



泰康特定急性病 2020 医疗保险条款

阅 读 指 引

请扫描以查询验证条款

本阅读指引有助于您理解条款，对本合同内容的解释凡条款已有约定的，以条款约定为准。



您拥有的重要权益

- ❖ 本合同提供的保障在保险责任条款中列明..... 2.3
- ❖ 您有解除合同的权利..... 5.1



您应当特别注意的事项

- ❖ 本合同为非保证续保合同，保险期间不超过 1 年，届满后可重新投保..... 2.2
- ❖ 在某些情况下，我们不承担保险责任..... 2.5
- ❖ 保险事故发生后，请您及时通知我们..... 3.2
- ❖ 您有如实告知的义务..... 6.1
- ❖ 我们对一些重要术语进行了解释，并作了显著标识，请您注意..... 7



条款是保险合同的重要内容，为充分保障您的权益，请您仔细阅读本条款。



条款目录

- | | | |
|---------------------------------|---------------------|-----------------|
| 1. 您与我们订立的合同 | 6.3 职业或者工种的确定与变更 | 7.21 牙齿治疗 |
| 1.1 合同构成 | 6.4 合同内容变更 | 7.22 醉酒 |
| 1.2 合同成立及生效 | 6.5 联系方式变更 | 7.23 毒品 |
| 1.3 投保年龄 | 6.6 争议处理 | 7.24 酒后驾驶 |
| 2. 我们提供的保障 | 7. 释义 | 7.25 无合法有效驾驶证驾驶 |
| 2.1 住院日额、住院基本保险金额、住院前后门急诊基本保险金额 | 7.1 合法有效 | 7.26 无合法有效行驶证 |
| 2.2 保险期间 | 7.2 周岁 | 7.27 机动车 |
| 2.3 保险责任 | 7.3 医院 | 7.28 潜水 |
| 2.4 补偿原则 | 7.4 医生 | 7.29 攀岩 |
| 2.5 责任免除 | 7.5 特定急性病 | 7.30 探险 |
| 3. 保险金的申请 | 7.6 主要诊断 | 7.31 武术比赛 |
| 3.1 受益人 | 7.7 住院 | 7.32 特技表演 |
| 3.2 保险事故通知 | 7.8 符合通常惯例 | 7.33 有效身份证件 |
| 3.3 保险金申请 | 7.9 医学必需 | 7.34 现金价值 |
| 3.4 保险金给付 | 7.10 住院医疗费用 | 7.35 床位费及膳食费 |
| 4. 保险费的交纳 | 7.11 基本医疗保险 | 7.36 监护人陪护床位费 |
| 4.1 保险费的交纳 | 7.12 公费医疗 | 7.37 重症监护室床位费 |
| 4.2 宽限期 | 7.13 城乡居民大病保险 | 7.38 药品费 |
| 4.3 效力中止 | 7.14 门急诊医疗费用 | 7.39 治疗费 |
| 4.4 效力恢复 | 7.15 中国境外 | 7.40 护理费 |
| 5. 合同解除 | 7.16 既往症 | 7.41 检查化验 |
| 5.1 您解除合同的手续及风险 | 7.17 遗传性疾病 | 7.42 手术费 |
| 6. 其他需要关注的事项 | 7.18 先天性畸形、变形和染色体异常 | 7.43 医生费（诊疗费） |
| 6.1 明确说明与如实告知 | 7.19 感染艾滋病病毒或者患艾滋病 | 7.44 材料费 |
| 6.2 年龄性别错误 | 7.20 康复治疗 | 7.45 救护车使用费 |
| | | 7.46 手术植入材料 |

泰康人寿保险有限责任公司

泰康特定急性病 2020 医疗保险条款

在本条款中，“您”指投保人，“我们”、“本公司”均指在保险单上签章的泰康人寿保险有限责任公司的分公司，“本合同”指您与我们之间订立的“泰康特定急性病 2020 医疗保险合同”，“被保险人”指本合同的被保险人，投保人、被保险人的姓名在保险单上载明。

