



请扫描以查询验证条款

北京人寿保险股份有限公司 北京人寿北京市定制医保补充团体医疗保险（互联网专属）条款

阅读指引

本阅读指引有助于理解条款，对本合同内容的解释以条款为准。

👉 投保人拥有的重要权益

- ❖ 本合同提供的保障在保险责任条款中列明.....2.3
- ❖ 投保人有退保的权利6.1

👉 投保人应当特别注意的事项

- ❖ 本合同有责任免除条款，请注意2.5
- ❖ 保险事故发生后，请及时通知我们3.2
- ❖ 退保会给投保人造成一定的损失，请慎重决策.....6.1
- ❖ 投保人有如实告知的义务7.1
- ❖ 我们对一些重要术语进行了解释，并作了显著标识，请注意8
- ❖ 本保险条款中其他加粗字体部分内容（包括但不限于保险责任、免除或减轻我们责任的条款），请重点关注

👉 保险条款是保险合同的重要内容，为充分保障投保人的权益，请仔细阅读本保险条款

👉 条款目录

<p>1. 双方订立的合同</p> <p>1.1 合同构成</p> <p>1.2 合同成立与生效</p> <p>1.3 投保范围</p> <p>2. 我们提供的保障</p> <p>2.1 保险金额</p> <p>2.2 保险期间</p> <p>2.3 保险责任</p> <p>2.4 补偿原则</p> <p>2.5 责任免除</p> <p>2.6 其他免责条款</p> <p>3. 保险金的申请</p> <p>3.1 受益人</p> <p>3.2 保险事故通知</p> <p>3.3 保险金申请</p> <p>3.4 保险金给付</p> <p>3.5 诉讼时效</p> <p>4. 保险费的支付</p> <p>4.1 保险费的支付</p> <p>5. 被保险人的变动</p> <p>5.1 被保险人的变动</p> <p>6. 合同解除</p> <p>6.1 投保人解除合同的手续及风险</p> <p>7. 其他需要关注的事项</p>	<p>7.1 明确说明与如实告知</p> <p>7.2 年龄性别错误的处理</p> <p>7.3 本公司合同解除权的限制</p> <p>7.4 合同终止</p> <p>7.5 转账规定</p> <p>7.6 合同内容变更</p> <p>7.7 联系方式变更</p> <p>7.8 争议处理</p> <p>8. 释义</p> <p>8.1 基本医疗保险</p> <p>8.2 指定医疗机构</p> <p>8.3 住院</p> <p>8.4 必需且合理</p> <p>8.5 专科医生</p> <p>8.6 特定既往症</p> <p>8.7 毒品</p> <p>8.8 酒后驾驶</p> <p>8.9 无合法有效驾驶证驾驶</p> <p>8.10 无合法有效行驶证</p> <p>8.11 机动车</p>	<p>8.12 遗传性疾病</p> <p>8.13 先天性畸形、变形或染色体异常</p> <p>8.14 意外伤害</p> <p>8.15 医疗事故</p> <p>8.16 康复性治疗</p> <p>8.17 工伤</p> <p>8.18 HIV 职业暴露</p> <p>8.19 有效身份证件</p> <p>8.20 现金价值</p> <p>8.21 特殊情形</p>
--	--	---

北京人寿保险股份有限公司

北京人寿北京市定制医保补充团体医疗保险（互联网专属）条款

在本条款中，“我们”、“本公司”均指北京人寿保险股份有限公司。

1. 双方订立的合同

- 1.1 **合同构成** 北京人寿北京市定制医保补充团体医疗保险（互联网专属）（以下简称本合同）由本保险条款、保险单或其他保险凭证、投保单、被保险人名册、变更申请书、与本合同有关的投保文件、声明、批注、批单以及与本合同有关的其他书面材料共同构成。
- 1.2 **合同成立与生效** 投保人提出保险申请且我们同意承保，本合同成立。本合同成立日期在保险单上载明。
本合同自我们同意承保、收取保险费并签发保险单的次日零时起开始生效。本合同生效日期在保险单上载明。
除另有约定外，我们自本合同生效日开始承担保险责任。
- 1.3 **投保范围** 除另有约定外，北京市**基本医疗保险**（见释义）参保人且投保时为在保状态的，可作为被保险人，由对其具有保险利益的投保人向本公司投保本保险。
前款被保险人的子女、配偶或父母，经本公司审核同意，可作为附属被保险人参加本保险。
本合同中所指的被保险人均含附属被保险人。

