

# 众惠财产相互保险社

## 众惠医疗费用保险（A款）条款

### 总则

#### 第一条 合同构成

本保险合同（以下简称“本合同”）由保险单或其他保险凭证及所附条款、投保单、与本合同有关的投保文件、声明、批注、附贴批单、其他书面协议构成。凡涉及本合同的约定，均采用书面形式。

#### 第二条 保险人

本合同的保险人为众惠财产相互保险社（以下简称“本社”或“保险人”）。

#### 第三条 投保人

A类投保人：具有完全民事行为能力的被保险人本人、对被保险人有保险利益的其他人。

B类投保人：对被保险人有保险利益的特定团体。“特定团体”指法人、非法人组织以及其他不以购买保险为目的而组成的团体。特定团体属于法人或非法人组织的，投保人应为该法人或非法人组织；特定团体属于其他不以购买保险为目的而组成的团体的，投保人可以是特定团体中的自然人。

#### 第四条 被保险人

除本合同另有约定外，凡符合本社承保条件的身体健康、能正常生活的自然人或本合同约定的特定团体成员，均可作为本合同的被保险人。经保险人书面同意，特定团体成员的配偶、子女、父母也可作为本合同的被保险人。

#### 第五条 受益人

除本合同另有约定外，本合同的受益人为被保险人本人。

### 保险责任

#### 第六条 保险责任

##### （一）一般医疗保险金

在保险期间内，被保险人因遭受**意外伤害（释义一）**事故或在**等待期（释义二）**后因患**疾病（释义三）**，在中华人民共和国境内（不包括香港、澳门、台湾地区）经中华人民共和国卫生部门评审确定的二级或二级以上的公立**医院（释义四）**普通部或本社认可的医疗机构接受治疗的，本社对下述1-4类费用，按照本合同的约定承担给付一般医疗保险金的责任：

##### 1. 住院医疗费用

指被保险人经医院诊断必须接受**住院（释义五）**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（释义六）的住院医疗费用，包括**床位费（释义七）、膳食费（释义八）、护理费（释义九）、重症监护室床位费（释义十）、诊疗费（释义十一）、医事服务费（释义十二）、检查检验费（释义十三）、治疗费（释义十四）、药品费（释义十五）、手术费（释义十六）、救护车使用费（释义十七）**等。

到本合同满期日时，被保险人未结束本次住院治疗的，本社在本项保险金额限额内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日内的住院医疗费用。

## 2. 特殊门诊医疗费用

被保险人在医院接受特殊门诊（不含特需门诊）治疗的，本社对于被保险人需个人支付的、必需且合理的特殊门诊医疗费用，在扣除约定的免赔额后，依照约定的给付比例赔付。特殊门诊医疗费用包括：

（1）门诊肾透析费；

（2）门诊恶性肿瘤（释义十八）治疗费，包括化学疗法（释义十九）、放射疗法（释义二十）、肿瘤免疫疗法（释义二十一）、肿瘤内分泌疗法（释义二十二）、肿瘤靶向疗法（释义二十三）的治疗费用；

（3）器官移植后的门诊抗排异治疗费；

（4）术后门诊血管造影费、术后门诊冠状动脉增强CT检查（冠脉CTA）费、术后门诊心脏导管检查费、术后门诊脑血管造影检查费。上述费用指被保险人在本合同期间内初次罹患并接受住院手术治疗的，且根据出院医嘱必须进行门诊检查的，被保险人在本合同满期日之前产生的术后检查费用。

## 3. 门诊手术医疗费用

指被保险人经医院诊断必须接受门诊手术治疗时，被保险人需个人支付的、必需且合理的门诊手术费用。

## 4. 住院前后门急诊医疗费用

指被保险人经医院诊断必须接受住院治疗，在住院前7日（含住院当日）和出院后30日（含出院当日）内，因与该次住院相同原因而接受门急诊治疗时，被保险人需个人支付的、必需且合理的门急诊医疗费用（但不包括特殊门诊医疗费用和门诊手术医疗费用）。

