

利宝保险有限公司

团体住院及门急诊医疗保险条款（2026 版 A 款）

（注册号：C00006032512026012134183）

总则

第一条 合同构成

本保险合同由保险条款、投保单、保险单、保险凭证以及与本保险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，均采用书面形式。

第二条 合同成立与生效

投保人提出保险申请、保险人同意承保，本保险合同成立，具体生效日以保险单所载日期为准。

第三条 投保人

对被保险人有保险利益的机关、企业、事业单位、社会团体及自然人，均可作为投保人向保险人投保本保险。

第四条 被保险人

除另有约定外，本保险合同被保险人应为符合保险单所载的年龄要求、身体健康、能正常工作或正常生活的团体在职成员。经保险人审核同意的被保险人的配偶、子女或父母，也可作为连带被保险人投保本保险。

在中国大陆境内（不含港澳台地区，下同）居住的外籍人士，经过保险人审核同意的，可作为本保险合同的被保险人，但其需持有中华人民共和国政府部门颁发的工作签证或者拥有中国大陆境内居留证或者长期居住权，并能提供中国大陆境内固定居住地址。

在本保险合同签发时被保险人不得少于三人。

第五条 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。

投保人指定或变更受益人时须经被保险人同意。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，可以由其监护人指定受益人。

第六条 保险区域

本保险合同约定的保险区域为中国大陆境内（不含港澳台地区），保险人仅对被保险人在中国大陆境内发生的保险事故承担保险责任。

保险责任

第七条 保险责任

本保险合同的保险责任包括住院医疗保险金、门急诊医疗保险金，住院津贴保险金、扩展医疗

费用保险责任和扩展医院范围保险责任，其中住院医疗保险金为必选责任，其他保险责任为可选责任。可选责任可由投保人决定是否投保，并载明于保险单或批单上，但不能单独投保可选责任。如投保人未选择投保可选责任，则本保险合同中涉及可选责任的约定不发生效力。

（一）住院医疗保险金（必选）

在保险期间内，被保险人因遭受**意外伤害（见释义2）**事故或在**等待期（见释义3）**后因意外伤害以外的原因，在本保险合同约定的**医院（见释义4）**接受**住院（见释义5）**治疗期间实际发生的**必须且合理（见释义6）**的、符合当地**社会基本医疗保险（见释义7）**报销范围且由被保险人自付的**住院医疗费用（见释义8）**，保险人在扣除住院医疗费用免赔额后，依照本保险合同的约定在住院医疗保险金额内给付住院医疗保险金

保险期间届满被保险人住院治疗仍未结束的，保险人继续承担保险金给付责任至出院之日止，但最长不超过保险期间届满之日起第三十日。对此期间发生的必需且合理的住院医疗费用，保险人按照本保险合同的约定，在住院医疗保险金额内给付住院医疗保险金。

当累计给付住院医疗保险金额达到保险合同约定的金额时，保险人对该被保险人的住院医疗保险金责任终止。

（二）门急诊医疗保险金（可选）

在保险期间内，被保险人因遭受意外伤害事故或在等待期后因意外伤害以外的原因，在本保险合同约定的医院接受门急诊治疗的，对于被保险人每次就诊期间实际发生的必需且合理的、符合当地社会基本医疗保险报销范围且由被保险人自付的门诊或急诊医疗费用，保险人在扣除**每次门急诊医疗费用免赔额**后，按照本保险合同的约定给付门急诊医疗保险金。

当累计给付门急诊医疗保险金额达到保险合同约定的保险金额时，保险人对该被保险人的门急诊医疗保险金责任终止。

（三）住院津贴保险金（可选）

在保险期间内，被保险人因遭受意外伤害事故或在等待期后因意外伤害以外的原因，在本保险合同约定的医院接受住院治疗，**保险人按被保险人每次实际住院天数扣除本保险合同约定的每次住院免赔天数后乘以保险单载明的住院每日津贴，向被保险人给付住院津贴保险金。**

