

中国平安财产保险股份有限公司
平安产险健康相伴团体综合医疗保险（A款）条款

注册号：C00001732512025032614853

总则

第一条 本保险合同（以下简称“本合同”）由本保险条款、保险单或其他保险凭证、投保单、被保险人名册等与本合同有关的投保文件、合法有效的声明、批注、批单、其他书面协议等构成。凡涉及本合同的约定，均采用书面形式。

本合同自保险人同意承保、收取保险费并签发保险单开始生效，具体生效日以保险单所载的日期为准。

第二条 团体可作为投保人，为其符合保险人承保条件的成员向保险人投保本保险。参保成员的父母、配偶与子女也可参加本保险，与参保成员统称为被保险人。另有约定的按约定内容执行。被保险人必须符合法律及监管规定的要求。

第三条 除另有约定外，本合同的受益人为被保险人本人。若被保险人身故，保险金依法按照遗产处理。

保险责任

第四条 等待期由投保人、保险人在投保时协商确定，并在保险合同中载明，最长不得超过180天；如未载明的，则默认等待期为30天。

被保险人在等待期内确诊疾病，由此而导致的治疗，无论治疗时间与生效之日是否间隔超过等待期，保险人均不承担给付住院医疗保险金、门诊急诊医疗保险金、综合医疗保险金、住院日额津贴保险金、出院疗养日额津贴保险金的责任。

被保险人在等待期内因疾病导致身故，保险人不承担给付疾病身故保险金的责任，向投保人无息返还该被保险人对应的已交保险费，对该被保险人的保险责任终止。

如为连续不间断续保的（同一被保险人连续在本保险人处投保本条款为基础的保险合同，保险期间衔接不中断），从第二期保险合同起的连续不间断续保保险合同不适用等待期。若出现中断，则重新计算等待期。

被保险人因遭受意外事故导致治疗的，不适用等待期。

第五条 投保人在投保“必选责任”保险责任的基础上，可选择“可选责任”保险责任的一项或几项进行投保。

各项保险责任的累计给付金额分别以被保险人该项保险责任的保险金额为限，被保险人投保的所有保险责任给付的保险金均达到其保险金额时，对该被保险人保险责任终止。

（一）必选责任

住院医疗保险责任

被保险人因遭受意外事故或疾病，经医院确诊必须住院治疗的，保险人就其在住院期间发生的、符合当地社会保险行政部门规定的基本医疗保险支付范围内的合理医疗费用，在扣

除本合同约定的免赔额后，按本合同约定的给付比例在约定的住院医疗保险金额限额内给付住院医疗保险金。具体免赔额、给付比例在保险合同中载明。

被保险人在保险期间内发生且延续至本合同满期日后 30 日内的住院治疗，保险人承担给付住院医疗保险金的责任。

被保险人不论一次或多次住院治疗，保险人均按上述约定给付住院医疗保险金，但累计给付金额以该被保险人的住院医疗保险金额为限，累计给付金额达到其住院医疗保险金额时，对该被保险人的住院医疗保险责任终止。

（二）可选责任

1、门诊急诊医疗保险责任

被保险人因遭受意外事故或疾病，每次在医院进行门诊急诊治疗发生的、符合当地社会保险行政部门规定的基本医疗保险支付范围内的合理医疗费用，保险人在扣除本合同约定的免赔额后，按本合同约定的给付比例在约定的门诊急诊医疗保险金额限额内给付门诊急诊医疗保险金。具体免赔额、给付比例在保险合同中载明。

被保险人不论一次或多次接受门诊急诊治疗，保险人均按上述约定给付门诊急诊医疗保险金，但累计给付金额以该被保险人的门诊急诊医疗保险金额为限，累计给付金额达到其门诊急诊医疗保险金额时，对该被保险人的门诊急诊医疗保险责任终止。

