

天安财产保险股份有限公司

母婴医疗保险条款

总则

第一条 合同构成

本保险合同（以下简称为“本合同”）由保险条款、投保单、保险单、保险凭证、保险卡以及与本合同有关的投保文件、合法有效的声明、批单及投保人与保险人（释义1）共同认可的书面或者电子协议等组成。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

本合同的投保人应为具有完全民事行为能力的主被保险人本人。

第三条 被保险人

本合同所称被保险人均包含主被保险人和附加被保险人。投保时年龄介于二十周岁（含）至四十五周岁（含）（释义2）（外籍人士需符合其国家法定结婚最低年龄），身体健康，且在投保前根据国家和地方孕产妇妊娠风险评估与管理体的历次妊娠风险评估分级结果为低风险（绿色或蓝色）或一般风险（黄色）的孕产妇，可作为本合同的主被保险人。

凡在本合同保险期间内正常分娩的活产新生儿可自动加入本保险成为附加被保险人。

第四条 保障地域范围

本合同的保障地域范围为中国大陆地区（不包含港澳台地区）。

第五条 保障医院范围

本合同的保障医院范围包含经国家卫生行政部门核准，并依中国大陆法律（不含港澳台地区法律）设立并运营的二级及二级以上公立医疗机构（包括普通部、特需部，不包括国际诊疗部、VIP 贵宾部或其它同类性质的部门）和保险单载明的保险人指定私立医院，但不包括任何护理机构、疗养机构、康复机构、养老院、家居服务机构、酒精或者药物滥用看护机构、以及其他类似目的的机构。上述医疗机构应有常驻的执业医师管理或者提供医疗服务，并应有专业护士（释义3）每日24小时连续提供护理服务。

保险责任

第六条 等待期

投保人为被保险人投保本保险时，自本合同生效之日起的一段时间为等待期，等待期时间以保单载明的为准。

在等待期内，被保险人罹患疾病的，无论治疗时间是否超过等待期，保险人都不承担给付保险金的责任。

第七条 保险责任

本合同保险责任包括一般住院医疗保障责任、一般门诊医疗保障责任、妊娠并发症（释

义 4) 医疗保障责任、人工流产医疗保障责任。其中，妊娠并发症医疗保障责任和人工流产医疗保障责任仅适用于主被保险人。

针对主被保险人，保险人在各项保险责任项下给付保险金的金额以各项保险责任下主被保险人对应的保险金额为限，当保险人对主被保险人在该项保险责任项下给付保险金的金额达到本合同约定的该项保险责任下主被保险人对应的保险金额时，保险人在该项保险责任项下对主被保险人的保险责任终止。

保险人对主被保险人各项保险责任累计给付保险金之和，以主被保险人对应的保单累计保险金额为限，保险人对主被保险人给付保险金金额累计达到本合同约定的主被保险人对应的保险金额时，保险人对主被保险人的保险责任终止。

针对附加被保险人，保险人在各项保险责任项下给付保险金的金额以各项保险责任下附加被保险人对应的保险金额为限，当保险人对附加被保险人在该项保险责任项下给付保险金的金额达到本合同约定的该项保险责任下附加被保险人对应的保险金额时，保险人在该项保险责任项下对附加被保险人的保险责任终止。

保险人对附加被保险人各项保险责任累计给付保险金之和以附加被保险人对应的保单保险金额为限。保险人对附加被保险人给付保险金金额累计达到本合同约定的附加被保险人对应的保险金额时，保险人对附加被保险人的保险责任终止。

1、一般住院医疗保障责任

在本合同保险期限内，被保险人因意外伤害（释义 5）或在等待期后因首次确诊罹患疾病，经本合同约定的保障医院（释义 6）范围内的医院医生（释义 7）判定必须住院（释义 8）治疗的，对于被保险人住院期间实际发生的以下各项合理且必需（释义 9）的住院医疗费用，保险人在本合同约定的一般住院医疗保险金额内，依据保险单载明的各项费用的年限额、日限额、给付比例和最高给付日数给付一般住院医疗保险金。分别针对主被保险人和附加被保险人的一般住院医疗保险金额，以及各项费用的年限额、日限额、给付比例和最高给付日数以本合同所附保障计划表为准。

对于被保险人因生育或流产而产生的住院医疗费用，以及任何属于本合同约定的“妊娠并发症医疗保障责任”的住院医疗费用，保险人不在本项保险责任项下给付保险金。

新生儿因早产而经医生判断须住院治疗的，保险人对该新生儿住院期间实际发生的合理且必需的住院医疗费用承担保险责任以七天为限。

(1) 床位及膳食费：指被保险人在住院期间实际产生的床位费和膳食费。床位费指不超过标准单人间（不包括套房）的费用。膳食费指住院期间根据医生的医嘱，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膳食费用，膳食费应包含在医疗账单内，根据各医院的惯例，可以作为独立的款项，也可以合并病房费等其他款项内，但不包括未在医院开具的医疗费用清单内的餐饮费用。

