

附件2

中原农业保险股份有限公司 团体住院补充医疗保险（2024版）条款

总则

第一条 本保险合同由保险条款、投保单、保险单、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 除另有约定外，被保险人应为参保当地社会基本医疗保险的城镇职工或城乡居民（新生儿出生需满 28 天）。

第三条 投保人应为对被保险人有保险利益的机关、企业、事业单位和社会团体，以及其他不以购买保险为目的而组成的团体中的自然人，其投保人数不低于 3 人。若被保险人为无民事行为能力人，凡不符合保险法规定的投保申请，保险人不予承保。

第四条 除另有约定外，本合同保险金受益人为被保险人本人。

保险责任

第五条 本合同的保险责任包括“医保内住院（释义一）医疗费用保险金”、“医保外住院医疗费用保险金”和“院外特定药品医疗费用保险金”三项责任。其中，“医保内住院医疗费用保险金”为必选责任，“医保外住院医疗费用保险金”、“院外特定药品医疗费用保险金”为可选责任。投保人可在投保必选责任的基础上选择投保可选责任，并在本合同中载明，但不能单独投保可选责任。所投保的保险责任一经确定，在本合同保险期间内不得变更。

（一）医保内住院医疗费用保险金（必选）

在保险期间内，被保险人因遭受意外伤害或自本合同保险期间开始之日起经过本合同约定的等待期（释义二）后因疾病在保险人认可的医院（释义三）住院治疗，对被保险人实际支出的、符合当地社会基本医疗保险（释义四）统筹基金支付范围的合理且必要（释义五）的住院医疗费用，保险人在扣除社会基本医疗保险、大病保险（释义六）按规定报销的部分及约定的免赔额后按照保险合同约定的给付比例给付保险金。

保险期间届满时，被保险人未结束本次住院（释义七）治疗的，保险人继续承担因本次住院发生的合理且必要的住院医疗费用，如保险期间届满之日起第三十日仍未结束本次住院治疗的，自第三十一日起发生的住院医疗费用保险人不承担保险责任。

在保险期间内，保险人所给付的该项保险责任的保险金以保险单中列明的医保内住院医疗费用保险金额为限，对被保险人单次或者累计给付医保内住院医疗费用保险金达到保险单约定的该项保险金额时，本保险合同对该被保险人的该项保险责任终止。

（二）医保外住院医疗费用保险金（可选）

在保险期间内，被保险人因遭受意外伤害或自本合同保险期间开始之日起经过本合同约定的等待期后因疾病在保险人认可的医院住院治疗，保险人对被保险人实际支出的、超出当地社会基本医疗保险统筹基金支付范围的合理且必要的住院医疗费用，在扣除约定的免赔额后，按照保险合同约定的给付比例给付保险金。

保险期间届满时，被保险人未结束本次住院治疗的，保险人继续承担因本次住院发生的

合理且必要的住院医疗费用，如保险期间届满之日起第三十日仍未结束本次住院治疗的，自第三十一日起发生的住院医疗费用保险人不承担保险责任。

在保险期间内，保险人所给付的该项保险责任的保险金以保险单中列明的医保外住院医疗费用保险金额为限，对被保险人单次或者累计给付医保外住院医疗费用保险金达到保险单约定的该项保险金额时，本保险合同对该被保险人的该项保险责任终止。

（三）院外特定药品医疗费用保险金（可选）

在保险期间内，被保险人自本合同保险期间开始之日起经过本合同约定的等待期后，经中华人民共和国境内（不包括香港、澳门、台湾地区）二级或二级以上的公立医院专科医生诊断需使用本合同约定的特定药品目录（释义八）中的药品，对于被保险人实际发生的合理且必要的、同时满足以下条件的院外特定药品费用，保险人在扣除社会基本医疗保险、大病保险按规定报销的部分（仅适用于纳入医保报销范围的药品）及约定的免赔额后，按照保险合同约定的给付比例给付院外特定药品医疗费用保险金。

