



请扫描以查询验证条款

阳光人寿保险股份有限公司

阳光人寿融和医疗保险 C 款条款

阅 读 指 引

AHRF-1

条款是保险合同的重要内容，为充分保障您的权益，请您仔细阅读本条款。
本阅读指引有助于您理解条款，对本合同内容的解释以条款为准。

您拥有的重要权益

签收本合同次日起 10 日内您可以要求退还所缴纳的扣除工本费后的保险费.....	1.3
您有按本合同条款约定续保本保险的权利	2.1
被保险人可以享受本合同提供的保障	2.3
您有退保的权利.....	5.1

您应当特别注意的事项

我们对免除本公司责任的条款作了特别提示，详见条款正文中背景突出显示的部分	2.3、2.4、3.2、7.2、7.3、8.5、8.8、8.11、8.26
被保险人应到我们认可的医院就诊.....	2.3
保险事故发生后，您有及时通知我们的义务.....	3.2
您应当按时交纳保险费.....	4.1
被保险人的基本医疗保险状态变更时请及时通知我们.....	4.4
退保会给您造成一定的损失，请您慎重决策.....	5.1
您有如实告知的义务.....	6.1
被保险人的职业或工种变更时请及时通知我们.....	7.3
我们对一些重要术语进行了解释，并作了显著标注，请您注意.....	8

条款目录

1 您与我们订立的合同

- 1.1 合同构成
- 1.2 合同成立与生效
- 1.3 犹豫期

2 我们提供的保障

- 2.1 保险期间与续保
- 2.2 保险金额
- 2.3 保险责任
- 2.4 责任免除

3 保险金的申请

- 3.1 受益人
- 3.2 保险事故通知
- 3.3 保险金申请
- 3.4 保险金给付
- 3.5 诉讼时效

4 保险费的交纳

- 4.1 保险费的交纳
- 4.2 续保保险费的交纳
- 4.3 宽限期
- 4.4 基本医疗保险状态变更

5 合同解除

- 5.1 解除合同（退保）的手续及风险

6 如实告知

- 6.1 明确说明与如实告知
- 6.2 本公司合同解除权的限制

7 其他需要关注的事项

- 7.1 合同效力终止
- 7.2 年龄性别错误处理
- 7.3 职业或工种的变更
- 7.4 合同内容变更
- 7.5 联系方式变更
- 7.6 争议处理

8 释义

- 8.1 有效身份证件
- 8.2 周岁
- 8.3 特定门诊治疗
- 8.4 同一次住院
- 8.5 医疗费用
- 8.6 必需且合理
- 8.7 意外伤害
- 8.8 我们认可的医院
- 8.9 专科医生
- 8.10 基本医疗保险
- 8.11 医疗费用保险金计算方法
- 8.12 毒品
- 8.13 酒后驾驶
- 8.14 无合法有效驾驶证驾驶
- 8.15 无有效行驶证
- 8.16 机动车
- 8.17 感染艾滋病病毒或患艾滋病
- 8.18 遗传性疾病
- 8.19 先天性畸形、变形或染色体异常
- 8.20 医疗事故
- 8.21 潜水
- 8.22 攀岩
- 8.23 探险
- 8.24 武术比赛
- 8.25 特技表演
- 8.26 未到期净保险费

阳光人寿融和医疗保险 C 款条款

在本条款中，“您”指投保人，“我们”、“本公司”均指阳光人寿保险股份有限公司，“本合同”指您与我们之间订立的“阳光人寿融和医疗保险 C 款合同”。

1 您与我们订立的合同

- 1.1 合同构成** 本保险条款、保险单或其他保险凭证、投保书、与保险合同有关的投保文件、合法有效的声明、批注、批单、附加合同、其他书面协议都是您与我们之间订立的保险合同的构成部分。
- 1.2 合同成立与生效** 您提出保险申请、我们同意承保，本合同成立。本合同自我们同意承保、收取保险费并签发保险单后开始生效，具体生效日以保险单所载的日期为准。我们自生效日零时起承担本合同约定的保险责任。
- 1.3 犹豫期** 自您收到本合同电子保险单次日起，有 10 日的犹豫期。在此期间，请您认真审视本合同，如果您认为本合同与您的需求不相符，您可以提出解除本合同，我们将在扣除不超过 10 元的工本费后无息退还您所缴纳的保险费。解除合同时，您需要填写申请书，并提供您的保险合同及**有效身份证件**（见 8.1）。自我们收到您解除合同的书面申请时起，本合同即被解除，我们自始不承担保险责任。

