

注册编号：C00020832512019041600831

新疆前海联合财产保险股份有限公司

个人医疗保险条款

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，均采用书面形式。

第二条 本保险合同的投保人应为具有完全民事行为能力的被保险人本人或对被保险人有保险利益的其他人。

第三条 凡身体健康，且能正常工作、生活的自然人，可作为本保险合同的被保险人。

除另有约定外，本保险合同接受的初次投保年龄为 0 周岁至 60 周岁，续保最高至 80 周岁。**被保险人年满 65 周岁后，续保需经保险人审核同意。**投保时被保险人为 0 周岁的，应当为出生满 30 天且已健康出院的婴儿。

投保前一年内，被保险人需在中华人民共和国境内（港澳台地区除外，下同）居住时长合计达到 275 日以上（含 275 日）。在保险期间内，被保险人在中华人民共和国境内居住时长合计也需达到 275 日或以上，**发生本保险合同约定的保险事故后因治疗和休养需要长期离开中华人民共和国境内从而无法满足居住时长要求的情形不受此要求限制。**

第四条 除另有约定外，本保险合同保险金的受益人为被保险人本人。

保险责任

第五条 保险期间内，本保险合同保险人承担的保险责任如下：

（一）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满后首次发病，在医院接受住院治疗治疗的，对于下述需由被保险人个人支付的、合理且必要的医疗费用，保险人在扣除约定的免赔额后依照本保险合同约定的给付比例承担给付一般医疗保险金的责任。**保险人在本项下累计给付之和以本保险合同约定的一般医疗保险金额为限，当保险人在本项下累计给付金额达到一般医疗保险金额时，保险人对被保险人在本项下的保险责任终止。**

1. 住院医疗费用

指被保险人经医生诊断并接受住院治疗时，需由被保险人个人支付的、合理且必要的住院医疗费用。到本保险合同满期日时，被保险人尚未结束住院治疗的，**保险人继续承担自保险期间届满次日起至出院之日止期间的住院医疗费用，但最长以 30 日为限。**

2. 特殊门诊医疗费用

指被保险人在医院接受特殊门诊治疗时，需由被保险人个人支付的、合理且必要的特殊

门诊医疗费用，具体包括：

- (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。

3. 门诊手术医疗费用

指被保险人经医院诊断必须接受门诊手术治疗时，需由被保险人个人支付的、合理且必要的门诊手术费用。

4. 住院前后门急诊医疗费用

指被保险人经医院诊断必须接受住院治疗，在住院前 7 日（含住院当日）和出院后 30 日（含出院当日）内，因与该次住院相同原因而接受门急诊治疗时，需由被保险人个人支付的、合理且必要的门急诊医疗费用（**但不包括特殊门诊医疗费用和门诊手术医疗费用**）。

（二）恶性肿瘤医疗保险金

在保险期间内，被保险人在等待期满后经医院初次确诊罹患恶性肿瘤，并在医院接受治疗的，保险人首先按照第五条第（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保险金额后，对于需由被保险人个人支付的、合理且必要的下述费用，保险人依照本保险合同约定的给付比例承担给付恶性肿瘤医疗保险金的责任。**保险人在本项下累计给付之和以本保险合同约定的恶性肿瘤医疗保险金额为限，当保险人在本项下累计给付金额达到本项保险金额时，保险人对被保险人在本项下的保险责任终止。**

1. 恶性肿瘤住院医疗费用

指被保险人经医院诊断罹患恶性肿瘤必须接受住院治疗时，需由被保险人个人支付的、合理且必要的住院医疗费用。

到本保险合同满期日时，被保险人尚未结束住院治疗的，**保险人继续承担自保险期间届满次日起至出院之日止期间的恶性肿瘤住院医疗费用，但最长以 30 日为限。**

2. 恶性肿瘤特殊门诊医疗费用

指被保险人在医院接受恶性肿瘤特殊门诊治疗时，需由被保险人个人支付的、合理且必要的特殊门诊医疗费用，包括接受化学疗法、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所发生的费用。

3. 恶性肿瘤门诊手术医疗费用

指被保险人经医院诊断罹患恶性肿瘤必须接受门诊手术治疗时，需由被保险人个人支付的、必要合理且必要的门诊手术费用。

4. 恶性肿瘤住院前后门急诊医疗费用

指被保险人经医院诊断罹患恶性肿瘤必须接受住院治疗，在住院前 7 日（含住院当日）和出院后 30 日（含出院当日）内，因与该次住院相同原因而接受恶性肿瘤门急诊治疗时，