给付院外特定药品医疗费用保险金须同时满足以下条件：

1. 该特定药品须由医院专科医生开具处方且为被保险人当前治疗必需的药品；
2. 每次特定药品处方剂量不超过 30 日，且处方开具时间须在本合同的保险期间内；
3. 除另有约定外，开具的特定药品处方仅限治疗被保险人在等待期后初次确诊的疾病；
4. 该特定药品必须为本合同期满日前在中国国家药品监督管理局批准且已在中国上市的，且仅限适用于合同约定的特定药品目录中列明的疾病种类及详细适应症范围；
5. 被保险人须在保险人指定药店（释义九）购买上述处方中所列的特定药品；
6. 被保险人购买处方中所列特定药品前，需按保险人指定流程提交相应材料并通过处方审核，具体流程见“授权申请、药品处方审核及购药流程”。

保险人累计承担的院外特定药品医疗费用保险金以本合同约定的院外特定药品医疗费用保险金额为限。

特定药品涉及慈善援助的，被保险人从慈善组织（释义十）获得援助的药品费用不纳入院外特定药品医疗费用保险金的赔付范围。

第六条 本保险合同为费用补偿型保险合同。被保险人通过任何途径所获得的医疗费用补偿金额总和以其实际支出的医疗费用金额为限。若被保险人已从除社会基本医疗保险、大病保险以外的其他途径（包括但不限于其他费用补偿型医疗保险、慈善援助等）获得医疗费用补偿的，保险人仅对已获得补偿后的医疗费用的余额按照本合同约定给付保险金。基本医疗保险个人账户部分支出视为个人现金支付，不属于已获得的医疗费用补偿。

责任免除

第七条 因下列任何原因导致的损失和费用，保险人均不承担给付保险金责任：

- （一）被保险人未以社会基本医疗保险参保身份结算的住院医疗费用；
- （二）投保人、被保险人的故意行为；
- （三）被保险人的自致疾病、自致伤害或自杀，但被保险人自杀时为无民事行为能力人的除外；
- （四）被保险人故意犯罪或抗拒依法采取的刑事强制措施；
- （五）被保险人挑衅或故意行为而导致的打斗、被袭击或被谋杀；
- （六）被保险人未遵医嘱，私自服用、涂用、注射药物；

（七）被保险人怀孕、流产、堕胎、分娩（含剖腹产、难产）、避孕、节育绝育手术、产前产后检查、治疗不孕不育症、人工受孕，或由前述情形导致的并发症；

（八）被保险人从事高风险运动（释义十一）或参加职业或半职业体育运动（释义十二、释义十三）；

（九）遗传性疾病（释义十四），先天性畸形、变形和染色体异常（释义十五）；

（十）被保险人感染艾滋病病毒（HIV 阳性）或者患艾滋病（AIDS）（释义十六）、性病；

（十一）精神和行为障碍（依照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）》（释义十七）确定）；

（十二）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）、地方病（释义十八）；

（十三）被保险人进行外科整形手术、变性手术；

（十四）保险单约定的既往症（释义十九）、除外疾病及除外情况；

（十五）被保险人等待期内确诊的疾病、等待期内接受检查但在等待期后确诊的疾病；

（十六）职业病（释义二十）、医疗事故（释义二十一）；

（十七）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、疗养、康复治疗、非意外事故所致整容手术。

第八条 被保险人在下列期间发生的保险事故，保险人不承担给付保险金责任：

（一）被保险人酒后驾驶（释义二十二）、无合法有效驾驶证（释义二十三）驾驶或驾驶无有效行驶证（释义二十四）的机动车期间；

（二）被保险人醉酒或受毒品（释义二十五）、管制药物影响期间；

（三）被保险人感染艾滋病病毒或患艾滋病期间；

（四）所在国家或地区处于战争、军事行动、暴动、恐怖袭击或武装叛乱期间。

第九条 除另有约定外，下列损失、费用和责任，保险人不承担给付保险金责任：

（一）各种矫形、矫正及生理缺陷的手术和检查治疗费用；

（二）被保险人因保健类或非疾病治疗类项目发生的医疗费用；

（三）体外或植入的医疗辅助装置或用具（眼镜、义齿、义眼、义肢、助听器等）、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、安装或租赁费用；

