

众安在线财产保险股份有限公司
个人孕产医疗保险条款（互联网 2024 版 A 款）
注册号：C00017932512024032655821

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组成。凡涉及本合同的约定，均应采用书面形式。

第二条 合同的成立

投保人提出保险申请，经**保险人**（释义一）同意承保，本合同成立。

第三条 投保人

本合同的投保人应为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，本合同的被保险人包含被保险人和附属被保险人。

（一）被保险人须同时符合以下条件：

除另有约定外，初次投保时年龄为 20 周岁（释义二）（含 20 周岁）至 45 周岁（含 45 周岁），能正常工作、生活且符合健康告知的女性自然人。

（二）附属被保险人须符合以下条件：

除另有约定外，附属被保险人为被保险人投保时腹中胎儿，并在投保后娩出母体后成为的**活产新生儿**（释义三）。

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及附属被保险人本人。

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“被保险人妊娠并发症住院医疗保险金”、“被保险人妊娠终止津贴保险金”、“被保险人妊娠难产津贴保险金”、“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津贴保险金”、“附属被保险人早产育婴箱津贴保险金”和“附属被保险人其他疾病及意外伤害住院医疗保险金”八项责任，其中“被保险人妊娠并发症住院医疗保险金”、“被保险人妊娠终止津贴保险金”、“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”为必选责任，“被保险人妊娠难产津贴保险金”、“附属被保险人特定医疗项目津贴保险金”、“附属被保险人早产育婴箱津贴保险金”和“附属被保险人其他疾病及

众安在线财产保险股份有限公司
附加个人孕产救护车费用医疗保险条款（互联网 2024 版 A 款）
注册号：C00017932522024101101123

第一部分 总则

第一条 合同构成

本附加保险合同（以下简称“本附加合同”）依投保人的申请，经保险人同意，附加于各种健康保险合同（以下简称“主合同”）上。主合同的条款也适用于本附加合同，若主合同与本附加合同的条款不一致，则以本附加合同的条款为准。主合同效力终止，本附加合同效力亦同时终止；主合同无效，本附加合同亦无效。

本附加合同未尽事宜，以主合同的规定为准。

除另有约定外，本附加合同保险金的受益人为被保险人本人。

第二部分 保障内容

第二条 保险责任

在本附加合同保险期间内，被保险人因发生羊水破裂或大出血（释义一）的情况，并自上述事故发生之时起 24 小时内实际支出的、必需且合理（释义二）的救护车（释义三）费用，保险人在扣除本附加合同约定的免赔额后，按约定的给付比例给付救护车费用保险金，且以本附加合同载明的救护车费用保险金额为限。

保险人给付救护车费用保险金的免赔额、给付比例、保险金额由投保人和保险人在投保时约定，并在本附加合同中载明。

第三条 保险金额、免赔额

（一）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。本附加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。除另有约定外，保险金额一经确定，保险期间内不能进行变更。

（二）免赔额

本附加合同中的免赔额是指被保险人在保险期间内发生的、虽然属于本附加合同保险责任范围内的医疗费用，但依照本附加合同约定仍旧由被保险人自行承担，本附加合同不予赔付的金额。

被保险人自行承担的本附加合同责任范围内的医疗费用、其他途径获得的本附加合同责任范围内的医疗费用补偿可抵扣免赔额。

第四条 责任免除

下列费用或因下列原因造成被保险人支出救护车费用的，保险人不承担给付保险金的责任：

（一）主合同中列明的“责任免除”事项（但若该事项与本附加合同有相抵触之处，以本附加合同为准）；

（二）急救设备费、院前急救费、医生诊疗费、医药费、担架费和转院时发生的费用；

（三）一般身体检查、疗养、特别护理、静养、康复性治疗、物理治疗或心理治疗。

第五条 保险金的申请

保险金申请人（释义四）向保险人申请给付保险金时，应提交以下材料：

（一）保险金给付申请书；

（二）保险合同凭据；

（三）保险金申请人的有效身份证件；

（四）救护车费用发票或收据；

（五）保险人认可的医疗机构出具的诊断证明、病历；

（六）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、损失程度等有关的其他证明和资料；

（七）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。

保险金申请人因特殊原因不能提供上述材料的，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。

第六条 保险期间与不保证续保

本附加合同为不保证续保合同，保险期间为一年（或不超过一年），且应与主合同的保险期间保持一致。保险期间届满前，投保人需要重新向保险人申请投保本产品，并经保险人同意，交纳保险费，获得新的保险合同。

如果投保人未按照约定提出重新投保申请并交纳保险费，或保险人审核不同意重新投保，则本附加合同在保险期间届满时终止。

若保险期间届满时，本附加合同对应保险产品统一停售，或被保险人已发生保险事故，保险人将不再接受投保申请。

第三部分 释义

一、大出血

指被保险人产前大出血或产后大出血。除另有约定外，

（一）产前大出血指在妊娠 24 周以后、分娩前或分娩过程中，因胎盘问题（如前置胎盘或胎盘早剥）、子宫问题（如子宫破裂或子宫颈病变）、凝血功能障碍，或者是由于孕妇受到创伤、催产过度、难产等因素导致女性阴道流血量超过正常范围的情况。

（二）产后大出血指胎儿娩出后 24 小时内产妇阴道流血量过多，且满足下列所有指标：

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 。

二、必需且合理

（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. 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。

三、救护车

指由 120 急救中心或 999 紧急救援中心派出的救护车。

四、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。

意外伤害住院医疗保险金”为可选责任。投保人可在投保必选责任的同时选择投保一项或多项可选责任，但不能单独投保可选责任。具体由投保人和保险人在投保时约定，并在本合同中载明，所投保的保险责任一经确定，在本合同保险期间内不得变更。

