

中国人民财产保险股份有限公司

特定心脑血管疾病医疗保险条款

注册号：C00000232512020011315352

## 1 总则

### 1.1 合同构成

本保险合同由保险条款、投保单、保险单、健康问卷、声明、批单以及经投保人与保险人认可的、与保险合同有关的其它书面协议组成。凡涉及本保险合同的约定，均应采用书面形式。

### 1.2 被保险人

年龄在 80 周岁以下，能正常生活或工作的自然人可作为本保险合同的被保险人。

### 1.3 投保人

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团体和自然人可作为本保险合同的投保人。

### 1.4 犹豫期

自被保险人收到本合同保险单次日零时起，有 10 日的犹豫期。  
如被保险人认为本合同与自身需求不符可在此期间提出解除本合同，保险人将无息退还您所支付的全部保险费。

## 2 保障内容

### 2.1 保险责任

投保人首次投保或非续保本保险的，自本合同生效之日起经过等待期后保险人按照保险合同的约定承担保险责任；在等待期内发生保险事故保险人不承担保险责任，并无息退还所交保险费，本保险合同终止。续保的保险合同，等待期视为 0 天。

本保险合同所保障的特定心脑血管疾病是指脑卒中和急性心肌梗死。投保人和保险人可在 2.1.1、2.1.2 中约定选择其中 1 项或 2 项投保并在保险合同中载明；保险人依据保险合同和以下内容承担保险责任：

#### **2.1.1 脑卒中住院医疗保险**

在保险期间内、经过等待期后，被保险人经专科医生诊断罹患本合同所约定的脑卒中，并因此在指定医疗机构接受住院治疗，对于被保险人在就诊期间所支付的以下医疗费用，保险人按照 2.1.3 约定给付医疗保险金。

#### **2.1.2 急性心肌梗死住院医疗保险**

在保险期间内、经过等待期后，被保险人经专科医生诊断罹患本合同所约定的急性心肌梗死，并因此在指定医疗机构接受住院治疗，对于被保险人在就诊期间所支付的以下医疗费用，保险人按照 2.1.3 约定给付医疗保险金。

### 2.1.3 医疗费用的给付

医疗费用类别	医疗费用内容	给付比例
住院医疗费用	<p>被保险人住院期间发生的应当由被保险人支付的必需且合理的住院医疗费用。</p>	<p>在扣除约定的年度免赔额后，按照下列比例进行给付：</p> <p>(1) 被保险人以参加社会基本医疗保险或者公费医疗身份投保，并以参加社会基本医疗保险或者公费医疗身份就诊并结算的，除另有约定外：</p> <p>① 符合本保险合同签发地政府颁布的社会基本医疗保险报销范围的项目给付比例为 100%；</p> <p>② 不符合本保险合同签发地政府颁布的社会基本医疗保险报销范围的项目给付比例为 80%。</p>
住院前后门急诊医疗费用	<p>被保险人住院治疗前(含住院当日) 7 日(含)和出院后(含出院当日) 7 日(含)内,因与本次住院相同病因接受门急诊治疗的,应当由被保险人支付的必需且合理的门急诊医疗费用。</p>	<p>(2) 被保险人以未参加社会基本医疗保险或者公费医疗身份投保，并以未参加社会基本医疗保险或者公费医疗身份就诊并结算的，除另有约定外：</p>

		<p>① 符合本保险合同签发地政府颁布的社会基本医疗保险报销范围的项目给付比例为 100%;</p> <p>② 不符合本保险合同签发地政府颁布的社会基本医疗保险报销范围的项目给付比例为 80%。</p> <p>(3) 被保险人以参加社会基本医疗保险或者公费医疗身份投保，但未以参加社会基本医疗保险或者公费医疗身份就诊并结算的，除另有约定外，给付比例为 50%。</p>
--	--	--

被保险人不论一次或多次住院治疗，本保险人均按上述约定给付住院医疗保险金，但累计给付金额以保险单载明的住院医疗保险金额为限，累计给付金额达到保险单载明的住院医疗保险金额时，本保险合同终止。

