

太平洋健康保险股份有限公司
太保互联网母婴医疗保险条款
阅读指引

太平洋健康险[2026]医疗保险 047 号



请扫描以查询验证条款

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

- ❖ 签收本合同之日起 15 日（即犹豫期）内您若要求退保，我们退还保险费1.5
- ❖ 本合同提供的保障在保险责任条款中列明.....2.5
- ❖ 您有退保的权利.....5.1



您应当特别注意的事项

- ❖ 本合同有保险金赔付限额的约定，请您注意.....2.1
- ❖ 等待期（15 日）内我们承担的责任有所不同，请您注意.....2.3
- ❖ 本合同有免赔额的约定，请您注意.....2.4
- ❖ 本合同有赔付比例的约定，请您注意.....2.5
- ❖ 本合同属于费用补偿型保险合同，请您注意.....2.6
- ❖ 本合同有责任免除条款，请您注意2.7、2.8
- ❖ 保险事故发生后，请及时通知我们.....3.2
- ❖ 您应当按时支付保险费.....4.1
- ❖ 退保会给您造成一定的损失，请慎重决策.....5.1
- ❖ 您有如实告知的义务.....6.1
- ❖ 我们对可能影响本合同保障的重要内容进行了解释并作了显著标识，请您仔细阅读并注意。



保险条款是保险合同的重要内容，为充分保障您的权益，请您仔细阅读本保险条款。



条款目录（不含三级目录）

1. 您与我们订立的合同	5. 合同的解除
1.1 合同构成	5.1 您解除合同的手续及风险
1.2 合同成立与生效	6. 说明、告知与解除权限制
1.3 保险对象	6.1 明确说明与如实告知
1.4 投保年龄	6.2 我们合同解除权的限制
1.5 犹豫期	7. 其他需要关注的事项
2. 我们提供的保障	7.1 年龄错误
2.1 保险计划	7.2 急危重病及转院
2.2 保险期间与不保证续保	7.3 未还款项
2.3 等待期	7.4 合同内容变更
2.4 免赔额	7.5 联系方式变更
2.5 保险责任	7.6 争议处理
2.6 费用补偿原则	7.7 合同效力的终止
2.7 责任免除	7.8 健康管理服务
2.8 其他责任免除	8. 妊娠并发症的定义
3. 保险金的申请	8.1 妊娠并发症的定义
3.1 受益人	8.2 定义来源及确诊医院范围
3.2 保险事故通知	9. 新生儿先天性疾病的定义
3.3 保险金申请与赔付	9.1 新生儿先天性疾病的定义
3.4 保险金赔付	9.2 定义来源及确诊医院范围
3.5 诉讼时效	10. 新生儿罕见病的定义
4. 保险费的支付	10.1 新生儿罕见病的定义
4.1 保险费的支付	10.2 定义来源及确诊医院范围
	附表 1：保险计划表

太平洋健康保险股份有限公司

太保互联网母婴医疗保险条款

“太保互联网母婴医疗保险”简称“母婴险”。在本保险条款中，“您”指投保人，“我们”指太平洋健康保险股份有限公司，“本合同”指您与我们订立的“太保互联网母婴医疗保险合同”。

1. 您与我们订立的合同

- 1.1 合同构成 本合同是您与我们约定保险权利义务关系的协议，包括本保险条款、保险单及其他保险凭证、投保单及其他投保文件、合法有效的声明、批注、批单及其他您与我们共同认可的书面协议。
- 1.2 合同成立与生效 您提出保险申请，我们审核您的投保申请和被保险人健康状况后并同意承保，本合同成立。
合同生效日期在保险单上载明。
- 1.3 保险对象 本合同的保险对象（即被保险人）包含主被保险人和附属被保险人，我们接受的主被保险人须满足以下全部条件：
(1) 主被保险人于本合同生效日前 365 天内在中华人民共和国境内¹累计居住至少 183 天；
(2) 主被保险人的年龄在您投保之日符合本保险条款“1.4 投保年龄”要求；
(3) 主被保险人投保之日已经医学影像确认妊娠；
(4) 主被保险人的身体健康状况能够通过我们的核保审核。
我们接受的附属被保险人须为保险期间内主被保险人所分娩的活产新生儿²。
- 1.4 投保年龄 指您投保时主被保险人的年龄，投保年龄以周岁³计算。
本合同接受的投保年龄范围为 20 周岁至 45 周岁（含）。
- 1.5 犹豫期 自您签收本合同之日起，有 15 日的犹豫期。在此期间，请您认真审视本合同，如果您认为本合同与您的需求不相符，您可以在此期间提出解除本合同，我们将退还您所支付的保险费。
解除合同时，您需要填写解除合同申请书，并提供您的保险合同或电子保险单号及有效身份证件⁴。自我们收到您解除合同的书面申请时起，本合同即被解除，对于本合同解除前发生的保险事故，我们不承担保险责任。

2. 我们提供的保障

- 2.1 保险计划 本合同的保险计划将在保险合同中载明。保险计划将约定本合同包含的保障责

¹境内：出于本合同之目的，境内指中华人民共和国境内，不含香港特别行政区、澳门特别行政区和台湾地区。

²活产新生儿：指胎儿娩出母体并自脐带结扎起，分娩出后有心跳、呼吸、脐带血管搏动、随意肌肯定收缩 4 项生命体征之一的新生儿。

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。

⁴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、户口簿等证件。

任，保险期间内各项保险责任的累计赔付限额（即**保险金额**⁵）、保险期间内各项保险责任的赔付限额、就医范围、免赔额、赔付比例等内容，详见保险计划表（见附表1，下同）。

2.2 保险期间与不保证续保

本合同的保险期间为1年，不保证续保。

2.3 等待期

自本合同生效日期0时起，我们将对一段期间内发生的保险事故不承担给付保险金的责任，这段期间称为等待期。因**意外伤害**⁶发生的保险事故无等待期。

针对主被保险人妊娠并发症住院医疗保险金、主被保险人产后康复费用医疗保险金、主被保险人产后康复手术保险金责任，除另有约定外，自本合同生效之日起15日内（含第15日）为等待期。若主被保险人在等待期内确诊疾病，无论对该疾病的治疗发生在等待期内或等待期后，我们均不承担任何赔付保险金的责任。

针对主被保险人妊娠终止津贴保险金、主被保险人急诊津贴保险金、附属被保险人住院医疗保险金、附属被保险人先天性疾病住院医疗保险金、附属被保险人罕见病住院医疗保险金、附属被保险人特定医疗项目住院津贴保险金、附属被保险人早产育婴箱津贴保险金责任无等待期。

2.4 免赔额

本合同免赔额均指年免赔额，指被保险人在保险期间内发生的、虽然属于本合同的保险责任范围内的医疗费用，但依照本合同约定仍旧由被保险人自行承担，我们不予赔付的金额。除另有约定外：

（1）如您投保计划一、三、四、六，在保险期间内，主被保险人妊娠并发症住院医疗保险金、主被保险人产后康复费用医疗保险金、附属被保险人住院医疗保险金、附属被保险人先天性疾病住院医疗保险金、附属被保险人罕见病住院医疗保险金共享年免赔额1万元。

（2）如您投保计划二、五，保险期间内各项保险责任均无免赔额。

被保险人通过**公费医疗**⁷、**基本医疗保险**⁸、**生育保险**⁹和**城乡居民大病保险**¹⁰获得的医疗费用补偿，不可用于抵扣免赔额，但被保险人从**其他第三方**¹¹获得医疗费用补偿可用于抵扣免赔额。在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 。

2.5 保险责任

在本合同保险期间内，且在本合同有效的前提下，我们按以下约定承担保险责任：

⁵**保险金额**：指我们承担赔偿责任或者赔付保险金责任的最高限额。

⁶**意外伤害**：指外来的、突发的、非本意的、非疾病的使身体受到伤害的客观事件。

⁷**公费医疗**：指国家通过医疗卫生部门向享受人员提供的制度规定范围内的免费医疗及预防服务，是国家为保障享受人员身体健康而设立的一种社会保障制度。

⁸**基本医疗保险**：指《中华人民共和国社会保险法》所称的基本医疗保险，包括职工基本医疗保险、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险。

⁹**生育保险**：指国家建立的法定社会保险制度，用于保障职工因生育依法获得生育医疗费用和生育津贴等物质帮助。

¹⁰**城乡居民大病保险**：为提高城乡居民医疗保障水平，在基本医疗保障的基础上，对城乡居民患大病发生的高额医疗费用给予进一步保障的一项制度性安排。

¹¹**其他第三方**：指除公费医疗、基本医疗保险和城乡居民大病保险以外的，被保险人的工作单位、第三方侵权责任人、本公司在内的商业保险机构等其他任何途径。

2.5.1	主被保险人妊娠并发症住院医疗保险金	若主被保险人遭受意外伤害或在等待期后因意外伤害以外的原因，被确诊初次发生本保险条款“8.1 妊娠并发症的定义”中约定的妊娠并发症，在我们指定医疗机构¹²（仅就本项责任，保险计划一、二、四、五中约定的指定医疗机构范围为指定公立医疗机构的普通部；保险计划三、六中约定的指定医疗机构范围为指定公立医疗机构的普通部、特需部、VIP 部、国际部或国际医疗中心）进行治疗，对于主被保险人因治疗该疾病在该医疗机构发生的合理且必要¹³的下列医疗费用，我们按本保险条款“2.5.11 保险金的计算方法”计算并赔付主被保险人妊娠并发症住院医疗保险金： （1）住院¹⁴医疗费用 指主被保险人在我们指定医疗机构住院期间，在该医疗机构所发生的合理且必要的住院医疗费用，包括床位费¹⁵、加床费¹⁶、重症监护病房¹⁷、膳食费¹⁸、护理费¹⁹、检查检验费²⁰、治疗费²¹、会诊费²²、药品费²³、手术费²⁴、材料费²⁵、救护
-------	-------------------	--

¹²**指定医疗机构**：除另有约定外，本合同中的“指定医疗机构”均指**指定公立医疗机构**，但不同保险责任、同一保险责任的不同保险计划指定医疗机构的范围可能不同，详见本保险条款“2.5 保险责任”中各项责任及保险计划表中范围的约定，请您在投保时认真阅读。

指定公立医疗机构：除另有约定外，指中国境内（出于本合同之目的，不含香港特别行政区、澳门特别行政区和台湾地区）经国家卫生行政主管部门正式评定的二级以上（含二级）属事业单位编制的公立医院，该医院必须符合国家有关医院管理规则设置标准的医疗设备，且全天二十四小时有合格医师及护士驻院提供医疗及护理服务。不包括疗养院，护理院，康复中心（康复医院），精神心理治疗中心以及无相应医护人员或设备的二级或二级以上的联合医院或联合病房。

特需医疗部、VIP 部、国际医疗部或国际医疗中心：指设立于属事业单位编制的公立医院中，医疗费收费主体为属事业单位编制的公立医院，且产生的医疗费用满足以下条件之一的诊疗部门：

- （1）在医疗费票据或清单中明确属特需医疗，如包含“特需”、“特需部”、“特需医疗”、“特需门诊”、“特需病房”、“特需床位”、“VIP”、“国际部”、“国际医疗”、“外宾”等表述；
- （2）虽然未明确属特需医疗，但相关医疗费用与当地发改委、物价局等医疗服务价格管理部门发布的公立医院医疗服务价格相比有明显升高且部分或全部应当可以经基本医疗保险结算的医疗费项目因医院的原因无法经基本医疗保险结算。