2. 我们提供的保障

- 2.1 **保险金额** 每一被保险人的保险金额包括医保内医疗费用保险金额、医保外医疗费用保险金额和特定药品医疗费用保险金额，由投保人在投保时确定，并在保险单或其他保险凭证中载明。
- 2.2 **保险期间** 本合同的保险期间为1年；除另有约定外，自本合同生效日零时起至约定终止日24时止，由投保人在投保时与本公司协商确定并在保险单上载明。
- 2.3 **保险责任** 在本合同保险期间内，我们按照下列约定承担保险责任：
- 2.3.1 **医保内医疗费用保险金** 被保险人经**指定医疗机构**（见释义）诊断并接受门诊、**住院**（见释义）或其他本合同约定的治疗、检查，对于该被保险人因此在指定医疗机构内支出的**必需且合理**（见释义）的、符合当地**基本医疗保险范围以内的医疗费用**（以下简称**保障内医保内医疗费用**），我们按照本合同的约定向医疗保险金受益人给付医保内医疗费用保险金。
- 2.3.2 **医保外医疗费用保险金** 被保险人经指定医疗机构诊断并接受住院或其他本合同约定的治疗、检查，对于该被保险人因此在**指定医疗机构（不包括基本医疗保险定点社区卫生服务机构）**内支出的必需且合理的、在当地**基本医疗保险范围以外的医疗费用**（以下简称**保障内医保外医疗费用**），我们按照本合同的约定向医疗保险金受益人给付医保外医疗费用保险金。

- 2.3.3 特定药品医疗费用保险金 被保险人经指定医疗机构的专科医生（见释义）诊断并开具处方，在本合同约定的指定医疗机构、药店（本合同约定的药店范围，由投保人与我们约定，并在本合同上载明）购买和使用本合同约定的特定药品，对于该被保险人因此在指定医疗机构、药店支出的必需且合理的该特定药品医疗费用（以下简称保障内特定药品医疗费用），我们按照本合同的约定向医疗保险金受益人给付特定药品医疗费用保险金。
- 2.3.4 特别注意事项 在本合同保险期间内，被保险人发生的符合本条款2.3.1约定的保障内医保内医疗费用、2.3.2约定的保障内医保外医疗费用和2.3.3约定的保障内特定药品医疗费用，统称为保障内费用。
投保人、我们可以就上述“本合同约定的治疗、检查”的具体内容进行约定，并在保险单上载明。
投保人、我们可以就上述“必需且合理的、当地基本医疗保险范围以内及以外的医疗费用”的具体内容进行约定，并在保险单上载明。
保险金计算，在扣除被保险人按照基本医疗保险或公费医疗的有关规定取得的医疗费用补偿及约定的免赔额后，按本合同约定的给付范围和给付比例，在对应的保险金额内给付保险金。
本合同项下各被保险人名下的各项保险责任的免赔额、赔付比例，由投保人在投保时与我们约定，并在保险单上载明。除本合同另有约定外，医保内医疗费用保险金免赔额为本合同保险期间对应年度北京市基本医疗保险大病保险起付标准。若被保险人在本合同生效日前罹患特定既往症（见释义），则我们根据约定的给付比例计算保险金，该给付比例由投保人和我们双方约定，并在保险单上载明。若被保险人未以基本医疗保险身份就诊并结算的，则我们根据另行约定的给付比例计算保险金，该给付比例由投保人和我们双方约定，并在保险单上载明。
保险期间届满被保险人治疗仍未结束的，我们自保险期间届满之时不再承担保险责任。
本合同约定的特定药品由投保人在投保时与我们约定，并在保险单上载明。特定药品清单，以我们最新公布信息为准，我们保留对特定药品清单进行变更的权利，将根据医疗水平的发展对特定药品清单进行更新。
医保内医疗费用保险金、医保外医疗费用保险金和特定药品医疗费用保险金统称为医疗保险金。我们向同一被保险人累计给付医疗保险金之和以该被保险人名下的保险金额为限。当被保险人发生的保障内费用同时符合医保内医疗费用保险金、医保外医疗费用保险金和特定药品医疗费用保险金给付条件中的两项及以上时，对于同时符合的部分费用，我们将按约定的理赔顺序给付保险金。本合同项下各被保险人医疗保险金的理赔顺序，由投保人在投保时与我们约定，并在保险单上载明。
- 2.4 补偿原则 我们在向受益人给付保险金时，若被保险人所发生的保障内费用已从其他途径获得补偿，且其他途径获得补偿的金额，加上我们按本合同约定给付的保险金之和超过了该被保险人实际发生的医疗费用，我们将按该被保险人实际发生的医疗费用扣除其他途径获得补偿的金额后的余额向该被保险人的医疗保险金受益人给付保险金，即包括本合同在内的各种途径所给付的所有医疗费用补偿金额之和不得超过该被保险人实际发生的医疗费用。

