

永安乐健一生医疗保险条款（2019版）

阅读指引

本阅读指引助您理解《永安乐健一生医疗保险条款（2019版）》（以下简称“本保险条款”）



投保人或被保险人拥有的重要权益

- ❖ 被保险人可以享受的保险保障……………2.3
- ❖ 投保人可以行使的退保权利……………5.1



投保人、被保险人或受益人应当特别注意的事项

- ❖ 您应及时向保险人通知保险事故……………3.2
- ❖ 保险金申请权应在一定期间内行使……………3.7
- ❖ 投保人应当按约定支付保险费……………4.1
- ❖ 解除合同会给您造成一定的损失，请您慎重决策……………5.1
- ❖ 在某些情况下，本合同效力终止……………5.2
- ❖ 投保人有如实告知的义务……………6.1
- ❖ 保险人对一些重要术语进行解释，请您注意……………7
- ❖ 我们对可能影响本合同保障的重要内容进行了显著标识，请您仔细阅读正文中背景突出显示的内容



本保险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

1. 合同订立 1.1 合同构成 1.2 合同成立 1.3 被保险人	6. 其他事项 6.1 明确说明与如实告知 6.2 年龄错误 6.3 被保险人变动 6.4 合同内容变更 6.5 联系方式变更 6.6 争议处理与法律适用	7.17 物理治疗 7.18 职业疗法 7.19 耐用医疗设备 7.20 临终关怀 7.21 门诊 7.22 顺势疗法 7.23 针灸治疗 7.24 社会基本医疗保险 7.25 互助保险 7.26 既往症 7.27 先天性疾病和症状 7.28 艾滋病(AIDS) 7.29 艾滋病病毒 7.30 试验性疗法 7.31 中草药 7.32 毒品 7.33 有效身份证明 7.34 未到期净保费 7.35 手续费 7.36 未到期保费 7.37 专科医生
2. 保险保障 2.1 保障计划 2.2 等待期 2.3 保险责任 2.4 责任免除	7. 释义 7.1 周岁 7.2 境内 7.3 正常工作 7.4 疾病 7.5 保险事故 7.6 意外伤害 7.7 重大疾病 7.8 医疗机构 7.9 医务人员 7.10 医学必需 7.11 住院 7.12 日间住院 7.13 膳食费 7.14 药品费 7.15 医生 7.16 手术植入器材	
3. 保险金的申领 3.1 受益人 3.2 保险事故通知 3.3 保险金申请 3.4 代理申请及其他 3.5 配合调查 3.6 保险金的赔付 3.7 诉讼时效		
4. 保险费的支付 4.1 保险费 4.2 连续投保		
5. 保险合同解除与效力终止 5.1 合同解除 5.2 效力终止		

永安乐健一生医疗保险条款(2019 版)

在本保险条款中，“保险人”指永安财产保险股份有限公司，“本合同”指投保人、保险人之间订立的“永安乐健一生医疗保险合同”。

① 合同的订立

-
- 1.1 合同构成** 本合同是投保人、保险人约定权利义务关系的协议，由本保险条款、投保单或其他投保文件、保障计划表、保险单或其他保险凭证、附贴批单和其他有关约定书构成。凡涉及本合同的约定，均应当采用书面形式。
- 1.2 合同成立** 投保人提出投保申请并经保险人同意承保，本合同成立。
- 本合同的保险期间为一年。具体起讫时间（北京时间），即保险期间，由投保人与保险人约定并在保险合同中载明。
- 1.3 被保险人** 凡首次投保时年龄为 0 周岁至 65 周岁（见 7.1），常住中国境内（见 7.2），能正常工作（见 7.3）、劳动或生活的人员，可作为被保险人。
- 本保险最高可续保至 99 周岁，投保时被保险人为 0 周岁的，应当为出生满 28 日且已健康出院的婴儿。

② 保险保障

-
- 2.1 保障计划** 被保险人的保障计划详见附表，每一被保险人享有的保障、年度赔付限额、赔付比例、免赔额、等待期等内容，由投保人、保险人约定，并在保险合同中载明。
- 2.2 等待期** 被保险人首次投保或非连续投保本保险时，被保险人因疾病（见 7.4）需要住院或门诊治疗的，自本合同生效日起 30 日（含第 30 日）为等待期。被保险人在等待期内发生的保险事故（见 7.5），无论是否延续至等待期后，保险人均不承担赔付保险金的责任。
- 续保或者因意外伤害（见 7.6）进行治疗的无等待期。
- 2.3 保险责任** 本保险包括住院、门诊保险责任。
- 以上两项保险责任需选择投保并分别缴纳保险费，其中住院（含重大疾病住院津贴（见 7.7））为基本保险责任，门诊为可选保险责任；在投保住院责任后方可选择门诊责任。未投保的保险责任，不属于本保险保障范围。
- 在保险期间内，保险人对每一被保险人所负赔付保险金的责任以保险合同上所载每一被保险人的保险金额及分项赔付限额为限，一次或累计赔付保险金达到保险金额或分项赔付限额时，保险人对该被保险人的该项保险责任终止。
- 2.3.1 住院** 在保险期间内，被保险人因遭受意外或在等待期后因患疾病而在保险人指定或认可医疗机构（7.8）接受由具有相应资质的医务人员（见 7.9）提供的医学必需（见 7.10）的住院（见 7.11）医疗（包括日间住院（见 7.12）医疗），对其每次住院期间发生的

