



请扫描以查询验证条款

阅读指引

本阅读指引适用于《中华安心一家团体医疗保险条款》

为了方便投保人更好地理解本保险条款，我们介绍以下人身保险条款中常用术语

投保人指与保险公司订立保险合同的人

被保险人指受保险合同保障的人

受益人指由投保人或被保险人指定的，享有保险金请求权的人

投保人拥有的重要权益

签收本合同次日起 10 日内（即犹豫期）投保人若要求退保，我们无息退还所交纳保险费 1.5

本合同提供的保障在保险责任条款中列明..... 2.3

投保人有退保的权利 5.1

投保人应当特别注意的事项

投保人应当及时签收保险合同 1.4

本合同有 30 日的等待期，请投保人或被保险人注意 2.3

在某些情况下，我们不承担保险责任 2.4/2.5

保险事故发生后请及时通知我们，否则可能影响保险金的给付 3.2

本合同保险期间为 1 年，某些情况下我们不再接受续保 2.2

本合同保险期间为 1 年，续保费率可能调整 4.2

退保会给投保人或被保险人造成一定的损失，请慎重决策 5.1

投保人或被保险人有如实告知的义务 6.1

保险条款有关于疾病的定义，请仔细阅读 8

我们对一些重要术语进行了解释，请注意 9

条款是保险合同的重要内容，为充分保障投保人或被保险人的权益，请仔细阅读本条款

请投保人特别留意条款中黑色加粗字体和灰色底纹背景字体的内容

条款目录

1. 投保人与我们订立的合同

- 1.1 合同构成
- 1.2 合同成立及生效
- 1.3 投保范围
- 1.4 合同的签收
- 1.5 犹豫期

2. 我们提供的保障

- 2.1 基本保险金额
- 2.2 保险期间和续保
- 2.3 保险责任
- 2.4 责任免除
- 2.5 其他免责条款

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 保险费率调整

5. 合同解除

- 5.1 投保人解除合同的手续及风险

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 职业或工种变更
- 7.2 年龄错误
- 7.3 转账规定
- 7.4 合同内容变更
- 7.5 通讯方式变更的通知
- 7.6 争议处理
- 7.7 身体检查与保险事故鉴定

8. 疾病定义

- 8.1 重大疾病
- 8.2 少儿特定重大疾病

9. 释义

以上阅读指引和条款目录仅供辅助理解使用，不构成保险合同的组成部分，对本合同内容的解释以条款为准。

中华联合人寿保险股份有限公司

中华安心一家团体医疗保险条款

在本条款中，“我们”、“本公司”均指在保险单上签章的中华联合人寿保险股份有限公司，“本合同”指投保人与我们之间订立的“中华安心一家团体医疗保险合同”，“被保险人”指本合同的被保险人。

1. 投保人与我们订立的合同

- 1.1 合同构成** 本合同是投保人与我们约定保险权利义务关系的协议，包括本保险条款、保险单或其他有效保险凭证、投保单、与保险合同有关的投保文件、合法有效的声明、批注、批单及其他约定投保人和我们之间权利义务关系的**书面**（见 9.1）文件。
阅读指引和条款目录仅供辅助理解使用，不构成保险合同的组成部分。
- 1.2 合同成立及生效** 投保人向我们提出保险申请，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，具体的生效日在保险单上载明。
- 1.3 投保范围** 投保人范围：机关、企业、事业单位和社会团体等法人或非法人组织可作为投保人，向我们投保本保险。其他不以购买保险为目的而组成的团体，投保人可以是特定团体中的自然人。
被保险人范围：上述团体的成员及成员父母、配偶、子女可以作为本合同的被保险人。投保时，参加本保险的团体成员及成员父母、配偶、子女须符合本公司当时规定的投保条件。另有约定的按约定内容执行。
投保年龄指本合同生效时被保险人的年龄，以**周岁**（见 9.2）计算。
- 1.4 合同的签收** 在投保人收到本合同时，投保人应当签署本合同的签收回执。
- 1.5 犹豫期** 自投保人签收本合同的次日起，有 10 日（指自然日，本条款中如无特别说明，涉及日期的均指自然日）的犹豫期。在此期间，请投保人仔细阅读本合同，如果投保人认为本合同与投保人的需求不相符，投保人可以在犹豫期结束前解除本合同。
若投保人申请解除本合同，投保人需要填写申请书，并提供投保人的保险合同或其他有效的保险凭证及**有效身份证件**（见 9.3）。自投保人申请解除合同时起，本合同即被解除，自本合同生效日起我们不承担保险责任，我们将无息退还所缴纳的保险费。

2. 我们提供的保障

- 2.1 基本保险金额** 本合同的基本保险金额分为一般医疗基本保险金额和重大疾病医疗基本保险金额，本合同每个被保险人名下的一般医疗基本保险金额、重大疾病医疗基本保险金额由投保人在投保时与我们约定，并在保险单上载明。
每个被保险人名下的一般医疗基本保险金额是指我们在一个保险期间内给付的该被保险人名下一般医疗保险金的上限。

每个被保险人名下的重大疾病医疗基本保险金额是指我们在一个保险期间内给付的该被保险人名下重大疾病医疗保险金的上限。

2.2 保险期间和续保 本合同的保险期间为1年，除合同另有约定外，自本合同生效时起，至合同约定的保险合同期满日止。

投保人在本合同保险期间届满前可以申请续保，经我们审核同意并按续保时所对应的费率收取保险费，本合同续保成功，本合同于保险期间届满的次日起延续有效一年。每次续保，均依此类推。**本合同在保险期间届满前未完成续保的，当再次投保本保险时，视为首次投保。**

