



阅 读 提 示

请扫描以查询验证条款

本阅读提示是为了帮助您更好理解条款，对本合同内容的解释以条款正文为准。

→ 您拥有的重要权益

- ◆ 被保险人可以享有本合同提供的保障利益.....2.5
- ◆ 您有权解除合同6

→ 您应当特别注意的事项

- ◆ 在某些情况下，我们不承担保险责任.....2.4、2.5、2.6、4.2
- ◆ 您应及时向我们通知保险事故.....4.2
- ◆ 受益人的保险金申请权应在一定期间内行使.....4.5
- ◆ 您应按时支付保险费5.1
- ◆ 解除合同会给您造成一定的损失，请您慎重决策.....6.1
- ◆ 在某些情况下，本合同效力终止.....6.2
- ◆ 您有如实告知的义务7.1
- ◆ 我们对一些重要术语进行了解释，请您注意.....9

→ 条款是保险合同的重要内容，为充分保障您的权益，请您仔细阅读本条款。

→ 条款目录

1 您与我们订立的合同	3.2 免赔额	6 合同解除与效力终止
1.1 合同构成	3.3 可承保费用赔偿限额	6.1 解除合同的手续及风险
1.2 保险合同成立与生效	3.4 无赔偿优惠	6.2 效力终止
1.3 投保年龄	3.5 非基本医疗保险用药费用赔偿限额	7 如实告知
2 我们提供的保障	4 保险金的申请	7.1 明确说明与如实告知
2.1 基本保险金额	4.1 受益人	7.2 本公司合同解除权的限制
2.2 保险期间	4.2 保险事故通知	8 其他需要关注的事项
2.3 保险计划的选择	4.3 保险金的申请	8.1 风险程度变化的告知及处理
2.4 等待期	4.4 保险金给付	8.2 年龄错误
2.5 保险责任	4.5 诉讼时效	8.3 合同内容变更
2.6 责任免除	5 保险费的支付	8.4 联系方式变更
3 相关定义	5.1 保险费的支付	8.5 争议处理
3.1 可承保费用		9 释义



中意人寿保险有限公司
GENERALI CHINA LIFE INSURANCE CO., LTD.

中意乐温馨综合住院补偿医疗保险（A款）条款

在本条款中，“您”指投保人，“我们”、“本公司”均指中意人寿保险有限公司，“本合同”指您与我们之间订立的“中意乐温馨综合住院补偿医疗保险（A款）”保险合同。

1 您与我们订立的合同

- | | | |
|-----|------------------|---|
| 1.1 | 合同构成 | 本合同是您与我们约定保险权利义务关系的协议，包括本保险条款、保险单或其它保险凭证、投保单、与保险合同有关的投保文件、合法有效的声明、批注、批单及其它您与我们共同认可的书面协议。 |
| 1.2 | 保险合同成立与生效 | <p>您提出保险申请、我们同意承保，本合同成立。</p> <p>除另有约定外，本合同自我们同意承保并签发保险单后开始生效，合同生效日期在保险单上载明。</p> |
| 1.3 | 投保年龄 | <p>指您投保本合同时被保险人的年龄，年龄以周岁（见 9.1）计算。</p> <p>本合同接受的投保年龄为出生满180天至60周岁。若您在被保险人61周岁至64周岁期间投保本产品的，需要满足以下两个条件：</p> <p>（1）非首次投保；</p> <p>（2）您需在上一个保险期间届满前提出重新投保申请。</p> |

2 我们提供的保障

- | | | |
|-----|----------------|---|
| 2.1 | 基本保险金额 | 本合同的基本保险金额由您在投保时与我们约定，并在保险单上载明。如果该基本保险金额有所变更，以变更后的基本保险金额为准。 |
| 2.2 | 保险期间 | <p>本合同为不保证续保合同。</p> <p>本产品保险期间为一年。保险期间届满，您需要重新向我们申请投保本产品，并经我们同意，交纳保险费，获得新的保险合同。</p> <p>若保险期间届满时本产品已停止销售，我们不再接受投保申请，但会向您提供投保其他保险产品的建议。</p> |
| 2.3 | 保险计划的选择 | 本产品提供三个保险计划（详见附表一），每个保险计划提供三种免赔额选择（详见附表二），您可根据实际需求选定一个计划和一个免赔额。您实际选择的计划由保险单上载明的基本保险金额和免赔额决定。 |
| 2.4 | 等待期 | 本合同的等待期是指自本合同生效日起 30天 内（含第 30天 ）的期间，等待期内发生保险事故的，我们不承担给付保险金的责任，但本合同继续有效。 |

