



请扫描以查询验证条款

中信保诚「优悦成长」少儿高端医疗保险条款阅读指引

◆ 中信保诚「优悦成长」少儿高端医疗保险产品提供住院医疗保险金、门急诊医疗保险金保障。

◆ 为了帮助您更好地理解本条款，我们先介绍几个本条款中的概念。

- “我们”指中信保诚人寿保险有限公司。
- “您”指投保人，就是购买本保险并缴纳保险费的人。
- “被保险人”指受本保险合同保障的人。
- “受益人”指发生保险事故后领取保险金的人。

◆ 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 我们保什么、保多久 | 5 如何退保 |
| 1.1 基本保险金额 | 5.1 解除保险合同 |
| 1.2 等待期 | 6 需关注的其他内容 |
| 1.3 保险责任 | 6.1 保险合同的构成 |
| 1.4 免赔额 | 6.2 保险金额 |
| 1.5 预先通知 | 6.3 保险责任的开始 |
| 1.6 被保险人 | 6.4 投保年龄 |
| 1.7 保险期间 | 6.5 年龄误告 |
| 1.8 不保证续保 | 6.6 合同效力的终止 |
| 2 我们不保什么 | 6.7 诉讼时效 |
| 2.1 除外责任 | 6.8 变更通讯方式 |
| 2.2 如实告知与保险合同的解除 | 6.9 争议的处理 |
| 2.3 其他免责条款 | 6.10 特别约定 |
| 3 如何缴纳保险费 | 6.11 适用币种 |
| 3.1 您缴纳保险费的义务 | 7 名词释义 |
| 4 如何领取保险金 | 附录1 保险计划表 |
| 4.1 受益人 | |
| 4.2 保险事故的通知 | |
| 4.3 保险金的申请 | |
| 4.4 保险金的给付 | |

中信保诚「优悦成长」少儿高端医疗保险

1 我们保什么、保多久

这部分讲的是我们提供的保障以及我们提供保障的期间。

基本保险金额 1.1 本主险合同（指您购买的《中信保诚「优悦成长」少儿高端医疗保险》产品合同）的基本保险金额由您与我们约定并在保险合同上载明。

等待期 1.2 自本主险合同生效日起计算等待期，具体约定如下：

门急诊医疗保险金的等待期 7 天；住院医疗保险金的等待期 30 天。

在等待期内，被保险人发生疾病，由此导致门急诊或住院治疗的，无论费用是否发生在等待期内，我们均不承担保险责任。但被保险人因遭受**意外伤害事故**（见 7 名词释义）导致门急诊或住院治疗的，不受等待期限制。

若您在本主险合同保险期间届满前重新申请投保，经我们审核同意，并于本主险合同保险期间届满前收取保险费，新的保险合同自本主险合同期满日 24 时起生效，不重新计算等待期。

若您在本主险合同保险期间届满后重新申请投保，等待期将重新计算。

保险责任 1.3 在本主险合同有效期内，我们将承担以下保险责任：

本主险合同按照保险责任分为悦享计划、优享计划和尊享计划（各计划详见附件 1），您选定保险计划后我们将在保险单上载明。

我们在给付以下两项保险金时，如被保险人已从其他途径（包括基本医疗保险、公费医疗、城乡居民大病保险、工作单位、本公司在内的任何商业保险机构等）取得补偿，我们的最高给付金额不超过被保险人实际支出的**医疗必要**（见 7 名词释义）的以下两项范围内的费用扣除其所获补偿后的余额。

在本主险合同有效期内，被保险人因遭受意外伤害事故或在等待期届满后首次发生的疾病在**我们认可的医疗机构**（见 7 名词释义）接受治疗，我们将按被保险人实际支出的医疗必要的以下两项范围内的费用，在扣除约定的**免赔额**（见 1.4 条）后，按附录 1 约定给付下列各项保险金，并且**各项费用实际给付次数、给付金额不超过附录 1 约定的各项费用对应的分项限额**。

一、住院医疗保险金

住院医疗保险金给付范围包括**床位费**（见 7 名词释义）、**护理费**（见 7 名词释义）、**膳食费**（见 7 名词释义）、**医生费**（见 7 名词释义）、**药品费**（见 7 名词释义）、**手术费**（见 7 名词释义）、**器官移植费**（见 7 名词释义）、**治疗费**（见 7 名词释义）、**检查化验费**（见 7 名词释义）、**加床床位费**（见 7 名词释义）、**重症监护室床位费**（见 7 名词释义）、**住院前、后门诊医疗费用**（见 7 名词释义）、**救护车费**（见 7 名词释义）。

