

融盛财产保险股份有限公司

门（急）诊及住院医疗保险（互联网专属）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、保险凭证以及
与本保险合同有关的、合法有效的声明、批注、附贴批单等其
他有关书面文件构成。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，本保险合同的被保险人应为出生满 28 天
（含第 28 天）至 65 周岁（含 65 周岁），身体健康的自然人。

第四条 受益人

除另有约定外，本保险合同的保险金受益人为被保险人本
人。

第五条 互联网产品

本保险合同仅限于互联网渠道销售。

保险责任

第六条 保险责任

投保人在投保时可从下列保险责任选择所需的保险责任，
与保险人约定各项保险责任的最高赔付金额以及赔付比例，并
于保险单中载明。

在保险期间内，被保险人因意外伤害事故或在等待期后疾病导致所选保险责任范围内的医疗费用，保险人按约定的方式进行赔付，且赔付的金额以约定的最高支付限额为限。

（一）基本医疗保险范围内住院医疗费用保险责任（可选责任）

在保险期间内，被保险人因遭受意外伤害事故或在等待期后经保险人认可的医疗机构（以下简称“医疗机构”）确诊罹患疾病，在医疗机构经具有相应资质的**专科医生**诊断必须住院治疗的，保险人对被保险人在住院期间发生的应当由被保险人支付的、符合**约定地区**基本医疗保险范围、必需且合理的住院医疗费用，在扣除本合同约定的免赔额后，按照本合同约定的基本医疗保险范围内住院医疗费用保险金赔付比例进行赔偿。

保险期间届满，被保险人住院治疗仍未结束的，本保险合同终止，保险人不再承担保险期间届满后的给付责任，续保时如跨保险期间住院发生的医疗费用属于保险责任范围内的，按续保保险期间内的住院天数占该次总住院天数的比例赔付。

（二）基本医疗保险范围外住院医疗费用保险责任（可选责任）

投保人需先选择保险责任（一）后，才可以选择本项责任。

在保险期间内，被保险人因遭受意外伤害事故或在等待期后经保险人认可的医疗机构（以下简称“医疗机构”）确诊罹患疾病，在医疗机构经具有相应资质的**专科医生**诊断必须住院治疗的，保险人对被保险人在住院期间发生的应当由被保险人支付的、超出**约定地区**基本医疗保险范围、必需且合理的住院医疗费用，在扣除本合同约定的免赔额后，按照本合同约定的基本医疗保险范围外住院医疗费用保险金赔付比例进行赔偿。

保险期间届满，被保险人住院治疗仍未结束的，本保险合

同终止，保险人不再承担保险期间届满后的给付责任，续保时如跨保险期间住院发生的医疗费用属于保险责任范围内的，按续保保险期间内的住院天数占该次总住院天数的比例赔付。

（三）基本医疗保险范围内门急诊医疗费用保险责任（可选责任）

在保险期间内，被保险人因遭受意外伤害事故或在等待期后经保险人认可的医疗机构（以下简称“医疗机构”）确诊罹患疾病，在医疗机构经具有相应资质的**专科医生**诊断必须接受门急诊治疗，保险人对被保险人在门急诊治疗期间发生的应当由被保险人支付的、符合约定地区基本医疗保险范围、必需且合理的门急诊医疗费用，在扣除单次门（急）诊医疗费用免赔额后，依照约定比例给付保险金，且以本合同约定的该被保险人的基本医疗保险范围内门急诊医疗费用保险金日限额为限。

（四）基本医疗保险范围外门急诊医疗费用保险责任（可选责任）

投保人需先选择保险责任(三)后,才可以选择本项责任。

在保险期间内，被保险人因遭受意外伤害事故或在等待期后经保险人认可的医疗机构（以下简称“医疗机构”）确诊罹患疾病，在医疗机构经具有相应资质的**专科医生**诊断必须接受门急诊治疗，保险人对被保险人在门急诊治疗期间发生的应当由被保险人支付的、超出约定地区基本医疗保险范围、必需且合理的门急诊医疗费用，在扣除单次门（急）诊医疗费用免赔额后，依照约定比例给付保险金，且以本合同约定的该被保险人的基本医疗保险范围外门急诊医疗费用保险金日限额为限。