除另有约定外，住院每日津贴金额、每次住院免赔天数、每次住院给付天数上限、被保险人不论一次或多次住院的累计给付天数上限，由投保人与保险人在投保时约定并在保险单中载明。

当累计给付天数达到保险合同中载明的天数时，保险人对该被保险人的住院津贴保险金责任终止。

保险期间届满被保险人住院治疗仍未结束的，保险人在每次住院给付天数和累计给付天数范围内继续承担保险金给付责任直至被保险人出院之日，但最长不超过保险期间届满之日起第三十日。

若被保险人本次住院治疗与前次住院治疗原因相同，并且前次出院与本次入院间隔不超过三十日的，则本次住院与前次住院视为同一次住院。

（四）扩展医疗费用保险责任（可选）

在保险期间内，被保险人因遭受意外伤害事故或在等待期后因意外伤害以外的原因，在本保险合同约定的医院内接受治疗，保险人可按“（一）住院医疗保险金”、“（二）门急诊医疗保险金（如投保）”约定的条件，扩展给付对于被保险人在医院内每次就诊期间实际发生的必需且合理，在当地社会基本医疗保险目录以外的由被保险人自负的医疗费用。

（五）扩展医院范围保险责任（可选）

在保险期间内，被保险人因遭受意外伤害事故或在等待期后因意外伤害以外的原因，保险人可按“（一）住院医疗保险金”、“（二）门急诊医疗保险金（若投保）”、“（三）住院津贴保险金（若投保）”约定的条件，扩展给付被保险人在二级或二级以上的公立医院普通部以外的特需医疗部、国际医疗部、国际医疗中心、VIP 部等医疗部门治疗期间，实际发生的必需且合理的、由被保险人自负的医疗费用。

免赔额及给付比例

第八条 免赔额

本保险合同免赔额的具体金额以及相关适用情况由投保人与保险人在订立保险合同时协商确定，并在保险单中载明。

本保险合同中所称免赔额，指在本保险合同保险期间内，应由被保险人自行承担，本保险合同不予给付的部分。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、公费医疗及政府救助获得的补偿，不可用于抵扣免赔额。

住院医疗保险金责任下的免赔额为次免赔额，指被保险人每次从正式办理入院手续（因同一次住院号、同一家医院）到办理出院手续，连续在院内住院治疗且中途未办理出院期间，符合本保险合同责任范围的住院医疗费用中，须由被保险人自行承担、本保险合同不承担给付责任的部分。

门急诊医疗保险金责任项下的免赔额为次免赔额，指被保险人每次挂号（因同一疾病或事故，导致当日多次门诊就诊算一次）前往门急诊科室就诊实际产生的符合本保险合同责任范围的门诊或急诊医疗费用中，须由被保险人自行承担、本保险合同不承担给付责任的部分。

第九条 给付比例

本保险合同项下医疗保险金责任均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）获得本保险合同责任范围内的医疗费用补偿，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给付保险金。社会基本医疗保险个人账户部分支出视为个人支付，不属于已获得的医疗费用补偿。

针对本条前述“（一）住院医疗保险金”、“（二）门急诊医疗保险金”、“（三）住院津贴保险金”三项保险责任，除特别约定外，在投保时，投保人和保险人按照下节课一般情况分别约定三项保险责

任的给付比例，并在保险单中载明：

（一）住院医疗保险金和门急诊医疗保险金（若投保）

1. 经过社会基本医疗保险结算的，针对医保目录内医疗费用的给付比例为 100%（不含医保目录外医疗费用）；

2. 未经过社会基本医疗保险结算的，针对医保目录内医疗费用的给付比例为 60%（不含医保目录外医疗费用）；

3. 若投保“扩展医疗费用保险责任”，针对医院内发生的医保目录外自负医疗费用，按上述 1、2 基准比例进行给付。

4. 若投保“扩展医院范围保险责任”，被保险人前往二级或二级以上的公立医院普通部以外的特需医疗部、国际医疗部、国际医疗中心、VIP 部等医疗机构治疗，因该就医机构或部门不支持医保结算导致被保险人治疗费用无法获得社会基本医疗保险或公费医疗补偿的，给付比例为 100%。