保险期间届满被保险人治疗仍未结束的，本保险人所负保险责任期限按下列约定延长：

- ① 保险人同意续保的，其住院医疗费用根据实际发生时间或实际住院日数比例在两个保险期间内分别承担保险责任；

②保险人不再续保的，保险人对其保险期间届满后特定日数内所发生的住院医疗费用，仍按上述的约定承担给付保险金责任；上述“特定日数”以保险合同约定为准；若未约定的则该特定日数视为30日（含30日）；超过该特定日数后继续产生的住院医疗费用，本保险人将不再承担给付保险金责任。

#### **2.1.4 补偿原则**

本保险合同适用补偿原则。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。被保险人已经从社会基本医疗保险或任何第三方（包括任何商业医疗保险）获得相关医疗费用补偿的，保险人仅对扣除已获得补偿后的剩余医疗费用，按照本合同约定承担给付保险金责任。

## **2.2 责任免除**

### **2.2.1 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：**

- (1) 不符合释义 9.3 脑卒中、释义 9.4 急性心肌梗死的其他疾病导致的住院；
- (2) 意外伤害造成的颅脑外伤及其后遗症；
- (3) 短暂性脑缺血发作（TIA）、腔隙性脑梗塞、陈旧性脑梗塞；
- (4) 未在保险合同中约定予以承保的既往症；

(5) 受酒精、毒品、管制药物的影响，或未遵医嘱服用、涂用、注射药物；但治疗过程中使用的药物不在此列；

(6) 不符合入院标准、挂床住院或住院病人应当出院而拒不出院（从医院确定出院之日起发生的一切医疗费用）；

(7) 医疗事故。

### 2.2.2 以下医疗费用，保险人不承担给付保险金责任：

(1) 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；

(2) 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，阿胶珠，血宝胶囊，红桃K口服液，十全大补丸，十全大补膏等；

(3) 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；

(4) 用中药材和中药饮片炮制的各类酒制剂等；

(5) 除另有约定外，院外购药产生的医疗费用；

(6) 接受以保健为目的的疗养、特别护理、静养，康复性治疗、物理治疗、心理治疗或预防性治疗产生的医疗费用；

(7) 健康检查、看护、保健或任何与疾病无直接关系的咨询、检查和治疗产生的医疗费用；

(8) 被保险人接受试验性药物或治疗。

**2.2.3 对于等待期内被保险人发生的医疗费用和等待期内被保险人已经发生的疾病、症状或病理改变且延续到等待期以后进行的任何诊断或治疗所发生的医疗费用，保险人不承担给付保险金的责任，保险人全额退还该被保险人的保险费，对该被保险人的保险责任终止。**

**2.2.4 对于本保险合同载明的免赔额，保险人不承担给付保险金的责任。**

### **2.3 保险金额**

保险金额是保险人对本合同约定的一项保险责任承担给付保险金责任的最高限额。年度累计保险金额是保险人在保单年度内对本合同约定的所有保险责任承担给付保险金责任的最高限额。

本保险合同的保险金额包括脑卒中医疗保险金额和急性心肌梗死医疗保险金额。本保险合同的保险金额具体由投保人、保险人协商确定，并在保险单中载明。

### **2.4 续保**

本合同为非保证续保合同。若发生下列情形之一的，本保险合同不再接受续保：

(1) 本产品已停售；

(2) 续保时被保险人的年龄超过 80 周岁；

(3) 被保险人身故；

(4) 投保人对于保险人就投保人或者被保险人的有关情况提出的询问未履行如实告知义务，足以影响保险人决定是否同意承保，保险人已经解除保险合同的；

(5) 本保险合同因其他条款所列情况而导致效力终止。

本保险合同期满前，投保人可向保险人申请续保。续保合同保险期间的起始日期与续保对应上一保险合同保险期间的终止日期相连不间断。

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的所有被保险人，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。保险人不会因为某一被保险人的健康状况变化或历史理赔情况而单独调整该被保险人的续保费率。

## **2.5 保险期间**

保险期间为 1 年，以保险单载明的起讫时间为准。

## **3 投保人、被保险人义务**

### **3.1 交费义务**

除本保险合同另有约定外，投保人应在保险合同成立时一次交清保险费。采用分期支付保险费的，投保人应按照本保险合同的约定，按时支付保险费。若投保人未按照本保险合同的约定支

