

前海人寿[2019]医疗保险 016 号



请扫描以查询验证条款

阅读指引

本阅读指引有助于您理解条款，对“前海医管家医疗保险合同”内容的解释以条款为准。

您拥有的重要权益

- ◇ 被保险人可以享受本主险合同提供的保障.....2.2
- ◇ 您有退保的权利.....5.1

您应当特别注意事项

- ◇ 您有及时向我们通知保险事故的责任.....3.2
- ◇ 您应当按时支付保险费.....4.1
- ◇ 退保会给您造成一定的损失，请您慎重决策.....5.1
- ◇ 您有如实告知的义务.....6.1
- ◇ 我们对一些重要术语进行了解释，并作了显著标识，请您注意.....7
- ◇ 本主险合同的保险期间为1年，若保险期满时续保成功，本主险合同将延续有效.....1.4、4.2
- ◇ 在某些情况下，您可能无法续保，请您特别注意续保条件及保险费率调整4.2、4.4
- ◇ 我们对可能影响本主险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。

条款是保险合同的重要内容，为充分保障您的权益，请您仔细阅读本条款。

[本页内容结束]

条款目录

<p>1. 您与我们的合同</p> <p>1.1 合同构成</p> <p>1.2 合同成立与生效</p> <p>1.3 投保年龄</p> <p>1.4 保险期间</p> <p>2. 我们提供的保障</p> <p>2.1 保险计划</p> <p>2.2 保险责任</p> <p>2.3 保险金计算方法</p> <p>2.4 责任免除</p> <p>3. 如何申请领取保险金</p> <p>3.1 受益人</p> <p>3.2 保险事故通知</p> <p>3.3 保险金申请</p> <p>3.4 保险金的给付</p> <p>3.5 诉讼时效</p> <p>4. 如何支付保险费</p> <p>4.1 保险费的支付</p> <p>4.2 续保</p> <p>4.3 宽限期</p> <p>4.4 保险费率调整</p> <p>5. 如何解除保险合同</p> <p>5.1 您解除合同的手续及风险</p> <p>6. 其他需要关注的事项</p> <p>6.1 明确说明与如实告知</p> <p>6.2 本公司合同解除权的限制</p> <p>6.3 年龄错误</p> <p>6.4 效力终止</p> <p>7. 释义</p> <p>7.1 周岁</p> <p>7.2 有效身份证件</p> <p>7.3 续保</p> <p>7.4 意外伤害</p> <p>7.5 疾病</p> <p>7.6 医院</p> <p>7.7 住院</p> <p>7.8 个人支付</p> <p>7.9 合理且必要</p> <p>7.10 医疗费用</p>	<p>7.11 护士</p> <p>7.12 手术植入材料</p> <p>7.13 肾透析</p> <p>7.14 恶性肿瘤</p> <p>7.15 化学疗法</p> <p>7.16 放射疗法</p> <p>7.17 肿瘤免疫疗法</p> <p>7.18 肿瘤内分泌疗法</p> <p>7.19 肿瘤靶向疗法</p> <p>7.20 初次发生</p> <p>7.21 重大疾病</p> <p>7.22 专科医生</p> <p>7.23 感染艾滋病病毒或患艾滋病</p> <p>7.24 肢体机能完全丧失</p> <p>7.25 语言能力或咀嚼吞咽能力完全丧失</p> <p>7.26 六项基本日常生活活动</p> <p>7.27 永久不可逆</p> <p>7.28 心功能状态分级</p> <p>7.29 特定医疗机构</p> <p>7.30 质子重离子医疗费用</p> <p>7.31 指定移植手术</p> <p>7.32 指定重大手术</p> <p>7.33 社会基本医疗保险</p> <p>7.34 殴斗</p> <p>7.35 醉酒</p> <p>7.36 毒品</p> <p>7.37 酒后驾驶</p> <p>7.38 无合法有效驾驶证驾驶</p> <p>7.39 无有效行驶证</p> <p>7.40 机动车</p> <p>7.41 遗传性疾病</p> <p>7.42 先天性畸形、变形或染色体异常</p> <p>7.43 既往症</p> <p>7.44 潜水</p> <p>7.45 攀岩</p> <p>7.46 探险</p> <p>7.47 武术比赛</p> <p>7.48 特技表演</p> <p>7.49 保险费约定支付日</p> <p>7.50 净保险费</p> <p>附表：前海医管家医疗保险计划</p>
--	--

[本页内容结束]

前海医管家医疗保险条款

在本条款中，“您”指投保人，“我们”、“本公司”均指前海人寿保险股份有限公司。

1 您与我们的合同

- 1.1 **合同构成** 本保险条款、保险单或其他保险凭证、投保书、与保险合同有关的投保文件、合法有效的声明、批注、批单、附加险合同、其他书面协议都是您与我们之间订立的保险合同的构成部分。
“前海医管家医疗保险合同”以下简称为“本主险合同”。
- 1.2 **合同成立与生效** 您提出保险申请、我们同意承保，本主险合同成立。
我们收取您支付的保险费后向您及时签发保险单，本主险合同的生效日以保险单所载的日期为准。
- 1.3 **投保年龄** 指投保时被保险人的年龄，投保年龄以**周岁**（见 7.1）计算。本主险合同接受的投保年龄为 0 周岁至 60 周岁，最高可**续保**（见 7.3）至 100 周岁。投保时被保险人为 0 周岁的，应当为出生满 28 日且健康的婴儿。
- 1.4 **保险期间** 本主险合同的保险期间为 1 年。