合理且必需的下列住院医疗费用，保险人按本合同有关约定承担赔付保险金的责任。

- (1) 床位费；
- (2) **膳食费**（见 7.13）、护理费；
- (3) 重症监护室费；
- (4) 检查检验费；
- (5) 手术费、麻醉费、**药品费**（7.14）、材料费、医疗机构拥有的医疗设备使用费；
- (6) 治疗费、**医生**（见 7.15）费、会诊费；
- (7) **手术植入器材**（见 7.16）费；
- (8) 西式理疗费：**物理治疗**（见 7.17）、**职业治疗**（见 7.18）、语言治疗费；
- (9) **耐用医疗设备**（见 7.19）费；
- (10) 陪床费：未满 18 周岁被保险人住院期间其父亲或母亲（限一名）或被保险人住院期间其出生未满 16 周的新生儿（以下简称“陪同人员”）陪同住院加床费以及医疗机构提供的膳食费；
- (11) 视为住院医疗的癌症治疗、肾透析费、**临终关怀**（见 7.20）等：因癌症进行诊断、随诊、复查、化疗、放疗而发生的门诊费，肾透析门诊费、器官移植后的门诊抗排异治疗费用；
- (12) 住院前或住院期间转诊时发生的同城急救车费。

保险期间届满时被保险人住院治疗仍未结束的，保险人继续承担保险责任至被保险人该次住院出院之时或者保险期间届满之日起第 30 日 24 时（以先发生者为准）止。

2.3.1.1 重大疾病住院津贴

保险期间内，被保险人在等待期（连续投保无等待期）后因初次确诊罹患本合同约定重大疾病（无论一种或多种），在本合同约定的医院接受住院治疗的，保险人按照“重大疾病住院日津贴金额”给付重大疾病住院津贴保险金。但同一次住院给付天数不超过 30 天，在保险期间内累计给付天数不超过 60 天，保险人一次或累计支付保险金达到对应保险金额时，对该被保险人的保险责任终止。

若保险期间届满时被保险人住院治疗仍未结束，保险人继续承担重大疾病住院津贴保险责任至该次住院出院之时或者保险期间届满之日起第 30 日（以先发生者为准）止。

本合同所指的重大疾病包括：恶性肿瘤、急性心肌梗塞、脑中风后遗症、冠状动脉搭桥术、冠状动脉搭桥术（或称冠状动脉旁路移植术）、终末期肾病（或者称慢性肾功能衰竭尿毒症期）、多个肢体缺失、急性或者亚急性重症肝炎、良性脑肿瘤、慢性肝功能衰竭失代偿期、脑炎后遗症或者脑膜炎后遗症、深度昏迷、双耳失聪、双目失明、瘫痪、心脏瓣膜手术、严重阿尔茨海默病、严重脑损伤、严重帕金森病、严重 III 度烧伤、严重原发性肺动脉高压、严重运动神经元病、语言能力丧失、重型再生障碍性贫血、主动脉手术。

在连续投保年度，连续投保前（包括以往保险年度）所患重疾住院的，保险人不承担重大疾病住院津贴保险责任。

2.3.2 门诊

在保险期间内，被保险人因遭受意外或在等待期后因患疾病而在保险人指定或认可医疗机构接受由具有相应资质的医务人员提供的医学必需的**门诊**（见 7.21）医疗，对此发生的合理且必需的下列费用，保险人按本合同有关约定承担赔付保险金的责任：

- (1) 挂号费、诊察费；
- (2) 治疗费；
- (3) 药品费；
- (4) 检查检验费；
- (5) 手术费；
- (6) 非正式住院的留院观察费用；
- (7) 中式理疗费：**顺势疗法**（见 7.22）、正骨治疗、**针灸治疗**（见 7.23）费；
- (8) 西式理疗费：物理治疗、美式脊椎矫正、职业疗法、语音治疗费；
- (9) 耐用医疗设备费。

2.3.3 保险金赔付说明

在保险期间内，对被保险人在保险人认可医院每次就诊发生的保险责任范围内医疗费用，保险人按照如下公式计算每次就诊应当赔付的保险金：

一次就诊应当赔付的医疗费用保险金=（被保险人发生的医疗费用的有效金额-免赔额）*医疗费赔付比例

一次住院应当给付的重大疾病住院津贴=200 元*住院天数（每次最多给付 30 天）

说明：

(1) 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，且前次出院与下次住院间隔未超过 30 日，视为同一次住院。

一次门诊指被保险人在 1 日（0 时起至 24 时止）内、在同一所医院同一个科室的就诊。**不同医疗机构或不同科室的门诊或急诊，不为同次治疗。**

(2) 被保险人发生的医疗费用的有效金额 = 被保险人每次就诊发生的合理且必要的属于保险责任范围内的医疗费用 - 被保险人从**社会基本医疗保险**（见 7.24）或公费医疗、**互助保险**等（见 7.25）获得的费用补偿。