（四）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；

（五）滋补类中草药及其泡制的各类酒制剂的购买费用；

（六）各种医疗咨询、健康咨询、心理咨询或治疗、健美治疗（如增高、减肥等）、器官移植（含造血干细胞移植）相关的医疗费用；

（七）各类医疗鉴定费用，鉴定类型包含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、遗传基因鉴定等；

（八）被保险人的各项门诊医疗费用；

（九）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所产生的住院医疗费用；

（十）已从社会基本医疗保险、大病保险获得补偿的医疗费用，或已从国家机构、公益机构、慈善组织等获得补偿的医疗费用；

（十一）已从工伤保险基金、生育保险基金中支付的、由公共卫生负担的或第三者承担的医疗费用；

（十二）本保险合同载明的免赔额。

第十条 任何在下列期间发生的或因下列情形之一导致被保险人发生院外特定药品费用的，保险人不承担给付保险金的责任：

（一）本合同第七条至第九条中列明的责任免除事项；

（二）仅有临床不适症状，入院诊断和出院诊断均不属于合同约定的特药目录中列明的疾病种类及详细适应症的治疗；

（三）进行未经科学或者医学认可的试验性或者研究性治疗及前述治疗产生的后果所产生的费用；

（四）被保险人未在保险人指定药店购买的药品；

（五）被保险人未按本合同约定的流程进行购药申请或虽提交申请但未审核通过；

（六）被保险人首次购买特定药品的日期不在本保险期间内；

（七）特定药品处方的开具与中国国家药品监督管理局批准的该药品说明书中所列明的适应症和用法用量不符；

（八）特定药品处方的开具与特药目录中列明药品的适用疾病、适应症不符；

（九）被保险人提交审核的医学材料不能证明该药品对被保险人当前的疾病状态产生有益的治疗疗效；

（十）被保险人的疾病状况，经专科医生审核，确定对药品已经耐药（释义二十六）后仍继续购买该药品；

（十一）特定药品涉及慈善援助的，被保险人从慈善组织获得援助的药品费用；

（十二）被保险人符合慈善援助用药申请条件，但因被保险人未提交相关申请或者提交的申请材料不全，导致援助项目申请未通过而发生的药品费用；被保险人通过援助审核，但因被保险人原因未领取援助药品，而导致的费用。

第十一条 本保险条款其他条目中约定的不承担、免除或减少保险责任的部分，保险人也不负责赔偿。

第十二条 其他不属于本保险合同责任范围内的损失、费用，保险人不负责赔偿。

保险金额、免赔额与给付比例

第十三条 保险金额是保险人承担给付保险金责任的最高限额。本合同医保内住院医疗费用保险金额、医保外住院医疗费用保险金额、院外特定药品医疗费用保险金额由投保人、保险人在投保时协商确定，并在保险合同中载明。保险金额一经确定，保险期间内不能进行变更。

第十四条 免赔额和给付比例由投保人与保险人在订立保险合同时协商确定，并在保险合同中载明。

被保险人通过社会基本医疗保险、大病保险获得的补偿，不可用于抵扣免赔额，但从其他途径已经获得的医疗费用补偿可用于抵扣免赔额。

保险期间

第十五条 本保险合同保险期间不超过一年，具体以保险合同载明的起讫时间为准。

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公司申请投保本产品，经保险人同意后缴纳保险费，并获得新的保险合同。

保险期间届满时，本产品统一停售的，保险人将不再接受对本产品投保申请。

等待期

第十六条 除另有约定外，自保险期间开始之日起三十日内（含第三十日）为本保险合同的等待期。

因意外伤害发生保险责任的，无等待期。如为连续不间断投保的（同一被保险人连续在本保险人处投保本条款为基础的保险合同，保险期间衔接不中断），从第二期保险合同起的连续不间断投保保单合同无等待期。

若保险合同为连续不间断投保，则需重新适用等待期。

缴费方式与宽限期

第十七条 本合同的缴费方式由投保人和保险人约定，并在保险单上载明。

若约定一次性支付保险费，投保人应当在投保时一次性缴清保险费。

若约定分期支付保险费，投保人应当在每一期保险费约定支付日缴纳其余对应的保险费。投保人在支付首期保险费后未按约定在应付之日缴纳保险费，保险人允许投保人在宽限期内补缴保险费，如果被保险人在宽限期内发生保险事故，保险人仍按照合同约定给付保险金，但需投保人先行补缴所有未缴期间的保险费。