付保险费的，则保险人有权通知投保人解除本保险合同，该保险合同自保险人发出解除书面合同通知时解除。

### **3.2 如实告知义务**

投保人应如实填写投保单并回答保险人提出的询问，履行如实告知义务。

### **3.3 住址或通讯地址变更通知义务**

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。

### **3.4 其他内容变更通知义务**

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

### **3.5 保险事故通知义务**

发生保险责任范围内的事故后，投保人、被保险人或受益人应及时通知保险人，并书面说明事故发生的原因、经过和损失情况。

## **4 保险人义务**

(1) 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。

(2) 保险人认为投保人、被保险人或者受益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、被保险人或者受益人补充提供。

(3) 保险人收到被保险人或者受益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，应当在三十日内作出核定。但保险责任的核定必须依赖于特定证明、鉴定、判决、裁定或其他证据材料的，保险人应在被保险人或者受益人提供或自行取得上述证据材料起三十日内作出核定。本保险合同另有约定的除外。

(4) 保险人应当将核定结果通知被保险人或者受益人；对属于保险责任的，在与被保险人或者受益人达成给付保险金的协议后十日内，履行赔偿保险金义务。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或者受益人发出拒绝给付保险金通知书，并说明理由。

(5) 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，对其赔偿保险金的数额不能确定的，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。

## **5 保险金申请与给付**

### **5.1 保险金申请**

保险金申请人向保险人申请给付保险金时，应填写保险金给付申请书，并提交以下材料。保险人按照本保险合同的约定，认为有关的证明和资料不完整的，应当及时一次性通知保险金申请人补充提供。

(1) 保险金给付申请书；

(2) 保险单；

(3) 保险金申请人的身份证明；

(4) 由医疗机构出具的诊断证明、病历、出院小结、医疗费用发票（包含费用清单）及其他重要医疗记录〔包括但不限于住院志、体温单、医嘱单、化验单（检验报告）、医学影像检查资料、病理资料、护理记录等〕；

(5) 对于已经从社会基本医疗保险、公费医疗、社会医疗救助或任何第三方包括任何商业医疗保险获得相关医疗费用补偿的，应提供社会医疗保险机构、商业保险机构或其他第三方的医疗费用分割单或医疗费用结算证明；

(6) 被保险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。

在保险人的理赔审核过程中，保险人有权在合理的范围内对索赔的被保险人进行医疗检查。

## 5.2 保险金的给付

保险人在收到保险金申请人提交的本保险条款所列的材料后，应及时就是否属于保险责任做出核定，并将核定结果通知被保险人或受益人。

## **6 保险合同解除**

本保险合同成立后，除本保险合同另有约定外，投保人可以要求解除本保险合同。但已发生任何保险金给付或已发生本保险合同约定的保险事故但尚未给付保险金的，投保人不得要求解除本保险合同。

投保人要求解除本保险合同时，应填写保险合同解除申请书，并提交保险单原件、保险费交付凭证和投保人身份证明。本保险合同自本保险人接到保险合同解除申请书时终止。本保险人于接到保险合同解除申请书之日起 30 日内向投保人退还本保险合同的未到期净保险费。

## **7 争议处理和法律适用**

### **7.1 争议处理**

合同争议解决方式由当事人在合同约定从下列两种方式中选择一种：

(1) 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委员会仲裁；

(2) 因履行本合同发生的争议，由当事人协商解决，协商不成的，依法向人民法院起诉。

## **7.2 法律适用**

与本保险合同有关的以及履行本保险合同产生的一切争议处理适用中华人民共和国法律（不包括港澳台地区法律）。

## **8 合法性保证**

本保险合同约定与《中华人民共和国保险法》等法律规定相悖之处，以法律规定为准。本保险合同未尽事宜，以法律规定为准。

## **9 释义**

### **9.1 周岁**

以法定身份证明文件中记载的出生日期为基础计算的实足年龄。

### **9.2 等待期**

是指自被保险人获得被保资格之日起计算的一段时间（该时间以保险合同载明为准；若保险合同未载明的则该时间视为 90 日），经过该段时间后，保险人才对被保险人承担给付住院医疗保险金的保险责任；在此期间，尽管保险合同已经生效，但保险人并不承担给付保险金的保险责任。

续保的情况下，等待期为 0 日。

本保险合同期满前，投保人可向保险人申请续保，经保险人审核后予以承保；续保合同保险期间的起始日期与续保对应上一

保险合同保险期间的终止日期相连不间断（非工作日时间不计在内）。

### 9.3 脑卒中

脑卒中，指被保险人实际发生了脑血管的突发病变并出现神经系统功能障碍临床表现，头颅断层扫描（CT）、核磁共振检查（MRI）等影像学检查证实存在对应新发病灶，确诊为脑出血、脑栓塞或者脑梗塞；其参照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）》出院疾病诊断编码为：I60-I64。