2 我们提供的保障

- 2.1 **保险计划** 本主险合同包含计划 A 及计划 B 两个保险计划：
计划 A：包含一般医疗保险金、重大疾病医疗保险金与质子重离子医疗保险金三项保险责任；
计划 B：包含一般医疗保险金、重大疾病医疗保险金、质子重离子医疗保险金与特定疾病及手术特需医疗保险金四项保险责任。
各保险计划的年度给付限额、年免赔额见附表。具体保险计划由您在投保时与我们约定并在保险单上载明，在本主险合同有效期内，我们将按约定的保险计划承担保险责任。
本主险合同各项保险金合计累计给付金额不超过年度给付限额。
- 2.2 **保险责任** 在本主险合同有效期内，我们承担如下保险责任：
- 等待期** 自本主险合同生效之日起 30 日内为等待期，等待期内被保险人非因**意外伤害**（见 7.4）导致发生**疾病**（见 7.5）、出现该疾病相关的症状，或者进行与该疾病、症状有关的诊断、医学咨询、治疗、服用药物，在本主险合同保险期间及以后的续保期间内，我们均不承担给付保险金的责任。
续保或者因意外伤害导致发生治疗的无等待期。
续保时变更保险计划的应重新投保，等待期自您重新投保时本主险合同生效之日起重新计算。

除等待期期间依前款约定外，我们按照下列方式承担保险责任：

一般医疗保险金

1. 住院医疗费用

被保险人因疾病或意外伤害经**医院**（见 7.6）诊断必须接受**住院**（见 7.7）治疗的，对于住院期间发生的需**个人支付**（见 7.8）的、**合理且必要**（见 7.9）的住院**医疗费用**（见 7.10），我们按本主险合同“2.3 保险金计算方法”的约定计算并给付保险金。

对等待期后本主险合同到期日前发生的且延续至本主险合同到期日后 30 日内的住院治疗，对于需个人支付的、合理且必要的住院医疗费用，我们仍然按照本主险合同“2.3 保险金计算方法”的约定计算并给付保险金。

2. 指定门诊医疗费用

被保险人因疾病或意外伤害经医院诊断必须接受以下指定门诊治疗的，对治疗期间发生的需个人支付的、合理且必要的下列指定门诊医疗费用，我们按本主险合同“2.3 保险金计算方法”的约定计算并给付保险金。

- （1）门诊**肾透析**（见 7.13）；
- （2）门诊**恶性肿瘤**（见 7.14）治疗，包括**化学疗法**（见 7.15）、**放射疗法**（见 7.16）、**肿瘤免疫法**（见 7.17）、**肿瘤内分泌疗法**（见 7.18）、**肿瘤靶向疗法**（见 7.19）；
- （3）器官移植后的门诊抗排异治疗；
- （4）门诊手术。

3. 住院前后门急诊医疗费用

被保险人因疾病或意外伤害经医院诊断必须接受住院治疗的，对住院前 7 日（含住院当日）和出院后 30 日（含出院当日）内，因与该次住院相同原因而发生的需个人支付的、合理且必要的门急诊医疗费用，我们按本主险合同“2.3 保险金计算方法”的约定计算并给付保险金。

住院前后门急诊医疗费用不包括门诊肾透析费、门诊恶性肿瘤治疗费、器官移植后的门诊抗排异治疗费和门诊手术费。

上述住院医疗费用、指定门诊医疗费用及住院前后门急诊医疗费用的累计给付金额不超过一般医疗保险金年度给付限额。

重大疾病医疗保险金

被保险人**初次发生**（见 7.20）并经医院确诊本主险合同所列的“**重大疾病**”（见 7.21），且经医院诊断必须接受住院治疗、指定门诊治疗、住院前后门急诊治疗的，我们首先按照一般医疗保险金的约定给付一般医疗保险金，当累计给付金额达到一般医疗保险金的年度给付限额后，我们将按下列约定给付重大疾病医疗保险金。

1. 重大疾病住院医疗费用

被保险人初次发生并经医院确诊本主险合同所列的“重大疾病”且经医院诊断必须接受住院治疗的，对于住院期间发生的个人支付的、合理且必要的重大疾病住院医疗费用，我们按本主险合同“2.3 保险金计算方法”的约定计算并给付保险金。

对等待期后本主险合同到期日前发生的且延续至本主险合同到期日后 30 日内的住院治疗，对于需个人支付的、合理且必要的重大疾病住院医疗费用，我们仍然按照本主险合同“2.3 保险金计算方法”的约定计算并给付

保险金。

2. 重大疾病指定门诊医疗费用

被保险人初次发生并经医院确诊本主险合同所列的“重大疾病”且经医院诊断必须接受以下指定门诊治疗的，对治疗期间发生的需个人支付的、合理且必要的下列重大疾病指定门诊医疗费用，我们按本主险合同“2.3 保险金计算方法”的约定计算并给付保险金。

- (1) 门诊肾透析；
- (2) 门诊恶性肿瘤治疗，包括化学疗法、放射疗法、肿瘤免疫法、肿瘤内分泌疗法、肿瘤靶向疗法；
- (3) 器官移植后的门诊抗排异治疗；
- (4) 门诊手术。