(2) 重症监护室费：指被保险人在住院期间出于医学必需在重症监护室（释义 10）进

行合理且必需的治疗而实际产生的费用。

(3) 手术费：指被保险人住院期间为治疗疾病、挽救生命而必须施行的除器官移植手术以外的其他手术而实际产生的手术费用，包括手术室费、恢复室费、手术医师费、麻醉费、手术监测费、手术敷料费、手术耗材费、术中用药费、手术设备费，不包括任何手术植入材料费用。

(4) 手术植入材料费：指被保险人在住院期间施行手术的，通过手术植入人体的，以治疗、诊断，或者替换、加强器官功能为目的的物体或材料费用，上述手术植入材料包括：

①植入器材：骨板、骨钉、骨针、骨棒、脊柱内固定器材、结扎丝、聚髌器、骨蜡、骨修复材料、脑动脉瘤夹、银夹、血管吻合夹（器）、心脏或组织修补材料、眼内充填材料、神经补片、义乳（仅限乳腺癌等疾病导致的乳房切除术中植入）；

②植入性人工器官：人工食道、人工血管、人工椎体、人工关节、人工尿道、人工瓣膜、人工肾、人工颅骨、人工颌骨、人工心脏、人工肌腱、人工耳蜗、人工肛门封闭器；

③接触式人工器官：人工喉、人工皮肤、人工角膜；

④支架：血管支架、前列腺支架、胆道支架、食道支架；

⑤其他：脑起搏器、心脏起搏器、急救中使用的颈托。

(5) 护理费：指被保险人住院期间专业护士根据医嘱所示的护理等级对其提供临床护理服务所收取的费用。

(6) 治疗费（含吸氧费）：指被保险人住院期间实际产生的因医院提供的合理且必需的、以治疗疾病为目的的医学处置手段而产生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。

(7) 检验检查费：指被保险人住院期间实际发生的，因医院提供的合理且必需的、以诊断疾病为目的的检查和检验而产生的费用。包括但不限于超声波检查、超声波心动描记术、计算机断层扫描、正电子发射计算机断层扫描、核磁共振检查、X光检查、心电图、B超、脑电图、内窥镜、肺功能仪、分子生化检验和血、尿、便常规检验等检查检验项目的费用。

(8) 处方药品费：指被保险人住院期间实际发生的由医生开具、合理且必需的国产或进口处方药品的费用，上述处方药品应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，但不包括下列药品：

①中药类不包括：中草药代加工成的粉剂、药丸、胶囊、胶、膏；主要起调理身体、营养滋补作用的药品，如人参、花旗参、冬虫夏草、灵芝等；十全大补膏等滋补类中药；部分可以入药的动物、动物脏器及动物体内提取物，如鹿茸、海马、狗宝、牛黄、胎盘、阿胶、鞭、尾、筋、骨等；血竭、玳瑁、珊瑚、琥珀、麝香、藏红花等中药及其制品；用中药材和中药饮片炮制的各类酒制剂等。但中药复方药中涉及上述药材的除外。

②非病情必须的调节免疫功能药品以及未经医生处方开具的药品；

③脑白金、血宝胶囊、红桃K口服液等保健品；

- ④戒烟药物、头发再生药物、抗光老化药物、美容药物、食欲抑制剂等减肥药物；
- ⑤任何预防类药品。

(9) 敷料费：指被保险人住院期间，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，包括敷料、普通夹板和石膏费等。

(10) 物理治疗费：指被保险人住院期间由具有相应资格的医生施行物理治疗（释义11）而实际产生的费用，上述物理治疗不包括泥疗、蜡敷治疗、气泡浴与药物浸浴治疗。

2、一般门诊医疗保障责任

在本合同保险期限内，被保险人因意外伤害或在等待期后因首次确诊罹患疾病，在本合同约定的保障医院范围内的医院门诊接受治疗，对于被保险人实际发生的以下各项合理且必需的门诊医疗费用，保险人在保险单约定的一般门诊医疗保险金额内，依据保险单载明的各项费用的年限额、日限额、给付比例和最高给付日数给付一般门诊医疗保险金，分别针对主被保险人和附加被保险人的一般门诊医疗保险金额，以及各项费用的年限额、日限额、给付比例和最高给付日数以本合同所附保障计划表为准。

对于被保险人因生育或流产而产生的门诊医疗费用，以及任何属于本合同约定的“妊娠并发症医疗保障责任”的门诊医疗费用，保险人不在本项保险责任项下给付保险金。

(1) 医生诊疗费：指被保险人在门诊治疗期间（不含中医门诊）实际产生的主诊医生或会诊医生的诊疗费用，包括挂号费、医事服务等。

(2) 治疗费：指被保险人在门诊治疗期间（不含中医门诊）实际产生的因医院提供的合理且必需的、以治疗疾病为目的的医学处置手段而产生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。

(3) 处方药品费：指被保险人在门诊治疗期间实际发生的由专科医生开具、合理且必需的国产或进口处方药品的费用。上述处方药品应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，但不包括下列药品：

