

中国太平洋财产保险股份有限公司
个人门急诊医疗保险（H2025 互联网版）条款

第一部分 总则

第一条 合同构成

本保险合同（以下简称“本合同”）由保险条款、投保单、保险单或其他保险凭证、批单等组成。凡涉及本合同的约定，均采用书面形式。

第二条 合同的成立与生效

投保人提出保险申请，经保险人（见释义）同意承保，本合同成立。

本合同生效日在保险单中载明。

第三条 投保人

本合同的投保人应为中华人民共和国境内（不含港、澳、台地区）具有完全民事行为能力的被保险人本人或对被保险人有保险利益的其他人。

第四条 被保险人

除另有约定外，首次投保时年龄为出生满 28 天（含）至 65 周岁（见释义）（含 65 周岁），身体健康、能正常工作或生活的自然人，均可作为本合同的被保险人。被保险人年满 100 周岁前（含 100 周岁），保险期间届满，投保人可以重新向保险人申请投保本产品，并经过保险人同意，交纳保险费，获得新的保险合同。

第五条 受益人

除本合同另有约定外，本合同保险金的受益人为被保险人本人。

第二部分 保障内容

第六条 保险责任

本合同的保险责任包括“一般疾病门急诊医疗保险责任”、“特定情形门急诊医疗保险责任”和“互联网药品费用医疗保险责任”三项，投保人可以根据被保险人的实际保障需求选择其中一项或多项保险责任投保，并在保险单中载明。具体方案详见附件 1：保障计划表。

（一）一般疾病门急诊医疗保险责任

在保险期间内，被保险人在等待期（见释义）后因发生本合同约定的特定疾病（见释义）以外的疾病，在保险人认可的医院（见释义）接受门诊或急诊治疗，对于被保险人每日接受门诊或急诊治疗所实际支出的、应当由个人支付的、符合当地（见释义）社会基本医疗保险（见释义）药品目录、诊疗项目目录以及服务设施范围和支付标准的、必需且合理（见释义）的门诊或急诊医疗费用，保险人在扣除本合同约定的单日一般疾病门急诊（见释义）免赔额后，按照约定的给付比例给付一般疾病门急诊医疗保险金，但保险人单日给付保险金的金额以本合同约定的单日一般疾病门急诊医疗保险金额为限。

单日一般疾病门急诊免赔额、给付比例、单日一般疾病门急诊医疗保险金额由投保人

和保险人在订立本合同时约定，并在保险单中载明。

单日一般疾病门急诊免赔额指在本合同保险期间内，被保险人每日接受一般疾病门诊或急诊治疗所支出的属于保险责任范围内的医疗费用中，应当由被保险人自行承担，本合同不予赔付的部分。

单日一般疾病门急诊医疗保险金额指在本合同保险期间内，被保险人每日接受一般疾病门诊或急诊治疗所支出的属于保险责任范围内的费用中，保险人承担给付一般疾病门急诊医疗保险金责任的最高限额。

在保险期间内，被保险人在等待期后一次或多次因发生本合同约定的特定疾病以外的疾病进行门诊或急诊治疗的，保险人均按上述约定承担给付一般疾病门急诊医疗保险金的责任，但保险人累计给付一般疾病门急诊医疗保险金的金额以保险单中载明的一般疾病门急诊医疗保险金额为限，当保险人累计给付一般疾病门急诊医疗保险金的金额达到一般疾病门急诊医疗保险金额时，保险人对被保险人的—般疾病门急诊医疗保险责任终止。

（二）特定情形门急诊医疗保险责任

在保险期间内，被保险人在等待期后因发生本合同约定的特定疾病或意外伤害（见释义），在保险人认可的医院接受门诊或急诊治疗，对于被保险人每日接受门诊或急诊治疗所实际支出的、应当由其个人支付的、必需且合理的门诊或急诊医疗费用，保险人在扣除本合同约定的单日特定情形门急诊（见释义）免赔额后，按照约定的给付比例给付特定情形门急诊医疗保险金，但保险人单日给付特定情形门急诊医疗保险金的金额以本合同约定的单日特定情形门急诊医疗保险金额为限。

单日特定情形门急诊免赔额、给付比例、单日特定情形门急诊医疗保险金额由投保人和保险人在订立本合同时约定，并在保险单中载明。

单日特定情形门急诊免赔额指在本合同保险期间内，被保险人每日接受特定情形门诊或急诊治疗所支出的属于保险责任范围内的医疗费用中，应当由被保险人自行承担，本合同不予赔付的部分。

