

中华联合财产保险股份有限公司

少儿医疗保险 A 款（互联网专属）条款

总则

第一条 保险合同构成

本保险合同（以下简称“本合同”）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。

凡涉及本合同的约定，均采用书面形式。

第二条 被保险人

凡年龄在出生满 30 天至 17 周岁（含）的自然人可作为本合同的被保险人。

第三条 投保人

投保人为具有完全民事行为能力的被保险人本人或在保险合同订立时对被保险人有保险利益的其他人。

第四条 受益人

除另有约定外，本合同的各项保险金受益人均为被保险人本人。

第五条 保险区域

本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。

第六条 预先授权

被保险人拟接受下列医疗项目前，投保人或被保险人应向保险人或第三方医疗机构提出预先授权申请：

- （一）所有的住院治疗；
- （二）需全身麻醉的门诊手术、恶性肿瘤治疗、血液或腹膜透析；
- （三）购买或者租用非一次性耐用医疗设备，包括但不限于胰岛素泵及其配套器械；
- （四）异地就医；
- （五）牙科意外伤害修补治疗；

（六）每剂价格超过 8000 元人民币的药剂、疫苗或检查检验项目。

在保险人批准预先授权保障项目之前，保险人或第三方医疗管理机构有权要求被保险人或投保人提供必需的医疗辅助材料（如病历、检查报告等）。若被保险人或投保人不能及时向保险人或第三方医疗管理机构提供必需的医疗辅助材料，则被保险人取得预先授权的时间可能会延误。若被保险人或投保人完全不能向保险人或第三方医疗管理机构提供必需的医疗辅助材料，则保险人有权拒绝被保险人的预先授权申请。

若保险人或第三方医疗管理机构无法根据被保险人或投保人提供的医疗辅助材料判断预先授权是否属于保险责任的，则保险人有权拒绝被保险人的预先授权申请，被保险人仍可以在该次治疗后通过事后申请方式进行保险金申请。

紧急情况下，如被保险人在就医前未能及时获得预先授权许可回复的，被保险人或投保人需在开始接受上述医疗项目后 48 小时之内通知保险人或第三方医疗管理机构。

如被保险人在进行上述医疗项目前未获得预先授权许可回复或紧急情况下未能在上述规定时间内通知保险人或第三方医疗管理机构的，针对上述医疗项目产生的医疗费用，保险人将依据本合同约定，按应给付保险金金额的 60%承担保险金给付责任。

被保险人获得预先授权许可回复，不意味着保险人确认被保险人发生的全部或者部分医疗费用属于保险责任范围。

保险责任

第七条 等待期

首次投保或间断投保本保险时，自本合同生效日起 30 日（含当日）为住院和日间治疗费用责任的等待期，其他保险责任无等待期限制。

被保险人等待期内罹患疾病，因该疾病导致的相关医疗费用无论发生在等待期内或等待期后，保险人均不承担住院和日间治疗费用责任，但本合同继续有效。

以下两种情形，无等待期：

- （一）因意外伤害进行治疗的；
- （二）不间断投保本保险的。

第八条 免赔额

在本合同保险期间内，属于保险责任的范围内，在依据本合同申请相应的保险金前，应当由被保险人自己承担的额度。本合同的住院和日间治疗费用保险责任年度免赔额为 8000 元人民币，其余保险责任无免赔额。

被保险人从基本医疗保险、城乡居民大病保险取得的补偿，以及其他途径（包括保险人在内的任何商业保险机构）取得的补偿可用于抵扣免赔额。

在保险期间内，年度免赔额经抵扣过后剩余的金额为年度免赔额余额，且年度免赔额余额 ≥ 0 。

第九条 保险责任

一、本合同的保险责任包括住院和日间治疗费用保险责任、门急诊医疗费用保险责任、急救和异地就医交通费用保险责任。

（一）住院和日间治疗费用保险责任

在保险期间内，被保险人因遭受**意外伤害事故**或经过本合同约定的**等待期**后因罹患疾病，在**指定医疗机构**接受由具有相应资质的医护人员诊断必须接受住院或日间治疗的，对于被保险人需个人支付的、**医学必需且符合通常惯例水平**的下列一般住院和日间治疗医疗费用，保险人在扣除年度免赔额余额后，在本合同约定的相应保险金额内按约定的给付比例承担给付保险金的责任。