2、综合医疗保险责任

被保险人因遭受意外事故或疾病，每次在保险人指定或认可的医疗服务单位接受治疗发生的合理医疗费用，保险人在扣除本合同约定的免赔额后，按本合同约定的给付比例在约定的综合医疗保险金额限额内给付综合医疗保险金。具体免赔额、给付比例在保险合同中载明。

保险人对被保险人累计给付金额以该被保险人的综合医疗保险金额为限，累计给付金额达到其综合医疗保险金额时，对该被保险人的综合医疗保险责任终止。

3、住院日额津贴保险责任

被保险人因遭受意外事故或疾病，经医院确诊必须住院治疗的，保险人按约定的每日住院日额津贴保险金额乘以每次实际住院日数扣除合同约定的免赔日数后的日数，向被保险人给付住院日额津贴保险金，计算公式为：约定的每日住院日额津贴保险金额×（实际住院日数-约定的住院日额津贴免赔日数）。

除另有约定外，住院日额津贴保险责任的累计给付日数最多为 180 日，累计给付日数达到 180 日时，对该被保险人的该项保险责任终止。

4、出院疗养日额津贴保险责任

被保险人因遭受意外事故或疾病，经医院确诊必须住院治疗的，出院后，保险人按住院日额津贴保险责任的给付日数乘以每日出院疗养日额津贴保险金额给付出院疗养日额津贴保险金。除另有约定外，出院疗养日额津贴保险金额为住院日额津贴保险金额的 50%。

除另有约定外，出院疗养日额津贴保险金累计给付日数最多为 45 日，累计给付出院疗养日额津贴保险金的日数达到 45 日时，对该被保险人的该项保险责任终止。

5、疾病身故保险责任

被保险人在本保险合同约定的等待期后因疾病身故，保险人按该被保险人的疾病身故保险金额给付疾病身故保险金，对该被保险人的保险责任终止。

第六条 补偿原则

补偿原则适用于本合同各项保险责任。

若被保险人已从其他途径（包括但不限于基本医疗保险、城乡居民大病保险、公费医疗、保险人在内的任何保险机构）获得医疗费用补偿，对于被保险人发生的所选保险责任范围内的合理医疗费用，保险人在扣除被保险人已从其他途径获得的补偿后，对于剩余部分医疗费用在该项医疗费用保险金额的限额内按照约定的免赔额和给付比例给付该项医疗费用保险金。

第七条 健康管理服务（可选）

保险人向被保险人提供的健康管理服务包括健康体检、健康咨询、健康促进、疾病预防、慢病管理、就医服务、康复护理等。投保人在投保时可与保险人约定选择上述一项或多项健康管理服务，并在本合同上载明。

责任免除

第八条 因下列情形之一造成被保险人住院治疗或发生医疗费用的，保险人不承担给付住院医疗保险金、门诊急诊医疗保险金、综合医疗保险金、住院日额津贴保险金、出院疗养日额津贴保险金的责任：

- （一）投保人对被保险人的故意杀害、故意伤害；
- （二）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；
- （三）被保险人殴斗、醉酒、吸食或注射毒品；
- （四）被保险人酒后驾驶机动车、无合法有效驾驶证驾驶机动车，或驾驶无合法有效行驶证的机动车；
- （五）被保险人感染艾滋病病毒或患艾滋病期间因疾病导致的；
- （六）战争、军事冲突、恐怖袭击、暴乱或武装叛乱；
- （七）核爆炸、核辐射或核污染；
- （八）遗传性疾病，先天性畸形、变形或染色体异常；
- （九）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；
- （十）医疗事故、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》第十次修订版（ICD-10）确定）、性病；
- （十一）疗养、矫形、视力矫正手术、美容、牙科保健、非意外事故所致整容手术，各种健美治疗项目，包括但不限于营养、减肥、增胖、增高；
- （十一）被保险人参加潜水、跳伞、攀岩、蹦极、驾驶滑翔机或滑翔伞、探险、摔跤、武术比赛、特技表演、赛马、赛车等高风险运动；
- （十三）既往症及其并发症。

