



阅读指引

请扫描以查询验证条款

本阅读指引有助于您理解条款，对“平安个人住院（2017）医疗保险合同”内容的解释以条款为准。



您拥有的重要权益

- ❖ 签收本主险合同后10日内您可以要求全额退还保险费.....1.4
- ❖ 被保险人可以享受本主险合同提供的保障.....2.3
- ❖ 您有退保的权利.....5.1



您应当特别注意事项

- ❖ 我们对免除保险人责任的条款作了特别提示，详见条款正文中背景突出显示的内容.....1.4、2.2、2.3、2.4、3.2、6.1、6.2、7
- ❖ 退保会给您造成一定的损失，请您慎重决策.....5.1
- ❖ 您有如实告知的义务.....6.1
- ❖ 您应当按时支付保险费.....4.1
- ❖ 费用型医疗险是适用补偿原则的，详见条款正文中背景突出显示的内容.....2.3
- ❖ 您有及时向我们通知保险事故的责任.....3.2
- ❖ 请留意条款所称医院的特定含义.....7.6
- ❖ 我们对一些重要术语进行了解释，并作了显著标识，请您注意.....7
- ❖ 本主险合同的有效期为1年.....1.5



条款是保险合同的重要内容，为充分保障您的权益，请您仔细阅读本条款。条款目录如下：

1. 您与我们的合同	6.2 年龄错误	7.18 恶性肿瘤住院医疗费用
1.1 合同构成	6.3 合同内容变更	7.19 社会医疗保险
1.2 合同成立与生效	6.4 联系方式变更	7.20 重大疾病
1.3 投保年龄	6.5 效力终止	7.21 既往症
1.4 犹豫期	6.6 争议处理	7.22 遗传性疾病
1.5 保险期间	7. 释义	7.23 先天性畸形、变形或染色体异常
2. 我们提供的保障	7.1 周岁	7.24 感染艾滋病病毒或患艾滋病
2.1 保障计划	7.2 有效身份证件	7.25 《疾病和有关健康问题的国际统计分类》（ICD-10）
2.2 等待期	7.3 住院	7.26 醉酒
2.3 保险责任	7.4 保险事故	7.27 毒品
2.4 责任免除	7.5 意外伤害	7.28 潜水
2.5 其他免责条款	7.6 医院	7.29 攀岩
3. 如何申请领取保险金	7.7 住院医疗费用	7.30 探险
3.1 受益人	7.8 医学必要	7.31 武术比赛
3.2 保险事故通知	7.9 物理治疗、中医理疗及其他特殊疗法	7.32 特技表演
3.3 保险金申请	7.10 专科医生	7.33 职业病
3.4 保险金的给付	7.11 恶性肿瘤	7.34 医疗事故
4. 如何支付保险费	7.12 化学疗法	7.35 酒后驾驶
4.1 保险费的支付	7.13 放射疗法	7.36 无合法有效驾驶证驾驶
4.2 保险费率调整	7.14 肿瘤免疫疗法	7.37 无有效行驶证
5. 如何解除保险合同	7.15 肿瘤内分泌疗法	7.38 机动车
5.1 合同解除	7.16 肿瘤靶向疗法	7.39 现金价值
6. 其他需要关注的事项	7.17 初次确诊	
6.1 明确说明与如实告知		