①中药类不包括：中草药代加工成的粉剂、药丸、胶囊、胶、膏；主要起调理身体、营养滋补作用的药品，如人参、花旗参、冬虫夏草、灵芝等；十全大补膏等滋补类中药；部分可以入药的动物、动物脏器及动物体内提取物，如鹿茸、海马、狗宝、牛黄、胎盘、阿胶、鞭、尾、筋、骨等；血竭、玳瑁、珊瑚、琥珀、麝香、藏红花等中药及其制品；用中药材和中药饮片炮制的各类酒制剂等。但中药复方药中涉及上述药材的除外。

②非病情必须的调节免疫功能药品以及未经医生处方开具的药品；

③脑白金、血宝胶囊、红桃K口服液等保健品；

④戒烟药物、头发再生药物、抗光老化药物、美容药物、食欲抑制剂等减肥药物；

⑤任何预防类药品。

(4) 检验检查费：指被保险人在门诊治疗期间（不含中医门诊）实际发生的，因医院提供的合理且必需的、以诊断疾病为目的的检查和检验而产生的费用。包括但不限于超声波

检查、超声波心动描记术、计算机断层扫描、正电子发射计算机断层扫描、核磁共振检查、X光检查、心电图、B超、脑电图、内窥镜、肺功能仪、分子生化检验和血、尿、便常规检验等检查检验项目的费用。

(5) 物理治疗费：指被保险人在门诊治疗期间实际发生的，由具有相应资格的医生施行物理治疗而产生的费用。上述物理治疗不包括泥疗、蜡敷治疗、气泡浴与药物浸浴治疗。

(6) 针灸疗法（释义 12）和顺势疗法（释义 13）费：指被保险人在门诊治疗期间实际发生的，由具有相应资格的医生施行针灸疗法、顺势疗法而产生的治疗费用。

(7) 中医治疗费：指被保险人在中医门诊治疗期间，由注册中医医生开具处方、合理且必需的中草药费用，以及中医门诊的医生诊疗费、治疗费、检验检查费。

(8) 耐用医疗设备费：指医生处方要求的、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购买或者租赁费用（以相应符合通常惯例水平的购买价格为上限），以及随后修理、更换的费用，本项保险责任下承担的耐用医疗设备包括：

①外置胰岛素泵；

②脚托、臂托、颈背托或束带；

③轮椅（非电动轮椅）；

④义乳及可放入义乳的胸衣费用（仅限患乳腺癌并接受属于保险责任范围内的乳房切除术的被保险人）；

⑤助听器；

⑥外置心脏起搏器；

⑦便携式雾化器；

⑧家用呼吸机。

(9) 门诊手术费：指被保险人在医院门诊接受的由医生诊断无需住院即可进行的手术而实际产生的手术费用，包括手术室费、恢复室费、手术医师费、麻醉费、手术监测费、手术敷料费、手术耗材费、术中用药费、手术设备费，不包括任何手术植入材料费用。

3、妊娠并发症医疗保障责任

在本合同保险期限内，主被保险人在等待期后因首次被确诊罹患本合同约定的妊娠并发症（无论一种或多种），在本合同约定的保障医院范围内的医院接受治疗，对于被保险人实际发生的合理且必需的以下各项妊娠并发症医疗费用，保险人在保险单约定的妊娠并发症医疗保险金额内，依据保险单的约定给付妊娠并发症医疗保险金。

(1) 主被保险人住院期间产生的床位费、急诊室费、重症监护病房费、陪床费、膳食费；

(2) 手术费（包括手术室费、恢复室费、手术医师费、麻醉费、手术监测费、手术敷料费、手术耗材费、术中用药费、手术设备费，不包括任何手术植入材料费用）；

(3) 处方药品费、吸氧费、护理费、医师诊疗费；

- (4) 输血、血浆、血浆扩容药物以及所有相关化验、操作设备和服务费用；
- (5) 门诊肾透析费用；
- (6) 检验检查费（包括但不限于超声波检查、超声波心动描记术、计算机断层扫描、正电子发射计算机断层扫描、核磁共振检查、X光检查、心电图、B超、脑电图、内窥镜、肺功能仪、分子生化检验和血、尿、便常规检验等检查检验项目的费用）；
- (7) 由具有资质的医生或者注册呼吸治疗师实施的呼吸治疗费；
- (8) 由医生或具有相应资质的专业医师实施的物理治疗费；
- (9) 入住经保险人认可的康复医疗机构而产生的康复治疗费用和由专业护士实施的专业护理费用。

被保险人因生育而产生的医疗费用，保险人不在本项保险责任项下给付保险金。

4、人工流产医疗保障责任

在本合同保险期限内，主被保险人在等待期后首次被确诊罹患本合同约定的妊娠并发症（无论一种或多种），并在本合同约定的保障医院范围内的医院接受医学必要的人工流产（**释义 14**）的，对于被保险人实际发生的合理且必需的人工流产医疗费用，保险人在保险单约定的人工流产医疗保险金额内，依据保险单的约定给付人工流产医疗保险金。