第九条 因下列情形之一导致被保险人疾病身故的，保险人不承担给付疾病身故保险金的责任：

- （一）投保人对被保险人的故意杀害、故意伤害；

(二) 被保险人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；

(三) 被保险人殴斗、醉酒，吸食或注射毒品；

(四) 被保险人未遵医嘱，私自使用药物，但按使用说明的规定使用非处方药不在此限；

(五) 战争、军事冲突、恐怖袭击、暴乱或武装叛乱；

(六) 核爆炸、核辐射或核污染；

(七) 遗传性疾病、先天性畸形、变形和染色体异常；

(八) 既往症及其并发症导致的；

(九) 意外伤害事故；

(十) 被保险人感染艾滋病病毒或患艾滋病期间因疾病导致的；

(十一) 医疗事故、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）；

发生上述第一项情形导致被保险人身故的，保险人对该被保险人保险责任终止，并向投保人之外的被保险人的继承人退还该被保险人的现金价值。

发生上述其他情形导致被保险人身故的，保险人对该被保险人保险责任终止，并向投保人退还该被保险人的现金价值。

保险金额、免赔额与给付比例

第十条 投保人为被保险人投保本保险时，保险人将区分被保险人年龄、性别、有无基本医疗保险或公费医疗的不同情况与投保人约定本合同各项责任的给付比例、免赔额、免赔日数、等待期、保险金额和保险费，并于保险单或其他书面协议中载明。

基本医疗保险、城乡居民大病保险或公费医疗报销部分，不能计入免赔额；除基本医疗保险、城乡居民大病保险和公费医疗以外的其他途径已获得医疗费用补偿的部分，可计入免赔额。

保险期间

第十一条 本合同保险期间由投保人、保险人双方协商确定，并在保险合同中载明，且最长不得超过一年。

本保险产品遵循不保证续保条款：本产品保险期间为一年（或不超过一年）。保险期间届满，投保人需要重新向保险人申请投保本产品，并经保险人同意，交纳保险费，获得新的保险合同。

保险人义务

第十二条 订立本合同时，保险人应当向投保人说明本合同的内容。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做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做出明确说明。未作提示或者明确说明的，该条款不产生效力。

第十三条 本合同成立后，保险人应当及时向投保人签发保险单或其他保险凭证。

第十四条 保险人按照本合同的约定,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。

第十五条 保险人在收到被保险人给付保险金的请求后,将在五日内作出核定;情形复杂的,在三十日内(但投保人、被保险人或者受益人补充提供有关证明和资料的期间不计算在内)作出核定。另有约定的按约定内容执行。

对属于保险责任的,保险人在与受益人达成给付保险金的协议后十日内,履行给付保险金义务。

保险人未及时履行前款规定义务的,除支付保险金外,保险人会赔偿受益人因此受到的损失。若保险人在收到被保险人给付保险金的请求后第三十日仍未作出核定,除支付保险金外,保险人将从第三十一日起按超过日数赔偿受益人因此受到的利息损失。**如保险人要求投保人、被保险人或者受益人补充提供有关证明和资料的,上述三十日期间会扣除投保人、被保险人或者受益人补充提供有关证明和资料期间,扣除期间自保险人作出的通知到达投保人、被保险人或者受益人之日起,至投保人、被保险人或者受益人按照通知要求补充提供的有关证明和资料到达保险人之日止。利息按照中国人民银行公布的同时金融机构人民币活期存款基准利率计算单利。**

对不属于保险责任的,保险人自作出核定之日起三日内向受益人发出拒绝给付保险金通知书并说明理由。

第十六条 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

第十七条 若投保人选择一次性支付保险费,投保人应当在投保时一次性交清保险费;若投保人选择分期支付保险费,在支付首期保险费后,投保人应当在保险费约定支付日支付其余各期的保险费。若未按时支付的,投保人应于保险人催告投保人支付保险费之日起三十日的期限内支付当期保险费。上述期限内发生的保险事故,保险人仍会承担保险责任,但在给付保险金时有权扣减投保人对应的欠交保险费。