附表：平安个人住院（2017）医疗保险计划表

平安个人住院（2017）医疗保险条款

在本条款中，“您”指投保人，“我们”、“本公司”均指平安健康保险股份有限公司。

① 您与我们的合同

- 1.1 **合同构成** 本保险条款、保险单或其他保险凭证、投保书、与保险合同有关的投保文件、合法有效的声明、批注、批单、附加险合同、其他书面或电子协议都是您和我们之间订立的保险合同的构成部分。
“平安个人住院（2017）医疗保险条款”以下简称为“本主险合同”。
- 1.2 **合同成立与生效** 您提出保险申请、我们同意承保，本主险合同成立。
本主险合同自我们同意承保、并签发保险单开始生效，具体生效日以保险单所载的日期为准。
本主险合同生效日以后每年的对应日是保单周年日。如果当月无对应的同一日，则以该月最后一日作为对应日。
- 1.3 **投保年龄** 指投保时被保险人的年龄，投保年龄以**周岁**（见 7.1）计算。
本产品接受的投保年龄为 0 周岁至 65 周岁，投保时被保险人为 0 周岁的，应当为出生满 30 日且已健康出院的婴儿。但被保险人年满 65 周岁后、99 周岁前（含 99 周岁），如您在上一个保险期间届满 60 日内提出重新投保申请、且经我们审核符合承保条件的，我们仍然同意承保。
- 1.4 **犹豫期** 自您签收本主险合同或收到本主险合同电子保险单次日起，有 10 日的犹豫期。在此期间请您认真审视本主险合同，如果您认为本主险合同与您的需求不相符，您可以在此期间提出解除本主险合同，我们将无息退还您所支付的全部保险费。
解除本主险合同时，您需要填写申请书，并提供您的保险合同及**有效身份证件**（见 7.2）。自我们收到您解除合同的书面申请时起，本主险合同即被解除，合同解除前发生的保险事故我们不承担保险责任。
- 1.5 **保险期间** 本主险合同的保险期间为 1 年。保险期间届满后，若您要继续享有本产品提供的保障，您需要重新投保。
若保险期间届满时，本主险产品已停止销售，我们不再接受投保申请，但会向您提供投保其他保险产品的合理建议。

② 我们提供的保障

- 2.1 **保障计划** 本主险合同的各计划的保险金给付限额、给付比例、免赔额见附表。投保计划由您在投保时与我们约定并在保险单上载明。
- 2.2 **等待期** 被保险人因疾病需要**住院**（见 7.3）治疗、特殊门诊治疗、门诊手术治疗或住院前后的门急诊治疗的，自本主险合同生效日起 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**（见 7.4），我们不承担给付保险金的责任。被保险人在等待期内确诊罹患恶性肿瘤，本合同终止，我们向您退还相应

保险费。

以下两种情形，无等待期：

- (1) 因**意外伤害**（见7.5）发生上述情形的；
- (2) 您在上一保险期间届满60日内重新投保本产品的。

2.3 保险责任

在本主险合同保险期间内，我们承担如下保险责任：

一般医疗保险金

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罹患疾病，导致其在**医院**（见7.6）接受治疗的，我们依照下列约定给付保险金：

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，对于住院期间发生的合理且必要的**住院医疗费用**（见7.7），我们按本主险合同约定的保险金计算方法，计算并给付一般医疗保险金，但一般医疗保险金的累计给付金额不得超过其年度给付限额。

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必须在医院进行如下治疗发生的合理且必要的医疗费用：

- (1) 门诊肾透析费；
- (2) 门诊**恶性肿瘤**（见7.11）治疗费，包括**化学疗法**（见7.12）、**放射疗法**（见7.13）、**肿瘤免疫疗法**（见7.14）、**肿瘤内分泌疗法**（见7.15）、**肿瘤靶向疗法**（见7.16）治疗费用；
- (3) 器官移植后的门诊抗排异治疗费。

对于因上述治疗发生的合理且必要的（1）、（2）、（3）医疗费用，我们按本主险合同约定的保险金计算方法，计算并给付一般医疗保险金，但一般医疗保险金的累计给付金额不得超过其年度给付限额。

3. 门诊手术费

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的，对于因上述治疗发生的合理且必要的医疗费用，我们按本主险合同约定的保险金计算方法，计算并给付一般医疗保险金，但一般医疗保险金的累计给付金额不得超过其年度给付限额。

4. 住院前后门诊急诊费用

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（含住院当日）7日（含）和出院后（含出院当日）30日（含）内，与该次住院相同原因而发生的门急诊医疗费用，此项费用不包括门诊肾透析、门诊恶性肿瘤治疗、器官移植后的门诊抗排异治疗费和门诊手术费。

对于因上述治疗发生的合理且必要的医疗费用，我们按本主险合同约定的保险金计算方法，计算并给付一般医疗保险金，但一般医疗保险金的累计给付金额不得超过其年度给付限额。

恶性肿瘤医疗保险金

在保险期间内，被保险人在等待期后**初次确诊**（见7.17）罹患恶性肿瘤，在医院接受治疗的，我们首先按照前款约定给付一般医疗保险金，当我们累计给付金额达到一般医疗保险金的保险金额后，我们依照下列约定给付恶性肿瘤医疗保险金：

1. 恶性肿瘤住院医疗费用

被保险人因罹患恶性肿瘤经医院具有相应资质的医生诊断必须住院治疗的，对于住院期间发生的合理且必要的**恶性肿瘤住院医疗费用**（见7.18），我们按本主险合同约定的保险金计算方法，计算并给付恶性肿瘤医疗保险金，但恶性肿瘤医疗保险金的累计给付金额不得超过其年度给付限额。