1. 您与我们订立的合同

- 1.1 **合同构成** 本合同是您与我们约定保险权利义务关系的协议，包括本保险条款、保险单或者其他保险凭证、投保单、与本合同有关的投保文件、**合法有效**（见 7.1）的声明、批注、批单及其他您与我们共同认可的书面或者电子协议。
- 1.2 **合同成立及生效** 您提出保险申请且我们同意承保，本合同成立。
本合同的成立日、生效日以保险单记载的日期为准。
- 1.3 **投保年龄** 投保年龄指您投保时被保险人的年龄，以**周岁**（见 7.2）计算。

2. 我们提供的保障

- 2.1 **住院日额、住院基本保险金额、住院前后门急诊基本保险金额** 本合同的住院日额、住院基本保险金额和住院前后门急诊基本保险金额由您在投保时根据您选择的保险责任与我们约定，并在保险单上载明。
- 2.2 **保险期间** 本合同为非保证续保合同，保险期间自本合同生效日零时开始，至保险单上载明的保险期间期满日的 24 时止。保险期间届满后，若您要继续享有本保险提供的保障，您需要重新投保本保险。
- 2.3 **保险责任** 本合同的保险责任分为必选责任和可选责任，必选责任为您在投保时必须选择的部分，可选责任可由您决定是否投保其中一项或者多项。
- 2.3.1 **必选责任：** 在本合同保险期间内，我们承担下列保险责任：
- 特定急性病住院津贴保险金** 在本合同保险期间内，如果被保险人经**医院**（见 7.3）及**医生**（见 7.4）确诊患有本合同约定的**特定急性病**（见 7.5），对于被保险人必须在医院接受的以该特定急性病为**主要诊断**（见 7.6）的**住院**（见 7.7）治疗，我们按照被保险人在医院的实际住院天数和本合同约定的住院日额给付特定急性病住院津贴保险金，即：
- 特定急性病住院津贴保险金 = 实际住院天数 × 住院日额**
- 对于被保险人自该次特定急性病住院之日起 30 日后的住院，我们不承担给付特定急性病住院津贴保险金的责任。
- 如果被保险人接受保险责任范围内的住院治疗，且在本合同期满日治疗仍未结束的，对于被保险人该次住院延续至本合同期满后且不超过被保险人自该次特定急性病住院之日起 30 日内的住院，我们仍在本合同约定的保险责任范围内承担给付特

定急性病住院津贴保险金的责任。

2.3.2 可选责任： 如果被保险人选择了下列可选责任中的一项或者多项，在本合同保险期间内，我们承担相应的保险责任。

特定急性病住院医疗保险金 在本合同保险期间内，如果被保险人经医院及医生确诊患有本合同约定的特定急性病，对于被保险人必须在医院接受的以该特定急性病为主要诊断的治疗而发生的与治疗该特定急性病直接相关的、符合通常惯例（见 7.8）的且医学必需（见 7.9）的住院医疗费用（见 7.10）（以下简称“合理住院医疗费用”），我们按照特定急性病住院医疗保险金的计算方法的约定给付特定急性病住院医疗保险金。

对于被保险人自该次特定急性病住院之日起 30 日后发生的医疗费用，我们不承担给付特定急性病住院医疗保险金的责任。

如果被保险人接受保险责任范围内的住院治疗，且在本合同期满日治疗仍未结束的，对于被保险人该次住院治疗在本合同期满后且不超过被保险人自该次特定急性病住院之日起 30 日内发生的合理住院医疗费用，我们仍在本合同约定的保险责任范围内承担给付特定急性病住院医疗保险金的责任。

本合同保险期间内累计的特定急性病住院医疗保险金以住院基本保险金额为限。

特定急性病住院医疗保险金的计算方法 特定急性病住院医疗保险金的计算方法如下所示：
特定急性病住院医疗保险金 = （每次住院治疗发生的合理住院医疗费用 - 每次住院治疗从其他途径已获得的住院医疗费用补偿金额）× 每次住院治疗对应的给付比例
其中，每次住院治疗对应的给付比例按照以下方式确定：

适用情形	给付比例
如果被保险人以拥有基本医疗保险（见 7.11）、公费医疗（见 7.12）的状态投保，且已从基本医疗保险、公费医疗、城乡居民大病保险（见 7.13）获得该次治疗的医疗费用补偿	100%
如果被保险人以拥有基本医疗保险、公费医疗的状态投保，但未从基本医疗保险、公费医疗、城乡居民大病保险获得该次治疗的医疗费用补偿	60%
如果被保险人以无基本医疗保险、公费医疗的状态投保	100%