3. 重大疾病住院前后门急诊医疗费用

被保险人初次发生并经医院确诊本主险合同所列的“重大疾病”且经医院诊断必须接受住院治疗的，对住院前 7 日（含住院当日）和出院后 30 日（含出院当日）内，因与该次住院相同原因而发生的需个人支付的、合理且必要的重大疾病门急诊医疗费用，我们按本主险合同“2.3 保险金计算方法”的约定计算并给付保险金。

重大疾病住院前后门急诊医疗费用不包括门诊肾透析费、门诊恶性肿瘤治疗费、器官移植后的门诊抗排异治疗费和门诊手术费。

上述重大疾病住院医疗费用、重大疾病指定门诊医疗费用及重大疾病住院前后门急诊医疗费用的累计给付金额不超过重大疾病医疗保险金年度给付限额。

质子重离子医疗保险金

被保险人初次发生并经医院确诊本主险合同所指的“恶性肿瘤”，并在我们指定的**特定医疗机构**（见 7.29）接受质子重离子放射治疗的，对于其因接受质子重离子放射治疗而发生的需个人支付的、合理且必要的**质子重离子医疗费用**（见 7.30），我们按本主险合同“2.3 保险金计算方法”的约定计算并给付保险金。

质子重离子医疗保险金累计给付金额不超过本主险合同的年度给付限额。

特定疾病及手术特需医疗保险金（计划 A 不包含该项保险责任）

被保险人初次发生并经医院确诊本主险合同所列的“重大疾病”，且因该重大疾病需接受下列一种或多种治疗项目的，对于被保险人在我们认可的**医院**（见 7.6）的特需部、国际部或 VIP 部发生的需个人支付的、合理且必要的住院医疗费用、指定门诊医疗费用或住院前后门急诊医疗费用，我们按本主险合同“2.3 保险金计算方法”的约定计算并给付保险金。

- (1) 恶性肿瘤或**良性脑肿瘤**（见“7.21 重大疾病”释义第 9 项）的治疗；
- (2) **指定移植手术**（见 7.31）；
- (3) **指定重大手术**（见 7.32）。

特需部、国际部及 VIP 部的床位费及加床费每日合计给付限额为人民币 1500 元。

特定疾病及手术特需医疗保险金累计给付金额不超过本主险合同的年度给付限额。

一般医疗保险金、重大疾病医疗保险金、质子重离子医疗保险金与特定疾病及手术特需医疗保险金四项责任的合计累计给付金额不超过本主险合同的年度给付限额。

2.3 保险金计算方法

在本主险合同有效期内，被保险人因疾病或意外伤害经医院诊断必须接受住院治疗、指定门诊治疗、住院前后门急诊治疗、质子重离子放射治疗或特定疾病及手术特需医疗的，对于在本主险合同约定的医院或特定医疗机构范围内进行上述治疗发生的需个人支付的、合理且必要的医疗费用，我们按照如下公式计算每次就诊应当给付的保险金：

一次就诊应当给付的保险金=（个人支付的合理且必要的属于保险责任范围内的医疗费用-免赔额余额）×赔付比例。

对一般医疗保险金及重大疾病医疗保险金，若被保险人已经通过**社会基本医疗保险**（见 7.33）或公费医疗获得医疗费用补偿的，则该赔付比例为 100%，若被保险人未通过社会基本医疗保险或公费医疗获得医疗费用补偿的，则该赔付比例为 60%。

对质子重离子医疗保险金，赔付比例为 100%。

对特定疾病及手术特需医疗保险金，赔付比例为 80%。

说明：

- (1) 一次就诊是指一次住院，或一次门诊（包括指定门诊或住院前后门急诊）。一次住院是指被保险人因疾病或意外伤害经医院诊断必须接受住院治疗，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一日（零时起至二十四时止）内在同一所医院同一个科室的就诊。

被保险人多次就诊累计发生的个人支付的、合理且必要的属于保险责任范围内的医疗费用等于各次就诊被保险人发生的个人支付的、合理且必要的属于保险责任范围内的医疗费用相加。

- (2) 免赔额余额是指**前次理赔经“个人支付的合理且必要的属于保险责任范围内的医疗费用”** 抵扣剩余的免赔额。

举例来说，假设免赔额为 8000 元，如未就诊过，则免赔额余额为 8000 元；如第一次就诊累计的“个人支付的合理且必要的属于保险责任范围内的医疗费用”为 5000 元，则本次赔付为 0 元，针对本次就诊理赔后的免赔额余额为 3000 元；第二次就诊累计的“个人支付的合理且必要的属于保险责任范围内的医疗费用”为 9000 元，则本次赔付为 6000 元乘以相应赔付比例，针对本次就诊理赔后免赔额余额为 0 元。

- (3) 本主险合同中所指免赔额均指年免赔额。年免赔额是指一个保险期间内对应的免赔额。**社会基本医疗保险非个人账户部分或公费医疗支付部分，不能抵扣年免赔额。**

在本主险合同有效期内，一般医疗保险金、重大疾病医疗保险金、质子重离子医疗保险金与特定疾病及手术特需医疗保险金四项责任共用同一个年免赔额。

补偿原则

若被保险人已从其他途径（包括社会基本医疗保险、公费医疗、工作单位、

本公司在内的任何商业保险机构等)获得补偿的,我们按照上述约定计算并给付保险金时,最高给付金额不超过被保险人实际发生的合理且必要的医疗费用扣除其所获补偿后的余额。社会基本医疗保险个人账户支付部分视为个人支付,不属于已从其他途径获得的医疗费用补偿。

