



招商信诺悦享万家团体住院医疗保险

第一条 保险合同构成

本保险合同(以下简称“本合同”)由保险单(或团体保险凭证)及所附条款及保障利益表、批注、贴批单,以及与本合同有关的投保文件、投保单、被保险人名册、声明和其他书面文件共同构成。

第二条 保险合同成立和生效

投保人提出投保申请、经招商信诺人寿保险有限公司(以下简称“本公司”)同意承保,本合同成立。

本合同具体生效时间将在保险单上载明。

本合同中的时间均为北京时间。

第三条 投保范围

特定团体可作为投保人,以其符合参保条件的成员为主被保险人向本公司投保本保险;经本公司同意,符合参保条件的主被保险人的家属可作为附带被保险人,由投保人统一向本公司投保本保险。具体的投保范围和投保条件由投保人与本公司约定并在合同中载明。

除特别声明外,主被保险人及附带被保险人统称为“被保险人”。

投保应符合中国保险监督管理机构的相关规定。

第四条 保险期间

本合同的保险期间为一年,自本合同生效时起算,保险期间届满,本合同效力终止。

保单周年日为本合同生效日在每年的对应日。保单年度为在本合同有效期内,自本合同生效日起或者每一保单周年日起一年。保险费约定支付日为本合同生效日在每月、每季、每半年或者每年(根据本合同约定的交费方式确定)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。

第五条 续保

在每个保险期间届满前,投保人或被保险人可以提出续保申请,经本公司审核同意后,可以续保本合同;自保险期间届满时起 30 天内成功支付续保保险费的,本合同自保险期间届满时起续保一年。

续保本合同的被保险人的年龄最高不超过 70 周岁。

本合同生效后,本公司不会因为单一被保险人在保险期间的健康状况变化或者理赔情况而单独调

整该被保险人的续保保费或拒绝该被保险人续保，但投保人或被保险人未履行如实告知义务的除外。

如果本公司拒绝续保，或者本公司决定在全国范围内停售本保险的，我们将以书面形式或双方认可的其他形式通知投保人不可以续保，本合同自保险期间届满时起效力终止。

如果投保人、被保险人中断保障后又再次投保或参保的，将视为首次投保本合同。

第六条 保险计划

本保险提供4款保险计划供选择，包括基础计划（单人方案）、基础计划（家庭方案）、标准计划（单人方案）、标准计划（家庭方案）。保险计划包括**免赔额**¹、年度给付限额、终身给付限额、被保险人是否以拥有**社会医疗保险**²或**公费医疗**³身份参加本合同等内容，具体详见本合同的保险单及其所附的保障利益表。

在每一保单年度内，投保人不能变更该保单年度内已选定的保险计划，但可以在续保时向本公司提出变更保险计划的申请。本公司经审核后，将对是否同意保险计划变更申请作出决定。本公司对变更后的保险计划可能附加特别承保条件或特别责任免除。

第七条 保险责任

一、等待期

投保人为每一被保险人首次投保本合同或非连续投保本合同的，自本合同对该被保险人的保险责任生效之日起**30**天内（含第**30**天）为等待期。

该被保险人连续参保本合同的，自第二个保单年度起无等待期；如中断保障后再次投保的，则重新计算等待期。

发生下列任一情形的，本公司不承担给付保险金的责任：

(1) 被保险人在等待期内因意外伤害⁴以外的原因导致的治疗；

(2) 被保险人在等待期内因意外伤害以外的原因导致的治疗延续至等待期后、或者在等待期后接受与该次治疗原因相同的所有治疗。

¹ **免赔额**：指被保险人发生的医疗费用中由被保险人自行负担的金额，该金额由投保人与本公司在投保时约定，并在本合同中载明。

² **社会医疗保险**：指城镇职工基本医疗保险、城镇居民基本医疗保险、新型农村合作医疗和政府医疗救助等医疗保障，及由社会保险行政部门主导的补充医疗保险、大病保险项目。法律法规对于社会医疗保险所涵盖的内容另有规定的，从其规定。