¹³**合理且必要**：指被保险人发生的各项医疗费用应符合下列所有条件：（1）治疗当前疾病所需药品符合国家药品监督管理部门批准的药品说明书中所列明的适应症及用法用量；（2）由医师开具的处方药或医嘱；（3）非试验性的、研究性的项目；（4）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。我们根据客观、审慎、合理的原则核定是否符合上述条件，若被保险人对核定结果有不同意见，可委托双方认可的权威医学机构或者权威医学专家进行审核鉴定。

¹⁴**住院**：指被保险人因意外伤害或患本合同约定的疾病而入住医院之正式病房进行治疗，并正式办理入院出院手续，但不包括下列情况：（1）被保险人入住急诊观察室、家庭病床、联合病房；（2）被保险人入住康复病房（康复科）或接受康复治疗；（3）被保险人住院过程中 1 日内未接受与入院诊断相关的检查和治疗，或住院期间（出院当日除外）未在医院病房住宿，但遵医嘱到外院接受临时诊疗的除外；（4）其他不合理的住院，包括在住院期间连续若干日无任何治疗，只发生护理费、床位费等情况。

¹⁵**床位费**：指在我们指定医疗机构住院治疗期间实际发生的、不高于普通单人病房（不包括套房）的标准费用；普通单人病房指：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，不包括陪床、观察床位、套房和家庭病床的费用。保险计划三、六中约定的床位费的每日限额为 2000 元。

¹⁶**加床费**：指未满 18 周岁的被保险人在住院治疗期间，我们根据合同约定赔付其法定监护人（限一人）在医院留宿发生的加床费；或女性被保险人在住院治疗期间，我们根据合同约定赔付其一周岁以下哺乳期婴儿在医院留宿发生的加床费。加床费的每日限额为 1000 元。

¹⁷**重症监护病房**：指经卫生行政部门批准，在医院内正式设立的重症监护病房。该病房为危重患者提供 24 小时持续护理及治疗，配备有重症监护专科医生、护士以及相应的监护、复苏抢救设备，例如：心脏除颤机，人工呼吸机，紧急药物，各项生命体征（如心率、血压等）持续测试的仪器等。

¹⁸**膳食费**：指住院期间根据医嘱，由作为医院内部专属部门的、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；根据各机构惯例，可以作为独立的款项、也可以合并病房费等其他款项内。

¹⁹**护理费**：指住院治疗期间发生的根据医嘱所示的护理等级确定的费用。

车费²⁶。

主被保险人在保险期间内开始住院治疗，到保险期间届满住院仍未结束的，我们继续承担赔付保险金责任至住院结束，但最长不超过保险期间届满之日起第30日。

（2）门诊手术医疗费用²⁷

指主被保险人在我们指定医疗机构接受门诊手术治疗，在该医疗机构所发生的合理且必要的门诊手术医疗费用。

（3）住院前后门（急）诊医疗费用²⁸

指主被保险人在我们指定医疗机构住院治疗前30日（含住院当日）至出院后30日（含出院当日）内，因与该次住院相同原因在我们指定医疗机构接受门（急）诊治疗，在该医疗机构所发生的合理且必要的门（急）诊医疗费用。

（4）外购药品及外购医疗器械费用

指主被保险人在我们指定医疗机构以外的我们认可的药房²⁹购买的，符合本保险条款“2.5.1 主被保险人妊娠并发症住院医疗保险金”约定的住院医疗费用、门诊手术医疗费用以及住院前后门（急）诊医疗费用保险责任范围内的必须由主被保险人个人自行承担的、满足以下条件的合理且必要的药品及医疗器械费用：

- 1）外购药品和外购医疗器械是指因我们指定医疗机构药房没有该药物和医疗器械，导致其无法向主被保险人提供，主被保险人必须到我们指定医疗机构以外我们认可的药房购买的药品和医疗器械；
- 2）外购药品和外购医疗器械的处方³⁰必须是由我们指定医疗机构的专科医生³¹开具的；

²⁰检查检验费：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费用。

²¹治疗费：以治疗疾病为目的，提供医学手段而发生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。本项责任不包含如下费用：物理治疗、中医理疗及其他特殊疗法费用。物理治疗、中医理疗及其他特殊疗法：物理治疗是指应用人工物理因子（如光、电、磁、声等）来治疗疾病，具体疗法包括电疗、光疗、磁疗、热疗等；中医理疗是指以治疗疾病为目的，被保险人接受由具有相应资格的医生实施的针灸治疗、推拿治疗、拔罐治疗或刮痧治疗等；其他特殊疗法包括顺势治疗、职业疗法及语音治疗等。

²²会诊费：指住院治疗期间发生的院内会诊费用、院际会诊和远程会诊的费用。

²³药品费：根据医师开具的处方在我们指定医疗机构所发生的西药、中成药和中草药的费用。但不包括下列情况：（1）主要起营养滋补作用的中草药类；（2）可以入药的动物及动物脏器；（3）以美容和减肥为保健功能的药品。

²⁴手术费：指为确诊或治疗疾病而发生的有关手术项目的费用。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。

²⁵材料费：指医用耗材的费用。

²⁶救护车费：指为抢救生命由急救中心派出的救护车费用及医院转诊过程中的医院用车费，以及车上发生的因抢救或治疗所必须的医疗费用。

²⁷门诊手术医疗费用：指门诊发生的合理且必需的手术医疗费用，包括外科医生费、手术室费、恢复室费、麻醉费、手术监测费、手术辅助费、材料费、术中用药费、手术设备费、检查检验费、护理费、一次性用品费。

²⁸门（急）诊医疗费用：指门（急）诊发生的合理且必需的医生诊疗费、治疗费、检查检验费、药品费。

²⁹我们认可的药房：指满足以下条件的药店：（1）取得国家药品经营许可证；（2）该药店内具有医师、执业药师等专业人士提供服务。

³⁰处方：指由专科医生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，包括医疗机构病区用药医嘱单。

³¹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。

- 3) 处方开具的外购药品和外购医疗器械必须是主被保险人当前治疗所必备的；
- 4) 外购药品与外购医疗器械费用必须与国家药品监督管理部门批准的该药品说明书或医疗器械说明书中所列明的**适应症和用法用量**相符合；
- 5) 外购药品需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；外购医疗器械需具有国家药品监督管理部门核发的医疗器械注册证编号或备案号；
- 6) 除另有约定外，外购药品不包含**靶向药物³²**和**免疫治疗药物³³**；
- 7) 外购药品不包括根据中医药方组合一种或多种中药材进行内服或外用的中草药药品费（如中草药饮片、中草药颗粒和中草药膏方等），以及中成药和辅助性药物等临床非紧急、非必需的药物；
- 8) 外购医疗器械不包括义肢、轮椅、康复设备、按摩设备等需要长期使用或以舒适性、便利性为主要用途的设备的购买、租赁和置换费用。

对不满足上述任一项或多项条件的外购药品及外购医疗器械费用，我们不承担赔付保险金的责任。

我们保留对外购药品及外购医疗器械目录、适应症和用法用量进行适当调整的权利。外购药品及外购医疗器械所适用的具体目录、适应症和用法用量，均以主被保险人处方开具之日时的有效版本为准。最新版本将在我们官方网站进行公布。

保险期间内，我们一次或多次累计赔付的主被保险人妊娠并发症住院医疗保险金赔付限额见本合同保险计划表。

2.5.2	主被保险人妊娠终止津贴保险金	若主被保险人遭受意外伤害或因意外伤害以外的原因发生疾病导致流产而妊娠终止，包括 自然流产³⁴ 或接受 人工流产³⁵ ，我们按本合同的已交保险费赔付主被保险人妊娠终止津贴保险金，同时本合同终止。
2.5.3	主被保险人急诊津贴保险金	若主被保险人遭受意外伤害或因意外伤害以外的原因发生疾病，在我们指定医疗机构进行 急诊治疗³⁶ 的，对于主被保险人在指定医疗机构发生的合理且必要的急诊医疗费用，包括挂号费、诊察费、治疗费、药品费、检查检验费、手术费和非正式住院的留院观察费，我们按100元/次（保险期间内 赔付次数³⁷ 限5次）赔付主被保险人急诊津贴保险金。

³²**靶向药物**：指被赋予了靶向能力的药物或其制剂。其目的是使药物或其载体能瞄准特定的病变部位，并在目标部位蓄积或释放有效成分。靶向制剂可以使药物在目标局部形成相对较高的浓度，从而在提高药效的同时抑制毒副作用，减少对正常组织、细胞的伤害。

³³**免疫治疗药物**：指通过重新启动并维持肿瘤-免疫循环，恢复机体正常的抗肿瘤免疫反应，从而控制与清除肿瘤的药物。

³⁴**自然流产**：指胎儿尚无独立生存的能力，且未使用人工方法，而因意外伤害事故或其他原因导致胚胎或胎儿自动脱离母体而排出，不包含习惯性流产和先兆流产。

³⁵**人工流产**：指在胚胎发育的过程中，用药物、物理性刺激或手术方法使胎儿脱离母体，以终止妊娠。

³⁶**急诊治疗**：指针对突发、紧急、危及生命的疾病或创伤，在医疗机构急诊科进行的即时评估、诊断和干预性医疗处置，限本合同指定医疗机构的“医院急诊科”或“妇产科急诊”。

³⁷**赔付次数**：指符合本合同约定的急诊就诊次数。被保险人同一天在同一认可的医疗机构同一科室所进行的急诊治疗记为一次。

保险期间内，我们一次或多次累计赔付的主被保险人急诊津贴保险金赔付限额见本合同保险计划表。

- 2.5.4 主被保险人产后康复费用医疗保险金
- 若主被保险人在等待期后，且在分娩后（含剖宫产）42天（含）至180天（含）内，在我们指定医疗机构的普通部接受符合本合同约定的产后康复治疗项目的，对于主被保险人因康复治疗在该医疗机构发生的合理且必要的产后康复治疗费³⁸，我们按本保险条款“2.5.11 保险金的计算方法”计算并赔付主被保险人产后康复费用医疗保险金。
- 本合同约定的产后康复治疗项目包括：腹直肌分离³⁹、盆底肌肌力异常⁴⁰、压力性尿失禁⁴¹、子宫脱垂⁴²、耻骨联合分离⁴³、产后痔疮⁴⁴，各项产后康复治疗项目赔付限额各5000元。

保险期间内，我们一次或多次累计赔付的主被保险人产后康复费用医疗保险金赔付限额见本合同保险计划表。

- 2.5.5 主被保险人产后康复手术保险金
- 若主被保险人在等待期后因分娩（含剖宫产）导致腹直肌分离、盆底肌肌力异常、压力性尿失禁、子宫脱垂、耻骨联合分离或产后痔疮（无论一项或多项），在指定医疗机构的普通部、特需部、VIP部、国际部或国际医疗中心进行住院手术治疗的，我们将一次性给付3000元主被保险人产后康复手术保险金，本项保险责任终止。

