

国泰产险母婴住院医疗保险至臻 A 款（互联网）条款

C00013332512026030379703

第一章 总则

1 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（包含电子保单）或其他保险凭证、批单等材料组成。凡涉及本合同的约定，均应采用书面形式。

本合同的销售渠道仅限于互联网销售。

2 合同成立与生效

投保人提出保险申请，经保险人同意承保，本合同成立。

自本合同成立且投保人按照约定交付保险费后，本合同按照约定的时间开始生效。

3 投保人、被保险人与受益人

3.1 投保人

与保险人订立本合同，并按照合同约定负有支付保险费义务的组织或个人，可作为本合同的投保人。

3.2 被保险人

除另有约定外，投保时年龄在 20（含）周岁（见释义）至 45（含）周岁、身体健康且已经怀孕的女性，均可作为本合同的主被保险人（以下简称“孕产妇”）。

投保时孕产妇的腹中胎儿在保险期间内娩出成为活产儿（见释义）的，均可连带作为本合同的附属被保险人（以下简称“新生儿”）。

除特别标明外，本合同中与被保险人有关的表述，均完全适用于孕产妇和新生儿。

投保人在与保险人订立本合同时，应当对孕产妇具有保险利益，若孕产妇为无民事行为能力人或者限制民事行为能力人的，投保人应为其父母或者监护人。

3.3 受益人

除另有约定外，本合同的各项保险金受益人均为被保险人本人。

第二章 保障与免责内容

4 保险责任

本合同设四项保险责任且分为两类，一类适用于孕产妇，另一类适用于新生儿，由保险人选择其中一项或多项制订成保险方案。投保人投保的保险方案中包含的保险责任应以保险单中载明的为准，保险单中未载明的保险责任不生效，保险人不负责赔偿。

4.1 适用于孕产妇的保险责任

4.1.1 孕产妇一般住院医疗

在保险期间内，孕产妇在等待期后在指定医院（见释义）的普通部中接受住院（见释义）治疗，对于孕产妇实际产生的、合理且必要（见释义）的住院医疗费用，保险人在扣除约定的免赔额后，按照约定的给付比例给付保险金。

上述住院医疗费用，包括：床位费（见释义）、药品费（见释义）、膳食费（见释义）、治疗费（见释义）、检查检验费（见释义）、手术费（见释义）、加床费（见释义）、诊疗费（见释义）、救护车使用费（见释义）、护理费（见释义）。

在保险期间届满时，若孕产妇的本次住院治疗仍未结束的，除另有约定外，保险人将继续承担因本次住院发生的住院医疗费用，且最长至合同终止日后的第30日（含）为止。

保险人累计给付的金额以约定的保险金额为上限，达到保险金额时本项保险责任终止。

4.1.2 孕产妇严重妊娠并发症住院医疗

在保险期间内，孕产妇在等待期后经指定医院的专科医生（见释义）确诊罹患本合同约定的严重妊娠并发症（见释义），对于孕产妇在指定医院的普通部中治疗该严重妊娠并发症而实际产生的、合理且必要的住院医疗费用，保险人在扣除约定的免赔额后，按照约定的给付比例给付保险金。

上述住院医疗费用，包括：床位费、药品费、膳食费、治疗费、检查检验费、手术费、加床费、诊疗费、救护车使用费、护理费。

在保险期间届满时，若孕产妇的本次住院治疗仍未结束的，除另有约定外，保险人将继续承担因本次住院发生的住院医疗费用，且最长至合同终止日后的第30日（含）为止。

保险人累计给付的金额以约定的保险金额为上限，达到保险金额时本项保险责任终止。

若孕产妇的住院医疗费用已符合本项保险责任约定的给付条件，针对同次住院，保险人不承担“4.1.1 孕产妇一般住院医疗”保险责任。

4.2 适用于新生儿的保险责任

本合同设多胎系数，多胎系数=1÷新生儿（在保险期间内娩出的活产儿）数量。多胎系数在分娩时确定，后续不随新生儿身故而变更。若本合同“约定的给付比例乘以多胎系数”后的数值小于 25%的，保险人将按照 25%计算并给付保险金。

4.2.1 新生儿一般住院医疗

新生儿自出生之日起的约定天数内在指定医院的普通部中接受住院治疗，对于新生儿在该约定时间范围内实际产生的、合理且必要的住院医疗费用，保险人在扣除约定的免赔额后，按照“约定的给付比例乘以多胎系数”给付保险金。