诊断编码（ICD-10）	疾病名称	编码层级
I60	蛛网膜下出血	3
I60.0	颈动脉弯管和杈的蛛网膜下出血	4
I60.1	大脑中动脉的蛛网膜下出血	4
I60.2	前交通动脉的蛛网膜下出血	4
I60.3	后交通动脉的蛛网膜下出血	4
I60.4	基底动脉的蛛网膜下出血	4
I60.5	椎动脉的蛛网膜下出血	4
I60.6	其他颅内动脉的蛛网膜下出血	4
I60.7	未特指颅内动脉的蛛网膜下出血	4
I60.8	其他的蛛网膜下出血	4

I60.9	未特指的蛛网膜下出血	4
I61	脑内出血	3
I61.0	大脑半球的脑内出血, 皮质下	4
I61.1	大脑半球的脑内出血, 皮质的	4
I61.2	大脑半球未特指的脑内出血	4
I61.3	脑干的脑内出血	4
I61.4	小脑的脑内出血	4
I61.5	脑内出血, 脑室内	4
I61.6	脑内出血, 多处局限性	4
I61.8	其他的脑内出血	4
I61.9	未特指的脑内出血	4
I62	其他非创伤性颅内出血	3
I62.0	硬膜下出血(急性)(非创伤性)	4
I62.1	非创伤性硬膜外出血	4
I62.9	未特指的颅内出血(非创伤性)	4
I63	脑梗死	3
I63.0	入脑前动脉血栓形成引起的脑梗死	4
I63.1	入脑前动脉栓塞引起的脑梗死	4
I63.2	入脑前动脉未特指的闭塞或狭窄引起的脑梗死	4
I63.3	大脑动脉血栓形成引起的脑梗死	4
I63.4	大脑动脉栓塞引起的脑梗死	4

I63.5	大脑动脉未特指的闭塞或狭窄引起的脑梗死	4
I63.6	大脑静脉血栓形成引起的脑梗死	4
I63.8	其他的脑梗死	4
I63.9	未特指的脑梗死	4
I64	脑卒中，未特指为出血或梗死	3

短暂性脑缺血发作（TIA）、腔隙性脑梗塞、陈旧性脑梗塞不在保障范围内。

#### 9.4 急性心肌梗死

急性心肌梗死，指冠状动脉急性、持续性缺血缺氧所引起的严重心肌损伤和坏死。须发生急性心肌损伤且存在急性心肌缺血的临床证据；并检测到肌酸激酶同工酶(CK-MB)或肌钙蛋白(cTn)的升高或回落并至少一次检测值变化达到或超过心肌梗死的诊断标准，且伴有以下至少1项情形：1) 新发生的缺血性心电图改变、2) 出现病理性Q波；3) 影像学检查发现与缺血相一致的新发生的存活心肌丧失或局部室壁运动异常；4) 血管造影证实冠状动脉存在血栓。并且其参照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）》出院疾病诊断编码为：I21-I22。

诊断编码（ICD-10）	疾病名称	编码层级
I21	急性心肌梗死	3

I21.0	前壁急性透壁性心肌梗死	4
I21.1	下壁急性透壁性心肌梗死	4
I21.2	其他部位的急性透壁性心肌梗死	4
I21.3	未特指部位的急性透壁性心肌梗死	4
I21.4	急性心内膜下心肌梗死	4
I21.9	未特指的急性心肌梗死	4
I22	随后性心肌梗死	3
I22.0	前壁的随后性心肌梗死	4
I22.1	下壁的随后性心肌梗死	4
I22.8	其他部位的随后性心肌梗死	4
I22.9	未特指部位的随后性心肌梗死	4

## 9.5 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。

## 9.6 指定医疗机构

投保人和保险人可以约定医疗机构的条件、范围并在保险合同中载明；若未在保险合同中载明的，则视为在中华人民共和国境内（不包括港、澳、台地区）二级或二级以上医院或保险人认可的医疗机构，且应符合下列所有条件：

