

融盛财产保险股份有限公司

住院医疗保险（互联网专属 C 款）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，已参加国家基本医疗保险或公费医疗的自然人，可作为本保险合同的被保险人。

第四条 受益人

除另有约定外，本保险合同保险金的受益人为被保险人本人。

第五条 保障区域

本保险合同的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 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”和“基本医疗保险范围外”两部分医疗费用可选，投保人可以选择投保两者之一或全部。

第七条 互联网产品

本保险合同仅限于互联网渠道销售。

保险责任

第八条 保险责任

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因患疾病，在本保险合同指定医疗机构接受住院治疗的，对被保险人发生的本保险合同保障范围内的住院医疗费用（简称“保障内的住院医疗费用”），保险人按照本保险合同约定的住院医疗保险金计算方法，在保险金额内向受益人给付住院医疗保险金。

保障内的住院医疗费用，指必需且合理的住院医疗费用，包括床位费和膳食费、药品费、材料费、医事服务费、治疗费、护理费、检查化验费、手术费用。

如果被保险人接受保险责任范围内的住院治疗，且在本保险合同期满日治疗仍未结束的，对于被保险人**该次住院治疗在本保险合同期满日次日起30日内**发生的保障内的住院医疗费用，保险人仍在本保险合同约定的保险责任范围内承担给付住院医疗保险金的责任。对于**被保险人该次住院治疗在本合同期满日次日起30日后**发生的医疗费用，保险人不再

承担给付住院医疗保险金的责任。

第九条 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。被保险人在等待期内发生的疾病所导致的住院及与该住院视为同一次住院的治疗，无论是否延续至等待期后，保险人均不承担给付保险金的责任。

续保的情况下，无等待期。除另有约定外，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。

第十条 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、政府主办补充医疗、公费医疗、医疗救助、工作单位、其他政府机构或者社会福利机构、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给付。

责任免除

第十一条 除另有约定外，因下列情形之一导致被保险人发生保障内的住院医疗费用的，保险人不承担给付住院医疗保险金的责任：

（一）被保险人在中华人民共和国领土以外的国家或者地区，以及香港特别行政区、澳门特别行政区、台湾地区接受治疗；

（二）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；

（三）遗传性疾病、先天性畸形、变形和染色体异常（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）；

（四）感染艾滋病病毒或患艾滋病、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）；

（五）不孕不育治疗、避孕、节育（含绝育）、子宫体腔内妊娠、产前产后检查、流产、堕胎、分娩（含难产）、变性手术、人体试验、人工生殖，或者由前述任一原因引起的并发症；

（六）投保人对被保险人的故意杀害、故意伤害；

(七) 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);

(八) 被保险人醉酒, 主动吸食或注射毒品;

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

(十) 被保险人从事下列高风险运动: 潜水、跳伞、攀岩、驾驶滑翔机或者滑翔伞、探险、摔跤、武术比赛、特技表演、赛马、赛车;

(十一) 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;

(十二) 健康体检、保健性或非疾病治疗类项目发生的医疗费用、康复治疗、心理治疗、美容、矫形、视力矫正手术、牙齿治疗、安装假肢、非意外事故所致的整容手术;

(十三) 战争、军事冲突、暴乱、武装叛乱、核爆炸、核辐射、核污染。

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给付责任：

（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给付。

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

本合同的交费方式和交费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。

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。

被保险人人数量减少时，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。

保险金申请与给付

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) 保险金给付申请书；
- (二) 保险单；
- (三) 被保险人有效身份证件、保险金申请人有效身份证件；
- (四) 医疗机构出具的被保险人的入出院记录；
- (五) 医疗机构出具的被保险人的诊断证明、医疗费用

以及处方和检查化验明细清单及病历；

（六）医疗机构出具的被保险人的医疗费用收据或者发票，保险人留存其凭证；

（七）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，保险人留存其凭证；

（八）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；

（九）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。

第三十条 保险金的计算

在本合同保险期间内，对被保险人每次接受住院治疗发生的属于保障内的住院医疗费用，保险人给付住院医疗保险金的计算公式如下：

单次住院医疗保险金 = （该次住院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，保险人无需给付保险金。

累计给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（不包括港澳台地区法律）。

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）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。

（二）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）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。

猝死指表面健康的人因潜在疾病、机能障碍或者其他原因在出现症状后24小时内发生的非暴力性突然死亡。猝死的认定以医院的诊断和公安部门的鉴定为准。

（四）指定医疗机构

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医保定点的公立医疗机构，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生及护士驻院提供医疗及护理服务。

（五）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。

(六) 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。

(七) 护士

指在医院内合法注册的具有护士执业资格且正在执业的护理人员。

(八) 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。

（九）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）。床位费的每日限额可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。

（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。

（十一）药品费

指就医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。药品费不包括在治疗时当地政府适用的《基本医疗保险药品目录》及相关规定中不予给付的下列药品：营养补充类药品，免疫功能调节类药品以及中草药类药品。

（十二）当地

指保险事故发生后，被保险人医疗费用实际发生地/支出地。

（十三）材料费

指就医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材料费用。

（十四）医事服务费

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。

（十五）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、瘻管烧灼、血管穿刺、输血、输液、注射、肌肉封闭、吸氧、冷冻、激光、急救治疗、心肺复苏等而发生的治疗费，具体以所就诊医院的费用项目划分为准。

（十六）护理费

指住院期间由医疗机构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（根据最新发布有效的中华人民共和国国家卫生和计划生育委员会《分级护理标准》确定）、重症监护和专项护理费用（不包含护工护理费用）。

（十七）检查化验费

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所产生的费用，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、基因学检查等。

（十八）手术费用

指当地卫生行政部门规定的手术项目的费用。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。

（十九）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。

(二十) 同一次住院

与前次住院原因相同，且前次出院与下次入院间隔未超过30日的再次住院视为同一次住院。

(二十一) 政府主办补充医疗

指包括城乡居民大病保险、城镇职工大病保险、城镇居民大病保险、城镇职工大额医疗保险、新农合大病保险、公务员医疗补助、城乡居民补充医疗保险、城镇居民补充医疗保险等。

(二十二) 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。

(二十三) 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。

(二十四) 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。

(二十五) 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。

(二十六) 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。

(二十七) 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。

（二十八）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。

（二十九）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。

（三十）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。

（三十一）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。

（三十二）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。

（三十三）攀岩

指攀登悬崖、楼宇外墙、人造悬崖、冰崖、冰山等运动。

（三十四）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。

（三十五）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、拳击等各种拳术及各种使用器械的对抗性比赛。

（三十六）特技表演

指从事马术、杂技、驯兽等特殊技能性质的表演。

（三十七）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。

（三十八）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。

（三十九）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。

（四十）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。

（四十一）未到期净保费

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-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%。