

国泰财产保险有限责任公司

中老年医疗保险条款

C00013332512019070903192

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。凡涉及本合同的约定，均采用书面形式。

第二条 本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。凡投保时年龄在 46 周岁（见释义）至 80 周岁（连续参加本保险的，续保时最高年龄可放宽至 100 周岁），身体健康、能正常工作或正常生活的自然人均可成为本合同的被保险人。

第三条 除另有约定外，本合同的各项保险金受益人均为被保险人本人。

第四条 本合同约定的保险区域为中华人民共和国境内（不包含香港、澳门和台湾地区），保险人仅对被保险人在约定保险区域内发生的保险事故承担保险责任。

保险责任

第五条 本合同的保险责任包括“恶性肿瘤（见释义）医疗保险金”，“意外伤害（见释义）住院（见释义）医疗保险金”，“质子重离子医疗保险金”和“一般医疗保险金”，其中“恶性肿瘤医疗保险金”，“意外伤害住院医疗保险金”和“质子重离子医疗保险金”为必选责任，“一般医疗保险金”为可选责任。投保人可只投保必选责任，也可在投保必选责任的同时投保可选责任，但不能单独投保可选责任，具体以投保人与保险人约定为准，并于保险合同载明。

（一）恶性肿瘤医疗保险金（必选）

在保险期间内，若被保险人于等待期（见释义）内发病或确诊患有本合同约定的恶性肿瘤，则保险人不承担保险责任，并向投保人无息返还本合同已缴纳的保险费，本合同效力终止。在保险期间内，被保险人自本保险合同生效之日起经过本合同约定的等待期后经本合同约定的医疗机构（见释义）专科医生（见释义）初次确诊（见释义）罹患本合同约定的恶性肿瘤（含原位癌（见释义）），在本合同约定的医疗机构接受治疗的，保险人对自确诊之日起的以下 1、2 类费用，按照本合同的约定给付恶性肿瘤医疗保险金。

1. 住院医疗费用

被保险人因罹患本合同约定的恶性肿瘤经本合同约定的医疗机构诊断必须住院治疗的，对于住院期间发生的**合理且必要**（见释义）的**住院医疗费用**（见释义），保险人将按照本合同约定的保险金计算方法，在恶性肿瘤医疗保险金额内给付住院医疗保险金。

在每一保单年度内，因恶性肿瘤住院的最高给付日数为 180 日，**累计恶性肿瘤住院天数超过 180 日发生的医疗费用，不属于保险责任范围。**

经过等待期后在本合同到期日前发生的并延续至本合同到期日后 90 日内（含第 90 日）的住院治疗，对此期间发生的合理且必要的住院医疗费用，保险人仍将按照本合同的约定在恶性肿瘤医疗保险金额内给付住院医疗保险金。

2. 特殊门诊医疗费用

被保险人因罹患本合同约定的恶性肿瘤在本合同约定的医疗机构进行治疗期间发生的合理且必要的特殊门诊医疗费用，保险人将按照本保险合同约定的保险金计算方法，在恶性肿瘤医疗保险金额内给付特殊门诊医疗保险金：

（1）门诊恶性肿瘤治疗费，包括**化学疗法**（见释义）、**放射疗法**（见释义）、**肿瘤免疫疗法**（见释义）、**肿瘤内分泌疗法**（见释义）、**肿瘤靶向疗法**（见释义）的治疗费用；

保险人对于以上两类费用的**累计赔偿金额之和**以本合同约定的恶性肿瘤医疗保险金的**保险金额为限**，一次或累计赔偿的金额达到本项恶性肿瘤医疗保险金额时，保险人对于被保险人在恶性肿瘤医疗保险金项下的**保险责任终止。**

（二）意外伤害住院医疗保险金（必选）

在保险期间内，被保险人在本保险合同约定的保险区域内遭受意外伤害并在本合同约定的医疗机构接受住院治疗的，保险人对于住院期间发生的合理且必要的住院医疗费用，保险人将按照本合同约定的保险金计算方法给付意外伤害住院医疗保险金。