2. 恶性肿瘤特殊门诊医疗费用

被保险人因罹患恶性肿瘤经医院具有相应资质的医生诊断在医院进行如下治疗发生的合理且必要的医疗费用：

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。

对于因上述治疗发生的合理且必要的医疗费用，我们按本主险合同约定的保险金计算方法，计算并给付恶性肿瘤医疗保险金，但恶性肿瘤医疗保险金的累计给付金额不得超过其年度给付限额。

3. 恶性肿瘤门诊手术医疗费用

被保险人因罹患恶性肿瘤经医院具有相应资质的医生诊断必须接受门诊手术治疗的，对于因上述治疗发生的合理且必要的医疗费用，我们按本主险合同约定的保险金计算方法，计算并给付恶性肿瘤医疗保险金，但恶性肿瘤医疗保险金的累计给付金额不得超过其年度给付限额。

4. 恶性肿瘤住院前后门诊急诊费用

被保险人因罹患恶性肿瘤经医院具有相应资质的医生诊断，在住院前（含住院当日）7日（含）和出院后（含出院当日）30日（含）内因恶性肿瘤而发生的必须接受住院治疗的门急诊医疗费用，此项费用不包括上述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。

对于因上述治疗发生的合理且必要的医疗费用，我们按本主险合同约定的保险金计算方法，计算并给付恶性肿瘤医疗保险金，但恶性肿瘤医疗保险金的累计给付金额不得超过其年度给付限额。

保险金计算方法

在本主险合同有效期内，被保险人因疾病或意外伤害经确诊需要住院治疗、特殊门诊治疗、门诊手术治疗或住院前后的门诊急诊治疗的，对于在其投保计划对应的医院范围内进行上述治疗发生的、合理且必要的医疗费用，即保险责任范围内的医疗费用，按照如下公式计算每次就诊应当给付的保险金：

一次就诊应当给付的保险金额 = (被保险人发生的医疗费用的有效金额 - 年免赔额余额) * 赔付比例

说明：

(1) **一次就诊**指一次住院，或一次门诊（包括特殊门诊或住院前后的门急诊）。
一次住院指被保险人因疾病或意外伤害住院治疗，自入院日起至出院日止之期间；但如果因同一原因再次住院，且前次出院与下次住院间隔未超过30日，视为同一次住院。

一次门诊指被保险人在一日（零时起至二十四时止）在同一所医院同一个科室的就诊。

(2) **被保险人发生的医疗费用的有效金额** = 被保险人每次就诊发生的合理且必要的属于保险责任范围内的医疗费用 - 被保险人从**社会医疗保险**（见7.19）或**公费医疗**获得的费用补偿。

(3) **年免赔额余额**是指前次理赔经“被保险人该次就诊发生的医疗费用的有效金额”抵扣剩余的免赔额。举例来说,假设免赔额为10000,如未就诊过,则免赔额余额为10000;如第一次就诊累计的“保险责任范围内医疗费用”为5000,通过社会医疗和公费医疗获取的补偿金额为2000,则针对本次就诊后的“有效金额”为3000,本次就诊后免赔额余额变为7000(10000-3000),本次赔付为0;如第二次就诊累计的“保险责任范围内医疗费用”为17000,通过社会医疗和公费医疗获取的补偿金额为9000,则针对本次就诊医疗费用有效金额为8000元,免赔额余额为0(7000-8000),本次赔付为1000。

(4) 当被保险人该次就诊发生的医疗费用的有效金额>年免赔额余额时,本次赔付金额>0;

当被保险人该次就诊发生的医疗费用的有效金额≤年免赔额余额时,本次赔付金额=0;

(5) 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,保险人在给付保险金时,不再扣除年免赔额;

(6) **赔付比例**:如投保时被保险人以有社会医疗保险或公费医疗的身份参保,但本次就诊时被保险人未使用社会医疗保险或公费医疗的,则该赔付比例为60%;在其他情况下,该赔付比例为100%。

补偿原则和赔付标准

一般医疗保险金和恶性肿瘤保险金两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(包括社会医疗保险、公费医疗、工作单位、本公司在内的任何商业保险机构等)取得补偿的,我们将按上述约定计算并给付保险金,且最高给付金额不超过被保险人实际发生的医疗费用扣除其所获补偿后的余额。

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**(见7.20)(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,且符合一般医疗和恶性肿瘤两项保险责任范围内的,我们按照本合同的约定承担保险责任。本主险合同于保险期间届满时终止,我们不再接受该被保险人再次投保本保险。