若投保人在保险人约定的宽限期内未补缴保险费，则本合同自当期保费的应付之日起终止，对于保险合同终止后发生的保险事故，保险人不承担保险责任。

除另有约定外，本合同缴纳保险费的宽限期为保险人催告之日起三十天（含第三十天）。

保险人义务

第十八条 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。

第十九条 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。

第二十条 保险人依本保险条款取得的合同解除权，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。

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的责任。

第二十一条 保险人按照本保险合同的约定，认为被保险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、被保险人补充提供。

第二十二条 保险人收到被保险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；对属于保险责任的，在与被保险人达成给付保险金的协议后十日内，履行给付保险金义务。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发出拒绝给付保险金通知书，并说明理由。

第二十三条 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，对其给付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保险金的数额后，应当支付相应的差额。

投保人、被保险人义务

第二十四条 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如实告知义务，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，保险人对于合同解除前发生的保险事故，不承担给付保险金的责任，但应当退还保险费。

第二十五条 除另有约定外，保险合同成立后，投保人按照约定缴付保险费，保险人按照约定的时间开始承担保险责任。

第二十六条 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。

第二十七条 团体投保时，在保险期间内，投保人因其人员变动，需增加、减少被保险人时，应以书面形式向保险人提出申请。保险人同意后出具批单，并在本保险合同中批注。

（一）被保险人人数增加时，保险人在审核同意后，于收到申请之日的次日零时开始承担保险责任，并按约定增收短期保险费。

（二）被保险人人数减少时，保险人在审核同意后，于收到申请之日的次日零时起，对减少的被保险人终止保险责任（如减少的被保险人属于已离职的，保险人对其所负的保险责任自其离职之日起终止），并按约定退还本保险合同的未满期保险费（释义二十七），但减少的被保险人本人或其保险金申请人已发生保险金给付的，保险人不退还本保险合同该被保险人项下的未满期保险费。减少后的被保险人人数低于 3 人时，保险人有权解除本保险合同，并按约定退还本保险合同的未满期保险费。

第二十八条 保险期间内，投保人需变更保险合同内容的，应以书面形式向保险人提出申请。保险人同意后出具批单，并在本合同中批注。

第二十九条 被保险人的投保年龄按周岁（释义二十八）计算。投保人应在投保本保险时将被保险人的真实年龄与性别在投保单上填明，如果发生错误，保险人按照下列规定办理：

（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的年龄限制的，保险人有权解除本保险合同，并向投保人退还本保险合同的未满期保险费。

（二）投保人申报的被保险人年龄或性别不真实，致使投保人支付的保险费少于应付保险费的，保险人有权更正并要求投保人补缴保险费。若已经发生保险事故，在给付保险金时按照实付保险费与应付保险费的比例支付。

（三）投保人申报的被保险人年龄或性别不真实，致使投保人支付的保险费多于应付保险费的，保险人应将多收的保险费无息退还投保人。

第三十条 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**（释义二十九）而导致的迟延。

保险金申请与给付

第三十一条 被保险人同时拥有多份有效的费用补偿型医疗保险保险单的，可以自主决定理赔申请顺序。

（一）医保内住院医疗费用保险金、医保外住院医疗费用保险金

保险金申请人（释义三十）向保险人申请给付保险金时，应当以书面形式提交下列证明和资料。保险金申请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。**保险金申请人未能提供有关证明和资料，导致保险人无法核实该申请的真实性的，保险人对无法核实部分不承担给付保险金的责任。**

1.保险金给付申请书。

2.保险单号。

3.保险金申请人、被保险人及受益人的**有效身份证件**（释义三十一）。

4.保险人认可的医院出具的附有病理检查、化验检查、血液检查及其它诊断报告的疾病诊断证明书、病历、住院证明、出院小结、医疗费用原始发票、住院医疗费用结账明细清单等。

