

太平财产保险有限公司
太平综合医疗保险条款
(太平财险)(备一医疗保险)【2017】(主) 016 号

总则

第一条本保险合同由保险条款、投保单、保险单或其他保险凭证、批单等组成。凡涉及本保险合同的约定，均应采用书面形式。

第二条本保险合同的被保险人包括：

(一) 主被保险人

凡投保时年龄在 0 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）至 60 周岁（连续参加本保险的，续保时最高年龄可放宽至 99 周岁），身体健康、能正常工作或正常生活，在中华人民共和国（不含香港、澳门、台湾，下同，以下简称“中国”）境内居住的中国国籍自然人，或持有中国政府部门签发的的工作签证、中国境内居留证或长期居住证且在中国境内居住停留时间不少于 9 个月的外籍自然人均可成为本保险合同的被保险人。

(二) 附属被保险人

经保险人同意并在本保险合同中载明，被保险人的以下家属可作为本合同的附属被保险人：

配偶：凡投保时年龄在 18 至 60 周岁（连续参加本保险的，续保时最高年龄可放宽至 99 周岁），身体健康、能正常工作、劳动或正常生活的主被保险人的合法配偶。

子女：凡出生满 30 天且健康出院、未满 18 岁的未婚、经济上完全依赖主被保险人的子女（全日制就读的子女，最高年龄可放宽至 23 周岁）。

父母：凡投保时年龄在 18 至 60 周岁（连续参加本保险的，续保时最高年龄可放宽至 99 周岁），身体健康、能正常工作、劳动或正常生活的被保险人（含附属被保险人）父母。

被保险人的家庭成员若与被保险人同时参保本保险，且投保人数在 3 人及以上时，可按照本保险合同的费率承保。

家庭成员仅包括以上被保险人的父母、被保险人投保时具有合法婚姻关系的配偶及被保险人子女。

第三条除另有约定外，本合同的各项保险金受益人均为被保险人本人。

第四条本合同约定的保险区域为中国境内（不包含香港、澳门和台湾），保险人仅对被保险人在约定保险区域内发生的保险事故承担保险责任。

保险责任

第五条保险期间内，被保险人在本保险合同约定的保险区域内遭受意外伤害，或自本保险合同生效之日起经过本保险合同约定的等待期（续保则不受等待期的限制）后因疾病在本合同约定的医疗机构治疗时发生的合理且必要的住院医疗费用，保险人将按照以下约定承担保险责任：

（一）一般医疗保险金

1. 住院医疗费用

被保险人因意外伤害或疾病经本保险合同约定的医疗机构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，保险人将按照本保险合同约定的保险金计算方法，在一般医疗保险金额内给付住院医疗保险金。

保险期间内，本保险合同住院医疗保险金的最高给付天数为 180 日；**累计住院时间超过 180 日的，对于超出部分保险人将不承担给付住院医疗保险金责任。**

经过等待期后在本保险合同到期日前发生的并延续至本保险合同到期日后 30 日内的住院治疗，对此期间发生的合理且必要的住院医疗费用，保险人仍将按照本保险合同的约定在一般医疗保险金额内给付住院医疗保险金。

2. 特殊门诊医疗费用

被保险人因意外伤害或疾病在本保险合同约定的医疗机构进行治疗期间发生以下合理且必要的特殊门诊医疗费用，保险人将按照本保险合同约定的保险金计算方法，在一般医疗保险金额内给付特殊门诊医疗保险金：

（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；

（4）门诊手术费。

3. 住院前后门诊急诊费用

被保险人在住院前或住院后 7 日内，因与本次住院相同病因发生的合理且必要的门诊急诊医疗费（不包括门诊肾透析费、门诊恶性肿瘤治疗费、器官移植后的门诊抗排异治疗费、门诊手术费），保险人将按照本保险合同约定的保险金计算方法，在一般医疗保险金额内给付住院前后门诊急诊保险金。

当累计给付的一般医疗保险金额达到本保险合同约定的一般医疗保险金额时，保险人给付一般医疗保险金额后本条第（一）款责任终止。

（二）恶性肿瘤医疗保险金

在保险期间内，被保险人在等待期后因初次确诊罹患恶性肿瘤并在合同约定的医疗机构接受治疗的，保险人首先按照本条第（一）款的约定给付一般医疗保险金；当保险人累计给付金额达到一般医疗保险金的保险金额的，保险人将按照以下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合同约定的医疗机构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，保险人按本保险合同约定的保险金计算方法，在恶性肿瘤医疗保险金额内给付恶性肿瘤住院医疗保险金。