其他途径获得补偿的金额包含：从本合同之外的商业性医疗费用补偿型医疗保险、公费医疗、基本医疗保险、政府主办补充医疗及其他政府机构或者社会福利机构获得的医疗费用补偿金额。

2.5 责任免除

(一) 因下列情形之一，导致被保险人支出医疗费用的，我们不承担给付保险金责任：

- (1) 投保人对被保险人的故意杀害、故意伤害；
- (2) 被保险人故意自伤或自杀，但被保险人自杀时为无民事行为能力人的除外；
- (3) 被保险人因挑衅或故意行为而导致的打斗、被袭击或被谋杀，故意犯罪或抗拒依法采取的刑事强制措施；
- (4) 被保险人醉酒，主动吸食或注射毒品（见释义）；
- (5) 被保险人酒后驾驶（见释义），无合法有效驾驶证驾驶（见释义），或驾驶无合法有效行驶证（见释义）的机动车（见释义）；
- (6) 遗传性疾病（见释义），先天性畸形、变形或染色体异常（见释义）；
- (7) 被保险人未遵医嘱私自服用、涂用、注射药物，未遵医嘱使用管制药物或处方药物（遵医嘱使用管制药物的情形不在此限），未按说明书所示的内容使用非处方药物（按使用说明的规定使用非处方药物的情形不在此限），未经专科医生处方自行购买的药品、有毒物质，专科医生开具的被保险人当前治疗必需的处方药品剂量超过1个月（不含）以上的药品费用；
- (8) 被保险人接受美容手术、矫形手术、视力矫正、牙科治疗（包括牙科保健和修复、拔牙、洗牙、牙齿美白、牙齿正畸、补牙、种植牙、镶牙等）、变性手术或非因意外伤害（见释义）而进行的整形手术；
- (9) 不孕不育治疗、人工受精、避孕、节育（含绝育）、绝育后复通、妊娠（含异位妊娠）、分娩（含剖腹产和难产）、流产（含人工流产）、产前产后检查以及由以上原因引起的并发症、包皮环切术、包皮剥离术、包皮气囊扩张术、性功能障碍治疗、各类矫形及生理缺陷治疗（手术和检查检验项目）；
- (10) 被保险人接受各类医疗鉴定（包括但不限于医疗事故（见释义）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），接受各类医疗咨询（包括但不限于心理咨询、健康咨询、睡眠咨询），康复性治疗（见释义）、休养或疗养、特别护理或静养、身体健康检查、美容减肥、脱发治疗、戒烟戒酒；
- (11) 体外使用的医疗辅助设备（包括义肢、假体、义眼、助听器、眼镜或隐形眼镜、轮椅、拐杖、康复治疗器械、按摩保健用品、非处方医疗器械等）的购买、租用、安装和置换费用；
- (12) 被保险人接受未经科学或医学认可的试验性或研究性治疗，或接受未被治疗所在地权威部门批准的治疗，或使用未获得治疗所在地政府许可或批准的药品或药物；
- (13) 工伤（见释义）、医疗事故，应当由第三方或公共卫生部门负担的责任；
- (14) 被保险人在香港特别行政区、澳门特别行政区、台湾地区或中国境外接受治疗；
- (15) 接种预防性疫苗，购买避孕药品，未纳入当地基本医疗保险范围内的维生素、营养品，保健药品、滋补药品及含国家珍贵或濒危动植物材料药品；
- (16) 除因 HIV 职业暴露（见释义）感染的情形外，被保险人患艾滋病（AIDS）

