国华医颗心医疗保险条款

阅 读 指 引

请扫描以查询验证条款

本阅读指引旨在帮助您理解条款，对“国华医颗心医疗保险”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合同提供的保障……2.4
- 您有退保的权利……5.1

您应当特别注意的事项

- 在某些情况下，我们不承担保险责任……2.5
- 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
- 请留意条款所称医疗机构的特定含义……7.8

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。

条款目录

1.您与我们的合同
1.1 保险合同构成
1.2 保险合同成立与生效
2.我们提供的保障
2.1 保险期间和续保
2.2 投保条件
2.3 保险金额
2.4 保险责任
2.5 责任免除
3.如何申请领取保险金
3.1 受益人
3.2 保险事故通知
3.3 保险金申请
3.4 保险金给付
3.5 诉讼时效
4.如何支付保险费
4.1 保险费的支付
4.2 宽限期
5.如何解除保险合同
5.1 您解除合同的手续及风险
6.其他需要关注的事项
6.1 明确说明与如实告知
6.2 我们合同解除权的限制
6.3 合同内容变更
6.4 年龄错误
6.5 职业或工种变更
6.6 联系方式变更
6.7 争议处理
7.释义
7.1 保单周年日
7.2 保单年度
7.3 保险费约定支付日
7.4 周岁
7.5 连续投保
7.6 意外伤害事故
7.7 中国境内
7.8 医疗机构
7.9 住院
7.10 社会医疗保险
7.11 免赔额
7.12 药品费
7.13 住院手术费
7.14 床位费及膳食费
7.15 其他费用
7.16 门诊急诊
7.17 初次发生
7.18 专科医生
7.19 特定恶性肿瘤
7.20 酗酒
7.21 毒品
7.22 酒后驾驶
7.23 无合法有效驾驶证驾驶
7.24 无有效行驶证照
7.25 机动车
7.26 潜水
7.27 攀岩
7.28 探险活动
7.29 武术比赛
7.30 特技表演
7.31 医疗事故
7.32 感染艾滋病病毒或患艾滋病
7.33 遗传性疾病
7.34 先天性畸形、变形或染色体异常
7.35 有效身份证件
7.36 现金价值
附录一

国华人寿保险股份有限公司
GUOHUA LIFE INSURANCE CO.,LTD.

国华医颗心医疗保险条款

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

❶ 您与我们的合同

1.1 保险合同构成

本保险合同（以下简称“本合同”）指您与我们之间订立的“国华医颗心医疗保险合同”。

本合同由保险单、保险条款、投保单，以及与本合同有关的投保文件、合法有效的声明、批注、批单和其他书面协议共同构成。

1.2 保险合同成立与生效

您提出保险申请、我们同意承保，本合同成立。

本合同自我们同意承保、收取首期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。**保单周年日**（见 7.1），**保单年度**（见 7.2），**保险费约定支付日**（7.3）和保单满期日均以本合同生效日计算。如当月无对应同一日，则以该月最后一日作为对应日。

❷ 我们提供的保障

2.1 保险期间和续保

本合同的保险期间为 1 年，自本合同生效日起至满期日的 24 时止。

在续保期间内，我们不会因为被保险人的健康状况变化而终止被保险人续保。

每个保单满期日或之前，若我们未收到您停止继续投保本合同的书面申请，经我们同意后，我们将按续保时约定的承保条件为您继续续保本合同。在规定时间内，您按续保时对应的费率向我们支付续保保险费后，本合同将延续有效 1 年。本合同的最高续保年龄为 80 **周岁**（见 7.4）。

2.2 投保条件

您和被保险人必须符合以下条件：

投保人条件

凡年满 18 周岁，具有完全民事行为能力且对被保险人具有保险利益的人，均可作为本合同的投保人。

被保险人条件

凡投保时身体健康，且符合我们承保条件的人，均可作为本合同的被保险人。

2.3 **保险金额** 本合同的各项保险金额由您在投保时与我们约定并在保险单上载明。

2.4 **保险责任** 在本合同有效期内，我们承担如下保险责任：

2.4.1 **等待期** 您首次投保或非**连续投保**（见 7.5）本保险时，被保险人在本合同生效日起 30 日内因**意外伤害事故**（见 7.6）以外的原因导致发生本合同所约定的保险事故的，我们不承担给付保险金的责任。这 30 日的时间称为等待期。

