

阳光财产保险股份有限公司  
特定心脑血管疾病医疗保险条款  
(阳光财险)(备-医疗保险)[2020](主)105号  
(注册号:C00009332512020051802201)

**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**

投保人提出保险申请,经保险人同意承保,本合同成立。

**第三条 投保人**

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自然人可作为本合同的投保人。

**第四条 被保险人**

凡出生后满30日至70周岁(续保最高可至99周岁),身体健康、能正常工作、生活的自然人,均可作为本合同的被保险人。

**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 等待期**

除本合同另有约定外,投保人为被保险人首次投保本保险或非续保本保险时,等待期为自保险期间起始日零时起60日(含第60日)。

在等待期内,如果被保险人经医院专科医生初次确诊患上本合同所定义的脑卒中或急性心肌梗死(无论一种或者多种,下同),保险人均不承担给付保险金的责任,本合同效力终止,保险人应向投保人退还已交保险费。等待期内发生疾病或症状,无论等待期内治疗还是等待期外治疗,均不承担给付保险金责任。

被保险人续保本保险的,续保合同无等待期。

**第七条 保险责任**

特定心脑血管疾病医疗责任包括脑卒中医疗保险金责任与急性心肌梗死医疗保险金两项责任,投保人可选择两项责任同时投保,或在与被保险人协商一致的前提下选择其中一项投保,并由保险人在保险单中载明:

(1) 脑卒中医疗保险金

在本合同保险期间内,被保险人在等待期届满后,经二级甲等及以上等级公立医院的专

科医生初次诊断非因意外因素罹患本合同所约定的脑卒中，并住院接受治疗的，对于被保险人在就诊期间所支付的以下医疗费用，保险人按照下述约定给付医疗保险金：

医疗费用类别	医疗费用内容	给付比例
①住院医疗费用	被保险人住院期间发生的需由被保险人个人支付的必需且合理的住院医疗费用。	<p>在扣除约定的年度免赔额后，按照下列比例进行给付：</p> <p>①被保险人以参加社会医疗保险或者公费医疗身份投保，并以参加社会医疗保险或者公费医疗身份就诊并结算的，除另有约定外，保险人对社会医疗保险范围内的医疗费用的保险金给付比例为100%，对社会医疗保险范围外的医疗费用的保险金给付比例为80%；</p> <p>②被保险人以参加社会医疗保险或者公费医疗身份投保，但未以参加社会医疗保险或者公费医疗身份就诊并结算的，除另有约定外，保险人对社会医疗保险范围内的医疗费用和社会医疗保险范围外的医疗费用的保险金给付比例均为50%。</p>
②住院前后门急诊医疗费用	被保险人住院治疗前（含住院当日）7日（含）和出院后（含出院当日）7日（含）内，因与本次住院相同病因接受门急诊治疗的，需由被保险人个人支付的必需且合理的门急诊医疗费用。	

## （2）急性心肌梗死医疗保险金

在本合同保险期间内，被保险人在等待期届满后，经二级甲等及以上等级公立医院的专科医生初次诊断罹患本合同所约定的急性心肌梗死，并住院接受治疗的，对于被保险人在就诊期间所支付的以下医疗费用，保险人按照下述约定给付医疗保险金：

医疗费用类别	医疗费用内容	给付比例
①住院医疗费用	被保险人住院期间发生的需由被保险人个人支付的必需且合理的住院医疗费用	<p>在扣除约定的年度免赔额后，按照下列比例进行给付：</p> <p>①被保险人以参加社会医疗保险或者公费医疗身份投保，并以参加社会医疗保险或者公费医疗身份就诊并结算的，除另有约定外，保险人对社会医疗保险范围内的医疗费用的保险金给付比例为100%，对社会医疗保险范围外的医疗费用的保险金给付比例为80%（心脏支架费用给付比例为50%）；</p> <p>②被保险人以参加社会医疗保险或者公费医疗身份投保，但未以</p>
②住院前后门急诊医疗费用	被保险人住院治疗前（含住院当日）7日（含）和出院后（含出院当日）7日（含）内，因与本次住院相同病因接受门急诊治疗的，需由被保险人个人支付的必需且合理的门急诊医疗费用	

		参加社会医疗保险或者公费医疗身份就诊并结算的，除另有约定外，保险人对社会医疗保险范围内的医疗费用和社会医疗保险范围外的医疗费用的保险金给付比例均为 50%。
--	--	--------------------------------------------------------------------------------

