

泰康在线财产保险股份有限公司

个人住院医疗保险（B款）条款

总则

第一条 本保险合同（以下简称为“本合同”）由保险条款、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**的声明、批注、批单及其他投保人与**保险人**共同认可的书面或者电子协议组成。凡涉及本合同的约定，均应采用书面或者电子形式。

第二条 凡投保时身体健康，投保年龄为0周岁（出生满30日，**不含第30日**）至65周岁（含）的自然人，均可作为本合同的被保险人。

第三条 具有完全民事行为能力的被保险人本人或在本合同订立时对被保险人具有保险利益的其他人，均可作为本合同的投保人。

第四条 除另有约定外，本合同各项保险责任的保险金受益人为被保险人本人。

保险责任

第五条 在本合同保险期间内，保险人根据合同约定承担以下保险责任：

（一）一般医疗保险金

在本合同保险期间内，被保险人因遭受**意外伤害事故**或在**等待期**后因罹患疾病，导致其在医院接受治疗，对于被保险人支付的以下医疗费用，保险人依照本合同的约定赔偿保险金：

1. 住院医疗费用

被保险人经在中华人民共和国境内（不含港、澳、台地区）二级及以上**医院**或保险人认可的医院经具有相应资质的**医生**诊断必须住院治疗的，保险人对被保险人在前述医院（**不含医院的特需病房和国际医疗部**）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**，在扣除约定的免赔额后，**按照约定的赔偿比例进行赔付**。

2. 特殊门诊医疗费用

被保险人经在中华人民共和国境内（不含港、澳、台地区）二级及以上医院或保险人认可的医院经具有相应资质的医生诊断，并根据医嘱在门诊（**不含医院的特需门诊/病房和国际医疗部**）接受以下特殊门诊治疗的，保险人对于被保险人在上述**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**，在扣除约定的免赔额后，**按照约定的赔偿比例进行赔付**。

特殊门诊治疗包括：

（1）门诊肾透析；

（2）门诊恶性肿瘤治疗，**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；**

（3）器官移植后的门诊抗排异治疗。

3. 门诊手术医疗费用

被保险人经在中华人民共和国境内（不含港、澳、台地区）二级及以上医院或保险人认可的医院经具有相应资质的医生诊断必须接受门诊手术治疗的，保险人对被保险人在前述医院（不含医院的特需门诊/病房和国际医疗部）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，在扣除约定的免赔额后，按照约定的赔偿比例进行赔付。

4. 住院前后门急诊医疗费用

被保险人经在中华人民共和国境内（不含港、澳、台地区）二级及以上医院或保险人认可的医院经具有相应资质的医生诊断必须接受住院治疗，在住院前（含住院当日）7日（含）和出院后（含出院当日）30日（含）内，因与该次住院相同原因而接受门急诊治疗的，保险人对被保险人在前述医院（不含医院的特需门诊/病房和国际医疗部）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（此项费用不包括本条第（一）款第2、第3项约定的特殊门诊医疗费用和门诊手术医疗费用），在扣除约定的免赔额后，按照约定的赔偿比例进行赔付。

保险人对于以上四类费用的累计赔偿金额之和以本合同约定的一般医疗保险金的保险金额为限，当保险人累计赔偿金额达到本项保险金额时，保险人对被保险人在本项下的保险责任终止。

（二）恶性肿瘤医疗保险金

在本合同保险期间内，被保险人在等待期后因初次确诊罹患合同所定义的恶性肿瘤，在医院接受治疗的，保险人首先按照第五条第（一）款的约定承担一般医疗保险金的保险责任，当保险人累计赔偿金额超过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，依照下列约定赔偿恶性肿瘤医疗保险金：

1. 恶性肿瘤住院医疗费用

被保险人在本合同约定的等待期后因初次确诊罹患恶性肿瘤，并经中华人民共和国境内（不含港、澳、台地区）二级及以上医院或保险人认可的医院经具有相应资质的医生诊断必须住院治疗的，保险人对被保险人在前述医院（不含医院的特需病房和国际医疗部）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，按照约定的赔偿比例进行赔付。

