

瑞泰人寿[2018]医疗保险 017 号



请扫描以查询验证条款

瑞泰附加企业补充团体医疗保险 合同条款

瑞泰人寿保险有限公司

目录

一、	基本条款	3
1.	关于瑞泰附加企业补充团体医疗保险合同（以下简称“本附加合同”）	3
2.	本附加合同的构成	3
3.	投保条件	3
4.	本附加合同的成立与生效	4
5.	保险期间及续保	4
二、	保险费条款	4
6.	保险费的交纳	4
三、	保障条款	4
7.	保险金额	4
8.	保险责任	4
9.	责任免除	7
10.	受益人	8
11.	保险事故的通知	8
12.	保险金的申请	8
13.	保险金给付	10
四、	其他	10
14.	明确说明与如实告知	10
15.	我们行使本附加合同解除权的限制	11
16.	年龄性别错误处理	11
17.	联系方式变更	12
18.	本附加合同内容变更	12
19.	被保险人变动	12
20.	本附加合同的解除	13
21.	本附加合同的终止	13
22.	诉讼时效	14
23.	客户信息保密	14
24.	争议的处理	14
	释义	14

瑞泰附加企业补充团体医疗保险合同条款

一、基本条款

1. 关于瑞泰附加企业补充团体医疗保险合同（以下简称“本附加合同”）

本附加合同可附加于我们指定的主险合同（以下简称“主合同”）上，是投保人和我们（指瑞泰人寿保险有限公司）之间签订的约定保险权利义务关系的协议。

除本附加合同另有约定外，主合同条款适用于本附加合同。若主合同的条款与本附加合同冲突时，以本附加合同为准。

2. 本附加合同的构成

本附加合同由保险单（以下简称“保单”）或其他保险凭证、保险合同条款、投保单、与本附加合同有关的其他投保文件、合法有效的声明、通知、批注、批单、被保险人名册和其他书面协议以及主合同所包含的保单、条款、投保单、投保提示书等与本附加合同相关的文件构成。

3. 投保条件

1、投保人

投保人必须为在中国境内的、已参加**社会基本医疗保险**（释义 1）的法人或非法人组织。

2、被保险人

本附加合同的被保险人应为**16 周岁**（释义 2）（含）至**65 周岁**（含）之间的、投保人的在职员工。

被保险人在合同签发时不得少于**3 人**。

由投保人申请，经我们审核同意，团体成员的已参加社会基本医疗保险的配偶和子女可以成为本附加合同的附属被保险人。

特别提示：本附加合同的附属被保险人系附属于所对应的主被保险人而存在，因此，无论何种情况下，当我们对主被保险人的保险责任终止时，我们对主被保险人对应的所有附属被保险人的保险责任同时终止，对于保险责任终止时附属被保险人同时满足以下条件的：

(1) 该附属被保险人与主被保险人相对应；

(2) 该附属被保险人未发生保险事故。

我们将向投保人返还保险责任终止时相应的未到期净保险费（释义 3）。

4. 本附加合同的成立与生效

投保人向我们完整提交投保单等相关投保文件、我们同意承保，本附加合同成立。

我们同意承保并收到投保人交纳的保险费、且被保险人生存的，本附加合同方可生效。合同生效日期以保单载明日期为准。我们将及时向投保人签发保单，向被保险人提供相应的保险凭证。我们从本附加合同生效日起开始承担本附加合同约定的保险责任。