被保险人因生育而产生的医疗费用，保险人不在本项保险责任项下给付保险金。

第八条 医疗费用补偿原则

1、 本合同适用医疗费用补偿原则，即被保险人通过任何途径所获得的医疗费用补偿金额总和不得超过被保险人实际支出的医疗费用总金额。

2、 若被保险人已经从任何其它途径（包括但不限于社会基本医疗保险（**释义 15**）、城乡居民大病保险、公费医疗、工作单位、保险人在内的任何商业保险机构、其它责任方等）获得相关医疗费用补偿，保险人仅对被保险人实际发生的医疗费用扣除其所获得医疗费用补偿后的剩余部分按照本合同的约定承担给付保险金的责任。投保人或被保险人不得就已经获得补偿的医疗费用再次向保险人申请保险金。社会基本医疗保险个人账户部分支出不属于已获得的医疗费用补偿。

第九条 预授权

被保险人拟接受下列医疗项目前，应通过电话或书面形式向保险人提出预授权：

- 1、 所有住院和手术治疗；
- 2、 MRI 或 PET-CT 扫描检查；
- 3、 单价在人民币 8,000 元以上的检查项目；
- 4、 一次服用（注射）剂量单价超过人民币 5,000 元的药剂；
- 5、 购买或者租用非一次性耐用医疗设备；
- 6、 虽不符合上述医疗项目，但预期保险期间内累计医疗费用超过人民币 30,000 元的任何诊疗、检查项目；

紧急情况下，如被保险人未能及时获得预授权许可回复的，被保险人需在开始接受上述医疗项目后四十八小时之内通知我们。

如被保险人在进行上述各项须预授权医疗项目前未获得事先授权或紧急情况下未能在上述规定时间内通知保险人，针对因预授权医疗项目产生的医疗费用，保险人将在依据本合同约定核算出的应给付保险金金额上再乘以 60% 给付保险金。

被保险人获得保险人的预授权许可回复，不意味着保险人确认被保险人发生的全部或者部分医疗费用属于保险责任范围。

第十条 保障计划

本合同包含两个保障计划，投保人可以选择投保其中任何一个保障计划，并在保险单中载明，每个保障计划的具体保障责任、保险金额、免赔额、给付比例等均以本合同所附《保障计划表》中对应保障计划的约定为准。

责任免除

第十一条 对因下列情形之一导致的费用，保险人不承担给付保险金责任：

- 1、投保人对被保险人的故意杀害或故意伤害；
- 2、被保险人故意自伤及自杀，但被保险人自杀或自伤时为无民事行为能力人的除外；
- 3、因被保险人挑衅或故意行为而导致的打斗、被袭击、被谋杀；
- 4、被保险人故意犯罪或者抗拒依法采取的刑事强制措施；
- 5、被保险人主动吸食或注射毒品（释义 16）、酒精中毒或任何上瘾或依赖于形成习惯的药物或物质而导致的伤害或疾病；
- 6、被保险人酒后驾驶（释义 17）、无合法有效驾驶证驾驶（释义 18）或驾驶无有效行驶证（释义 19）的机动车（释义 20）；
- 7、被保险人参加职业运动或可获得报酬的运动或竞技；
- 8、被保险人参加高风险运动，如：潜水（释义 21）、滑水、冲浪、赛艇、漂流、跳伞或其他高空运动、蹦极、乘坐或驾驶商业民航班机以外的飞行器、攀岩（释义 22）、攀登海拔 3500 米以上的独立山峰、滑雪、武术、摔跤、马术（释义 23）、赛马、赛车、特技表演（含训练）（释义 24）、替身表演（含训练）、探险活动（洞穴、极地、沙漠、火山、冰川等等）（释义 25）；
- 9、战争、军事行动、暴乱或者武装叛乱；
- 10、核爆炸、核辐射或者核污染；
- 11、被保险人因健康原因被医生建议不宜旅行而执意进行旅行引起的意外伤害或病症；
- 12、被保险人从事因其健康状况而不适宜进行的活动或运动所导致的意外伤害或病症；
- 13、任何直接或间接因与人类免疫缺陷病毒（HIV）有关的疾病，包括获得性免疫缺陷

综合征（AIDS）及因此导致的任何突变体衍生或者变异疾病以及类似的感染、疾病或症状；

14、先天性畸形、先天性疾病、遗传性疾病（释义 26）、染色体异常（以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）》为准）或职业病（释义 27）；

15、视力治疗或视力训练，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、屈光不正（包括近视、远视）外科矫正术、常规眼科检查和配镜等；

16、美容整容治疗、包皮环切（本合同另有约定的除外）、脱发治疗、对痤疮的治疗、对良性皮肤损害（包括但不限于痣、皮赘、疣、色素沉着、黄褐斑、胎记）的治疗或去除、对白癫风的治疗、对蜘蛛痣、非瘢痕疙瘩型瘢痕、纹身去除、皮肤变色的治疗或手术、减肥治疗、营养咨询、丰胸或缩胸治疗、戒烟治疗等，以及上述治疗引起的并发症治疗；

17、行为紊乱、多动症、对立违抗性障碍、反社会行为、强迫症、恐惧症、依赖症、适应障碍、人格障碍、神经性节食、神经性贪食、睡眠障碍（包括打鼾、睡眠呼吸暂停）、家庭疗法；

