



请扫描以查询验证条款

阅读指引

本阅读指引有助于您理解条款，对“平安惠宁保住院补充医疗保险合同”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.....1.6
- ❖ 被保险人可以享受本主险合同提供的保险保障.....2.2
- ❖ 您有退保的权利.....5.1



您应当特别注意的事项

- ❖ 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.....1.6、2.1、2.2、2.3、3.2、6.1、6.2、7、附表
- ❖ 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
- ❖ 您有及时向我们通知保险事故的义务.....3.2
- ❖ 请留意条款所称医院的特定含义.....7.5
- ❖ 费用型医疗险是适用补偿原则的.....2.2
- ❖ 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
- ❖ 本主险合同的保险期间为1年.....1.7



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

<p>1. 您与我们的合同</p> <p>1.1 合同构成</p> <p>1.2 合同成立与生效</p> <p>1.3 保险对象</p> <p>1.4 投保年龄</p> <p>1.5 保障区域</p> <p>1.6 犹豫期</p> <p>1.7 保险期间与不保证续保</p> <p>2. 我们提供的保障</p> <p>2.1 保险计划</p> <p>2.2 保险责任</p> <p>2.3 责任免除</p> <p>2.4 其他免责条款</p> <p>3. 如何申请领取保险金</p> <p>3.1 受益人</p> <p>3.2 保险事故通知</p> <p>3.3 保险金申请</p> <p>3.4 保险金的赔付</p> <p>3.5 诉讼时效</p> <p>4. 如何支付保险费</p> <p>4.1 保险费的支付</p> <p>4.2 保险费率</p> <p>5. 如何解除保险合同</p> <p>5.1 您解除合同的手续及风险</p>	<p>6. 其他需要关注的事项</p> <p>6.1 明确说明与如实告知</p> <p>6.2 年龄错误</p> <p>6.3 合同内容变更</p> <p>6.4 联系方式变更</p> <p>6.5 效力终止</p> <p>6.6 争议处理</p> <p>7. 释义</p> <p>7.1 周岁</p> <p>7.2 有效身份证件</p> <p>7.3 保险事故</p> <p>7.4 意外伤害</p> <p>7.5 医院</p> <p>7.6 住院</p> <p>7.7 住院医疗费用</p> <p>7.8 医学必要</p> <p>7.9 物理治疗、中医理疗及其他特殊疗法</p> <p>7.10 基本医疗保险</p> <p>7.11 醉酒</p> <p>7.12 毒品</p> <p>7.13 酒后驾驶</p> <p>7.14 无合法有效驾驶证驾驶</p> <p>7.15 无有效行驶证</p> <p>7.16 机动车</p>	<p>7.17 感染艾滋病病毒或患艾滋病</p> <p>7.18 遗传性疾病</p> <p>7.19 先天性畸形、变形或染色体异常</p> <p>7.20 特定既往症</p> <p>7.21 《疾病和有关健康问题的国际统计分类》（ICD-10）</p> <p>7.22 现金价值</p> <p>附表 1: 平安惠宁保住院补充医疗保险计划表</p>
--	---	--

平安惠宁保住院补充医疗保险条款

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、保险合同、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与我们之间订立的保险合同的构成部分。
“平安惠宁保住院补充医疗保险合同”以下简称为“本主险合同”。
- 1.2 合同成立与生效** 您提出投保申请，我们审核您的投保申请和被保险人健康状况后同意承保，本主险合同成立。
本主险合同自我们同意承保，并签发保险单时开始生效，我们开始承担保险责任的时间以保单记载的起讫时间为准。
- 1.3 保险对象** 本主险合同仅接受投保时在南京市参保基本医疗保险且符合投保年龄要求的南京市居民作为被保险人。
- 1.4 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 28 日且已健康出院的婴儿。
- 1.5 保障区域** 本主险合同的**保障区域为中华人民共和国江苏省南京市**。被保险人在保障区域外就医的，不属于保险责任范围，请在就医时加以关注。
- 1.6 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）。自我们收齐上述资料时起，本主险合同即被解除，犹豫期内解除保险合同的，合同解除前发生的**保险事故**（见 7.3）我们不承担保险责任。
- 1.7 保险期间与不保证续保** 本主险合同的保险期间为 1 年，**不保证续保**。保险期间届满，您需要重新向我们申请投保本产品，并经我们同意，交纳保险费，获得新的保险合同。
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 保险计划** 本主险合同的**保险金赔付总限额、免赔额、保险责任（详见 2.2 条）中各项保险金的限额、各项保险金范围内不同的细分项目限额等本条款未提及的约定，均在保险计划中约定**。保险计划由您在投保时与我们确定，并以本条款 1.1 条所列明的形式明确。

