



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“平安住院（普惠版）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
- ❖ 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.....1.4、2.1、2.2、2.3、2.4、2.5、2.6、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.....2.5
- ❖ 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.....7.7
- ❖ 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

1. 您与我们的合同	6. 其他需要关注的事项	7. 18 恶性肿瘤住院医疗费用
1.1 合同构成	6.1 明确说明与如实告知	7.19 基本医疗保险
1.2 合同成立与生效	6.2 年龄错误	7.20 既往症
1.3 投保年龄	6.3 合同内容变更	7.21 遗传性疾病
1.4 犹豫期	6.4 联系方式变更	7.22 先天性畸形、变形或染色体异常
1.5 保险期间与不保证续保	6.5 效力终止	7.23 感染艾滋病病毒或患艾滋病
1.6 保障区域	6.6 争议处理	7.24 《疾病和有关健康问题的国际统计分类》(ICD-10)
2. 我们提供的保障	7. 释义	7.25 醉酒
2.1 免赔额	7.1 周岁	7.26 毒品
2.2 等待期	7.2 有效身份证件	7.27 潜水
2.3 医院范围	7.3 住院	7.28 攀岩
2.4 保险责任	7.4 恶性肿瘤	7.29 探险
2.5 保险金计算方法	7.5 专科医生	7.30 武术比赛
2.6 责任免除	7.6 意外伤害	7.31 特技表演
2.7 其他免责条款	7.7 医院	7.32 职业病
3. 如何申请领取保险金	7.8 住院医疗费用	7.33 医疗事故
3.1 受益人	7.9 医学必要	7.34 酒后驾驶
3.2 保险事故通知	7.10 物理治疗、中医疗疗及其他特殊疗法	7.35 无合法有效驾驶证驾驶
3.3 保险金申请	7.11 化学疗法	7.36 无有效行驶证
3.4 保险金的给付	7.12 放射疗法	7.37 机动车
4. 如何支付保险费	7.13 肿瘤免疫疗法	7.38 保险费约定支付日
4.1 保险费的支付	7.14 肿瘤内分泌疗法	7.39 现金价值
4.2 宽限期	7.15 肿瘤靶向疗法	7.40 总保险金给付限额
4.3 保险费率	7.16 门诊手术费	
5. 如何解除保险合同	7.17 门诊急诊医疗费用	
5.1 合同解除		

附表：平安住院（普惠版）医疗保险计划表

平安住院（普惠版）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。
“平安住院(普惠版)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** 您提出保险申请、我们同意承保，本主险合同成立。
本主险合同生效日以保险单或其他保险凭证所载的日期为准。
- 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。
本产品接受的首次投保年龄为 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。被保险人年满 99 周岁前（含 99 周岁），保险期间届满，可以重新向我们申请投保本产品，并经过我们同意，交纳保险费，获得新的保险合同。
- 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。
- 1.6 **保障区域** 本主险合同的保障区域为中国大陆（不包括港澳台地区）。

② 我们提供的保障

- 2.1 **免赔额** 指发生在保险期间内且属于本主险合同保险责任范围内的费用，必须首先由被保险人自行负担的金额，我们对此不负责给付保险金。当发生的保险责任范围内的费用超过该金额时，我们才开始对超过部分承担相应的保险责任。
- 2.2 **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。

被保险人在投保后至等待期结束之日前罹患本主险合同约定的**恶性肿瘤**（见 7.4）的，我们不承担给付保险金的责任，本主险合同终止，我们向您无息退还所有保险费。

以下两种情形，无等待期：

（1）因意外伤害（见 7.6）发生上述情形的；

（2）根据本条款 1.5 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。

2.3 医院范围

被保险人可以就诊的医院范围由您在投保时和我们约定并在保险单上载明。

被保险人在约定的医院范围内就诊，对于保险责任范围内的医疗费用，我们承担保险责任；如被保险人未在约定的医院范围内就诊，我们不承担保险责任。

上述所称医院，须为当地合法注册的医疗机构，但不包括疗养院、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。