2 我们提供的保障

- 2.1 保险期间与续保** 本合同的保险期间为 1 年，自本合同生效日零时起计算，并在保险单上载明。若您在投保时选择了自动续保方式，每一保险期间届满之前，若我们未收到您不再继续投保的书面通知，则视作您申请续保，我们将按续保时被保险人的年龄对应的费率收取相应的保险费后本合同将延续有效。新续保合同自保险期间届满日次日零时起生效，保险期间为 1 年。但若被保险人续保时年满 81 周岁（见 8.2），本合同不再接受续保。除上述不再续保情形以外我们不接受续保的，我们会以书面形式通知您。
- 2.2 保险金额** 本合同的医疗费用年度基础免赔额、各项保险责任的年度限额、本合同年度保险金额、本合同终身保险金额以及其他限额在**保障明细表**（见附件）中载明。
- 2.3 保险责任** 在本合同有效期内，我们承担如下保险责任：
您首次投保或非连续投保本合同时，被保险人在本合同生效日起 30 日内接受住院治疗或者**特定门诊治疗**（见 8.3），我们不承担给付保险金的责任。这 30 日的时间称为等待期。
被保险人在等待期内发生的住院及与该住院视为**同一次住院**（见 8.4）的治疗，或者在等待期内发生的特定门诊治疗及与该特定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，因前述治疗产生的各项**医疗费用**（见 8.5）不计入被保险人保险期间内累计发生的**必需且合理**（见 8.6）的医疗费用范围内。连续投保或者因**意外伤害**（见 8.7）接受住院治疗或者特定门诊治疗的，无等待期。对于被保险人因意外伤害或于等待期后于**我们认可的医院**（见 8.8）（不含特需和国际医疗部）接受住院、特定门诊治疗发生的医疗费用，我们承担如下保险责任：

