

天安财产保险股份有限公司

中老年个人医疗保险（2021 渠道版）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

具有完全民事行为能力的被保险人本人或对被保险人具有保险利益的其他自然人均可作为本合同的投保人。

被保险人为限制民事行为能力人的，应由其监护人作为投保人。

第三条 被保险人 投保人

年龄46至80周岁（含80周岁）（**释义2**），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。

根据随主被保险人投保本保险的附属被保险人的有无及其与主被保险人的身份关系，本保险中被保险人的参保方式分设有单人型、家庭型，具体由投保人在投保时为被保险人选择，并载明在本合同中。

（一）单人型：无附属被保险人

（二）家庭型：对应的附属被保险人为主被保险人的配偶

第四条 受益人

除另有约定外，本合同保险金的受益人为被保险人本人。

保险责任

第五条 医疗机构

本合同保险人认可的医疗机构包括**公立医院普通部、公立医院特需部、特定医疗机构及指定医疗**

机构，具体以投保人和保险人在投保时协商确认，并在保险单中载明。保险人仅对被保险人在合同载明的保险金适用范围内的医疗机构发生的费用按照保险合同约定承担赔偿责任。

- (1) **公立医院普通部**：指的是中国大陆境内二级或二级以上的公立医院普通部；
- (2) **公立医院特需部**：指的是中国大陆境内二级或二级以上的公立医院特需部、VIP 部与国际部
- (3) **特定医疗机构**：指的是上海市质子重离子医院。
- (4) **指定医疗机构**：指的是保险计划说明及网络医疗机构名册载明的指定医疗机构。

在任何情况下，本合同认可的医疗机构不包括精神病院及专供康复、休养、戒毒、戒酒、护理、养老等非以直接诊治病人为目的的医疗机构。住院医疗责任对应的医疗机构必须具有符合国家有关医院管理规则设置标准的医疗设备，且全天二十四小时有合格医师及护士驻院提供医疗及护理服务。

第六条 保险责任

一、住院医疗保障

（一）住院医疗费用保险金

在保险期间内，被保险人因遭受**意外伤害（释义 3）**事故或经过本合同约定的**等待期（释义 4）**后，因患疾病，在中华人民共和国境内（**不包括香港、澳门特别行政区和台湾地区**）保险人认可的医疗机构经医生诊断必须接受**住院（释义 5）**治疗的，由此发生的、符合**通常惯例水平（释义 6）**的以下类型费用，保险人按照约定承担给付保险金责任：

- (1) 医学必须的重症监护病房费；
- (2) 手术室费和急诊室费；
- (3) 住院住宿费，标准仅限于双人病房（在中国大陆公立医院住院治疗的，可为标准单人病房）；
- (4) 医师诊疗费、手术医师费和麻醉师费；
- (5) 护士护理费；
- (6) 治疗费，包括会诊咨询和病理学分析等；
- (7) 检查测试费，包括：X 光、诊断测试、核磁共振检查、正电子发射断层扫描、计算机体层摄影扫描、肿瘤测试等；

(8) 住院**处方药（释义 7）**品费和手术敷料费；

(9) 康复治疗和专业护理费，仅限于被保险人在住院情况下对于可保疾病**医学必需（释义 8）**的康复治疗和专业**护士（释义 9）**实施的专业护理和相关服务；

(10) 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及运输费用**；

(11) 由医生或具有相应资质的专业医师实施的物理治疗、职业疗法费。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：

(11.1) 在合理的、可预测的时间内使得症状明显好转；

(11.2) 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疗师才能安全、有效的实施。

被保险人住院需同时满足以下条件，保险人承担给付住院医疗费用保险金责任：

(1) 被保险人住院前须经过保险人指定的第三方管理机构（释义 10）的授权同意；

(2) 若为紧急住院，被保险人可在就近医疗机构接受治疗，但须在开始治疗后的 48 小时内通知保险人或保险人指定的第三方管理机构；

依据保险人指定的第三方管理机构作出的决定，被保险人的身体状况确实需要住院、看护、康复的。如果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，则保险人不承担给付责任。

（二）门诊手术医疗费用

在保险期间内，如果被保险人因意外伤害事故或经过本合同约定的等待期后因患疾病接受门诊手术治疗，保险人对被保险人在其指定的医疗机构实际发生的可在门诊完成的手术费用，包括留观、日间病房费等，**保险人按约定的给付方式给付门诊手术医疗费用保险金。具体的给付比例、累计赔偿限额以保单载明的为准。**