（一）被保险人妊娠并发症住院医疗保险金（必选）

在保险期间内，被保险人在等待期（释义四）后经医院（释义五）的专科医生（释义六）初次确诊（释义七）罹患本合同约定的一种或多种妊娠并发症（释义八）必须接受住院（释义九）治疗时，对于被保险人在住院期间发生的需个人支付的、必需且合理（释义十）的住院医疗费用（释义十一），保险人在扣除本合同约定的免赔额后，按照本合同约定的给付比例进行赔付。

保险人在本项责任下的累计给付金额之和以本合同约定的被保险人妊娠并发症住院医疗保险金额为限，当累计给付金额之和达到被保险人妊娠并发症住院医疗保险金额时，保险人对被保险人在被保险人妊娠并发症住院医疗保险金项下的保险责任终止。

（二）被保险人妊娠终止津贴保险金（必选）

在保险期间内，被保险人因意外伤害（释义十二）事故或在等待期后因意外伤害事故以外的原因导致妊娠被迫终止，包括自然流产（释义十三）或接受人工流产（释义十四），保险人按本合同载明的被保险人妊娠终止津贴保险金额乘以约定的给付比例给付被保险人妊娠终止津贴保险金，同时本合同终止。

（三）被保险人妊娠难产津贴保险金（可选）

在保险期间内，被保险人在医院进行分娩（释义十五）的过程中，因第二产程（释义十六）延长（释义十七）出现被保险人生命体征恶化或胎儿出现宫内窘迫，必须临时改行剖宫产手术分娩，保险人按本合同载明的被保险人妊娠难产津贴保险金额给付被保险人妊娠难产津贴保险金，同时本项保险责任终止。

（四）附属被保险人先天性疾病住院医疗保险金（必选）

在保险期间内，附属被保险人经医院的专科医生初次确诊罹患本合同约定的一种或多种先天性疾病（释义十八）必须接受住院治疗时，对于附属被保险人在住院期间发生的需个人支付的、必需且合理的住院医疗费用（不包含常规医疗检查费和预防性保健费（释义十九）），保险人在扣除本合同约定的免赔额后，按照本合同约定的给付比例进行赔付。

除另有约定外，若附属被保险人在必需且合理的情况下使用育婴箱时，保险人仅承担最长不超过 30 日（含 30 日）的附属被保险人住院医疗费用。

若被保险人本次分娩的新生儿（附属被保险人）人数超过 1 名的，则保险人将单独约定每名新生儿（附属被保险人）对应的给付比例，并在本合同中载明。

保险人在本项责任下的累计给付金额之和以本合同约定的附属被保险人先天性疾病住院医疗保险金额为限，当累计给付金额之和达到附属被保险人先天性疾病住院医疗保险金额时，保险人对附属被保险人在附属被保险人先天性疾病住院医疗保险金项下的保险责任

终止。

本项保险责任可以设置单独的保险条件（包括保险金额、免赔额和给付比例），也可以与被保险人妊娠并发症住院医疗保险金共同使用相同的保险条件，具体的保险条件以投保时保险人制订的保险方案为准，并应在本合同中载明。

（五）附属被保险人罕见病住院医疗保险金（必选）

在保险期间内，附属被保险人经医院的专科医生初次确诊罹患本合同约定的一种或多种罕见病（释义二十）必须接受住院治疗时，对于附属被保险人在住院期间发生的需个人支付的、必需且合理的住院医疗费用（不包含常规医疗检查费和预防性保健费），保险人在扣除本合同约定的免赔额后，按照本合同约定的给付比例进行赔付。

除另有约定外，若附属被保险人在必需且合理的情况下使用育婴箱时，保险人仅承担最长不超过 30 日（含 30 日）的附属被保险人住院医疗费用。

若被保险人本次分娩的新生儿（附属被保险人）人数超过 1 名的，则保险人将单独约定每名新生儿（附属被保险人）对应的给付比例，并在本合同中载明。

保险人在本项责任下的累计给付金额之和以本合同约定的附属被保险人罕见病住院医疗保险金额为限，当累计给付金额之和达到附属被保险人罕见病住院医疗保险金额时，保险人对附属被保险人在附属被保险人罕见病住院医疗保险金项下的保险责任终止。

本项保险责任可以设置单独的保险条件（包括保险金额、免赔额和给付比例），也可以与被保险人妊娠并发症住院医疗保险金共同使用相同的保险条件，具体的保险条件以投保时保险人制订的保险方案为准，并应在本合同中载明。

（六）附属被保险人特定医疗项目津贴保险金（可选）

在保险期间内，附属被保险人经医院的专科医生诊断必须接受特定医疗项目（释义二十一）治疗的，保险人按照附属被保险人每次实际治疗天数减去本合同约定的免赔天数，乘以本合同约定的附属被保险人特定医疗项目日津贴额向被保险人给付附属被保险人特定医疗项目津贴保险金。

同时，本项保险责任须符合如下规定：

1. 保险期间届满，若附属被保险人治疗尚未结束，保险人对保险期间届满之日后 3 日（含）内的附属被保险人治疗天数承担本项保险责任；
2. 同一保单年度内，附属被保险人每次特定医疗项目治疗的给付天数不超过本附加合同约定的单次最高给付天数；
3. 同一保单年度内，附属被保险人一次或多次治疗的累计给付津贴天数以本合同约定的累计给付天数为限，当累计给付天数达到本合同约定的天数时，本项保险责任终止；
4. 若被保险人本次分娩的新生儿（附属被保险人）人数超过 1 名的，则保险人将单独约定每名新生儿（附属被保险人）对应的给付比例，并在本合同中载明。