（二）住院津贴保险金（若投保）

给付比例为 100%。

责任免除

第十条 责任免除

下列费用或因下列情形之一造成的费用，保险人不承担给付保险金的责任：

（一）未以书面形式或者双方认可的其他形式告知的既往症（见释义 9），保险合同特别约定载明除外的疾病或除外项目；

（二）除特别约定外，遗传性疾病（见释义 10），先天性畸形、变形或染色体异常（见释义 11）（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）；

（三）代谢综合征（见释义 12）及其并发症导致的医疗费用；

（四）被保险人接受未经科学或者医学认可的实验性或研究性治疗或替代疗法及其产生的后果所产生的费用；

（五）虽有临床不适症状，但入院诊断和出院诊断均不是明确疾病（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）；

（六）疗养、视力矫正手术、各种健康体检项目及预防性医疗项目、康复治疗、非意外事故所致整容手术；

（七）牙科保健，牙科美容，包括但不限于被保险人因牙齿护理，如美容性洗牙、牙移植、再植牙、义齿修复（包括冠、套冠、安装义齿）、镶牙、牙体缺损修复、烤瓷牙等发生的医疗费用，以及口腔修复、口腔正畸、口腔保健及色斑牙治疗等牙科美容所发生的费用，但被保险人因治疗性洗牙，龋齿、牙髓病、牙隐裂所引起的补牙、牙髓治疗，治疗牙神经（或根管治疗）、治疗性拔牙、阻生齿治疗以及因治疗牙周组织疾病，如牙周炎、牙龈炎、根周炎，所发生的院内合理治疗费用，或由意外事故导致合理且必须的牙科治疗费用，均属于保险人的保险责任范围。

（八）皮肤色素沉着、痤疮治疗、红斑痤疮治疗；雀斑、老年斑、痣的治疗和去除；对浅表静脉曲张、蜘蛛脉、除瘢痕疙瘩型外的其它瘢痕、纹身去除、皮肤变色的治疗或手术；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；

（九）各种矫形及生理缺陷的手术和检查治疗项目，包括但不限于平足及各种非功能性整容、矫形手术费用；

（十）各种健美治疗项目，包括但不限于营养、减肥、增胖、增高费用；

（十一）不孕不育治疗、人工受精、怀孕、宫外孕、分娩（含难产）、流产、堕胎、节育（含绝育）、产前产后检查以及由以上原因引起的并发症；

（十二）包皮环切术、包皮剥离术、包皮气囊扩张术、性功能障碍治疗；

（十三）除心脏瓣膜、人工晶体、人工关节之外的其他人工器官材料费、安装和置换等费用、各种康复治疗器械、假体、义肢、自用的按摩保健和治疗用品、所有非处方医疗器械；

（十四）除另有约定外，耐用医疗设备（指各种康复设备、矫形支具以及其他耐用医疗设备）的购买或租赁费用；

（十五）任何滋补类中草药及其泡制的各类酒制剂、医生开具的超过三十天用量的药品、未经医生处方自行购买的药品或在非本保险合同约定的医院或保险人指定医疗机构药房购买的药品；

（十六）各种医疗咨询和健康预测，如健康咨询、睡眠咨询、性咨询、心理咨询（依照世界卫生组织《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）；

（十七）投保人对被保险人的故意杀害、故意伤害；

（十八）被保险人故意违法、犯罪或抗拒依法采取的刑事强制措施；

（十九）被保险人故意自伤、或自杀，但被保险人自杀时为无民事行为能力人的除外；

（二十）被保险人殴斗、醉酒（见释义 13），服用、吸食或注射毒品（见释义 14）；

（二十一）被保险人酒后驾驶（见释义 15）、无合法有效驾驶证（见释义 16）驾驶或驾驶无合法有效行驶证（见释义 17）的机动车（见释义 18）导致交通意外引起的医疗费用；

