

中华联合财产保险股份有限公司

政策性补充医疗保险（A款）条款

总 则

第一条 本保险合同由保险条款、投保单、保险单，以及保险人与投保人认可的、与保险合同有关的其他书面协议（包括但不限于合法有效的声明、批注、批单、健康问卷）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，在中华人民共和国境内（不含香港、澳门、台湾地区）的自然人可作为本保险合同的被保险人。

第三条 在本保险合同订立时，对被保险人有保险利益的企事业单位、国家机关、社会团体及其他团体可以作为本保险合同的投保人。

第四条 除另有约定外，本保险合同的受益人为被保险人本人。

保险责任

第五条 本保险合同的保险责任分为“疾病门急诊医疗保险责任”、“疾病住院医疗保险责任”、“门急诊医疗保险责任”和“住院医疗保险责任”4项保险责任，投保人可以选择投保一项或多项，并在保险单中载明。本保险合同承保的具体保险责任以保险单中载明为准，未载明于保险单的，不属于本保险合同的保险责任。

第六条 投保人为被保险人首次投保本保险或者非续保本保险时，自本保险合同生效之日起一定期间为等待期，具体期间在本保险合同中载明，最长不超过90天。续保本保险无等待期。

被保险人在等待期内罹患疾病的，保险人不承担给付保险金的责任，本保险合同继续有效。

第七条 在保险期间内，发生保险责任事故，保险人依照下列约定给付保险金。

（一）责任一：疾病门急诊医疗保险责任

在本保险合同的保险期间内，被保险人在等待期后罹患疾病，经中华人民共和国境内（不含香港、澳门、台湾地区）二级及以上公立医院或者保险人认可的医疗机构进行门诊或急诊治疗（以下简称“门急诊”，不包括被保险人在急诊留院观察期间的治疗），发生的符合当地基本医疗保险政策规定可报销的必要且合理的医疗费用，保险人按照下列约定给付疾病门急诊医疗保险金：

1. 保险人对被保险人每次疾病门急诊实际支付的符合当地基本医疗保险或公费医疗主管部门规定的目录范围内的、必需且合理的疾病门急诊医疗费用，在扣除基本医疗保险、公费医疗或任何第三方（包括保险人在内的任何商业保险机构）已经补偿或给付的部分以及本保险合同约定的每次疾病门急诊医疗费用免赔额后，按本保险合同约定的疾病门急诊给付比例在每次疾病门急诊医疗限额内给付疾病门急诊医疗保险金。

2. 每次疾病门急诊医疗费用免赔额、疾病门急诊给付比例和每次疾病门急诊医疗限额由投保人、保险人双方约定，并在保险合同中载明。

每次疾病门急诊医疗保险金=（每次疾病门急诊必需且合理医疗费用—从其他途径已获得的疾病门急诊费用补偿—约定的每次疾病门急诊医疗费用免赔额）×疾病门急诊给付

比例

被保险人于同一日（零时起至二十四时止）在同一所医院同一个科室进行的所有门急诊治疗视为一次就诊，适用每次疾病门急诊医疗费用免赔额和每次疾病门急诊医疗限额。

3. 被保险人无论一次或多次因疾病进行门急诊治疗，保险人均按上述规定向被保险人分别给付疾病门急诊医疗保险金。每次给付金额以保险合同载明的每次疾病门急诊医疗限额为限，累计给付金额以保险合同载明的疾病门急诊保险金额为限；当累计金额达到保险合同载明的疾病门急诊保险金额时，保险人对该被保险人的该项保险责任终止。

（二）责任二：疾病住院医疗保险责任

在本保险合同的保险期间内，被保险人在等待期后罹患疾病，在中华人民共和国境内（不包含香港、澳门、台湾地区）二级或二级以上公立医院或保险人认可的医疗机构进行住院治疗，发生的符合当地基本医疗保险政策规定可报销的必要且合理的医疗费用，保险人按下列约定给付疾病住院医疗保险金：

1. 保险人对被保险人每次住院实际支付的符合当地基本医疗保险或公费医疗主管部门规定的目录范围内的、必需且合理的住院医疗费用，在扣除基本医疗保险、公费医疗或任何第三方（包括保险人在内的任何商业保险机构）已经补偿或给付的部分以及本保险合同约定的每次疾病住院医疗费用免赔额后，按本保险合同约定的疾病住院给付比例在每次疾病住院医疗限额内给付疾病住院医疗保险金。

每次疾病住院医疗保险金 = （每次疾病住院必需且合理医疗费用 - 从其他途径已获得的疾病住院费用补偿 - 约定的每次疾病住院医疗费用免赔额） × 疾病住院给付比例