在每一**保单年度**（见7名词释义）内，住院医疗保险金以本主险合同约定的基本保险金额为限，当全年累计给付保险金达到该项累计限额时，我们对被保险人在该项下的**保险责任终止**。对于在等待期届满后至本主险合同保险期间届满前发生的住院且延续至本主险合同保险期间届满后30天内，被保险人在住院治疗期间实际支出的医疗必要的住院医疗费用，我们仍然按照前述约定给付住院医疗保险金。

二、门急诊医疗保险金

门急诊医疗保险金给付范围包括**挂号费/诊疗费**（见7名词释义）、检查化验费、药品费、**门诊手术费**（见7名词释义）、治疗费、**材料费**（见7名词释义）、救护车费、**急诊留观床位费**（见7名词释义）。

门急诊医疗保险金累计限额、**门急诊给付次数**（见7名词释义）及比例、免赔额以附录1约定为准，当全年累计给付保险金达到该项累计限额时，我们对被保险人在该项下的**保险责任终止**。

免赔额

1.4 本主险合同的免赔额为年度免赔额，指本主险合同有效期内被保险人发生的**保险责任范围内的医疗费用中须由被保险人自行承担的部分**。

被保险人通过基本医疗保险、公费医疗、城乡居民大病保险取得的补偿不可用于抵扣免赔额。

预先通知

1.5 被保险人接受下列治疗前，须在预定开始治疗日期前至少48小时向我们或我们授权的健康管理服务机构提交预先通知书：

- (1) **住院治疗；**
- (2) **首次门诊恶性肿瘤治疗、首次门诊肾透析和首次器官移植后的门诊抗排异治疗；**
- (3) **除另有约定外，预计单次就诊（见7名词释义）花费超过人民币5,000元的医疗费用，包括但不限于医生费、药品费、手术费、治疗费、检查化验费等；**
- (4) **非同城的救护车转运；**
- (5) **其他在被保险人的保险单或保险凭证上约定的需要事先通知的项目和治疗。**

对于被保险人以上第（1）项至第（5）项预先通知，我们或我们授权的健康管理服务机构将予以正式回复，被保险人的治疗应在收到正式许可回复后开始。

对于被保险人因遭受意外伤害事故或**突发急性病**（见7名词释义），且该意外伤害或疾病得不到及时治疗将导致被保险人身故或严重终身伤害，须在开始接受治疗后48小时内通知我们或我们授权的健康管理服务机构。

被保险人

1.6 在中国**境内**（见7名词释义）居住的所有国籍人士均可作为本合同的被保险人，但非中华人民共和国国籍的被保险人须拥有中国境内居留证或长期居住权。

保险期间 1.7 本主险合同保险期间为一年，自生效日 24 时起至次年的对应日 24 时止，如果当月无对应的同一日，则至该月最后一日 24 时止。

不保证续保 1.8 本主险合同不保证续保。
本主险合同保险期间为一年。保险期间届满，您需要重新向我们申请投保本产品，并经我们同意，交纳保险费，获得新的保险合同。

2 我们不保什么

这部分讲的是我们不承担保险责任的情况。

除外责任 2.1 被保险人因以下情形之一造成保险事故，我们不承担保险责任：

- (1) 投保人对被保险人的故意杀害、故意伤害；
- (2) 故意自伤、故意犯罪、抗拒依法采取的刑事强制措施；
- (3) 服用、吸食或注射违禁药品，成瘾性吸入有毒气体，醉酒或斗殴；
- (4) 药物过敏、食物中毒、**医疗事故**（见7名词释义）导致的伤害或未遵医嘱私自服用、涂用、注射药物；
- (5) 参加**潜水**（见7名词释义）、滑水、跳伞、**攀岩**（见7名词释义）、蹦极跳、赛马、赛车、摔跤、**探险活动**（见7名词释义）及**特技表演**（见7名词释义）等高风险活动；
- (6) **既往症**（见7名词释义）或本主险合同特别约定的除外事项；
- (7) 因精神和行为障碍而导致的，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》第十次修订版[ICD-10（见7名词释义）]确定；
- (8) **遗传性疾病**（见7名词释义），**先天性畸形、变形或染色体异常**（见7名词释义）；
- (9) 牙齿的治疗、修复，视力矫正；
- (10) 包皮环切，矫形整容手术；
- (11) **中医诊疗相关费用**（见7名词释义）、**顺势疗法**（见7名词释义）、儿童保健、健康检查、疗养、静养、康复治疗以及所有**预防性治疗**（见7名词释义）；
- (12) **感染艾滋病毒或患艾滋病**（见7名词释义）期间因疾病而导致的；
- (13) 战争、军事冲突、暴乱或武装叛乱；
- (14) 核爆炸、核辐射或核污染；
- (15) 未经科学或医学认可的试验性或研究性治疗的费用；
- (16) 对遗体或供体实施的任何活细胞冷冻贮藏、植入和再植入费用。