投保人在上述期限内未支付保险费的,则本合同自上述期限届满的次日零时起效力中止。如果被保险人在保险合同效力中止期间发生保险事故的,保险人不承担保险责任。

合同效力依照前款约定中止的,经投保人与保险人协商并达成协议,在投保人补交保险费后,保险合同效力恢复,保险人继续承担保险责任至保险期间届满,合同效力至保险期间届满时仍未恢复的,本合同于保险期间届满时终止。

第十八条 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,并如实填写投保单。

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或终止对该被保险人的保险责任。

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。

如果投保人故意不履行如实告知义务,对于解除本合同或终止对该被保险人的保险责任前发生的保险事故,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,对于解除本合同或终止对该被保险人的保险责任前发生的保险事故,保险人不承担给付保险金

的责任，但应当退还保险费。

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，保险人不得解除本合同或终止对该被保险人的保险责任；发生保险事故的，保险人承担给付保险金的责任。

第十九条 投保人的住所、通讯地址或电话等联系方式变更时，应及时以书面形式或双方认可的其他形式通知保险人，投保人未以书面形式或双方认可的其他形式通知的，保险人按本合同注明的最后住所或通讯地址发送的有关通知，均视为已送达给投保人。

第二十条 投保人、被保险人或受益人应当在知道保险事故后 10 日内通知保险人。

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，或者拒绝或者妨碍保险人进行事故调查，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，不承担给付保险金的责任，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或者虽未及时通知但不影响保险人确定保险事故的性质、原因、损失程度的除外。

被保险人应在投保人与保险人约定的医院治疗，若因急诊未在约定医院治疗的，应在治疗后 3 日内通知保险人，并根据病情好转情况及时转入约定的医院。如未在约定时限内通知保险人，保险人对在非约定医院治疗的医疗费用，不承担给付保险金的责任。

保险金申请与给付

第二十一条 保险金申请人（被保险人或其受益人）向保险人申请给付保险金时，应提交以下材料。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该申请的真实性的，保险人对无法核实部分不承担给付保险金的责任。

（一）住院医疗保险责任、门诊急诊医疗保险责任、综合医疗保险责任

由保险金申请人填写相应保险金给付申请书，并提供下列证明和资料：

1. 保险合同或保险单号；
2. 被保险人及保险金申请人的**有效身份证件**；
3. 医院出具的医疗费用原始凭证、费用明细单据；
4. 医疗费用结算清单；
5. 医疗病历资料、医学诊断书、处方、检查报告单、出院记录；
6. 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；
7. 如果被保险人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，保险人将留存凭证。

8. 若保险金申请人委托他人申请的，还应提供授权委托书原件、委托人和受托人的**有效身份证件**等相关证明文件。

（二）住院日额津贴保险责任、出院疗养日额津贴保险责任

1. 保险金给付申请书；
2. 保险合同或保险单号；
3. 被保险人及保险金申请人的**有效身份证件**；
4. 医院出具的医疗费用原始凭证、费用明细单据；

5. 医疗费用结算清单；
6. 医疗病历资料、医学诊断书、处方、检查报告单、出院记录；
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；
8. 若保险金申请人委托他人申请的，还应提供授权委托书原件、委托人和受托人的有效身份证件等相关证明文件。

（三）疾病身故保险责任

1. 保险金给付申请书；
2. 保险合同或保险单号；
3. 被保险人及申请人的**有效身份证件**；
4. 释义医院出具的对被保险人的疾病诊断证明书、医疗病历资料、检验报告；
5. 公安部门或医疗机构出具的被保险人死亡证明书。若被保险人为宣告死亡，保险金申请人应提供人民法院出具的宣告死亡证明文件；如本附加保险合同要求的死亡证明可证明死亡原因的，可用死亡证明，**否则，保险金申请人应提供司法鉴定机构或保险人认可的机构出具的死因鉴定报告**；若为境外出险，需提供事故发生地使领馆出具的包含死亡原因的书面证明材料；
6. 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；
7. 若保险金申请人委托他人申请的，还应提供授权委托书原件、委托人和受托人的**有效身份证明**等相关证明文件。