（三）特殊门诊医疗费用

在保险期间内，如果被保险人因意外伤害事故或经过本合同约定的等待期后因患疾病接受特定门诊治疗，保险人对被保险人在其指定的医疗机构实际发生的特定门诊医疗费用，**保险人按约定的给付方式给付特殊门诊医疗费用保险金。具体的给付比例、累计赔偿限额以保单载明的为准。**

特殊门诊治疗包括以门诊方式接受：

（1）肾透析治疗；

（2）恶性肿瘤治疗包括**化学疗法（释义 11）**、**放射疗法（释义 12）**、**肿瘤免疫疗法（释义 13）**、**肿瘤内分泌疗法（释义 14）**、**肿瘤靶向疗法（释义 15）**；

（3）器官移植后的门诊抗排异治疗。

（四）住院前后门急诊医疗费用

在保险期间内，如果被保险人因意外伤害事故或经过本合同约定的等待期后因患疾病经保险人认可的医疗机构诊断必须接受住院治疗，保险人对被保险人在住院治疗前 7 日（含住院当日）和出院后 30 日（含出院当日）内，因与该次住院相同原因而接受门急诊治疗时实际发生的门急诊医疗费用，**保险人按约定的给付方式给付住院前后门急诊医疗费用保险金。具体的给付比例、累计赔偿限额以保单载明的为准。**

（五）质子重离子医疗保险金

在保险期间内，如果被保险人因意外伤害事故或经过本合同约定的等待期后因患疾病经我们认可的医疗机构的专科医生初次确诊患上一种或多种本合同所定义的恶性肿瘤，在保险人认可的特定医疗机构接受质子重离子治疗的，对于被保险人实际发生的合理且必需的质子重离子医疗费用，**保险人按约定的给付方式给付质子重离子医疗保险金。具体的给付比例、累计赔偿限额以保单载明的为准。**

本合同的质子重离子医疗费用是指被保险人因接受质子重离子放射治疗而发生的相关费用，包括床位费、护理费、膳食费、检查检验费、治疗费、医生费、药品费，**但不包括化学疗法、肿瘤免疫疗法、肿瘤内分泌疗法和肿瘤靶向疗法所产生的医疗费用。**

二、门诊医疗保障

在保险期间内，被保险人因遭受意外伤害或者经过本合同约定的等待期后因罹患疾病并经医师诊断必须接受门诊治疗的，对于由此发生的、符合通常惯例水平的以下类型费用，属于保险责任范围内的门诊医疗费用，保险人按照约定承担给付保险金责任：

（1）医师诊疗费和专家门诊费，本项费用**每日限一次。除另有约定外，保险人不承担被保险人非以治疗为目的的常规体检费。**

（2）处方药费。

（3）化验费和检查费，包括常规生化检查、心电图检查、超声波检查、X 光检查等。

(4) 大型检查费，包括 CT 检查、PET 检查、核磁共振检查 MRI、内窥镜检查等。

(5) 理疗费，包括物理治疗、脊柱指压治疗、职业性治疗法和语言障碍治疗等。

(6) 中医治疗费，指为可保疾病由具有相应资质的专业医师实施的中医治疗费用，包括诊疗费、针灸费、中草药及其他医疗必需的治疗费。

(7) 睡眠检查和治疗费，指对于**发作性睡眠（释义 16）**或阻塞性呼吸暂停症状的检查和治疗费（但不包括对失眠、**多动腿综合症（释义 17）**的睡眠检查和治疗费）。除另有约定外，被保险人在进行睡眠障碍检查和治疗之前，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。**

(8) 急诊医疗服务费。

(9) 耐用医疗设备费，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的购买或租赁费（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，**但保险人仅就修理、更换费用的 50%比例承担保险责任。**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。

(10) 紧急牙科治疗费，指因遭受意外伤害而受损的、原未经过任何治疗的、完整无损的自身牙齿的必需的紧急治疗和修复费用。**除另有约定外，被保险人在进行紧急牙科治疗之前，须事先与保险人或保险人指定的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，否则保险人将不承担相关费用。**

三、医疗费用补偿原则

本合同第六条载明的第一、二项保险责任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、互助医疗、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合