上述约定时间范围须在保险单中载明，若超出合同终止日的，则以合同终止日为止。

上述住院医疗费用，包括：床位费、药品费、膳食费、治疗费、检查检验费、手术费、加床费、诊疗费、救护车使用费、护理费。

保险人在约定时间范围内累计给付的金额以约定的保险金额为上限，达到保险金额时本项保险责任终止。

4.2.2 新生儿先天性畸形手术住院医疗

新生儿的特定器官在保险期间内经专科医生确诊先天性畸形，对于新生儿在满 1 周岁前住院接受该特定器官先天性畸形手术治疗的，自该次手术住院之日起至其满 1 周岁期间在指定医院的普通部中治疗该特定器官先天性畸形而实际产生的、合理且必要的住院医疗费用，保险人在扣除约定的免赔额后，按照“约定的给付比例乘以多胎系数”给付保险金。

上述特定器官共 20 种：嘴唇、上颚、舌、手指、脚趾、眼、颅骨、脑、心脏、气管、支气管、食管、胆道、主动脉、肺动脉、睾丸、阴道、尿道、肛门、脊柱。

上述住院医疗费用，包括：床位费、药品费、膳食费、治疗费、检查检验费、手术费、加床费、诊疗费、救护车使用费、护理费。

保险人累计给付的金额以约定的保险金额为上限，达到保险金额时本项保险责任终止。

若新生儿的住院医疗费用已符合本项保险责任约定的给付条件，针对同次住院，保险人不承担“4.2.1 新生儿一般住院医疗”保险责任。

5 补偿原则和给付标准

本合同适用医疗费用补偿原则。若被保险人已从其他途径（包括但不限于基本医疗保险（见释义）、政府主办补充医疗（见释义）、公费医疗（见释义）、工伤保险、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方等）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在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偿。即意味着包括本合同在内的各种途径所给付的所有补偿金额之和不得超过被保险人实际发生的医疗费用。除另有约定外，基本医疗保险个人账户部分支出的医疗费用视为个人支出，不属于被保险人从其他途径获得的医疗费用补偿，保险人不进行前述扣除。

除另有约定外，基本医疗保险以被保险人的参保地的相关规定及政策结算为准。

6 等待期

本合同中各项保险责任的等待期，由投保人和保险人双方在订立保险合同时约定，并在保险单中载明。等待期，是指自本合同生效之日起，虽然发生了保险事故但是保险人不承担对应保险责任的一段时间。

7 责任免除

7.1 适用于孕产妇的责任免除

下列损失、费用和责任，或者在下列期间内、或因下列情形、或因下列原因导致的损失、费用和责任，保险人不承担孕产妇的保险责任：

(1) 分娩（含顺产、剖腹产、助产）、流产、产前产后检查、不孕不育治疗、人工受精、避孕、节育（含绝育及绝育恢复）以及由以上原因引起的并发症；

(2) 在等待期内产生的医疗费用，在等待期内确诊的疾病导致在等待期后产生的医疗费用；

(3) 牙科治疗、视力矫正手术、性病、减肥、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）、因任何原因造成的椎间盘突出症（包括椎间盘膨出、椎间盘突出、椎间盘脱出、游离性椎间盘等类型）、痔疮、颈椎病、鼻中隔偏曲、静脉曲张、睡眠呼吸障碍；

(4) 服用、吸食或注射毒品（见释义），或者受到管制药物的影响；酒精中毒、酗酒（见释义）、酒后驾驶（见释义）、无合法有效驾驶证驾驶（见释义）或驾驶无合法有效行驶证（见释义）的机动车（见释义）；进行高风险活动（见释义）；

(5) 精神和行为障碍（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），遗传性疾病（见释义），先天性畸形、变形或染色体异常（见释义）；

(6) 故意自伤、自杀，但自杀时为无民事行为能力人的除外；故意犯罪或者抗拒依法采取的刑事强制措施；挑衅或故意行为而导致的打斗、被袭击或被谋杀。

7.2 适用于新生儿的责任免除

下列损失、费用和责任,或者在下列期间内、或因下列情形、或因下列原因导致的损失、费用和责任,保险人不承担新生儿的保险责任:

(1) 在本合同生效后 15 天(含)内早产(见释义)的,不承担“4.2.1 新生儿一般住院医疗”保险责任;

(2) 疫苗接种,连体婴儿的任何费用。

7.3 通用责任免除(适用于孕产妇和新生儿)

下列损失、费用和责任,或者在下列期间内、或因下列情形、或因下列原因导致的损失、费用和责任,保险人不承担保险责任:

(1) 在本合同生效之前,孕产妇或腹中胎儿已患有的且已知晓的有关疾病或症状;保险单或批单中载明的除外疾病;

(2) 特需医疗、外宾医疗、干部病房、联合病房、国际部/国际医疗中心、VIP 部、联合医院,或者其他不属于普通部的机构、科室、医疗服务;