2. 恶性肿瘤特殊门诊医疗费用

被保险人在本合同约定的等待期后因初次确诊罹患恶性肿瘤，并在中华人民共和国境内（不含港、澳、台地区）二级及以上医院或保险人认可的医院经具有相应资质的医生诊断必须接受特殊门诊治疗的，保险人对被保险人在前述医院（不含医院的特需门诊/病房和国际医疗部）接受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治疗恶性肿瘤特殊门诊医疗费用，按照约定的赔偿比例进行赔付。

恶性肿瘤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

被保险人在本合同约定的等待期后因初次确诊罹患恶性肿瘤，并在中华人民共和国境内

(不含港、澳、台地区)二级及以上医院或保险人认可的医院经具有相应资质的医生诊断必须接受门诊手术治疗的,保险人对被保险人在前述医院(不含医院的特需门诊/病房和国际医疗部)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,按照约定的赔偿比例进行赔付。

4. 恶性肿瘤住院前后门急诊医疗费用

被保险人在本合同约定的等待期后因初次确诊罹患恶性肿瘤,并在中华人民共和国境内(不含港、澳、台地区)二级及以上医院或保险人认可的医院经具有相应资质的医生诊断必须接受住院治疗,在住院前(含住院当日)7日(含)和出院后(含出院当日)30日(含)内,因与该次住院相同原因而接受门急诊治疗的,保险人对被保险人在前述医院(不含医院的特需门诊/病房和国际医疗部)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(不包括本条第(二)款第2项、第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),按照约定的赔偿比例进行赔付。

保险人对于以上四类费用的累计赔偿金额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,当保险人累计赔偿金额达到本项保险金额时,保险人对被保险人在本项下的保险责任终止。

第六条 在本合同有效期内,保险人按照如下约定承担保险责任:

投保人首次投保或非续保本合同的,自本合同生效之日起30日(含第30日)为等待期。被保险人在等待期内发生的保险事故,保险人不承担赔偿保险金的责任。

被保险人在等待期内初次确诊罹患恶性肿瘤,本合同终止,保险人向投保人无息退还相应保险费。

投保人续保或因遭受意外伤害事故需要住院治疗或接受指定门诊治疗的无等待期。

第七条 补偿原则和赔付标准

(一)本合同第五条载明的第(一)、(二)项保险责任适用医疗费用补偿原则。若被保险人已从其他途径(包括但不限于社会基本医疗保险、公费医疗、工作单位、侵权人或侵权责任承担方、保险人在内的任何商业保险机构等)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从其他途径所获医疗费用补偿后的余额按照本合同的约定进行赔付。被保险人的社保卡个人账户部分支出视为个人支付,不属于已获得的医疗费用补偿。

(二)本合同中所指免赔额均指年免赔额。已获得的医疗费用补偿(包含除社会医疗保险和公费医疗保险以外被保险人从其他途径获得的医疗费用补偿)可抵扣年免赔额。

(三)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,保险人在赔偿保险金时,不再扣除免赔额。

(四)若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,则保险人根据保险单上载明的赔偿比例进行赔付。

(五)被保险人在本合同保险期间届满前180天内(含)经医院初次确诊罹患本合同所定义的重大疾病(无论一种或者多种),并在医院接受住院治疗,如果在本合同保险期间届满之日该次住院治疗仍未结束的,保险人对于被保险人自该次住院开始之当日起(含

住院当日)的180天内(含第180天)所发生的同一次住院的医疗费用,且符合本合同第五条载明的第(一)、(二)项保险责任范围内的,保险人按照本合同的约定承担保险责任,同时本合同终止。

责任免除

第八条 对于被保险人因以下任何情形而发生的任何费用,保险人不承担赔偿保险金的责任:

- (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、故意犯罪或者抗拒依法采取的刑事强制措施,或被政府依法拘禁或入狱期间伤病;
- (三) 被保险人酗酒、殴斗、主动吸食或注射毒品,违反规定使用麻醉或精神药品;
- (四) 被保险人酒后驾驶、无有效驾驶证驾驶或驾驶无有效行驶证照的机动车;
- (五) 战争、军事冲突、暴乱或武装叛乱;
- (六) 核爆炸、核辐射或核污染;
- (七) 被保险人从事潜水、滑水、滑雪、滑冰、滑翔翼、热气球、跳伞、攀岩、探险活动、武术比赛、摔跤比赛、柔道、空手道、跆拳道、拳击、特技表演、蹦极、赛马、赛车、各种车辆表演及车辆竞赛等高风险运动;
- (八) 被保险人未遵医嘱私自服用、涂用、注射药物;
- (九) 被保险人分娩(含剖腹产)、流产、宫外孕、不孕不育治疗、人工受精、怀孕、堕胎、节育(含绝育)、产前产后检查以及由以上原因引起的并发症;
- (十) 被保险人患精神和行为障碍(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);
- (十一) 被保险人接受矫形、视力矫正手术、美容、变性手术、牙科保健及非意外伤害事故所致的整容手术;
- (十二) 被保险人在投保前罹患的、投保时尚未治愈的疾病;被保险人在投保时未如实告知的既往疾病;
- (十三) 被保险人在非本合同约定的医疗机构就诊发生的医疗费用;
- (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) 被保险人感染艾滋病病毒或患艾滋病;
- (十六) 康复治疗或训练、修养或疗养、健康体检、隔离治疗、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;
- (十七) 预防性治疗、实验性或试验性治疗。

保险金额和保险费

第九条 一般医疗保险金、恶性肿瘤医疗保险金保险金额由投保人和保险人协商确定，并在保险单中载明。保险金额是保险人承担赔偿责任或给付保险金责任的最高限额。

第十条 保险费依据保险金额与保险费率计收，在保险单中载明。保险费支付方式由投保人在投保时与保险人约定，并在保险单上载明，投保人应该按照合同约定向保险人交纳保险费。

免赔额（率）

第十一条 免赔额（率）由投保人和保险人协商确定，并在保险单中载明。

犹豫期

第十二条 自本合同签收之日起，有 15 日的犹豫期。投保人在此期间提出解除本合同，保险人将无息退还投保人所支付的全部保险费。

自保险人收到投保人解除合同的申请时起，本合同即被解除，保险人自始不承担保险责任。

犹豫期后申请解除合同会遭受一定经济损失。

保险期限

第十三条 本合同的保险期间为1年，自保险单或其他保险凭证上记载的保险期间起始日零时起至保险期间期满日的24时止。

续保

第十四条 本合同为非保证续保合同。本合同保险期间届满前及届满后30日(含第30日)内，保险人会向投保人发送继续投保本合同的邀约，投保人也可向保险人提出继续投保本合同的申请，保险人不会因为被保险人的健康状况变化或者使用保险的情况而拒绝投保人继续投保本合同，并且在为投保人办理继续投保时不会单独调整被保险人的保险费。续保不计算等待期。当发生下列情形之一的，本合同不再接受续保：

- (一) 续保时被保险人的年龄超过99周岁；
- (二) 被保险人身故；
- (三) 本合同在投保人申请续保时已因其他条款所列情况而导致效力终止；
- (四) 投保人不如实告知、欺诈等不符合续保条件的情形；
- (五) 本产品统一停售。

若保险人不再接受续保，保险人会在本合同保险期间届满之前通知投保人。

若投保人选择了自动续保方式，每一保险期间届满之前，若保险人未收到投保人停止继续投保本合同的书面申请，保险人按续保当时对应的费率以及上一年度保险费支付方式收取对应的保险费后本合同延续有效。新续保的合同自期满日起生效，保险期间为一年。

保险人义务

第十五条 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。

第十六条 订立本合同时，保险人应当向投保人说明本合同的内容。对本合同中免除保险人责任的条款，保险人在订立合同时应当在投保单、保险单或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。