18、避孕、节育绝育（含绝育以及绝育恢复手术）、治疗不孕不育症、性病、性功能障碍、变性手术，或由前述情形导致的并发症的治疗，以及正常分娩（含剖宫产）的相关费用。

19、因任何医疗意外和/或医疗事故所引起的治疗；

20、任何未遵医嘱服用处方药导致的伤害。

第十二条 下列费用，保险人也不承担给付保险金责任：

1、因投保时未根据健康问卷告知的被保险人既往症（释义 28）而产生的任何医疗费用

2、在本合同约定的等待期内罹患疾病而产生的医疗费用；

3、不符合国内医学界认可实践的治疗方法、手段、设备、药品等所有实验性治疗产生的医疗费；

4、由被保险人或者被保险人家庭成员（直系亲属）拥有全部或者部分所有权的机构提供的医疗、药品、设备或者服务所产生的费用；

5、非医学必需的、超过通常惯例水平的，以及在健康状态下仅为改善或者提高目前身体状况而发生的医疗费用；

6、任何医生不在执业范围情况下产生的医疗费用、不符合专业认可标准或者治疗过程中不必要的医疗和服务费用；

7、任何非处方药品、非处方医疗设备、非处方服务产生的费用，任何戒烟药物、食欲抑制剂、头发再生药物、抗光老化药物、美容用品、大剂量维生素费用；

8、临终关怀医疗费用（释义 29）；

9、家族疾病筛查、居家护理产生的费用；

10、任何矫形改造手术费用；

- 11、睡眠检查和治疗费用；
- 12、基因检测及与基因检测相关疾病咨询、筛查、检查、治疗费用；
- 13、购买各种用于按摩、保健的医疗器械产生的费用；
- 14、因发育迟缓问题或生长发育评估而产生的费用、生长激素治疗及其他相关费用、过敏原检测费用；
- 15、任何牙科治疗费用；
- 16、非与医疗直接相关的服务费用，例如电话/电视、额外膳食、额外床位或者类似的设施产生的费用；
- 17、未经科学或医学认可的试验性或研究性治疗的费用；
- 18、任何无有效证明的费用；
- 19、被保险人在非本合同约定的医院就诊产生的医疗费用，以及被保险人未按事先预约时间按时就诊而发生的预约费用损失；
- 20、任何常规体检费用和保险单未载明的免疫接种费用；
- 21、常规足疗费用，但因意外伤害或者疾病引起的足部治疗不在此限；
- 22、对遗体或供体实施的任何活细胞冷冻贮藏费用；
- 23、直接或间接由于心理咨询、心理和精神疾病的治疗导致的费用；
- 24、在政府当局要求和指导下实施的与流行性疾病相关的治疗费、药品费、设备费、服务费和紧急医疗运送费；
- 25、非手术中必需的假体、矫正器具或者相似的器具费，医生认为治疗必不可少的假体或者耐用医疗设备不在此限；
- 26、任何门诊肾透析（主被保险人因罹患本合同约定的妊娠并发症而接受门诊肾透析的除外）、门诊恶性肿瘤治疗（包括化学疗法（释义 30）、放射疗法（释义 31）、肿瘤免疫疗法（释义 32）、肿瘤内分泌疗法（释义 33）、肿瘤靶向疗法（释义 34））、器官移植（释义 35）等医疗费用；
- 27、在本合同约定的免赔额内的医疗费用；
- 28、其他不属于本合同保险责任范围的费用。

保险金额和保险费

第十三条 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。保险金额由投保人在投保时与保险人约定，并在保险单中载明。

第十四条 保险费

本合同的保险费在保险单中载明。投保人在投保时应一次性交纳本合同的保险费。

免赔额和给付比例

第十五条 免赔额

本合同所指免赔额均指年免赔额，在保险期间内，被保险人实际发生的在本合同约定的免赔额内的医疗费用应由被保险人自行承担，保险人不承担保险责任。被保险人从其他途径已获得的医疗费用补偿可用于抵扣免赔额。但通过社会基本医疗保险、公费医疗、城乡居民大病保险等途径获得的补偿，不可用于抵扣免赔额。

本合同免赔额的具体约定及金额以本合同所附《保障计划表》所载为准，并在保险单中载明。

第十六条 给付比例

本合同保险金给付比例的具体约定以本合同所附《保障计划表》所载为准，并在保险单中载明。

保险期间

第十七条 保险期间

本合同的保险期间为一年，自保险单载明的保险合同生效日起，至保险单载明的保险期间期满日止。

第十八条 不保证续保

本合同不保证续保，保险期间届满，投保人需要重新向保险人申请投保本保险，经过保险人审核同意，且投保人缴纳保险费后，保险人将出具新的保险合同。

保险人义务

第十九条 签发保单义务

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。

第二十条 明确说明义务

订立保险合同时，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。

第二十一条 补充索赔证明和资料的通知

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。

第二十二条 及时核定、赔付义务

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，但合同另有约定的除外。

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被保险人发出拒绝给付保险金通知书，并说明

理由。

第二十三条 先行赔付义务

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

第二十四条 如实告知义务

订立本合同时，保险人就被保险人的有关情况提出询问，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，不承担给付保险金的责任，但退还保险费。

