

# 泰康健康尊享医疗保险条款

在本条款中，“您”指投保人，“我们”、“本公司”均指在保险单上签章的泰康人寿保险股份有限公司的分公司，“本合同”指您与我们之间订立的“泰康健康尊享医疗保险合同”，“被保险人”指本合同的被保险人，投保人、被保险人的姓名在保险单上载明。

## 1. 您与我们订立的合同

1.1	合同构成	本合同是您与我们约定保险权利义务关系的协议，包括本保险条款、保险单或者其他保险凭证、投保单、与本合同有关的投保文件、合法有效（见 7.1）的声明、批注、批单及其他您与我们共同认可的书面协议。
1.2	合同成立及生效	您提出保险申请且我们同意承保，本合同成立。 本合同的成立日、生效日以保险单记载的日期为准。
1.3	投保年龄	投保年龄指您投保时被保险人的年龄，以周岁（见 7.2）计算。。

## 2. 我们提供的保障

2.1	保障计划	本合同的保障计划由您在投保时与我们约定，并在保险单上载明。
2.2	年度给付限额、终身基本给付限额	本合同的币种为人民币，本合同的年度给付限额、终身基本给付限额根据您和我们约定的保障计划确定，并在保险单上载明。
2.3	保险期间	本合同的保险期间为 1 年，自本合同生效日零时开始，至保险单上载明的保险期间期满日的 24 时止。本合同保险期间届满，您若继续投保本保险，则新续保合同的保险期间为新的保险期间，有效期为 1 年，自新续保合同的生效日零时开始，至新续保合同的保险期间期满日 24 时止。每

		次续保，均依此类推。
2.4	等待期	<p>您为被保险人首次投保本合同或者非连续投保本合同时，被保险人自本合同生效之日起 30 日内非因<b>意外伤害</b>（见 7.3）事故<b>住院</b>（见 7.4）或者接受特殊门诊治疗（指门诊<b>恶性肿瘤放化疗</b>（见 7.5）、门诊<b>肾透析</b>（见 7.6）或者器官移植后的门诊抗排异治疗），我们不承担给付保险金的责任，这 30 日称为等待期。该住院治疗或者特殊门诊治疗发生的<b>符合通常惯例</b>（见 7.7）的，且<b>医学必需</b>（见 7.8）的合理医疗费用不计入<b>本合同保险期间内累计</b>（见 7.9）的医疗费用。</p> <p>被保险人在等待期内非因意外伤害事故发生的住院及与该住院视为<b>同一次住院</b>（见 7.10）的治疗，或者在等待期内非因意外伤害事故发生的特殊门诊治疗及与该特殊门诊治疗原因相同的所有治疗，无论是否延续至等待期后，我们均不承担给付保险金的责任。</p> <p>被保险人因意外伤害导致的保险事故需要住院治疗或者特殊门诊治疗的，保险责任无等待期。您为被保险人投保本合同后不间断续保，续保合同无等待期。</p>
2.5	保险责任	<p>在<b>本合同保险期间内</b>，我们承担载明于保险单上的被保险人发生的符合通常惯例的，且<b>医学必需</b>的合理医疗费用，包括住院医疗保险金和特殊门诊医疗保险金。住院医疗保险金和特殊门诊医疗保险金统称为<b>医疗保险金</b>。</p>
	住院医疗保险金	<p>如果被保险人因意外伤害事故或者在等待期后经<b>医院</b>（见 7.11）确诊因疾病必须住院治疗的，对被保险人发生的符合通常惯例的，且<b>医学必需</b>的合理住院医疗费用，包括<b>床位费和膳食费</b>（见 7.12）、<b>重症监护室床位费</b>、<b>药品费</b>（见 7.13）、<b>材料费</b>（见 7.14）、<b>医生费（诊疗费）</b>（见 7.15）、<b>治疗费</b>（见 7.16）、<b>护理费</b>（见 7.17）、<b>检查化验</b>（见 7.18）<b>费</b>、<b>手术费用</b>（见 7.19）、<b>器官移植费</b>（见 7.20），我们按照本合同<b>医疗保险金的计算方法的约定</b>，在上述各项医疗费用的每日限额及年限额范围内给付<b>医疗保险金</b>。</p> <p>如果被保险人接受<b>保险责任范围内的住院治疗</b>，且在本合同<b>保险期间期满日治疗仍未结束的</b>，对于被保险人该次住院治疗在本合同<b>期满日次日</b>起 30 日内发生的上述医疗费用，我们仍在本合同约定的<b>保险责任范围内</b>承担给付<b>医疗保险金</b>的责任，对于被保险人该次住院治疗在本合同<b>期满日次日</b>起 30 日后发生的医疗费用，我们不再承担给付<b>医疗保险金</b>的责任。</p>

	<p><b>特殊门诊 医疗保险 金</b></p>	<p>如果被保险人因意外伤害事故或者在等待期后经医院确诊因疾病必须在医院接受以下特殊门诊治疗的：</p> <p>(1) 门诊恶性肿瘤放化疗；</p> <p>(2) 门诊肾透析；</p> <p>(3) 器官移植后的门诊抗排异治疗。</p> <p>对被保险人发生的上述符合通常惯例的，且医学必需的合理门诊医疗费用，我们按照本合同医疗保险金的计算方法的约定，在上述各项医疗费用的年限额范围内给付医疗保险金。</p>
	<p><b>医疗保险 金的计算 方法（见 7.21）</b></p>	<p>在保险合同期间内，我们对被保险人每次发生的属于本合同保险责任范围内合理医疗费用给付的医疗保险金的计算公式如下：</p> <p>医疗保险金=保单年度内累计合理医疗费用 -免赔额- 保单年度内累计我们已给付的医疗保险金</p> <p>如果客户以有<b>社会医疗保险</b>（见 7.22）身份投保，但未以社会医疗保险身份就诊或者结算，我们将在上述公式计算得到的医疗保险金中扣除以下金额：<b>社会医疗保险可报销但被保险人未先行报销的医疗费用×20%</b>。</p> <p>免赔额按照以下方法确定：</p> <p>(1) 如果保单年度内从其他途径累计已获得的医疗费用补偿金额≤年度基础免赔额，那么免赔额等于年度基础免赔额；</p> <p>(2) 如果保单年度内从其他途径累计已获得的医疗费用补偿金额&gt;年度基础免赔额，那么免赔额等于保单年度内从其他途径累计已获得的医疗费用补偿金额。</p> <p>其他途径获得的医疗费用补偿包含已从社会医疗保险、公费医疗、商业性医疗费用补偿型医疗保险、其他政府机构或者社会福利机构获得医疗费用补偿。</p> <p>本合同约定的年度基础免赔额见本合同附表 1 所示。</p>
<p>2.6</p>	<p><b>补偿原则</b></p>	<p>我们在向受益人给付保险金时，若被保险人发生的属于本合同保险责任范围内的医疗费用已通过其他途径获得了补偿，且其他途径的补偿金额与我们按本合同约定给付的保险金之和超过了被保险人实际发生的医疗费用，我们将按被保险人实际发生的医疗费用扣除其他途径的补偿金额后的余额向受益人给付保险金，即包括本合同在内的各种途径所给付的所有补偿金额之和不得超过被保险人实际发生的医疗费用。</p>
<p>2.7</p>	<p><b>责任免除</b></p>	<p>因下列情形之一导致被保险人发生医疗费用的，我们不承担给付医疗保</p>

险金的责任，且该次发生的属于本合同规定范围内的医疗费用不计入保单年度内累计合理医疗费用，该次从其他途径已获得的费用补偿不计入保单年度内从其他途径累计已获得的费用补偿，本合同在约定的保险期间内继续有效：

- (1) 在中国境外（见 7.23）的国家或者地区接受治疗；
- (2) 未书面告知的既往症（见 7.24）、本合同特别约定的除外疾病；
- (3) 遗传性疾病（见 7.25）、先天性畸形、变形和染色体异常（见 7.26）（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）；
- (4) 感染艾滋病病毒或者患艾滋病（见 7.27）、性病、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）；
- (5) 不孕不育治疗、避孕、节育（含绝育）、子宫体腔内妊娠、产前产后检查、流产、堕胎、分娩（含难产）、变性手术、人体试验、人工生殖，或者由前述任一原因引起的并发症；
- (6) 《中华人民共和国传染病防治法》规定的甲类及乙类法定传染病（不含病毒性肝炎），或者国家有关法律、法规、规范性文件规定的法定传染病。前述传染病定义以被保险人入院当日《中华人民共和国传染病防治法》或者国家有关法律、法规、规范性文件的规定为准；
- (7) 疗养、康复治疗（见 7.28）、心理治疗、美容、矫形、视力矫正手术、牙齿治疗（见 7.29）、安装假肢、非意外事故所致的整容手术；
- (8) 投保人对被保险人的故意杀害、故意伤害；
- (9) 被保险人故意自伤、故意犯罪、抗拒依法采取的刑事强制措施或者自杀（但被保险人自杀时为无民事行为能力人的除外）；
- (10) 被保险人醉酒（见 7.30），主动吸食或者注射毒品（见 7.31）；
- (11) 被保险人挑衅或者故意行为而导致的打斗、被袭击、被谋杀；
- (12) 被保险人酒后驾驶（见 7.32）、无合法有效驾驶证驾驶（见 7.33）、或者驾驶无合法有效行驶证（见 7.34）的机动车（见 7.35）；
- (13) 被保险人从事下列高风险运动：潜水（见 7.36）、跳伞、攀岩（见 7.37）、驾驶滑翔机或者滑翔伞、探险（见 7.38）、摔跤、武术比赛（见 7.39）、特技表演（见 7.40）、赛马、赛车；
- (14) 战争、军事行动、暴乱、武装叛乱、核爆炸、核辐射、核

		<p>污染；</p> <p>(15) 不符合国家《临床技术操作规范》的治疗；</p> <p>(16) 对被保险人因检查、麻醉、手术治疗、药物治疗而导致的医疗事故所产生的医疗费用；</p> <p>(17) 未经科学或者医学认可的试验性或者研究性治疗及其产生的后果所产生的费用。</p>

### 3. 保险金的申请

3.1	受益人	除另有指定外，本合同的医疗保险金受益人为被保险人本人。
3.2	保险事故通知	您或者受益人知道保险事故发生后应当在 10 日内通知我们。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。
3.3	保险金申请	<p>在申请保险金时，受益人作为申请人须填写领取保险金申请书，并须提供下列证明和资料的原件：</p> <p>(1) 本合同；</p> <p>(2) 受益人的有效身份证件（见 7.41）；</p> <p>(3) 如果被保险人住院，则须提供医院出具的被保险人的入出院记录；</p> <p>(4) 医院出具的被保险人的诊断证明、医疗费用以及处方和检查化验明细清单及病历；首次申请理赔时，应提供医院出具的被保险人在本合同保险期间内历次的诊断证明、医疗费用明细清单及病历；</p> <p>(5) 医院出具的被保险人的医疗费用收据或者发票，我们留存其原件；首次申请理赔时，应提供医院出具的被保险人在本合同保险期间内历次的医疗费用收据或者发票；</p> <p>(6) 如果已从其他途径获得了补偿，则须提供从其他途径报销的凭证，我们留存其原件；</p> <p>(7) 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。</p>

		<p>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的证明和资料。</p> <p>委托他人领取保险金时，受托人还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。</p> <p>保险金作为被保险人遗产时，继承人还必须提供可证明其合法继承权的相关权利文件。</p> <p>受益人或者继承人为无民事行为能力人或者限制民事行为能力人时，由其合法监护人代其申请领取保险金，其合法监护人还必须提供受益人或者继承人为无民事行为能力人或者限制民事行为能力人的证明和监护人具有合法监护权的证明。</p>
3.4	<b>保险金给付</b>	<p>我们在收到领取保险金申请书及本附加合同约定的证明和资料后，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。</p> <p>我们未及时履行前款约定义务的，对属于保险责任的，除支付保险金外，应当赔偿受益人因此受到的利息损失。利息按照我们确定的利率按单利计算，且我们确定的利率不低于中国人民银行公布的金融机构人民币活期存款基准利率。</p> <p>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。</p> <p>我们在收到领取保险金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。</p>
3.5	<b>诉讼时效</b>	<p>权利人向我们申请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。</p>

#### 4. 保险费的交纳

4.1	<b>保险费的交纳</b>	<p>本合同的保险费按照您选择的保障计划和被保险人的年龄确定，并在保险单上载明。</p> <p>新续保合同的保险费将根据您选择的保障计划、被保险人的年龄、社会医疗保险身份进行调整，请您查看我们提供的费率表。</p>
-----	---------------	---