- 2.3.1 住院医疗费用保险金** 被保险人于我们认可的医院（不含特需和国际医疗部）就诊，经**专科医生**（见 8.9）诊断确定必须住院并正式办理住院手续入院治疗的，在其入住我们认可的医院（不含特需和国际医疗部）住院治疗期间，对于被保险人实际发生的必需且合理的住院医疗费用，我们按照本合同“2.3.4”医疗费用保险金计算方法的约定，在住院医疗费用的年度限额、本合同年度保险金额及本合同终身保险金额范围内给付住院医疗费用保险金。每一保险期间内，我们仅对被保险人住院累计 180 日内实际发生的必需且合理的住院医疗费用承担保险责任。
- 2.3.2 特定门诊医疗费用保险金** 被保险人于我们认可的医院（不含特需和国际医疗部）确诊因下列情形必须在我们认可的医院（不含特需和国际医疗部）接受特定门诊治疗的，对于其实际发生的必需且合理的特定门诊医疗费用，我们按照本合同“2.3.4”医疗费用保险金计算方法的约定，在对应的特定门诊医疗费用的年度限额、本合同年度保险金额及本合同终身保险金额范围内给付特定门诊医疗费用保险金：
- (1) 门诊恶性肿瘤放化疗；
 - (2) 门诊肾透析；
 - (3) 器官移植后的门诊抗排异治疗。
- 2.3.3 赔付顺序及补偿原则** 被保险人享有公费医疗、**基本医疗保险**（见 8.10）或者其他商业医疗保险计划的，则必须优先从上述全部已有的医疗保险途径申请相应的医疗费用保险金，我们仅对被保险人实际发生的通过上述全部方式仍未获得补偿的剩余医疗费用部分按照本合同条款 2.3.1 至 2.3.6 的约定给付相应保险金。
- 若被保险人在交纳当期保险费时已参加基本医疗保险，但未从基本医疗保险获得费用补偿，我们将从被保险人保险期间内累计发生的必需且合理的医疗费用中，扣除基本医疗保险未先行赔付扣除额。
- 2.3.4 医疗费用保险金计算方法**（见 8.11） 每一保险期间内，我们对被保险人每次发生的属于本合同保险责任范围内的必需且合理的医疗费用给付的医疗费用保险金的计算公式如下：
- $$\text{医疗费用保险金} = \text{保险期间内累计发生的必需且合理的医疗费用} - \text{基本医疗保险未先行赔付扣除额} - \text{年度免赔额} - \text{保险期间内累计已给付的医疗费用保险金}；$$
- 基本医疗保险未先行赔付扣除额按以下方法确定：
- (1) 若被保险人在交纳当期保险费时已参加基本医疗保险，但未从基本医疗保险获得费用补偿，则基本医疗保险未先行赔付扣除额=属于本合同约定的保险责任范围内的、符合当地基本医疗保险基金支付范围的医疗费用的 40%；
 - (2) 若被保险人在交纳当期保险费时已参加基本医疗保险，且已从基本医疗保险获得费用补偿，或在交纳当期保险费时未参加基本医疗保险，则基本医疗保险未先行赔付扣除额=0。
- 年度免赔额按以下方法确定：
- (1) 若保险期间内从其他途径累计已获得的医疗费用补偿金额 \leq 医疗费用年度基础免赔额，则年度免赔额等于医疗费用年度基础免赔额；
 - (2) 若保险期间内从其他途径累计已获得的医疗费用补偿金额 $>$ 医疗费用年度基础免赔额，则年度免赔额等于保险期间内从其他途径累计已获得的医疗费用补偿金额。
- 其他途径获得的医疗费用补偿包括公费医疗、基本医疗保险、其他商业医疗保险计划获得医疗费用补偿。
- 对于被保险人发生的住院医疗费用和特定门诊医疗费用，我们按照费用发生的时间确定年度免赔额的扣除顺序；若住院医疗费用和特定门诊医疗费用同时发生或顺序不明确时，我们推定特定门诊医疗费用发生在先，并据此确定年度免赔额的扣除顺序。
- 本合同约定的医疗费用年度基础免赔额见保障明细表所示。