2.4 责任免除

因下列情形之一,造成被保险人医疗费用支出的,我们不承担给付保险金的责任:

(1) 被保险人所患**既往症**(见7.21)及保险单中特别约定的除外疾病引起的相关费用;

(2) **遗传性疾病**(见7.22),**先天性畸形、变形或染色体异常**(见7.23)引起的医疗费用;

(3) 疗养、视力矫正手术、各种健康体检项目及预防性医疗项目、牙科保健及牙科治疗、康复治疗、非意外事故所致整容手术;

(4) 如下项目的治疗:皮肤色素沉着、痤疮治疗、红斑痤疮治疗;雀斑、老年斑、痣的治疗和去除;对浅表静脉曲张、蜘蛛脉、除瘢痕疙瘩型外的其它瘢痕、纹身去除、皮肤变色的治疗或手术;激光美容、除皱、除眼袋、开双眼皮、治疗斑秃、白发、秃发、脱发、植毛、脱毛、隆鼻、隆胸;

(5) 各种矫形及生理缺陷的手术和检查治疗项目,包括但不限于平足及各种非功能性整容、矫形手术费用;

(6) 各种健美治疗项目,包括但不限于营养、减肥、增胖、增高费用;

- (7) 不孕不育治疗、人工受精、怀孕、宫外孕、分娩（含难产）、流产、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；
- (8) 包皮环切术、包皮剥离术、包皮气囊扩张术、性功能障碍治疗；
- (9) 除心脏瓣膜、人工晶体、人工关节之外的其他人工器官材料费、安装和置换等费用、各种康复治疗器械、假体、义肢、自用的按摩保健和治疗用品、所有非处方医疗器械；
- (10) 耐用医疗设备（指各种康复设备、矫形支具以及其他耐用医疗设备）的购买或租赁费用；
- (11) 被保险人**感染艾滋病病毒或患艾滋病**（见 7.24）期间因疾病导致的；
- (12) 精神和行为障碍（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）（见 7.25）确定）、性病；
- (13) 未经医生处方自行购买的药品或非医院药房购买的药品、滋补类中草药及其泡制的各类酒制剂、医生开具的超过 30 天部分的药品费用；
- (14) 投保人对被保险人的故意杀害、故意伤害；
- (15) 被保险人故意自伤、故意犯罪或抗拒依法采取的刑事强制措施；
- (16) 被保险人殴斗、**醉酒**（见 7.26），主动吸食或注射**毒品**（见 7.27）；
- (17) 从事**潜水**（见 7.28）、跳伞、**攀岩**（见 7.29）、蹦极、驾驶滑翔机或滑翔伞、**探险**（见 7.30）、**武术比赛**（见 7.31）、摔跤比赛、**特技表演**（见 7.32）、赛马、赛车等高风险运动导致的伤害引起的治疗；
- (18) 由于**职业病**（见 7.33）、**医疗事故**（见 7.34）引起的医疗费用；
- (19) 被保险人**酒后驾驶**（见 7.35）、**无合法有效驾驶证驾驶**（见 7.36）或**驾驶无有效行驶证**（见 7.37）的**机动车**（见 7.38）导致交通意外引起的医疗费用；
- (20) 核爆炸、核辐射或核污染、化学污染；恐怖袭击、战争、军事冲突、暴乱或武装叛乱；
- (21) 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（从医院确定出院之日起发生的一切医疗费用）；
- (22) 被保险人接受实验性治疗，即未经科学或医学认可的医疗；
- (23) 未被治疗所在地权威部门批准的治疗，未获得治疗所在地政府许可或批准的药品或药物；
- (24) 各类医疗鉴定，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；
- (25) 被保险人未遵医嘱私自服用、涂用、注射药物。

2.5 其他免责条款

除“2.4 责任免除”外，本主险合同中还有一些免除保险人责任的条款，详见“2.2 等待期”、“2.3 保险责任”、“3.2 保险事故通知”、“6.2 年龄错误”、“7 释义”及附表中背景突出显示的内容。

③ 如何申请领取保险金

3.1 受益人

除另有约定外，本主险合同的的受益人为被保险人本人。

3.2 保险事故通知

请您、被保险人或受益人在知道保险事故发生后 10 日内通知我们。如果您、被保险人或受益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，我们对无法确定的部分，不承担给付保险金的责任，但我们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

