

保险单号: PWUI21310900080000000157

欣享人生个人医疗保险

一、基本信息

投保人: 张三

邮箱: chanpin-test@huize.com

电话: 13800138000

地址:

投保人证件类型及证件号码: 居民身份证88888888

被保险人数量: 1

保险期间: 2021-03-25日零时起2022-03-24日二十四时止

争议解决方式: 仲裁 诉讼

责任免除: 详见条款“责任免除”部分

二、保险责任

保障计划1

条款	保险责任	保险金额
中国大地财产保险股份有限公司个人医疗保险条款(D款)	住院医疗保险责任	1,200,000.00 RMB
中国大地财产保险股份有限公司个人医疗保险条款(D款)	医疗援助保险责任	与第1项共用
中国大地财产保险股份有限公司个人医疗保险条款(D款)	特殊门诊医疗保险责任	与第1项共用
中国大地财产保险股份有限公司个人医疗保险条款(D款)	住院津贴保险责任	与第1项共用
中国大地财产保险股份有限公司个人医疗保险条款(D款)	门诊医疗保险责任	与第1项共用
总保险费	大写: 贰仟肆佰叁拾元整	¥: 2,430.00 RMB

适用条款: 中国大地财产保险股份有限公司个人医疗保险条款(D款)

三、特别约定

请仔细阅读附后的保险条款, 保险人以此为准承担保险责任, 责任免除详见条款“责任免除”部分。

- 首次投保年龄为18周岁(含)-54周岁(含), 可续保至99周岁。
- 本保单保障涵盖范围为中国大陆(不含港澳台)公立医院(包含普通、特需部、部分国际部及部分私立医院);
- 本保单就医理赔服务由“万欣和(上海)企业服务有限公司”(万欣和)提供, 各项就医预约、理赔服务请致电“万欣和”客服热线400-613-0330、发送邮件至或通过微信公众号进行联系, 所有住院及手术治疗均需事先取得“万欣和”授权;
- 本保单不直接提供MSH会员ID, 如需通过微信APP进行理赔、预约服务的, 请拨打“万欣和”客服热线进行咨询;
- 本保单年度免赔额为15000元(具体以保单责任为准);
- 为了避免理赔时不必要的争议, 请确认已如实填写被保险人健康告知, 请认真阅读以下保障利益及责任免除事项:
 - 既往症为保险除外责任, 不予以涵盖;
 - 对于首次投保的本保险的被保险人, 住院医疗责任&特殊门诊医疗保险责任&住院津贴责任会有30天的等待期, 保险人对被保险或附属被保险人在保险生效30天后, 方承担此责任(因意外伤害导致的治疗无等待期, 保险人对被保险或附属被保险人在保险生效后立即承担此责任)。
 - 对于入保后180天内出现的慢性疾病, 需进行保前疾病调查。
- 本保险计划仅提供电子保单, 如对保单有疑问请咨询万欣和热线400-613-0330;
- 满足条件的被保险人可于保单到期前30天内, 最晚于保单到期后10天内续保本产品, 续保可免除疾病等待期。

承保公司名称(Name) 中国大地财产保险股份有限公司营业部

承保公司地址(Address) 上海市浦东新区民生路1199弄1号1001室-1003室, 1005室-1012室, 1013室-1

邮政编码(Zip Code) 200135

联系电话(Tel No.)

销售单位(Sold by) 慧择保险经纪有限公司



总公司地址: 上海市浦东新区陆家嘴银城中路501号上海中心大厦26、27、28层 邮编: 200120 网址: www.ccic-net.com.cn 客户服务热线: 95590

有效保单生成时间: 2021-03-22 11:40:16

电子保单生成时间: 2021-03-22 11:40:18

保险单号: PWUI21310900080000000157

福利计划: 本保单年度最高保额: 1200000元

一、住院医疗保险责任

1. 住院住宿费: 日限额1,500元;
2. 陪护费: 日限额800元;
3. 重症监护病房费: 全额理赔;
4. 手术室费和急诊费: 全额理赔;
5. 医师诊疗费、手术医师费和麻醉师费: 全额理赔;
6. 护理费: 全额理赔;
7. 治疗费(包括放射线疗法、化学疗法、会诊咨询和病理学分析等): 全额理赔;
8. 检查费(X光纤维、核磁共振检查、正电子发射计算机断层扫描和计算机断层扫描等): 全额理赔;
9. 住院药费品和手术敷料费: 全额理赔;
10. 耐用医疗设备费: 全额理赔;
11. 矫形改造手术费(仅限于遭受意外伤害或患疾病需要接受矫形改造手术恢复肢体功能或容貌的情况): 全额理赔;
12. 慢性病: 若非既往症则全额理赔;
13. 重大疾病(癌症、脑中风、心脏病、重要器官衰竭或移植, 艾滋病和其并发症等): 若非既往症则全额理赔。”

二、住院津贴责任

重大疾病住院现金补贴: 保险年度中所有住院治疗天数累计第六天起, 300元/天, 最长累计至30天/年。

三、特殊门诊医疗保险责任

1. 入院前或者日间手术前医生诊疗费, 检查化验费及处方药费(限30天内, 含入院当日): 全额理赔;
2. 出院后或者日间手术后医生诊疗费, 检查化验费及处方药费(限30天内, 含出院当日): 全额理赔;
3. 特殊门诊治疗费(包括门诊肾透析、门诊恶性肿瘤电疗、化疗、放疗、靶向药、肿瘤免疫疗法、肿瘤内分泌疗法、质子重离子疗法): 全额理赔;
4. 门诊手术费: 全额理赔。

四、医疗援助保险责任

1. 救护车费用(住院&门诊): 全额理赔;
2. 因重大疾病导致的赴异地就医交通费补贴(非第三方服务机构安排): 最高限额8,000元/年;
 - 1) 仅限赴异地住院治疗;
 - 2) 含长途汽车, 火车, 客轮船, 飞机; 须提供正规增值税发票, 及车船机票原件;
 - 3) 仅限中国大陆地区内发生的异地就医的交通费用;
 - 4) 须在当地就医并确诊, 得到住院/手术通知后, 获得第三方服务机构(万欣和)的书面授权;
 - 5) 重大疾病释义, 请详见条款;
 - 6) 陪同赴异地就医的一名陪同人员的交通费。

五、门诊医疗责任

门诊医疗责任(最高年限额20,000元)