		您在投保时应一次性交纳本合同的保险费。
4.2	保险费率调整	<p>您为被保险人新续保合同时，我们有权根据本合同计算费率所用的计算基础与实际情况的偏差程度，决定您续保时的保险费率是否调整。保险费率的调整适用于本合同的所有被保险人或者同一投保年龄的所有被保险人，且须符合中国保险监督管理委员会的相关规定。</p> <p>我们进行保险费率调整后，您须自调整后的首个新续保合同生效日起按照新的保险费率支付保险费，保险费率调整前您已经支付的保险费不受影响。</p>
4.3	续保	<p>您为被保险人新续保合同时，需满足如下条件：</p> <p>(1) 被保险人的年龄最高不超过 99 周岁；</p> <p>(2) 我们在本合同以及各续保合同保险期间内累计给付的医疗保险金之和不超过您与我们约定的保障计划对应的终身基本给付限额。</p> <p>如果我们未调整保险费率，且在本合同期满日前未收到您停止继续投保本合同的书面申请，我们将为您自动办理相关续保手续，您需要按照被保险人续保时的实际年龄交纳该新续保的合同的保险费，新续保的合同自本合同期满日次日零时起生效，有效期为 1 年。</p> <p>如果我们决定在您续保时调整保险费率，我们将在本合同期满日前以书面形式或者双方认可的其他形式通知您。如果在本合同满期前您以书面形式或者双方认可的其他形式通知我们您同意保险费率的调整，我们将为您办理相关继续投保手续，您需要按照被保险人续保时的实际年龄及调整后的保险费率交纳该新续保的合同的保险费，新续保的合同自本合同期满日次日零时起生效，有效期为 1 年。如果在本合同满期前您未以书面形式或者双方认可的其他形式通知我们您同意保险费率的调整，则我们视同您自动放弃新续保合同的权利，本合同自期满日的 24 时起效力终止。</p> <p>每次续保，均按前述规则类推。</p> <p>如果我们未调整保险费率或者您同意接受保险费率调整继续投保本合同，则自本合同期满日次日起 60 日内为新续保合同交费宽限期，您需要在此期间按照被保险人续保时的实际年龄交纳该新续保的合同的保险费。宽限期内发生保险事故的，我们承担保险责任，但在给付保险金时会扣除您欠交的保险费，其数额按照您选择的保障计划和被保险人的年龄确定。如果宽限期结束之后您仍未交纳新续保合同的保险费，则我们视同您自动放弃新续保合同的权利，新续保的合同自宽限期期满日的 24 时起效力终止。</p>

4.4	保障计划变更	<p>新续保合同时，您可以变更保障计划，但须于续保前有效的合同的保险期间届满前 30 日内通知我们，我们将对是否同意您变更保障计划作出决定。</p> <p>如果我们同意您变更保障计划，我们将以书面形式或者双方认可的其他形式通知您，您须自保障计划变更后的首个新续保合同生效日起按照新的保险费率支付保险费，保障计划变更前您已经支付的保险费不受影响。</p> <p>如果我们不同意您变更保障计划，我们将以书面形式或者双方认可的其他形式通知您。</p> <p>每个有效的保险合同的保险期间内不可变更已选定的保障计划。</p>
4.5	社会医疗保险身份变更	<p>如果被保险人是否拥有社会医疗保险的身份发生了变更，您可以在新续保合同时变更您时的社会医疗保险身份，但须于续保前有效的合同的保险期间届满前 30 日内通知我们。我们将以书面形式或者双方认可的其他形式通知您，您须自身份变更后的首个新续保合同生效日起按照新的保险费率支付保险费，保障计划变更前您已经支付的保险费不受影响。</p> <p>每个有效的保险合同的保险期间内不可变更社会医疗保险身份。</p>

## 5. 合同解除

5.1	您解除合同的手续及风险	<p>如果被保险人未发生保险事故，且您要求解除本合同，请填写解除合同申请书并向我们提供下列资料的原件：</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>(1) 本合同；</li> <li>(2) 您的有效身份证件。</li> </ol> <p>自我们收到解除合同申请书时起，本合同终止。我们自收到解除合同申请书之日起 30 日内向您退还本合同终止时的<b>现金价值</b>（见 7.42）。</p> <p>您解除合同会遭受一定损失。如果已发生保险金给付的，您不得要求解除本合同。</p>

## 6. 其他需要关注的事项

6.1	<b>明确说明与如实告知</b>	<p>订立本合同时，我们应当向您说明本合同的内容。对保险条款中免除我们责任的条款，我们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您注意的提示，并对该条款的内容以书面或者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书面询问，您应当如实告知。</p> <p>如果您故意或者因重大过失未履行前款约定的如实告知义务，足以影响我们决定是否同意承保或者提高保险费率的，我们有权解除本合同。合同解除权自我们知道有解除事由之日起超过 30 日不行使而消灭。</p> <p>如果您故意不履行如实告知义务，对于本合同解除前发生的保险事故，我们不承担给付保险金的责任，并不退还保险费。</p> <p>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，对于本合同解除前发生的保险事故，我们不承担给付保险金的责任，但应当向您退还保险费。</p> <p>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，我们承担给付保险金的责任。</p>
6.2	<b>年龄性别错误</b>	<p>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和性别在投保单上填明，如果发生错误按照下列方式办理：</p> <p>(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合同约定投保年龄限制的，我们有权解除本合同，合同解除权自我们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，我们向您退还本合同终止时的现金价值。对于本合同解除前发生的保险事故，我们不承担给付保险金的责任。</p> <p>(2) 您申报的被保险人年龄或者性别不真实，致使您实交保险费少于应交保险费的，我们有权更正并要求您补交保险费。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。</p> <p>(3) 您申报的被保险人年龄或者性别不真实，致使您实交保险费多于应交保险费的，我们向您无息退还多收的保险费。</p>
6.3	<b>职业或者工种的确定与变更</b>	<p>我们将按照事先公布的职业分类表确定被保险人的职业分类，您可以通过我们的服务场所工作人员查询到此表。</p> <p>被保险人变更其职业或者工种时，您应于 10 日内以书面形式通知我们。被保险人所变更的职业或者工种依照职业分类其危险程度降低时，我们自接到通知之日起，向您退还职业类别变更前后的与剩余保险期间相对</p>

		<p>应的<b>净保险费</b>（见 7.43）差额；其危险程度增加时，我们自接到通知之日起，向您增收职业类别变更前后的与剩余保险期间相对应的净保险费差额。但被保险人所变更的职业或者工种依照我们职业分类在本合同拒保范围内的，我们对该被保险人所承担保险责任自接到通知之日起终止，并按约定退还现金价值。</p> <p>被保险人的职业或者工种变更之后，依照职业分类表其危险程度增加而未依前项约定通知我们而发生保险事故的，我们按实收保险费与应收保险费的比例计算给付保险金，但被保险人职业或者工种变更之后在本合同拒保范围内的，我们不承担给付保险金责任，并按本合同约定退还现金价值。</p>
6.4	<b>合同内容变更</b>	<p>在本合同有效期内，经您与我们协商一致，可以变更本合同的有关内容。变更本合同的，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。</p>
6.5	<b>联系方式变更</b>	<p>为了保障您的合法权益，您的住所、通讯地址或者电话等联系方式变更时，请及时以书面形式或者双方认可的其他形式通知我们。如果您未以书面形式或者双方认可的其他形式通知我们，我们按本合同载明的最后住所或者通讯地址发送的有关通知，均视为已送达给您。</p>
6.6	<b>争议处理</b>	<p>本合同履行过程中，双方发生争议时，可以从下列两种方式中选择一种争议处理方式：</p> <p>（1）因履行本合同发生的争议，由双方协商解决，协商不成的，提交_____仲裁委员会仲裁；</p> <p>（2）因履行本合同发生的争议，由双方协商解决，协商不成的，依法向人民法院起诉。</p>
6.7	<b>保险事故鉴定</b>	<p>如果被保险人发生保险事故，您和我们均可以委托保险公估机构等依法设立的独立评估机构或者具有相关专业知识的人员，对保险事故进行评估和鉴定。</p>
7.	<b>释义</b>	

7.1	合法有效	本合同所指合法有效均以中华人民共和国法律、行政法规、地方性法规、行政规章及有关规范性法律文件的规定为判定依据。
7.2	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。例如，出生日期为2000年9月1日，2000年9月1日至2001年8月31日期间为0周岁，2001年9月1日至2002年8月31日期间为1周岁，依此类推。
7.3	意外伤害	指外来的、突然的、非本意的、非疾病的使被保险人身体受到伤害的客观事件，并以此客观事件为直接且单独原因导致被保险人身体蒙受伤害或者身故， <b>猝死、自杀以及自伤均不属于意外伤害。</b> 猝死指表面健康的人因潜在疾病、机能障碍或者其他原因在出现症状后24小时内发生的非暴力性突然死亡。猝死的认定以医院的诊断和公安部门的鉴定为准。
7.4	住院	指被保险人入住医院之正式病房进行治疗，并正式办理入出院手续，不包括入住门诊观察室、家庭病床、挂床住院及被保险人未达到入院标准而办理入院手续或者已达到出院标准而不办理出院手续的情形。其中挂床住院指被保险人非治疗需要，一次离开医院12小时以上，视为自动离开医院，我们仅对离开日及以前属于保险责任范围内的住院治疗承担保险金给付责任。
7.5	恶性肿瘤 放化疗	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。 恶性肿瘤放化疗指利用特殊设备产生的高剂量射线照射恶性肿瘤部位，或者按特定方案单独或者联合应用化疗药物杀死癌细胞、抑制癌细胞的生长繁殖的治疗方式。
7.6	肾透析	指根据半透膜的膜平衡原理，使用一定浓度的电解质和葡萄糖组成的透析液和血液中积累的代谢产物、水及电解质进行渗透交换，从而达到治疗终末期肾病目的的治疗方式。

7.7	符合通常惯例	<p>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。</p> <p>对是否符合通常惯例由我们理赔人员根据客观、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。</p>
7.8	医学必需	<p>指医疗费用符合下列所有条件：</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>(1) 治疗意外伤害或者疾病所必需的项目；</li> <li>(2) 不超过安全、足量治疗原则的项目；</li> <li>(3) 由医生（见 7.44）开具的处方药；</li> <li>(4) 非试验性的、非研究性的项目；</li> <li>(5) 与接受治疗当地普遍接受的医疗专业实践标准一致的项目。</li> </ol> <p>对是否医学必需由我们理赔人员根据客观、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。</p>
7.9	本合同保险期间内累计	<p>指保险单载明的同一个保险期间的生效日至期满日期间的累计值。</p> <p>在本合同有效的保险期间或者相连的续保合同有效的保险期间内，被保险人接受住院治疗跨不同保险期间时，符合通常惯例的，且医学必需的合理医疗费用、已通过其他途径获得的费用补偿均按本次住院在各保险合同的保险期间内实际发生的住院天数分摊，并计入相应保险合同的保险期间的累计值。</p>
7.10	同一次住院	<p>与前次住院原因相同，且前次出院与下次入院间隔未超过 30 日的再次住院视为同一次住院。</p>
7.11	医院	<p>指国务院卫生行政主管部门医院等级分类中的二级合格或者二级合格以上的社会基本医疗保险规定的定点医院，不包括以康复、护理、疗养、戒酒、戒毒或者类似功能为主要功能的医疗机构。</p> <p>二级合格或者二级合格以上的社会基本医疗保险规定的定点医院所附属的特需门诊医疗、国际医疗在本合同计划二的保障范围内。</p>

7.12	<b>床位费和膳食费</b>	<p>床位费指被保险人住院期间使用的医院床位的费用，但不包括重症监护室床位费。</p> <p>膳食费是指根据医生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。</p> <p>膳食费不包括：</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>(1) 所住医院外其他营利性餐饮服务机构提供的餐饮费用；</li> <li>(2) 不是根据医嘱配送的、在医院对外营业的餐厅或者食堂的餐饮费用；</li> <li>(3) 不在医院开具的医疗费用清单上的餐饮费用。</li> </ol>
7.13	<b>药品费</b>	<p>指在住院以及特殊门诊就医期间根据医生开具的处方所发生的西药、中成药和中草药的费用。</p> <p>药品费不包括在治疗时<b>投保所在地</b>（见 7.45）政府适用的《城镇职工基本医疗保险药品目录》及相关规定中不予给付的下列药品：营养补充类药品，免疫功能调节类药品，美容及减肥类药品，预防类药品以及中草药类药品。</p>
7.14	<b>材料费</b>	指在住院以及特殊门诊就医期间医生或者 <b>护士</b> （见 7.46）在为被保险人进行的各种治疗中所使用的一次性敷料费用。
7.15	<b>医生费（诊疗费）</b>	指由医生所实施的病情咨询及检查、各种器械或者仪器检查、诊断、治疗方案拟订等各项医疗服务所收取的费用。
7.16	<b>治疗费</b>	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治疗费，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、冷冻、激光、急救治疗、心肺复苏等而发生的治疗费，具体以所就诊医院的费用项目划分为准。
7.17	<b>护理费</b>	护理费是指住院期间由护士对被保险人提供临床护理服务所收取的费用。包括各级护理、重症监护与专项护理费用。

