

## 国泰产险个人门急诊医疗保险（互联网 E1 款）条款

C00013332512025111003123

### 1 总则

#### 1.1 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，下同）或其他保险凭证、批单等材料组成。凡涉及本合同的约定，均采用书面形式。

本合同的销售渠道仅限于互联网销售。

#### 1.2 投保人与被保险人

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个人，可作为本合同的投保人。

除另有约定外，投保时年龄在 0（含）周岁（见释义，下同）至 100（含）周岁、身体健康且能正常工作、生活的自然人，均可作为本合同的被保险人；其中，投保时被保险人为 0 周岁的，应出生满 30 天。被保险人年满 100 周岁前（含 100 周岁），保险期间届满，投保人可以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。

投保人在与保险人订立本合同时，应当对被保险人具有保险利益。若被保险人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。

#### 1.3 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。

### 2 保险责任

本合同设三项保险责任，由保险人选择其中一项或多项制订成保险方案供投保人选择和投保。投保人选择投保的保险方案中包含的保险责任应以保险单或批单上载明的为准，保险单和批单上未载明的保险责任不生效，保险人不负责赔偿。

#### 2.1 互联网药品费用

在保险期间内，被保险人在本项保险责任约定的等待期后遭受意外伤害（见释义，下同）事故或者罹患疾病而在本合同约定的互联网药店（见释义，下同）中实际产生的且符合如下各项约定条件的互联网药品费用，保险人在扣除本项保险责任约定的每日免赔额后，按照本项保险责任约定的给付比例，在本项保险责任约定的保险金额内支付保险金。

本项保险责任所称的互联网药品费用，必须同时满足以下条件：

- ① 该药品须由本合同约定的互联网医院（见释义）的医生开具处方（见释义，下同），且药品处方符合中国国家药品监督管理部门批准的该药品说明书中所列明的适应症和用法用量，且为被保险人当前治疗必需的药品；
- ② 每次药品处方剂量符合国家卫生健康行政主管部门对于处方剂量的规定（见释义）；
- ③ 开具的药品处方仅限治疗被保险人在等待期后遭受意外伤害事故或罹患的疾病；
- ④ 该药品必须为本合同期满日前在中国国家药品监督管理部门批准且已在中国（不包括港、澳、台地区）上市的药物；
- ⑤ 被保险人须在本合同约定的互联网药店购买上述处方中所列的药品。

对于不满足上述条件的药品费用，保险人不承担给付保险金的责任。

在保险期间内，无论被保险人发生一次或多次上述保险事故，保险人均按上述约定承担给付保险金责任，但保险人在每日内累计给付金额以保险单载明的本项保险责任的日限额（如有）为上限，累计给付金额以保险单载明的本项保险责任的保险金额为上限。保险人累计给付的保险金总额达到保险单载明的本项保险责任的保险金额时，保险人对被保险人的本项保险责任终止。

## 2.2 一般疾病门急诊

在保险期间内，被保险人在本项保险责任约定的等待期后罹患特定疾病（见释义，下同）以外的疾病而在保险人认可的医院（见释义，下同）中接受门诊或急诊治疗，对于被保险人实际支出的、合理且必要（见释义，下同）的、符合当地基本医疗保险（见释义，下同）规定目录范围内的门诊或急诊医疗费用，保险人在扣除本项保险责任约定的每日免赔额后，按照本项保险责任约定的给付比例，在本项保险责任约定的保险金额内支付保险金。

在保险期间内，无论被保险人发生一次或多次上述保险事故，保险人均按上述约定承担给付保险金责任，但保险人在每日内累计给付金额以保险单载明的本项保险责任的日限额（如有）为上限，累计给付金额以保险单载明的本项保险责任的保险金额为上限。保险人累计给付的保险金总额达到保险单载明的本项保险责任的保险金额时，保险人对被保险人的本项保险责任终止。

## 2.3 特定情形门急诊

在保险期间内，被保险人在本项保险责任约定的等待期后遭受意外伤害事故或者罹患特定疾病而在保险人认可的医院中接受门诊或急诊治疗，对于被保险人实际支出的、合理且必要的门诊或急诊医疗费用，保险人在扣除本项保险责任约定的每日免赔额后，按照本项保险责任约定的给付比例，在本项保险责任约定的保险金额内支付保险金。

在保险期间内，无论被保险人发生一次或多次上述保险事故，保险人均按上述约定承担给付保险金责任，但保险人在每日内累计给付金额以保险单载明的本项保险责任的日限额（如有）为上限，累计给付金额以保险单载明的本项保险责任的保险金额为上限。保险人累计给付的保险金总额达到保险单载明的本项保险责任的保险金额时，保险人对被保险人的本项保险责任终止。

### 3 补偿原则和给付标准

#### 3.1 补偿原则

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、政府主办补充医疗、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。基本医疗保险个人账户部分支出视为个人支付，不属于已获得医疗费用补偿，不进行前述扣除。