- 2.5.6 附属被保险人住院医疗保险金
- 若附属被保险人遭受意外伤害或因意外伤害以外的原因，发生本保险条款“9.1 新生儿先天性疾病的定义”约定的新生儿先天性疾病以外的疾病或“10.1 新生儿罕见病的定义”约定的新生儿罕见病以外的疾病，在我们指定医疗机构（仅就本项责任，保险计划一、二、四、五中约定的指定医疗机构范围为指定公立医疗机构的普通部，保险计划三、六中约定的指定医疗机构范围为指定公立医疗机构的普通部、特需部、VIP部、国际部或国际医疗中心）进行治疗，对于附属被保险人因治疗该疾病在该医疗机构发生的合理且必要的下列医疗费用，我们按本保险条款“2.5.11 保险金的计算方法”计算并赔付附属被保险人住院医疗保险金：
- （1）住院医疗费用
- 指附属被保险人在我们指定医疗机构住院期间，在该医疗机构所发生的合理且必要的住院医疗费用，包括床位费、加床费、重症监护病房、膳食费、护理费、检查检验费、治疗费、会诊费、药品费、手术费、材料费、救护车费。

³⁸康复治疗费：指在指定医疗机构接受门诊急诊治疗或住院治疗，由专科医生进行的康复功能评估、确定康复目标、制定康复计划、实施治疗方案以实现最大程度的功能恢复和重建治疗而发生的医疗费用。康复治疗的治疗手段限手法治疗及电或磁刺激疗法，不含射频疗法及其他疗法。

³⁹腹直肌分离：指本合同约定的主被保险人经指定医疗机构检查腹直肌间距的距离>5cm。

⁴⁰盆底肌肌力异常：指本合同约定的主被保险人经指定医疗机构根据国际通用的会阴肌力测试法（general report revised urinary grade, GRRUG）经过专科培训的医师进行临床查体并进行盆底肌力分级测试结果为0~Ⅱ级肌力异常。

⁴¹压力性尿失禁：指本合同约定的主被保险人经指定医疗机构检查确诊为中度压力性尿失禁（Ingelman-Sundberg分度Ⅱ度）。

⁴²子宫脱垂：指本合同约定的主被保险人经指定医疗机构检查诊为子宫脱垂Ⅱ度及以上（POP-Q分度法）。

⁴³耻骨联合分离：指本合同约定的主被保险人经指定医疗机构检查X线或CT测量耻骨联合间隙>10mm。

⁴⁴产后痔疮：指本合同约定的主被保险人经指定医疗机构检查确诊为产后痔疮Ⅲ度及以上（Goligher分类法）。

附属被保险人在保险期间内开始住院治疗，到保险期间届满住院仍未结束的，我们继续承担赔付保险金责任至住院结束，但最长不超过保险期间届满之日起第 30 日。

（2）门诊手术医疗费用

指附属被保险人在我们指定医疗机构接受门诊手术治疗，在该医疗机构所发生的合理且必要的门诊手术医疗费用。

（3）住院前后门（急）诊医疗费用

指附属被保险人在我们指定医疗机构住院治疗前 30 日（含住院当日）至出院后 30 日（含出院当日）内，因与该次住院相同原因在我们指定医疗机构接受门（急）诊治疗，在该医疗机构所发生的合理且必要的门（急）诊医疗费用。

（4）外购药品及外购医疗器械费用

指附属被保险人在我们指定医疗机构以外的我们认可的药房购买的，符合本保险条款“2.5.6.附属被保险人住院医疗保险金”约定的住院医疗费用、门诊手术医疗费用以及住院前后门（急）诊医疗费用保险责任范围内的必须由附属被保险人个人自行承担的、满足以下条件的合理且必要的药品及医疗器械费用：

- 1）外购药品和外购医疗器械是指因我们指定医疗机构药房没有该药物和医疗器械，导致其无法向附属被保险人提供，附属被保险人必须到我们指定医疗机构以外我们认可的药房购买的药品和医疗器械；
- 2）外购药品和外购医疗器械的处方必须是由我们指定医疗机构的专科医生开具的；
- 3）处方开具的外购药品和外购医疗器械必须是附属被保险人当前治疗所必备的；
- 4）外购药品与外购医疗器械费用必须与国家药品监督管理部门批准的该药品说明书或医疗器械说明书中所列明的适应症和用法用量相符合；
- 5）外购药品需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；外购医疗器械需具有国家药品监督管理部门核发的医疗器械注册证编号或备案号；
- 6）除另有约定外，外购药品不包含靶向药物和免疫治疗药物；
- 7）外购药品不包括根据中医药方组合一种或多种中药材进行内服或外用的中草药药品费（如中草药饮片、中草药颗粒和中草药膏方等），以及中成药和辅助性药物等临床非紧急、非必需的药物；
- 8）外购医疗器械不包括义肢、轮椅、康复设备、按摩设备等需要长期使用或以舒适性、便利性为主要用途的设备的购买、租赁和置换费用。

对不满足上述任一项或多项条件的外购药品及外购医疗器械费用，我们不承担赔付保险金的责任。

我们保留对外购药品及外购医疗器械目录、适应症和用法用量进行适当调整的权利。外购药品及外购医疗器械所适用的具体目录、适应症和用法用量，均以附属被保险人处方开具之日时的有效版本为准。最新版本将在我们官方网站进行公布。

保险期间内，不论附属被保险人是单胎还是多胎，我们一次或多次累计赔付的附属被保险人住院医疗保险金赔付限额见本合同保险计划表。

2.5.7	附属被保险人 先天性疾病住院 医疗保险金	若附属被保险人被确诊初次发生本保险条款“9.1 新生儿先天性疾病的定义”中约定的新生儿先天性疾病，对于附属被保险人因治疗该疾病在指定医疗机构的普通部、特需部、VIP 部、国际部或国际医疗中心发生的合理且必要的下列医疗费用，我们按本保险条款“2.5.11 保险金的计算方法”计算并赔付附属被保险人先天性疾病住院医疗保险金： （1）住院医疗费用 指附属被保险人在我们指定医疗机构住院期间，在该医疗机构所发生的合理且必要的住院医疗费用，包括床位费、加床费、重症监护病房、膳食费、护理费、检查检验费、治疗费、会诊费、药品费、手术费、材料费、救护车费。 附属被保险人在保险期间内开始住院治疗，到保险期间届满住院仍未结束的，我们继续承担赔付保险金责任至住院结束，但最长不超过保险期间届满之日起第 30 日。 （2）门诊手术医疗费用 指附属被保险人在我们指定医疗机构接受门诊手术治疗，在该医疗机构所发生的合理且必要的门诊手术医疗费用。 （3）住院前后门（急）诊医疗费用 指附属被保险人在我们指定医疗机构住院治疗前 30 日（含住院当日）至出院后 30 日（含出院当日）内，因与该次住院相同原因在我们指定医疗机构接受门（急）诊治疗，在该医疗机构所发生的合理且必要的门（急）诊医疗费用。 保险期间内，不论附属被保险人是单胎还是多胎，我们一次或多次累计赔付的附属被保险人先天性疾病住院医疗保险金赔付限额见本合同保险计划表。
-------	----------------------------	--

2.5.8	附属被保险人 罕见病住院医 疗保险金	若附属被保险人被确诊初次发生本保险条款“10.1 新生儿罕见病的定义”中约定的新生儿罕见病，对于附属被保险人因治疗该疾病在指定医疗机构的普通部、特需部、VIP 部、国际部或国际医疗中心发生的合理且必要的下列医疗费用，我们按本保险条款“2.5.11 保险金的计算方法”计算并赔付附属被保险人罕见病住院医疗保险金： （1）住院医疗费用 指附属被保险人在我们指定医疗机构住院期间，在该医疗机构所发生的合理且必要的住院医疗费用，包括床位费、加床费、重症监护病房、膳食费、护理费、检查检验费、治疗费、会诊费、药品费、手术费、材料费、救护车费。 附属被保险人在保险期间内开始住院治疗，到保险期间届满住院仍未结束的，我们继续承担赔付保险金责任至住院结束，但最长不超过保险期间届满之日起第 30 日。 （2）门诊手术医疗费用 指附属被保险人在我们指定医疗机构接受门诊手术治疗，在该医疗机构所发生的合理且必要的门诊手术医疗费用。 （3）住院前后门（急）诊医疗费用 指附属被保险人在我们指定医疗机构住院治疗前 30 日（含住院当日）至出院后 30 日（含出院当日）内，因与该次住院相同原因在我们指定医疗机构接受门（急）诊治疗，在该医疗机构所发生的合理且必要的门（急）诊医疗费用。
-------	--------------------------	---

保险期间内，不论附属被保险人是单胎还是多胎，我们一次或多次累计赔付的附属被保险人罕见病住院医疗保险金赔付限额见本合同保险计划表。

2.5.9 附属被保险人特定医疗项目住院津贴保险金

若附属被保险人在我们指定医疗机构的普通部、特需部、VIP 部、国际部或国际医疗中心进行特定医疗项目（指**病理性黄疸**⁴⁵蓝光住院治疗或新生儿重症监护病房住院治疗）的，在附属被保险人住院后，不论单胎还是多胎，我们每个住院日按 100 元给付附属被保险人特定医疗项目住院津贴保险金，至附属被保险人出院之日为止，实际住院天数以医院出具的出院小结的记载为准。

保险期间内，每一位附属被保险人每次住院的特定医疗项目住院津贴保险金的给付天数最多 30 天。保险期间内，无论附属被保险人是单胎还是多胎，附属被保险人特定医疗项目住院津贴保险金累计给付天数最多为 90 天。

每次住院指附属被保险人因接受特定医疗项目住院治疗，自入院日起至出院日止之期间。

如果保险期间届满时，附属被保险人尚处于住院状态中，我们不再承担给付附属被保险人特定医疗项目住院津贴保险金的责任，本项保险责任终止。

本项保险责任设有多胎系数，若为单胎，则不乘以多胎系数，双胞胎的多胎系数为 0.5，三胞胎及以上多胎系数为 0.3。多胎系数由主被保险人在保险期间内分娩时的附属被保险人数决定，且不随后续附属被保险人的身故而变更。

我们按照“本合同约定的附属被保险人特定医疗项目住院津贴金额乘以对应的多胎系数”计算每一位附属被保险人特定医疗项目住院津贴日额。

2.5.10 附属被保险人早产育婴箱津贴保险金

若附属被保险人在本合同生效后出生但出生时孕周小于 34 周，并且在指定医疗机构的普通部、特需部、VIP 部、国际部或国际医疗中心必须使用育婴箱治疗的，不论单胎还是多胎，我们按照如下约定给付附属被保险人早产育婴箱津贴保险金，同时本项保险责任终止：

1. 当分娩日孕周 < 28 周时，按照 3000 元给付附属被保险人早产育婴箱津贴保险金；
2. 当 28 周 ≤ 分娩日孕周 < 32 周时，按照 2000 元给付附属被保险人早产育婴箱津贴保险金；
3. 当 32 周 ≤ 分娩日孕周 < 34 周时，按照 1000 元给付附属被保险人早产育婴箱津贴保险金。