- 2.3.5 **责任的延续** 对于等待期后本合同保险期间届满前发生的且延续至本合同保险期间届满后30日内的住院治疗，我们仍然按本合同约定承担给付保险金的责任。
- 2.3.6 **给付限额** 本合同有效期内，我们按照如下限额承担各项保险金给付责任：
- (1) 每一保险期间内，对于被保险人于我们认可的医院进行治疗（不论一次或多次）发生的医疗费用，我们累计给付的住院医疗费用保险金和特定门诊医疗费用保险金，以各项保险责任的年度限额为限，当某项保险责任累计给付的保险金金额达到相应保险责任的年度限额时，该保险期间我们对被保险人的该项保险责任终止。
- (2) 每一保险期间内，累计给付的住院医疗费用保险金和特定门诊医疗费用保险金之和以本合同年度保险金额为限，当各项保险责任累计给付的保险金之和达到本合同年度保险金额时，该保险期间我们对被保险人的保险责任终止。
- (3) 我们针对被保险人（无论连续或非连续投保），在本合同有效期内，住院医疗费用保险金和特定门诊医疗费用保险金累计给付之和以本合同终身保险金额为限，同一被保险人各项保险金累计给付之和达到本合同终身保险金额时，本合同效力终止。
- (4) 我们按照被保险人申请理赔的顺序给付各项保险金，如被保险人同时申请多项保险金且剩余本合同年度保险金额、本合同终身保险金额不足以支付同时申请的保险金时，我们将依次按照特定门诊医疗费用保险金、住院医疗费用保险金的顺序给付各项保险金。
- 2.4 **责任免除** 因下列情形之一，造成被保险人支出医疗费用的，我们不承担给付住院医疗费用保险金、特定门诊医疗费用保险金的责任：
- (1) 投保人对被保险人的故意杀害、故意伤害；
- (2) 被保险人故意自伤、故意犯罪或者抗拒依法采取的刑事强制措施；
- (3) 被保险人醉酒、主动吸食或注射**毒品**（见8.12）；
- (4) 被保险人挑衅或者故意行为而导致的打斗、被袭击、被谋杀；
- (5) 被保险人**酒后驾驶**（见8.13）、**无合法有效驾驶证驾驶**（见8.14）或**驾驶无有效行驶证**（见8.15）的**机动车**（见8.16）；
- (6) 被保险人**感染艾滋病病毒或患艾滋病**（见8.17）、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；
- (7) **遗传性疾病**（见8.18）、**先天性畸形、变形和染色体异常**（见8.19）；
- (8) 既往症；
- (9) 精神和行为障碍（依照世界卫生组织《疾病和有关健康问题的国际统计分类》（ICD-10）确定）、性病；
- (10) 疗养、矫形、视力矫正手术、美容、牙科保健及康复治疗、非意外事故所致整容手术以及因检查、麻醉、手术治疗、药物治疗而导致的医疗意外或**医疗事故**（见8.20）所产生的医疗费用；
- (11) 被保险人参加**潜水**（见8.21）、**跳伞、攀岩**（见8.22）、**蹦极、驾驶滑翔机或滑翔伞、探险**（见8.23）、**摔跤、武术比赛**（见8.24）、**特技表演**（见8.25）、赛马、赛车等高风险运动；
- (12) 《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；
- (13) 战争、军事行动、暴乱、武装叛乱、核爆炸、核辐射、核污染；
- (14) 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。

3 保险金的申请

- 3.1 受益人** 除另有约定外，本合同住院医疗费用保险金受益人、特定门诊医疗费用保险金受益人为被保险人本人。
- 3.2 保险事故通知** 您、被保险人或受益人知道保险事故发生后应当在 10 日内通知我们。
如果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，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** 在申请保险金时，请按照下列方式办理：
- 3.3.1 住院医疗费用保险金或特定门诊医疗费用保险金** 住院医疗费用保险金受益人或特定门诊医疗费用保险金受益人作为申请人填写保险金给付申请书，并须提供下列证明和资料：
- (1) 保险合同；
 - (2) 住院医疗费用保险金受益人或特定门诊医疗费用保险金受益人有效身份证件；
 - (3) 接受住院治疗的，需提供我们认可的医院入出院证明、出院小结或住院病历（加盖医疗机构病历专用章）；接受门诊治疗的，还需提供门诊病历和处方；
 - (4) 我们认可的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的原始单据及明细、医疗诊断证明及病历等相关资料；
 - (5) 我们认可的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，我们有权留存其原件；
 - (6) 被保险人已从基本医疗保险获得医疗费用补偿的，需提供我们认可的医院开具的医疗费用报销分割单原件；被保险人已从公费医疗获得医疗费用补偿的，需提供已注明给付比例或给付金额的住院费用收据原件或复印件；
 - (7) 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；
 - (8) 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。
- 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。
- 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。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。
- 3.3.2 委托他人代为申请保险金** 若申请人委托他人代为申请保险金，被委托人还应提供申请人签字的授权委托书、被委托人的有效身份证件等相关证明文件。
- 3.3.3 补充通知** 以上证明和资料不完整的，我们将及时一次性通知申请人补充提供有关的证明和资料。
- 3.3.4 身体检查** 除上述相关证明和资料外，我们如认为必要，在保险事故发生后可以对被保险人的身体状况进行检查或鉴定。
- 3.4 保险金给付** 我们在收到保险金给付申请书及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。若我们在收齐相关证明和资料后 30 日内仍