2.4 保险责任

本主险合同的保险责任分为基本责任和可选责任。

您可以单独投保基本责任，也可以在投保基本责任的基础上增加一项或多项可选责任，但不能单独投保可选责任。

在您与我们达成一致并以 1.1 条列举的方式通过书面或电子方式载明的前提下，各项保险责任（包括基本责任）可以约定不同的单项责任限额、单项责任赔付比例、单项责任免赔额，两项或两项以上保险责任可以约定共同责任限额。

根据您与我们的协商，本主险合同可以约定**总保险金给付限额**（见 7.40），并在保单上载明。保险期间内我们向您给付的保险金和津贴达到总保险金给付限额时，即使部分或全部责任项目未达到该项保险责任的给付限额，我们也将不再承担保险责任，本主险合同终止。

在本主险合同保险期间内，我们承担如下保险责任：

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**医院**（见 7.7）普通部（质子重离子医疗保险金责任除外，详见相关保险责任）接受治疗的，我们依照下列约定给付保险金：

基本责任：

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的，对于住院期间发生的合理且必要的**住院医疗费用**（见 7.8），我们按本主险合同约定的保险金计算方法，在该项保险金的给付限额内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，我们仍然按照约定的方法计算并给付住院医疗保险金，但住院医疗保险金的累计给付金额不超过保单载明的相关责任限额和最高给付日数。

在保险期间内（包括 30 日延续期内），因疾病或意外住院的最高给付日数为 180 日，累计疾病或意外住院超过 180 日发生的医疗费用，不属于保险责任范围。

可选责任：

指定门诊医疗保险金

被保险人因疾病或意外伤害在医院进行如下合理且必要的治疗所发生的医疗费用：

1. 门诊肾透析费；

2. 门诊**恶性肿瘤**（见7.4）治疗费，包括**化学疗法**（见7.11）、**放射疗法**（见7.12）、**肿瘤免疫疗法**（见7.13）、**肿瘤内分泌疗法**（见7.14）、**肿瘤靶向疗法**（见7.15）治疗费用；
3. 器官移植后的门诊抗排异治疗费；
4. 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，我们按本主险合同和保单约定的保险金计算方法，在该项保险金的给付限额内给付指定门诊医疗保险金，且各项保险金的累计给付金额不超过保单约定的总保险金给付限额。

住院前后门诊急诊医疗费用

被保险人在住院前后各30日内，因与该次住院相同原因而进行合理且必要的**门诊急诊医疗费用**（见7.17）。

对于因上述治疗发生的合理且必要的医疗费用，我们按本主险合同和保单约定的保险金计算方法，在该项保险金的给付限额内给付住院前后门诊急诊医疗保险金，且各项保险金的累计给付金额不超过保单约定的总保险金给付限额。

住院前后门诊急诊医疗费用中不包括门诊肾透析、门诊恶性肿瘤治疗（包括**化学疗法**（见7.11）、**放射疗法**（见7.12）、**肿瘤免疫疗法**（见7.13）、**肿瘤内分泌疗法**（见7.14）、**肿瘤靶向疗法**（见7.15）治疗费用）、器官移植后的门诊抗排异治疗费和门诊手术费。

恶性肿瘤住院医疗费用

在保险期间内，被保险人自其本人出生以来初次被确诊罹患恶性肿瘤，我们将首先在住院医疗保险金保险责任的范围内支付保险金至其限额后，继续依照下列约定给付恶性肿瘤住院医疗保险金：

被保险人因其本人自出生以来初次罹患恶性肿瘤，经医院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，在该项保险金的给付限额内给付恶性肿瘤住院医疗保险金。

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，对于合理且必要的恶性肿瘤住院医疗费用，我们仍然按照约定的方法计算并给付恶性肿瘤住院医疗保险金，但各项保险金的累计给付金额不超过总保险金给付限额。