本项保险责任设有多胎系数，若为单胎，则不乘以多胎系数，双胞胎的多胎系数为 0.5，三胞胎及以上多胎系数为 0.3。

⁴⁵**病理性黄疸**：指新生儿经指定医疗机构的专科医生确诊出现以下任何一项症状者即为病理性黄疸：

- （1）出生后 24 小时内出现黄疸；
- （2）血清总胆红素：足月儿 > 221 μmol/L (12.9 mg/dL)、早产儿 > 257 μmol/L (15 mg/dL)，或每日总胆红素上升 > 85 μmol/L (5 mg/dL)；或胆红素达到对应日龄、危险因素下的光疗干预标准；
- （3）存在以下任一情况：①足月儿黄疸持续超过 2 周，早产儿黄疸持续超过 4 周；②黄疸消退后再次出现；③血清结合胆红素 > 34 μmol/L (2 mg/dL)。

多胎系数由主被保险人在保险期间内分娩时的附属被保险人数决定，且不随后续附属被保险人的身故而变更。

我们按照“本合同约定的附属被保险人早产育婴箱津贴金额乘以对应的多胎系数”计算每一位附属被保险人早产育婴箱津贴保险金的保险金额。

保险期间内，若我们一次或多次累计赔付的主被保险人妊娠并发症住院医疗保险金、主被保险人妊娠终止津贴保险金、主被保险人急诊津贴保险金、主被保险人产后康复费用医疗保险金、主被保险人产后康复手术保险金、附属被保险人住院医疗保险金、附属被保险人先天性疾病住院医疗保险金、附属被保险人罕见病住院医疗保险金、附属被保险人特定医疗项目住院津贴保险金、附属被保险人早产育婴箱津贴保险金之和已经达到本合同保险计划表中约定的保险期间内各项保险责任的累计赔付限额的，则保险期间内我们不再承担主被保险人妊娠并发症住院医疗保险金、主被保险人妊娠终止津贴保险金、主被保险人急诊津贴保险金、主被保险人产后康复费用医疗保险金、主被保险人产后康复手术保险金、附属被保险人住院医疗保险金、附属被保险人先天性疾病住院医疗保险金、附属被保险人罕见病住院医疗保险金、附属被保险人特定医疗项目住院津贴保险金、附属被保险人早产育婴箱津贴保险金的赔付责任。

2.5.11 保险金的计算方法

对于符合本保险条款“2.5.1 主被保险人妊娠并发症住院医疗保险金”、“2.5.4 主被保险人产后康复费用医疗保险金”、“2.5.6 附属被保险人住院医疗保险金”、“2.5.7 附属被保险人先天性疾病住院医疗保险金”、“2.5.8 附属被保险人罕见病住院医疗保险金”约定条件的医疗费用，我们按以下公式计算并赔付保险金：

我们赔付的保险金=（被保险人发生的符合保险责任范围内的医疗费用金额总和-被保险人从公费医疗、基本医疗保险、生育保险、城乡居民大病保险获得的医疗费用补偿金额总和-被保险人从其他第三方获得的医疗费用补偿金额总和-免赔额余额）×赔付比例 A×赔付比例 B。

（1）对于主被保险人妊娠并发症住院医疗保险金：

计划一、三、四、六的赔付比例 A 为 100%；计划二、五的赔付比例 A，对于主被保险人个人自行承担的保险责任范围内的医疗费用：0-10000 元(含)部分为 30%，超过 10000 元部分为 100%；

一般情况下，赔付比例 B 为 100%，但若主被保险人在投保时选择以有公费医疗或基本医疗保险身份投保，但申请保险金时未以公费医疗、基本医疗保险、生育保险或城乡居民大病保险身份就诊并结算的，则赔付比例 B 为 60%。

（2）对于主被保险人产后康复费用医疗保险金：

计划一、三、四、六的赔付比例 A 为 60%；计划二、五的赔付比例 A，对于主被保险人个人自行承担的保险责任范围内的医疗费用：0-10000 元(含)部分为 30%，超过 10000 元部分为 60%；

一般情况下，赔付比例 B 为 100%，但若主被保险人在投保时选择以有公费医疗或基本医疗保险身份投保，但申请保险金时未以公费医疗、基本医疗保险、生育保险或城乡居民大病保险身份就诊并结算的，则赔付比例 B 为 60%。

（3）对于附属被保险人住院医疗保险金、附属被保险人先天性疾病住院医疗保险金、附属被保险人罕见病住院医疗保险金：

计划一、三、四、六的赔付比例 A 为 80%；计划二、五的赔付比例 A 对于附属被保险人个人自行承担的保险责任范围内的医疗费用：0-10000 元(含)部分为 30%，超过 10000 元部分为 80%；

一般情况下，赔付比例 B 为 100%，但若主被保险人在投保时选择以有公费医疗或基本医疗保险身份投保，但申请保险金时未以公费医疗、基本医疗保险、生育保险或城乡居民大病保险身份就诊并结算的，则赔付比例 B 为 60%。

对于符合本保险条款“2.5.9 附属被保险人特定医疗项目住院津贴保险金”、“2.5.10 附属被保险人早产育婴箱津贴保险金”约定条件的医疗费用，我们按以下计算方法赔付保险金：

(1) 对于附属被保险人特定医疗项目住院津贴保险金：

我们按照“本合同约定的附属被保险人特定医疗项目住院津贴金额乘以对应的多胎系数”计算每一位附属被保险人特定医疗项目住院津贴日额。

本合同约定的附属被保险人特定医疗项目住院津贴金额为 100 元/天。

本项保险责任设有多胎系数，若为单胎，则不乘以多胎系数，双胞胎的多胎系数为 0.5，三胞胎及以上多胎系数为 0.3。若附属被保险人为双胞胎，则每一位附属被保险人对应的附属被保险人特定医疗项目住院津贴保险金金额为 50 元/天；若附属被保险人为三胞胎及以上，则每一位附属被保险人对应的附属被保险人特定医疗项目住院津贴保险金金额为 30 元/天。

(2) 对于附属被保险人早产育婴箱津贴保险金：

我们按照“本合同约定的附属被保险人早产育婴箱津贴金额乘以对应的多胎系数”计算每一位附属被保险人早产育婴箱津贴保险金的保险金额。

本合同约定的附属被保险人早产育婴箱津贴金额如下：

1. 当分娩日孕周<28 周时，3000 元；

2. 当 28 周≤分娩日孕周<32 周时，2000 元；

3. 当 32 周≤分娩日孕周<34 周时，1000 元。

本项保险责任设有多胎系数，若为单胎，则不乘以多胎系数，双胞胎的多胎系数为 0.5，三胞胎及以上多胎系数为 0.3。

若附属被保险人为双胞胎，则每一位附属被保险人对应的附属被保险人早产育婴箱津贴保险金金额为：

1. 当分娩日孕周<28 周时，1500 元；

2. 当 28 周≤分娩日孕周<32 周时，1000 元；

3. 当 32 周≤分娩日孕周<34 周时，500 元。

若附属被保险人为三胞胎及以上，则每一位附属被保险人对应的附属被保险人早产育婴箱津贴保险金金额为：

1. 当分娩日孕周<28 周时，900 元；

2. 当 28 周≤分娩日孕周<32 周时，600 元；

3. 当 32 周≤分娩日孕周<34 周时，300 元。

2.6

费用补偿原则

本合同属于费用补偿型医疗保险合同。

对于符合本保险条款“2.5.1 主被保险人妊娠并发症住院医疗保险金”、“2.5.4 主被保险人产后康复费用医疗保险金”、“2.5.6 附属被保险人住院医疗保险金”、“2.5.7 附属被保险人先天性疾病住院医疗保险金”、“2.5.8 附属被保险人罕

见病住院医疗保险金”约定条件的医疗费用，若被保险人已从公费医疗、基本医疗保险、生育保险、城乡居民大病保险和其他第三方获得医疗费用补偿的，我们将按本保险条款“2.5.11 保险金的计算方法”的约定计算并在本合同约定的保险金赔付限额内赔付保险金，且最高赔付金额不超过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。

2.7 责任免除

1.因下列情形之一导致被保险人支出医疗费用的，我们不承担赔付保险金的责任：

- (1) 投保人对被保险人的故意杀害、故意伤害；
- (2) 主被保险人故意犯罪或者抗拒依法采取的刑事强制措施；
- (3) 主被保险人故意自伤或自杀，但主被保险人自杀时为无民事行为能力人的除外；
- (4) 主被保险人**醉酒⁴⁶**，**斗殴⁴⁷**，服用、吸食或注射**毒品⁴⁸**；
- (5) 主被保险人**酒后驾驶⁴⁹**，**无合法有效驾驶证驾驶⁵⁰**，或**驾驶无合法有效行驶证⁵¹的机动车⁵²**；
- (6) 战争、军事冲突、暴乱或武装叛乱；
- (7) 核武器、核爆炸、核辐射、核污染或化学武器、生物武器；
- (8) 主被保险人参加**潜水⁵³**、跳伞、**攀岩⁵⁴**、驾驶滑翔机或滑翔伞、**探险⁵⁵**、摔跤、**武术比赛⁵⁶**、**特技表演⁵⁷**、赛马、赛车等高风险活动；
- (9) 在本合同生效日之前主被保险人已患且已知晓的疾病；
- (10) 性病、**职业病⁵⁸**；

⁴⁶**醉酒**：指因饮酒而表现出动作不协调、意识紊乱、舌重口吃或其他不能清醒地控制自己行为的状态。醉酒的认定，如有司法机关、公安部门的有关法律文件、医院的诊断书等，则以上述法律文件、诊断书等为准。

⁴⁷**斗殴**：指双方或多方通过拳脚、器械等武力以求制胜的行为。斗殴的认定，如有司法机关、公安部门的有关法律文件，则以上述法律文件为准。

⁴⁸**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。

⁴⁹**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《中华人民共和国道路交通安全法》的规定认定为饮酒后驾驶或醉酒后驾驶。

⁵⁰**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。

⁵¹**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)未依法取得行驶证，违法上道路行驶的；(3)未依法按时进行或通过机动车安全技术检验。

⁵²**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，包括汽车及汽车列车、摩托车（含各类动力装置驱动的两轮车、三轮车、轻便摩托车）、轮式专用机械车、挂车、有轨电车、特型机动车和上道路行驶的拖拉机等，但不包括虽有动力装置驱动但最大设计车速、整备质量、外廓尺寸、技术性能指标符合有关国家标准的残疾人机动轮椅车、电动自行车、汽油机助力自行车。

⁵³**潜水**：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。

⁵⁴**攀岩**：指攀登悬崖、楼宇外墙、人造悬崖、冰崖、冰山等运动。

⁵⁵**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。

⁵⁶**武术比赛**：指两人或两人以上对抗性柔道、空手道、跆拳道、散打、拳击等各种拳术及使用器械的对抗性比赛。

⁵⁷**特技表演**：指进行马术、杂技、驯兽等表演。

⁵⁸**职业病**：指在生产环境或劳动过程中，一种或几种对健康有害的因素引起的疾病。对健康有害的因素称为职业性危害。职业病的范围以保险事故发生时国家正式颁布的种类为准。