2.2 保险责任

免赔额

本主险合同中的免赔额是指被保险人在保险期间内发生的、虽然属于本主险合同保险责任范围内的医疗费用，但依照本主险合同约定仍旧由被保险人自行承担，我们不予赔付的金额。只有当保险期间内的免赔额因以下两种情况抵扣完毕时，我们才开始按照约定承担一般医疗保险金的赔付责任：

1. 被保险人自行承担的属于本主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；
2. 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主险合同保险责任范围内的医疗费用补偿。

举例来说，假设免赔额为 20000，如被保险人在保险期间内未就诊过，则免赔额余额为 20000；如第一次就诊累计的“保险责任范围内医疗费用”为 8000，针对本次就诊理赔后免赔额余额为 12000，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 16000，则针对本次就诊理赔后免赔额余额为 0，本次赔付为 4000 乘以赔付比例。由于免赔额已抵扣完毕，在该被保险人剩余的保险期间内，不再需要抵扣免赔额。

请注意：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。

等待期

除另有约定外，本主险合同生效日起 30 天内（含第 30 天）为等待期。被保险人在投保后至等待期结束前产生的医疗费用，我们不承担赔付保险金的责任。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，我们都不承担本主险合同所有保险金的赔付责任。

以下两种情形，无等待期：

- （1）因**意外伤害**（见 7.4）发生上述情形的；
- （2）根据本条款 1.7 条的约定获得新的保险合同并经我们审核免除被保险人的等待期的。

如果在等待期后发生保险事故，我们按照下列方式赔付保险金：

保险责任

请您特别关注本主险合同基本责任约定的医院范围，如无特别约定，被保险人在本主险合同约定的医院范围（见 7.5）外接受诊疗，尤其是**私立医院，公立医院特需部、vip 部、国际部或国际医疗中心接受诊疗的**，对于因此产生的医疗费用我们将不承担基本责任项下的所有保险责任。

住院医疗保险金

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患疾病，在本主险合同约定的**医院**（见 7.5）接受治疗产生如下医疗费用的，我们依照下列约定在一般医疗保险金赔付限额内给付保险金：

住院医疗保险金：

被保险人因疾病或意外伤害经医院诊断必须住院治疗，对于被保险人**住院**（见 7.6）期间发生的属于南京市基本医疗保险范围内的必须由被保险人自行承担的合理且必要的**住院医疗费用**（见 7.7），我们在确定免赔额已抵扣完毕后，在住院医疗保险金的给付限额内按约定的赔付比例给付住院医疗保险金。

对等待期后本主险合同到期日前发生的且延续至本主险合同到期日后 30 日内的住院治疗，对于合理且必要的住院医疗费用，我们仍然按照上述约定计算并给付一般医疗保险金，但累计给付金额不超过本项保险金给付限额。

赔付比例

除本主险合同另有约定外，对于住院医疗保险责任，我们在确认免赔额已抵扣完毕后，对于属于保险金赔付责任范围内的医疗费用按照下列比例进行赔付：

- （1）被保险人以参加南京市基本医疗保险身份进行住院诊疗且住院医疗费用经

过南京市基本医疗保险结算的，赔付比例为 100%。

(2) 被保险人在就诊治疗时未使用南京市基本医疗保险结算的，赔付比例为 20%。

最高给付金额

对于上述各项保险责任，我们均按上述约定赔付各项费用责任的保险金，但各项费用的累计赔付日数以不超过各对应保险金项目最高赔付日数为限，各项费用的累计赔付日数达到其对应项最高赔付日数时，我们对被保险人的该项保险责任终止；

各项保险金责任的累计赔付金额以不超过各对应项的保险金赔付限额为限，各项费用的累计赔付金额达到其对应项的限额时，我们对被保险人的该项保险金赔付责任终止。对于某项保险赔付责任同时包含最高赔付日数和赔付限额的，只要该项责任的累计赔付日数达到最高赔付日数或者累计赔付金额达到该项责任限额二者之一，该项保险责任都会终止。

保险期间内我们赔付的保险金总额以本主险合同约定的保险金赔付总限额为限，各项费用的累积赔付保险金金额达到保险金赔付总限额的，不管是否某一项保险金责任达到其单项限额，本主险合同均完全终止。

