的属于保险责任范围内的医疗费用已通过其他途径得到了部分赔偿，我们仅对剩余部分按照本合同进行给付。被保险人需提供已注明给付比例或给付金额的门诊急诊费用收据原件或复印件，收据原件或复印件上应加盖给付单位的印章。

### **（五）特定医疗费用保险金申请**

申请人应填写保险金给付申请书，并向我们提供以下证明和资料原件：

1. 申请人的证明材料、保险单或其它保险凭证；
2. 被保险人的有效身份证件；
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病历资料、医学诊断书、处方、基因检测报告、病理检查报告、化验检查报告等。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；

4. 特定药品费用、特定医疗器械或新型诊疗方案的结算清单、原始发票；购买特定药品、特定医疗器械的消费记录，包括但不限于刷卡凭据、收据、电子消费记录截图等；

5. 其它与确定保险事故的性质、原因等有关的证明和资料；

若被保险人发生的属于保险责任范围内的医疗费用已通过其他途径得到了部分赔偿，我们仅对剩余部分按照本合同进行给付。被保险人需提供已注明给付比例或给付金额的门诊急诊费用收据原件或复印件，收据原件或复印件上应加盖给付单位的印章。

以上各项保险金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。

以上各项保险金作为被保险人遗产时，必须提供可证明合法继承权的相关权利文件，如投保人与本公司对需提供证明、资料有其它约定的按约定执行。

申请的证明和资料不完整的，我们将及时一次性通知申请人补充提供有关证明和资料。

## **第十九条 保险金给付**

本公司在收到保险金给付申请书及上述有关证明和资料后，将在5日内作出核定；情形复杂的，在30日内（但投保人、被保险人或者受益人补充提供有关证明和资料的期间不计算在内）作出核定。另有约定的按约定内容执行。

对属于保险责任的，本公司在与受益人达成给付保险金的协议后10日内，履行给付保险金义务。

本公司未及时履行前款规定义务的，除支付保险金外，会赔偿受益人因此受到的损失。

对不属于保险责任的，本公司自作出核定之日起3日内向受益人发出拒绝给付保险金通知书并说明理由。

本公司在收到保险金给付申请书及有关证明和资料之日起60日内，对给付保险金的数额不能确定的，根据已有证明和资料可以确定的数额先予支付；本公司最终确定给付保险金的数额后，将支付相应的差额。

## **第六部分 保险合同的解除**

### **第二十条 保险合同的解除**

在本合同有效期内，投保人可以申请解除本合同。

（一）投保人要求解除本合同时，须填写解除合同申请书并向本公司提供下列资料：

1. 保险单或其它保险凭证；
2. 投保人的有效身份证件或有效身份证明。

（二）投保人要求解除本合同的，自本公司收到解除合同申请书时起，本合同终止。本公司于收到解除合同申请书之日起30日内对投保人退还未满期保险费。

投保人解除合同会遭受一定损失。

## **第七部分 其他需关注的事项**

## 第二十一条 合同内容变更

在本合同有效期内，经投保人和本公司协商一致，可以变更本合同的有关内容。变更本合同的，应当由本公司在原保险单或者其它保险凭证上批注或者附贴批单，或者由投保人和本公司订立书面的变更协议。