附属被保险人特定医疗项目日津贴额和累计给付天数由保险人和投保人协商确定，并

在保险合同中载明。

（七）附属被保险人早产育婴箱津贴保险金（可选）

在保险期间内，附属被保险人出生时妊娠满 24 周但未满 34 足周的，并且医院的专科医生诊断必须使用育婴箱治疗的，保险人按照本合同约定的附属被保险人早产育婴箱津贴保险金额乘以不同孕周对应的给付比例给付附属被保险人早产育婴箱津贴保险金，给付后本项保险责任终止。

若被保险人本次分娩的新生儿（附属被保险人）人数超过 1 名的，则保险人将单独约定每名新生儿（附属被保险人）对应的给付比例，并在本合同中载明。

附属被保险人早产育婴箱津贴保险金额和不同孕周的给付比例由保险人和投保人协商确定，并在保险合同中载明。

（八）附属被保险人其他疾病及意外伤害住院医疗保险金（可选）

在保险期间内，附属被保险人因遭受意外伤害事故或在等待期后罹患本合同约定的先天性疾病或罕见病以外的疾病，经医院专科医生诊断必须接受住院治疗时，对于附属被保险人在住院期间发生的需个人支付的、必需且合理的住院医疗费用（不包含常规医疗检查费和预防性保健费），保险人在扣除本合同约定的免赔额后，按照本合同约定的给付比例进行赔付。

除另有约定外，若附属被保险人在必需且合理的情况下使用育婴箱时，保险人仅承担最长不超过 30 日（含 30 日）的附属被保险人住院医疗费用。

若被保险人本次分娩的新生儿（附属被保险人）人数超过 1 名的，则保险人将单独约定每名新生儿（附属被保险人）对应的给付比例，并在本合同中载明。

保险人在本项责任下的累计给付金额之和以本合同约定的附属被保险人其他疾病及意外伤害住院医疗保险金额为限。当累计给付金额之和达到附属被保险人其他疾病及意外伤害住院医疗保险金额时，保险人对附属被保险人在附属被保险人其他疾病及意外伤害住院医疗保险金的保险责任终止。

本项保险责任可以设置单独的保险条件（包括保险金额、免赔额和给付比例），也可以与被保险人妊娠并发症住院医疗保险金共同使用相同的保险条件，具体的保险条件以投保时保险人制订的保险方案为准，并应在本合同中载明。

第七条 犹豫期

除另有约定外，自本合同生效之日零时起 2 日（含第 2 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。

自保险人收到投保人解除合同的书面申请或双方认可的其他形式起，本合同即被解除，合同解除前发生的保险事故保险人不承担保险责任。

投保人通过保险人同意或认可的网站等互联网渠道提出解除本合同的申请，视为投保人

的书面申请。

第八条 免赔额

本合同中的免赔额是指被保险人、附属被保险人在保险期间内发生的、虽然属于本合同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、附属被保险人自行承担，本合同不予赔付的金额。只有当保险期间内的免赔额因以下两种情况抵扣完毕时，保险人才开始按照约定承担赔付责任：

（一）被保险人、附属被保险人自行承担的属于本合同保险责任范围内的医疗费用，包括其基本医疗保险（释义二十二）个人账户支出的医疗费用；

（二）从基本医疗保险和公费医疗保险之外的其他途径获得的属于本合同保险责任范围内的医疗费用补偿。

通过基本医疗保险和公费医疗保险获得的补偿，不可用于抵扣免赔额。

免赔额由投保人与保险人在订立本合同时协商确定，并在本合同中载明。

举例来说，假设免赔额为 10000 元，如被保险人、附属被保险人在保险期间内未就诊过，则免赔额余额为 10000 元；如第一次就诊累计的“保险责任范围内医疗费用”为 5000 元，针对本次就诊理赔后免赔额余额为 5000 元，本次赔付为 0 元；如第二次就诊累计的“保险责任范围内医疗费用”为 8000 元，则针对本次就诊理赔后免赔额余额为 0 元，本次赔付为 3000 元乘以赔付比例。由于免赔额已抵扣完毕，在该被保险人、附属被保险人剩余的保险期间内，不再需要抵扣免赔额。

第九条 补偿原则和赔付标准

（一）本合同适用医疗费用补偿原则。若被保险人已从其他途径（包括基本医疗保险、公费医疗、工作单位、保险人在内的任何商业保险机构，以及依法承担侵权损害赔偿责任的第三人等）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。社保卡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。

（二）若被保险人以参加基本医疗保险或公费医疗身份投保，但本次治疗费用未获得基本医疗保险或公费医疗补偿的，则保险人根据本合同单独约定的给付比例进行赔付。

第十条 责任免除

（一）因下列情形之一导致被保险人、附属被保险人支出医疗费用或发生如下列明的医疗费用，保险人不承担保险金给付责任：

1. 投保人对被保险人、附属被保险人，被保险人对附属被保险人的故意杀害、故意伤害；

2. 被保险人在分娩过程中发生的分娩费用；

3. 被保险人所患既往症（释义二十三）及其并发症、遗传性疾病（释义二十四）、先天性畸形、变形或染色体异常（释义二十五）；保险单中特别约定的除外疾病引起的相关

费用；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，以及上述治疗或药品药物导致的后续医疗费用；所有基因疗法（释义二十六）和细胞免疫疗法（释义二十七）造成的医疗费用；因职业病（释义二十八）、医疗事故（释义二十九）导致的医疗费用；被保险人在不符合本合同约定的医院就诊发生的医疗费用；