2.4 责任免除

因下列情形之一导致被保险人发生医疗费用支出的,我们不承担给付保险金的责任:

- (1) 投保人对被保险人的故意杀害、故意伤害;
- (2) 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;
- (3) 被保险人**殴斗**(见7.34)、**醉酒**(见7.35),主动吸食或注射**毒品**(见7.36);
- (4) 被保险人**酒后驾驶**(见7.37)、**无合法有效驾驶证驾驶**(见7.38),或驾驶**无有效行驶证**(见7.39)的**机动车**(见7.40);
- (5) 被保险人感染艾滋病病毒或患艾滋病期间因疾病导致的;
- (6) 战争、军事冲突、暴乱或武装叛乱;
- (7) 核爆炸、核辐射或核污染;
- (8) **遗传性疾病**(见7.41) **先天性畸形、变形或染色体异常**(见7.42);
- (9) 保险单中特别约定的除外疾病;
- (10) **既往症**(见7.43);
- (11) 不孕不育治疗、人工辅助生殖、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;包皮环切术、包皮剥离术、包皮气囊扩张术、性功能障碍治疗;
- (12) 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)、性病;
- (13) 各种健康体检、各种预防保健性诊疗项目(如预防接种、跟踪随访费、疗养等)、康复性治疗、疗养、矫形、牙齿修复、牙齿整形、视力矫正、美容、非意外事故所致整容手术、变性手术;
- (14) 被保险人从事**潜水**(见7.44)、跳伞、**攀岩**(见7.45)、蹦极、驾驶滑翔机或滑翔伞、**探险**(见7.46)、摔跤、**武术比赛**(见7.47)、**特技表演**(见7.48)、赛马、赛车等高风险运动;
- (15) 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(眼镜、义齿、义肢、义眼等)、假体、各种自用的按摩保健检查和治疗器械(如按摩器、轮椅、拐杖、腰围、药枕、各种家用检测治疗仪器等);
- (16) 被保险人接受实验性治疗(即未经科学或医学认可的医疗),或接受未被治疗所在地权威部门批准的治疗;使用未获得治疗所在地政府许可或批准的药品或药物;
- (17) 各种医疗咨询、医疗鉴定,包括但不限于心理咨询、健康咨询、婚育咨询、医疗事故鉴定、精神病鉴定、孕妇胎儿性别鉴定、验伤和伤残等级鉴定、亲子鉴定、遗传基因鉴定。

除上述情形外,本条款中还有其他显著标识的免除本公司责任的内容,详情请见背景突出显示的部分。

3 如何申请领取保险金

- 3.1 受益人** 除另有约定外，本主险合同各项保险金的受益人为被保险人本人。
- 3.2 保险事故通知** 请您或受益人在知道保险事故发生后 10 日内通知我们。
如果您或受益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、伤害程度等难以确定的，我们对无法确定的部分，不承担给付保险金的责任，但我们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。
- 3.3 保险金申请** 在申请保险金时，请按照下列方式办理：
保险金申请 由受益人填写保险金给付申请书，并提供下列证明和资料：
(1) 保险合同；
(2) 受益人的有效身份证件；
(3) 医院出具的入出院证明、医疗诊断书、病历及检查报告；
(4) 医院出具的医疗费用原始凭证和医疗费用结算清单（已获得社会基本医疗保险或公费医疗补偿的，需提供按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的证明）；
(5) 所能提供的与确认保险事故的性质、原因、伤害程度等有关的其他证明和资料。
以上证明和资料不完整的，我们将一次性通知受益人补充提供有关证明和资料。
- 3.4 保险金的给付** 我们在收到保险金给付申请书及上述有关证明和资料后，将在 5 个工作日内作出核定；情形复杂的，在 30 日内作出核定。
对属于保险责任的，我们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；若我们在收齐相关证明和资料后 30 日内仍未作出核定，除支付保险金外，我们将从第 31 日起按超过天数赔偿受益人因此受到的利息损失。利息按照我们公示的利率按单利计算，且保证该利率不低于中国人民银行公布的同期金融机构人民币活期存款基准利率。
对不属于保险责任的，我们自作出核定之日起 3 日内向受益人发出拒绝给付保险金通知书并说明理由。
我们在收到保险金给付申请书及有关证明和资料之日起 60 日内，对给付保险金的数额不能确定的，根据已有证明和资料可以确定的数额先予支付；我们最终确定给付保险金的数额后，将支付相应的差额。
- 3.5 诉讼时效** 受益人向我们请求给付其他保险金的诉讼时效期间为 2 年，自其知道或者应当知道保险事故发生之日起计算。

4 如何支付保险费

- 4.1 保险费的支付** 本主险合同的保险费按照被保险人的年龄和所选保险计划确定。
- 4.2 续保** 续保时，本公司有权遵循本主险合同“4.4 保险费率调整”的约定，重新

厘定费率并收取相应的保险费。我们不会因为单一被保险人的健康状况变化或者使用保险情况而拒绝单一被保险人续保或者单独调整被保险人的续保保险费。

若在本主险合同保险期间届满时满足以下全部条件，且您在“4.3 宽限期”中约定的续保宽限期届满前已足额支付续保保险费，本主险合同将延续有效：

- (1) 被保险人续保时年龄不超过 100 周岁；
- (2) 我们未收到您停止继续投保本主险合同的书面申请；
- (3) 本产品未停售；
- (4) 本主险合同未因其他条款所列情况而导致效力终止。