在保险期间内（包括30日延续期内），因疾病（不区分住院是否因恶性肿瘤）或意外住院的最高给付日数为180日，恶性肿瘤住院和非恶性肿瘤住院累计超过180日发生的医疗费用，不属于保险责任范围。

恶性肿瘤特殊门诊医疗保险金

在您投保时选择投保了指定门诊医疗保险金责任前提下，我们将首先在指定门诊医疗保险金保险责任的范围内支付保险金至其限额后，继续依照下列约定给付恶性肿瘤特殊门诊医疗保险金：

被保险人因其本人自出生以来初次被确诊罹患恶性肿瘤在医院进行如下治疗发生的合理且必要的医疗费用：

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，在该项保险金的给付限额内给付恶性肿瘤特殊门诊医疗保险金，且各项保险金的累计给付金额不超过总保险金给付限额。

本项保险金责任必须与指定门诊医疗保险金一并选择投保，单独投保无效。

恶性肿瘤住院前

在您投保时选择投保了住院前后门诊急诊医疗保险金的前提下，我们将首先在住院

后门诊急诊医疗 保险金

前后门诊急诊医疗保险金保险责任的范围内支付保险金至其限额后，继续依照下列约定给付恶性肿瘤住院前后门诊急诊医疗保险金：

被保险人因其本人自出生以来初次罹患恶性肿瘤，在住院前后各30日内，因为恶性肿瘤而发生的门诊急诊医疗费用。

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，在该项保险金的给付限额内给付恶性肿瘤住院前后门诊急诊医疗保险金，且各项保险金的累计给付金额不超过总保险金给付限额。

恶性肿瘤住院前后门诊急诊医疗费用中不包括恶性肿瘤特殊门诊医疗保险金所列明的医疗费用。

本项保险金责任必须与住院前后门诊急诊医疗保险金一并选择投保，单独投保无效。

住院津贴

在保险期间内，被保险人在等待期后因疾病经医院确诊必须住院治疗的，本公司自被保险人每次住院的第4日起每日按保单约定的住院日额津贴给付住院日额津贴保险金至被保险人出院日，每次疾病住院给付日数为合理住院日数减3日。

在保险期间内，被保险人因遭受意外伤害事故，经医院确诊必须住院治疗的，本公司按其合理住院日数乘以保单约定的住院日额津贴给付住院日额津贴保险金。

住院日额津贴保险金累计给付日数最多为180日，累计给付住院日额津贴保险金的日数达到180日时，对该被保险人该项保险责任终止。

质子重离子医疗 保险金

在保险期间内，被保险人在等待期后因其本人自出生以来初次被确诊罹患恶性肿瘤，在上海质子重离子医院，暨复旦大学附属肿瘤医院质子重离子中心接受质子重离子治疗的，治疗期间所发生的质子重离子医疗费用，本公司根据合同约定的赔付比例给付质子重离子医疗保险金，且以本合同约定的质子重离子医疗保险金累计给付限额或限制为限。质子重离子放射治疗而发生的相关费用，包括床位费、膳食费、护理费、医生费、检查检验费、治疗费、药品费，但本项责任下不包括化学疗法、放射疗法、肿瘤免疫疗法、肿瘤内分泌疗法和肿瘤靶向疗法所产生的医疗费用。

本项保险责任指定医疗机构为上海质子重离子医院，暨复旦大学附属肿瘤医院质子重离子中心，我们会根据实际情况调整质子重离子医疗保险金的指定医疗机构，并在我们的官方网站进行展示。

2.5 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、指定门诊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=（该次就诊保险责任范围内的医疗费用-单项责任免赔额余额或本合同总免赔额余额）× 责任赔付比例 × 基本医疗保险赔付比例

说明：

（1）**一次就诊**指一次住院，或一次门诊（包括指定门诊或住院前后的门诊急诊）。
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）**该次就诊保险责任范围内的医疗费用**=基本医疗保险范围内的医疗费用×基本