(3) 预防性、康复性、保健性、试验性、研究性治疗;健康检查/体检;医疗咨询和健康预测(见释义);基因或 DNA 检测、家族疾病筛查、基因疗法(见释义);美容整容整形(见释义);未遵医嘱私自服用、涂用、注射药物;医疗鉴定(见释义)、医疗意外(见释义)和医疗事故;代诊及非正常住院行为(见释义);保健食品及用品,矫治和防护器械、康复治疗医疗器械和辅助装置(见释义)的安装、购买、租赁和置换;

(4) 感染艾滋病病毒或患艾滋病(见释义)期间;

(5) 投保人对被保险人的故意杀害、故意伤害;

(6) 核爆炸、核辐射或核污染,战争、军事冲突、暴乱或武装叛乱、恐怖袭击;

(7) 不属于保险责任约定范围的任何医疗费用。

8 其他责任免除条款

除本合同第 7 条“责任免除”外,本合同中还有一些免除保险人责任的条款,详见本合同的第 4 条“保险责任”、第 5 条“补偿原则和给付标准”、第 6 条“等待期”、第 10 条“保险金额、免赔额和给付比例”、第 12 条“投保人、被保险人义务”、第 13 条“保险金的申请与给付”、第 14 条“合同的变更、解除和终止”、第 16 条“释义”中部分加粗文字标示的内容。

9 保险期间与不保证续保

本合同的保险期间，由投保人和保险人双方在订立保险合同时约定，并在保险单中载明，最长为一年。本合同为不可续保合同。

10 保险金额、免赔额和给付比例

10.1 保险金额

本合同中各项保险责任的保险金额，由投保人与保险人双方在订立保险合同时约定，并在保险单中载明。

保险金额，是指在保险期间内，属于保险责任范围内的、应由保险人承担给付保险金责任的最高限额。

10.2 免赔额

本合同中各项保险责任的免赔额，由投保人与保险人双方在订立保险合同时约定，并在保险单中载明。除另有约定外，本合同的免赔额类型为累计免赔额。

免赔额，是指在保险期间内被保险人发生保险责任范围内的费用中须首先由被保险人自行承担、且保险合同不予赔付的金额。

除另有约定外，基本医疗保险、政府主办补充医疗、公费医疗和工伤保险已经报销的部分，不可用于抵扣免赔额；除基本医疗保险、政府主办补充医疗、公费医疗和工伤保险以外的其他途径已获得的属于本合同保险责任范围内的医疗费用补偿，以及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（包括被保险人基本医疗保险个人账户部分支出的医疗费用），可用于抵扣免赔额。

10.3 给付比例

对于本合同中各项保险责任，投保人和保险人双方在订立保险合同时针对以下情形中的一种或多种约定不同的给付比例，并在保险单中载明：

(1) 参加或使用基本医疗保险情形

a) 被保险人以参加基本医疗保险身份投保并且使用基本医疗保险结算；b) 被保险人以参加基本医疗保险身份投保但未使用基本医疗保险结算；c) 被保险人以未参加基本医疗保险身份投保。

除另有约定外，1) 若被保险人本年度已达到基本医疗保险规定的最高支付限额，并由此导致本年度的后续治疗费用无法继续获得基本医疗保险补偿的，2) 若被保险人已使用基

本医疗保险结算，但基本医疗保险报销金额为零的，均不属于“以参加基本医疗保险身份投保但未使用基本医疗保险结算”的情形。

(2) 住院医疗费用分段情形

对于被保险人在本合同保险责任约定时间范围内实际发生的、属于保险责任范围内的医疗费用金额（须事先扣除已从基本医疗保险、政府主办补充医疗、公费医疗和工伤保险中报销的金额）在扣除约定的免赔额后剩余的累计金额，保险人可分设多个段位区间，不同段位区间可分设不同的给付比例。

给付比例，是指保险人在扣除免赔额后在保险责任范围内给付的剩余部分医疗费用的百分比。

10.4 额度共用标准

保险人在制订保险方案时：

(1) 可以分别设置每一项保险责任单独适用的保险条件（包括保险金额、免赔额、给付比例），也可以为多项保险责任设置共同适用同一个保险条件；

(2) 可以为孕产妇/新生儿分别设置单独适用的保险条件，也可以为孕产妇/新生儿设置共同适用同一个保险条件；

具体保险条件的适用标准由投保人与保险人双方在订立保险合同时约定，并在保险单中载明。

第三章 通用内容

11 保险人义务

11.1 提示和说明

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。

11.2 保险单和保险凭证

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。

11.3 索赔资料不完整通知

保险事故发生后, 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。

12 投保人、被保险人义务

12.1 交费义务

本合同保险费的支付方式分为一次性支付和分期支付, 由投保人和保险人在订立保险合同时约定, 并在保险合同中载明。

(1) 若投保人选择一次性支付保险费, 应当在订立合同时一次交清保险费。**投保人未按照合同约定的期限支付保险费的, 保险合同不生效。**

(2) 若投保人选择分期支付保险费, 需经投保人申请并经保险人同意, 并在本合同中载明保险费分期支付的周期。**保险费分期支付应遵循平均分配的规则, 即投保人支付的每期保险费的金额应保持一致。投保人应在订立合同时一次交清首期保险费, 未按约定交纳首期保险费的, 保险合同不生效。**