一般住院和日间治疗医疗费用包括：

1. 常规住院费。包含在住院治疗过程中所涉及的以下常见及必要的费用项目：

（1）床位费：指住院期间实际发生的住院床位费，被保险人在中国大陆境内（**不含香港、澳门、台湾地区**）住院床位费标准为不高于标准单人病房。床位费每日给付限额以保险单载明为准。

（2）膳食费：指被保险人住院期间实际发生的、根据医生的医嘱、由医院内专设的为住院病人配餐的食堂配送的、符合惯常标准的膳食费。**膳食费应包含在医疗账单内。**

（3）重症监护病房费：指实际发生的，因入住针对危重病人配备专门医务人员及各种复杂生命监测设备且提供不间断密切监视和救治技术的专用病房而发生的重症监护病房费。

（4）陪床费：指被保险人住院期间，被保险人的合法监护人（**限一人**）在医院陪伴被保险人而发生的陪床床位费，陪床费标准以不高于被保险人床位费标准为限。

（5）医生费。

（6）护理费：指被保险人住院期间，专业护士对被保险人提供临床护理服务而产生的费用。

（7）治疗费。

2. 检查检验费。

3. 处方药费。

4. 耐用医疗设备费。

5. 住院手术费。

包括以下费用项目：

（1）手术操作费、麻醉费、手术室费、恢复室费、手术监测费、手术辅助费和手术设备费等其他手术相关费用。

（2）手术植入材料费：指医生认为手术中必不可少的通过手术植入人体以治疗、诊断，或者替换、加强器官功能为目的的物体或材料，包括但不限于：

①植入器材：骨板、骨钉、骨针、骨棒、脊柱内固定器材、结扎丝、聚醚器、骨蜡、骨修复材料、脑动脉瘤夹、银夹、血管吻合夹（器）、心脏或组织修补材料、眼内充填材料、神经补片、义乳（仅限乳腺癌等疾病导致乳房切除术中植入）；

②植入性人工器官：人工食道、人工血管、人工椎体、人工关节、人工尿道、人工瓣膜、人工肾、人工颅骨、人工颌骨、人工心脏、人工肌腱、人工耳蜗、人工肛门封闭器；

③接触式人工器官：人工喉、人工皮肤、人工角膜；

④支架：心脏支架、血管支架、前列腺支架、胆道支架、食道支架；

⑤其他：脑起搏器、心脏起搏器、急救中使用的颈托。

但不包括任何非手术中医疗必需的手术植入材料。

（3）器官移植费：指以被保险人为受体，经相关医生明确诊断，被保险人在具备开展器官移植手术资质的医院内，根据医学需要必须进行的肝脏移植、肾脏移植、心脏移植、肺脏移植、胰脏移植、骨髓移植等器官移植而产生的手术费、辅助治疗费、排异药品费、检验费等。**但不包括寻找器官供体、配型、获取以及从供体切除器官、储藏、运送的相关费用，以及与不孕不育或者生殖医学相关的移植费用。**与器官移植相关的门诊费用也涵盖在本项费用下。

6. 特定疾病医疗费：指针对特定疾病的后续治疗，经由门诊或住院进行治疗，均视同住院进行赔付的费用，具体包含以下费用类型：

（1）**肾透析费：**在合法注册的透析中心进行的血液透析（通过血液在体外机器中的循环，将血液中的废物和过量的水去除）；或腹膜透析（透析液流过被保险人的腹腔，通过腹

膜内层去除血液中的废物和过量的水）。

（2）门诊恶性肿瘤治疗费：包括化学疗法、放射疗法（仅限光子放疗）、肿瘤免疫疗法、肿瘤内分泌疗法、肿瘤靶向疗法所产生的费用。

（3）质子重离子医疗费：指被保险人因接受质子重离子疗法而发生的相关费用，包括定位及制定放疗计划费用以及质子、重离子放射治疗实施费用。

（4）器官移植后抗排异治疗费、排异药品费。

7. 康复治疗和专业护理费：

（1）康复治疗费：指被保险人手术后 90 天（含）内在康复医疗机构、康复中心、普通医疗机构的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、康复护理等而产生的费用。

（2）专业护理费：指被保险人在出院后 90 天（含）内（但不得超过本合同的保险期间），在康复医疗机构、康复中心、普通医疗机构的康复科，根据医生的医嘱，需要接受由专业护士提供的与住院治疗的疾患直接相关的康复治疗所产生的费用，包括康复保健、换药、导尿、测血压、输液、注射、压力性溃疡护理、鼻饲等临床护理技术服务。