同的约定进行赔付。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。

其中，针对以下情况，投保人和保险人分别约定免赔额和给付比例，并在保险单中载明：

（1）有社保：被保险人享有社会基本医疗保险或公费医疗保障，且在申请理赔时已经从社会基本医疗保险或公费医疗保障中获得医疗费用补偿的；

（2）无社保：被保险人申请理赔时未享有社会基本医疗保险或公费医疗保障，或没有从社会基本医疗保险或公费医疗保障中获得医疗费用补偿的。

（3）若被保险人以已参加社会医疗保险身份投保，但未以参加社会医疗保险身份就诊并结算的，则保险人按照保单约定的给付比例进行赔付。

若投保人和保险人另有约定，则对于被保险人实际发生的医疗费用，保险人按照另行约定并按保险合同中载明的条件和方式进行给付。

被保险人因意外伤害发生保险事故的，保险责任无等待期；投保人为被保险人续保本保险的续保合同无等待期。

责任免除

第七条 对于下列各项损失、费用和责任，保险人不承担保险金给付责任：

（一）投保人对被保险人的故意杀害或故意伤害；

（二）被保险人故意犯罪、抗拒依法采取的刑事强制措施期间或被政府依法拘禁或入狱期间；

（三）被保险人自杀，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、被谋杀；

（四）被保险人酒后驾驶、无有效驾驶证驾驶（释义 29）或者驾驶无有效行驶证（释义 30）的机动车期间；

（五）战争、军事行动、暴乱或者武装叛乱；

（六）核爆炸、核辐射或者核污染；

（七）超过通常惯例水平的费用，或非医师处方要求的费用，或不符合医学界普遍认可的并用于

实践的治疗方法、手段、设备、药品等试验性医疗费用；

（八）未获得第三方管理机构许可，被保险人没有提前通知或者得到保险人批准就接受需事先授权的医疗服务所产生的费用；

（九）在约定的保障区域以外的地区接受医疗服务产生的费用；

（十）战争及恐怖主义活动引起的伤害、核武器、生化武器引起的风险，不论被保险人参加与否

（十一）保险期间届满后、保险合同生效前或等待期内发生的医疗费用，包括在保险期届满后按疗程使用的药品费用；

（十二）以下医疗服务、医疗用品及治疗（包括药物治疗和/或紧急服务）：

1. 已从政府、其他保障计划中获得补偿的费用，或根据工伤补偿、职业病或其他与各国职业疾病相关的法律法规的规定，可从中获得补偿的费用；

2. 由被保险人或被保险人家庭成员（释义 18）拥有全部或部分所有权的机构提供的医疗、药品、设备或服务而发生的费用；

3. 电话咨询费、没有按时就诊产生的预约费用、因超过医院/医师正常工作时间产生的额外费用

4. 在政府当局指导下，实施的与传染病相关的费用；

（十三）不在执业范围的医疗服务、医疗用品治疗方法、药物及/或紧急空运服务；

（十四）电话咨询费、没有按时就诊产生的预约费用、因超过医院/医师正常工作时间产生的额外费用；

（十五）为个人舒适或方便而产生的费用（但本合同中另有约定的不在此限），包括但不限于电视、单人病房、房屋打扫、访客膳食和住宿、特殊饮食、电话、携带医疗用品；

（十六）体检费、疫苗费、旅行费、出于行政或管理事务目的费用，包括但不限于与投保保险、招聘、入学、旅行或运动相关的检查费用；

（十七）非处方药品和设备，包括但不限于戒烟药物、食欲抑制剂、头发再生药物、抗光老化药物、美容用品、为美容目的使用的去痤疮、红斑痤疮的药物（含激素和视色素）、大剂量维生素、维他命费、用于提高性功能的药物或设备费用、中草药费用（本合同另有约定的不在此限）；

（十八）因先天性疾病（释义 19）产生的相关医疗费用，精神疾病或心理疾病治疗相关的医疗费用；

（十九）视觉治疗相关费用、治疗老花、激光角膜切开术、镭射视力矫正手术、准分子激光原位角膜磨镶术、屈光不正（包括近视、远视）校正手术费；眼镜、隐形眼镜、太阳眼镜及相关配件的费用；

（二十）助听器，助听设备以及骨锚式助听器费用；

（二十一）紧急牙科保障中咀嚼食物或其他物体引起的牙齿损伤；任何与牙科整容手术或其所需材料、假牙、牙体种植、高嵌体、贴面等相关的费用；任何与颞下颌关节紊乱症（TMJ）及其并发症的治疗、牙冠、牙桥及假牙的丢失、护牙托或其他磨牙相关服务的费用；