生或者虽未及时通知但不影响我们确定保险事故的性质、原因、损失程度的除外。

被保险人应在本主险合同中约定的医院就诊，若因急诊未在约定的医院就诊的，应在3日内通知我们，并在病情好转后及时转入约定的医院。

3.3 保险金申请

在申请保险金时，请按照下列方式办理：

保险金申请

由受益人填写保险金给付申请书，并提供下列证明和资料：

- (1) 保险合同；
 - (2) 受益人的有效身份证件；
 - (3) 医疗机构出具的完整病历资料（包括医院出具的医疗诊断书、门急诊病历、住院病历或出院小结、检查检验报告及药品明细处方）；
 - (4) 医院出具的医疗费用原始凭证和医疗费用结算清单（被保险人享有社会保险或公费医疗保障的，需包含按社会保险或公费医疗有关规定取得医疗费用补偿的证明）；
 - (5) 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式检验报告；
 - (6) 所能提供的与确认保险事故的性质、原因等有关的其他证明和资料。
- 以上证明和资料不完整的，我们将及时一次性通知受益人补充提供有关证明和资料。

3.4 保险金的给付

我们在收到保险金给付申请书及上述有关证明和资料后，将在5日内作出核定；情形复杂的，在30日内作出核定。

对属于保险责任的，我们在与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；若我们在收到保险金给付申请书及上述有关证明和资料后第30日仍未作出核定，除支付保险金外，我们将从第31日起按超过天数赔偿受益人因此受到的利息损失。如我们要求投保人、被保险人或者受益人补充提供有关证明和资料的，上述30日期间会扣除投保人、被保险人或者受益人补充提供有关证明和资料期间，扣除期间自我们作出的通知到达投保人、被保险人或者受益人之日起，至投保人、被保险人或者受益人按照通知要求补充提供的有关证明和资料到达保险人之日止。利息按照我们公示的利率按单利计算，且保证该利率不低于中国人民银行公布同期金融机构人民币活期存款基准利率。

对不属于保险责任的，我们自作出核定之日起3日内向受益人发出拒绝给付保险金通知书并说明理由。

我们在收到受益人的保险金给付申请书及有关证明和资料之日起60日内，对给付保险金的数额不能确定的，根据已有证明和资料可以确定的数额先予支付；我们最终确定给付保险金的数额后，将支付相应的差额。

④ 如何支付保险费

4.1 保险费的支付

本主险合同的保险费依据被保险人的年龄、是否有社会保险或公费医疗确定，并在保险单中载明。

重新投保

如被保险人在保险期间内未罹患本合同定义的重大疾病（无论一种或者多种），在本合同保险期间届满后60日内，您可为该被保险人申请重新投保本合同。您向我们提出投保申请，并经我们审核同意并收取保险费后，新的合同生效，具体的生效日以我们另行签发的保险单的日期为准。

您就被保险人提出重新投保申请时，我们有权根据该被保险人年龄、医疗费用水平变化、本合同整体运营状况调整该被保险人在连续投保时对应的费率。保险费率调整（见4.3）适用于本合同所有被保险人或同一投保年龄段的所有被保险人。如本保险产品统一停售，则保险人不再接受投保人重新投保申请。

4.2 保险费率调整

您的保费会随着您的年龄增长而上升。同时，我们每年都会检视费率，使其反映我们的整体理赔经验和医疗通胀等在内的一系列因素。我们将根据本主险合同计算费率所用的计算基础与实际情况的偏差程度，决定保险费率是否调整及调整幅度。本保险的费率调整针对所有被保险人，或同一投保年龄、同一投保区域等某一类人群的被保险人。

我们进行保险费率调整后，您须按调整后重新投保当时的保险费率支付保险费，保险费率调整前您已经支付的保险费不受影响。

如果您不同意费率调整的，您可以放弃重新投保本保险。

⑤ 如何解除保险合同

5.1 合同解除

您可以申请解除本主险合同，请填写解除合同申请书并向我们提供下列资料：

- （1）保险合同；
- （2）您的有效身份证件；

自我们收到解除合同申请书时起，本主险合同终止。我们自收到解除合同申请书之日起30日内向您退还本主险合同的**现金价值**（见7.39）。

您申请解除合同会遭受一定损失。

解除合同后，您会失去原有的保障。

⑥ 其他需要关注的事项

6.1 明确说明与如实告知

订立本主险合同时，我们会向您说明本主险合同的内容，对本主险合同中免除我们责任的条款，我们在订立合同时会在投保书、保险单或其他保险凭证上作出足以引起您注意的提示，并对该条款的内容以书面或口头形式向您作出明确说明，未作提示或者明确说明的，该条款不产生效力。

