

利宝保险有限公司
定额给付医疗住院保险（2024版A款）条款

（注册号：C00006032512024051704263）

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。凡涉及本保险合同的约定，均采用书面形式。

第二条 凡投保时年龄在出生满三十天（且已健康出院）至七十周岁（见释义1）（含七十周岁）且已经参加**基本医疗保险（见释义2）**，身体健康、能正常工作、生活的自然人均可作为本保险合同的被保险人。

第三条 具有完全民事行为能力的被保险人本人、对被保险人具有保险利益的其他自然人可作为本保险合同的投保人。

第四条 除另有约定外，本保险合同的各项保险金受益人均为被保险人本人。

第五条 本保险合同约定的保险区域为中国大陆境内（不包含香港、澳门和台湾地区），保险人（见释义3）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

第六条 保险责任

在本保险合同的保险期间内，被保险人因遭受**意外伤害（见释义4）**事故或在**等待期（见释义5）**后因患**疾病（见释义6）**，并在中华人民共和国境内（不包括香港、澳门、台湾地区）经中华人民共和国卫生部门评审确定的二级或二级以上的**公立医院（见释义7）**普通部或**保险人认可的医疗机构（见释义8）**接受治疗的，被保险人在二级或二级以上的治疗期间发生的**必需且合理（见释义9）**的、符合被保险人参保的**基本医疗保险范围内（见释义10）**医疗费用，经过**基本医疗保险**结算后，个人自付的医疗费用累计金额（以下简称“自付额”）达到本保险合同约定的金额，保险人按照本保险合同约定的保险金额向该被保险人给付住院治疗津贴保险金，同时保险人对该被保险人的保险责任终止。

本保险合同所指医疗费用包括下述1-4类费用：

1.住院医疗费用

指被保险人经医院**专科医生（见释义11）**诊断必须接受**住院（见释义12）**治疗时，被保险人住

院期间发生的需个人支付的、必需且合理的且符合被保险人参保的基本医疗保险范围内的**住院医疗费用**（见释义 13）。除本保险合同另有约定外，到本保险合同满期日时，被保险人未结束本次住院治疗的，因本次住院发生的最高不超过本保险合同满期日后三十日内的、符合被保险人参保的基本医疗保险范围内的且经过基本医疗保险结算后需个人自付的医疗费用，计入自付额。

2. 特殊门诊医疗费用

对于被保险人在医院接受特殊门诊治疗期间，被保险人发生的需个人支付的、必需且合理的且符合被保险人参保的基本医疗保险范围内的特殊门诊医疗费用，包括：

(1) 门诊肾透析费；

(2) 化学疗法（见释义 14）、放射疗法（见释义 15）、肿瘤免疫疗法（见释义 16）、肿瘤内分泌疗法（见释义 17）、肿瘤靶向疗法（见释义 18）的治疗费用；

(3) 器官移植后的门诊抗排异治疗费。

3. 门诊手术医疗费用

指被保险人经医院专科医生诊断必须接受门诊手术治疗时，被保险人发生的需个人支付的、必需且合理的且符合被保险人参保的基本医疗保险范围内的门诊手术费用。

4. 住院前后门诊急诊医疗费用

指被保险人经医院专科医生诊断必须接受住院治疗，在住院前七日（含住院当日）和出院后三十日（含出院当日）内，因与该次住院相同原因而接受门（急）诊治疗时，被保险人发生的需个人支付的、必需且合理的且符合被保险人参保的基本医疗保险范围内的门（急）诊医疗费用（**但不包括特殊门诊医疗费用和门诊手术医疗费用**）。

对于被保险人发生的医疗费用，如未经基本医疗保险结算，则该医疗费用不计入自付额。

第七条 补偿原则和赔付标准

本保险合同适用医疗费用补偿原则。若被保险人已从其他途径（包括但不限于社会基本医疗保险、公费医疗、工作单位、保险人在内的任何商业保险机构等）获得本保险合同责任范围内的医疗费用补偿，则保险人仅对被保险人实际发生的医疗费用扣除其所获医疗费用补偿后的余额按照本保险合同的约定给付保险金。社会基本医疗保险个人账户部分支出视为个人支付，不属于已获得的医疗费用补偿。

责任免除

第八条 下列费用或因下列情形之一导致的费用，保险人不承担给付保险金的责任：

（一）任何既往症（见释义 19）、被保险人在首次投保本保险前已被确诊的疾病或被保险人首次投保本保险时在等待期内被确诊罹患的疾病；

（二）遗传性疾病（见释义 20），先天性畸形、变形或染色体异常（见释义 21）（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，但涉及重大疾病病种释义中约定的情况除外）；

