

华泰财险个人医疗费用保险条款

总则

第一条

本保险合同（以下简称“本合同”）由保险条款、投保单、保险单或其他保险凭证、批单等组成。凡涉及本合同的约定，均应采用书面形式。

第二条

投保人提出保险申请，经保险人同意承保，本合同成立。

第三条 投保人

本合同的投保人应为中华人民共和国境内（不含港澳台地区）具有完全民事行为能力的被保险人本人或对被保险人具有保险利益的具有完全民事行为能力的其他人。

第四条 被保险人

符合本合同的约定，初次投保时年龄为出生满 30 天（含）至 65 周岁（含），身体健康，且能正常工作、生活的自然人，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，本合同保险金的受益人为被保险人本人。

保险责任

第六条 保险责任

在本合同的保险期间内，保险人依照本合同约定承担下列保险责任：

（一）一般医疗保险金

在本合同约定的保险期间内，被保险人因遭受意外伤害事故或在**等待期（具体等待期在保险单中载明）**后罹患疾病，导致其在医院接受治疗的，保险人对于被保险人因接受前述治疗支付的下述 1-4 类费用，依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

被保险人经医院具有相应资质的医生诊断必须住院治疗的，被保险人在前述医院住院期间发生的应当由被保险人支付的、必需且合理的住院医疗费用，包括床位费、膳食费、护理费、重症监护室床位费、诊疗费、检查检验费、治疗费、药品费、手术费。

如果在本合同约定的保险期间届满之日，被保险人仍未结束本次住院治疗的，对于自本合同保险期间届满之日起 30 日内（含第 30 日）因本次住院治疗发生的必需且合理的住院医疗费用，保险人继续承担保险责任，**但保险人对于本项住院医疗费用的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。**

2. 特殊门诊医疗费用

被保险人经医院具有相应资质的医生诊断接受特殊门诊（**不含特需门诊**）治疗的，被保险人在前述特殊门诊治疗期间发生的应当由被保险人支付的、必需且合理的特殊门诊医疗费用，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。

3. 门诊手术医疗费用

指被保险人经医院具有相应资质的医生诊断必须接受门诊手术治疗时，被保险人在前述医院接受门诊手术治疗期间发生的应当由被保险人支付的、必需且合理的门诊手术费用。

4. 住院前后门急诊医疗费用

指被保险人经医院具有相应资质的医生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，因与本次住院相同原因而接受门急诊治疗时，被保险人在前述医院接受门急诊治疗期间发生的应当由被保险人支付的、必需且合理的门急诊医疗费用（但不包括本条第（一）款第 2、3 项约定的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，保险人在扣除约定的免赔额后，依照本合同约定的给付比例进行赔付。保险人对于在一般医疗保险金项下四类费用的累计给付之和以本保险合同约定的一般医疗保险金的保险金额为限，当保险人在本项下四类费用的累计给付金额达到一般医疗保险金的保险金额时，保险人对该被保险人在一般医疗保险金项下的保险责任终止。

（二）恶性肿瘤医疗保险金

在本合同约定的保险期间内，被保险人在等待期（具体等待期在保险单中载明）后因初次确诊罹患恶性肿瘤，在医院接受治疗的，保险人首先按照本合同第六条第（一）款的约定承担给付一般医疗保险金的保险责任，当保险人累计给付金额达到一般医疗保险金的保险金额后，保险人针对被保险人剩余的医疗费用，再对下述 1-4 类费用，按照本合同的约定承担给付恶性肿瘤医疗保险金的责任：

1. 恶性肿瘤住院医疗费用

被保险人经医院具有相应资质的医生诊断必须住院治疗的，被保险人在前述医院住院期间发生的应当由被保险人支付的、必需且合理的住院医疗费用，包括床位费、膳食费、护理费、重症监护室床位费、诊疗费、检查检验费、治疗费、药品费、手术费。

如果在本合同约定的保险期间届满之日，被保险人仍未结束本次住院治疗的，对于自本合同保险期间届满之日起 30 日内（含第 30 日）因本次住院治疗发生的必需且合理的住院医疗费用，保险人继续保险责任，但保险人对于本项住院医疗费用的累计给付之和以本保险合同约定的恶性肿瘤医疗保险金的保险金额为限。

2. 恶性肿瘤特殊门诊医疗费用

被保险人经医院具有相应资质的医生诊断接受特殊门诊（不含特需门诊）治疗的，被保险人在前述特殊门诊治疗期间发生的应当由被保险人支付的、必需且合理的特殊门诊医疗费用，包括化学疗法、放射疗法、肿瘤免疫疗法、肿瘤内分泌疗法、肿瘤靶向疗法治疗费用。