如实告知与保险 2.2 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如实告知义务，足以影响我们决定是否承保或者提高保险费率的，我

合同的解除

们有权依照法律的规定解除本主险合同。

您故意不履行如实告知义务的，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，且不退还未缴保险费。

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，但会无息退还已缴保险费。

其他免责条款

- 2.3 除第 2.1 条“除外责任”部分外，本主险合同中还有一些我们不承担或部分承担保险责任的内容，详见背景突出显示部分。

3 如何缴纳保险费

这部分讲的是您应当按时缴纳保险费，如果不及时缴费可能会导致合同效力终止。

您缴纳保险费的

- 3.1 本主险合同的保险费、缴费方式和缴费期限由您和我们约定并在保险合同上载明。

义务

保险费以被保险人投保时的年龄为基础核定计算。

4 如何领取保险金

这部分讲的是受益人如何领取保险金。

受益人

- 4.1 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。

保险事故的通知

- 4.2 您、被保险人、受益人或其他权利人知道保险事故发生后应当及时（最迟不得超过 10 日）通知我们。

如果因为故意或者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，对无法确定的部分，我们不承担赔偿或者给付保险金的责任。

保险金的申请

- 4.3 申领保险金时，应向我们提供下列文件：

- (1) 理赔申请书；
- (2) 保险合同；
- (3) 被保险人的**法定身份证明**（见 7 名词释义）文件；
- (4) 基本医疗保险、公费医疗、城乡居民大病保险结算清单或者结算证明（若以基本医疗保险、公费医疗、城乡居民大病保险参保人员的身份在我们认可的医疗机构住院且接受治疗，则需提供）；
- (5) 医疗机构的诊断证明文件（包括：完整的门诊及急诊病历、出院小结及相关的检查检验报告）；
- (6) 医疗费用收据正本、医疗费用清单及辅助医疗设备税务发票；
- (7) 您、被保险人、受益人及其他权利人所能提供的与确认保险事故的性质、原

因、损失程度有关的证明和资料；

- (8) 保险金作为被保险人或保险金受益人的遗产被继承时，必须提供有合法继承权的相关证明文件。

当我们给付的金额未达上述收据、发票支出的医疗费用的金额时，索赔申请人可书面向我们申请领回收据、发票正本，我们在上述正本加盖印章并注明已给付的金额后发还。

保险金的给付 4.4 我们收到完整的索赔资料后，将在 5 个工作日内作出核定；情形复杂的，将在 30 日内作出核定。我们会在核定后及时进行通知。

对属于保险责任的，我们将自作出核定之日起 10 日内，履行给付保险金义务；对不属于保险责任的，我们将自作出核定之日起 3 日内向受益人发出拒绝给付保险金通知书并说明理由。