4. 战争、军事行动、暴乱或者武装叛乱；核爆炸、核辐射或者核污染、化学污染；

5. 被保险人、附属被保险人健康护理等非治疗性行为的费用；

6. 被保险人、附属被保险人在家中自设病床治疗等的费用；

7. 未经医生建议自行进行任何治疗或未经医生处方自行购买的药品产生的费用；虽持有医生处方或建议，但未在开具处方的医生执业的医疗机构购买药品、医疗器械或医疗耗材产生的费用（以收费票据载明信息为准）；虽持有医生建议，但治疗在非医疗机构进行或费用由非医疗机构收取（以医疗费票据载明信息为准）；虽持有医生处方，但处方剂量超过30天部分的药品费用；

8. 被保险人故意自伤、自杀；被保险人故意犯罪或者抗拒依法采取的刑事强制措施；被保险人挑衅或故意行为而导致的打斗、被袭击或被谋杀；

9. 等待期内，被保险人、附属被保险人确诊罹患的疾病；

10. 被保险人、附属被保险人接受的任何预防性治疗，包括非医学必需的健康筛查、功能医学检查（释义三十）、常规体检、免疫检测、疫苗接种、基因检测、预防保健（包括但不限于保健按摩、自动按摩床治疗、药物蒸汽治疗、药浴、体疗健身、疾病普查），本合同另有约定属于保险责任范围内的不在此限；

11. 被保险人、附属被保险人接受物理治疗（释义三十一）、中医理疗（释义三十二）及其他特殊疗法（释义三十三），本合同另有约定属于保险责任范围内的不在此限；

12. 连体婴儿的分离治疗费用；

13. 被保险人接受代理怀孕的费用；

14. 被保险人接受生育控制、绝育术、绝育恢复手术、非医学必需的选择性终止妊娠/选择性剖腹产及由此导致的任何并发症；

15. 被保险人近亲婚配导致附属被保险人的遗传性疾病及相关并发症；

16. 被保险人或附属被保人为RH阴性血，因输血产生的相关治疗费用；

17. 被保险人、附属被保险人发生医疗事故、医疗意外；

18. 各种医疗鉴定（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、各种验伤鉴定、亲子鉴定、遗传基因鉴定等）费用；

19. 被保险人、附属被保险人醉酒或受毒品、管制药物的影响期间；

20. 被保险人、附属被保险人未遵照医院医嘱而私自服用、涂用或者注射药物，或者未按照使用说明的规定使用非处方药；被保险人、附属被保险人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；

21. 投保人、被保险人、被保险人近亲属等不遵守医疗机构规章制度，不执行医务人员嘱咐或者拒绝检查治疗等不配合治疗行为及其产生的任何结果及并发症；

22. 被保险人、附属被保险人患有性病、感染艾滋病病毒或患艾滋病（释义三十四）期间；

23. 被保险人酒后驾驶、无有效驾驶证（释义三十五）或驾驶无有效行驶证（释义三十六）的机动车期间；

24. 被保险人存在精神或行为障碍（依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第十次修订版（ICD-10）》确定）；

25. 冒名住院、被保险人未到达医院。

（二）因下列情形之一，导致被保险人妊娠难产的，保险人不承担给付被保险人妊娠难产津贴保险金责任：

非因第二产程延长导致被保险人的生命体征恶化或胎儿出现宫内窘迫原因，而实行剖宫产手术分娩。

（三）因下列情形之一，导致被保险人妊娠被迫终止的，保险人不承担被保险人妊娠终止津贴保险金给付责任：

1. 习惯性流产，指连续发生3次或3次以上的自然流产者；

2. 被保险人投保前已存在先兆流产情况。

（四）因下列情形之一，保险人不承担给付附属被保险人先天性疾病住院医疗保险金或附属被保险人罕见病住院医疗保险金责任：

1. 投保前投保人或被保险人已知悉新生儿于分娩前已患有先天性疾病或罕见病；

2. 被保险人或其家属不配合医院治疗的行为造成的新生儿畸形。

（五）因下列情形之一，保险人不承担给付附属被保险人特定医疗项目津贴保险金责任：

1. 该特定医疗项目并非医学上的必需且合理；

2. 该特定医疗项目的治疗或使用过程未遵照医嘱，或未在保险人认可的医院发生。

第十一条 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。本合同的被保险人妊娠并发症住院医疗保险金额、被保险人妊娠终止津贴保险金额、被保险人妊娠难产津贴保险金额、附属被保险人先天性疾病住院医疗保险金额、附属被保险人罕见病住院医疗保险金额、附属被保险人特定医疗项目津贴保险金额、附属被保险人早产育婴箱津贴保险金额、附属被保险人其他疾病及意外伤害住院医疗保险金额和总保险金额由投保人、保险人双方约定，并在本合同中载明。保险金额一经确定，保险期间内不能进行变更。

第十二条 保险期间与不保证续保

本合同为不保证续保合同，保险期间为一年（或不超过一年）。保险期间届满，投保

人需要重新向保险人申请投保本产品，并经保险人同意，交纳保险费，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，保险人会向投保人说明本合同的内容。对本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，保险人将向投保人签发保险单或其他保险凭证。

第十五条 保险金的给付

保险人收到被保险人或受益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，应当在三十日内作出核定，但保险合同另有约定的除外。

保险人将核定结果通知被保险人或受益人；对属于保险责任的，在与被保险人或受益人达成给付保险金的协议后十日内，履行赔偿保险金义务。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三日内向被保险人或受益人发出拒绝给付保险金通知书，并说明理由。

保险人自收到给付保险金的请求和有关证明、资料之日起六十日内，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，支付相应的差额。

第十六条 索赔资料不完整通知

保险人认为被保险人或受益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投保人、被保险人或受益人补充提供。