7.18	<b>检查化验</b>	指由医生开具的由医院专项检查科室的专业检查、检验人员实施的各项检查化验项目，包括实验室检查、病理检查、放射线检查、CT、核磁共振检查（MRI）、B超、血管造影、同位素、心电图、心功能、肺功能、骨密度、基因学检查。																								
7.19	<b>手术费用</b>	手术费用包括手术费、麻醉费、手术监测费、手术辅助费、未独立记账的术中用药费、手术设备费、合理且必要的 <b>手术植入材料</b> （见 7.47）费。																								
7.20	<b>器官移植费</b>	器官移植费是指经相关专科医生明确诊断，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发生的手术费、辅助治疗费、检验费等。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。																								
7.21	<b>医疗保险金的计算方法</b>	<p>举例说明：投保人王某为被保险人李某（有社会医疗保险）购买本产品，选择投保计划一。本合同的生效日为 2014 年 1 月 1 日。本合同的保险期间为 1 年，自 2014 年 1 月 1 日零时开始，至 2014 年 12 月 31 日 24 时止。被保险人在本合同保险期间内共计发生两次治疗，每次治疗情况具体如下：</p> <table border="1" data-bbox="515 1167 1501 1899"> <thead> <tr> <th data-bbox="515 1167 817 1279">就诊编号</th> <th data-bbox="817 1167 1158 1279">首次就诊</th> <th data-bbox="1158 1167 1501 1279">第二次就诊</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td data-bbox="515 1279 817 1391">治疗时间</td> <td data-bbox="817 1279 1158 1391">2014 年 3 月 1 日至 2014 年 4 月 7 日</td> <td data-bbox="1158 1279 1501 1391">2014 年 7 月 1 日至 2014 年 7 月 25 日</td> </tr> <tr> <td data-bbox="515 1391 817 1473">治疗项目</td> <td data-bbox="817 1391 1158 1473">首次因疾病住院</td> <td data-bbox="1158 1391 1501 1473">首次门诊恶性肿瘤化疗</td> </tr> <tr> <td data-bbox="515 1473 817 1556">实际发生的医疗费用</td> <td data-bbox="817 1473 1158 1556">16 万元</td> <td data-bbox="1158 1473 1501 1556">6 万元</td> </tr> <tr> <td data-bbox="515 1556 817 1639">保险责任范围内的合理医疗费用</td> <td data-bbox="817 1556 1158 1639">15 万元</td> <td data-bbox="1158 1556 1501 1639">5 万元</td> </tr> <tr> <td data-bbox="515 1639 817 1722">社会医疗保险可报销范围内医疗费用</td> <td data-bbox="817 1639 1158 1722">5 万元</td> <td data-bbox="1158 1639 1501 1722">3 万元</td> </tr> <tr> <td data-bbox="515 1722 817 1805">已通过其他途径获得的费用补偿</td> <td data-bbox="817 1722 1158 1805">2 万元</td> <td data-bbox="1158 1722 1501 1805">0 万元</td> </tr> <tr> <td data-bbox="515 1805 817 1899">是否通过社会医疗保险先行赔付</td> <td data-bbox="817 1805 1158 1899">是</td> <td data-bbox="1158 1805 1501 1899">否</td> </tr> </tbody> </table> <p>则医疗保险金的计算方法如下：</p> <p>(1) 被保险人首次就诊实际发生的医疗费用为 16 万元，本次医</p>	就诊编号	首次就诊	第二次就诊	治疗时间	2014 年 3 月 1 日至 2014 年 4 月 7 日	2014 年 7 月 1 日至 2014 年 7 月 25 日	治疗项目	首次因疾病住院	首次门诊恶性肿瘤化疗	实际发生的医疗费用	16 万元	6 万元	保险责任范围内的合理医疗费用	15 万元	5 万元	社会医疗保险可报销范围内医疗费用	5 万元	3 万元	已通过其他途径获得的费用补偿	2 万元	0 万元	是否通过社会医疗保险先行赔付	是	否
就诊编号	首次就诊	第二次就诊																								
治疗时间	2014 年 3 月 1 日至 2014 年 4 月 7 日	2014 年 7 月 1 日至 2014 年 7 月 25 日																								
治疗项目	首次因疾病住院	首次门诊恶性肿瘤化疗																								
实际发生的医疗费用	16 万元	6 万元																								
保险责任范围内的合理医疗费用	15 万元	5 万元																								
社会医疗保险可报销范围内医疗费用	5 万元	3 万元																								
已通过其他途径获得的费用补偿	2 万元	0 万元																								
是否通过社会医疗保险先行赔付	是	否																								

		<p>疗保险金的计算过程如下：</p> <p>①保单年度内累计合理医疗费用：15 万元；</p> <p>②确定免赔额：根据“从其他途径累计已获得的费用补偿（2 万元）&gt;年度基础免赔额（1 万元）”，确定免赔额为 2 万元；</p> <p>③保单年度内累计我们已给付的医疗保险金：0 万元；</p> <p>④社会医疗保险未先行赔付扣除额：本次就诊被保险已从社会医疗保险先行赔付获得费用补偿 2 万元，因此扣除额为 0 万元。</p> <p>根据公式，我们本次向医疗保险金受益人给付的医疗保险金为 13 万元（保单年度内累计合理医疗费用 15 万元 -免赔额 2 万元-保单年度内累计我们已给付的医疗保险金 0 万元-社会医疗保险未先行赔付扣除额 0 万元）。</p> <p>（2）被保险人第二次就诊实际发生的医疗费用为 6 万元，合理医疗费用为 5 万元，本次医疗保险金的计算过程如下：</p> <p>①保单年度内累计合理医疗费用：20 万元（首次就诊 15 万元+第二次就诊 5 万元）；</p> <p>②确定免赔额：根据“从其他途径累计已获得的费用补偿 2 万元（首次就诊 2 万元+第二次就诊 0 万元）&gt;年度基础免赔额（1 万元）”，确定免赔额为 2 万元；</p> <p>③保单年度内累计我们已给付的医疗保险金：13 万元；</p> <p>④社会医疗保险未先行赔付扣除额：由于本次被保险人未从社会医疗保险先行赔付，因此扣除额为 0.6 万元（社会医疗保险可报销范围内医疗费用 3 万元×20%）；</p> <p>根据公式，我们本次向医疗保险金受益人给付的医疗保险金为 4.4 万元（保单年度内累计合理医疗费用 20 万元 -免赔额 2 万元-保单年度内累计我们已给付的医疗保险金 13 万元-社会医疗保险未先行赔付扣除额 0.6 万元）。</p> <p>因此，本合同保险期间内累计我们已给付的医疗保险金为 17.4 万元（=13 万元+4.4 万元）。</p>
7.22	<b>社会医疗保险</b>	指包括城镇职工基本医疗保险、新型农村合作医疗保险、城镇居民基本医疗保险等政府举办的基本医疗保障项目。
7.23	<b>中国境外</b>	指中华人民共和国领土之外的地区以及香港特别行政区、澳门特别行政区和台湾地区。

7.24	<b>既往症</b>	指在本合同生效日之前被保险人已患的疾病或者已有的症状。
7.25	<b>遗传性疾病</b>	指生殖细胞或者受精卵的遗传物质（染色体和基因）发生突变或者畸变所引起的疾病，通常具有由亲代传至后代的垂直传递的特征。
7.26	<b>先天性畸形、变形和染色体异常</b>	指被保险人出生时就具有的畸形、变形或者染色体异常。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。
7.27	<b>感染艾滋病病毒或者患艾滋病</b>	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。 在人体血液或者其他样本中检测到艾滋病病毒或者其抗体呈阳性，没有出现临床症状或者体征的，为感染艾滋病病毒；如果同时出现了明显临床症状或者体征的，为患艾滋病。
7.28	<b>康复治疗</b>	指在康复医院、康复中心、普通医院的康复科诊治或者接受以促进机体各项功能恢复为目的的医疗方法，如理疗、按摩、推拿、生物反馈疗法、康复营养、康复护理等。
7.29	<b>牙齿治疗</b>	指牙齿的保健、洁牙、美白、矫形及种牙、镶牙、补牙、拔牙手术。
7.30	<b>醉酒</b>	指发生事故时被保险人每百毫升血液中的酒精含量大于或者等于 80 毫克。
7.31	<b>毒品</b>	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。
7.32	<b>酒后驾驶</b>	指经检测或者鉴定，发生保险事故时被保险人每百毫升血液中的酒精含

		量达到或者超过一定的标准，是否达到前述标准由公安机关交通管理部门依据《道路交通安全法》的规定认定，我们根据公安机关交通管理部门的认定确认被保险人是否属于酒后驾驶。
7.33	<b>无合法有效驾驶证驾驶</b>	指下列情形之一： (1) 没有取得中华人民共和国有关主管部门颁发或者认可的驾驶资格证书； (2) 驾驶与合法有效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) 在驾驶证有效期内未按照中华人民共和国法律、行政法规的规定，定期对机动车驾驶证实施审验的； (5) 驾驶证已过有效期的。
7.34	<b>无合法有效行驶证</b>	指发生保险事故时没有按照公安机关交通管理部门机动车登记制度的规定进行登记并领取机动车行驶证或者临时通行牌证等法定证件。包括下列情形之一： (1) 未办理行驶证或者行驶证在申办过程中的； (2) 机动车行驶证被依法注销登记的； (3) 未在行驶证检验有效期内依法按时进行或者未通过机动车安全技术检验的。
7.35	<b>机动车</b>	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。
7.36	<b>潜水</b>	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。
7.37	<b>攀岩</b>	指攀登悬崖、楼宇外墙、人造悬崖、冰崖、冰山等运动。
7.38	<b>探险</b>	指明知在某种特定的自然条件下有失去生命或者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、徒步穿越沙漠或者人迹罕至的原始森林等活动。

7.39	<b>武术比赛</b>	指两人或者两人以上对抗性柔道、空手道、跆拳道、散打、拳击等各种拳术及使用器械的对抗性比赛。
7.40	<b>特技表演</b>	指进行马术、杂技、驯兽等表演。
7.41	<b>有效身份证件</b>	指由中华人民共和国政府主管部门规定的能够证明其身份的证件，如：居民身份证、军官证、警官证、士兵证、户口簿以及中华人民共和国政府主管部门颁发或者认可的有效护照或者其他身份证明文件。
7.42	<b>现金价值</b>	其计算公式为“ $\text{保险费} \times (1-35\%) \times (1-\text{经过天数} \div 365)$ ”，经过天数不足一天的不计。“经过天数”是指本合同从生效之日起至终止之日实际经过的天数。
7.43	<b>净保险费</b>	指不包含营业费用、佣金等其他费用的保险费。其计算公式为“ $\text{保险费} \times (1-35\%)$ ”。
7.44	<b>医生</b>	指在医院内合法注册的具有医师执业资格和诊断处方权且正在执业的医师。
7.45	<b>投保所在地</b>	指投保时在投保单上“备注”栏明确载明的投保的所在地；若未明确载明，则以我们的所在地作为投保所在地。
7.46	<b>护士</b>	指在医院内合法注册的具有护士执业资格且正在执业的护理人员。
7.47	<b>手术植入材料</b>	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、人工心脏瓣膜等植入式人工器官等手术中留置体内的生物相容性材料。

在本条款中，“您”指投保人，“我们”、“本公司”均指在保险单上签章的泰康人寿保险股份有限公司的分公司，“本合同”指您与我们之间订立的“泰康健康尊享医疗保险合同”，“被保险人”指本合同的被保险人，投保人、被保险人的姓名在保险单上载明。

## 1. 您与我们订立的合同

1.1	合同构成	本合同是您与我们约定保险权利义务关系的协议，包括本保险条款、保险单或者其他保险凭证、投保单、与本合同有关的投保文件、合法有效（见 7.1）的声明、批注、批单及其他您与我们共同认可的书面协议。
1.2	合同成立及生效	您提出保险申请且我们同意承保，本合同成立。 本合同的成立日、生效日以保险单记载的日期为准。
1.3	投保年龄	投保年龄指您投保时被保险人的年龄，以周岁（见 7.2）计算。。

## 2. 我们提供的保障

2.1	保障计划	本合同的保障计划由您在投保时与我们约定，并在保险单上载明。
2.2	年度给付限额、终身基本给付限额	本合同的币种为人民币，本合同的年度给付限额、终身基本给付限额根据您和我们约定的保障计划确定，并在保险单上载明。
2.3	保险期间	本合同的保险期间为 1 年，自本合同生效日零时开始，至保险单上载明的保险期间期满日的 24 时止。本合同保险期间届满，您若继续投保本保险，则新续保合同的保险期间为新的保险期间，有效期为 1 年，自新续保合同的生效日零时开始，至新续保合同的保险期间期满日 24 时止。每次续保，均依此类推。

2.4	等待期	<p>您为被保险人首次投保本合同或者非连续投保本合同时，被保险人自本合同生效之日起30日内非因<b>意外伤害</b>（见7.3）<b>事故住院</b>（见7.4）或者接受特殊门诊治疗（指<b>门诊恶性肿瘤放化疗</b>（见7.5）、<b>门诊肾透析</b>（见7.6）或者器官移植后的门诊抗排异治疗），我们不承担给付保险金的责任，这30日称为等待期。该住院治疗或者特殊门诊治疗发生的<b>符合通常惯例</b>（见7.7）的，且<b>医学必需</b>（见7.8）的合理医疗费用不计入<b>本合同保险期间内累计</b>（见7.9）的医疗费用。</p> <p>被保险人在等待期内非因意外伤害事故发生的住院及与该住院视为<b>同一次住院</b>（见7.10）的治疗，或者在等待期内非因意外伤害事故发生的特殊门诊治疗及与该特殊门诊治疗原因相同的所有治疗，无论是否延续至等待期后，我们均不承担给付保险金的责任。</p> <p>被保险人因意外伤害导致的保险事故需要住院治疗或者特殊门诊治疗的，保险责任无等待期。您为被保险人投保本合同后不间断续保，续保合同无等待期。</p>
2.5	保险责任	<p>在本合同保险期间内，我们承担载明于保险单上的被保险人发生的符合通常惯例的，且医学必需的合理医疗费用，包括住院医疗保险金和特殊门诊医疗保险金。住院医疗保险金和特殊门诊医疗保险金统称为<b>医疗保险金</b>。</p>
	住院医疗保险金	<p>如果被保险人因意外伤害事故或者在等待期后经<b>医院</b>（见7.11）确诊因疾病必须住院治疗的，对被保险人发生的符合通常惯例的，且医学必需的合理住院医疗费用，包括<b>床位费和膳食费</b>（见7.12）、<b>重症监护室床位费、药品费</b>（见7.13）、<b>材料费</b>（见7.14）、<b>医生费（诊疗费）</b>（见7.15）、<b>治疗费</b>（见7.16）、<b>护理费</b>（见7.17）、<b>检查化验</b>（见7.18）<b>费、手术费用</b>（见7.19）、<b>器官移植费</b>（见7.20），我们按照本合同医疗保险金的计算方法的约定，在上述各项医疗费用的每日限额及年限额范围内给付<b>医疗保险金</b>。</p> <p>如果被保险人接受保险责任范围内的住院治疗，且在本合同保险期间期满日治疗仍未结束的，对于被保险人该次住院治疗在本合同期满日次日起30日内发生的上述医疗费用，我们仍在本合同约定的保险责任范围内承担给付<b>医疗保险金</b>的责任，对于被保险人该次住院治疗在本合同期满日次日起30日后发生的医疗费用，我们不再承担给付<b>医疗保险金</b>的责任。</p>
	特殊门诊医疗保险金	<p>如果被保险人因意外伤害事故或者在等待期后经医院确诊因疾病必须在医院接受以下特殊门诊治疗的：</p> <p>（1）<b>门诊恶性肿瘤放化疗</b>；</p>