（二十二）选择性及/或美容手术、整形手术、脱发治疗、丰胸或缩胸手术、戒烟、减肥、非囊肿粉刺去除、提高性功能、包皮环切、生长激素、临终关怀等非医疗必须治疗所直接产生的费用或间接引起的任何并发症治疗的费用；

（二十三）常规足部治疗费（因意外伤害或疾病引起的足部治疗情形不在此限）；矫正鞋或其他脚支撑器材（包括但不限于足弓支撑器、矫正器或任何其他预防性的服务或器材）费；任何用于治疗弱足、矫形足、不稳足、扁平足或足弓塌陷的器材费；任何与跗骨、跖骨相关的治疗费；对脚表面损害（如鸡眼、老茧、角质化，脚趾或拇指外翻）的治疗；

（二十四）与不孕不育症或生育治疗相关的治疗、检测等费用，包括但不限于受孕药、不孕不育症药（含为生育做准备的经期调理药物）、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、代理怀孕费用以及其他相关费用，与此相关的怀孕、妊娠并发症、分娩、产后护理费等；优生优育咨询、筛查、检查和治疗费用；选择性流产及并发症费用（紧急情况除外）；

（二十五）为休息、观察而实施的日常居家照顾环境疗法费（无论医师是否要求）；在任何养老院、长期护理康复机构、疗养院、矿泉疗养地、水疗院门诊等非本合同规定的医疗机构接受的服务或治疗费；因被保险人自身因素使得医疗机构已实际成为或倾向作为被保险人住家或常住处的情况下发生的费用；

（二十六）器官移植产生的费用（本合同中另有约定的不在此限），包括但不限于以下所列：

1. 供体费用；

2. 未经第三方管理机构授权批准并进行管理安排的治疗和服务；
3. 低温储藏及运输费用；与不孕不育症或生育治疗相关的移植费用；
4. 经由第三方管理机构批准的医疗必须的器官、血液、细胞移植费用根据实际情况可以承担。

（二十七）非手术中医疗必需的假体、矫正器具或相似的器具费（医生处方开具作为治疗一部分的，满足相应承保范围内的且事先得到第三方管理机构批准的假肢或耐用医疗设备不在此限）；

（二十八）对由酒精、溶剂、毒品滥用或任何上瘾引起的伤害或疾病的治疗费仅限于保险计划中所列。对完全或部分由服用酒精、滥用毒品或上瘾引起伤害的治疗费均不属于保险责任，包括但不限于由于被保险人服用酒精、违禁药物、非医师处方要求药物或非医师处方要求用量药物引起的伤害；

（二十九）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病症的治疗费及其相关费用；

（三十）除外风险：

1. 参加或受训职业体育运动受伤治疗；被保险人从事或参加高风险运动，如：潜水、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、攀登海拔 3500 米以上的独立山峰、滑雪、冰球、武术、摔跤、马术、赛马、赛车、特技表演（含训练）、替身表演（含训练）、探险 26 或考察活动（洞穴、极地、沙漠、火山、冰川等）
2. 非必要但主动置身于风险中，包括但不限于主动的违法行为等（抢救他人生命情形不在此限）；

（三十一）对艾滋病、艾滋相关综合征（ARCS）和其他与 HIV 病毒相关的性传染病或症状的治疗费用；

（三十二）其它在保险单或保险凭证中载明的责任免除事项。

上述情形下，被保险人身故或不再符合投保资格要求的，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保险费（释义 20）。

投保时，保险人要求被保险人填写健康问卷调查表时，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临床症状的任何疾病或损伤的相关信息（即既往症（释义 21）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合同的承保责任范围内。

保险金额和保险费

第八条 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。

第九条 保险费

保险费按被保险人的投保年龄所对应的费率标准计收。

保险费=住院医疗保障基准保费×住院医疗保障费率调整系数之积×投保天数/365天+门诊医疗保障基准保费×门诊次数×门诊医疗保障费率调整系数之积×投保天数/365天

免赔额

第十条 免赔额

本合同的免赔额为每一保险期间累计年免赔额，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。

所有免赔额将分别适用于所有被保险人。在免赔额适用的情况下，在被保险人达到免赔额的上限之前，被保险人必须自行承担任何保障项目费用的免赔部分。

免赔额适用于每一个保险期间，在本合同续保后，每位被保险人的免赔额将重新计算。若被保险人的初次理赔申请发生在临近本合同的保险期间终止前，且保障项目持续至续保生效日期之后的，则被保险人应承担的免赔额将依据每一保险期间内所使用保障项目对应的当年免赔额分别支付。

