

融盛财产保险股份有限公司

特定疾病综合医疗保险条款

总则

第一条 合同构成

本保险合同由保险条款、投保单、保险单以及经投保人和保险人认可的与保险合同有关的其他书面凭证（包括但不限于健康问卷、声明、批单）组成。凡涉及本保险合同的约定，均应采用书面形式。

第二条 投保人

具有完全民事行为能力的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、法人或者非法人组织，可作为本保险合同的投保人。

第三条 被保险人

除另有约定外，年龄为出生满16周岁（含）至70周岁（含），能正常工作、生活的自然人，可作为本保险合同的被保险人。

第四条 受益人

本保险合同的受益人包括：

（一）身故保险金受益人

订立本保险合同时，被保险人或投保人可指定一人或数人为身故保险金受益人。身故保险金受益人为数人时，应确定其受益顺序和受益份额；未确定受益份额的，各身故保险金受益人按照相等份额享有受益权。投保人指定受益人时须

经被保险人同意。

被保险人死亡后，有下列情形之一的，保险金作为被保险人的遗产，由保险人依照现行有关法律法规履行给付保险金的义务：

1. 没有指定受益人，或者受益人指定不明无法确定的；
2. 受益人先于被保险人死亡，没有其他受益人的；
3. 受益人依法丧失受益权或者放弃受益权，没有其他受益人的。
4. 受益人与被保险人在同一事件中死亡，且不能确定死亡先后顺序的，推定受益人死亡在先。

被保险人或投保人可以变更身故保险金受益人，但需书面通知保险人，由保险人在本保险合同上批注。**对因身故保险金受益人变更发生的法律纠纷，保险人不承担任何责任。**

投保人指定或变更身故保险金受益人的，应经被保险人书面同意。被保险人为无民事行为能力人或限制民事行为能力人的，应由其监护人指定或变更身故保险金受益人。

投保人为与其有劳动关系的劳动者投保本保险，不得指定被保险人及其近亲属以外的人为受益人。

（二）其他保险金受益人

除另有约定外，本保险合同其他保险金的受益人为被保险人本人。

第五条 医疗保障区域

本保险合同的医疗保障区域为中华人民共和国境内（不

含港澳台地区)。被保险人在本保险合同约定的保障区域外就医的，不属于保险责任范围。

第六条 医疗费用范围

除另有约定外，本保险合同保障的医疗费用范围包括基本医疗保险范围内费用和范围外费用。

保险责任

第七条 保险责任

本保险合同包括“特定疾病住院医疗保险金”、“特定疾病门诊医疗保险金”、“特定疾病身故保险金”三款可选责任，投保人可以选择其中一款或多款进行投保，具体投保的保险责任由投保人在投保时与保险人协商确定，并在保险合同中载明。保险人对投保人未投保的责任不负责赔偿。

(一) 特定疾病住院医疗保险责任

在保险期间内，被保险人在等待期后经认可的医疗机构初次确诊罹患本保险合同所定义的特定疾病，经医疗机构诊断必须接受住院治疗时，对于被保险人在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、重症监护室床位费、诊疗费、检查检验费、治疗费、药品费、手术费、救护车使用费，保险人在扣除约定的免赔额后，依照约定的赔付比例进行赔付。保险人对于特定疾病住院医疗费用的累计给付金额之和以本保险合同约定的特定疾病住院医疗保险金额为限，当累计给付金额之和达到前述保险金额时，保险人对该被保险人在本

项责任下的保险责任终止。

到本保险合同满期日时，被保险人未结束本次住院治疗的，保险人继续承担因本次住院发生的、最高不超过本保险合同满期日后30日内的住院医疗费用。

（二）特定疾病门急诊医疗保险责任

在保险期间内，被保险人在等待期后经认可的医疗机构初次确诊罹患本保险合同所定义的特定疾病，经医疗机构诊断必须接受门急诊治疗时，对于被保险人在门急诊期间发生的需个人支付的、必需且合理的门急诊医疗费用，保险人在扣除约定的免赔额后，依照约定的赔付比例进行赔付。保险人对于特定疾病门急诊医疗费用的累计给付金额之和以本保险合同约定的特定疾病门急诊医疗保险金额为限，当累计给付金额之和达到前述保险金额时，保险人对该被保险人在本项责任下的保险责任终止。