1. 医师诊疗费和专家门诊费: 全额理赔;
2. 化验费和检查费: 全额理赔;
3. 处方药费: 全额理赔;
(其中第1项至第3项, 累计日限额600元; 大型检查不受此限制)
4. 理疗费(包括物理治疗、脊柱指压治疗、职业病恢复指导和语言障碍治疗等): 全额理赔;
5. 中医治疗(咨询费, 诊疗费, 由具有资质的中医师所开的中草药, 以及中医针灸疗法和顺势疗法): 全额理赔;
(其中第4项至第5项, 最高限额4,000元)
6. 急诊室费: 全额理赔;
7. 耐用医疗设备费: 全额理赔
8. 大型检查: 计算机断层扫描(CT)、正电子发射计算机断层扫描(PET)、核磁共振检查费(MRI)、内窥镜检查费(如, 胃镜检查, 结肠镜检查, 膀胱镜检查)等: 全额理赔;
(其中第6项至第8项, 最高理赔至门诊年限额20,000元)。

四、被保险人声明

1. 请仔细阅读读后条款, 保险人以此为准承担保险责任, 责任免除详见条款“责任免除”部分。
2. 被保险人为未成年人时, 保险人针对其支付的身故保险金与受益人从其他保险公司获得的身故保险金累计以中国保险监督管理委员会规定的限额为上限。

被保险人清单

序号	姓名	性别	证件类型	证件号码	职业类别	保障计划类别
1	张三	女性	居民身份证	88888888	第1类	1

承保公司名称(Name) 中国大地财产保险股份有限公司营业部

承保公司地址(Address) 上海市浦东新区民生路1199弄1号1001室-1003室, 1005室-1012室, 1013室-1

邮政编码(Zip Code) 200135

联系电话(Tel No.)

销售单位(Sold by) 慧择保险经纪有限公司



总公司地址: 上海市浦东新区陆家嘴银城中路501号上海中心大厦26、27、28层 邮编: 200120 网址: www.ccic-net.com.cn 客户服务热线: 95590

有效保单生成时间: 2021-03-22 11:40:16

电子保单生成时间: 2021-03-22 11:40:18

中国大地财产保险股份有限公司个人医疗保险条款（D款）

【注册编号：C00001032512020101304641】

总 则

第一条 本保险合同（以下简称“本合同”）由保险条款、投保单或者其他投保文件、保险单或者其他保险凭证、保险卡、网络医疗机构名册、附贴批单和其他有关约定书构成。凡涉及本合同的约定，均应当采用书面形式。

第二条 被保险人本人或者对被保险人具有保险利益的其他自然人和组织，可作为投保人。

第三条 投保时年龄在十八周岁（含）至六十四周岁（含）（续保的最高年龄可至九十九周岁（含））的人员，经保险人同意，可作为主被保险人。

主被保险人的配偶在投保时年龄不超过六十四周岁（续保的最高年龄可至九十九周岁（含）），经保险人同意，可作为附属被保险人。

投保时年龄不超过二十一周岁（为全日制在校学生，或者存在身体缺陷或智力障碍的，年龄不超过二十六周岁），经济上完全依赖主被保险人的主被保险人的未婚子女，经保险人同意，也可作为附属被保险人。

主被保险人和附属被保险人统称为“被保险人”或者“所有被保险人”，单称为“每一被保险人”“该被保险人”或者“被保险人本人”。

第四条 根据附属被保险人的有无及其与主被保险人的身份关系，本保险中被保险人的参保方式分设有单人型、夫妇型、亲子型、家庭型，具体由投保人在投保时选择，并载明于本合同中。

（一）单人型，无附属被保险人；

（二）夫妇型，对应的附属被保险人为主被保险人的配偶；

（三）亲子型，对应的附属被保险人为主被保险人的子女；

（四）家庭型，对应的附属被保险人为主被保险人的配偶和子女。

参保方式为亲子型或者家庭型的，投保人可投保家庭共享保险金额保障方案。投保时及保险期间内要求被保险人数不少于三人。

第五条 除法律另有规定或者本合同另有约定外，保险金受益人为被保险人本人。

第六条 保险人将在自本合同生效之日起十日内为每一被保险人发放保险卡，该保险卡将载明被保险人姓名、保险单号码、保险期间、可选责任、免赔额、自付比例、医疗服务网络、第三方医疗服务供应商（以下简称“医疗服务供应商”）、理赔申请等有关信息。

第七条 本保险条款涉及的保险金的上限以人民币表示，经投保人、保险人双方协商确定，也可为其他等值币别。

保障地域

第八条 本保险的保障地域为中国大陆（不含港澳台地区，下同），保险人仅对保险期间内被保险人在保险人认可的医疗机构发生的保险责任范围内的费用，按照本合同的约定给付保险金。

保险人认可的医疗机构（以下简称“医疗机构”）仅限于中国大陆非合资性质的公立医院的普通部、特需部、VIP贵宾部和国际诊疗部，以及保险人指定的私立医疗机构。

保险责任

第九条 保险责任分设有基本责任（包括：住院医疗保险责任、特殊门诊医疗保险责任、医疗援助保险责任和住院津贴保险责任）和可选责任（包括：门诊医疗保险责任、健康检查医疗保险责任和牙科医疗保险责任）。投保人可以单独投保基本责任，也可以在投保基本责任的同时投保可选责任，但投保人不能单独投保可选责任。本合同项下所有被保险人的保险责

任应当一致。

第十条 住院医疗保险责任

保险期间内，被保险人因遭受意外伤害或者经过三十日等待期后（续保的不在限）患疾病，在医疗机构接受医师推荐的、医学必需的住院治疗，由此发生的、符合通常惯例水平的医疗费用（以下简称“住院医疗费用”），保险人按照“（住院医疗费用 - 免赔额）×（1 - 自付比例）”计算住院医疗保险金。

上述住院医疗费用包括：

（一）标准单人病房床位费、急诊室费、重症监护病房费、医疗机构提供并出具发票的膳食和营养配餐费。

保险人针对每一被保险人每日的该类费用给付的保险金的上限以本合同载明的为准；投保家庭共享保险金额保障方案的，保险人针对本合同项下所有被保险人每日的该类费用给付的保险金的上限以本合同载明的为准。

（二）未满十八周岁的附属被保险人住院期间其父亲或者母亲（限一人）陪同住院的加床费，女性主被保险人或者作为主被保险人配偶的女性附属被保险人住院期间其出生未满十六周的新生婴儿随同住院的加床费。

保险人针对每一被保险人每日的加床费给付的保险金的上限为800元；投保家庭共享保险金额保障方案的，保险人针对本合同项下所有被保险人每日的加床费给付的保险金的上限为800元。