未作出核定，除支付保险金外，我们将从第 31 日起按超过天数赔偿受益人因此受到的利息损失。利息按照不低于中国人民银行公布的同期金融机构人民币活期存款基准利率复利计算。

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

我们在收到保险金给付申请书及有关证明和资料之日起 60 日内，对给付保险金的数额不能确定的，根据已有证明和资料可以确定的数额先予支付；我们最终确定给付保险金的数额后，将支付相应的差额。

- 3.5 诉讼时效** 受益人向我们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。

4 保险费的交纳

- 4.1 保险费的交纳** 本合同的保险费按照被保险人的年龄确定。您在投保时应一次性交纳本合同的保险费。
- 4.2 续保保险费的交纳** 被保险人的保险费会随着被保险人的年龄增长而增加。同时，我们每一保险期间都会检视保险费率，使其反映我们的整体理赔经验和医疗通胀等在内的一系列因素。我们将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，决定是否采用新的保险费率。新的保险费率适用于本合同所有被保险人，或同一投保年龄、同一投保区域等特定人群的被保险人。
- 当我们未采用新的保险费率时，您在续保时需要按照被保险人续保时的实际年龄交纳该新续保合同的保险费。
- 当我们采用新的保险费率时，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接受新的保险费率，您在续保时需要按照被保险人续保时的实际年龄及新的保险费率交纳该新续保合同的保险费。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接受新的保险费率，则我们视同您自动放弃续保本合同的权利，本合同自保险期间届满日二十四时效力终止。
- 4.3 宽限期** 如果我们按照本合同约定接受您续保，那么自保险期间届满日的次日零时起 60 天为宽限期。
- 宽限期内发生保险事故的，我们仍会承担保险责任，但给付保险金时会扣除您欠交的保险费。
- 4.4 基本医疗保险状态变更** 若被保险人的基本医疗保险状态发生变更，您须于续保前所在的保险期间届满前通知我们。我们将以书面形式或者双方认可的其他形式确认您变更基本医疗保险状态的申请，您须自基本医疗保险状态变更后的首个新续保合同生效日起按照新的保险费率交纳保险费，基本医疗保险状态变更前您已经交纳的保险费不受影响。

5 合同解除

- 5.1 解除合同（退保）的手续及风险** 如果您申请解除本合同（简称退保），请填写解除合同申请书并向我们提供下列资料：
- (1) 保险合同；
- (2) 您的有效身份证件。
- 自我们收到解除合同申请书时起，本合同效力终止。我们自收到解除合同申请书之日起 30 日内向您退还所在保险期间的**未到期净保险费**（见 8.26）。

您解除合同会遭受一定损失。

6 如实告知

- 6.1 明确说明与如实告知** 订立本合同时，我们会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，我们在订立合同时会在投保书、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。
我们就您和被保险人的有关情况提出询问，您应当如实告知。
如果您故意或者因重大过失未履行前款规定的如实告知义务，足以影响我们决定是否同意承保或者提高保险费率的，我们有权解除本合同。
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。
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，但应当退还保险费。
我们在合同订立时已经知道您未如实告知的情况的，我们不得解除合同；发生保险事故的，我们承担给付保险金的责任。
- 6.2 本公司合同解除权的限制** 前条规定的合同解除权，自我们知道有解除事由之日起，超过 30 日不行使而消灭。自本合同首次成立之日起超过 2 年的，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。

