

中意财产保险有限公司

团体全球医疗保险条款

赔案号：(中意财险)(备-普通意外保险)【2023】(附) 544 号

总则

第一条 保险合同的构成

本保险合同由保险条款、投保单及其他投保文件、保险单、保险凭证、批注、批单及其他投保人与保险人共同认可的书面协议等组成。凡涉及本保险合同的约定，均采用书面形式。

第二条 保险合同成立和生效

投保人提出保险要求，经保险人同意承保，保险合同成立。合同生效日期在保险单上载明。

第三条 投保条件

(一) 投保资格

法人、非法人组织以及其他不以购买保险为目的而组成的团体可作为投保人，为其团体内符合投保要求的成员及成员家属投保本保险。

(二) 参保资格

团体内年龄在 16 周岁（含）至 65 周岁（含）、身体健康、能从事正常工作或劳动的在职成员，或其他保险人认可的成员，可作为本保险合同的主被保险人。

经保险人审核同意，符合以下任一条件的身体健康的主被保险人的家属可作为连带被保险人（以下主被保险人及连带被保险人统称为“被保险人”）：

- 主被保险人的配偶，投保时年龄在 65 周岁（含）以下；
- 主被保险人的未婚子女，投保时年龄为出生满 30 天至 18 周岁（若子女为全日制学生则可延长至 25 周岁）；
- 其他经保险人审核同意参保的主被保险人家属。

在保险期间内，被保险人应当在中国大陆（不包括香港、澳门和台湾地区）居住累计满三分之二或以上时间。投保时不符合上述情况或保险期间内情况发生变化的，投保人或被保险人应该在投保前或情况发生变化时告知保险人，保险人有权据此调整承保条件或保险费率。

第四条 受益人

除另有约定外，本保险合同的受益人为被保险人本人。

保险责任

第五条 保障区域

保险人提供如下四类保障区域供投保人在投保时选择，并于保险合同中载明：

保障区域一：全球范围；

保障区域二：全球范围，除美国、加拿大；

保障区域三：中国大陆及港澳台地区；

保障区域四：中国大陆，不含港澳台地区。

保险人不承担在约定的保障区域外进行的任何治疗发生的医疗费用。但被保险人非以接受治疗为目的离开约定保障区域，且自离开之日起 30 天内因紧急情况而进行紧急医疗所发生的医疗费用除外。

紧急医疗指为了防止因意外事故、突发疾病或其他紧急情况导致被保险人的健康严重受损而进行的必要治疗，**该治疗必须在紧急情况发生后的 24 小时之内开始。**

紧急医疗不包括：

- 1、以接受治疗为目的或违背医嘱离开约定保障区域期间发生的任何医疗；
- 2、常规医疗；
- 3、可以推迟至被保险人返回约定保障区域后接受的医疗；
- 4、被保险人事先计划好的医疗；
- 5、因被保险人已知或应该知道的情形而发生的医疗；
- 6、妊娠、分娩及相关并发症的医疗。

第六条 保险责任

本保险合同的保险责任分为必选部分和可选部分，投保人在投保必选部分的基础上可选择投保可选部分，投保人在投保时与保险人约定所选择的保险责任、责任限额、赔付比例、免赔额以及等待期等条件，并于保险合同中载明，**若可选部分未在保险单上载明或批注，可选部分对该被保险人不产生任何效力。**

保险人按载明的条件赔付被保险人在约定的保障区域内发生的必需且合理的治疗费用和其他属于保险责任内的费用。

（一）住院/日间留院治疗保险责任（必选）

在保险期间内，被保险人在约定的保障区域内因遭受意外伤害，或在等待期后因疾病，在医院接受住院/日间留院治疗的，**对于被保险人实际支出的必需且合理的如下医疗费用，保险人在扣除约定的免赔额后按约定的赔付比例给付住院/日间留院治疗保险金。**

1、床位费和护理费

床位费指被保险人使用的医院床位费用。**除另有约定外，床位费的标准为：中国大陆境内不高于标准单人病房、中国大陆境外不高于标准半私病房。**

护理费指根据医嘱所示的护理等级确定的护理费用。

2、陪床费

指未满 18 周岁的被保险人住院时，其合法监护人（**仅限一人**）在同一病房内陪同住院而发生的加床费。

3、膳食费

指根据医生的医嘱，由作为医院内部专属部门的、为住院和日间留院治疗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、也可以合并并在病房费等其他款项内。**非医疗账单内的膳食费发票，保险人不承担保险责任。**

4、重症监护室费

指在重症监护室病房的床位费。

5、药品和敷料费

药品费指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，**不含中草药费。**

敷料费指医生或护士在为被保险人进行的各种治疗中所使用的一次性敷料费用。

6、中草药费

指由医生开具的中草药费。

7、医生费

指外科医生、内科医生、专科医生和麻醉医生的诊疗费、会诊费。

8、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。**不含手术费、重大器官移植手术费、物理治疗和中医治疗费、康复治疗费。**

9、检查检验费

指以诊断疾病为目的，采取必要的医学手段进行检查及检验而发生的医疗费用，包括检查费、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、分子生化检查费和血、尿、便常规检查费等。

10、手术费（不含重大器官移植手术）

包括手术费、麻醉费、手术室费和恢复室费、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，不包括供体的所有检查和治疗费用以及获取、运输、储存器官的费用。**