新续保合同的保险期间为 1 年，自本主险合同期满日次日零时起算。每次续保，均依此类推。

若本产品已停售，本公司将不再接受续保，但会向您提供投保其他保险产品的合理建议。

若我们不再接受续保，我们会在本主险合同保险期间届满之前通知您。

4.3 宽限期

分期支付保险费的，在支付首期保险费后，除本主险合同另有约定外，如果您到期未支付保险费，自**保险费约定支付日**（见 7.49）的次日零时起 60 日为宽限期。

若我们接受续保，自保险期间届满日次日零时起 60 日为续保宽限期。

宽限期内发生的保险事故，我们仍会承担保险责任，但在给付保险金时会扣减您欠交的保险费。

如果您宽限期结束之后仍未支付保险费，则本主险合同自宽限期满的次日零时起效力终止。

4.4 保险费率调整

您的保险费会随着被保险人年龄的增长而变化。同时，我们会定期检视整体理赔经验和医疗通胀等保险费率影响因素，并根据本主险合同计算保险费率所用的计算基础与实际情况的偏差程度，决定保险费率是否调整以及调整幅度。本主险合同的保险费率调整针对所有被保险人，或同一投保年龄、同一投保区域等某一类人群的被保险人。

我们进行保险费率调整后，您须按调整后续保当时的保险费率支付续期保险费，保险费率调整前您已经支付的保险费不受影响。

如果您不同意保险费率调整的，我们将不再为您续保本主险合同。

5 如何解除保险合同

5.1 您解除合同的手续及风险

您可以申请解除本主险合同，请填写解除合同申请书并向我们提供下列资料：

- (1) 保险合同；
- (2) 您的有效身份证件。

自我们收到解除合同申请书时起，本主险合同终止。我们自收到解除合同

申请书之日起 30 日内向您退还本主险合同的未到期**净保险费**（见 7.50）。

6 其他需要关注的事项

- 6.1 明确说明与如实告知** 订立本主险合同时，我们会向您说明本主险合同的内容。对本主险合同中免除我们责任的条款，我们在订立合同时会在投保书、保险单或其他保险凭证上作出足以引起您注意的提示，并对该条款的内容以书面或口头形式向您作出明确说明，未作提示或者明确说明的，该条款不产生效力。
- 我们就您和被保险人的有关情况提出询问，您应当如实告知。
- 如果您故意或者因重大过失未履行前款规定的如实告知义务，足以影响我们决定是否同意承保或者提高保险费率的，我们有权解除本主险合同。
- 如果您故意不履行如实告知义务，对于本主险合同解除前发生的保险事故，我们不承担给付保险金的责任，并不退还保险费。
- 如果您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，对于本主险合同解除前发生的保险事故，我们不承担给付保险金的责任，但会退还保险费。
- 我们在合同订立时已经知道您未如实告知的情况的，我们不得解除合同；发生保险事故的，我们承担给付保险金的责任。
- 6.2 本公司合同解除权的限制** 前条规定的合同解除权，自我们知道有解除事由之日起，超过 30 日不行使而消灭。
- 6.3 年龄错误** 您在申请投保时，应将与有效身份证件相符的被保险人的出生日期在投保书上填明，如果发生错误按照下列方式办理：
- (1) 您申报的被保险人年龄不真实，并且其真实年龄不符合本主险合同约定投保年龄限制的，我们有权解除合同，并向您退还本主险合同的未到期净保险费。我们行使合同解除权适用“6.2 本公司合同解除权的限制”的规定。
 - (2) 您申报的被保险人年龄不真实，致使您实交保险费少于应交保险费的，我们有权更正并要求您补交保险费。若已经发生保险事故，在给付保险金时按实交保险费与应交保险费的比例进行给付。
 - (3) 您申报的被保险人年龄不真实，致使您实交保险费多于应交保险费的，我们会将多收的保险费无息退还给您。
- 6.4 效力终止** 当发生下列情形之一时，本主险合同效力终止：
- (1) 您申请解除本主险合同；
 - (2) 投保人不再续保；
 - (3) 续保时被保险人年满 101 周岁；
 - (4) 本主险合同约定的其他终止情况。

7 释义

- 7.1 周岁** 指按**有效身份证件**（见 7.2）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。

- 7.2 有效身份证件** 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、士兵证等证件。
- 7.3 续保** 指投保人为被保险人投保同一险种，且新保保单的生效日为原保单到期日的次日。
- 7.4 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。
- 7.5 疾病** 指经过专业执业医师的诊断和确诊，改变了人体健康状态的异常状态。一种疾病指源于同一诊断的所有伤害和影响，以及同一病因和相关病因引发的所有不适。如果一种疾病由先前疾病的病因或相关病因引发，该疾病为先前疾病的延续，而非新的疾病。
- 7.6 医院** 本主险合同的“一般医疗保险金”及“重大疾病医疗保险金”责任所指的“医院”指中华人民共和国境内（港、澳、台地区除外）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，且仅限于上述医院的普通部。该医院必须具有符合国家有关医院管理规则设置标准的医疗设备，且全天二十四小时有合格医师及护士驻院提供医疗及护理服务。
但不包括如下机构或医疗服务：
(1) 特需部、国际部、VIP部、干部病房、联合病房、联合医院、精神病院、诊所；
(2) 专供康复、休养、戒毒、戒酒、护理、养老等非以直接诊治病人为目的的医疗机构。
- 本主险合同的“特定疾病及手术特需医疗保险金”责任所指的“医院”指中华人民共和国境内（港、澳、台地区除外）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的特需部、国际部及VIP部。该医院必须具有符合国家有关医院管理规则设置标准的医疗设备，且全天二十四小时有合格医师及护士驻院提供医疗及护理服务。
但不包括如下机构或医疗服务：
(1) 干部病房、联合病房、联合医院、精神病院、诊所；
(2) 专供康复、休养、戒毒、戒酒、护理、养老等非以直接诊治病人为目的的医疗机构。
- 本主险合同所指的“医院”若另有约定，按约定内容执行。
- 7.7 住院** 指被保险人因疾病或意外伤害而入住医院的正式病房进行治疗，并正式办理入院手续，但不包括入住门（急）诊观察室、家庭病房（床）、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，只发生护理费、诊疗费、床位费等情况。
- 7.8 个人支付** 个人支付不包括社会基本医疗保险及公费医疗支付部分，但社会基本医疗保险个人账户支出部分视为个人支付。