我们会就您和被保险人的有关情况提出询问，您应当如实告知。

如果您故意或者因重大过失未履行前款规定的如实告知义务，足以影响我们决定是否同意承保或者提高保险费率的，我们有权解除本主险合同。

如果您故意不履行如实告知义务，对于本主险合同解除前发生的保险事故，我们不承担给付保险金的责任，并不退还保险费。

如果您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，对于本主险合同解除前发生的保险事故，我们不承担给付保险金的责任，但会退还保险费。

我们在合同订立时已经知道您未如实告知的情况的，我们不得解除合同；发生保险事故的，我们承担给付保险金的责任。

- 6.2 **年龄错误** 您在申请投保时，应将与有效身份证件相符的被保险人的出生日期在投保单上填明，如果发生错误按照下列方式办理：
(1) 您申报的被保险人年龄不真实，并且其真实年龄不符合本主险合同约定投保年龄限制的，我们有权解除合同，并向您退还本主险合同的现金价值。
(2) 您申报的被保险人年龄不真实，致使您实付保险费少于应付保险费的，我们有权更正并要求您补交保险费。若已经发生保险事故，在给付保险金时按实付保险费和应付保险费的比例给付。
(3) 您申报的被保险人年龄不真实，致使您实付保险费多于应付保险费的，我们会将多收的保险费退还给您。
- 6.3 **合同内容变更** 本主险合同有效期内，经您与我们协商一致，可以变更本主险合同的有关内容，变更本主险合同的，应当由我们在保险单或者其他保险凭证上批注或者附贴批单，或者由您与我们订立变更的书面协议。
您通过我们同意或者认可的网站等互联网渠道提出对本主险合同进行变更，视为您的书面申请，您向我们在线提交的电子信息与您向我们提交的书面文件具有相同的法律效力。
- 6.4 **联系方式变更** 为了保障您的合法权益，您预留的住所、通讯地址、电话或电子邮箱等联系方式变更时，请及时以书面形式或双方认可的其他形式通知我们。若您未以书面形式或双方认可的其他形式通知我们，我们按本主险合同载明的最后联系方式发送的有关通知，均视为已送达给您。
- 6.5 **效力终止** 当发生下列情形之一时，本主险合同效力终止：
(1) 被保险人身故；
(2) 本主险合同中列明的其他合同解除的情形。
- 6.6 **争议处理** 本主险合同履行过程中，双方发生争议不能协商解决的可依法直接向有管辖权的法院提起诉讼。

7 释义

- 7.1 **周岁** 指按**有效身份证件**（见 7.2）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。
- 7.2 **有效身份证件** 指政府有权机关颁发的能够证明其合法真实身份的证件或文件等，如居民身份证、按规定可使用的有效护照、营业执照等。
- 7.3 **住院** 指被保险人因疾病或意外伤害而入住医院的正式病房进行治疗，并正式办理入院出院手续，**不包括入住门诊观察室、家庭病床、挂床住院或其他不合理的住院**。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。
- 7.4 **保险事故** 指保险合同约定的保险责任范围内的事故。
- 7.5 **意外伤害** 指遭受外来的、突发的、非本意的、非疾病的使身体受到伤害的客观事件。

7.6 医院

指中华人民共和国境内（港、澳、台地区除外）合法经营的二级以上（含二级）公立医院或保险人认可的医院的普通部（不包含其中的特需医疗、外宾医疗、干部病房），不包括疗养院、护理院、康复中心、戒酒或戒毒中心、精神心理治疗中心以及无相应医护人员或设备的二级或三级医院的联合医院或联合病房。

被保险人在非合同约定的医疗机构就诊发生的医疗费用，我们不承担给付保险金的责任。

7.7 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

指住院期间实际发生的、不高于双人病房的住院床位费（不包括单人病房、套房、家庭病床）。

（2）加床费

指未满18周岁的被保险人在住院治疗期间，我们根据合同约定给付其合法监护人（限一人）在医院留宿发生的加床费；或女性被保险人在住院治疗期间，我们根据合同约定给付其一周岁以下哺乳期婴儿在医院留宿发生的加床费。

（3）重症监护室床位费

指住院期间出于**医学必要**（见7.8）被保险人需在重症监护室进行合理且必要的医疗而产生的床位费。重症监护室指配有中心监护台、心电监护仪及其他监护抢救设施，相对封闭管理，符合重症监护病房（ICU）、冠心病重症监护病房（CCU）标准的单人或多人监护病房。