		<p>(2) 门诊肾透析；</p> <p>(3) 器官移植后的门诊抗排异治疗。</p> <p>对被保险人发生的上述符合通常惯例的，且医学必需的合理门诊医疗费用，我们按照本合同医疗保险金的计算方法的约定，在上述各项医疗费用的年限额范围内给付医疗保险金。</p>
	<p><b>医疗保险金的计算方法（见 7.21）</b></p>	<p>在保险合同期间内，我们对被保险人每次发生的属于本合同保险责任范围内合理医疗费用给付的医疗保险金的计算公式如下：</p> <p>医疗保险金=保单年度内累计合理医疗费用 -免赔额- 保单年度内累计我们已给付的医疗保险金</p> <p>如果客户以有<b>社会医疗保险</b>（见 7.22）身份投保，但未以社会医疗保险身份就诊或者结算，我们将在上述公式计算得到的医疗保险金中扣除以下金额：<b>社会医疗保险可报销但被保险人未先行报销的医疗费用×20%</b>。</p> <p>免赔额按照以下方法确定：</p> <p>(1) 如果保单年度内从其他途径累计已获得的医疗费用补偿金额≤年度基础免赔额，那么免赔额等于年度基础免赔额；</p> <p>(2) 如果保单年度内从其他途径累计已获得的医疗费用补偿金额&gt;年度基础免赔额，那么免赔额等于保单年度内从其他途径累计已获得的医疗费用补偿金额。</p> <p>其他途径获得的医疗费用补偿包含已从社会医疗保险、公费医疗、商业性医疗费用补偿型医疗保险、其他政府机构或者社会福利机构获得医疗费用补偿。</p> <p>本合同约定的年度基础免赔额见本合同附表 1 所示。</p>
2.6	<p><b>补偿原则</b></p>	<p>我们在向受益人给付保险金时，若被保险人发生的属于本合同保险责任范围内的医疗费用已通过其他途径获得了补偿，且其他途径的补偿金额与我们按本合同约定给付的保险金之和超过了被保险人实际发生的医疗费用，我们将按被保险人实际发生的医疗费用扣除其他途径的补偿金额后的余额向受益人给付保险金，即包括本合同在内的各种途径所给付的所有补偿金额之和不得超过被保险人实际发生的医疗费用。</p>
2.7	<p><b>责任免除</b></p>	<p>因下列情形之一导致被保险人发生医疗费用的，我们不承担给付医疗保险金的责任，且该次发生的属于本合同规定范围内的医疗费用不计入保单年度内累计合理医疗费用，该次从其他途径已获得的费用补偿不计入保单年度内从其他途径累计已获得的费用补偿，本合同在约定的保险期</p>

间内继续有效：

- (1) 在中国境外（见 7. 23）的国家或者地区接受治疗；
- (2) 未书面告知的既往症（见 7. 24）、本合同特别约定的除外疾病；
- (3) 遗传性疾病（见 7. 25）、先天性畸形、变形和染色体异常（见 7. 26）（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）；
- (4) 感染艾滋病病毒或者患艾滋病（见 7. 27）、性病、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）；
- (5) 不孕不育治疗、避孕、节育（含绝育）、子宫体腔内妊娠、产前产后检查、流产、堕胎、分娩（含难产）、变性手术、人体试验、人工生殖，或者由前述任一原因引起的并发症；
- (6) 《中华人民共和国传染病防治法》规定的甲类及乙类法定传染病（不含病毒性肝炎），或者国家有关法律、法规、规范性法律文件规定的法定传染病。前述传染病定义以被保险人入院当日《中华人民共和国传染病防治法》或者国家有关法律、法规、规范性法律文件的规定为准；
- (7) 疗养、康复治疗（见 7. 28）、心理治疗、美容、矫形、视力矫正手术、牙齿治疗（见 7. 29）、安装假肢、非意外事故所致的整容手术；
- (8) 投保人对被保险人的故意杀害、故意伤害；
- (9) 被保险人故意自伤、故意犯罪、抗拒依法采取的刑事强制措施或者自杀（但被保险人自杀时为无民事行为能力人的除外）；
- (10) 被保险人醉酒（见 7. 30），主动吸食或者注射毒品（见 7. 31）；
- (11) 被保险人挑衅或者故意行为而导致的打斗、被袭击、被谋杀；
- (12) 被保险人酒后驾驶（见 7. 32）、无合法有效驾驶证驾驶（见 7. 33）、或者驾驶无合法有效行驶证（见 7. 34）的机动车（见 7. 35）；
- (13) 被保险人从事下列高风险运动：潜水（见 7. 36）、跳伞、攀岩（见 7. 37）、驾驶滑翔机或者滑翔伞、探险（见 7. 38）、摔跤、武术比赛（见 7. 39）、特技表演（见 7. 40）、赛马、赛车；
- (14) 战争、军事行动、暴乱、武装叛乱、核爆炸、核辐射、核污染；
- (15) 不符合国家《临床技术操作规范》的治疗；
- (16) 对被保险人因检查、麻醉、手术治疗、药物治疗而导致的

		<p>医疗事故所产生的医疗费用；</p> <p>(17) 未经科学或者医学认可的试验性或者研究性治疗及其产生的后果所产生的费用。</p>

### 3. 保险金的申请

3.1	受益人	除另有指定外，本合同的医疗保险金受益人为被保险人本人。
3.2	保险事故通知	您或者受益人知道保险事故发生后应当在 10 日内通知我们。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。
3.3	保险金申请	<p>在申请保险金时，受益人作为申请人须填写领取保险金申请书，并须提供下列证明和资料的原件：</p> <p>(1) 本合同；</p> <p>(2) 受益人的有效身份证件（见 7.41）；</p> <p>(3) 如果被保险人住院，则须提供医院出具的被保险人的入出院记录；</p> <p>(4) 医院出具的被保险人的诊断证明、医疗费用以及处方和检查化验明细清单及病历；首次申请理赔时，应提供医院出具的被保险人在本合同保险期间内历次的诊断证明、医疗费用明细清单及病历；</p> <p>(5) 医院出具的被保险人的医疗费用收据或者发票，我们留存其原件；首次申请理赔时，应提供医院出具的被保险人在本合同保险期间内历次的医疗费用收据或者发票；</p> <p>(6) 如果已从其他途径获得了补偿，则须提供从其他途径报销的凭证，我们留存其原件；</p> <p>(7) 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。</p>
		<p>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的证明和资料。</p> <p>委托他人领取保险金时，受托人还必须提供本人的有效身份证件及委托</p>

		<p>人亲笔签名的授权委托书。</p> <p>保险金作为被保险人遗产时，继承人还必须提供可证明其合法继承权的相关权利文件。</p> <p>受益人或者继承人为无民事行为能力人或者限制民事行为能力人时，由其合法监护人代其申请领取保险金，其合法监护人还必须提供受益人或者继承人为无民事行为能力人或者限制民事行为能力人的证明和监护人具有合法监护权的证明。</p>
3.4	<b>保险金给付</b>	<p>我们在收到领取保险金申请书及本附加合同约定的证明和资料后，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。</p> <p>我们未及时履行前款约定义务的，对属于保险责任的，除支付保险金外，应当赔偿受益人因此受到的利息损失。利息按照我们确定的利率按单利计算，且我们确定的利率不低于中国人民银行公布的金融机构人民币活期存款基准利率。</p> <p>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。</p> <p>我们在收到领取保险金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。</p>
3.5	<b>诉讼时效</b>	<p>权利人向我们申请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。</p>

#### 4. 保险费的交纳

4.1	<b>保险费的交纳</b>	<p>本合同的保险费按照您选择的保障计划和被保险人的年龄确定，并在保险单上载明。</p> <p>新续保合同的保险费将根据您选择的保障计划、被保险人的年龄、社会医疗保险身份进行调整，请您查看我们提供的费率表。</p> <p>您在投保时应一次性交纳本合同的保险费。</p>
4.2	<b>保险费率</b>	<p>您为被保险人新续保合同时，我们有权根据本合同计算费率所用的计算</p>

	调整	<p>基础与实际情况的偏差程度，决定您续保时的保险费率是否调整。保险费率的调整适用于本合同的所有被保险人或者同一投保年龄的所有被保险人，且须符合中国保险监督管理机构的相关规定。</p> <p>我们进行保险费率调整后，您须自调整后的首个新续保合同生效日起按照新的保险费率支付保险费，保险费率调整前您已经支付的保险费不受影响。</p>
4.3	续保	<p>您为被保险人新续保合同时，需满足如下条件：</p> <p>(1) 被保险人的年龄最高不超过 99 周岁；</p> <p>(2) 我们在本合同以及各续保合同保险期间内累计给付的医疗保险金之和不超过您与我们约定的保障计划对应的终身基本给付限额。</p> <p>如果我们未调整保险费率，且在本合同期满日前未收到您停止继续投保本合同的书面申请，我们将为您自动办理相关续保手续，您需要按照被保险人续保时的实际年龄交纳该新续保的合同的保险费，新续保的合同自本合同期满日次日零时起生效，有效期为 1 年。</p> <p>如果我们决定在您续保时调整保险费率，我们将在本合同期满日前以书面形式或者双方认可的其他形式通知您。如果在本合同满期前您以书面形式或者双方认可的其他形式通知我们您同意保险费率的调整，我们将为您办理相关继续投保手续，您需要按照被保险人续保时的实际年龄及调整后的保险费率交纳该新续保的合同的保险费，新续保的合同自本合同期满日次日零时起生效，有效期为 1 年。如果在本合同满期前您未以书面形式或者双方认可的其他形式通知我们您同意保险费率的调整，则我们视同您自动放弃新续保合同的权利，本合同自期满日的 24 时起效力终止。</p> <p>每次续保，均按前述规则类推。</p> <p>如果我们未调整保险费率或者您同意接受保险费率调整继续投保本合同，则自本合同期满日次日起 60 日内为新续保合同交费宽限期，您需要在此期间按照被保险人续保时的实际年龄交纳该新续保的合同的保险费。宽限期内发生保险事故的，我们承担保险责任，但在给付保险金时会扣除您欠交的保险费，其数额按照您选择的保障计划和被保险人的年龄确定。如果宽限期结束之后您仍未交纳新续保合同的保险费，则我们视同您自动放弃新续保合同的权利，新续保的合同自宽限期期满日的 24 时起效力终止。</p>
4.4	保障计划变更	<p>新续保合同时，您可以变更保障计划，但须于续保前有效的合同的保险期间届满前 30 日内通知我们，我们将对是否同意您变更保障计划作出决</p>

		<p>定。</p> <p>如果我们同意您变更保障计划，我们将以书面形式或者双方认可的其他形式通知您，您须自保障计划变更后的首个新续保合同生效日起按照新的保险费率支付保险费，保障计划变更前您已经支付的保险费不受影响。</p> <p>如果我们不同意您变更保障计划，我们将以书面形式或者双方认可的其他形式通知您。</p> <p>每个有效的保险合同的保险期间内不可变更已选定的保障计划。</p>
4.5	社会医疗保险身份变更	<p>如果被保险人是否拥有社会医疗保险的身份发生了变更，您可以在新续保合同时变更您时的社会医疗保险身份，但须于续保前有效的合同的保险期间届满前 30 日内通知我们。我们将以书面形式或者双方认可的其他形式通知您，您须自身份变更后的首个新续保合同生效日起按照新的保险费率支付保险费，保障计划变更前您已经支付的保险费不受影响。</p> <p>每个有效的保险合同的保险期间内不可变更社会医疗保险身份。</p>

## 5. 合同解除

5.1	您解除合同的手续及风险	<p>如果被保险人未发生保险事故，且您要求解除本合同，请填写解除合同申请书并向我们提供下列资料的原件：</p> <p>（1） 本合同；</p> <p>（2） 您的有效身份证件。</p> <p>自我们收到解除合同申请书时起，本合同终止。我们自收到解除合同申请书之日起 30 日内向您退还本合同终止时的<b>现金价值</b>（见 7.42）。</p> <p>您解除合同会遭受一定损失。如果已发生保险金给付的，您不得要求解除本合同。</p>
-----	-------------	---

## 6. 其他需要关注的事项

6.1	明确说明与如实告知	<p>订立本合同时，我们应当向您说明本合同的内容。对保险条款中免除我们责任的条款，我们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您注意的提示，并对该条款的内容以书面或者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。</p>
-----	-----------	--

		<p>我们会就您和被保险人的有关情况提出书面询问，您应当如实告知。</p> <p>如果您故意或者因重大过失未履行前款约定的如实告知义务，足以影响我们决定是否同意承保或者提高保险费率的，我们有权解除本合同。合同解除权自我们知道有解除事由之日起超过 30 日不行使而消灭。</p> <p>如果您故意不履行如实告知义务，对于本合同解除前发生的保险事故，我们不承担给付保险金的责任，并不退还保险费。</p> <p>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，对于本合同解除前发生的保险事故，我们不承担给付保险金的责任，但应当向您退还保险费。</p> <p>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，我们承担给付保险金的责任。</p>
6.2	年龄性别错误	<p>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和性别在投保单上填明，如果发生错误按照下列方式办理：</p> <p>(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合同约定投保年龄限制的，我们有权解除本合同，合同解除权自我们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，我们向您退还本合同终止时的现金价值。对于本合同解除前发生的保险事故，我们不承担给付保险金的责任。</p> <p>(2) 您申报的被保险人年龄或者性别不真实，致使您实交保险费少于应交保险费的，我们有权更正并要求您补交保险费。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。</p> <p>(3) 您申报的被保险人年龄或者性别不真实，致使您实交保险费多于应交保险费的，我们向您无息退还多收的保险费。</p>
6.3	职业或者工种的确定与变更	<p>我们将按照事先公布的职业分类表确定被保险人的职业分类，您可以通过我们的服务场所工作人员查询到此表。</p> <p>被保险人变更其职业或者工种时，您应于 10 日内以书面形式通知我们。被保险人所变更的职业或者工种依照职业分类其危险程度降低时，我们自接到通知之日起，向您退还职业类别变更前后的与剩余保险期间相对应的净保险费（见 7.43）差额；其危险程度增加时，我们自接到通知之日起，向您增收职业类别变更前后的与剩余保险期间相对应的净保险费差额。但被保险人所变更的职业或者工种依照我们职业分类在本合同拒保范围内的，我们对该被保险人所承担保险责任自接到通知之日起终止，并按约定退还现金价值。</p>