至本合同保险期间届满日，被保险人未结束本次住院治疗的，保险人继续承担因本次住院发生的、最长不超过本合同保险期间届满日后 30 日内（含第 30 日）的住院医疗费用，但单次住院给付日数以 180 日为限，累计给付金额以保险合同中约定的保险金额为限。

对于被保险人在二级甲等及以上等级公立医院治疗时发生的必需且合理的医疗费用，保险人将按照以下计算方法给付相应的保险金：

**保险金=（累计发生的需由被保险人个人支付必需且合理医疗费用-社会医疗保险、公费医疗等任何其他途径已获补偿金额-免赔额）×给付比例**

#### 第八条 补偿原则

本合同特定心脑血管疾病医疗责任适用医疗费用补偿原则。若被保险人因初次确诊罹患脑卒中或急性心肌梗死而已从其他任何途径（包括社会医疗保险、公费医疗、工作单位、本保险人在内的任何商业保险机构等）获得医疗费用补偿，则保险人仅就扣除前述补偿后需被保险人个人所支付的医疗费用余额部分按本合同约定进行给付。社会医疗保险中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。

#### 第九条 责任免除

因下列情形之一导致被保险人支付医疗费用的，保险人不承担给付保险金的责任：

- （一）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；
- （二）受酒精、毒品、管制药物的影响，或未遵医嘱服用、涂用、注射药物；
- （三）被保险人在初次投保或非续保前所患既往症及保险单中特别约定的除外疾病；等待期内接受检查但在等待期后确诊的疾病；
- （四）精神和行为障碍（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）；
- （五）接受以保健目的的疗养、特别护理、静养，康复性治疗、物理治疗、心理治疗或预防性治疗；
- （六）健康检查、看护、保健或任何与疾病无直接关系的咨询、检查和治疗；
- （七）接受试验性药物或治疗；
- （八）医疗事故。

#### 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、保险人双方在签订合同时协商约定，并在保险单中载明。保险金额一经确定，保险期间内不能进行变更。

## 第十一条 保险期间

除另有约定外，保险期间为1年，以保险单载明的起讫时间为准。

## 第十二条 保险费的支付

投保人应按照本合同的约定交付保险费。

本合同约定一次性交付保险费或对保险费交付方式、交付时间没有约定的，投保人应在保险合同成立时一次性交付保险费。**投保人未按照约定交付全部保险费，本合同不生效。**

本合同约定以分期付款方式交付保险费的，投保人应按期交付各期保险费。**投保人未按约定交付首期保险费的，保险合同不生效。如投保人未按约定日期交付第二期或以后任何一期保险费的，保险人可以解除保险合同。**

## 第十三条 犹豫期

自投保人签收本合同次日起，有10日的犹豫期。在此期间投保人应认真审视本合同，如果投保人认为本合同与自身需求不相符，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。

## 第十四条 续保

本合同为非保证续保合同，保险期间届满后15日内（含第15日），投保人可向保险人申请续保本合同。续保时保险人有权根据被保险人的年龄、医疗费用水平变化、本保险整体经营状况调整被保险人续保时的费率，费率调整适用于本合同的所有被保险人或同一投保年龄段的所有被保险人，保险人不会因为某一被保险人的健康状况变化或历史理赔情况而单独调整该被保险人的续保费率。在投保人接受费率调整的前提下，保险人方可为投保人办理续保手续。

续保不再计算等待期。

若被保险人超过99周岁，保险人不再接受投保人的续保申请。

若本合同统一停售的，保险人不再接受投保人的续保申请。

## 第三部分 保险人的义务

### 第十五条 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。

### 第十六条 保险单和保险凭证的签发

本合同成立后，保险人应当及时向投保人签发保险单或其他保险凭证。

### 第十七条 补充索赔证明和资料的通知

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，应当及时一次性通知保险金申请人补充提供。

## **第十八条 及时核定、赔付义务**

保险人收到保险金申请人的给付保险金的请求后,应当及时作出是否属于保险责任的核定;情形复杂的,应当在 30 日内作出核定,但本合同另有约定的除外。

保险人应当将核定结果通知保险金申请人;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。

## **第十九条 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。

## **第二十条 退还保险费义务**

投保人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未满期保险费。

# **第四部分 投保人、被保险人义务**

## **第二十一条 如实告知**

订立保险合同,投保人应如实填写投保单并回答保险人就被保险人有关情况提出的询问,履行如实告知义务。

**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。自合同成立之日起超过 2 年的,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责任。