多次就诊被保险人累计发生的医疗费用的有效金额等于单次就诊被保险人发生的医疗费用的有效金额相加。

(3) **免赔额**由投保人与保险人在订立保险合同时协商确定，并在本合同中载明。

(4) 医疗费赔付比例：①如投保时被保险人有**社会基本医疗保险**，但本次就诊时被保险人未使用**社会基本医疗保险**，则赔付比例为 60%；②在其他情况下，赔付比例为 100%。

(5) 被保险人索赔时应提供使用**社会基本医疗保险**就医的证明材料，无法证明的，则认定为该被保险人未使用**社会基本医疗保险**。

2.3.4 补偿原则

被保险人发生医疗费用，保险人按本合同约定赔付的保险金，以该次治疗费用扣除被保险人已从**社会基本医疗保险**、公费医疗、互助保险、除本保险外的其他商业保险、公益慈善机构、第三方责任人等实际获得的补偿后的余额为上限。

2.4 责任免除 对于被保险人发生的以下费用，保险人不承担赔付住院或门诊保险金的责任：

(1) 被保险人在初次投保或非连续投保前所患既往症（7.26）及其并发症；等待期内出险的疾病、症状或体征；等待期内接受检查但在等待期后确诊的疾病；本合同特别约定除外的疾病和症状；

(2) 遗传性疾病、先天性疾病和症状（见 7.27）的治疗及其他相关费用；性传播疾病、艾滋病（AIDS）（见 7.28）或者感染艾滋病病毒（见 7.29）（HIV 阳性）的治疗及其他相关费用；

(3) 保险期间届满后发生的费用，按疗程将在保险期间届满之日起第 30 日后服用的药品费用，在非保险人指定或认可医疗机构发生的任何费用，与不符合本保险条款定义的医生提供的医疗服务有关的任何费用；

(4) 与妊娠有关的费用，与不孕不育症或生育治疗相关的费用，任何类型助孕费以及与此相关的妊娠并发症医疗费，对流产或不孕不育症的检查、治疗及其他相关费用；

(5) 输精管切除术和绝育术费，男性或女性绝育恢复手术费，性别转换症、包皮环切术、包皮剥离术、包皮气囊扩张术、性障碍治疗费，伟哥以及其他用于提高性功能的药物费；

(6) 基因咨询、筛查、检查和治疗及其他相关费用，试验性治疗（见 7.30）费用，仅为改善或提高目前身体状况（包括但不限于中医调理）而发生的费用，成瘾性症状治疗费用，功能医学检查（包括但不限于全套个人化营养评估、抗氧化维生素分析、氧化压力分析、营养与毒性元素分析、肠道免疫功能分析）费；

(7) 整容费用，对未表现出可疑细胞行为（如近期大小、形状、颜色发生改变）的良性皮肤损害的治疗、祛除及其他相关费用，白癜风、蜘蛛脉、除瘢痕疙瘩型外的其他瘢痕、纹身去除、皮肤变色治疗及其他相关费用，非医学必需的对浅表静脉曲张的治疗及其他相关费用，与脱发相关的治疗及其他相关费用，丰胸或缩胸手术及其并发症治疗及其他相关费用，戒烟治疗及其他相关费用，减肥和任何为减肥接受的治疗、咨询、饮食费，减肥代餐费，与单纯性肥胖和病理性肥胖相关治疗及相应并发症治疗及其他相关费用，常规足部治疗及其他相关费用；

(8) 非处方开具的药品和设备费用，抗光老化药物、美容用品、大剂量维生素、维他命、健康滋补类中草药（见 7.31）、膏方费，中草药代加工成粉剂、药丸、胶囊、胶或其他制剂发生的加工费，生长激素治疗及其他相关费用，眼镜、隐形眼镜费用；

(9) 视觉治疗及其他相关费用（包括但不限于激光角膜切开术，准分子激光原位角膜磨镶术，老视，屈光不正（近视、远视、散光）校正手术及其他相关费用），任何用于治疗弱足、矫形足、不稳足、扁平足或足弓塌陷的器材费，任何与跗骨、跖骨相关的治疗费，对脚表面损害（如鸡眼、老茧、角质化）医疗（但有关骨外露、肌腱或韧带的手术不在此限）费；

(10) 对由被保险人从事违法犯罪行为或故意行为引起的或在这一过程中发生的伤害、病症治疗及其他相关费用，对由酒精、溶剂或毒品（见 7.32）滥用引起的伤害或疾病的治疗及其他相关费用，对完全或部分由服用酒精、非法药物、非医师处方要求药物或非医师处方要求用量药物引起的伤害的治疗及其他相关费用，对自残、自杀引起的自我伤害的治疗及其他相关费用；

(11) 自动轮椅或自动床、舒适设备（如电话托臂和床上多用桌）费，空气质量或温度调控设备（如空调、湿度调节器、除湿器和空气净化器）费，健身脚踏车、太阳能或加热灯、加热垫、坐浴盆、盥洗凳、浴缸凳、桑拿浴、升降机、涡流按摩浴、健身器材及其他类似设备费；