11、手术植入器材费

指借助手术，全部或部分进入人体或自然腔道中，在手术过程结束后长期留在体内，或者留在体内至少30天以上的医疗器皿。包括心脏起搏器、各种血管支架、血管吻合夹（器）、银夹、钛夹、骨科内植物（钢板、钢丝、骨钉、骨针、骨科修复材料、人工关节、骨蜡）、人工晶体、听小骨重建、人工器官。

12、耐用医疗设备费

指购买或租赁医生处方要求的、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所发生的购买费或租赁费。包括腿、臂、背和颈支具，人造腿、臂、眼，糖尿病治疗所需的胰岛素泵及其配套器械等设备；发生因患癌症而行保险责任范围内的乳房切除术时，义乳及放入义乳的胸衣亦属耐用医疗设备。

耐用医疗设备不包括轮椅或自动床、矫形鞋垫、助听器、血压监测仪、舒适设备（如电话托臂和床上多用桌）、空气质量或温度调控设备（如空调、湿度调节器、除湿器和空气净化器）、健身脚踏车、太阳能或加热灯、加热垫、坐浴盆、盥洗凳、浴缸凳、桑拿浴、升降机、涡流按摩浴、健身器材及其他类似设备。

13、重大器官移植手术费

指出于医学必要，被保险人作为受体接受肾脏、肝脏、心脏、肺脏、造血干细胞或骨髓移植手术产生的手术医疗费用，包括手术费、麻醉费、手术室费和恢复室费、手术监测费、手术材料费、术中用药费、手术设备费。**不包括供体的所有检查和治疗费用以及获取、运输、储存器官的费用。**

14、物理治疗和中医治疗费

指由具有资质的医生提供的物理治疗、整脊治疗、正骨治疗、中医针灸、推拿、拔罐、刮痧治疗的费用。对上述治疗需要有书面的治疗计划，并在合理的、可预测的时间内使得症状明显好转。

15、精神疾病相关费用

指被保险人因患精神和行为障碍（依据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）》确定）在当地合法注册的精神病专科医院或设有精神病科室的医院进行治疗而发生的相关必需且合理的医疗费用和咨询费用，**不包括酒精和药物滥用戒断治疗、智能测试、教育测试、婚姻和家庭心理咨询费用。**

精神疾病的相关住院费用仅在本项下赔付，不在其他责任项下进行赔付。

16、临终关怀费

指被保险人通过医生诊断患有属于保险责任范围内的终末期疾病，并在当地合法注册的临终护理机构或设有临终护理病房的医疗机构进行的由各科医生组成的医疗团队对该被保险人实施以护理为中心而非以治疗疾病为中心的医疗而产生的相关合理且必要的住院费用。

终末期疾病指经医院医生诊断确定已发展到末期的严重疾病，并经医院医生认定所患疾病依现在医疗技术无法治愈，且根据医学及临床经验病人患该病后的平均存活期在6个月以下。

17、康复治疗费

指被保险人接受由专业的康复治疗医生进行的医疗必需的康复治疗的费用。该康复治疗须由专科医生建议并提供由专科医生开具的证明。

保险人仅对处于急性或亚急性阶段的病人住院接受康复治疗承担保险责任。

18、家庭护理费

指接受住院治疗的被保险人在出院后因医疗必需立即在其家庭中接受专业护士提供的护理，该项护理须由专科医生建议并提供由专科医生开具的证明。

对于上述 1-17 项医疗费用，**保险人按保险单载明的责任和条件承担赔付责任**，保险期间届满时，被保险人仍未结束当次住院治疗的，保险人继续承担责任至本次住院结束，**最长不超过保险期间届满后 30 日（含），且保险人累计承担住院/日间留院治疗保险责任以 180 日为限，累计给付金额以该项责任的保险金额为限。**

（二）门急诊医疗保险责任（可选）

在保险期间内，被保险人在约定的保障区域内因遭受意外伤害，或在等待期后因疾病，在医院接受门急诊治疗的，对于被保险人实际支出的必需且合理的如下医疗费用，**保险人在扣除约定的免赔额后按约定的赔付比例给付门急诊医疗保险金。**

1、医生费

指被保险人门急诊期间发的主诊医生或会诊医生的劳务费用，包括挂号费和医事服务费。

2、药品和敷料费

药品费指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。**不含中草药费。**

敷料费指医生或护士在为被保险人进行的各种治疗中所使用的一次性敷料费用。

3、中草药费

指由医生开具的中草药费。

4、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。**不含手术费、物理治疗和中医治疗费、意外牙科治疗费。**

5、检查检验费

指以诊断疾病为目的，采取必要的医学手段进行检查及检验而发生的医疗费用，包括检查费、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、分子生化检查费和血、尿、便常规检查费等。

6、门诊手术费

指由医生诊断无需住院进行的医疗必需且合理的门诊手术医疗费用，包括手术费、麻醉费、手术室费和恢复室费、手术监测费、手术材料费、术中用药费、手术设备费。

7、耐用医疗设备费

指购买或租赁医生处方要求的、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所发生的购买费或租赁费。包括腿、臂、背和颈支具，人造腿、臂、眼，糖尿病治疗所需的胰岛素泵及其配套器械等设备；发生因患癌症而行属本合同保险责任范围的乳房切除术情形时，义乳及放入义乳的胸衣亦属耐用医疗设备。