从其他途径已获得的住院医疗费用补偿包含因治疗特定急性病已从基本医疗保险、公费医疗、城乡居民大病保险、除本合同之外的商业性费用补偿型医疗保险、其他政府机构或者社会福利机构获得的医疗费用补偿。

特定急性病住院前后门急诊医疗保险金 在本合同保险期间内，如果被保险人经医院及医生确诊患有本合同约定的特定急性病必须在医院接受住院治疗的，对于被保险人在因该特定急性病住院前 7 日（含住院当日）和出院后 30 日（含出院当日）内接受与该住院原因相同的门急诊治疗发生的与治疗该特定急性病直接相关的、符合通常惯例的且医学必需的住院前后门急诊医疗费用（见 7.14）（以下简称“合理住院前后门急诊医疗费用”），我们按照特定急性病住院前后门急诊医疗保险金的计算方法的约定给付特定急性病住院前后门急诊医疗保险金。

如果被保险人接受保险责任范围内的住院治疗或者住院前后门急诊治疗，且在本合同期满日治疗仍未结束的，对于被保险人在本合同期满日次日起 30 日内发生的合理住院前后门急诊医疗费用，我们仍在本合同约定的保险责任范围内承担给付特定急性病住院前后门急诊医疗保险金的责任。

本合同保险期间内累计的特定急性病住院前后门急诊医疗保险金以住院前后门急

诊基本保险金额为限。

特定急性病
住院前后门
急诊医疗保
险金的计算
方法

特定急性病住院前后门急诊医疗保险金的计算方法如下所示：

特定急性病住院前后门急诊医疗保险金=（每次门急诊治疗发生的合理住院前后门急诊医疗费用-每次门急诊治疗从其他途径已获得的门急诊医疗费用补偿金额）×每次门急诊治疗对应的给付比例

其中，每次门急诊治疗对应的给付比例按照以下方式确定：

适用情形	给付比例
如果被保险人以拥有基本医疗保险、公费医疗的状态投保，且已从基本医疗保险、公费医疗、城乡居民大病保险获得该次治疗的医疗费用补偿	100%
如果被保险人以拥有基本医疗保险、公费医疗的状态投保，但未从基本医疗保险、公费医疗、城乡居民大病保险获得该次治疗的医疗费用补偿	60%
如果被保险人以无基本医疗保险、公费医疗的状态投保	100%

从其他途径已获得的门急诊医疗费用补偿包含因治疗特定急性病已从基本医疗保险、公费医疗、城乡居民大病保险、除本合同之外的商业性费用补偿型医疗保险、其他政府机构或者社会福利机构获得的医疗费用补偿。

2.4 补偿原则

我们在给付特定急性病住院医疗保险金或者特定急性病住院前后门急诊医疗保险金时，若被保险人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途径获得了补偿，且其他途径的补偿金额与我们按本合同约定给付的特定急性病住院医疗保险金或者特定急性病住院前后门急诊医疗保险金之和超过了被保险人实际发生的医疗费用，我们将按被保险人实际发生的医疗费用扣除其他途径的补偿金额后的余额给付特定急性病住院医疗保险金或者特定急性病住院前后门急诊医疗保险金，即包括本合同在内的各种途径所给付的所有补偿金额之和不得超过被保险人实际发生的医疗费用。

2.5 责任免除

- 因下列情形之一导致被保险人发生医疗费用或者住院的，我们不承担保险责任：
- （1） 在中国境外（见 7.15）的国家或者地区接受治疗；
 - （2） 未书面告知的既往症（见 7.16）、本合同特别约定除外的疾病；
 - （3） 非医院药房购买的药品、未经医生处方自行购买的药品、医生开具的超过 30 天部分的药品费用；
 - （4） 遗传性疾病（见 7.17）、先天性畸形、变形和染色体异常（见 7.18）（以世界卫生组织颁布的《疾病和有关健康问题的国际统计分类》（ICD-10）为准）；
 - （5） 感染艾滋病病毒或者患艾滋病（见 7.19）、性病、精神和行为障碍（以世界卫生组织颁布的《疾病和有关健康问题的国际统计分类》（ICD-10）为准）；
 - （6） 疗养、康复治疗（见 7.20）、心理治疗、美容、矫形、视力矫正手术、牙齿治疗（见 7.21）、安装义肢、安装义眼、非意外事故所致的整容手术；
 - （7） 投保人对被保险人的故意杀害、故意伤害；
 - （8） 被保险人故意自伤、故意犯罪、抗拒依法采取的刑事强制措施或者自杀（但被保险人自杀时为无民事行为能力人的除外）；
 - （9） 被保险人醉酒（见 7.22），主动吸食或者注射毒品（见 7.23）；