保险期间内，本保险合同的恶性肿瘤住院医疗保险金的最高给付天数为 180 日；**累计住院时间超过 180 日的，对于超出部分保险人将不承担给付住院医疗保险金责任。**

经过等待期后在本保险合同到期日前发生的并延续至本保险合同到期日后 30 日内的恶性肿瘤住院治疗，对此期间发生的合理且必要的恶性肿瘤住院医疗费用，保险人仍将按照本保险合同的约定在恶性肿瘤医疗保险金额内给付恶性肿瘤住院医疗保险金。

2. 恶性肿瘤特殊门诊医疗费用

被保险人因罹患恶性肿瘤在合同约定的医疗机构进行门诊恶性肿瘤治疗的，对发生的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、肿瘤靶向疗法的治疗费用），保险人将按照本保险合同约定的保险金计算方法，在恶性肿瘤医疗保险金额内给付恶性肿瘤特殊门诊医疗保险金。

3. 恶性肿瘤门诊手术医疗费用

被保险人因罹患恶性肿瘤在合同约定的医疗机构进行恶性肿瘤门诊手术治疗的，对发生的恶性肿瘤门诊手术医疗费用，保险人将按照本保险合同约定的保险金计算方法，在恶性肿瘤医疗保险金额内给付恶性肿瘤门诊手术医疗保险金。

4. 恶性肿瘤住院前后门诊急诊费用

被保险人在住院前或住院后 7 日内，因恶性肿瘤而发生的恶性肿瘤门诊急诊医疗费用（不包括恶性肿瘤特殊门诊医疗费用、恶性肿瘤门诊手术医疗费用），保险人将按照本保险合同约定的保险金计算方法，在恶性肿瘤医疗保险金额内给付恶性肿瘤院前后门诊急诊保险金。

当累计给付的一般医疗保险金额与恶性肿瘤医疗保险金额之和达到本保险合同约定的一般医疗保险金额与恶性肿瘤医疗保险金额之和时，本保险合同责任终止。

（三）保险金计算方法

在本保险合同有效期内，被保险人因意外伤害或疾病经合同约定的医疗机构确诊需要住院治疗、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，对于被保险人在合同约定的医疗机构治疗时发生的、合理且必要的医疗费用，保险人将按照以下计算方法给付相应的保险金：

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，其中：

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急诊）。

其中，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）在同一合同约定的医疗机构同一个科室的就诊。

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或公费医疗获得的费用补偿，多次就诊被保险人累计发生的医疗费用的有效金额等于单次就诊被保险人发生的医疗费用的有效金额相加。

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。如假设免赔额为 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，则该次就诊理赔后免赔额余额为 0，本次赔付为 4000。

年免赔额是指在本保险合同约定的保险期间内对应的免赔额。在社保或公费医疗报销部分，不能计入年免赔额；在其它商业保险已报销部分以及个人自付部分，只要符合本保险合同约定赔付条件的，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大于年免赔额余额时，本次赔付金额大于 0；当某次就诊保险责任范围内的医疗费用小于等于年免赔额余额时，本次赔付金额等于 0。

5、赔付比例：如投保时被保险人无社会医疗保险或有社会医疗保险但本次就诊时未使用

社会医疗保险结算的，则保险人根据保险单上载明的给付比例进行赔付。

（四）补偿原则

如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，保险人将先扣除其所获补偿，并对扣除后余额按照前述约定计算并给付保险金。

责任免除

第六条因下列情形之一造成被保险人医疗费用支出的，保险人不承担给付保险金的责任：

- （一）既往症，或被保险人在投保前或在等待期内罹患的疾病；
- （二）遗传性疾病，先天性畸形、变形或染色体异常；
- （三）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；
- （四）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；
- （五）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；
- （六）各种健美治疗项目，包括但不限于营养、减肥、增胖、增高费用；
- （七）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；
- （八）包皮环切术、包皮剥离术、包皮气囊扩张术、性功能障碍治疗；
- （九）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；
- （十）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；
- （十一）被保险人感染艾滋病病毒或患艾滋病；
- （十二）被保险人患性病引起的医疗费用；
- （十三）未经医生处方自行购买的药品或在非合同约定的医疗机构药房购买的药品、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；
- （十四）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；
- （十五）投保人对被保险人的故意杀害、故意伤害；
- （十六）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；
- （十七）被保险人殴斗、醉酒，主动吸食或注射毒品；
- （十八）从事潜水、跳伞、攀岩、蹦极、驾驶滑翔机或滑翔伞、探险、武术比赛、摔跤