5 如何退保

这部分讲的是您可以随时申请退保，退保可能会有损失。

解除保险合同 5.1 您可以随时向我们提出申请解除合同，您在申请时应向我们提供下列资料：

- (1) 保险合同；
- (2) 解除合同申请书；
- (3) 您的法定身份证明文件。

本主险合同的效力自我们收到解除合同申请书之日 24 时终止。合同效力终止后，我们将向您退还未满期净保险费（见 7 名词释义）。

6 需关注的其他内容

这部分讲的是您应当注意的其他事项。

保险合同的构成 6.1 本主险合同由保险单、保险条款、所附的投保书、其他与保险合同有关的投保文件、合法有效的声明、批注及其他书面协议构成。

保险金额 6.2 本主险合同的保险金额，即我们根据第 1.3 条的约定，承担给付保险金责任的最高限额。

保险责任的开始 6.3 您向我们提出保险申请，经我们同意承保，保险合同成立。

经我们同意承保，并自我们收到保险费（以较后者为准）的当日 24 时起保险合同生效，我们开始承担保险责任。我们将及时签发保险单作为保险凭证。

本主险合同的成立日与生效日以保险合同所载的日期为准。

- 投保年龄** 6.4 投保年龄指您投保时被保险人的年龄，以**周岁**（见7名词释义）计算。
- 年龄误告** 6.5 您在申请投保时，应将与法定身份证明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，我们有权依照法律的规定解除合同，并退还您已缴当期保险费的**未到期保险费**（见7名词释义）。对于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。
 - (2) 您申报的被保险人年龄不真实，致使您实缴保险费少于应缴保险费的，我们有权更正并要求您补缴保险费。若已经发生保险事故，在给付保险金时按**实缴保险费和应缴保险费的比例**给付。
 - (3) 您申报的被保险人年龄不真实，致使您实缴保险费多于应缴保险费的，我们会将多收的保险费无息退还给您。本主险合同的基本保险金额不因此改变。
- 合同效力的终止** 6.6 以下任何一种情况发生时，本主险合同效力终止：
- (1) 您向我们申请解除本主险合同；
 - (2) 被保险人身故；
 - (3) 本主险合同保险期间届满；
 - (4) 因本主险合同其他条款所列情况而终止。
- 诉讼时效** 6.7 人寿保险的被保险人或者受益人向我们请求给付保险金的诉讼时效期间为5年，自其知道或者应当知道保险事故发生之日起计算。
- 人寿保险以外的其他保险的被保险人或者受益人向我们请求赔偿或者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。
- 变更通讯方式** 6.8 本主险合同的通讯方式（包括通讯地址、联系电话、电子邮箱等）变更时，您应及时以书面形式或者双方认可的其他形式通知我们。如果您没有以书面形式或者双方认可的其他形式通知我们，我们按所知的最后通讯方式所发送的通知，均视为已送达您。
- 争议的处理** 6.9 如果在履行本主险合同过程中发生任何争议，当事人应首先通过协商解决，若双方协商不成，其解决方式由当事人根据合同约定从下列两种方式中选择一种：
- (1) 因履行本主险合同发生的争议，由当事人协商解决，协商不成的，提交当事人约定的仲裁机构仲裁；
 - (2) 因履行本主险合同发生的争议，由当事人协商解决，协商不成的，依法向有管辖权的法院起诉。

特别约定 6.10 如我们以特别约定或附加条件承保，我们将在保险合同或批注上载明。

适用币种 6.11 所有保险费的收取及保险金的支付均使用人民币。

7 名词释义

意外伤害事故 7.1 指外来的、不可预见的、突发的、非本意的、非由疾病引起的，并以此为直接的原因使身体受到伤害的客观事件。

医疗必要 7.2 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；
- (2) 符合国家药品监督管理局批准的药品说明书中所列明的适应症及用法用量，不超过安全、足量治疗原则；
- (3) 由**医生**（见7名词释义）开具的处方或医嘱；
- (4) 非试验性的、非研究性；
- (5) 与接受治疗当地普遍接受的医疗专业实践标准保持一致。

对于是否医疗必需由我们理赔人员根据客观、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。

我们认可的医疗机构 7.3 指符合下列所有条件的机构：

- (1) 拥有合法经营执照；
- (2) 设立的主要目的为向受伤者和患病者提供留院治疗和护理服务；
- (3) 有合格的医生和护士提供医疗和护理服务；
- (4) 非作为康复医院、诊所、护理、疗养、戒酒、戒毒或类似的医疗机构。

我们认可的医疗机构分为公立医院、我们认可的私立医疗机构和我们指定的昂贵医院（含特定昂贵医院）。

悦享计划、优享计划适用的医疗机构包括：公立医院及我们认可的私立医疗机构。

公立医院：指中国境内经中华人民共和国卫生行政部门正式评定的二级或二级以上之公立医院；

我们认可的私立医疗机构：指非政府公办的，我们认可的具有私人性质的医院、门诊部、诊所等。

尊享计划适用的医疗机构在悦享计划、优享计划适用医疗机构的基础上，增加我们指定的昂贵医院（含特定昂贵医院）。

我们指定的昂贵医院：指我们指定的超出地区惯常医疗费用水平的医院。

特定昂贵医院指北京新世纪儿童医院及北京新世纪妇儿医院。

您可以通过我们的网站及客户服务热线（4008-838-838）获知我们认可的私立医疗机构、我们指定的昂贵医院清单，由于各医疗机构的收费水平可能发生变化，我们会跟踪分析并适时更新和公布。