保险人认为**保险金申请人**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、保险金申请人补充提供。

第十七条 保险人收到被保险人或受益人的赔偿保险金请求后，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或受益人；对属于保险责任的，在与被保险人或受益人达成赔偿保险金的协议后 10 日内，履行赔偿保险金义务。保险合同对赔偿保险金的期限有约定的，保险人应当按照约定履行赔偿保险金的义务。

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 日内向被保险人或受益人发出拒绝赔偿保险金通知书，并说明理由。

第十八条 保险人自收到赔偿保险金的请求和有关证明、资料之日起 60 日内，对其赔偿的数额不能确定的，应当根据已有证明和资料可以确定的数额先予赔偿；保险人最终确定赔偿的数额后，应当支付相应的差额。

投保人、被保险人义务

第十九条 投保人选择一次性交纳保险费的，应当在合同成立时一次性交清保险费；投保人选择分期交纳保险费的，应当在合同成立时交纳首期保险费。**投保人未按本款约定交纳保险费的，本合同不生效，对保险费交纳交清前发生的保险事故，保险人不承担保险责任。**

投保人选择分期交纳保险费的，在交纳首期保险费后，投保人应当在每个保险费约定支付日交纳其余各期的保险费。若投保人未按约定交纳保险费，保险人允许投保人在保险人催告之日起30日内（含第30日）补交保险费，如果被保险人在此期限内发生保险事故，**保险人将扣减投保人欠交的保险费后按照合同约定赔偿保险金。**

若投保人在催告之日起30日（含第30日）内未补交保险费，本合同自上述期限届满之日的24时起效力中止，如果被保险人在合同效力中止期间发生保险事故的，保险人不承担保险责任。

合同效力依照前款约定中止的，**投保人申请并经保险人审核同意**，同时经保险人与投保人协商并达成协议，在投保人补交欠交保险费后，合同效力恢复。

第二十条 订立保险合同，保险人就被保险人的有关情况提出询问的，投保人应当如实告知。

投保人故意或者因重大过失未履行前款规定的义务，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 30 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，不承担赔偿保险金责任，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，不承担赔偿保险金责任，但应当退还保险费。

保险人在本合同订立时已经知道投保人未如实告知的情况的，保险人不得解除本合同；发生保险事故的，保险人应当承担赔偿保险金的责任。

第二十一条 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。

投保人告知本条第一款内容不真实，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，或在赔偿保险金时按照实付保险费与应付保险费的比例赔偿。

投保人告知本条第一款内容不真实，导致投保人实付保险费多于应付保险费的，保险人应当将多收的保险费无息退还投保人。

第二十二条 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，均视为已发送给投保人。

第二十三条 年龄的计算及年龄、性别错误的处理

(一) 被保险人的投保年龄按周岁计算；

(二) 投保人在投保时应将被保险人的真实年龄与性别在被保险人名册上填明，若发生错误，保险人按照下列规定办理：

(1) 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，保险人对该被保险人不负保险责任，保险人可以解除本合同，并向投保人退还剩余保费。

(2) 投保人申报的被保险人年龄或性别不真实，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，或在赔偿保险金时按照实付保险费与应付保险费的比例赔偿。

(3) 投保人申报的被保险人年龄或性别不真实，导致投保人实付保险费多于应付保险费，保险人应将多收的保险费无息退还投保人。

第二十四条 投保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。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，不承担赔偿保险金责任，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。

保险金申请与赔偿

第二十五条 保险金申请人向保险人申请赔偿保险金时，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赔偿保险金的责任。

(1) 保险金赔偿申请书；

(2) 保险合同；

(3) 申请人和被保险人的有效身份证件；

(4) 医疗机构出具的完整病历资料(包括门急诊病历、住院病历或出院小结以及相关的检查报告)；

(5) 医疗机构出具的附有病历、必要病理检验、血液检验、影像学报告及其他科学方法检验报告的疾病诊断证明书；

(6) 医疗费用原始收据、医疗费用明细清单及医疗费用分割单（若发生手术费用，还需提供手术费用的原始凭证，被保险人享有社会医疗保险或公费医疗保障的，需包含社会医疗保险或公费医疗有关规定取得医疗费用补偿的证明）；