（三）手术室和恢复室费、手术敷料费。

（四）输血、血浆、血浆扩容药物的费用，以及所有相关化验、设备操作、服务的费用。

（五）药品费。

（六）医师诊疗费。

（七）手术医师费和麻醉师费。

（八）护理费。

（九）吸氧费。

（十）化验费。

（十一）检查费。包括但不限于X光检查、超声波检查、超声波心动描记术、计算机断层扫描、计算机辅助断层血管成像、正电子发射计算机断层扫描、核磁共振检查、磁共振血管成像、磁共振胰胆管成像、数字减影血管造影、消化道造影、病理穿刺、内窥镜检查的费用。

（十二）被保险人作为受体接受器官、骨髓移植的费用。

（十三）放射治疗、化学治疗、质子重离子治疗、肿瘤靶向疗法、肿瘤免疫疗法、肿瘤内分泌疗法的费用。

（十四）由医师实施的呼吸治疗的费用。

（十五）由具有相应医疗职业资格的医师实施的物理治疗、职业疗法、语言治疗（包括为治疗咽喉障碍由语言治疗师实施的电子喉镜检查）的费用。该类治疗应当满足下列全部条件：

1. 为该被保险人医师书面治疗计划（包括短期和长期目标，并提交保险人评估）的一部分；

2. 被保险人接受该治疗后，在合理的、可预测的时间内症状会明显好转；

3. 疗法复杂或者被保险人病症使得只有具有相应医疗职业资格的医师（包括注册物理治疗师或者职业医疗师）才能安全、有效实施。

（十六）耐用医疗设备购买或者租赁的费用。指医师医嘱要求的、满足基本医疗需要的康复设备、矫形支具和其他耐用医疗设备购买或者租赁的费用，以及随后修理、更换的费用。对于患癌症接受属于保险责任范围的乳房切除术的被保险人，其两义乳及可放入义乳的胸衣费用也属于保险责任范围。

康复设备和矫形支具包括但不限于腿、臂、背和颈支具，

人造腿、臂、眼。

第十一条 特殊门诊医疗保险责任

保险期间内，被保险人因遭受意外伤害或者经过三十日等待期后（续保的不在此限）患疾病，在医疗机构接受医师推荐的、医学必需的特殊门诊治疗，由此发生的、符合通常惯例水平的医疗费用（以下简称“特殊门诊医疗费用”），保险人按照“（特殊门诊医疗费用 - 免赔额）×（1 - 自付比例）”计算特殊门诊医疗保险金。

上述特殊门诊医疗费用包括：

（一）与门诊手术相关的医师费、检查费、治疗费、手术材料费、药品费、麻醉师和助理麻醉师费；

（二）入院前后三十天（含入院和出院当日）内，被保险人由于该次住院相同原因接受门诊治疗，由此发生的医生诊疗费、检查费、化验费、药品费；

（三）特殊门诊费，包括肾脏透析疗法的费用，恶性肿瘤的电疗、化学治疗、放射治疗、质子重离子治疗、肿瘤靶向疗法、肿瘤免疫疗法、肿瘤内分泌疗法的费用。

第十二条 医疗援助保险责任

保险期间内，被保险人发生的下列费用（以下简称“医疗援助费用”），保险人按照“（医疗援助费用 - 免赔额）×（1 - 自付比例）”计算医疗援助保险金。

（一）紧急医疗运送费

指在紧急情况下，出于医学必需以专业救护车将其运送至医疗机构，由此发生的紧急医疗运送费用。

（二）异地就医交通费

指被保险人经过三十日等待期后（续保的不在此限）罹患重大疾病，由于当地医疗条件限制的原因，经医疗服务供应商授权，被保险人及其一位陪同人员前往中国大陆的其他地区的医疗机构进行住院治疗，由此产生的公共交通工具费用。

保险人针对每一被保险人累计给付的异地就医费用保险金的上限为 8,000 元；投保家庭共享保险金额保障方案的，保险人针对本合同项下所有被保险人累计给付的异地就医费用保险金的上限为 8,000 元。

第十三条 住院津贴保险责任

保险期间内，被保险人经过三十日等待期后（续保的不在此限）罹患重大疾病，并因此在医疗机构接受住院治疗的，对于被保险人每年实际住院日数，保险人按照“（每年实际住院日数 - 5）× 300”计算住院津贴保险金。保险人针对每一被保险人累计给付住院津贴保险金的日数以三十日为限。

投保家庭共享保险金额保障方案，且本合同项下两位以上（含）被保险人在同一日接受住院治疗的，实际住院日数仅计为一日。保险人针对本合同项下所有被保险人累计给付住院津贴保险金的日数以三十日为限。

第十四条 门诊医疗保险责任

保险期间内，被保险人因遭受意外伤害或者患疾病，在医疗机构接受医师推荐的、医学必需的门诊治疗（不包括特殊门诊治疗），由此发生的、符合通常惯例水平的医疗费用（以下简称“门诊医疗费用”），保险人按照“（门诊医疗费用 - 免赔额）×（1 - 自付比例）”计算门诊医疗保险金。

上述门诊医疗费用包括：

（一）医师诊疗费。

（二）检查费。检查费分为大型项目检查费（包括：计算机断层扫描、计算机辅助断层血管成像、正电子发射计算机断层扫描、核磁共振检查、磁共振血管成像、磁共振胰胆管成像、数字减影血管造影、消化道造影、病理穿刺、内窥镜检查的费用）和非大型项目检查费（除上述大型项目检查费外的其他检查项目费，包括但不限于超声波检查、超声波心动描记术检查的费用）。

（三）急诊室费。

（四）理疗和中医治疗费，包括下列三项类型费用：

1. 由具有专业理疗资格的医师实施的针灸疗法、顺势疗法

的费用。

2. 由具有相应医疗职业资格的医师实施的物理治疗、美式脊椎矫正、职业疗法、语言治疗（包括为治疗吞咽障碍由语言治疗师实施的电子喉镜检查）的费用。

这类治疗应当满足下列全部条件：

（1）为被保险人医师书面治疗计划（包含短期和长期目标，并提交保险人评估）的一部分；

（2）被保险人接受该治疗后，在合理的、可预测的时间内症状会明显好转；

（3）疗法复杂或者被保险人病症使得只有具有相应医疗职业资格的医师（包括注册物理治疗师或者职业医疗师）才能安全、有效实施。

3. 依据注册中医医师的处方开具的中草药费，中医挂号费，诊察费及其他相关费用。

保险人针对每一被保险人累计给付的理疗和中医治疗费保险金的上限以本合同载明的为准；投保家庭共享保险金额保障方案的，保险人针对本合同项下所有被保险人累计给付的理疗和中医治疗费保险金的上限以本合同载明的为准。