#### 3.2 给付标准

给付比例由投保人和保险人双方在订立保险合同时协商确定，并在保险合同中载明。

若被保险人已参加基本医疗保险、公费医疗，但未以参加基本医疗保险、公费医疗身份就诊并结算的，则保险人根据保险单中单独约定的给付比例进行给付。

### 4 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协商确定，并在保险合同中载明。其中，等待期是指自保险合同生效之日起，由保险人与投保人约定的、虽然发生了保险事故但是保险人不承担保险责任的一段时间。

### 5 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，保险人不承担保险责任：

(1) 先天性疾病、遗传性疾病（见释义）、先天性畸形、变形或染色体异常（见释义）；被保险人所患既往症（见释义）；

(2) 故意行为或违法犯罪行为：被保险人故意犯罪或者抗拒依法采取的刑事强制措施、被政府依法拘禁或入狱期间；被保险人自杀，但被保险人自杀时为无民事行为能力人的除外；被保险人故意自伤或因被保险人挑衅或故意行为而导致的打斗、被袭击或被谋杀；醉酒，服用、吸食或注射毒品；未遵医嘱，擅自服用、涂用、注射药物；被保险人酒后驾驶、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；

(3) 非疾病性治疗：预防性、康复性、保健性、美容整形（见释义）、变性等相关医疗及前述相关医疗的并发症或因前述相关医疗导致的医疗事故；眼镜、义齿、义眼、义肢、助听器~~等~~康复性器具；实验性或试验性治疗；健康体检；心理治疗；

(4) 生育、牙科或视力矫正相关治疗：妊娠、产前产后检查、流产、分娩、避孕、绝育手术、治疗不孕不育症、人工受孕及由此导致的并发症；牙科治疗；视力矫正手术；

(5) 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；各类医疗鉴定（见释义）、包含基因检测在内的检测费用（以相关费用票据内容为准）；

(6) 职业运动或高风险运动：从事职业运动或可获得报酬的运动或竞技，在训练或比赛中受伤；参加潜水（见释义）、跳伞、滑水、滑雪、滑冰、滑翔翼、热气球或其他空中运动、攀登海拔 3500 米以上的独立山峰、攀岩（见释义）或攀爬建筑物、蹦极、探险（见释义）、武术（见释义）、摔跤、柔道、空手道、跆拳道、拳击、特技表演（见释义）（含训练）、赛马、赛车等高风险运动；

(7) 被保险人非因职业原因或器官移植原因感染艾滋病病毒或患艾滋病（见释义）；被保险人患精神性疾病（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）分类为精神和行为障碍的疾病）；

(8) 包皮环切术、包皮剥离术、包皮气囊扩张术、性功能障碍治疗；

(9) 使用未获得中国国家药品监督管理部门许可或批准上市的药品或药物，进行未被国家药品评审中心批准的适应症用药治疗；

(10) 药品配送费用；

(11) 核爆炸、核辐射或核污染、化学污染，战争、军事冲突、暴乱或武装叛乱。

## 6 其他责任免除条款

除本合同第 5 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 2 条“保险责任”、第 3 条“补偿原则和给付标准”、第 4 条“等待期”、第 8 条“保险金额、免赔额和给付比例”、第 10 条“投保人、被保险人义务”、第 11 条“保险金的申请与给付”、第 12.2 条“保险合同解除”、及第 13 条“释义”中部分以黑体字加粗标示的内容。

## 7 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协商确定，并在保险合同中载明，最长为一年。

本合同为不保证续保合同。本产品保险期间为一年（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。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。

## 8 保险金额、免赔额和给付比例

### 8.1 保险金额

本合同中各项保险责任的保险金额、日限额（如有），由投保人与保险人双方在订立保险合同时协商确定，并在保险合同中载明。

**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。**日限额**，是指在保险期间内，被保险人在每日实际支出的、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。

### 8.2 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协商确定，并在保险合同中载明。除另有约定外，本合同的免赔额为每日免赔额。

**免赔额**，是指在保险期间内，被保险人实际支出的、属于保险责任范围内的、须首先由被保险人自行承担且保险合同不予赔付的金额。**每日免赔额**，是指在保险期间内，被保险人在每日实际支出的、属于保险责任范围内的、须首先由被保险人自行承担且保险合同不予赔付的金额。

### 8.3 给付比例

本合同中各项保险责任的给付比例，由投保人与保险人双方在订立保险合同时协商确定，并在保险合同中载明。**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。

### 8.4 额度共用标准

保险人在制订保险方案时，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、日限额、免赔额、给付比例，下同），也可以为多项保险责任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，并在保险合同中载明。

## 9 保险人义务

### 9.1 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。

### 9.2 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。

### 9.3 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。

## 10 投保人、被保险人义务

### 10.1 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本合同时约定，并在保险单中载明。

（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，对保险合同生效前发生的保险事故，保险人不承担保险责任。

（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，下同）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。投保人已交纳的保险费，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协商确定，并在保险合同中载明。

## 10.2 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。

## 10.3 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。

## 10.4 年龄的确定与错误处理

被保险人的投保年龄，应以法定身份证件登记的周岁年龄为准。被保险人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，应如实填写被保险人的周岁年龄情况。若发生错误，保险人按照以下约定处理：