（三）特定疾病身故保险责任

在保险期间内，被保险人在等待期后经认可的医疗机构初次确诊罹患本保险合同所定义的特定疾病，并在保险期间内因该疾病导致身故的，保险人依照约定的特定疾病身故保险金额给付保险金，并对该被保险人在本项责任下的保险责任终止。

第八条 等待期

等待期是指自保险期间起始时间起计算的一段时间，经过该段时间后，保险人才对被保险人承担给付保险金责任。

被保险人在投保后至等待期结束前发生的疾病所导致的医疗费用，无论此等费用是否发生在等待期内，保险人均不承担保险金给付责任。

本保险合同的等待期由投保人和保险人双方约定，并在保险单中载明。如未载明的，则默认为30天。

续保的情况下，等待期为0天。本保险合同期满前，投保人可向保险人申请续保，经保险人审核后予以承保；续保合同保险期间的起始日期与续保对应上一保险合同保险期间的终止日期相连不间断。

第九条 补偿原则

本保险合同的“特定疾病住院医疗保险金”和“特定疾病门急诊医疗保险金”两项责任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，以及依法承担侵权损害赔偿责任的第三人等）获得医疗费用补偿，则保险人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保险合同的约定进行赔付。

第十条 健康管理服务

本保险健康管理服务的具体内容及可提供服务的第三方健康管理服务机构或医疗机构（以下简称“健康管理机构”）由投保人与保险人在订立本合同时约定，并在健康管理服务手册中载明，被保险人须在约定的健康管理机构接受服务。

（一）健康检查服务

在本保险合同健康检查服务的有效期内，被保险人到达健康管理机构后，健康管理机构将根据健康管理服务手册载明的服务内容，向被保险人提供一般检查、实验室检查等健康检查服务，并在约定时间内向被保险人出具健康检查报告。

（二）慢病管理服务

在本保险合同慢病管理服务的有效期内，健康管理机构将根据健康管理服务手册载明的服务内容，依据被保险人的实际健康状况为其定制慢病管理方案，通过数据监测、用药提醒、饮食指导、运动指导、健康教育等方式向被保险人提供慢病管理服务。

（三）就医支持服务

在本保险合同就医支持服务的有效期内，被保险人身体状况符合本服务触发条件的，健康管理机构将根据健康管理服务手册载明的服务内容，在约定时间内为其提供专家咨询、就诊陪诊、手术预约等服务。

（四）紧急医疗救援

在本保险合同紧急医疗救援服务的有效期内，被保险人发生符合本服务触发条件的紧急情况的，健康管理机构将根据健康管理服务手册载明的服务内容，在约定时间内为其提供一键报警、应急服务热线、救护车安排协助、紧急救援指导、紧急联系人联络、保险报案协助、出院后专业助行、康复回访等服务。

责任免除

第十一条 情形除外

除另有约定外，在下列任一情形下，保险人不承担赔付保险金的责任：

（一）投保人对被保险人的故意杀害或故意伤害；

（二）被保险人故意自杀、自伤，但被保险人自杀时为无民事行为能力人的除外；

（三）被保险人故意犯罪或者抗拒依法采取的刑事强制措施、被政府依法拘禁以及入狱期间伤病；

（四）被保险人殴斗、醉酒、主动吸食或注射毒品，违反规定使用麻醉或精神药品；

（五）被保险人未遵医嘱擅自服用、涂用、注射药物；

（六）被保险人酒后驾驶、无合法有效驾驶证驾驶或者驾驶无合法有效行驶证的机动车辆；

（七）被保险人所患既往症及本保险合同中特别约定的除外疾病引起的相关费用，但投保时保险人已知晓并做出书面认可的除外；

（八）药物过敏、食物中毒、细菌或病毒感染或其他医疗导致的伤害；

（九）被保险人从事的职业不属于本保险合同的承保范围；被保险人从事职业运动或可获得报酬的运动、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、滑水、冲浪、赛艇、漂流、滑翔翼、热气球、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、攀登海拔3500米以上的独立山峰、攀爬建筑物、滑雪、滑冰、武术、摔跤、柔道、空手道、跆拳道、拳击、马术、赛马、赛车、特技表演（含训练）、替身表演（含训练）、探险或考察活动（洞穴、极地、沙漠、火山、冰川等）；

（十）被保险人患性病，精神和行为障碍，在本保险合同承保范围外的遗传性疾病，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》（ICD-10）确定）；

