

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》（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.....2.2
- ❖ 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.....3.8
- ❖ 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，请您仔细阅读

1. 保险合同	6.3 被保险人变动	7.23 临终关怀
1.1 合同构成	6.4 合同内容变更	7.24 医务人员
1.2 合同成立与生效	6.5 联系方式变更	7.25 医学必需
1.3 被保险人	6.6 争议处理与法律适用	7.26 住院
2. 保险保障	7. 释义	7.27 日间住院
2.1 保险福利表	7.1 周岁	7.28 膳食费
2.2 保险责任	7.2 境内	7.29 医生
2.3 责任免除	7.3 正常工作	7.30 手术植入器材
2.4 保险金额	7.4 医疗机构	7.31 物理治疗
3. 保险金的申领	7.5 累计费用限额	7.32 职业疗法
3.1 受益人	7.6 次费用限额	7.33 耐用医疗设备
3.2 保险事故通知	7.7 累计赔付限额	7.34 门诊
3.3 保险金申请	7.8 次赔付限额	7.35 顺势疗法
3.4 代理申请及其他	7.9 累计次数限额	7.36 针灸治疗
3.5 配合调查	7.10 累计日数限额	7.37 妊娠并发症
3.6 保险金的给付	7.11 每日费用限额	7.38 既往症
3.7 诉讼时效	7.12 每日赔付限额	7.39 先天性疾病和症状
4. 保险费的支付	7.13 等待期	7.40 艾滋病(AIDS)
4.1 保险费	7.14 次免赔额	7.41 艾滋病病毒
4.2 宽限期	7.15 年免赔额	7.42 试验性治疗
4.3 续保保费	7.16 保险金额	7.43 中草药
5. 保险合同解除与效力终止	7.17 终身赔付限额	7.44 毒品
5.1 合同解除	7.18 意外	7.45 保险费到期日
5.2 效力终止	7.19 疾病	7.46 未满期净保险费
6. 其他事项	7.20 牙科意外医疗	7.47 手续费
6.1 明确说明与如实告知	7.21 重大疾病	7.48 未满期保险费
6.2 年龄错误	7.22 中医门诊	7.49 每次治疗

永安乐健一生医疗保险条款

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、福利表、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。本合同具体起讫时间（北京时间），即保险期间，载明于合同中，且最长为1年。
- 1.3 **被保险人** 凡首次投保时年龄不超过65周岁（见7.1），常住**境内**（见7.2），能**正常工作**（见7.3）、劳动或生活的人员，可作为主被保险人，另有约定的从约定。
- 常住境内，能正常工作、劳动或生活的主被保险人的配偶，以及投保时年龄不超过21周岁（为全日制在校学生，或存在身体缺陷或智力障碍的，年龄不超过24周岁），经济上完全依赖主被保险人的未婚子女，可作为附属被保险人。
- 主被保险人、附属被保险人统称为被保险人。除特别指明外，以下各条中与被保险人相关的表述完全适用于主被保险人和附属被保险人。

② 保险保障

- 2.1 **保险福利表** 每一被保险人享有的保障，由投保人、保险人约定，并在相应福利表中列明，包括但不限于保险人指定或认可就诊**医疗机构**（见7.4），保险责任，费用类型，**累计费用限额**（见7.5）、**次费用限额**（见7.6），**累计赔付限额**（见7.7）、**次赔付限额**（见7.8），**累计次数限额**（见7.9）、**累计日数限额**（见7.10），**每日费用限额**（见7.11）、**每日赔付限额**（见7.12），**等待期**（见7.13），**次免赔额**（见7.14）、**年免赔额**（见7.15），给付比例，**保险金额**（见7.16），**终身赔付限额**（见7.17）等。
- 在福利表中，投保人、保险人也会针对特定**意外**（见7.18）或**疾病**（见7.19），如**牙科意外医疗**（见7.20）、精神和心理障碍、**重大疾病**（见7.21）、**中医门诊**（见7.22）、**临终关怀**（见7.23），的治疗，或针对特定类型的治疗方式，约定每一被保险人享有的保障。
- 2.2 **保险责任** 本保险包括住院、门诊、生育、健康检查、牙科等五种保险责任，在投保住院责任后可选择投保其他责任。
- 2.2.1 **住院** 在保险期间内，被保险人因遭受意外或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**（见7.24）提供的**医学必需**（见7.25）的**住院**（见7.26）医疗（包括**日间住院**（见7.27）医疗），对由此发生的符合通常惯例水平的下列费用，保险人按本合同有关约定承担给付保险金的责任，若在向保险人申请保险金时该被保险人已从社会基本医疗保险统筹基金获得补偿，保险人另按每住院一日200元给付住院