8. 门诊或日间手术费：指被保险人由医生诊断无需住院即可进行的医学必需的、符合通常惯例水平的手术而产生的费用，包括手术操作费、麻醉费、手术室费、恢复室费、手术监测费、手术辅助费和手术设备费等手术相关费用，但不包括手术植入材料和器官移植费用、活检、穿刺、造影等创伤性检查，腔镜检查与治疗，康复性手术，射频消融治疗，激光、冷冻、光动力、电灼疗法等物理治疗。

9. 日间留观费：指因被保险人病情未稳定或在门诊施行全麻手术或检查，医生采取占用病床（超过六小时）观察病人身体状况的措施而产生的相关费用。

（二）门急诊医疗费用保险责任

在保险期间内，被保险人因遭受意外伤害事故或罹患疾病，在**指定医疗机构**接受门急诊治疗时，对于被保险人需个人支付的、医学必需且符合通常惯例水平的门急诊医疗费用，保险人在本合同约定的相应保险金额内按约定的给付比例承担给付保险金的责任。

门急诊医疗费用包括门急诊治疗期间发生的以下费用项目：

1、医生费。

2. 治疗费。

3. 检查检验费。

4. 处方药费。

5. 耐用医疗设备费。

6. 理疗和中医治疗费：

(1) **理疗费：**由具有相应医疗资质的专业医师实施的**物理治疗**、美式脊椎矫正、职业疗法、**顺势疗法**、语音治疗（包括为治疗吞咽障碍由语言治疗师实施的电子喉镜检查）费，理疗治疗须为被保险人医师书面治疗计划（包含短期和长期目标，并提交保险人评估）一部分，且满足下列全部条件：

①在合理的、可预测的时间内症状会明显好转；

②疗法复杂或被保险人病症使得只有注册物理治疗师或职业治疗师才能安全、有效实施。

(2) **中医治疗费：**由注册中医医师处方开具的中草药费、针灸治疗费、挂号费、诊察费及相关费用。

7. **紧急牙科费用：**被保险人因遭受意外伤害而导致原自身牙齿的损坏，在医院发生的对创面进行修复或缝合手术的牙科手术所产生的费用，**但不包括以下费用：**

(1) 对义齿的损坏导致的修复、重装等治疗、化验、检查、材料等医疗费用。

(2) 牙齿（包括义齿）的镶装、矫正、种植、包冠等项目的治疗、化验、检查及材料费用。

(三) **急救和异地就医交通费用保险责任**

在保险期间内，被保险人因遭受意外伤害事故或罹患疾病，对于被保险人需个人支付的、医学必需且符合通常惯例水平的急救和医疗转运费用，保险人在本合同约定的相应保险金额内按约定给付比例承担给付保险金的责任。

急救和转运费用包括门急诊治疗期间发生的以下费用项目：

1. **急救费：**在保险期间内，被保险人在保险区域内，由于紧急情况出于医疗必要以专业救护车将其运至医疗机构期间发生的治疗费用。

2. **境内异地就医交通费：**指被保险人因病情需要，经医院医生确定须赶赴异地（被保险人在保险区域内的日常居住地所在省级行政区之外）医院进行治疗，并由转出医院开具转院证明的，被保险人实际发生的医学必需的公共交通费用（公共交通限飞机及火车，且飞机限经济舱，火车限软卧及以下，高铁动车限一等座及以下）。

二、医疗费用保险补偿原则

本合同属于费用补偿型医疗保险合同，若被保险人发生的属于保险责任范围内的医疗费用已通过基本医疗保险、其他费用补偿型医疗保险等途径得到了部分补偿，保险人仅对剩余未获补偿的部分按前述规定计算及给付保险金。保险人的赔付与被保险人已从其他途径获得的补偿总额不得超过被保险人实际发生的费用。