对于以上四类费用，本社对于被保险人需个人支付的、必需且合理的金额，在扣除约定的免赔额后，依照约定的给付比例进行赔付。本社在本项下累计给付之和以本合同约定的一般医疗保险金的保险金额为限，当本社在本项下累计给付金额达到本项保险金额时，本社对被保险人在本项下的保险责任终止。

## （二）重大疾病医疗保险金

在保险期间内，被保险人在等待期（因意外伤害事故导致的本合同约定的重大疾病无等待期）后经医院初次确诊（释义二十四）罹患本合同约定的重大疾病（释义二十五），并在中华人民共和国境内（不包括香港、澳门、台湾地区）经中华人民共和国卫生部门评审确定的二级或二级以上的公立医院普通部或本社认可的医疗机构接受治疗的，本社首先按照第六条第（一）款的约定给付一般医疗保险金，当本社累计给付金额达到一般医疗保险金的保险金额后，本社再对下述1-4类费用，按照本合同的约定承担给付重大疾病医疗保险金的责任：

### 1. 重大疾病住院医疗费用

指被保险人经医院诊断罹患本合同约定的重大疾病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、必需且合理的治疗重大疾病住院医疗费用，包括床位费、膳

食费、护理费、重症监护室床位费、诊疗费、医事服务费、检查检验费、治疗费、药品费、手术费、救护车使用费等。

到本合同满期日时，被保险人未结束本次住院治疗的，本社在本项保险金限额内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日内的住院医疗费用。

## **2. 重大疾病特殊门诊医疗费用**

指被保险人在医院接受本合同约定的重大疾病特殊门诊治疗时，被保险人需个人支付的、必需且合理的治疗重大疾病特殊门诊医疗费用，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、肿瘤内分泌疗法、肿瘤靶向疗法的治疗费用；

（3）器官移植后的门诊抗排异治疗费；

（4）术后门诊血管造影费、术后门诊冠状动脉增强CT检查（冠脉CTA）费、术后门诊心脏导管检查费、术后门诊脑血管造影检查费。上述费用指被保险人在本合同期间内初次罹患并接受住院手术治疗的，且根据出院医嘱必须进行门诊检查的，被保险人在本合同满期日之前产生的术后检查费用。

## **3. 重大疾病门诊手术医疗费用**

指被保险人经医院诊断罹患本合同约定的重大疾病必须接受门诊手术治疗时，被保险人需个人支付的、必需且合理的治疗重大疾病门诊手术费用。

## **4. 重大疾病住院前后门急诊医疗费用**

指被保险人经医院诊断罹患本合同约定的重大疾病必须接受住院治疗，在住院前7日（含住院当日）和出院后30日（含出院当日）内，因与该次住院相同原因而接受重大疾病门急诊治疗时，被保险人需个人支付的、必需且合理的治疗重大疾病门急诊医疗费用（但不包括重大疾病特殊门诊医疗费用和重大疾病门诊手术医疗费用）。

对于以上四类费用，本社对于被保险人需个人支付的、必需且合理的金额，依照约定的给付比例进行赔付。本社在本项下累计给付之和以本合同约定的重大疾病医疗保险金的保险金额为限，当本社在本项下累计给付金额达到本项保险金额时，本社对被保险人在本项下的保险责任终止。