各续保年度的保险费率以续保时被保险人的年龄、所选择的**保障方案**（见附表1）以及是否符合第2.3.8条家庭费率的规定而确定。

对于健康状况如实告知投保的被保险人，我们不会因为被保险人的健康状况变化或者使用保险情况而拒绝被保险人续保。**但发生下列情形之一的，本合同不再接受续保：**

1. 被保险人续保时年满86周岁；
2. 本产品停售；
3. 本合同因其他条款所列情况而导致效力终止。

若我们不再接受续保，我们将以书面形式或双方认可的其他形式通知您。

2.3 保险责任 在本合同保险期间内，我们承担以下保险责任：

首次投保本保险的，自本合同生效（若为本合同生效后新增被保险人，则自我们对该新增被保险人开始承担保险责任）之日起30日内，被保险人因疾病发生下列情形之一的：（一）“少儿特定重大疾病”（见8.2）；（二）因导致“少儿特定重大疾病”的相关疾病就诊，我们无息退还该被保险人名下已交保险费，我们对该被保险人的保险责任终止。这30日的时间称为等待期；被保险人因意外伤害（见9.4）发生上述两项情形之一的或被保险人完成续保的，无等待期。

首次投保本保险的，自本合同生效（若为本合同生效后新增被保险人，则自我们对该新增被保险人开始承担保险责任）之日起30日内，被保险人发病（见9.5）并导致发生本合同约定范围内的医疗费用，无论治疗时间在等待期内或在等待期外，我们不承担给付保险金的责任。这30日的时间称为等待期；被保险人因意外伤害发生本合同约定范围内的医疗费用或被保险人完成续保的，无等待期。

2.3.1 一般医疗保险金 在保险期间内，被保险人遭受意外伤害事故或在等待期后发病，在**医院**（见9.6）接受治疗的，我们依照下列约定给付一般医疗保险金：

1. 住院医疗费用保险金

被保险人经医院诊断必须**住院**（见9.7）治疗的，对于被保险人住院期间实际发生的需个人支付的、**合理且必要**（见9.8）的**住院医疗费用**（见9.9），我们按本合同约定的保险金计算方法，给付住院医疗费用保险金。

若被保险人接受本合同保险责任范围内的住院治疗，且在保险期间届满时治疗仍未结束的，对于被保险人该次住院治疗，我们继续承担相应的保险责任，最长至保险期间届满后的第30日。

2. 特殊门诊医疗费用保险金

被保险人在医院接受门诊**恶性肿瘤治疗**（见9.11）、门诊肾透析、器官移植后

的门诊抗排异治疗、门诊手术或**住院前后门诊急诊**（见9.17）治疗，对于实际发生的需个人支付的、合理且必要的上述特殊门诊医疗费用，我们按本合同约定的保险金计算方法，给付特殊门诊医疗费用保险金。

住院医疗费用保险金和特殊门诊医疗费用保险金的累计给付之和以本合同该被保险人名下的一般医疗基本保险金额为限。

2.3.2 重大疾病医疗费用保险金

在保险期间内，被保险人遭受意外伤害事故或在等待期后首次发病并经医院确诊患本合同所列的**重大疾病**（见8.1），并因该疾病在医院接受治疗的，我们首先按照本合同第2.3.1条的约定给付一般医疗保险金，当累计给付金额达到该被保险人名下一般医疗基本保险金额后，我们依照下列约定给付重大疾病医疗费用保险金：

1. 重大疾病住院医疗费用保险金

被保险人经医院诊断必须住院治疗的，对于被保险人住院期间实际发生的需个人支付的、合理且必要的住院医疗费用，我们按本合同约定的保险金计算方法，给付重大疾病住院医疗费用保险金。

若被保险人接受本合同保险责任范围内的住院治疗，且在保险期间届满时治疗仍未结束的，对于被保险人该次住院治疗，我们继续承担相应的保险责任，最长至保险期间届满后的第30日。

2. 重大疾病特殊门诊医疗费用保险金

被保险人在医院接受门诊恶性肿瘤治疗、门诊肾透析、器官移植后的门诊抗排异治疗、门诊手术或住院前后门诊急诊治疗，对于实际发生的需个人支付的、合理且必要的上述特殊门诊医疗费用，我们按本合同约定的保险金计算方法，给付重大疾病特殊门诊医疗费用保险金。

重大疾病住院医疗费用保险金和重大疾病特殊门诊医疗费用保险金的累计给付之和以本合同该被保险人名下的重大疾病医疗基本保险金额为限。

同一保单年度内，如果被保险人发生多次治疗的，应该按照治疗先后顺序申请理赔相应的保险金。如果被保险人因未按治疗顺序申请保险金而导致此前已付保险金多于应付保险金的，则我们将在当次理赔时扣除此前多付金额。

2.3.3 少儿特定重大疾病保险金

在保险期间内，被保险人遭受意外伤害事故或在等待期后首次发病并经医院确诊患本合同所列的**少儿特定重大疾病**，且发病时被保险人未满 18 周岁，我们给付 5 万元少儿特定重大疾病保险金，**我们对该被保险人的本项保险责任终止。**

在本合同保险期间及续保保险期间内，我们对每个被保险人的少儿特定重大疾病保险金的累计给付仅限一次。

2.3.4 年度免赔额

年度免赔额指一个保险期间内被保险人发生的符合第2.3.1和2.3.2条规定的医疗费用的免赔额，即被保险人自行承担，本合同不予赔偿的医疗费用部分。一般医疗保险金和重大疾病医疗保险金共用年度免赔额。公费医疗或**社会医疗保险**（见9.18）报销部分不可用于抵扣年度免赔额；通过其他途径获得的医疗费用补偿以及个人自付部分可用于抵扣年度免赔额。