或感染艾滋病病毒（HIV 呈阳性）期间遭受的意外伤害或罹患疾病；

（17）被保险人患有精神和行为障碍（依照世界卫生组织《疾病和有关健康问题的国际统计分类》（ICD-10）确定）。

（二）对于使用本合同约定的特定药品的被保险人，在第（一）项以外，如存在下列情形的，我们也不承担给付保险金责任：

（1）被保险人未经医生处方用药；

（2）被保险人在非本合同指定医疗机构、药店购买药品，但本合同中未指定医疗机构、药店的不在此列；

（3）国内上市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、用法、用量不符；国外上市且国内未上市药品处方的开具与该药品出口地区管理部门批准的适应症、用法、用量不符；

（4）相关医学材料不能证明特定药品对被保险人所罹患的疾病治疗有效；

（5）药品处方的开具与本产品《特定药品清单》的范围不符；

（6）被保险人的疾病状况，经审核，确定对药品已经耐药，而产生的费用（耐药是指：a. 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。b. 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，按相关专业机构（包括：中国临床肿瘤学会（CSCO）、中华医学会血液学分会、中国抗癌协会血液肿瘤专业委员会、国家卫健委、美国国家综合癌症网络（NCCN）等）的指南规范，对患者的骨髓形态学、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。）

（三）除当地基本医疗保险相关制度以外，其他当地法律、法规规定不予支付的医疗费用，我们不承担给付保险金的责任。

（四）被保险人不符合入院标准、挂床住院或住院病人应当出院而拒不出院，从指定医疗机构确定其应当离院之日起发生的一切医疗费用，我们不承担给付保险金责任。

（五）对于本合同载明的免赔额，我们不承担给付保险金的责任。

2.6 其他免责条款 除“2.5 责任免除”外，本合同中还有一些免除、减轻我们责任的条款，详见以下条款中背景突出显示的内容：“2.3 保险责任”、“2.4 补偿原则”、“3.1 受益人”、“3.2 保险事故通知”、“5.1 被保险人的变动”、“6.1 投保人解除合同的手续及风险”、“7.1 明确说明与如实告知”、“7.2 年龄性别错误的处理”、“7.7 联系方式变更”、“8 释义”。

3. 保险金的申请

3.1 受益人 除另有指定外，医疗保险金受益人为被保险人本人。
投保人为与其有劳动关系的劳动者投保本保险，不得指定被保险人及其近亲属以外的人为受益人。

受益人故意造成被保险人死亡、伤残、疾病的，或者故意杀害被保险人未遂的，该受益人丧失受益权。

3.2 保险事故通知 投保人、被保险人或受益人知道保险事故发生后应当在 10 日内通知我们。
如果投保人、被保险人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保险责任，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。