耐用医疗设备不包括轮椅或自动床、矫形鞋垫、助听器、血压监测仪、舒适设备（如电话托臂和床上多用桌）、空气质量或温度调控设备（如空调、湿度调节器、除湿器和空气净化器）、健身脚踏车、太阳能或加热灯、加热垫、坐浴盆、盥洗凳、浴缸凳、桑拿浴、升降机、涡流按摩浴、健身器材及其他类似设备。

8、物理治疗和中医治疗费

指由具有资质的医生提供的物理治疗、整脊治疗、正骨治疗、中医针灸、推拿、拔罐、刮痧治疗的费用。对上述治疗需要有书面的治疗计划，并在合理的、可预测的时间内使得症状明显好转。

9、精神疾病相关费用

指被保险人因患精神和行为障碍（依据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）》确定）在当地合法注册的精神病专科医院或设有精神病科室的医院进行治疗而发生的相关必需且合理的医疗费用和咨询费用，**不包括酒精和药物滥用戒断治疗、智能测试、教育测试、婚姻和家庭心理咨询费用。**

精神疾病的相关门急诊费用仅在本项下赔付，不在其他责任项下进行赔付。

10、意外牙科费用

被保险人原本完整无损的、未经过任何治疗的自体牙遭受意外伤害并在48小时内进行的必需且合理的紧急治疗费用。

意外牙科费用不包括下列费用或因下列情形之一导致费用：

- (1) 由于咀嚼食物或其他外物造成的牙齿损伤；
- (2) 原带有牙冠、充填物或有裂缝的牙齿的损伤；
- (3) 刷牙或其他口腔清洁过程引起的损伤；
- (4) 因非外部撞击造成的牙齿损伤；
- (5) 任何牙科矫正、种植牙、牙齿修补、义齿以及贵金属材料的费用；
- (6) 牙病的诊疗和牙科的例行检查费用。

对于上述1-10项医疗费用，**保险人按保险单载明的责任和条件承担赔付责任，累计给付的门急诊医疗保险金以该项责任的保险金额为限。**

（三）特殊疾病医疗保险责任（可选）

在保险期间内，被保险人在约定的保障区域内因遭受意外伤害，或在等待期后因疾病，在医院接受治疗的，对于被保险人实际支出的必需且合理的下列医疗费用，**保险人在扣除约定的免赔额后按约定的赔付比例给付特殊疾病医疗保险金。**

1、大病特殊门诊费用

指被保险人接受恶性肿瘤门诊放、化疗、器官移植术后门诊行抗排异治疗以及门诊肾脏透析治疗而发生的医疗费用。

2、先天性疾病医疗费用

被保险人因先天性疾病在医院接受治疗而发生的医疗费用。

3、艾滋病医疗费用

指被保险人因感染艾滋病病毒或患艾滋病在医院接受治疗而发生的医疗费用。

特殊疾病相关医疗费用仅在本项下赔付，不在其他责任项下进行赔付。保险人按保险单载明的责任和条件承担特殊疾病医疗保险责任，累计给付的特殊疾病医疗保险金以该项责任的保险金额为限。

（四）紧急救援保险责任（可选）

在保险期间内，被保险人在约定的保障区域内因遭受意外伤害或急症需要紧急救援的，对于被保险人实际支出的必需且合理的如下费用，保险人在扣除约定的免赔额后按约定的赔付比例给付紧急救援保险金。

1、当地救护车费

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。仅限同一城市内的救护车费。

2、紧急医疗运送费用

若被保险人遭受意外伤害或急症，在当地不能获得必要治疗，可联系保险人委托的救援机构，经救援机构许可，救援机构将安排运送被保险人至最近且在约定的保障区域内的、能够提供必要治疗的医院接受必要治疗，由此发生的运送费用，包括：

（1）在医护人员监护下使用适当的交通工具运送被保险人的费用；

（2）如因医疗必需，救援机构将安排被保险人的一位陪同人员陪同医疗运送，并在被保险人住院期间安排陪同人员就近住宿，由此发生的合理交通费用（**飞机限经济舱**）和住宿费用，**陪同人员仅限一人**；

（3）被保险人治疗完成或者病情稳定后，救援机构将安排被保险人及陪同人员（如有）返回紧急医疗运送出发地，由此发生的合理交通费用（**飞机限经济舱**），**陪同人员（如有）仅限一人**。

根据被保险人病情或伤势，救援机构有权决定运送方式、运送目的地和医院，如果被保险人不在救援机构安排的医院接受治疗，自该医院至被保险人选定的其他医院的运送费用，保险人不承担赔偿责任，由被保险人自行承担。

未经救援机构许可，被保险人自行安排运送的，保险人不承担赔偿责任，运送费用完全由被保险人自行承担。

3、遗体运返费用

如被保险人在其居住地之外身故，救援机构将安排将被保险人的遗体或骨灰运返至其居住地，由此发生的合理运返费用。

遗体运返费用不包含丧葬的所有费用（如火化、骨灰盒费用等）和陪伴遗体或骨灰返国者的交通费用。

保险人按保险单载明的责任和条件承担紧急救援保险责任，累计给付的紧急救援保险金以该项责任的保险金额为限。

（五）生育医疗保险责任（可选）

在保险期间内，若女性被保险人在等待期后首次经医生诊断怀孕，对于被保险人在约定的保障区域内实际支出的必需且合理的下列医疗费用，保险人在扣除约定的免赔额后按约定的赔付比例给付生育医疗保险金：