以下两种情形，无等待期：

- （1）因**意外伤害**（见 9.2）事故引起保险事故的；
- （2）您在上一个保险期间届满前重新投保本产品。

2.5 保险责任

在本合同的有效期内，我们承担如下保险责任：

2.5.1 住院及特定门诊费用补偿

被保险人在除港、澳、台地区以外的中国境内因意外伤害事故或因疾病入住**医院**（见 9.3）诊断、治疗或接受特定门诊手术，或者被保险人在中国境外或港、澳、台地区停留，自每次出境之日起 90 天内，因疾病（**不包括该次出境前已出现的疾病**）经急诊或因意外伤害事故入住医院诊断、治疗或接受特定门诊手术，对于实际发生的医疗费用，我们将按照 3.1 条的约定计算其中的可承保费用。**若可承保费用大于免赔额，我们按照以下方式的其中一种向被保险人给付保险金：**

- （1）若被保险人已获的**基本医疗保险**（见 9.4）、**公费医疗**（见 9.5）或**城乡居民大病保险**（见 9.6）对可承保费用的补偿金额大于免赔额，则：

保险金 = 可承保费用 - 基本医疗保险、公费医疗或城乡居民大病保险对可承保费用的补偿金额

- （2）若被保险人已获的基本医疗保险、公费医疗或城乡居民大病保险对可承保费用的补偿金额小于免赔额，则：

保险金 = 可承保费用 - 免赔额

- （3）若被保险人的可承保费用未能获得任何基本医疗保险、公费医疗或城乡居民大病保险的补偿，则：

保险金 = （可承保费用 - 免赔额） × 60%

在本合同保险期间内，该项累计赔付总额不超过根据第 3.3 条和第 3.4 条确定的可承保费用赔偿限额。

2.5.2 非基本医疗保险用药费用补偿

在 2.5.1 条所述的医疗费用中，对于不属于就诊医院所在地基本医疗保险用药范围内的药品费用，我们将按 **80%** 进行补偿。

在本合同保险期间内，该项累计赔付总额不超过第 3.5 条约定的非基本医疗保险用药费用赔偿限额。

2.5.3 补偿原则

若被保险人已从其他途径（包括基本医疗保险、公费医疗、城乡居民大病保险、工作单位、公益慈善机构，以及我们在内的任何商业保险机构等）获得医疗费用补偿，则**我们仅对被保险人实际发生的医疗费用扣除其已获得的费用补偿后的余额按本合同的约定进行给付**。包括本合同在内的各种途径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。社保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。

2.6 责任免除

因下列情形之一导致被保险人发生医疗费用支出的，我们不承担给付各项保险金的责任：

- (1) 投保人对被保险人的故意杀害、故意伤害；
- (2) 被保险人故意自伤、故意犯罪或者抗拒依法采取的刑事强制措施；
- (3) 被保险人未经医师（见 9.7）处方注射、吸食、服用毒品（见 9.8）或处方药品；
- (4) 被保险人酒后驾驶（见 9.9）、无合法有效驾驶证驾驶（见 9.10），或驾驶无有效行驶证（见 9.11）的机动车（见 9.12）；
- (5) 被保险人感染艾滋病病毒或患艾滋病（见 9.13）；
- (6) 战争、军事冲突、暴乱或武装叛乱；
- (7) 核爆炸、核辐射或核污染；
- (8) 遗传性疾病（见 9.14）、先天性畸形、变形或染色体异常（见 9.15）、精神疾病（见 9.16）；
- (9) 被保险人以职业运动员身份参加的运动；或参与可获得报酬的运动；或者参加以下项目的竞赛、表演或专业训练：赛马、马术、马球、机动车、自行车、赛艇、滑板、冲浪、滑水、跳水、潜水、跳高滑雪、雪橇、滑冰、冰球、拳击、武术、摔跤；或参加攀岩、攀登海拔 3500 米以上山峰、滑翔翼、气球驾驶、跳伞、空中飞行（不包括以乘客身份乘坐作为公共交通工具的民航班机）、蹦极跳；或参加洞穴、极地、沙漠、火山、冰川等探险和考察；
- (10) 被保险人妊娠、流产、分娩（含剖腹产）、不孕不育、避孕、节育（含绝育）；美容手术、非意外事故所致的外科整形手术、视力矫正、义眼、助听器、义肢、一般身体检查、疗养、康复治疗（见 9.17）、非意外事故所致的牙齿治疗（见 9.18）；被保险人献血、捐赠骨髓或任何人体器官、组织；
- (11) 未以书面形式或者双方认可的其他形式告知的既往症（见 9.19）。