在每一保单年度内，因意外伤害住院的最高给付日数为 180 日，**累计意外伤害住院天数超过 180 日发生的医疗费用，不属于保险责任范围。**

在本合同到期日前发生的并延续至本合同到期日后 90 日内（含第 90 日）的 住院治疗，对此期间发生的合理且必要的住院医疗费用，保险人仍将按照本合同的约定给付意外伤害住院医疗保险金。

保险人在本项下**累计赔偿金额之和**以本合同约定的**意外伤害住院医疗保险金的保险金额为限**，一次或累计赔偿的金额达到本项意外伤害住院医疗保险金额时，保险人对于被保险人在意外伤害住院医疗保险金项下的**保险责任终止。**

（三）质子重离子医疗保险金（必选）

在保险期间内，被保险人自本保险合同生效之日起经过本保险合同约定的等待期后经医院初次确诊罹患恶性肿瘤，在本合同约定的医疗机构进行质子重离子治疗期间发生的合理且必要的**质子重离子医疗费用**（见释义），保险人将按照本保险合同约定的保险金计算方法给付质子重离子医疗保险金。

保险人在本项下累计赔偿金额之和以本合同约定的质子重离子医疗保险金的保险金额为限，一次或累计赔偿的金额达到本项质子重离子医疗保险金额时，保险人对于被保险人在质子重离子医疗保险金项下的保险责任终止。

（四）一般医疗保险金（可选）

在保险期间内，被保险人自本保险合同生效之日起经过本保险合同约定的等待期后罹患疾病，在本合同约定的医疗机构接受治疗的，保险人对以下 1 到 3 类费用，按照本合同的约定给付一般医疗保险金。**被保险人在等待期内因罹患疾病进行治疗发生的医疗费用，保险人不承担给付保险金的责任，并向投保人无息返还本合同已缴纳的保险费，本合同效力终止。**

1. 住院医疗费用

被保险人因罹患疾病经本合同约定的医疗机构诊断必须住院治疗的，对于住院期间发生的合理且必要的住院医疗费用，保险人将按照本合同约定的保险金计算方法，在一般医疗保险金额内给付住院医疗保险金。

在每一保单年度内，因疾病住院的最高给付天数为 180 日，**累计疾病住院天数超过 180 日发生的医疗费用，不属于保险责任范围。**

经过等待期后在本合同到期日前发生的并延续至本合同到期日后 90 日内（含第 90 日）的住院治疗，对此期间发生的合理且必要的住院医疗费用，保险人仍将按照本合同的约定在一般医疗保险金额内给付住院医疗保险金。

2. 特殊门诊医疗费用

被保险人因罹患疾病在本合同约定的医疗机构进行治疗期间发生以下合理且必要的特殊门诊医疗费用，保险人将按照本合同约定的保险金计算方法，在一般医疗保险金额内给付特殊门诊医疗保险金：

（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. 住院前后门急诊医疗费用

被保险人因罹患疾病经本合同约定的医疗机构诊断必须住院治疗的,在住院前 7 日(含住院当日)和出院后 30 日(含出院当日)内,对于因该次住院相同原因而发生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),保险人将按照本合同约定的保险金计算方法,在一般医疗保险金额内给付住院前后门急诊医疗保险金。

保险人对于以上三类费用的累计赔偿金额之和以本合同约定的一般医疗保险金的保险金额为限,一次或累计赔偿的金额达到本项一般医疗保险金额时,保险人对于被保险人在一般医疗保险金项下的保险责任终止。

第六条 本保险适用医疗费用补偿原则。若保险事故发生时,被保险人通过任何途径所获得的医疗费用补偿金额总和以其实际支出的医疗费用金额为限。被保险人已经从其它途径(包括但不限于**社会医疗保险**(见释义)、公费医疗、工作单位、保险人在内的任何商业保险机构)获得相关医疗费用补偿的,对被保险人所支出的合理且必要的各项医疗费用,保险人在扣除前述已经补偿的费用后,按照本保险合同约定对剩余部分承担保险责任。被保险人不得就已经补偿的费用再次向保险人申请保险金。