（十一）被保险人感染艾滋病病毒或患艾滋病（但符合本保险合同约定的“职业原因导致人类免疫缺陷病毒（HIV）感染”、“输血原因导致人类免疫缺陷病毒（HIV）感染”、“器官移植原因导致HIV感染”不在此限）；

（十二）战争、军事行动、暴乱或者武装叛乱；

（十三）核爆炸、核辐射或者核污染、化学污染。

第十二条 费用除外

对于如下列明的所有费用，保险人不承担赔付保险金的责任：

（一）未经科学或者医学认可的试验性或者研究性治疗及其后果所产生的费用；

（二）未被治疗所在地权威部门批准的治疗，使用未获得治疗所在地政府许可或批准的药品或药物，以及上述治疗或药品药物导致的后续医疗费用；

（三）各类医疗鉴定、检测费用，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；

（四）因职业病、医疗事故导致的医疗费用；

（五）被保险人在不符合本保险合同约定的医疗机构就诊发生的医疗费用；

（六）未经医生建议自行进行任何治疗或未经医生处方自行购买药品产生的费用；虽持有医生处方或建议，但未在开具处方的医生执业的医疗机构购买药品、医疗器械或医疗耗材产生的费用（以收费票据载明信息为准）；虽持有医生建议，但治疗在非医疗机构进行或由非医疗机构收取的费用（以医疗费票据载明信息为准）；虽持有医生处方，但处方剂量超过30天部分的药品费用；

（七）冒名住院、被保险人未到达医疗机构就诊即代诊、不符合入院标准、挂床住院或住院病人应当出院而拒不出院（从医疗机构确定出院之日起发生的一切医疗费用）所产生的费用；

（八）被保险人怀孕、流产、分娩（含剖腹产）、避孕、节育（含绝育）、绝育后复通、治疗不孕不育症、人工受孕、产前产后检查及由以上原因导致的并发症；不属于本保险合同健康管理服务范围的，被保险人因预防、康复、休养或疗养、医疗咨询、健康体检、购买非处方药物、以捐献身体器官为目的的医疗行为、保健性或非疾病治疗类项目发生的医

疗费用；所有非处方医疗器械所产生的费用；除心脏瓣膜、心脏起搏器、人工肾、人工血管以外的人工器官材料费、安装和置换等费用。

保险金额、免赔额、赔付比例

第十三条 保险金额

本保险合同的保险金额是保险人承担给付该被保险人保险金责任的最高限额。

本保险合同的特定疾病住院医疗保险金额、特定疾病门急诊医疗保险金额和特定疾病身故保险金额由投保人与保险人在订立保险合同时协商确定，并在保险单中载明。

第十四条 免赔额

本保险合同“特定疾病住院医疗”、“特定疾病门急诊医疗”保险责任的免赔额是指被保险人在保险期间内发生的、虽然属于本保险合同保险责任范围内的医疗费用，但依照本保险合同约定仍旧由被保险人自行承担，本保险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：

（一）被保险人自行承担的属于本保险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；

（二）从基本医疗保险和公费医疗保险之外的其他途径获得的属于本保险合同保险责任范围内的医疗费用补偿。

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。

本保险合同的免赔额由投保人与保险人在订立保险合同时协商确定，并在保险单中载明。

第十五条 赔付比例

本保险合同“特定疾病住院医疗”、“特定疾病门急诊医疗”保险责任的赔付比例由投保人与保险人在订立保险合同时协商确定，并根据被保险人在投保时有无基本医疗保险或公费医疗的不同情况约定对应的赔付比例，在保险单中载明。

若被保险人以参加基本医疗保险或公费医疗身份投保，但未以参加基本医疗保险或公费医疗身份就诊并结算的，则保险人根据保险单单独约定的赔付比例进行赔付。

保险费

第十六条 保险费

本保险合同的保险费及其支付方式由投保人与保险人在订立保险合同时协商确定，并在保险单中载明。

保险期间与续保

第十七条 保险期间

本保险合同的保险期间由投保人与保险人在订立保险合同时协商确定，并在保险单中载明，且最长不得超过一年。

第十八条 非保证续保

本保险合同为非保证续保合同。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，本保险合同对应保险产品统一停售，保险人将不再接受投保申请。

保险人义务

第十九条 格式条款的提示与说明

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，保险人在订立保险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。

