

京东安联财产保险有限公司
个人及家庭医疗保险条款（互联网版）
（报备文件编号：京东安联发〔2023〕262号）
（注册号：C00005032512023073113251）

总则

第一条 保险合同构成

本保险合同由保险条款、投保单、被保险人清单、与本保险合同有关的其他投保文件、保险单或其他保险凭证、保险卡（含电子版）、网络医院名册、批注、附贴批单等组成。凡涉及本保险合同的约定，均应采用书面形式。

第二条 投保人与被保险人

具有完全民事行为能力的主被保险人本人或对其有保险利益的其他个人可作为本保险合同的投保人。

本保险合同的被保险人包括：

（一）主被保险人

经**保险人**（见释义1）同意，凡投保时年龄在18周岁（见释义2）至80周岁身体健康能**正常工作**（见释义3）、劳动和生活的符合保险人承保条件的自然人，可作为本保险合同的主被保险人。

（二）附属被保险人

经保险人审核同意并出具保险单或批单后，主被保险人的以下家属，可作为本保险合同的附属被保险人：

1. **配偶**：凡投保时年龄在18周岁至80周岁，身体健康、能正常工作、劳动或正常生活的主被保险人的合法配偶。

2. **子女**（见释义4）：凡投保时不超过25周岁、未婚、经济上完全依赖主被保险人的主被保险人子女。子女包括主被保险人的亲生子女、合法领养子女、经济上依赖于主被保险人并与主被保险人居住和生活在一起的继子和（或）继女。

主被保险人和附属被保险人统称为被保险人，经保险人同意的其他人也可成为本保险合同的主被保险人或附属被保险人。

若被保险人在保险期间中途终止本保险保障，则该被保险人在此保险期间内不得再重新入保。

第三条 受益人

除另有约定外，本保险合同的各项保险金的受益人均为被保险人本人。

第四条 第三方管理机构

第三方管理机构（见释义5）是指经保险人委托为被保险人提供本保险合同相关的日常医疗就诊、直付协助、紧急医疗转运援助及理赔协助等各项服务的机构，第三方管理机构的名称和联系电话等信息在保险单中载明。**被保险人在就医特定项目（见第十九条）前，须与第三方管理机构联系，以获得相应保险保障的事先授权和保险理赔指导等帮助。**

第五条 不保证续保

本保险合同为不保证续保合同，本产品保险期间不超过一年，保险期间届满，投保人需要重新向保险公司申请投保本产品，并经保险人同意，交纳保险费，获得新的保险合同。

第六条 保险计划

除另有约定外，根据保险人提供的保险计划，投保人选择与被保险人对应的保险类型、保险区域、保险责任、各项保险金额等内容，以上内容将在保险单或其他保险凭证中载明。

除另有约定外，附属被保险人的保险计划必须与主被保险人的保险计划保持一致。

（一）保险类型

本保险合同投保人可投保的保险类型分为以下四种：

1. 单人：无附属被保险人的保险保障；
2. 夫妇：仅限于主、附被保险人为合法夫妻双方的保险保障；
3. 亲子：仅限于主被保险人和其子女的保险保障；
4. 家庭：主被保险人和其合法配偶及子女的保险保障。根据被保险人的实际情况，符合家庭保险类型的，由保险人审核通过的也可为夫妇或亲子类型。**投保时除保险人同意外，被保险人人数不少于三人。**

（二）保险区域

本保险合同中每一个保险类型均有对应的保险区域，在保险期间内，**保险人仅承担被保险人在相应保险区域内发生的保险责任范围内的费用。**

1. 中国大陆保障：保险区域为中国大陆（不包含香港、澳门和台湾）（以下简称“中国大陆”）地区。
2. 中国大陆增强保障：保险区域为中国大陆地区，同时若被保险人在中国大陆地区外发生的符合如下条件的紧急医疗费用，保险人也承担保险责任：

被保险人在中国大陆以外地区接受紧急医疗，并于紧急医疗前获得保险人委托的第三方管理机构的许可，第三方管理机构将引导该被保险人至最近且合适的网络医疗机构就医。

若被保险人未经第三方管理机构的许可，其在中国大陆以外地区接受治疗所发生的任何费用，保险人均不承担保险责任，若在紧急医疗情况下，投保人或被保险人在接受紧急医疗前无法与第三方管理机构取得联系的情形不在此限，但被保险人亦须在该紧急情况发生后的48小时内联系第三方管理机构。

符合本保险合同的紧急医疗是指突然发生的、为避免身体受到严重的伤害或死亡而须立即接受治疗的症状，或因不可抗力（见释义 6）因素在症状发作后 24 小时内必须开始接受的相应医疗，但不包括：

- （1）被保险人在到达中国大陆以外地区之前就已患上的疾病和症状；
- （2）常规医疗；
- （3）可以被合理延迟至被保险人从中国大陆以外地区返回其日常居住地后进行的医疗；
- （4）被保险人事先计划好的医疗行为；
- （5）被保险人已经知道或应该知道的情形而发生的医疗；
- （6）妊娠、分娩及由此而引起的并发症的医疗。

保险责任

第七条 等待期（见释义 7）

除另有约定外，投保人为被保险人首次投保本保险或非连续投保本保险时，部分保险责任设有固定的等待期，并载明于保险单中。被保险人在等待期内发生保险事故，无论治疗时间与生效之日间隔是否超过等待期，保险人均不承担支付保险金的责任。

第八条 在本保险合同的保险期限内，保险人按照被保险人的保险计划，在扣除免赔额和自付比例等限制条件后，在约定的保险责任、保险金额、保险次数、保险天数等范围内支付保险金。

第九条 基本医疗保障

经保险人与投保人双方同意，被保险人可根据保险人提供的保险计划，选择投保以下各项保障的全部或者部分的保险责任，并在保险单或其他保险凭证中载明。

一、住院（见释义 8）治疗和日间护理保障

（一）在保险期间内，被保险人在与其保险类型对应的保险区域内在因遭受**意外伤害**（见释义 9）或在**等待期后初次罹患疾病**（见释义 10）并经**医师**（见释义 11）诊断属医学所指疾病或伤害而必须住院治疗的，在**保险人指定或认可的医疗机构**（见释义 12，以下简称“医疗机构”），由此发生的、符合**通常惯例水平**（见释义 13）的以下类型费用，保险人按本保险合同约定给付住院治疗和日间护理保险金：