3.3 保险金申请

申请保险金时，由相应保险金受益人作为申请人填写保险金给付申请书，并提供下列证明和资料：

1. 医保内医疗费用保险金、医保外医疗费用保险金申请所需的证明和资料

- (1) 保险合同或保险凭证；
- (2) 受益人的有效身份证件（见释义）；
- (3) 指定医疗机构出具的被保险人的诊断证明、医疗费用以及处方和检查化验明细清单及病历，如存在住院的，指定医疗机构出具的被保险人的入出院记录；
- (4) 对于已经从当地基本医疗保险、城乡居民大病保险或其他途径获得补偿或给付的，需提供相应机构或单位出具的医疗费用结算证明；
- (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。

2. 特定药品医疗费用保险金申请所需的证明和资料

- (1) 保险合同或保险凭证；
- (2) 受益人的有效身份证件；
- (3) 由指定医疗机构专科医生出具的被保险人的诊断证明和处方、指定医疗机构或本公司合作的药店出具的药品费用收据或者发票；
- (4) 指定医疗机构或本公司合作的药店出具的药品费用清单、指定医疗机构出具的被保险人的门诊及住院病历、入出院记录以及与诊断证明相关的病理显微镜检查、血液检验及其他科学方法检验报告；
- (5) 对于已经从当地基本医疗保险、城乡居民大病保险或其他途径获得补偿或给付的，需提供相应机构或单位出具的医疗费用结算证明；
- (6) 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。

以上保险金申请的证明和资料不完整的，本公司将于2个工作日内一次性通知受益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保险金申请所需证明和资料后，将在5日内作出核定；情形复杂的，在30日内作出核定。若我们要求投保人、被保险人或者受益人补充提供有关证明和资料的，则上述的30日不包括补充提供有关证明和资料的期间。

经我们核定属于保险责任的，我们在与受益人达成有关给付保险金数额的协议后10日内，履行给付保险金义务。

我们未及时履行前款规定义务的，将赔偿受益人因此受到的损失。前述“损失”指根据中国人民银行公布的同时期的人民币活期存款基准利率计算的利息损失。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。

4. 保险费的支付

- 4.1 保险费的支付 投保人应于投保时一次性支付全部保险费。

5. 被保险人的变动

- 5.1 被保险人的变动 投保人需要增加被保险人的，应以书面形式通知我们。我们审核同意并对新增加的被保险人收取保险费后，对新增加的被保险人承担保险责任。我们对该新增加的被保险人承担保险责任的起始时间在本合同上载明。
- 投保人需要减少被保险人的，应提交保单变更申请书通知我们。我们对该被保险人承担的保险责任自投保人书面通知到达我们之日的 24 时起终止。
- 如果减少的被保险人未发生保险事故，我们向投保人退还本合同项下该被保险人名下的**现金价值**（见释义）；**对于已发生保险金给付的被保险人，或已发生本合同约定的保险事故但尚未支付保险金的被保险人，则我们不退还现金价值。**

6. 合同解除

- 6.1 投保人解除合同的手续及风险 本合同成立后，投保人可以解除本合同，请填写解除合同通知书并向我们提供下列证明和资料：
1. 保险合同；
 2. 投保人的单位证明或有效身份证件；
 3. 投保人已通知被保险人退保的有效证明。
- 自我们收到解除合同通知书时起，本合同终止。**投保人解除本合同的，我们自收到解除合同通知书之日起 30 日内向投保人退还本合同的现金价值。
- 投保人解除合同可能会遭受一定损失。**

7. 其他需要关注的事项

- 7.1 明确说明与如实告知 订立本合同时，我们应当向投保人说明本合同的内容。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，该条款不成为合同的内容。
- 订立本合同时，我们就投保人和被保险人的有关情况提出询问，投保人应当如实告知。
- 如果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。**
- 如果投保人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，我们不承担保险责任，并不退还保险费。**
- 如果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，对于本合同解除前发生的保险事故，我们不承担保险责任，但会向投保人退还保险费。**
- 7.2 年龄性别错误的处理 投保人在申请投保时，应将与有效身份证件相符的被保险人的出生日期和性别在投保单上填明，如果发生错误按照下列方式办理：