第二十条 签发保单

本保险合同成立后，保险人应当及时向投保人签发保险单或其他保险凭证。

第二十一条 及时一次性通知补充索赔证明和资料

保险人认为投保人、被保险人或者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。

第二十二条 及时核定赔付

保险人收到被保险人或者受益人的给付保险金的请求后，应当及时作出是否属于保险责任的核定；情形复杂的，应当在30日内作出核定，但保险责任的核定必须依赖于特定

证明、鉴定、判决、裁定或其他证据材料的，保险人应在被保险人或者受益人提供或自行取得上述证据材料起30日内作出核定。

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10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3日内向被保险人或者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60日内，对其赔偿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的数额后，应当支付相应的差额。

投保人、被保险人义务

第二十三条 交费义务

除另有约定外，投保人应当在订立本保险合同时一次性足额交清保险费。投保人未按照本保险合同的约定一次性足额交清保险费的，保险合同不生效，保险合同生效前发生的保险事故，保险人不承担给付保险金的责任。

第二十四条 如实告知义务

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约定的义务，足以影响保险人决定是否同意承保或者提高保险费率的，保险人有权解除本保险合同。

前款约定的合同解除权，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，保险人对于本保险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，保险人对于本保险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。

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

第二十五条 住址或通讯地址变更通知义务

为确保保险人的通知能有效送达，请投保人务必正确填写投保人、被保险人及受益人的住所、通讯地址、电话及电子邮箱等联系方式。当这些联系方式变更时，请及时以书面形式或双方认可的其他形式通知保险人。如果未能通知保险人，保险人按所知的最后联系方式所发送的有关通知，均视为已经送达给投保人、被保险人及受益人。

第二十六条 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，本保险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保险合同约定的年龄限制的，保险人有权解除本保险合同，并向投保人退还未满期净保费。

（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。

第二十七条 保险事故通知义务

发生保险责任范围内的事故后，保险人及时了解保险事故的性质、发生原因、损失情况，对给付保险金至关重要。投保人、被保险人或受益人应在知道保险事故发生之日起10日内书面说明事故发生的原因、经过和损失情况并通知保险人。

如果投保人、被保险人或受益人因故意或重大过失未及时通知，导致保险事故的性质、发生原因、损失情况等难以确定的，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。

第二十八条 被保险人变动通知义务

在保险期间内，非个人投保人因其人员变动，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，并在本保险合同中批注。

被保险人人数增加时，保险人在审核同意后出具批单，于批单生效日零时开始承担保险责任，并按约定增收相应的保险费。

被保险人人数减少时，投保人提供已通知相应被保险人退保的有效证明，保险人在审核同意后出具批单，于批单生效日零时起，对减少的被保险人终止保险责任，并按约定退还相应的未到期净保费。但减少的被保险人已发生任何保险金给付或已发生本保险合同约定的保险事故但尚未给付保险金的，保险人不退还该被保险人项下相应的未到期净保费。

第二十九条 其他内容变更通知义务

在保险期间内，投保人需变更合同内容的，应以书面形式向保险人提出申请。保险人同意后出具批单，并在本保险合同中批注。

被保险人应当在本保险合同约定的医疗机构接受治疗。如果因急诊未在约定的医疗机构接受治疗的，应当在接受治疗之日起3日内通知保险人，并在病情好转后及时转入约定的医疗机构。

保险金申请与给付

第三十条 保险金的申请

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。保险金申请人因特殊原因不能提供以下材料的，应提供其他合法有效的材料。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。

（一）特定疾病住院医疗保险金、特定疾病门急诊医疗保险金

1. 保险金给付申请书；
2. 保险单；
3. 被保险人身份证明、保险金申请人身份证明；
4. 支持索赔的全部账单、证明、信息和证据，认可的医疗机构出具的病历资料、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；
5. 保险金申请人所能提供的与确认保险事故的性质、原因、损失程度等有关的其他证明和资料；
6. 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。

（二）特定疾病身故保险金

1. 保险金给付申请书；
2. 保险单；
3. 被保险人身份证明、保险金申请人身份证明；
4. 二级及二级以上医疗机构或保险人认可的医疗机构

出具的被保险人身故证明书；

5. 公安部门出具的被保险人的户籍注销证明；

6. 保险金申请人所能提供的与确认保险事故的性质、原因、损失程度等有关的其他证明和资料；

7. 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。

在保险人的理赔审核过程中，保险人有权在合理的范围内对索赔的被保险人进行医疗检查。此外，保险人应有权在理赔需要的情况下要求尸检，此类检验费用由保险人承担，在拒赔的情形下，保险人将承担因投保人提供索赔要求所必需的证明、收据、信息和证据而产生的费用。