³ **公费医疗**：指国家为保障国家工作人员身体健康而实行的、通过医疗卫生部门按国务院规定向享受人员提供免费医疗及预防服务的一项社会保障制度。

⁴ **意外伤害**：指以外来的、突发的、不可预见的、非本意的和非疾病的客观事件为直接且单独的原因致使身体受到的伤害。

二、医疗保险金

(一) 医疗保险金的计算

在本合同保险期间内，如果被保险人因意外伤害、或在本合同等待期后因意外伤害以外的原因导致在本公司认可的医院科室或病区⁵内进行住院⁶治疗、住院前后门（急）诊⁷治疗或特殊门诊治疗的，对于该被保险人每次就诊⁸实际发生的属于本合同保险责任范围内的合理且必要⁹的医疗费用（以下简称为“医疗费用”），本公司按每次索赔的医疗费用扣除免赔额年度余额后乘以相应的赔付比例计算给付医疗保险金。

(二) 有关医疗保险金的计算的其他规定

1. 免赔额年度余额

免赔额年度余额是指在每一保单年度内，经前次索赔的医疗费用抵扣后剩余的免赔额，该余额最小为零；当累计索赔的医疗费用超过免赔额时，本公司对超过部分的医疗费用承担给付医疗保险金的相应的保险责任。医疗费用中已从工作单位、本公司在内的任何商业保险机构等获得的补偿可以用于抵扣免赔额，但已从社会医疗保险或公费医疗中获得的补偿不可用于抵扣免赔额。

2. 赔付比例

本合同的赔付比例按以下方式确定：

- (1) 如果被保险人以拥有社会医疗保险或公费医疗身份参加本合同，且就诊时已使用社会医疗保险或公费医疗的，针对该次就诊索赔的医疗费用的赔付比例为 100%；
- (2) 如果被保险人以拥有社会医疗保险或公费医疗身份参加本合同，但就诊时未使用社会医疗

⁵ 本公司认可的医院科室或病区：指中华人民共和国大陆地区（即不含香港特别行政区、澳门特别行政区和台湾地区）二级及二级以上公立医院的科室或病区，但不包含：(1) 国际部（或“区”，下同）或国际医疗部，特需部或特需医疗部，外宾部或外宾医疗部，贵宾部或贵宾医疗部，高干病房，干部病房；

(2) 在治疗时当地社会医疗保险报销范围外的科室、病房、病区、医疗部、医疗机构等。公立医院的级别是按照中华人民共和国卫生部所颁布的分类标准划分的，但本合同所提及的医院不包括：一、健康水疗或自然治疗诊所，疗养院，或医院中提供护理、康复、恢复治疗的科室或病区；二、精神病院，主要治疗精神或心理疾病的机构，以及医院中治疗精神病的科室或病区；三、养老院、戒毒所或戒酒所。

⁶ 住院：指被保险人因临床需要而遵照医嘱办理入、出院手续，留在医院中占有病床并接受超过 24 个小时以上的连续治疗，所住之病房为医院住院部正式病房，但不包括在门（急）诊观察室、急诊科病房、康复（科）病房、身体检查、家庭病床及其他非正式病房的治疗。

⁷ 门（急）诊：指被保险人确因临床需要，正式办理挂号手续，并实际在医疗机构的门诊部或急诊部接受治疗的行为过程，但不包括休养、疗养、身体检查和健康护理等非治疗性行为。

⁸ 每次就诊：指每一次住院，或每一次门诊（包括住院前后门（急）诊和特殊门诊）。“每一次住院”是指被保险人因医疗原因住院治疗，自入院日起至出院日止之期间。“每一次门诊”，指被保险人在一日（零时起至二十四时止）内在同一所医院同一个门诊或急诊科室的就诊。

⁹ 合理且必要：满足以下所有条件的治疗、服务或药品：(1) 对病人疾病或伤害的诊断或治疗是适当的、基本的；(2) 提供安全、充分、适当的诊断和治疗必须的护理，但不超过一定的范围、持续时间或强度、级别；(3) 医生开具的处方以及与在当地被广泛认可的医疗专业水平一致的治疗；(4) 不是主要为病人、家庭、医生或其他提供治疗的人员的舒适和方便而设的项目；(5) 不属于对被保险人的学术教育或专业培训的一部分；(6) 非试验性或研究性的。