3. 恶性肿瘤门诊手术医疗费用

指被保险人经医院具有相应资质的医生诊断必须接受门诊手术治疗时，被保险人在前述医院接受门诊手术治疗期间发生的应当由被保险人支付的、必需且合理的治疗恶性肿瘤门诊手术费用。

4. 恶性肿瘤住院前后门急诊医疗费用

指被保险人经医院具有相应资质的医生诊断罹患恶性肿瘤必须接受住院治疗，在住院前

7日（含住院当日）和出院后30日（含出院当日）内，因与本次住院相同原因而接受恶性肿瘤门急诊治疗时，被保险人在前述医院接受门急诊治疗期间发生的应当由被保险人支付的、必需且合理的治疗恶性肿瘤门急诊医疗费用（但不包括本条第（二）款第2、3项约定的恶性肿瘤特殊门诊医疗费用和恶性肿瘤门诊手术医疗费用）。

对于以上四类费用，保险人依照本合同约定的给付比例进行赔付。保险人在本恶性肿瘤医疗保险金项下四类费用的累计给付之和以本合同约定的恶性肿瘤医疗保险金的保险金额为限，当保险人在本项下四类费用的累计给付金额达到本项恶性肿瘤医疗保险金的保险金额时，保险人对该被保险人在恶性肿瘤医疗保险金项下的保险责任终止。

责任免除

第七条 责任免除

因下列情形之一导致被保险人支出医疗费用的，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；被政府依法拘禁或入狱期间；
- （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）被保险人故意自伤或因被保险人挑衅或故意行为而导致的打斗、被袭击、被谋杀；
- （五）被保险人酒后驾驶、无有效驾驶证驾驶或者驾驶无有效行驶证的机动车辆；
- （六）被保险人醉酒，服用、吸食或注射毒品，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或非有效续保前所患既往症；
- （八）被保险人等待期内出现的症状或体征并在等待期内确诊初次罹患的疾病；
- （九）被保险人在等待期前或等待期内出现症状体征或异常检查结果，接受进一步检查但在等待期后确诊初次罹患的疾病；
- （十）被保险人在非本合同约定的医院就诊发生的医疗费用；
- （十一）被保险人在初次投保或非有效续保的合同起保之日起一百二十日内（含第一百二十日）接受扁桃腺、甲状腺、疝气、女性乳腺生殖系统疾病的检查与治疗；
- （十二）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）；
- （十三）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；
- （十四）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））；
- （十五）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、人工受孕及由此导致的并发症；
- （十六）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；
- （十七）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；眼镜、义齿、义眼、义肢、助听器等康复性器具；包皮环切术、包皮剥离术、包皮气囊扩张术、性功能障碍治疗；
- （十八）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、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、攀登海拔 3500 米以上的独立山峰、滑雪、武术、摔跤、马术、赛马、赛车、特技表演（含训练）、替身表演（含训练）、脱险表演（含训练）、探险或考察活动（洞穴、极地、沙漠、火山、冰川等）；

（十九）被保险人感染艾滋病病毒或患艾滋病；

（二十）战争、军事行动、暴乱或者武装叛乱；

（二十一）核爆炸、核辐射或者核污染。

第八条 其他不属于本保险责任范围内的损失、费用和责任，保险人不负责赔偿。

保险金额、免赔额和保险费

第九条 保险金额

保险金额是保险人承担给付保险金责任的最高限额。

本合同的一般医疗保险金额和恶性肿瘤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。

保险金额一经确定，保险期间内不能进行变更。

第十条 免赔额

免赔额由投保人与保险人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均为年免赔额，指在本合同约定的保险期间内，应由被保险人自行承担，本合同不予赔付的部分。在保险期间内，一般医疗保险金和恶性肿瘤医疗保险金共用同一个免赔额。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，但通过社会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恶性肿瘤且在医院接受住院治疗的，对于自确诊恶性肿瘤之日起所发生的符合本合同约定的全部医疗费用，保险人在给付保险金时，不再扣除免赔额。

投保人连续投保本合同的，若被保险人在以往保险期间内已确诊罹患恶性肿瘤且接受住院治疗的，对于本合同保险期间内发生的符合本合同约定的恶性肿瘤医疗费用，保险人在给付保险金时，不再扣除免赔额。