连续投保或因遭受意外伤害事故导致发生本合同所约定的保险事故的无等待期。

在本合同有效期内，如被保险人在等待期后发生本合同所约定的保险事故，我们按下列方式给付保险金：

2.4.2 **医疗保险金** 本合同医疗保险金的保障范围，仅指发生在**中国境内**（见 7.7），并在本合同约定的**医疗机构**（见 7.8）发生的医疗费用。

对于发生的医疗费用，我们根据各保障计划的不同对所承担的保障范围区分为：

（1）承担被保险人因入住本合同约定的医疗机构内的特需病房、外宾病房或其它不属于社会医疗保险范畴的高等级病房而发生的住院医疗费用和在本合同约定的医疗机构内的特需门诊部就诊发生的住院前后门急诊医疗费用和特定门诊医疗费用；

（2）不承担被保险人因入住本合同约定的医疗机构内的特需病房、外宾病房或其它不属于社会医疗保险范畴的高等级病房而发生的住院医疗费用和在本合同约定的医疗机构内的特需门诊部就诊发生的住院前后门急诊医疗费用和特定门诊医疗费用。

我们在上述保障范围内承担下列医疗保险金保险责任：

2.4.2.1 **住院医疗保险金** 被保险人每次因患疾病或遭受意外伤害事故经医疗机构诊断必须**住院**（见 7.9）治疗的，对于被保险人每次住院实际发生并支付的符合本合同保障范围的住院医疗费用，在扣除被保险人**已经**通过**社会医疗保险**（见 7.10）、公费医疗、商业性费用补偿型医疗保险、其他政府机构或社会福利机构等途径取得的医疗费用补偿和本合同约定的**免赔额**（见 7.11）后，对于剩余部分，我们按照**附录一**约定的赔付比例给付住院医疗保险金。

其中，住院医疗费用是指被保险人在住院期间实际发生的**药品费**（见 7.12）、**住院手术费**（见 7.13）、**床位费及膳食费**（见 7.14）和**其他费用**（见 7.15）。

对于住院医疗费用中的床位费及膳食费，我们设定了日限额。床位费及膳食费日限额由您在投保时与我们约定并在保险单上载明。

在每一保单年度内，我们仅对被保险人累计住院 180 日内发生的住院医疗费用承担保险责任。

2.4.2.2 门急诊医疗保险金

我们在本合同医疗保险金的保障范围内，承担下列门急诊保险金保险责任：

2.4.2.2.1 住院前后门急诊医疗保险金

被保险人在医疗机构住院治疗的，对于被保险人在与住院相同的医疗机构因与该次住院相同的原因在该次住院前七日内（含住院当日）以及出院后三十日内（含出院当日）所实际发生并支付的符合本合同保障范围的**门诊急诊**（见 7.16）治疗费用，在扣除被保险人**已经**通过社会医疗保险、公费医疗、商业性费用补偿型医疗保险、其他政府机构或社会福利机构等途径取得的医疗费用补偿和本合同约定的免赔额后，对于剩余部分，我们按照**附录一**约定的赔付比例给付住院前后门急诊医疗保险金。

其中，门诊急诊治疗费用是指包括医生诊断、处方、药品、检查、护理、医疗用品等在医疗机构内发生的费用，以当地卫生或有关政府部门核准的收费标准为限。

2.4.2.2.2 特定门诊医疗保险金

被保险人在医疗机构以门诊方式接受**恶性肿瘤放射治疗、恶性肿瘤静脉注射化学治疗、血液透析、腹膜透析、肾移植术后抗排异治疗**的，对于被保险人每次门诊实际发生并支付的符合本合同保障范围的特定门诊治疗费用，在扣除被保险人**已经**通过社会医疗保险、公费医疗、商业性费用补偿型医疗保险、其他政府机构或社会福利机构等途径取得的医疗费用补偿和本合同约定的免赔额后，对于剩余部分，我们按照**附录一**约定的赔付比例给付特定门诊医疗保险金。