- (11) 主被保险人**感染艾滋病病毒或患艾滋病**⁵⁹；
- (12) **遗传性疾病**⁶⁰、**先天性畸形、变形或染色体异常**⁶¹，但若属于本合同约定的“9.新生儿先天性疾病的定义”或“10.新生儿罕见病的定义”中的疾病不在此限；
- (13) 精神和行为障碍治疗以及各种医疗咨询和健康预测：如健康咨询、睡眠咨询、性咨询、心理咨询（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）⁶²确定的精神和行为障碍以外的一般心理问题，如职场问题、家庭问题、婚恋问题、个人发展、情绪管理等）；
- (14) 各类医疗鉴定，包括但不限于**医疗事故**⁶³鉴定、精神病鉴定、孕妇胎儿性别鉴定、验伤鉴定、亲子鉴定、遗传基因鉴定费用；
- (15) 一般健康检查、疗养、特别护理、康复性治疗、物理治疗、心理咨询、心理治疗或以捐献身体器官为目的的医疗行为，但若康复性治疗属于本保险条款 2.5.4 主被保险人产后康复医疗保险金、2.5.5 主被保险人产后康复手术保险金责任约定的，则不在此限；
- (16) 胃减容术（包括但不限于：可调节式束带手术、袖状胃切除手术、胃旁路手术、胃内水囊手术、胃肠转流术）、因视力矫正发生的医疗费用（如视力矫正手术、斜视矫正手术、验眼配镜等）、肠道菌群移植（粪菌移植、粪菌制备、肠菌制备等）、整容、整容手术、美容、美容手术、**矫形、矫形手术**⁶⁴、外科整形手术、变性手术、预防性手术（如预防性阑尾切除），但因意外伤害所致的矫形、矫形手术、外科整形手术不在此限；
- (17) 主被保险人分娩（含剖宫产）、避孕、节育绝育手术、治疗不孕不育症、人工受精、选择性人工流产，但若属于本合同约定的“8.妊娠并发症的定义”中的疾病不在此限；
- (18) 包皮环切术、包皮气囊扩张术、性功能障碍治疗；
- (19) 因意外伤害以外的原因所致的口腔科（牙科）治疗，任何原因所致的**种植牙**⁶⁵治疗、牙齿整形、口腔科（牙科）保健（如洗牙洁牙等）；
- (20) 冒名住院、主被保险人未到达医院就诊（即代诊）、不符合入院标准或住院病人应当出院而拒不出院（从医院确定应当出院之日起发生的一切医疗费用）；
- (21) 被保险人接受实验性治疗（未经科学或医学认可的医疗）；
- (22) 因医疗事故导致的医疗费用。

⁵⁹**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。

⁶⁰**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。

⁶¹**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。

⁶²《**疾病和有关健康问题的国际统计分类**》（ICD-10）：指世界卫生组织（WHO）制定的国际统一的疾病分类方法，它根据疾病的病因、病理、临床表现和解剖位置等特性，用一种系统有序的组合编码的方法对疾病进行分类。目前世界通用的是第十次修订本《疾病和有关健康问题的国际统计分类》，（ICD-10）是该分类第十次修订本的简称。

⁶³**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。

⁶⁴**矫形、矫形手术**：指通过外科手术，组织移植或重建修复身体部位使人体恢复正常形态。

⁶⁵**种植牙**：指以植入骨组织内的下部结构为基础，支持、固定上部牙修复体的缺牙修复方式。

发生上述第（1）项情形导致被保险人身故的，本合同终止，我们向被保险人的继承人退还本合同保险单的**现金价值**⁶⁶。

发生上述第（1）项情形以外的其他情形导致被保险人身故的，本合同终止，我们向您退还本合同保险单的现金价值。

2.符合以下任意一项情形的相关医疗费用，我们不承担保险责任：

（1）未经医生建议自行进行的任何治疗；

（2）虽然有医生建议，但相关治疗和检查检验不是在我们指定医疗机构进行的；

（3）未被治疗所在地权威部门批准的治疗，未获得治疗所在地政府许可或批准的药品或药物；

（4）所有**基因疗法**⁶⁷、**细胞免疫疗法**⁶⁸及肿瘤放射疗法中的质子束放疗、重离子束放疗(如碳离子放疗)和中子束放疗造成的医疗费用；

（5）除心脏瓣膜、人工晶体、人工关节、心脏起搏器、人工肺、人工肾、人工食管、人工胰、人工血管以外的人工器官⁶⁹材料费、安装和置换等费用；

（6）各种矫治和防护医疗器械、不符合本合同保险责任约定的各种康复治疗医疗器械、假体、义肢、轮椅、自用的按摩保健和治疗用品等所有非一次性使用医疗器械和非处方医疗器械的购买、租赁和置换费用。

2.8 其他责任免除

除本保险条款“2.7 责任免除”外，本合同还有一些免除我们责任的条款，详见本保险条款“2.3 等待期”、“2.4 免赔额”、“2.5 保险责任”、“3.2 保险事故通知”、“7.1 年龄错误”、“8.妊娠并发症的定义”、“9.新生儿先天性疾病的定义”、“10.新生儿罕见病的定义”以及脚注中背景突出显示的内容。

3. 保险金的申请

3.1 受益人

除另有指定外，本合同保险金的受益人为被保险人本人。

3.2 保险事故通知

您、被保险人或受益人知道发生保险事故后应当在10日内通知我们。我们接收到保险事故通知后，将在1个工作日内一次性给予理赔指导。

如果您、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，不承担赔付保险金的责任，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

⁶⁶**现金价值**：指本合同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。（1）若选择一次性支付保险费，本合同保险单的现金价值=本合同的保险费×65%×（1-n/m），其中n为本合同已生效天数，m为本合同保险期间的天数。合同已生效的天数不足一天的不计；（2）若选择分期支付保险费，本合同保险单的现金价值=本合同的当期保险费×65%×（1-n/m），其中n为本合同当期已生效天数，m为本合同当期天数。合同已生效的天数不足一天的不计。本合同发生保险金赔付后，现金价值降为零。

⁶⁷**基因疗法**：指通过各种手段修复缺陷基因，以减缓或治愈疾病的技术。

⁶⁸**细胞免疫疗法**：指通过采集人体免疫细胞，在体外进行扩增和功能鉴定，然后向患者转输，达到杀灭血液及组织中的病原体、癌细胞、突变的细胞，从而打破机体免疫耐受，激活和增强机体免疫力的治疗方法。

⁶⁹**人工器官**：指长期的、植入人体的用人工材料和电子技术制成部分或全部替代人体自然器官、骨骼、血管、神经等功能的替代物、机械装置或电子装置，包括但不限于：人工椎体、人工尿道、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、人工喉、人工皮肤和人工角膜等。

外。

3.3 保险金申请与赔付

3.3.1 保险金申请

- (1) 保险合同或电子保险单号；
- (2) 受益人的有效身份证件；
- (3) 我们指定医疗机构出具的被保险人医疗诊断书（包括必要的病历记录、手术记录及检查报告）、出院小结在内的住院病历；
- (4) 我们指定医疗机构出具的医疗费用收据原件和医疗费用清单；
- (5) 附属被保险人住院医疗保险金、附属被保险人先天性疾病住院医疗保险金、附属被保险人罕见病住院医疗保险金、附属被保险人特定医疗项目住院津贴保险金、附属被保险人早产育婴箱津贴保险金的理赔须额外提供主被保险人的分娩记录或产程记录；
- (6) 主被保险人产后康复费用医疗保险金的理赔须额外提供每次产后康复治疗完成证明材料（包括但不限于：医院登记台账、产后康复治疗签到证明、产后康复治疗挂号记录、产后康复治疗疗程完成后的检查报告等）；
- (7) 卫生行政部门认定的二级以上（含二级）医院出具的附有病理显微镜检查报告、血液检查及其他科学方法检验报告的病史资料及疾病诊断报告书；
- (8) 申请外购药品及外购医疗器械费用的，还需提供我们指定医疗机构开具的处方笺复印件及我们认可的药房的收费票据；
- (9) 所能提供的与确认保险事故的性质、原因、伤害程度等有关的其他证明和资料。

如果委托他人代为申请保险金，除上述证明和资料外，还须提供受益人的授权委托书、受托人有效身份证件等相关证明文件。

保险金作为被保险人遗产的，申请人须提供可证明其合法继承权的相关权利文件。

受益人或继承人为无民事行为能力人或限制民事行为能力人的，须由其监护人代为申请领取保险金，并提供监护人的有效身份证件和具有监护权的证明文件。

以上各项保险金申请的证明和资料不完整的，我们将在 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 保险金赔付

我们在收到保险金赔付申请书及合同约定的完整的证明和资料后，将在 5 个工作日内作出核定，并于作出核定后 1 个工作日内通知受益人；**情形复杂⁷⁰**的，将在 30 日内作出核定。对属于保险责任的，我们在与受益人达成赔付保险金的协议后 10 日内，履行赔付保险金义务。

我们未及时履行前款规定义务的，除应支付保险金外，还应当赔偿受益人因此受到的损失。前述“损失”是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。

⁷⁰**情形复杂**：指保险事故的性质、原因、伤害或损失程度等在我们收到保险金赔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。

对不属于保险责任的,我们自作出核定之日起1个工作日内向受益人发出拒绝赔付保险金通知书并说明理由。

3.5 诉讼时效

4. 保險費的支付

本合同的保险费根据主被保险人的年龄、承保的保险计划、是否参加公费医疗或基本医疗保险等情况确定。

如您选择一次性支付保险费，您应于投保时一次性支付全部保险费。

5. 合同的解除

如您在犹豫期后申请解除本合同,请填写解除合同申请书并向我们提供下列资料:

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 日内向您退还保险单的现金价值。您犹豫期后解除合同会遭受一定损失。

6. 说明、告知与解除权限制

订立本合同时，我们应向您说明本合同的内容。

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。

7) 保险费约定支付日：指保险合同生效日在每个交费周期内的对应日。如果交费周期内无对应的同一日，则以该周期最后一日为对应日。

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，我们不承担赔付保险金的责任，但应当退还保险费。

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，我们承担赔付保险金的责任。

- | | | |
|-----|------------|---|
| 6.2 | 我们合同解除权的限制 | 本保险条款“6.1 明确说明与如实告知”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。 |
|-----|------------|---|

7. 其他需要关注的事项

- | | | |
|-----|---------|--|
| 7.1 | 年龄错误 | <p>您在申请投保时，应将与有效身份证件相符的被保险人的真实年龄在投保单上填明，若发生错误应按照下列方式办理：</p> <p>（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合同约定的投保年龄限制的，我们有权解除合同，并向您退还保险单的现金价值。我们行使合同解除权适用本保险条款“6.2 我们合同解除权的限制”的规定。</p> <p>（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，在赔付保险金时按实付保险费和应付保险费的比例赔付。</p> <p>（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。</p> <p>（4）您申报的被保险人年龄不真实，致使本合同保险单的现金价值与实际不符的，我们有权根据被保险人的实际年龄调整。</p> |
| 7.2 | 急危重病及转院 | <p>急危重病指疾病病程短、病情相对严重（特别是严重急性病或外伤），需要短期治疗的疾病。被保险人突发急、危重病人就诊不受我们指定医疗机构范围的限制（但不含除中华人民共和国境内医疗机构以外的医疗机构），但经急救病情稳定⁷²后，须转入我们指定医疗机构治疗，否则，我们对被保险人于病情稳定后在我们指定医疗机构范围外的其他医疗机构的诊疗将不承担保险责任。如被保险人突发急、危重病时，已经在我们指定医疗机构就诊，对于被保险人因任何原因转出至我们指定医疗机构范围外的其他医疗机构治疗的情形，我们将不承担被保险人在我们指定医疗机构范围外的其他医疗机构治疗发生费用的责任。</p> |
| 7.3 | 未还款项 | <p>我们在赔付各项保险金、退还本合同保险单的现金价值或退还保险费时，若存在欠交的保险费或其他未还款项及相应利息，我们会在扣除上述欠款后赔付或退还。</p> |
| 7.4 | 合同内容变更 | <p>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。</p> <p>您通过我们同意或认可的网站提交的合同变更申请，视为您的书面申请，您向我们在线提交的电子信息与您向我们提交的书面文件具有相同的法律效力。</p> |