社会基本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、新型农村合作医疗等政府举办的基本医疗保障项目。

7.9 合理且必要

(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我们根据客观、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权威医学专家进行审核鉴定。

(2) 医学必要：指被保险人接受医疗或服务、使用器械或服用药品符合以下条件：

- ① 医师处方要求且对治疗被保险人疾病或意外伤害合适且必需的项目；
- ② 不超过安全、足量治疗原则；
- ③ 由医生开具的处方药；
- ④ 非试验性、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。

7.10 医疗费用

指被保险人接受住院、指定门诊、住院前后门急诊治疗时发生的医疗费用，包括：

一、床位费

床位费是指被保险人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）。

本主险合同中“特定疾病及手术特需医疗保险金”责任所保障的床位费不受此限。

二、加床费

指未满18周岁的被保险人在住院治疗期间，我们根据合同约定给付其合法监护人（限一人）在医院留宿发生的加床费；或女性被保险人在住院治疗期间，我们根据合同约定给付其一周岁以下哺乳期婴儿在医院留宿发生的加床费。

本主险合同中“特定疾病及手术特需医疗保险金”责任所保障的床位费及加床费每日合计给付限额为人民币1500元。

三、重症监护室床位费

重症监护室床位费是指住院期间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措施，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。

四、膳食费（伙食费）

膳食费是指根据医生的医嘱且由医院内设的专门为住院病人配餐的食堂配送的膳食费用。

膳食费不包括：

- (1) 所有医院外其他营利性餐饮服务机构提供的餐饮费用；
- (2) 不是根据医嘱配送的、在医院对外营业的餐厅或食堂的餐饮费用；
- (3) 不在医院开具的医疗费用清单上的餐饮费用。

五、护理费

指住院期间由**护士**（见7.11）对被保险人提供临床护理服务所收取的费用。包括各级护理、重症监护与专项护理费用。

六、医生费（诊疗费）

指由医生所实施的病情咨询及体格检查、各种器械或仪器检查、诊断、治疗方案拟定等各项医疗服务所收取的费用。

七、治疗费

指由医生或护士对被保险人进行的除手术外的各种治疗项目而发生的治疗费，包括因清创、换药、拆线、脓肿切开引流、瘘管烧灼、输血、输液、注射、肌肉封闭、吸氧、冷冻、激光、急救治疗、心肺复苏等而发生的治疗费、医疗器械使用费，具体以所就诊医院的费用项目划分为标准。

八、检查化验费

指由医生开具的由医院专项检查科室的专业检查、检查人员实施的各种检查化验项目，包括实验室检查、病理检查、内镜检查、放射性检查、计算机断层扫描（CT）、核磁共振检查（MRI）、B超、血管造影、同位素、心电图、心功能、肺功能、骨密度等。

九、药品费

指在住院以及指定门诊、住院前后门急诊就医期间实际发生的合理且必要的由医生开具的西药、中成药和中草药的费用。药品费不包括在治疗时当地政府适用的《城镇职工基本医疗保险药品目录》及相关规定中不予给付的下列药品：营养补充类药品、免疫功能调节类药品、美容及减肥类药品，预防类药品以及中草药类药品。

十、材料费

指在住院以及指定门诊、住院前后门急诊就医期间医生或护士在为被保险人进行的各种检查治疗中所使用的消耗性材料费用（包括一次性无菌注射器、无菌纱布、留置针、引流管等）。

十一、手术费用

手术费用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、术中用药费、手术设备费、合理且必要的**手术植入材料**（见7.12）**费**；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发生的费用。**

十二、救护车使用费

指住院、指定门诊、住院前后门急诊就医期间以抢救生命或治疗疾病为目的，被保险人由救护车送至医院急诊室或转诊过程中医院用车费用，且救护车的使用仅限于同一城市的医疗运送。

7.11	护士	指在医院内合法注册的具有护士执业资格且正在执业的护理人员。
7.12	手术植入材料	指在手术过程中由医生植入被保险人体内、术后无法自由取摘、只能由医生进行开创手术才能取出的材料。手术植入材料包括起搏器、钛钉、钛板、钛网、各种支架、人工关节、人工心脏瓣膜等植入式人工器官等手术中留置体内的生物相容性材料。
7.13	肾透析	指根据半透膜的膜平衡原理，使用一定浓度的电解质和葡萄糖组成的透析液和血液中积累的代谢产物、水及电解质进行的透析交换，从而达到治疗终末期肾病目的治疗方式。
7.14	恶性肿瘤	恶性肿瘤释义见本主险合同“7.21 重大疾病”释义第1项“恶性肿瘤”。