（五）药品费。指依据医师的处方开具的药品的费用。每次门诊开药量以九十日为上限，每次门诊开药量应当与开药时间间隔相匹配。

（六）耐用医疗设备购买或者租赁费。指医师医嘱要求的、满足基本医疗需要的康复设备、矫形支具和其他耐用医疗设备购买或者租赁费，以及随后修理、更换的费用。对于患癌症接受属于保险责任范围的乳房切除术的被保险人，其两义乳及可放入义乳的胸衣费用也属于保险责任范围。

康复设备和矫形支具包括但不限于腿、臂、背和颈支具，人造腿、臂、眼。

保险人针对每一被保险人每日的医师诊查费、非大型项目检查费、药品费给付的保险金的上限以本合同载明的为准。投保家庭共享保险金额保障方案的，保险人针对本合同项下所有被保险人每日的医师诊查费、非大型项目检查费、药品费给付的保险金的上限以本合同载明的为准。

保险期间内，保险人针对每一被保险人累计给付的门诊医疗保险金的上限以本合同载明的为准，当达到该限额时，该被保险人的门诊医疗保险责任终止；投保家庭共享保险金额保障方案的，保险人针对本合同项下所有被保险人累计给付的门诊医疗保险金的上限以本合同载明的为准，当达到该限额时，本合同项下所有被保险人的门诊医疗保险责任终止。

第十五条 健康检查医疗保险责任

保险期间内，被保险人在医疗机构发生的下列健康检查医疗费用，保险人按照“健康检查医疗费用 × 100%”计算给付健康检查医疗保险金：

（一）全身体检（限一次）费；

（二）疫苗接种费；

（三）常规检查化验费。

保险人针对每一被保险人累计给付的健康检查医疗保险金的上限以本合同载明的为准，当达到该限额时，该被保险人的健康检查医疗保险责任终止。

第十六条 牙科医疗保险责任

保险期间内，被保险人在医疗机构发生的下列牙科医疗费用，保险人按照“牙科医疗费用 × 80%”计算给付牙科医疗保险金：

（一）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）、牙齿清洁检查（限两次）费；

（二）基础治疗费，包括汞合金或者复合树脂充填、简单拔牙、牙周刮治、根面平整费，以及相关口腔 X 光费。

保险人针对每一被保险人累计给付的牙科医疗保险金的上限为 2,000 元，当达到该限额时，该被保险人的牙科医疗保险责任终止。

责任免除

第十七条 对于被保险人发生的以下费用，保险人不承担给付保险金的责任：

- (一) 投保人的故意行为导致的医疗费用；
- (二) 从事违法行为或者故意行为（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，但被保险人为无民事行为能力的不受此限；
- (三) 未经保险人审核通过的既往症的治疗及其他相关费用；
- (四) 在等待期内对约定的相应病症的治疗及其他相关费用；
- (五) 未取得中国大陆法律法规及中国大陆相关监管机关批准的检查、治疗及相关医疗服务的所有费用，试验性治疗的所有费用；
- (六) 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；
- (七) 代诊费用，无原始发票的费用，电话咨询费（经由医疗服务供应商指定并授权的机构除外），没有按时就诊的预约费用，不在执业范围的医疗服务费用，不符合专业认可标准的医疗费用，非医学必需的费用，超过通常惯例水平的费用；
- (八) 为个人舒适或者方便而产生的费用，包括但不限于电视、套房及其相关设施、雇佣护工、房屋打扫、访客膳食和住宿、电话、家庭设备、旅行费；
- (九) 保险期间届满后发生的费用，但按疗程将在保险期间届满之日起九十日内服用的药品费用不受此限；
- (十) 健康检查费、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，疫苗接种费，出于行政或者管理事务目的（包括但不限于与投保保险、招聘、入学或者运动相关的体格检查）发生的检查费，但健康检查医疗保险责任不在此限；
- (十一) 非药品准字号的药品费和非（食）药监械号的设备费，包括但不限于保健品、膳食补充剂、药妆、戒烟药物、食欲抑制剂、头发再生药物、抗光老化药物、美容用品、大剂量维生素、维他命、健康滋补类中草药、膏方药费，草药代加工成粉剂、药丸、胶囊、胶的费用或者其他制剂发生的加工费用；
- (十二) 未经被保险人医师推荐而产生的医疗费用；
- (十三) 视觉治疗及其他相关费用，包括但不限于激光角膜切手术，准分子激光原位角膜磨镶术，老视、屈光不正（近视、远视、散光）校正手术及相关费用；
- (十四) 专业护士家庭护理费，临终关怀费，静养疗法、监护及家居照料费，在护理之家、养老院发生的护理费，为休息、观察而实施的环境疗法费，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、养老院等非保险人认可的医疗机构接受的服务或者治疗及其他相关费用，医疗机构已实际成为或者倾向作为被保险人住家或者常住处情形下发生的费用，完全或者部分因为家庭原因的住院医疗费用；
- (十五) 选择性手术和治疗及其他相关费用，仅为改善或者提高目前身体状况（包括但不限于中医调理）而发生的、非医学必需的费用；
- (十六) 性别转换症治疗费，性障碍治疗费，以及上述相关并发症治疗及其他相关费用，任何原因和形式的美容、整容、非医学必需的整形费，包括以美容为目的牙齿处理费，义齿、高嵌体、种植牙、贴面费用；
- (十七) 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）的治疗、祛除及其他相关费用，蜘蛛脉、除瘢痕疙瘩型外的其他瘢痕、纹身去除、皮肤变色治疗及其他相关费用，非医学必需的对白癜风、浅表静脉曲张的治疗及其他相关费用；
- (十八) 与脱发相关的治疗及其他相关费用，包括但不限于男性型脱发或者其他种类秃发的治疗费，以激光、电解、蜡