津贴保险金：

- (1) 床位费；
- (2) **膳食费**（见 7.28）、护理费；
- (3) 重症监护室费；
- (4) 检查检验费；
- (4) 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；
- (5) 治疗费、**医生**（见 7.29）费、会诊费；
- (6) **手术植入器材**（见 7.30）费；
- (7) 西式理疗费：**物理治疗**（见 7.31）、**职业治疗**（见 7.32）、语言治疗费；
- (8) **耐用医疗设备**（见 7.33）费；
- (9) 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；
- (10) 视为住院医疗的癌症治疗、肾透析费：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；
- (11) 住院前或住院期间转诊时发生的同城急救车费。

2.2.2 门诊

在保险期间内，被保险人因遭受意外或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 7.34）医疗，对由此发生的符合通常惯例水平的下列费用，保险人按本合同有关约定承担给付保险金的责任：

- (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 7.35）、正骨治疗、**针灸治疗**（见 7.36）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。

2.2.3 生育

在保险期间内，对被保险人因妊娠而在保险人指定或认可医疗机构发生的符合通常惯例水平的下列费用，保险人按本合同有关约定承担给付保险金的责任：

- (1) 产前检查费；
- (2) 正常分娩/剖腹产费；
- (3) 床位费；

- (4) **妊娠并发症**（见 7.37）治疗费；
- (5) 因医学原因流产或终止妊娠费；
- (6) 产后复查费；
- (7) 出生后 15 天内的新生儿护理费。

2.2.4 健康检查 在保险期间内，对被保险人在保险人指定或认可医疗机构发生的福利表中约定项目健康检查费，保险人按本合同有关约定承担给付保险金的责任。

2.2.5 牙科 在保险期间内，对被保险人在保险人指定或认可医疗机构发生的符合通常惯例水平的下列费用，保险人按本合同有关约定承担给付保险金的责任：

(1) **预防治疗费**：包括常规牙科检查、牙齿健康指导、涂氟治疗、洁齿和抛光（预防）、每一保险期间两次以下（含）牙齿清洁费、检查费；

(2) **基础治疗费**：包括汞合金或复合树脂充填、简单拔牙、牙周刮治、根面平整费，以及相关口腔X光费；

(3) **重大治疗费**：包括根管充填、根管治疗、牙冠和嵌体、桥式义齿（包括化验和麻醉费用）、智齿拔除费，以及相关口腔 X 光费。

2.2.6 补偿原则 被保险人发生医疗费用，保险人按本合同约定给付的保险金，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。

2.3 责任免除

2.3.1 住院、门诊责任免除 对于被保险人发生的以下费用，保险人不承担给付住院或门诊保险金的责任，本合同另有约定的从约定：

(1) 对本合同中特别约定除外疾病和症状、被要求健康告知的被保险人未告知的**既往症**（见 7.38）的治疗及其他相关费用，**先天性疾病和症状**（见 7.39）治疗及其他相关费用，对性传播疾病、**艾滋病（AIDS）**（见 7.40）或者**感染艾滋病病毒**（见 7.41）（HIV 阳性）的治疗及其他相关费用；

(2) 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；

(3) 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；

(4) 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、性障碍治疗费，伟哥以及其他用于提高性功能的药物费；

(5) 基因咨询、筛查、检查和治疗及其他相关费用，**试验性治疗**（见 7.42）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；

(6) 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，白癫风、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；

(7) 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、维生素、健康滋补类**中草药**（见 7.43）、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；

(8) 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、不穩足、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；

(9) 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 7.44）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；

(10) 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。

2.3.2 生育责任免除 对于被保险人发生的以下费用，保险人不承担给付生育保险金的责任，本合同另有约定的从约定：

(1) 非医学原因选择性终止妊娠费，及因此产生的并发症治疗及其他相关费；

(2) 产前辅导课程费，与生产无关的助产士等费用。

2.3.3 牙科责任免除 对于被保险人发生的以下费用，保险人不承担给付牙科保险金的责任，本合同另有约定的从约定：

义齿、高嵌体、种植牙、贴面、牙齿矫正治疗费，以及相关口腔 X 光费。

2.4 保险金额 每一被保险人保险金额由投保人、保险人约定，并载明于本合同。

③ 保险金的申领

3.1 受益人 受益人为被保险人本人，另有约定的从约定。

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。

3.3 保险金申请

- 3.3.1 无需申请保险金情形 被保险人在保险人指定或认可医疗机构接受治疗，若受益人授权保险人直接把理赔款支付给该医疗机构，从而该医疗机构免向该被保险人收取部分或全部治疗款项，受益人无需就相应事故向保险人申请保险金。