责任免除

第十条 对因下列情形之一导致被保险人支出医疗费用的或发生如下列明的医疗费用，保险人不承担保险金给付责任：

（一）被保险人未如实告知的既往症，但投保时如实告知并经保险人书面同意承保的既往症不在此限；

（二）投保人对被保险人的故意杀害或故意伤害；

（三）被保险人自杀、故意犯罪、自致的伤害、参与殴斗或者抗拒依法采取的刑事强制措施，但被保险人自杀时为无民事行为能力人的除外；

（四）被保险人服用、吸食或注射毒品；酒精中毒或任何上瘾或依赖于形成习惯的药物或物质而导致的伤害或疾病；

（五）被保险人酒后驾驶，无合法有效驾驶证驾驶，或驾驶无合法有效行驶证的机动车；

（六）被保险人因遗传性疾病，先天性畸形、变形或染色体异常（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）；或因职业病直接或间接引起的医疗费用，但投保时已告知并经保险人书面同意承保的不在此限；

（七）被保险人从事职业运动或可获得报酬的运动或竞技时，或在训练或比赛中受伤；

（八）被保险人从事或参加高风险运动，如：潜水、滑水、冲浪、赛艇、漂流、跳伞或其他高空运动、蹦极、乘坐或驾驶商业民航班机以外的飞行器、攀岩、攀登海拔 3500 米以上的独立山峰、滑雪、武术、摔跤、马术、赛马、赛车、特技表演（含训练）、替身表演（含训练）、探险或考察活动（洞穴、极地、沙漠、火山、冰川等）；

（九）战争、军事行动、暴乱、武装叛乱或者恐怖活动；

（十）核爆炸、核辐射或者核污染；

（十一）被保险人因健康原因被医生建议不宜进行的活动、运动、旅行而执意进行所引起的意外伤害或病症；

（十二）非合理且必要的、超过通常惯例水平的，以及在健康状态下仅为改善或者提

高目前身体状况而发生的医疗费用；

（十三）任何未经指定医疗机构医生处方开具的药品、医疗设备、服务产生的费用；

（十四）由被保险人或者被保险人家家庭成员拥有全部或者部分所有权的机构提供的医疗、药品、设备或者服务而发生的费用；

（十五）被保险人在非本合同约定的医疗机构就诊产生的医疗费用，以及被保险人未按事先预约时间按时就诊而发生的预约挂号费用损失；

（十六）任何无原始发票的费用；任何电话咨询费；

（十七）购买各种用于按摩、保健的医疗器械产生的费用及下列中药类药品费用：

1. 主要起营养滋补作用的单方、复方中药或中成药品，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，阿胶珠，血宝胶囊，红桃K口服液，十全大补丸，十全大补膏等；

2. 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；

3. 用中药材和中药饮片炮制的各类酒制剂等。

以上所列药品包括生药及炮制后的饮片及药材、中药敷贴、中药熏蒸、膏方费，中草药代加工成粉剂、药丸、胶囊、胶或者其他制剂发生的加工费；

（十八）非手术中必需的假体、矫正器具或者相似的器具费，耐用医疗设备的使用和保养指导费，但出于合理且必要的，由医生出具处方的耐用医疗设备不在此限；

（十九）器官移植供体费用、运输费用、器官来源费用、低温储藏费用；以及与不孕不育症或者生育医学相关的移植费用；

（二十）因任何医疗意外或医疗事故所引起的医疗费用；任何未遵医嘱服用处方药导致的伤害；

（二十一）非因医学所必需的手术和医疗费用；包皮切除术；无论是否出于心理目的而进行的美容、整容费用；

（二十二）常规足部医疗费；因意外伤害或者疾病引起的足部治疗情形不在此限；

（二十三）未表现出可疑细胞行为（如近期大小、形状、颜色发生改变）的良性皮肤损害，蜘蛛脉、除瘢痕疙瘩型外的其他瘢痕、纹身去除、皮肤变色所产生的医疗费及其他相关费用；对白癜风、浅表静脉曲张的医疗费及其他相关费用；

（二十四）视觉医疗相关费用，包括激光角膜切开术，准分子激光原位角膜磨镶术，所有眼科矫正手术、治疗及其他相关费用；干眼症治疗及其他相关费用；配置眼镜、隐形眼镜；视力测试；

（二十五）分娩、剖宫产、产前产后检查、流产、异位妊娠、宫外孕、避孕、节育绝育（含绝育以及绝育恢复手术）、不孕不育症、性病、性功能障碍、变性手术，或由前述情形导致的并发症的医疗费用；