单日特定情形门急诊医疗保险金额指在本合同保险期间内，被保险人每日接受特定情形门诊或急诊治疗所支出的属于保险责任范围内的费用中，保险人承担给付特定情形门急诊医疗保险金责任的最高限额。

在保险期间内，被保险人在等待期后一次或多次因发生本合同约定的特定情形进行特定情形门诊或急诊治疗的，保险人均按上述约定承担给付特定情形门急诊医疗保险金的责任，但保险人累计给付特定情形门急诊医疗保险金的金额以保险单中载明的特定情形门急诊医疗保险金额为限，当保险人累计给付特定情形门急诊医疗保险金的金额达到特定情形门急诊医疗保险金额时，保险人对被保险人的特定情形门急诊医疗保险责任终止。

（三）互联网药品费用医疗保险责任

在保险期间内，被保险人在等待期后因遭受意外伤害事故或罹患疾病，在保险人指定的互联网医院（见释义）进行诊疗的，对于在该互联网医院的医生开具的处方（见释义）中列明的、同时满足下列条件的药品的费用中应当由被保险人个人支付的、必需且合理的药品费用，保险人在扣除本合同约定的单日互联网药品费用免赔额后，按照约定的给付比例给付互联网药品费用医疗保险金，但保险人单日给付互联网药品费用医疗保险金的金额以本合同约定的单日互联网药品费用保险金额为限。

单日互联网药品费用免赔额、给付比例、单日互联网药品费用保险金额由投保人和保险人在订立本合同时约定，并在保险单中载明。

互联网药品费用医疗保险责任项下的药品须同时满足以下条件：

1. 该药品须由保险人指定的互联网医院的医生开具处方，且药品处方符合中国国家药品监督管理部门批准的该药品说明书中所列明的适应症和用法用量，且为被保险人当前治疗必需的药品；
2. 每次药品处方剂量符合国家卫生行政主管部门对于处方剂量的规定（见释义）；
3. 开具的药品处方仅限治疗被保险人在等待期后因遭受意外所致的伤害或罹患的疾病；
4. 该药品必须为本合同期满日前由中国国家药品监督管理部门批准且已在中国（不包括港、澳、台地区）上市的药品；
5. 被保险人须在保险人指定的互联网药店（见释义）购买上述处方中所列的药品。

对于不满足上述任一条件的药品的费用，保险人不承担互联网药品费用医疗保险金的给付责任。

单日互联网药品费用免赔额指在本合同保险期间内，被保险人按照每日互联网医院开具的处方在保险人指定的互联网药店购买处方中所列的药品所支出的属于保险责任范围内的药品费用中，应当由被保险人自行承担，本合同不予赔付的部分。

单日互联网药品费用保险金额指在本合同保险期间内，被保险人每日接受诊疗所支出的属于保险责任范围内的药品费用中，保险人承担给付互联网药品费用医疗保险金责任的最高限额。

在保险期间内，被保险人在等待期后一次或多次因遭受意外伤害或罹患疾病在保险人指定的互联网医院进行诊疗的，保险人均按上述约定承担给付互联网药品费用医疗保险金的责任，但保险人累计给付互联网药品费用医疗保险金的金额以本合同约定的互联网药品费用医疗保险金额为限，当累计给付互联网药品费用医疗保险金金额达到互联网药品费用医疗保险金额时，保险人对被保险人的互联网药品费用医疗保险责任终止。

第七条 犹豫期

除另有约定外，自本合同生效之日起15日（含第15日）为犹豫期。在此期间请投保人认真审视本合同，如果投保人认为本合同与投保人的需求不相符，投保人可以在此期间提出解除本合同，保险人将无息退还投保人所支付的全部保险费。

第八条 补偿原则和赔付标准

（一）本合同适用医疗费用补偿原则。被保险人同时拥有多份有效的费用补偿型医疗保险的，可以自主决定理赔申请顺序。若被保险人已从其他途径（包括社会基本医疗保险、公费医疗（见释义）、工作单位、其他政府举办的医疗保障项目、保险人在内的任何商业保险机构等）获得医疗费用补偿，则保险人仅对被保险人实际发生的医疗费用扣除其所获医疗费用补偿后的余额按照本合同的约定进行赔付。社会基本医疗保险个人账户部分支出视为个人支付，不属于已获得的医疗费用补偿，不进行前述扣除。