(12) 被保险人在非指定或认可的医疗机构治疗；

(13) 健康检查、齿科及生育相关费用。

3 保险金的申领

- 3.1 受益人** 除另有约定外，本合同的受益人为被保险人本人。
- 3.2 保险事故通知** 投保人、被保险人或受益人应当在知道保险事故发生后 10 日内通知保险人。
投保人、被保险人或受益人故意或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，不承担赔付保险金的责任，但保险人通过其他途径已经及时知道或应当及时知道保险事故发生或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。
被保险人应在保险人认可或指定的医疗机构就诊，若因急诊未在约定的医院就诊的，应在 3 日内通知我们，并在病情好转后及时转入约定的医院。
- 3.3 保险金申请** 受益人向保险人申请赔付保险金时，应当填写保险金赔付申请书，并以书面形式提交下列证明和资料。受益人因特殊原因不能提供下列证明和资料的，应当提供其他合法、有效的证明和资料。受益人未能提供有关证明和资料，导致保险人无法核实事故的性质、原因、损害程度的，保险人对无法核实部分不承担赔付保险金的责任。
(1) 保险合同；
(2) 受益人有效身份证明（见 7.33）；
(3) 保险人认可或指定医疗机构出具的被保险人诊断证明、门急诊病历、医疗费用原始发票及明细、检查报告、出院小结或出院病历（加盖医院病历专用章）；
(4) 受益人所能提供的其他与确认事故的性质、原因、损失程度等有关的证明和资料。
以上证明和资料不完整的，保险人应当一次性通知受益人补充提供。
- 3.4 代理申请及其他** 受益人委托他人申请赔付保险金的，还应当提供受托人身份证明、授权委托书。保险金作为遗产时，还应当提供可证明合法继承权的相关权利文件。受益人或继承人为未成年人或无民事行为能力人时，由其合法监护人代其申请领取保险金，并提供未成年人或无民事行为能力证明和合法监护权证明。
- 3.5 配合调查** 被保险人遭受保险事故的，除法律禁止的情况外，保险人有权对投保人、被保险人、受益人等，就事故的性质、原因、结果及被保险人的损伤程度和身体情况等，进行调查、检查、评估和鉴定（包括但不限于提请做必要、合理的解剖检查），投保人、被保险人、受益人等应当予以充分配合。
被保险人有义务向保险人提供保险人要求的所有医疗报告、记录及相关资料，若为处理本合同相关事宜，经保险人要求，被保险人应当授权许可保险人取得其完整全面的

医疗病历。

**3.6 保险金
赔付** 收到保险金赔付申请书及有关证明和资料后，保险人将在 10 个工作日内作出核定；情形复杂的，在 30 日内作出核定，若保险人要求投保人、被保险人或受益人补充提供有关证明和资料，上述 30 日不包括补充提供有关证明和资料期间。

对属于保险责任的，在与受益人达成赔付保险金的协议后 10 日内履行赔付保险金义务；对不属于保险责任的，保险人自作出核定之日起 3 日内向受益人发出拒绝赔付保险金通知书，并说明理由。

自收到保险金赔付申请书及有关证明和资料之日起 60 日内，保险人对赔付保险金的数额不能确定的，保险人应当按照根据已有证明和资料可以确定的数额先予支付；最终确定赔付保险金的数额后，保险人支付相应的差额。

3.7 诉讼时效 受益人向保险人请求赔付保险金的诉讼时效期间为 2 年，自其知道或应当知道保险事故发生之日起计算。



4 保险费及续保

4.1 保险费 若本合同未列明分期缴费方式或约定缴费时间，投保人应当一次性缴付全部保险费。**对保险费未缴清前发生的保险事故，保险人按照已缴保险费与保单上保险费的比例计算赔偿。**

若本合同约定分期缴付方式，投保人应当按照载明的期限按时缴纳保险费。**发生保险事故后，保险人按照截止事故发生日累计已缴保险费与投保人按约定分期应该缴纳的保险费总额比例计算赔偿。**

4.2 连续投保 本合同保险期间届满时，投保人可向保险人申请连续投保本保险。连续投保不计算等待期。

连续投保时保险人有权根据被保险人的年龄及风险性质、医疗费用通胀水平、本保险整体经营状况调整被保险人连续投保时的费率。保险人进行保险费率调整后，投保人须按调整后的保险费率支付保费；在投保人接受费率调整的前提下，保险人可为投保人办理连续投保手续。

合同期满后 15 日内，经投保人申请，保险人签发保单，视同为连续投保，连续投保无等待期。

本合同期满后 15 日内投保人未缴纳续保保费的，投保人需重新申请投保，经保险人审核同意后签发保险单，且需重新计算等待期。

但若发生下列情形之一的，本合同不再接受续保：

- (1) 本产品已停售；
- (2) 续保时被保险人的年龄超过 99 周岁；
- (3) 被保险人身故；
- (4) 本合同因其他条款所列情况而导致效力终止；
- (5) 如投保人或被保险人有损害本公司利益的欺诈行为，或投保人未履行如实告知义务、未按时交纳保险费，保险人有权终止被保险人的续保权。

⑤ 保险合同的解除与效力终止

- 5.1 合同解除** 本合同成立后，投保人可申请解除合同，但**保险人根据本合同已赔付保险金或承担赔付保险金的责任的，投保人不得解除。**

投保人解除本合同时，应当向保险人送达：

- (1) 解除合同申请书；
- (2) 保险合同；
- (3) 保险人要求的其他有关证明和资料。

投保人为自然人的还须提供有效身份证件。

本合同的效力至保险人接到解除合同申请书之日 24 时或解除合同通知书上载明的合同终止时间（二者中以较晚者为准）终止。保险人自收到完整的证明和资料之日起 30 日内向投保人退还本合同的**未到期净保险费**（见 7.34）。