2.4.3 最高给付金额

被保险人住院期间，我们对被保险人每日给付的床位费及膳食费以床位费及膳食费日限额为限。

在保单年度内，若我们对被保险人累计给付的住院医疗保险金以及门急诊医疗保险金之和达到年度医疗保险金额时，该保单年度内的各项医疗保险金责任均终止。

年度医疗保险金额等于基本医疗保险金额；但在保险期间内且在等待期后，若被保险人**初次发生**（见 7.17）并被医院机构的**专科医生**（见 7.18）确诊患有本合同约定的**特定恶性肿瘤**（见 7.19），被保险人的年度医疗保险金额为基本医疗保险金额的 2 倍。

续保期间内，若我们对被保险人累计给付的住院医疗保险金以及门急诊医疗保险金之和达到累计医疗保险金额时，本合同效力终止。

床位费及膳食费日限额、基本医疗保险金额以及累计医疗保险金额由您在投保时与我们约定并在保险单上载明。

2.4.4 **责任的延续**

对等待期后本合同满期日前发生的且延续至本合同满期日后 30 日内的住院治疗，我们仍然承担给付保险金的责任，但累计给付日数以最高给付日数为限，累计给付金额以各项责任对应的最高给付金额为限。

2.5 责任免除

因以下情形之一，导致被保险人医疗费用支出的，本公司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) 被保险人自杀，但被保险人自杀时为无民事行为能力人的除外；

(4) 被保险人**酗酒**（见 7.20）、殴斗、主动吸食或注射**毒品**（见 7.21），违反规定使用麻醉或精神药品；

(5) 被保险人**酒后驾驶**（见 7.22）、**无合法有效驾驶证驾驶**（见 7.23）或驾驶**无有效行驶证照**（见 7.24）的**机动车**（见 7.25）；

(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) 被保险人从事**潜水**（见 7.26）、滑水、滑雪、滑冰、滑翔翼、热气球、跳伞、**攀岩**（见 7.27）、**探险活动**（见 7.28）、**武术比赛**（见 7.29）、摔跤比赛、柔道、空手道、跆拳道、拳击、**特技表演**（见 7.30）、蹦极、赛马、赛车、各种车辆表演及车辆竞赛等高风险运动；

(9) 被保险人未遵医嘱私自服用、涂用、注射药物；

(10) 食物中毒，药物过敏；

(11) 被保险人分娩、流产、宫外孕、不孕不育治疗、人工受精、怀孕、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；

(12) 被保险人患精神和行为障碍（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）；

(13) 在诊疗过程中发生的**医疗事故**（见7.31）；

(14) 被保险人接受矫形、视力矫正手术、美容、变性手术、牙科保健及非意外伤害事故所致的整容手术；

(15) 被保险人患椎间盘突出症（包括椎间盘膨出、椎间盘突出、椎间盘脱出、 游离型椎间盘等类型）；

(16) 被保险人在投保前罹患的、投保时尚未治愈的疾病；被保险人在投保时未如实告知的既往疾病以及在本合同签发日前 24 个月内已经存在的疾病或症状；

(17) 被保险人在非本合同约定的医疗机构就诊发生的医疗费用；

(18) 被保险人在初次投保或非连续性投保的合同签发之日起一百二十天内接受扁桃腺、甲状腺、疝气、女性生殖系统疾病的检查与治疗；

(19) 被保险人**感染艾滋病病毒或患艾滋病**（见7.32）；

(20) **遗传性疾病**（见 7.33），**先天性畸形、变形或染色体异常**（见 7.34）；

(21) 减肥治疗、戒酒治疗、戒毒治疗、心理治疗、脱发健发治疗、性功能障碍治疗、睡眠障碍治疗、饮食障碍（贪食症、厌食症）治疗、视力矫正治疗；

(22) 康复治疗或训练、修养或疗养、健康体检、隔离治疗（定义医疗机构内的除外）、非处方药物、保健食品及用品、体外或植入的医疗辅助装置或用具（义肢、轮椅、拐杖、助听器、眼镜或隐形眼镜、义眼等等）及其安装；

