



请扫描以查询验证条款

东吴新市民新业态（2023）医疗保险（互联网）条款

阅读指引

本阅读指引有助于您理解条款，对本合同内容的解释以条款为准。



您拥有的重要权益

- ❖ 被保险人可以享受本合同提供的保障.....2.4
- ❖ 您有退保的权利.....5.1



您应当特别注意的事项

- ❖ 本合同适用补偿原则.....2.6
- ❖ 在某些情况下，我们不承担保险责任.....2.7、2.8
- ❖ 您应当按时支付保险费.....4.1
- ❖ 退保会给您造成一定的损失，请您慎重决策.....5.1
- ❖ 我们对一些重要术语进行了解释，并作了显著标识，请您注意.....7



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. 您与我们的合同

- 1.1 保险合同构成
- 1.2 保险合同成立与生效
- 1.3 投保范围
- 1.4 投保年龄
- 1.5 家庭保单

2. 我们提供的保障

- 2.1 保险金额
- 2.2 保险期间
- 2.3 不保证续保
- 2.4 保险责任
- 2.5 给付规则
- 2.6 补偿原则
- 2.7 责任免除
- 2.8 其他免责条款

3. 如何申请领取保险金

- 3.1 受益人
- 3.2 保险事故通知
- 3.3 保险金申请
- 3.4 保险金给付
- 3.5 诉讼时效

4. 如何支付保险费

- 4.1 保险费的支付

5. 如何解除保险合同

- 5.1 您解除合同的手续及风险

6. 其他需要关注的事项

- 6.1 明确说明与如实告知
- 6.2 年龄错误
- 6.3 合同内容变更
- 6.4 联系方式变更
- 6.5 争议处理

7. 释义

- 7.1 新市民
- 7.2 新业态
- 7.3 周岁
- 7.4 意外伤害事故
- 7.5 医疗机构
- 7.6 基本医疗保险
- 7.7 医疗必需且合理
- 7.8 住院
- 7.9 药品费
- 7.10 住院手术费
- 7.11 床位费
- 7.12 膳食费
- 7.13 其他费用
- 7.14 门诊
- 7.15 化学疗法
- 7.16 放射疗法
- 7.17 肿瘤免疫疗法
- 7.18 肿瘤内分泌疗法

7.19 肿瘤靶向疗法

7.20 遗传性疾病

7.21 先天性畸形、变形和染色体异常

7.22 感染艾滋病病毒或患艾滋病

7.23 醉酒

7.24 毒品

7.25 康复治疗

7.26 医疗事故

7.27 有效身份证件

7.28 现金价值

附表一：保险利益表

附表二：给付比例表



东吴人寿保险股份有限公司
SOOCHOW LIFE INSURANCE CO.,LTD.

东吴新市民新业态（2023）医疗保险（互联网）条款

在本条款中，“您”指投保人，“我们”、“本公司”均指东吴人寿保险股份有限公司。

① 您与我们的合同

- 1.1 **保险合同构成** 本保险合同（以下简称“本合同”）由保险单、保险条款、投保单，以及与本合同有关的投保文件、合法有效的声明、批注、批单和其他书面协议共同构成。
- 1.2 **保险合同成立与生效** 您提出保险申请、我们同意承保，本合同成立。
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生效，具体生效日以保险单所载的日期为准。
- 1.3 **投保范围** 凡投保时身体健康，能正常学习、生活、工作或劳动的**新市民**（见7.1）或**新业态**（见7.2）从业人员，均可作为本合同的被保险人。
- 1.4 **投保年龄** 指您投保时被保险人的年龄。本合同接受的首次投保年龄范围为出生满28天至45**周岁**（见7.3）。
- 1.5 **家庭保单** 您可以同时为您的两名或者两名以上家庭成员（包括投保人本人）投保本合同，经我们同意承保后，形成家庭保单。
家庭成员仅包括投保人本人、投保人的父母、投保人的配偶和子女。
您分别为您的家庭成员投保本合同的，不构成家庭保单。

② 我们提供的保障

- 2.1 **保险金额** 本合同的保险金额由您在投保时与我们约定并在保险单上载明。
本合同的保险金额见附表一。
- 2.2 **保险期间** 本合同保险期间为一年，自本合同生效日零时起至终止日零时止。
- 2.3 **不保证续保** 本合同为**不保证续保合同**。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。