第三十一条 医疗保险金的计算

单次就诊赔付的医疗保险金 = (该次就诊医院收取的被保险人自行承担的符合保险责任定义的医疗费用 - 未抵扣完毕的免赔额) × 约定的赔付比例。

医院收取的被保险人自行承担的符合保险责任定义的医疗费用未超过免赔额的，保险人无需赔付保险金。

累计赔付的医疗保险金以本保险合同约定的对应保险金额为限。

争议处理和法律适用

第三十二条 争议处理

因履行本保险合同发生的争议，由当事人协商解决。协商不成的，提交保险单载明的仲裁机构仲裁；保险单未载明

仲裁机构且争议发生后未达成仲裁协议的，依法向中华人民共和国境内（不含港澳台地区）有管辖权的人民法院起诉。

第三十三条 法律适用

与本保险合同有关的以及履行本保险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）。

其他事项

第三十四条 保险合同变更

在本保险合同有效期内，经与保险人协商一致，投保人可以变更本保险合同的有关内容。合同变更可以通过对本保险合同批注或附贴批单以及双方订立书面变更协议来实现。

第三十五条 保险合同解除

本保险合同成立后，除另有约定外，投保人可以要求解除本保险合同。但已发生任何保险金给付或已发生本保险合同约定的保险事故但尚未给付保险金的，投保人不得要求解除本保险合同。

投保人要求解除本保险合同时，应填写保险合同解除申请书，并提交保险单、保险费交付凭证和投保人身份证明。本保险合同自保险人接到保险合同解除申请书时终止。

保险责任开始前，投保人要求解除保险合同的，投保人应当按照保险单约定向保险人支付退保手续费，保险人应当退还剩余部分保险费。

保险责任开始后，投保人要求解除保险合同的，保险

人应向投保人退还本保险合同的未到期净保费。

第三十六条 保险合同终止

发生下列情形之一的，本保险合同自动终止：

（一）保险合同期满；

（二）被保险人死亡；

（三）法律法规规定或本保险合同约定的其他导致本保险合同效力终止的情形。

释义

第三十七条 本保险合同涉及下列术语时，适用以下释义：

（一）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。

（二）基本医疗保险

指国家最新修订颁布的《中华人民共和国社会保险法》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。

（三）认可的医疗机构

指保险人与投保人约定的定点医疗机构，未约定定点医疗机构的，则指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疗机构，且仅限于上述医疗机构的普通

部，不包括如下机构或医疗服务：

1. 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；
2. 诊所、康复中心、家庭病床、护理机构；
3. 休养、戒酒、戒毒中心。

该医疗机构必须具有符合国家有关医疗机构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。

（四）初次确诊

指自被保险人出生之日起第一次经医疗机构确诊患有某种疾病，而不是指自本保险合同生效之日起第一次经医疗机构确诊患有某种疾病。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，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。

（五）特定疾病

除另有约定外，本保险合同约定的特定疾病包括以下几种：

1. **脑卒中**：指一种急性脑血管疾病，是由于脑部血管突然破裂或因血管阻塞导致血液不能流入大脑而引起脑组织损伤的一组疾病，包括缺血性和出血性卒中。本疾病必须经过二级及以上医疗机构CT或磁共振成像确诊。

但下列情况不在本保险合同保障范围内：脑血管畸形、

脑膜动静脉畸形、淀粉样脑血管病、囊性血管瘤、颅内静脉血栓形成、特异性动脉炎、真菌性动脉炎，烟雾病和动脉解剖变异、血管炎、瘤卒中等；血液因素有抗凝，抗血小板或溶栓治疗，嗜血杆菌感染，白血病，血栓性血小板减少症以及颅内肿瘤、酒精中毒及交感神经兴奋药物等引起的脑卒中。

2. 急性心肌梗死：指冠状动脉急性、持续性缺血缺氧所引起的心肌坏死。临床上多有剧烈而持久的胸骨后疼痛，休息及硝酸酯类药物不能完全缓解，且伴有血清心肌酶活性增高及进行性心电图变化。根据典型的临床表现，特征性心电图衍变以及血清生物标志物的动态变化，可作出正确诊断。