保险或公费医疗的，针对该次就诊索赔的医疗费用的赔付比例为 60%；

- (3) 如果被保险人以未拥有社会医疗保险或公费医疗身份参加本合同的，针对索赔的医疗费用的赔付比例为 100%。

3. 给付限额

本合同的医疗保险金给付还应同时符合以下有关给付限额的约定：

- (1) 在每一保单年度内，本公司对每一单人方案项下的被保险人累计给付的各项医疗保险金之和以该被保险人的年度给付限额为上限；本公司对每一家庭方案项下的所有被保险人累计给付的各项医疗保险金之和以该家庭方案的共享年度给付限额为上限；
- (2) 无论被保险人是否连续参保本合同，在所有保单年度内，本公司对每一单人方案项下的被保险人累计给付的各项医疗保险金之和以该被保险人的终身给付限额为上限；本公司对每一家庭方案项下的所有被保险人累计给付的各项医疗保险金之和以该家庭方案的共享终身给付限额为上限；
- (3) 在每一保单年度内，本公司对每一单人方案项下的被保险人累计给付的特殊门诊医疗保险金之和以该被保险人的年度给付限额的 30%为上限；本公司对每一家庭方案项下的所有被保险人累计给付的特殊门诊医疗保险金之和以该家庭方案的共享年度给付限额的 30%为上限；
- (4) 本公司对于住院前后门（急）诊的每次就诊医疗费用的给付累计以每人每次 500 元为上限；
- (5) 如果被保险人享有的保险计划为基础计划，本公司对于住院医疗费用中的床位费、膳食费和护理费的给付累计以每人每天 800 元为上限。

4. 补偿原则

如果被保险人医疗费用已从其他途径，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获得补偿，本公司将不再对已经获得补偿的部分赔付医疗保险金，即通过包括本公司在内的各种途径所获得的所有补偿金额之和不得超过该被保险人实际发生的医疗费用。

三、保障的医疗费用项目及范围

在本合同保险期间内，本公司按以下列明的各项医疗费用项目计算给付医疗保险金：

（一）住院医疗费用

1. 床位费：指使用医院的床位所产生的费用，**但不包括陪人床、观察病房床位、重症监护室¹⁰床位的费用。**

¹⁰ **重症监护室**：指医院中符合下述所有条件的病房：（1）正式设立用于重病看护项目；（2）专门用于垂危或情况严重的病人；（3）备有提供挽救生命所需的所有设备、药物和供应物；（4）收取特定的额外重病看护病房每日使用费用。

-
2. 膳食费：指根据医生¹¹的医嘱，且由医院内设的、专门为住院病人配餐的食堂配送的、并符合通常惯例的膳食费用。**膳食费不包括：**
- (1) **所住医院外其他盈利性餐饮服务机构提供的餐饮的费用；**
 - (2) **不是根据医嘱配送的、在医院对外营业的餐厅或者食堂发生的餐饮费用；**
 - (3) **不在医院开具的医疗费用清单上的餐饮费用。**
3. 护理费：指经医生明确建议、由护士¹²进行护理所产生的医疗费用。
4. 重症监护室床位费：指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。
5. 手术费：与手术治疗有关的医疗费用，包括手术费、麻醉费、手术室费、麻醉复苏室费、手术监测费、手术辅助费、术中用药费、手术设备费、**手术植入材料¹³**费等。
6. 药品费：本合同所保障的药品指由本公司认可的医院科室或病区的医生开具处方，且从该医院购买的、具有国家药品监督管理部门核发批准文号或进口注册证书、医药产品注册证书的国产或进口药品。
7. 医生诊疗费：指由医生所实施的病情咨询及检查、各种器械或仪器检查、诊断、治疗方案拟定等各项医疗服务所收取的医疗费用。
8. 治疗费：指由医生或者护士对患者进行的除手术外的各种治疗项目而发生的医疗费用，治疗项目包括：因清创、换药、拆线、脓肿切开引流、瘘管烧灼、血管穿刺、输血、输液、注射、肌肉封闭、吸氧、放疗、化疗、冷冻、激光、肾透析、急救治疗、心肺复苏等，具体以所就诊医院的费用项目划分为准，**但不包含中医理疗及其他特殊疗法¹⁴费用。**
9. 检查检验费：指由医生明确建议而发生的检查检验医疗费用，检查检验项目包括：实验室检查、病理检测、X光、血液检测、B超、血管造影、心电图、脑电图、内窥镜、心功能、肺功能、核磁共振（MRI）、计算机断层扫描（CT）、正电子发射断层扫描（PET）、分子生化检验和血、尿、便常规检验等由医院专项检查科室的专业检查、检验人员实施的各检查检验项目。
10. **物理治疗¹⁵费**：指由医生明确建议、以恢复被保险人日常生活的正常生理功能为目的，并由专科