（二）若被保险人已参加社会基本医疗保险、公费医疗，但未以参加社会基本医疗保险、公费医疗身份就诊并结算的，则保险人根据保险单中单独约定的给付比例进行赔付。

第九条 责任免除

下列费用或因下列原因之一导致被保险人支出医疗费用的，保险人不承担给付保险金的责任：

（一）先天性疾病，遗传性疾病（见释义），先天性畸形、变形或染色体异常（见释义）（依据世界卫生组织《疾病和有关健康问题的国际统计分类》第十次修订版（ICD10）确定）；被保险人所患既往症（见释义）；

（二）故意行为或违法犯罪行为：被保险人故意犯罪或抗拒依法采取的刑事强制措施、被政府依法拘禁或入狱期间；被保险人自杀，但被保险人自杀时为无民事行为能力人的除外；醉酒，服用、吸食或注射毒品（见释义）；未遵医嘱，擅自服用、涂用、注射药物；被保险人酒后驾驶（见释义）、无合法有效驾驶证驾驶（见释义）或者驾驶无合法有效行驶证（见释义）的机动车（见释义）发生事故；被保险人故意自伤或因被保险人挑衅或故意行为而导致的打斗、被袭击、被谋杀；

（三）非疾病性治疗：预防性、康复性、保健性、美容整形（见释义）、变性相关医疗及前述相关医疗的并发症或因前述相关医疗导致的医疗事故；眼镜、义齿、义眼、义肢、助听器等康复性器具；实验性或试验性治疗；健康体检；心理治疗；

（四）生育、牙科或视力矫正相关治疗：妊娠、产前产后检查、流产、分娩、避孕、绝育手术、治疗不孕不育症、人工受孕及由此导致的并发症；牙科治疗；视力矫正手术；

（五）进行未经科学或者医学认可的试验性或者研究性治疗及前述治疗产生的后果所产生的费用；各类医疗鉴定（见释义）、包含基因检测在内的检测费用（以相关费用票据内容为准）；

（六）职业运动或高风险运动：从事职业运动或可获得报酬的运动或竞技，在训练或比赛中受伤；参加潜水（见释义）、跳伞、滑水、滑雪、滑冰、滑翔翼、热气球或其他空中运动、攀登海拔 3500 米以上的独立山峰、攀岩（见释义）或攀爬建筑物、蹦极、探险（见释义）、武术（见释义）、摔跤、柔道、空手道、跆拳道、拳击、特技表演（见释义）（含训练）、赛马、赛车等高风险运动（见释义）；

（七）被保险人非因职业原因或器官移植原因感染艾滋病病毒或患艾滋病（见释义）；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》第十次修订版（ICD-10）分类为精神和行为障碍的疾病）；

（八）包皮环切术、包皮剥离术、包皮气囊扩张术、性功能障碍治疗；

（九）使用未获得中国国家药品监督管理部门许可或批准上市的药品或药物，进行未被国家药品审评中心批准的适应症用药治疗；

（十）药品配送费用；

（十一）战争、军事行动、暴乱或者武装叛乱；核爆炸、核辐射或核污染、化学污染。

第十条 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。本合同的保险金额由投保人、保险人双方约定，并在保险单中载明。

第十一条 保险期间

本合同的保险期间为 1 年。保险期间在保险单上载明。

第十二条 不保证续保

本合同为不保证续保合同，保险期间为1年。保险期间届满，投保人需要重新向保险人申请投保本保险，并经保险人同意，支付保险费，获得新的保险合同。

若保险期间届满时，本合同对应保险产品统一停售，保险人将不再接受投保申请。

第三部分 保险人的义务

第十三条 提示和说明

订立本合同时，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。

第十四条 保险单和保险凭证

本合同成立后，保险人应当于 2 个工作日内向投保人送达电子保险单，并在保险期间内应投保人要求及时提供纸质保险单。

第十五条 补充索赔证明和资料的通知

保险人接收到保险金申请人（见释义）的保险事故通知后，应在 1 个工作日内一次性给予理赔指导；接收到保险金申请人的给付保险金请求后，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，应当于 2 个工作日内一次性通知保险金申请人补充提供。

第十六条 及时核定、赔付义务

保险人在收到保险金申请人的给付保险金请求及完整的有关索赔的证明和资料后，应于 5 个工作日内作出是否属于保险责任的核定；情形复杂（见释义）的，保险人应当在 30 日内作出核定。