**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。

## **第二十二条 住址或通讯地址变更告知义务**

投保人住所或通讯地址变更时,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或通讯地址发送的有关通知,均视为已发送给投保人。

## **第二十三条 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，并在本合同中批注。

#### **第二十四条 年龄的确定及错误的处理**

被保险人的投保出生日数或年龄，以根据出生医学证明或法定身份证件登记的出生日期计算的出生日数或周岁年龄为准，本合同所承保的被保险人的投保出生日数或年龄应符合本合同约定。投保人在申请投保时，应按被保险人的出生日数或周岁年龄填写。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的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期或年龄限制的，保险人有权解除本合同，并向投保人退还未满期保险费。

（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。

#### **第二十五条 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，不包括因不可抗力而导致的迟延。

### **第五部分 保险金申请与给付**

#### **第二十六条 保险金的申请**

保险金申请人向保险人申请给付保险金时，应填写保险金给付申请书，并提交以下材料：

（一）保险合同或其他保险凭证；

（二）保险金申请人的有效身份证件；

（三）中华人民共和国境内（不包括港、澳、台地区）二级甲等及以上等级公立医院出具的医疗费用收据及明细清单/帐、诊断证明、病历、出院小结；

（四）对于已经从社会医疗保险、公费医疗或任何第三方包括任何商业医疗保险获得相关医疗费用补偿的，应提供社会医疗保险机构、商业保险机构或其他第三方的医疗费用分割单或医疗费用结算证明；

（五）保险金申请人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；

（六）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、委托人和受托人的身份证明等相关证明文件。

保险金申请人未能提供上述索赔申请材料，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。

## 第六部分 争议处理与法律适用

### 第二十七条 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，依法向有管辖权的人民法院起诉。

### 第二十八条 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 保险合同的解除与终止

### 第二十九条 合同的解除

在本合同成立后，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）保险合同凭据；
- （三）保险费交付凭证；
- （四）投保人身份证明。

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。保险人收到上述证明文件和资料之日起 30 日内退还未满期保险费。

### 第三十条 合同效力终止

发生以下情况之一时，本合同效力即时终止：

- （一）保险期间届满；
- （二）被保险人身故；
- （三）依据本合同其他条款约定的情况而终止。

## 第八部分 释义

### 一、保险人

指阳光财产保险股份有限公司。

### 二、周岁

指按法定身份证件中记载的出生日期计算的实足年龄，自出生之日起为 0 周岁，每经过 1 年增加 1 岁，不足 1 年的不计。

### 三、初次确诊

指自被保险人出生之日起第一次经医院专科医生确诊患有某种疾病。

#### 四、急性心肌梗死

急性心肌梗死，指冠状动脉急性、持续性缺血缺氧所引起的严重心肌损伤和坏死。须发生急性心肌损伤且存在急性心肌缺血的临床证据，并检测到肌酸激酶同工酶（CK-MB）或肌钙蛋白（cTn）的升高或回落，至少一次检测值变化达到或超过心肌梗死的诊断标准，且伴有以下至少 1 项者：

- （1）新发生的缺血性心电图改变；
- （2）出现病理性 Q 波；
- （3）影像学检查发现与缺血相一致的新发生的存活心肌丧失或局部室壁运动异常；
- （4）血管造影证实冠状动脉存在血栓。

参照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）》，急性心肌梗死出院疾病诊断编码为：I21-I22。

诊断编码（ICD-10）	疾病名称	编码层级
I21	急性心肌梗死	3
I21.0	前壁急性透壁性心肌梗死	4
I21.1	下壁急性透壁性心肌梗死	4
I21.2	其他部位的急性透壁性心肌梗死	4
I21.3	未特指部位的急性透壁性心肌梗死	4
I21.4	急性心内膜下心肌梗死	4
I21.9	未特指的急性心肌梗死	4
I22	随后性心肌梗死	3
I22.0	前壁的随后性心肌梗死	4
I22.1	下壁的随后性心肌梗死	4
I22.8	其他部位的随后性心肌梗死	4
I22.9	未特指部位的随后性心肌梗死	4