- 1. **重症监护病房费。**
- 2. **手术室费和急诊室费。**
- 3. **住院食宿费：**标准单人病房费、急诊室费以及医疗机构提供并出具发票的膳食和营养配餐费。保险人针对每一被保险人每日的该类费用给付的保险金的上限以保险单上载明的为准；投保家庭保障方案的，保险人针对本保险合同项下所有被保险人每日累计的该类费用给付的保险金的上限以保险单上载明的为准。

4. **陪床费：**未满 18 周岁的附属被保险人在住院期间，其父母中的一位陪同住院的加床费；女性被保险人在住院期间，需要其照顾的出生不满 16 周的新生婴儿的加床费。
5. **医师诊疗费、手术医师费和麻醉师费。**
6. **住院药品费和手术辅料费：**包括但不限于输血、血浆、血浆扩容药物的费用，以及所有相关化验、设备操作、服务的费用。
7. **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。
8. **治疗费：**包括放射线疗法、化学疗法、会诊咨询和病理学分析等。
9. **检查检验费：**包括但不限于 X 光检查、超声波检查、超声波心动描记术、计算机断层扫描、计算机辅助断层血管成像、正电子发射计算机断层扫描、核磁共振检查、磁共振血管成像、磁共振胰胆管成像、数字减影血管造影、消化道造影、病理穿刺、内窥镜检查的费用。
10. **耐用医疗设备费：**包括购买或租赁耐用医疗设备的费用以及随后修理、更换的费用。耐用医疗设备是指医师医嘱要求的、满足基本医疗需要的康复设备、矫形支具和其他耐用医疗设备。对于患癌症接受属于保险责任范围的乳房切除术的被保险人，其两义乳及可放入义乳的胸衣费用也属于本项保险责任范围。康复设备和矫形支具包括但不限于腿、臂、背和颈支具，人造腿、臂、眼。

耐用医疗设备不包括：自动轮椅、自动/电动床；添置轮子；额外的牙科切磨器；为个人舒适或者方便的器材（如电话、电话托臂、桌板）；改进空气质量或者调节温度的器件（如空调、加湿器、除湿器、净化剂、空气过滤器、太阳能或加热灯、加热垫）；一次性用品；电热毯、坐浴盆、盥洗凳、浴缸凳、马桶座圈，桑拿房、涡流按摩浴；升降机；健身器材；定制或改造任何交通工具或者住宅设备费等。
11. **矫形改造手术费，**仅限于被保险人遭受意外伤害或罹患疾病需要接受矫形改造手术恢复肢体功能或容貌的情形。
12. **特定重大疾病（见释义 14）住院现金津贴：**保险期间内，被保险人在等待期后（连续投保的不在此限）罹患特定重大疾病，并因此在医疗机构接受住院治疗的，对于被保险人每年实际住院日数，保险人按照**保险单约定的规则**计算特定重大疾病住院津贴保险金。保险人针对每一被保险人累计给付住院津贴保险金的日数以三十日为限。**投保家庭共享保险金额保障方案的，**保险人针对本保险合同项下所有被保险人累计给付住院津贴保险金的日数以保险单约定的天数为限，且本保险合同项下两位以上（含）被保险人在同一日接受住院治疗的，实际住院日数仅计为一日。

（二）住院需满足以下条件，否则，保险人不承担给付保险金责任：

1. 被保险人住院前须经过保险人指定的第三方管理机构的授权同意；
2. 若为紧急住院，被保险人可在就近网络或非网络医疗机构接受治疗，但须在开始治疗后的 48 小时内通知保险人或第三方管理机构；
3. 根据医疗机构意见，被保险人的身体状况确实需要住院、看护、康复的，不包括住院仅是为长期看护、慢性病的疗养或者帮助被保险人日常寝食活动。

二、特殊治疗保障

在保险期间内，被保险人在与其保险类型对应的保险区域内在因遭受意外伤害或在**等待期后初次**罹患

疾病并经医师诊断属医学所指疾病或伤害而必须使用特殊治疗保障的，对于被保险人在医疗机构接受特殊治疗，需被保险人个人支付的、必需且合理的特殊治疗医疗费用，保险人在扣除保险单载明的免赔额后，按本保险合同约定承担给付保险金责任：

1. **门诊手术费：**与门诊手术相关的医师费、检查费、治疗费、手术材料费、药品费、麻醉师和助理麻醉师费。
2. **入院前后三十日（含入院和出院当日）内，**被保险人由于该次住院相同原因接受门诊（见释义 15）治疗，由此发生的医生诊疗费、检查费、化验费、药品费。
3. **特殊门诊治疗费：**包括肾脏透析疗法的费用，恶性肿瘤的电疗、化学治疗、放射治疗、质子重离子治疗、肿瘤靶向疗法、肿瘤免疫疗法、肿瘤内分泌疗法的费用。
4. **HIV（人类免疫缺陷病毒）、AIDS（获得性免疫缺陷综合征）（见释义 16）、ARC（艾滋相关综合征）治疗费：**若非既往症（见释义 17），保险人同意支付治疗 HIV（人类免疫缺陷病毒）、AIDS（获得性免疫缺陷综合征）、ARC（艾滋相关综合征）的医疗必须的、非实验性的费用。保险人不承担属于既往症的治疗费用。
5. **器官移植费（含人体器官、骨髓、血干细胞移植）：**被保险人作为受体接受器官、骨髓、血干细胞移植治疗而支付的费用，保险人承担保险责任。保险人不承担器官移植供体费用以及器官储藏费用。

除另有约定外，被保险人在进行器官移植之前，均须事先与保险人或第三方管理机构联系以获得事先授权。除非被保险人取得了事先授权，否则保险人将不会支付相关费用。

三、紧急医疗运送保障

1. **救护车运送费用：**保险人同意支付在紧急情况下，出于医疗必要，以专业救护车将被保险人运至就近医疗机构所发生的费用以及一位陪同人员的费用。
2. **特定重大疾病（见释义 14）异地就医交通补贴费用：**被保险人经过等待期后（连续投保的不在限）罹患特定重大疾病，由于当地医疗条件限制的原因，经医疗服务供应商授权，被保险人及其一位陪同人员前往中国大陆以外其他地区的医疗机构进行住院治疗，由此产生的公共交通工具费用。保险人针对每一被保险人累计给付的特定重大疾病异地就医交通补贴费用保险金的上限以保险单约定为准。投保家庭共享保险金额保障方案的，保险人针对本保险合同项下所有被保险人累计给付的特定重大疾病异地就医交通补贴费用保险金的上限以保险单约定为准。