(1) 投保人申报的被保险人年龄不真实，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，下同）。

(2) 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。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。

## 10.5 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。

## 11 保险金的申请与给付

### 11.1 保险金申请材料

**保险金申请人**（见释义，下同）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) 保险金申请人的有效身份证明。

(3) 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、诊断证明、处方、病理检查报告、化验检查报告等。

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、任何第三方商业保险机构等）获得相关医疗费用补偿的，应提供前述赔付单位的医疗费用分割单或医疗费用结算证明或其他法定证明材料。

(4) 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。

(5) 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。

## 11.2 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。

**对于属于保险责任范围内的互联网药品费用,由保险人与本合同约定的互联网药店直接结算的,视为保险人已履行给付保险金的义务,保险人不再接受保险金申请人对该部分保险金的申请。**

## 11.3 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为二年,自其知道或者应当知道保险事故发生之日起计算。

## 12 合同的变更、解除和争议处理

### 12.1 保险合同变更

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。

### 12.2 保险合同解除

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，保险人自收到上述申请资料之日起 30 日内全额退还已收取的保险费。

(2) 除另有约定外，在本合同的生效日之后，投保人有 15 日（含）的犹豫期。在此期间内，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，保险人自收到上述申请资料之日起 30 日内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，保险人自收到上述申请资料之日起 30 日内退还未满期净保险费。

### 12.3 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起诉。

### 12.4 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。

### 12.5 效力终止

发生以下情况之一时，本合同效力即时终止：

- (1) 保险期间届满；
- (2) 被保险人身故；
- (3) 因本合同其他条款所约定的情况而终止效力。

## 13 释义

本合同涉及下列术语时，适用以下释义：

### 13.1 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。

### 13.2 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而使身体受到的伤害。

### 13.3 互联网药店

指经过保险人的审核认可，取得互联网药品信息服务资格证书，为被保险人提供购药或者配送服务的互联网药店。具体名单以保险人在产品销售页面（或官方网站）公示的为准。

### 13.4 互联网医院

指国家卫生健康行政部门批准设置的互联网医院，同时该医院必须符合有关医疗机构管理的相关规定。具体名单以保险人在产品销售页面（或官方网站）公示的为准。

### 13.5 处方

指由注册的执业医师和执业助理医师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。处方包括医疗机构病区用药医嘱单。

### 13.6 国家卫生健康行政主管部门对于处方剂量的规定

根据《处方管理办法》规定，处方一般不得超过 7 日用量；急诊处方一般不得超过 3 日用量。对于某些慢性病、老年病或特殊情况，处方用量可适当延长，但医师应当注明理由。

### 13.7 特定疾病

本合同约定的特定疾病包括：急性腹泻、肠胃炎、胃肠功能紊乱、结膜炎、急性扁桃体炎、感冒/上呼吸道感染、流感、疱疹性咽峡炎、手足口病、急性中耳炎、急性阑尾炎、食物中毒、尿路感染、腮腺炎、急性支气管炎、急性肺炎。

保险人保留对以上特定疾病范围进行变更的权利，如有变更的，特定疾病须以保险单中载明的为准。

### 13.8 保险人认可的医院

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，除另有约定外，仅限于上述医院的普通部。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 24 小时的医疗与护理服务的能力或资质，不包括如下的医疗机构、科室或医疗服务：

(1) 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；

(2) 诊所、康复中心、家庭病床、护理机构；

(3) 休养、戒酒、戒毒中心；

(4) 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。

### 13.9 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。

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

- a. 治疗意外伤害或者疾病所必需的项目；
- b. 不超过安全、足量治疗原则的项目；
- c. 由医生开具的处方药；
- d. 非试验性的、非研究性的项目；
- e. 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。

对是否合理且必要，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。

### 13.10 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。

### 13.11 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。

### 13.12 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。

### 13.13 既往症

在本合同生效之前，被保险人已患有的且已知晓的有关疾病或症状。

### 13.14 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。

### 13.15 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。

### 13.16 美容整形

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。

### 13.17 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、孕妇胎儿性别鉴定、验伤鉴定、亲子鉴定、遗传基因鉴定等。

### 13.18 潜水

指以辅助呼吸器材在江、河、湖、海、水库、运河等水域进行的水下运动或作业。

### 13.19 攀岩

指攀登悬崖、楼宇外墙、人造悬崖、冰崖、冰山等运动。

### 13.20 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，而故意使自己置身其中的行为，如江河漂流、徒步穿越沙漠或者人迹罕至的原始森林等活动。

### 13.21 武术

指两人或者两人以上对抗性柔道、空手道、跆拳道、散打、拳击等各种拳术及各种使用器械的对抗性比赛。

### 13.22 特技表演

指进行马术、杂技、驯兽等表演。

### 13.23 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。

### 13.24 未到期净保险费

(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0%；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0%；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，本合同的未到期净保险费为零。**

### 13.25 不可抗力

指不能预见、不能避免并不能克服的客观情况。

### 13.26 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。