（二十二）从事潜水、跳伞、攀岩、蹦极、驾驶滑翔机或滑翔伞、探险、武术比赛、摔跤比赛、特技表演、赛马、赛车等高风险运动（见释义 19）导致的伤害引起的治疗；

（二十三）除特别约定外，由于职业病（见释义 20）、医疗事故（见释义 21）引起的医疗费用；

（二十四）核爆炸、核辐射或核污染、化学污染；恐怖袭击、战争、军事冲突、暴乱或武装叛乱；

（二十五）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（从本保险合同约定的医院或保险人指定医疗机构确定出院之日起发生的一切医疗费用）；

（二十六）未被治疗所在地政府部门批准的治疗，未获得治疗所在地政府许可或批准的药品或药物；

（二十七）各类医疗鉴定产生的费用，包括但不限于医疗事故鉴定、精神病鉴定、孕妇胎儿性别鉴定、验伤鉴定、亲子鉴定、遗传基因鉴定费用；

（二十八）被保险人存在精神和行为障碍（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）；

（二十九）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 22）引起的治疗；

（三十）被保险人患性病引起的医疗费用；

（三十一）被保险人入住日间病床（房）、疗养院、中医科病房、康复科病房、康复病床或接受康复治疗；

（三十二）被保险人在本合同约定医院以外的医疗机构或药房发生的医疗费用；

（三十三）被保险人在住院期间内未接受与入院诊断相关的检查和治疗，但遵医嘱到院外接受临时治疗的除外。

保险金额

第十一条 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。年度累计保险金额是保险人在保单年度内承担给付保险金责任的累计最高限额。

本保险合同的保险金额包括住院医疗保险金额、门急诊医疗保险金额、住院津贴保险金额。

以上每项责任的保险金额和年度累计保险金额由投保人与保险人在投保时约定，并在保险单中载明。

保险期间和不保证续保

第十二条 保险期间

除另有约定外，本保险合同保险期间为一年，以保险单载明的起讫时间为准。

第十三条 不保证续保

本保险合同为不保证续保合同。保险期间届满，投保人需要重新向保险人申请投保本保险，经保险人审核同意，交纳保险费，并获得新的保险合同。

当发生下列情形之一的，保险人不再接受投保人的不间断再次投保本保险申请：

（一）保险期间届满，投保人申请不间断再次投保本保险时被保险人的年龄超过八十周岁（另有约定除外）；

（二）被保险人身故；

（三）投保人申请不间断再次投保本保险时，本保险已因本保险合同其他条款所列情况而导致效力终止；

（四）投保人或被保险人有不如实告知、欺诈等不符合续保条件的情形；

（五）本保险统一停售。

保险人义务

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。

本保险合同成立后，保险人应当及时向投保人签发电子保险单或其他保险凭证。投保人要求提供纸质保险单或其他保险凭证的，保险人应及时提供。

保险人依据本保险合同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。

第十五条 资料补充通知义务

保险人按照本保险合同条款的约定，认为投保人、被保险人或者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、被保险人或者受益人补充提供。

保险人收到被保险人或者受益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。但保险责任的核定必须依赖于特定证明、鉴定、判决、裁定或其他证据材料的，保险人应在被保险人或者受益人提供或自行取得上述证据材料起三十日内作出核定，本保险合同另有约定的除外。

第十六条 保险金给付义务

保险人应当将核定结果通知被保险人或者受益人；对属于保险责任的，在与被保险人或者受益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被保险人或者受益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，对其赔偿保险金的数额不能确定的，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。

保险人有权对理赔进行核查，投保人和被保险人有义务提供保险人所要求的相关材料。如果保险金申请人向保险人提起虚假的保险金申请，保险人有权追回已支付的相应保险金，并对其它虚假理赔的申请且尚未支付的款项拒绝支付，并有权解除或者部分解除本保险合同。