四、门诊医疗保障

在保险期间内，被保险人在与其保险类型对应的保险地域内因遭受意外伤害或者罹患疾病并经医师诊断属医学所指疾病或伤害而必须门诊治疗的，由此发生的、符合通常惯例水平的以下类型费用，保险人按本保险合同约定承担赔付保险金责任。

1. **门诊医师诊疗费和专家门诊费：**医疗必须的门诊医师诊疗费同一疾病每日限一次，保险人同意支付被保险人因医疗必要必须一日内在不同科室就诊的费用，且不同科室就诊各自独立计算门诊次数，除另有约定外，保险人不会支付被保险人非治疗为目的的常规体检费。
2. **化验费、检查费：**包括但不限于心电图检查、超声波检查、CAT 检查、PET 检查、核磁共振检查、X 光检查、内窥镜检查费。

3. **理疗费：**包括但不限于物理治疗、脊柱指压治疗、职业性治疗法和语言障碍治疗等。
4. **中医和顺势治疗（见释义 18）费：**包括诊疗费、**针灸治疗（见释义 19）费**、中草药及其他医疗必需的治疗费。
5. **急诊室费、急诊医疗服务费。**
6. **理疗费：**由医生或具有相应资质的专业医师实施的物理治疗、脊柱指压治疗、职业性疗法费。这些治疗须为该被保险人医师书面治疗计划一部分，且需满足下列全部条件：
- （1）在合理的、可预测的时间内使得症状明显好转；
 - （2）疗法复杂或被保险人病症只有医师、注册物理治疗师或职业治疗师才能安全、有效的实施。
7. **处方药（见释义 20）品费：**
- （1）指依据医师的处方开具的药品费用。每次门诊开药量应当与开药时间间隔相匹配。
 - （2）按本保险合同约定的比例报销；
 - （3）以 90 日用量为上限；
 - （4）被保险人需自行承担的费用没有上限额度；
 - （5）由执业医师针对可保疾病开据的治疗性非处方药的费用。
8. **耐用医疗设备保障：**包括购买或租赁耐用医疗设备的费用以及随后修理、更换的费用。耐用医疗设备是指医师处方要求的、满足基本医疗需要的康复设备、矫形支具以及其他耐用医疗设备。购买或租赁耐用医疗设备的费用以相应符合通常惯例水平的购买价格为上限，但**随后修理、更换费用保险人仅赔付相应符合通常惯例水平的购买价格的 50%**。对于患癌症接受属保险责任范围的乳房切除术的被保险人，两义乳及可放入义乳的胸衣费用亦属保险责任范围内的费用。康复设备和矫形支具包括但不限于腿、臂、背和颈支具，人造腿、臂、眼。
- 耐用医疗设备不包括：自动轮椅、自动/电动床；添置轮子；额外的牙科切磨器；为个人舒适或者方便的器材（如电话、电话托臂、桌板）；改进空气质量或者调节温度的器件（如空调、加湿器、除湿器、净化剂、空气过滤器、太阳能或加热灯、加热垫）；一次性用品；电热毯、坐浴盆、盥洗凳、浴缸凳、马桶座圈，桑拿房、涡流按摩浴；升降机；健身器材；定制或改造任何交通工具或者住宅设备费等。
9. **体检及疫苗费用补偿保障：**保险期间内，对于被保险人所实际支出的必需且合理的检查费用及免疫接种费用，保险人将按保险合同中载明的赔付比例并以保险金额为限补偿被保险人。每一保险期间的每一被保险人在本项保障下的赔付次数限一次。

责任免除

第十条 在本“责任免除”部分，列出的治疗、病症及情况均不属于保险责任中的保障范围。除此之外，被保险人的保险计划中可能还有适用的其他个人除外责任或限制条款，此类除外责任或限制条款（如有）将列明于被保险人的保险单或其他保险凭证中。

第十一条 投保时，保险人要求被保险人填写健康问卷时，被保险人须如实告知过去已接受药物、建议或治疗，或在成为被保险人之前已出现症状的任何疾病或损伤的相关信息（即既往症信息），保险人将进行医

疗审核。

根据投保人、被保险人具体情况，保险人对本保险合同约定的既往症承担一定保险责任或者不承担保险责任，并将在保险单或其他保险凭证中载明。对于要求填写健康问卷的被保险人未如实告知的既往症将不在本保险合同的承保责任范围内。

第十二条 对于下列各项损失、费用和责任，保险人不负责赔偿：

（一）投保人的故意行为导致的医疗费用；

（二）从事违法行为或者故意行为（包括但不限于自残、自杀）引起的或者在这一过程中发生的伤害、病症治疗及其他相关费用，但被保险人为无民事行为能力的不受此限；

（三）未经保险人审核通过的既往症的治疗及其他相关费用；

（四）等待期内罹患的疾病或等待期内接受检查但在等待期后确诊的疾病的治疗及其他相关费用；

（五）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及相关医疗服务的所有费用，试验性治疗的所有费用；

（六）根据工伤补偿、职业病或者其他与职业疾病相关的法律法规可从中获得补偿的费用；

（七）代诊费用，无原始发票的费用，电话咨询费（经由医疗服务供应商指定并授权的机构除外），没有按时就诊的预约费用，不在执业范围的医疗服务费用，不符合专业认可标准的医疗费用，非医学必需（见释义 21）的费用，超过通常惯例水平的费用；

（八）为个人舒适或者方便而产生的费用，包括但不限于电视、套房及其相关设施、雇佣护工、房屋打扫、访客膳食和住宿、电话、家庭设备、旅行费；

（九）保险期间届满后发生的费用，但按疗程将在保险期间届满之日起九十日内服用的药品费用不受此限；

（十）功能医学检查（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）费，出于行政或者管理事务目的（包括但不限于与投保保险、招聘、入学或者运动相关的体格检查）发生的检查费；

（十一）非药品准字号的药品费和非（食）药监械号的设备费，包括但不限于保健品、膳食补充剂、药妆、戒烟药物、食欲抑制剂、头发再生药物、抗光老化药物、美容用品、大剂量维生素、维他命、健康滋补类中草药（包括但不限于人参、鹿茸、十全大补丸等）、膏方药费，草药代加工成粉剂、药丸、胶囊、胶的费用或者其他制剂发生的加工费用；