- 5.2 效力终止** 发生下列情况之一时，保险人对被保险人的保险责任终止，在此之前发生的保险事故不受此限：

- (1) 被保险人身故；
- (2) 保险期间届满；
- (3) 投保人或保险人按本合同或相关法律法规的规定解除本合同；
- (4) 本合同因法律规定或本合同约定的其他情况而终止。

⑥ 其他事项

- 6.1 明确说明与如实告知** 订立本合同时，保险人应当向投保人说明本合同的内容。对本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保险条款、投保单、保险单或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口头形式向投保人作出明确说明，未作提示或明确说明的，该条款不产生效力。

保险人就被保险人的有关情况提出询问，投保人应当如实告知。

投保人故意或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提高保险费率的，保险人有权解除本合同。

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 30 日不行使而消灭。

投保人故意不履行如实告知义务的，对于本合同解除前发生的保险事故，保险人不承担赔付保险金的责任，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，对于本合同解除前发生的保险事故，保险人不承担赔付保险金的责任，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，保险人不得解除合同；发生保险事故的，保险人承担赔付保险金的责任。

- 6.2 年龄错误** 投保时投保人申报的被保险人出生日期或年龄不真实的，分别按下列对应情形处理：
- （1）被保险人的真实年龄不符合本合同约定的年龄限制的，保险人有权解除该被保险人的被保资格，并在扣除**手续费**（见 7.35）后退还保险费，**保险人对其赔付或承担过保险责任的，被保险人应当退还相应保险金；**
- （2）被保险人的年龄不真实，导致少付保险费的，保险人有权更正并要求投保人补交保险费，**但被保险人已发生保险事故的，保险人有权按实收保险费占应交保险费的比例折扣赔付第 2 部分“保险保障”约定的保险金；**
- （3）导致多付保险费的，保险人会无息退还多交部分保险费。
- 6.3 被保险人变动** 在保险期间内，投保人可以书面形式向保险人提出申请，增加被保险人（简称“加保”）或减少被保险人（简称“减保”）。保险人同意后出具批单，并在本合同中批注。
- 6.3.1 加保** 投保人应当按本合同有关约定及时书面通知保险人，保险人进行核保。经保险人同意，保险人自相应批单中载明的相应日期零时起开始对其承担保险责任，并按日收取保险费。
- 6.3.2 减保** 投保人应当按本合同有关约定及时书面通知保险人。保险人自收到通知之日起次日零时或通知书载明的终止日期（以较晚者为准）24 时起终止对相应被保险人的保险责任，并按日退还相应**未到期保险费**（见 7.36），但保险人已根据本合同赔付保险金的不予退还。
- 6.3.3 职业或工种的变更** 被保险人变更职业或工种时，投保人或被保险人应在 10 日内以书面形式通知保险人。
- 被保险人所变更的职业或工种依照保险人职业分类在拒保范围内的，保险人在接到通知后有权解除本合同，并按照接到通知之日退还原职业或工种所对应的未到期净保费。被保险人所变更职业或工种，依照保险人职业分类其危险性减低的，保险人按照接到通知之日计算并退还新旧职业或工种所对应的未到期净保费差额；其危险性增加但保险人认定可以继续承保的，保险人在接到通知后，自职业变更之日起，投保人补交按照保险人接到通知之日计算的新旧职业或工种所对应的未到期净保费差额。
- 被保险人所变更的职业或工种，依照保险人职业分类其危险性增加，且未依本条约定通知保险人而发生保险事故的，保险人按新旧职业或工种所对应的保险费的比例计算并给付保险金。**
- 6.4 合同内容变更** 除本合同另有约定外，经投保人与保险人协商同意后，可变更本合同的有关内容，在本合同保险单或其他保险凭证上加以批注或附贴批单后生效，或由投保人与保险人订立合同变更书面协议后生效。
- 6.5 联系方式变更** 投保人、被保险人和受益人的住所、通讯地址或电话等联系方式变更时，应当及时以书面形式或双方认可的其他形式通知保险人。否则，保险人按照本合同载明的最后住所或通讯地址所发送的有关通知，均视为正确和及时送达。
- 6.6 争议处理与法律适** 因履行本合同发生的争议，由当事人协商解决。协商不成的，可向本合同载明的仲裁机构提交仲裁或依法向人民法院起诉。

用 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）。

7 释义

- 7.1 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。
- 7.2 境内** 指中国大陆。
- 7.3 正常工作** 指对被保险人的保险责任开始时，该被保险人体力和智力上能够使其每周至少 30 小时从事并胜任其职责范围内的工作，且在此前 3 个月内无连续 10 日旷工情形。
- 7.4 疾病** 指非外来原因、非先天性、非长存的原因，具有客观症状的且在医疗上被确定的健康状况的改变。
- 7.5 保险事故** 指保险合同约定的保险责任范围内的事故。
- 7.6 意外伤害** 指外来的、突发的、非本意的、非疾病的使身体受到伤害的客观事件。
- 7.7 重大疾病** 指本合同约定的 25 种重大疾病，应由专科医生（见 7.37）明确诊断。为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》（以下简称“规范”）规定的疾病，且疾病名称和疾病定义与“规范”一致，