第七条 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。被保险人因意外伤害发生保险事故的，没有等待期。

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。

第八条 补偿原则

本保险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，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。

责任免除

第九条 情形除外

存在下列情形之一，或因下列原因之一导致被保险人发生门（急）诊、住院医疗费用支出的，保险人不承担保险金给付责任：

- （一）投保人对被保险人的故意杀害、故意伤害；
- （二）被保险人故意自伤或自杀，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的伤病；

（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；

（六）被保险人投保前已患有的既往症，但投保时保险人已知晓并做出书面认可的除外；

（七）包皮环切术、包皮剥离术、包皮气囊扩张术、性功能障碍治疗；

（八）被保险人患性病、精神和行为障碍、遗传性疾病、先天性畸形、变形或者染色体异常（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）；

（九）被保险人罹患传染病（包含于《中华人民共和国传染病防治法》规定中以及经国务院卫生行政部门予以调整的甲类、乙类传染病，其中具体分类以《中华人民共和国传染病防治法》规定以及国务院卫生行政部门关于调整乙类传染病的文件为准）；

（十）被保险人分娩（含剖腹产）、宫外孕、不孕不育治疗、人工受精、堕胎、节育（含绝育）、产前产后检查、非因意外导致的流产，及由此而引起的并发症；

（十一）被保险人接受物理治疗、中医理疗及其他特殊疗法、心理咨询及治疗、美容、变性手术、视力矫正手术、各种矫形及生理缺陷的手术和检查治疗项目、各种健美治疗项目、非意外伤害事故所致的整容、整形手术；

（十二）被保险人未遵医嘱，私自服用、涂用、注射药物；

（十三）被保险人无客观病征证明其不健康或以捐献身体器官为目的的医疗行为；

（十四）被保险人从事高风险运动导致的伤害引起的治疗；

（十五）恐怖袭击、核爆炸、核辐射、核污染。

第十条 费用除外

除另有约定外，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）被保险人牙齿治疗、洗牙、洁齿、牙齿护理、牙齿预防、牙科保健、种牙或手术及镶补费用；

（七）被保险人接受康复治疗或训练、修养或疗养、健康体检、隔离治疗，使用非处方药物、保健食品及用品、体外或植入的医疗辅助装置或用具（义肢、轮椅、拐杖、助听器、眼镜或隐形眼镜、义眼等等）及其安装费用；

（八）被保险人接受预防性治疗、实验性或试验性治疗所发生的费用；

（九）被保险人未经医生处方的自行购药或非医疗机构药房购药，或医生单次处方开具的超过 30 天部分的药品费用。

第十一条 期间除外

被保险人在下列期间发生医疗费用的，保险人不承担赔偿保险金责任：

- （一）被保险人精神失常或精神错乱期间；
- （二）战争（无论宣战与否）、军事行动、暴动或武装叛乱期间；
- （三）被保险人因从事违法、犯罪活动或在逃期间、被依法拘留、服刑期间；
- （四）被保险人感染艾滋病病毒（HIV）或患艾滋病（AIDS）期间。

保险金额、免赔额、赔付比例

第十二条 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。

第十三条 免赔额

本保险合同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。

第十四条 赔付比例

本保险合同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，则保险人按照与投保人约定的赔付比例进行赔付。

保险费

第十五条 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

第十六条 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。

第十七条 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

第十八条 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。

第十九条 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者其他保险凭证。

第二十条 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。

第二十一条 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

第二十二条 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。

第二十三条 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。

第二十四条 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。

第二十五条 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。

第二十六条 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。

第二十七条 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险费。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险费。

第二十八条 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。

保险金的申请与给付

第二十九条 保险金的申请

保险金申请人向保险人申请给付保险金时，应提交作为索赔依据的证明和材料。保险金申请人因特殊原因不能提供以下材料的，应提供其它合法有效的材料。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。**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。**

由保险金申请人填写保险金给付申请书，并凭下列证明、资料向保险人申请给付保险金：

- （一）理赔申请书；
- （二）保险单；
- （三）保险金申请人的有效身份证件；
- （四）医疗机构出具的完整病历资料（包括门急诊病历、处方，住院病历或出院记录以及检查报告、检验报告等）；
- （五）医疗费用收据原件、医疗费用明细清单；