- 7.15 **化学疗法** 指针对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。本主险合同所指的化疗为被保险人根据医生医嘱，在医院进行的静脉注射化疗。
- 7.16 **放射疗法** 指针对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。本主险合同所指的放疗为被保险人根据医嘱，在医院的专门科室进行的放疗。
- 7.17 **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。本主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总局批准用于临床治疗。
- 7.18 **肿瘤内分泌疗法** 指针对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。本主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总局批准用于临床治疗。
- 7.19 **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。本主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。
- 7.20 **初次发生** 指被保险人自出生后首次出现本主险合同所列疾病的前兆或异常的身体状况，包括与该疾病相关的症状及体征。
对于被保险人在本主险合同生效日之前已经出现本主险合同所列的疾病或与该疾病相关的症状及体征，我们不承担保险责任。
- 7.21 **重大疾病** 指符合下列定义的疾病、损伤或手术。该疾病、损伤或手术应当由**专科医生**（见7.22）明确诊断。

以下重大疾病是中国保险行业协会与中国医师协会制定了规范定义的疾病。

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他部位的疾病。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**（见7.23）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) 心肌酶或肌钙蛋白有诊断意义的升高，或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，仍遗留下列一种或一种以上障碍：
- (1) 一肢或一肢以上**肢体机能完全丧失**（见7.24）；
 - (2) **语言能力或咀嚼吞咽能力完全丧失**（见7.25）；
 - (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**（见7.26）中的三项或三项以上。
- 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、激光射频技术及其他非开胸的介入手术、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实施了肾脏移植手术。
- 7. 多个肢体缺失** 指因疾病或意外伤害导致两个或两个以上肢体自腕关节或踝关节近端（靠近躯干端）以上完全性断离。
- 8. 急性或亚急性重症肝炎** 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，且经血清学或病毒学检查证实，并须满足下列全部条件：
- (1) 重度黄疸或黄疸迅速加重；
 - (2) 肝性脑病；
 - (3) B超或其他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食管胃底静脉曲张。
- 因酗酒或药物滥用导致的肝功能衰竭不在保障范围内。
- 11. 脑炎后遗症或脑膜炎后遗症** 指因患脑炎或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，仍遗留下列一种或一种以上障碍：
- （1）一肢或一肢以上肢体机能完全丧失；
 - （2）语言能力或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三项以上。
- 12. 深度昏迷** 指因疾病或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5分以下，且已经持续使用呼吸机及其他生命维持系统96小时以上。
- 因酗酒或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**（见7.27）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。
- 若被保险人在0周岁至3周岁期间双耳失聪，我们不承担此期间内双耳失聪的重大疾病医疗保险金责任。
- 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，如果使用其他视力表应进行换算）；
 - （3）视野半径小于5度。
- 若被保险人在0周岁至3周岁期间双目失明，我们不承担此期间内双目失明的重大疾病医疗保险金责任。
- 15. 瘫痪** 指因疾病或意外伤害导致两肢或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三项以上。
神经官能症和精神疾病不在保障范围内。
- 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,仍遗留下列一种或一种以上障碍:
(1) 一肢或一肢以上肢体机能完全丧失;
(2) 语言能力或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三项以上。
继发性帕金森综合征不在保障范围内。
- 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**(见7.28)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三项以上的条件。
- 23.语言能力丧失** 指因疾病或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。
若被保险人在0周岁至3周岁期间语言能力丧失,我们不承担此期间内语言能力丧失的重大疾病医疗保险金责任。
- 24.重型再生障** 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:

	碍性贫血	<p>(1) 骨髓穿刺检查或骨髓活检结果支持诊断;</p> <p>(2) 外周血象须具备以下三项条件:</p> <p>①中性粒细胞绝对值$\leq 0.5 \times 10^9/L$;</p> <p>②网织红细胞$< 1\%$;</p> <p>③血小板绝对值$\leq 20 \times 10^9/L$。</p>
	25.主动脉手术	<p>指为治疗主动脉疾病,实际实施了开胸或开腹进行的切除、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。</p> <p>动脉内血管成形术不在保障范围内。</p>
7.22	专科医生	<p>专科医生应当同时满足以下四项资格条件:</p> <p>(1) 具有有效的中华人民共和国《医师资格证书》;</p> <p>(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;</p> <p>(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》;</p> <p>(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。</p>
7.23	感染艾滋病病毒或患艾滋病	<p>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。</p> <p>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。</p>
7.24	肢体机能完全丧失	<p>肢体机能完全丧失是指肢体的三大关节中的两大关节僵硬,或不能随意识活动。肢体是指包括肩关节的整个上肢或包括髋关节的整个下肢。</p>
7.25	语言能力或咀嚼吞咽能力完全丧失	<p>语言能力完全丧失是指无法发出四种语音(包括口唇音、齿舌音、口盖音和喉头音)中的任何三种、或声带全部切除,或因大脑语言中枢受伤害而患失语症。</p> <p>咀嚼吞咽能力完全丧失是指因牙齿以外的原因导致器质障碍或机能障碍,以致不能作咀嚼吞咽运动,除流质食物外不能摄取或吞咽的状态。</p>
7.26	六项基本日常生活活动	<p>六项基本日常生活活动是指:</p> <p>(1) 穿衣:自己能够穿衣及脱衣;</p> <p>(2) 移动:自己从一个房间到另一个房间;</p> <p>(3) 行动:自己上下床或上下轮椅;</p> <p>(4) 如厕:自己控制进行大小便;</p> <p>(5) 进食:自己从已准备好的碗或碟中取食物放入口中;</p> <p>(6) 洗澡:自己进行淋浴或盆浴。</p>
7.27	永久不可逆	<p>永久不可逆是指自疾病确诊或意外伤害发生之日起,经过积极治疗180天后,仍无法通过现有医疗手段恢复。</p>
7.28	心功能状态分级	<p>指美国纽约心脏病学会心功能状态的分级标准:</p>