保险人应当于作出核定结果后 1 个工作日内通知保险金申请人；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 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作出核定后，对不属于保险责任的，应当自作出核定之日起 3 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。

第十七条 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 60 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。

第十八条 退还保险费义务

发生符合保险法规定的退还保险费相关要求的情形，投保人向保险人申请退还保险费的，保险人应在 1 个工作日内作出是否符合保险法规定的退还保险费相关要求的核定并通知投保人；如遇复杂情形的，应在 3 个工作日内作出核定并通知投保人。**经核定，符合保险法规定的退还保险费相关要求的，保险人应当按照保险法相关规定退还保险单的未到期净保费（见释义）。**

第四部分 投保人、被保险人义务

第十九条 交费义务

投保人应按照本合同的约定支付保险费。

本合同约定一次性支付保险费或对保险费支付方式、支付时间没有约定的，投保人应在合同成立时一次性支付全部保险费。**投保人未按照约定支付全部保险费的，本合同不生效。**

本合同约定以分期付款方式支付保险费的，投保人应按期支付各期保险费。**投保人未按约定支付首期保险费的，保险合同不生效。**除本合同另有约定外，在支付首期保险费后，投保人未按约定在应付之日支付第二期或以后任何一期应付保险费的，自当期保险费应付之日（见释义）起 30 日为保险费支付的宽限期。宽限期内发生的保险事故，保险人仍承担本合同约定的保险责任，**但有权从给付的保险金中扣除投保人欠付的保险费。**若投保人至宽限期届满时仍未支付当期保险费的，则本合同自当期保险费应付之日起终止。

第二十条 如实告知义务

订立本合同时，保险人就投保人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。

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。

第二十一条 联系方式变更告知义务

投保人住所、通讯地址、电话或电子邮箱等联系方式变更时，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、通讯地址、电话或电子邮箱等联系方式发送的有关通知，均视为已发送给投保人。

第二十二条 变更批注

在保险期间内，投保人需变更保险合同内容的，应以书面形式向保险人提出申请。保险人同意后出具批单或在其他保险凭证上批注。

第二十三条 出生日数、年龄的确定及错误的处理

被保险人的投保出生日数、年龄，按出生医学证明、身份证等有效身份证件（见释义）记载的出生日期计算出生日数、周岁年龄，被保险人的投保出生日数、年龄应符合本合同约定。投保人在申请投保时，应在投保单中如实填写被保险人的出生日数、周岁年龄。若发生错误，保险人按照以下规定处理：

（一）投保人申报的被保险人出生日数或年龄不真实，且真实出生日数或年龄不符合本合同约定的出生日数或年龄限制的，保险人有权解除本合同，并向投保人退还保险单的未满期净保费。

（二）投保人申报的被保险人出生日数或年龄不真实，导致投保人实付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。

（三）投保人申报的被保险人出生日数或年龄不真实，导致投保人支付保险费多于应付保险费的，保险人应将多收的保险费无息退还投保人。

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（见释义）而导致的迟延。

第五部分 保险金的申请与给付

第二十五条 保险金的申请

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）保险金申请人的有效身份证件；

（三）支持索赔的全部账单、证明、信息和证据，包括但不限于医院出具的病历资料、医学诊断书、处方、病理检查、化验检查报告、医疗费用原始单据、医疗费用明细清单及医疗费用结算单；若被保险人已从其他途径（包括社会基本医疗保险、公费医疗、工作单位、任何第三方商业保险机构等）获得相关医疗费用补偿的，应提供前述赔付单位的医疗费用分割单或医疗费用结算证明或其他法定证明材料；

（四）保险金申请人所能提供的其他与确认保险事故的性质、原因等有关的其他证明和资料；

（五）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、委托人和受托人的有效身份证件等相关证明文件。

对于属于保险责任范围内的互联网药品费用，由保险人与本合同约定的互联网药店直接结算的，视为保险人已履行给付保险金的义务，保险人不再接受保险金申请人对该部分保险金的申请。

第六部分 争议处理与法律适用

第二十六条 合同的争议处理

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且争议发生后未达成仲裁协议的，依法向中华人民共和国有管辖权的人民法院起诉。

第二十七条 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（不包括港、澳、台地区法律）。

第七部分 保险合同的解除

第二十八条 合同的解除

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：

- （一）保险合同解除申请书；
- （二）保险费支付凭证；
- （三）投保人有效身份证件。

投保人通过保险人指定或认可的网站等互联网渠道提出解除本合同的申请的，视为投保人向保险人提出了书面解除合同申请。

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日次日零时起，本合同的效力终止。除本合同另有约定外，保险人收到上述证明文件和资料之日起 30 日内退还保险单的未满期净保费。