投保人在交清首期保险费后: 若投保人未按照保险合同约定的付款时间足额交纳当期保险费(非首期)的, 保险人同意投保人在宽限期内补交, 补交后保险合同继续有效, 且被保险人在宽限期内发生的保险事故, 保险人仍将按照保险合同的约定承担保险责任; **若投保人未按照保险合同约定的付款时间足额交纳当期保险费, 且在宽限期内仍未足额补交当期保险费的, 则本合同的保险期间自上一个交费周期结束时终止, 保险期间终止后(包括宽限期内), 被保险人发生的任何事故, 保险人不承担给付保险金的责任。**

除另有约定外, 发生保险事故后, 保险人依照合同约定给付保险金的, 保险人有权扣减或要求投保人补足保险期间内所有未交期间的保险费。投保人己交纳的保险费, 与保险人扣减或投保人补足的保险费之和应等于本合同约定的保险费总额。

保险费交纳的宽限期, 由投保人和保险人双方在订立保险合同时约定, 并在保险合同中载明。

12.2 如实告知义务

订立保险合同时, 保险人就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, 保险人有权解除合同。

前款约定的合同解除权, 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。

12.3 联系方式变更通知义务

投保人的联系方式发生变更，应及时以书面形式或者双方认可的其他形式通知保险人。投保人未通知的，保险人按照本合同所载的最后联系方式发送的有关通知，均视为已发送给投保人。

12.4 年龄的确定与错误处理

孕产妇的投保年龄，应以法定身份证件登记的周岁年龄为准。孕产妇的投保年龄必须符合本合同中有关年龄的要求。投保人在申请投保时，应如实填写孕产妇的周岁年龄情况。若发生错误，保险人按照以下约定处理：

(1) 投保人申报的孕产妇年龄不真实，且真实年龄不符合本合同约定的投保年龄限制的，保险人有权解除本合同，并向投保人退还未满期净保险费（见释义）。对于本合同解除前发生的保险事故，保险人不承担给付保险金的责任。

(2) 投保人申报的孕产妇年龄不真实，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。若已发生保险事故，保险人在给付保险金时按照实付保险费与应付保险费的比例给付。

(3) 投保人申报的孕产妇年龄不真实，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。

12.5 职业变更通知义务

投保本合同时，投保人应确认孕产妇的职业类型在保险人同意承保的范围内（或者不在保险人拒绝承保的范围内），对于投保人因孕产妇的职业类型问题错投或者误投本合同的，保险人有权解除本合同且不承担给付保险金的责任，并将已收取的全部保险费无息退还投保人。

在保险期间内，孕产妇变更其职业或工种时，投保人或孕产妇应自变更之日起的 10 日内以书面形式通知保险人。

孕产妇所变更的职业或者工种属于保险人拒绝承保范围的，保险人有权解除本合同，保险责任自其职业或工种变更之日起终止，并退还对应的未到期净保险费。

孕产妇所变更的职业或工种属于保险人拒绝承保的范围且并未按照本条的约定通知保险人，致使其危险程度显著增加而发生的保险事故，保险人不承担给付保险金的责任。

12.6 保险事故通知

发生保险事故后，投保人、被保险人或受益人应及时通知保险人，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，不承担给付保险金的责任，但保险人通过其他途径已经及时知道或者应当及时知道保险事故发生的除外。

上述约定，不包括因不可抗力（见释义）而导致的迟延。

13 保险金的申请与给付

13.1 保险金申请材料

保险金申请人（见释义）向保险人申请给付保险金时，应当以书面形式提供以下证明和资料。保险金申请人因特殊原因不能提供以下材料的，应提供其他合法有效的材料。保险金申请人未能提供有关材料，导致保险人无法核实的，保险人对无法核实部分不承担给付保险金的责任。

（1）保险金给付申请（书）。

（2）保险金申请人、被保险人的有效身份证明。

（3）涉及孕产妇时：健康/保健手册、孕期检查报告。

（4）涉及新生儿时：出生医学证明。

（5）符合保险责任约定范围的医疗机构出具的支持索赔的全部账单、证明、信息和证据，**包括但不限于**医疗费用发票/收据（原件）、费用明细清单/账目、病历资料、入/出院记录（如包含住院的）、诊断证明、处方、医嘱单、病理检查报告、化验检查报告、医学影像检查资料等。