在保险人与该医疗机构结算理赔款时，若理赔款与医疗机构免予收取的相应款项不一致，保险人或该医疗机构会通知相应受益人。在接到该通知后，受益人应当按通知要求补交差额款项。

3.3.2 保险金申请所需材料

其他情形下，受益人可向保险人申请给付保险金。

受益人应当填写保险金给付申请书，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给付保险金的责任。

- (1) 受益人身份证明；
- (2) 医疗费用原始发票及明细、病历、检查报告、出院小结；
- (3) 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给付保险金的，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 保险金的给付

收到保险金给付申请书及有关证明和资料后，保险人将在 5 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，保险人自作出核定之日起 3 日内向受益人发出拒绝给付保险金通知书，并说明理由。

对属于保险责任情形，保险人未履行前两款约定的义务的，除履行给付保险金的义务外，还应当赔偿受益人因此受到的利息损失。利息按照中国人民银行公布的金融机构人民币活期存款基准利率，就超过日数以单利方式计算。

自收到保险金给付申请书及有关证明和资料之日起 60 日内，保险人对给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；最终确定给付保险金的数额后，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给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

保险费、交费方式（为趸交或分期支付方式），具体在本合同中载明。

投保人当在每一个**保险费到期日**（见 7.45）之前支付保险费。投保人按本合同的规定支付每一笔保险费后，保险人将按时提供保障，直至下一保险费到期日。

本合同的交费方式、交费期间由投保人、保险人约定并在本合同中载明。投保人应当按本合同约定准时交纳保险费。

4.2 宽限期

分期支付保险费的，在投保人支付首期保险费后，若投保人在以后任何一个**保险费到期日未支付当期保险费**，本合同自该**保险费到期日的 24 时起中止效力**，**保险人不承担效力中止日之后的保险责任。**

若投保人自本合同效力中止后的 **15 日内**补交全部欠交保险费，本合同恢复效力，保险人继续自上一个**保险费到期日**起承担保险责任。

若投保人自本合同效力中止后的 **15 日内**仍未补交全部欠交保险费，则本合同自上一个**保险费到期日的 24 时起效力终止。**

4.3 续保保费

本合同保险期间届满时，投保人可向保险人申请续保本保险，保险人按续保时每一被保险人的风险性质重新厘定费率并收取保险费。

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给付保险金或承担给付保险金的责任的，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二十四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 7.46）。

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，超过三十日不行使而消灭。
- 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，保险人不承担给付保险金的责任，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，保险人不得解除合同；发生保险事故的，保险人承担给付保险金的责任。
- 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) 真实年龄不符合本合同约定的年龄限制的，保险人可解除该被保险人的资格，并在扣除**手续费**（见 7.47）后退还保险费，保险人对其给付或承担过保险责任的，被保险人应当退还相应保险金；
- (2) 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给付第 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）二十四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 7.48），但保险人已根据本合同给付保险金的不予退还。
- 主被保险人减保的，相应附属被保险人同时自动减保。
- 6.4 **合同内容** 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

变更 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 争议处理与法律适用 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。
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 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。

7.5 累计费用限额 指对在福利表中载明的相应费用项目，在保险期间内每一被保险人发生的、纳入保险责任范围的相应费用累计以该额度为上限，超过部分不属于保险责任范围。

7.6 次费用限额 指对在福利表中载明的相应费用项目，在保险期间内每一被保险人每次治疗发生的、纳入保险责任范围的相应费用以该额度为上限，超过部分不属于保险责任范围。

7.7 累计赔付限额 指对在福利表中载明的相应费用项目，保险人对每一被保险人在保险期间内发生的相应费用给付的保险金累计以该额度为上限。

7.8 次赔付限额 指对在福利表中载明的相应费用项目，保险人对每一被保险人在保险期间内每次发生的相应费用给付的保险金以该额度为上限。

7.9 累计次数限额 指对在福利表中载明的相应费用项目，在保险期间内每一被保险人发生的、纳入保险责任范围的治疗次数累计以该额度为上限，超过部分不属于保险责任范围。

7.10 累计日数限额 指对在福利表中载明的相应费用项目，在保险期间内每一被保险人发生的、纳入保险责任范围的治疗日数累计以该额度为上限，超过部分不属于保险责任范围。

7.11 每日费用限额 指对在福利表中载明的相应费用项目，在保险期间内每一被保险人每日发生的、纳入保险责任范围的相应费用以该额度为上限，超过部分不属于保险责任范围。