## **责任免除**

**第七条** 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，本社不承担保险金给付责任：

（一）投保人对被保险人的故意杀害或故意伤害；

（二）被保险人故意犯罪、抗拒依法采取的刑事强制措施；

（三）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；

（四）被保险人故意或重大过失自致伤害，或因被保险人挑衅、寻衅滋事或其他故意行为等可归咎于被保险人的原因而导致的打斗、被袭击、被谋杀；

（五）被保险人酒后驾驶、无有效驾驶证驾驶（释义二十六）或者驾驶无有效行驶证（释义二十七）的机动交通工具；

（六）被保险人受酒精、管制药品或毒品的影响，或未遵医嘱，擅自服用、涂用、注射药物；

（七）被保险人在初次投保前或非续保前所患既往症（释义二十八）；等待期内接受检查但在等待期后确诊的疾病；

（八）被保险人在不符合本合同约定的医院或医疗机构就诊发生的医疗费用；

（九）被保险人在初次投保或非续保的合同生效之日起九十天内接受扁桃腺、甲状腺、疝气、女性生殖系统疾病的检查与治疗；

（十）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》（ICD10）分类为精神和行为障碍的疾病）；

（十一）整形手术、美容或整容手术、变性手术及前述手术的并发症或因前述手术导致的医疗事故；

（十二）被保险人患遗传性疾病，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》（ICD10）确定）；

（十三）被保险人怀孕（含宫外孕）、流产、分娩（含剖腹产）、避孕、绝育手术、治疗不孕不育症、人工受孕及由以上原因导致的并发症；

（十四）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；

（十五）被保险人因预防、康复、保健性或非疾病治疗类项目发生的医疗费用；因获得或使用眼镜、义齿、义眼、义肢、助听器等康复性器具产生的费用；因实施包皮环切术、包皮剥离术、包皮气囊扩张术、性功能障碍治疗等产生的费用；

（十六）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（释义二十九）、滑水、冲浪、赛艇、漂流、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（释义三十）、攀登海拔3500米以上的独立山峰、滑雪、武术（释义三十一）、摔跤、马术、赛马、赛车、特技（释义三十二）表演（含训练）、替身表演（含训练）、探险（释义三十三）或考察活动（洞穴、极地、沙漠、火山、冰川等等）；

（十七）被保险人感染艾滋病病毒（HIV）或患艾滋病（AIDS）（释义三十四）；

（十八）战争、军事行动、暴乱或者武装叛乱；

（十九）生物污染、化学污染、核爆炸、核辐射或者核污染。

#### 免赔额

**第八条** 免赔额由投保人与本社在订立本合同时协商确定，并在保险单中载明。

本合同中所指免赔额指在本合同保险期间内，应由被保险人自行承担，本合同不予赔付的部分。被保险人从其他途径已获得的医疗费用补偿可用于抵扣免赔额。但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。

若被保险人在等待期后经医院初次确诊罹患本合同约定的重大疾病且在医院接受住院治疗的，对于自确诊重大疾病之日起所发生的符合本合同约定的全部医疗费用，本社在给付保险金时，不再扣除免赔额。

投保人续保本合同的，若被保险人在以往保险期间内已确诊罹患本合同约定的重大疾病且接受住院治疗的，对于本合同保险期间内发生的符合本合同约定的全部医疗费用，本社在给付保险金时，不再扣除免赔额。

## **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等）获得医疗费用补偿，则本社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。社保卡个人账户部分支出视为个人支付，不属于已获得的医疗费用补偿。

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

## **保险金额**

**第十条** 本合同的一般医疗保险金额和重大疾病医疗保险金额由投保人、保险人双方约定，并在保险单中载明。

当以家庭为单位进行投保时，投保人、保险人双方可约定家庭成员共用保额，当约定共用保额后，本合同及列明的其他附加险合同的保险金额及免赔额为合同约定的家庭成员共同使用。合同约定的被保险人所有人员累计赔付数额超过共用保额时，该项保险责任终止。

## **保险期间**

**第十一条** 本合同的保险期间以保险单中载明的为准，最长不超过一年。

## **保险人义务**

### **第十二条 明确说明义务**

订立保险合同时，采用保险人提供的格式条款的，保险人向投保人提供的投保单应当附格式条款，保险人应当向投保人说明保险合同的内容。对保险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、保险单或者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。

投保人同意，若投保人委托或事实上依靠保险代理人（包括保险经纪人、保险兼业代理人，下同）代为办理投保事宜的，保险人向保险代理人说明格式条款的，视为同时已经向投保人进行了说明，该种说明对投保人产生法律约束力。