除提交上述材料外，保险金申请人申请疾病身故保险金时，为确定事故原因，保险人有权要求由司法鉴定机构对事故原因进行鉴定，如进行尸体检验等。

争议处理和法律适用

第二十二条 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且争议发生后未达成仲裁协议的，依法向中华人民共和国境内（**不包括港澳台地区**）人民法院起诉。

第二十三条 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（**不包括港澳台地区法律**）。

其他事项

第二十四条 有关被保险人的年龄确定与错误处理，按下列约定：

- （一）被保险人的年龄以周岁计算。
- （二）投保人在申请投保时，应将被保险人的**真实年龄**在投保单上填明，如果发生错误应**按照下列规定办理**：
 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年龄限制的，保险人可以解除本合同，并向投保人退还保险单的现金价值；保险人也可仅对该被保险人（**而不是全体被保险人**）解除合同，并向投保人退还该被保险人的保险单的现金价值。同

时，保险人对于保险合同解除前该被保险人发生的保险事故，不承担赔偿或者给付保险金的责任。

2. 投保人申报的被保险人年龄不真实，致使投保人支付的保险费少于应付保险费的，保险人有权更正并要求投保人补交保险费，或者在给付保险金时按照实付保险费与应付保险费的比例支付。

3. 投保人申报的被保险人年龄不真实，致使投保人支付的保险费多于应付保险费的，保险人应当将多收的保险费（无息）退还投保人。

第二十五条 投保人和保险人可以协商变更合同内容。

变更本合同的，应当由保险人在原保险单或者其他保险凭证上批注或者附贴批单，或者由投保人和保险人订立书面的变更协议。

第二十六条 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）保险合同；
- （三）投保人有效身份证件。

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三十日内退还保险单的现金价值。

第二十七条 被保险人变动

（一）投保人因参保的团体成员变动需增加的，应书面通知保险人，保险人审核同意并收取相应保险费后，按照保险合同的约定承担保险责任。

（二）本合同有效期内，投保人因参加本保险的团体成员离职或丧失保险资格需减少被保险人的，应书面通知保险人，保险人对相应被保险人（含该被保险人及其父母、配偶和子女）的保险责任自该被保险人离职或丧失保险资格之日起终止，保险人应退还相应被保险人的现金价值。除另有约定外，对于已经发生保险事故且保险人已支付保险金的被保险人，保险人不退还其保单对应的现金价值，但仍承担对该被保险人的保险责任。

释义

【团体】

指中华人民共和国境内具有3名以上（含3名）成员且非因购买保险而组织的合法团体。包括法人、非法人组织以及其他不以购买保险为目的而组成的团体。团体属于其他不以购买保险为目的而组成的团体的，投保人可以是团体中的自然人。

【成员】

团体为机关或企事业单位的，成员指该团体中身体健康、正常工作的在职员工；团体为社会团体的，成员指该团体的会员以及正式工作人员；团体为其他不以购买保险为目的而组成的团体的，成员指团体中的各自然人。

其中，在职员工指每周正常工作时间不少于30小时、且与投保单位存在劳动关系的全职员工，不包括临时工。

另有约定的按约定内容执行。参保的人员必须符合法律及监管规定的要求。

【配偶】

指投保时与参加本保险的被保险人存在合法婚姻关系的丈夫或妻子。

【子女】

指投保时被保险人的出生 30 日以上（并且已健康出院的），未满 23 周岁且未婚的子女（包括婚生子女、非婚生子女、合法收养的子女和有扶养关系的继子女）。

【住院】

指被保险人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，**不包括入住门诊观察室、其他非正式病房或挂床住院。**

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。具体表现包括在住院期间连续若干日无任何治疗，只收护理费、诊疗费、床位费等情况。