被保险人自确诊本合同所定义的重大疾病之日起，所发生的符合本合同约定的与该重大疾病治疗相关的医疗费用，我们按照第2.3.1和2.3.2条的约定，给付一般医疗保险金和重大疾病医疗保险金，且不受免赔额限制。

年度免赔额由投保人在投保时与我们约定并在保险单上载明。

少儿特定重大疾病保险金的给付不受免赔额限制。

- 2.3.5 赔付比例** 赔付比例由投保人在投保时与我们约定并在保险单上载明。
如被保险人以参加社会医疗保险身份或参加公费医疗身份投保，但本次就诊时被保险人未使用社会医疗保险或未使用公费医疗，则本次赔付比例为60%。
少儿特定重大疾病保险金额给付不受赔付比例限制。
- 2.3.6 保险金计算方法** 在保险期间内，对被保险人发生的符合第2.3.1和2.3.2条规定的医疗费用，我们按照如下公式计算每次就诊应当给付的金额：
一次就诊应当给付的金额 = （被保险人本次发生的医疗费用的有效金额 - 年度免赔额余额）× 赔付比例
一次就诊指一次住院或一次门诊。一次住院指被保险人因疾病或意外伤害住院治疗，自入院日起至出院日止之期间；但如果因同一原因再次住院，且前次出院与下次入院间隔未超过30日，视为同一次住院。一次门诊指被保险人在一日（零时起至二十四时止）在同一所医院同一个科室的就诊。
被保险人本次发生的医疗费用的有效金额=被保险人本次就诊发生的属于保险责任范围内需个人支付的、合理且必要的医疗费用 - 公费医疗或社会医疗保险已报销的费用 - 其他途径获得的补偿、赔偿或者给付的费用
年度免赔额余额指该保单年度免赔额经前次就诊抵扣后剩余的额度。
举例说明：
被保险人小王在某个保单年度初的年度免赔额余额为10000元，在该保单年度内小王因意外事故住院治疗并发生符合本合同约定的医疗费用8000元，其中社保报销3000元，其所在单位报销3000元。
本次医疗费用的有效金额为2000元，本次理赔对应的年度免赔额余额为10000元，因为有效金额小于免赔额余额，我们赔付的金额为0元，本次理赔后的年度免赔额余额为5000元（=上次免赔额余额10000元-单位已报销的3000元-小王所承担的2000元）。
- 2.3.7 补偿原则** 符合本合同第2.3.1和2.3.2条规定的保险金，适用医疗费用补偿原则。若被保险人已从其他途径（包括社会医疗保险、公费医疗、工作单位、其他商业医疗保险保障计划等）获得医疗费用补偿，则我们仅对被保险人实际发生的医疗费用扣除其所获医疗费用补偿后的余额按照本合同的约定进行赔付。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。
- 2.3.8 家庭费率** 被保险人的家庭成员若与被保险人同时参保本保险，且投保人数在3人及以上时，可享受家庭费率。此处家庭成员关系仅限于在投保时与被保险人具有法律上所认可的父母、配偶和子女关系。
本合同所称的同时参保是指被保险人与其家庭成员一起同时投保本合同的相同保障方案，并按照约定支付保险费的过程。
- 2.4 责任免除** 因下列情形之一导致被保险人发生医疗费用支出的或发生少儿特定重大疾病的，我们不承担给付保险金的责任：
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或自杀，但被保险人自杀时为无民事行为能力人的除外；
3. 被保险人斗殴、醉酒（见 9.19），主动吸食或注射毒品（见 9.20）；

4. 被保险人**酒后驾驶**（见 9.21），**无合法有效驾驶证驾驶**（见 9.22），或**驾驶无有效行驶证**（见 9.23）的**机动车**（见 9.24）；
5. 被保险人**感染艾滋病病毒或患艾滋病**（见 9.25）期间因疾病导致的；
6. 战争、军事冲突、暴乱或武装叛乱；
7. 核爆炸、核辐射或核污染；
8. **遗传性疾病**（见 9.26）、**先天性畸形、变形或染色体异常**（见 9.27）、**精神和行为障碍**（见 9.28）；
9. 被保险人从事**潜水**（见 9.29）、跳伞、**攀岩**（见 9.30）、蹦极、驾驶滑翔机或滑翔伞、**探险**（见 9.31）、摔跤、**武术比赛**（见 9.32）、**特技表演**（见 9.33）、赛马、赛车等高风险运动；
10. 被保险人在本合同生效前已存在的疾病（或症状）或其复发所致，但在投保单上告知并经我们同意承保的，不受此限；
11. 被保险人怀孕（含宫外孕）、产前产后检查、流产、堕胎、分娩（含难产）、避孕、节育（含绝育）、不孕不育治疗、人工受孕以及由此导致的并发症；
12. 美容、矫形、变性手术、以器官捐献为目的的医疗行为、非意外事故所致的整容手术及前述手术的并发症；
13. 牙科疾病及相关治疗，视力矫正手术，但因意外所致的不受此限；
14. 被保险人因身体检查、预防、**康复治疗**（见 9.34）、保健性、心理治疗或非疾病治疗类项目发生的医疗费用；眼镜、义眼、义肢、助听器等康复性器具；
15. 被保险人患性病；
16. 不符合国家《临床技术操作规范》的治疗、医疗意外或医疗事故；
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。