（二十六）心理疾病和精神疾病（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）医疗费用；

（二十七）对属于既往症的获得性免疫缺陷综合征（AIDS，艾滋病）、艾滋相关综合征（ARCS）和其他与 HIV 病毒相关的性传染病或者症状的医疗费用；

（二十八）睡眠检查和治疗；

（二十九）儿童身体和心理发育迟缓、性早熟、学习障碍、行为问题的治疗、评估和评级费用；生长激素治疗及其他相关费用；过敏原检测费用；基因检测相关的疾病的咨询、筛查、检查或治疗；功能医学检查（全套个人化营养评估、抗氧化维生素分析、氧化压力分析、营养与毒性元素分析、肠道免疫功能分析等）费用；

（三十）非合理且必要的常规体检费用以及相关检查化验费；

（三十一）牙科医疗费，保险责任项下的“紧急牙科费用”不在此限；

（三十二）居家护理产生的费用；

（三十三）临终关怀医疗费用；

（三十四）单纯以美容为目的的牙齿修整（不包括儿童正畸治疗）、美白、义齿（不包括以治疗为目的的义齿）、高嵌体、种植牙、假牙、贴面等产生的费用；

（三十五）在公立医院普通部以外的医疗机构发生的与腺样体切除术以及扁桃体切除术有关的医疗费用；

（三十六）因疝气和鞘膜积液产生的所有医疗费用。

保险金额

第十一条 保险金额

保险金额是保险人承担给付保险金责任的最高限额。各项保险金额由投保人在投保时与保险人约定，并在保险单中载明。

第十二条 保险费

投保人应向保险人一次性缴清全部保险费。

保险期间和续保

第十三条 保险期间

本合同的保险期间为一年，自保险单载明的保险合同生效日起，至保险单载明的保险期间期满日止。

第十四条 续保

本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。如投保人未按照约定提出续保申请并缴纳续保保险费，或保险人审核后不同意续保，则本合同在保险期间届满时责任终止。

保险人义务

第十五条 明确说明义务

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。

第十六条 签发保单义务

本合同成立后，保险人应当及时向投保人签发保险单或其他保险凭证。

第十七条 保险合同解除权行使期限

保险人依据第二十二條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。

第十八条 补充索赔证明和资料的通知

保险人认为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、被保险人补充提供。

第十九条 及时核定、赔付义务

保险人收到保险金申请人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保险金申请人。对属于保险责任的，在与保险金申请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保险金申请人发出拒绝给付保险金通知书，并说明理由。

第二十条 先行赔付义务

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

第二十一条 缴纳保险费义务

投保人应当在保险合同成立时缴清保险费，若投保人未在合同规定时间内缴纳保险费的，保险人有权解除保险合同。

第二十二条 如实告知义务

订立保险合同，保险人就保险标的或者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如实告知义务的，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。

第二十三条 住所或通讯地址变更通知义务

投保人或被保险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。

第二十四条 保险事故通知义务

投保人、被保险人或者保险金受益人应于知道或者应当知道保险事故发生之日起 10 日内通知保险人。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。

保险金申请与给付

第二十五条 保险金申请

申请各项保险金时，申请人应提供以下相关证明文件和资料：

- （一）索赔申请书；
- （二）保险合同；
- （三）受益人的有效身份证明；
- （四）由保险人指定医疗机构出具的医疗诊断书、出院小结（若发生住院）、治疗病历、医疗费用凭证；
- （五）若已从其他途径获得了补偿，则须提供从其他途径报销的凭证及凭证所对应的费用明细；
- （六）所能提供的与确认保险事故的性质、原因、伤害程度等有关的证明文件和资料；
- （七）若受益人委托他人代为申请保险金，被委托人还应提供受益人签字的授权委托书、被委托人的有效身份证明等相关证明文件。

第二十六条 保险金给付

（一）被保险人在投保人选择的保障计划对应的“医疗直付服务范围”内的医疗机构接受治疗的，对于本合同保险责任范围内的医疗费用，由保险人委托授权的第三方医疗管理机构进行直接结算。被保险人前往“医疗直付服务范围”内的医疗机构就医前，须与保险人授权的第三方医疗管理机构联系，进行就医预约并获取理赔指导服务。

若被保险人发生以下医疗费用，被保险人须在就诊后自行向医疗机构支付：

1. 不属于本合同保险责任范围内的医疗费用；
2. 属于本合同保险责任范围内但低于年度免赔额余额的医疗费用；

3. 属于本合同保险责任范围内但超过相应保险金额的医疗费用。若已由保险人支付的，被保险人应当在收到保险人或第三方医疗管理机构相关通知之日起 30 日内向保险人退回。**逾期未退回的，保险人有权暂停该被保险人与医疗机构的直接结算。**