3. 需要血运重建治疗的冠心病、心绞痛、不稳定心绞痛：血运重建治疗包括介入治疗（血管内球囊扩张成形术和支架植入术）和外科冠状动脉旁路移植术。

冠心病，全称冠状动脉粥样硬化性心脏病。指为心肌细胞供血供氧的冠状动脉，如果发生粥样硬化、血栓栓塞或血管发生痉挛等，管腔会狭窄甚至堵塞，血液通过受阻，进而使下游的心肌得不到充分的血液灌注，由此导致出现心肌缺血的表现。

心绞痛，指由于冠状动脉供血不足，心肌缺血缺氧引起的临床综合征。根据发作状况和机制分为稳定型心绞痛、不稳定型心绞痛和变异型心绞痛。

不稳定型心绞痛，是介于稳定型心绞痛和急性心肌梗死的一种冠心病类型。指疼痛发作的诱因无法预测，有时休息

状态下也可能发生。发作时间比稳定型更频繁、持续时间更长、疼痛更剧烈。休息或冠状动脉扩张的药物对病情帮助不大，往往需要进一步诊疗。

4. 急性主动脉夹层：即急性期的主动脉夹层。主动脉夹层（aortic dissection, AD）是一种严重的心血管急症，是由主动脉管壁内膜出现破口，血液由此进入动脉壁中层，形成夹层血肿，并逐渐延伸剥离主动脉的内膜和中膜引起的。根据病程的长短，主动脉夹层可分急性期（ ≤ 14 天）、亚急性期（15天~90天）、慢性期（ > 90 天）。

下列情况引起的急性主动脉夹层不在本保险合同保障范围内：结缔组织病，即马方综合征、Ehlers-Danlos综合征（皮肤弹性过度综合征）、Erdheim中层坏死或Behcet病等。

5. 急性肾功能不全：指由高血压肾病或糖尿病肾病引起的急性肾功能衰竭。急性肾功能衰竭（ARF）是指肾小球滤过率突然或持续下降，引起氮质废物体内储留，水、电解质和酸碱平衡紊乱，所导致各系统并发症的临床综合征。急性肾功能衰竭（ARF）的诊断依据为：肾小球滤过率（GFR）在短时间内（数小时至数日）下降50%以上或血肌酐上升超过50%。如果尿量 $< 400\text{ml/d}$ ，则为少尿型ARF；如果无少尿，则为非少尿型ARF。

6. 需要血液净化治疗的肾功能衰竭：指由高血压肾病或糖尿病肾病引起的肾功能衰竭，且需要进行血液净化治疗（包括血液透析和腹膜透析两种形式）。

（六）住院

指被保险人因意外伤害或疾病而入住医疗机构的正式病房进行治疗的过程，并正式办理入出院手续，包含日间住院（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）。但不包括下列情况：

1. 被保险人在医疗机构的（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，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。

（七）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。

(八) 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费用（不包括单人病房、套房、家庭病床）。床位费的每日限额由投保人与保险人在订立本保险合同时协商确定，并在保险单中载明。

(九) 加床费

指未满18周岁的被保险人在住院治疗期间，根据合同约定赔偿其合法监护人（限一人）在医疗机构留宿发生的加床费；或女性被保险人在住院治疗期间，根据合同约定赔偿其1周岁以下哺乳期婴儿在医疗机构留宿发生的加床费。

(十) 膳食费

指住院期间根据医生的嘱咐，由作为医疗机构内部专属

部门的、为住院病人配餐的食堂配送的膳食费用。膳食费应包含在医疗账单内；根据各医疗机构的惯例，可以作为独立的款项、也可以合并并在病房费等其他款项内。

（十一）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。

（十二）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。

（十三）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，具体以就诊医疗机构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，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。

（十四）药品费

指住院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。

（十五）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。

（十六）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疗机构转诊过程中的医疗机构用车费。仅限于同一城市中的医疗运送。

（十七）健康管理服务手册

指载明本保险合同的健康管理服务流程及相关服务细则的手册，具体内容以投保人在投保时保险人展示的为准。

（十八）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。

（十九）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后驾驶。

（二十）无合法有效驾驶证

指被保险人存在下列情形之一：

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. 实习期内驾驶执行任务的警车、消防车、救护车、工程救险车；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。