2. 每次疾病住院医疗费用免赔额、疾病住院给付比例和每次疾病住院医疗限额由投保人、保险人双方约定，并在保险合同中载明。

3. 被保险人无论一次或多次进行住院医疗，保险人均按上述规定给付疾病住院医疗保险金，但累计给付金额以被保险人的疾病住院医疗保险金额为限，累计给付金额达到保险金额时，本保险合同对该被保险人的该项保险责任终止。

（三）责任三：门急诊医疗保险责任

在本保险合同的保险期间内，被保险人因遭受意外伤害或在等待期后罹患疾病，经中华人民共和国境内（不包含香港、澳门、台湾地区）二级及以上公立医院或者保险人认可的医疗机构进行门诊或急诊治疗（以下简称“门急诊”，不包括被保险人在急诊留院观察期间的治疗），发生的符合当地基本医疗保险政策规定可报销的必要且合理的门急诊医疗费用，保险人按照下列约定给付门急诊医疗保险金：

1. 保险人对被保险人每次门急诊实际支付的符合当地基本医疗保险或公费医疗主管部门规定的目录范围内的、必需且合理的门急诊医疗费用，在扣除基本医疗保险、公费医疗或任何第三方（包括保险人在内的任何商业保险机构）已经补偿或给付的部分以及本保险合同约定的每次门急诊医疗费用免赔额后，按本保险合同约定的门急诊医疗给付比例在每次门急诊医疗限额内给付门急诊医疗保险金。

2. 每次门急诊医疗费用免赔额、门急诊医疗给付比例和每次门急诊医疗限额由投保人、保险人双方约定，并在保险合同中载明。

每次门急诊医疗保险金 = （每次门急诊必需且合理医疗费用 - 从其他途径已获得的门急诊费用补偿 - 约定的每次门急诊医疗费用免赔额） × 门急诊医疗给付比例

被保险人于同一日（零时起至二十四时止）在同一所医院同一个科室进行的所有门急诊治疗视为一次就诊，适用每次门急诊医疗费用免赔额和每次门急诊医疗限额。

3. 被保险人无论一次或多次进行门急诊治疗，保险人均按上述规定向被保险人分别给付门急诊医疗保险金。每次给付金额以保险合同载明的每次门急诊医疗限额为限，累计给付金额以保险合同载明的门急诊保险金额为限；当累计金额达到保险合同载明的门急诊保险金额时，保险人对该被保险人的该项保险责任终止。

（四）责任四：住院医疗保险责任

在本保险合同的保险期间内，被保险人因遭受意外伤害或在等待期后罹患疾病，在中华人民共和国境内（不包含香港、澳门、台湾地区）二级或二级以上公立医院或保险人认可的医疗机构进行住院治疗，发生的符合当地基本医疗保险政策规定可报销的必要且合理的医疗费用，保险人按下列约定给付住院医疗保险金：

1. 保险人对被保险人每次住院实际支付的符合当地基本医疗保险或公费医疗主管部门规定的目录范围内的、必需且合理的住院医疗费用，在扣除基本医疗保险、公费医疗或任何第三方（包括保险人在内的任何商业保险机构）已经补偿或给付的部分以及本保险合同约定的每次住院医疗费用免赔额后，按本保险合同约定的住院医疗给付比例在每次住院医疗限额内给付住院医疗保险金。

每次住院医疗保险金=（每次住院必需且合理医疗费用—从其他途径已获得的住院费用补偿—约定的每次住院医疗费用免赔额）×住院医疗给付比例

2. 每次住院医疗费用免赔额、住院医疗给付比例和每次住院医疗限额由投保人、保险人双方约定，并在保险合同中载明。

3. 被保险人无论一次或多次进行住院医疗，保险人均按上述规定给付住院医疗保险金，但累计给付金额以被保险人的住院医疗保险金额为限，累计给付金额达到保险金额时，本保险合同对该被保险人的该项保险责任终止。