（十二）未经被保险人医师推荐而产生的医疗费用；

（十三）视觉治疗及其他相关费用，包括但不限于激光角膜切开术，准分子激光原位角膜磨镶术，老视、屈光不正（近视、远视、散光）校正手术及相关费用；

（十四）专业护士（见释义 22）家庭护理费，临终关怀（见释义 23）费，静养疗法、监护（见释义 24）及家居照料费，在护理之家、养老院发生的护理费，为休息、观察而实施的环境疗法费，在任何长期护理机构、矿泉疗养地、水疗院门诊、康复机构、疗养院、养老院等非保险人认可的医疗机构接受的服务或者治疗及其他相关费用，医疗机构已实际成为或者倾向作为被保险人住家或者常住情形下发生的费用，完全或者部分因为家庭原因的住院医疗费用；

(十五) 选择性手术和治疗及其他相关费用，仅为改善或者提高目前身体状况（包括但不限于中医调理）而发生的、非医学必需的费用；

(十六) 性别转换症治疗费，性障碍治疗费，以及上述相关并发症治疗及其他相关费用，任何原因和形式的美容、整容、非医学必需的整形费，包括以美容为目的牙齿处理费，义齿、高嵌体、种植牙、贴面费用；

(十七) 对未表现出可疑细胞行为（如近期大小、形状、颜色发生改变）的良性皮肤损害（包括但不限于黄褐斑、皮肤白斑、色素沉着）的治疗、祛除及其他相关费用，蜘蛛脉、除瘢痕疙瘩型外的其他瘢痕、纹身去除、皮肤变色治疗及其他相关费用，非医学必需的对白癜风、浅表静脉曲张的治疗及其他相关费用；

(十八) 与脱发相关的治疗及其他相关费用，包括但不限于男性型脱发或者其他种类秃发的治疗费，以激光、电解、蜡或者其他方法祛除毛发费，发生男性型脱发、女性与年龄相关脱发、疾病或者意外伤害导致的脱发等情形时的头发移植费；

(十九) 戒烟治疗及其他相关费用，减肥和任何为减肥接受的治疗、咨询、饮食费，减肥代餐费，与单纯性肥胖和病理性肥胖相关治疗（包括但不限于胃旁路术、胃球置放术、胃分隔术、空肠回肠旁路术、袖状胃切除术）及减肥相应并发症治疗及其他相关费用；

(二十) 器官移植供体费用、器官来源费用、低温储藏费用；

(二十一) 基因咨询、筛查、检查和治疗及其他相关费用；

(二十二) 与生育相关的医疗费用，包括但不限于怀孕、分娩、流产、（包括但不限于受胎药、助孕人工授精、试管授精、配子输卵管内移植、受精卵输卵管植入术、代理怀孕）、不孕不育、生育控制、孕前准备以及由此导致的并发症治疗及其他相关费用；

(二十三) 因溶剂滥用、毒品滥用、酒精（酒精过敏、误服酒精除外）、或者任何成瘾物直接或者间接引起的伤害或者疾病的诊断、检查、治疗及其他相关费用；因使用违反中国大陆法律的疫苗和药物、非医师医嘱要求药物或者非医师医嘱要求用量直接或者间接引起的伤害或者疾病的诊断、检查、治疗及其他相关费用；

(二十四) 牙科医疗及其他相关费用；

(二十五) 耐用医疗设备使用和保养指导费，定制或者改造任何交通工具、洗浴设备或者住宅设备费，助听器、人工耳蜗、血压计、体温计、听诊器、自动轮椅或者自动床、舒适设备（如电话托臂和床上多用桌）及其他类似设备费；非手术中必需的假体、矫正器具或者相似的器具费，但医师认为治疗必不可少的假体或者耐用医疗设备不在此限；

(二十六) 矫正鞋或者其他脚支撑器材（包括但不限于足弓支撑器、矫正器或者其他其他预防性的服务或者器材）费，任何用于治疗弱足、矫形足、不稳足、扁平足或者足弓塌陷的器材费，任何与跗骨、跖骨相关的医疗费，对脚表面损害的（如鸡眼、老茧、角质化）医疗费，但有关骨外露、肌腱或者韧带的手术不在此限；

(二十七) 常规足部医疗及其他相关费用，但因意外伤害或者疾病引起的足部治疗情形不在此限；

(二十八) 政府为了防止传染病扩散蔓延要求被保险人进行医学隔离观察等强制性措施期间发生的检查检测费、食宿费、服务费和运送费等与治疗不相关的费用；

(二十九) 生长激素治疗及其他相关费用，但经医疗服务供应商批准的医学必需情形不在此限；

(三十) 与精神和心理障碍相关的医疗费用，包括但不限于神经性贪食症、神经性厌食症、悲伤辅导和悲伤治疗、注意力缺陷症（见释义 25）、注意缺陷多动障碍（见释义 26），心理缺陷或者心理发育迟缓评估

治疗及其他相关费用；

（三十一）睡眠检查和治疗费，对疑为发作性睡眠（见释义 27）或者阻塞性呼吸暂停症状的检查和治疗费；

（三十二）先天性疾病和症状（见释义 28）治疗费；

（三十三）因健康原因被医师建议不宜旅行的被保险人执意旅行引起的伤害或者病症的治疗及其他相关费用；

（三十四）对由下列任何异常风险引起的伤害的治疗及其他相关费用：参加或者受训职业体育运动、高风险运动，战争（见释义 29）和恐怖主义活动（见释义 30），放射材料辐射或者核燃料燃烧，主动置身于风险，但抢救他人性命情形不在此限；

（三十五）在北京平谷区、密云区、怀柔区的所有医院所产生的医疗费用。

上述任一情形下，被保险人身故的，保险人对该被保险人的保险责任终止，并将退还该被保险人的未到期净保费（见释义 31）。

保险期间

第十三条 除保险人和投保人双方另有约定外，本保险合同的保险期间为一年，以保险单载明的起讫时间为准。

保险金额

第十四条 保险金额

本保险合同设置如下三种**保险金额**（见释义 32），每种保险金额将分别计算，并在保险单中载明：

1. **年度最高保险金额**：保险人针对每个被保险人的所有保险责任在每个保险期间内累计可支付的最高金额上限。
2. **责任大项保险金额**：保险人针对该大项保障下所有投保项目（包括住院治疗 and 日间护理保障、特殊治疗保障、紧急医疗运送保障、门诊医疗保障）在每个保险期间内可支付的最高金额上限。
3. **分项保障保险金额**：保险人针对具体大项保障下的分项保障项目的可支付的最高金额上限。
4. **家庭共享保险金额**：保险人针家庭为投保同一保险计划的所有被保险人，在保单载明的保险责任项目（包括责任大项和分项保障）下可支付的最高金额上限。