第十一条 保险费

保险费依据保险金额与保险费率计收，并于保险单中载明。投保人应该按照保险合同约定向保险人交纳保险费。

补偿原则和赔付标准

第十二条 补偿原则和赔付标准

本合同适用医疗费用补偿原则。保险人按如下约定给付医疗保险金：

（一）若被保险人未从基本医疗保险、公费医疗、商业性医疗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医疗费用补偿，保险人按如下公式根据本合同的约定给付医疗保险金：

医疗保险金=（被保险人实际支出的符合上述相关约定的医疗费用-免赔额）×赔付比例
免赔额及赔付比例在保单中载明，累计给付金额以保险单载明的相应保险金额为限。

(二) 若被保险人已从基本医疗保险、公费医疗、商业性医疗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医疗费用补偿(以下简称已获得的医疗费用补偿) 保险人按如下公式根据本合同的约定给付医疗保险金:

医疗保险金=(被保险人实际支出的符合上述相关约定的医疗费用-已获得的医疗费用补偿-免赔额) × 赔付比例

保险金额、免赔额及赔付比例在保险单中载明, 且该赔付比例应高于前述未从基本医疗保险等途径获得补偿时的赔付比例。

(三) 社保卡的个人账户支出部分视为个人支付, 不属于已获得的医疗费用补偿。

(四) 被保险人以参加社会医疗保险身份投保, 但未以参加社会医疗保险身份就诊并结算的, 则保险人按如下公式根据本合同的约定给付医疗保险金:

医疗保险金=(被保险人实际支出的符合上述相关约定的医疗费用-应当从社会医疗保险获得的费用补偿-免赔额) × 赔付比例。

保险期间

第十三条 保险期间

本合同的保险期间为一年, 以保险单载明的起讫时间为准。

续保

第十四条 续保

本合同约定的保险期间届满前 30 日内(含第 30 日), 投保人可为同一被保险人向保险人申请续保本保险合同。上述投保人为同一被保险人续保本保险合同的续保合同不重新计算等待期。

本合同为非保证续保合同。投保人为同一被保险人提出续保申请时保险人有权根据该被保险人的年龄、医疗费用水平变化、本险种整体经营状况调整该被保险人在续保时对应的费率。费率调整适用于本险种的所有被保险人或同一投保年龄段的所有被保险人, 保险人不会因为某一被保险人的健康状况变化或历史理赔情况而单独调整该被保险人的续保费率。在投保人接受费率调整的前提下, 保险人方可为投保人办理续保手续。

如被保险人超过 80 周岁(含 80 周岁)或本保险合同统一停售, 保险人不再接受投保人续保申请。

本合同约定的保险期间届满后 15 日内(含第 15 日), 投保人申请续保并一次性缴纳续保保费, 且保险人签发保单的, 续保合同不重新计算等待期。续保合同具体的生效日以保险人另行签发的保险单/批单/批记载明的日期为准。本合同约定的保险期间届满后 15 日内(含第 15 日) 投保人未缴纳续保保费的, 投保人需重新申请投保, 经保险人审核同意后签发保单, 且前述重新申请投保需重新计算等待期。

保险人义务

第十五条 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。

第十六条 签发保险单的义务

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。

第十七条 补充索赔证明和资料的通知

保险人认为被保险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。

第十八条 及时核定、赔付义务

保险人收到被保险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，应当在三十日内作出核定，但保险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；对属于保险责任的，在与被保险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，对不属于责任的，应当自作出核定之日起三日内向被保险人发出拒绝给付保险金通知书，并说明理由。

第十九条 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

第二十条 缴费义务

除另有约定外，投保人应当在本合同成立时一次性缴清保险费。**投保人若未按约定足额交纳保险费，保险人对其实际足额支付之日前发生的保险事故，不承担相应的保险责任。**

第二十一条 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。

投保人应在订立保险合同时如实告知被保险人是否享有社会基本医疗保险、农村合作医疗保险、公费医疗保险或其他商业医疗保险。

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，保险人有权解除本保险合同。

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。

第二十二条 住址或通讯地址变更告知义务

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，均视为已送达给投保人。

第二十三条 变更批注

在保险期间内，投保人需变更保险合同内容的，应以书面形式向保险人提出申请。保险人同意后出具批单，并在本合同中批注，保险合同的变更自保险人出具批单之日起生效。

第二十四条 职业或工种的变更

被保险人变更其职业或工种时，投保人应于三十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，并按日计算退还未满期净保险费，本合同终止。发生保险事故的，保险人不承担给付保险金的责任。

被保险人所变更的职业或工种依照保险人职业分类在承保范围内的，依照保险人职业分类其危险程度增加而未依前项约定通知而发生保险事故的，保险人按其原收保险费与应收保险费的比例计算并给付保险金。