需由被保险人个人支付的、合理且必要的门急诊医疗费用（但不包括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）。

第六条 本保险合同适用医疗费用补偿原则。若被保险人已从其他途径（包括但不限于社会医疗保险、公费医疗、工作单位、事故责任方、保险人在内的任何商业保险机构等）获得医疗费用补偿，则保险人仅对被保险人实际发生的保险责任范围内的医疗费用扣除其所获医疗费用补偿后的余额按照 100%的比例进行赔付。社保卡个人账户部分支出视为个人支付，不属于已获得的医疗费用补偿。

若被保险人以参加社会医疗保险身份投保，但未以参加社会医疗保险身份就诊并结算的，保险人对被保险人实际发生的保险责任范围内的医疗费用扣除其所获医疗费用补偿后的余额按照 60%的比例进行赔付。

责任免除

第七条 因下列原因或下列情形之一直接或间接导致被保险人支出医疗费用的，保险人不承担保险金给付责任：

（一）被保险人在初次投保前或非连续投保前所患既往症；等待期内发生的疾病、出现的症状或体征；等待期内接受检查但在等待期后确诊的疾病；

（二）被保险人在不符合本保险合同约定的医院就诊发生的医疗费用；

（三）被保险人接受质子重离子治疗而产生的质子重离子医疗费用；

（四）非合理且必要的医疗费用，包括但不限于已明确出现药物耐药后发生的购买该药品的费用等；

（五）被保险人的病情未达到入院标准而入院、住院期间挂床治疗、达到出院标准而未出院；

（六）被保险人在初次投保或非连续投保的合同生效之日起一百二十天内接受扁桃体、甲状腺、疝气、女性生殖系统疾病的检查与治疗；

（七）被保险人存在精神和行为障碍（以世界卫生组织《疾病和有关健康问题的国际统计分类》（ICD10）分类为准）；

（八）被保险人接受非因意外伤害而进行的整形、美容手术、变性手术、以减重为目的的手术及前述手术的并发症或因前述手术导致的医疗事故；

（九）被保险人患先天性疾病、遗传性疾病，先天性畸形、变形或染色体异常（以世界卫生组织《疾病和有关健康问题的国际统计分类》（ICD10）为准）；

（十）被保险人怀孕（含宫外孕）、保胎、产前产后检查、非意外原因导致的流产、分娩（含剖腹产）、避孕、绝育手术、治疗不孕不育症、人工受孕及由此导致的并发症；

（十一）被保险人非因意外伤害而进行的牙科治疗或手术、视力矫正及相关检查，以及因任何原因导致的牙齿修复或牙齿整形；

（十二）被保险人购买及安装残疾人辅助器具，如轮椅、义肢、假牙助听器等；购买

及安装除心脏瓣膜、人工晶体、人工关节外的其他人工器官；购买、安装、租赁物理治疗和康复设备；

（十三）医疗事故、医疗过错和职业病；

（十四）被保险人接受包皮环切术、包皮剥离术、包皮气囊扩张术、性功能障碍治疗；

（十五）被保险人在投保前一年内在中华人民共和国大陆地区居住天数合计未达到 275 天；

（十六）投保人对被保险人的故意杀害或故意伤害；

（十七）被保险人故意犯罪、抗拒依法采取的刑事强制措施；被依法采取刑事拘留或行政拘留期间、在看守所或监狱服刑期间；

（十八）被保险人自杀，但被保险人自杀时为无民事行为能力人的除外；

（十九）被保险人故意自伤或因被保险人挑衅或故意行为而导致的打斗、被袭击、被谋杀；

（二十）被保险人酒后驾驶、无有效驾驶证驾驶或者驾驶无有效行驶证的机动车辆；

（二十一）被保险人受酒精或毒品的影响，或未遵医嘱，擅自服用、涂用、注射药物；

（二十二）被保险人从事职业运动或可获得报酬的运动或竞技，在训练或比赛中受伤；被保险人从事或参加高风险运动，如：潜水、滑水、冲浪、赛艇、漂流、跳伞或其他高空运动、蹦极、乘坐或驾驶商业民航飞机以外的飞行器、攀岩、攀登海拔 3500 米以上的独立山峰、滑雪、武术、摔跤、马术、赛马、赛车、特技表演（含训练）、替身表演（含训练）、探险或考察活动（洞穴、极地、沙漠、火山、冰川等）；