## 第二十二条 本公司合同解除权的限制

第十二条规定的合同解除权，自本公司知道有解除事由之日起，超过30日不行使而消灭。

## 第二十三条 争议处理

本合同履行过程中，双方发生争议不能协商解决的，可以达成仲裁协议通过仲裁解决，也可依法直接向法院提起诉讼。

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

保险金申请人向本公司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。

## 第八部分 释义

### 第二十五条 释义

【**本公司**】指紫金财产保险股份有限公司。

【**团体**】指中华人民共和国境内具有3名以上（含3名）成员且非因购买保险而组织的合法团体。包括机关、企事业单位和社会团体等。

【**被保险人**】指本合同所附被保险人名册中所载人员。

【**成员**】团体为机关或企事业单位的，成员指该团体中身体健康、正常工作的在职员工；

团体为社会团体的，成员指该团体的会员以及正式工作人员；

团体为家庭的，成员指本人、配偶、子女、父母；

政府作为投保人为城镇职工、城镇居民、新农合参保人群、计生家庭和老年人等群体投保的，成员指符合该群体条件的人员。

【**配偶**】指投保时与被保险人存在合法婚姻关系的丈夫或妻子。

【**子女**】指投保时被保险人的出生30日以上（并且已健康出院的），未满23周岁且未婚的子女（包括婚生子女、非婚生子女、合法收养的子女和有扶养关系的继子女）。

【**意外事故**】指外来的、突发的、非本意的、非疾病的使身体受到伤害的客观事件。以下情形属于疾病范畴，非本条款所指意外身故：

（1）猝死：指由潜在疾病、身体机能障碍或其他非外来性原因所导致的、在出现急性症状后发生的突然死亡，以医院的诊断或公安、司法机关的鉴定为准；

（2）过敏及由过敏引发的变态反应性疾病；

(3) 高原反应;

(4) 中暑;

(5) 细菌、病毒或其他病原体导致的感染性疾病。【住院】指被保险人因疾病或意外事故而入住医院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,不包括入住门诊观察室、其它非正式病房或挂床住院。

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,只收护理费、诊疗费、床位费等情况。

【医疗机构】指本公司与投保人约定的定点医院;未约定定点医院的,则指中华人民共和国境内(港、澳、台地区除外)合法经营的二级以上(含二级)公立医院。

【专科医生】专科医生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主治医师以上职称的《医师职称证书》;
4. 在二级或二级以上医院的相应科室从事临床工作三年以上。

【等待期】指投保人为被保险人首次投保本保险或非连续投保本保险时,自本合同生效日起计算的一段时间,具体天数由我公司和投保人在投保时约定并在本合同上载明。等待期内发生疾病,无论等待期内治疗还是等待期外治疗,均不承担给付保险金责任。

【社会医疗保险】指包括城镇职工基本医疗保险、城镇居民基本医疗保险、新型农村合作医疗等政府举办的基本医疗保障项目。

【医疗费用】除另有约定外,指符合当地社会医疗保险支付范围(不包括自费和部分自费项目及药品)规定的医疗费用。包括床位费、手术费、药费、治疗费、护理费、检查检验费、特殊检查治疗费、救护车费。

#### (一) 床位费

指住院期间使用的医院床位(不包括观察病房之床位、陪人床、家庭病床)的费用。

#### (二) 手术费

手术指被保险人因疾病或意外事故住院后,为治疗疾病、挽救生命而施行的手术,不包括活检、穿刺、造影等创伤性检查以及康复性手术。

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、手术辅助费、材料费、一次性用品费、术中用药费、手术设备费。

#### (三) 药费

指当地社会医疗保险管理规定的用药范围内的中、西药费用。

#### (四) 治疗费

指以治疗疾病为目的,提供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,以及消耗品的费用,包括注射费、机疗费、理疗费、输血费、输氧费、体外反搏费。

#### （五）护理费

指住院期间根据医嘱所示的护理等级确定的费用，包括护工费、消毒费、换药费、陪人费、煎药费、烤火费。

#### （六）检查检验费

指以诊断疾病为目的，采取必要的医学手段进行检查及检验而发生的医疗费用，包括医处费、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、分子生化费和血、尿、便常规检查费。