第四部分 投保人、被保险人义务

第十七条 交费义务

本合同保险费交付方式分为一次性交付和分期交付，由投保人和保险人在投保时约定，并在保险单上载明。

若投保人选择一次性交付保险费，投保人应当在本合同成立时一次性交清保险费，**保险费交清前，本合同不生效。对合同生效前发生的保险事故，保险人不承担保险责任。**

若投保人选择分期交付保险费，**需经投保人申请并经保险人同意**，并在本合同中载明保费分期交付的周期。**如投保人未交付首期保费，保险合同不成立，保险人不承担保险责任。**

如投保人未按照保险合同约定的付款时间足额交付当期保费，允许在宽限期内补交保险费；如果被保险人在宽限期内发生保险事故，保险人仍按照合同约定赔偿保险金。除本合同另有约定外，如被保险人在正常交费对应的保险期间内或宽限期内发生保险事故，保险人依照合同约定赔偿保险金的，需扣减保险期间内所有未交期间的保险费，投保人已缴纳的保险费与保险人扣减的保险费之和应等于本合同约定的保险费总额。如投保人未按照保险合同约定的付款时间足额交付当期保费，且在本合同约定的宽限期内仍未足额补交当期保费的，从应付之日起发生保险责任范围内的事故的，保险人不承担赔偿责任；宽限期内发生的保险事故也不承担保险责任。

对于保险期间终止后发生的保险事故，保险人不承担保险责任。宽限期由投保人与保险人协商确定，并在本合同中载明。

第十八条 如实告知义务

投保人应如实填写投保单并回答保险人提出的询问，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，超过三十日不行使而消灭。

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。

第十九条 住址、通讯地址或数据电文联系方式变更告知义务

投保人住址、通讯地址或数据电文联系方式变更时，应及时以书面形式或双方认可的其他形式通知保险人。投保人未通知的，保险人按本合同所载的最后住址、通讯地址或数据电文联系方式发送的有关通知，均视为已发送给投保人。

第二十条 变更批注

在保险期间内，投保人需变更保险合同内容的，应以书面形式或双方认可的其他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。

投保人通过保险人同意或认可的网站等互联网渠道提出变更本合同的申请，视为投保人的书面申请。

第二十一条 年龄的确定及错误的处理

被保险人的投保年龄，以法定身份证件登记的周岁年龄为准，本合同所承保的被保险人的投保年龄必须符合年龄要求。投保人在申请投保时，应按被保险人的周岁年龄填写。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年龄不真实，且真实年龄不符合本合同约定的年龄限制的，保险人有权解除本合同，并向投保人退还未满期净保险费（释义三十七）。

（二）投保人申报的被保险人年龄不真实，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。

第二十二条 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，并书面说明事故发生的原因、经过和损失情况。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（释义三十八）而导致的迟延。

第五部分 保险金的申请

第二十三条 保险金的申请

（一）被保险人妊娠并发症住院医疗保险金、被保险人妊娠终止津贴保险金和被保险人妊娠难产津贴保险金的申请

保险金申请人（释义三十九）向保险人申请给付保险金时，应提供如下材料：

1. 保险金给付申请书；
2. 保险合同凭证；
3. 保险金申请人的有效身份证件；
4. 支持索赔的全部账单、证明、信息和证据，医院出具的病历资料、医学诊断书、处方、病理检查报告、化验检查报告、医疗费用原始单据、费用明细单据等。保险金申请人因特殊原因不能提供上述材料的，应提供其它合法有效的材料；
5. 孕妇（健康/保健）手册、孕期检查报告、分娩的出院记录（若需）；
6. 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；
7. 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。

（二）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津贴保险金、附属被保险人早产育婴箱津贴保险金和附属被保险人其他疾病及意外伤害住院医疗保险金的申请

保险金申请人向保险人申请给付保险金时，应提供如下材料：

1. 保险金给付申请书；
2. 保险合同凭证；
3. 保险金申请人的有效身份证件；
4. 支持索赔的全部账单、证明、信息和证据，医院出具的病历资料、医学诊断书、处方、病理检查报告、化验检查报告、医疗费用原始单据、费用明细单据等。保险金申请人因特殊原因不能提供上述材料的，应提供其它合法有效的材料；
5. 孕妇（健康/保健）手册、孕期检查报告、新生儿出生资料（记录或出院小结）、新生儿的医学出生证明、儿保检查资料、先天性疾病的病史记录（若需）、分娩的出院记录（若需）、其他的检查报告；
6. 附属被保险人的出生证明或其它有效身份证件；
7. 被保险人与附属被保险人亲属关系的相关证明文件；
8. 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；
9. 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有关材料的，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。

在保险人的理赔审核过程中，保险人有权在合理的范围内对索赔的被保险人进行医疗调查。

第六部分 保险合同的解除、终止和争议处理

第二十四条 合同的解除

在本合同成立后，投保人可以书面形式或双方认可的其他形式通知保险人解除合同，但保险人已根据本合同的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）保险单或其他保险凭据；
- （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日内退还本合同的未满期净保险费。

投保人通过保险人同意或认可的网站等互联网渠道提出解除本合同的申请，视为投保人的书面申请。

第二十五条 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，提交保险合同载明的仲裁机构仲裁；保险合同未载明仲裁机构且争议发生后未达成仲裁协议的，依法向人民法院起诉。

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**）。

第二十六条 诉讼时效期间

保险金申请人向保险人请求给付保险金的诉讼时效期间为二年，自其知道或者应当知道保险事故发生之日起计算。

第二十七条 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、附属被保险人均身故；
- （三）因本合同其他条款所约定的情况而终止效力。

第七部分 释义

一、保险人

指众安在线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、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、脐带搏动、随意肌收缩4项生命体征之一的新生儿。