1、产前和产后 42 天内的检查费用

2、分娩费用

包括正常分娩费用和出于医学原因的非选择性的剖宫产费用，不包括非医疗必需的选择性剖宫产费用。

3、流产费

指医疗必需的人工终止妊娠、自然流产而支出的医疗费用，不包括非医疗必需的选择性终止妊娠费用。

4、妊娠并发症费用

包括因妊娠、分娩、医疗必需的人工终止妊娠或自然流产费用所引起的并发症而支出的医疗费用。不包括非医疗必需的选择性剖宫产、非医疗必需的选择性终止妊娠所导致的并发症医疗费用。

5、新生儿出生后 14 日内未出院期间所接受的护理费和治疗费用。

生育相关医疗费用仅在本项下赔付，不在其他责任项下进行赔付。保险人按保险单载明的责任和条件承担生育医疗保险责任，累计给付的生育医疗保险金以该项责任的保险金额为限。若被保险人的孕产期跨越两个保单年度，则该项责任的最高赔付限额以该被保险人确诊怀孕时所在的保单年度该项责任的保险金额为限；若未续保，则保险人仅赔付保险期间内发生的生育医疗费用。

（六）健康检查保险责任（可选）

在保险期间内，被保险人在约定的保障区域内实际支出的必需且合理的如下健康检查费用，保险人在扣除约定的免赔额后按约定的赔付比例给付健康检查保险金。

1、健康体检费用

指被保险人在保险人认可的医疗机构或体检机构发生的常规体检费，以 1 次为限。

健康体检费用不包括：婚前体检、疾病普查、各种医疗健康咨询、医疗事故鉴定、精神疾病鉴定、孕妇胎儿性别鉴定、各种验伤鉴定、亲子鉴定、遗传基因鉴定、产前检查、指导性受孕等费用。

2、疫苗接种费用

指被保险人接种下列疫苗或免疫费用：

（1）18 周岁以上成年人疫苗包括破伤风、甲肝、乙肝、脑膜炎、狂犬病、霍乱、黄热病、乙型脑炎、脊髓灰质炎、伤寒、疟疾。

（2）未满 18 周岁未成年人疫苗包括白百破（白喉、百日咳和破伤风）、MMR（麻疹、腮腺炎和风疹）、脊髓灰质炎、流感、乙肝、水痘、肺炎、脑膜炎以及常住地医疗监管部门规定的计划内疫苗。

3、旅行疫苗费用

指旅行有关的疫苗费用。当被保险人的国际旅行目的地是世界卫生组织建议需接种疫苗的国家或地区，或旅行目的地爆发了疫情需接种疫苗，对于旅行前的疫苗费用保险人按约定承担保险责任。

健康检查保险责任项下的费用仅在本项下赔付，不在其他责任项下进行赔付。保险人按保险单载明的责任和条件承担健康检查保险责任，累计给付的健康检查保险金以该项责任的保险金额为限。

（七）牙科医疗保险责任（可选）

在保险期间内，被保险人在等待期后于约定的保障区域内因牙科疾病在医院接受治疗的，对于被保险人实际支出的必需且合理的下列牙科医疗费用，保险人在扣除约定的免赔额后按约定的赔付比例给付牙科医疗保险金。

1、预防性治疗费

包括常规牙科X光检查、牙齿健康指导、氟治疗、洗牙（以两次为限）费用。

2、基础牙科治疗费

包括简单补牙（包括汞合金或复合树脂填充）、简单拔牙（不包括智齿/阻生牙拔除）、牙周治疗（包括牙周刮治、牙根平整术等）费用。

3、重大牙科治疗费

包括根管治疗、牙体修复（冠、桥、嵌体等）、智齿/阻生牙拔除费，以及相关的化验和麻醉费用。不包括种植牙及相关费用。

对于16周岁（含）以下儿童，还包括牙齿矫正治疗费（包括模型研究、牙齿印模、活动矫治器、固定矫治器（包括调整）、正畸拔牙、托槽的粘付费）。

牙科医疗保险责任项下的费用仅在本项下赔付，不在其他责任项下进行赔付。保险人按保险单载明的责任和条件承担牙科医疗保险责任，累计给付的牙科医疗保险金以该项责任的保险金额为限。

（八）眼科费用保险责任（可选）

在保险期间内，被保险人在约定的保障区域内实际支出的必需且合理的下列眼科费用，保险人在扣除约定的免赔额后按约定的赔付比例给付眼科费用保险金。

1、眼科检查费

指眼科常规检查和视力检查费，限一次。

2、眼镜费

指购买框架眼镜或隐形眼镜的费用，限一次。眼镜费不包括太阳镜及相关配件的费用。

眼科保险责任项下的费用仅在本项下赔付，不在其他责任项下进行赔付。保险人按保险单载明的责任和条件承担眼科费用保险责任，累计给付的眼科费用保险金以该项责任的保险金额为限。

责任免除

第七条 责任免除

（一）任何因下列情形之一导致被保险人支出费用的，或具备下列情形/行为的，保险人不承担给付保险金责任：

1、未在保单上列明的责任项；

2、被保险人在首次投保或非连续投保前已患有的既往症或已有残疾及其并发症，或在投保前已有计划的治疗，但投保时如实告知并经保险人审核同意承保的不受此限；

3、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；

4、在约定的保障区域外进行的治疗，但符合本保险合同约定的“保障区域外的紧急医疗”不受此限；

5、实验性治疗、未经治疗所在地政府许可或批准的治疗（包括但不限于检查方法、治疗方法、手段、设备、药品等）；

6、投保人对被保险人的故意行为；被保险人的故意行为（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；自伤或自杀时被保险人为无民事行为能力人除外；