【门诊急诊】

指被保险人因遭受意外事故或发生疾病至医院的门诊部或急诊部进行治疗。

【意外事故】

指以外来的、突发的、非本意的和非疾病的客观事件为直接原因致使身体受到伤害的客观事件。

【医院】

指投保人与保险人约定的定点医院；未约定定点医院的，则指中华人民共和国境内（不包括香港、澳门、台湾地区）合法经营的二级以上（含二级）公立医院普通部，**不包含其中的特需医疗、外宾医疗、干部病房。**

本合同约定的医院不包括疗养院、护理院、康复中心、戒酒或戒毒中心、精神心理治疗中心以及无相应医护人员或设备的二级或三级医院的联合医院或联合病房。

【当地】

若被保险人有基本医疗保险，当地指被保险人基本医疗保险的参保地；若被保险人无基本医疗保险，当地指被保险人就诊医院的所在地。

【基本医疗保险】

指包括城镇职工基本医疗保险、城镇居民基本医疗保险、新型农村合作医疗等政府举办的基本医疗保障项目。

【合理医疗费用】

除另有约定外，医疗费用包括如下费用项目，其中第（九）至（十三）项仅适用于综合医疗保险金。

（一）床位费：指住院期间使用的医院床位（**不包括观察病房之床位、陪人床、家庭病床**）的费用。

（二）手术费：指被保险人为治疗疾病创伤、挽救生命而施行的手术产生的，符合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、手术设备费。

(三) 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。

(四) 检查检验费：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、分子生化费和血、尿、便常规检查费等。

(五) 特殊检查费：包括CT、ECT、彩超、活动平板、动态心电图、心电监护、介入治疗、PCR、体外碎石、高压氧、体外射频、核磁共振、血液透析等大型和高费用检查治疗项目费。

(六) 处方药品费：指治疗期间实际发生的由医生开具的合理且必要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处方药品的费用。

(七) 治疗费：指以治疗疾病、创伤为目的，提供医学手段而发生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，包括放射疗法费、化学疗法费、注射费、机疗费、理疗费、输血费、输氧费、体外反搏费等。

(八) 救护车使用费：指为抢救生命由急救中心派出的救护车费用及医院转诊过程中的医院用车费，**救护车的使用仅限于同一城市中的医疗运送。**

(九) 其他药品费：指以治疗疾病、创伤为目的发生的西药、中药和中成药费用。

(十) 健康体检费：预防性检查或健康体检。主要包括但不限于以下项目：内科、外科、妇科、眼科、耳鼻喉科、口腔科、心电图、B超（肝胆脾肾、乳房和甲状腺）、胸部透视、化验（包括血常规（血糖、血脂）、尿常规、肝肾功能和乙肝五项）等。

(十一) 中医治疗费：指以治疗疾病、创伤为目的，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等。

(十二) 康复治疗费：指被保险人接受由专科医生进行的康复功能评估、确定康复目标、制定康复计划、实施治疗方案以实现最大程度的功能恢复和重建治疗而在医院或保险人认可的医疗服务单位发生的康复医疗费用。

(十三) 医疗器械费：指以治疗疾病、创伤为目的且满足基本医疗需要的康复设备、矫形支具以及其他医疗器械购买或租赁费（以相应符合通常惯例水平的购买价格为上限），以及随后修理、更换费。康复设备和矫形支具包括但不限于腿、臂、背和颈支具，人造腿、臂、眼，胰岛素泵及其配套器械等。

【指定或认可的医疗服务单位】

指当地卫生行政部门认可的、具有合法有效的执业资格证书的医疗机构、护理机构、康复机构、药房、互联网医院等。如另有约定的，按约定内容执行。

【殴斗】

指因被保险人挑衅或故意行为而导致的打斗、被袭击或被谋杀。

【醉酒】

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。

【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。

【酒后驾驶】

指经检测或者鉴定，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者超过一定的标准，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者醉酒驾驶。