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。

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 心肌酶或者肌钙蛋白有诊断意义的升高，或者呈符合急性心肌梗塞的动态性变化；

④ 发病90天后，经检查证实左心室功能降低，如左心室射血分数低于50%。

3) 脑中风后遗症：指因脑血管的突发病变引起脑血管出血、栓塞或者梗塞，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天后，仍遗留下列一种或者一种以上障碍：

- ① 一肢或者一肢以上肢体机能完全丧失²³；
- ② 语言能力或者咀嚼吞咽能力完全丧失²⁴；
- 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²⁵中的三项或者三项以上。

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、心脏或者肺脏的异体移植手术。造血干细胞移植术，指因造

血功能损害或者造血系统恶性肿瘤，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。

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。

6) 终末期肾病（或者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天的规律性透析治疗或者实施了肾脏移植手术。

7) 多个肢体缺失：指因疾病或者意外伤害导致两个或者两个以上肢体自腕关节或者踝关节近端（靠近躯干端）以上完全性断离。

8) 急性或者亚急性重症肝炎：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，且经血清学或者病毒学检查证实，并须满足下列全部条件：

- ① 重度黄疸或者黄疸迅速加重；
- ② 肝性脑病；
- ③ B超或者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。

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）或者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者部分切除的手术；
- 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。

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者食管胃底静脉曲张。

因酗酒或者药物滥用导致的肝功能衰竭不在保障范围内。

11) 脑炎后遗症或者脑膜炎后遗症：指因患脑炎或者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天后，仍遗留下列一种或者一种以上障碍：

- ① 一侧或者一侧以上肢体机能完全丧失；
- ② 语言能力或者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者三项以上。

12) 深度昏迷：指因疾病或者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分或者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。

因酗酒或者药物滥用导致的深度昏迷不在保障范围内。

13) 双耳失聪：指因疾病或意外伤害导致双耳听力永久不可逆性丧失，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。

本公司仅承担被保险人年龄满2周岁后的保障责任。

14) 双目失明：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。

本公司仅承担被保险人年龄满2周岁后的保障责任。

15) 瘫痪:指因疾病或者意外伤害导致两肢或者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天后或者意外伤害发生180天后,每肢三大关节中的两大关节仍然完全僵硬,或者不能随意活动。

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者修复的手术。

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者丧失,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)或者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者三项以上。

神经官能症和精神疾病不在保障范围内。

我们只对被保险人在65周岁前被确诊患有本病承担保险责任。

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)或者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天后,仍遗留下列一种或者一种以上障碍:

- ① 一肢或者一肢以上肢体机能完全丧失;
- ② 语言能力或者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者三项以上。

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者三项以上。

继发性帕金森综合征不在保障范围内。

我们只对被保险人在65周岁前被确诊患有本病承担保险责任。

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%或者20%以上。体表面积根据《中国新九分法》计算。

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。

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者三项以上的条件。

23) 语言能力丧失:指因疾病或者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。

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 骨髓穿刺检查或者骨髓活检结果支持诊断;
- ② 外周血象须具备以下三项条件:
 - a 中性粒细胞绝对值 $\leq 0.5 \times 10^9/L$;
 - b 网织红细胞 $< 1\%$;
 - c 血小板绝对值 $\leq 20 \times 10^9/L$ 。

25) 主动脉手术：指为治疗主动脉疾病，实际实施了开胸或者开腹进行的切除、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，不包括胸主动脉和腹主动脉的分支血管。

动脉内血管成形术不在保障范围内。

- 7.8 医疗机构** 指在境内合法注册的医疗服务机构，但不包括疗养院、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。
- 7.9 医务人员** 包括医生、护士。护士，指在卫生管理机构合法注册的具有护士执业资格且正在执业的护理人员。
- 7.10 医学必需** 指医疗服务以及治疗针对伤害或疾病本身，有确实的医疗需要、医学依据，且符合医学上的普遍标准。
- 7.11 住院** 指确因临床需要，正式办理入院及出院手续，并确实入住医疗机构正式病房接受治疗的行为过程，但不包括入住门诊观察室、家庭病床、挂床住院，以及休养、疗养、身体检查和健康护理等非治疗性行为。
- 7.12 日间住院** 指完全出于接受医学必需的治疗目的被保险人以占用医疗机构病床但不过夜的方式接受的医疗。
- 7.13 膳食费** 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。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、也可以合并并在病房费等其他款项内。
- 若一些医疗机构自身不设内部专属的食堂而将病人膳食外包给独立经营的商业餐饮单位、从而膳食费不包含在医疗账单内，受益人提供证明上述情况属实并经保险人证实后，按照膳食费发票金额的 50% 作为与医疗相关的膳食费金额进行后续的理赔计算。
- 7.14 药品费** 指被保险人治疗必须的、药量及功效与所治疗病症匹配、且有医生处方的药品；不符合前述要求的外购药，不予理赔。
- 7.15 医生** 指在卫生管理机构合法注册的具有医生资格、拥有处方权且正在执业的医疗服务人员，并需要满足下列全部条件：
- (1) 对其从事的医疗操作经过培训和训练从而具有相应的治疗资格；
 - (2) 其从事的医疗操作在其执业医师资格允许的范围；
 - (3) 不是被保险人的家庭成员；
 - (4) 与被保险人没有商业联系。
- 7.16 手术植入器材** 指手术过程中由手术医生植入体内的组织相容性人工器材，包括：a) 塑形性植入器材：骨板/骨钉等组织固定材料、钛网/支架等组织成型材料、义乳/骨蜡等组织缺损的充填材料等；b) 功能性植入材料：人工器官、脑起搏器、心脏起搏器等。手术结束后如不经再次外科手术，该器材无法去除或重置。
- 7.17 物理治疗** 指应用人工物理因子（如光、电、磁、声、温热、寒冷等）治疗疾病，包括电疗、光疗、磁疗、热疗、冷疗、水疗，以及超声波疗法等；符合全国医疗服务项目规范规定的项目。但不包括泥疗，蜡敷治疗，气泡浴与药物浸浴治疗。