(23) 预防性治疗、实验性或试验性治疗。

❸ 如何申请领取保险金

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 您或受益人知道保险事故后应当在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、损失程度等难以确定的，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或者虽未及时通知但不影响我们确定保险事故的性质、原因、损失程度的除外。

被保险人应在我们指定或认可的医疗机构就诊，若因急诊未在我们指定或认可的医疗机构就诊的，应在 3 日内通知我们，并在病情好转后及时转入我们指定或认可的医疗机构。若确需在非指定或认可的医疗机构就诊的，应向我们提出书面申请，我们在接到申请后 3 日内给予答复，对于我们同意在非指定或认可的医疗机构就诊的，我们按约定承担给付保险金的责任。

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 在申请本合同保险金时，申请人须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）申请人的**有效身份证件**（见 7.35）；

（3）医疗机构出具的完整病历资料(包括门急诊病历、住院病历或出院小结以及相关的检查报告)；

（4）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）；

（5）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。

以上证明和资料不完整的，我们将及时一次性通知申请人补充提供有关证明和资料。

3.4 保险金给付 我们在收到保险金给付申请书及合同约定的证明和资料后，将在5日内作出核定；情形复杂的，在30日内作出核定。但因第三方责任或其他非我们的责任导致保险事故的性质、金额无法确定的除外。

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。

我们未及时履行前款规定义务的，除支付保险金外，应当赔偿受益人因此受到的损失。

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。

❹ 如何支付保险费

4.1 **保险费的支付** 本合同的保险费及交费方式由您在投保时与我们约定并在保险单上载明。

本合同的保险费是根据被保险人的性别、年龄、选择的保障计划、有无社会医疗保险等因素确定的。

4.2 **宽限期** 本合同 1 年保险期届满时，若我们未收到您停止继续投保本合同的书面申请，经我们同意后，我们将按续保时约定的承保条件为您继续续保本合同。自满期日的次日零时起 60 日内为宽限期，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。

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

❺ 如何解除保险合同

5.1 **您解除合同的手续及风险** 如您申请解除本合同，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 日内向您退还收到解除合同申请书之日本合同的**现金价值**（见 7.36）。

您解除合同会遭受一定损失。

❻ 其他需要关注的事项

6.1 **明确说明与如实告知** 订立本合同时，我们应向您说明本合同的内容。

对保险条款中免除我们责任的条款，我们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您注意的提示，并对该条款的内容以书面或者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，我们有权解除本合同。

如果您故意不履行如实告知义务，对于本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，但应当退还保险费。

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 我们合同解除权的限制 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 合同内容变更 在本合同有效期内，经您与我们协商一致，可以变更本合同内容。变更本合同内容的，应当由我们在保险单或其他保险凭证上批注或附贴批单，或由您与我们订立书面的变更协议。

6.4 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单上填明，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合同约定投保年龄限制的，在保险事故发生之前我们有权解除合同，并向您退还本合同的现金价值。

（2）您申报的被保险人年龄不真实，致使您实付保险费少于应付保险费的，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付保险费和应付保险费的比例给付。

（3）您申报的被保险人年龄不真实，致使您实付保险费多于应付保险费的，我们会将多收的保险费退还给您。

6.5 职业或工种变更 被保险人变更其职业或工种时，您或被保险人应于 10 日内以书面形式通知我们。被保险人所变更的职业或工种，若依照我们职业分类其危险程度降低时，我们自接到通知之日起，按其差额退还现金价值；若其危险程度增加时，我们自接到通知之日起，按差额比例增收保险费。但被保险人所变更的职业或者工种依照我们职业分类属于拒保范围内的，我们收到通知后，对被保险人的保险责任自被保险人职业、工种变更之日起终止，向您退还被保险人职业、工种变更之日本合同的现金价值。

被保险人的职业或工种变更之后，若依照我们职业分类其危险程度增加而您未依上述约定通知而发生保险事故的，我们按实收保险费与应收保险费的比例计算给付保险金。但被保险人职业或工种变更之后在我们拒保范围内的，