若投保时以有社保身份投保的被保险人在保险事故发生后未从其它途径(包括但不限于社会医疗保险、公费医疗、工作单位、保险人在内的任何商业保险机构)取得医疗费用补偿的,对被保险人所支出的合理且必要的各项医疗费用,保险人扣除本保险合同中约定的免赔额后,在保险金额、约定医疗机构范围及最高给付日数范围内,按本保险合同约定的给付比例进给付各项保险金。

保险金额与免赔额

第七条 保险金额是保险人承担给付保险金责任的最高限额。本合同的保险金额包括恶性肿瘤医疗保险金额、意外伤害住院医疗保险金额、质子重离子医疗保险金额和一般医疗保险金额,具体由投保人、保险人协商确定,并在保险合同中载明。

第八条 在本合同有效期内,对于被保险人在合同约定责任范围内的合理且必要的医疗费用(以下公式中简称为“累计合理医疗费用”),保险人将按照以下计算方法给付相应的保险金:

保险金=(累计合理医疗费用-社会医疗保险、公费医疗已补偿金额-其他途径已获得的医疗费用补偿金额-免赔额)×给付比例

本合同中所指免赔额均指年免赔额，指一个保单年度内被保险人自行承担，保险人依据合同不予赔偿的部分。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。

若被保险人选择投保一般医疗保险金责任，除另有约定外，一般医疗保险金同恶性肿瘤医疗保险金和意外伤害住院医疗保险金共同使用同一个免赔额，具体以保单约定为准。

本保险合同的保险责任、免赔额、约定医疗机构范围及对应的给付比例、保险金额由投保人和保险人在投保时约定，并在保险单中载明。

责任免除

第九条 被保险人因下列原因而支出医疗费用的，保险人不承担给付保险金责任：

（一）被保险人在投保时未如实告知的疾病；被保险人在投保前罹患的、投保时尚未治愈的疾病；

（二）被保险人患精神和行为障碍，遗传性疾病（见释义），先天性畸形、变形或染色体异常（见释义）（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；

（三）被保险人故意自伤，但被保险人自伤时为无民事行为能力人的除外；

（四）被保险人故意犯罪或者抗拒依法采取的刑事强制措施，或被政府依法拘禁或入狱期间伤病；

（五）被保险人殴斗、主动吸食或注射毒品（见释义），违反规定使用麻醉或精神药品；

（六）被保险人醉酒驾驶（见释义）机动车或电动自行车、无合法有效驾驶证驾驶（见释义）或驾驶无有效行驶证照（见释义）的机动车（见释义）导致交通意外引起的医疗费用；

（七）被保险人从事高风险运动（见释义）导致的伤害引起的治疗；

（八）被保险人未遵医嘱私自服用、涂用、注射药物；

（九）被保险人分娩（含剖腹产）、宫外孕、不孕不育治疗、人工受精、堕胎、节育（含绝育）、产前产后检查、非因意外导致的流产；

（十）被保险人接受矫形、视力矫正手术、美容、变性手术、整容手术、牙科治疗、牙科保健；

（十一）康复治疗或训练、休养或疗养、健康体检、非处方药物、保健食品及用品、各种康复治疗器械、假体、义肢、自用的按摩保健和治疗用品、所有非处方医疗器械；

(十二) 被保险人在非本公司认可的医疗机构发生的医疗费用；

(十三) 投保人对被保险人的故意杀害、故意伤害；

(十四) 战争、军事冲突、暴乱或武装叛乱；

(十五) 被保险人感染艾滋病病毒或患艾滋病（因本合同约定的职业关系、输血感染或器官移植导致的感染艾滋病病毒或患艾滋病除外）。

保险期间

第十条 本合同的保险期间由保险人和投保人协商确定，具体以保险单载明的起讫时间为准，最长不得超过一年。

保险人义务

第十一条 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。

第十二条 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。

第十三条 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。

第十四条 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。

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。

第十五条 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

第十六条 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。

约定分期交付保险费的，保费分期缴付方式及付款宽限期由投保人和保险人协商确定，并在保险合同中载明。投保人未缴付首期保费时，保险合同不成立，保险人不承担保险责任。如投保人未按照保险合同约定的付款时间足额缴付当期保费，且在保险合同约定的付款宽限期内仍未足额补缴当期保费的，本保险合同的保险期间在上一个缴费周期结束时终止。对于保险期间终止后发生的保险事故，保险人不承担保险责任。被保险人在保险期间内发生保险事故的，保险人按照保险合同约定给付保险金，但有权扣减该保单全年保费剩余未缴部分。