医疗保险范围内的医疗费用折算比例+基本医疗保险范围外的医疗费用×基本医疗保险范围外的医疗费用折算比例。基本医疗保险范围内、外的医疗费用折算比例根据您与我们的约定，以 1.1 条列举的形式在保险合同中确定。

基本医疗保险范围内的医疗费用：是指按照**基本医疗保险**（见 7.19）或公费医疗的相关规定，属于基本医疗保险或公费医疗范围内的医疗费用，扣除从基本医疗保险或公费医疗已经取得的补偿（如无补偿，则补偿为零）后的余额。

基本医疗保险范围外的医疗费用：是指按照基本医疗保险或公费医疗的相关规定，不属于基本医疗保险或公费医疗范围内的医疗费用。

（3）**免赔额余额**是指前次理赔经“保险责任范围内的医疗费用”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 8000，则针对本次就诊理赔后免赔额余额为 2000，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 6000，则针对本次就诊理赔后免赔额余额为 0，本次赔付为 4000。

免赔额是指本主险合同保险期间内对应的免赔额。在基本医疗保险或公费医疗报销部分，不能计入免赔额；在其它商业保险已报销部分以及个人自付部分，只要符合本主险合同赔付条件的，均可以计入年免赔额。

（4）当某次就诊保险责任范围内的医疗费用>年免赔额余额时，本次赔付金额>0；当某次就诊保险责任范围内的医疗费用≤年免赔额余额时，本次赔付金额=0。

（5）**责任赔付比例：**为 $b\%$ ($0 \leq b \leq 100$)，根据您与我们的约定确定，并以 1.1 条所列形式载明于保险合同。当该比例为 0% 时，表明该项费用不属于保险责任范围，赔付为 0。

（6）**医院赔付比例：**为 $c\%$ ($0 \leq c \leq 100$)，根据您与我们的约定确定，并以 1.1 条所列形式载明于保险合同，不同医院的赔付比例可能不同。

（7）**基本医疗保险赔付比例：**如投保时被保险人以有基本医疗保险或公费医疗的身份参保，但就诊时未使用基本医疗保险或公费医疗的，则赔付比例为 60%；其他情况下，该赔付比例为 100%。

最高给付金额

在一个保险期间内，被保险人不论一次或多次在医院进行治疗，我们均按上述约定在各项责任年限额内给付保险金，超过单项责任限额的部分，我们不承担该项保险责任；各项责任累计给付金额不超过本主险合同的总保险金给付限额，累计给付金额达到或超过总保险金给付限额时，超过部分我们不承担保险责任，本主险合同保险责任终止。

补偿原则

若被保险人已从其他途径（包括基本医疗保险、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。

2.6 责任免除

因下列情形之一，导致被保险人发生恶性肿瘤，或者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 7.20）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 7.21），**先天性畸形、变形或染色体异常**（见 7.22）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、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 7.23）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 7.24）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) 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；

(15) 投保人对被保险人的故意杀害、故意伤害；

(16) 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；

(17) 被保险人殴斗、**醉酒**（见 7.25），主动吸食或注射**毒品**（见 7.26）；

(18) 从事**潜水**（见 7.27）、跳伞、**攀岩**（见 7.28）、蹦极、驾驶滑翔机或滑翔伞、**探险**（见 7.29）、**武术比赛**（见 7.30）、摔跤比赛、**特技表演**（见 7.31）、赛马、赛车等高风险运动导致的伤害引起的治疗；

(19) 由于**职业病**（见 7.32）、**医疗事故**（见 7.33）引起的医疗费用；

(20) 被保险人**酒后驾驶**（见 7.34）、**无合法有效驾驶证驾驶**（见 7.35）或**驾驶无有效行驶证**（见 7.36）的**机动车**（见 7.37）导致交通意外引起的医疗费用；