		被保险人的职业或者工种变更之后，依照职业分类表其危险程度增加而未依前项约定通知我们而发生保险事故的，我们按实收保险费与应收保险费的比例计算给付保险金，但被保险人职业或者工种变更之后在本合同拒保范围内的，我们不承担给付保险金责任，并按本合同约定退还现金价值。
6.4	<b>合同内容变更</b>	在本合同有效期内，经您与我们协商一致，可以变更本合同的有关内容。变更本合同的，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。
6.5	<b>联系方式变更</b>	为了保障您的合法权益，您的住所、通讯地址或者电话等联系方式变更时，请及时以书面形式或者双方认可的其他形式通知我们。如果您未以书面形式或者双方认可的其他形式通知我们，我们按本合同载明的最后住所或者通讯地址发送的有关通知，均视为已送达给您。
6.6	<b>争议处理</b>	本合同履行过程中，双方发生争议时，可以从下列两种方式中选择一种争议处理方式： (1) 因履行本合同发生的争议，由双方协商解决，协商不成的，提交_____仲裁委员会仲裁； (2) 因履行本合同发生的争议，由双方协商解决，协商不成的，依法向人民法院起诉。
6.7	<b>保险事故鉴定</b>	如果被保险人发生保险事故，您和我们均可以委托保险公估机构等依法设立的独立评估机构或者具有相关专业知识的人员，对保险事故进行评估和鉴定。
7.	<b>释义</b>	

7.1	<b>合法有效</b>	本合同所指合法有效均以中华人民共和国法律、行政法规、地方性法规、行政规章及有关规范性法律文件的规定为判定依据。
7.2	<b>周岁</b>	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

		<p>岁，每经过一年增加一岁，不足一年的不计。例如，出生日期为 2000 年 9 月 1 日，2000 年 9 月 1 日至 2001 年 8 月 31 日期间为 0 周岁，2001 年 9 月 1 日至 2002 年 8 月 31 日期间为 1 周岁，依此类推。</p>
7.3	<b>意外伤害</b>	<p>指外来的、突然的、非本意的、非疾病的使被保险人身体受到伤害的客观事件，并以此客观事件为直接且单独原因导致被保险人身体蒙受伤害或者身故，<b>猝死、自杀以及自伤均不属于意外伤害。</b></p> <p>猝死指表面健康的人因潜在疾病、机能障碍或者其他原因在出现症状后 24 小时内发生的非暴力性突然死亡。猝死的认定以医院的诊断和公安部门的鉴定为准。</p>
7.4	<b>住院</b>	<p>指被保险人入住医院之正式病房进行治疗，并正式办理入出院手续，不包括入住门诊观察室、家庭病床、挂床住院及被保险人未达到入院标准而办理入院手续或者已达到出院标准而不办理出院手续的情形。其中挂床住院指被保险人非治疗需要，一次离开医院 12 小时以上，视为自动离开医院，我们仅对离开日及以前属于保险责任范围内的住院治疗承担保险金给付责任。</p>
7.5	<b>恶性肿瘤 放化疗</b>	<p>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。</p> <p>恶性肿瘤放化疗指利用特殊设备产生的高剂量射线照射恶性肿瘤部位，或者按特定方案单独或者联合应用化疗药物杀死癌细胞、抑制癌细胞的生长繁殖的治疗方式。</p>
7.6	<b>肾透析</b>	<p>指根据半透膜的膜平衡原理，使用一定浓度的电解质和葡萄糖组成的透析液和血液中积累的代谢产物、水及电解质进行渗透交换，从而达到治疗终末期肾病目的的治疗方式。</p>
7.7	<b>符合通常 惯例</b>	<p>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。</p> <p>对是否符合通常惯例由我们理赔人员根据客观、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</p>

		机构或者权威医学专家进行审核鉴定。
7.8	医学必需	<p>指医疗费用符合下列所有条件：</p> <p>(1) 治疗意外伤害或者疾病所必需的项目；</p> <p>(2) 不超过安全、足量治疗原则的项目；</p> <p>(3) 由医生（见 7.44）开具的处方药；</p> <p>(4) 非试验性的、非研究性的项目；</p> <p>(5) 与接受治疗当地普遍接受的医疗专业实践标准一致的项目。</p> <p>对是否医学必需由我们理赔人员根据客观、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。</p>
7.9	本合同保险期间内累计	<p>指保险单载明的同一个保险期间的生效日至期满日期间的累计值。</p> <p>在本合同有效的保险期间或者相连的续保合同有效的保险期间内，被保险人接受住院治疗跨不同保险期间时，符合通常惯例的，且医学必需的合理医疗费用、已通过其他途径获得的费用补偿均按本次住院在各保险合同的保险期间内实际发生的住院天数分摊，并计入相应保险合同的保险期间的累计值。</p>
7.10	同一次住院	与前次住院原因相同，且前次出院与下次入院间隔未超过 30 日的再次住院视为同一次住院。
7.11	医院	<p>指国务院卫生行政主管部门医院等级分类中的二级合格或者二级合格以上的社会基本医疗保险规定的定点医院，不包括以康复、护理、疗养、戒酒、戒毒或者类似功能为主要功能的医疗机构。</p> <p>二级合格或者二级合格以上的社会基本医疗保险规定的定点医院所附属的特需门诊医疗、国际医疗在本合同计划二的保障范围内。</p>
7.12	床位费和膳食费	<p>床位费指被保险人住院期间使用的医院床位的费用，但不包括重症监护室床位费。</p> <p>膳食费是指根据医生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。</p> <p>膳食费不包括：</p>

		<p>(1) 所住医院外其他营利性餐饮服务机构提供的餐饮费用；</p> <p>(2) 不是根据医嘱配送的、在医院对外营业的餐厅或者食堂的餐饮费用；</p> <p>(3) 不在医院开具的医疗费用清单上的餐饮费用。</p>
7.13	<b>药品费</b>	<p>指在住院以及特殊门诊就医期间根据医生开具的处方所发生的西药、中成药和中草药的费用。</p> <p>药品费不包括在治疗时<b>投保所在地</b>（见 7.45）政府适用的《城镇职工基本医疗保险药品目录》及相关规定中不予给付的下列药品：营养补充类药品，免疫功能调节类药品，美容及减肥类药品，预防类药品以及中草药类药品。</p>
7.14	<b>材料费</b>	指在住院以及特殊门诊就医期间医生或者 <b>护士</b> （见 7.46）在为被保险人进行的各种治疗中所使用的一次性敷料费用。
7.15	<b>医生费（诊疗费）</b>	指由医生所实施的病情咨询及检查、各种器械或者仪器检查、诊断、治疗方案拟订等各项医疗服务所收取的费用。
7.16	<b>治疗费</b>	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治疗费，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、冷冻、激光、急救治疗、心肺复苏等而发生的治疗费，具体以所就诊医院的费用项目划分为准。
、		
7.17	<b>护理费</b>	护理费是指住院期间由护士对被保险人提供临床护理服务所收取的费用。包括各级护理、重症监护与专项护理费用。
7.18	<b>检查化验</b>	指由医生开具的由医院专项检查科室的专业检查、检验人员实施的各检查化验项目，包括实验室检查、病理检查、放射线检查、CT、核磁共振检查（MRI）、B超、血管造影、同位素、心电图、心功能、肺功能、骨密度、基因学检查。
7.19	<b>手术费用</b>	手术费用包括手术费、麻醉费、手术监测费、手术辅助费、未独立记账

		的术中用药费、手术设备费、合理且必要的 <b>手术植入材料</b> （见 7.47）费。																								
7.20	<b>器官移植费</b>	器官移植费是指经相关专科医生明确诊断，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发生的手术费、辅助治疗费、检验费等。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。																								
7.21	<b>医疗保险金的计算方法</b>	<p>举例说明：投保人王某为被保险人李某（有社会医疗保险）购买本产品，选择投保计划一。本合同的生效日为 2014 年 1 月 1 日。本合同的保险期间为 1 年，自 2014 年 1 月 1 日零时开始，至 2014 年 12 月 31 日 24 时止。被保险人在本合同保险期间内共计发生两次治疗，每次治疗情况具体如下：</p> <table border="1"> <thead> <tr> <th>就诊编号</th> <th>首次就诊</th> <th>第二次就诊</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>治疗时间</td> <td>2014 年 3 月 1 日至 2014 年 4 月 7 日</td> <td>2014 年 7 月 1 日至 2014 年 7 月 25 日</td> </tr> <tr> <td>治疗项目</td> <td>首次因疾病住院</td> <td>首次门诊恶性肿瘤化疗</td> </tr> <tr> <td>实际发生的医疗费用</td> <td>16 万元</td> <td>6 万元</td> </tr> <tr> <td>保险责任范围内的合理医疗费用</td> <td>15 万元</td> <td>5 万元</td> </tr> <tr> <td>社会医疗保险可报销范围内医疗费用</td> <td>5 万元</td> <td>3 万元</td> </tr> <tr> <td>已通过其他途径获得的费用补偿</td> <td>2 万元</td> <td>0 万元</td> </tr> <tr> <td>是否通过社会医疗保险先行赔付</td> <td>是</td> <td>否</td> </tr> </tbody> </table> <p>则医疗保险金的计算方法如下：</p> <p>（1）被保险人首次就诊实际发生的医疗费用为 16 万元，本次医疗保险金的计算过程如下：</p> <p>① 保单年度内累计合理医疗费用：15 万元；</p> <p>② 确定免赔额：根据“从其他途径累计已获得的费用补偿（2 万元）&gt;年度基础免赔额（1 万元）”，确定免赔额为 2 万元；</p> <p>③ 保单年度内累计我们已给付的医疗保险金：0 万元；</p> <p>④ 社会医疗保险未先行赔付扣除额：本次就诊被保险已从社会医疗保险先行赔付获得费用补偿 2 万元，因此扣除额为 0 万元。</p>	就诊编号	首次就诊	第二次就诊	治疗时间	2014 年 3 月 1 日至 2014 年 4 月 7 日	2014 年 7 月 1 日至 2014 年 7 月 25 日	治疗项目	首次因疾病住院	首次门诊恶性肿瘤化疗	实际发生的医疗费用	16 万元	6 万元	保险责任范围内的合理医疗费用	15 万元	5 万元	社会医疗保险可报销范围内医疗费用	5 万元	3 万元	已通过其他途径获得的费用补偿	2 万元	0 万元	是否通过社会医疗保险先行赔付	是	否
就诊编号	首次就诊	第二次就诊																								
治疗时间	2014 年 3 月 1 日至 2014 年 4 月 7 日	2014 年 7 月 1 日至 2014 年 7 月 25 日																								
治疗项目	首次因疾病住院	首次门诊恶性肿瘤化疗																								
实际发生的医疗费用	16 万元	6 万元																								
保险责任范围内的合理医疗费用	15 万元	5 万元																								
社会医疗保险可报销范围内医疗费用	5 万元	3 万元																								
已通过其他途径获得的费用补偿	2 万元	0 万元																								
是否通过社会医疗保险先行赔付	是	否																								

		<p>根据公式，我们本次向医疗保险金受益人给付的医疗保险金为 13 万元（保单年度内累计合理医疗费用 15 万元 -免赔额 2 万元-保单年度内累计我们已给付的医疗保险金 0 万元-社会医疗保险未先行赔付扣除额 0 万元）。</p> <p>（2）被保险人第二次就诊实际发生的医疗费用为 6 万元，合理医疗费用为 5 万元，本次医疗保险金的计算过程如下：</p> <p>①保单年度内累计合理医疗费用：20 万元（首次就诊 15 万元+第二次就诊 5 万元）；</p> <p>②确定免赔额：根据“从其他途径累计已获得的费用补偿 2 万元（首次就诊 2 万元+第二次就诊 0 万元）&gt;年度基础免赔额（1 万元）”，确定免赔额为 2 万元；</p> <p>③保单年度内累计我们已给付的医疗保险金：13 万元；</p> <p>④社会医疗保险未先行赔付扣除额：由于本次被保险人未从社会医疗保险先行赔付，因此扣除额为 0.6 万元（社会医疗保险可报销范围内医疗费用 3 万元×20%）；</p> <p>根据公式，我们本次向医疗保险金受益人给付的医疗保险金为 4.4 万元（保单年度内累计合理医疗费用 20 万元 -免赔额 2 万元-保单年度内累计我们已给付的医疗保险金 13 万元-社会医疗保险未先行赔付扣除额 0.6 万元）。</p> <p>因此，本合同保险期间内累计我们已给付的医疗保险金为 17.4 万元（=13 万元+4.4 万元）。</p>
7.22	<b>社会医疗保险</b>	指包括城镇职工基本医疗保险、新型农村合作医疗保险、城镇居民基本医疗保险等政府举办的基本医疗保障项目。
7.23	<b>中国境外</b>	指中华人民共和国领土之外的地区以及香港特别行政区、澳门特别行政区和台湾地区。
7.24	<b>既往症</b>	指在本合同生效日之前被保险人已患的疾病或者已有的症状。
7.25	<b>遗传性疾病</b>	指生殖细胞或者受精卵的遗传物质（染色体和基因）发生突变或者畸变所引起的疾病，通常具有由亲代传至后代的垂直传递的特征。