（二）被保险人在“医疗直付服务范围”以外的其他医疗机构接受治疗的，对于本合同保险责任范围内的医疗费用，保险人在收到保险金给付申请书及上述有关证明和资料后 5 日内作出核定，情形复杂的，在 30 日内作出核定。对确定属于保险责任的，在与受益人达成有关给付保险金数额的协议后 10 日内，履行给付保险金的责任。

对不属于保险责任的，保险人将在作出核定后 3 日内，向申请人发出拒绝给付保险金通知书，并说明理由。

保险人按照如下公式计算并给付保险金：

应当给付的保险金=[相应保险责任范围内的费用总和-被保险人从当地基本医疗保险、其他费用补偿型医疗保险和其他途径已获得的医疗费用补偿-年度免赔额余额（如有）]×相应给付比例

第二十七条 诉讼时效期间

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两年，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

第二十八条 争议处理

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，依法向人民法院起诉。

第二十九条 法律适用

与本合同有关的以及履行本合同产生的一切争议处理适用中华人民共和国法律（**不包括中国香港、澳门特别行政区和台湾地区法律**）。

其他事项

第三十条 合同解除

在本合同成立后，发生以下任何情形的，保险人有权解除合同，并不退还保险费：

（一）未发生保险事故，但被保险人或受益人谎称发生了保险事故，提出给付保险金请求；

（二）投保人或者被保险人故意制造保险事故。

上述约定的任何情形致使保险人给付保险金的，被保险人或受益人应当退回保险金。

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

投保人解除本合同时，应提供下列证明文件和资料：

1. 保险合同解除申请书；
2. 保险单合同；
3. 保险费交付凭证；
4. 投保人的有效身份证明。

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时起，本合同的效力终止。除另有约定外，保险人收到上述证明文件和资料之日起 30 日内向投保人退还本合同项下最低现金价值。

第三十一条 合同效力的终止

发生下列情形之一时，本合同终止：

- （一）被保险人身故；
- （二）本合同解除、期满；
- （三）本合同列明的其它效力终止情形。

第三十二条 年龄错误的处理

被保险人的年龄以周岁计算。投保人在申请投保时，应在投保单上按被保险人的真实年龄填明，若发生错误，则按下列规定办理：

若投保人申报的被保险人年龄不真实，并且其真实年龄或性别不符合合同约定的年龄限制的，保险人有权解除本合同，并按合同约定退还最低现金价值。

若投保人申报的被保险人的年龄不真实，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交保险费，或者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。若投保人申报的被保险人的年龄不真实，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退还给投保人。

释义

1. **保险人：**指与投保人签订本合同的中华联合财产保险股份有限公司及其分支机构。

2. **周岁：**以法定身份证明文件中记载的出生日期为基础计算的实足年龄。

3. **指定医疗机构：**指公立医院（部分公立医院除外，具体以保险单载明为准），以及保险人指定的私立医疗机构。不包括联合病房、家庭病床、休养或戒酒、戒毒等医疗机构。

指定的私立医疗机构，指在中国大陆境内合法注册的私立医疗机构（部分私立医疗机构存在除外费用），具体以第三方医疗管理机构最新发布的私立医疗机构清单为准。

“第三方医疗管理机构”是指由保险人委托的、为被保险人提供与本合同相关的日常就医协助、医疗转运及理赔协助等服务的第三方机构。

4. **住院：**指被保险人因意外伤害或疾病，经医生诊断正式办理住院手续，须住医院接受治疗超过二十四小时。但不包括下列情况：

（1）被保险人在医院的急诊室或急诊观察室入住；

（2）被保险人入住康复科、康复病床或接受康复治疗，但本合同必选保险责任之术后康复住院医疗费用不受此限；

（3）被保险人住院期间未接受与入院诊断相关的检查和治疗，但遵医嘱到外院接受临时治疗的除外；

（4）被保险人住院体检。

5. **日间治疗：**指完全出于接受医学必需的治疗目的，被保险人以占用医疗机构病床但不过夜的方式接受的医疗。

6. **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为直接原因致使身体受到的伤害。自然死亡、疾病身故、猝死、自杀以及自伤均不属于意外伤害。