第十一条 自付比例

本合同中被保险人的自付比例，将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对应的费用额度。

保险期间

第十二条 保险期间

保险期间由保险人和投保人协商确定，以保险单载明的起讫时间为准，最长不超过一年。

保险人义务

第十三条 续保

本合同为非保证续保合同。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。

第十四条 明确说明义务

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。

第十五条 签发保单义务

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。

第十六条 保险合同解除权行使期限

保险人依据第二十一条所取得的保险合同解除权，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。

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，保险人不得解除保险合同；发生保险事故的，保险人应当承担给付保险金责任。

第十七条 补充索赔证明和资料的通知

保险人认为保险金申请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。

第十八条 及时核定、赔付义务

保险人收到保险金申请人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，履行赔偿保险金义务。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。

第十九条 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

第二十条 缴纳保险费义务

投保人应当在保险合同成立时一次性缴清保险费，若投保人未在合同规定时间内缴纳保险费的，保险人有权解除保险合同。

第二十一条 如实告知义务

（一）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。

（二）投保人故意或者因重大过失未履行如实告知义务的，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。

（三）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。

（四）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。

第二十二条 住所或通讯地址变更通知义务

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，均视为已发送给投保人。

第二十三条 职业或工种的变更通知义务

当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的，保险人在接到通知后有权解除本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（释义 37）。被保险人所变更的职业或工种依照保险人职业分类在仍可承保的或虽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保费。

被保险人所变更的职业或工种，依照保险人职业分类其危险性增加，且未依本条约定通知保险人

而发生保险事故的，保险人按其原缴保险费比新职业或工种所对应的保险费率计算并给付保险金。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，保险人不承担给付保险金的责任。

保险人将按照事先公布的职业分类表确定被保险人的职业分类，投保人可通过本公司服务场所工作人员、服务热线或有关互联网查询到此表。

第二十四条 被保险人变更

保险期间内，投保人可申请变更被保险人，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，投保人应在 30 日内书面通知保险人，保险人进行医疗审核。经保险人同意后，保险人自通知书载明的起始日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，投保人应立即书面通知保险人，并向保险人退还保险卡。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保险费，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保险费。

3. 被保险人发生变化的，保险人有权调整保险费率。

第二十五条 保险事故通知义务

投保人、被保险人或者保险金受益人应于知道或者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 22）而导致的迟延。

医疗服务网络和事先授权

第二十六条 保险人将会定期或不定期向投保人和被保险人通知所指定的医疗服务网络机构信息，被保险人亦可登陆保险人指定的网站、微信公众号或致电查询相关信息。

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，对其发生的不属于保险责任范围、应由被保险人自行承担但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。

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）住院治疗；
- （2）任何需要全身麻醉的门诊手术；
- （3）购买或租用非一次性耐用医疗设备，包括但不限于胰岛素泵等；
- （4）器官、骨髓、干细胞或其他组织移植；

（5）任何治疗，包括癌症和慢性疾病的治疗，虽然不在上述范围之内，但是一个保险年度内累计预计花费超过人民币 60,000 元（另有约定的除外）时，均需要事先授权；

（6）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 5,000 元时，均需要获得事先授权；

- （7）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。

保险金申请与给付

第二十七条 保险金申请

被保险人在保险人授权的医疗服务网络机构接受治疗，该网络医疗机构未对被保险人收取属于本合同约定给付范围的医疗费用的，保险金申请人不得就此向保险人申请保险金。其他情形，保险金申请人可根据本合同的约定向保险人申请保险金。

保险金申请人向保险人申请保险金时，应提供的理赔材料包括：

- （一）保险单、批单和保险费缴付凭证的副本；
- （二）填写完整的理赔申请表；
- （三）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；
- （四）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；
- （五）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

（六）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。

（七）在保险人的理赔审核过程中，除法律禁止的情况外，本公司有权对投保人、被保险人就事故的性质、原因、结果及被保险人的损伤程度和身体情况等，进行调查、检查、评估和鉴定（包括但不限于提请作必要、合理的解剖检验），投保人、被保险人等应当予以充分配合；