发生上述第 1 项情形导致被保险人患少儿特定重大疾病的，我们对该被保险人的保险责任终止，我们向该被保险人退还其名下的**未到期净保费**（见 9.35）。

发生上述其他情形导致被保险人患少儿特定重大疾病的，我们对该被保险人的保险责任终止，我们退还该被保险人名下的未到期净保费。

发生上述情形导致被保险人发生医疗费用的，我们不承担给付保险金的责任，我们对该被保险人的保险责任继续有效。

2.5 其他免责条款 除“2.4 责任免除”外，本合同中还有一些免除本公司责任的条款，详见 1.5、2.2、2.3、3.2、6.1、7.1、7.2、8.1、8.2、9.6、9.7、9.9 和 9.17 中**灰色底纹背景字体**的内容。

3. 保险金的申请

3.1 受益人 本合同的一般医疗保险金、重大疾病医疗保险金和少儿特定重大疾病保险金的受益人为被保险人本人。

3.2 保险事故通知 投保人、被保险人或受益人知道保险事故后应当在 10 日内通知我们。如果投保人、被保险人或受益人故意或者因重大过失未及时通知，致使保险事故的性质、原因、损失程度等难以确定的，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** 1.在申请一般医疗保险金、重大疾病医疗保险金或少儿特定重大疾病保险金时，受益人须填写保险金给付申请书，并须提供下列证明和资料：
(1) 保险合同或其他有效的保险凭证；
(2) 受益人的有效身份证件；
(3) 就诊医院出具的诊断证明、完整的门诊及住院病历、出院小结、检查检验报告等完整的就诊资料；
(4) 医院出具的医疗费用原始发票、医疗费用结算清单；
(5) 与确认保险事故的性质、原因等有关的其他证明和资料。
2.保险金作为被保险人遗产时，必须提供可证明合法继承权的相关权利文件。
3.若委托他人办理申请保险金，还须提供授权委托书及受托人身份证件等材料。
4.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证明和资料。
- 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。
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** 被保险人或受益人向我们申请给付一般医疗保险金、重大疾病医疗保险金和少儿特定重大疾病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** 本合同的交费方式为一次交清。保险费率按照您与我们约定的保障方案、被保险人的年龄及被保险人是否拥有社会医疗保险而确定，并在保险单上载明。
- 4.2 保险费率调整** 续保费率会随着被保险人的年龄增长而变化。同时，我们会检视我们的整体理赔经验，根据定价基础与实际经验的偏差程度，决定是否调整保险费率及其调整幅度。保险费率的调整针对本产品所有被保险人，或属于同一投保年龄、同一投保区域等某一类人群的被保险人。
我们不会因为本合同被保险人的健康状况变化或者使用保险情况而单独调整本合同被保险人的续保费率。
我们进行保险费率调整后，投保人或被保险人须按调整后续保当时的保险费率支付续期保险费，保险费率调整前投保人或被保险人已经支付的保险费不受影响。
如果投保人不同意费率调整，我们将不再续保本合同。如果被保险人不同意费率调整，我们将不再对该被保险人进行续保。
- 5. 合同解除**
-
- 5.1 投保人解除合** 在本合同保险期间内，除本合同另有约定外，投保人可以以书面或双方认可

同的手续及风险 的其他方式通知要求解除保险合同。投保人要求解除本合同时，请填写解除合同申请并向我们提供下列资料：

1. 保险合同或其他有效的保险凭证；
2. 投保人的有效身份证件。

如投保人委托他人以书面或双方认可的其他方式办理申请解除本合同，还须提供授权委托书及受托人身份证件。

自我们收到解除合同申请时起，本合同终止。我们自收到解除合同申请及完整的资料之日起 10 日内向投保人退还本合同终止时的未到期净保费。**若犹豫期后解除保险合同投保人或被保险人会遭受一定损失。**

6. 如实告知

6.1 明确说明与如实告知 订立本合同时，我们应向投保人说明本合同的内容。
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、保险单或者其他有效的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。

我们就投保人和被保险人的有关情况提出询问，投保人应当如实告知。

如果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。

如果投保人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，我们对本合同解除或者部分解除所涉及的全部或者部分被保险人不承担给付保险金的责任，并不退还保险费。

如果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，对于本合同解除前发生的保险事故，我们对本合同解除或者部分解除所涉及的全部或者部分被保险人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投保人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。

7. 其他需要关注的事项

7.1 职业或工种变更 被保险人变更其职业或工种的，投保人或被保险人应于 10 日内以书面形式通知我们。若按我们的职业分类，被保险人变更的职业或工种在拒保范围内的，自被保险人职业变更之日起，我们对被保险人的保险责任终止，我们退还职业变更之日该被保险人名下的未到期净保费。

被保险人变更其职业或工种但未按前款规定通知我们的，若按我们的职业分类，被保险人变更的职业或工种在拒保范围内的，我们对被保险人职业变更后发生的保险事故不承担保险责任，但退还职业变更之日该被保险人名下的未到期净保费，我们对被保险人的保险责任终止。

7.2 年龄错误 投保人在申请投保时，应填明与有效身份证件相符的被保险人的出生日期，如果发生错误按照下列方式办理：

1. 投保人申报的被保险人年龄不真实，并且其真实年龄不符合本合同约定投保年龄限制的，我们有权终止对该被保险人的保险责任，但退还保险责任终

止时该被保险人名下的未到期净保费。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。我们行使合同解除权适用“本公司合同解除权的限制”的规定。

2. 投保人申报的被保险人年龄不真实，致使投保人实付保险费少于应付保险费的，我们有权更正并要求投保人或被保险人补交该被保险人名下的保险费。若已经发生保险事故，在给付保险金时按实付保险费和应付保险费的比例给付。