如被保险人在基本医疗保险经办机构、其他保险人或其他单位已经获得部分医疗费用赔偿，医疗费用收据原件已被赔付或报销单位留存，保险金申请人在提出索赔申请时，应向保险人提交医疗费用收据财务分割单或在医疗费用收据复印件上注明已赔付金额，并加盖赔付单位的财务章。

(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；受益人为无民事行为能力人或者限制民事行为能力人的，由其监护人代为申领保险金，并需要提供监护人的身份证明等资料。

13.2 保险金的给付

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，应当在三十日内作出核定，但保险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十日内，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三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。

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，应当支付相应的差额。

13.3 诉讼时效

保险金申请人向保险人请求给付保险金的诉讼时效期间以现行有效的《中华人民共和国保险法》中有关诉讼时效的规定为准，自其知道或者应当知道保险事故发生之日起计算。

14 合同的变更、解除和终止

14.1 合同变更

在本合同有效期内，经投保人与保险人双方协商一致，可以变更本合同的有关内容。变更本合同的，应当由保险人在保险单上批注或者附贴批单，或者由投保人与保险人订立书面的变更协议。

投保人通过保险人认可或同意的网站等互联网渠道申请变更本合同的，可视为投保人的书面申请，并与书面申请文件具有同等法律效力。

14.2 合同解除

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。投保人通过保险人认可或同意的网站等互联网渠道申请解除本合同的，可视为投保人的书面申请，并与书面申请文件具有同等法律效力。其中：

(1) 在本合同的生效日之前，投保人要求解除本合同的，自保险人接到保险合同解除申请之日起，本合同的效力终止，保险人应当全额退还已收取的保险费。

(2) 在本合同的生效日之后，可以设置一段时间的犹豫期，具体天数由投保人与保险人双方在订立保险合同时约定，并在保险合同中载明。

在犹豫期内，投保人要求解除本合同的，自保险人接到保险合同解除申请之日起，本合同的效力终止，保险人应当全额退还已收取的保险费。**投保人要求在犹豫期内解除本合同的，对于合同解除前被保险人发生的保险事故，保险人将不承担任何保险责任，若保险人已经承担保险责任的，被保险人应当向保险人退还已经支付的保险金，投保人对被保险人退还保险金应承担连带责任。**

(3) 在本合同的保险期间内且犹豫期届满后，投保人要求解除本合同的，自保险人接到保险合同解除申请之日起，本合同的效力终止，保险人将向投保人退还未满期净保险费。

14.3 合同终止

发生下列任一情况的，本合同按如下约定时间终止：

(1) 保险期间届满的，本合同自保险期间届满时起终止；

(2) 分娩前孕产妇身故或者分娩后孕产妇和新生儿全部身故的，本合同自最后一名被保险人身故时起终止；

(3) 本合同列明的其他合同解除或终止的情形，本合同按其约定予以终止。

15 争议处理和法律适用

15.1 争议处理

保险合同争议的解决方式，由当事人在保险合同中约定从下列两种方式中选择一种：

(1) 因履行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委员会仲裁；

(2) 因履行保险合同发生的争议，由当事人协商解决，协商不成的，依法向中华人民共和国（不包括港澳台地区）具有管辖权的人民法院提起诉讼。

15.2 法律适用

本合同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）。

本合同的约定与《中华人民共和国保险法》等法律法规的规定相悖之处，以法律法规的规定为准；本合同未尽事宜，以《中华人民共和国保险法》等法律法规的规定为准。

第四章 释义

16 释义

本合同中出现下列名词时，将适用以下释义：

16.1 周岁

指按合法的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。

16.2 活产儿

指娩出后有心跳、呼吸、脐带搏动、随意肌收缩 4 项生命体征之一的新生儿。

16.3 指定医院

指经中华人民共和国国家卫生健康行政部门审核认定的**二级及以上公立医院或保险人扩展承保的医疗机构**，该医院或医疗机构必须具有系统的、充分的诊断设备，全套外科手术设备及能够提供 24 小时的医疗与护理服务的能力或资质，**且不包括如下的医疗机构、科室或医疗服务：**

- (1) 诊所、康复中心、家庭病床、护理机构；
- (2) 疗养、休养、戒酒、戒毒、精神心理治疗中心；
- (3) 保险人不予理赔的医疗机构。

保险人若有扩展承保的医疗机构清单及不予理赔的医疗机构清单，将在保险单中载明，且保险人保留对前述清单进行变更的权利，如有变更的，具体清单以保险人在产品销售页面（或官方网站）公示的为准。