或者其它方法祛除毛发费，发生男性型脱发、女性与年龄相关脱发、疾病或者意外伤害导致的脱发等情形时的头发移植费；

- (十九) 戒烟治疗及其他相关费用，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）及减肥相应并发症治疗及其他相关费用；
- (二十) 器官移植供体费用、器官来源费用、低温储藏费用；
- (二十一) 基因咨询、筛查、检查和治疗及其他相关费用；
- (二十二) 与生育相关的医疗费用，包括但不限于怀孕、分娩、流产、助孕（包括但不限于受胎药、人工授精、试管授精、配子输卵管内移植、受精卵输卵管植入术、代理怀孕）、不孕不育、生育控制、孕前准备以及由此导致的并发症治疗及其他相关费用；
- (二十三) 因溶剂滥用、毒品滥用、酒精（酒精过敏、误服酒精除外）、或者任何成瘾物直接或者间接引起的伤害或者疾病的诊断、检查、治疗及其他相关费用；因使用违反中国大陆法律的疫苗和药物、非医师医嘱要求药物或者非医师医嘱要求用量直接或者间接引起的伤害或者疾病的诊断、检查、治疗及其他相关费用；
- (二十四) 牙科医疗及其他相关费用，但牙科医疗保险责任不在此限；
- (二十五) 耐用医疗设备使用和保养指导费，定制或者改造任何交通工具、洗浴设备或者住宅设备费，助听器、人工耳蜗、血压计、体温计、听诊器、自动轮椅或者自动床、舒适设备（如电话托臂和床上多用桌）及其他类似设备费；非手术中必需的假体、矫正器具或者相似的器具费，但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；
- (二十六) 矫正鞋或者其他脚支撑器材（包括但不限于足弓支撑器、矫正器或者其他预防性的服务或者器材）费，任何用于治疗弱足、畸形足、不稳足、扁平足或者足弓塌陷的器材费，任何与跗骨、跖骨相关的医疗费，对脚表面损害的（如鸡眼、老茧、角质化）医疗费，但有关骨外露、肌腱或者韧带的手术不在此限；
- (二十七) 常规足部医疗及其他相关费用，但因意外伤害或者疾病引起的足部治疗情形不在此限；
- (二十八) 中国政府为了防止传染病扩散蔓延要求被保险人进行医学隔离观察等强制性措施期间发生的检查检测费、住宿费、服务费和运送费等与治疗不相关的费用；
- (二十九) 生长激素治疗及其他相关费用，但经医疗服务供应商批准的医学必需情形不在此限；
- (三十) 与精神和心理障碍相关的医疗费用，包括但不限于神经性贪食症、神经性厌食症、悲伤辅导和悲伤治疗、注意力缺陷症、注意缺陷多动障碍，心理缺陷或者心理发育迟缓评估治疗及其他相关费用；
- (三十一) 睡眠检查和治疗费，对疑为发作性睡眠或者阻塞性呼吸暂停症状的检查和治疗费；
- (三十二) 先天性疾病和症状治疗费；
- (三十三) 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；
- (三十四) 对由下列任何异常风险引起的伤害的治疗及其他相关费用：参加或者受训职业体育运动、高风险运动，战争和恐怖活动，放射材料辐射或者核燃料燃烧，主动置身于风险，但抢救他人性命情形不在此限。

保险金额、保险费、免赔额和自付比例

第十八条 每一被保险人的保险金额由投保人在投保时选择，并载明于本合同中。投保家庭共享保险金额保障方案的，本合同项下所有被保险人共用一个保险金额。

第十九条 保险费由保险人在承保时计算确定。

第二十条 免赔额由投保人投保时选择，并载明于本合同中。住院医疗保险责任、特殊门诊医疗保险责任、医疗援助保

险责任和门诊医疗保险责任共用一个免赔额。投保共享免赔额保障方案的，本合同项下所有被保险人共用一个免赔额。

以下费用可抵扣免赔额：

(一) 被保险人通过社保个人账户支付或者使用社保挂号后，使用现金（银行卡）支付的费用，可用作保险索赔或者抵扣本保险的免赔额；

(二) 被保险人通过社保统筹支付、社保附加支付和其他支付的费用，可用作抵扣本保险的免赔额，但不可用作保险索赔；

(三) 属于本合同保险责任范围，但已由其他商业保险赔付的费用，可用作抵扣本保险的免赔额，但不可用作保险索赔。

第二十一条 自付比例具体由投保人在投保时选择，并载明于本合同中。

保险期间

第二十二条 本合同保险期间为一年，具体起讫时间由投保人与保险人协商确定，并载明于本合同中。

医疗服务网络和事先授权

第二十三条 本合同医疗服务网络如下：

保险人建立了医疗服务网络，并将定期或者不定期向投保人和被保险人通报，被保险人也可登陆保险人指定的互联网站或者致电查询相关信息。被保险人在保险人医疗服务网络内的医疗机构（以下简称“网络医疗机构”）接受治疗并出示保险卡的，对于被保险人发生的保险责任范围内的、应当由保险人承担的住院费用，保险人将直接与相关医疗机构结算，无需被保险人先行给付。保险人有权要求被保险人在网络医疗机构内接受住院治疗。

被保险人在网络医疗机构接受治疗的，对于其发生的不属于保险责任范围、应当由其负担但医疗机构未向其本人收取的医疗费用，在接到保险人或者其授权的机构通知后，被保险人应当在三十日内退还相应款项；未在三十日内退还相应款项的，保险人有权向其继续追偿相应费用。

第二十四条 有关事先授权事项如下：

(一) 事先授权

被保险人发生下列事项前，应当在预定开始治疗日期前至少五个工作日向医疗服务供应商提交事先授权申请表：

1. 住院治疗；
2. 化学治疗、放射治疗、肿瘤靶向疗法、肿瘤内分泌疗法、肿瘤免疫疗法、质子重离子治疗、血液或者腹膜透析，以及需全身麻醉的门诊手术；
3. 购买或者租用非一次性耐用医疗设备，包括但不限于胰岛素泵及其配套器械；
4. 购买或者接种每剂超过8,000元的药剂或者疫苗。

对于被保险人事先授权的申请，医疗服务供应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许可回复后开始接受治疗，保险人要求被保险人在医疗服务网络接受治疗的，被保险人应当予以配合。未获得医疗服务供应商书面许可回复擅自接受治疗的，保险人保留不承担相关保险责任的权利。

发生紧急情况的，被保险人可在就近网络或者非网络医疗机构接受治疗，但应当在开始接受治疗后四十八小时内通知医疗服务供应商。保险人将对该次治疗是否属紧急情况予以审核。

(二) 其他

1. 被保险人、相关人员或者医疗机构可致电医疗服务供应商，了解事先授权、网络医疗机构相关情况；
2. 被保险人获得医疗服务供应商许可回复，不意味着其发生的全部或者部分医疗费用均属于保险责任范围，保险人按照本合同约定承担保险责任。

保险人义务

第二十五条 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。

第二十六条 保险人认为保险金申请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保险金申请人补充提供。

第二十七条 保险人收到保险金申请人提供的本保险条款“保险金申请与给付”部分约定的保险金申请证明和资料后，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。

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，履行给付保险金的义务；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。

第二十八条 保险人自收到保险金申请人提供的本保险条款“保险金申请与给付”部分约定的保险金申请证明和资料之日起六十日内，对其给付保险金的数额不能确定的，应当根据已有证明和资料可以确定的数额先予给付；保险人最终确定给付保险金的数额后，给付相应的差额。