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。

第二十五条 住所或通讯地址变更通知义务

投保人或被保险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，均视为已发送给投保人。

第二十六条 保险事故通知义务

投保人、被保险人或者受益人自其知道或应当知道保险事故发生之日起 10 日内通知保险人。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（释义 36）而导致的迟延。

保险金申请与给付

第二十七条 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。若被保险人身故，保险金将依法按照遗产处理。

第二十八条 保险金申请

本合同保险金的申请方式包括事后申请方式和直接结算方式。

1、采用事后申请的方式申请保险金时，保险金申请人须填写保险金给付申请书，并提供下列证明和资料原件：

- (1) 保险单或保险凭证；
- (2) 被保险人的有效身份证件（**释义 37**）（附加被保险人无身份证件的须提供出生证明）；
- (3) 如果被保险人住院，则须提供医院出具的被保险人的入出院记录；
- (4) 医院出具的被保险人的诊断证明、医疗费用清单以及处方、检查化验明细清单、病历等；
- (5) 医院出具的被保险人的医疗费用收据或者发票；
- (6) 如果被保险人从其它途径获得了医疗费用补偿，则须提供从其它途径报销的凭证；
- (7) 与确认保险事故的性质、原因等有关的其他证明和资料。

以上证明和资料不完整的，保险人将及时一次性通知保险金申请人补充提供有关的证明和资料。

委托他人领取保险金时，受托人还必须提供本人的有效身份证件及委托人亲笔签名的授权委托书。

2、被保险人按照本合同的约定在保险人或者保险人授权的第三方医疗管理服务机构的直付网络（下称“直付网络”）内医院内接受治疗的，可以采用直接结算的方式申请保险金，保险人将与直付网络内的医院直接结算应由保险人在本合同项下承担的医疗费用。受益人不应在就医后再向保险人申请该部分医疗费用对应的保险金。

3、本合同保险金作为被保险人遗产时，继承人还必须提供可证明其合法继承权的相关权利文件。

4、受益人或者继承人为无民事行为能力人或者限制民事行为能力人时，由其合法监护人代其申请领取保险金，其合法监护人还必须提供受益人或者继承人为无民事行为能力人或者限制民事行为能力人的证明和监护人具有合法监护权的证明。

第二十九条 保险金的给付

本合同保险金的给付方式包括直接结算方式和事后结算方式。

1、直接结算方式：

被保险人在直付网络内的医院接受治疗的，对于被保险人实际发生的，依据本合同约定应由保险人承担的医疗费用，保险人将上述直付网络内医院直接结算，无需被保险人就医时先行支付。

被保险人在直付网络内的医院接受治疗的，对于其发生的不属于本合同保险责任范围、应由其自己负担但在就医时医院未向其本人收取的医疗费用，被保险人在接到保险人或者保险人授权的第三方医疗管理服务机构通知后，应在三十日内退还相应款项。

2、事后申请给付保险金

被保险人在直付网络以外的医院接受治疗,可以在支付医疗费用后按照第二十八条第 1 项的约定向保险人申请给付保险金。

第三十条 诉讼时效期间

被保险人或者受益人向本公司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。

争议处理和法律适用

第三十一条 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,提交本合同载明的仲裁机构仲裁;本合同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。

第三十二条 法律适用

与本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(不包括香港、澳门特别行政区和台湾地区法律)。

其他事项

第三十三条 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。投保人解除本保险合同时,应提供下列申请材料:

- 1、保险合同解除申请书;
- 2、保险单原件;
- 3、保险费交付凭证;
- 4、投保人身份证明。

投保人要求解除本保险合同,自保险人接到保险合同解除申请书之时起,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三十日内退还保险单的未满期保险费(释义 38)。

第三十四条 年龄的确定与错误的处理

被保险人投保年龄,应以法定身份证明文件确定的周岁年龄为准。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:

(1) 投保人申报的被保险人的年龄不真实,并且其真实年龄不符合本保险合同约定的投保年龄限制的,保险人有权解除合同,并向投保人退还未满期保险费;

(2) 投保人申报的被保险人的年龄不真实,并且按照真实年龄所需收取的保费较高,保险人有权更正并要求投保人补交差额的保险费;