¹¹ **医生**：指在医院内合法执业并具有医师执照的人。为被保险人诊疗的医生不能是被保险人本人或其家庭成员，也不能是任何与被保险人具有商业联系的医生。

¹² **护士**：指在国家护士注册机构护士登记名册中登记在案的护士。

¹³ **手术植入材料**：指在手术过程中由医生植入患者体内、术后无法自由取摘、只能由医生进行开创手术才能取出的材料。手术植入材料包括起搏器、钛钉、钛板、钛网、各种支架、人工关节、人工心脏瓣膜、人工晶体等植入式人工器官等手术中留置体内的生物相容性材料。

¹⁴ **中医理疗及其他特殊疗法**：中医理疗是指以治疗疾病为目的，被保险人接受有具有相应资质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等。

¹⁵ **物理治疗**：指应用人工物理因子（如光、电、磁、声、温热、寒冷等）来治疗疾病，包括电疗、光疗、磁疗、热疗、冷疗、水疗，以及超声波疗法等符合《全国医疗服务价格项目规范》规定的项目，**但**

治疗师实施的治疗所产生的医疗费用。

11. 材料费：指医生或者护士在为被保险人进行的各种治疗过程中所使用的一次性低值医用耗材的医疗费用。
12. 器官移植费：指经相关**专科医生**¹⁶明确诊断，根据医学需要必须进行肝脏移植、肾脏移植、心脏移植、肺脏移植或者骨髓移植而产生的手术费、辅助治疗费、检验费用等医疗费用，**但不包括因器官供体寻找、获取以及从供体切除、储藏、运送器官而发生的相关费用，也不包括捐献者因捐献行为而发生的相关费用。**

在每一保单年度内，被保险人进行住院治疗且住院天数¹⁷累计超过 180 天的，本公司对于 180 天后发生的住院医疗费用不承担保险责任。

标准计划（单人方案）和标准计划（家庭方案）项下的被保险人在保险期间届满时仍未结束住院治疗的，本公司对于该次住院治疗延续到保险期间届满之日后 30 天内发生的住院医疗费用承担保险责任。

（二） 住院前后门（急）诊医疗费用

被保险人因与该次住院相同的原因在该次住院前 7 日（含住院当日）及出院后 7 日（含出院当日）内接受门（急）诊治疗所发生的医疗费用，**但不包括门诊肾透析、门诊恶性肿瘤¹⁸治疗和器官移植后的门诊抗排异治疗的费用。**

（三） 特殊门诊医疗费用

被保险人接受以下列明的治疗项目所发生的相关门诊医疗费用：

不包括泥疗，蜡敷治疗，气泡浴与药物浸浴治疗。

¹⁶ **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。本合同所提及的专科医生还包括根据治疗所在地的国家、政府或其他监管区域的法律合法承认、注册或登记的医生。

¹⁷ **住院天数**：指被保险人作为住院病人在医院接受连续治疗的期间，每满 24 小时为一天。

¹⁸ **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他部位的疾病。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，**但不包括：**

- （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。**

1. 门诊恶性肿瘤治疗，包括且仅限于：**化学疗法¹⁹、放射疗法²⁰、肿瘤免疫疗法²¹、肿瘤内分泌疗法²²、肿瘤靶向疗法²³**治疗；
2. 门诊肾透析；
3. 器官移植后的门诊抗排异治疗。

第八条 责任免除

因下列任一情形导致被保险人发生医疗费用的，本公司不承担给付保险金的责任：

一、被保险人故意犯罪、抗拒依法采取的刑事强制措施；

二、被保险人自杀、自我伤害；

三、既往症及相关的任何疾病或症状²⁴，除非投保人在投保前已如实告知且经本公司审核同意对该既往症按约定承担相应保险责任的；其中，既往症是指被保险人在首次投保本合同前已患有的、或被保险人已知或应该知道的有关疾病、症状、残疾或身体损伤，通常有以下情况：

（1）在首次投保本合同前，医生已有明确诊断，长期治疗未间断；

（2）在首次投保本合同前，医生已有明确诊断，治疗后症状未完全消失，有间断用药的情况；

（3）在首次投保本合同前，未经医生诊断，但症状明显且持续存在，以普通人医学常识应当知晓；

四、被保险人首次投保本合同的，在本合同对该被保险人的保险责任生效之日起 180 天内（含第 180 天）接受特定可择期手术（见附表一）及任何相关就诊或治疗（包括在本合同对该被保险人的保险责任生