若投保人属于法人或非法人组织的，投保人的法定代表人或授权代表等人士在保险人提供的有关告知事项上签章的，视为保险人已经向投保人履行了明确说明义务，投保人有义务向各被保险人及时转告并说明本保险合同的内容和有关事项，如此投保人、各被保险人不得主张保险人未尽明确说明义务。若投保人以不记名方式进行投保，投保人有义务向各被保险人及时转告并说明本保险合同的内容及有关事项，如此投保人、各被保险人不得主张保险人未尽明确说明义务。如前所述，如各被保险人主张本社未尽明确说明义务而向本社索赔的，本社不予赔偿，同时投保人应就其未向各被保险人进行明确说明的行为承担

法律责任。

### **第十三条 签发保险单义务**

本合同成立后，保险人应当及时向投保人签发保险单或其他保险凭证。

### **第十四条 补充索赔证明和资料的通知义务**

保险人认为**保险金申请人（释义三十五）**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。

### **第十五条 核定、赔付义务**

保险人收到被保险人或者受益人的给付保险金的请求后，应当及时作出核定；情形复杂的，应当在三十日内作出核定，但本合同另有约定的除外。

保险人应当将核定结果通知被保险人或者受益人；对属于保险责任的，在与被保险人或者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。

### **第十六条 先行赔付义务**

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支付；保险人最终确定给付保险金的数额后，应当支付相应的差额。

## **投保人、被保险人义务**

### **第十七条 交付保险费义务**

除本合同另有约定外，投保人应当在保险合同成立时一次性交清保险费。**投保人未按约定全额支付应缴保险费的，保险合同不发生效力，合同生效前发生的保险事故，保险人不承担保险赔偿责任。**

### **第十八条 如实告知义务**

订立保险合同时，保险人就保险标的或者被保险人的有关情况提出询问的，投保人应当如实告知。

**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 住所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。

投保人同意，若投保人委托或事实上依靠保险代理人签收保单或其他文件的，保险人向保险代理人送达有关文件的，视为同时已经向投保人送达，各项送达的文件对投保人产生法律约束力。

## **第二十条 变更批注**

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。

## **第二十一条 职业或工种变更通知义务**

被保险人变更职业或工种时，投保人或被保险人应在 10 日内以书面形式通知保险人。

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，并退还未满期保险费（释义三十六）。

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，本合同终止，保险人退还未满期保险费。

## **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，按照法定身份证件登记的出生日期所计算出的周岁（释义三十七）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该被保险人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 被保险人员变动通知义务**

（一）在保险期间内，投保人因人员变动，需增加、减少被保险人时，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。

（二）被保险人人数增加时，保险人在审核同意后，于收到申请之日的次日零时开始承担保险责任，并按约定增收保险费。

（三）被保险人人数减少时，保险人在审核同意后，于收到申请之日的次日零时起，对减少的被保险人终止保险责任，并按约定退还未满期保险费，但减少的被保险人本人或其保险金申请人已领取过任何保险金的，保险人不退还未满期保险费。

## **第二十四条 保险事故通知义务**

投保人、被保险人或者受益人知道保险事故发生后，应当及时通知保险人，并说明事

故发生的原因、经过和损失情况。

投保人、被保险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，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，不包括因不可抗力（释义三十八）而导致的迟延。

### 保险金申请

#### 第二十五条 保险金申请

保险金申请人向保险人申请给付保险金时，应提交以下材料：

- （一）理赔申请书；
- （二）保险单或其他保险凭证；
- （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，包括但不限于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）其他与确认保险事故的性质、原因、损失程度等有关的证明和资料；
- （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；
- （七）保险金作为被保险人遗产时，须提供可证明合法继承权的相关权利文件；
- （八）受益人或者继承人为无民事行为能力人或者限制民事行为能力人的，由其监护人代为申领保险金，并需要提供监护人的身份证明等资料。