7 其他需要关注的事项

- 7.1 合同效力终止** 当发生下列情形之一时，本合同效力终止：
（1）被保险人身故；
（2）您申请解除本合同；
（3）您在本合同期满日之前提出不续保申请或者本合同保险期间届满后按照本合同约定不接受您续保，则本合同自期满日次日零时起效力终止；
（4）因本合同其他条款所列情况而效力终止。
- 7.2 年龄性别错误处理** 被保险人的年龄以周岁计算，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真实性别在投保书上填明，如果发生错误按照下列方式办理：
（1）您申报的被保险人年龄不真实，并且其真实年龄不符合本合同约定投保年龄限制的，我们有权解除合同。对于解除本合同的，本合同自解除之日起效力终止，我们向您退还所在保险期间的未满期净保险费。对于本合同解除前发生的保险事故，我们不承担给付各项保险金的责任。我们行使合同解除权适用 6.2 “本公司合同解除权的限制” 的规定。
（2）您申报的被保险人年龄不真实，致使您所在保险期间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所在保险期间的保险费。若已经发生保险事故，在给付保险金时按实交保险费和应交保险费的比例给付。
（3）您申报的被保险人年龄不真实，致使您实交保险费多于应交保险费的，我们会将所在保险期间多收的保险费无息退还给您。
- 7.3 职业或工种的变化** 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，您可以通过本公司网站、服务热线或服务场所工作人员查询到此表。

被保险人变更其职业或工种时，您或被保险人应于 10 日内以书面形式通知我们。若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，我们对被保险人所承担的保险责任自接到通知之日起终止，并按日计算退还所在保险期间的未到期净保险费。

被保险人的职业或工种变更之后，依照职业分类表其职业或工种变更之后在本合同拒保范围内，而未依前项约定通知我们的，如发生保险事故，我们不承担给付保险金责任。

- 7.4 **合同内容变更** 在本合同保险期间内，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。
- 7.5 **联系方式变更** 为了保障您的合法权益，您的住所、通讯地址或电话等联系方式变更时，请及时以书面形式或双方认可的其他形式通知我们。若您未以书面形式或双方认可的其他形式通知我们，我们按本合同载明的最后住所或通讯地址所发送的有关通知，均视为已送达给您。
- 7.6 **争议处理** 本合同履行过程中，双方发生争议不能协商解决的，可以达成仲裁协议通过仲裁解决，也可依法直接向人民法院提起诉讼。

8 释义

- 8.1 **有效身份证件** 指由政府主管部门规定的证明个人身份的证件，如：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。
- 8.2 **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。
- 8.3 **特定门诊治疗** 指门诊**恶性肿瘤放化疗**、门诊**肾透析**或者器官移植后的门诊排异治疗。
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。
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。
- 8.4 **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。
- 8.5 **医疗费用** 指被保险人住院期间或者接受特定门诊治疗期间实际发生的**床位费、药品费、材料费、医生费（诊疗费）、治疗费、护理费、检查化验费、手术费用和器官移植费**。
床位费：指被保险人住院期间使用的医院床位的费用。
药品费：指在住院期间或者特定门诊治疗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。药品费不包括在治疗时当地政府适用的《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的费用：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。

材料费：指在住院期间或者特定门诊治疗期间医生或者护士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。

医生费（诊疗费）：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。

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。

护理费：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。

检查化验费：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。

手术费用：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、手术设备费等。

器官移植费：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。

8.6 必需且合理 指合理的、符合通常惯例且医疗必需的医疗费用。符合通常惯例指被保险人接受的医疗服务满足以下条件：

- （1）该服务满足医疗需要而且根据治疗当地通行治疗规范，采用了通行治疗方法；
- （2）医疗费用没有超过当地对类似情形治疗的常规费用，类似情形是指在同一地区、对相同性别、近似年龄的人所患的同类疾病或身体伤害实施的类似治疗或服务。

医疗必需指针对意外伤害或疾病本身的医疗服务及医疗费用满足以下条件：

- （1）治疗意外伤害或疾病合适且必须的、有医生处方的项目；
- （2）与接受治疗当地普遍接受的医疗专业实践标准一致；
- （3）非为了医生或其他医疗提供方的方便；
- （4）接受的医疗服务范围是合适的而且经济有效的。