¹⁹ **化学疗法**：指对于恶性肿瘤的化学治疗，简称化疗。化疗是使用医学界公认的化疗药物以杀死癌细胞、抑制癌细胞生长增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。

²⁰ **放射疗法**：指针对恶性肿瘤的放射治疗，简称放疗。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。

²¹ **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。

²² **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。

²³ **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。

²⁴ **症状**：指机体内的一系列机能、代谢和形态结构异常变化所引起的主观上的异常感觉、异常表现或者通过检查而检出的异常体征和异常结果。症状可以在疾病诊断前已经出现。

效之日起 180 天后发生的任何相关就诊或治疗)；

五、主要起营养滋补作用的药品，包括但不限于：花旗参，冬虫夏草，十全大补膏等滋补类中药，白糖参，朝鲜红参，玳瑁，蛤蚧，珊瑚，狗宝，海马，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，血宝胶囊、红桃 K 口服液、十全大补丸等；部分可以入药的动物及动物脏器，包括但不限于鹿茸，胎盘，鞭，尾，筋，骨等，以及用中药材和中药饮片炮制的各类酒制剂等；非治疗性药品，如免疫刺激剂（包括但不限于施保利通，泛福舒，匹多莫德等）；疫苗；

六、遗传性疾病²⁵；先天性畸形、变形或染色体异常²⁶；性病²⁷或与性病有关的疾病；献血、捐赠骨髓或任何人体器官、组织；鼾病、睡眠呼吸暂停综合征；包皮环切术、包皮剥离术、包皮气囊扩张术、性功能障碍治疗；

七、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，包含不限于：颈托、腰托、腹带、轮椅、拐杖、助走器，胰岛素笔式注射器、各种血压计、体温计、血糖仪、胰岛素泵、血糖试纸、助听器、负压罐、刮痧板等）的购买或租赁；

八、除心脏瓣膜、人工晶体、人工关节之外的其他人工器官及其安装和置换等；各种康复治疗器械、义齿、义眼、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；

九、未经医生处方自行购买的药品或非医院药房购买的药品、滋补类中草药及其炮制的各类酒制剂、每次就诊时医生开具的超过 30 天部分的药品；

十、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）；

十一、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他瘢痕、纹身去除、皮肤变色的治疗或手术；

十二、任何保健性项目，如保健按摩、自动按摩床治疗、中药熏洗治疗、中药熏药治疗、药浴；预防性手术（如预防性阑尾切除），以调查研究为目的的治疗，试验性医疗治疗；美容，矫形，非医学必需的激素治疗，营养咨询，丰胸或缩胸治疗，睡眠有关的研究或治疗，变性手术，非意外伤害所致的整容手术；健美治疗项目（如营养、减、增胖、增高等）；戒毒、戒酒、戒烟及其相关治疗；

十三、各种医疗咨询：如健康咨询、睡眠咨询、性咨询、心理咨询（因心理问题进行的咨询，如职场问题、家庭问题、婚恋问题、个人发展、情绪管理等）等；

十四、被保险人怀孕（含宫外孕）、流产、分娩（含剖腹产）、避孕、绝育手术、治疗不孕不育症、

²⁵ **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。

²⁶ **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。

²⁷ **性病：**指《中华人民共和国性病防治管理办法》中规定的以性接触为主要传播途径的疾病。。

辅助生育技术（包括但不限于人工受精、应用促排卵药、胚胎移植或配子输卵管移植）、产前产后检查及由以上原因引起的并发症；产前辅导课程；孕前优生优育检查；

十五、 牙科保健及牙科治疗，视力矫正手术，但因意外伤害导致的不受此限；

十六、 各种健康体检项目及预防性医疗项目、疗养、康复治疗（属于保险责任范围内的物理治疗除外）；

十七、 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；

十八、 各类医疗鉴定，包括但不限于医疗事故鉴定、精神疾病鉴定、孕妇胎儿性别鉴定、验伤鉴定、亲子鉴定、遗传基因鉴定；

十九、 被保险人患有精神和行为障碍²⁸以及在此期间遭受的意外伤害；

二十、 被保险人感染艾滋病病毒或患艾滋病²⁹期间就诊或治疗；

二十一、 被保险人未遵医嘱使用药物（但按使用说明的规定使用非处方药物不在此限）；被保险人受酒精、毒品³⁰、管制药物影响期间遭受的意外伤害；任何因受酒精、毒品、管制药物影响或与其有关的并发症导致的治疗；