如果被保险人本人作为保险金受益人已向保险人书面申领保险金，但在实际领取保险金前身故，保险金将作为其遗产，由保险人向其合法继承人给付。

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。

### 争议处理和法律适用

#### 第二十六条 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，依法向有管辖权的中华人民共和国人民法院提起诉讼。

#### 第二十七条 法律适用

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（不包括香港、澳门、台湾地区法律）。

### 保险合同的解除、终止

#### 第二十八条 合同解除

在本合同成立后，投保人可以书面形式通知保险人解除本合同，投保人解除本合同时，应提供下列证明文件和资料：



- (一) 保险合同变更申请书;
- (二) 保险单或其他保险凭证;
- (三) 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材料之日次日零时起, 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保险费。

## 第二十九条 合同的自动终止

发生下列情形时, 本合同自动终止:

- (一) 保险合同期满;
- (二) 因本合同其他条款所约定的情况而终止效力。

被保险人在其保险期间内身故, 或者被保险人的保险期间届满, 保险人对该被保险人的保险责任终止。

## 释义

**一、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。

**二、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。

**三、疾病:** 是指本合同签发之日起, 经等待期(续保不受此限)后被保险人所患疾病或症状, 但不包括本合同生效前、等待期内已接受或曾被医生建议需采取诊疗措施的任何疾病或症状。

**四、医院:** 指在中华人民共和国境内(不包括香港、澳门、台湾地区)经中华人民共和国卫生部门评审确定的二级或二级以上的公立医院普通部, 但不包括主要作为体检、诊所、康复、护理、休养、静养、戒毒等或类似的医疗机构。该医院必须具有符合国家有关医院管理规则设置标准的医疗设备, 且全天二十四小时有合格医师及护士驻院提供医疗及护理服务。

**五、住院:** 是指被保险人因意外伤害或疾病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。

但不包括下列情况:

- 1、被保险人在医院的(门)急诊观察室、家庭病床(房)入住;
- 2、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;
- 3、被保险人入住康复科、康复病床或接受康复治疗;
- 4、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, 或一天内住院不满二十四小时; 但遵医嘱到外院接受临时治疗的除外;

## **5、被保险人住院体检；**

**6、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。

## **六、必需且合理：**

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：指医疗费用同时符合下列所有条件：

- 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、床位费：**指被保险人使用的医院床位的费用。

**八、膳食费：**指住院期间实际发生的、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。

**九、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。

**十、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。

上述医学必要指被保险人接受治疗或服务、使用器械或服用药品符合以下条件：医师处方要求且对治疗被保险人疾病或伤害合适且必需；在范围、持续期、强度、护理上不超过为被保险人提供安全、恰当、合适的诊断或治疗所需的水平；与接受治疗当地普遍接受的医疗专业实践标准一致；非主要为了个人舒适或为了被保险人父母、家庭、医师或其他医疗提供方的方便；非病人学术教育或职业培训的一部分或与之相关；非试验性或研究性。

**十一、诊疗费：**指由医生所实施的病情咨询及检查、各种器械或仪器检查、诊断、治疗方案拟定等各项医疗服务所收取的费用。

**十二、医事服务费：**仅适用于已实施医药分开综合改革的地区或医疗机构用。

**十三、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。

**十四、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，包括注射费、机疗费、理疗费、输血费、输氧费、体外反搏费等。

**十五、药品费：**指住院期间实际发生的合理且必要的由医生开具的具有国务院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，以及下列中药类药品：

(1) 主要起营养滋补作用的单方、复方中药或中成药，如花旗参，冬虫草，白糖参，鲜红参，玳瑁，蛤蚧，珊瑚，狗宝，红参，琥珀，灵芝，羚羊角尖粉，马宝，玛瑙，牛黄，麝香，西红花，血竭，燕窝，野山参，移山参，珍珠（粉），紫河车，阿胶，阿胶珠，血宝胶囊，红桃K口服液，十全大补丸，十全大补膏等；