3 相关定义

3.1 可承保费用

3.1.1 可承保费用的定义

是指下列费用之和：

3.1.1.1 住院费用

(1) 住院前诊断费

指在被保险人住院前 60 天内为诊断疾病或身体伤害而进行的必要的诊断治疗。只有因为同一疾病或伤害随后入住医院治疗，住院前诊断费才计入可承保费用，且计入额不超过住院前诊断费承保限额（见附表一）。

(2) 每日床位费

指在住院期间一张医院病床的每日费用（包括空调费和重症监护病床的每日费用），每日床位费计入可承保费用的额度不超过每日床位费承保限额（见附表一）。连续住满 24 小时算为住院一日。

(3) 住院期间费用

是指被保险人因疾病或遭受意外事故并由医师建议及批准入住医院住院部病房（不包括门诊、急诊、观察室和康复病房），在住院期间因接

受治疗而发生的、已支出的且**医疗必需**（见 9.20）的下列费用（**不包括被保险人非因医疗必需而离开医院期间所发生的费用**）：

- ① 病房内支出费用，指住院期间在医院住院部病房内支出的下列费用：
- 由医师开具处方并于医院内消耗的药品费用
 - 输液、输氧、输血、护理、治疗费用
 - 敷料、石膏、夹板及固定支架费用
 - X光、心电图、血液化验等检验费用
 - 监护仪器及治疗器械费用，**但不包括非治疗性的矫正、功能替代及康复器械仪器费用**
- ② 手术及麻醉费，指在医院住院部手术室内进行手术所需的费用，包括手术费、手术材料费、麻醉费及手术后监护费。

（4）急救车费

指使用医院或合法注册的急救中心的医疗专用救护车护送被保险人入住医院的费用，包括在急救车内发生的治疗和药物费用。

上述（1）到（4）项中费用必须是合理的，并且，若被保险人在香港、澳门、台湾地区以外的中国境内接受治疗，药品应当属于就诊医院所在地基本医疗保险用药的范围内。

3.1.1.2 特定门诊费用

（1）特定疾病门诊治疗费用

特定疾病门诊治疗费用包括癌症门诊治疗费和肾脏透析门诊治疗费。

癌症门诊治疗费：指因癌症住院治疗，自出院之日起 180 天内，在医院门诊接受与同一癌症直接相关的放射或化学治疗所发生的费用，包括与放射或化学治疗相关的检查及化验费。对于该费用，**被保险人在保险期间内累计的赔付总额不超过癌症门诊治疗费承保限额**（见附表一），**超出的部分不纳入可承保费用。**

肾脏透析门诊治疗费：指因终末期肾功能衰竭住院治疗，自出院之日起 180 天内，在医院门诊接受肾脏透析所发生的肾脏透析费用，包括与肾脏透析相关的检查及检验费、输血和药物费。肾脏透析包括血液透析或腹膜透析。对于该费用，**被保险人在保险期间内累计的赔付总额不超过肾脏透析门诊费承保限额**（见附表一），**超出的部分不纳入可承保费用。**