7. **等待期：**指自本合同生效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本合同上载明。

8. **医学必需：**指被保险人接受、使用或者服用的治疗、服务、器械或者药品符合以下条件：

（1）医师处方要求且对治疗被保险人疾病或者伤害合适且必需；

（2）与接受治疗当地普遍接受的医疗专业实践标准一致；

（3）非为了个人舒适或者为了被保险人父母、家庭、医师或者其他医疗提供方的方便；

（4）最恰当、合适水平；住院接受治疗时，无法以门诊的方式对相应疾病和症状提供

安全的医疗，且当前病症处于急性或者亚急性状态需要持续接受治疗、专业护理或者康复治疗。主要出于接受慢性病治疗、长期看护、喘息照护、慢性病维持、协助从事日常生活活动目的而住院的，不属医学必需；

(5) 非病人学术教育或者职业培训的一部分或者与之相关；

(6) 非试验性或者研究性。

9. 通常惯例水平的医疗费用：指以下两者中较低者：提供相应医疗服务的医疗机构对此医疗服务通常收费水平，同一地区其他医疗机构对居住在同一地区的（以邮政编码为准）、病情性质和严重程度类似的人员提供同样医疗服务的平均收费水平。若某医疗服务在当地区不常见或者仅当地区少数医疗机构能够提供，保险人将参考下列因素确定通常惯例水平的医疗费用：治疗复杂性，治疗必要的专业程度，必要的医疗专业类型，相应医疗机构提供的医疗服务范围和种类，其他地区通常的收费水平。这里，地区指根据普遍认可的国际标准为取得类似医疗机构或者类似医疗服务平均水平所必要的地域范围，可为一个城市、国家或者更广的区域。

10. 医生费：指医院的医生为患者提供诊疗服务而收取的费用，包括普通门急诊诊疗费，专家诊疗费、挂号费等。

11. 治疗费：指以治疗疾病为目的，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，具体以就诊医疗机构的费用项目划分为准。

12. 检查检验费：指被保险人实际发生的一般检查费与大型检查检验费。

(1) 一般检查检验费：指以诊断疾病为目的，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、分子生化检验费和血、尿、便常规检验费等。

(2) 大型检查检验费包括计算机断层扫描(CT)、正电子发射计算机断层扫描(PET)、核磁共振检查费(MRI)、内窥镜检查费(如，胃镜检查，结肠镜检查，膀胱镜检查)、磁共振血管成像(MRA)、计算机辅助断层成像(CTA)、数字减影血管造影(Digital Subtraction Angiography)、磁共振胰胆管成像(Magnetic Resonance Cholangio Paneretography)、消化道造影、穿刺活检术、髋关节 B 超、脑电图、心脏彩超、肺功能检查检验、鼻内镜检查等。

13. 处方药费：指被保险人在接受治疗期间实际发生的符合通常惯例的、医学必需的，且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处方药品的费用。

14. 耐用医疗设备：指被保险人因遭受意外伤害或罹患疾病而必须购买或租赁非一次性耐用医疗设备的费用，本合同所称“非一次性耐用医疗设备”仅包括外置胰岛素泵、脚托、臂托、颈背托或束带、轮椅（非电动轮椅）、义乳（仅限患乳腺癌并接受属于保险责任范围内的乳房切除术的被保险人）、助听器、外置心脏起搏器、便携式雾化器（仅包含便携式雾化器的租赁费用，不包含便携式雾化器购买费用）。不包括任何非医疗必需的设备。保险人也不承担替换或维修上述装置的费用。

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。本合同所指的化疗为被保险人根据医嘱，在医疗机构进行的静脉注射化疗。

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。本合同所指的放疗为被保险人根据医嘱，在医疗机构的专门科室进行的放疗。

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。本合同所指的肿瘤免疫疗法使用的药物需符合法律、法规要求并经过国家药品监督管理部门批准用于临床治疗。

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。本合同所指的内分泌疗法使用的药物需符合法律、法规要求并经过国家药品监督管理部门批准用于临床治疗。

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。本合同所指的靶向疗法使用的药物需符合法律、法规要求并经过国家药品监督管理部门批准用于临床治疗。