#### 五、脑卒中

脑卒中，指被保险人实际发生了脑血管的突发病变并出现神经系统功能障碍临床表现，头颅断层扫描（CT）、核磁共振检查（MRI）等影像学检查证实存在对应新发病灶，确诊为脑出血、脑栓塞或者脑梗塞。

**短暂性脑缺血发作（TIA）、腔隙性脑梗塞、陈旧性脑梗塞不在保障范围内。**

参照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）》，脑卒中出院疾病诊断编码为：I60-I64。



诊断编码 (ICD-10)	疾病名称	编码层级
I60	蛛网膜下出血	3
I60.0	颈动脉弯管和权的蛛网膜下出血	4
I60.1	大脑中动脉的蛛网膜下出血	4
I60.2	前交通动脉的蛛网膜下出血	4
I60.3	后交通动脉的蛛网膜下出血	4
I60.4	基底动脉的蛛网膜下出血	4
I60.5	椎动脉的蛛网膜下出血	4
I60.6	其他颅内动脉的蛛网膜下出血	4
I60.7	未特指颅内动脉的蛛网膜下出血	4
I60.8	其他的蛛网膜下出血	4
I60.9	未特指的蛛网膜下出血	4
I61	脑内出血	3
I61.0	大脑半球的脑内出血, 皮质下	4
I61.1	大脑半球的脑内出血, 皮质的	4
I61.2	大脑半球未特指的脑内出血	4
I61.3	脑干的脑内出血	4
I61.4	小脑的脑内出血	4
I61.5	脑内出血, 脑室内	4
I61.6	脑内出血, 多处局限性	4
I61.8	其他的脑内出血	4
I61.9	未特指的脑内出血	4
I62	其他非创伤性颅内出血	3
I62.0	硬膜下出血(急性)(非创伤性)	4
I62.1	非创伤性硬膜外出血	4
I62.9	未特指的颅内出血(非创伤性)	4
I63	脑梗死	3
I63.0	入脑前动脉血栓形成引起的脑梗死	4
I63.1	入脑前动脉栓塞引起的脑梗死	4

I63.2	入脑前动脉未特指的闭塞或狭窄引起的脑梗死	4
I63.3	大脑动脉血栓形成引起的脑梗死	4
I63.4	大脑动脉栓塞引起的脑梗死	4
I63.5	大脑动脉未特指的闭塞或狭窄引起的脑梗死	4
I63.6	大脑静脉血栓形成引起的脑梗死	4
I63.8	其他的脑梗死	4
I63.9	未特指的脑梗死	4
I64	脑卒中，未特指为出血或梗死	3

## 六、医院、医疗机构

本保险合同约定的医院或医疗机构是指符合下列所有条件的机构：

- (1) 拥有合法经营执照；
- (2) 中国境内（不包括港、澳、台地区）二级甲等及以上等级公立医院；
- (3) 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；
- (4) 有合格的医生和护士提供全日 24 小时的医疗和护理服务；
- (5) 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。

**医院中的特需医疗、外宾医疗、干部病房不在本合同保障范围。**

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 24 小时的医疗与护理服务的能力和资质。

## 七、专科医生

专科医生应当同时满足以下四项资格条件：

- (一) 具有有效的中华人民共和国《医师资格证书》；
- (二) 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；
- (三) 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》；
- (四) 在二级或二级以上医院的相应科室从事临床工作 3 年以上。

## 八、住院

限于被保险人因疾病，经医生诊断需留院治疗，并办理正式的出入院手续；被保险人必须连续留院 24 小时以上，**但住院并不包括门诊观察室、急诊观察室、其他非正式病房、联合病房或挂床住院。**

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，包

括在住院期间连续若干日无任何治疗，只发生护理费、诊疗费、床位费的情况。

## 九、必需且合理的医疗费用

### 应同时符合以下两项条件：

（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的医疗费用。

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. 治疗疾病所必需的项目；
2. 不超过安全、足量治疗原则的项目；
3. 由医生开具的处方药；
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。

## 十、住院医疗费用

包括床位费、膳食费、护理费、检查检验费、治疗费、药品费、手术费、救护车使用费各项费用。

### （1）床位费

指住院期间实际发生的、不高于双人病房的住院床位费（**不包括单人病房、套房、家庭病床**）。

### （2）膳食费

指住院期间根据医生的医嘱，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；根据各医疗机构的惯例，可以作为独立的款项、也可以合并病房费等其他款项内。