(2) 部分可以入药的动物及动物脏器，如鹿茸，海马，胎盘，鞭，尾，筋，骨等；

(3) 用中药材和中药饮片炮制的各类酒制剂等。

**十六、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。

**手术材料费：**包含在手术过程中由医生植入患者体内、术后无法自由取摘、只能由医生进行开创手术才能取出的材料。手术植入材料包括起搏器、钛钉、钛板、钛网、各种支架、人工关节、人工心脏瓣膜等植入式人工器官等手术中留置体内的生物相容性材料。

**十七、救护车使用费：**住院前或住院期间转诊时，以抢救生命或治疗疾病为目的而发生的同城救护车费用。

**十八、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，其中**不包含：**

(1) 原位癌；

(2) 相当于Binet分期方案A 期程度的慢性淋巴细胞白血病；

(3) 相当于Ann Arbor分期方案I期程度的何杰金氏病；

(4) 皮肤癌（不包括恶性黑色素瘤及已发生转移的皮肤癌）；

(5) TNM 分期为T1N0M0期或更轻分期的前列腺癌；

(6) 感染艾滋病病毒或患艾滋病期间所罹患恶性肿瘤。

**十九、化学疗法：**指针对恶性肿瘤的化学治疗，简称化疗。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，在医院进行的静脉注射化疗。

**二十、放射疗法：**指针对恶性肿瘤的放射治疗，简称放疗。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，在医院的专门科室进行的放疗。

**二十一、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治疗药物需符合法律、法规要求并经过国务院药品监督管理部门批准用于临床治疗。

**二十二、肿瘤内分泌疗法：**指针对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、法规要求并经过国务院药品监督管理部门批准用于临床治疗。

**二十三、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、法规要求并经过国务院药品监督管理部门批准用于临床治疗。

**二十四、初次确诊：**指自被保险人出生之日起第一次经医院确诊患有某种疾病，而不是指自本合同生效之日起第一次经医院确诊患有某种疾病。其中恶性肿瘤确诊之日为手术病理取材或病理活检取材日期。

**二十五、重大疾病：**本合同约定的重大疾病如下：

**（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他部位的疾病。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。

下列疾病不在保障范围内：

1. 原位癌；
2. 相当于 Binet 分期方案 A 期程度的慢性淋巴细胞白血病；
3. 相当于 Ann Arbor 分期方案 I 期程度的何杰金氏病；
4. 皮肤癌（不包括恶性黑色素瘤及已发生转移的皮肤癌）；
5. TNM 分期为 T<sub>1</sub>N<sub>0</sub>M<sub>0</sub> 期或更轻分期的前列腺癌；
6. 感染艾滋病病毒或患艾滋病期间所患恶性肿瘤。

**（二）急性心肌梗塞**

指因冠状动脉阻塞导致的相应区域供血不足造成部分心肌坏死。须满足下列至少三项条件：

1. 典型临床表现，例如急性胸痛等；
2. 新近的心电图改变提示急性心肌梗塞；
3. 心肌酶或肌钙蛋白有诊断意义的升高，或呈符合急性心肌梗塞的动态性变化；
4. 发病 90 天后，经检查证实左心室功能降低，如左心室射血分数低于 50%。

### **（三）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，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，仍遗留下列一种或一种以上障碍：

1. 一肢或一肢以上肢体机能完全丧失；
2. 语言能力或咀嚼吞咽能力完全丧失；
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、心脏或肺脏的异体移植手术。

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）的异体移植手术。

### **（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，实际实施了开胸进行的冠状动脉血管旁路移植的手术。

**冠状动脉支架植入术、心导管球囊扩张术、激光射频技术及其他非开胸的介入手术、腔镜手术不在保障范围内。**

### **（六）终末期肾病（或称慢性肾功能衰竭尿毒症期）**

指双肾功能慢性不可逆性衰竭，达到尿毒症期，经诊断后已经进行了至少 90 天的规律性透析治疗或实施了肾脏移植手术。

### **（七）多个肢体缺失**

指因疾病或意外伤害导致两个或两个以上肢体自腕关节或踝关节近端（靠近躯干端）以上完全性断离。

### **（八）急性或亚急性重症肝炎**

指因肝炎病毒感染引起肝脏组织弥漫性坏死，导致急性肝功能衰竭，且经血清学或病毒学检查证实，并须满足下列全部条件：

1. 重度黄疸或黄疸迅速加重；
2. 肝性脑病；
3. B 超或其他影像学检查显示肝脏体积急速萎缩；
4. 肝功能指标进行性恶化。

### **（九）良性脑肿瘤**

指脑的良性肿瘤，已经引起颅内压增高，临床表现为视神经乳头水肿、精神症状、癫痫及运动感觉障碍等，并危及生命。须由头颅断层扫描（CT）、核磁共振检查（MRI）或正电子发射断层扫描（PET）等影像学检查证实，并须满足下列至少一项条件：