（二十三）被保险人感染艾滋病病毒或患艾滋病；

（二十四）战争、军事行动、暴乱或者武装叛乱；

（二十五）核爆炸、核辐射或者核污。

保险金额、免赔额

第八条 保险金额是保险人承担给付保险金责任的最高限额。本保险合同的一般医疗保险金金额和恶性肿瘤医疗保险金金额由投保人、保险人双方在签订保险合同时写上确定，并在本保险合同中载明。保险金额一经确定，保险期间内不能进行变更。

第九条 本保险合同的免赔额由投保人与保险人在订立本保险合同时协商确定，并在本保险合同中载明。

本保险合同中所指免赔额均指年免赔额，指在本保险合同保险期间内，应由被保险人自行承担的、本保险合同不予赔付的部分。被保险人从其他途径已获得的医疗费用补偿可用于抵扣免赔额。但通过社会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。

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住院治疗的，对于自确诊恶性肿瘤之日起所发生的符合本保险合同约定的全部医疗费用，保险人在给付保险

金时，不再扣除免赔额。

投保人连续投保本保险合同的，若被保险人在以往保险期间内初次确诊罹患恶性肿瘤且接受住院治疗的，对于本保险合同保险期间内发生的符合本保险合同约定的全部医疗费用，保险人在给付保险金时，不再扣除免赔额。

保险期间

第十条 除另有约定外，本保险合同的保险期间为一年，具体以保险单载明的起讫时间为准。

连续投保

第十一条 本保险合同期满，投保人可向保险人申请连续投保本保险合同。**连续投保无等待期。**

连续投保时保险人有权根据被保险人的年龄、社会医疗费用水平变化、本保险合同整体经营状况调整被保险人在连续投保时的费率。费率调整适用于本保险合同的所有被保险人或同一投保年龄段的所有被保险人，保险人不会因为某一被保险人的健康状况变化或历史理赔情况而单独调整该被保险人的连续投保费率。在投保人接受费率调整的前提下，保险人方可为投保人办理连续投保手续。

如被保险人超过 80 周岁或本保险产品统一停售，保险人不再接受投保人连续投保。

本保险合同期满后 15 日内，经投保人申请，保险人签发保单，视同为连续投保。连续投保保单和上年度保单的保险期间在时间上不间断。

本保险合同期满后 15 日内因投保人未缴纳连续投保保费的，投保人需重新申请投保，经保险人审核同意后签发保单，且需重新计算等待期。

保险人义务

第十二条 订立保险合同时，保险人向投保人提供的投保单应当附本格式条款，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。

第十三条 本保险合同成立后，保险人应当及时向投保人签发保险单或其他保险凭证。

第十四条 保险人认为被保险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、被保险人补充提供。

第十五条 保险人收到被保险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，保险人将在确定是否属于保险责任的基本材料收集齐全后尽快作出核定。

第十六条 保险人应当将核定结果通知被保险人；对属于保险责任的，在与被保险人达成给付保险金的协议后十日内，履行给付保险金义务。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发出拒绝给付保险金通知书，并说明理由。

第十七条 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，对其给付的数额不能确定的，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。

投保人、被保险人义务

第十八条 订立本保险合同时，保险人就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，保险人有权解除本保险合同。

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，不承担给付保险金的责任，但退还保险费。

前款规定的合同解除权，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，保险人应当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。

第十九条 投保人应当按照保险合同约定及时、足额支付保险费。

(一) 除另有约定外，投保人应当在保险合同成立时一次性交付保险费。

约定一次性交付保险费的，投保人在约定交费日后交付保险费的，保险人对交费之前发生的保险事故不承担保险责任。

(二) 经投保人申请并经保险人同意，投保人可以在保险合同成立时约定分期支付保险费，保险费支付方式、时间及金额等具体以保险单载明为准。

如果投保人未在投保时足额支付首期保险费，则本保险合同不生效，发生保险事故的，保险人不承担赔偿责任；投保人足额支付首期保险费后，投保人应当按照保险合同约定，按时、足额支付其余各期保险费。

如投保人未按照保险合同约定足额交付当期保险费，则保险人允许投保人在保险人催告之日起一定天数内（具体以保险单载明为准）补交保险费，如果被保险人在此期间内发生保险事故，保险人将扣减投保人欠交的剩余全部保险费后按照保险合同约定承担给付保险金责任。