（八）如果已从其他途径获得了补偿，则须提供从其他途径报销的凭证。

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 30 日内将上述全部理赔材料提供给保险人指定的第三方管理机构。

第二十八条 理赔处理

对于保险金申请人根据上述规定向保险人申请保险金的，经保险人审核同意后，保险人将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。

保险金申请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；保险金申请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。

第二十九条 诉讼时效期间

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。

争议处理和法律适用

第三十条 争议处理

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。

第三十一条 法律适用

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（**不包括香港、澳门特别行政区和台湾地区法律**）。

其他事项

第三十二条 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。投保人解除本保险合同时，应提供下列证明文件和资料：

- （1）保险合同解除申请书；
- （2）保险单原件或其他保险凭证正本；
- （3）保险费交付凭证；
- （4）投保人身份证明；
- （5）保险卡；
- （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之日起 10 日内要求解除本合同的，自保险人接到保险合同解除申请书之时起，本合同的效力终止。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已交保险费，**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日之后要求解除本合同的，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30日内退还保险单的**未**满期保险费。但被保险人已领取过保险金的除外。

第三十四条 合同的终止

发生下列情形时，本合同终止：

- （1）保险合同期满；
- （3）被保险人不再满足本合同的投保资格要求，但被保险人在保险期间起始日满足年龄资格要求的，在保险期间内保险责任不因其年龄的改变而自动终止。

第三十五条 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缴差额的保险费；

（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

1、**保险人**：指与投保人签订本保险合同的天安财产保险股份有限公司及其分支机构。

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、**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单独的原因致使身体受到的伤害。自然死亡、疾病身故、猝死、自杀以及自伤均不属于意外伤害。

4、**等待期**：指自本合同生效日起计算的一段时间，具体天数由保险人和投保人在投保时约定并在本合同上载明。

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

（1）被保险人在医院的（门）急诊观察室、家庭病床（房）入住；

（2）被保险人在特需病房、外宾病房或其它不属于社会医疗保险范畴的高等级病房入住；

（3）被保险人入住康复科、康复病床或接受康复治疗；

（4）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；

（5）被保险人住院体检；

（6）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。

6、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。

7、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，医疗器械等，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。

8、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或亚急性状态需要持续接受治疗、专业护理或康复治疗。主要出于接受慢性病治疗、长期看护、喘息照护、慢性病维持、协助日常生活活动的目的而住院的，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。其中，急性是指疾病病程短、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；亚急性是指病情具有急性病一些特征，处于急性和慢性之间。慢性病是指不需要住院治疗，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。日常生活活动是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。喘息照护是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。

9、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。

10、第三方管理机构：指由保险人指定并代表保险人管理本合同或保险计划的公司、组织和合作伙伴。

11、化学疗法 指对于恶性肿瘤的化学治疗。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。

12、放射疗法：指针对恶性肿瘤的放射治疗。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。

13、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。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局批准用于临床治疗。

14、肿瘤内分泌疗法：指对于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。

15、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药物需符合法律、法规要求并经过国家食品药品监督管理局批准用于临床治疗。

16、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）。

17、多动腿综合症 又称无休止综合症或不安腿综合症，是尿毒症患者周围神经病变的表现之一。患者两腿有难以形容的不适感，于静止时加剧，肢体一定要反复摆动或行走后不适感可稍减轻。休息、镇静剂、解痛剂或大量维生素 B6 治疗均难奏效。透析后早期症状加重，但长期充分透析或肾移植后可好转。

18、家庭成员：指配偶、父母、子女和其他共同生活的近亲属，近亲属包含配偶、父母、子女、兄弟姐妹、祖父母、外祖父母、孙子女、外孙子女。

19、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。

20、未到期保险费：是指保险人应退还的剩余保险期间的保险费，未到期保险费按照以下公式计算：

$$\text{未到期保险费} = \text{保险费} \times (1 - 20\%) \times (1 - m/n)$$

其中m为本合同已生效天数，n为本合同保险期间的天数。合同已生效的天数不足一天的按一天计算。

21、既往症：指在本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) 本合同生效前，医生已有明确诊断，长期治疗未间断；
- 2) 本合同生效前，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) 本合同生效前，未经医生诊断和治疗，但症状或体征明显且持续存在，以普通人医学常识应当知晓。

22、不可抗力：指不能预见、不能避免并不能克服的客观情况。