⁷²病情稳定：指生命体征（心率、呼吸、血压）平稳，转院不致引起病情加重或有生命危险的情况。

7.5	联系方式变更	为了保障您的合法权益，您的住所、通讯地址或电话等联系方式变更时，请及时以书面形式或双方认可的其他形式通知我们。若您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住所、通讯地址或电话等联系方式发送的有关通知，均视为已送达给您。
7.6	争议处理	本合同履行过程中，双方发生争议时，可以从下列两种方式中选择一种争议处理方式： （1）因履行本合同发生的争议，由双方协商解决，协商不成的，提交双方同意的仲裁委员会仲裁； （2）因履行本合同发生的争议，由双方协商解决，协商不成的，依法向人民法院起诉。 本合同引起的或与本合同有关的任何争议的处理，均适用中华人民共和国法律。
7.7	合同效力的终止	发生下列情形之一时，本合同效力终止： （1）您向我们申请解除本合同； （2）主被保险人和附属被保险人均身故； （3）本合同保险期间届满； （4）因本合同条款的其他约定而效力终止。
7.8	健康管理服务	在本合同保险期间内，我们为被保险人提供如下健康管理服务，包括： （1）健康咨询； （2）就医服务。 服务的详细内容及次数限制详见服务手册，您可在投保时获取并查看服务手册。
8.	妊娠并发症的定义	
8.1	妊娠并发症的定义	主被保险人发生符合以下疾病定义所述条件的疾病，应当由专科医生明确诊断。以下疾病名称仅供理解使用，具体保障范围以每项疾病具体定义为准。
8.1.1	侵蚀性葡萄胎（或称恶性葡萄胎）	指异常增生的绒毛组织浸润性生长侵入子宫肌层或转移至其他器官或组织的葡萄胎，并已经进行化疗或手术治疗。
8.1.2	前置胎盘	指妊娠二十八周后，胎盘附着于子宫下段，下缘达到或覆盖宫颈内口，位置低于胎先露部。
8.1.3	胎盘早剥	指怀孕满二十周后或分娩期，正常位置的胎盘于胎儿产出前，部分或全部从子宫壁剥离，以致胎儿窘迫或者母体休克。胎盘早期剥离需达第二或者第三度的脱离而施以紧急剖腹产手术（即胎盘早期剥离面积达到胎盘面积的 1/3 及以上），且需经专科医生确诊。

8.1.4	母婴严重血型不合	指孕妇与胎儿之间因血型不合而产生的同种血型免疫性疾病，发生在胎儿期和新生儿早期，并满足下列条件之一： (1) ABO 血型不合：孕妇血清学检查，ABO 抗体效价在 1:512 以上； (2) Rh 血型不合：孕妇血清学检查，Rh 抗体效价在 1:32 以上。
8.1.5	前置血管	指附着在胎膜的脐带血管跨过宫颈内口，位于先露部前方。
8.1.6	宫外孕	指受精卵种植在子宫体腔以外部位的妊娠，其诊断必须经剖腹或腹腔镜检查证实，并已经手术而终止妊娠。
8.1.7	胎死腹中	指怀孕后胎儿在子宫内死亡。
8.1.8	未足月胎膜早破	指在妊娠二十周以后、未满三十七周胎膜在临产前自发性发生的胎膜破裂。
8.1.9	羊膜腔感染	指在妊娠期病原微生物进入羊膜腔引起的感染，包括羊水感染、胎膜感染或胎盘感染，可引起孕产妇体温升高、脉率增快、胎心率增快等临床表现。并经腹羊膜腔穿刺检查，并满足下列条件之一： (1) 羊水细菌培养：找到病原微生物； (2) 羊水涂片革兰染色检查：找到病原微生物； (3) 羊水涂片计数白细胞： ≥ 30 个白细胞/ml。
8.1.10	重度子痫前期及子痫	指妊娠 20 周之后，出现血压升高、伴有水肿、头痛等症状，并且有抽搐或者昏迷。需经专科医生明确诊断，并同时满足下列条件中的至少两项医学证明： (1) 收缩压 ≥ 160 mmhg，或舒张压 ≥ 110 mmhg（卧床休息，两次测量间隔至少 4 小时）； (2) 血小板减少（血小板 $< 100 \times 10^9/L$ ）； (3) 肝功能损害（ALT、AST 为正常值 2 倍及以上），乳酸脱氢酶为正常值 1.5 倍及以上（其他疾病引起的肝功能异常除外）； (4) 肾功能损害（肌酐为正常值 1.5 倍及以上）； (5) 肺水肿； (6) 新发生的中枢神经系统异常或视觉障碍； (7) 胎儿宫内死亡； (8) 黄疸进行性加重（总胆红素高于正常值）； (9) HELLP 综合征（合并溶血、肝酶升高、血小板减少）。
8.1.11	无脐带综合征	指发育异常导致胎盘直接与胎儿腹壁相连，合并内脏外翻。
8.1.12	脐带肿瘤	指为脐带血管上皮肿瘤，可发生于脐带的任何部位，多发生于脐带的胎盘端，包括畸胎瘤、血管瘤、粘液瘤等。
8.1.13	围产期心肌病	指孕产妇在妊娠满 28 周后至产后 6 个月内发生的扩张性心肌病，但必须同时满足下列条件：

- (1) 投保前无心血管系统疾病史;
- (2) 上述妊娠期间出现心力衰竭但不能确定心力衰竭的确切原因。

8.1.14	子宫破裂	指在妊娠晚期或分娩期子宫体部或子宫下段发生裂开，需尽快行手术治疗。 先兆子宫破裂不在保障范围之内。
8.1.15	子宫翻出症	指分娩时以子宫内面翻出为特征的并发症。包括下面二者之一： (1) 部分翻出：宫底翻出于子宫下段及子宫颈口； (2) 完全翻出：子宫体部及下段完全翻出而暴露于阴道外。
8.1.16	产褥感染	指分娩及产褥期生殖道受病原体侵袭，引起局部或全身感染。诊断需同时满足下列条件： (1) 发热、疼痛、异常恶露为主要症状； (2) 生殖道感染的炎性包块或脓肿的检查证据。
8.1.17	分娩并发膀胱破裂	指孕产妇分娩时出现膀胱破裂。 分娩前及分娩后出现的膀胱破裂不在保障范围内。
8.1.18	产后出血并发休克	指胎儿娩出后 24 小时内产妇阴道流血量过多，并满足下列所有条件： (1) 阴道分娩者出血量 $\geq 500\text{ml}$ ，剖宫产者 $\geq 1000\text{ml}$ ； (2) 出现休克症状，如头晕、脸色苍白、脉搏细数、血压下降； (3) 休克指数 (SI) ≥ 1.5 。
8.1.19	羊水栓塞	指在分娩过程中羊水突然进入母体血循环引起急性肺栓塞、过敏性休克、弥散性血管内凝血 (DIC)、肾功能衰竭等一系列病理改变的严重分娩并发症。须经我们认可医院的专科医生确诊，且必须提供有呼吸困难、凝血功能障碍、休克等相关医学证明文件。
8.1.20	弥散性血管内凝血	(1) 弥散性血管内凝血 (disseminated intravascular coagulation, DIC) 是一个综合征，是在各种致病因素作用下，在毛细血管，小动脉，小静脉内广泛纤维蛋白沉积和血小板聚集，形成广泛的微血栓，导致循环功能和其他内脏功能障碍，消耗性凝血病，继发性纤维蛋白溶解，产生休克，出血，栓塞，溶血等临床表现。该疾病必须由专科医生明确诊断，并满足以下全部条件： (2) DIC 发生前一周内有败血症、创伤、恶性肿瘤、肝衰竭、产科疾病 (HELLP 综合征，羊水栓塞、子痫等)、实质脏器大手术、输血反应、排异反应等病史； (3) 血小板在 24 小时内快速降低 30% 以上； (4) 凝血酶原时间延长 3 秒以上； (5) D-二聚体升高伴纤维蛋白原小于 1g/L ； (6) 有证据证明胃肠道、呼吸道、泌尿道、皮下、耳鼻咽喉或颅内出血。
8.1.21	妊娠期糖尿病	(1) 指妊娠二十四周后首次出现糖代谢异常，并且通过 75 克糖 OGTT (口服葡萄糖耐量试验)，在任一点血糖值达到或超过以下标准： (2) 空腹的血糖值： 5.1mmol/L ；

- (3) 服糖后 1 小时的血糖值: 10.0mmol/L;
- (4) 服糖后 2 小时的血糖值: 8.5mmol/L。

8.1.22	妊娠期肝内胆汁淤积症	指妊娠期出现无诱因的皮肤瘙痒及血清总胆汁酸 $>10\mu\text{mol/L}$ 。
8.1.23	妊娠期重度贫血	指孕产妇在妊娠后初次出现贫血, 且外周血血红蛋白 $\leq 60\text{g/L}$ 。
8.1.24	妊娠期急性脂肪肝	多发生于妊娠末期, 以黄疸、凝血障碍、脑病及肝脏小滴脂肪变性为特征。确诊需行 B 超定位下肝穿刺活检, 病理符合妊娠急性脂肪肝改变。
8.1.25	妊娠剧吐合并韦尼克脑病(Wernicke 脑病)	指在妊娠满 28 周后, 因妊娠剧吐导致维生素 B1 缺乏引起的中枢神经系统综合征。本项疾病须经专科医生确诊, 并且排除酗酒、厌食症及消化系统疾病导致的维生素 B1 摄入不足或消耗增加。
8.1.26	妊娠合并甲状腺功能亢进	指孕妇初次诊断甲状腺功能亢进, 并且出现甲亢危象或心衰症状。
8.1.27	妊娠合并病毒性肝炎	指本次妊娠期间孕妇初次诊断病毒性肝炎, 实验室检测肝炎病毒呈阳性, 并且符合下列条件中至少二项: (1) 黄疸迅速加深, 血清胆红素大于正常上限值的 5 倍; (2) ALT 和 AST 同时异常增高, 至少一项大于正常上限值的 3 倍或二者均大于正常上限值的 2 倍; (3) 凝血酶原活动度低于 40%并排除其它原因者; (4) 出现肝性脑病。
8.1.28	妊娠合并尿路感染	指本次妊娠期间孕妇初次罹患的尿道、膀胱、输尿管、肾盂部位的感染性炎症疾病, 尿液培养病原体阳性, 并且体温达到 39°C 。
8.1.29	妊娠合并急性阑尾炎	指本次孕期内孕妇初次诊断急性阑尾炎并且接受阑尾切除手术。
8.1.30	妊娠合并急性肺炎	指本次妊娠期间孕妇初次诊断急性肺炎或急性支气管肺炎, 并且符合下列条件中至少三项: (1) 急性肺炎的影像学表现; (2) 体温达到 39°C; (3) 存在咳痰和肺部啰音; (4) 痰培养病原体阳性。
8.1.31	空气栓塞	分娩时或产后空气进入脉管系统所致栓塞。空气栓塞可见于妊娠相关操作或手术等。需满足静脉空气栓塞引发肺栓塞或动脉空气栓塞引发脑栓塞。