（三）被保险人接受未经科学或者医学认可的实验性或研究性治疗或替代疗法及其产生的后果所产生的费用；

（四）虽有临床不适症状，但入院诊断和出院诊断均不是明确疾病（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）；

（五）疗养、视力矫正手术、各种健康体检项目及预防性医疗项目、牙科保健及牙科治疗、康复治疗、非意外事故所致整容手术；

（六）皮肤色素沉着、痤疮治疗、红斑痤疮治疗；雀斑、老年斑、痣的治疗和去除；对浅表静脉曲张、蜘蛛脉、除瘢痕疙瘩型外的其它瘢痕、纹身去除、皮肤变色的治疗或手术；激光美容、除皱、除眼袋、开双眼皮、治疗斑秃、白发、秃发、脱发、植毛、脱毛、隆鼻、隆胸；

（七）各种矫形及生理缺陷的手术和检查治疗项目，包括但不限于平足及各种非功能性整容、矫形手术费用；

（八）各种健美治疗项目，包括但不限于营养、减肥、增胖、增高费用；

（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）被保险人因预防、康复、保健性或非疾病治疗类项目发生的医疗费用；因获得或使用眼镜、义齿、义眼、义肢、助听器等康复性器具产生的费用；包皮环切术、包皮剥离术、包皮气囊扩张术、性功能障碍治疗等产生的费用；

（十一）除心脏瓣膜、人工晶体、人工关节之外的其他人工器官材料费、安装和置换等费用、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）耐用医疗设备（指各种康复设备、矫形支具以及其他耐用医疗设备）的购买或租赁费用；

(十三) 任何滋补类中草药及其泡制的各类酒制剂、医生开具的超过三十天用量的药品、未经医生处方自行购买的药品或在非本保险合同约定的医院或保险人指定医疗机构药房购买的药品；

(十四) 各种医疗咨询和健康预测，如健康咨询、睡眠咨询、性咨询、心理咨询（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）确定的精神和行为障碍以外的一般心理问题，如职场问题、家庭问题、婚恋问题、个人发展、情绪管理等）；

(十五) 投保人对被保险人的故意杀害、故意伤害；

(十六) 被保险人故意犯罪或抗拒依法采取的刑事强制措施；

(十七) 被保险人故意自伤或自杀，但被保险人自杀时为无民事行为能力人的除外；

(十八) 被保险人殴斗、醉酒（见释义 22），服用、吸食或注射毒品（见释义 23）；

(十九) 被保险人酒后驾驶（见释义 24）、无合法有效驾驶证（见释义 25）驾驶或驾驶无合法有效行驶证（见释义 26）的机动车（见释义 27）导致交通意外引起的医疗费用；

(二十) 从事潜水、跳伞、攀岩、蹦极、驾驶滑翔机或滑翔伞、探险、武术比赛、摔跤比赛、特技表演、赛马、赛车等高风险运动（见释义 28）导致的伤害引起的治疗；

(二十一) 由于职业病（见释义 29）、医疗事故（见释义 30）引起的医疗费用；

(二十二) 核爆炸、核辐射或核污染、化学污染；恐怖袭击、战争、军事冲突、暴乱或武装叛乱；

(二十三) 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（从本保险合同约定的医院或保险人指定医疗机构确定出院之日起发生的一切医疗费用）；

(二十四) 未被治疗所在地政府部门批准的治疗，未获得治疗所在地政府许可或批准的药品或药物；

(二十五) 各类医疗鉴定产生的费用，包括但不限于医疗事故鉴定、精神病鉴定、孕妇胎儿性别鉴定、验伤鉴定、亲子鉴定、遗传基因鉴定费用；

(二十六) 被保险人存在精神和行为障碍（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）；

(二十七) 被保险人非因职业原因或器官移植原因感染艾滋病病毒或患艾滋病（见释义 31）引起的治疗；

(二十八) 被保险人患性病引起的医疗费用；

(二十九) 凡涉及门诊费用，保险责任范围均不包括为排队挂号、提升病房等级等额外支付的费用。

保险金额

第九条 保险金额是保险人承担赔偿责任或者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承担赔偿责任或者给付保险金责任的累计最高限额。