		<p>I级：体力活动不受限制，日常活动不引起乏力、心悸、呼吸困难或心绞痛等症状；</p> <p>II级：体力活动轻度受限，休息时无症状，日常活动即可引起乏力、心悸、呼吸困难或心绞痛等症状；</p> <p>III级：体力活动明显受限，休息时无症状，轻于日常的活动即可引起上述症状；</p> <p>IV级：不能从事任何体力活动，休息时亦有症状，体力活动后加重。</p>
7.29	特定医疗机构	指上海市质子重离子医院，暨复旦大学附属肿瘤医院质子重离子中心。保险期间内我们调整认可的特定医疗机构的，以我们在官方正式渠道（包括但不限于官网、官微）公布的为准。
7.30	质子重离子医疗费用	指被保险人因接受质子重离子放射治疗而发生的费用，包括床位费、膳食费、护理费、医生费、治疗费、检查化验费、药品费、材料费和手术费，但不包括化学疗法、肿瘤免疫疗法、肿瘤内分泌疗法和肿瘤靶向疗法所产生的医疗费用。
7.31	指定移植手术	指重大器官移植术或造血干细胞移植术（见“7.21 重大疾病”释义第4项）。
7.32	指定重大手术	<p>包含冠状动脉搭桥术（见“7.21 重大疾病”释义第5项）、主动脉手术（见“7.21 重大疾病”释义第25项）及严重感染性心内膜炎瓣膜置换手术。</p> <p>严重感染性心内膜炎瓣膜置换手术：指被保险人因急性或亚急性感染性心内膜炎接受了瓣膜置换手术，因其他心脏瓣膜病接受的瓣膜置换手术不在保障范围内。</p>
7.33	社会基本医疗保险	本主险合同所称的社会基本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、新型农村合作医疗等政府举办的基本医疗保障项目。
7.34	殴斗	指因被保险人挑衅或故意行为而导致的打斗。
7.35	醉酒	指每百毫升血液的酒精含量大于或等于100毫克。
7.36	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。
7.37	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。
7.38	无合法有效驾驶证驾驶	<p>指下列情形之一：</p> <p>（1）没有取得驾驶资格；</p> <p>（2）驾驶与驾驶证准驾车型不相符合的车辆；</p>

- (3) 持审验不合格的驾驶证驾驶；
- (4) 未经公安机关交通管理部门同意，持未审验的驾驶证驾驶；
- (5) 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；
- (6) 两轮、三轮、四轮等各类电动车相关事故是否属于“无合法有效驾驶证驾驶”的情形以当地公安机关交通管理部门认定为准；
- (7) 公安机关交通管理部门规定的其他无有效驾驶证驾驶的情况。
- 7.39 无有效行驶证** 指下列情形之一：
- (1) 未取得行驶证；
- (2) 机动车被依法注销登记的；
- (3) 未依法按时进行或通过机动车安全技术检验；
- (4) 两轮、三轮、四轮等各类电动车相关事故是否属于“无有效行驶证”的情形以当地公安机关交通管理部门认定为准。
- 7.40 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。
- 7.41 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。
- 7.42 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》（ICD-10）确定。
- 7.43 既往症** 指被保险人在本主险合同生效日之前已患的已知或应该知道的有关疾病或症状。通常有以下情况：
- (1) 本主险合同生效前，医生已有明确诊断，长期治疗未间断；
- (2) 本主险合同生效前，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) 本主险合同生效前发生，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。
- 7.44 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。
- 7.45 攀岩** 指攀登悬崖、楼宇外墙、人造悬崖、冰崖、冰山等运动。
- 7.46 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。
- 7.47 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。
- 7.48 特技表演** 指进行马术、杂技、驯兽等表演。

- 7.49 **保险费约定支付日** 指保险合同生效日在每月、每季、每半年或每年（根据交费方式确定）的对应日。如果当月无对应的同一日，则以该月最后一日为对应日。
- 7.50 **净保险费** 若首次投保或非续保时，其计算公式为“保险费×(1-25%)”；若续保时，其计算公式为“保险费×(1-20%)”。

附表：

前海医管家医疗保险计划

单位：人民币元

保险计划		计划 A	计划 B
各项保险金 年度给付限 额	一般医疗保险金	200 万	200 万
	重大疾病医疗保险金	200 万	200 万
	质子重离子医疗保险金	无单独限额	无单独限额
	特定疾病及手术特需医疗保险金*	不包含该项责任	无单独限额
年度给付限额		400 万 (以上各项保险金合计年度给付金额不超过 400 万)	
年免赔额		8000	

*特定疾病及手术特需医疗保险金所保障的床位费及加床费每日合计给付限额为人民币 1500 元，但重症监护室床位费不受此限。

[本页内容结束]