【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，包括超标电动车（超出《电动自行车安全技术规范》（GB 17761-2018）中对电动自行车认定标准的电驱动或电助动的车辆）、汽车及汽车列车、摩托车、拖拉机运输机组、轮式专用机械车、挂车，具体认定标准根据《机动车运行安全技术条件（GB 7258—2017）》。

【无合法有效驾驶证驾驶】

被保险人存在下列情形之一者：

- （一）无驾驶证，驾驶证被依法扣留、暂扣、吊销、注销；
- （二）驾驶的机动车与驾驶证载明的准驾车型不符；
- （三）实习期内驾驶公共汽车、营运客车或者执行任务的警车、载有危险物品的机动车或牵引挂车的机动车；
- （四）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、许可证书或其他必备证书。

【无合法有效行驶证】

指下列情形之一：

- （一）未取得合法有效行驶证；
- （二）机动车行驶证、号牌被依法注销登记的；
- （三）未按规定检验或检验不合格。

【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。

【恐怖袭击】

指以制造社会恐慌、胁迫国家机关或者国际组织为目的，采取暴力、破坏、恐吓或者其他手段，造成或者意图造成人员伤亡、重大财产损失、公共设施损坏、社会秩序混乱等严重社会危害的行为。

【遗传性疾病】

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。

【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》第十次修订版（ICD-10）确定。

【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。

【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。

【攀岩】

指攀登悬崖、楼宇外墙、人造悬崖、冰崖、冰山等运动。

【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。

【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。

【特技表演】

指进行马术、杂技、驯兽等表演。

【高风险运动】

指比一般常规性的运动风险等级更高、更容易发生人身伤害的运动，在进行此类运动前需有充分的心理准备和行动上的准备，必须具备一般人不具备的相关知识和技能或者必须在接受专业人士提供的培训或训练之后方能掌握。被保险人进行此类运动时须具备相关防护措施或设施，以避免发生损失或减轻损失，包括但不限于潜水、滑水、滑雪、滑冰、驾驶或乘坐滑翔翼、滑翔伞、跳伞、攀岩运动、探险活动、武术比赛、摔跤比赛、柔道、空手道、跆拳道、马术、拳击、特技表演、驾驶卡丁车、赛马、赛车、各种车辆表演、蹦极。

【既往症】

指被保险人在本合同生效日之前患有的已知或应该知道的有关疾病或症状。包括不限于以下情况：本合同生效前，医生已有明确诊断，长期治疗未间断；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；未经医生诊断和治疗，但症状明显且持续存在足以促使一般普通谨慎人士引起注意并寻求诊断、治疗或护理的症状。

【并发症】

指疾病在发展过程中偶然引起的另一种疾病或症状，且新引起的疾病或症状非医务人员的过失所致。

【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、临时身份证、户口簿、

按规定可使用的有效护照、军人身份证件、武装警察身份证件等证件。

【现金价值】

当交费方式为一次性支付保险费时，现金价值的计算公式为：净保险费×[1-（保险期间已经过天数/保险期间天数）]，**经过天数不足一天的按一天计算。**

当交费方式为分期支付保险费时，现金价值的计算公式为：净保险费×（1-当期已经过天数/当期天数）。其中，当期指本合同的本期保险费约定支付日至下期保险费约定支付日的期间；若投保人已交纳最后一期保险费，当期指本合同的本期保险费约定支付日至本合同满期之日的期间。**经过日数不足一日按一日计算。**

净保险费指投保人所缴纳的保险费（若交费方式为分期支付时指当期保险费）扣除保险人在每张保险单平均承担的保险人各项费用（含营业费用、代理费、各项税金、保险保障基金等）后的余额，扣除部分占所交保险费的比例由投保人在投保时与保险人协商确定。

【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。自出生之日起为零周岁，每经一年增加一岁，不足一年的不计。

【离职】

指用人单位与劳动者解除或终止劳动关系的行为，包括到期终止劳动合同、提前解除劳动合同、解除或终止事实劳动关系、或未经对方同意一方擅自解除或终止劳动关系等，**但不包括依法退休、病退、内部退养行为。**