3. 投保人申报的被保险人年龄不真实，致使投保人实付保险费多于应付保险费的，我们会无息退还该被保险人名下多收的保险费。

- 7.3 转账规定** 本合同中涉及到本公司退还保险费、现金价值时，本公司均以银行转账方式将相应金额退至投保时交纳保险费的账户。
- 7.4 合同内容变更** 在本合同有效期内，除本合同另有约定外，经投保人与我们协商一致，可以变更本合同的有关内容。投保人提出变更申请后，应当由我们在原保险单或者其他有效的保险凭证上批注或者附贴批单，或由投保人与我们订立书面的变更协议后，该变更生效。
- 7.5 通讯方式变更的通知** 为了保障投保人的合法权益，投保人的住所、通讯地址或电话等联系方式变更时，请及时以书面或双方认可的其他方式通知我们。若投保人未以书面或双方认可的其他方式通知我们，我们按本合同载明的最后住所、通讯地址或电话、手机短信等联系方式所发送的有关通知，均视为已送达给投保人。
- 7.6 争议处理** 本合同履行过程中，双方发生争议时，应当协商解决，协商不成的，由当事人约定从下列两种方式中选择一种：
1. 提交双方共同选择的仲裁委员会仲裁；
2. 依法向被告所在地人民法院或其他有管辖权的人民法院起诉。
- 7.7 身体检查与保险事故鉴定** 保险金受益人申请本合同保险金时，我们有权要求尸检或要求被保险人做身体检查或提供有关的检验报告，费用由我们承担。发生保险事故的，投保人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。
- 8. 疾病定义**

-
- 8.1 重大疾病** 本合同所指重大疾病是指被保险人首次发生符合下列定义的疾病，或首次接受符合下列定义的手术。该疾病或手术应当由**专科医生**（见 9.36）明确诊断。本合同所保障的重大疾病共 25 种，采用中国保险行业协会颁布的《重大疾病保险的疾病定义使用规范》中的疾病定义。

- 8.1.1 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。
- 下列疾病不在保障范围内：
- 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。
- 8.1.2 急性心肌梗塞** 指因冠状动脉阻塞导致的相应区域供血不足造成部分心肌坏死。须满足下列至少三项条件：
- 1.典型临床表现，例如急性胸痛等；
 - 2.新近的心电图改变提示急性心肌梗塞；
 - 3.心肌酶或肌钙蛋白有诊断意义的升高，或呈符合急性心肌梗塞的动态性变化；
 - 4.发病90日后，经检查证实左心室功能降低，如左心室射血分数低于50%。
- 8.1.3 脑中风后遗症** 指因脑血管的突发病变引起脑血管出血、栓塞或梗塞，并导致神经系统永久性的功能障碍。神经系统永久性的功能障碍，指疾病确诊 180 日后，仍遗留下列一种或一种以上障碍：
- 1.一肢或一肢以上**肢体机能完全丧失**（见9.37）；
 - 2.**语言能力或咀嚼吞咽能力完全丧失**（见9.38）；
 - 3.自主生活能力完全丧失，无法独立完成**六项基本日常生活活动**（见9.39）中的三项或三项以上。
- 8.1.4 重大器官移植术或造血干细胞移植术** 重大器官移植术，指因相应器官功能衰竭，已经实施了肾脏、肝脏、心脏或肺脏的异体移植手术。造血干细胞移植术，指因造血功能损害或造血系统恶性肿瘤，已经实施了造血干细胞（包括骨髓造血干细胞、外周血造血干细胞和脐血造血干细胞）的异体移植手术。
- 8.1.5 冠状动脉搭桥术（或称冠状动脉旁路移植术）** 指为治疗严重的冠心病，实际实施了开胸进行的冠状动脉血管旁路移植的手术。冠状动脉支架植入术、心导管球囊扩张术、激光射频技术及其它非开胸的介入手术、腔镜手术不在保障范围内。
- 8.1.6 终末期肾病（或称慢性肾功能衰竭尿毒症期）** 指双肾功能慢性不可逆性衰竭，达到尿毒症期，经诊断后已经进行了至少 90 日的规律性透析治疗或实施了肾脏移植手术。
- 8.1.7 多个肢体缺失** 指因疾病或意外伤害导致两个或两个以上肢体自腕关节或踝关节近端（靠近躯干端）以上完全性断离。
- 8.1.8 急性或亚急性重症肝炎** 指因肝炎病毒感染引起肝脏组织弥漫性坏死，导致急性肝功能衰竭，且经血清学或病毒学检查证实，并须满足下列全部条件：
- 1.重度黄疸或黄疸迅速加重；