（2）特定门诊手术费用

指未入住医院，在医院手术室内并在麻醉专科医师实施全身麻醉或椎管内麻醉下进行的手术所需的费用，包括手术费、手术材料费、麻醉费及手术后监护费。

上述（1）、（2）项中费用必须是合理的，并且，若被保险人在香港、澳门、台湾地区以外的中国境内接受治疗，药品应当属于就诊医院所在地基本医疗保险用药的范围内。

3.1.2	可承保费用的计算	若被保险人因同一疾病或同一意外事故间歇性入住医院，前次出院与后次入院日期间隔未达 90 天，则视为同一次住院。 同一疾病或同一意外事故所导致的住院天数累计以 210 天为限，超过 210 天以后的住院费用，不纳入可承保费用。 若被保险人的住院期跨越保险单年度，则当次住院全程的费用，只要符合第 3.1.1 条所列条件，将全部计入该次住院的可承保费用；并且，该次住院的赔付额将计入住院首日所在的保险单年度的总赔付金额，受该年度的可承保费用赔偿限额限制。
3.2	免赔额	指被保险人每次入住医院或接受特定门诊治疗所发生的可承保费用中需自己承担的最低金额（见附表二）。
3.3	可承保费用赔偿限额	指我们在本合同保险期间内，向被保险人支付的可承保费用的最高限额。您为被保险人首次投保或在上一个保险期间届满后重新投保本产品时，可承保费用赔偿限额等于本合同的基本保险金额。
3.4	无赔偿优惠	您在上一个保险期间届满前重新投保本产品时，您将按如下方式享有无赔偿优惠： （1）若本产品自首次投保后未发生任何理赔给付，我们将按基本保险金额的 6% 增加可承保费用赔偿限额，但增加次数以 5 次为限。 （2）若本产品自首次投保后已发生理赔给付，则自第一次理赔住院的首日或特定门诊手术之日起，我们将停止增加可承保费用赔偿限额。
3.5	非基本医疗保险用药费用赔偿限额	指我们在本合同保险期间内，向被保险人支付的非基本医疗保险用药费用的最高限额（见附表一）。

4 保险金的申请

4.1	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。
4.2	保险事故通知	您、被保险人或受益人知道或应当知道保险事故后应当在 10 日内通知我们。如果您、被保险人或受益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，我们对无法确定的部分，不承担给付保险金的责任，但我们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或者虽未及时通知但不影响我们确定保险事故的性质、原因、损失程度的除外。
4.3	保险金的申请	受益人或者其他有权领取保险金的人（简称“保险金申请人”）可以申请保险金。 申请保险金时，保险金申请人须填写保险金申请书，并须提供下列证明和资料： （1）保险合同； （2）保险金申请人的有效身份证件（见 9.21）；

- (3) 完整的门、急诊病历，住院还应提供住院病历、出院小结；
- (4) 门、急诊、住院医疗费用收据，清单及结算单；
- (5) 所能提供的与确认保险事故的性质、原因等有关的其他证明和资料。

若以上申请资料不完整，我们将及时一次性通知保险金申请人补充提供有关证明和资料。

4.4 保险金给付

我们在收到保险金给付申请书及合同约定的证明和资料后，将在5个工作日内作出核定；情形复杂的，在30日内作出核定。对属于保险责任的，我们在与保险金申请人达成给付保险金的协议后10日内，履行给付保险金义务；若我们在收到保险金给付申请书及上述有关证明和资料后第30日仍未作出核定，除支付保险金外，我们将从第31日起按超过天数赔偿保险金申请人因此受到的利息损失。利息按照中国人民银行公布的同期金融机构人民币一年期定期存款利率单利计算。若我们要求保险金申请人补充提供有关证明和资料的，则上述的30日不包括补充提供有关证明和资料的期间。对不属于保险责任的，我们自作出核定之日起3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。

我们在收到保险金给付申请书及有关证明和资料之日起 60 日内，对给付保险金的数额不能确定的，根据已有证明和资料可以确定的数额先予支付；我们最终确定给付保险金的数额后，将支付相应的差额。

4.5 诉讼时效

保险金申请人向我们请求给付保险金的诉讼时效期间为 2 年，自其知道或者应当知道保险事故发生之日起计算。

5 保险费的支付

5.1 保险费的支付

本合同保险费的支付方式由您与我们在投保时约定并在保险单上载明。

6 合同解除与效力终止

6.1 解除合同的手续及风险

如您申请解除本合同，请填写解除合同申请书并向我们提供下列资料：

- (1) 保险合同；
- (2) 您的有效身份证件。

自我们收到解除合同申请书时起，本合同效力终止。当您申请解除本合同时，若本合同尚未发生保险金赔付，自收到解除合同申请书之日起 30 日内向您退还未满期保险费（见 9.22）。若本合同已发生保险金赔付，我们不退还未满期保险费。