16.4 住院

指因发生保险合同约定的保险事故而入住医院的正式病房接受全天 24 小时监护治疗的过程，并正式办理入院手续，**但不包括下列情况：**

- (1) 在医院的门（急）诊观察室、家庭病床（房）入住；
- (2) 在特需病房、国际部、外宾病房或其他不属于社会基本医疗保险范畴的高等级病

房入住；

(3) 在疗养院、康复科、康复病床接受治疗，或接受康复相关治疗；

(4) 住院接受治疗期间，一天内未接受与入院诊断相关的检查和治疗、或一天内住院不满 24 小时，但遵医嘱到院外接受临时检查 and 治疗的除外；

(5) 住院体检；

(6) 住院接受治疗期间，不符合入院标准、挂床住院及医院确定应当出院之日而拒不出院；其中，挂床住院是指办理正式的住院手续，在住院期间每日非 24 小时在院，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；

(7) 不遵守医院的规章制度，不配合治疗的行为产生的后果导致住院接受治疗。

16.5 合理且必要

指符合以下两个条件：

(1) 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。

(2) 医学必要：指被保险人接受治疗或服务、使用医疗器械或服用药品符合以下条件：

a. 医师处方要求且对治疗被保险人疾病或伤害合适且必需；

b. 在范围、持续期、强度、护理上不超过为被保险人提供安全、恰当、合适的诊断或治疗所需的水平；

c. 与接受治疗地普遍的医疗专业实践标准一致；

d. 非主要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的方便；

e. 非病人学术教育或职业培训的一部分或与之相关；

f. 非试验性或研究性。

16.6 床位费

指被保险人实际发生的医院床位的费用，包括：

(1) **普通床位费**：以双人病房的费用标准为上限。若某一医院的病房有两种或以上符合前述定义的病房，则应按其中最便宜的病房计算床位费。

(2) **重症监护室床位费**：指出于医学必要被保险人必须接受在重症监护室进行合理且必要的治疗而产生的床位费。其中，重症监护室指经国家卫生健康主管部门批准，在医院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。

床位费不包括单人病房、陪床、观察床位、套房和家庭病床的费用，也不包括保险人不予理赔的病床费用。

保险人若有不予理赔的病床费用，将在保险单中载明，且保险人保留对前述费用进行变更的权利，如有变更的，具体以保险人在产品销售页面（或官方网站）公示的为准。

16.7 药品费

指实际发生的、合理且必要的、由就诊医院的专科医生开具的、具有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、非就诊医院内的药房购买的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。

16.8 膳食费

指根据就诊医院的专科医生的书面医嘱，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、合理且符合惯常标准的膳食费用。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。

16.9 治疗费

指以治疗疾病为目的，提供必要的医学手段而发生的、合理且必要的治疗费用，包括注射费、输血费、输氧费、体外反搏费等。具体以就诊医院费用项目划分为准。

本项费用不包含：

(1) 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、冷疗、水疗、超声波疗法等；

(2) 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；

(3) 其他特殊疗法：包括顺势治疗、职业疗法及语音治疗。

16.10 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且必要的医疗费用，包括 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。

16.11 手术费

指实际发生的、当地卫生健康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。

16.12 加床费

指未满 18 周岁的被保险人在住院治疗期间，根据保险合同约定给付其合法监护人（限 1 人）在医院留宿发生的加床费；或女性被保险人在住院医疗期间，根据保险合同约定给付其一周岁以下哺乳期婴儿在医院留宿发生的加床费。

16.13 诊疗费

指实际发生的、合理且必要的、包括住院诊疗费、会诊费、出诊费、挂号费等在内医生诊疗的费用。

16.14 救护车使用费

在住院期间以抢救生命或治疗疾病为目的，根据就诊医院专科医生建议，被保险人需医院转诊过程中的医院用车费用。

16.15 护理费

指根据就诊医院的专科医生的书面医嘱所示的，根据护理等级确定的、对被保险人提供临床护理服务所收取的费用。

16.16 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。

16.17 严重妊娠并发症

详见本合同后附约定的附表。

16.18 基本医疗保险

指《中华人民共和国社会保险法》中所规定的基本医疗保险，包括职工基本医疗保险、新型农村合作医疗、城镇居民基本医疗保险等政府举办的基本医疗保障项目。

16.19 政府主办补充医疗

指城乡居民大病保险、城镇职工大额医疗保险、城镇居民大额医疗保险等由政府主办对基本医疗保险进行补充的医疗保障项目，大额医疗保险在各地的具体名称会有所不同，以投保所在地政府主管部门规定的名称为准。