- （1）拥有合法经营执照；
- （2）设立的主要目的为向受伤者和患病者提供留院治疗和护理服务；
- （3）有合格的医生和护士提供全日二十四小时的医疗和护理服务；
- （4）非主要作为康复医院、诊所、护理、疗养、戒酒、戒毒或类似的医疗机构。

## **9.7 住院**

限于被保险人因疾病或遭到意外伤害，经医生诊断必须留院治疗，并办理正式的出入院手续；被保险人必须连续留院二十四小时以上，但住院并不包括门诊观察室、急诊观察室、其他非正式病房、联合病房或挂床住院。

## **9.8 必需且合理**

指符合以下 2 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。

对是否符合通常惯例由保险人根据客观、审慎、合理的原则进行审核；如果被保险人对审核结果有不同意见，可由双方认同的权威医学机构或者权威医学专家进行审核鉴定。

## **(2) 医学必需**

指医疗费用符合下列所有条件：

- ①治疗意外伤害或者疾病所必需的项目；
- ②不超过安全、足量治疗原则的项目；
- ③由医生开具的处方药；
- ④非试验性的、非研究性的项目；
- 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。

对是否医学必需由保险人根据客观、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。

## **9.9 住院医疗费用**

包括以下费用：

### **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）。

## **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）、呼吸疾病重症加强护理病房（RCU）、神经疾病重症加强护理病房（NICU）、急诊重症加强护理病房（RICU）标准的单人或多人监护病房。

## **检查检验费**

指实际发生的、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、CT费、磁共振费、心电图费、B超费、脑电图费、内窥镜费、肺功能仪费、活检费、穿刺费、造影费、分子生化检验费和血、尿、便常规检验费等。

## **治疗费**

以治疗疾病为目的，提供医学手段而发生的技术劳务费、医疗器械使用费及消耗的费用，包括注射费、输血费、输氧费、体外反搏费等。

## **药品费**

指实际发生的、必需且合理的、由指定医疗机构专科医生开具的、在保险人认可医院药房购买的、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。

除保险合同另有约定外，院外购药产生的医疗费用保险人不予承担。

### **手术费**

根据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、手术辅助费、材料费、一次性用品费、术中用药费和手术设备费；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。

其中手术限于被保险人因疾病或意外伤害住院后，为治疗疾病、挽救生命而施行的手术。

### **医生费**

指住院期间发生的外科医生、麻醉师、内科医生、专科医生的等相关医生的劳务费用。

### **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。

### **膳食费**

指住院期间根据医生的医嘱，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膳食费用。膳食费应包含在医疗账单内；根据各医疗机构的惯例，可以作为独立的款项、也可以合并在病房费等其他款项内。

### **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 免赔额**

本保险合同中所指免赔额均指年免赔额，指在本合同保险期间内，应由每一被保险人自行承担，本合同不予赔付的部分。若保险单未载明免赔额的，则免赔额为0。被保险人从除社会医疗保险外其他途径已获得的医疗费用补偿可用于抵扣免赔额。

#### **9.11 社会基本医疗保险**

指《社会保险法》第三章规定的基本医疗保险，包括职工基本医疗保险、城镇居民基本医疗保险、新型农村合作医疗等政府举办的基本医疗保险。

#### **9.12 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。

### **9.13 既往症**

指在被保险人获得被保资格之前罹患的被保险人已知或应该知道的有关疾病或症状。包括但不限于以下情况：

(1) 被保险人获得被保资格前，医生已有明确诊断，长期治疗未间断；

(2) 被保险人获得被保资格前，医生已有明确诊断，治疗后症状未完全消失，有间断用药情况；

(3) 被保险人获得被保资格前发生，未经医生诊断和治疗，但症状已经显现足以促使一般普通谨慎人士引起注意并寻求诊断、治疗或护理的病症。

投保人在投保时告知保险人，经保险人审核同意并在保险单中单独载明不属于既往症的疾病或病症，不属于本保险合同约定的既往症。

### **9.14 挂床住院**

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，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、床位费的情况。

### **9.15 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及常规，过失造成患者人身损害的事故。

### **9.16 保险金申请人**

身故保险金申请人是指受益人或被保险人的继承人或依法享有保险金请求权的其他自然人；其他保险金申请人是指被保险人。

### **9.17 未到期净保险费**

除另有约定外，未到期净保险费=保险费×[1-(保险单已经过天数/保险期间天数)]×(1-25%)。经过天数不足一天的按一天计算。