7、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，已从政府、慈善机构、其他福利计划或医疗保险计划等第三方获得补偿的治疗费用；

8、非被保险人本人的就医费用，或被保险人冒用他人身份的就医费用，无原始发票的费用，电话咨询费，没有按时就诊的预约挂号费用，不在执业范围的医疗服务费用，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（从医院确定出院之日起发生的一切医疗费用）；

9、在不符合本保险合同约定的医疗机构所产生的费用，未经医生处方自行购买的药品、器械或设备；

10、非医学必需的手术和治疗，仅有临床不适症状，入院诊断和出院诊断均不是明确疾病（依据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）》确定）的住院，超过通常惯例水平的费用；

11、被保险人感染艾滋病病毒或患艾滋病、精神和行为障碍、遗传性疾病、先天性疾病（依据世界卫生组织《疾病和有关健康问题的国际统计分类（ICD-10）》确定），但保单上列明属于保险责任范围内的不受此限；

12、基因咨询、基因筛查，及非因医疗必需导致的基因检查，但因治疗目的而接受的医学必需的基因检测费用不受此限，如恶性肿瘤治疗所必需的基因检测、因医疗必需对 13、18 和 21 这三种胎儿染色体非整倍体异常进行的无创产前基因检测；

13、预防保健性项目，包括但不限于保健按摩、自动按摩床治疗、药物蒸气治疗、体疗健身、泥疗、蜡敷治疗、气泡浴和药物浸浴治疗、各种健康体检项目、各种疫苗预防接种，但保单上列明属于保险责任范围内的不受此限；

14、包皮环切术、包皮剥离术、包皮气囊扩张术、性病、性功能障碍、变性及相关治疗；

15、助孕、不孕不育、人工受孕、男女生育控制、避孕、输精管结扎、绝育、绝育恢复及相关治疗；

16、任何与美容和整形相关的费用，如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、雀斑、老年斑、痣等）的治疗、祛除及其他相关费用；对无症状的浅表静脉曲张、蜘蛛脉、除瘢痕疙瘩型外的其它瘢痕、白癜风、纹身去除、皮肤变色的治疗及其他相关费用；隆鼻、丰胸或缩胸、减肥或增胖、增高、白发或脱发的治疗及相关费用；各种非功能性整容、矫形手术等费用；

17、屈光缺陷（包括近视、远视及散光）的外科矫正术；

18、各种医疗健康咨询和健康预测，如已投保“精神疾病相关费用”责任，则因精神疾病治疗而进行的心理咨询不受此限；

19、各种医疗鉴定费用，包括但不限于医疗事故鉴定、精神病鉴定、各种验伤鉴定、亲子鉴定、遗传基因鉴定等；

20、生长激素治疗及其他相关费用；因学习障碍、多动症、注意力集中缺陷、语言障碍矫正、儿童行为问题和儿童发育问题而接受的治疗；

21、因疲劳、乏力而产生的任何费用；因睡眠障碍而产生的任何费用，包括但不限于鼾症、失眠、睡眠呼吸暂停低通气综合征及睡眠测试；

22、因斗殴、酗酒、滥用酒精、吸毒、使用管制药物、非法药物、非医生处方要求药物或者非医生处方要求用量药物导致的治疗及与其有关的并发症的治疗；

23、被保险人因戒毒、戒酒、戒烟或以戒除成瘾为目的所发生的费用；

24、物理治疗、中医理疗、替代医疗、康复医疗费用，购买或租用物理治疗设备、康复设备或保健设备的费用，但保单上列明属于保险责任范围内的不受此限；

- 25、因检查、麻醉、手术治疗、药物治疗而导致的医疗意外或医疗事故；
- 26、器官移植供体费用、器官来源费用、器官组织或活体细胞的低温储藏、培植或再培植相关费用；
- 27、超过 90 日以上的人工生命维持（包括呼吸机）治疗，此类治疗不会或预期不会使被保险人复原或恢复原有健康状态；
- 28、被保险人从事与其健康状况不适宜的活动或运动所导致的意外或者所引发的疾病；
- 29、根据救援机构的评估，无须紧急医疗运送而被保险人坚持进行的紧急医疗运送；
- 30、任何未经救援机构许可并安排的紧急医疗运送。
- 31、因情绪的、智力的或精神疾病而发生的紧急救援；
- 32、因被保险人自伤、自杀、药物上瘾或滥用、酒精滥用、性传播疾病而发生的紧急救援；
- 33、因被保险人故意吸食或注射毒品、故意犯罪或抗拒依法采取的刑事强制措施、酒后驾驶，无合法有效驾驶证驾驶或驾驶无有效行驶证的机动车而发生的紧急救援；
- 34、被保险人因接受未经登记注册的医疗人员所实施的同国家规定的治疗标准不一致的治疗措施和/或开具的医嘱而发生的紧急救援；
- 35、被保险人因在轮船、海上钻井平台或者其他类似的离岸设施上工作或活动而发生的任何紧急救援费用；

（二）被保险人在下列期间发生的医疗费用，保险人也不承担给付保险金责任：

- 1、被保险人从事高风险运动，参加或受训于任何职业体育活动或任何设有奖金或报酬的体育运动；
- 2、核爆炸、核辐射或核污染、化学污染；
- 3、战争、军事冲突、暴乱、武装叛乱或恐怖主义活动；无必要但主动置身于风险的情况；
- 4、被保险人从事违法、犯罪活动期间或被依法拘留、服刑、在逃期间；
- 5、被保险人酒后驾驶、无有效驾驶证驾驶或驾驶无有效行驶证的机动车期间。