（二十一）无合法有效行驶证

指发生保险事故时被保险人驾驶的机动车无公安机关交通管理部门、农机部门等政府管理部门核发的行驶证或号牌，或行驶证不在有效期内，或该机动车未按规定检验或检验不合格。

（二十二）既往症

指在本保险合同生效前被保险人已患有的且已知晓的有关疾病或症状。通常有以下情况：

1. 本保险合同生效前，医生已有明确诊断，长期治疗未间断；
2. 本保险合同生效前，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；
3. 本保险合同生效前，医生已有明确诊断，但未予治疗；
4. 本保险合同生效前，未经医生诊断和治疗，但症状或体征明显且持续存在，并以此症状或体征为主诉进行就诊治疗的疾病。

（二十三）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。

（二十四）攀岩

指攀登悬崖、楼宇外墙、人造悬崖、冰崖、冰山等运动。

（二十五）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。

(二十六) 特技表演

指从事马术、杂技、驯兽等特殊技能性质的表演。

(二十七) 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。

(二十八) 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。

(二十九) 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》第十次修订版（ICD-10）确定。

(三十) 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。

(三十一) 职业原因导致人类免疫缺陷病毒(HIV)感染

指被保险人的职业归属于下列职业列表内的职业，在其常规职业工作过程中遭遇外伤，或者职业需要处理血液或者其他体液时感染上人类免疫缺陷病毒(HIV)。必须满足下列全部条件：

(1) 感染必须是在被保险人正在从事其职业工作中发生；

(2) 血清转化必须出现在事故发生后的6个月以内；

(3) 必须提供被保险人在所报事故发生后的5天以内进行的检查报告，该报告必须显示被保险人血液HIV病毒阴性和/或HIV抗体阴性；

(4) 必须在事故发生后的12个月内证实被保险人体内存在HIV病毒或者HIV抗体。

职业列表：

医生（包括牙医）	救护车工作人员
护士	助产士
医院化验室工作人员	警察（包括狱警）
医院护工	消防人员

在任何治愈艾滋病(AIDS)或阻止HIV病毒作用的疗法被发现以后，或能防止AIDS发生的医疗方法被研究出来以后，本保障将不再予以赔付。

(三十二) 输血原因导致人类免疫缺陷病毒(HIV)感染

指被保险人感染上人类免疫缺陷病毒并且符合下列所

有条件：

(1) 在保险期间起始日后，被保险人因治疗必需而接受输血，并且因输血而感染人类免疫缺陷病毒；

(2) 提供输血治疗的输血中心或医疗机构出具该项输血感染属医疗责任事故的报告，或法院终审裁定为医疗责任并且不准上诉；

(3) 提供输血治疗的输血中心或医疗机构必须拥有合法营业执照；

(4) 受感染的被保险人不是血友病罹患者。

在任何治愈艾滋病或阻止人类免疫缺陷病毒作用的疗法被发现以后，或能防止艾滋病发生的医疗方法被研究出来以后，本保障将不再予以赔付。

任何因其他传播方式（包括性传播或静脉注射毒品等）导致的人类免疫缺陷病毒感染不在保障范围内。

保险人必须拥有获得使用被保险人的血液样本的权利和能够对这些样本进行独立检验的权利。

（三十三）器官移植原因导致HIV感染

指因进行器官移植而感染上人类免疫缺陷病毒（HIV）或患艾滋病，且须满足下列全部条件：

(1) 在保险期间起始日后，被保险人因治疗必需而实施器官移植，并且因器官移植而感染人类免疫缺陷病毒或患艾滋病；

(2) 提供器官移植治疗的器官移植中心或医院出具的

此次因器官移植感染人类免疫缺陷病毒或患艾滋病，属于医疗事故的报告，或者法院终审裁定为医疗事故并且不准上诉；

(3) 提供器官移植治疗的器官移植中心或医院必须拥有合法经营执照。

任何因其他传播方式（包括性传播或静脉注射毒品等）导致的HIV感染或患艾滋病不在保障范围内。

（三十四）医疗事故

指医疗机构及其医务人员在医疗活动中，违反医疗卫生管理法律、行政法规、部门规章和诊疗护理规范及常规，过失造成患者人身损害的事故。

（三十五）职业病

指企业、事业单位和个体经济组织的劳动者在职业活动中，因接触粉尘、放射性物质和其他有毒、有害物质等因素而引起的疾病。职业病的认定需遵循《中华人民共和国职业病防治法》中的相关规定及鉴定程序。

（三十六）未到期净保费

除另有约定外，未到期净保费=保险费×[1-（保险单已经过天数/保险期间天数）]×（1-费用比例），经过天数不足一天的按一天计算。其中，个险业务的费用比例为35%，团险业务的费用比例为25%。