5.被保险人若已通过其它途径获得了部分医疗费用的补偿并无法提供医疗费用原始凭证时，需提供医疗费用凭证复印件，同时出具注明已给付比例和金额、加盖支付费用单位公章的分割单等相关证明，保险人在剩余医疗费用内按本保险合同约定承担保险责任。

本保险合同所指分割单应符合财政部《会计基础工作规范》的有关要求。涉及社会基本医疗保险时，分割单指社会基本医疗保险费用结算表，或当地社会基本医疗保险结算办法所规定的其他类似费用结算证明。

6.保险金申请人所能提供的与确认保险事故的性质、原因、损失程度等相关的其他证明和资料。

7.保险金申请人委托他人申请的，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。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。

（二）院外特定药品医疗费用保险金

保险金申请人向保险人申请给付保险金时，需按照以下流程进行授权申请、药品处方审核和药品购买：

1. 授权申请和药品处方审核

保险金申请人向保险人提交院外特定药品授权申请（以下简称“授权申请”），并提供下列授权申请材料：

（1）保险金给付申请书；

(2) 被保险人的有效身份证件；

(3) 支持审核的全部证明、信息和证据，包括但不限于医院出具的门诊及住院病历资料、医学诊断书、病理检查报告、影像报告、检查化验报告、医疗费用原始单据、费用明细单据等原件。保险金申请人因特殊原因不能提供上述材料的，应提供其它合法有效的材料；

(4) 二级或二级以上公立医院医生开具的特定药品处方；

(5) 二级或二级以上公立医院开具的外购药证明；

(6) 保险金申请人所能提供的与确认保险事故性质、原因、损失程度等有关的其他证明和资料；

(7) 若保险金申请人委托他人申请的，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。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材料。

保险人基于提交的资料进行药品处方审核。若保险金申请人提交的相关材料不足以支持药品处方审核，或者医学材料中相关的科学方法检验报告结果不支持药品处方的开具，保险人有权要求并一次性通知保险金申请人补充提供有关证明和资料。

如果保险金申请人未提交授权申请或者处方审核未通过，保险人不承担给付院外特定药品医疗费用保险金的责任。

2. 药品购买

特定药品授权申请及特定药品处方经保险人审核通过后，保险金申请人携带有效药品处方、保险金申请人及被保险人的有效身份证件、被保险人的中华人民共和国社会保障卡（如有）在保险合同约定的指定药店购药：

(1) 保险金申请人到保险人公示的直付药店清单内药店购药的，保险金申请人仅需支付经保险人核算的院外特定药品费用免赔额部分及按比例应该自付的部分，剩余费用由保险人与指定药店直接结算；

(2) 保险金申请人在其他指定药店购药的，保险金申请人需在自购药品 30 天内向保险人提交购药发票、费用明细清单等购药资料或凭证申请理赔；**保险金申请人未能提供有关材料，导致保险人无法核实该申请的真实性的，保险人对无法核实部分不承担给付保险金的责任。**

本公司指定的药品目录中的药品有慈善赠药计划且被保险人符合慈善赠药申请条件的，被保险人须进行慈善赠药申请，慈善赠药申请审核通过后，被保险人须到慈善项目指定药店领取慈善援助药品。

第三十二条 被保险人遭受保险事故的，保险人有权对投保人、被保险人、保险金申请人和有关医疗机构等进行调查和检查，投保人、被保险人、保险金申请人等应当予以充分配合。

第三十三条 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。

争议处理与法律适用

第三十四条 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人民法院起诉。

第三十五条 本保险合同的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）。

其他事项

第三十六条 在本合同成立后，投保人可以书面形式通知保险人解除本合同。保险人已根据本合同的约定给付保险金或本合同存在尚未结案或撤销的理赔申请的，投保人不得要求解除本合同。

第三十七条 投保人申请解除本保险合同时，应当提供下列证明文件和资料：

- (一) 保险合同解除申请书；
- (二) 保险合同凭据；
- (三) 投保人身份证明或投保单位证明；
- (四) 保险费交付凭证。

投保人要求解除本合同，自保险人接到保险合同解除申请书之日次日零时起，本合同的效力终止。保险人收到上述证明文件和资料之日起三十日内退还本合同的未到期保险费。

第三十八条 发生以下情况之一时，本合同效力即时终止：

- (一) 保险期间届满；
- (二) 因本合同其他条款所约定的情况而终止效力。

释义

第三十九条 本保险合同涉及下列术语时，适用下列释义：

(一) **住院**：指被保险人因意外伤害或疾病而入住医院的正式病房进行治疗，并正式办理入院出院手续，不包括入住门诊观察室、家庭病床、疗养院、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，其具体表现包括但不限于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。