免赔额和自付比例

第十五条 免赔额

本保险合同的免赔额为年度累计免赔额（见释义 33），每位被保险人的免赔额将在被保险人的保险单或其他保险凭证中载明。

在免赔额适用的保险责任下，所有免赔额将分别适用于主被保险人和每位附属被保险人。在被保险人达到免赔额的上限之前，被保险人须直接支付该保障项目的治疗费用。

第十六条 自付比例（见释义 34）

自付比例在被保险人的保险单或其他保险凭证中载明。

被保险人必须自行承担按照约定保障项目所产生的自付比例或通常惯例自付比例的费用额度。

医疗服务网络和事先授权

第十七条 保险人将会定期或不定期向投保人和被保险人通知所建立的医疗服务网络信息，被保险人亦可登陆保险人指定的网站或致电查询相关信息。

第十八条 被保险人在保险人医疗服务网络内的医疗机构（以下简称“网络医疗机构”）接受治疗的，对于被保险人发生的、保险人与投保人约定类型的保险责任范围内的费用中应由保险人承担的部分，保险人将直接与相关医疗机构结算，被保险人不用先行支付。

被保险人在网络医疗机构接受治疗的，但其治疗项目属于非保险责任范围的应由被保险人承担，如医疗机构未向被保险人收取的医疗费用，在接到保险人或其授权机构的通知后，被保险人应在 30 日内支付相应款项。

第十九条 在接受下列任何一项治疗之前，被保险人须在预定开始治疗日期前至少 5 个工作日向保险人委托的第三方管理机构提交事先授权申请：

1. 任何住院治疗；
2. 任何需要全身麻醉的门诊手术；
3. 专业或私人护士家庭护理（当需要 4 次或 4 次以上时需要事先授权，另有约定的除外）；
4. 购买或租赁非一次性耐用医疗设备，包括但不限于胰岛素泵等；
5. 器官、骨髓、干细胞或其他组织移植；
6. 空中紧急医疗转运，该服务将由保险人指定转运供应商协调；
7. 除另有约定外，预计花费超过人民币 50,000 元的治疗均需要事先授权；
8. 除另有约定外，如果被保险人的单次配药金额预计超过人民币 10,000 元时，均需要获得事先授权；
9. 其他在被保险人的保险单或保险凭证上约定的需要事先授权的项目和治疗。

对于被保险人事先授权申请，第三方管理机构将予以书面回复并有权要求被保险人在网络医疗机构内接受治疗。被保险人应在收到书面许可回复后开始接受治疗，保险人要求被保险人在网络医疗机构接受治疗的，被保险人应予以配合。在未获得书面许可回复被保险人接受治疗的，或者保险人要求被保险人在网络医疗机构接受治疗但被保险人未在网络医疗机构接受治疗的，被保险人应额外自付相应全部保险责任范围内的医疗费用的 40%，即保险人根据约定的保险责任计算“理赔金×（1-40%）”支付医疗保险金；在未获得书面

许可回复被保险人接受紧急医疗转运的，保险人不承担保险责任。

发生紧急情况的，被保险人可在就近网络或非网络医疗机构接受治疗，但须在开始治疗后的 48 小时内通知保险人或第三方管理机构。保险人或第三方管理机构将对该次治疗是否属紧急情况予以审核。

第二十条 被保险人或医疗机构可致电第三方管理机构，了解事先授权、网络医疗机构的相关情况。被保险人获得第三方管理机构许可回复，不意味着其发生的全部或部分医疗费用属于保险责任范围，也不构成保险人对赔偿责任的承诺，保险人将按照本保险合同的约定承担保险责任。

保险人义务

第二十一条 订立保险合同时，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。

第二十二条 本保险合同成立后，保险人应当及时向投保人签发保险单或其他保险凭证。

第二十三条 保险人认为被保险人或者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被保险人或者受益人补充提供。

第二十四条 保险人收到被保险人的赔偿请求后，应当及时就是否属于保险责任作出核定；情形复杂的，保险人应当在三十日内作出核定，但因客观原因、不可抗力、资料欠缺、被保险人因素等原因导致的除外。保险人应当将核定结果通知被保险人或者受益人；对属于保险责任的，在与被保险人或受益人达成有关赔偿金额的协议后十日内，履行赔偿义务。保险人依照前款的规定作出核定后，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发出拒绝赔偿通知书，并说明理由。

第二十五条 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，对其赔偿保险金的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。

投保人、被保险人义务

第二十六条 保险金额是保险人承担给付保险金责任的最高限额。保险金额由投保人、保险人双方约定，并在保险单中载明。

本保险合同的保险费支付方式由投保人与保险人投保时约定。

1. 一次性缴付保险费

若一次性缴付保险费的，投保人应当在保险合同成立时一次性交清保险费。未交清保险费的，保险合同不生效；发生保险事故的，保险人不承担保险责任。

2. 分期缴付保险费

若分期缴付保险费的，在缴纳首期保险费后，投保人应当在每个保险费约定缴纳日（见释义 35）前足额缴纳对应的保险费。如未缴付首期保险费，保险合同不生效，保险人不承担保险责任。

如投保人未按约定缴纳其余各期保险费，保险人允许投保人在保险单约定的延长期内补缴保险费，如被保险人在延长期内发生保险事故，保险人承担保险责任。投保人在正常交费对应的保险期间内或本条约定的延长期内发生保险事故，保险人依照合同约定给付保险金的，需投保人先行补交所有未缴期间的保险费，或经投保人和保险人协商同意后，在给付的保险金中扣除所有未缴期间的的所有未缴保险费。如投保人在延长期届满时仍未缴纳当期保险费的，保险合同自当期保险费约定缴纳日次日零时起终止，对于保险合同终止后发生的保险事故，保险人不承担保险责任。

延长期由投保人和保险人协商确定，并在保险单中载明。

第二十七条 订立本保险合同时，保险人就保险标的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约定的如实告知义务，足以影响保险人决定是否同意承保或者提高保险费率的，保险人有权解除本保险合同。

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，不承担支付保险金的责任，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，不承担赔偿保险金的责任，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责任。