投保人、被保险人义务

第十七条 保险费支付

本保险合同保险费交付方式由投保人和保险人在投保时约定，并在保险单中载明。

若投保人选择一次性交付保险费，投保人应当在本保险合同成立时一次性交清保险费。保险费交清前，本保险合同不生效，对保险费交清前发生的保险事故，保险人不承担保险责任。

第十八条 如实告知

订立保险合同，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。

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。

第十九条 年龄的计算及错误的处理

投保人申请投保时，应按被保险人的周岁年龄和性别填写，如果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，并且其真实年龄不符合本保险合同约定投保年龄限制的，保险人有权解除本保险合同，并向投保人退还未满期保险费（见释义 23）。对于本保险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。

（二）投保人申报的被保险人年龄或者性别不真实，致使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。如果已经发生保险事故，在给付保险金时按实际交纳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或者性别不真实，致使投保人实交保险费多于应交保险费的，保险人会将多收的保险费无息退还给投保人。

第二十条 通讯地址的变更

投保人所在地、通讯地址或数据电文变更时，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所在地、通讯地址或数据电文联系方式发送的有关通知，均视为已发送给投保人。

第二十一条 职业或工种的变更

被保险人变更其职业或工种时，投保人应于三十日内以书面形式通知保险人。若被保险人所变更的职业或者工种依照保险人职业分类在拒保范围内的，保险人对该被保险人所负保险责任自其职业或工种变更之日起终止，并退还未满期保险费。

被保险人未履行本条约定的通知义务而发生保险事故的，且被保险人所变更的职业或者工种依照保险人职业分类在拒保范围内的，保险人不承担给付保险金的责任，并自其职业或工种变更之日起，按日计算退还未满期保险费，本保险合同终止。

第二十二条 及时通知

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（见释义 24）而导致的迟延。

保险金申请

第二十三条 保险金申请人（见释义 25）请求给付保险金时，应向保险人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。**

（一）保险金申请人填具的索赔申请书；

（二）保险单或其他保险凭证正本；

（三）保险金申请人的**有效身份证件（见释义 26）**；

（四）本保险合同约定的医院或保险人指定医疗机构出具的完整病历资料（包括门急诊病历、住院病历、出院小结以及相关的检查报告）、病理检验、血液检验、影像学报告及其他科学方法检验报告的疾病诊断证明书；

（五）医疗费用原始收据、医疗费用明细清单及医疗费用分割单（若发生手术费用，还需提供手术费用的原始凭证，被保险人享有社会基本医疗保险或公费医疗保障的，需包含社会基本医疗保险或公费医疗有关规定取得医疗费用补偿证明）；

（六）首次申请理赔时，应提供合同约定的医院或保险人指定医疗机构出具的被保险人在本保险合同保险期间内历次的医疗诊断证明、病历及医疗、医药费原始单据、结算明细表与处方正本；

（七）若被保险人未从其他途径获得医疗费用补偿，需提供医疗费用收据原件、医疗费用明细清单；

（八）若被保险人已从其他途径获得医疗费用补偿，需提供医疗费用明细清单、医疗费用收据复印件、医疗费用分割单原始凭证（如社会基本医疗保险或公费医疗结算单、保险人在内的任何商业保险机构出具的理赔分割单、与工作单位及侵权人或侵权责任承担方达成的赔偿协议或和解协议或法院判决、调解生效的法律文书等取得医疗费用补偿的证明）；

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

（十）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。

第二十四条 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。

争议处理和法律适用

第二十五条 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且争议发生后未达成仲裁协议的，可依法向人民法院起诉。

第二十六条 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（不包括港澳台地区法律）。

其他事项

第二十七条 合同变更

除本保险合同另有约定外，经投保人和保险人协商同意后，可变更本保险合同的有关内容。变更本保险合同时，投保人应填写变更合同申请书，经保险人审核同意，并在本保险合同的保险单或其它保险凭证上加以批注，或由投保人和保险人订立变更的书面协议后生效。

第二十八条 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，但保险人已根据本保险合同约定给付保险金的除外。

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）保险单原件；
- （三）保险费交付凭证；
- （四）投保人身份证明；
- （五）保险人需要的其它有关文件和资料。