若保险期间届满时本产品已停售，我们将不再接受投保申请。

2.4 保险责任

在本合同有效期内，我们承担如下保险责任：

等待期

被保险人自本合同生效之日起 30 日内（含第 30 日当日）因遭受**意外伤害事故**（见 7.4）以外的原因，并经**医疗机构**（见 7.5）诊断必须接受治疗的，无论治疗时间与本合同生效之日是否间隔超过 30 日，我们不承担给付保险金的责任。这 30 日的时间称为等待期。

若发生下列情形之一的，无等待期：

- （1） 被保险人因遭受意外伤害事故，并经医疗机构诊断必须接受治疗；
- （2） 您在保险期间届满前 30 日内成功重新投保本产品。

在本合同保险期间内，被保险人因遭受意外伤害事故或在等待期后被保险人因意外伤害事故以外的原因在本合同约定的医疗机构内发生的符合当地**基本医疗保险**（见 7.6）规定的、**医疗必需且合理**（见 7.7）的医疗费用，我们承担如下保险责任：

免赔额

本合同免赔额均指年免赔额，指符合当地基本医疗保险规定的、医疗必须且合理的、被保险人在每一保险期间内自行承担，本合同不予赔偿的部分。**被保险人从基本医疗保险和公费医疗之外的其他途径已获得的医疗费用补偿可用于抵扣免赔额。但通过基本医疗保险和公费医疗获得的补偿，不可用于抵扣免赔额。**除另有约定外，在每一保险期间内，一般医疗保险金 3000 元免赔额。在每一保险期间内免赔额经抵扣过后剩余的金额为免赔额余额，且免赔额余额 ≥ 0 。

以家庭保单承保的，在每一保险期间内我们对家庭保单的所有被保险人累计扣除的免赔额已达到本合同中约定的免赔额的，我们在该保险期间内给付保险金时不再另外增加扣除本合同约定的免赔额。

基本保险责任

本合同的基本保险责任为一般医疗保险金。

一般医疗保险金

在本合同有效期内，被保险人因遭受意外伤害事故或在等待期后因意外伤害事故以外的原因，在本合同约定的医疗机构接受治疗的，我们对下述四类年度内累计发生的费用，在扣除被保险人通过基本医疗保险、公费医疗和其他途径已经补偿或给付的部分后，按照本合同约定的给付规则给付一般医疗保险金。

（一）住院医疗费用

指被保险人经医疗机构确诊必须**住院**（见 7.8）治疗时，被保险人在住院期间实际发生的符合当地基本医疗保险规定的、**医疗必需且合理的医疗费用**，包括**药品费**（见 7.9）、**住院手术费**（见 7.10）、**床位费**（见 7.11）、**膳食费**（见 7.12）和**其他费用**（见 7.13）之和。

被保险人到本合同保险期间届满时仍未结束本次住院治疗的，我们将继续承担给付保险金的责任，但最长不超过本合同保险期间届满后 30 日（含），且同一保单年度内，对每一个被保险人所承担的住院医疗费用的给付日数之和以 180 天为限。

（二）特定门诊医疗费用

指被保险人经医疗机构确诊必须接受特殊门诊（见 7.14）治疗时，对其每次门诊实际发生的符合当地基本医疗保险规定的、医疗必需且合理的特定门诊医疗费用，包括化学疗法（见 7.15）、放射疗法（见 7.16）、肿瘤免疫疗法（见 7.17）、肿瘤内分泌疗法（见 7.18）、肿瘤靶向疗法（见 7.19）、门诊肾透析费、器官移植后的门诊抗排异治疗费。

（三）门诊手术医疗费用

指被保险人经医疗机构确诊必须接受门诊手术治疗时，对其门诊手术实际发生的符合当地基本医疗保险规定的、医疗必需且合理的门诊手术医疗费用。

（四）住院前后门急诊医疗费用

指被保险人经医疗机构确诊必须接受住院治疗时，在住院前 30 日（含住院当日，以住院病历或出院小结为准）和出院后 30 日（含出院当日，以住院病历或出院小结为准）内，因与该次住院相同原因而接受门诊治疗时，实际发生的符合当地基本医疗保险规定的、医疗必需且合理的门急诊医疗费用（但不包括特定门诊医疗费用和门诊手术医疗费用）。