第二十八条 年龄确定与错误处理

（一）被保险人的年龄以周岁计算；

（二）投保人在申请投保时，应将与有效身份证件相符的被保险人的出生日期在投保文件上填明，如果发生错误应按照下列方式办理：

1. 投保人申报的被保险人年龄不真实，并且其真实年龄不符合本保险合同约定投保年龄限制的，保险人有权解除本保险合同或取消该被保险人的保险资格，并向投保人退还该被保险人的全部保险费。对于被保险人发生的保险事故，保险人不承担给付保险金的责任；对于已经给付的保险金，保险人有权向被保险人追回。

2. 投保人申报的被保险人年龄不真实，致使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。若已经发生保险事故，保险人在赔付保险金时按实付保险费和应付保险费的比例支付；

3. 投保人申报的被保险人年龄不真实，致使投保人实付保险费多于应付保险费的，保险人会将多收的保险费退还给投保人。

第二十九条 被保险人住所或通讯地址发生变更时，应及时以书面形式或双方认可的其他形式通知保险人。若被保险人未通知的，保险人将按本保险合同载明的最后住所或通讯地址发送有关通知，直至被保险人向保险人作出变更为止。

第三十条 保险事故通知

除另有约定外，投保人、被保险人应当在知道保险事故发生后 **48 小时内** 或经保险人书面同意延长的期限内及时通知保险人。

如果投保人、被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或者虽未及时通知但不影响保险人确定保险事故的性质、原因、损失程度的除外。

上述约定，不包括因不可抗力而导致的迟延。

保险金申请与支付

第三十一条 申请理赔

被保险人在网络医疗机构内接受治疗时，该医疗机构受保险人委托，不对被保险人收取本保险合同约定的应向受益人支付的保险金额对应的医疗费用，由保险人直接跟该医疗机构进行审核结算。若保险人已承担相应费用的，则受益人不得就此向保险人申请保险金。其他情形，受益人可根据本保险合同的约定向保险人申请保险金。

申请人（即受益人或其受托人）向保险人申请保险金时，应提供的理赔材料包括：

- （一）填写完整的理赔申请表；
- （二）所有与被保险人的治疗相关的原始发票/收据/费用详细清单/信函；
- （三）医疗病历、检查报告、手术及出院小结或有关被保险人的病情的其他资料；
- （四）投保人、被保险人所能提供的与确认保险事故的性质、原因、损失程度等有关的证明和资料；以及
- （五）若被保险人委托他人申请的，还应提供委托授权书原件、委托人和受托人的身份证明等相关证明文件。

在保险人要求或特定情况下，被保险人须在当次治疗完成后尽快将上述全部理赔材料提供给保险人或保险人授权的第三方管理机构。除另有约定外，被保险人提供的所有理赔材料归保险人所有。

被保险人有义务向保险人提供所有医疗报告和记录，若为处理本保险合同相关事宜，经保险人要求，被保险人应授权许可保险人取得其完整全面的医疗病历。被保险人身故的，除法律和宗教禁止的情形外，保险人有权要求对该被保险人进行尸检。

第三十二条 理赔处理

若被保险人无法使用网络医疗机构直付时，被保险人可以先向医疗服务提供者支付费用，然后向保险人申请理赔。经保险人审核同意后，保险人向被保险人支付保险金，具体支付方式包括但不限于电子转账、电汇、支票等。

受益人向保险人提出虚假理赔申请的，保险人有权追回已支付的保险金；受益人与第三方串通侵害保险人利益的，保险人有权取消该被保险人的资格、终止对该被保险人的保险责任。

第三十三条 货币换算

对于在中国大陆获得的保障项目的相关赔案的申请，保险人与被保险人之间仅以人民币进行结算。

对于在其他国家和地区获得的保障项目的相关赔案的申请，保险人向被保险人支付的货币需转换成人民币进行支付：

除另有约定外，本保险合同中涉及的外币与人民币的汇率，以结算当日中国人民银行公布的外汇汇率为准。

第三十四条 第三方责任的损失费用

发生保险责任范围内的损失，应由有关责任方负责赔偿的，被保险人已经从有关责任方取得赔偿的，保险人赔偿保险金时，可以相应扣减被保险人已从有关责任方取得的赔偿金额。

第三十五条 其他保险

若被保险人所保的保障项目同时拥有其他保险进行保障，被保险人必须通知保险人，并提供其他保险公司的详细资料，包括关于其他保险人提供的预先授权的信息及提出赔偿申请的信息。保险人按照本保险合同相应的保险金额与所有有关保险合同的保险金额总和的比例承担赔偿 responsibility。

若被保险人已从其他途径（包括社会医疗保险、公费医疗、工作单位、保险人在内的任何商业保险机构等）取得补偿，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保险合同的约定进行补偿。

其他应由被保险人承担的赔偿金额，保险人不负责垫付。若被保险人未如实告知导致保险人多支付赔偿金的，保险人有权向被保险人追回多支付的部分。

第三十六条 诉讼时效

受益人向保险人请求支付保险金的诉讼时效依法律规定，自其知道或应当知道保险事故发生之日起算。

被保险人变更

第三十七条 保险期间内，投保人可申请变更被保险人员，保险人按下列约定予以受理：

1. 因主被保险人婚姻状态发生变化需要增加附属被保险人员的，投保人应书面通知保险人，保险人进行医疗审核。经保险人同意后，保险人保险单载明的起始日期开始按相关约定对该附属被保险人员承担保险责任，并根据加入前后不同参保类型的保险费差额按日收取相应保险费。

2. 因主被保险人婚姻状态发生变化需要减少附属被保险人员的，投保人应书面通知保险人，并向保险人退还保险卡（如有）。保险人自收到通知之日次日零时起或通知书载明的终止日期次日零时（以较晚者为准）起终止对相应附属被保险人的保险保障，并根据减人前后不同参保类型的保险费的差额按日退还未满期净保费，但减少的被保险人本人或其保险金申请人已领取过任何保险金的，保险人不退还未满期净保费。

第三十八条 在保险期间内，经政府相关机构批准被保险人合法收养子女的，投保人或被保险人可为该子女投保本保险，并递交参保类型更改为家庭保障或亲子保障的申请。

在该子女被批准收养之日起，经保险人同意，保险人自保险单载明的起始日期零时起对该子女按照承保约定承担保险责任。

第三十九条 如果被保险人住址、工作、婚姻状态以及投保本保险时提供的其他信息等发生重大变化（或者身故），投保人或被保险人应及时通知保险人。保险人有权调整承保条件或终止对相关被保险人的保险责任。