- (10) 被保险人挑衅或者故意行为而导致的打斗、被袭击、被谋杀；
- (11) 被保险人**酒后驾驶**（见 7.24）、**无合法有效驾驶证驾驶**（见 7.25）、或者**驾驶无合法有效行驶证**（见 7.26）的**机动车**（见 7.27）；
- (12) 被保险人从事下列高风险运动：**潜水**（见 7.28）、跳伞、**攀岩**（见 7.29）、**驾驶滑翔机或者滑翔伞**、**探险**（见 7.30）、摔跤、**武术比赛**（见 7.31）、**特技表演**（见 7.32）、赛马、赛车；
- (13) 战争、军事行动、暴乱、武装叛乱、核爆炸、核辐射、核污染；
- (14) 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；
- (15) 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者批准的药品或者药物；
- (16) 各类医疗鉴定，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。

除上述“责任免除”外，本合同中还有一些免除本公司责任的条款，详见“2.3 保险责任”、“3.2 保险事故通知”、“4.3 效力中止”、“6.1 明确说明与如实告知”、“6.2 年龄性别错误”、“6.3 职业或者工种的确定与变更”、“7. 释义”中以黑体字体显示的内容。

3. 保险金的申请

- 3.1 **受益人** 除另有指定外，本合同的保险金受益人为被保险人本人。
- 3.2 **保险事故通知** 您或者受益人知道保险事故发生后应当在 10 日内通知我们。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，我们对无法确定的部分不承担保险责任，但我们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或者虽未及时通知但不影响我们确定保险事故的性质、原因、损失程度的除外。

- 3.3 **保险金申请** 在申请保险金时，受益人作为申请人须填写理赔申请书，并须提供下列证明和资料的原件：

- (1) 本合同；
- (2) 受益人的**有效身份证件**（见 7.33）；
- (3) 下表所示的申请各项保险金时须提供的特殊证明和资料：

申请的保险金	申请人须提供的特殊证明和资料
特定急性病住院津贴保险金	(1) 医院出具的被保险人的诊断证明； (2) 医院出具的被保险人的入出院记录。
特定急性病住院医疗保险金	(1) 医院出具的被保险人的诊断证明、医院出具的医疗费用收据或者发票，我们留存其原件； (2) 医院出具的被保险人的处方、医疗费用清单、住院病历、入出院记录以及与诊断证明相关的病理显微镜检查、血液检验及其他科学方法检验报告； (3) 如果已从其他途经获得了补偿，则须提供从其他

	途径报销的凭证，我们留存其原件。
特定急性病住院前后门急诊医疗保险金	(1) 医院出具的被保险人的诊断证明、医院出具的医疗费用收据或者发票，我们留存其原件； (2) 医院出具的被保险人的医疗费用清单及病历； (3) 如果已从其他途径获得了补偿，则须提供从其他途径报销的凭证，我们留存其原件。

(4) 所能提供的与确认保险事故的性质、原因等有关的其他证明和资料。

以上证明和资料不完整的，我们将及时一次性通知受益人补充提供有关的证明和资料。

委托他人申请保险金时，受托人还必须提供本人的有效身份证件及委托人亲笔签名的授权委托书。

保险金作为被保险人遗产时，继承人还必须提供可证明其合法继承权的相关权利文件。

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时，由其合法监护人代其申请领取保险金，其合法监护人还必须提供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证明和监护人具有合法监护权的证明。

3.4 保险金给付 我们在收到理赔申请书及本合同约定的证明和资料后，将在 5 日内作出核定；情形复杂的，在 30 日内作出核定。对属于保险责任的，我们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。