1. 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合同约定投保年龄限制的，我们有权终止对该被保险人的保险责任，但向投保人退还保险责任终止时本合同项下该被保险人名下的现金价值。对于该被保险人的保险责任终止前发生的保险事故，我们不承担给付保险金的责任。

2. 投保人申报的被保险人年龄或者性别不真实，致使投保人实付保险费少于应付保险费的，我们有权更正并要求投保人补交本合同项下该被保险人名下的保险费。如果已经发生保险事故，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. 投保人申报的被保险人年龄或者性别不真实，致使投保人实付保险费多于应付保险费的，我们向投保人无息退还多收的本合同项下该被保险人名下的保险费。

- 7.3 本公司合同解除权的限制 本条款第 7.1、7.2 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。
我们在合同订立时已经知道投保人未如实告知的情况的，我们不得解除合同；发生保险事故的，我们应当承担保险责任。
- 7.4 合同终止 当发生下列情形之一时，本合同终止：
1. 在保险期间内解除本合同的；
2. 我们已经履行完毕保险责任的；
3. 本合同约定的其他终止事项。
- 7.5 转账规定 本合同中涉及到我们向投保人退还保险费、现金价值时，我们均以银行转账方式将相应金额退至投保人投保本合同时交纳保险费的账户，属于**特殊情形**（见释义）之一的除外。
- 7.6 合同内容变更 经投保人与我们协商一致，可以变更本合同的有关内容。变更本合同的，应当由我们在保险合同上批注或者附贴批单，或者由投保人与我们订立书面的变更协议。
- 7.7 联系方式变更 为了保障投保人的合法权益，投保人的住所、通讯地址、电话或电子邮件等联系方式变更时，请及时以书面形式或双方认可的其他形式通知我们。若投保人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联系方式所发送的有关通知，均视为已送达给投保人。
- 7.8 争议处理 本合同争议的解决方式，由当事人在保险合同中约定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 xxx 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，依法向人民法院提起诉讼。

8. 释义

- 8.1 基本医疗保险 指城镇职工基本医疗保险、城镇居民基本医疗保险、新型农村合作医疗。
- 8.2 指定医疗机构 除本合同另有约定外，指定医疗机构指中华人民共和国境内（**不包括香港、澳门、台湾地区**）基本医疗保险定点社区卫生服务机构、二级及以上医院或我们认可的医疗机构（**不包括其附属的国际医疗、特需医疗、贵宾医疗、外宾医疗或者相类似的部门和科室**），且应符合下列所有条件：
- （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全日二十四小时的医疗和护理服务；
 - （4）非主要作为康复医院、诊所、护理、疗养、戒酒、戒毒或类似的医疗机构。
- 投保人和我们双方还可以约定指定医疗机构的条件、范围等，但须在本合同中载明。
- 8.3 住院 指被保险人确因临床需要，正式办理入院及出院手续，并确实入住医院正式病房接受治疗的行为过程，**但不包括下列情形：**
- （1）**被保险人入住医院的门（急）诊观察室、家庭病床（房）；**
 - （2）**被保险人入住康复科、康复病床（房）或接受康复治疗；**
 - （3）**被保险人住院期间一日内未接受与入院诊断相关的检查和治疗，或一日内住院不满 24 小时，但遵医嘱到外院接受临时治疗的情形除外；**
 - （4）**被保险人未达到入院标准而办理入院手续，或已达到出院标准而不办理出院手续；**
 - （5）**被保险人住院体检；**
 - （6）**挂床住院（注）及其他不合理的住院。**
- 注：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，包括在住院期间连续 5 日无任何治疗，只发生护理费、诊疗费、床位费的情况。
- 8.4 必需且合理 指符合以下 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我们根据客观、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符合当地基本医疗保险出院带药管控的规定；
 - ④由医生（注）开具的处方药；
 - ⑤非试验性的、非研究性的项目；
 - ⑥与治疗当地普遍接受的医疗专业实践标准一致的项目。