（4）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。

（5）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、也可以合并病房费等其他款项内。

（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）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，具体以就诊医院的费用项目划分为准。

本项责任不包含如下费用：**物理治疗、中医理疗及其他特殊疗法**（见7.9）费用。

（8）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。**药品费中不包含中草药费用。**

（9）医生费

指包括外科医生、麻醉师、内科医生、**专科医生**（见7.10）的费用。

（10）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。

- 7.8 医学必要** 指被保险人接受治疗或服务、使用器械或服用药品符合以下条件：
(1) 医师处方要求且对治疗被保险人疾病或伤害合适且必需；
(2) 在范围、持续期、强度、护理上不超过为被保险人提供安全、恰当、合适的诊断或治疗所需的水平；
(3) 与接受治疗当地普遍接受的医疗专业实践标准一致；
(4) 非主要为了个人舒适或为了被保险人父母、家庭、医师或其他医疗提供方的方便；
(5) 非病人学术教育或职业培训的一部分或与之相关；
(6) 非试验性或研究性。
- 7.9 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。
- 7.10 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) 在二级或二级以上医院的相应科室从事临床工作三年以上。
- 7.11 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。
- 7.12 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、服用药物等方式的化疗。
- 7.13 放射疗法** 指针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。
- 7.14 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。

- 7.15 肿瘤内分泌疗法** 指针对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局批准用于临床治疗。
- 7.16 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的药物需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。
- 7.17 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。
- 7.18 恶性肿瘤住院医疗费用** 包括床位费、加床费、重症监护室床位费、护理费、膳食费、检查检验费、治疗费、药品费、医生费、手术费。各项费用释义同“7.7 住院医疗费用”。
- 7.19 社会医疗保险** 本主险合同所称的社会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、新型农村合作医疗等政府举办的基本医疗保障项目。
- 7.20 重大疾病** 指被保险人初次发生符合下列定义的疾病，或初次接受符合下列定义的手术。该疾病或手术应当由专科医生明确诊断。
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》（以下简称为“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。下列疾病不属于本合同所定义的重大疾病：

- (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 日后，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 日后，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**（见 7.20.1）；
(2) **语言能力或咀嚼吞咽能力完全丧失**（见 7.20.2）；
(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**（见 7.20.3）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、腔镜手术不属于本合同所定义的重大疾病。
- (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 日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** 指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、脑血管性疾病不属于本合同所定义的重大疾病。
- (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属于本合同所定义的重大疾病。

**(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日后，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属于本合同所定义的重大疾病。

**(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**（见7.20.4）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。

在0至3周岁保单周年日期间，被保险人因疾病导致的双耳失聪不属于本合同所定义的重大疾病。

**(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。

在0至3周岁保单周年日期间，被保险人因疾病导致的双目失明不属于本合同所定义的重大疾病。

**(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日后或意外伤害发生180日后，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属于本合同所定义的重大疾病。

**(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日后，

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属于本合同所定义的重大疾病。

**(二十)
严重Ⅲ度烧伤**

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（见 7.20.5）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属于本合同所定义的重大疾病。