责任免除

第八条 对下列费用或因下列原因导致被保险人接受治疗的，保险人不承担给付保险金责任：

- （一）门急诊留院观察期间产生的费用；
- （二）投保人对被保险人的故意行为；
- （三）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；
- （四）被保险人醉酒，斗殴，主动吸食或注射毒品，违反规定使用麻醉或精神药品；
- （五）被保险人酒后驾驶、无有效驾驶证驾驶或驾驶无有效行驶证的机动车；
- （六）被保险人从事高风险运动导致的伤害引起的治疗；
- （七）不孕不育治疗、避孕、节育（含绝育）、子宫体腔内妊娠、产前产后检查、流产、堕胎、分娩（含剖宫产）、变性手术、人体实验、人工生殖，或由前述任一原因导致的并发症，但宫外孕、意外伤害所致的流产或分娩除外；
- （八）椎间盘突出症、特定传染病、地方病；
- （九）整容、整容手术、美容、美容手术、矫形、矫形手术、外科整形手术、变性手术、预防性手术（如预防性阑尾切除），但因意外伤害所致的矫形、矫形手术、外科整形手术除外；
- （十）牙科保健或治疗，牙齿修复或牙齿整形，验眼配镜，视力矫正手术，但意外伤害所致的牙齿修复或牙齿整形除外；
- （十一）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）及其安装费用；

（十二）一般健康检查、疗养、特别护理、康复性治疗、物理治疗、心理咨询、心理治疗或以捐献身体器官为目的的治疗行为；

（十三）被保险人接受各类医疗鉴定，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、遗传基因鉴定所发生的费用；

（十四）被保险人故意犯罪或抗拒依法采取的刑事强制措施；

（十五）被保险人未遵医嘱，私自服用、涂用、注射药物；

（十六）被保险人在投保前罹患的、投保时尚未治愈的既往疾病，遗传性疾病、先天性畸形、变形和染色体异常；

（十七）任何生物、化学、原子能武器，原子能或核能装置所造成的爆炸、灼伤、污染或辐射。

第九条 被保险人在下列期间遭受伤害发生的医疗费用支出，保险人也不承担给付保险金责任：

（一）战争、军事行动、暴动或武装叛乱期间；

（二）被保险人从事违法、犯罪活动期间或被依法拘留、服刑、在逃期间；

（三）被保险人从事或参与恐怖活动、邪教组织活动期间；

（四）被保险人酗酒或受酒精、毒品、管制药品的影响期间；

（五）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）期间；

（六）被保险人患有性传播疾病、艾滋病（AIDS）或感染艾滋病病毒（HIV）期间。

保险金额

第十条 各项保险责任对应保险金额是保险人承担给付该保险金责任的最高限额。本保险合同的各项保险金额由投保人、保险人双方约定，并在保险合同中载明。

保险期间

第十一条 本保险合同的保险期间最长不超过一年，具体由投保人和保险人协商确定，并在保险合同中载明。

第十二条 本保险合同为不保证续保合同。保险期间届满，投保人需要重新向保险人申请投保，保险人有权对重新提出的投保申请进行审核，经保险人同意后，投保人交纳保险费，获得新的保险合同。

保险人义务

第十三条 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做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做出明确说明；未作提示或者明确说明的，该条款不产生效力。

第十四条 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。

第十五条 保险人认为被保险人或保险金申请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、被保险人及保险金申请人补充提供。

第十六条 保险人收到保险金给付申请书和有关证明、资料后，应当及时做出是否属于

保险责任的核定；情形复杂的，应当在 30 日内做出核定，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或保险金申请人；对属于保险责任的，在与被保险人或保险金申请人达成给付保险金的协议后 10 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的义务。

保险人依照前款约定做出核定后，对不属于保险责任的，应当自做出核定之日起 3 日内向被保险人或保险金申请人发出拒绝给付保险金通知书，并说明理由。

第十七条 保险人自收到保险金给付申请书和有关证明、资料之日起 60 日内，对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的数额后，应当支付相应的差额。

投保人、被保险人义务

第十八条 除另有约定外，投保人应当在保险合同成立时缴清保险费。

第十九条 订立本保险合同，保险人就投保人、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，保险人有权解除保险合同。

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 30 日不行使而消灭。自合同成立之日起超过 2 年的，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。

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。

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。

第二十条 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。

被保险人数增加时，保险人在审核同意后出具批单，于批单生效时开始承担保险责任，并按约定增收未满期保险费。

被保险人数减少时，保险人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（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），并按约定退还最低现金价值，但减少的被保险人本人或保险金受益人已领取过任何保险金的，保险人不退还最低现金价值。

第二十一条 投保人住所、通讯地址或电话等联系方式变更时，应及时以书面形式或双方认可的其他形式通知保险人。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，均视为已送达给投保人。

第二十二条 投保人、被保险人或者保险金申请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，不包括因不可抗力而导致的迟延。

保险金的申请与给付

第二十三条 保险金申请人向保险人申请给付保险金时，应提交以下材料。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。**