- 2.肝性脑病；
3.B超或其它影像学检查显示肝脏体积急速萎缩；
4.肝功能指标进行性恶化。
- 8.1.9 良性脑肿瘤** 指脑的良性肿瘤，已经引起颅内压增高，临床表现为视神经乳头水肿、精神症状、癫痫及运动感觉障碍等，并危及生命。须由头颅断层扫描(CT)、核磁共振检查(MRI)或正电子发射断层扫描(PET)等影像学检查证实，**并须满足下列至少一项条件：**
1.实际实施了开颅进行的脑肿瘤完全切除或部分切除的手术；
2.实际实施了对脑肿瘤进行的放射治疗。
脑垂体瘤、脑囊肿、脑血管性疾病不在保障范围内。
- 8.1.10 慢性肝功能衰竭失代偿期** 指因慢性肝脏疾病导致肝功能衰竭。须满足下列全部条件：
1.持续性黄疸；
2.腹水；
3.肝性脑病；
4.充血性脾肿大伴脾功能亢进或食管胃底静脉曲张。
因酗酒或药物滥用导致的肝功能衰竭不在保障范围内。
- 8.1.11 脑炎后遗症或脑膜炎后遗症** 指因患脑炎或脑膜炎导致的神经系统永久性的功能障碍。神经系统永久性的功能障碍，指疾病确诊180日后，**仍遗留下列一种或一种以上障碍：**
1.一肢或一肢以上肢体机能完全丧失；
2.语言能力或咀嚼吞咽能力完全丧失；
3.自主生活能力完全丧失，无法独立完成六项基本日常生活活动中的三项或三项以上。
- 8.1.12 深度昏迷** 指因疾病或意外伤害导致意识丧失，对外界刺激和体内需求均无反应，昏迷程度按照格拉斯哥昏迷分级(Glasgow coma scale)结果为5分或5分以下，且已经持续使用呼吸机及其它生命维持系统96小时以上。
因酗酒或药物滥用导致的深度昏迷不在保障范围内。
- 8.1.13 双耳失聪-三岁始理赔** 指因疾病或意外伤害导致双耳听力**永久不可逆**(见9.40)性丧失，在500赫兹、1000赫兹和2000赫兹语音频率下，平均听阈大于90分贝，且经纯音听力测试、声导抗检测或听觉诱发电位检测等证实。
被保险人申请理赔时年龄必须在3周岁以上。
- 8.1.14 双目失明-三岁始理赔** 指因疾病或意外伤害导致双眼视力永久不可逆性丧失，双眼中较好眼须满足下列至少一项条件：
1.眼球缺失或摘除；
2.矫正视力低于0.02(采用国际标准视力表，如果使用其它视力表应进行换算)；
3.视野半径小于5度。
被保险人申请理赔时年龄必须在3周岁以上。
- 8.1.15 瘫痪** 指因疾病或意外伤害导致两肢或两肢以上肢体机能永久完全丧失。肢体机能永久完全丧失，指疾病确诊180日后或意外伤害发生180日后，每肢三大关节中的两大关节仍然完全僵硬，或不能随意识活动。
- 8.1.16 心脏瓣膜手术** 指为治疗心脏瓣膜疾病，实际实施了开胸进行的心脏瓣膜置换或修复的手术。

8.1.17	严重阿尔茨海默病	指因大脑进行性、不可逆性改变导致智能严重衰退或丧失，临床表现为明显的认知能力障碍、行为异常和社交能力减退，其日常生活必须持续受到他人监护。须由头颅断层扫描(CT)、核磁共振检查(MRI)或正电子发射断层扫描(PET)等影像学检查证实，且自主生活能力完全丧失，无法独立完成六项基本日常生活活动中的三项或三项以上。 神经官能症和精神疾病不在保障范围内。
8.1.18	严重脑损伤	指因头部遭受机械性外力，引起脑重要部位损伤，导致神经系统永久性的功能障碍。须由头颅断层扫描(CT)、核磁共振检查(MRI)或正电子发射断层扫描(PET)等影像学检查证实。神经系统永久性的功能障碍，指脑损伤180日后， 仍遗留下列一种或一种以上障碍： 1. 一肢或一肢以上肢体机能完全丧失； 2. 语言能力或咀嚼吞咽能力完全丧失； 3. 自主生活能力完全丧失，无法独立完成六项基本日常生活活动中的三项或三项以上。
8.1.19	严重帕金森病	是一种中枢神经系统的退行性疾病，临床表现为震颤麻痹、共济失调等。 须满足下列全部条件： 1. 药物治疗无法控制病情； 2. 自主生活能力完全丧失，无法独立完成六项基本日常生活活动中的三项或三项以上。 继发性帕金森综合征不在保障范围内。
8.1.20	严重Ⅲ度烧伤	指烧伤程度为Ⅲ度，且Ⅲ度烧伤的面积达到全身体表面积的20%或20%以上。体表面积根据《中国新九分法》计算。
8.1.21	严重原发性肺动脉高压	指不明原因的肺动脉压力持续性增高，进行性发展而导致的慢性疾病，已经造成永久不可逆性的体力活动能力受限，达到美国纽约心脏病学会心功能状态分级Ⅳ级，且静息状态下肺动脉平均压超过30mmHg。
8.1.22	严重运动神经元病	是一组中枢神经系统运动神经元的进行性变性疾病，包括进行性脊肌萎缩症、进行性延髓麻痹症、原发性侧索硬化症、肌萎缩性侧索硬化症。须满足自主生活能力完全丧失，无法独立完成六项基本日常生活活动中的三项或三项以上的条件。
8.1.23	语言能力丧失-三岁始理赔	指因疾病或意外伤害导致完全丧失语言能力，经过积极治疗至少12个月（声带完全切除不受此时间限制），仍无法通过现有医疗手段恢复。 精神心理因素所致的语言能力丧失不在保障范围内。 被保险人申请理赔时年龄必须在3周岁以上。
8.1.24	重型再生障碍性贫血	指因骨髓造血功能慢性持续性衰竭导致的贫血、中性粒细胞减少及血小板减少。须满足下列全部条件： 1. 骨髓穿刺检查或骨髓活检结果支持诊断； 2. 外周血象须具备以下三项条件： ① 中性粒细胞绝对值 $\leq 0.5 \times 10^9/L$ ； ② 网织红细胞 $< 1\%$ ； ③ 血小板绝对值 $\leq 20 \times 10^9/L$ 。
8.1.25	主动脉手术	指为治疗主动脉疾病，实际实施了开胸或开腹进行的切除、置换、修补病损