### （3）护理费

指住院期间根据医嘱所示的护理等级确定的护理费用。

### （4）检查检验费

指实际发生的、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合理的医疗费用，包括诊查费、妇检费、X光费、CT费、磁共振费、心电图费、B超费、脑电图费、内窥镜费、肺功能仪费、活检费、穿刺费、造影费、分子生化检验费和血、尿、便常规检验费等。

### （5）治疗费

以治疗疾病为目的,提供医学手段而发生的技术劳务费、医疗器械使用费及消耗的费用,包括注射费、输血费、输氧费、体外反搏费等。

#### (6) 药品费

指实际发生的必需且合理的、由医院专科医生开具的、在医院药房购买的、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国产或进口药品的费用。但不包括营养补充类药品,免疫功能调节类药品,美容及减肥类药品,预防类药品,以及下列中药类药品:

① 主要起营养滋补作用的单方、复方中药或中成药,如花旗参,冬虫草,白糖参,朝鲜红参,玳瑁,蛤蚧,珊瑚,狗宝,红参,琥珀,灵芝,羚羊角尖粉,马宝,玛瑙,牛黄,麝香,西红花,血竭,燕窝,野山参,移山参,珍珠(粉),紫河车,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;

② 部分可以入药的动物及动物脏器,如鹿茸,海马,胎盘,鞭,尾,筋,骨等;

③ 用中药材和中药饮片炮制的各类酒制剂等。

此外,在非医院药房购买的药品、非根据医院专科医生处方而购买的药品不在保障范围之内。

#### (7) 手术费

根据当地卫生行政部门规定的手术项目的费用,包括手术室费、麻醉费、手术监测费、手术辅助费、材料费、一次性用品费、术中用药费和手术设备费;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。

其中手术限于被保险人因疾病住院后,为治疗疾病、挽救生命而施行的手术。

#### (8) 救护车使用费

指住院期间以抢救生命或治疗疾病为目的,根据医生建议,被保险人需医院转诊过程中的医院用车费用,且救护车的使用仅限于同一城市中的医疗运送。

### 十一、免赔额

本合同中所指免赔额均指年免赔额,指在本合同保险期间内,应由被保险人自行承担,保险人不予赔付的部分。若保险单未载明免赔额的,则免赔额为0。被保险人从其他途径已获得的医疗费用补偿可用于抵扣免赔额,但通过社会医疗保险和公费医疗保险获得的医疗费用补偿,不可用于抵扣免赔额。

### 十二、社会医疗保险

本保险合同所称社会医疗保险包括新农合、城镇职工基本医疗保险、城镇居民基本医疗保险、医疗救助等政府举办的基本医疗保障项目以及城镇职工大病保险、城乡居民大病保险等保障项目。

### 十三、获得被保资格

经保险人审核同意并出具保险单或批单,符合第四条中约定的人员即可获得被保资格,成为被保险人。

本合同为首次投保或非续保的，被保险人获得被保资格日期以以下两者中较晚的日期为准：（1）本保险合同的保险期间起始日；（2）批单所载生效日，以最新批单所载生效日为准。

本合同为续保的，被保险人获得被保资格日期以以下两者中较晚的日期为准：（1）续保对应首张保险合同的保险期间起始日；（2）续保对应首张保险合同的保险期间起始日之后，批单所载生效日，以最新批单所载生效日为准。

#### 十四、既往症

指被保险人在初次投保或非续保前罹患的被保险人已知或应该知道的有关疾病或症状。包括但不限于以下情况：

（1）被保险人获得被保资格前，医生已有明确诊断，长期治疗未间断；

（2）被保险人获得被保资格前，医生已有明确诊断，治疗后症状未完全消失，有间断用药情况；

（3）被保险人获得被保资格前发生，未经医生诊断和治疗，但症状已经显现足以促使一般普通谨慎人士引起注意并寻求诊断、治疗或护理的病症。

投保人在投保时告知保险人，经保险人审核同意并在保险单中单独载明不属于既往症的疾病或病症，不属于本保险合同约定的既往症。

#### 十五、保健

指为保护和增进人体健康、防止发生疾病而所采取的综合措施。

#### 十六、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及常规，过失造成患者人身损害的事故。

#### 十七、保险金申请人

指受益人或被保险人的继承人或依法享有保险金请求权的其他自然人。

#### 十八、未到期保险费

除另有约定外，未到期保险费=保险费×[1-(保险单已经过天数/保险期间天数)]。经过天数不足一天的按一天计算。