四、等待期

指自本合同生效日起计算的一段时间，具体天数由保险人和投保人在投保时约定并在本合同上载明。

在等待期内发生保险事故的，保险人不承担给付保险金的责任。

五、医院

除另有约定外，指经中华人民共和国卫生部门审核认定的**二级及二级以上的公立医院**或保险人扩展承保的医疗机构，且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本合同中载明，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、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。

七、初次确诊

指自被保险人出生之日起第一次经医院确诊患有某种疾病，而不是指自本合同生效之日起第一次经医院确诊患有某种疾病。

八、妊娠并发症

除另有约定外，本合同约定的妊娠并发症包含以下疾病：

（一）侵蚀性葡萄胎（或恶性葡萄胎）

指异常增生的绒毛组织浸润性生长侵入子宫肌层或者转移至其他器官或者组织的葡萄胎，需经专科医生确诊，并进行化学药物治疗、手术治疗或放射治疗。

（二）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。

（三）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。

（四）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。

（五）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。

（六）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。

（七）胎死腹中

指怀孕后胎儿在子宫内死亡。

（八）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。

（九）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，并满足下述条件方法之一：

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。

（十）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（肌酐为正常值大于 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）。

（十一）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。

（十二）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。

（十三）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。

（十四）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。**

（十五）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。

（十六）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。**诊断需满足下列指标：**

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。

（十七）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。**

（十八）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，并满足下列所有指标：

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 。

（十九）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。**须经保险人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。**

（二十）弥漫性血管内凝血

指血液凝固系统和纤溶系统的过度活动导致微血管血栓形成、血小板及凝血因子耗竭和严重出血，需要输注血浆和浓缩血小板进行治疗。**须提供同时具有下列条件中的至少三项的检验报告：**

1. 血小板计数 $< 100 \times 10^9/\text{L}$ 或者呈进行性下降；
2. 血浆纤维蛋白原含量 $< 1.5\text{g/L}$ 或者 $> 4\text{g/L}$ 或者呈进行性下降；
3. 3P 试验阳性或者血浆 FDP $> 20\text{mg/L}$ ；
4. 凝血酶原时间 > 15 秒或者超过对照组 3 秒以上。

（二十一）妊娠期糖尿病

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），

在任何一点血糖值达到或超过以下标准：

1. 空腹的血糖值：5.1mmol/L；
2. 服糖后 1 小时的血糖值：10.0mmol/L；
3. 服糖后 2 小时的血糖值：8.5mmol/L。

（二十二）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 $>10\mu\text{mol/L}$ 。

（二十三）妊娠期重度贫血

指孕妇在妊娠后初次出现贫血，且外周血血红蛋白 $\leq 60\text{g/L}$ 。

（二十四）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。

（二十五）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。**

（二十六）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。

（二十七）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。

（二十八）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℃。

（二十九）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。

（三十）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℃；
3. 存在咳痰和肺部啰音；
4. 痰培养病原体阳性。

九、住院

指被保险人因意外伤害或疾病而入住医院的正式病房进行治疗的过程，并正式办理入院手续。但不包括下列情况：

- （一）被保险人在医院的（门）急诊观察室、家庭病床（房）入住；
- （二）被保险人在特需病房、外宾病房或其它不属于基本医疗保险范畴的高等级病房入住；
- （三）被保险人入住康复科、康复病床；
- （四）被保险人住院期间一天内未接受与入院诊断相关的检查和治疗，但遵医嘱到外院接受临时治疗的除外；
- （五）被保险人住院体检；
- （六）挂床住院及其他不合理的住院。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，只发生护理费、诊疗费、床位费等情况。

十、必需且合理

（一）符合通常惯例：指与接受医疗服务所在地通行治疗规范、通行治疗方法一致的费用。

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. 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。

十一、住院医疗费用

指被保险人或附属被保险人经医院诊断必须接受住院治疗时，被保险人或附属被保险人住院期间发生的需个人支付的、必需且合理的住院医疗费用，包括**床位费**（释义四十）、**膳食费**（释义四十一）、**护理费**（释义四十二）、重症监护室床位费、诊疗费、**检查检验费**（释义四十三）、**治疗费**（释义四十四）、**药品费**（释义四十五）、**手术费**（释义四十六）、同

城救护车使用费（释义四十七）。

到本合同满期日时，被保险人未结束本次住院治疗的，保险人不承担超出保险期间的住院医疗费用。

十二、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为直接且单独的原因致使身体受到的伤害。自然死亡、疾病身故、猝死、自杀以及自伤均不属于意外伤害。猝死是指平素身体健康或表面健康的人因潜在疾病、机能障碍在出现症状后24小时内发生的突然死亡。猝死的认定，如有司法机关的法律文件、医疗机构的诊断书等，则以上述法律文件、诊断书等为准。