- (一) 保险金给付申请书；
- (二) 保险合同或保险凭证；
- (三) 保险金申请人的有效身份证件；

(四) 当地基本医保经办部门出具的医疗费用结算证明、医疗机构出具的医疗费用发票原件或复印件(复印件需加盖留存单位公章)，医疗机构出具的医疗诊断证明，病历及医疗、医药费单据及各种检查、化验报告等相关资料费用清单；

(五) 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；

(六) 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。

被保险人经基本医疗保险或公费医疗报销后又通过其他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，应提供基本医疗保险机构、商业保险机构或其他第三方的医疗费用分割单或医疗费用结算证明，保险人按本保险合同承担剩余合理医疗费用的保险责任。

第二十四条 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

第二十五条 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或者争议发生后未达成仲裁协议的，依法向法院起诉。

第二十六条 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（**不包括港澳台地区法律**）。

其他事项

第二十七条 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) 保险合同；
- (三) 保险费交付凭证；
- (四) 投保人的有效身份证件。

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，保险人应当退还最低现金价值。

释义

第二十八条 除另有约定外，本保险合同中的下列词语具有如下含义：

1. 意外伤害：指以外来的、突发的、非本意的和非疾病的客观事件致使身体受到的伤害。以下情形属于疾病范畴，非本条款所指意外伤害：

（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。

2. 门急诊治疗：指被保险人因临床需要，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。

3. 医院：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综合性或专科医院，且仅包括上述医院的普通部，但不包括如下机构或医疗服务：

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

（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生及护士驻院提供医疗及护理服务。

4. 住院：指被保险人确因临床需要、经医生诊断必须留院治疗，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，且入住医疗机构必须达二十四小时以上且由医疗机构收取病房或床位费用，但住院并不包括门诊观察室、急诊观察室、其他非正式病房、联合病房或挂床住院。

5. 基本医疗保险：指根据国家相关政策规定，目前国内的基本医疗保险包括城镇职工基本医疗保险、城乡居民基本医疗保险。

6. 必需且合理：指同时符合以下 2 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。对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）医学必需：指医疗费用符合下列所有条件：①治疗意外伤害或者疾病所必需的项目；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；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。

7. 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，包括以下运动，以及保险合同载明的其他高风险运动：

蹦极、跳台跳水、跳伞、热气球、滑翔机、滑翔翼、滑翔伞、动力伞的空中运动；

潜水：指使用水肺等需佩戴呼吸装置的水下运动；

攀岩运动：指攀登悬崖/人造悬崖、楼宇外墙、冰崖、冰山的运动；

漂流、快艇、摩托艇、狩猎、探险运动以及拓展训练；

滑冰、滑雪、滑水、冰球运动；

卡丁车、马术、武术、摔跤、拳击、散打、柔道、空手道、跆拳道运动。

8. 特定传染病：指《中华人民共和国传染病防治法》及有关法规所规定的甲类和乙类传染病发生暴发流行疫情的情况，如国家按规定对甲类和乙类传染病病种进行增加或减少的，则以保险事故发生时所适用的规定为准。

9. 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保险事故发生时当地地方病防治机构的公布为准。

10. 康复性治疗：指在康复医院、康复科诊治或者接受以促进机体各项功能恢复为目的的医疗方法，如理疗、按摩、推拿、生物反馈疗法、康复营养、康复护理等。

11. 既往疾病：指在保险单生效之前被保险人已患有的且已知晓的有关疾病或症状。

12. 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。

13. 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。

14. 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。

15. 性传播疾病：指发生在生殖器官的内源性或者外源性通过性行为或者非性行为传播的传播性疾病，包括但不限于梅毒、淋病、尖锐湿疣、疱疹、软下疳、淋巴肉芽肿、非淋菌性尿道炎（包括支原体、衣原体阳性）。

16. 艾滋病（AIDS）或艾滋病病毒（HIV）：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。

17. 保险金申请人：指受益人或被保险人的继承人或依法享有保险金请求权的其他自然人。

18. 不可抗力：指不能预见、不能避免并不能克服的客观情况。

19. 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等证件。

20. 未到期保险费：

未到期保险费=保险费×[1-(保险合同已生效天数/保险合同保险期间的天数)]。保险合同已生效天数不足一天的按一天计算。“保险合同已生效天数”是指本保险合同从生效之日起至终止之日实际经过的天数。

21. 最低现金价值：

最低现金价值=净保费×[1-(保险合同已生效天数/保险合同保险期间的天数)]；

净保费=保险费×（1－费用比例）。保险合同已生效天数不足一天的按一天计算。“保险合同已生效天数”是指本保险合同从生效之日起至终止之日实际经过的天数。除另有约定外，费用比例为 0%。