第十七条 订立保险合同，保险人就被保险人的有关情况提出询问的，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，不承担给付保险金责任，但应当退还保险费。

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。

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。

第十八条 投保人申请投保时，应按被保险人的周岁年龄和性别填写，如果发生错误按照下列方式办理：

（一）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，保险人有权解除本合同，合同解除权自保险人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，保险人向投保人按日比例退还剩余保费。对于本合同解除前发生的保险事故，保险人不承担给付保险金的责任。

（二）投保人申报的被保险人年龄或者性别不真实，致使投保人实交保险费少于应交保险费的，保险人有权更正并要求投保人补交保险费。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。

(三) 投保人申报的被保险人年龄或者性别不真实, 致使投保人实交保险费多于应交保险费的, 保险人会将多收的保险费无息退还给投保人。

第十九条 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, 应当在 48 小时内或经保险人书面同意延长的期限内通知保险人。否则, 投保人或被保险人应承担由于通知迟延致使保险人增加的勘查、检验等项费用。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。

上述约定, 不包括因不可抗力而导致的迟延。

第二十一条 保险人有权对理赔进行核查, 投保人和被保险人有义务提供保险人所要求的相关材料。如果受益人向保险人提起虚假的保险金申请, 保险人有权追回已支付的相应保险金, 并对其它虚假理赔的申请且尚未支付的款项拒绝支付, 并有权解除或者部分解除本合同。

保险金申请与给付

第二十二条 保险金申请人(见释义)请求赔偿时, 应向保险人提供以下证明和资料。保险金申请人因特殊原因不能提供以下材料的, 应提供其他合法有效的材料。保险金申请人未能提供有关材料, 导致保险人无法核实的, 保险人对无法核实部分不承担给付保险金的责任。

(一) 保险金申请人填具的索赔申请书;

(二) 电子保单或保险单号;

(三) 保险金申请人的**有效身份证件**(见释义);

(四) 医疗机构出具的完整病历资料(包括门急诊病历、住院病历、出院小结以及相关的检查报告);

(五) 合同约定的医疗机构出具的附有病历、病理检验、血液检验、影像学报告及其他科学方法检验报告的疾病诊断证明书;

(六) 医疗费用原始收据、医疗费用明细清单及医疗费用分割单(若发生手术费用, 还需提供手术费用的原始凭证, 被保险人享有社会基本医疗保险或公费医疗保障的, 需包含社会基本医疗保险或公费医疗有关规定取得医疗费用补偿证明);

(七) 被保险人身患本合同约定的恶性肿瘤, 还应提供由医疗机构具有相应资质的医生出具的对被保险人的疾病诊断证明书以及由医疗机构出具的与该疾病诊断证明书相关的病理显微镜检查、血液检验及其他科学方法检验报告;

(八) 首次申请理赔时, 应提供合同约定的医疗机构出具的被保险人在本合同保险期间内历次的医疗诊断证明、病历及医疗、医药费原始单据、结算明细表与处方正本;

(九) 保险金申请人所能提供的与确认保险事故的性质、原因、损失程度等有关的其他证明和资料。

第二十三条 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。

续保

第二十四条 在本保险产品正常销售的情况下, 经保险人审核同意, 除另有约定外, 投保人可于保险期间届满前后的 15 天内 (含 15 天), 按照续保时保险人执行的费率向保险人缴纳续保保费, 本合同将延续有效一年。**被保险人的保费会随着被保险人的年龄增长而改变。**