1. 实际实施了开颅进行的脑肿瘤完全切除或部分切除的手术；
2. 实际实施了对脑肿瘤进行的放射治疗。

**脑垂体瘤、脑囊肿、脑血管性疾病不在保障范围内。**

### **（十）慢性肝功能衰竭失代偿期**

指因慢性肝脏疾病导致肝功能衰竭。须满足下列全部条件：

1. 持续性黄疸；
2. 腹水；
3. 肝性脑病；
4. 充血性脾肿大伴脾功能亢进或食管胃底静脉曲张。

**因酗酒或药物滥用导致的肝功能衰竭不在保障范围内。**

#### **（十一）脑炎后遗症或脑膜炎后遗症**

指因患脑炎或脑膜炎导致的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，仍遗留下列一种或一种以上障碍：

1. 一肢或一肢以上肢体机能完全丧失；
2. 语言能力或咀嚼吞咽能力完全丧失；
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。

#### **（十二）深度昏迷**

指因疾病或意外伤害导致意识丧失，对外界刺激和体内需求均无反应，昏迷程度按照格拉斯哥昏迷分级（Glasgow coma scale）结果为 5 分或 5 分以下，且已经持续使用呼吸机及其他生命维持系统 96 小时以上。

**因酗酒或药物滥用导致的深度昏迷不在保障范围内。**

#### **（十三）双耳失聪（保障自 12 周岁的保单周年日始）**

指因疾病或意外伤害导致双耳听力永久不可逆性丧失，在 500 赫兹、1000 赫兹和 2000 赫兹语音频率下，平均听阈大于 90 分贝，且经纯音听力测试、声导抗检测或听觉诱发电位检测等证实。

#### **（十四）双目失明（保障自 12 周岁的保单周年日始）**

指因疾病或意外伤害导致双眼视力永久不可逆性丧失，双眼中较好眼须满足下列至少一项条件：

1. 眼球缺失或摘除
2. 矫正视力低于 0.02（采用国际标准视力表，如果使用其他视力表应进行换算）；
3. 视野半径小于 5 度。

#### **（十五）瘫痪**

指因疾病或意外伤害导致两肢或两肢以上肢体机能永久完全丧失。肢体机能永久完全丧失，指疾病确诊 180 天后或意外伤害发生 180 天后，每肢三大关节中的两大关节仍然完全僵硬，或不能随意识活动。

#### **（十六）心脏瓣膜手术**

指为治疗心脏瓣膜疾病，实际实施了开胸进行的心脏瓣膜置换或修复的手术。

#### **（十七）严重阿尔茨海默病**

指因大脑进行性、不可逆性改变导致智能严重衰退或丧失，临床表现为明显的认知能力障碍、行为异常和社交能力减退，其日常生活必须持续受到他人监护。须由头颅断层扫描

(CT)、核磁共振检查(MRI)或正电子发射断层扫描(PET)等影像学检查证实,且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。

**神经官能症和精神疾病不在保障范围内。**

#### **(十八) 严重脑损伤**

指因头部遭受机械性外力,引起脑重要部位损伤,导致神经系统永久性的功能障碍。须由头颅断层扫描(CT)、核磁共振检查(MRI)或正电子发射断层扫描(PET)等影像学检查证实。神经系统永久性的功能障碍,指脑损伤180天后,仍遗留下列一种或一种以上障碍:

1. 一肢或一肢以上肢体机能完全丧失;
2. 语言能力或咀嚼吞咽能力完全丧失;
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。