#### （七）特殊检查治疗费

包括CT、ECT、彩超、活动平板、动态心电图、心电监护、介入治疗、PCR、体外碎石、高压氧、体外射频、核磁共振、血液透析等大型和高费用检查治疗项目费。

#### （八）救护车费

指为抢救生命由急救中心派出的救护车费用及医院转诊过程中的医院用车费。

**【医疗费用限额】**指由投保人与本公司约定的被保险人支出的合理且必要的累计住院医疗费用或每次门诊急诊医疗费用的最高限额，超过此限额部分本公司不承担给付相应保险金的责任。

**【门诊急诊】**指被保险人因遭受意外事故或疾病至医院的门诊部或急诊部进行治疗。

**【每次】**除另有约定外，门诊急诊医疗保险金责任中的每次指一日（0 时起至 24 时止）内在同一所医院同一科室就诊的门诊或急诊。

**【每次住院】**指被保险人因意外事故或疾病住院治疗，自入院日起至出院日止之期间；但若因同一原因再次住院，且前次出院与下次住院之间间隔未超过30日，视为同一次住院。

**【殴斗】**指因被保险人挑衅或故意行为而导致的打斗。

**【醉酒】**指发生事故时当事人每百毫升血液中的酒精含量大于或者等于80毫克。

**【毒品】**指中华人民共和国刑法规定的鸦片、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，但不包括由医生开具并遵医嘱使用的用于治疗疾病但含有毒品成分的处方药品。

**【酒后驾驶】**指经检测或者鉴定，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者超过一定的标准，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者醉酒驾驶。

**【机动车】**指以动力装置驱动或者牵引，上道路行驶的供人员乘用或者用于运送物品以及进行工程专项作业的轮式车辆。

**【无合法有效驾驶证驾驶】**指下列情形之一：

- （1）没有取得驾驶资格；
- （2）驾驶与驾驶证准驾车型不相符合的车辆；
- （3）持审验不合格的驾驶证驾驶；
- （4）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。

**【无有效行驶证】**指下列情形之一：

- （1）未取得有效行驶证；
- （2）机动车被依法注销登记的；
- （3）未依法按时进行或通过机动车安全技术检验。

**【艾滋病病毒】【艾滋病】**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。

**【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。

**【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、变形或者染色体异常。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。

**【既往症】**指被保险人在本合同生效日之前所患的已知的有关疾病或症状。

**【潜水】**指使用辅助呼吸器材在江、河、湖、海、水库、运河等水域进行的水下运动。

**【攀岩】**指攀登悬崖、楼宇外墙、人造悬崖、冰崖、冰山等运动。

**【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，而故意使自己置身于其中的行为，如：江河漂流、登山、徒步穿越沙漠或人迹罕至的原始森林等活动。

**【武术比赛】**指两人或两人以上对抗性柔道、空手道、跆拳道、散打、拳击等各种拳术及使用器械的对抗性比赛。

**【特技表演】**指进行马术、杂技、驯兽等表演。

**【未到期保险费】**未到期保险费=保险费×（1-保险经过日数/保险期间的日数），经过日数不足1日的按1日计算。

**【周岁】**以法定身份证明文件中记载的出生日期计算。

**【特定疾病】**指被保险人初次发生符合下列定义的疾病，或初次接受符合下列定义的手术。该疾病或手术应当由专科医生明确诊断。

若被保险人发生了本合同约定的严重恶性肿瘤，经手术或病理检查确诊的，以手术病理取材或病理活检取材日为恶性肿瘤确诊日期；未经手术治疗，但后续行放射性疗法或化学药物性疗法的，以首次放疗或化疗日期为恶性肿瘤确诊日期。

以下特定疾病是中国保险行业协会与中国医师协会制定了规范定义的疾病。

#### （一）严重恶性肿瘤

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，病灶经组织病理学检查（涵盖骨髓病理学检查）结果明确诊断，临床诊断属于世界卫生组织（WHO, World Health Organization）《疾病和有关健康问题的国际统计分类》（ICD）的恶性

肿瘤类别及《国际疾病分类肿瘤学专辑》第三版（ICD-0-3）的肿瘤形态学编码属于 3、6、9（恶性肿瘤）范畴的疾病。

下列疾病不属于严重恶性肿瘤，不在保障范围内：

1、ICD-0-3 肿瘤形态学编码属于 0（良性肿瘤）、1（动态未定性肿瘤）、2（原位癌和非侵袭性癌）范畴的疾病，如：

a. 原位癌，癌前病变，非浸润性，非侵袭性，未侵犯基层，上皮内瘤变等，不典型性增生等；

b. 交界性肿瘤，交界恶性，低度恶性潜能，潜在低度恶性肿瘤等；

2、TNM 分期为 I 期或更轻分期的甲状腺癌；

3、TNM 分期为 T1N0M0 期或更轻分期的前列腺癌；

4、黑色素细胞瘤以外的未发生淋巴结和远处转移的皮肤癌；

5、相当于 Binet 分期方案 A 期程度的慢性淋巴细胞白血病；

6、相当于 Ann Arbor 分期方案 I 期程度的何杰金氏病；

7、未发生淋巴结和远处转移且 WHO 分级为 G1 级别（有丝分裂数 $<2/10$  HPF 和 ki-67 $\leq 2\%$ ）或更轻分级的神经内分泌肿瘤。