比赛、特技表演、赛马、赛车等高风险运动导致的伤害引起的治疗；

(十九) 由于职业病、医疗事故引起的医疗费用；

(二十) 被保险人酒后驾驶、无合法有效驾驶证驾驶或驾驶无有效行驶证的机动车导致交通意外引起的医疗费用；

(二十一) 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；

(二十二) 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（从合同约定的医疗机构确定出院之日起发生的一切医疗费用）；

(二十三) 被保险人接受实验性治疗，即未经科学或医学认可的医疗；

(二十四) 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；

(二十五) 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；

(二十六) 被保险人存在精神和行为障碍（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）。

保险金额和保险费

第七条 保险金额是保险人承担给付保险金责任的最高限额。

本合同的保险金额包括一般医疗保险金额和恶性肿瘤医疗保险金额，具体由投保人、保险人协商确定，并在保险单中载明。

第八条 投保人应该按照本合同约定向保险人交纳保险费。

保险期间

第九条 本合同的保险期间由保险人和投保人协商确定，具体以保险单载明的起讫时间为准，最长不得超过一年。

第十条 经保险人同意，投保人可于每个保险期间届满时或之前，按照续保当时保险人执行的费率向保险人缴纳续保保费，则本合同将延续有效一年。

保险人义务

第十一条 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。

第十二条 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。

第十三条 保险人依据第十九条、二十条所取得的保险合同解除权，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。自保险合同成立之日起超过二年的，保险人不得解除合同；发生保险事故的，保险人承担给付保险金责任。

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责任。

第十四条 保险人按照第二十三条的约定，认为投保人、被保险人或者受益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。

第十五条 保险人收到被保险人或者受益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。但保险责任的核定必须依赖于特定证明、鉴定、判决、裁定或其他证据材料的，保险人应在被保险人或者受益人提供或自行取得上述证据材料起三十日内作出核定。本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者受益人；对属于保险责任的，在与被保险人或者受益人达成给付保险金的协议后十日内，履行赔偿保险金义务。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三日内向被保险人或者受益人发出拒绝给付保险金通知书，并说明理由。

第十六条 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，对其赔偿保险金的数额不能确定的，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。

第十七条 保险人有权对理赔进行核查，投保人和被保险人有义务提供保险人所要求的相关材料。如果受益人向保险人提起虚假的保险金申请，保险人有权追回已支付的相应保险金，并对其它虚假理赔的申请且尚未支付的款项拒绝支付，并有权解除或者部分解除本合同。

投保人、被保险人义务

第十八条 除另有约定外，投保人应当在保险合同成立时交清保险费。**保险费未按约定及时足额交付前发生的保险事故，保险人不承担赔偿责任。**

第十九条 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。

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，不承担给付保险金责任，但应当退还保险费。

第二十条 投保人申请投保时，应按被保险人的周岁年龄和性别填写，如果发生错误按照下列方式办理：

（一）投保人申报的被保险人年龄不真实，并且其真实年龄不符合本合同约定投保年龄限制的，保险人有权解除本合同，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。对于解除本合同的，本合同自解除之日起终止，保险人向投保人退还未满期净保费。对于本合同解除前发生的保险事故，保险人不承担给付保险金的责任。

（二）投保人申报的被保险人年龄或者性别不真实，致使投保人实交保险费少于应交保险费的，保险人有权更正并要求投保人补交保险费。如果已经发生保险事故，在给付保险金时按实交保险费和应交保险费的比例给付。

（三）投保人申报的被保险人年龄或者性别不真实，致使投保人实交保险费多于应交保险费的，保险人会将多收的保险费无息退还给投保人。

第二十一条 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，保险人按本保险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。

第二十二条 投保人、被保险人或者保险金受益人知道保险事故发生后，应当在 48 小时内或经保险人书面同意延长的期限内通知保险人。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

第二十三条 保险金申请人请求赔偿时，应向保险人提供以下证明和资料。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的，保险人对无法核实部分不承担给付保险金的责任。**