在 0 至 3 周岁保单周年日期间，被保险人因疾病导致的语言能力丧失不属于本合同所定义的重大疾病。

**(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属于本合同所定义的重大疾病。

**7.20.1
肢体机能完全丧失**

针对本条 7.20 中产生的释义如下：

肢体机能完全丧失是指肢体的三大关节中的两大关节僵硬，或不能随意识活动。肢体是指包括肩关节的整个上肢或包括髋关节的整个下肢。

7.20.2 语言能力或咀嚼 吞咽能力完全丧失	语言能力完全丧失是指无法发出四种语音（包括口唇音、齿舌音、口盖音和喉头音）中的任何三种、或声带全部切除，或因大脑语言中枢受伤害而患失语症。咀嚼吞咽能力完全丧失是指因牙齿以外的原因导致器质障碍或机能障碍，以致不能作咀嚼吞咽运动，除流质食物外不能摄取或吞咽的状态。
7.20.3 六项基本日常生活活动	六项基本日常生活活动是指： （1）穿衣：自己能够穿衣及脱衣； （2）移动：自己从一个房间到另一个房间； （3）行动：自己上下床或上下轮椅； （4）如厕：自己控制进行大小便； （5）进食：自己从已准备好的碗或碟中取食物放入口中； （6）洗澡：自己进行淋浴或盆浴。
7.20.4 永久不可逆	永久不可逆是指自疾病确诊或意外伤害发生之日起，经过积极治疗 180 日后，仍无法通过现有医疗手段恢复。
7.20.5 心功能状态分级	指美国纽约心脏协会心功能状态的分级标准： I 级：体力活动不受限制，日常活动不引起乏力、心悸、呼吸困难或心绞痛等症状。 II 级：体力活动轻度受限，休息时无症状，日常活动即可引起乏力、心悸、呼吸困难或心绞痛。 III 级：体力活动明显受限，休息时无症状，轻于日常的活动即可引起上述症状。 IV 级：不能从事任何体力活动，休息时亦有症状，体力活动后加重。
7.21 既往症	指在本主险合同生效之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、本主险合同生效前，医生已有明确诊断，长期治疗未间断； 2、本主险合同生效前，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、本主险合同生效前发生，未经医生诊断和治疗，但症状明显且持续存在，以普通人医学常识应当知晓。
7.22 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。
7.23 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。
7.24 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。
7.25 《疾病和有关健康	指世界卫生组织（WHO）制定的国际统一的疾病分类方法，它根据疾病的病

问题的国际统计分类》(ICD-10)

因、病理、临床表现和解剖位置等特性，用一种系统有序的组合编码的方法对疾病进行分类。目前世界通用的是第 10 次修订本《疾病和有关健康问题的国际统计分类》，(ICD-10) 是该分类第 10 次修订本的简称。

- 7.26 **醉酒** 指每百毫升血液的酒精含量大于或等于 100 毫克。
- 7.27 **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。
- 7.28 **潜水** 指使用辅助呼吸器材在江、河、湖、海、水库、运河等水域进行的水下运动。
- 7.29 **攀岩** 指攀登悬崖、楼宇外墙、人造悬崖、冰崖、冰山等运动。
- 7.30 **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，而故意使自己置身于其中的行为，如：江河漂流、登山、徒步穿越沙漠或人迹罕至的原始森林等活动。
- 7.31 **武术比赛** 指两人或两人以上对抗性柔道、空手道、跆拳道、散打、拳击等各种拳术及使用器械的对抗性比赛。
- 7.32 **特技表演** 指进行马术、杂技、驯兽等表演。
- 7.33 **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。
- 7.34 **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。
- 7.35 **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。
- 7.36 **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。
- 7.37 **无有效行驶证** 指下列情形之一：
1、未取得行驶证；
2、机动车被依法注销登记的；
3、未依法按时进行或通过机动车安全技术检验。

- 7.38 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。
- 7.39 现金价值 现金价值的计算分两种情况：
(1) 首次投保或在上一保险期间届满 60 日后重新投保的：
如果保险经过天数 ≤ 30 天，现金价值=保险费 $\times (1-35\%)$ ；
如果保险经过天数 > 30 天，现金价值=保险费 $\times (1-35\%) \times [1 - (\text{保险经过天数} - 30) / (\text{保险期间的天数} - 30)]$ ，经过天数不足 1 天的按 1 天计算。
(2) 上一保险期间届满 60 日内重新投保的：
现金价值=保险费 $\times (1-35\%) \times (1 - \text{保险经过天数} / \text{保险期间的天数})$ ，经过天数不足 1 天的按 1 天计算。

附表：

平安个人住院（2017）医疗保险计划表

单位：人民币元

保障计划		
年度保险金赔付 限额	一般医疗保险金	100 万
	恶性肿瘤医疗保险金	100 万
年免赔额	1 万，恶性肿瘤无免赔额 从社会医疗保险及公费医疗以外第三方 取得的医疗费用补偿，可抵扣免赔额	
赔付比例	100%赔付 (如被保险人以有社会医疗保险或公费 医疗的身份参保，但就诊时未使用社会医 疗保险或公费医疗的，则赔付比例为 60%)	
保障项目		保险金赔付限额
一般医疗保险金	住院医疗费用	同一般医疗保险金年度赔付限额
	特殊门诊医疗费用	
	住院前 7 天后 30 天门急诊费用	
	门诊手术费	
恶性肿瘤医疗保 险金	恶性肿瘤住院医疗费用	同恶性肿瘤医疗保险金年度赔付限额； 一般医疗保险金用完之后才开始给付恶 性肿瘤医疗保险金
	恶性肿瘤特殊门诊医疗费用	
	恶性肿瘤住院前 7 天后 30 天门急诊 费用	
	恶性肿瘤门诊手术费	