若被保险人已从其他途径获得医疗费用补偿，需提供医疗费用明细清单、医疗费用收据复印件、医疗费用分割单原始凭证（如社会基本医疗保险或公费医疗结算单、保险人在内的任何商业保险机构出具的理赔分割单、与工作单位及侵权人或侵

权责任承担方达成的赔偿协议或和解协议或法院判决、调解生效的法律文书等取得医疗费用补偿的证明)；

(六) 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；

(七) 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。受益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，并提供监护人的身份证明等资料。

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。

第三十条 保险金的计算

单次就诊赔付的保险金＝（该次就诊医疗机构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。

医疗机构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

第三十一条 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

国有管辖权的人民法院起诉。

第三十二条 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（不包括香港、澳门及台湾地区法律）。

其他事项

第三十三条 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。

第三十四条 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满期净保险费。

第三十五条 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

第三十六条 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) 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。**

(三) 医疗费用：指被保险人进行门（急）诊治疗或接受住院治疗时所发生的必需且合理的医疗费用。

(四) 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。

（五）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。

（六）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。

（七）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、在国家《医院分级管理标准》二级或二级以上医院的

相应科室从事临床工作三年以上。

（八）单次门（急）诊医疗费用：除另有约定外，本保险合同所称的单次门（急）诊医疗费用是指被保险人在同一天、同一医疗机构、因同一疾病进行门（急）诊治疗所发生的必要且合理的医疗费用。

（九）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。

（十）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。

（十一）既往症：指在本保险合同生效前罹患的被保险人已知或应该知道的有关疾病或症状。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。

(十二)手术：为治疗疾病、挽救生命而施行的外科手术，不包括活检、穿刺、造影等创伤性检查及康复性手术。

(十三)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。

(十四)先天性畸形、变形或者染色体异常：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。

(十五)ICD-10：《疾病和有关健康问题的国际统计分类》第十次修订版（ICD-10），是世界卫生组织（WHO）发布的国际通用的疾病分类方法。

(十六)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。

(十七)康复治疗：指在康复医院、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。

（十八）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、常规，过失造成患者人身损害的事故。

（十九）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。

（二十）高风险运动：本合同所定义的高风险运动是指潜水、跳伞、攀岩、蹦极、驾驶滑翔机或滑翔伞、探险活动、武术比赛、摔跤比赛、特技表演、赛马、赛车等运动。其中：

1、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；

2、攀岩：指攀登悬崖、建筑物外墙、人造悬崖、冰崖、冰山和雪山等运动；

3、探险活动：指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，而使自己置身于其中的行为，如江河漂流、徒步穿越沙漠或原始森林等活动；

4、武术比赛：指两人或两人以上对抗柔道、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；

5、特技表演：指从事马术、杂技、驯兽、飞车等特殊技能训练或比赛。

（二十一）醉酒：指发生事故时被保险人每百毫升血液中的酒精含量大于或者等于80毫克。

（二十二）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。

(二十三) 管制药物:指根据《中华人民共和国药品管理法》及有关法规被列为特殊管理的药品,包括但不限于麻醉药品、精神药品、毒性药品及放射性药品。

(二十四) 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,是否达到前述标准由公安机关交通管理部门依据《道路交通安全法》的规定认定,保险人根据公安机关交通管理部门的认定确认是否属于酒后驾驶。

(二十五) 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或驾驶证已过有效期的;

2、驾驶与合法有效驾驶证准驾车型不相符合的车辆;

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、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或持审验不合格的驾驶证,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,驾驶营业性车辆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。

(二十六) 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、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辆；
- 3、机动车或机动车行驶证被依法注销登记的或行驶证已过有效期的；
- 4、未依法按时进行机动车安全技术检验或者未通过机动车安全技术检验的；
- 5、依照法律法规或公安机关交通管理部门有关规定不允许机动车行驶的其他情况。

(二十七) 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。

(二十八) 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。

(二十九) 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预防。

(三十) 未到期净保险费：除另有约定外，未到期净保险费 = 保险费 × [1 - (保险单已经过天数 / 保险期间天数)] × (1

一费用比例), 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%。