我们未及时履行前款约定义务的，对属于保险责任的，除支付保险金外，应当赔偿受益人因此受到的利息损失。利息按照我们确定的利率按单利计算，且我们确定的利率不低于中国人民银行公布的金融机构人民币活期存款基准利率。

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

4. 保险费的交纳

4.1 保险费的交纳 本合同的保险费按照您与我们约定的保险责任、住院日额、被保险人的年龄和被保险人的基本医疗保险或者公费医疗状态确定，并在保险单上载明。

分期支付保险费的，在交纳首期保险费后，您应当在每个保险费约定交纳日交纳其余各期的保险费。

4.2 宽限期 分期支付保险费的，如果您到期未交纳该期应交纳的保险费，则自保险费约定交纳日的次日零时起 10 日为交纳保险费的宽限期。宽限期内发生的保险事故，我们仍承担保险责任，但在给付保险金时会扣除您在保险事故发生前未交纳的期交保险费。

如果您在宽限期内未交纳保险费，则本合同自宽限期满日的 24 时起效力中止，但本合同另有约定的除外。

4.3 效力中止 在本合同效力中止期间，我们不承担保险责任。

4.4 效力恢复 本合同效力中止之日起至合同期满日，您可以申请恢复合同效力。经您与我们协商并达成协议，在您交纳本合同约定的保险费之日的次日零时起，本合同效力恢复。

您与我们未就本合同效力恢复达成一致的，本合同效力不恢复。

5. 合同解除

- 5.1 您解除合同的手续及风险** 如果被保险人未发生保险事故，且您要求解除本合同，请填写解除合同申请书并向我们提供下列资料的原件：
- (1) 本合同；
 - (2) 您的有效身份证件。
- 自我们收到前述材料时起，本合同终止。我们自收到解除合同申请书之日起 30 日内向您退还本合同终止时的**现金价值**（见 7.34）。
- 您解除合同会遭受一定损失。如果已发生保险金给付的，您不得要求解除本合同。

6. 其他需要关注的事项

- 6.1 明确说明与如实告知** 订立本合同时，我们应当向您说明本合同的内容。对保险条款中免除我们责任的条款，我们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您注意的提示，并对该条款的内容以书面或者口头形式向您作出明确说明，未作提示或者明确说明的，该条款不产生效力。
- 我们会就您和被保险人的有关情况提出书面询问，您应当如实告知。
- 如果您故意或者因重大过失未履行前款约定的如实告知义务，足以影响我们决定是否同意承保或者提高保险费率的，我们有权解除本合同。
- 如果您故意不履行如实告知义务，对于本合同解除前发生的保险事故，我们不承担保险责任，并不退还保险费。
- 如果您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，对于本合同解除前发生的保险事故，我们不承担保险责任，但应当向您退还保险费。
- 我们在合同订立时已经知道您未如实告知的情况的，我们不得以您未履行如实告知义务为由解除合同；发生保险事故的，我们不得以您未履行如实告知义务为由不承担保险责任。
- 6.2 年龄性别错误** 您在申请投保时，应将与有效身份证件相符的被保险人的出生日期和性别在投保单上填明，如果发生错误按照下列方式办理：
- (1) 您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，我们有权解除本合同，合同解除权自我们知道有解除事由之日起超过 30 日不行使而消灭。对于解除本合同的，本合同自解除之日起终止，我们向您退还本合同终止时的现金价值。对于本合同解除前发生的保险事故，我们不承担保险责任；
 - (2) 您申报的被保险人年龄或者性别不真实，致使您实交保险费少于应交保险费的，我们有权更正并要求您补交保险费。如果已经发生保险事故，在给付保险金时按实交保险费和应交保险费的比例给付；
 - (3) 您申报的被保险人年龄或者性别不真实，致使您实交保险费多于应交保险费的，我们向您无息退还多收的保险费。
- 6.3 职业或者工种的确与** 我们将按照事先公布的职业分类表确定被保险人的职业分类，您可以通过我们的服务场所工作人员查询到此表。