免赔额和赔付比例

第八条 免赔额和赔付比例

免赔额指保险责任范围内费用中，应由被保险人自行承担、保险人不予赔偿的部分。

本保险合同的免赔额包括次免赔额和年免赔额。次免赔额是指被保险人每次发生的保险责任范围内费用的免赔额，年免赔额是指被保险人在保单年度内累计发生的保险责任范围内费用的免赔额。

赔付比例指保险责任范围内费用扣除免赔额后由保险人比例承担的部分。

免赔额和赔付比例由投保人和保险人在投保时约定，并在保险合同中载明。

第九条 补偿原则

本保险合同适用医疗费用补偿原则。若被保险人已从其他途径（包括社会基本医疗保险、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保险合同的约定进行补偿。

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。

保险金额和保险费

第十条 保险金额和保险费

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，并在保险合同中载明。

投保人须按本保险合同约定支付保险费。

本保险合同保险费支付方式由投保人投保时选择确定，并在保险单上载明。

若投保人选择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，对于保险合同生效前发生的保险事故，保险人不承担保险责任。

若投保人选择分期缴付保险费，须经保险人同意，并在保险合同中载明。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，对于保险合同生效前发生的保险事故，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合同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，从当期保险费约定缴纳日的次日零时起发生的保险事故，保险人不承担保险责任；延长期内发生的保险事故也不承担保险责任。

如投保人与保险人另行约定保险费支付方式，并在保险单上载明，则按另行约定的方式支付保险费。

保险期间

第十一条 保险期间

除另有约定外，保险期间为一年，以保险合同上载明的起讫时间为准。

第十二条 不保证续保

本保险合同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。

续保时保险人有权重新核定续保的承保条件和保险费。

等待期

第十三条 等待期

除另有约定外，投保人首次投保或非连续投保时，按如下规则计算等待期：

1、被保险人因疾病需要住院治疗或门诊治疗的，自本保险合同生效日起 30 日为等待期；被保险人因遭受意外伤害事故而接受治疗的无等待期。

2、被保险人接受重大牙科治疗的，自本保险合同生效日起 90 日为等待期。

3、被保险人因妊娠、生育而享有生育保险责任的，自本保险合同生效日起 180 日为等待期。

被保险人在等待期内发生保险事故，保险人不承担给付保险金的责任。

连续投保时不再计算等待期。

保险人义务

第十四条

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。

第十五条

保险人认为被保险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、被保险人补充提供。

第十六条

保险人收到被保险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延期除外。

保险人应当将核定结果通知被保险人；对属于保险责任的，在与被保险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发出拒绝给付保险金通知书，并说明理由。

第十七条

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

第十八条

除另有约定外，投保人应当按照本保险合同约定交纳保险费。

第十九条

订立保险合同，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规定的义务，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，不承担给付保险金责任，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。

第二十条

被保险人变更职业或工种时，投保人或被保险人应在 10 日内以书面形式通知保险人。被保险人所变更的职业或工种依照保险人职业分类在拒保范围内或保险人不愿承保变更后的风险的，保险人在接到通知后有权解除本保险合同并按照接到通知之日退还原职业或工种所对应的未到期保险费。被保险人所变更的职业或工种依照保险人职业分类仍可承保的或在拒保范围内但保险人认定可以继续承保的，保险人按照接到通知之日起计算并退还原职业或工种所对应的未到期保险费，投保人补交按照保险人接到通知之日计算的新职业或工种所对应的未到期保险费。

被保险人变更职业或工种，未依本条约定通知保险人，因危险程度增加导致发生保险事故的，保险人不承担给付保险金的责任。

第二十一条

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，保险人按本保险合同所载的最后住所或通讯地址发送的有关通知，均视为已送达投保人。

第二十二条

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。投保人在申请投保时，应填写被保险人的出生日期，如发生错误按照下列方式办理：

（一）投保人申报的被保险人年龄不真实，且其真实年龄不符合本保险合同约定的投保年龄限制的，保险人有权解除本合同，并向投保人退还未到期保险费。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。

（二）投保人申报的被保险人年龄不真实，导致投保人实交保险费少于应交保险费的，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实交保险费和应交保险费的比例给付。

（三）投保人申报的被保险人年龄不真实，导致投保人实交保险费多于应交保险费的，保险人应将多交的保险费无息退还投保人。

第二十三条

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。

保险金申请

第二十四条 保险金申请

保险金申请人向保险人申请保险金时，应提交以下材料。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相关材料。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。

（一）保险金索赔申请书；

（二）保险合同或其他保险凭证；

（三）保险金申请人的有效身份证件；

（四）医院出具的完整病历资料，包括诊断证明、门急诊/住院病历、出院记录、检查检验报告、医疗费用或其他保险责任范围内的费用票据原件、费用清单等；

(五) 如从其他途径获得医疗费用补偿的, 须提供医疗费用分割单或医疗费用结算证明原件;

(六) 如在中国大陆以外的国家或地区住院, 还需提供包含保险期间内出入境记录的护照或其他相关文件;

(七) 所能提供的与确认保险事故的性质、原因、损失程度等有关的其他证明和资料;