7.26	<b>先天性畸形、变形和染色体异常</b>	指被保险人出生时就具有的畸形、变形或者染色体异常。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。
7.27	<b>感染艾滋病病毒或者患艾滋病</b>	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。 在人体血液或者其他样本中检测到艾滋病病毒或者其抗体呈阳性，没有出现临床症状或者体征的，为感染艾滋病病毒；如果同时出现了明显临床症状或者体征的，为患艾滋病。
7.28	<b>康复治疗</b>	指在康复医院、康复中心、普通医院的康复科诊治或者接受以促进机体各项功能恢复为目的的医疗方法，如理疗、按摩、推拿、生物反馈疗法、康复营养、康复护理等。
7.29	<b>牙齿治疗</b>	指牙齿的保健、洁牙、美白、矫形及种牙、镶牙、补牙、拔牙手术。
7.30	<b>醉酒</b>	指发生事故时被保险人每百毫升血液中的酒精含量大于或者等于 80 毫克。
7.31	<b>毒品</b>	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。
7.32	<b>酒后驾驶</b>	指经检测或者鉴定，发生保险事故时被保险人每百毫升血液中的酒精含量达到或者超过一定的标准，是否达到前述标准由公安机关交通管理部门依据《道路交通安全法》的规定认定，我们根据公安机关交通管理部门的认定确认被保险人是否属于酒后驾驶。
7.33	<b>无合法有效驾驶证</b>	指下列情形之一： (1) 没有取得中华人民共和国有关主管部门颁发或者认可的驾

	<b>驾驶</b>	<p>驶资格证书；</p> <p>(2) 驾驶与合法有效驾驶证准驾车型不相符合的车辆；</p> <p>(3) 持审验不合格的驾驶证驾驶；</p> <p>(4) 在驾驶证有效期内未按照中华人民共和国法律、行政法规的规定，定期对机动车驾驶证实施审验的；</p> <p>(5) 驾驶证已过有效期的。</p>
7.34	<b>无合法有效行驶证</b>	<p>指发生保险事故时没有按照公安机关交通管理部门机动车登记制度的规定进行登记并领取机动车行驶证或者临时通行牌证等法定证件。包括下列情形之一：</p> <p>(1) 未办理行驶证或者行驶证在申办过程中的；</p> <p>(2) 机动车行驶证被依法注销登记的；</p> <p>(3) 未在行驶证检验有效期内依法按时进行或者未通过机动车安全技术检验的。</p>
7.35	<b>机动车</b>	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。
7.36	<b>潜水</b>	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。
7.37	<b>攀岩</b>	指攀登悬崖、楼宇外墙、人造悬崖、冰崖、冰山等运动。
7.38	<b>探险</b>	指明知在某种特定的自然条件下有失去生命或者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、徒步穿越沙漠或者人迹罕至的原始森林等活动。
7.39	<b>武术比赛</b>	指两人或者两人以上对抗性柔道、空手道、跆拳道、散打、拳击等各种拳术及使用器械的对抗性比赛。
7.40	<b>特技表演</b>	指进行马术、杂技、驯兽等表演。

7.41	<b>有效身份证件</b>	指由中华人民共和国政府主管部门规定的能够证明其身份的证件，如：居民身份证、军官证、警官证、士兵证、户口簿以及中华人民共和国政府主管部门颁发或者认可的有效护照或者其他身份证明文件。
7.42	<b>现金价值</b>	其计算公式为“ $\text{保险费} \times (1-35\%) \times (1-\text{经过天数} \div 365)$ ”，经过天数不足一天的不计。“经过天数”是指本合同从生效之日起至终止之日实际经过的天数。
7.43	<b>净保险费</b>	指不包含营业费用、佣金等其他费用的保险费。其计算公式为“ $\text{保险费} \times (1-35\%)$ ”。
7.44	<b>医生</b>	指在医院内合法注册的具有医师执业资格和诊断处方权且正在执业的医师。
7.45	<b>投保所在地</b>	指投保时在投保单上“备注”栏明确载明的投保的所在地；若未明确载明，则以我们的所在地作为投保所在地。
7.46	<b>护士</b>	指在医院内合法注册的具有护士执业资格且正在执业的护理人员。
7.47	<b>手术植入材料</b>	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、人工心脏瓣膜等植入式人工器官等手术中留置体内的生物相容性材料。

在本条款中，“您”指投保人，“我们”、“本公司”均指在保险单上签章的泰康人寿保险股份有限公司的分公司，“本合同”指您与我们之间订立的“泰康健康尊享医疗保险合同”，“被保险人”指本合同的被保险人，投保人、被保险人的姓名在保险单上载明。

#### 1. 您与我们订立的合同

1.1	合同构成	本合同是您与我们约定保险权利义务关系的协议，包括本保险条款、保险单或者其他保险凭证、投保单、与本合同有关的投保文件、合法有效（见 7.1）的声明、批注、批单及其他您与我们共同认可的书面协议。
1.2	合同成立及生效	您提出保险申请且我们同意承保，本合同成立。 本合同的成立日、生效日以保险单记载的日期为准。
1.3	投保年龄	投保年龄指您投保时被保险人的年龄，以周岁（见 7.2）计算。。

## 2. 我们提供的保障

2.1	保障计划	本合同的保障计划由您在投保时与我们约定，并在保险单上载明。
2.2	年度给付限额、终身基本给付限额	本合同的币种为人民币，本合同的年度给付限额、终身基本给付限额根据您和我们约定的保障计划确定，并在保险单上载明。
2.3	保险期间	本合同的保险期间为 1 年，自本合同生效日零时开始，至保险单上载明的保险期间期满日的 24 时止。本合同保险期间届满，您若继续投保本合同，则新续保合同的保险期间为新的保险期间，有效期为 1 年，自新续保合同的生效日零时开始，至新续保合同的保险期间期满日 24 时止。每次续保，均依此类推。
2.4	等待期	您为被保险人首次投保本合同或者非连续投保本合同时，被保险人自本合同生效之日起 30 日内非因 <b>意外伤害</b> （见 7.3） <b>事故住院</b> （见 7.4）或者接受特殊门诊治疗（指 <b>门诊恶性肿瘤放化疗</b> （见 7.5）、 <b>门诊肾透析</b> （见 7.6）或者器官移植后的门诊抗排异治疗），我们不承担给付保险金的责任，这 30 日称为等待期。该住院治疗或者特殊门诊治疗发生的 <b>符合通常惯例</b> （见 7.7）的，且 <b>医学必需</b> （见 7.8）的合理医疗费用不计入 <b>本合同保险期间内累计</b> （见 7.9）的医疗费用。 被保险人在等待期内非因意外伤害事故发生的住院及与该住院视为 <b>同一次住院</b> （见 7.10）的治疗，或者在等待期内非因意外伤害事故发生的特殊门诊治疗及与

		<p>该特殊门诊治疗原因相同的所有治疗，无论是否延续至等待期后，我们均不承担给付保险金的责任。</p> <p>被保险人因意外伤害导致的保险事故需要住院治疗或者特殊门诊治疗的，保险责任无等待期。您为被保险人投保本合同后不间断续保，续保合同无等待期。</p>
2.5	保险责任	<p>在本合同保险期间内，我们承担载明于保险单上的被保险人发生的符合通常惯例的，且医学必需的合理医疗费用，包括住院医疗保险金和特殊门诊医疗保险金。住院医疗保险金和特殊门诊医疗保险金统称为医疗保险金。</p>
	住院医疗保险金	<p>如果被保险人因意外伤害事故或者在等待期后经医院（见 7.11）确诊因疾病必须住院治疗的，对被保险人发生的符合通常惯例的，且医学必需的合理住院医疗费用，包括床位费和膳食费（见 7.12）、重症监护室床位费、药品费（见 7.13）、材料费（见 7.14）、医生费（诊疗费）（见 7.15）、治疗费（见 7.16）、护理费（见 7.17）、检查化验（见 7.18）费、手术费用（见 7.19）、器官移植费（见 7.20），我们按照本合同医疗保险金的计算方法的约定，在上述各项医疗费用的每日限额及年限额范围内给付医疗保险金。</p> <p>如果被保险人接受保险责任范围内的住院治疗，且在本合同保险期间期满日治疗仍未结束的，对于被保险人该次住院治疗在本合同期满日次日起 30 日内发生的上述医疗费用，我们仍在本合同约定的保险责任范围内承担给付医疗保险金的责任，对于被保险人该次住院治疗在本合同期满日次日起 30 日后发生的医疗费用，我们不再承担给付医疗保险金的责任。</p>
	特殊门诊医疗保险金	<p>如果被保险人因意外伤害事故或者在等待期后经医院确诊因疾病必须在医院接受以下特殊门诊治疗的：</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>（1） 门诊恶性肿瘤放化疗；</li> <li>（2） 门诊肾透析；</li> <li>（3） 器官移植后的门诊抗排异治疗。</li> </ol> <p>对被保险人发生的上述符合通常惯例的，且医学必需的合理门诊医疗费用，我们按照本合同医疗保险金的计算方法的约定，在上述各项医疗费用的年限额范围内给付医疗保险金。</p>

	<p><b>医疗保险金的计算方法（见 7.21）</b></p>	<p>在保险合同期间内，我们对被保险人每次发生的属于本合同保险责任范围内合理医疗费用给付的医疗保险金的计算公式如下：</p> <p>医疗保险金=保单年度内累计合理医疗费用 -免赔额- 保单年度内累计我们已给付的医疗保险金</p> <p>如果客户以有<b>社会医疗保险</b>（见 7.22）身份投保，但未以社会医疗保险身份就诊或者结算，我们将在上述公式计算得到的医疗保险金中扣除以下金额：<b>社会医疗保险可报销但被保险人未先行报销的医疗费用×20%</b>。</p> <p>免赔额按照以下方法确定：</p> <p>（1） 如果保单年度内从其他途径累计已获得的医疗费用补偿金额≤年度基础免赔额，那么免赔额等于年度基础免赔额；</p> <p>（2） 如果保单年度内从其他途径累计已获得的医疗费用补偿金额&gt;年度基础免赔额，那么免赔额等于保单年度内从其他途径累计已获得的医疗费用补偿金额。</p> <p>其他途径获得的医疗费用补偿包含已从社会医疗保险、公费医疗、商业性医疗费用补偿型医疗保险、其他政府机构或者社会福利机构获得医疗费用补偿。</p> <p>本合同约定的年度基础免赔额见本合同附表 1 所示。</p>
<p>2.6</p>	<p><b>补偿原则</b></p>	<p>我们在向受益人给付保险金时，若被保险人发生的属于本合同保险责任范围内的医疗费用已通过其他途径获得了补偿，且其他途径的补偿金额与我们按本合同约定给付的保险金之和超过了被保险人实际发生的医疗费用，我们将按被保险人实际发生的医疗费用扣除其他途径的补偿金额后的余额向受益人给付保险金，即包括本合同在内的各种途径所给付的所有补偿金额之和不得超过被保险人实际发生的医疗费用。</p>
<p>2.7</p>	<p><b>责任免除</b></p>	<p>因下列情形之一导致被保险人发生医疗费用的，我们不承担给付医疗保险金的责任，且该次发生的属于本合同规定范围内的医疗费用不计入保单年度内累计合理医疗费用，该次从其他途径已获得的费用补偿不计入保单年度内从其他途径累计已获得的费用补偿，本合同在约定的保险期间内继续有效：</p> <p>（1） <b>在中国境外</b>（见 7.23）的国家或者地区接受治疗；</p> <p>（2） 未书面告知的<b>既往症</b>（见 7.24）、本合同特别约定的除外疾病；</p> <p>（3） <b>遗传性疾病</b>（见 7.25）、<b>先天性畸形、变形和染色体异常</b>（见 7.26）（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）；</p>

		<p>(4) <b>感染艾滋病病毒或者患艾滋病</b>（见 7. 27）、性病、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）；</p> <p>(5) 不孕不育治疗、避孕、节育（含绝育）、子宫体腔内妊娠、产前产后检查、流产、堕胎、分娩（含难产）、变性手术、人体试验、人工生殖，或者由前述任一原因引起的并发症；</p> <p>(6) 《中华人民共和国传染病防治法》规定的甲类及乙类法定传染病（不含病毒性肝炎），或者国家有关法律、法规、规范性法律文件规定的法定传染病。前述传染病定义以被保险人入院当日《中华人民共和国传染病防治法》或者国家有关法律、法规、规范性法律文件的规定为准；</p> <p>(7) 疗养、<b>康复治疗</b>（见 7. 28）、心理治疗、美容、矫形、视力矫正手术、<b>牙齿治疗</b>（见 7. 29）、安装假肢、非意外事故所致的整容手术；</p> <p>(8) 投保人对被保险人的故意杀害、故意伤害；</p> <p>(9) 被保险人故意自伤、故意犯罪、抗拒依法采取的刑事强制措施或者自杀（但被保险人自杀时为无民事行为能力人的除外）；</p> <p>(10) 被保险人<b>醉酒</b>（见 7. 30），主动吸食或者注射<b>毒品</b>（见 7. 31）；</p> <p>(11) 被保险人挑衅或者故意行为而导致的打斗、被袭击、被谋杀；</p> <p>(12) 被保险人<b>酒后驾驶</b>（见 7. 32）、<b>无合法有效驾驶证驾驶</b>（见 7. 33）、或者<b>驾驶无合法有效行驶证</b>（见 7. 34）的<b>机动车</b>（见 7. 35）；</p> <p>(13) 被保险人从事下列高风险运动：<b>潜水</b>（见 7. 36）、跳伞、<b>攀岩</b>（见 7. 37）、驾驶滑翔机或者滑翔伞、<b>探险</b>（见 7. 38）、摔跤、<b>武术比赛</b>（见 7. 39）、<b>特技表演</b>（见 7. 40）、赛马、赛车；</p> <p>(14) 战争、军事行动、暴乱、武装叛乱、核爆炸、核辐射、核污染；</p> <p>(15) 不符合国家《临床技术操作规范》的治疗；</p> <p>(16) 对被保险人因检查、麻醉、手术治疗、药物治疗而导致的医疗事故所产生的医疗费用；</p> <p>(17) 未经科学或者医学认可的试验性或者研究性治疗及其产生的后果所产生的费用。</p>
3.	保险金的申请	