变更

被保险人变更其职业或者工种时，您应于 10 日内以书面形式通知我们。被保险人所变更的职业或者工种依照我们职业分类在本合同拒保范围内的，我们对该被保险人所承担保险责任自接到通知之日起终止，并按约定退还本合同终止时的现金价值。

被保险人的职业或者工种变更之后，未依前项约定通知我们而发生保险事故的，若被保险人职业或者工种变更之后在本合同拒保范围内的，我们不承担保险责任，并按本合同约定退还本合同终止时的现金价值，本合同终止。

6.4 合同内容变更

在本合同有效期内，经您与我们协商一致，可以变更本合同的有关内容。变更本合同的，应当由我们在保险单或者其他保险凭证上批注或者附贴批单，或者由您与我们订立书面的变更协议。

6.5 联系方式变更

为了保障您的合法权益，您的住所、通讯地址、电话或者电子邮件等联系方式变更时，请及时以书面形式或者双方认可的其他形式通知我们。如果您未以书面形式或者双方认可的其他形式通知我们，我们按本合同载明的最后住所、通讯地址、电话或者电子邮件发送的有关通知，均视为已送达给您。

6.6 争议处理

本合同履行过程中，双方发生争议时，可以从下列两种方式中选择一种争议处理方式：

- (1) 因履行本合同发生的争议，由双方协商解决，协商不成的，提交_____仲裁委员会仲裁；
- (2) 因履行本合同发生的争议，由双方协商解决，协商不成的，依法向人民法院起诉。

7. 释义

7.1 合法有效

本合同所指合法有效均以中华人民共和国法律、行政法规、地方性法规、行政规章及有关规范性法律文件的规定为判定依据。

7.2 周岁

指按有效身份证件中记载的出生日期计算的年龄，自出生之日起一年内为零周岁，每经过一年增加一岁，不足一年的不计。例如，出生日期为 2000 年 9 月 1 日，2000 年 9 月 1 日至 2001 年 8 月 31 日期间为 0 周岁，2001 年 9 月 1 日至 2002 年 8 月 31 日期间为 1 周岁，依此类推。

7.3 医院

指国务院卫生行政主管部门医院等级分类中的二级合格或者二级合格以上的基本医疗保险规定的定点医院普通部（不包括其附属的国际医疗、特需医疗、贵宾医疗、外宾医疗或者相类似的部门和科室），不包括以康复、护理、疗养、戒酒、戒毒或者类似功能为主要功能的医疗机构。

7.4 医生

指在医院内合法注册的具有医师执业资格和诊断处方权且正在执业的医师。

7.5 特定急性病

指自发病起 24 小时内接受治疗方能避免生命危险的疾病，并且是被保险人在本合同生效日前未曾就该疾病接受治疗或者诊断，但在本合同保险期间内突然发生的疾病。具体指下列疾病：急性阑尾炎、急性脑膜炎、急性尿潴留、急性肾衰竭、急性胰腺炎、急性心包炎、急性心肌炎、急性心内膜炎、急性心肌梗死、急性心绞痛、急性病毒性脑炎、急性冠状动脉综合征、药物中毒、脑出血、鼠疫、霍乱、传染性非典型肺炎、人感染高致病性禽流感、流行性出血热、狂犬病、流行性乙型脑炎、