(八) 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限制民事行为能力人的, 由其监护人代为申请保险金, 并提供监护人的身份证明等资料。

在保险人的理赔审核过程中, 经被保险人同意, 保险人可在合理的范围内对索赔的被保险人进行医疗检查。此类检查费用由保险人承担。

第二十五条 直付服务

被保险人在保险人的医疗网络内医院(以下简称“网络医院”)就医的, 或接受救援机构安排的紧急医疗运送和遗体运返的, 对于被保险人发生的符合保险责任范围内且应当由保险人承担的费用, 保险人将直接给付保险金给提供服务的网络医院或救援机构, 保险人不再向保险金受益人重复给付保险金。

被保险人在网络医院就医的, 对其发生的不属保险责任范围、应当由其负担但医院未向其收取的医疗费用, 在接到保险人或者保险人授权机构的通知后, 被保险人应当在三十日内支付相应款项; 未在三十日内支付相应款项的, 保险人有权向其继续追偿相应费用并停止提供直付服务。

被保险人未在网络医院就医的, 不享受保险人直付服务。

第二十六条 美国非网络医院就医的赔付标准

在美国地区, 被保险人应当在保险人的网络医院就医。**在非网络医院就医的, 对于被保险人在此情况下发生的属于保险责任范围内的医疗费用, 保险人的赔付比例为约定赔付比例的 80%。**但被保险人因居住地方圆 30 英里/50 公里内无网络医院而在非网络医院就医的不受此限。

第二十七条 事先授权

如被保险人需进行如下治疗或检查, 须在预定开始治疗日期前至少 5 个工作日内向保险人或保险人的授权机构提交事先授权申请表:

- (一) 住院治疗、手术(包括需要全身麻醉的门诊手术)治疗、康复治疗、家庭护理;
- (二) 恶性肿瘤门诊放化疗和门诊肾脏透析治疗;
- (三) 单价在 8000 元以上的药剂或检查;
- (四) 购买或租用耐用医疗设备, 包括但不限于胰岛素泵及其配套器械;
- (五) 紧急医疗运送;
- (六) 保障区域外的紧急医疗;
- (七) 复杂牙科治疗;
- (八) 投保人和保险人约定的其他需要事先授权的项目, 并于保险单上载明。

对于被保险人事先授权申请, 保险人或保险人的授权机构将予以书面回复, 被保险人应当在收到书面许可回复后开始接受治疗。**未获得书面许可自行接受治疗的, 保险人保留不承担相关保险责任的权力。**

即使被保险人获得书面许可回复也不意味着其发生的全部或者部分医疗费用都属于保险责任范

围，保险人仍然按照本保险合同的约定承担保险责任。

紧急情况下，可不进行事先授权申请先行接受治疗（紧急情况指不立即采取需事先授权的治疗就会使被保险人的健康严重受损的情形），但须在开始接受治疗后 48 小时内通知保险人或保险人的授权机构，保险人将对该次治疗是否属紧急情况予以审核。

第二十八条 币种结算

保险金以保险合同中列明的货币种类结算，若被保险人就诊产生的医疗费用币种与保单币种不一致时，保险人按费用发生日中国人民银行公布的汇率中间价或投保人与保险人约定的其他换算方式换算成保单币种计算应赔付的保险金。

其他事项

第二十九条 合同解除

在保险期间内，投保人可以解除本保险合同并提前以书面形式通知保险人。投保人解除本保险合同时，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；
- （三）保险费交付凭证；
- （四）投保人身份证明；
- （五）保险人需要的其他有关文件和资料。

投保人要求解除本保险合同，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 日内退还保险单的未到期保险费。若保险人已给付过任何保险金，则获得保险金给付的被保险人未到期保险费为零。

第三十条 被保险人变动

投保人因参保的团体成员变动需加保的，应书面通知保险人，保险人审核同意并收取相应保险费后，开始承担保险责任。

本保险合同有效期内，投保人因参加本保险的团体成员离职、丧失保险资格或身故需退保的，应书面通知保险人，保险人对相应被保险人（含该成员及其连带被保险人）的保险责任自该成员离职、丧失保险资格或身故之日起终止。保险人对投保人退还相应被保险人的未到期保险费。

第三十一条 合同内容变更

除另有约定外，在本保险合同有效期内，投保人和保险人可以协商变更本保险合同的有关内容。变更本保险合同的，应当由保险人在保险单或其他保险凭证上批注或出具批单，或者由投保人与保险人订立书面变更协议。

第三十二条 争议处理和法律适用

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，依法向人民法院起诉。

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）。

释义

1、**保险人**：指与投保人签订本保险合同的中意财产保险有限公司及各分支机构。

2、**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。

3、**必需且合理**：

(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、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。

(2) **医学必需**：指医疗费用符合下列所有条件：

- 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、由本保险合同约定的医疗机构医生开具的处方药；
- 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。

4、**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主要的原因致使身体受到的伤害。

5、**医院**：指被接受医疗服务所在地国家当地法律或政府认可的、可收治急症病人的医疗机构。该医疗机构应有常住执业医师管理或提供医疗服务，并在专业护士指导下每日二十四小时连续提供护理服务。医院不包括护理机构、疗养机构、康复机构、养老院、家居服务机构、酒精或药物滥用看护机构、以及其他类似目的的机构。

6、**住院**：是指被保险人因意外伤害或疾病而入住医院之正式病房接受全日 24 小时监护治疗，并正式办理入出院手续。但不包括下列情况：

(1) 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，或一天内住院不满二十四小时；但遵医嘱到外院接受临时治疗的除外；