二十二、 被保险人从事职业运动或参与可获得报酬的运动或竞技，或被保险人在职业运动的训练或比赛中受伤；被保险人参加高风险运动的竞赛、表演或专业训练，如赛马、马术、马球、机动车、自行车、赛艇、滑板、冲浪、滑水、跳水、潜水³¹、滑雪、雪橇、滑冰、冰球、拳击、武术、摔跤、跳伞、滑翔、攀岩³²、攀登海拔 3500 米以上独立山峰、探险³³、武术比赛³⁴、拳击运动、特技表演³⁵、机索跳（蹦极）、赛车等；

二十三、 被保险人在酒后驾驶³⁶期间、无合法有效驾驶证驾驶期间、或驾驶无有效行驶证的机动

²⁸ **精神和行为障碍：** 在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）》归属于精神和行为障碍（编码 F00 至 F99）的疾病，或根据《中国精神疾病分类方案和诊断标准》（CCDM-3）诊断的精神疾病。

²⁹ **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。

³⁰ **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。

³¹ **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。

³² **攀岩：** 指攀登悬崖、楼宇外墙、人造悬崖、冰崖、冰山等运动。

³³ **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。

³⁴ **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。

³⁵ **特技表演：** 指进行马术、杂技、驯兽等表演。

³⁶ **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。

车期间遭受的意外伤害；

二十四、 职业病³⁷，因医疗事故³⁸导致伤害；

二十五、 恐怖袭击、战争、军事冲突、暴乱或武装叛乱；

二十六、 核爆炸、核辐射或核污染、化学污染。

第九条 无理赔优惠

一、 如果被保险人以单人方案参保本合同，在该被保险人连续不间断按首次投保的保险计划续保本合同，且在首个和第二个保单年度内均未发生保险事故的情况下，该被保险人第三个保单年度的年度给付限额调整至该年度保险单载明的年度给付限额的 110%，之后各保单年度的年度给付限额与第三个保单年度的年度给付限额相同。

二、 如果被保险人以家庭方案参保本合同，在该家庭方案项下的所有被保险人连续不间断按首次投保的保险计划续保本合同，且在首个和第二个保单年度内均未发生保险事故的情况下，该家庭方案第三个保单年度的共享年度给付限额调整至该年度保险单载明的共享年度给付限额的 110%，之后各保单年度的共享年度给付限额与第三个保单年度的共享年度给付限额相同。

三、虽然符合前述无理赔优惠条件，但在续保时变更保险计划的，自新的保单年度开始被保险人不再享有无理赔优惠。

四、发生保险事故后，投保人或被保险人未按本合同的要求及时通知本公司，导致本公司在不知情的状况下按无理赔优惠调整年度给付限额的，本公司将取消相关被保险人所享有的无理赔优惠。**对于相关被保险人在无理赔优惠取消前发生的、且超过保险单载明的年度给付限额的医疗费用，本公司不承担保险金给付责任。**

第十条 保险费

本合同的交费方式和交费期间由投保人和本公司在投保时约定，并在保险单上载明。本合同的保险费会随着被保险人年龄的增长而变化，续保保险费按续保时被保险人的年龄及本保险最新的保险费率表所确定的费率计算并支付。

分期支付保险费的，投保人应在每一个保险费约定支付日或该日期之前支付保险单上载明的保险费。

经本公司审核同意，保险费可由投保人和被保险人按约定比例分别承担。除另有约定外，本公司在退

³⁷ **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。

³⁸ **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。

还未满期净保费³⁹或保险费时，将按照投保人和该被保险人最近一期各自已交保险费（不含利息）的相应比例分别退还给投保人和该被保险人。

第十一条 保险费率调整

本公司每年会根据医疗费用通胀情况及本保险的整体理赔经验等在内的一系列因素，决定本保险的费率表是否进行调整及调整的幅度。如果本公司决定调整本保险的费率表，本公司将在续保通知中告知投保人调整后的保险费率表。如果投保人同意调整后的保险费率表的，请在保单周年日前通知我方，我方将为本合同办理续保；否则，本合同将自保险期间届满时起效力终止。