登革热、炭疽、伤寒和副伤寒、流行性脑脊髓膜炎、百日咳、白喉、新生儿破伤风、疟疾、甲型 H1N1 流感（原称人感染猪流感）。

慢性疾病的急性发作不属于保障范围。

- 7.6 主要诊断** 指在医院治疗过程中由医生出具的、该治疗期间对被保险人身体健康危害最大、花费医疗费用最多的诊断。
- 7.7 住院** 指被保险人入住医院之正式病房进行治疗，并正式办理入出院手续，不包括入住门诊观察室、家庭病床、挂床住院及被保险人未达到入院标准而办理入院手续或者已达到出院标准而不办理出院手续的情形。不符合前述约定范围内的住院不属于本合同约定条件的住院。其中挂床住院指被保险人非治疗需要，一次离开医院 12 小时以上，视为自动离开医院，我们仅对离开日及以前属于保险责任范围内的住院治疗承担保险责任。
- 7.8 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我们理赔人员根据客观、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。
- 7.9 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） 与治疗所在地普遍接受的医疗专业实践标准一致的项目。
- 对是否医学必需由我们理赔人员根据客观、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。
- 7.10 住院医疗费用** 指在医院接受住院治疗期间且在住院部所发生的床位费及膳食费（见 7.35）、监护人陪护床位费（见 7.36）、重症监护室床位费（见 7.37）、药品费（见 7.38）、治疗费（见 7.39）、护理费（见 7.40）、检查化验（见 7.41）费、手术费（见 7.42）、医生费（诊疗费）（见 7.43）、材料费（见 7.44）、救护车使用费（见 7.45）。
- 7.11 基本医疗保险** 包括城镇职工基本医疗保险、新型农村合作医疗、城镇居民基本医疗保险。
- 7.12 公费医疗** 公费医疗制度，是国家为保障国家工作人员身体健康而实行的一项社会保障制度。国家通过医疗卫生部门向享受人员提供制度规定范围内的免费医疗及预防。
- 7.13 城乡居民大病保险** 城乡居民大病保险是基本医疗保障制度的拓展和延伸，是对大病患者发生的高额医疗费用给予进一步保障的一项新的制度性安排。主要保障对象为城镇居民基本医疗保险、新型农村合作医疗或者城乡居民基本医疗保险的参保（合）人以及部分地区建立的覆盖城镇职工、城镇居民、农村居民的统一的大病保险制度参保人。

7.14	门急诊医疗费用	指在医院接受门急诊治疗期间且在 门诊或者急诊部 所发生的药品费、治疗费、检查化验费、手术费、医生费（诊疗费）、材料费。
7.15	中国境外	指中华人民共和国领土之外的地区以及香港特别行政区、澳门特别行政区和台湾地区。
7.16	既往症	指在本合同生效日之前罹患的被保险人已知或者应该知道的有关疾病或者症状。包括下列情形之一： （1） 本合同生效日之前，医生已有明确诊断，长期治疗未间断； （2） 本合同生效日之前，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； （3） 本合同生效日之前，医生已有明确诊断，但未予治疗； （4） 本合同生效日之前，未经医生诊断和治疗，但症状明显且持续存在，以普通人医学常识应该知晓。
7.17	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。
7.18	先天性畸形、变形和染色体异常	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。
7.19	感染艾滋病病毒或者患艾滋病	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。 在人体血液或者其他样本中检测到艾滋病病毒或者其抗体呈阳性，没有出现临床症状或者体征的，为感染艾滋病病毒；如果同时出现了明显临床症状或者体征的，为患艾滋病。
7.20	康复治疗	指在康复医院、康复中心、普通医院的康复科诊治或者接受以促进机体各项功能恢复为目的的医疗方法，如理疗、按摩、推拿、生物反馈疗法、康复营养、康复护理等。
7.21	牙齿治疗	指牙齿的保健、洁牙、美白、矫形及种牙、镶牙、补牙、拔牙手术。
7.22	醉酒	指发生事故时每百毫升血液中的酒精含量大于或者等于 80 毫克。
7.23	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他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。
7.24	酒后驾驶	指经检测或者鉴定，发生保险事故时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后驾驶。
7.25	无合法有效驾驶证驾驶	指下列情形之一： （1） 没有取得中华人民共和国有关主管部门颁发或者认可的驾驶资格证书； （2） 驾驶与合法有效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) 在驾驶证有效期内未按照中华人民共和国法律、行政法规的规定,定期对机动车驾驶证实施审验的;
- (5) 驾驶证已过有效期的。