- 7.18 职业疗法** 指对因疾病或损伤而使职业能力（如职业需要的语言、运动等能力）受损的被保险人，使用特定的职业能力康复手段对其能力受损进行治疗。
- 7.19 耐用医疗设备** 指满足基本医疗需要的康复设备、矫形支具等，包括但不限于腿、臂、背和颈支具，人造腿、臂、眼。发生因患癌症而行属本合同保险责任范围的乳房切除术情形时，义乳及放入义乳的胸衣亦属耐用医疗设备。
- 7.20 临终关怀** 指对被诊断为终末期疾病、无法通过接受治疗以康复、根据医学及临床经验病人患病后的平均存活期在六个月以下的被保险人，实施的以护理为中心而非以治疗疾病为中心的医疗。
- 7.21 门诊** 指确因临床需要，正式办理挂号手续，并确实在医疗机构的门诊部或急诊部接受治疗的行为过程，但不包括休养、疗养、身体检查和健康护理等非治疗性行为。
- 7.22 顺势疗法** 一种通过小剂量药物治疗以使病人症状渐渐接近常人的治疗方法，比如通过给予小剂量的放松剂治疗腹泻。
- 7.23 针灸治疗** 针法和灸法的合称。针法是把毫针按一定穴位刺入患者体内，用捻、提等手法来实施治疗。灸法是把燃烧着的艾绒按一定穴位熏灼皮肤，利用热的刺激实施治疗。针灸治疗应当由具有相应资格的医师实施。
- 7.24 社会基本医疗保险** 本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。
- 7.25 互助保险** 是指由一些具有共同要求和面临同样风险的人自愿组织起来，预交风险损失补偿分摊金的一种保险形式。
- 7.26 既往症** 指在保险人对其保险责任生效之前被保险人已知或应该知道的有关疾病或症状。通常有以下情况：
- （1）在保险人对其保险责任生效之前，医生已有明确诊断，长期治疗未间断；
 - （2）在保险人对其保险责任生效之前，医生已有明确诊断，治疗后症状未完全消失，有间断治疗情况；
 - （3）在保险人对其保险责任生效之前，未经医生诊断和治疗，但症状明显且持续存在，以普通人医学常识应当知晓。
- 7.27 先天性疾病和症状** 指由于基因因素、先天性新陈代谢异常或其他因素导致的、出生时即存在的遗传性疾病和症状、出生缺陷、身体残疾、智障等发育不完全正常的疾病和症状，这些疾病和症状可能在出生时显现或在出生后逐步显现。
- 7.28 艾滋病(AIDS)** 指获得性免疫缺陷综合症的简称。获得性免疫缺陷综合症的定义，以世界卫生组织制定的定义为准。如果在被保险人的血液样本中发现艾滋病病毒或其抗体，则认定被保险人已被艾滋病病毒感染或患艾滋病。
- 7.29 艾滋病病毒** 指获得性免疫缺陷病毒的简称。
- 7.30 试验性治疗** 指不符合被保险人接受医疗所在地医学界认可实践的治疗方法、手段、设备、药品等，比如治疗或处方药未被证明有效，治疗或临床试验尚未在被保险人接受治疗的地区获

得批准，处方药被用于其许可证规定以外的目的。

- 7.31 中草药** 中医理论指导下应用的天然药物及其制品，包括中药材和中药饮片。不含主要起营养滋补作用的药品，包括但不限于：
- （一）单味或复方情形下的中药饮片及药材
- 鹿茸、猴枣、狗宝、海马、海龙、玛瑙、玳瑁、冬虫夏草、马宝、牛黄、珊瑚、麝香、羚羊角尖粉、犀角、燕窝、人参（生晒参除外），以及各种可以药用的动物脏器（鸡内金除外）和胎、鞭、尾、筋、骨。
- （二）单味使用情形下的中药饮片及药材
- 阿胶、阿胶珠、鹿角胶、鳖甲胶、三七、龟角胶、龟鹿二仙胶、龟板胶、藏红花、生晒参、羚羊角粉。
- （三）以上所列药品包括生药及炮制后的饮片及药材、中药贴敷贴、中药熏蒸。
- 7.32 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，但不包括用于治疗疾病、由医生开具并遵医嘱使用但含有毒品成分的处方药品。
- 7.33 有效身份证明** 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、户口簿等证件。
- 7.34 未到期净保险费** 未到期净保险费=未到期保险费×（1-25%）。
- 7.35 手续费** 指每份保险合同或每一被保险人平均承担的保险人营业费用、佣金之和，为 25%。
- 7.36 未到期保险费** 未到期保险费=已支付的保险费×（1-该保险费所保障的已经过日数/该保险费所保障的期间的日数），经过日数不足一日的按一日计算。
- 7.37 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。