- 床位费** 7.4 指被保险人在住院期间实际发生的住院床位费，中国境内不高于标准单人病房。不包括家庭病床的费用。
- 护理费** 7.5 指住院期间护士根据医嘱所示的护理等级确定的护理费用，包括各级护理、重症监护与专项护理费。
- 膳食费** 7.6 指住院期间根据医生的医嘱，由作为医疗机构内部专属部门的且为住院病人配餐的食堂配送的膳食费用。膳食费应包含在医疗账单内；根据各医疗机构的惯例，可以作为独立的款项、也可以合并并在病房费等其他款项内。
- 医生费** 7.7 指包括由医生所实施的病情咨询及检查、各种器械或仪器检查、诊断、治疗方案拟订等各项医疗服务所收取的费用。
- 药品费** 7.8 指根据医生的处方而使用的西药、中成药和中草药所产生的费用。但不包括以下：
- (1) 主要起营养滋补作用的中草药类：花旗参、冬虫夏草、西红花、灵芝、白糖参、朝鲜红参、红参、野山参、移山参、蛤蚧、琥珀、珊瑚、玳瑁、玛瑙、珍珠（粉）、阿胶、阿胶珠、血宝胶囊、红桃K口服液、十全大补丸、十全大补膏等所产生的费用；
 - (2) 部分可以入药的动物及动物脏器，如狗宝、牛黄、麝香、燕窝、马宝、羚羊角尖粉、鹿茸、海马、胎盘、血竭、鞭、尾、筋、骨等，用中药材和中药饮片泡制的各类酒制剂等所产生的费用；
 - (3) 美容和减肥药品费用；
 - (4) 生长发育相关药品费用；
 - (5) 细胞免疫疗法药品费用：阿基仑赛注射液、瑞基奥仑赛注射液。
- 手术费** 7.9 指包括手术室和麻醉师费用，具体包括手术费、麻醉费、手术室费、手术监测费、手术辅助费、未独立记账的术中用药费、手术设备费、医疗必要的手术植入材料费。其中手术植入材料包括：
- (1) 植入器材：骨板、骨钉、骨针、骨棒、脊柱内固定器材、结扎丝、聚脲器、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（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：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。

但不包括如下：

- (1) 用于治疗 II 型糖尿病的外置胰岛素泵；
- (2) 各种矫正器，包括：义肢、义眼、及非急救中使用的颈托、夹板；
- (3) 假发；
- (4) 轮椅及各种电动助行器械；
- (5) 助听器。

器官移植费

7.10 指经相关专科医生明确诊断，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、胰脏移植或骨髓移植的手术费、辅助治疗费、排异药品费、检验费等。但不包括器官供体寻找、获取以及从供体切除、储藏、运送器官的相关费用。

治疗费

7.11 指由医生或护士对患者进行的、除手术外的各种治疗项目费用；包括清创、换药、拆线、脓肿切开引流、瘘管烧灼、血管穿刺、输血、输液、注射、肌肉封闭、吸氧、冷冻、激光、呼吸、急救治疗、心肺复苏、放化疗等所产生的费用，具体以就诊医疗机构的费用项目划分为准，但不包括质子束放射疗法、重离子束放射疗法和中子束放射疗法。

检查化验费

7.12 指由医生处方的由医疗机构专项检查科室的专业检查、检验人员实施的各检查化验项目，包括实验室检查、病理检查、放射线检查、CT、MRI、B超、血管造影、同位素、心电图、心功能、肺功能、骨密度、基因学检查所产生的费用。

加床床位费

7.13 指未满十八周岁的被保险人住院期间，其父母或法定监护人陪同住院的加床床位费，仅承担其中一人的加床床位费。

重症监护室床位费

7.14 指被保险人在对危重病人的生命机能实施不间断密切监视的专用病房的床位费，这类病房的护理人员多于病人，并配有全套的生命体征监测维护设施，相对封闭管理，符合 ICU、CCU 标准的单人或多人监护病房。重症监护病房也包括其设施的全面性不低于上述设施的冠心病监护病房。