(二) **等待期**：指自保险合同生效之日起，本公司将对一段时间内发生的保险事故不承担给付保险金的责任，这段时间称为等待期。如果被保险人在等待期内发生本合同约定的保险事故，无论是否延续至等待期后，本公司均不承担给付保险金的责任，并向投保人无息退还所缴的全部保险费，本合同终止。

(三) **保险人认可的医院**：指保险人与投保人约定的定点医院，未约定定点医院的，则指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普通部（不包含公立医院的特需医疗、外宾医疗、干部病房），但不包括主要作为诊所、康复、护理、疗养、戒酒、戒毒等或类似的医疗机构。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。

(四) **社会基本医疗保险**：指城镇职工基本医疗保险、城乡居民基本医疗保险等政府举办的社会保障项目。

(五) **合理且必要**：指被保险人发生的医疗费用应符合下列所有条件：

1. 治疗疾病所必需的项目；
2. 不超过安全、足量治疗原则的项目；
3. 由医生开具的处方药或医嘱；
4. 非试验性的、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。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。

（六）大病保险：指城乡居民大病保险、城镇职工大额补充医疗保险、公务员补充医疗保险等政府举办的社保补充医疗保险。

（七）本次住院：指被保险人因意外伤害或疾病住院治疗，自入院日至出院日这一期间为一次住院，但若因同一原因再次住院，且前次出院与下次住院间隔未超过三十天，视为同一次住院。

（八）约定的特定药品目录：指保险人在承保时与投保人约定的属于保险责任的特定药品清单，以保险人最新公布信息为准。

保险人保留对特定药品目录进行变更的权利，将根据医疗水平的发展对药品目录进行更新。

（九）指定药店：指保险合同约定的指定药店名单中的药店，保险人保留对指定药店名单做出适当调整的权利。

除另有约定外，指定药店需同时满足以下条件：

1. 取得国家药品经营许可证、GSP 认证；
2. 具有完善的冷链药品送达能力；
3. 该药店内具有医师、执业药师等专业人员提供服务。

（十）慈善组织：指依法成立的、符合《中华人民共和国慈善法》规定，以面向社会开展慈善活动为宗旨的非营利性组织。慈善组织可以采取基金会、社会团体、社会服务机构等组织形式。

（十一）高风险运动：指比一般常规性的运动风险等级更高、更容易发生人身伤害的运动，在进行此类运动前需有充分的心理准备和行动上的准备，必须具备一般人不具备的相关知识和技能或者必须在接受专业人士提供的培训或训练之后方能掌握。被保险人进行此类运动时须具备相关防护措施或设施，以避免发生损失或减轻损失，包括但不限于潜水、滑水、滑雪、滑冰、驾驶或乘坐滑翔翼、滑翔伞、跳伞、攀岩运动、探险活动、武术比赛、摔跤比赛、柔道、空手道、跆拳道、马术、拳击、特技表演、驾驶卡丁车、赛马、赛车、各种车辆表演、蹦极。

（十二）职业体育运动：指以职业运动员身份追求竞技比赛票房价值、以商业牟利为目的的竞技体育活动。职业体育运动员指参加职业体育运动，并以此为主要收入来源的人。

（十三）半职业体育运动：指非职业运动员参加职业体育运动赛事、或其他设有奖金或报酬的体育运动，但并不以此为主要收入来源。

（十四）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。

（十五）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。

（十六）感染艾滋病病毒（HIV 阳性）或者患艾滋病（AIDS）：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；艾滋病病毒指人类免疫缺陷病毒，