保险人有权根据医疗费用水平变化、本保险产品整体经营状况等调整被保险人在续保时的费率。费率调整适用于本保险产品的所有被保险人或同一投保年龄段、同一投保区域的某一类人群的被保险人, 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续保手续。

当发生下列情形之一的, 本合同不再接受续保:

- (一) 申请续保时被保险人的年龄超过 100 周岁;
- (二) 被保险人身故;
- (三) 本合同在投保人申请续保时已因其他条款所列情况而导致效力终止;
- (四) 投保人或被保险人不如实告知、欺诈等不符合续保条件的情形。

若保险人不再接受续保, 会在本合同保险期间届满之前通知投保人。

争议处理和法律适用

第二十五条 因履行本合同发生的争议, 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或者争议发生后未达成仲裁协议的, 依法向人民法院起诉。

第二十六条 与本合同有关的以及履行本合同产生的一切争议处理适用中华人民共和国法律（不包括香港、澳门、台湾地区法律）。

其他事项

第二十七条 除本合同另有约定外，经投保人和保险人协商同意后，可变更本合同的有关内容。变更本合同时，投保人应填写变更合同申请书，经保险人审核同意，并在本合同的保险单或其它保险凭证上加以批注，或由投保人和保险人订立变更的书面协议后生效。

第二十八条 在本合同成立后，投保人可以书面形式通知保险人解除合同，但保险人已根据本合同约定给付保险金的除外。

投保人解除本合同时，应提供下列证明文件和资料：

- （一）保险合同解除申请书；
- （二）电子保单或保单号；
- （三）保险费交付凭证；
- （四）投保人身份证明；
- （五）保险人需要的其它有关文件和资料。

投保人要求解除本合同，自保险人接到保险合同解除申请书之时起，本合同的效力终止。保险人收到上述证明文件和资料之日起 30 日内按日比例退还剩余保费。

第二十九条 本保险合同未尽事宜依照合同签订时生效的《中华人民共和国保险法》处理。

释义

【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。

【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，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；

(5) TNM 分期为 T1N0M0 期或更轻分期的前列腺癌。

【意外伤害】 指以外来的、突发的、非本意的、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。以下情形属于疾病范畴，非本条款所指意外伤害：

(1) 猝死：指由潜在疾病、身体机能障碍或其他非外来性原因所导致的、在出现急性症状后发生的突然死亡，以医院的诊断或公安、司法机关的鉴定为准；

(2) 过敏及由过敏引发的变态反应性疾病；

(3) 高原反应；

(4) 中暑；

(5) 细菌、病毒或其他病原体导致的感染性疾病。

【住院】 指被保险人因疾病或意外伤害而入住合同约定的医疗机构的正式病房进行治疗，并正式办理入出院手续，但不包括入住门诊观察室、家庭病床、挂床住院或其他不合理的住院。

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。

【等待期】指自本保险合同生效日起计算的一段时间，具体天数由保险人和投保人在投保时约定并在本保险合同上载明。

在等待期内发生保险事故的，保险人不承担给付保险金的责任。

【医疗机构】 指中华人民共和国境内（港、澳、台地区除外）经中国卫生部门评审确定的二级或二级以上公立医院普通部，但前述医院并不包括观察室、特需医疗、国际医疗、联合病房、联合医院、康复病房和干部病房。

也不包括以下或类似医疗机构：

(1) 精神病院，精神心理治疗中心；

(2) 老人院、疗养院、戒毒中心或戒酒中心；

(3) 健康中心或天然治疗所、疗养或康复院；

【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) 在二级或二级以上合同约定的医疗机构的相应科室从事临床工作三年以上

【初次确诊】 指自被保险人出生之日起第一次经医院确诊患有某种疾病，而不是指自本合同生效之后第一次经医院确诊患有某种疾病。

【原位癌】 指恶性细胞局限于上皮内尚未突破基底膜浸润周围正常组织的癌细胞新生物。原位癌必须经对固定活组织的组织病理学检查明确诊断。

【合理且必要】 指符合以下两个条件

(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。

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：指被保险人接受治疗或服务、使用器械或服用药品符合以下条件：