我们不承担给付保险金责任。

6.6 **联系方式变更** 为了保障您的合法权益，您的住所、通讯地址或电话等联系方式变更时，请及时以书面形式或双方认可的其他形式通知我们。若您未以书面形式或双方认可的其他形式通知我们，我们按本合同载明的最后住所或通讯地址发送的有关通知，均视为已送达给您。

6.7 **争议处理** 合同争议解决方式由当事人在合同约定时从下列两种方式中选择一种：
（1）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____仲裁委员会仲裁；
（2）因履行本合同发生的争议，由当事人协商解决，协商不成的，依法向被告住所地人民法院起诉。

❼ 释义

7.1 **保单周年日** 指在本合同有效期内，本合同生效日在合同生效后每年的对应日，不含本合同生效日当日。若当月没有对应的同一日，则以该月最后一日为对应日。

7.2 **保单年度** 指在本合同有效期内，从本合同生效日或保单周年日零时起至下一年度的保单周年日零时止为一个保单年度。

7.3 **保险费约定支付日** 根据本合同交费方式确定的本合同生效日在每月、每季、每半年或每年的对应日。如果当月无对应的同一日，则以该月最后一日为对应日。

7.4 **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。

7.5 **连续投保** 指投保人为被保险人续保同一险种，且续保保单的生效日为原保单到期日的次日。

7.6 **意外伤害事故** 指外来的、非本意的、突然的、非疾病的使被保险人身体受到伤害的客观事件。
猝死不属于意外伤害事故。

其中，猝死：指表面健康的人因潜在疾病、机能障碍或其他原因在出现症状后 24 小时内发生的非暴力性突然死亡。猝死的认定以医院的诊断和公安部门的鉴定为准。

7.7 **中国境内** 指中华人民共和国境内，但不包括中国香港特别行政区、中国澳门特别行政区和中国台湾地区。

7.8 **医疗机构** 指国家卫生部医院等级分类中的二级或二级以上的公立医院，但前述医院并不包括观察室、联合病房和康复病房以及附属于前述医院或单独作为诊所、康复、护理、疗养、戒酒、戒毒等或相类似的医疗机构。同时该医院必须具有符合有关医院管理规定设置标准的医疗设备，并且全日二十四小时有合格

医师及护士驻院提供医疗和护理等服务。

7.9 **住院**

指被保险人确因临床需要入住医疗机构之正式病房进行治疗，并正式办理入出院手续，**不包括入住门诊观察室、家庭病床、挂床住院及以及休养、疗养、身体检查和健康护理等非治疗性行为导致的住院**。
其中,挂床住院指被保险人非治疗需要，离开医疗机构 12 小时以上，视为自动离开医疗机构，本公司仅对离开日及以前属于保险责任范围内的住院治疗承担保险金给付责任。

7.10 **社会医疗保险**

各省区市城镇职工基本医疗保险办法和各省区市城镇职工地方附加医疗保险办法规定的医疗保险，包括新农合、城镇职工基本医疗保险、城镇居民基本医疗保险、医疗救助等政府举办的基本医疗保障项目以及城乡居民大病保险等保障项目。其中各省区市城镇职工基本医疗保险办法是指各省区市人民政府令发布的为保障职工基本医疗需求制定的管理办法。

7.11 **免赔额**

本合同的免赔额指每一保单年度免赔额。
本合同的免赔额由您在投保时与我们约定并在保险单上载明。

7.12 **药品费**

药品费是指根据医生处方使用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，包括西药、中成药和中草药，且已经过本公司审核同意的药品。同时不包括下列中药类药品：（1）主要起营养滋补作用的单方、复方中药或中成药品；（2）部分可以入药的动物及动物脏器；（3）用中药材和中药饮片炮制的各类酒制剂等。

7.13 **住院手术费**

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、手术设备费等；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**。