第八部分 释义

一、保险人

指中国太平洋财产保险股份有限公司。

二、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。

三、等待期

指自本合同保险期间起始日起计算的一段时间，具体天数由保险人和投保人在订立本合

同时约定并在保险单载明，最长不超过90天。被保险人在等待期内遭受意外伤害事故或罹患疾病的，保险人不承担给付保险金的责任。

四、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而使身体受到的伤害。自然死亡、疾病身故、猝死、自杀以及自伤均不属于意外伤害。

五、保险人认可的医院

本合同中保险人认可的医院是指经中华人民共和国卫生行政部门审核认定的二级或以上的公立医院或保险人扩展承保的医疗机构，除另有约定外，仅限于上述医院的普通部，不包括如下机构或医疗服务：

（一）特需医疗、外宾医疗、干部病房、联合病房、国际医疗中心、VIP部、联合医院、A级病房；

（二）诊所、康复中心、家庭病床、护理机构；

（三）休养、戒酒、戒毒中心；

（四）保险人不予理赔的医疗机构。

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能够提供二十四小时的医疗与护理服务的能力或资质。

保险人扩展承保的医疗机构清单及不予理赔的医疗机构清单将在保险单中载明，保险人保留对清单进行变更的权利，具体以保险人在官方正式渠道（包括但不限于官网、官微）公布或通知为准。

六、当地

指被保险人就诊所在地。

七、社会基本医疗保险

指《中华人民共和国社会保险法》所规定的基本医疗保险，包括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政府举办的基本医疗保障项目。

八、必需且合理

指符合以下全部条件：

（一）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。

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。

（二）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. 药品应有医生处方指导使用；
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。

九、单日一般疾病门急诊

指被保险人在一个自然日内在医院针对本合同约定的特定疾病以外的其他疾病所进行的门诊或急诊治疗。

十、单日特定情形门急诊

指被保险人在一个自然日内在医院针对本合同约定的特定情形所进行的门诊或急诊治疗。

十一、特定疾病

除另有约定外，本合同约定的特定疾病包括急性腹泻、肠胃炎、胃肠功能紊乱、结膜炎、急性扁桃体炎、感冒/上呼吸道感染、流感、疱疹性咽峡炎、手足口病、急性中耳炎、急性阑尾炎、食物中毒、尿路感染、腮腺炎、急性支气管炎、急性肺炎。

保险人保留对以上特定疾病范围进行变更的权利，如有变更的，特定疾病须以保险单中载明的为准。

十二、处方

指由注册的执业医师和执业助理医师在诊疗活动中为患者开具的、由取得药学专业技术职务任职资格的药学专业技术人员审核、调配、核对，并作为患者用药凭证的医疗文书。处方包括医疗机构病区用药医嘱单。

十三、国家卫生行政主管部门对于处方剂量的规定

根据《处方管理办法》（发文字号为中华人民共和国卫生部令第 53 号，原卫生部于 2007 年 2 月 14 日发布，2007 年 5 月 1 日实施）规定，处方一般不得超过 7 日用量；急诊处方一般不得超过 3 日用量；对于某些慢性病、老年病或特殊情况，处方用量可适当延长，但医师应当注明理由。

《处方管理办法》如发生修订的，则以最新修订版本中关于处方剂量的规定为准。

十四、保险人指定的互联网医院

指国家卫生健康行政部门批准设置的互联网医院，同时该医院必须符合有关医疗机构管理的相关规定。

保险人指定的互联网医院以保险人提供的名单为准，并在保险单中载明。

十五、保险人指定的互联网药店

经保险人审核认可，取得互联网药品信息服务资格证书，为被保险人提供购药或者配送服务的药店，具体名单在保险人官方网站或销售平台公示。

十六、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。

十七、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。

十八、既往症

指本合同生效之前被保险人已患有的且已知晓的有关疾病或症状。

十九、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标准，公安机关交通管理部门依据《道路交通安全法》的规定认定为饮酒后驾驶或者醉酒后驾驶。

二十、无合法有效驾驶证驾驶

指下列情形之一：

- （一）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；
- （二）驾驶与驾驶证准驾车型不相符合的车辆；
- （三）持审验不合格的驾驶证驾驶；
- （四）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。