我们对以上四类费用的累计赔偿金额以本合同约定的一般医疗保险金额为限。

以非家庭保单承保的，我们对被保险人给付一般医疗保险金的金额总和以被保险人对应的一般医疗保险金额为限，一次或累计给付的一般医疗保险金达到对应的一般医疗保险金额时，我们对被保险人的一般医疗保险金责任终止。

以家庭保单承保的，我们对所有被保险人累计给付一般医疗保险金的金额总和以保险单所载的一般医疗保险金额为限，对一名或多名被保险人一次或累计给付的一般医疗保险金达到一般医疗保险金额时，我们对所有被保险人的—般医疗保险金责任终止。

可选保险责任

本合同的可选保险责任为一般住院津贴保险金。

一般住院津贴 保险金

指被保险人经医疗机构确诊必须住院治疗时，我们按被保险人每次实际住院天数扣除免赔天数后乘以本合同约定的一般住院日津贴额向被保险人给付一般住院津贴保险金。

同时，本项保险责任须符合如下规定：

1. 每次住院给付天数为被保险人每次实际住院天数，但是每次住院给付天数不超过 30 天；

2. 若被保险人本次住院治疗与前次住院原因相同，并且前次出院与本次入院间隔不超过 30 日的，则本次住院与前次住院视为同一次住院；
3. 同一保单年度内，被保险人多次住院的累计给付津贴天数以 60 天为限，当累计给付天数达到 60 天时，我们对被保险人在“一般住院津贴保险金”项下的保险责任终止。

一般住院日津贴额、每次住院最高给付天数和累计给付天数以本合同保险利益表（见附表一）上约定的住院日津贴额、每次住院最高给付天数和累计给付天数为限。

2.5 给付规则

若被保险人以有公费医疗或基本医疗保险身份投保，但未以公费医疗或基本医疗保险身份就诊或者结算的，我们按符合条款约定的医疗费用扣除取得的补偿后，剩余部分按 60%乘以本合同约定的给付比例表（见附表二）对应费用区间的比例进行给付；其他情况下，我们按符合条款约定的医疗费用扣除取得的补偿后，剩余部分按 100%乘以本合同约定的给付比例表对应费用区间的比例进行给付。

2.6 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属于本合同保险责任范围内的医疗费用已通过基本医疗保险、公费医疗或其他任何途径获得了补偿或赔偿，且该补偿或赔偿金额与我们按本合同约定给付的保险金之和超过了被保险人实际发生的医疗费用，我们将按被保险人实际发生的医疗费用扣除被保险人从其他任何途径获得的补偿或赔偿金额后向受益人给付保险金，即包括本合同在内的各种途径所给付的所有补偿或赔偿金额之和不得超过被保险人实际发生的医疗费用。

2.7 责任免除

因下列情形之一，导致被保险人发生医疗费用的，我们不承担给付保险金的责任：

- （1）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的诊疗；
- （2）患**遗传性疾病**（见 7.20）、**先天性畸形、变形和染色体异常**（见 7.21）（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）；
- （3）被保险人**感染艾滋病病毒或患艾滋病**（见 7.22）；
- （4）投保人对被保险人的故意杀害、故意伤害；
- （5）被保险人故意犯罪或抗拒依法采取的刑事强制措施；
- （6）被保险人自杀或故意自伤，但被保险人自杀或故意自伤时为无民事行为能力人的除外；
- （7）被保险人斗殴、**醉酒**（见 7.23），主动吸食或注射**毒品**（见 7.24）；
- （8）被保险人未遵医嘱，私自服用、涂用或注射药物（但按使用说明的规定使用非处方药不在此限）；
- （9）被保险人戒酒或戒毒治疗、心理治疗、视力矫正手术、变性手术、整容整形或矫形手术；
- （10）疗养、**康复治疗**（见 7.25）、包皮环切、非医学必需的激素治疗、脱发治疗、美容、减肥、丰胸或者缩胸手术、睡眠有关的研究或者治疗；