20. 质子重离子疗法：指应用质子放射线或者重离子放射线治疗肿瘤的方法，质子指氢原子剥去电子后带有正电荷的粒子，重离子指比电子重的粒子。本合同所指的质子重离子放射治疗是指被保险人根据医嘱，在本合同指定医疗机构的专门治疗室内接受的质子重离子放射治疗。

21. 物理治疗：是指由具有相应医疗职业资格的专业医师实施的、应用人工物理因子（如光、电、磁、声、温热、寒冷、力等）来治疗疾病，包括电疗、光疗、磁疗、热疗、冷疗、水疗，超声波疗法以及功能训练和手法治疗。不包括泥疗、蜡敷治疗、气泡浴与药物浸浴治疗。具有相应医疗职业资格的专业医师必须开具处方和书面的治疗计划，并在合理的、可预

测的时间内使得症状明显好转。

22. 顺势疗法：指一种通过小剂量药物治疗以使病人症状逐渐缓解或消除的治疗方法，比如对于腹泻的顺势疗法是给予小剂量的放松剂。

23. 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或作业。

24. 攀岩：指攀登悬崖、楼宇外墙、人造悬崖、冰崖、冰山等运动。

25. 武术比赛：指两人或者两人以上对抗性柔道、空手道、跆拳道、散打、拳击等各种拳术及各种使用器械的对抗性比赛。

26. 特技表演：指进行马术、杂技、驯兽等表演。

27. 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，而故意使自己置身其中的行为，如江河漂流、徒步穿越沙漠或者人迹罕至的原始森林等活动。

28. 恐怖活动：是指任何人或群体单独地或有组织地进行的为达到政治、宗教、意识形态等目的或以影响任何政府或公众、或以恐吓公众为目的的活动，包括但不限于使用武力、暴力、原子能/生物/化学武器、大规模杀伤性武器、对交通和通信系统等的基础设施或内容进行破坏、或其他任何手段造成的或试图造成的任何性质的伤害或威胁。

29. 殴斗：违反国家有关治安管理的法律法规，使用暴力攻击伤害对方的搏斗行为。

30. 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。

31. 酒后驾驶：指经检测或者鉴定，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者超过一定的标准，公安机关交通管理部门依据《道路交通安全法》等法律法规认定为饮酒后驾驶或者醉酒后驾驶。

32. 无合法有效驾驶证驾驶：指下列情形之一：

- （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）在驾驶证有效期内未按照法律、行政法规的规定，定期对机动车驾驶证实施审验；
- （5）驾驶证已过有效期的。

33. 无有效行驶证：指发生保险事故时没有按照公安机关交通管理部门机动车登记制度的规定进行登记领取机动车行驶证或者临时通行牌证等法定证件。包括下列情形之一：

- (1) 未办理行驶证或者行驶证在申办过程中的；
- (2) 机动车行驶证被依法注销登记的；
- (3) 未在行驶证检验有效期内依法按时进行或者未通过机动车安全技术检验的。

34. 既往症：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。

35. 遗传性疾病：指生殖细胞或者受精卵的遗传物质（染色体和基因）发生突变或者畸变所引起的疾病，通常具有由亲代传至后代的垂直传递的特征。

36. 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。

37. 不可抗力：指不能预见、不能避免并不能克服的客观情况。

38. 基本医疗保险：包含城镇职工基本医疗保险、城乡居民基本医疗保险（或城镇居民基本医疗保险、新型农村合作医疗）。

39. 保险人指定的私立医疗机构：保险人指定的在中国大陆境内合法注册的私立医疗机构，具体以第三方医疗管理机构最新发布的医疗机构清单为准。如医疗机构清单有更新，第三方医疗管理机构将会及时对外公布更新。

40. 有效身份证明：由政府主管部门规定的证明其身份并在有效期内的证件，如居民身份证、外国人永久居留身份证等。应提供的身份证明文件种类以保险人的要求为准。

41. 常规足部医疗费：指的是不以治疗为目的的足部治疗。包括矫形鞋或其他脚支撑器材（包括但不限于足弓支撑器，矫形器或者任何其他预防性的服务或者器材）费，任何用于治疗弱足、矫形足、不稳足、扁平足或者足弓塌陷的器材费，任何与跗骨、跖骨相关的医疗费，对脚表面损害（如鸡眼、老茧、角质化）相关的医疗（但有关骨外露、肌腱或者韧带的手术不在此限）费。

42. 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”是指本合同从生效之日至终止之日实际经过的天数。