(3) 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。

释义

第三十五条 本合同具有特定含义的名词，其定义如下：

- 1、 保险人：指与投保人签署本合同的天安财产保险股份有限公司。
- 2、 周岁：指按有效身份证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、 专业护士：指在中国大陆（不含香港、澳门、台湾地区）合法注册的具有护士执业资格且正在执业的护理人员。
- 4、 妊娠并发症：本合同所指妊娠并发症仅包含以下 50 种疾病，且以下疾病须被医院医生明确诊断：
 - （1）产前并发症（31 种）：妊娠高血压综合症、急性脂肪肝、妊娠期舞蹈病、子痫前症、妊娠剧吐、脐带异常、妊娠肝内胆汁淤积症、轮廓胎盘、子宫脱垂、前置胎盘、血管前置、妊娠合并肠梗阻、胎盘早剥、羊水过多、围产期心肌病、母婴血型不合、羊水过少、妊娠合并骨软化病、妊娠糖尿病、胎膜早破、妊娠合并皮质醇增多症、妊娠心肌梗塞、胎儿宫内发育迟缓、妊娠合并溶血性尿毒症综合症、妊娠静脉血栓栓塞、胎儿宫内窘迫、妊娠 HELLP 综合症、妊娠合并急性肾盂肾炎、新生儿窒息、妊娠合并肺动脉高压。
 - （2）产时并发症（8 种）：子宫破裂、羊水栓塞、宫颈及阴道裂伤、子宫内翻、产后出血、产科休克、产科弥漫性血管内凝血羊膜腔感染综合症。
 - （3）产后并发症（11 种）：产褥期感染、产后抑郁、产后尿潴留、产后外周神经并发症、乳腺炎、会阴撕裂感染、晚期产后出血、产后子宫感染、子宫复旧不全、产后急性肾功能衰退、胎盘边缘血窦破裂。
- 5、 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。
- 6、 医院：经国家卫生行政部门核准，并依中国大陆法律（不含港澳台地区法律）设立并运营的二级及二级以上公立医疗机构（包括普通部、特需部，不包括国际诊疗部、VIP 贵宾部或其它同类性质的部门），以及保险人指定的合法注册的私营医院，但不包括任何护理机构、疗养机构、康复机构、养老院、家居服务机构、酒精或者药物滥用看护机构、以及其他类似目的的机构。上述医疗机构应有常驻的执业医师管理或者提供医疗服务，并应有专业护士每日 24 小时连续提供护理服务。每一保障计划的医院范围以本合同所附《保障计划表》所载为准。
- 7、 医生：指依据国家有关法律法规，在主管部门合法注册的具有医师执业资格和处方权且正在执业的医师，且须满足以下条件：

(1) 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；

(2) 在医院的相应科室从事临床工作三年以上。

8、 **住院**：指被保险人确因临床需要，正式办理入院及出院手续，并确实入住医院正式病房接受治疗的行为过程，但不包括入住门诊观察室、家庭病床、挂床住院，以及休养、疗养、身体检查和健康护理等非治疗性行为。

9、 **合理且必需**：指符合通常医学惯例且医学必需：

符合通常医学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我们理赔人员根据客观、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。

医学必需指医疗费用同时符合下列所有条件：

(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。

对是否医疗必需由理赔人员根据客观、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。

10、 **重症监护室**：指配有中心监护台、心电监护仪及其他监护抢救设施，相对封闭管理，符合重症监护病房（ICU）、冠心病重症监护病房（CCU）标准的单人或多人监护病房。

11、 **物理治疗**：指由具有相应资质的专业医生实施的、应用人工物理因子（如光、电、磁、声、温热、寒冷、力等）来治疗疾病的治疗方式，包括电疗、光疗、磁疗、热疗、冷疗、水疗，超声波疗法、功能训练和手法治疗，但不包括泥疗、蜡敷治疗、气泡浴与药物浸浴治疗。

12、 **针灸疗法**：由具有相应资格的医生以针（包括激光）为工具实施的治疗。

13、 **顺势疗法**：指一种通过小剂量药物治疗以使病人症状逐渐缓解或消除的治疗方法，比如对于腹泻的顺势疗法是给予小剂量的放松剂。

14、 **医学必要的人工流产**：指非被保险人自愿的，在胎儿无法存活时所必须采取的人工流产治疗。

15、 **社会基本医疗保险**：本合同所称的社会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、新型农村合作医疗、医疗救助等政府举办的基本医疗保障项目。

16、 **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医嘱使用的用于治疗疾病但含有毒品成分的处方药品。

17、 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，公安机关交通管理部门依据《中华人民共和国道路交通安全法》的规定认定为饮酒后驾驶或醉酒后驾驶。

18、 无合法有效驾驶证驾驶：指下列情形之一：

- (1) 没有驾驶证驾驶；
- (2) 驾驶与驾驶证准驾车型不相符合的车辆；
- (3) 驾驶员持审验不合格的驾驶证驾驶；
- (4) 未经公安交通管理部门同意，持未审验的驾驶证驾驶；
- (5) 持学习驾驶证学习驾车时，无教练员随车指导，或不按指定时间、路线学习驾车；
- (6) 公安交通管理部门规定的其他无有效驾驶证驾驶的情况。

19、 无有效行驶证：指下列情形之一：

- (1) 没有机动车行驶证；
- (2) 未在法律规定期限内按时进行或通过安全技术检验。

20、 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。

21、 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。

22、 攀岩：指攀登悬崖、楼宇外墙、人造悬崖、冰崖、冰山等运动。

23、 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。

24、 特技表演：指进行杂技、驯兽等表演。

25、 探险活动：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。

26、 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。

27、 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。

28、 既往症：指在本合同生效之前已罹患的被保险人已知或应该知道的有关疾病或检查发现的异常。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，治疗后检查发现的异常未完全消失，有间断用药情况；
- (3) 本保险合同生效前发生，医生已有明确诊断，但未予治疗；或者未经医生诊断和

治疗，但异常明显且持续存在，以普通人医学常识应当知晓。

29、 临终关怀医疗费用：指被保险人通过医生诊断患有属于终末期疾病，并在当地临终关怀机构进行的由各科医生组成的医疗团队对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。