第二十九条 保险期间内保险人将定期或者不定期向投保人或者被保险人通报不符合通常惯例水平的医疗机构，供被保险人就诊参考。

投保人、被保险人义务

第三十条 投保人应当在订立本合同时一次交清保险费。投保人未按照本合同的约定交清保险费的，本合同不生效。

第三十一条 订立本合同时，保险人就被保险人的有关情况提出询问的，投保人、被保险人应当如实告知。

投保人、被保险人故意或者因重大过失未履行前款规定的义务，足以影响保险人决定是否同意承保或者提高保险费率的，保险人有权解除本合同。

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、被保险人故意不履行如实告知义务的，保险人对于本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，保险人对于本合同解除前发生的保险事故，不承担给付保险金的责任，但退还保险费。

保险人在本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，保险人不得解除本合同；发生保险事故的，保险人承担给付保险金的责任。

第三十二条 成为本合同的主被保险人，即意味着主被保险人及其代表的附属被保险人同意任何医疗机构、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。

成为本合同的主被保险人，也意味着主被保险人及其代表的附属被保险人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。

第三十三条 投保时，被要求填写健康问卷调查表的投保人或者被保险人应当如实告知被保险人的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。保险人根据被保险人既往症的具体情况，对该既往症承担一定保险责任或者不承担保险责任，并具体载明于本合同。

第三十四条 在保险期间内，发生下列三种情形的，投保人可申请变更被保险人，保险人按照下列约定予以受理：

(一) 因主被保险人婚姻状态发生变化需要增加附属被保险人的，投保人应当在其婚姻状态发生改变之日起三十日内书面通知保险人，经保险人同意，保险人自通知书载明的起始时间开始对其承担保险责任，并根据“（加入后的参保方式对应的保险费 - 加入前的参保方式对应的保险费）× 未满天数”计算收取相应保险费。投保人未在上述约定的时间内通知保险人的，本合同在本保险期间内无法加保附属被保险人。

(二) 因主被保险人婚姻状态发生变化或者其他原因需要减少附属被保险人的，投保人应当在十日内书面通知保险人，

并向保险人退还保险卡。保险人自收到通知书之日的次日零时或者通知书载明的终止时间（以较晚者为准）起终止对相应附属被保险人的保险责任，并根据“（减人前的参保方式对应的保险费 - 减人后的参保方式对应的保险费）× 未滿期天数”计算收取相应保险费。

（三）因被保险人（子女除外）在保险期间内生育婴儿需要增加附属被保险人，且投保人在该婴儿出生后三十日内通知保险人的，保险人自该婴儿出生后第三十一日零时起对其承担保险责任；投保人在该婴儿出生三十日后通知保险人的，经保险人同意，保险人自接到通知书之日的次日零时或者通知书载明的起始时间（以较晚者为准）起对该婴儿承担保险责任。同时，保险人根据“（加保婴儿后的参保方式对应的保险费 - 加保婴儿前的参保方式对应的保险费）× 未滿期天数”计算收取相应保险费。

第三十五条 如果被保险人住址、婚姻状态，以及投保本保险时提供的其他信息等发生重大变化，或者身故，投保人或者被保险人应当及时通知保险人。保险人有权调整承保条件或者解除本合同。

第三十六条 投保人、被保险人或者保险金申请人知道保险事故发生后，应当及时通知保险人。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，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不在其限。

前款约定的未及时通知，不包括因不可抗力而导致的通知迟延。

第三十七条 投保人住所或者通讯地址变更时，应当及时以书面形式通知保险人。投保人未及时通知的，保险人按照本合同所载的最后住所或者通讯地址发送的有关通知，均视为已发送给投保人。

保险金申请与给付

第三十八条 被保险人在网络医疗机构接受治疗，该医疗机构受保险人委托免向被保险人收取与保险人根据本合同本应向保险金申请人给付的保险金数额对应的医疗费用的，或者保险人已承担相应费用的，保险金申请人不得就此向保险人申请保险金。其他情形，保险金申请人可根据本合同向保险人申请保险金。

向保险人申请保险金时，保险金申请人可从保险人指定网站下载保险金申请表；经保险金申请人要求，保险人也可通过传真或者电子邮件向其发送申请表。保险金申请人应当完整地填写申请表的第一部分，并请被保险人主治医师完整填写申请表的第二部分，且在当次治疗完成后一百八十日内与医疗费用原始收据一并寄至本合同指定地址。被保险人提供的所有保险金申请资料归保险人所有。

第三十九条 保险人有权对被保险人进行身体检查或者理赔问卷调查。被保险人有义务向保险人提供保险人要求的所有医疗报告、记录及相关资料，若为处理本合同相关事宜，经保险人要求，被保险人应当授权许可保险人取得其完整全面的医疗病历。被保险人身故的，保险人有权要求对该被保险人进行尸检，法律和宗教禁止情形不在此限。

第四十条 本保险属于费用补偿型医疗保险。保险人给付的各项费用保险金，以其发生的保险责任范围内的费用扣除其已从社会基本医疗保险、公费医疗、大病保险、互助保险、除本保险外的其他商业保险、其所在的工作单位、公益慈善机构等途径获得的补偿金额后的余额为上限，但住院津贴保险金不受此限。

第四十一条 收到保险金后六十个工作日内，如果保险金申请人对理赔结果有争议，可通过邮寄或者发送电子邮件方式向保险人提交书面申诉书及相关资料，并自行承担获取资料有关费用，保险人将及时予以处理。

第四十二条 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。

年龄的计算及年龄错误的处理

第四十三条 被保险人的投保年龄以周岁计算。

第四十四条 投保人在投保时，应当如实告知被保险人的年龄。若被保险人年龄发生错误，按照下列约定办理：

（一）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保险条款第三条所约定条件的，保险人有权解除本合同，并退还保险费，对于本合同解除前发生的事故，保险人不承担保险责任；

（二）投保人申报的被保险人年龄不真实，致使投保人实交保险费少于应交保险费的，若发生保险事故，保险人按照实交保险费与应交保险费的比例给付保险金；

（三）投保人申报的被保险人年龄不真实，致使投保人实交保险费多于应交保险费的，保险人应当退还多收的保险费。

保险合同的变更与解除

第四十五条 除本合同另有约定外，经投保人、保险人双方协商同意后，可变更本合同的有关内容，在保险单或者其他保险凭证上加以批注或者附贴批单后生效，或者由投保人和保险人订立合同变更书面协议后生效。

第四十六条 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，保险人有权解除本合同，并不退还保险费。

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

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。

发生前款约定的任何情形致使保险人给付保险金或者支出费用的，投保人、被保险人或者保险金申请人应当退回或者赔偿。

第四十七条 除法律另有规定或者本合同另有约定外，投保人可以通过书面形式通知保险人解除本合同，但保险人根据本合同约定已给付保险金的，不得解除本合同。

投保人解除本合同时，应当提供下列证明和资料：

- （一）解除合同通知书；
- （二）保险单或者其他保险凭证、批单；
- （三）投保人身份证明；
- （四）保险费发票或者收据；
- （五）保险人合理要求的其他有关证明和资料。