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。

第二十九条 合同终止

发生以下情况之一时，本保险合同效力即时终止：

- （一）保险期间届满；
- （二）被保险人身故；
- （三）因本保险合同其他条款所约定的情况而终止效力。

释义

第三十条 除另有约定外，在本保险合同中，以下词语具有如下含义：

1. **保险人：**指与投保人签订本保险合同的利宝保险有限公司。

2. 意外伤害：指以外来的、突发的、非本意的、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。以下情形属于疾病范畴，非本保险合同所指意外伤害：

(1) 猝死：指由潜在疾病、身体机能障碍或其他非外来性原因所导致的、在出现急性症状后发生的突然死亡，以医院的诊断或公安、司法机关的鉴定为准；

(2) 过敏及由过敏引发的变态反应性疾病；

(3) 高原反应；

(4) 中暑；

(5) 细菌、病毒或其他病原体导致的感染性疾病。

3. 等待期：指自保险合同生效之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保险单中载明。被保险人在等待期内被确诊罹患疾病的，保险人不承担由此产生的保险责任。不间断再次投保的保险合同不受等待期的限制。

4. 医院：是指经中华人民共和国卫生部门审核认定的二级或二级以上的公立医院，且仅限于上述医院的普通部，除特别约定外，不包括如下机构或医疗服务：

(1) 特需医疗部、国际医疗部、国际医疗中心、VIP 部；外宾医疗、干部病房、联合病房、联合医院、A 级病房；（若投保“扩展医院范围保险责任”除外）

(2) 诊所、康复中心、家庭病床、护理机构；

(3) 休养、戒酒、戒毒中心。

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二十四小时的医疗与护理服务的能力或资质。

5. 住院：是指被保险人因意外伤害或疾病而入住医院或指定医疗机构的正式病房接受全日二十四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) 被保险人在医院或指定医疗机构的（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基本医疗保险范畴的高等级病房入住（若投保“扩展医院范围保险责任”约定的医院除外）；

(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，在住院期间每日非二十四小时在院。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. 必需且合理：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。

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. 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. 与接受治疗当地普遍接受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。

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。

7. 社会基本医疗保险：本保险合同所称的社会基本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、新型农村合作医疗等政府举办的社会基本医疗保障项目。

8. 住院医疗费用：

(1) 床位费

指住院期间实际发生的、不高于双人病房的住院床位费（**不包括单人病房、套房、家庭病床**）。

(2) 加床费

指未满十八周岁的被保险人在住院治疗期间，保险人根据合同约定给付其合法监护人（限一人）在合同约定的医院或指定医疗机构留宿发生的加床费。

(3) 重症监护室床位费

指住院期间出于医学必要被保险人需在重症监护室进行合理且必要的医疗而产生的床位费。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。

(4) 药品费

指住院期间实际发生的合理且必要的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。**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，以及下列中药类药品：**

a.主要起营养滋补作用的单方、复方中药或中成药品，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，血宝胶囊，红桃 K 口服液，十全大补丸，十全大补膏等；

b.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；

c.用中药材和中药饮片炮制的各类酒制剂等。

(5) 膳食费

指住院期间根据医生的医嘱，由作为合同约定的医院或指定医疗机构内部专属部门的、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，根据各医院或指定医疗机构的惯例，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。

(6) 治疗费

指住院期间以治疗疾病为目的，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，具体以就诊合同约定的医院或指定医疗机构的费用项目划分为准。**本项责任不包含如下费用：物理治疗、中医理疗及其他特殊疗法费用。**

(7) 护理费

指住院期间根据医嘱所示的护理等级确定的护理费用。

(8) 检查检验费

指住院期间实际发生的，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。

(9) 手术费

指当地卫生行政部门规定的手术项目的费用。包括手术费、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。**

(10) 医生费

指包括外科医生、麻醉师、内科医生、专科医生的费用。

(11) 救护车使用费

指住院期间以抢救生命或治疗疾病为目的，根据医生建议，被保险人需医院转诊过程中的医院用车费用，且**救护车的使用仅限于同一城市中的医疗运送。**

9. 既往症：指在本保险合同（不间断连续投保的，指首张保险合同）生效之前罹患的被保险人已知或应该知道的有关疾病或症状。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) 本保险合同生效前发生，未经医生诊断和治疗，但症状已经显现足以促使一般普通谨慎人士引起注意并寻求诊断、治疗或护理的症状。