补偿原则

被保险人已从其他途径（包括**基本医疗保险**（见 7.10）或公费医疗、城乡居民大病保险、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。

2.3 责任免除

因下列情形之一，造成被保险人发生医疗费用的，我们不承担赔付保险金的责任：

- (1) 投保人对被保险人的故意杀害、故意伤害；
- (2) 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；
- (3) 被保险人殴斗、**醉酒**（见 7.11），主动吸食或注射**毒品**（见 7.12）；
- (4) 被保险人**酒后驾驶**（见 7.13）、**无合法有效驾驶证驾驶**（见 7.14），或驾驶**无有效行驶证**（见 7.15）的**机动车**（见 7.16）；
- (5) 被保险人**感染艾滋病病毒或患艾滋病**（见 7.17）导致的；
- (6) 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；
- (7) 特定疾病以外的**遗传性疾病**（见 7.18）、**先天性畸形、或染色体变形或染色体异常**（见 7.19）；
- (8) 保险单中特别约定的除外疾病及其并发症；
- (9) 被保险人所患**特定既往症**（见 7.20）及保险单中特别约定的除外疾病、等待期内出现疾病、等待期内接受检查但在等待期后确诊的疾病；等待期内药物过敏、食物中毒、细菌或病毒感染（但因意外事故导致伤口感染者除外）或其他医疗导致的伤害。
- (10) 不孕不育治疗、人工受精、怀孕、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；
- (11) 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 7.21）确定）、性病；
- (12) 疗养、矫形、视力矫正手术、美容、牙科保健及康复治疗、非意外事故所致整容手术；
- (13) 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；

(14) 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；

(15) 各种健美治疗项目，包括但不限于营养、减肥、增胖、增高费用；

(16) 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；

(17) 本主险合同中未列明的耐用医疗设备、非一次性医疗器械的的购买或租赁费用；

(18) 各种医疗咨询和健康预测：如健康咨询、睡眠咨询、性咨询、心理咨询（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）确定的精神和行为障碍以外的一般心理问题，如职场问题、家庭问题、婚恋问题、个人发展、情绪管理等）等费用；

(19) 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）；

(20) 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。

(21) 代诊，无原始发票的费用，电话咨询费，没有按时就诊的预约费用，非医师处方要求的服务费用，不在执业范围的医疗服务费用，不符合专业认可标准或者为进行适当治疗所不必要的医疗和牙科服务费用，非医学必需的费用，超过通常惯例水平的费用；

(22) 包皮环切术、包皮剥离术、包皮气囊扩张术、性功能障碍治疗；

(23) 因道路交通事故引起的被保险人住院医疗费用。

符合以下任一条件的相关医疗费用，我们不承担保险责任：

- 未经医生建议自行进行的任何治疗或未经医生处方自行购买的药品；
- 虽然有医生处方或建议，但药品、医疗器械或医疗耗材不是自开具该处方的医生所执业的医院购买的（以收费票据为准）；
- 虽然有医生建议，但相关治疗不是在医院进行的或相关费用不是由医院收取的（以相关医疗费票据为准）；
- 滋补类中草药及其泡制的各类酒制剂涉及的药品费用；
- 虽然有医生处方，但剂量的超过 30 天部分的药品费用。

2.4 其他免责条款

除“2.3 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 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

除另有指定外，本主险合同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，不承担赔付保险金的责任，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约定的医院就诊，若因急诊未在本主险合同约定的医院就诊的，应在 3 日内通知我们，并在病情好转后及时转入本主险合同约定的医院。

3.3 保险金申请 在申请本主险合同保险金时，请按照下列方式办理：

保险金申请

由受益人填写保险金赔付申请书，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) 医院出具的入出院证明或门急诊证明；
- (4) 医院出具的医疗诊断书及住院或门急诊发生医疗费用的原始凭证、医疗费用结算清单、病历（若发生手术费用还需提供手术费用的原始凭证）；
- (5) 检查检验报告及药品明细和处方；
- (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，我们将一次性通知受益人补充提供有关证明和资料。经我们同意，受益人可以免于提供部分以上列明的证明和资料。

3.4 保险金的赔付

我们在收到保险金赔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赔付保险金的协议后 10 日内，履行赔付保险金义务；若我们在收到保险金赔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的同时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赔付保险金通知书并说明理由。