30、 化学治疗：指针对恶性肿瘤的化学治疗（下称“化疗”）。化疗是使用医学界公认的化疗药物以杀死癌细胞、抑制癌细胞生长繁殖为目的而进行的治疗。本合同所指的化疗为被保险人根据医嘱，在医院进行的静脉注射化疗、服用药物等方式的化疗。

31、 放射疗法：指针对恶性肿瘤的放射治疗（下称“放疗”）。放疗是使用各种不同能量的射线照射肿瘤组织，以抑制和杀灭癌细胞为目的而进行的治疗。本合同所指的放疗为被保险人根据医嘱，在医院的专门科室进行的放疗。

32、 肿瘤免疫疗法：指应用免疫学原理和方法，使用肿瘤免疫治疗药物提高肿瘤细胞的免疫原性和对效应细胞杀伤的敏感性，激发和增强机体抗肿瘤免疫应答，并应用免疫细胞和效应分子输注宿主体内，协同机体免疫系统杀伤肿瘤、抑制肿瘤生长。本合同所指的肿瘤免疫治疗药物需符合法律、法规要求并经过国家食品药品监督管理总局批准用于临床治疗。

33、 肿瘤内分泌疗法：指针对恶性肿瘤的内分泌疗法，用药物抑制激素生成和激素反应，杀死癌细胞或抑制癌细胞的生长。本合同所指的内分泌治疗药物需符合法律、法规要求并经过国家食品药品监督管理总局批准用于临床治疗。

34、 肿瘤靶向疗法：指在细胞分子水平上，针对已经明确的致癌点来设计相应的靶向治疗药物，利用具有一定特异性的载体，将药物或其他杀伤肿瘤细胞的活性物质选择性地运送到肿瘤部位攻击癌细胞的疗法。本合同所指的靶向治疗的药物需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。

35、 器官移植：指以被保险人为受体，经相关专科医生明确诊断，在符合开展器官移植手术资质的医疗机构内，根据医学需要必须进行的肝脏移植、肾脏移植、心脏移植、肺脏移植、胰脏移植或骨髓移植。

36、 不可抗力：指不能预见、不能避免并不能克服的客观情况。

37、 有效身份证件：指由政府主管部门规定的证明个人身份的证件，如：居民身份证、按规定可使用的有效护照、军官证、警官证、士兵证等证件。

38、 未到期保险费：未到期保险费=保险费×[1-(保险单已经过天数/保险期间天数)]，经过日期不足一日的按一日计算。

附录：保障计划表

	计划一	计划二
地理覆盖范围	中国大陆(不含港澳台地区)	中国大陆(不含港澳台地区)
医疗机构范围	二级及以上公立医院普通部、特需部(不含国际部、特诊部)及保险人指定私立医疗机构	二级及以上公立医院普通部、特需部(不含国际部、特诊部)及保险人指定私立医疗机构
主被保险人保障计划		
保险金额	100,000 元	300,000 元
免赔额(门诊与住院共用)	0 元	0 元
给付比例	公立医院特需部: 80% 公立医院普通部及指定私立医疗机构: 100%	公立医院特需部: 80% 公立医院普通部及指定私立医疗机构: 100%
妊娠并发症医疗保障	全额赔付	全额赔付
一般门诊医疗保障	全额赔付	全额赔付
一般住院医疗保障	全额赔付	全额赔付
人工流产医疗保障	年度赔偿限额 5,000 元	年度赔偿限额 5,000 元
附加被保险人保障		
一般住院医疗保障		
一般住院医疗保障年度赔偿限额	300,000 元	500,000 元
给付比例	公立医院特需部: 80% 公立医院普通部及指定私立医疗机构: 100%	公立医院特需部及新世纪集团医疗机构: 80% 公立医院普通部及指定私立医疗机构: 100%
床位及膳食费	每日限额 1,200 元	每日限额 1,200 元
重症监护室费	全额赔付	全额赔付
手术费	全额赔付	全额赔付
手术植入材料费	全额赔付	全额赔付
护理费、治疗费(含吸氧费)、检验检查费	全额赔付	全额赔付
处方药品费和敷料费	全额赔付	全额赔付
物理治疗费	全额赔付	全额赔付
新生儿因早产导致的住院费用(新生儿少于 34 周,且须受限于床位费限制)	限 7 天	限 7 天
一般门诊医疗保障		
一般门诊医疗保障年度赔偿限额	50,000 元	100,000 元

给付比例	公立医院特需部：80% 公立医院普通部及指定 私立医疗机构：100%	公立医院特需部：80% 公立医院普通部及指定 私立医疗机构：100%
医生诊疗费、治疗费、处方药 品费、检验检查费	全额赔付	全额赔付
物理治疗费、针灸治疗、顺势 疗法费	年度赔偿限额 1,500 元	年度赔偿限额 2,500 元
中医治疗费		
耐用医疗设备费	年度赔偿限额 10,000 元	年度赔偿限额 10,000 元
门诊手术费	全额赔付，限 1 次	全额赔付，限 1 次