(7) 被保险人身患恶性肿瘤的，还应提供由医院具有相应资质的医生出具的对被保险人的疾病诊断证明书以及由医院出具的与该疾病诊断证明书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；

(8) 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；

(9) 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，并需要提供监护人的身份证明等资料。

第二十六条 当赔付金额未达实际支出医疗费用的全额时，索赔申请人可以书面形式向保险人申请发还收据原件。保险人在加盖印戳并注明已赔付金额后发还收据原件。

诉讼时效期间

第二十七条 保险金申请人向保险人请求赔偿保险金的诉讼时效期间为2年，自其知道或者应当知道保险事故发生之日起计算。

争议处理和法律适用

第二十八条 因履行本合同发生的争议，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）法院起诉。

第二十九条 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（不包括港澳台地区法律）。

其他事项

第三十条 本合同成立后将持续有效，直至保单约定的保险期间届满或达到本合同约定的终止条件。

保险责任开始前，投保人要求解除本合同的，保险人应当退还投保人已缴纳的保险费。

保险责任开始后，投保人要求解除保险合同的，自通知保险人之日起，保险合同解除，**保险人计收保险责任开始之日起至合同解除之日止期间的保险费，并退还剩余部分保险费。**

第三十一条 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) 保险合同凭据；
- (三) 保险费交付凭证；
- (四) 投保人身份证明或投保单位证明。

释义

第三十二条 除另有约定外，本合同中的下列词语具有如下含义：

【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文件的规定为判定依据。

【保险人】 本合同所指的保险人指泰康在线财产保险股份有限公司。

【周岁】 指按有效身份证件中记载的出生日期计算的年龄，自出生之日起为零周岁，每经过一年增加一岁，不足一年的不计。

【意外伤害事故】 指外来的、非本意的、突然的、非疾病的使被保险人身体受到伤害的客观事件。**猝死不属于意外伤害事故。**

其中，猝死指表面健康的人因潜在疾病、机能障碍或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。

【医院】 指国家卫生部医院等级分类中的二级或二级以上公立医院，**但前述医院并不包括观察室、联合病房和康复病房以及附属于前述医院或单独作为诊所、康复、护理、疗养、戒酒、戒毒等或相类似的医疗机构。**同时该医院必须具有符合有关医院管理规定设置标准的医疗设备，并且全日二十四小时有合格医师及护士驻院提供医疗和护理等服务。

【医生】 指取得了执业医师资格证书并掌握医药卫生知识，从事疾病预防和治疗的专业人员。

【住院医疗费用】 指被保险人住院期间发生的医疗费用，包括：

- (1) 床位费

指被保险人在住院期间发生的医院床位的费用，包括普通床位费和重症监护室床位费，**不包括陪人床、观察病床位和家庭病床的费用。**

- (2) 药品费

指住院期间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，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。

（3）膳食费

指住院期间根据医生的医嘱，由作为医院内部专属部门的、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。

（4）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。

（5）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。

（6）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。

（7）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。**

【初次确诊】指自被保险人出生之日起第一次经医院确诊患有某种疾病，**而不是指自本合同生效之后第一次经医院确诊患有某种疾病。**

【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。

下列疾病不在保障范围内：

- （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) 感染艾滋病病毒或者患艾滋病期间所患恶性肿瘤。

【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。

【放射疗法】指对于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。

【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入宿主体内，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疗法使用的药物需符合法律、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。

【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疗法使用的药物需符合法律、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。

【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。本合同所指的靶向疗法使用的药物需符合法律、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。