主动脉血管的手术。主动脉指胸主动脉和腹主动脉，胸主动脉和腹主动脉的分支血管不在保障范围内。

动脉内血管成形术不在保障范围内。

- 8.2 少儿特定重大疾病** 本合同所指少儿特定重大疾病是指被保险人首次发生符合下列定义的疾病。该疾病应当由专科医生明确诊断。
- 8.2.1 白血病** 指符合本合同第8.1.1条恶性肿瘤定义标准，系造血干细胞或祖细胞突变引起的造血系统恶性肿瘤。必须经专科医生诊断并且经血涂片和骨髓象检查确诊，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）C90至C95范畴的恶性肿瘤。
相当于Binet分期方案A 期程度的慢性淋巴细胞白血病不在保障范围内。
- 8.2.2 严重III度烧伤** 指烧伤程度为III度，且III度烧伤的面积达到全身体表面积的20%或20%以上。体表面积根据《中国新九分法》计算。
- 8.2.3 脑炎及脑膜炎后遗症** 指因患脑炎或脑膜炎导致的神经系统永久性的功能障碍。神经系统永久性的功能障碍，指疾病确诊180日后，仍遗留下列一种或一种以上障碍：
1. 一肢或一肢以上肢体机能完全丧失；
2. 语言能力或咀嚼吞咽能力完全丧失；
3. 自主生活能力完全丧失，无法独立完成六项基本日常生活活动中的三项或三项以上。

9. 释义

- 9.1 书面** 如无特别说明或约定，纸质（包括其他材质，如电子书写板）函件、合同书、信件和数据电文、电报、电传、传真、电子数据交换、电子邮件、网络合同、网络授权函等可以有形地表现其所记载内容的形式均视为书面形式。
- 9.2 周岁** 以户籍证明或其他法定的身份证件中记载的出生日期为标准计算年龄（不足1年不计）。
- 9.3 有效身份证件** 指由政府主管部门规定的证明其身份的证件，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、户口簿等证件。
- 9.4 意外伤害** 指遭受外来的、突发的、非本意的、非由疾病引起的使身体受到伤害的客观事件。
- 9.5 发病** 指被保险人出现疾病前兆或异常的身体状况，该疾病前兆或异常身体状况按常识足以引起或应当引起被保险人或被保险人的监护人注意并寻求检查、诊断、治疗或护理。
- 9.6 医院** 本合同所称医院指我们指定医院或经中华人民共和国卫生部门评审确定的二级或以上之社保定点医院，但不包括精神病院及专供康复、护理、疗养、戒酒、戒毒、养老等非以直接诊治病人之目的之医疗机构。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24小时有合格的医生和护士驻院提供医疗和护理服务。当被保险人因遭受意外伤害事故须急救时不受此限，但经急救处理伤情稳定后，必须转入本合同所指医院治疗（急救情况不适用于私人诊所）。
其中保障方案一至方案二不含上述医院的附属特需病房、外宾病房、国际部

以及干部病房。

9.7 住院

指被保险人因意外伤害或疾病而入住医院之正式病房接受全日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范畴的高等级病房入住，但购买保障方案三至方案四的不受此限；
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。挂床住院指办理正式住院手续的被保险人，在住院期间每日非24小时在床、在院。具体表现包括在住院期间连续若干日无任何治疗，只发生护理费、诊疗费、床位费等情况。

9.8 合理且必要

合理且必要指同时满足以下两个条件：

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。

2. 医学必要

指被保险人接受治疗或服务、使用器械或服用药品符合以下条件：

- （1）医生处方要求且对治疗被保险人疾病或伤害合适且必需；
- （2）在范围、持续期、强度、护理上不超过为被保险人提供安全、恰当、合适的诊断或治疗所需的水平；
- （3）与接受治疗当地普遍接受的医疗专业实践标准一致；
- （4）非主要为了个人舒适或者为了被保险人父母、家庭、医师或其他医疗提供方的方便；
- （5）非病人学术教育或职业培训的一部分或与之相关；
- （6）非试验性或研究性。

对是否符合通常惯例以及是否医学必要由我们根据客观、审慎、合理的原则进行审核；如果投保人或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。

9.9 住院医疗费用

指被保险人住院期间发生的医疗费用，包括：

1. 床位费

指被保险人住院期间使用的医疗床位的费用。不包括私人病房、陪人床、观察病房床位、套房和家庭病床的费用。

2. 重症监护床位费

指住院期间被保险人需在重症监护室进行合理且必要的医疗而产生的床位费。重症监护室指配有中心监护台、心电监护仪及其他监护抢救设施，相对封闭管理，符合重症监护病房（ICU）、冠心病重症监护病房（CCU）标准的单人或多人监护病房。

3. 膳食费

指住院期间根据医嘱，由作为医院内部专属部门的、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。

膳食费用不包括：

- （1）所住医院外其他营利性餐饮服务机构提供的餐饮费用；

(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。

4. 护理费

指住院期间根据医嘱所示的护理等级确定的护理费用。

5. 医生费：包括外科医生、麻醉师、内科医生、专科医生的费用。

6. 检查检验费

指住院期间实际发生的、以诊断疾病为目的，采取必要的医学手段进行检查及检验而发生的合理的医疗费用，包括诊查费、妇检费、X光费、心电图费、B超费、脑电图费、内窥镜费、肺功能仪费、分子生化检验费和血、尿、便常规检验费等。

7. 治疗费

指住院期间以治疗疾病为目的，提供必要的医学手段而发生的合理的治疗者技术劳务费和医疗器械使用费，以及消耗品的费用，包括注射费、机疗费、输血费、输氧费、体外反搏费等。

本项责任不包含物理治疗、中医理疗及其他特殊疗法（见9.10）费用。

8. 药品费

指住院期间实际发生的合理且必要的由医生开具的具有国家药品监督管理部门核发的药品批准文号或者进口药品注册证书、医药产品注册证书的国产或进口药品的费用。

本项责任不包括：

(1) 自购药品：指未经过医院所属的具有执业医师资格的医生开具医嘱，自行至药房、超市、医院所属商业药房等地点购买的药品；

(2) 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；

(3) 下列中药类药品：主要起营养滋补作用的单方、复方中药或中成药，如花旗参、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、阿胶珠、冬虫草、血宝胶囊、红桃K口服液、十全大补丸、十全大补膏等；部分可以入药的动物及动物脏器，如鹿茸、海马、胎盘、鞭、尾、筋、骨等；用中药材和中药饮片炮制的各类酒制剂等。