我们在收到保险金赔付申请书及有关证明和资料之日起 60 日内，对赔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；我们最终确定赔付保险金的数额后，将支付相应的差额。

3.5 诉讼时效

受益人向我们请求赔付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。

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按照被保险人的年龄确定。您应当在投保时一次性支付保险费。

4.2 保险费率

您的保费会随着被保险人的年龄增长而变化。由于本主险合同不保证续保，保险合同中随附的费率表仅供您参考，不作为后续您重新投保时支付保险费金额的约定。

⑤ 如何解除保险合同

5.1 您解除合同的手续及风险

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 7.22）。

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。
- 我们就您和被保险人的有关情况提出询问，您应当如实告知。**我们的询问和您的告知将记载于本主险合同中作为保险合同的重要组成部分。**
- 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，我们不承担赔付保险金的责任，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，我们不承担赔付保险金的责任，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，我们承担赔付保险金的责任。
- 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书上填明，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，在赔付保险金时按实付保险费和应付保险费的比例赔付。
- (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** 在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书面的变更协议。
- 您通过我们同意或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住所或通讯地址所发送的有关通知，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，可以达成仲裁协议通过仲裁解决，也可依法直接向法院提起诉讼。

7 释义

- 7.1 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。
- 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 保险事故 指保险合同约定的保险责任范围内的事故。
- 7.4 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。
- 7.5 医院 指中华人民共和国南京市地域范围内合法经营的医保定点医院的普通部（不包含公立或私立医院的特需医疗、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。
本主险合同另有约定的，按该约定执行。
- 7.6 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，并正式办理入出院手续，不包括入住门诊观察室、家庭病床、其他挂床住院及不合理的住院。
- 7.7 住院医疗费用 指被保险人住院期间发生的，由医院收取并开具收费凭证的属于南京市基本医疗保险范围内的医疗费用，包括：
(1) 床位费
指住院期间实际发生的、不高于单人病房的住院床位费（不包括套房）。
(2) 加床费
指未满18周岁的被保险人在住院治疗期间，我们根据合同约定赔付其合法监护人（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，我们根据合同约定赔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、也可以合并并在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。药品费中不含中草药费用、营养补充类药品费用，免疫功能调节类药品费用，美容即减肥类药品费用和预防类药品费用。

(9) 医生费

指包括外科医生、麻醉师、内科医生、专科医生的费用。

(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。**

(11) 救护车使用费

指住院期间以抢救生命或治疗疾病为目的，根据医生建议，被保险人需医院转诊过程中的医院用车费用，且救护车的使用仅限于同一城市中的医疗运送。

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 基本医疗保险

本主险合同所称的基本医疗保险是指《中华人民共和国社会保险法》所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。

7.11 醉酒

指每百毫升血液的酒精含量大于或等于 100 毫克。

- 7.12 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。
- 7.13 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《中华人民共和国道路交通安全法》的规定认定为饮酒后驾驶或醉酒后驾驶。
- 7.14 无合法有效驾驶证驾驶** 指下列情形之一：
（1）没有取得驾驶资格的情况下驾驶任何按中华人民共和国法律法规规定应当持有驾驶资格才能够驾驶的交通工具或在驾驶此等交通工具时驾驶资格证件处于暂扣、吊销或注销状态；
（2）驾驶与驾驶资格不符合的交通工具或进行与驾驶资格不符合的交通运输行为，如驾驶与所持机动车驾驶证准驾车型不相符合的机动车；
（3）持审验不合格的驾驶证或持应审验未审验的驾驶证驾驶；
（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。
- 7.15 无有效行驶证** 指下列情形之一：
（1）被保险人所驾驶的交通工具未按中国法律规定取得行驶证等公共道路行驶资格证明；
（2）被保险人所驾驶的交通工具被依法注销登记的；
（3）被保险人所驾驶的交通工具未依法按时进行或通过机动车安全技术检验等法律规定的定期或不定期安全检验。
- 7.16 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车辆。
- 7.17 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。
- 7.18 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。
- 7.19 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、变形或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。
- 7.20 特定既往症** 所谓既往症，指在本主险合同生效前被保险人已经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，医生已有明确诊断，但未予治疗；或者未经医生诊