16.20 公费医疗

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

16.21 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循医嘱使用的用于治疗疾病但含有毒品成分的处方药品。

16.22 酗酒

指酒精摄入过量。长期过量饮酒导致身体脏器严重损害，或一次大量饮酒导致急性酒精中毒或自制力丧失造成自身伤害、斗殴肇事或交通肇事。酒精过量应由医疗机构或公安部门判定。

16.23 酒后驾驶

指经检测或者鉴定，发生事故时车辆驾驶人员每百毫升血液中的酒精含量达到道路交通相关法规的规定标准，被公安机关交通管理部门依法认定为饮酒后驾驶或醉酒后驾驶。

16.24 无合法有效驾驶证驾驶

指下列任何情形：

1. 无驾驶证驾驶或者持有效期已届满的驾驶证驾驶；
2. 驾驶的机动车与驾驶证载明的准驾车型不符；
3. 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；
4. 持未按规定审验的驾驶证驾驶，以及驾驶证被暂扣、扣留、吊销或者注销期间驾驶机动车；
5. 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；
6. 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驶机动车。

16.25 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. 无公安机关交通管理部门核发的行驶证、号牌，或临时号牌或临时移动证的机动车；
3. 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车，未依法按时进行或通过机动车安全技术检验。

16.26 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。

16.27 高风险活动

(1) 活动过程中必然涉及 2 米以上水深的水域水面或水下活动，包括但不限于各类、各级别的潜水（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活动）、自然水域游泳（包括人工湖或人工水库）、跳水、滑水、滑冰等活动；

(2) 活动过程中必然涉及距离普通正常理解的地面超过 10 米的高空的活动，包括但不限于跳伞、蹦极、非商业性的驾驶飞机等飞行器飞行、滑翔机或滑翔伞、翼装飞行、滑翔翼、热气球、攀岩（指攀登悬崖、建筑物外墙、人造悬崖、冰崖、冰山和雪山等活动）等；

(3)故意进入一般认知中存在生命危险的环境中或进入未经人工开发的自然区域活动,包括但不限于各类探险活动(指在某种特定的人工或自然条件下有失去生命或使身体受到伤害的危险,而使自己置身于其中的行为,如攀爬建筑、在离地超过 10 米的建筑物的顶部或建筑物外无护栏部位逗留、江河漂流、徒步穿越沙漠、无人区或原始森林等活动)和除商业航线飞行外的航空航天活动;

(4) 各类搏击类或军事活动,如摔跤、武术比赛(指两人或两人以上对抗柔道、空手道、跆拳道、散打、拳击等各种拳术及各种使用器械的对抗性比赛)、彩弹射击等仿真枪战活动;

(5) 各类特技表演,指从事马术、杂技、驯兽、飞车等特殊技能活动;

(6) 除竞走、跑步以外的竞速活动,如赛马、赛车、滑雪、滑冰等。

16.28 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。

16.29 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。

16.30 早产

指孕产妇分娩新生儿之日的孕周小于 37 周。

16.31 医疗咨询和健康预测

包括但不限于:健康咨询、睡眠咨询、性咨询、心理咨询(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)等。

16.32 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。

16.33 美容整容整形

指各种美容整形项目, **包括但不限于:**

(1) 非功能性整容及矫形、平足;

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

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

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

(5) 各种健美治疗项目，如营养、减肥、增胖、增高费用。

16.34 医疗鉴定

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

16.35 医疗意外

指在有相应等级资质的医院接受治疗过程中发生的、不能归责于医疗机构或医护人员责任的、由于患者的病情或患者体质的特殊性而产生的难以预料和防范的不良后果。

16.36 代诊及非正常住院行为

(1) 冒名住院、被保险人未到达医院就诊即代诊；

(2) 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。

16.37 康复治疗医疗器械和辅助装置

包括康复治疗器械、康复设备、假体、义肢、义眼、义齿、轮椅、拐杖、助听器、眼镜或隐形眼镜、矫形支架、颈椎/腰椎牵引器、植入式心脏事件监测设备（植入式心脏检测仪/可插入循环记录器）、植入性神经刺激器、植入式药物泵等。

16.38 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。

16.39 未到期净保险费

指保险人应退还的剩余保险期间的保险费，并按照以下公式计算：

(1) 若保险费为一次性支付的:

未到期净保险费=净保险费 \times (1-m/n)。其中,净保险费=投保人所支付的保险费 \times (1-退保手续费率),除另有约定外,退保手续费率为35%;m为保险责任开始之日起至合同解除之日止期间的天数,n为保险期间的天数,经过天数不足一天的按一天计算。

(2) 若保险费为分期支付的:

未到期净保险费=当期净保险费 \times (1-x/y)。其中,当期净保险费=投保人当期所支付的保险费 \times (1-退保手续费率),除另有约定外,退保手续费率为35%;x为当期保险责任开始之日起至合同解除之日止期间的天数,y为当期保险责任的总天数,经过天数不足一天的按一天计算。

如果保险人根据本合同的约定已给付保险金,或者被保险人已发生本合同约定的保险事故但尚未给付保险金的,或者孕产妇已经分娩的,本合同的未到期净保险费为零。

16.40 不可抗力

指不能预见、不能避免并不能克服的客观情况。

16.41 保险金申请人

指被保险人或受益人、(或)被保险人或受益人的继承人、(或)依法享有保险金请求权的其他自然人。

附表:严重妊娠并发症

| 序号 | 名称 | 备注 |
|----|----------|--|
| 1 | 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。分娩过程中,出现下列不能用其他原因解释的情况之一,即可诊断: (1)血压骤降或心脏骤停; (2)急性缺氧或呼吸困难、发绀或呼吸停止; (3)凝血机制障碍,或无法解释的严重出血。 |
| 2 | 弥漫性血管内凝血 | 指因凝血功能障碍导致全身性出血不止及器官损伤,是一种妊娠所并发的致命性疾病,须经专科医生确诊,并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 $<100\times 10^9/L$ 或者呈进行性下降; (2)血浆纤维蛋白原含量 $<1.5g/L$ 或者 $>4g/L$ 或者呈进行性下降; (3)3P 试验阳性或者血浆 FDP $>20mg/L$; (4)凝血酶原时间 >15 秒或者超过对照组3秒以上。 |
| 3 | 子宫切除 | 指因严重的胎盘植入、产后出血等原因在分娩后切除子宫。 |
| 4 | 子宫翻出 | 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。 |
| 5 | 严重会阴裂伤 | 指会阴裂伤III度或IV度，即撕裂的伤口已累及肛门括约肌。 |
| 6 | 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全层裂开，宫腔与腹腔相通，需尽快行手术治疗。 先兆子宫破裂不在保障范围之内。 |
| 7 | 中重度子宫脱垂 | 指孕产妇确诊罹患子宫脱垂，并且达到宫颈脱出阴道口的程度。 |
| 8 | 尿瘘 | 指因产伤或手术损伤导致尿路与生殖道之间形成异常通道，使尿液可以进入生殖道。 |
| 9 | 粪瘘 | 指因产伤或手术损伤导致肠道与生殖道之间形成异常通道，使肠内容物可以进入生殖道。 |
| 10 | 输尿管破裂 | 指因分娩过程中牵拉或剖宫产手术损伤输尿管，导致尿液经输尿管损伤处漏入腹腔。 |
| 11 | 较重围产期心肌病 | 指孕产妇在妊娠满 28 周后至保险期间届满前发生的扩张性心肌病，并必须同时满足下列所有条件： (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； (3)心力衰竭达到美国纽约心脏病学会心功能状态分级III级或同等级别。 |
| 12 | 子痫症 | 又称“重度妊娠高血压综合症”，指血压持续高 160mmHg/110 mmHg、蛋白尿大于等于 5g/24h 或者尿常规中蛋白(++)-(++++)(和/或者)伴水肿，有头痛等自觉症状，并且有抽搐或者昏迷。须经专科医生确诊，并提供同时具有下列条件中的至少两项的医学证明： (1)血肌酐升高(>1.6mg/dl)； (2)少尿(24 小时总尿量少于 500 毫升)； (3)出现神经系统的异常或者视力异常； (4)肺水肿； (5)黄疸进行性加重； (6)胎儿宫内死亡； (7)血小板减少，凝血症。 子痫前期和先兆子痫不在保障范围之内。 |
| 13 | 脐带肿瘤 | 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。 |
| 14 | 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。 |
| 15 | 侵蚀性葡萄胎 | 指异常增生的绒毛组织浸润性生长浸入子宫肌层或者转移至其他器官或者组织的葡萄胎，并已经进行化疗或者手术治疗的。 |
| 16 | 绒毛膜癌 | 指恶性的滋养细胞肿瘤，须由组织病理学检查确诊。 |
| 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。 |
| 18 | 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>10μmol/L。 |
| 19 | 哺乳期急性化脓性乳腺炎 | 指哺乳期内因急性乳腺炎发展至乳房脓肿，需切开引流或穿刺引流的手术治疗。 |
| 20 | 乳房恶性疾病 | 包括导管原位癌、小叶原位癌、浸润性导管癌、浸润性小叶癌、乳房血管肉瘤、乳房神经内分泌肿瘤、乳房皮肤癌及其他生长于乳房的恶性肿瘤，上述疾病须由组织病理学诊断。 |