住院前、后门诊医疗费用

7.15 指如果被保险人在住院前 14 天（含）及出院后 30 天（含）内，因为与住院相同的原因进行门诊治疗而产生医疗费用，针对被保险人实际支出的医疗必要的门诊医疗费用。

救护车费

7.16 救护车费用指因疾病或意外伤害产生可能导致死亡或健康严重受损的急迫威胁，且无法在现场进行有效救治、必须在不停顿的最短时间内转到具有对其病情进行抢救

的设备和技术条件的、最近的医疗机构，通过当地急救中心呼叫专用医疗急救车辆而产生的费用。

- 保单年度** 7.17 自本主险合同所载的**保单周年日**（见7名词释义）起每满12个月即为一个保单年度。
- 挂号费/诊疗费** 7.18 挂号费指为患者提供门诊，急诊候诊服务所收取的费用。
诊疗费（诊查费）指医护人员提供诊疗服务产生的费用，包括普通门诊诊查费，专家门诊诊查费，急诊诊查费，门急诊留观诊查费，住院诊查费。
- 门诊手术费** 7.19 指由医生诊断无需住院进行的医疗必要的门诊手术的医疗费用。
- 材料费** 7.20 指在诊疗过程中发生的医疗必要的材料费用。
- 急诊留观床位费** 7.21 指被保险人在急诊留观期间实际发生的床位费，**不包括陪人床费用。**
- 门急诊给付次数** 7.22 门急诊给付的次数，指在同一次理赔申请中同一家医疗机构同一就诊日期的所有就诊视为同一次门急诊，否则视为不同次的就诊。
医疗费用归属在对应的次数中按约定进行计算。
- 单次就诊** 7.23 住院：指在同一次理赔申请中同一家医疗机构同一就诊日期的住院，被保险人在住院前14天（含）及出院后30天（含）内，因为与住院相同的原因进行门诊治疗而产生医疗费用归在本次住院就诊中。
门急诊：指在同一次理赔申请中同一家医疗机构同一就诊日期的所有就诊视为同一次门急诊，否则视为不同次的就诊。
- 突发急性病** 7.24 指被保险人突然发病，经医疗机构确诊为急症。
急症是指严重突发医疗状况或者症状，并在该状况或症状发生24小时内，被保险人需要立即接受护理和治疗，否则将受到生命危险。
- 境内** 7.25 专指中国大陆地区，不含香港、澳门及台湾地区。
- 医疗事故** 7.26 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。

潜水	7.27 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。
攀岩	7.28 指攀登悬崖、楼宇外墙、人造悬崖、冰崖、冰山等运动。
探险活动	7.29 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。
特技表演	7.30 指进行马术、杂技、飞车、驯兽等表演。
既往症	7.31 指在本主险合同生效之前被保险人所患有的已知或应该知道的有关疾病。通常有以下情况： <ul style="list-style-type: none"> (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，有间断用药或治疗的情况。
ICD-10	7.32 《疾病和有关健康问题的国际统计分类》第十次修订版（ICD-10），是世界卫生组织（WHO）发布的国际通用的疾病分类方法。如果出现 ICD-10 与 ICD-0-3（见 7 名词释义）不一致的情况，以 ICD-0-3 为准。
遗传性疾病	7.33 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。
先天性畸形、变形或染色体异常	7.34 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。
中医诊疗相关费用	7.35 指由中医医师处方开具的中草药费、挂号费、诊查费及中医理疗费用等。 中医理疗费用指以中医理论为基础，经络理论为指导的外治法。主要通过刺激人体一定的部位（腧穴），以起到疏通经络、调节脏腑、行气活血，达到扶正祛邪、治疗疾病的目的，主要包括，针灸疗法、放血疗法、推拿按摩疗法、膏贴疗法、药蒸疗法、药酒疗法、刮痧疗法、火罐拔罐疗法、健身气功疗法、牵引疗法、正骨疗法、灯火灸疗、中药蒸气疗法、中药离子导入等。
顺势疗法	7.36 指不直接治疗某一症状或疾病，而是服用高度稀释后的小剂量药物激活人体组织自我免疫和自我修复，提高人体的自愈能力，达到快速、安全、有效回归自然，永久性根治疾病的物理治愈系统。
预防性治疗	7.37 指为预防、控制疾病或疫情的发生，在尚未出现疾病或疫情之前而采取的措施，包括但不限于健康筛查、常规体检及疫苗接种。