医疗机构就诊

第四十条 保险人仅对被保险人发生的符合通常惯例水平的医疗费用承担保险责任。

第四十一条 罹患疾病或遭受意外伤害后，被保险人应尽快前往医院、诊所、医师等处接受治疗，尤其是意外伤害，应在意外发生后 48 小时内接受治疗，以免伤情恶化、损害身体健康。

第四十二条 申请成为本保险合同的主被保险人，即意味着主被保险人及其代表的附属被保险人同意任何医疗机构、医师、药剂师等向保险人提供保险人认为处理本保险合同相关事宜所必要的医疗信息（包括完整医疗病历和诊断），保险人将对这些信息保密。

申请成为本保险合同的主被保险人，亦意味着主被保险人及其代表的附属被保险人同意保险人将所有医疗信息提供给相关机构以处理本保险合同相关事宜。

争议处理和法律适用

第四十三条 因履行本保险合同发生的争议，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或者争议发生后未达成仲裁协议的，依法向中华人民共和国境内（不包括港澳台地区）人民法院起诉。

第四十四条 与本保险合同有关的以及履行本保险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)。

其他事项

第四十五条 合同变更

除另有约定外,经投保人和保险人协商同意后,可变更本保险合同的有关内容。变更本保险合同时,投保人或被保险人应填写变更合同申请书,经保险人审核同意,并在本保险合同的保险单或其它保险凭证上加以批注,或由投保人、被保险人和保险人订立变更的书面协议后生效。

第四十六条 合同解除

在本保险合同成立后,投保人可以书面形式通知保险人解除合同**本保险合同**。

投保人解除本保险合同时,应提供下列证明文件和资料:

- (1) 保险合同解除通知书;
- (2) 投保人身份证明;
- (3) 保险卡(若有需自行剪毁);
- (6) 保险人需要的其它有关文件和资料。

投保人在保险责任开始生效日之前,或生效之日起 10 日内要求解除本保险合同的,自保险人接到保险合同解除通知书之时起,本保险合同的效力终止。保险人收到上述证明文件和资料之日起 30 日内全额退还投保人己交保险费, **保险人对在此期间发生的保险事故不承担保险责任。**

投保人在保险责任开始生效之日起的 10 日之后要求解除本保险合同的,若未发生保险事故,自保险人接到保险合同解除通知书之时起,本保险合同的效力终止,并在收到上述证明文件和资料之日起 30 日内退还本保险合同的未满期净保费。

第四十七条 保险人将为每一被保险人发放电子保险卡,该保险卡将用于记录以下信息:保险单号码、免赔额、自付比例、保障类型、特别约定、第三方管理机构号码、如何联系医疗服务网络、如何申请理赔等信息。保险卡是被保险人在网络医疗机构享受直接付费服务的凭证。

释义

1. **【保险人】**指与投保人签订本保险合同的京东安联财产保险有限公司及其分支机构。
2. **【周岁】**指按法定身份证明文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。
3. **【正常工作】**指全职,能够以惯常的方式履行其全部日常职责,且每周工作时间不少于二十小时。
4. **【子女】**指与主被保险人存在父母与子女关系的婚生或非婚生子女、养子女和抚养关系的继子女。

5. 【第三方管理机构】由保险人指定并代表保险人管理本保险合同或保险计划的公司、组织和合作伙伴。

6. 【不可抗力】指不能预见、不能避免并不能克服的客观情况。

7. 【等待期】指自本保险合同保险期间开始时间或被保险人成为本保险合同的被保险人首日（以较晚者为准）起保险人与投保人约定长度的期间，**保险人对被保险人在此时间段内发生的所有治疗和诊断费用不承担保险责任。**

8. 【住院】指完全出于接受医学必需的治疗目的被保险人彻夜占用医疗机构病床的行为。

9. 【意外伤害】指遭受外来的、突发的、非本意的、非疾病的使身体受到伤害的客观事件。

10. 【疾病】机体在一定病因作用下自稳调节紊乱而发生地异常生命活动过程，并引发一系列代谢、功能、结构的变化，表现为症状、体征和行为的异常。

11. 【医师】指具有医疗职业资格的任何人员，包括内科医师、全科医师、专业医师、医学顾问以及其他任何在相应准许和训练范围内从事医疗服务的人员，但不包括实习人员、在训人员。

12. 【保险人指定或认可的医疗机构】指在中国大陆境内（不含港澳台）合法的二级及以上公立医院普通部、特需部和国际部，及保险人指定的私立医院。**保险人指定的私立医院将在保险单上载明，保险人保留调整医院清单的权利，**被保险人可登陆保险人指定的互联网站或致电查询相关信息。

13. 【通常惯例水平】指以下两者中较低者：提供相应医疗服务的医疗机构对此医疗服务通常收费水平，同一地区其他医疗机构对居住在同一地区的（以邮政编码为准）、病情性质和严重程度类似的人员提供同样医疗服务的平均收费水平。若某医疗服务在当地区不常见或仅当地区少数医疗机构能够提供，保险人将参考下列因素确定通常惯例水平的医疗费用：治疗复杂性，治疗必要的专业程度，必要的医疗专业类型，相应医疗机构提供的医疗服务范围和种类，其他地区通常的收费水平。这里，地区指根据普遍认可的国际标准为取得类似医疗机构或类似医疗服务平均水平所必要的地域范围，可为一个城市、国家或更广的区域。

14. 【特定重大疾病】

（1）心血管疾病：包括冠心病、先天性心脏病、心肌梗塞、主动脉瘤。

（2）神经疾病：包括脑卒中、脑动脉瘤、阿尔茨海默病、帕金森病、脊髓空洞症、多发性硬化症。

（3）血液疾病：包括白血病、淋巴瘤、再生障碍性贫血、血小板减少性紫癜、血友病。

（4）肺部疾病：慢性阻塞性肺病、原发性肺动脉高压。

（5）消化疾病：肝硬化、重症肝炎。

（6）自身免疫性疾病：包括系统性红斑狼疮、系统性硬皮病。

（7）其他：包括所有肿瘤、主要器官衰竭或移植、囊性纤维化、黑斑息肉病、III度烧伤。

15. 【门诊】指以除在医院住院、彻夜治疗以外的其他方式接受的治疗。

16. 【获得性免疫缺陷综合症（AIDS）】其定义以世界卫生组织制定的定义为准。如果在被保险人的血液样本中发现艾滋病病毒或其抗体，则认定被保险人已被艾滋病病毒感染或患艾滋病。