二十一、无合法有效行驶证

指下列情形之一：

- （一）机动车被依法注销登记的；
- （二）未依法按时进行或通过机动车安全技术检验。

二十二、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。

二十三、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。

二十四、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。

二十五、攀岩

指攀登悬崖、楼宇外墙、人造悬崖、冰崖、冰山等运动。

二十六、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。

二十七、武术

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。

二十八、特技表演

指进行马术、杂技、驯兽等表演。

二十九、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。

三十、感染艾滋病病毒或者患艾滋病

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症，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。

三十一、未到期净保费

除另有约定外，按下述公式计算未到期净保费：

如投保人在本合同成立时选择一次性交付保险费，未到期净保险费=保险费× $[1-(\text{保险单已经过天数}/\text{保险期间天数})]\times(1-35\%)$ 。经过天数不足一天的按一天计算。

如投保人在本合同成立时选择分期交付保险费，未到期净保险费=本合同的当期保险费× $[1-(\text{当期实际经过天数}/\text{当期实际天数})]\times(1-35\%)$ 。经过天数不足一天按一天计算。

若本合同已发生保险金给付，未到期净保费为零。

三十二、保险金申请人

指被保险人本人、受益人或依法享有保险金请求权的其他自然人。

三十三、不可抗力

指不能预见、不能避免并不能克服的客观情况。

三十四、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，如居民身份证、军官证、警官证、士兵证、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。

三十五、公费医疗

指国家为保障国家工作人员而实行的、通过医疗卫生部门按规定向享受人员提供免费医疗及预防服务的一项社保制度。

三十六、情形复杂

指保险事故的性质、原因、伤害程度等在保险人收到保险金给付申请书及合同约定的证明和资料后 5 个工作日内无法确定，需要进一步核实。

三十七、保险费应付之日

指保险期间起始日在每月的对应日。如果当月无对应的同一日，则以该月最后一日为对应日。以保险期间 1 年的保险合同为例，若保险期间起始日为 2020 年 7 月 1 日，则次月的保险费应付之日为 2020 年 8 月 1 日，以此类推，则最后一个月的保险费应付日为 2021 年 6 月 1 日。

三十八、美容整形

指各种美容整形项目，包括但不限于：

（一）非功能性整容及矫形、平足；

（二）皮肤色素沉着、痤疮治疗、红斑痤疮治疗、良性皮肤损害（雀斑、老年斑、痣、疣等）的治疗和去除；

（三）对浅表静脉曲张、蜘蛛脉、除瘢痕疙瘩型外的其它瘢痕、纹身、皮肤变色的治疗或手术；

（四）激光美容、除皱、除眼袋、开双眼皮、治疗斑秃/白发/秃发、脱发、植毛、脱毛、隆鼻、隆胸/缩胸、狐臭；

（五）各种健美治疗项目，如营养、减肥、增胖、增高费用。

三十九、医疗鉴定

指各类医疗鉴定，包括但不限于医疗事故鉴定、精神疾病鉴定、孕妇胎儿性别鉴定、验伤鉴定、亲子鉴定、遗传基因鉴定等。

附表1：保障计划表

投保年龄	首次投保：出生满 28 天-65 周岁（含），最高续保：100 周岁
保障区域	中国大陆（不含港澳台）
医院范围	二级及二级以上公立医院普通部，合同约定的民营医院普通部，合同约定的互联网医院
等待期	疾病 30 天，意外伤害 7 天，连续投保无等待期
保险责任	保险金额
一般疾病门急诊医疗保险责任	共享 1 万元

特定情形门急诊医疗保险 责任	
互联网药品费用医疗保险 责任	50 元
单日免赔额	一般疾病门急诊医疗保险责任、特定情形门急诊医疗保险责任： 100 元/日 互联网药品费用医疗保险责任：0 元
单日赔付限额	一般疾病门急诊医疗保险责任：300 元/日 特定情形门急诊医疗保险责任：1500 元/日 互联网药品费用医疗保险责任：50 元/日
赔付比例	一般疾病门急诊医疗保险责任：50% 特定情形门急诊医疗保险责任：80% 互联网药品费用医疗保险责任：50% 注： 针对一般疾病门急诊医疗保险责任、特定情形门急诊医疗保险 责任，若投保时被保险人以有公费医疗或基本医疗保险身份投保， 但就诊时被保险人未使用公费医疗也未使用基本医疗保险也未 使用其他政府举办的医疗保障项目，则赔付比例为标准的 60%。