7.14 **床位费及膳食费**

床位费：指被保险人在住院期间发生的医疗机构床位的费用,**不包括陪人床、观察病房床位和家庭病床的费用**。

膳食费：指住院期间实际发生的、由医院提供的合理的、符合惯常标准的膳食费用，但不包括购买的个人用品。

7.15 **其他费用**

指被保险人在住院期间发生的除药品费、住院手术费、床位费及膳食费以外的以下费用：
（1）化验费、检查费；
（2）输氧费；
（3）病室治疗费、诊疗费、冷暖气费用、医生诊查费、护理费；
（4）本地救护车费；
（5）注射费；
（6）物理治疗费；
（7）包扎科、普通外科夹板及石膏整形费用；
（8）材料费：指在住院以及门急诊就医期间医生或者护士在为被保险人进

行的各种治疗中所使用的医疗器材和医用材料。

7.16 **门诊急诊** 指被保险人确因临床需要，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**。

7.17 **初次发生** 指被保险人首次出现本合同约定的疾病的前兆或异常的身体状况，包括与本合同约定的疾病相关的症状及体征。

7.18 **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。

7.19 **特定恶性肿瘤** 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。

下列疾病不属于特定恶性肿瘤范围内：
（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；
（5）乳腺癌；
（6）宫颈癌；
（7）甲状腺癌；
（8）前列腺癌；
（9）感染艾滋病病毒或患艾滋病期间所患恶性肿瘤。

7.20 **酗酒** 指没有节制地喝酒，以医疗机构或司法部门出具的酒精中毒或酒精摄入过量的相关证明为依据。

7.21 **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。

7.22 **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。

7.23 **无合法有效驾驶** 指下列情形之一：

	证驾驶	（1）没有取得驾驶资格； （2）驾驶与驾驶证准驾车型不相符合的车辆； （3）持审验不合格的驾驶证驾驶； （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。
7.24	**无有效行驶证照**	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。
7.25	**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。
7.26	**潜水**	指以辅助呼吸器材在江、河、湖、海、水库、运河等水域进行的水下运动。
7.27	**攀岩**	指攀登悬崖、建筑物外墙、人造悬崖、冰崖、冰山和雪山等运动。
7.28	**探险活动**	指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，而使自己置身于其中的行为，如江河漂流、徒步穿越沙漠或原始森林等活动。
7.29	**武术比赛**	指两人或两人以上对抗柔道、空手道、跆拳道、散打、拳击等各种拳术及各种使用器械的对抗性比赛。
7.30	**特技表演**	指从事马术、杂技、驯兽、飞车等特殊技能训练或比赛。
7.31	**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，必须经国家认可的，有权负责医疗事故技术鉴定工作的医学会组织鉴定后，方可确认医疗事故的成立。
7.32	**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症，英文缩写为 AIDS。 在人体血液或其它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。
7.33	**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。
7.34	**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。
7.35	**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，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。

7.36 现金价值

指本合同所具有的价值，通常体现为解除合同时，根据精算原理计算的，由我们退还的那部分金额。

现金价值＝保险费×（1-手续费比例）×（1－保险经过日数 / 保险期间的日数），经过日数不足 1 日的按 1 日计算。

手续费比例占保险费的 20%。

若本合同已发生保险金给付或处于宽限期，现金价值为零。

附录一：

保险金赔付比例表			
保险责任	以有社会医疗保险身份投保并以社会医疗保险身份就医并诊断的	以有社会医疗保险身份投保但未以社会医疗保险身份就医并诊断的（**注**）	未以社会医疗保险身份投保
住院医疗保险金	100%	60%	100%
住院前后门急诊医疗保险金	100%	60%	100%
特定门诊医疗保险金	100%	60%	100%

注：当被保险人以有社会医疗保险身份投保购买了包含入住本合同约定的医疗机构内的特需病房、外宾病房或其它不属于社会医疗保险补偿范畴的高等级病房和在本合同约定的医疗机构内的特需门诊部就诊的保障计划且未以社会医疗保险身份在本合同约定的医疗机构就医并诊断时，对于因入住本合同约定的医疗机构内的特需病房、外宾病房或其它不属于社会医疗保险范畴的高等级病房而发生的住院医疗费用，以及因在本合同约定的医疗机构内的特需门诊部就诊发生的住院前后门急诊医疗费用和特定门诊医疗费用，赔付比例为 100%。