#### **(十九) 严重帕金森病**

是一种中枢神经系统的退行性疾病,临床表现为震颤麻痹、共济失调等。须满足下列全部条件:

1. 药物治疗无法控制病情;
2. 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。

**继发性帕金森综合征不在保障范围内。**

#### **(二十) 严重Ⅲ度烧伤**

指烧伤程度为Ⅲ度。且Ⅲ度烧伤的面积达到全身体表面积的20%或20%以上。体表面积根据《中国新九分法》计算。

#### **(二十一) 严重原发性肺动脉高压**

指不明原因的肺动脉压力持续性增高,进行性发展而导致的慢性疾病,已经造成永久不可逆性的体力活动能力受限,达到美国纽约心脏病学会心功能状态分级Ⅳ级,且静息状态下肺动脉平均压超过30mmHg。

#### **(二十二) 严重运动神经元病(保障至60周岁的保单周年日止)**

是一组中枢神经系统运动神经元的进行性变性疾病,包括进行性脊肌萎缩症、进行性延髓麻痹症、原发性侧索硬化症、肌萎缩性侧索硬化症。须满足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的条件。

#### **(二十三) 语言能力丧失(保障自12周岁的保单周年日始)**

指因疾病或意外伤害导致完全丧失语言能力,经过积极治疗至少12个月(声带完全切除不受此时间限制),仍无法通过现有医疗手段恢复。

**精神心理因素所致的语言能力丧失不在保障范围内。**

#### **(二十四) 重型再生障碍性贫血**

指因骨髓造血功能慢性持续性衰竭导致的贫血、中性粒细胞减少及血小板减少。须满足下列全部条件:

1. 骨髓穿刺检查或骨髓活检结果支持诊断;
2. 外周血象须具备以下三项条件:

(1) 中性粒细胞绝对值 $\leq 0.5 \times 10^9/L$ ;

(2) 网织红细胞 $< 1\%$ ;

(3) 血小板绝对值 $\leq 20 \times 10^9/L$ 。

### **(二十五) 主动脉手术**

指为治疗主动脉疾病，实际实施了开胸或开腹进行的切除、置换、修补病损主动脉血管的手术。主动脉指胸主动脉和腹主动脉，不包括胸主动脉和腹主动脉的分支血管。

**动脉内血管成形术不在保障范围内。**

以上所列重大疾病定义根据中国保险行业协会2007年公布的《重大疾病保险的疾病定义使用规范》作出。

### **二十六、无有效驾驶证驾驶：**

被保险人存在下列情形之一者：

(1) 无驾驶证或驾驶证有效期已届满；

(2) 驾驶的机动车与驾驶证载明的准驾车型不符；

(3) 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；

(4) 持未按规定审验的驾驶证，以及在被暂扣、扣留、吊销、注销驾驶证期间驾驶机动车；

(5) 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；

(6) 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。

### **二十七、无有效行驶证：指下列情形之一：**

(1) 机动车被依法注销登记的；

(2) 无公安机关交通管理部门核发的行驶证、号牌，或临时号牌或临时移动证的机动车交通工具；

(3) 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车交通工具。未依法按时进行或通过机动车安全技术检验。

**二十八、既往症：**指被保险人在保单生效日之前所患的已知的疾病或症状。

**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、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。

**三十二、特技：**指从事马术、杂技、驯兽等特殊技能的职业或进行此类活动。



**三十三、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。

**三十四、感染艾滋病病毒（HIV）或患艾滋病（AIDS）：**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；同时出现了明显临床症状或体征的，为患艾滋病。

**三十五、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。

**三十六、未到期保险费：** $\text{未到期保险费} = \text{保险费} \times (1 - m/n)$ ，其中， $m$ 为已生效天数， $n$ 为保险期间天数，经过日期不足一日的按一日计算。

**三十七、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，自出生之日起为0周岁，每经过一年增加一岁，不足一年的不计。

**三十八、不可抗力：**指不能预见、不能避免并不能克服的客观情况。