- a. 医师处方要求且对治疗被保险人疾病或伤害合适且必需；
- b. 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；
- c. 与接受治疗当地普遍接受的医疗专业实践标准一致；
- d. 非主要为了个人舒适或为了被保险人父母、家庭、医师或其他医疗提供方的方便；
- e. 非病人学术教育或职业培训的一部分或与之相关；
- f. 非试验性或研究性。

【住院医疗费用】

(1) 床位费

指住院期间实际发生的、不高于双人病房的住院床位费（不包括单人病房、套房、家庭病床）。

(2) 重症监护室床位费

指住院期间出于**医学必需**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）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。**但不包括营养补充类药品，免疫功能调节类药品，美容及减肥类药品，预防类药品，以及下列中药类药品：**（1）主要起营养滋补作用的单方、复方中药或中成药，如花旗参，冬虫草，白糖参，朝鲜红参，玳瑁，蛤蚧，珊瑚，狗宝、红参，琥珀，灵芝，羚羊角尖粉，马宝，玛瑙，牛黄，麝香，西红花，血竭，燕窝，野山参，移山参，珍珠（粉），紫河车，阿胶，血宝胶囊，红桃 K 口服液，十全大补丸，十全大补膏等；（2）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；（3）用中药材和中药饮片炮制的各类酒制剂等。

（4）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的技术劳务费和医疗器械使用费，以及消耗品的费用，具体以就诊合同约定的医疗机构的费用项目划分为准。本项责任不包含如下费用：物理治疗、中医理疗及其他特殊疗法费用。

（5）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。

（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 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）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。**

（8）医生费

指包括外科医生、麻醉师、内科医生、专科医生的费用。

（9）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。

【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。本合同所指的化疗为被保险人根据医嘱，在合同约定的医疗机构进行的静脉注射化疗。

【放射疗法】 指对于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。本附加条款所指的放疗为被保险人根据医嘱，在合同约定的医疗机构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入宿主体内，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。

【肿瘤内分泌疗法】 指对于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。

【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的药物需具有国家药品监督管理部门核发的药品批准文号或者进口药品注册证书、医药产品注册证书。

【质子重离子医疗费用】 指被保险人因接受质子重离子放射治疗而发生的相关费用，包括床位费、膳食费、护理费、诊疗费、检查检验费、治疗费、药品费等，**但不包括化学疗法、肿瘤免疫疗法、肿瘤内分泌疗法和肿瘤靶向疗法所产生的药品费。**

【社会医疗保险】 本保险合同所称的社会医疗保险包括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、医疗救助等政府举办的基本医疗保障项目。

【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。

【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。

【醉酒驾驶】 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。

【无合法有效驾驶证驾驶】 指下列情形之一：

- (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相符合；
- (3) 持审验不合格的驾驶证驾驶，或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；
- (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；
- (5) 依照法律法规或公安机关交通管理部门有关约定不允许驾驶机动车的其他情况下驾车。

【无有效行驶证照】 指下列情形之一：

- (1) 发生保险事故时无公安机关交通管理部门核发的合法有效的行驶证、号牌，或临时号牌或临时移动号牌；
- (2) 未依法按时进行或通过机动车安全技术检验；
- (3) 无驾驶证，驾驶证被依法扣留、暂扣、吊销、注销期间或驾驶证载明的有效期已届满，被保险人未及时更换新驾驶证。

【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。

【高风险运动】 本合同所定义的高风险运动是指潜水、跳伞、攀岩、蹦极、驾驶滑翔机或滑翔伞、探险活动、武术比赛、摔跤比赛、特技表演、赛马、赛车等运动。其中：

- (1) **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。
- (2) **攀岩**：指攀登悬崖、楼宇外墙、人造悬崖、冰崖、冰山等运动。

(3) 探险活动: 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。

(4) 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。

(5) 特技表演: 指进行马术、杂技、驯兽等表演。

【保险金申请人】 指被保险人、受益人, 被保险人、受益人的继承人或其他依法享有保险金请求权的其他自然人。

【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, 包括但不限于居民身份证、按规定可使用的有效护照、军官证、警官证、士兵证等证件。