- (11) 使用假体装置、各种矫正器（包括义肢、义眼，及非急救中使用的颈托、夹板）、轮椅及各种电动助行器械、助听器；常规视力检查、配制眼镜或隐形眼镜、视力治疗或视力训练；
- (12) 因**医疗事故**（见 7.26）导致的医疗费用；
- (13) 不孕不育治疗、人工受精、怀孕、分娩（含难产）、流产、堕胎、节育（含绝育）、产前产后检查以及由以上原因引起的并发症；
- (14) 牙科疾病及相关治疗，视力矫正手术，但因意外所致的不受此限；
- (15) 被保险人患精神性疾病（依据世界卫生组织《疾病和有关健康问题的国际统计分类》（ICD-10）分类为精神和行为障碍的疾病）；
- (16) 接受各类医疗鉴定、医疗咨询和健康预测。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；医疗咨询包括如健康咨询、睡眠咨询、性咨询、心理咨询等；
- (17) 战争、军事冲突、暴乱或武装叛乱、核爆炸、核辐射或核污染、恐怖主义行为；
- (18) 被保险人作为捐赠人而进行的器官或组织摘除，器官供体寻找、获取以及从供体切除、储藏、运送器官；

2.8 其他免责条款 除 2.7 责任免除外，本合同中还有一些以加底纹的形式做了显著标志的文字，其中也包含一些责任免除的条文，请您注意。

3 如何申请领取保险金

3.1 受益人 除另有约定外，本合同的受益人为被保险人本人。

3.2 保险事故通知 您或受益人知道保险事故后应当在10日内通知我们。

如果您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，不承担给付保险金的责任，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 在申请保险金时，保险金受益人须填写保险金给付申请书，并须于出院后10日内提供下列证明和资料：

- (1) 保险合同；
- (2) 申请人的**有效身份证件**（见7.27）；
- (3) 医疗机构出具的病历材料（包括住院病历或出院小结以及相关的检查报告）；
- (4) 由我们认可的医院专科医生出具的疾病诊断证明书、病历记录，以及由我们认可的医院出具的确诊疾病必需的病理显微镜检查、血液检查、影像学检查及其他医学检验报告；
- (5) 医疗费用原始收据、医疗费用明细清单及医疗费用分割单；
- (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。

以上证明和资料不完整的，我们将及时一次性通知申请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合同约定的证明和资料后，将在 5 日内作出核定；情形复杂的，在 30 日内作出核定，但因第三方责任或其他非我们的责任导致保险事故的性质、金额无法确定的除外。

对属于保险责任的，在与受益人达成给付保险金的协议后 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，除支付保险金外，应当赔偿受益人因此受到的损失。

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 如何支付保险费

4.1 保险费的支付

本合同的保险费由您与我们在投保时约定并在保险单中载明。

您应当按照本合同约定向我们支付保险费。如果您选择分期支付保险费，您在支付首期保险费后，应在每期保险费约定支付日或之前支付对应各期的保险费。

分期支付保险费的，您支付首期保险费后，如果您到期未支付保险费，我们允许您在保险费约定支付日的次日零时起 30 日内补交保险费。在此 30 日内发生的保险事故，我们仍会承担保险责任，但在给付保险金时会扣减您欠交的保险费。

如果您在保险费约定支付日的次日零时起 30 日内仍未支付保险费，则本合同自上述期限届满的次日零时起效力终止，但本合同另有约定的除外。

⑤ 如何解除保险合同

5.1 您解除合同的手续及风险

您可以在发生任一项保险事故前申请解除本合同。如果您申请解除本合同，请填写解除合同申请书并向我们提供下列资料：

- (1) 保险合同;
- (2) 您的有效身份证件。

自我们收到解除合同申请书时起, 本合同终止。我们自收到解除合同申请书之日起 30 日内向您退还本合同的**现金价值**(见 7.28)。

您解除合同会遭受一定损失。

⑥ 其他需要关注的事项

- 6.1

明确说明与如实告知

订立本合同时, 我们应当向您明确说明本合同的内容。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您注意的提示, 并对该条款的内容以书面或者口头形式向您作出明确说明, 未作提示或者明确说明的, 该条款不产生效力。