第十二条 交费宽限期

分期支付保险费的，在本合同首期保险费支付后，在保险费约定支付日未足额支付本合同规定的保险费的，自保险费约定支付日起 30 天内为宽限期。

宽限期内发生的保险事故，本公司按本合同约定承担保险责任，但在给付保险金时将扣减相应欠交的各期保险费。

如果在宽限期结束之后仍未支付欠交的保险费，则本公司可以自宽限期满日起解除本合同。

第十三条 明确说明与如实告知

订立本合同时，本公司应向投保人明确说明本合同的内容。对保险条款中免除本公司责任的条款，本公司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。

本公司可以就投保人、被保险人的有关情况提出询问，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如实告知义务，足以影响本公司决定是否同意承保或者提高保险费率的，本公司有权解除合同。

投保人故意不履行如实告知义务的，本公司对于合同解除前发生的保险事故，不承担给付保险金的责任，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，本公司对于合同解除前发生的保险事故，不承担给付保险金的责任，但应当无息退还未满期净保费。

本公司在本合同订立时已经知道投保人未如实告知的情况的，本公司不得解除合同；发生保险事故的，本公司承担给付保险金的责任。

³⁹ 未滿期淨保費：指未滿期保險費扣除手續費後的剩餘保費。其計算公式為：最近一期所支付的保險費 × (1 - 該保險費所保障的已經過天數 / 該保險費所保障的期間天數) × (1 - 手續費比例)，除另有約定外，本合約的手續費比例為 25%。

前款规定的合同解除权，自本公司知道有解除事由之日起，超过三十天不行使而消灭。

第十四条 受益人

除另有约定外，本合同医疗保险金的受益人为被保险人本人。

第十五条 保险事故的通知

投保人、被保险人或者受益人知道保险事故发生后，应及时通知本公司。**若因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，本公司对无法确定的部分，不承担给付保险金的责任，**但本公司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本公司确定保险事故的性质、原因、损失程度的除外。

第十六条 保险金的申领

申领保险金时，申领人应填写保险金给付申请书，并提供下列证明和资料原件：

- (一) 保险凭证；
- (二) 被保险人的有效身份证件；
- (三) 完整的门、急诊病历，以及住院病历（包含病历首页、入院记录、出院小结、医嘱单、体温单、护理记录单等）、手术记录；疾病诊断证明书、确诊疾病必要的手术记录、病理检验、血液检验、影像学检查及其他科学方法的检查报告；
- (四) 医疗机构签发的、有政府财政税务部门监制的医疗费用（或体检费用）收据原件、费用清单和结算凭证；
- (五) 与本项保险金申领有关的诊疗资料及其他本公司要求提供的证明、报告和文件。

委托他人办理申领保险金的手续时，受托人必须提供本人的有效身份证件及委托人亲笔签名的授权委托书。

保险金作为被保险人遗产时，继承人必须提供可证明其合法继承权的有效证明文件。

受益人或继承人为无民事行为能力人或限制民事行为能力人时，由其监护人代为申领保险金。由监护人代为申领保险金的，该监护人应当提供监护人证明。

以上证明或资料不完整的，本公司将及时一次性通知申领人补充提供有关证明和资料。

第十七条 保险金核定

本公司收到索赔申请和有关证明、资料后，将及时作出核定；情形复杂的，或者保险事故的性质、

原因、损失程度等难以确定的，本公司将进行调查核实并在30日内作出核定。本公司及时将核定结果通知受益人。如本公司要求补充提供申请书、有关证明和资料的，前述的30日不包括补充提供有关证明和资料的期间。对属于保险责任的，本公司在作出核定并与受益人达成给付协议后的10日内，履行给付保险金义务；保险金以人民币支付。

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

本公司在收到索赔申请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；本公司最终确定给付保险金的数额后，将支付相应的差额。

第十八条 调查权

投保人同意凡曾为被保险人治疗或知悉被保险人健康情况的医务人员、医疗机构，以及所有了解被保险人有关情况及其相关资料的个人及机构，均可以将被保险人的健康情况、病状，以及任何治疗、疾病或不适、病历的详细资料提供给本公司或本公司授权的机构和个人。