8.1.32	妊娠期子宫嵌顿	指子宫在妊娠期嵌顿于骶岬和耻骨联合之间。
8.1.33	妊娠期急性胰腺炎	妊娠期内诊断急性胰腺炎，并满足下列所有条件： (1) 存在腹痛、恶心、呕吐、腹胀、黄疸或发热等症状； (2) 超声检查可见胰腺增大、渗出等异常； (3) 血清、尿或腹腔积液淀粉酶升高。
8.1.34	妊娠期卵巢肿瘤蒂扭转	指妊娠期内以腹腔镜探查或开腹探查的方式确诊卵巢及输卵管以骨盆漏斗韧带为轴发生扭转。
8.1.35	绒毛膜癌	指一种起源于胎盘合体滋养层和细胞滋养层的高度恶性的肿瘤，病理组织学上以滋养细胞高度增生并侵犯子宫肌层和血管，排列紊乱无绒毛结构为特点。
8.2	定义来源及确诊医院范围	以上妊娠并发症的疾病定义由我们根据通行的医学标准制定。 以上疾病均须在中华人民共和国卫生行政部门认定的二级以上（含二级）医院确诊。
9.	新生儿先天性疾病的定义	
9.1	新生儿先天性疾病的定义	附属被保险人发生符合以下疾病定义所述条件的疾病，应当由专科医生明确诊断。以下疾病名称仅供理解使用，具体保障范围以每项疾病具体定义为准。
9.1.1	唇裂（兔唇）	指婴儿出生时上唇有开裂的畸形，形似兔唇，所以俗称“兔唇”。
9.1.2	腭裂	指婴儿出生时上颌有开裂的畸形，本病可并发唇裂。
9.1.3	蹠指	指婴儿出生时二指或多指之间有明显的指璞。
9.1.4	蹠趾	指婴儿出生时二趾或多趾之间有明显的趾璞。
9.1.5	并指（指融合）	指婴儿出生时五指之间的两只或是两只以上，互相粘连在一起没有独立分开。
9.1.6	并趾（趾融合）	指婴儿出生时五趾之间的两只或是两只以上，互相粘连在一起没有独立分开。
9.1.7	隐睾（包括睾丸未降或下降不全）	指男婴出生后单侧或双侧睾丸未降至阴囊而停留在其正常下降过程中的任何一处，即阴囊内没有睾丸或仅有一侧睾丸。
9.1.8	男性尿道下裂	指男婴出生时前尿道发育不全，致尿道外口向阴茎腹侧和近端移位的畸形。
9.1.9	食管闭锁	指婴儿出生时就有食管隔断形成盲端的畸形。

9.1.10	食管气管瘘	指婴儿出生时就有食管与气管或支气管相通。
9.1.11	肛门缺如/闭锁或狭窄	指婴儿出生时肛门的结构存在畸形，包括肛门缺如、肛门闭锁和肛门狭窄。
9.1.12	晶状体缺损	指婴儿出生时单眼或双眼的晶状体缺失或畸形。
9.1.13	白内障	指婴儿出生时或出生后晶状体不明原因的自发浑浊。
9.1.14	脊柱裂	指脊椎或颅骨不完全闭合，导致脊髓脊膜突出，脑（脊）膜突出或脑膨出，合并大小便失禁，部分或完全性下肢瘫痪或畸形等神经学上的异常，但不包括由X线摄片发现的没有合并脊椎脊膜突出或脑（脊）膜突出的隐形脊椎裂。
9.1.15	颅裂	指颅骨的先天性缺损，可伴有脑膜或脑组织膨出。
9.1.16	脑积水	指婴儿出生时就存在的脑脊液积聚过多，并引起脑室扩大、颅内压力增高、压迫脑组织而引起脑功能障碍的疾病。
9.1.17	严重非恶性颅内肿瘤	指起源于脑、脑神经、脑被膜的非恶性肿瘤，ICD-O-3⁷⁹肿瘤形态学编码属于0（良性肿瘤）、1（动态未定性肿瘤）范畴，并已经引起颅内压升高或神经系统功能损害，出现视乳头水肿或视觉受损、听觉受损、面部或肢体瘫痪、癫痫等，须由头颅断层扫描（CT）、核磁共振检查（MRI）或正电子发射断层扫描（PET）等影像学检查证实，且须满足下列至少一项条件： (1)已经实施了开颅进行的颅内肿瘤完全或部分切除手术； (2)已经实施了针对颅内肿瘤的放射治疗，如γ刀、质子重离子治疗等。 下列疾病不在保障范围内： (1)脑垂体瘤； (2)脑囊肿； (3)颅内血管性疾病（如脑动脉瘤、脑动静脉畸形、海绵状血管瘤、毛细血管扩张症等）。
9.1.18	颅内恶性肿瘤	指生长在颅腔内的原发性或继发性恶性肿瘤。
9.1.19	二尖瓣畸形或缺损	指先天性发育异常导致二尖瓣畸形或缺损引发心脏血流动力学改变。
9.1.20	三尖瓣畸形或缺损	指先天性发育异常导致三尖瓣畸形或缺损引发心脏血流动力学改变。

⁷⁹ICD-O-3：指《国际疾病分类肿瘤学专辑》第三版（ICD-O-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）。如果出现ICD-10与ICD-O-3不一致的情况，以ICD-O-3为准。

9.1.21	主动脉瓣畸形或缺损	指先天性发育异常导致主动脉瓣畸形或缺损引发心脏血流动力学改变。
9.1.22	肺动脉瓣畸形或缺损	指先天性发育异常导致肺动脉瓣畸形或缺损引发心脏血流动力学改变。
9.1.23	主动脉狭窄	指先天性发育异常导致主动脉局限性短段管腔狭窄引致主动脉血流障碍。
9.1.24	肺动脉狭窄	指先天性发育异常导致肺动脉局限性短段管腔狭窄引致肺动脉血流障碍。
9.1.25	主动脉闭锁	指先天性发育异常导致主动脉瓣、升主动脉、主动脉弓及降主动脉的一处或几处发生闭锁。
9.1.26	肺动脉闭锁	指先天性发育异常导致肺动脉瓣、肺动脉及肺动脉左右分叉部这三者中的一处或几处发生闭锁。
9.1.27	房间隔缺损	指先天性发育异常导致房间隔缺损引致左右心房之间血液直接流通。
9.1.28	室间隔缺损	指先天性发育异常导致室间隔缺损引致左右心室之间血液直接流通。
9.1.29	肺动静脉瘘	指先天性发育异常导致肺动脉血液不经过肺泡直接流入肺静脉，肺动脉与静脉直接相通形成短路。
9.1.30	法洛四联症	指先天性发育异常导致的肺动脉狭窄、室间隔缺损、主动脉骑跨及右心室肥厚四种畸形并存的先天性疾病，又称为“法乐氏四联症”。
9.2	定义来源及确诊医院范围	以上新生儿先天性疾病的疾病定义由我们根据通行的医学标准制定。 以上疾病均须在中华人民共和国卫生行政部门认定的二级以上（含二级）医院确诊。
10.	新生儿罕见病的定义	
10.1	新生儿罕见病的定义	附属被保险人发生符合以下疾病定义所述条件的疾病，应当由专科医生明确诊断。以下疾病名称仅供理解使用，具体保障范围以每项疾病具体定义为准。
10.1.1	尼曼匹克病	指鞘磷脂胆固醇脂沉积症，其特点是全单核巨噬细胞和神经系统有大量的含有神经鞘磷脂的泡沫细胞。本病主要表现为肝脾肿大、各种神经功能障碍以及鞘磷脂贮积。经骨穿刺检查发现含有典型的尼曼匹克细胞（常称泡沫细胞），或经肝、脾、淋巴结活检发现组织内有成堆、成片或弥漫性泡沫细胞、神经鞘磷脂浸润。须经专科医生明确诊断。
10.1.2	Prader-Willi	指一种罕见的、涉及基因印记的遗传性疾病。主要临床特点包括严重的新生儿

综合征 期肌张力低下，喂养困难，外生殖器发育不良，随后出现食欲亢进、病态肥胖、固执和脾气暴躁及学习障碍。Prader-Willi 综合征的诊断必须由我们认可医院合格的专科医生做出，并符合最新版国家卫生健康委《罕见病诊疗指南》诊断标准。

10.1.3 严重多发性硬化 指因中枢神经系统脱髓鞘疾病，导致不可逆的运动或感觉功能障碍，临床表现为视力受损、截瘫、平衡失调、构音障碍、大小便机能失调等症状。不可逆指运动或感觉功能障碍初次诊断后需持续 180 天以上。须由断层扫描（CT）、核磁共振检查（MRI）或正电子发射断层扫描（PET）等影像学检查证实，且须满足下列全部条件：

- (1)明确出现因视神经、脑干或脊髓损伤等导致的上述临床症状；
- (2)散在的、多样性的神经损伤；
- (3)上述临床症状反复发作、恶化及神经损伤的病史记录。

10.1.4 严重法布里（Fabry）病 指一种罕见的 X 连锁遗传性疾病，由于 X 染色体长臂中段编码 α -半乳糖苷酶 A（ α -Gal A）的基因突变，导致 α -半乳糖苷酶 A 结构和功能异常，使其代谢底物三己糖神经酰胺（Globotriaosylceramide, GL-3）和相关鞘糖脂在全身多个器官内大量堆积所导致的临床综合征。须根据基因检测明确诊断，且须满足下列至少一项条件：

- (1)中枢神经系统受累，存在缺血性脑卒中；
- (2)肾脏器官受累，GFR 肾小球滤过率 $< 30\text{ml/min}$ 或 CCR 内生肌酐清除率 $< 30\text{ml/min}$ ，血肌酐 $\geq 5\text{mg/dL}$ 或 $\geq 442\mu\text{mol/L}$ ；
- (3)冠状动脉受累导致心肌缺血、心脏瓣膜病变或肥厚性心肌病。

10.1.5 高苯丙氨酸血症及四氢生物喋呤缺乏症 高苯丙氨酸血症：指由于苯丙氨酸羟化酶缺乏或其辅酶四氢生物喋呤缺乏，导致血苯丙氨酸（Phe）增高的一组氨基酸代谢病。高苯丙氨酸血症的诊断必须由我们认可医院合格的专科医生做出，并符合最新版国家卫生健康委《罕见病诊疗指南》诊断标准，且必须满足下列所有条件：

- (1)血 Phe 浓度 $> 120\mu\text{mol/L}$ ($> 2\text{mg/dl}$)；
- (2)血 Phe 与酪氨酸（tyrosine, Tyr）比值（Phe/Tyr） > 2.0 。