我们会就您和被保险人的有关情况提出书面询问, 您应当如实告知。

如果您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。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。

如果您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, 我们不承担给付保险金的责任, 并不退还保险费。

如果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, 但应当向您退还保险费。

我们在合同订立时已经知道您未如实告知的情况的, 我们不得解除合同; 发生保险事故的, 我们承担给付保险金的责任。

- 6.2

年龄错误

您在申请投保时, 应将与有效身份证件相符的被保险人的出生日期在投保单上填明, 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, 并且真实年龄不符合本合同约定的投保年龄限制的, 在保险事故发生之前我们有权解除合同。我们行使合同解除权适用“我们合同解除权的限制”的规定。
 - (2) 您申报的被保险人年龄不真实, 致使您实付保险费少于应付保险费的, 我们有权更正并要求您补交保险费; 若已经发生保险事故, 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) 您申报的被保险人年龄不真实, 致使您实付保险费多于应付保险费的, 我们会将多收的保险费退还给您。

- 6.3

合同内容变更

在本合同有效期内, 经您与我们协商一致, 可以变更本合同的有关内容。变更本合同的, 应当由我们在保险单或者其他保险凭证上批注或者附贴批单,

或者由您与我们订立书面的变更协议。

- 6.4 联系方式变更** 为了保障您的合法权益，您的住所、通讯地址或者电话等联系方式变更时，请及时以书面形式或者双方认可的其他形式通知我们。如果您未以书面形式或者双方认可的其他形式通知我们，我们按本合同载明的最后住所或者通讯地址发送的有关通知，均视为已送达给您。
- 6.5 争议处理** 合同争议解决方式由当事人在合同约定时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，依法向人民法院起诉。

7 释义

- 7.1 新市民** 指因本人创业就业、子女上学、投靠子女等原因来到城镇常住，未获得当地户籍或获得当地户籍不满三年的各类群体，包括但不限于进城务工人员、新就业大中专毕业生等。如当地政府另有规定的，以当地政府相关规定为准。
- 7.2 新业态** 指符合《国家统计局关于印发〈新产业新业态新商业模式统计分类（2018）〉的通知》（国统字〔2018〕111号）中规定的范围，如相关规定有更新，以更新的规定为准。
- 7.3 周岁** 指按有效身份证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。
- 7.4 意外伤害事故** 指外来的、突发的、非本意的、非疾病的使被保险人身体受到伤害的客观事件。
- 7.5 医疗机构** 指中华人民共和国境内（港、澳、台地区除外），经国家卫生部门审核的二级以上（含二级）的基本医疗保险规定的定点医院普通部（不含特需部、vip部及国际部），但不包括附属于前述医院或单独作为诊所、康复、联合病房、护理、休养、戒酒、戒毒等医疗机构。该医院必须具有系统的、充分的诊断设备，全套外科手术设备及提供二十四小时的医疗或护理服务。
- 7.6 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、新型农村合作医疗等基本医疗保险保障项目。
- 7.7 医疗必需且合理** 指合理的、符合通常惯例且医疗必须的医疗费用。符合通常惯例指被保险人接受的医疗服务满足以下条件：
(1) 该服务满足医疗需要而且根据治疗当地通行治疗规范、采用了通行治疗方法；
(2) 医疗费用没有超过当地对类似情形治疗的常规费用，类似情形是指在同一地区、对相同性别、近似年龄的人所患的同类疾病或身体伤害实施的类似治疗或服务。
医疗必需指针对意外伤害或疾病本身的医疗服务及医疗费用满足以下条件：

- (1) 治疗意外伤害或疾病合适且必须的、有医生处方的项目；
- (2) 与接受治疗当地普遍接受的医疗专业实践标准一致；
- (3) 非为了医师或其他医疗提供方的方便；
- (4) 接受的医疗服务范围是合适的而且经济有效的。