本公司有权根据实际情况要求被保险人进行体检或其他必要的检验。如果被保险人身故，本公司有权要求司法鉴定机构对保险事故进行鉴定。

第十九条 诉讼时效

受益人请求给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。

第二十条 年龄与性别错误处理

本合同中的年龄为以出生证明载明的出生时间计算的周岁年龄，自出生时起为零周岁；没有出生证明的，以户籍登记或者其他有效身份证件记载的出生时间为准。

被保险人的年龄、性别申报不真实，并且其真实年龄、性别不符合本合同约定的投保范围或投保条件的，本公司可以不予承保该被保险人，并向投保人退还该被保险人的未满期净保费。若已支付保险金，则本公司有权要求申领人退还已支付的全部保险金。

被保险人的年龄、性别申报不真实，致使实付保险费少于应付保险费的，本公司有权更正并要求投保人补交保险费。若补交保险费前已发生保险事故，本公司在给付保险金时按照实付保险费与应付保险费的比例折算给付保险金；折算给付的保险金=应给付的保险金×(实付保险费÷应付保险费)。

被保险人的年龄、性别申报不真实，致使实付保险费多于应付保险费的，本公司将多收的保险费无息退还投保人。

第二十一条 被保险人的变动

投保人需要增加被保险人的，应向本公司提出书面申请，经本公司审核同意，于批单或保险凭证上载明的生效时间开始对该被保险人承担保险责任。

投保人需要减少被保险人或被保险人申请退出本合同的，应书面通知本公司，本合同对该被保险人的保险责任自本公司收到该通知时终止。被保险人未发生保险金给付的，本公司向投保人退还该被保险人在本合同项下的未满期净保费；该被保险人已发生保险金给付或已发生本合同约定的保险事故但尚未给付保险金的，本公司不退还该被保险人的未满期净保费。

如果本合同由于被保险人人数的减少导致到不符合中国保险监督管理机构的规定时，本公司有权按投保人解除合同的规定解除本合同。

第二十二条 地址变更

投保人的住所或通讯地址变更时，应及时以书面形式通知本公司。投保人未以书面形式通知的，本公司按本合同注明的最后住所或通讯地址发送的有关通知均视为已送达给投保人。

第二十三条 合同内容变更

投保人和本公司可以协商变更本合同的内容。变更本合同的，由本公司在保险单或者其他保险凭证上批注或附贴批单，或由投保人和本公司订立变更的书面协议。

第二十四条 投保人解除合同的手续及风险

投保人要求解除本合同的，应向本公司提出申请，并提交保险合同和投保人身份证明文件。

本合同自投保人签收之日起 15 天内为犹豫期，如果投保人在犹豫期内要求解除本合同的，本公司将无息退还已支付的保险费，本合同解除前发生的保险事故本公司不承担给付保险金的责任。

如果投保人在犹豫期后要求解除本合同，本合同解除时未发生保险金给付的，本公司于收到解除合同通知之日起 30 天内向投保人退还本合同的未满期净保费；本合同已发生保险金给付或已发生本合同约定的保险事故但尚未给付保险金的，本公司不退还本合同的未满期净保费。

第二十五条 管辖权及争议处理

本合同受中华人民共和国法律管辖。因履行本合同发生的争议，由您我双方协商解决，协商不成的，依法向人民法院提起诉讼。

附表一：特定可择期手术列表（相关约定参见第八条责任免除条款第四项）

普外科	泌尿外科	耳鼻咽喉科	妇产科	眼科
慢性胆囊炎治疗手术	慢性前列腺肥大手术	声带息肉切除术	卵巢囊肿切除术	白内障手术
胆石症治疗手术	尿路结石手术	慢性鼻窦炎治疗手术	宫颈息肉切除术	青光眼手术
疝气手术	精索静脉曲张治疗手术	鼻息肉切除术	-----	-----
慢性阑尾炎治疗手术	膀胱肿瘤切除术	慢性中耳炎治疗手术	-----	-----
甲状腺肿瘤切除手术	前列腺增生症前列腺摘除术	-----	-----	-----
大隐静脉曲张高位结扎、切断、剥脱术	-----	-----	-----	-----
小肠息肉、憩室（非先天性）小肠部分切除吻合术	-----	-----	-----	-----
胃、十二指肠憩室切除术	-----	-----	-----	-----
椎间盘突出症的手术治疗	-----	-----	-----	-----
皮肤、皮下组织或粘膜的肿瘤手术	-----	-----	-----	-----
痔疮手术	-----	-----	-----	-----