若投保人在保险合同约定的上述催告期限内仍未足额交付当期保险费的，则保险合同自上述期限届满之日的 24 时起效力中止；对被保险人在保险合同效力中止期间发生保险事故的，保险人不承担保险责任。

保险合同效力按前款规定中止的，经保险人与投保人协商并达成协议，在投保人补交保险费后，保险合同效力恢复。但是，自保险合同效力中止之日起满二年双方未达成协议的，本保险合同效力终止。

第二十条 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。

第二十一条 在保险期间内，投保人需变更保险合同内容的，应以书面形式向保险人提出申请。保险人同意后出具批单，并在本保险合同中批注。

第二十二条 被保险人变更其职业或工种时，投保人应于三十日内以书面形式通知保险人。若被保险人所变更的职业或者工种依照保险人职业分类在拒保范围内的，保险人对该被保险人所负保险责任自其职业或工种变更之日起终止，并退还未满期净保险费。

被保险人未履行本条约定的通知义务而发生保险事故的，且被保险人所变更的职业或者工种依照保险人职业分类在拒保范围内的，保险人不承担给付保险金的责任，并自其职业或工种变更之日起，按日计算退还未满期净保险费，本保险合同终止。

第二十三条 被保险人的投保年龄，以法定身份证件登记的周岁年龄为准，本保险合同所承保的被保险人的投保年龄必须符合年龄要求。投保人在申请投保时，应按被保险人的周岁年龄填写。若发生错误，保险人按照以下规定处理：

（一）投保人申报的被保险人年龄不真实，且真实年龄不符合本保险合同约定的年龄限制的，保险人有权解除本保险合同，并向投保人退还未满期净保险费；

（二）投保人申报的被保险人年龄不真实，导致投保人实付保险费少于应付保险费的，保险人有权更正并要求投保人补交保险费，或在给付保险金时按照实付保险费与应付保险费的比例支付；

（三）投保人申报的被保险人年龄不真实，导致投保人支付保险费多于应付保险费的，保险人应将多收的保险费无息退还投保人。

第二十四条 投保人、被保险人或者保险金受益人知道保险事故发生后，应当及时通知保险人，并书面说明事故发生的原因、经过和损失情况。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。

第二十五条 保险期间内若投保人或被保险人预知或已知被保险人在中华人民共和国大陆地区居住时长无法达到 275 日时，投保人或被保险人应于三十日内以书面形式通知保险人。

保险人自收到书面通知后三十日内解除本保险合同并退还未满期净保险费。

投保人或被保险人未履行本条约定的通知义务而发生保险事故的，保险人不承担给付保险金的责任，并自其预知或已知被保险人在中华人民共和国大陆地区居住的时长无法达到 275 日之时计算退还未满期净保险费，本保险合同终止。

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

第二十六条 保险金申请人向保险人申请给付保险金时，应提供如下材料：

- (一) 保险金给付申请书；
- (二) 保险合同凭证；
- (三) 申请人的有效身份证件；
- (四) 支持索赔的全部账单、证明、信息和证据，包括但不限于医院出具的病历资料、医学诊断书、处方、病理检查报告、化验检查报告、医疗费用原始单据、费用明细单据等。保险金申请人因特殊原因不能提供上述材料的，应提供其它合法有效的材料；
- (五) 申请人所能提供的其他与确认保险事故的性质、原因等有关的其他证明和资料；
- (六) 若保险金申请人委托他人申请的，还应提供授权委托书原件、委托人和受托人的身份证明等相关证明文件。

保险金申请人未能提供有关材料，导致保险人无法核实该申请的真实性的，保险人对无法核实部分不承担给付保险金的责任。

第二十七条 在保险人的理赔审核过程中，保险人有权在合理的范围内对索赔的被保险人进行医疗检查。此外，保险人有权在法律允许情况下，要求尸检。此类检验费用由保险人承担。在拒赔的情形下，保险人将承担因投保人提供索赔要求所必要的证明、收据、信息和证据而产生的费用。

争议处理

第二十八条 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且争议发生后未达成仲裁协议的，依法向保险人所在地人民法院起诉。

第二十九条 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（不包括港澳台地区法律）。

第三十条 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。法律另有规定的，从其规定。

其他事项

第三十一条 发生下列情形时，本保险合同自动终止：

- (一) 保险合同期满；
- (二) 被保险人死亡；

(三) 被保险人不再满足本保险合同的投保资格要求, 但被保险人在保险期间起始日满足年龄要求要求的, 在保险期间内保险责任不因其年龄的改变而自动终止。

第三十二条 在本保险合同成立后, 投保人可以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) 保险合同凭据;
- (三) 保险费交付凭证;
- (四) 投保人身份证明。