保险金额、自付额由投保人与保险人在投保时约定，并在保险单中载明。

保险期间

第十条 本保险合同保险期间最长为一年。具体保险起始日期和终止日期由投保人和保险人在投保时约定，并在保险单中载明。

不保证续保

第十一条 本保险合同为非保证续保合同。保险期间届满，投保人需要重新向保险人申请投保本保险，经保险人审核同意，交纳保险费，获得新的保险合同。

当发生下列情形之一的，保险人不再接受投保人的不间断再次投保本保险申请：

(一) 保险期间届满，投保人申请不间断再次投保本保险时被保险人的年龄超过 100 周岁；

(二) 被保险人身故；

(三) 投保人申请不间断再次投保本保险时，本保险已因本保险合同其他条款所列情况而导致效力终止；

(四) 投保人或被保险人有不如实告知、欺诈等不符合续保条件的情形；

(五) 本保险统一停售。

保险人义务

第十二条 订立保险合同时，采用保险人提供的格式条款的，保险人向投保人提供的投保单应当附格式条款，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。

第十三条 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。

第十四条 保险人依据第十九条、第二十条所取得的保险合同解除权，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。

第十五条 保险人按照第二十五条的约定，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。

第十六条 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。**

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。

第十七条 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。

第十八条 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保险合同。

投保人、被保险人义务

第十九条 本保险合同保险费缴付方式由投保人和保险人在投保时约定，并在保险单中载明。

投保人应当在本保险合同成立时一次性缴清保险费。**保险费缴清前，本保险合同不生效，对保险费交清前发生的保险事故，保险人不承担保险责任。**

如投保人未按照本保险合同约定的付款时间足额缴付当期保险费，且在本保险合同约定的缴费

延长期内仍未足额补缴当期保险费的，则保险合同的保险期间终止在上一缴费周期支付日二十四时，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；缴费延长期内发生的保险事故也不承担保险责任。

第二十条 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，保险人有权解除本保险合同。

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。

第二十一条 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保险合同约定投保年龄限制的，保险人有权解除本保险合同，并向投保人退还未满期保险费（见释义 32）。对于本保险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际缴纳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。

第二十二条 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，保险人按本保险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。

第二十三条 被保险人变更其职业或工种时，投保人应于三十日内以书面形式通知保险人。若被保险人所变更的职业或者工种依照保险人职业分类在拒保范围内的，保险人对该被保险人所负保险责任自其职业或工种变更之日起终止，并退还未满期保险费。

被保险人未履行本条约定的通知义务而发生保险事故的，且被保险人所变更的职业或者工种依

照保险人职业分类在拒保范围内的，保险人不承担给付保险金的责任，并自其职业或工种变更之日起，按日计算退还未满期保险费，本保险合同终止。

第二十四条 投保人、被保险人或者保险金受益人知道保险事故发生后，应当及时通知保险人。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（见释义 33）而导致的迟延。

保险金申请

第二十五条 保险金申请人（见释义 34）请求给付保险金时，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）保险单或其他保险凭证正本；

（三）保险金申请人的有效身份证件（见释义 35）；

（四）本保险合同约定的医院或保险人指定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）本保险合同约定的医院或保险人指定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）首次申请理赔时，应提供合同约定的医院或保险人指定医疗机构出具的被保险人在本保险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；

（八）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；

（九）若被保险人委托他人申请的，还应提供授权委托书原件、委托人和受托人的身份证明等

相关证明文件。

(十) 受益人为无民事行为能力人或者限制民事行为能力人的，由其监护人代为申领保险金，并需要提供监护人的身份证明等资料。

第二十六条 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。

争议处理和法律适用

第二十七条 因履行本保险合同发生的争议，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）有管辖权的人民法院起诉。

第二十八条 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（不包括香港、澳门、台湾地区法律）。

其他事项

第二十九条 除本保险合同另有约定外，经投保人和保险人协商同意后，可变更本保险合同的有关内容。变更本保险合同时，投保人应填写变更合同申请书，经保险人审核同意，并在本保险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。

第三十条 在本保险合同成立后，投保人可以书面形式通知保险人解除合同，但保险人已根据本保险合同约定给付保险金的除外。

投保人解除本保险合同时，应提供下列证明文件和资料：

- (一) 保险合同解除申请书；
- (二) 保险单原件；
- (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。

投保人要求解除本保险合同，自保险人接到保险合同解除申请书之时起，本保险合同的效力终止。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未到期保险费。

第三十一条 发生以下情况之一时，本保险合同效力即时终止：

- (一) 保险期间届满；
- (二) 被保险人身故；
- (三) 因本保险合同其他条款所约定的情况而终止效力。

释义

第三十二条 除另有约定外，在本保险合同中，以下词语具有如下含义：

1. **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。
2. **基本医疗保险**：基本医疗保险包括城镇职工基本医疗保险、城镇职工大额医疗保险、城镇居民基本医疗保险、城镇居民大额医疗保险、新型农村合作医疗、医疗救助和城乡居民大病保险等政府举办的基本医疗保障项目。大额医疗保险在各地的具体名称会有所不同，以当地基本医疗保险主管部门规定的名称为准。其中，当地指被保险人的基本医疗保险参保所在地。
3. **保险人**：指与投保人签订本保险合同的利宝保险有限公司。
4. **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，非本保险合同所指意外伤害，保险人不承担给付保险金的责任：
 - (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。
5. **等待期**：指自保险合同生效之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保险单中载明。被保险人在等待期内被确诊罹患疾病的，保险人不承担给付保险金的责任。不