10. 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。

11. 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。

12. 代谢综合征：一组以胰岛素抵抗为核心、多种代谢紊乱同时出现的临床综合征。本项疾病须经专科医生明确诊断。

根据中华医学会糖尿病学分会（CDS）2020年发布的标准，具备以下5项组成成分中的3项及以上者，可诊断代谢综合征：

- （1）腹型肥胖（即中心型肥胖）：腰围男性 $\geq 90\text{cm}$ ，女性 $\geq 85\text{cm}$ ；
- （2） $\text{FPG} \geq 6.1\text{mmol/L}$ 和（或） $2\text{hPG} \geq 7.8\text{mmol/L}$ ，和（或）已确诊糖尿病并治疗者；
- （3）血压 $\geq 130/85\text{mmHg}$ ，和（或）已确诊高血压并治疗者；
- （4）空腹 $\text{TG} \geq 1.7\text{mmol/L}$ ；（5）空腹 $\text{HDL-C} < 1.04\text{mmol/L}$ 。

代谢综合征涉及相关手术治疗包括：袖状胃切除术、胃旁路术、胆胰转流十二指肠转位术、胃束带手术、胃内水球术；

13. 醉酒：指每百毫升血液的酒精含量大于或等于 80 毫克。

14. 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。

15. 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。

16. 无合法有效驾驶证：

指下列情形之一

（1）没有取得驾驶资格；

（2）驾驶的机动车与驾驶证载明的准驾车型不相符合；

（3）持审验不合格的驾驶证驾驶，或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；

（4）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；

（5）无驾驶证，驾驶证被依法扣留、暂扣、吊销、注销期间或驾驶证载明的有效期已届满，被保险人未及时更换新驾驶证；

（6）依照法律法规或公安机关交通管理部门有关约定不允许驾驶机动车的其他情况下驾车。

17. 无合法有效行驶证：

指下列情形之一：

（1）发生保险事故时无公安机关交通管理部门核发的合法有效的行驶证、号牌，或临时号牌或

临时移动号牌；

(2) 未依法按时进行或通过机动车安全技术检验。

18. 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。

19. 高风险运动：本保险合同所定义的高风险运动是指潜水、跳伞、攀岩、蹦极、驾驶滑翔机或滑翔伞、探险活动、武术比赛、摔跤比赛、特技表演、赛马、赛车等运动。其中：

(1) **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运动。

(2) **攀岩：**指攀登悬崖、楼宇外墙、人造悬崖、冰崖、冰山等运动。

(3) **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，而故意使自己置身于其中的行为，如：江河漂流、登山、徒步穿越沙漠或人迹罕至的原始森林等活动。

(4) **武术比赛：**指两人或两人以上对抗性柔道、空手道、跆拳道、散打、拳击等各种拳术及使用器械的对抗性比赛。

(5) **特技表演：**指进行马术、杂技、驯兽等表演。

20. 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。

21. 医疗事故：指医院或指定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及常规，过失造成患者人身损害的事故。

22. 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。

23. 未到期保险费：除另有约定外，按下述公式计算未到期保险费：

若选择一次性缴付保险费，未到期保险费=保险费× $(1-m/n)$ ，其中， m 为已生效天数， n 为保险期间的天数，经过日期不足一日的按一日计算。

若选择分期缴付保险费，未到期保险费=当期保险费× $(1-m/n)$ ，其中， m 为当期已生效天数， n 为当期天数，经过日期不足一日的按一日计算。

24. 不可抗力：指不能预见、不能避免并不能克服的客观情况。

25. 保险金申请人：指被保险人、受益人，被保险人、受益人的继承人或其他依法享有保险金请求权的其他自然人。

26. 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，包括但不限于居民身份证、按规定可使用的有效护照、军官证、警官证、士兵证等证件。