3.1	受益人	除另有指定外，本合同的医疗保险金受益人为被保险人本人。
3.2	保险事故通知	您或者受益人知道保险事故发生后应当在 10 日内通知我们。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。
3.3	保险金申请	<p>在申请保险金时，受益人作为申请人须填写领取保险金申请书，并须提供下列证明和资料的原件：</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>（1） 本合同；</li> <li>（2） 受益人的<b>有效身份证件</b>（见 7.41）；</li> <li>（3） 如果被保险人住院，则须提供医院出具的被保险人的入出院记录；</li> <li>（4） 医院出具的被保险人的诊断证明、医疗费用以及处方和检查化验明细清单及病历；首次申请理赔时，应提供医院出具的被保险人在本合同保险期间内历次的诊断证明、医疗费用明细清单及病历；</li> <li>（5） 医院出具的被保险人的医疗费用收据或者发票，我们留存其原件；首次申请理赔时，应提供医院出具的被保险人在本合同保险期间内历次的医疗费用收据或者发票；</li> <li>（6） 如果已从其他途径获得了补偿，则须提供从其他途径报销的凭证，我们留存其原件；</li> <li>（7） 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。</li> </ul>
		<p>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的证明和资料。</p> <p>委托他人领取保险金时，受托人还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。</p> <p>保险金作为被保险人遗产时，继承人还必须提供可证明其合法继承权的相关权利文件。</p> <p>受益人或者继承人为无民事行为能力人或者限制民事行为能力人时，由其合法监护人代其申请领取保险金，其合法监护人还必须提供受益人或者继承人为无民事行为能力人或者限制民事行为能力人的证明和监护人</p>

		具有合法监护权的证明。
3.4	<b>保险金给付</b>	<p>我们在收到领取保险金申请书及本附加合同约定的证明和资料后，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。</p> <p>我们未及时履行前款约定义务的，对属于保险责任的，除支付保险金外，应当赔偿受益人因此受到的利息损失。利息按照我们确定的利率按单利计算，且我们确定的利率不低于中国人民银行公布的金融机构人民币活期存款基准利率。</p> <p>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。</p> <p>我们在收到领取保险金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。</p>
3.5	<b>诉讼时效</b>	权利人向我们申请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。

#### 4. 保险费的交纳

4.1	<b>保险费的交纳</b>	<p>本合同的保险费按照您选择的保障计划和被保险人的年龄确定，并在保险单上载明。</p> <p>新续保合同的保险费将根据您选择的保障计划、被保险人的年龄、社会医疗保险身份进行调整，请您查看我们提供的费率表。</p> <p>您在投保时应一次性交纳本合同的保险费。</p>
4.2	<b>保险费率调整</b>	<p>您为被保险人新续保合同时，我们有权根据本合同计算费率所用的计算基础与实际情况的偏差程度，决定您续保时的保险费率是否调整。保险费率的调整适用于本合同的所有被保险人或者同一投保年龄的所有被保险人，且须符合中国保险监督管理机构的相关规定。</p> <p>我们进行保险费率调整后，您须自调整后的首个新续保合同生效日起按照新的保险费率支付保险费，保险费率调整前您已经支付的保险费不受影响。</p>

4.3	续保	<p>您为被保险人新续保合同时，需满足如下条件：</p> <p>(1) 被保险人的年龄最高不超过 99 周岁；</p> <p>(2) 我们在本合同以及各续保合同保险期间内累计给付的医疗保险金之和不超过您与我们约定的保障计划对应的终身基本给付限额。</p> <p>如果我们未调整保险费率，且在本合同期满日前未收到您停止继续投保本合同的书面申请，我们将为您自动办理相关续保手续，您需要按照被保险人续保时的实际年龄交纳该新续保的合同的保险费，新续保的合同自本合同期满日次日零时起生效，有效期为 1 年。</p> <p>如果我们决定在您续保时调整保险费率，我们将在本合同期满日前以书面形式或者双方认可的其他形式通知您。如果在本合同满期前您以书面形式或者双方认可的其他形式通知我们您同意保险费率的调整，我们将为您办理相关继续投保手续，您需要按照被保险人续保时的实际年龄及调整后的保险费率交纳该新续保的合同的保险费，新续保的合同自本合同期满日次日零时起生效，有效期为 1 年。如果在本合同满期前您未以书面形式或者双方认可的其他形式通知我们您同意保险费率的调整，则我们视同您自动放弃新续保合同的权利，本合同自期满日的 24 时起效力终止。</p> <p>每次续保，均按前述规则类推。</p> <p>如果我们未调整保险费率或者您同意接受保险费率调整继续投保本合同，则自本合同期满日次日起 60 日内为新续保合同交费宽限期，您需要在此期间按照被保险人续保时的实际年龄交纳该新续保的合同的保险费。宽限期内发生保险事故的，我们承担保险责任，但在给付保险金时会扣除您欠交的保险费，其数额按照您选择的保障计划和被保险人的年龄确定。如果宽限期结束之后您仍未交纳新续保合同的保险费，则我们视同您自动放弃新续保合同的权利，新续保的合同自宽限期期满日的 24 时起效力终止。</p>
4.4	保障计划变更	<p>新续保合同时，您可以变更保障计划，但须于续保前有效的合同的保险期间届满前 30 日内通知我们，我们将对是否同意您变更保障计划作出决定。</p> <p>如果我们同意您变更保障计划，我们将以书面形式或者双方认可的其他形式通知您，您须自保障计划变更后的首个新续保合同生效日起按照新的保险费率支付保险费，保障计划变更前您已经支付的保险费不受影响。</p> <p>如果我们不同意您变更保障计划，我们将以书面形式或者双方认可的其他形式通知您。</p>

		每个有效的保险合同的保险期间内不可变更已选定的保障计划。
4.5	社会医疗保险身份变更	<p>如果被保险人是否拥有社会医疗保险的身份发生了变更，您可以在新续保合同时变更您时的社会医疗保险身份，但须于续保前有效的合同的保险期间届满前 30 日内通知我们。我们将以书面形式或者双方认可的其他形式通知您，您须自身份变更后的首个新续保合同生效日起按照新的保险费率支付保险费，保障计划变更前您已经支付的保险费不受影响。</p> <p>每个有效的保险合同的保险期间内不可变更社会医疗保险身份。</p>

## 5. 合同解除

5.1	您解除合同的手续及风险	<p>如果被保险人未发生保险事故，且您要求解除本合同，请填写解除合同申请书并向我们提供下列资料的原件：</p> <p>(1) 本合同；</p> <p>(2) 您的有效身份证件。</p> <p>自我们收到解除合同申请书时起，本合同终止。我们自收到解除合同申请书之日起 30 日内向您退还本合同终止时的现金价值（见 7.42）。</p> <p>您解除合同会遭受一定损失。如果已发生保险金给付的，您不得要求解除本合同。</p>
-----	-------------	--

## 6. 其他需要关注的事项

6.1	明确说明与如实告知	<p>订立本合同时，我们应当向您说明本合同的内容。对保险条款中免除我们责任的条款，我们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您注意的提示，并对该条款的内容以书面或者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书面询问，您应当如实告知。</p> <p>如果您故意或者因重大过失未履行前款约定的如实告知义务，足以影响我们决定是否同意承保或者提高保险费率的，我们有权解除本合同。合同解除权自我们知道有解除事由之日起超过 30 日不行使而消灭。</p> <p>如果您故意不履行如实告知义务，对于本合同解除前发生的保险事故，</p>
-----	-----------	--

		<p>我们不承担给付保险金的责任，并不退还保险费。</p> <p>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，对于本合同解除前发生的保险事故，我们不承担给付保险金的责任，但应当向您退还保险费。</p> <p>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，我们承担给付保险金的责任。</p>
6.2	年龄性别错误	<p>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和性别在投保单上填明，如果发生错误按照下列方式办理：</p> <p>(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合同约定投保年龄限制的，我们有权解除本合同，合同解除权自我们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，我们向您退还本合同终止时的现金价值。对于本合同解除前发生的保险事故，我们不承担给付保险金的责任。</p> <p>(2) 您申报的被保险人年龄或者性别不真实，致使您实交保险费少于应交保险费的，我们有权更正并要求您补交保险费。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。</p> <p>(3) 您申报的被保险人年龄或者性别不真实，致使您实交保险费多于应交保险费的，我们向您无息退还多收的保险费。</p>
6.3	职业或者工种的确定与变更	<p>我们将按照事先公布的职业分类表确定被保险人的职业分类，您可以通过我们的服务场所工作人员查询到此表。</p> <p>被保险人变更其职业或者工种时，您应于 10 日内以书面形式通知我们。被保险人所变更的职业或者工种依照职业分类其危险程度降低时，我们自接到通知之日起，向您退还职业类别变更前后的与剩余保险期间相对应的净保险费（见 7.43）差额；其危险程度增加时，我们自接到通知之日起，向您增收职业类别变更前后的与剩余保险期间相对应的净保险费差额。但被保险人所变更的职业或者工种依照我们职业分类在本合同拒保范围内的，我们对该被保险人所承担保险责任自接到通知之日起终止，并按约定退还现金价值。</p> <p>被保险人的职业或者工种变更之后，依照职业分类表其危险程度增加而未依前项约定通知我们而发生保险事故的，我们按实收保险费与应收保险费的比例计算给付保险金，但被保险人职业或者工种变更之后在本合同拒保范围内的，我们不承担给付保险金责任，并按本合同约定退还现金价值。</p>

6.4	<b>合同内容变更</b>	在本合同有效期内，经您与我们协商一致，可以变更本合同的有关内容。变更本合同的，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。
6.5	<b>联系方式变更</b>	为了保障您的合法权益，您的住所、通讯地址或者电话等联系方式变更时，请及时以书面形式或者双方认可的其他形式通知我们。如果您未以书面形式或者双方认可的其他形式通知我们，我们按本合同载明的最后住所或者通讯地址发送的有关通知，均视为已送达给您。
6.6	<b>争议处理</b>	本合同履行过程中，双方发生争议时，可以从下列两种方式中选择一种争议处理方式： (1) 因履行本合同发生的争议，由双方协商解决，协商不成的，提交_____仲裁委员会仲裁； (2) 因履行本合同发生的争议，由双方协商解决，协商不成的，依法向人民法院起诉。
6.7	<b>保险事故鉴定</b>	如果被保险人发生保险事故，您和我们均可以委托保险公估机构等依法设立的独立评估机构或者具有相关专业知识的人员，对保险事故进行评估和鉴定。
7.	<b>释义</b>	

7.1	<b>合法有效</b>	本合同所指合法有效均以中华人民共和国法律、行政法规、地方性法规、行政规章及有关规范性法律文件的规定为判定依据。
7.2	<b>周岁</b>	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。例如，出生日期为2000年9月1日，2000年9月1日至2001年8月31日期间为0周岁，2001年9月1日至2002年8月31日期间为1周岁，依此类推。

7.3	<b>意外伤害</b>	<p>指外来的、突然的、非本意的、非疾病的使被保险人身体受到伤害的客观事件，并以此客观事件为直接且单独原因导致被保险人身体蒙受伤害或者身故，<b>猝死、自杀以及自伤均不属于意外伤害。</b></p> <p>猝死指表面健康的人因潜在疾病、机能障碍或者其他原因在出现症状后24小时内发生的非暴力性突然死亡。猝死的认定以医院的诊断和公安部门的鉴定为准。</p>
7.4	<b>住院</b>	<p>指被保险人入住医院之正式病房进行治疗，并正式办理入出院手续，不包括入住门诊观察室、家庭病床、挂床住院及被保险人未达到入院标准而办理入院手续或者已达到出院标准而不办理出院手续的情形。其中挂床住院指被保险人非治疗需要，一次离开医院12小时以上，视为自动离开医院，我们仅对离开日及以前属于保险责任范围内的住院治疗承担保险金给付责任。</p>
7.5	<b>恶性肿瘤 放疗</b>	<p>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。</p> <p>恶性肿瘤放疗指利用特殊设备产生的高剂量射线照射恶性肿瘤部位，或者按特定方案单独或者联合应用化疗药物杀死癌细胞、抑制癌细胞的生长繁殖的治疗方式。</p>
7.6	<b>肾透析</b>	<p>指根据半透膜的膜平衡原理，使用一定浓度的电解质和葡萄糖组成的透析液和血液中积累的代谢产物、水及电解质进行渗透交换，从而达到治疗终末期肾病目的的治疗方式。</p>
7.7	<b>符合通常 惯例</b>	<p>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。</p> <p>对是否符合通常惯例由我们理赔人员根据客观、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。</p>
7.8	<b>医学必需</b>	<p>指医疗费用符合下列所有条件：</p> <p>(1) 治疗意外伤害或者疾病所必需的项目；</p>