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日次日零时起, 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 日内退还未到期净保险费。

释义

保险人: 指新疆前海联合财产保险股份有限公司及其分支机构。

周岁: 指以法定身份证明文件中记载的出生日期为基础计算的实足年龄。

意外伤害: 指以外来的、突发的、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。**自然死亡、疾病身故、猝死、自杀以及自伤均不属于意外伤害。**

等待期: 指自本保险合同生效日起计算的一段时间, 如未另行约定, 本保险合同的等待期为自合同生效日起 30 日。

首次发病: 是指自本保险合同签发之日起, 在等待期(续保不受此限)后, 被保险人首次确诊罹患的疾病或出现需采取诊疗措施的症状或体征, **不包括本保险合同生效前、等待期内已接受或曾被医生建议需采取诊疗措施或随诊的任何疾病、症状或体征。**

医院: 是指在中华人民共和国境内合法经营的二级及以上公立医院的普通部, **不包括如下机构或提供下述医疗服务的部门、机构、形式: 特需医疗、外宾医疗、干部病房、联合病房、国际医疗中心(部)、VIP 部、联合医院或医疗联合体中的二级以下医疗机构; 以提供护理、疗养、康复、戒酒、戒毒、心理或精神疾病治疗为主要服务的各类医疗机构, 包括但不限于护理机构、疗养机构、戒毒机构等。**该医院必须具有系统的、充分的诊断设备, 全套外科手术设备及能够提供二十四小时的医疗与护理服务的能力或资质。

住院: 是指被保险人因意外伤害或疾病而入住医院的正式病房接受全日 24 小时监护治疗的过程, 并正式办理入出院手续。**但不包括下列情况:**

1. 被保险人在医院的(门)急诊观察室、家庭病床(房)入住;
2. 被保险人在特需病房、外宾病房或其它不属于社会医疗保险报销范畴的高等级病房入住;
3. 被保险人入住康复科、康复病床或接受康复治疗;

4. 被保险人住院期间一天内未接受与入院诊断相关的检查和治疗或一天内住院不满二十四小时,但遵医嘱到外院接受临时治疗的除外;

5. 被保险人住院体检;

6. 挂床住院及其他不合理的住院。具体表现如下:

(1) 办理正式住院手续的被保险人,在住院期间非每日24小时在院。(2) 住院期间连续若干日未接受任何治疗,只发生护理费、诊查费、床位费等费用,或连续若干日接受仅限于口服药、物理治疗等在门诊即可进行的检查和治疗。

合理且必要:本合同所指的合理且必要,如保单无另行约定,仅指医学上的合理且必要。

1. 符合通常惯例:指与接受医疗服务所在地通行治疗规范、通行治疗方法、平均医疗费用价格水平一致的费用。对是否符合通常惯例由保险人根据客观、审慎、合理的原则进行审核;如果被保险人对审核结果有不同意见,可由双方认同的权威医学机构或者权威医学专家进行审核鉴定。

2. 医学必要:指被保险人接受的医疗服务需满足下列所有条件:

- (1) 治疗意外伤害或者疾病所必要;
- (2) 不超过安全、足量治疗原则;
- (3) 药品均为处方药;
- (4) 非试验性、研究性;
- (5) 与接受治疗当地普遍接受的医疗专业实践标准一致。

对是否属于医学必要由保险人根据客观、审慎、合理的原则进行审核;如果被保险人对审核结果有不同意见,可由双方认同的权威医学机构或具有资质的鉴定机构进行鉴定。

住院医疗费用:包括床位费、膳食费、护理费、重症监护病房床位费、治疗费、检查检验费、药品费、手术费。

床位费:被保险人在住院期间实际发生的住院床位费,费用标准不高于入住医院的标准双人病房标准。

膳食费:被保险人在住院期间根据医生的医嘱,由作为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,且该膳食费用需包含在医疗账单内。

护理费:住院期间根据医嘱所示的护理等级所发生的护理服务费用。

重症监护病房床位费:需由被保险人入住重症监护病房所发生的床位费用。

治疗费:被保险人在住院治疗期间,因接受合理且必需的医疗服务而发生的治疗者的技术劳务费、医疗器械使用费及消耗品的费用等。本项责任不包含接受物理治疗、中医理疗及其他特殊疗法所产生的费用。。