(21) 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；

(22) 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）；

(23) 被保险人接受实验性治疗，即未经科学或医学认可的医疗；

(24) 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；

(25) 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。

2.7 其他免责条款

除“2.6 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”、“2.4 保险责任”、“3.2 保险事故通知”、“6.1 明确说明与如实告知”“6.2 年龄错误”、“7 释义”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) 医院出具的附有病理显微镜检查、血液检验及其它科学方法检验报告的疾病诊断证明书；
 - (4) 医院出具的医疗诊断书、医疗病历或出院小结、检查检验报告及药品明细处方；
 - (5) 医院出具的医疗费用原始凭证和医疗费用结算清单（被保险人享有基本医疗保险或公费医疗保障的，需包含按基本医疗保险或公费医疗有关规定取得医疗费用补偿的证明）；
 - (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的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按照被保险人的年龄、是否有基本医疗保险或公费医疗以及投保时您所选计划确定。
- 4.2 **宽限期** 分期支付保险费的，在支付首期保险费后，除本主险合同另有约定外，如果您到期未支付保险费，自**保险费约定支付日**（见 7.38）的次日零时起 30 日为宽限期。如您在宽限期内补交保险费，那么对您宽限期内发生的保险事故，我们仍承担保险责任。
如您在宽限期届满时仍未交纳保险费，则**本保险合同的保险期间自上一交费周期结束时终止**。对于保险期间终止后发生的保险事故，我们不再承担保险责任。
- 4.3 **保险费率** 您每次投保应缴纳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 **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。**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未满期净保险费。
- (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,可以达成仲裁协议通过仲裁解决,也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 **恶性肿瘤** 指由医院的**专科医生**(见 7.5)明确诊断,被保险人发生的符合以下定义的恶性肿瘤。

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。

7.5 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。

7.6 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。

7.7 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。

本主险合同另有约定的，按该约定执行。

7.8 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 7.9）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 7.10）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。**

7.9 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。

7.10 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。

7.11 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。

7.12 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。

7.13 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。

- 7.14 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局批准用于临床治疗。
- 7.15 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。
- 7.16 门诊手术费** 指门急诊发生的合理且必要的手术医疗费用，包括外科医生费、手术室费、恢复室费、麻醉费、手术监测费、手术辅助费、材料费、一次性用品费、术中用药费、手术设备费。
- 7.17 门诊急诊医疗费用** 指被保险人在医院门诊急诊治疗发生的医疗费用，包括：
(1) 医生诊疗费：指被保险人门急诊期间发生的主诊医生或会诊医生的劳务费用，包括挂号费。
(2) 治疗费：指门急诊发生的以治疗疾病为目的，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（释义同 7.10）费用。
(3) 检查检验费：指门急诊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。
(4) 药品费：被保险人每次门急诊发生的，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。
(5) 救护车使用费：指为抢救生命由急救中心派出的救护车运送被保险人至医疗机构的费用，救护车的使用仅限于同一城市中的医疗转送。
- 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、救护车使用费。各项费用释义同“7.8 住院医疗费用”。
- 7.19 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。
- 7.20 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。

7.21	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。
7.22	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。
7.23	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。
7.24	《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。
7.25	醉酒	指每百毫升血液的酒精含量大于或等于 100 毫克。
7.26	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。
7.27	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。
7.28	攀岩	指攀登悬崖、楼宇外墙、人造悬崖、冰崖、冰山等运动。
7.29	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。
7.30	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。
7.31	特技表演	指进行马术、杂技、驯兽等表演。
7.32	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。
7.33	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。
7.34	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。

- 7.35 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。
- 7.36 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。
- 7.37 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。
- 7.38 保险费约定支付日** 指保险合同生效日在每月、每季、每半年或每年（根据交费方式确定）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。
- 7.39 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。
- 7.40 总保险金给付限额** 指我们在本保险合同项下各项保险责任费用赔偿或者给付保险金责任总和的最高限额。