您解除合同会遭受一定损失。

6.2 效力终止

发生下列情况之一时，本合同效力终止：

- (1) 我们收到解除合同申请书；
- (2) 被保险人身故；
- (3) 保险期间届满；
- (4) 因本合同其他条款所列情况而终止。

7 如实告知

- 7.1 **明确说明与如实告知** 订立本合同时，我们应向您说明本合同的内容。
- 对保险条款中免除我们责任的条款，我们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您注意的提示，并对该条款的内容以书面或者口头形式向您作出明确说明，未作提示或者明确说明的，该条款不产生效力。
- 我们就您和被保险人的有关情况提出询问，您应当如实告知。
- 如果您故意或者因重大过失未履行前款规定的如实告知义务，足以影响我们决定是否同意承保或者提高保险费率的，我们有权解除本合同。如果您故意不履行如实告知义务，对于本合同解除前发生的保险事故，我们不承担给付保险金的责任，并不退还保险费。**
- 如果您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，对于本合同解除前发生的保险事故，我们不承担给付保险金的责任，但应当退还保险费。**
- 我们在合同订立时已经知道您未如实告知的情况的，我们不得解除合同；发生保险事故的，我们承担给付保险金的责任。
- 7.2 **本公司合同解除权的限制** 前条规定的合同解除权，自我们知道有解除事由之日起，超过 30 日不行使而消灭。

8 其他需要关注的事项

- 8.1 **风险程度变化的告知及处理** 如果被保险人移民到另一国家，您或被保险人应及时书面通知我们，我们有权根据被保险人新的迁居地的风险标准调整保险费或解除本合同。**如果您或被保险人未能通知本公司而发生了保险事故，我们不承担保险金给付责任。**
- 如果被保险人变更职业或工种，您或被保险人应 10 天内书面通知我们。如果依照我们的职业分类其风险性降低，则自接到通知时起，我们将在您投保本产品时按照新的风险程度计收保险费。如果依照本公司职业分类其风险性增加时，您可以经我们同意支付额外的保险费，本合同继续有效，否则，我们于接到通知后有权解除本合同。
- 如果被保险人变更职业或工种后，没有按上述约定通知我们且发生了保险事故，我们将按以下方法处理：
- 如果依照我们的职业分类，变更后的职业或工种风险性降低时，我们将按职业或工种变更前应赔付金额给付保险金；**
- 如果依照我们的职业分类，变更后的职业或工种风险性增加时，我们将按职业或工种变更前应赔付金额乘以实付保险费与应付保险费的比率给付保险金；**
- 如果依照我们的职业分类，被保险人变更后的职业或工种不在我们承保范围内，我们不承担保险金给付责任。**
- 8.2 **年龄错误** 您在申请投保时，应将与有效身份证件相符的被保险人的出生日期在

投保单上填明，如果发生错误按照下列方式办理：

(1) 您申报的被保险人年龄不真实，并且其真实年龄不符合本合同约定投保年龄限制的，我们有权解除合同。我们行使合同解除权适用“本公司合同解除权的限制”的规定。

(2) 您申报的被保险人年龄不真实，致使您实付保险费少于应付保险费的，我们有权更正并要求您补交保险费。若已经发生保险事故，在给付保险金时按实付保险费和应付保险费的比例给付。

(3) 您申报的被保险人年龄不真实，致使您实付保险费多于应付保险费的，我们会将多收的保险费退还给您。

- | | | |
|-----|---------------|---|
| 8.3 | 合同内容变更 | 在本合同有效期内，经您与我们协商一致，可以变更本合同的有关内容。变更本合同的，应当由我们在保险单或者其他保险凭证上批注或者附贴批单，或者由您与我们订立书面的变更协议。 |
| 8.4 | 联系方式变更 | 为了保障您的合法权益，您的住所、通讯地址、电子邮件或电话等联系方式变更时，请及时以书面形式或双方认可的其他形式通知我们。否则我们按本合同载明的最后住所、通讯地址、电子邮件或电话发送的有关通知，均视为已送达给您。 |
| 8.5 | 争议处理 | 本合同争议解决方式由当事人约定从下列二种方式中选择一种：
(1) 因履行本合同发生的争议，由当事人协商解决，协商不成的，提交双方共同选择的仲裁委员会仲裁；
(2) 因履行本合同发生的争议，由当事人协商解决，协商不成的，依法向人民法院起诉。 |