十三、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。

十四、人工流产

指在胚胎发育的早期，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。

十五、分娩

指妊娠满28周及以后的胎儿及其附属物，从临床发动至母体全部娩出的过程。

十六、第二产程

又称胎儿娩出期，从产妇宫口全开到胎儿娩出的全过程。初产妇需1-2小时，不应超过2小时；经产妇通常数分钟即可完成，也有长达1小时者，但不应超过1小时。

十七、第二产程延长

指第二产程超过2小时。

十八、先天性疾病

除另有约定外，本合同约定的先天性疾病包含以下疾病：

（一）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”。

（二）腭裂

指婴儿出生时上颌有开裂的畸形，本病可并发唇裂。

（三）蹠指

指婴儿出生时二指或多指之间有明显的指璞。

（四）蹠趾

指婴儿出生时二趾或多趾之间有明显的趾璞。

（五）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。

（六）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。

（七）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。

（八）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。

（九）食管闭锁

指婴儿出生时就有食管隔断形成盲端的畸形。

（十）食管气管瘘

指婴儿出生时就有食管与气管或支气管相通。

（十一）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。

（十二）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。

（十三）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。

（十四）脊柱裂

指先天性椎管闭合不全导致脊柱的背或腹侧形成裂口，可伴或不伴有脊膜、神经成分突出的畸形。

（十五）颅裂

指颅骨的先天性缺损，可伴有脑膜或脑组织膨出。

（十六）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。

（十七）颅内良性肿瘤

指生长在颅腔内的非恶性肿瘤。

（十八）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。

（十九）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。

（二十）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。

（二十一）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。

（二十二）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。

（二十三）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。

（二十四）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。

（二十五）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。

（二十六）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。

（二十七）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。

（二十八）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。

（二十九）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。

（三十）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”。

十九、常规医疗检查费和预防性保健费

指婴儿出生后接受的常规的医疗检查和免疫接种等保健费用。

常规的医疗检查包括但不限于：医疗档案，发育评估，体格检查，年龄相关诊断检查。

预防性保健费包括但不限于：白喉、乙型肝炎、麻疹、腮腺炎、百日咳、破伤风、水痘、嗜血杆菌属、B型流感病毒、肝炎以及第三方医疗服务供应商提供的其他免疫预防费用。

二十、罕见病

除另有约定外，本合同约定的罕见病指符合以下定义的疾病：

（一）尼曼匹克病

指一组常染色体隐性遗传、多系统受累的疾病，主要表现为肝脾肿大、各种神经功能障碍以及鞘磷脂贮积。尼曼匹克病的诊断必须由保险人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. 出现腹水、肝功能异常、病理性黄疸及肺浸润；

2. 出现持续肌张力过低；
3. 不明原因肝脾肿大；
4. 出现垂直性核上性凝视麻痹、共济失调、肌张力障碍或抽搐；
5. 出现痴呆、抑郁、双相障碍或精神分裂症等。

（二）Prader-Willi 综合征

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保险人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。

（三）多发性硬化

因脑及脊髓内的脱髓鞘病变而出现神经系统多灶性（多发性）多时相（至少6个月以内有一次以上（不包含一次）的发作）的病变，须由计算机断层扫描（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，且已经造成自主生活能力完全丧失，无法独立完成六项基本日常生活活动中的三项或三项以上，持续至少180天。

（四）法布里病

属于X性染色体连锁遗传性疾病。由于X染色体长臂中段编码 α -半乳糖苷酶A（ α -GalA）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。法布里病的诊断必须由保险人认可医院合格的专科医生做出，且被保险人的 α -半乳糖苷酶A（ α -GalA）的酶学测定结果和GLA基因检测结果符合最新版国家卫生健康委《罕见病诊疗指南》诊断标准。

（五）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保险人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）的诊断必须由保险人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。

（六）戈谢病

属于常染色体隐性遗传病。由于葡萄糖脑苷脂酶基因突变导致机体葡萄糖脑苷脂酶（又称酸性 β -葡萄糖苷酶）活性缺乏，造成其底物葡萄糖脑苷脂在巨噬细胞溶酶体中贮积，临床表现多脏器受累并呈进行性加重。又称葡萄糖脑苷脂病、高雪氏病、家族性脾性贫血、脑貳病、脑苷脂网状内皮细胞病等。戈谢病的诊断必须由保险人认可医院合格的专科医生做出，且被保险人的成纤维细胞葡萄糖脑苷脂（glucocerebroside, GC）活性测定和基因诊断结果应符合最新版国家卫生健康委《罕见病诊疗指南》诊断标准。

（七）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）的诊断必须由保险人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。

（八）脊髓性肌萎缩症

属于常染色体隐性遗传病。由于运动神经元存活基因1（survival motor neuron gene 1, SMN1）突变导致SMN蛋白功能缺陷所致的遗传性神经肌肉病。SMA以脊髓前角运动神经元退化变性和丢失导致的肌无力和肌萎缩为主要临床特征。脊髓性肌萎缩症的诊断必须由保险人认可医院合格的专科医生做出，且被保险人的基因检测和基因测序结果应符合最新版国家卫生健康委《罕见病诊疗指南》诊断标准。

（九）克罗恩病

指一种慢性肉芽肿性肠炎，病理组织学检查具有特征性的克罗恩病（Crohn病）变化，如贯穿肠壁各层的增殖性病变，并侵犯肠系膜和局部淋巴结。被保险人的组织病理学检查须具备典型的克罗恩病（Crohn病）特点，且必须经过消化专科医生明确诊断。

（十）黏多糖贮积症（I 型、II 型、IV 型）

属于染色体连锁隐性遗传病。由于降解糖胺聚糖（亦称酸性黏多糖，glycosaminoglycan, GAGs）的酶缺乏，导致不能完全降解的黏多糖在溶酶体中贮积。黏多糖贮积症的诊断必须由保险人认可医院合格的专科医生做出，且被保险人的酶学测定结果和基因分析结果应符合最新版国家卫生健康委《罕见病诊疗指南》诊断标准。

（十一）血友病

指一种遗传性凝血功能异常的出血性疾病。本合同仅包括严重甲型血友病（缺乏VIII凝血因子）或严重乙型血友病（缺乏IX凝血因子），并且凝血因子VIII或凝血因子IX的活性水平少于百分之一。**被保险人必须经过血液专科医生明确诊断。**

（十二）严重原发性肺动脉高压

指各种原因导致的肺动脉压力持续性增高，进行性发展而导致的慢性疾病，达到美国纽约心脏病学会（New York Heart Association, NYHA）心功能状态分级III级及以上，但尚未到达IV级，且静息状态下肺动脉平均超过25mmHg。