对是否必需且合理由本公司理赔人员根据客观、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。

8.7 意外伤害 指遭受外来的、突发的、非本意的、非疾病的客观事件直接致使身体受到的伤害。

8.8 我们认可的医院 指中国境内（不含港澳台）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。该医院必须具有符合国家有关医院管理规则设置标准的医疗设备，且全天二十四小时有合格医师及护士驻医院提供医疗及护理服务。

- 8.9 **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。
- 8.10 **基本医疗保险** 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、医疗救助等基本医疗保险保障项目，以及城乡居民大病保险等保障项目。
- 8.11 **医疗费用保险金计算方法** 举例说明：投保人赵某为被保险人田某（享有基本医疗保险）投保本产品，保险期间为1年，自2017年1月1日零时起，至2017年12月31日24时止。被保险人在保险期间内共发生三次就诊治疗，每次就诊治疗情况具体如下：

就诊次序	首次就诊	第二次就诊	第三次就诊
治疗时间	2017年2月5日至 2017年2月12日	2017年5月8日至 2017年6月10日	2017年11月3日至 2017年11月28日
治疗项目	因阑尾炎住院治疗	因恶性肿瘤住院治疗	因恶性肿瘤放化疗 门诊治疗
实际发生的医疗费用	11000元	150000元	170000元
保险责任范围内的必需且合理的医疗费用	7500元	140000元	150000元
符合当地基本医疗保险基金支付范围的医疗费用	6000元	30000元	50000元
已从其他途径获得的医疗费用补偿	4800元	20000元	0元
是否通过基本医疗保险获得费用补偿	是	是	否

则被保险人可获得的各项医疗费用保险金的计算方法如下：

（1）被保险人首次就诊实际发生的医疗费用为11000元，必需且合理的医疗费用为7500元，本次就诊发生的住院医疗费用保险金的计算过程如下：

- ① 保险期间内累计发生的必需且合理的医疗费用：7500元；
- ② 基本医疗保险未先行赔付扣除额：本次就诊被保险人已从基本医疗保险先行赔付获得医疗费用补偿4800元，因此扣除额为0元；
- ③ 免赔额：根据“从其他途径累计已获得的医疗费用补偿（4800元）<医疗费用年度基础免赔额（8000元）”，确定年度免赔额为8000元；
- ④ 保险期间内累计已给付的医疗费用保险金：0元。

根据公式，我们本次向住院医疗费用保险金受益人给付的住院医疗费用保险金为0元（保险期间内累计发生的必需且合理的医疗费用7500元 - 基本医疗保险未先行赔付扣除额0元 - 年度免赔额8000元 - 保险期间内累计已给付的医疗费用保险金0元）。

（2）被保险人第二次就诊实际发生的医疗费用为150000元，必需且合理的医疗费用为140000元，本次就诊发生的住院医疗费用保险金的计算过程如下：

- ① 保险期间内累计发生的必需且合理的医疗费用：147500元（首次就诊7500元 + 第二次就诊140000元）；
- ② 基本医疗保险未先行赔付扣除额：本次就诊被保险人已从基本医疗保险先行赔付获得医疗费用补偿20000元，因此扣除额为0元；

③ 年度免赔额：根据“从其他途径累计已获得的医疗费用补偿 24800 元（首次就诊 4800 元 + 第二次就诊 20000 元）> 医疗费用年度基础免赔额（8000 元）”，确定年度免赔额为 24800 元；

④ 保险期间内累计已给付的医疗费用保险金：首次就诊已给付医疗费用保险金 0 元。

根据公式，保险期间内累计发生的必需且合理的医疗费用 147500 元 - 基本医疗保险未先行赔付扣除额 0 元 - 年度免赔额 24800 元 - 保险期间内累计已给付的医疗费用保险金 0 元 = 122700 元。

（122700 元 + 保险期间内累计已给付的住院医疗费用保险金 0 元）< 住院医疗费用保险年度限额 500000 元，故我们本次向住院医疗费用保险金受益人给付的住院医疗费用保险金为 122700 元。