9 释义

- | | | |
|-----|---------------|---|
| 9.1 | 周岁 | 指按有效身份证件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1年增加1岁，不足1年的不计。 |
| 9.2 | 意外伤害 | 指遭受外来的、突发的、非本意的、非疾病的客观事件直接致使身体受到的伤害。 猝死不属于意外伤害。 |
| 9.3 | 医院 | 指具备由政府卫生行政管理部门颁发的、合法有效的医疗机构执业许可证并符合下列条件之一的公立或基本医疗保险定点医疗机构：
(1) 二级或二级以上的医院、二级或二级以上的妇幼保健院、住院床位在 100 张及以上的医院， 但不包括精神病医院、皮肤病医院、整形外科医院、美容医院、康复医院和疗养院。
(2) 我们认可的、为受伤者和患病者提供全日 24 小时诊断和治疗服务的医疗机构。 |
| 9.4 | 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基本医疗保障项目。 |
| 9.5 | 公费医疗 | 指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规定范围内的免费医疗。 |

9.6	城乡居民大病保险	城乡居民大病保险是基本医疗保障制度的拓展和延伸，是对大病患者发生的高额医疗费用给予进一步保障的一项新的制度性安排。主要保障对象为城镇居民基本医疗保险、新型农村合作医疗或者城乡居民基本医疗保险的参保（合）人以及部分地区建立的覆盖城镇职工、城镇居民、农村居民的统一的大病保险制度参保人。
9.7	医师	指在医院内行医并拥有处方权的医师，亦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师。 不包括投保人、受益人、被保险人本人及其近亲属。
9.8	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，但不包括由医师开具并遵医嘱使用的用于治疗疾病的但含有毒品成分的处方药品。
9.9	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《道路交通安全法》及其他相关法律法规的规定认定为饮酒后驾驶或醉酒后驾驶。
9.10	无合法有效驾驶证驾驶	指下列情形之一： （1）没有取得驾驶资格或被吊销驾驶证； （2）驾驶与驾驶证准驾车型不相符合的车辆； （3）持审验不合格的驾驶证驾驶； （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）其他公安交通管理部门规定的属于无有效驾驶证的情况。
9.11	无有效行驶证	指下列情形之一： （1）未取得行驶证； （2）机动车被依法注销登记的； （3）未依法按时进行或者未通过机动车安全技术检验的。
9.12	机动车	指以动力装置驱动或牵引，上道路行驶的供人员乘用或用于运送物品以及进行工程专项作业的轮式车辆。
9.13	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。在人体血液或其它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。
9.14	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。
9.15	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》（ICD-10）确定。

9.16	精神疾病	指世界卫生组织《疾病和有关健康问题的国际统计分类》(ICD-10)中列明的编码为 F00 至 F99 的疾病, 或者《中国精神病分类方案和诊断标准》(CCDM-3) 所定义的精神疾病。
9.17	康复治疗	指在康复医院、康复中心、普通医院的康复科诊治或者接受以促进机体各项功能恢复为目的的医疗方法, 如理疗、按摩、推拿、生物反馈疗法、康复营养、康复护理等。
9.18	牙齿治疗	指牙齿的保健、洁牙、美白、矫形及种牙、镶牙、补牙、拔牙手术。
9.19	既往症	指在本合同生效日之前被保险人已患的疾病。
9.20	医疗必需	是指针对伤害或疾病本身的医疗服务以及治疗, 并有确实的医疗需要, 治疗应具医学依据并符合医学上的普遍标准, 不包括探索性及实验性的治疗。
9.21	有效身份证件	指依据法律规定, 由有权机构制作颁发的证明身份的证件、文件等, 如: 居民身份证、户口簿、护照、军人证等。
9.22	未满期保险费	其计算公式为: 未满期保险费 = 最后一期已付保险费 $\times$ $\left(1 - \frac{\text{该保险费所保障的已经过天数}}{\text{该保险费所保障的天数}}\right)$, 经过天数不足一天的按一天计算。

附表一

保险计划说明表

单位：元

保险责任				计划一	计划二	计划三
可 承 保 费 用	住院费用		住院前诊断费承保限额	600	400	200
			每日床位费承保限额	200	100	50
			住院期间费用	根据保险责任规定赔付		
			急救车费	根据保险责任规定赔付		
	特定 门诊 费用	特定疾病门 诊治疗费用	癌症门诊治疗费承保限额	20,000	10,000	5,000
			肾脏透析门诊治疗费承保限额	20,000	10,000	5,000
		特定门诊手术费用		根据保险责任规定赔付		
	首次投保或保险期间届满后重新投保的 可承保费用赔偿限额			100,000	50,000	30,000
非基本医疗保险用药费用赔偿限额				4,000	2,500	1,250

附表二 免赔额选择表

选择	免赔额
选择 1	300 元
选择 2	1,000 元
选择 3	2,000 元

(完)