		<p>(2) 不超过安全、足量治疗原则的项目；</p> <p>(3) 由<b>医生</b>（见 7.44）开具的处方药；</p> <p>(4) 非试验性的、非研究性的项目；</p> <p>(5) 与接受治疗当地普遍接受的医疗专业实践标准一致的项目。</p> <p>对是否医学必需由我们理赔人员根据客观、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。</p>
7.9	<b>本合同保险期间内累计</b>	<p>指保险单载明的同一个保险期间的生效日至期满日期间的累计值。</p> <p>在本合同有效的保险期间或者相连的续保合同有效的保险期间内，被保险人接受住院治疗跨不同保险期间时，符合通常惯例的，且医学必需的合理医疗费用、已通过其他途径获得的费用补偿均按本次住院在各保险合同的保险期间内实际发生的住院天数分摊，并计入相应保险合同的保险期间的累计值。</p>
7.10	<b>同一次住院</b>	<p>与前次住院原因相同，且前次出院与下次入院间隔未超过 30 日的再次住院视为同一次住院。</p>
7.11	<b>医院</b>	<p>指国务院卫生行政主管部门医院等级分类中的二级合格或者二级合格以上的社会基本医疗保险规定的定点医院，<b>不包括以康复、护理、疗养、戒酒、戒毒或者类似功能为主要功能的医疗机构。</b></p> <p>二级合格或者二级合格以上的社会基本医疗保险规定的定点医院所附属的特需门诊医疗、国际医疗在本合同计划二的保障范围内。</p>
7.12	<b>床位费和膳食费</b>	<p>床位费指被保险人住院期间使用的医院床位的费用，<b>但不包括重症监护室床位费。</b></p> <p>膳食费是指根据医生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。</p> <p><b>膳食费不包括：</b></p> <p>(1) 所住医院外其他营利性餐饮服务机构提供的餐饮费用；</p> <p>(2) 不是根据医嘱配送的、在医院对外营业的餐厅或者食堂的餐饮费用；</p> <p>(3) 不在医院开具的医疗费用清单上的餐饮费用。</p>

7.13	<b>药品费</b>	<p>指在住院以及特殊门诊就医期间根据医生开具的处方所发生的西药、中成药和中草药的费用。</p> <p>药品费不包括在治疗时<b>投保所在地</b>（见 7.45）政府适用的《城镇职工基本医疗保险药品目录》及相关规定中不予给付的下列药品：营养补充类药品，免疫功能调节类药品，美容及减肥类药品，预防类药品以及中草药类药品。</p>
7.14	<b>材料费</b>	指在住院以及特殊门诊就医期间医生或者 <b>护士</b> （见 7.46）在为被保险人进行的各种治疗中所使用的一次性敷料费用。
7.15	<b>医生费（诊疗费）</b>	指由医生所实施的病情咨询及检查、各种器械或者仪器检查、诊断、治疗方案拟订等各项医疗服务所收取的费用。
7.16	<b>治疗费</b>	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治疗费，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、冷冻、激光、急救治疗、心肺复苏等而发生的治疗费，具体以所就诊医院费用项目划分为准。
7.17	<b>护理费</b>	护理费是指住院期间由护士对被保险人提供临床护理服务所收取的费用。包括各级护理、重症监护与专项护理费用。
7.18	<b>检查化验</b>	指由医生开具的由医院专项检查科室的专业检查、检验人员实施的各检查化验项目，包括实验室检查、病理检查、放射线检查、CT、核磁共振检查（MRI）、B超、血管造影、同位素、心电图、心功能、肺功能、骨密度、基因学检查。
7.19	<b>手术费用</b>	手术费用包括手术费、麻醉费、手术监测费、手术辅助费、未独立记账的术中用药费、手术设备费、合理且必要的 <b>手术植入材料</b> （见 7.47）费。
7.20	<b>器官移植</b>	器官移植费是指经相关专科医生明确诊断，根据医学需要必须进行肝脏

	费	移植、肾脏移植、心脏移植、肺脏移植或者骨髓移植而发生的手术费、辅助治疗费、检验费等。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。																								
7.21	医疗保险金的计算方法	<p>举例说明：投保人王某为被保险人李某（有社会医疗保险）购买本产品，选择投保计划一。本合同的生效日为2014年1月1日。本合同的保险期间为1年，自2014年1月1日零时开始，至2014年12月31日24时止。被保险人在本合同保险期间内共计发生两次治疗，每次治疗情况具体如下：</p> <table border="1" data-bbox="515 651 1501 1384"> <thead> <tr> <th data-bbox="515 651 817 763">就诊编号</th> <th data-bbox="817 651 1158 763">首次就诊</th> <th data-bbox="1158 651 1501 763">第二次就诊</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td data-bbox="515 763 817 875">治疗时间</td> <td data-bbox="817 763 1158 875">2014年3月1日至2014年4月7日</td> <td data-bbox="1158 763 1501 875">2014年7月1日至2014年7月25日</td> </tr> <tr> <td data-bbox="515 875 817 958">治疗项目</td> <td data-bbox="817 875 1158 958">首次因疾病住院</td> <td data-bbox="1158 875 1501 958">首次门诊恶性肿瘤化疗</td> </tr> <tr> <td data-bbox="515 958 817 1041">实际发生的医疗费用</td> <td data-bbox="817 958 1158 1041">16万元</td> <td data-bbox="1158 958 1501 1041">6万元</td> </tr> <tr> <td data-bbox="515 1041 817 1124">保险责任范围内的合理医疗费用</td> <td data-bbox="817 1041 1158 1124">15万元</td> <td data-bbox="1158 1041 1501 1124">5万元</td> </tr> <tr> <td data-bbox="515 1124 817 1207">社会医疗保险可报销范围内医疗费用</td> <td data-bbox="817 1124 1158 1207">5万元</td> <td data-bbox="1158 1124 1501 1207">3万元</td> </tr> <tr> <td data-bbox="515 1207 817 1290">已通过其他途径获得的费用补偿</td> <td data-bbox="817 1207 1158 1290">2万元</td> <td data-bbox="1158 1207 1501 1290">0万元</td> </tr> <tr> <td data-bbox="515 1290 817 1384">是否通过社会医疗保险先行赔付</td> <td data-bbox="817 1290 1158 1384">是</td> <td data-bbox="1158 1290 1501 1384">否</td> </tr> </tbody> </table> <p>则医疗保险金的计算方法如下：</p> <p>（1）被保险人首次就诊实际发生的医疗费用为16万元，本次医疗保险金的计算过程如下：</p> <p>①保单年度内累计合理医疗费用：15万元；</p> <p>②确定免赔额：根据“从其他途径累计已获得的费用补偿（2万元）&gt;年度基础免赔额（1万元）”，确定免赔额为2万元；</p> <p>③保单年度内累计我们已给付的医疗保险金：0万元；</p> <p>④社会医疗保险未先行赔付扣除额：本次就诊被保险已从社会医疗保险先行赔付获得费用补偿2万元，因此扣除额为0万元。</p> <p>根据公式，我们本次向医疗保险金受益人给付的医疗保险金为13万元（保单年度内累计合理医疗费用15万元-免赔额2万元-保单年度内累计我们已给付的医疗保险金0万元-社会医疗保险未先行赔付扣除额0万元）。</p>	就诊编号	首次就诊	第二次就诊	治疗时间	2014年3月1日至2014年4月7日	2014年7月1日至2014年7月25日	治疗项目	首次因疾病住院	首次门诊恶性肿瘤化疗	实际发生的医疗费用	16万元	6万元	保险责任范围内的合理医疗费用	15万元	5万元	社会医疗保险可报销范围内医疗费用	5万元	3万元	已通过其他途径获得的费用补偿	2万元	0万元	是否通过社会医疗保险先行赔付	是	否
就诊编号	首次就诊	第二次就诊																								
治疗时间	2014年3月1日至2014年4月7日	2014年7月1日至2014年7月25日																								
治疗项目	首次因疾病住院	首次门诊恶性肿瘤化疗																								
实际发生的医疗费用	16万元	6万元																								
保险责任范围内的合理医疗费用	15万元	5万元																								
社会医疗保险可报销范围内医疗费用	5万元	3万元																								
已通过其他途径获得的费用补偿	2万元	0万元																								
是否通过社会医疗保险先行赔付	是	否																								

		<p>(2) 被保险人第二次就诊实际发生的医疗费用为6万元,合理医疗费用为5万元,本次医疗保险金的计算过程如下:</p> <p>①保单年度内累计合理医疗费用:20万元(首次就诊15万元+第二次就诊5万元);</p> <p>②确定免赔额:根据“从其他途径累计已获得的费用补偿2万元(首次就诊2万元+第二次就诊0万元)&gt;年度基础免赔额(1万元)”,确定免赔额为2万元;</p> <p>③保单年度内累计我们已给付的医疗保险金:13万元;</p> <p>④社会医疗保险未先行赔付扣除额:由于本次被保险人未从社会医疗保险先行赔付,因此扣除额为0.6万元(社会医疗保险可报销范围内医疗费用3万元×20%);</p> <p>根据公式,我们本次向医疗保险金受益人给付的医疗保险金为4.4万元(保单年度内累计合理医疗费用20万元-免赔额2万元-保单年度内累计我们已给付的医疗保险金13万元-社会医疗保险未先行赔付扣除额0.6万元)。</p> <p>因此,本合同保险期间内累计我们已给付的医疗保险金为17.4万元(=13万元+4.4万元)。</p>
7.22	<b>社会医疗保险</b>	指包括城镇职工基本医疗保险、新型农村合作医疗保险、城镇居民基本医疗保险等政府举办的基本医疗保障项目。
7.23	<b>中国境外</b>	指中华人民共和国领土之外的地区以及香港特别行政区、澳门特别行政区和台湾地区。
7.24	<b>既往症</b>	指在本合同生效日之前被保险人已患的疾病或者已有的症状。
7.25	<b>遗传性疾病</b>	指生殖细胞或者受精卵的遗传物质(染色体和基因)发生突变或者畸变所引起的疾病,通常具有由亲代传至后代的垂直传递的特征。
7.26	<b>先天性畸形、变形和染色体异常</b>	指被保险人出生时就具有的畸形、变形或者染色体异常。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。

7.27	<b>感染艾滋病病毒或者患艾滋病</b>	<p>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。</p> <p>在人体血液或者其他样本中检测到艾滋病病毒或者其抗体呈阳性，没有出现临床症状或者体征的，为感染艾滋病病毒；如果同时出现了明显临床症状或者体征的，为患艾滋病。</p>
7.28	<b>康复治疗</b>	指在康复医院、康复中心、普通医院的康复科诊治或者接受以促进机体各项功能恢复为目的的医疗方法，如理疗、按摩、推拿、生物反馈疗法、康复营养、康复护理等。
7.29	<b>牙齿治疗</b>	指牙齿的保健、洁牙、美白、矫形及种牙、镶牙、补牙、拔牙手术。
7.30	<b>醉酒</b>	指发生事故时被保险人每百毫升血液中的酒精含量大于或者等于 80 毫克。
7.31	<b>毒品</b>	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。
7.32	<b>酒后驾驶</b>	指经检测或者鉴定，发生保险事故时被保险人每百毫升血液中的酒精含量达到或者超过一定的标准，是否达到前述标准由公安机关交通管理部门依据《道路交通安全法》的规定认定，我们根据公安机关交通管理部门的认定确认被保险人是否属于酒后驾驶。
7.33	<b>无合法有效驾驶证驾驶</b>	<p>指下列情形之一：</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>（1） 没有取得中华人民共和国有关主管部门颁发或者认可的驾驶资格证书；</li> <li>（2） 驾驶与合法有效驾驶证准驾车型不相符合的车辆；</li> <li>（3） 持审验不合格的驾驶证驾驶；</li> <li>（4） 在驾驶证有效期内未按照中华人民共和国法律、行政法规</li> </ol>

		<p>的规定，定期对机动车驾驶证实施审验的；</p> <p>(5) 驾驶证已过有效期的。</p>
7.34	<b>无合法有效行驶证</b>	<p>指发生保险事故时没有按照公安机关交通管理部门机动车登记制度的规定进行登记并领取机动车行驶证或者临时通行牌证等法定证件。包括下列情形之一：</p> <p>(1) 未办理行驶证或者行驶证在申办过程中的；</p> <p>(2) 机动车行驶证被依法注销登记的；</p> <p>(3) 未在行驶证检验有效期内依法按时进行或者未通过机动车安全技术检验的。</p>
7.35	<b>机动车</b>	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。
7.36	<b>潜水</b>	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。
7.37	<b>攀岩</b>	指攀登悬崖、楼宇外墙、人造悬崖、冰崖、冰山等运动。
7.38	<b>探险</b>	指明知在某种特定的自然条件下有失去生命或者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、徒步穿越沙漠或者人迹罕至的原始森林等活动。
7.39	<b>武术比赛</b>	指两人或者两人以上对抗性柔道、空手道、跆拳道、散打、拳击等各种拳术及使用器械的对抗性比赛。
7.40	<b>特技表演</b>	指进行马术、杂技、驯兽等表演。
7.41	<b>有效身份证件</b>	指由中华人民共和国政府主管部门规定的能够证明其身份的证件，如：居民身份证、军官证、警官证、士兵证、户口簿以及中华人民共和国政府主管部门颁发或者认可的有效护照或者其他身份证明文件。

7.42	<b>现金价值</b>	其计算公式为“ $\text{保险费} \times (1-35\%) \times (1-\text{经过天数} \div 365)$ ”，经过天数不足一天的不计。“经过天数”是指本合同从生效之日至终止之日实际经过的天数。
7.43	<b>净保险费</b>	指不包含营业费用、佣金等其他费用的保险费。其计算公式为“ $\text{保险费} \times (1-35\%)$ ”。
7.44	<b>医生</b>	指在医院内合法注册的具有医师执业资格和诊断处方权且正在执业的医师。
7.45	<b>投保所在地</b>	指投保时在投保单上“备注”栏明确载明的投保的所在地；若未明确载明，则以我们的所在地作为投保所在地。
7.46	<b>护士</b>	指在医院内合法注册的具有护士执业资格且正在执业的护理人员。
7.47	<b>手术植入材料</b>	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、人工心脏瓣膜等植入式人工器官等手术中留置体内的生物相容性材料。