四氢生物喋呤缺乏症：指四氢生物喋呤（BH4）的合成或代谢途径中酶的先天性缺陷导致的氨基酸代谢障碍，导致神经递质合成受影响，出现高苯丙氨酸血症以及严重的神经系统损害症状和智能障碍。四氢生物喋呤缺乏症（BH4D）的诊断必须由我们认可医院合格的专科医生做出，并符合最新版国家卫生健康委《罕见病诊疗指南》诊断标准，且满足下列所有条件：

- (1)血 Phe 浓度 $> 120\mu\text{mol/L}$ 及 Phe/Tyr > 2.0 ；
- (2)尿喋呤谱异常，或血 DHPR 活性异常；
- (3)BH4 负荷试验，结果符合 BH4 缺乏症的特征；
- (4)检测到 BH4D 基因致病性变异。

10.1.6 严重戈谢病 指一种常染色体隐性遗传的溶酶体贮积病，以葡萄糖脑苷脂在巨噬细胞溶酶体贮积导致多器官受累为表现特征。须根据葡萄糖脑苷脂酶活性检测明确诊断，且实际实施了脾脏切除手术或造血干细胞移植术。

10.1.7	肌萎缩侧索硬化	指一种病因未明、主要累及大脑皮质、脑干和脊髓运动神经元的神经系统变性疾病。肌萎缩侧索硬化（ALS）的诊断必须由我们认可医院合格的专科医生做出，并符合最新版国家卫生健康委《罕见病诊疗指南》诊断标准，且至少满足下列一项条件： （1）通过临床或电生理检查，证实在4个区域中至少有3个区域同时存在上、下运动神经元同时受累的证据； （2）通过临床或电生理检查，证实至少1个区域存在上、下运动神经元同时受累的证据，且满足ALS相关遗传物质辅助检测诊断结果。
10.1.8	严重婴儿进行性脊肌萎缩症	该病是累及脊髓前角细胞及延髓运动核的神经元退行性变性病。在出生后两年内出现的脊髓和脑干前角细胞进行性机能障碍，伴随肌肉无力和延髓机能障碍。
10.1.9	严重克罗恩病	指一种慢性肉芽肿性肠炎，具有特征性的克罗恩病（Crohn病）病理组织学变化，须根据组织病理学特点诊断，且已经造成瘻管形成并伴有肠梗阻或肠穿孔。
10.1.10	严重黏多糖贮积症	指一种进行性多系统受累的溶酶体贮积病，以面容异常、骨骼畸形、肝脾增大、心脏病变等为表现特征，须根据酶活性测定或基因突变分析明确诊断，且造成附属被保险人智力低常（智力低于常态）。根据智商（IQ）智力低常分为轻度（IQ50-70）、中度（IQ35-50）、重度（IQ20-35）和极重度（IQ<20），智力低常应根据附属被保险人年龄采用对应的智力量表如韦克斯勒智力量表（儿童智力量表或成人智力量表）检测证实。智商的检测须经我们认可的医院专科医生进行。智力低常自确诊日起持续180天以上。
10.1.11	严重甲型及乙型血友病	附属被保险人必须是患上严重甲型血友病（缺乏Ⅷ凝血因子）或严重乙型血友病（缺乏Ⅸ凝血因子），而凝血因子Ⅷ或凝血因子Ⅸ的活性水平少于百分之一。诊断必须由血液病专科医生确认。
10.1.12	特发性肺动脉高压	指不明原因的肺动脉压力持续性增高，进行性发展而导致的慢性疾病，已经造成永久不可逆性的体力活动能力受限，达到 美国纽约心脏病学会（New York; Heart Association, NYHA）心功能状态分级⁷⁴Ⅲ级及以上 ，且静息状态下肺动脉平均超过25mmHg。
10.1.13	原发性肉碱缺乏症	指肉碱转运障碍或肉碱摄取障碍。是由于细胞膜上与肉碱高亲和力的肉碱转运蛋白基因突变所致的一种脂肪酸β氧化代谢病。表现为血浆肉碱水平明显降低及组织细胞内肉碱缺乏，引起心脏、骨骼肌、肝脏等多系统损害。须经我们认可的医院专科医生明确诊断。

⁷⁴美国纽约心脏病学会（New York Heart Association, NYHA）心功能状态分级：美国纽约心脏病学会（New York Heart Association, NYHA）将心功能状态分为四级：Ⅰ级：心脏病病人日常活动量不受限制，一般活动不引起乏力、呼吸困难等心衰症状；Ⅱ级：心脏病病人体力活动轻度受限制，休息时无自觉症状，一般活动下可出现心衰症状；Ⅲ级：心脏病病人体力活动明显受限，低于平时一般活动即引起心衰症状；Ⅳ级：心脏病病人不能从事任何体力活动，休息状态下也存在心衰症状，活动后加重。

10.2

定义来源及确
诊医院范围

以上新生儿罕见病的疾病定义由我们根据通行的医学标准制定。

以上疾病均须在中华人民共和国卫生行政部门认定的二级以上（含二级）医院
确诊。

[本页内容结束]

附表 1：保险计划表

单位：人民币元

保险计划		计划一 (适用于自然受孕)	计划二 (适用于自然受孕)	计划三 (适用于自然受孕)	计划四 (适用于辅助生殖)	计划五 (适用于辅助生殖)	计划六 (适用于辅助生殖)
保险期间内各项保险责任的累计赔付限额		200 万					
保险期间内各项保险责任的赔付限额	主被保险人妊娠并发症住院医疗保险金	200 万 (加床费限 1000 元/天)	200 万 (加床费限 1000 元/天)	200 万 (床位费限 2000 元/天, 加床费限 1000 元/天)	200 万 (加床费限 1000 元/天)	200 万 (加床费限 1000 元/天)	200 万 (床位费限 2000 元/天, 加床费限 1000 元/天)
	主被保险人妊娠终止津贴保险金	一次性给付已交保险费					
	主被保险人急诊津贴保险金	100 元/次, 限 5 次					
	主被保险人产后康复费用医疗保险金	各项产后康复治疗费限额各 5000 元					
	主被保险人产后康复手术保险金	一次性给付 3000 元					
	附属被保险人住院医疗保险金	200 万 (加床费限 1000 元/天)	200 万 (加床费限 1000 元/天)	200 万 (床位费限 2000 元/天, 加床费限 1000 元/天)	200 万 (加床费限 1000 元/天)	200 万 (加床费限 1000 元/天)	200 万 (床位费限 2000 元/天, 加床费限 1000 元/天)
	附属被保险人先天性疾病住院医疗保险金	200 万					
	附属被保险人罕见病住院医疗保险金	200 万					
	附属被保险人特定医疗项目住院津贴保险金	100 元/天, 每次住院给付限 30 天, 保险期间内累计给付最多限 90 天 (本责任适用多胎系数)					

	附属被保险人早产育婴箱津贴保险金	3000/2000/1000 元，根据分娩日孕周不同而定 (本责任适用多胎系数)					
保险计划		计划一(适用于自然受孕)	计划二(适用于自然受孕)	计划三(适用于自然受孕)	计划四(适用于辅助生殖)	计划五(适用于辅助生殖)	计划六(适用于辅助生殖)
就医范围	主被保险人妊娠并发症住院医疗保险金、附属被保险人住院医疗保险金	指定医疗机构的普通部	指定医疗机构的普通部	指定医疗机构的普通部、特需部、VIP 部、国际部或国际医疗中心	指定医疗机构的普通部	指定医疗机构的普通部	指定医疗机构的普通部、特需部、VIP 部、国际部或国际医疗中心
	主被保险人产后康复费用医疗保险金	指定医疗机构的普通部					
	主被保险人产后康复手术保险金、附属被保险人先天性疾病住院医疗保险金、附属被保险人罕见病住院医疗保险金、附属被保险人特定医疗项目住院津贴保险金、附属被保险人早产育婴箱津贴保险金	指定医疗机构的普通部、特需部、VIP 部、国际部或国际医疗中心					
保险计划		计划一(适用于自然受孕)	计划二(适用于自然受孕)	计划三(适用于自然受孕)	计划四(适用于辅助生殖)	计划五(适用于辅助生殖)	计划六(适用于辅助生殖)
免赔额	主被保险人妊娠并发症住院医疗保险金	共享 1 万	无免赔额	共享 1 万	共享 1 万	无免赔额	共享 1 万
	主被保险人妊娠终止津贴保险金	无免赔额					

主被保险人急诊 津贴保险金		无免赔额					
主被保险人产后 康复费用医疗保 险金		共享 1 万	无免赔额	共享 1 万	共享 1 万	无免赔额	共享 1 万
主被保险人产后 康复手术保险金		无免赔额					
附属被保险人住 院医疗保险金		共享 1 万	无免赔额	共享 1 万	共享 1 万	无免赔额	共享 1 万
附属被保险人先 天性疾病住院医 疗保险金		共享 1 万	无免赔额	共享 1 万	共享 1 万	无免赔额	共享 1 万
附属被保险人罕 见病住院医疗保 险金		共享 1 万	无免赔额	共享 1 万	共享 1 万	无免赔额	共享 1 万
附属被保险人特 定医疗项目住院 津贴保险金		无免赔额					
附属被保险人早 产育婴箱津贴保 险金		无免赔额					
保险计划		计划一 （适用于 自然受孕）	计划二 （适用于自 然受孕）	计划三 （适用于 自然受孕）	计划四 （适用于 辅助生殖）	计划五 （适用于辅 助生殖）	计划六 （适用于 辅助生殖）
赔付 比例 A	主被保险人妊娠 并发症住院医疗 保险金	100%	对于主被保 险人个人自 行承担的保 险责任范围 内的医疗费 用：0-10000 元(含)部分， 赔付比例 A 为 30%，超 过 10000 元 部分,赔付 比例 A 为 100%	100%	100%	对于主被保 险人个人自 行承担的保 险责任范围 内的医疗费 用：0-10000 元(含)部 分，赔付比 例 A 为 30%，超过 10000 元部 分，赔付比 例 A 为 100%	100%

注 1：当附属被保险人为多胎时,所有附属被保险人共享赔付限额及年免赔额;

注 2：本产品适用多胎系数，若为单胎，则不乘以多胎系数，双胞胎的多胎系数为 0.5，三胞胎及以上多胎系数为 0.3。

我们在计算附属被保险人特定医疗项目住院津贴保险金时，我们按照“本合同约定的附属被保险人特定医疗项目住院津贴金额乘以对应的多胎系数”计算每一位附属被保险人特定医疗项目住院津贴日额；我们在计算附属被保险人早产育婴箱津贴保险金，按照“本合同约定的附属被保险人早产育婴箱津贴金额乘以对应的多胎系数”计算每一位附属被保险人早产育婴箱津贴保险金的保险金额。

注 3：对于主被保险人妊娠并发症住院医疗保险金和附属被保险人住院医疗保险金责任计划三、六的赔付比例 B：若被保险人在投保时选择以有公费医疗或基本医疗保险身份投保，但在指定医疗机构及本合同约定的其他医疗机构的特需部、VIP 部、国际部或国际医疗中心就诊，因就诊的医疗机构原因无法进行公费医疗或基本医疗保险结算而未得到公费医疗、基本医疗保险、生育保险或城乡居民大病保险补偿的，则赔付比例 B 仍为 100%。