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

投保人、被保险人或者保险金受益人知道保险事故发生后，应当及时通知保险人，并书面说明事故发生的原因、经过和损失情况。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，不包括因不可抗力而导致的迟延。

保险金申请与给付

第二十七条 保险金申请与给付

保险金申请人向保险人申请给付保险金时，应提供如下材料：

(一) 保险金给付申请书;

(二) 保险合同原件;

(三) 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、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) 申请人所能提供的其他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;

(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。

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。

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,保险人应有权在法律允许情况下,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。

诉讼时效期间

第二十八条 诉讼时效期间

保险金申请人向保险人请求给付保险金的诉讼时效依据中华人民共和国(不含港澳台地区)相关法律规定处理。

争议处理和法律适用

第二十九条 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(不含港澳台地区)人民法院起诉。

第三十条 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(不含港澳台地区)。

保险合同的解除、终止

第三十一条 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) 被保险人死亡;

(三) 被保险人不再满足本合同的投保资格要求,但被保险人在保险期间起始日满足年龄要求要求的,在保险期间内保险责任不因其年龄的改变而自动终止。

第三十二条 合同的解除

在本合同成立后，投保人可以书面形式通知保险人解除合同，但保险人已根据本合同约定给付保险金的除外。

投保人解除本合同时，应提供下列证明文件和资料：

- (一) 保险合同解除申请书；
- (二) 保险合同原件；
- (三) 保险费交付凭证；
- (四) 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书之时起，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 日内退还未满期净保险费。

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单上载明。在等待期内发生疾病保险事故的，保险人不承担给付保险金的责任。在等待期内发生意外伤害事故的，保险人依保险合同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：

是指经中华人民共和国境内（不含港、澳、台地区）卫生部门审核认定的二级或以上的综合性或专科医院或保险人认可的医疗机构，且仅限于上述医院的普通部，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；
2. 诊所、康复中心、家庭病床、护理机构；
3. 休养、戒酒、戒毒中心。

该医院必须具有系统的、充分的诊断设备，全套外科手术设备及能够提供二十四小时的医疗与护理服务的能力或资质。

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社会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、必需且合理的住院医疗费用：

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。

七、床位费：

指被保险人使用的医院床位的费用。

八、膳食费：

指实际发生的、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的费用。

九、护理费：

指根据医嘱所示的护理等级确定的护理费用。

十、检查检验费：

指实际发生的、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、便常规检验费等医疗检验费用。

十一、治疗费：

指以治疗疾病为目的，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。

十二、药品费：

指实际发生的合理且必要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、复方中药或中成药品，如花旗参，冬虫草，白糖参，

朝鲜红参，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。

十三、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。**

十四、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 期或者更轻分期的前列腺癌；

（6）感染艾滋病病毒或罹患艾滋病期间所罹患恶性肿瘤。

十五、化学疗法：

指对于恶性肿瘤的化学治疗。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。

十六、放射疗法：

指对恶性肿瘤的放射治疗。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。

十七、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、法规要求并经过国家食品药品监督管理总局批准用于临床治疗。

十八、肿瘤内分泌疗法：

指对于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、法规要求并经过国家食品药品监督管理总局批准用于临床治疗。

十九、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、法规要求并经过国家食品药品监督管理局批准用于临床治疗。

二十、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。

二十二、既往症

指在本合同生效前罹患的被保险人已知或应该知道的有关疾病。通常有以下情况：

- 1.本合同生效前，医生已有明确诊断，长期治疗未间断；
- 2.本合同生效前，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，以普通人医学常识应当知晓。

二十三、症状

指被保险人病后对机体生理功能异常的自身体验和感觉。

二十四、体征

指被保险人的体表或内部结构发生可以察觉的改变。

二十五、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。

二十六、攀岩：

指攀登悬崖、楼宇外墙、人造悬崖、冰崖、冰山等运动。

二十七、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。

二十八、特技表演：

指从事马术、杂技、驯兽等表演。

二十九、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、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。

三十一、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。

三十二、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)]×(1-35%)。经过天数不足一天的按一天计算。

三十三、不可抗力：

指不能预见、不能避免并不能克服的客观情况。

三十四、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。

三十五、本次住院：

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，自正式入院日起至正式出院日止期间。

三十六、初次确诊：

指被保险人自出生之日起第一次出现而不是自本合同等待期后第一次出现与本合同所约定的疾病相关的症状或体征，而该症状或体征已足以引起一般人士注意并去医院寻求医疗检查，且被诊断为本合同所约定的疾病或在其后发展为本合同约定的疾病。