- 7.26 无合法有效行驶证** 指发生保险事故时没有按照公安机关交通管理部门机动车登记制度的规定进行登记并领取机动车行驶证或者临时通行牌证等法定证件。包括下列情形之一:
- (1) 未办理行驶证或者行驶证在申办过程中的;
 - (2) 机动车行驶证被依法注销登记的;
 - (3) 未在行驶证检验有效期内依法按时进行或者未通过机动车安全技术检验的。
- 7.27 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。
- 7.28 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。
- 7.29 攀岩** 指攀登悬崖、楼宇外墙、人造悬崖、冰崖、冰山等运动。
- 7.30 探险** 指明知在某种特定的自然条件下有失去生命或者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、徒步穿越沙漠或者人迹罕至的原始森林等活动。
- 7.31 武术比赛** 指两人或者两人以上对抗性柔道、空手道、跆拳道、散打、拳击等各种拳术及使用器械的对抗性比赛。
- 7.32 特技表演** 指进行马术、杂技、驯兽等表演。
- 7.33 有效身份证件** 指由中华人民共和国政府主管部门规定的能够证明其身份的证件,如:居民身份证、军官证、警官证、士兵证、户口簿以及中华人民共和国政府主管部门颁发或者认可的有效护照或者其他身份证明文件。
- 7.34 现金价值** 如果您选择一次性交纳保险费,现金价值的计算公式为“ $P \times (1-35\%) \times (1-n \div m)$ ”,其中:P 为您已交纳的本合同保险费,m 指本合同保险期间内所包含的天数(不足一天的不计),n 指从本合同生效之日至本合同终止之日实际经过的天数(不足一天的不计);如果您选择分期交纳保险费,现金价值的计算公式为“ $P \times (1-35\%) \times (1-n \div m)$ ”,其中:P 为您已交纳的本合同最近一期保险费(简称“当期保险费”),m 指从当期保险费约定交纳日至下一期保险费约定交纳日之间所包含的天数(不足一天的不计),n 指从当期保险费约定交纳日至本合同终止之日实际经过的天数(不足一天的不计)。
- 7.35 床位费及膳食费** 床位费指被保险人住院期间使用的医院床位的费用,但不包括重症监护室床位费。膳食费指根据医生的医嘱且由医院内设的专门为住院病人配餐的食堂配送的并符合通常惯例的膳食费用。膳食费应包含在医疗账单内。
- 膳食费不包括:**
- (1) 所住医院外其他营利性餐饮服务机构提供的餐饮费用;

- (2) 不是根据医嘱配送的、在医院对外营业的餐厅或者食堂的餐饮费用；
- (3) 不在医院开具的医疗费用清单上的餐饮费用。

7.36	监护人陪护床位费	指未满18周岁的被保险人在住院治疗期间，我们根据合同约定给付其监护人（限1人）在医院留宿发生的陪护床位费；或者女性被保险人在住院治疗期间，我们根据合同约定给付其1周岁以下哺乳期婴儿在医院留宿发生的加床费。
7.37	重症监护室床位费	指住院期间出于医学必需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）标准的单人或者多人监护病房。
7.38	药品费	指在住院以及住院前后门急诊治疗期间根据医生开具的处方所发生的西药、中成药和中草药的费用。 对下列五类药品，本合同的保障范围与治疗时当地政府适用的《城镇职工基本医疗保险药品目录》及相关规定保持一致： (1) 营养补充类药品； (2) 免疫功能调节类药品； (3) 美容及减肥类药品； (4) 预防类药品； (5) 中草药类药品。
7.39	治疗费	指由医生或者护士对患者进行的除手术外的各种治疗项目而发生的治疗费，包括因清创、换药、拆线、脓肿切开引流、瘰管烧灼、血管穿刺、输血、输液、注射、肌肉封闭、吸氧、放疗、化疗、冷冻、激光手术治疗、肾透析、急救治疗、心肺复苏等而发生的治疗费，具体以所就诊医院费用项目划分为准。
7.40	护理费	指住院治疗期间由护士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、重症监护与专项护理费用。
7.41	检查化验	指由医生开具的由医院专项检查科室的专业检查、检验人员实施的各检查化验项目，包括实验室检查、病理检查、放射线检查、CT、核磁共振检查（MRI）、B超、血管造影、同位素、心电图、心功能、肺功能、骨密度。
7.42	手术费	包括手术费、麻醉费、手术监测费、手术辅助费、未独立记账的术中用药费、手术设备费、合理且必要的 手术植入材料 （见7.46）费。
7.43	医生费（诊疗费）	指由医生所实施的病情咨询及检查、各种器械或者仪器检查、诊断、治疗方案拟订等各项医疗服务所收取的费用。
7.44	材料费	指在住院以及住院前后门急诊治疗期间医生或者护士在为被保险人进行的各种治疗中所使用的一次性敷料费用。
7.45	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。

- 7.46 **手术植入材料** 指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。