【续保】指投保人为被保险人续保同一险种，且续保保单的生效日为原保单到期日的次日。

【社会基本医疗保险】指《社会保险法》第三章规定的基本医疗保险，包括职工基本医疗保险、城镇居民基本医疗保险、新型农村合作医疗等政府举办的基本医疗保险。

【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 天的再次住院视为同一次住院。

【重大疾病】本合同所定义的重大疾病共有 25 种，即中国保险行业协会颁布的《重大疾病保险的疾病定义使用规范》（以下简称“规范”）规定的疾病，且疾病名称和疾病定义与“规范”一致。

（一）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。

下列疾病不在保障范围内：

- （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期或更轻分期的前列腺癌；
- (6) 感染艾滋病病毒或患艾滋病期间所患恶性肿瘤。

(二) 急性心肌梗塞：指因冠状动脉阻塞导致的相应区域供血不足造成部分心肌坏死。须满足下列至少三项条件：

- (1) 典型临床表现，例如急性胸痛等；
- (2) 新近的心电图改变提示急性心肌梗塞；
- (3) 心肌酶或肌钙蛋白有诊断意义的升高，或呈符合急性心肌梗塞的动态性变化；
- (4) 发病90天后，经检查证实左心室功能降低，如左心室射血分数低于50%。

(三) 脑中风后遗症：指因脑血管的突发病变引起脑血管出血、栓塞或梗塞，并导致神经系统永久性的功能障碍。神经系统永久性的功能障碍，指疾病确诊180天后，仍遗留下列一种或一种以上障碍：

- (1) 一肢或一肢以上肢体机能完全丧失；
- (2) 语言能力或咀嚼吞咽能力完全丧失；
- (3) 自主生活能力完全丧失，无法独立完成六项基本日常生活活动中的三项或三项以上。

(四) 重大器官移植术或造血干细胞移植术：重大器官移植术，指因相应器官功能衰竭，已经实施了肾脏、肝脏、心脏或肺脏的异体移植手术。

造血干细胞移植术，指因造血功能损害或造血系统恶性肿瘤，已经实施了造血干细胞（包括骨髓造血干细胞、外周血造血干细胞和脐血造血干细胞）的异体移植手术。

(五) 冠状动脉搭桥术（或称冠状动脉旁路移植术）：指为治疗严重的冠心病，实际实施了开胸进行的冠状动脉血管旁路移植的手术。

冠状动脉支架植入术、心导管球囊扩张术、激光射频技术及其它非开胸的介入手术、腔镜手术不在保障范围内。

(六) 终末期肾病（或称慢性肾功能衰竭尿毒症期）：指双肾功能慢性不可逆性衰竭，达到尿毒症期，经诊断后已经进行了至少90天的规律性透析治疗或实施了肾脏移植手术。

(七) 多个肢体缺失：指因疾病或意外伤害导致两个或两个以上肢体自腕关节或踝关节近端（靠近躯干端）以上完全性断离。

(八) 急性或亚急性重症肝炎：因肝炎病毒感染引起肝脏组织弥漫性坏死，导致急性肝功能衰竭，且经血清学或病毒学检查证实，**并须满足下列全部条件：**

- (1) 重度黄疸或黄疸迅速加重；

- (2) 肝性脑病；
- (3) B超或其它影像学检查显示肝脏体积急速萎缩；
- (4) 肝功能指标进行性恶化。

(九) 良性脑肿瘤：指脑的良性肿瘤，已经引起颅内压增高，临床表现为视神经乳头水肿、精神症状、癫痫及运动感觉障碍等，并危及生命。须由头颅断层扫描（CT）、核磁共振检查（MRI）或正电子发射断层扫描（PET）等影像学检查证实，并须满足下列至少一项条件：

- (1) 实际实施了开颅进行的脑肿瘤完全切除或部分切除的手术；
- (2) 实际实施了对脑肿瘤进行的放射治疗。

脑垂体瘤、脑囊肿、脑血管性疾病不在保障范围内。

(十) 慢性肝功能衰竭失代偿期：指因慢性肝脏疾病导致肝功能衰竭。须满足下列全部条件：

- (1) 持续性黄疸；
- (2) 腹水；
- (3) 肝性脑病；
- (4) 充血性脾肿大伴脾功能亢进或食管胃底静脉曲张。

因酗酒或药物滥用导致的肝功能衰竭不在保障范围内。

(十一) 脑炎后遗症或脑膜炎后遗症：指因患脑炎或脑膜炎导致的神经系统永久性的功能障碍。神经系统永久性的功能障碍，指疾病确诊180天后，仍遗留下列一种或一种以上障碍：