(2) 被保险人住院体检；

(3) 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，在住院期间每日非二十四小时在床、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。

7、**日间留院治疗**：指入住医院并使用病床接受治疗，但并不在院留宿。

8、**医生**：指在被保险人接受诊断、医疗、处方或手术的地区内合法注册且有行医资格的医生。但不包括投保人、受益人、被保险人本人及其家属。

9、**中草药**：指中医理论指导下应用的天然药物及其制品，包括中药材和中药饮片。不包括以下药品：

(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。

10、**专科医生**：具有高等学校专业本科或专科以上学历，取得执业医师资格，经过相应的专业培训，获得专科医师的最高管理机构认证的专科医师资格并在被保险人接受诊治的地区内合法注册的医生。

11、**物理治疗**：指应用人工物理因子（如光、电、磁、声、温热、寒冷等）来治疗疾病，具体疗法包括电疗、光疗、磁疗、热疗、冷疗、水疗以及超声波疗法。但不包括泥疗、蜡敷治疗、气泡浴和药物浸浴治疗。

12、**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。

13、**专业护士**：指合法注册并已获得执业执照的护士，但不包括投保人、受益人、被保险人本人及其家属。

14、**先天性疾病**：是指因人的遗传物质（包括染色体以及位于其中的基因）发生了对人体有害的改变而引起的，或因母亲怀孕期间受到内外部环境某些物理、化学和生物等因素的作用，使胎儿局部细胞发育不正常，导致婴儿出生时有关器官、系统在形态或功能上呈现异常。

15、**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、**救援机构**：受保险人的委托，提供本保险合同约定的救援服务的救援机构。保险人委托的救援机构在保险合同中载明，**保险期间内保险人调整救援机构的，以保险人在官方正式渠道（包括但不限于官网）的通知为准。**

17、**居住地**：指被保险人的国籍国或依照当地法律取得永久居留权的国家或地区。

18、**既往症**：指在本保险合同生效前罹患的被保险人已知或应该知道的有关疾病。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。

19、**职业病**：在生产环境或劳动过程中，一种或几种对健康有害的因素引起的疾病。对健康有害的因素称为职业性危害。职业病范围以保险事故发生时国家正式颁布的种类为准。

20、**遗传性疾病**：简称遗传病，是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。

21、**矫形**：是指通过外科手术，组织移植或重建修复身体部位使人体恢复正常形态。

22、**替代医疗**：指目前传统医学或标准治疗之外的医学和健康管理系统、操作和产品，包括但不限于芳香疗法、脊椎指压疗法、自然疗法、整骨疗法、印度韦达养生学和传统中医。

23、**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、常规，过失造成患者人身损害的事故。

24、**高风险运动**：指比一般常规性的运动风险等级更高、更容易发生人身伤害的运动，在进行此类运动前需有充分的心理准备和行动上的准备，必须具备一般人不具备的相关知识和技能或者必须在接受专业人士提供的培训或训练之后方能掌握。被保险人进行此类运动时须具备相关防护措施或设施，以避免发生损失或减轻损失，包括但不限于潜水，滑水，滑雪，滑冰，攀岩运动，探险活动，武术比赛，摔跤比赛，柔道，空手道，跆拳道，马术，拳击，特技表演，驾驶卡丁车，赛马，赛车，各种车辆表演、蹦极，被保险人置身于任何飞行器或空中运输工具（包括但不限于滑翔机、滑翔翼、滑翔伞、动力伞、气球）期间，**不包括以乘客身份搭乘普通商业航班者。**

25、**酒后驾驶**：指经检测或鉴定，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或超过一定的标准，被国家有关机关认定为酒后驾驶。

26、**无有效驾驶证驾驶**：被保险人存在下列情形之一者：

- (1) 无驾驶证或驾驶证有效期已届满；
- (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，以及在暂扣、扣留、吊销、注销驾驶证期间驾驶机动车；
- (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车。

27、**无有效行驶证**：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、临时号牌或临时移动证的机动交通工具;
- (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交通工具。

28、社会基本医疗：包括职工基本医疗保险、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基本医疗保障项目。

29、公费医疗：公费医疗制度，是国家为保障国家工作人员身体健康而实行的一项社会保障制度。国家通过医疗卫生部门向享受人员提供制度固定范围内的免费医疗预防。

30、未到期保险费：

若保险费为一次性缴付的： $\text{未到期保险费} = \text{保险费} \times [1 - (\text{保险单已经过天数} / \text{保险期间天数})]$ 。经过天数不足一天的按一天计算。

若保险费为分期缴付的： $\text{未到期保险费} = \text{当期保险费} \times [1 - (\text{当期保障已过天数} / \text{当期保障总天数})]$ 。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，则发生过保险金给付的被保险人其未到期保险费为零。

31、不可抗力：指不能预见、不能避免并不能克服的客观情况。

32、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。

33、有效身份证件：指由政府主管部门规定的证明其身份的证件，如：居民身份证、按规定可使用的港澳通行证、回乡证、有效护照、军官证、警官证、士兵证、户口簿等证件。

34、医疗网络：保险人直接或通过保险人的授权机构建立的医疗网络，并在保险合同中载明。保险期间内保险人调整医疗网络或保险人的授权机构的，以保险人在官方正式渠道（包括但不限于官网）的通知为准。

(本页结束)