感染艾滋病病毒或患艾滋病	7.38	<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>
法定身份证明	7.39	指依据法律规定，由有权机构制作颁发的证明身份的证件、文件等，如：出生证明、居民身份证、户口簿、护照、军人证、外国人永久居留身份证、港澳台居民居住证等。
未到期净保险费	7.40	指本主险合同最后一期已缴保险费 × (1-手续费比例) × (1-该保险费所保障的已经过日数/该保险费所保障的日数)，经过日数不足一日的按一日计算，手续费比例为 35%。
周岁	7.41	<p>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，每经过一年增加一岁，不足一年的不计。</p> <p>若不同法定身份证明文件上关于出生日期的记载不一致，应当以出生证明记载的日期为准；没有出生证明的，以居民身份证记载的日期为准。</p>
未到期保险费	7.42	指本主险合同最后一期已缴保险费 × (1-该保险费所保障的已经过日数/该保险费所保障的日数)，经过日数不足一日的按一日计算。
医生	7.43	<p>指在所在国合法注册的具有医生资格的并拥有处方权且正在执业的医疗服务人员，同时需要满足下列条件：</p> <ol style="list-style-type: none"> (1) 对其治疗的疾病或伤害经过培训和训练从而具有相应的治疗资格； (2) 职业范围符合执照许可； (3) 不是被保险人本人、被保险人的代理人、合伙人、雇员或雇主，或被保险人的家庭成员以及其他具有类似亲密关系的人。
保单周年日	7.44	<p>本主险合同的保单周年日以保险合同所载日期为准。</p> <p>本主险合同满第一个保单年度时所对应的保单周年日为首个保单周年日，以此类推。如果当月无对应的同一日，则以该月的最后一日为对应日。</p>
ICD-0-3	7.45	《国际疾病分类肿瘤学专辑》第三版 (ICD-0-3)，是 WHO 发布的针对 ICD 中肿瘤形态学组织学细胞类型、动态、分化程度的补充编码。其中形态学编码：0 代表良性肿瘤；1 代表动态未定性肿瘤；2 代表原位癌和非侵袭性癌；3 代表恶性肿瘤 (原发性)；6 代表恶性肿瘤 (转移性)；9 代表恶性肿瘤 (原发性或转移性未肯定)。

(本页以下空白)

附录 1 保险计划表

保险计划		悦享计划	优享计划	尊享计划
保险区域		中国境内	中国境内	中国境内
基本保险金额		200 万元	200 万元	200 万元
我们认可的医疗机构		1、公立医院（含特需部、国际部、贵宾部、外宾部等） 2、我们认可的私立医疗机构 3、不含我们指定的昂贵医院	1、公立医院（含特需部、国际部、贵宾部、外宾部等） 2、我们认可的私立医疗机构 3、不含我们指定的昂贵医院	1、公立医院（含特需部、国际部、贵宾部、外宾部等） 2、我们认可的私立医疗机构 3、含我们指定的昂贵医院（含特定昂贵医院）
住院医疗费用	累计限额	基本保险金额	基本保险金额	基本保险金额
	免赔额	10,000 元	0 元	0 元
	给付比例	100%	<ul style="list-style-type: none"> 公立医院中的特需部、国际部、贵宾部、外宾部等：90% 其他：100% 	<ul style="list-style-type: none"> 公立医院中的特需部、国际部、贵宾部、外宾部等：90% 特定昂贵医院：80% 其他：100%
	床位费日限额	无日限额	<ul style="list-style-type: none"> 公立医院中的特需部、国际部、贵宾部、外宾部等：按 90% 给付，每日限额 1200 元。 其他：按我们认可的医疗机构对应给付比例给付，无日限额 	按我们认可的医疗机构对应给付比例给付，无日限额
门急诊医疗保险金	累计限额		5 万元	10 万元
	给付次数及比例	无此项责任	<ul style="list-style-type: none"> 前 8 次：公立医院中的特需部、国际部、贵宾部、外宾部等 90%，其他 100% 第 9 次及之后：50% 	<ul style="list-style-type: none"> 特定昂贵医院：每次免赔额 500 元后 100%，不限就诊次数 其他： <ul style="list-style-type: none"> 前 8 次：公立医院中的特需部、国际部、贵宾部、外宾部等 90%；其他 100% 第 9 次及之后：每次免赔额 500 元；免赔额之上公立医院中的特需部、国际部、贵宾部、外宾部等 90%，其他 100%

(本页以下空白)