附表

标准福利表

(单位: 人民币)

保障计划		计划一	计划二	计划三	计划四
保险人指定或认可的医疗机构		境内二级(含)以上公立 医疗机构普通部	境内二级(含)以上公立 医疗机构普通部	境内二级(含)以上公 立医疗机构普通部	境内二级(含)以上公 立医疗机构(含特需)
住院		等待期: 30 日 年度赔付限额: 100000 元 医疗赔付比例: 100%	等待期: 30 日 年度赔付限额: 200000 元 医疗赔付比例: 100%	等待期: 30 日 年度赔付限额: 500000 元 医疗赔付比例: 100%	等待期: 30 日 年度赔付限额: 500000 元 医疗赔付比例: 100%
费用 项 目	床位费	含	含	含	日费用限额 1000 元
	膳食费、护理费	含	含	含	含
	重症监护室费	含	含	含	日费用限额 2000 元
	检查检验费	含	含	含	含
	手术费、麻醉费、 药品费、材料费、 医疗机构拥有的医 疗设备使用费	含	含	含	含
	治疗费、医生费	含	含	含	含
	手术植入器材费	累计赔付限额 10000 元	累计赔付限额 20000 元	累计赔付限额 50000 元	累计赔付限额 50000 元
	西式理疗费	含	含	含	含
	耐用医疗设备费	不含	不含	不含	累计赔付限额 20000 元
	陪床费	含	含	含	日费用限额 600 元
	同城急救车费	含	含	含	含
意外或疾 病(对由 所列意外 或疾病引 起的上述 费用项 目)	癌症治疗、肾透析	累计赔付限额 50000 元	累计赔付限额 100000 元	累计赔付限额 200000 元	累计赔付限额 200000 元
	器官移植	累计赔付限额 50000 元	累计赔付限额 100000 元	累计赔付限额 200000 元	累计赔付限额 200000 元
	临终关怀	不含	不含	不含	累计日数限额 30 日
	精神和心理障碍	不含	累计赔付限额 20000 元	累计赔付限额 30000 元	累计赔付限额 50000 元
重大疾病住院津贴		等待期: 30 日 赔付比例: 100% 日津贴额: 200 元 每次住院赔付 30 天 累计赔付 60 天	等待期: 30 日 赔付比例: 100% 日津贴额: 200 元 每次住院赔付 30 天 累计赔付 60 天	等待期: 30 日 赔付比例: 100% 日津贴额: 200 元 每次住院赔付 30 天 累计赔付 60 天	等待期: 30 日 赔付比例: 100% 日津贴额: 200 元 每次住院赔付 30 天 累计赔付 60 天
门诊		等待期: 30 日 年度赔付限额: 15000 元 医疗赔付比例: 100%		等待期: 30 日 年度赔付限额: 35000 元 医疗赔付比例: 100%	
费用	挂号费、诊察 费	次赔付限额 100 元	次赔付限额 100 元	次赔付限额 300 元	次赔付限额 300 元

项目	治疗费	含	含	含	含
	药品费	累计赔偿限额 10000 元	累计赔偿限额 10000 元	累计赔偿限额 30000 元	累计赔偿限额 30000 元
	检查检验费	含	含	含	含
	手术费	含	含	含	含
	非正式住院的留院观察费用	含	含	含	含
	中式理疗费	累计次数限额 10 次, 累计赔偿限额 1000 元	累计次数限额 10 次, 累计赔偿限额 1000 元	累计次数限额 10 次, 累计赔偿限额 2000 元	累计次数限额 10 次, 累计赔偿限额 2000 元
	西式理疗费	累计次数限额 10 次, 累计赔付限额 2000 元	累计次数限额 10 次, 累计赔付限额 2000 元	累计次数限额 10 次, 累计赔付限额 4000 元	累计次数限额 10 次, 累计赔付限额 4000 元
	耐用医疗设备费	不含	不含	与住院情形对应费用合计: 累计赔付限额 20000 元	与住院情形对应费用合计: 累计赔付限额 20000 元
意外或疾病(对 所列意外或疾 病引起的上述 费用项目)	中医(不含 中式理疗)	累计次数限额 10 次, 累计赔付限额 1000 元	累计次数限额 10 次, 累计赔付限额 1000 元	累计次数限额 10 次, 累计赔付限额 2000 元	累计次数限额 15 次, 累计赔付限额 2000 元
	牙科意外伤害医疗	含	含	含	含
	临终关怀	不含	不含	不含	含
	精神和心理障碍	累计次数限额 5 次	累计次数限额 5 次	累计次数限额 5 次	累计次数限额 5 次

说明：如投保时被保险人有社会基本医疗保险，但就诊时被保险人未使用社会基本医疗保险，则医疗费赔付比例为 60%。