本合同的效力至保险人接到解除合同通知书之日二十四时或者通知书上载明的合同终止时间（以较晚者为准）终止。自收到前款约定的证明和资料之日起三十日内，保险人退还相应未滿期净保险费。

续保

第四十八条 本保险为非保证续保保险。保险期间届满前，投保人可以向保险人申请续保本保险，经保险人审核通过后，交纳保险费。

争议处理与法律适用

第四十九条 因履行本合同发生的争议，由当事人协商解决。协商不成的，提交本合同载明的仲裁机构仲裁；本合同未载明仲裁机构或者争议发生后未达成仲裁协议的，依法向中华人民共和国人民法院起诉。

第五十条 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（不包括港澳台地区）法律。

释义

医疗机构：指中国大陆法律或者政府认可的、有常驻执业医师、执业护士，提供住院、门诊、急诊医疗服务的机构。不包括护理机构、疗养机构、康复机构、养老院、家居服务机构、酒精或者药物滥用看护机构，以及其他类似目的的机构。

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。

子女：指与主被保险人存在父母-子女关系的婚生或者非婚生子女、养子女和扶养关系的继子女。

免赔额：指保险期间内被保险人发生的保险责任范围内的费用中由被保险人自行负担的金额，保险人对此不负责给付保险金。

自付比例：指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例。

住院：指被保险人确因临床需要，正式办理入院及出院手续，并确实入住医疗机构的正式病房接受治疗的行为过程。不包括门（急）诊观察室诊疗、家庭病床、挂床住院、其他非正式的病床住院及不合理住院。被保险人因非医疗目的自行离开病房十二小时以上（含）的，视为自动出院。被保险人接受日间住院治疗视同住院。

挂床：指住院过程中一日内未接受与入院诊断相关的检查和治疗或者一日内住院不满二十四小时，遵医嘱到外院接受临时诊疗的不在其限。

日间住院治疗：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。

门诊：指以除占用病床方式外的其他方式在医疗机构接受的治疗。

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。

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的治疗和诊断费用不承担保险责任。

医师：指具有医疗职业资格的任何人员，包括内科医师、全科医师、专业医师、医学顾问，以及其他任何在相应准许和训练范围内从事医疗服务的人员，不包括实习人员、在训人员。

医学必需：指被保险人接受、使用或者服用的治疗、服务或者器械、药品符合以下条件：

（一）医师医嘱要求且对治疗被保险人疾病或者伤害合适且必需。

（二）与接受治疗当地普遍接受的医疗专业实践标准一致。

（三）非为了个人舒适或者为了被保险人父母、家庭、医师或者其他医疗提供方的方便。

（四）最恰当、合适水平。住院接受治疗时，无法以门诊的方式对相应疾病和症状提供安全的医疗，且当前病症处于急性或者亚急性状态需要持续接受治疗、专业护理或者康复治疗。主要出于接受慢性病治疗、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而住院的，不属医学必需。

（五）非患者学术教育或者职业培训的一部分或者与之相关。

（六）非试验性或者研究性。该治疗手段如获当地政府法律批准通过的，在当地国家就诊手术发生的费用，且并未在责任免除中列出的。

急性：指疾病病程短、病情相对严重（特别是严重急性病或者外伤），需要短期治疗。

亚急性：指病情具有急性病一些特征，处于急性和慢性之间。

康复治疗：指在既定的疗程内通过设计的维持项目改善病人身体状况，以免恶化并协助康复。被保险人住院接受康复治疗的，保险人仅对处于急性或者亚急性阶段的病人住院承担保险责任，且应经过医疗服务供应商批准。

慢性病：指满足下列条件之一的伤害、疾病或者症状：

（一）持续接受三个月以上的医学必需的治疗；

（二）预期病程长久且无可合理预计的康复日期，可能复发、需要连续或者定期护理。

喘息照护：指出于减轻患慢性或者终末期疾病病人护理提

供者负担目的，病人住院接受的照料和护理。

日常生活活动：指与个人生活自理基本行为相关的活动，包括但不限于行走、个人卫生、睡眠、如厕（控制大小便的能力）、穿衣、做饭、进食、上下床。

符合通常惯例水平的医疗费用：指以下两者中较低者：

（一）提供相应医疗服务的医疗机构对该医疗服务通常收费水平，同一地区其他医疗机构对居住在同一地区的（以邮政编码为准）、病情性质和严重程度类似的人员提供同样医疗服务的平均收费水平。

（二）若某医疗服务在当地不常见或者仅当地少数医疗机构能够提供，保险人将参考下列因素确定通常惯例水平的医疗费用：治疗复杂性，治疗必要的专业程度，必要的医疗专业类型，相应医疗机构提供的医疗服务范围和种类，其他地区通常的收费水平。这里，地区指根据普遍认可的国际标准取得类似医疗机构或者类似医疗服务平均水平所必要的地域范围，可为一个城市、国家或者更广的地域。

护理：指用于在一定程度上治疗或者减缓病症，医师医嘱要求的、仅专业护士才能提供的护理。

放射治疗：指针对恶性肿瘤的放射治疗。放射治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。

化学治疗：指对于恶性肿瘤的化学治疗。化学治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。

肿瘤靶向疗法：指在细胞分子水平上，针对已经明确的致瘤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，将药物或者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局批准用于临床治疗。

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，并应用免疫细胞和效应分子输注宿主体内，协同机体免疫系统杀伤肿瘤，抑制肿瘤生长。本合同所指的肿瘤免疫疗法需符合法律、法规要求并经过国家食品药品监督管理局批准用于临床治疗。

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疗法需符合法律、法规要求并经过国家食品药品监督管理局批准用于临床治疗。

物理治疗：指由具有相应医疗职业资格的专业医生实施的、应用人工物理因子（如光、电、磁、声、温热、寒冷、力等）来治疗疾病，包括电疗、光疗、磁疗、热疗、冷疗、水疗，超声波疗法以及功能训练和手法治疗，但不包括泥疗、蜡敷治疗、气泡浴与药物浸浴治疗。