## （二）较重急性心肌梗死

急性心肌梗死指由于冠状动脉闭塞或梗阻引起部分心肌严重的持久性缺血造成急性心肌坏死。急性心肌梗死的诊断必须依据国际国内诊断标准，符合（1）检测到肌酸激酶同工酶（CK-MB）或肌钙蛋白（cTn）升高和/或降低的动态变化，至少一次达到或超过心肌梗死的临床诊断标准；（2）同时存在下列之一的证据，包括：缺血性胸痛症状、新发生的缺血性心电图改变、新生成的病理性 Q 波、影像学证据显示有新出现的心肌活性丧失或新出现局部室壁运动异常、冠脉造影证实存在冠状动脉血栓。

较重急性心肌梗死指依照上述标准被明确诊断为急性心肌梗死，且必须满足下列至少一项条件：

（1）心肌损伤标志物肌钙蛋白（cTn）升高，至少一次检测结果达到该检验正常参考值上限的 15 倍（含）以上；

（2）肌酸激酶同工酶（CK-MB）升高，至少一次检测结果达到该检验正常参考值上限的 2 倍（含）以上；

（3）出现左心室收缩功能下降，在确诊 6 周以后，检测左室射血分数（LVEF）低于 50%（不含）；

（4）影像学检查证实存在新发的乳头肌功能失调或断裂引起的中度（含）以上的二尖瓣反流；

（5）影像学检查证实存在新出现的室壁瘤；

（6）出现室性心动过速、心室颤动或心源性休克。

其他非冠状动脉阻塞性疾病所引起的肌钙蛋白（cTn）升高不在保障范围内。

### （三）严重脑中风后遗症

指因脑血管的突发病变引起脑血管出血、栓塞或梗塞，须由头颅断层扫描（CT）、核磁共振检查（MRI）等影像学检查证实，并导致神经系统永久性的功能障碍。神经系统永久性的功能障碍，指疾病确诊 180 天后，仍遗留下述至少一种障碍：

- （1）一肢（含）以上肢体肌力 2 级（含）以下，或不能随意运动；
- （2）语言能力完全丧失，或严重咀嚼吞咽功能障碍且已经留置胃管 90 天（含）以上；
- （3）自主生活能力完全丧失，无法独立完成六项基本日常生活活动中的三项或三项以上。

### （四）重大器官移植术或造血干细胞移植术

重大器官移植术，指因相应器官功能衰竭，已经实施了肾脏、肝脏、心脏、肺脏或小肠的异体移植手术；

造血干细胞移植术，指因造血功能损害或造血系统恶性肿瘤，已经实施了造血干细胞（包括骨髓造血干细胞、外周血造血干细胞和脐血造血干细胞）的移植手术。

### （五）冠状动脉搭桥术（或称冠状动脉旁路移植术）

指为治疗严重的冠心病，实际实施了切开心包进行的冠状动脉血管旁路移植的手术。

**所有非切开心包的冠状动脉介入治疗不在保障范围内。**

### （六）严重慢性肾脏病

指双肾功能慢性不可逆性衰竭，达到慢性肾脏病 5 期，且经诊断后已经进行了至少 90 天的规律性透析治疗。规律性透析是指每周进行血液透析或每天进行腹膜透析。

**【特定药品】**本合同期满日前在中国国家药品监督管理局批准并已在中国上市的药物。药品的适应症以中国国家药品监督管理局批准的药品说明书为准。具体的药品清单以投保时约定为准。

**【特定医疗器械】**指本合同期满日前在中国国家药品监督管理局批准并已在中国上市的医疗器械，具体的医疗器械清单以投保时约定为准。

**【新型诊疗方法】**指由医院专科医生实施的，为了诊断和治疗疾病或者以疾病康复为目的而采取的创新医疗措施，包括且不限于伽马刀、质子重离子等新型诊疗方法，具体的诊疗方法以投保时约定为准。