英文缩写为 HIV。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。

（十七）《疾病和有关健康问题的国际统计分类》（ICD-10）：指世界卫生组织（WHO）制定的国际统一的疾病分类方法，它根据疾病的病因、病理、临床表现和解剖位置等特性，用一种系统有序的组合编码的方法对疾病进行分类。目前世界通用的是第 10 次修订本《疾病和有关健康问题的国际统计分类》，（ICD-10）是该分类第 10 次修订本的简称。

（十八）地方病：某种疾病只在一定地区内或人群中不断发生。与特定地区的地质、地貌、水土、气候等因素密切相关，并在条件相似地区蔓延流行。各地地方病种的确定以索赔当时当地地方病防治机构的公布为准。

（十九）既往症：指在本合同生效前罹患的被保险人已知或应该知道的有关疾病。通常有以下情况：

1. 本合同生效前，医生已有明确诊断，长期治疗未间断；
2. 本合同生效前，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. 本合同生效前，医生已有明确诊断，但未予以治疗。

（二十）职业病：指劳动者在工作或者其他职业活动中，因接触粉尘、放射线和有毒、有害物质等职业危害因素而引起的疾病。职业病范围以索赔当时国家正式颁布的种类为准。

（二十一）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及常规，过失造成患者人身损害的事故。

（二十二）酒后驾驶：指车辆驾驶人员在其血液中的酒精含量大于或者等于 20mg/100mL 时的驾驶行为。

（二十三）无合法有效驾驶证：指被保险人存在下列情形之一者：

1. 无驾驶证或驾驶证有效期已届满；
2. 驾驶的机动车与驾驶证载明的准驾车型不符；
3. 实习期内驾驶公共汽车，营运客车或者载有爆炸物品、易燃易爆化学物品、剧毒或者放射性等危险物品的机动车，实习期内驾驶的机动车牵引挂车；
4. 持未按规定审验的驾驶证、以及在暂扣、扣留、吊销、注销驾驶证期间驾驶机动车；
5. 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，驾驶营业性客车的驾驶人无国家有关部门核发的有效资格证书；
6. 依照法律法规或公安机关交通管理部门有关规定不允许驾驶机动车的其他情况下驾车。

（二十四）无有效行驶证：指下列情形之一：

1. 机动车被依法注销登记的；
2. 无公安机关交通管理部门核发的行驶证、号牌、或临时号牌或临时移动证的机动交通工具；
3. 未在规定检验期限内进行机动车安全技术检验或检验未通过的机动交通工具。未依法按时进行或通过机动车安全技术检验。

（二十五）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。

（二十六）耐药：指下列两种情形之一：

1. 实体肿瘤病灶按照 RECIST（实体瘤治疗疗效评价标准）出现疾病进展，即定义为耐药；

2. 非实体肿瘤（包含白血病、多发性骨髓瘤、骨髓纤维化、淋巴瘤等血液系统恶性肿瘤）在临床上常无明确的肿块或者肿块较小难以发现，经规范治疗后，按权威医学机构（如中国临床肿瘤学会、中华医学会血液分会等）的指南规范，对患者骨髓形态学、流式细胞、特定基因检测等结果进行综合评价，得出疾病进展的结论，即定义为耐药。

（二十七）未到期保险费：

1. 保险责任开始前退保的，未到期保险费=投保人已缴纳保险费；

2. 保险责任开始后退保的，除另有约定外，按以下两种情形计算未到期保险费：

（1）一次性交付保险费的，未到期保险费=保险费 $\times$ （1-m/n），其中，m 为已生效天数，n 为保险期间的天数，生效天数不足一日的按一日计算。

（2）分期交付保险费的，未到期保险费=本合同的当期保险费 $\times$ [1-（当期实际经过天数/当期实际天数）]。经过天数不足一天按一天计算。

（二十八）周岁：指按法定身份证明文件中记载的出生日期计算的年龄，自出生之日起为零周岁，每经过一年增加一周岁，不足一年的不计。

（二十九）不可抗力：指不能预见、不能避免并不能克服的客观情况。

（三十）保险金申请人：指受益人或者依法享有保险金请求权的其他人。

（三十一）有效身份证件：指由中华人民共和国政府主管部门规定的能够证明其身份的证件，如：有效期内的居民身份证、按规定可使用的有效护照、军官证、警官证、士兵证等证件。