7.8	住院	指被保险人因疾病或者意外伤害事故而入住医疗机构的正式病房接受全日 24 小时监护治疗的过程，并正式办理入出院手续，不包括入住门诊观察室、其它非正式病房或挂床住院。 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。具体表现包括在住院期间连续若干日无任何治疗，只收护理费、诊疗费、床位费等情况。
7.9	药品费	指在住院就医期间根据医生开具的处方在医院内发生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西药、中成药和中草药的费用。但不包括投保所在地政府当时适用的《城镇职工基本医疗保险药品目录》及相关规定中不予给付的下列药品：营养补充类药品，免疫功能调节类药品，美容及减肥类药品，预防类药品以及中草药类药品。
7.10	住院手术费	指当地卫生行政部门规定的手术项目的费用，包括手术费、麻醉费、手术监测费、手术材料费、术中用药费、手术设备费等；若因器官移植而发生的手术费用，不包括器官本身的费用和获取器官过程中的费用。
7.11	床位费	指被保险人在住院期间发生的医院床位（不包括陪人床、观察病房床位）的费用，且不超过标准单人间病房（不包括套房、家庭病房）标准的费用。标准单人间病房指：病房为单间设计，除独立卫生间外无其他隔间。病房设一张病床加独立卫生间的单人病房。 若某一医院的病房有两种或以上符合定义的病房，则应按其中相对床位费较低的病房计算。
7.12	膳食费	指实际发生的、由医院提供的合理的、符合惯常标准的膳食费用，但不包括住院期间购买的个人用品。
7.13	其他费用	指被保险人在住院期间发生的除药品费、手术费、床位费及膳食费以外的以下费用： (1) 化验费、检查费； (2) 输氧费； (3) 病室治疗费、诊疗费、冷暖气费用、医生诊查费、护理费； (4) 救护车费； (5) 注射费； (6) 物理治疗费； (7) 包扎科、普通外科夹板及石膏整形费用； (8) 材料费：指在住院以及门急诊就医期间医生或者护士在为被保险人进行的各种治疗中所使用的医疗器材和医用材料（但不包括特殊矫正装置、器械仪器费用）。

7.14	门诊	指被保险人确因临床需要，正式办理挂号手续，并确实在医院的门诊部接受治疗的行为过程，但不包括休养、疗养、身体检查和健康护理等非治疗性行为。
7.15	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，在医院进行的静脉注射化疗。
7.16	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，在医院的专门科室进行的放疗。
7.17	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，激发和最强机体抗肿瘤免疫应答。本合同所指的肿瘤免疫治疗药物需符合法律、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。
7.18	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治疗药物需符合法律、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。
7.19	肿瘤靶向疗法	指在细胞分子水平上，针对已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。本合同所指的靶向治疗药物需符合法律、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。
7.20	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。
7.21	先天性畸形、变形和染色体异常	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。
7.22	感染艾滋病病毒或患艾滋病	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。
7.23	醉酒	指发生事故时当事人每百毫升血液中的酒精含量大于或者等于 80 毫克。
7.24	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。

- 7.25 康复治疗** 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。
- 7.26 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。
- 7.27 有效身份证件** 指由政府主管部门规定的证明其身份的证件，如：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。
- 7.28 现金价值** 通常体现为解除合同时，根据精算原理计算的，由本公司退还的那部分金额。
现金价值=净保费×（1-保险经过日数 / 保险期间的日数），经过日数不足1日的按1日计算。
- 净保费指投保人所支付的保险费扣除每张保险单平均承担的本公司各项费用（含营业费用、代理费、各项税金、保险保障基金等）后的余额，扣除部分占所交保险费的22%。

附表一：保险利益表

单位：人民币元

保障项目	保险金额
一般医疗保险金	100 万
一般住院津贴保险金（可选）	100 元/天，每人每次免赔天数 3 天，每人单次最高 30 天，每人累计最高 60 天

附表二：给付比例表

年度内累计发生的一般医疗费用	赔付比例
3000 元（含）以下的部分	0%
3000 元至 20000 元（含）的部分	50%
20000 元至 50000 元（含）的部分	75%
50000 元以上的部分	100%

注：（1）一般医疗费用指住院医疗费用、特定门诊医疗费用、门诊手术医疗费用、住院前后门急诊医疗费用。

（2）以家庭保单投保的，年度内累计发生的一般医疗费用指所有被保险人年度内累计发生的一般医疗费用之和。