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。

本主险合同所称的特定既往症，是指符合既往症定义的如下疾病：

1. 恶性肿瘤（含白血病、淋巴瘤）

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。

2. 肾功能不全

A、慢性肾功能不全（非透析治疗）

指双肾功能慢性不可逆性衰竭，达到氮质血症期，符合以下标准：（1）血肌酐大于正常值；（2）肌酐清除率 $<50\text{ml}/\text{分}$ ；（3）伴贫血 $\leq 90\text{g}/\text{L}$ ；（4）合并高血压（ $>140/90\text{mmHg}$ ）；（5）B超检查肾脏缩小。

B、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，经诊断后已经进行规律性透析治疗或实施了肾脏移植手术。

3. 肝硬化、肝功能不全

A、肝硬化

指符合以下标准：（1）有慢性肝脏病病史；（2） $\text{ALT}>2$ 倍正常值；（3）白蛋白 $\leq 35\text{g}/\text{L}$ ；（4）B超等影像学证据；（5）总胆红素 $>34.2\mu\text{mol}/\text{L}$ 。

B、肝功能不全

指因慢性肝脏疾病导致肝功能衰竭，有下列并发症之一者：严重感染、胸水或腹水、上消化道出血、肝性脑病、肝肾综合症；并符合以下标准两项之一：

（1）B超或CT影像学证实，脾增大，门静脉 $>1.5\text{cm}$ ，脾静脉 $>1.2\text{cm}$ ，脾脏厚度 $>4\text{cm}$ 。食道或胃底静脉曲张或腹水征（+），少数可出现肝性胸水；（2）肝活检组织检查见假小叶形成。

4. 缺血性心脏病（含冠心病、心肌梗死）、慢性心功能不全（心功能三级及以上）

A、缺血性心脏病（含冠心病、心肌梗死）：

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，并符合以下标准至少三项：（1）具有心绞痛的临床表现，有静息性缺血性心电图改变或动态心电图有缺血改变，或运动试验阳性，有多种危险因素存在；（2）超声心动图有典型性节段性改变；（3）以往冠状动脉造影阳性，狭窄 $\geq 50\%$ ；（4）有明确急性心肌梗塞病史。

B、慢性心功能不全（心功能 III 级及以上）

指符合以下标准至少三项：（1）基础心脏病变；（2）NYHA 心功能 III 级以上，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过度疲劳、心悸、气喘或心绞痛；（3）心电图、负荷试验、X线、超声心动图等客观检查评估心脏病变 C 级及以上；（4）心脏射血分数（EF） $<50\%$ 。

5. 脑血管疾病（脑梗死、脑出血）

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。同时符合以下三项标准：（1）急性起病（少数可亚急性起病），临床表现为局灶性神经功能缺失（如肢体瘫痪、感觉障碍、颅神经障碍、失语等），甚至伴有意识障碍；（2）经CT、MRI或CSF检查确诊的脑梗死、脑出血及蛛网膜下腔出血；（3）目前临床上还应有可查出下列一种或一种以上障碍：一肢或一肢以上肢体机能完全丧失、语言能力或咀嚼吞咽能力完全丧失、自主生活能力完全丧失。

6. 高血压病（III期）

指非药物状态下至少 2 次以上非同日多次重复测定所得的平均值收缩压 $\geq 160\text{mmHg}$ 和（或）舒张压 $\geq 100\text{mmHg}$ ；并符合以下标准至少一项：（1）脑血管意

外或高血压脑病；（2）左心衰竭；（3）肾功能衰竭；（4）眼底出血或渗出，有或无视神经乳头水肿。

7. 慢性阻塞性肺病、慢性呼吸衰竭

指因呼吸道疾病导致的阻塞性肺病及呼吸功能衰竭，同时符合以下标准：（1）有慢性支气管炎、支气管哮喘等病史；（2）发病缓慢，反复咳嗽、咳痰等。早期在劳动时有气短，随病情进展而加重，并伴有疲乏、体重减轻、紫绀及劳动力丧失；（3）查体：典型者有桶状胸，胸廓呼吸运动减弱，语音震颤减弱，叩诊呈过度清音，心浊音界缩小或消失，肝浊音界下移，听诊呼吸音减弱；（4）胸部 X 线检查：肺野透光度增强，周围血管影象减少、变细，膈肌下降、变平，活动度减弱，肋骨走行变平，肋间隙增宽，心影垂直、狭长，或有肺大泡；（5）肺功能检查：残气容积 / 肺总量 (RV / TLC) >35%，第一秒用力气量 / 用力肺活量 (FEV1 / FVC) <60%，最大通气量 (MVV) 占预计值百分比 <80%。