紧急医疗：指针对突然发生的、为避免严重终身伤害或者死亡须立即接受药物或者手术治疗的状况，被保险人立即或者因不可抗力因素在症状发作后24小时内开始接受的相应医疗。

紧急医疗不包括：

（一）以接受治疗为目的或者违背医嘱前往中国大陆以外地区期间发生的任何医疗；

（二）常规医疗；

（三）可以推迟至被保险人返回中国大陆后接受的医疗；

（四）被保险人事先计划好的治疗；

（五）因被保险人已知或者应该知道的情形而发生的医疗；

（六）妊娠、分娩及相关病症。

紧急：指突然发生的、会导致立即死亡或者长期健康问题的疾病或伤害。

重大疾病：本合同所规定的重大疾病仅包含以下种类：

(一) 心血管疾病——冠心病、先天性心脏病、心肌梗塞、主动脉瘤；

(二) 神经疾病——脑卒中、脑动脉瘤、阿尔茨海默病、帕金森病、脊髓空洞症、多发性硬化症；

(三) 血液疾病——白血病、淋巴瘤、再生障碍性贫血、血小板减少性紫癜、血友病；

(四) 肺部疾病——慢性阻塞性肺病、原发性肺动脉高压；

(五) 消化疾病——肝硬化、重症肝炎；

(六) 自身免疫性疾病——系统性红斑狼疮、系统性硬皮病、获得性免疫缺陷综合症(AIDS, 艾滋病)、艾滋相关综合征(ARCS)和其他与HIV病毒相关的性传染病或者症状；

(七) 其他——恶性肿瘤(含原位癌)、良性脑肿瘤、良性脊髓肿瘤、主要器官衰竭或者移植、囊性纤维化、黑斑息肉病、Ⅲ度烧伤。

获得性免疫缺陷综合症(AIDS)：其定义以世界卫生组织制定的定义为准。如果在被保险人的血液样本中发现艾滋病病毒或者其抗体，则认定被保险人已被艾滋病病毒感染或者患艾滋病。

每年实际住院日数：指保险期间内每次住院自入院之日起至出院前一日止期间的日数之和，不包括未经办理出院手续擅自离院的日数。

针灸疗法：指针灸法和灸法的合称。针法是把毫针按一定穴位刺入患者体内，用捻、提等手法来实施治疗。灸法是把燃烧着的艾绒按一定穴位熏灼皮肤，利用热的刺激实施治疗。针灸治疗应当由具有相应资格的医师实施。

顺势疗法：指一种通过小剂量药物治疗以使病人症状渐渐接近常人的治疗方法，比如通过给予小剂量的放松剂治疗腹泻。

中草药：指中医理论指导下应用的天然药物及其制品，包括中药材和中药饮片，但不含健康滋补类中草药，健康滋补类中草药包括但不限于：

(一) 单味或复方均不予支付费用的中药饮片及药材：

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) 单味使用不予支付费用的中药饮片及药材：

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、中药敷贴、中药熏蒸。

既往症：指在保险人对其保险责任生效前被保险人已就此接受诊断、医学咨询或者治疗，或者服用药物，或者显现症状的疾病或者损伤。包括以下任何情形：

(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，未经医生诊断和治疗，但症状或者体征明显且持续存在，以普通人医学常识应当知晓。

专业护士：指国家护士注册机构护士登记名册中登记在案的护士。

专业护士家庭护理：指曾住院接受治疗的病人出院后随即在其家中接受医师要求的、医学必需的专业护士护理。

临终关怀：指病人被诊断患终末期疾病后，该病人接受具有相应资质的临终关怀机构提供的、由专业人员和志愿者组成的跨学科队伍在医学指导下实施的姑息性、支持性医护。

临终关怀机构：指提供临终关怀的机构，该机构应满足下列全部条件：

(一) 取得了政府相关部门的批准；

(二) 二十四小时提供服务；

(三) 有医师直接管理和监控；

(四) 有注册护士指挥、协调护理服务；

(五) 被批准从事社会服务指导和协调；

(六) 主要目的为提供临终关怀服务；

(七) 有全职管理人员；

(八) 保存了所提供服务的全部书面记录。

监护：包括以下情形：

(一) 对其治疗医师认为已达到最大限度康复但仍存在身体或者智力残疾人员提供的床位、护理等服务；

(二) 对预计医疗或者手术已不能使其在医疗机构外生活人员提供的床位、护理等服务；

(三) 修养疗法、喘息照护，以及家庭成员提供的家庭看护。

生育控制：包括但不限于输精管切除术和绝育术，男性或者女性绝育恢复手术，伟哥，以及其他用于提高性功能的药物费。

住宅设备：指为满足日常生活活动所需的安置于住宅室内的器具。包括但不限于住宅室内的空调、湿度调节器、除湿器和空气净化器、太阳能或者加热灯、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，以及其他类似设备。

悲伤辅导和悲伤治疗：指由具有相应资格的咨询师、精神科医师、心理医师、牧师针对家人逝世或者终末期病人的治疗。

注意力缺陷症：指一种生物学方面改变所致的病理状态，症状表现为：注意力涣散、活动过多、冲动任性等。

注意缺陷多动障碍：指一种常见的儿童精神障碍，主要表现为超出了儿童年龄和发育正常范围的注意力集中困难、活动过多、冲动任性等症状。

先天性疾病和症状：指由于基因因素、先天性新陈代谢异常或者其他因素导致的、出生时即存在的遗传性疾病和症状、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者在出生后逐步显现。

高风险运动：指各种危险性较高、技巧与体能需求较高的运动项目。包括：滑翔翼、跳伞、海拔六千米以上的户外运动、十八米深以上的潜水、悬崖跳水、徒步穿越无人区(沙漠、戈壁等)、远海漂流、蹦极、野外攀岩、跑酷等。

战争：包括入侵、内战、敌对国家行为、叛乱、革命、武装叛变、武装夺权、战争武器爆炸等。类似战争的行为视为战争。

恐怖活动：指恐怖主义性质的下列行为：

(一) 组织、策划、准备实施、实施造成或者意图造成人员伤亡、重大财产损失、公共设施损坏、社会秩序混乱等严重社会危害的活动的；

(二) 宣扬恐怖主义，煽动实施恐怖活动，或者非法持有宣扬恐怖主义的物品，强制他人在公共场所穿戴宣扬恐怖主义的服饰、标志的；

(三) 组织、领导、参加恐怖活动组织的；

(四) 为恐怖活动组织、恐怖活动人员、实施恐怖活动或者恐怖活动培训提供信息、资金、物资、劳务、技术、场所等支持、协助、便利的；

(五) 其他恐怖活动。

保险金申请人：指受益人、被保险人的继承人或者依法享有保险金请求权的其他人。

不可抗力：指不能预见、不能避免并不能克服的客观情况。

未到期净保险费：未到期净保险费 = 未到期保险费 × (1-25%)。

未到期保险费：未到期保险费 = 保险费 × [1 - (对该被保险人保险责任已经过日数 / 该被保险人保险期间日数)]。已经过日数不足一日的，按一日计算。