- (1) 一肢或一肢以上肢体机能完全丧失；
- (2) 语言能力或咀嚼吞咽能力完全丧失；
- (3) 自主生活能力完全丧失，无法独立完成六项基本日常生活活动中的三项或三项以上。

(十二) 深度昏迷：指因疾病或意外伤害导致意识丧失，对外界刺激和体内需求均无反应，昏迷程度按照格拉斯哥昏迷分级（Glasgow coma scale）结果为5分或5分以下，且已经持续使用呼吸机及其它生命维持系统96小时以上。

因酗酒或药物滥用导致的深度昏迷不在保障范围内。

(十三) 双耳失聪：指因疾病或意外伤害导致双耳听力永久不可逆性丧失，在500赫兹、1000赫兹和2000赫兹语音频率下，平均听阈大于90分贝，且经纯音听力测试、声导抗检测或听觉诱发电位检测等证实。

被保险人在3周岁之前因疾病导致的双耳失聪不在保障范围内。

(十四) 双目失明：指因疾病或意外伤害导致双眼视力永久不可逆性丧失，双眼中较好眼须满足下列至少一项条件：

- (1) 眼球缺失或摘除；
- (2) 矫正视力低于0.02（采用国际标准视力表，如果使用其它视力表应进行换算）；
- (3) 视野半径小于5度。

被保险人在3周岁之前因疾病导致的双目失明不在保障范围内。

(十五) 瘫痪：指因疾病或意外伤害导致两肢或两肢以上肢体机能永久完全丧失。肢体机能永久完全丧失，指疾病确诊180天后或意外伤害发生180天后，每肢三大关节中的两大关节仍然完全僵硬，或不能随意活动。

(十六) 心脏瓣膜手术：指为治疗心脏瓣膜疾病，实际实施了开胸进行的心脏瓣膜置换或修复的手术。

(十七) 严重阿尔茨海默病：指因大脑进行性、不可逆性改变导致智能严重衰退或丧失，临床表现为明显的认知能力障碍、行为异常和社交能力减退，其日常生活必须持续受到他人监护。须由头颅断层扫描（CT）、核磁共振检查（MRI）或正电子发射断层扫描（PET）等影像学检查证实，且自主生活能力完全丧失，无法独立完成六项基本日常生活活动中的三项或三项以上。

神经官能症和精神疾病不在保障范围内。

(十八) 严重脑损伤：指因头部遭受机械性外力，引起脑重要部位损伤，导致神经系统永久性的功能障碍。须由头颅断层扫描（CT）、核磁共振检查（MRI）或正电子发射断层扫描（PET）等影像学检查证实。神经系统永久性的功能障碍，指脑损伤180天后，仍遗留下列一种或一种以上障碍：

- (1) 一肢或一肢以上肢体机能完全丧失；
- (2) 语言能力或咀嚼吞咽能力完全丧失；
- (3) 自主生活能力完全丧失，无法独立完成六项基本日常生活活动中的三项或三项以上。

(十九) 严重帕金森病：是一种中枢神经系统的退行性疾病，临床表现为震颤麻痹、共济失调等。须满足下列全部条件：

- (1) 药物治疗无法控制病情；
- (2) 自主生活能力完全丧失，无法独立完成六项基本日常生活活动中的三项或三项以上。

继发性帕金森综合征不在保障范围内。

(二十) 严重Ⅲ度烧伤：指烧伤程度为Ⅲ度，且Ⅲ度烧伤的面积达到全身体表面积的20%或20%以上。体表面积根据《中国新九分法》计算。

(二十一) 严重原发性肺动脉高压：指不明原因的肺动脉压力持续性增高，进行性发展而导致的慢性疾病，已经造成永久不可逆性的体力活动能力受限，达到美国纽约心脏病学会心功能状态分级Ⅳ级，且静息状态下肺动脉平均压超过30mmHg。