对是否医学必需根据客观、审慎、合理的原则进行审核；如果被保险人对我们的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。

注：医生指在医院内合法注册的具有医师执业资格和诊断处方权且正在执业的医师。

- 8.5 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) 在国家《医院分级管理标准》二级或二级以上医院的相应科室从事临床工作三年以上。
- 8.6 特定既往症 指在本合同生效日之前被保险人已患且已知晓的疾病。
“本合同约定的特定既往症”，由投保人在投保时与我们约定，并在本合同上载明。
- 8.7 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。
- 8.8 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》或道路交通相关法规的规定认定为饮酒后驾驶或醉酒后驾驶。
- 8.9 无合法有效驾驶证驾驶 指下列情形之一：
(1) 没有取得中华人民共和国有关主管部门颁发或者认可的驾驶资格证书；
(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。
- 8.10 无合法有效行驶证 指下列情形之一：
(1) 机动车被依法注销登记的；
(2) 未依法按时进行或通过机动车安全技术检验。

- 8.11 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或履带车辆。
- 8.12 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。
- 8.13 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》第十次修订版（ICD-10）确定。
- 8.14 意外伤害 指遭受外来的、突发的、非本意的、非疾病的客观事件直接致使身体受到的伤害。
- 8.15 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。医疗事故的认定以自 2002 年 9 月 1 日起施行的《医疗事故处理条例》有关规定为准，若该条例被修订的，以修订后为准。
- 8.16 康复性治疗 指利用物理治疗、作业治疗、言语治疗方法以诊断、治疗残疾和疾病（包括疼痛），使病、伤、残者得到康复，消除或减轻功能障碍，发挥身体残留部分功能，尽可能恢复其生活自理能力、运动能力、工作能力以重新回归社会。
- 8.17 工伤 指符合国家最新修订颁布的《工伤保险条例》规定的“认定为工伤”或者“视同工伤”情形的事故。
- 8.18 HIV 职业暴露 指卫生保健人员或人民警察在职业工作中与 HIV 感染者的血液、组织或其他体液等接触而具有感染 HIV 的风险。
- 8.19 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、港澳台居民居住证、户口簿以及中华人民共和国政府主管部门颁发或者认可的有效护照或者其他身份证明文件。
- 8.20 现金价值 指保险单所具有的价值，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×(1-15%)×(1-当期已经过日数/保险期间日数)。经过日数不足一日的按一日计算。
- 8.21 特殊情形 团体保险的现金价值或者保险费应当通过银行等资金支付系统转账至原交款账户，下列特殊情形除外：
(1) 投保人原交款账户销户或者原交款账户存在异常状态导致无法转账成功的，经投保人或者承继投保人权利的人提供有效证明文件，我们向投保人退还的保险费、现金价值可以通过银行转账至其指定账户，该指定账户应属于投保人或者承继投保人权利的人；

(2) 投保人收入和支出账户不一致的，经投保人提供有效证明文件，我们向投保人退还的保险费、现金价值可以通过银行转账至投保人指定账户，该指定账户应属于投保人；

(3) 投保人为党政机关、事业单位且根据有关规定应将我们向投保人退还的保险费、现金价值转账至财政或国库账户的，或者按照仲裁结果或者法院判决应将我们向投保人退还的保险费、现金价值转账至仲裁机构或法院指定账户的；

(4) 投保人没有银行账户或者以现金形式交纳保险费的；

(5) 经投保人提供有效证明文件，被保险人个人交纳的保险费和其对应的现金价值可以退还给被保险人。