17. 【既往症】在本保险合同生效前被保险人已知或应当知道的有关疾病或症状。通常有以下情况：

1) 本保险合同生效前，医生已有明确诊断，长期治疗未间断；

2) 本保险合同生效前，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) 本保险合同生效前, 医生已有明确诊断, 但未接受任何治疗。
- 4) 本保险合同生效前, 虽未经医生明确诊断和治疗, 但症状已经明显足以促使被保险人引起注意并寻求诊断、治疗或护理的症状。
18. 【顺势治疗】一种通过小剂量药物治疗以使病人症状渐渐接近常人的治疗方法, 比如通过给予小剂量的放松剂治疗腹泻。
19. 【针灸治疗】由具有相应资格的医师利用针刺与艾灸所进行治疗。

20. 【处方药】简称 Rx, 是由国家卫生行政部门规定或审定的, 必须由医生处方开据, 并且无处方无法从医院药房或药店获得药物。对于某些药物, 如维生素类, 草药, 阿司匹林, 感冒药, 以及实验性用药, 医疗器具等, 不需医生处方即可从医院药房或药店获得的, 即使是由医生建议, 也不能归类于处方药。

21. 【医学必需】指被保险人接受、使用或服用的治疗、服务、器械或药品符合以下条件: 第一, 医师处方要求且对治疗被保险人疾病或伤害合适且必需。第二, 与接受治疗当地普遍接受的医疗专业实践标准一致。第三, 并非为了个人舒适或为了被保险人父母、家庭、医师或其他医疗提供方便。第四, 最恰当、合适水平; 住院接受治疗时, 无法以门诊的方式对相应疾病和症状提供安全的医疗, 且当前病症处于**急性**(见释义 36) 或**亚急性**(见释义 37) 状态需要持续接受治疗、专业护理或**康复治疗**(见释义 38)。主要出于接受**慢性病**(见释义 39) 治疗、长期看护、**喘息照护**(见释义 40)、慢性病维持、协助**日常生活活动**(见释义 41) 的目的而住院的, 不属医学必需。第五, 非病人学术教育或职业培训的一部分或与之相关。第六, 非试验性或研究性。

22. 【专业护士】指国家护士注册机构护士登记名册中登记在案的护士。

23. 【临终关怀】指对终末期病人提供集成家庭或住院医护服务, 提供该服务的机构应满足下列全部条件: 第一, 取得了政府相关部门的批准; 第二, 二十四小时提供服务; 第三, 有医师直接管理和监控; 第四, 有注册护士指挥、协调护理服务; 第五, 被批准从事社会服务指导和协调; 第六, 主要目的为提供临终关怀服务; 第七, 有全职管理人员; 第八, 保存了所提供服务的全部书面记录。

24. 【监护】包括以下情形:

- (1) 治疗医师认为已达到最大限度康复但仍存在身体或智力残疾的人员提供的床位、护理等服务;
- (2) 对预计医疗或手术已不能使其在医疗机构外生活人员提供的床位、护理等服务;
- (3) 修养疗法、喘息照护, 以及家庭成员提供的家庭看护。

25. 【注意力缺陷症】是一种生物学方面改变所致的病理状态, 症状表现为: 注意力涣散、活动过多、冲动任性等。

26. 【注意缺陷多动障碍】一种常见的儿童精神障碍, 主要表现为超出了儿童年龄和发育正常范围的注意力集中困难、活动过多、冲动任性等症状。

27. 【发作性睡眠】是指一种不可抗拒的睡眠发作, 除正常睡眠外, 可在任何时间或场所(如行走、谈话、进食和劳动中)入睡, 不可自制。每次持续数分钟至数小时, 可一日数发(大多数的病因不明)。

28. 【先天性疾病和症状】指由于基因因素、先天性新陈代谢异常或其他因素导致的、出生时即存在的遗传性疾病和症状、出生缺陷、身体残疾、智障等发育不完全正常的疾病和症状, 这些疾病和症状可能在出生时显现或在出生后逐步显现。

29. 【战争】包括入侵、内战、敌对国家行为、叛乱、革命、武装叛变、武装夺权、战争武器爆炸等。类似战争的行为视为战争。

30. 【恐怖主义活动】指任何人或团伙出于政治、宗教、思想意识或类似目的,为对政府施加影响和(或)使全体或部分公众处于恐惧、不安状态的行为。恐怖主义活动包括但不限于实际使用或威胁使用武力或暴力。恐怖主义活动,可仅为实施该活动者本身行为,或代表某一机构、政府,或与某一机构、政府相关。

31. 【未到期净保费】指与每一主被保险人参保类型对应的保险费 $\times$ [1-(保险单已经过天数/保险期间天数)] $\times$ (1-10%)。经过天数不足一天的按一天计算。若本保险合同已发生过保险金给付,则未到期净保险费为零。

32. 【保险金额】指保险人承担相应保险责任的最大限额。

33. 【年度累计免赔额】指每一保险期间被保险人发生的保险责任范围内的累计费用中须首先由被保险人自行负担的金额。

34. 【自付比例】指被保险人发生的保险责任范围内的费用扣除免赔额后剩余部分中须由被保险人自行负担的比例。

35. 【保险费约定缴纳日】指保险合同生效日在每个缴费期的对应日。如果当期无对应的同一日,则以该期最后一日为对应日。

36. 【急性】指疾病病程短、病情相对严重(特别是严重急性病或外伤),需要进行短期的治疗。

37. 【亚急性】指病情具有急性病一些特征,处于急性和慢性之间。

38. 【康复治疗】指在既定的疗程内通过设计的维持项目改善病人身体状况,以免恶化并协助康复。被保险人住院接受康复治疗的,保险人仅对处于急性或亚急性阶段的病人住院承担保险责任,且须经过保险人或第三方管理机构的批准。

39. 【慢性病】不需要住院治疗,预期病程长久且无可合理预计的康复日期,可能复发、需要连续或定期护理的伤害、疾病或症状。

40. 【喘息照护】指出于减轻患慢性病或终末期疾病病人护理负担的目的,病人住院接受的照料和护理。

41. 【日常生活活动】指与个人生活自理基本行为相关的活动,包括但不限于行走、个人卫生、睡眠、如厕(控制大小便的能力)、穿衣、做饭、进食、上下床。(不适用于0-3岁婴幼儿)

(本页内容结束)