(二十二) 严重运动神经元病：是一组中枢神经系统运动神经元的进行性变性疾病，包

括进行性脊肌萎缩症、进行性延髓麻痹症、原发性侧索硬化症、肌萎缩性侧索硬化症。须满足自主生活能力完全丧失，无法独立完成六项基本日常生活活动中的三项或三项以上的条件。

(二十三) 语言能力丧失：指因疾病或意外伤害导致完全丧失语言能力，经过积极治疗至少12个月（声带完全切除不受此时间限制），仍无法通过现有医疗手段恢复。

精神心理因素所致的语言能力丧失不在保障范围内。

被保险人在3周岁之前因疾病导致的语言能力丧失不在保障范围内。

(二十四) 重型再生障碍性贫血：指因骨髓造血功能慢性持续性衰竭导致的贫血、中性粒细胞减少及血小板减少。须满足下列全部条件：

(1) 骨髓穿刺检查或骨髓活检结果支持诊断；

(2) 外周血象须具备以下三项条件：

①中性粒细胞绝对值 $\leq 0.5 \times 10^9/L$ ；

②网织红细胞 $< 1\%$ ；

③血小板绝对值 $\leq 20 \times 10^9/L$ 。

(二十五) 主动脉手术：指为治疗主动脉疾病，实际实施了开胸或开腹进行的切除、置换、修补病损主动脉血管的手术。主动脉指胸主动脉和腹主动脉，**不包括胸主动脉和腹主动脉的分支血管。**

动脉内血管成形术不在保障范围内。

【酗酒】指没有节制地喝酒，以医疗机构或司法部门出具的酒精中毒或酒精摄入过量的相关证明为依据。

【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。

【酒后驾驶】指经检测或鉴定，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醉酒后驾驶。

【无合法有效驾驶证驾驶】指下列情形之一：

(1) 没有取得驾驶资格；

(2) 驾驶与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) 持学习驾驶证学习驾车时，无教练员随车指导，或不按指定时间、路线学习驾车。

【无有效行驶证】指下列情形之一：

(1) 发生保险事故时无公安机关交通管理部门核发的合法有效的行驶证、号牌，或临时号牌或临时移动号牌；

(2) 未依法按时进行或通过机动车安全技术检验。

【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。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。

【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。

【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。

【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。

【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。

【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症，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；如果同时出现了明显临床症状或体征的，为患艾滋病。

【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。

【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》（ICD-10）确定。

【有效身份证件】指由政府主管部门规定的证明其身份的证件，如：居民身份证、按规定可使用的有效护照、军官证、警官证、士兵证等证件。

【保险金申请人】指被保险人、受益人，被保险人、受益人的继承人或其他依法享有保险金请求权的其他自然人。

【保险费约定支付日】指保险合同生效日在每月的对应日。如果当月无对应的同一日，则以该月最后一日为对应日。如保险合同生效日为2017年6月8日，则次月的保险费约定支付日为2017年7月8日，以此类推，则最后一个月的保险费约定支付日为2018年5月8日。

【不可抗力】指不能预见、不能避免并不能克服的客观情况。

【有效身份证件】指由政府主管部门规定的证明其身份的证件，如：居民身份证、按规定可使用的有效护照、军官证、警官证、士兵证等证件。

【剩余部分保险费】指本合同所具有的价值，通常体现为解除合同时，根据精算原理计算的，由保险人退还的那部分金额。

保险费为一次性支付的：

剩余部分保险费=保险费*[1-(保险单已经过天数/保险期间天数)]*(1-20%)

保险费为分期支付的：

剩余部分保险费=当期保险费*[1-(当期已经过天数/当期总天数)]*(1-20%)

经过天数不足一天的按一天计算。若本合同已发生保险金给付，剩余部分保险费为零。