（十三）原发性肉碱缺乏症

又称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，为常染色体隐性遗传病。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。**原发性肉碱缺乏症的诊断必须由保险人认可医院合格的专科医生做出，且被保险人的串联质谱检测 results 和基因突变检测结果应符合最新版国家卫生健康委《罕见病诊疗指南》诊断标准。**

二十一、特定医疗项目

指保险人在承保时与投保人约定的属于保险责任认可范围内的特定医疗项目，并在本合同上载明。

二十二、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或城乡居民基本医疗保险、新型农村合作医疗等政府举办的医疗保障项目。

二十三、既往症

指在保单生效之前被保险人已患有的且已知晓的有关疾病或症状。

二十四、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。

二十五、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》（ICD-10）确定。

二十六、基因疗法

指通过各种手段修复缺陷基因，以实现减缓或治愈疾病目的的技术。

二十七、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。

二十八、职业病

指企业、事业单位和个体经济组织的劳动者在职业活动中，因接触粉尘、放射性物质和其他有毒、有害物质等因素而引起的疾病。职业病的认定需遵循《中华人民共和国职业病防治法》中的相关规定及鉴定程序。

二十九、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。

三十、功能医学检查

指以先进及准确的实验为工具，检测个人的生化体质、代谢平衡、生态环境，以达到早期改善并维持生理、情绪/认知及体能的平衡的检测方法，属预防医学领域。包括但不限于全套个人化营养评估、抗氧化维生素分析、氧化压力分析、营养与毒性元素分析、肠道免疫功能分析。

三十一、物理治疗

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。

三十二、中医理疗

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。

三十三、其他特殊疗法

指顺势治疗、职业疗法及语音治疗。

三十四、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。

三十五、无有效驾驶证驾驶

被保险人存在下列情形之一者：

- （一）无驾驶证或驾驶证有效期已届满；
- （二）驾驶的机动车与驾驶证载明的准驾车型不符；
- （三）实习期内驾驶公共汽车、营运客车或者载有爆炸物品、易燃易爆化学物品、剧毒或者放射性等危险物品的机动车，实习期内驾驶的机动车牵引挂车；
- （四）持未按规定审验的驾驶证，以及在暂扣、扣留、吊销、注销驾驶证期间驾驶机动车；
- （五）使用各种专用机械车、特种车的人员无国家有关部门核发的有效操作证，驾驶营

业性客车的驾驶人无国家有关部门核发的有效资格证书；

（六）依照法律法规或公安机关交通管理部门有关规定不允许驾驶机动车的其他情况下驾车。

三十六、无有效行驶证

指下列情形之一：

（一）机动车被依法注销登记的；

（二）无公安机关交通管理部门核发的行驶证、号牌、临时号牌或临时移动证的机动交通工具；

（三）未在规定检验期限内进行机动车安全技术检验或检验未通过的机动交通工具。

三十七、未到期净保险费

除另有约定外，按下述公式计算未到期净保险费：

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-(保险单已经过天数/保险期间天数)]×(1-退保手续费率)。经过天数不足一天按一天计算。

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-(当期实际经过天数/当期实际天数)]×(1-退保手续费率)。经过天数不足一天按一天计算。

三十八、不可抗力

指不能预见、不能避免并不能克服的客观情况。

三十九、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。

四十、床位费

指被保险人住院期间实际发生的、不高于双人病房的住院床位费用（除另有约定外不包括单人病房、套房、家庭病床）。

四十一、膳食费

指住院期间根据医生的嘱咐，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。

四十二、护理费

指住院期间由医疗机构对被保险人提供临床护理服务所收取的费用，包括各级护理（根据2013年发布的中华人民共和国国家卫生和计划生育委员会《分级护理标准》确定）、重症监护和专项护理费用（不包含护工护理费用）。

四十三、检查检验费

指门诊、急诊或住院期间实际发生的、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、心电图费、B超费、脑电图费、内窥镜费、肺功能仪费、分子生化检验费和血、尿、便常规检验费等。

四十四、治疗费

指门诊、急诊或住院期间以治疗疾病为目的，提供必要的医学手段而合理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，具体以就诊医院的费用项目划分为准。

本项责任不包含物理治疗、中医理疗、其他特殊疗法或接受其它康复治疗（释义四十八）。

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；

其他特殊疗法包括顺势治疗、职业疗法及语音治疗。

四十五、药品费

指门诊、急诊或住院期间实际发生的必需且合理的、由医生开具的、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，以及滋补类中草药，即以提高人体免疫力为主要用途使用的中草药及中成药，包括但不限于人参、阿胶、鹿角胶、龟鹿二仙胶、龟板胶、鳖甲胶、马宝、珊瑚、玳瑁、冬虫夏草、藏红花、羚羊、犀角、牛黄、麝香、鹿茸、铁皮枫斗以及用中药材和中药饮片炮制的各类酒制剂等。

四十六、手术费

指当地卫生行政部门规定的手术项目的费用。包括手术室费、麻醉费、手术监测费、手术材料费、术中用药费、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。**

四十七、同城救护车使用费

指为抢救生命由急救中心派出的救护车费用及根据医生建议发生的医院转诊过程中的医院用车费。仅限于同一城市中的医疗运送。

四十八、康复治疗

康复治疗是使病、伤、残者康复的重要手段，常与药物治疗、手术疗法等临床治疗综合进行，包括但不限于医疗体操，运动神经、肌肉生理促进疗法，生物反馈，牵引，推拿，针灸，电疗，药物熏蒸，康复工程训练，其他物理治疗等。