因此，本合同保险期间内累计已给付的医疗费用保险金为 122700 元（=0 元+122700 元）。

（3）被保险人第三次就诊实际发生的医疗费用为 170000 元，必需且合理的医疗费用为 150000 元，本次就诊发生的特定门诊医疗费用保险金的计算过程如下：

① 保险期间内累计发生的必需且合理的医疗费用：297500 元（首次就诊 7500 元 + 第二次就诊 140000 元 + 第三次就诊 150000 元）；

② 基本医疗保险未先行赔付扣除额：由于本次被保险人未从基本医疗保险先行赔付，因此扣除额为 20000 元（符合当地基本医疗保险基金支付范围的医疗费用 50000 元×40%）；

③ 年度免赔额：根据“从其他途径累计已获得的医疗费用补偿 24800 元（首次就诊 4800 元 + 第二次就诊 20000 元 + 第三次就诊 0 元）> 医疗费用年度基础免赔额（8000 元）”，确定年度免赔额为 24800 元；

④ 保险期间内累计已给付的医疗费用保险金：122700 元（首次就诊已给付医疗费用保险金 0 元 + 第二次就诊已给付医疗费用保险金 122700 元）；

根据公式，保险期间内累计发生的必需且合理的医疗费用 297500 元 - 基本医疗保险未先行赔付扣除额 20000 元 - 年度免赔额 24800 元 - 保险期间内累计已给付的医疗费用保险金 122700 元 = 130000 元。

（130000 元 + 保险期间内累计已给付的特定门诊医疗费用保险金 0 元）> 门诊恶性肿瘤化疗费年度限额 100000 元，故我们本次向特定门诊医疗费用保险金受益人给付的特定门诊医疗费用保险金为 100000 元。

因此，本合同保险期间内累计已给付的医疗费用保险金为 222700 元（=0 元+122700 元+100000 元）。

- 8.12 **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。
- 8.13 **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。
- 8.14 **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，或者不按指定时间、路线学习驾车。

- 8.15 **无有效行驶证** 指下列情形之一：
 (1) 未取得机动车行驶证；
 (2) 机动车被依法注销登记的；
 (3) 未依法按时进行或者通过机动车安全技术检验。
- 8.16 **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。
- 8.17 **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。
 在人体血液或其他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。
- 8.18 **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。
- 8.19 **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。
- 8.20 **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、常规，过失造成患者人身损害的事故。
- 8.21 **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。
- 8.22 **攀岩** 指攀登悬崖、楼宇外墙、人造悬崖、冰崖、冰山等运动。
- 8.23 **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。
- 8.24 **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。
- 8.25 **特技表演** 指进行马术、杂技、驯兽等表演。
- 8.26 **未满期净保险费** (1) 您为被保险人首次投保或非连续投保本合同的：
 如果 $n \leq$ 等待期日数，未满期净保险费=保险费 \times (1-35%)；
 如果 $n >$ 等待期日数，未满期净保险费=保险费 \times (1-35%) \times [1-(n-等待期日数)/(保险期间日数-等待期日数)]。
 其中，n 指从所在保险期间生效日至终止日实际经过的日数，不足一日按一日计算。
 (2) 您为被保险人连续投保本合同的：
 未满期净保险费=保险费 \times (1-35%) \times (1-n/保险期间日数)。
 其中，n 指从所在保险期间生效日至终止日实际经过的日数，不足一日按一日计算。
 所在保险期间已发生保险金给付或本合同处于宽限期的，当期未满期净保险费均为零。

附件：

保障明细表

保险责任、各项保险责任年度限额、本合同年度限额及本合同年度基础免赔额 (单位：人民币元)		
一、本合同年度保险金额		50 万元
1、住院医疗费用保险金（年度限额）		50 万元
2、特定门诊医疗费用保险金（年度限额）	2.1 门诊恶性肿瘤放化疗费	10 万元
	2.2 门诊肾透析费	10 万元
	2.3 器官移植后的门诊抗排异治疗费	50 万元
二、本合同终身保险金额		300 万元
三、医疗费用年度基础免赔额		8000 元