7.12 每日赔付限额 指对在福利表中载明的相应费用项目，保险人对每一被保险人在保险期间内每日发生的相应费用给付的保险金以该额度为上限。

7.13 等待期 指自成为本合同的被保险人首日起（含）保险人与投保人约定长度的期间，适用投保人、保险人约定的事故。被保险人在此期间发生约定的事故，无论相应治疗日期是否在该期间内，保险人对相应的费用均不承担给付保险金的责任。

- 7.14 **次免赔额** 指对在福利表中载明的相应费用项目，被保险人每次治疗发生的保险责任范围内的费用中须先由被保险人自行负担的金额，保险人对此不负责给付保险金。
- 7.15 **年免赔额** 指对在福利表中载明的相应费用项目，每一保险期间被保险人发生的保险责任范围内的累计费用中须先由被保险人自行负担的金额，保险人对此不负责给付保险金。
- 7.16 **保险金额** 指对一项保险责任，每一保险期间内保险人对每一被保险人累计给付的相应保险金的最大额度。
- 7.17 **终身赔付限额** 指对被保险人终身参加本合同的所有保险期间，保险人给付的保险金累计以该额度为上限。但在每一保险期间保险人给付的保险金累计以相应保险金额为上限。
- 7.18 **意外** 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。
- 7.19 **疾病** 指非意外的、具有客观症状的且在医疗上被确定的健康状况的改变。
- 7.20 **牙科意外医疗** 指对被保险人原本完整无损、未经过任何医疗的牙齿因遭受意外伤害而受损或缺失而接受的紧急治疗、修复和置换。被保险人必须在自意外伤害发生日起三十日内接受首次治疗。
- 7.21 **重大疾病** 包括：
- (1) 心血管疾病- 包括冠心病、先天性心脏病、心肌梗塞、主动脉瘤。
 - (2) 神经疾病-包括脑卒中、脑动脉瘤、阿尔茨海默病、帕金森病、脊髓空洞症、多发性硬化症。
 - (3) 血液疾病-包括白血病、淋巴瘤、再生障碍性贫血、血小板减少性紫癜、血友病。
 - (4) 肺部疾病-慢性阻塞性肺病、原发性肺动脉高压。
 - (5) 消化疾病-肝硬化、重症肝炎。
 - (6) 自身免疫性疾病-包括系统性红斑狼疮、系统性硬皮病、获得性免疫缺陷综合征(AIDS, 艾滋病)、艾滋相关综合征(ARCS)和其他与HIV病毒相关的性传染病或症状。
 - (7) 其他- 包括所有肿瘤、主要器官衰竭或移植、囊性纤维化、黑斑息肉病、III度烧伤。
- 7.22 **中医门诊** 指在医疗机构挂号中医接受门诊诊疗。
- 7.23 **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。
- 7.24 **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。
- 7.25 **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。
- 7.26 **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。
- 7.27 **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。

- 7.28 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。
- 7.29 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。
- 7.30 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。
- 7.31 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。
- 7.32 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的治疗。
- 7.33 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。
- 7.34 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。
- 7.35 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。
- 7.36 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。
- 7.37 妊娠并发症** 指由妊娠引起或加剧的症状，该症状与分娩不同，包括但不限于急性肾炎、肾变病、心代偿失调、意外流产。妊娠并发症不包括人工不当操作、先兆流产、偶发点滴性出血、妊娠期内医师处方要求的休养、孕妇恶心、妊娠剧吐以及其他不属疾病分类学上妊娠并发症类的难产相关症状。
- 7.38 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。

- 7.39 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。
- 7.40 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。
- 7.41 艾滋病病毒** 指获得性免疫缺陷病毒的简称。
- 7.42 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国家获得批准，处方药被用于其许可证规定以外的目的。
- 7.43 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。
- 7.44 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。
- 7.45 保险费到期日** 指应为本合同支付保险费的日期。本合同的生效日为第一个保险费到期日；本合同约定分期支付保险费的，其他保险费到期日则为本合同的生效日在每月、每季或每半年等（根据交费方式确定）的对应日（当月无对应的同一日的，则以该月最后一日作为对应日）。
- 7.46 未到期净保险费** 未到期净保险费=未到期保险费×（1-25%）。
- 7.47 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%。
- 7.48 未到期保** 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

险费 障的期间的日数), 经过日数不足一日的按一日计算。

7.49 每次治疗 对门诊治疗, 每次治疗指被保险人在一日(零时起至二十四时止)内在一家医疗机构的一个科室的门诊或急诊, 不同医疗机构或不同科室的门诊或急诊, 不为同次治疗; 对住院治疗, 每次治疗指一次入出院。