9. 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。

10. 救护车使用费

指住院期间以抢救生命或治疗疾病为目的，根据医生建议，被保险人需医院转诊过程中的医院用车费用，且救护车的使用仅限于同一城市中的医疗运送。

9.10

物理治疗、中医理疗及其他特殊疗法

物理治疗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。

中医理疗指以治疗疾病为目的，被保险人接受由具有相应资格的医生实施的针灸治疗、推拿治疗、拔罐治疗或刮痧治疗。

其他特殊疗法包括顺势治疗、职业疗法及语音治疗。

9.11	恶性肿瘤治疗	恶性肿瘤释义请见 8.1.1。 恶性肿瘤治疗包括 化学疗法 （见 9.12）、 放射疗法 （见 9.13）、 肿瘤免疫疗法 （见 9.14）、 肿瘤内分泌疗法 （9.15）、 肿瘤靶向疗法 （9.16）。
9.12	化学疗法	指针对恶性肿瘤的化学治疗。化疗是使用医学界公认的化疗药物以杀死癌细胞、抑制癌细胞生长繁殖为目的而进行的治疗。本合同所指的化疗为被保险人根据医嘱，在医院进行的静脉注射化疗。
9.13	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。
9.14	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局批准用于临床治疗。
9.15	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局批准用于临床治疗。
9.16	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。
9.17	住院前后门诊急诊	指被保险人在住院前后各 7 日内，与该次住院相同原因而发生的门诊急诊治疗， 不包括门诊恶性肿瘤治疗、门诊肾透析、器官移植后的门诊抗排异治疗和门诊手术及因该门诊急诊发生的救护车使用费用。
9.18	社会医疗保险	指职工基本医疗保险、新型农村合作医疗和城镇居民基本医疗保险等政府举办的基本医疗保险项目。
9.19	醉酒	指每百毫升血液的酒精含量大于或等于 100 毫克。
9.20	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。
9.21	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《中华人民共和国道路交通安全法》的规定认定为饮酒后驾驶或醉酒后驾驶。
9.22	无合法有效驾驶证驾驶	指下列情形之一： 1. 没有取得驾驶资格； 2. 驾驶与驾驶证准驾车型不相符合的车辆； 3. 持审验不合格的驾驶证驾驶； 4. 持学习驾驶证学习驾车时，无教练员随车指导，或不按指定时间、路线学

		习驾车。
9.23	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. 未依法按时进行或通过机动车安全技术检验。
9.24	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。
9.25	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。
9.26	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，通常具有亲代传至后代的垂直传递的特征。
9.27	先天畸形、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。
9.28	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。
9.29	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。
9.30	攀岩	指攀登悬崖、楼宇外墙、人造悬崖、冰崖、冰山等运动。
9.31	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。
9.32	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。
9.33	特技表演	指进行马术、杂技、驯兽等表演。
9.34	康复治疗	指在康复医院、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。
9.35	未到期净保费	未到期净保费=保险费 × (1-25%) × (1-经过天数/本合同保险期间内所包含的天数)，经过天数指从合同生效之日起至终止之日实际经过的天数。 本合同的未到期净保费为扣除手续费（手续费为保费的 25%）后的未到期保险费，其中手续费为我们对本合同已承担的保险责任所收取的费用及每张保险合同平均承担的营业费用、佣金的总和。
9.36	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。

- 9.37 肢体机能完全丧失** 指肢体的三大关节中的两大关节僵硬，或不能随意识活动。肢体是指包括肩关节的整个上肢或包括髋关节的整个下肢。
- 9.38 语言能力或咀嚼吞咽能力完全丧失** 语言能力完全丧失，指无法发出四种语音（包括口唇音、齿舌音、口盖音和喉头音）中的任何三种、或声带全部切除，或因大脑语言中枢受伤害而患失语症。咀嚼吞咽能力完全丧失，指因牙齿以外的原因导致器质障碍或机能障碍，以致不能作咀嚼吞咽运动，除流质食物外不能摄取或吞咽的状态。
- 9.39 六项基本日常生活活动**
- 1.穿衣：自己能够穿衣及脱衣；
 - 2.移动：自己从一个房间到另一个房间；
 - 3.行动：自己上下床或上下轮椅；
 - 4.如厕：自己控制进行大小便；
 - 5.进食：自己从已准备好的碗或碟中取食物放入口中；
 - 6.洗澡：自己进行淋浴或盆浴。
- 9.40 永久不可逆** 指自疾病确诊或意外伤害发生之日起，经过积极治疗 180 日后，仍无法通过现有医疗手段恢复。

附表 1：中华安心一家团体医疗保险保障方案*

医院范围		二级及以上社保定点医院			
		不含其附属特需医疗、国际医疗		含其附属特需医疗、国际医疗	
方案		方案一	方案二	方案三	方案四
社保状态		有社保	无社保	有社保	无社保
年度保额 /	一般医疗保险金	200 万	200 万	200 万	200 万
基本保额	重大疾病医疗保险金	200 万	200 万	200 万	200 万
免赔额		1 万	1 万	1.5 万	1.5 万
赔付比例		100%	80%	100%	100%

*方案一至方案四中均含有少儿特定重大疾病保险金 5 万元，并仅限给付一次。

(保险条款内容结束)