间断再次投保的保险合同不受等待期的限制。

6. 疾病：是指本保险合同签发之日起，经等待期后被保险人所患疾病或症状，但不包括本保险合同生效前、等待期内已接受或曾被医生建议需采取诊疗措施的任何疾病或症状。

7. 医院：是指经中华人民共和国卫生部门审核认定的二级或二级以上的公立医院，且仅限于上述医院的普通部，不包括如下机构或医疗服务：

(1) 特需医疗、外宾医疗、干部病房、联合病房、国际医疗中心、VIP 部、联合医院、A 级病房；

(2) 诊所、康复中心、家庭病床、护理机构；

(3) 休养、戒酒、戒毒中心。

该医院必须具有系统的、充分的诊断设备，全套外科手术设备及能够提供二十四小时的医疗与护理服务的能力或资质。

8. 认可的医疗机构：指保险人在承保时与投保人约定的医疗机构，具体医疗机构名单将在产品销售页面或投保文件中展示，保险人保留对上述名单进行变更的权力。

9. 必需且合理：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。

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。

10. 基本医疗保险范围内：指符合当地基本医疗保险支付范围规定的医疗费用，不包括自费项目及药品以及部分自费项目及药品中的个人负担部分。

11. 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) 在国家《医院分级管理标准》二级或二级以上医院的相应科室从事临床工作三年以上。

12. 住院：是指被保险人因意外伤害或疾病而入住医院或指定医疗机构的正式病房接受全日 24 小时监护治疗的过程，并正式办理入出院手续。但不包括下列情况：

- (1) 被保险人在医院或指定医疗机构的（门）急诊观察室、家庭病床（房）入住；
- (2) 被保险人在特需病房、外宾病房或其它不属于基本医疗保险范畴的高等级病房入住；
- (3) 被保险人入住康复科、康复病床或接受康复治疗；
- (4) 被保险人住院期间一天内未接受与入院诊断相关的检查和治疗或一天内住院不满二十四小时，但遵医嘱到外院接受临时治疗的除外；
- (5) 被保险人住院体检；
- (6) 挂床住院及其他不合理的住院。挂床住院指办理正式住院手续的被保险人，在住院期间每日非二十四小时在院。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。

13. 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要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：

- a. 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；
- b. 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；
- c. 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院或指定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。

14. 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。本保险合同所指的化疗为被保险人根据医嘱，在合同约定的医院或指定医疗机构进行的静脉注射化疗。

15. 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，在合同约定的医院或指定医疗机构的专门科室进行的放疗。

16. 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注宿主体内，协同机体免疫系统杀伤肿瘤、抑制肿瘤生长。本保险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。

17. 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。本保险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。

18. 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。本保险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。

19. 既往症：指在本保险合同（不间断连续投保的，指首张保险合同）生效之前罹患的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) 本保险合同生效前，医生已有明确诊断，长期治疗未间断；

(2) 本保险合同生效前，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) 本保险合同生效前发生，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、治疗或护理的症状。

20. 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。

21. 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。

22. 醉酒：指每百毫升血液的酒精含量大于或等于 80 毫克。

23. 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。

24. 酒后驾驶：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。

25. 无合法有效驾驶证：

指下列情形之一

- (1) 没有取得驾驶资格；
- (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) 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；
- (6) 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。

26. 无合法有效行驶证：

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；

27. 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。

28. 高风险运动：本保险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。

29. 职业病：指企业、事业单位和个体经济组织的劳动者在职业活动中，因接触粉尘、放射性物质和其他有毒、有害物质等因素而引起的疾病。职业病的认定需遵循《中华人民共和国职业病防治法》中的相关规定及鉴定程序。

30. 医疗事故：指医院或指定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。

31. 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。

32. 未到期保险费：除另有约定外，按下述公式计算未到期保险费：

若选择一次性缴付保险费，未到期保险费=保费×(1-m/n)，其中，m为已生效天数，n为保险期间的天数，经过日期不足一日的按一日计算。

若选择分期缴付保险费，未到期保险费=当期保费×(1-m/n)，其中，m为当期已生效天数，n为当期天数，经过日期不足一日的按一日计算。

33. 不可抗力：指不能预见、不能避免并不能克服的客观情况。

34. 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。

35. 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。