检查检验费:被保险人在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且必要的医疗费用,包括但不限于X线检查费、磁共振(MRI)

扫描费、X线计算机体层（CT）扫描费、超声检查费、心电图检查费、血液学检查费、尿液检查费、粪便检查费等。

药品费：指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。**

手术费：指当地卫生行政部门规定的手术项目的费用。包括手术室费、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。**

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。

中医理疗指针灸、推拿、拔罐、刮痧、中药涂擦、敷贴、热奄包治疗。

其他特殊疗法包括顺势疗法、职业疗法和语音疗法。

医生：并非被保险人或其近亲属或其业务关联者（如商业合作伙伴、雇员或雇主），且已获得其所执业国家的医疗卫生当局核发的行医执照的执业医师，其提供的治疗服务内容应在其执照和业经培训范围内。

重症监护病房：符合重症加强护理病房（ICU）、冠心病重症加强护理病房（CCU）、神经疾病重症加强病房（NCU）等标准的单人或多人监护病房，需配有中心监护台、心电监护仪及其它监护抢救设施，相对封闭管理。

处方药：指需凭医生处方才可调配、购买、使用的，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。

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。

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。本保险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。

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。本保险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。

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。本保险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。

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。本保险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。

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。本保险合同所指的靶向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。

无有效驾驶证:被保险人存在下列情形之一者:

1. 无驾驶证或驾驶证有效期已届满;
2. 驾驶的机动车与驾驶证载明的准驾车型不符;
3. 实习期内驾驶公共汽车、营运客车或者载有爆炸物品、易燃易爆化学物品、剧毒或者放射性等危险物品的机动车,实习期内驾驶的机动车牵引挂车;
4. 持未按规定审验的驾驶证,以及在暂扣、扣留、吊销、注销驾驶证期间驾驶机动车;
5. 使用各种专用机械车、特种车的人员无国家有关部门核发的有效操作证,驾驶营业性客车的驾驶人无国家有关部门核发的有效资格证书;
6. 依照法律法规或公安机关交通管理部门有关规定不允许驾驶机动车的其他情况下驾车。

无有效行驶证:指下列情形之一:

1. 机动车被依法注销登记的;
2. 无公安机关交通管理部门核发的行驶证、号牌,或临时号牌或临时移动证的机动交通工具;
3. 未在规定检验期限内进行机动车安全技术检验或检验未通过的机动交通工具。未依法按时进行或通过机动车安全技术检验。

既往症:指在本保险合同生效前罹患的被保险人已知或应该知道的有关疾病。通常有以下情况:

1. 本保险合同生效前,医生已有明确诊断,长期治疗未间断;
2. 本保险合同生效前,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. 本保险合同生效前，未经医生诊断和治疗，但症状或体征明显且持续存在，以普通人医学常识应当知晓。

先天性疾病：指由于基因因素、先天性新陈代谢异常或其他因素导致的、出生时即存在的疾病和症状、出生缺陷、身体残疾、智障等发育不完全正常的疾病和症状，这些疾病和症状可能在出生时显现或在出生后逐步显现。

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、变形和染色体异常：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。

急性病：指被保险人在本合同生效前未曾接受治疗或诊断，突然发生的、并且必须立即接受治疗方能避免身体或生命受到伤害的疾病，包括休克、昏迷、癫痫发作、急性中毒以及意外导致的骨折、脱位和烧伤等。

症状：指被保险人病后对机体生理功能异常的自身体验和感觉。

体征：指被保险人的体表或内部结构发生可以察觉的改变。

潜水：指以辅助呼吸器材在江、河、湖、海、水库、运河等水域进行的水下运动或作业。

攀岩：指攀登悬崖、楼宇外墙、人造悬崖、冰崖、冰山等运动。

武术：指两人或者两人以上对抗性柔道、空手道、跆拳道、散打、拳击等各种拳术及各种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。

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，而故意使自己置身其中的行为，如江河漂流、徒步穿越沙漠或者人迹罕至的原始森林等活动。

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；同时出现了明显临床症状或体征的，为患艾滋病。

未到期净保险费：除另有约定外，未到期净保险费=保险费×[1-(保险单已经过天数/保险期间天数)]×(1-退保手续费率)。经过天数不足一天的按一天计算。退保手续费率由保险人和投保人在投保时约定，并在保险单上载明。

不可抗力：指不能预见、不能避免并不能克服的客观情况。

保险金申请人：指受益人或被保险人的继承人或依法享有保险金请求权的其他自然人。