8. 糖尿病且伴有并发症

指胰岛素依赖型糖尿病 (I 型糖尿病) 或空腹血糖 $\geq 7.0 \text{ mmol/L}$ 和 / 或餐后 2 小时血糖 $\geq 11.1 \text{ mmol/L}$ ，非同一天检测 2 次以上；经饮食和运动治疗后，血糖仍达到上述标准的 II 型糖尿病，并伴有以下至少两项并发症标准：

- （1）心电图或超声心动图显示心肌缺血 ST-T 段下移 $\geq 0.05 \text{ mV}$ 或左室肥厚；
- （2）CT 或 MRI 报告显示脑出血或脑梗塞且伴后遗症；
- （3）尿常规检查尿蛋白 (++) 或 (++) 以上；
- （4）眼底检查视网膜病变 II 期或 II 期以上；
- （5）周围血管病变，肢端破溃、渗出。

9. 系统性红斑狼疮

指一种自身免疫性结缔组织病，于体内有大量致病性自身抗体和免疫复合物，造成组织损伤，须符合符合美国风湿病学 (ARA) 诊断标准，有 1 个或 1 个以上脏器损害的中、重度病人。符合以下标准中的 4 项或 4 项以上方可诊断系统性红斑狼疮：

- （1）颧颊部红斑；
- （2）盘状狼疮；
- （3）光敏感；
- （4）口腔溃疡；
- （5）非侵蚀性关节炎；
- （6）蛋白尿 ($>0.5 \text{ g/d}$) 或尿细胞管型；
- （7）癫痫发作或精神病；（8）胸膜炎或心包炎；
- （9）溶血性贫血或白细胞减少 ($<4000 / \text{mm}^3$) 或淋巴细胞减少 ($<1500 / \text{mm}^3$) 或血小板减少 ($<100000 / \text{mm}^3$)；
- （10）抗 ds-DNA 抗体或抗 Sm 抗体或 LE 细胞或梅毒血清反应假阳性；
- （11）荧光抗核抗体阳性。

10. 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。

11. 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）全血细胞减少，网织红细胞绝对值减少；

- （2）一般无肝脾肿大；（3）骨髓穿刺检查或骨髓活检结果支持诊断；（4）能除外其他全血细胞减少的疾病（如阵发性睡眠性血红蛋白尿、骨髓增生异常综合征、恶性组织细胞病等）；（5）一般来说抗贫血药物治疗无效。

12. 溃疡性结肠炎

指伴有致命性电解质紊乱的急性暴发性溃疡性结肠炎，病变累及全结肠，临床表现为有持续或反复发作的腹泻、粘液脓血便伴腹痛、里急后重和不同程度的全身症状，可有有关节、皮肤、眼、口及肝、胆等肠外表现。在排除细菌性痢疾、阿米巴痢疾、慢性血吸虫病、肠结核等感染性结肠炎及结肠克罗恩病、缺血性结肠炎、放射性结肠炎等疾病的基础上，符合以下标准之一即可诊断：

(1) 结肠镜检查 3 项中之任何一项和 (或) 粘膜病理活检支持 (2) 钡剂灌肠检查 3 项中之任何一项，①粘膜粗乱和 (或) 颗粒样改变；②肠管边缘呈锯齿状或毛刺样，肠壁有多发性小充盈缺损；③肠管短缩，袋囊消失呈铅管样。

7.21 《疾病和有关健康问题的国际统计分类》(ICD-10) 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。

7.22 现金价值 现金价值的计算分两种情况：

(1) 本主险合同包含等待期的情况：

如果保险经过天数 ≤ 30 天，现金价值 = 已交保险费 $\times (1 - 35\%)$ ；

如果保险经过天数 > 30 天，现金价值 = 已交保险费 $\times (1 - 35\%) \times [1 - (\text{保险经过天数} - 30) / (\text{本合同生效日至保险费交至日的天数} - 30)]$ ，经过天数不足 1 天的按 1 天计算。

(2) 本主险合同免除等待期的情况：

现金价值 = 已交保险费 $\times (1 - 35\%) \times (1 - \text{保险经过天数} / \text{本合同生效日至保险费交至日的天数})$ ，经过天数不足 1 天的按 1 天计算。

附表1：平安惠宁保住院补充医疗保险计划表

单位：人民币元

年度保险金 赔付限额	住院医疗保险金	100 万
住院医疗保险金免赔额		2 万
赔付比例		100%赔付 (如被保险人就诊时未使用基本医疗保险结算的, 则赔付比例为 20%)