(一) 保险金申请人填具的索赔申请书；

(二) 保险单或其他保险凭证正本；

(三) 被保险人身份证明；

(四) 如果被保险人住院，则须提供合同约定的医疗机构出具的被保险人入出院记录；

(五) 合同约定的医疗机构出具的附有病理检查、化验检查及其他医疗仪器检查报告的医疗诊断证明、病历及医疗、医药费原始单据、结算明细表与处方正本；首次申请理赔时，应提供合同约定的医疗机构出具的被保险人在本合同保险期间内历次的医疗诊断证明、病历及医疗、医药费原始单据、结算明细表与处方正本；

(六) 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；

(七) 被保险人继承人作为索赔申请人索赔时，需提供公安局户籍单位出具的继承关系证明。对于继承权或继承份额有争议的，继承人还需提供已生效的法院判决或仲裁裁决。

第二十四条 保险金申请人向保险人请求给付保险金的诉讼时效期间为二年，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

第二十五条 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或者争议发生后未达成仲裁协议的，依法向人民法院起诉。

第二十六条 与本保险合同有关的以及履行本保险合同产生的一切争议处理适用中华人民共和国法律（不包括香港、澳门、台湾地区法律）。

其他事项

第二十七条 除本合同另有约定外，经投保人和保险人协商同意后，可变更本合同的有关内容。变更本合同时，投保人应填写变更合同申请书，经保险人审核同意，并在本合同的保险单或其它保险凭证上加以批注，或由投保人和保险人订立变更的书面协议后生效。

第二十八条 在本保险合同成立后，投保人可以通过书面形式通知保险人解除合同，但保险人已根据本保险合同约定给付保险金的除外。

投保人解除本保险合同时，应提供下列证明文件和资料：

- (一) 保险合同解除申请书;
- (二) 保险单原件;
- (三) 保险费交付凭证;
- (四) 投保人身份证明;
- (五) 保险人需要的其它有关文件和资料。

投保人要求解除本保险合同，自保险人接到保险合同解除申请书之时起，本保险合同的效力终止。保险人收到上述证明文件和资料之日起 30 日内退还保险单的未到期净保费。

释义

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。

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，包括但不限于居民身份证、按规定可使用的有效护照、军官证、警官证、士兵证等证件。

医疗机构：指中华人民共和国境内（港、澳、台地区除外）经中国卫生部门评审确定的二级或以上公立医院，但不包含其中的**特需医疗、外宾医疗、干部病房。**

也不包括以下或类似医疗机构：

- 1、精神病院，精神心理治疗中心；
- 2、老人院、疗养院、戒毒中心或戒酒中心；
- 3、健康中心或天然治疗所、疗养或康复院；
- 4、无相应医护人员或设备的二级及以下的联合医院或联合病房。

住院：指被保险人因疾病或意外伤害而入住合同约定的医疗机构的正式病房进行治疗，并正式办理入出院手续，但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。其中，挂床住院指被保险人住院过程中一日内未接受与入院诊断相关的检查和治疗，或一日内住院不满二十四小时，遵医嘱到外院接受临时诊疗的除外。

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。

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，保险人根据合同约定给付其合法监护人（限一人）在合同约定的医疗机构留宿发生的加床费；或女性被保险人在住院治疗期间，保险人根据合同约定给付其一周岁以下哺乳期婴儿在合同约定的医疗机构留宿发生的加床费。

- (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，由作为合同约定的医疗机构内部专属部门的、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，具体以就诊合同约定的医疗机构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，被保险人需合同约定的医疗机构转诊过程中的合同约定的医疗机构用车费用，且救护车的使用仅限于同一城市中的医疗运送。

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。

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。

恶性肿瘤：指由合同约定的医疗机构的专科医生明确诊断，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 TNM 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。

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）在二级或二级以上合同约定的医疗机构的相应科室从事临床工作三年以上。

化学疗法：指针对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，在合同约定的医疗机构进行的静脉注射化疗。

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。本附加条款所指的放疗为被保险人根据医嘱，在合同约定的医疗机构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。

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。

恶性肿瘤住院医疗费：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。

社会医疗保险费用：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、医疗救助等政府举办的基本医疗保障项目。

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。

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。

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。

醉酒：指每百毫升血液的酒精含量大于或等于 100 毫克。

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。

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。

攀岩：指攀登悬崖、楼宇外墙、人造悬崖、冰崖、冰山等运动。

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。

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。

特技表演：指进行马术、杂技、驯兽等表演。

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。

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。

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、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。

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。

未到期净保险费：净保险费指不包含公司营业费用、佣金等其他费用的保险费。其计算公式为保险费×（1-30%）。