5. 保险期间及续保

本附加合同的保险期间最长为一年，由投保人和我们约定并在保单中载明。

在本附加合同保险期间届满时，投保人可向我们申请续保本保险，我们审核同意后为投保人办理续保手续，并按续保当时被保险人的风险性质重新厘定费率并收取保险费。

二、 保险费条款

6. 保险费的交纳

本附加合同的保险费在投保和续保时均需一次交清。

三、 保障条款

7. 保险金额

保险金额是指我们承担赔偿责任或者给付保险金责任的最高限额。

本附加合同项下各被保险人的 D 类住院医疗保险金、G 类门诊急诊医疗保险金的保险金额由投保人和我们约定，并在保单中载明。

8. 保险责任

本附加合同的保险责任分为 A、B、C、D、E、F、G 七类保险责任，其中，除 A 类住院

医疗保险金的保险责任为必选保险责任外，其他六项保险责任均为可选保险责任。在本附加合同有效期内，我们根据投保人的选择承担相应的保险责任：

若被保险人于本附加合同生效之日起 30 日内（含第 30 日）因**意外伤害**（释义 4）以外的原因导致医疗费用支出的，我们不承担给付保险金的责任。

8.1 A 类住院医疗保险金

本项保险责任为必选保险责任。

若被保险人因意外伤害，或者被保险人于本附加合同生效之日起 30 日（投保人为同一被保险人不间断地投保本附加合同，不受 30 日的限制）后因意外伤害以外的原因导致的，经我们的**认可医院**（释义 5）诊断必须在认可医院住院治疗的，我们就其在住院期间发生的、符合**参保地**（释义 6）社会基本医疗保险规定的支付范围的、**合理且必要的住院医疗费用**（释义 7），对参保地社会基本医疗保险**统筹基金住院医疗起付线**（释义 8）以上至**统筹基金住院医疗封顶线**（释义 9）之间需个人自付的部分，在扣除本附加合同约定的免赔额后，对剩余部分按本附加合同约定的支付范围和赔付比例给付 A 类住院医疗保险金。

8.2 B 类住院医疗保险金

本项保险责任为可选保险责任。

若被保险人因意外伤害，或者被保险人于本附加合同生效之日起 30 日（投保人为同一被保险人不间断地投保本附加合同，不受 30 日的限制）后因意外伤害以外的原因导致的，经我们的认可医院诊断必须在认可医院住院治疗的，我们就其在住院期间发生的、符合参保地社会基本医疗保险规定的支付范围的、合理且必要的住院医疗费用，对参保地社会基本医疗保险**统筹基金住院医疗起付线**以下的部分，在扣除本附加合同约定的免赔额后，对剩余部分按本附加合同约定的支付范围和赔付比例给付 B 类住院医疗保险金。

8.3 C 类住院医疗保险金

本项保险责任为可选保险责任。

若被保险人因意外伤害，或者被保险人于本附加合同生效之日起 30 日（投保人为同一被保险人不间断地投保本附加合同，不受 30 日的限制）后因意外伤害以外的原因导致的，经我们的认可医院诊断必须在认可医院住院治疗的，我们就其在住院期间发生的、符合参保地社会基本医疗保险规定的支付范围的、合理且必要的住院医疗费用，对参保地**大额医疗互助基金住院医疗起付线**（释义 10）以上至**大额医疗互助基金住院医疗大额封顶线**（释义 11）之间需个人自付的部分，在扣除本附加合同约定的免赔额后，对剩余部分按本附加合同约定的支付范围和赔付比例给付 C 类住院医疗保险金。

8.4 D 类住院医疗保险金

本项保险责任为可选保险责任，本项保险责任的保险金额最高为 10 万元人民币。

若被保险人因意外伤害，或者被保险人于本附加合同生效之日起 30 日（投保人为同一被保险人不间断地投保本附加合同，不受 30 日的限制）后因意外伤害以外的原因导致的，经我们的认可医院诊断必须在认可医院住院治疗的，我们就其在住院期间发生的、符合参保地社会基本医疗保险规定的支付范围的、合理且必要的住院医疗费用，对参保地**大额医疗互助基金住院医疗大额封顶线**以上的部分，在扣除本附加合同约定的免赔额后，对剩余部分按本附加合同约定的支付范围和赔付比例给付 D 类住院医疗保险金。

被保险不论一次或多次接受住院治疗，我们均按上述约定给付 D 类住院医疗保险金，但累计给付金额不超过本附加合同约定的该被保险人的 D 类住院医疗保险金额。

被保险人因同一次保险事故在医院多次接受住院治疗，如果 A、B、C、D 任一类保险责任覆盖的累计医疗费用大于本附加合同约定的该类对应的免赔额，我们在计算该类住院医疗保险金时对该类保险责任覆盖的累计医疗费用仅扣除一次免赔额；**如果 A、B、C、D 任一类保险责任覆盖的累计医疗费用小于本附加合同约定的该类对应的免赔额，我们不承担给付该类住院医疗保险金的责任；**被保险人因不同保险事故在医院多次接受住院治疗，我们在每次计算各类住院医疗保险金时均会扣除一次本附加合同约定的该类对应的免赔额。

8.5 E 类门诊急诊医疗保险金

本项保险责任为可选保险责任。

若被保险人因意外伤害，或者被保险人于本附加合同生效之日起 30 日（投保人为同一被保险人不间断地投保本附加合同，不受 30 日的限制）后因意外伤害以外的原因导致的，在我们的认可医院发生的、符合参保地社会基本医疗保险规定的支付范围的、**合理且必要的门诊急诊医疗费用**（释义 12），对参保地**大额医疗互助基金门诊急诊医疗起付线**（释义 13）以下的部分，我们在扣除本附加合同约定的免赔额后，对剩余部分按本附加合同约定的支付范围和赔付比例给付 E 类门诊急诊医疗保险金。

8.6 F 类门诊急诊医疗保险金

本项保险责任为可选保险责任。

若被保险人因意外伤害，或者被保险人于本附加合同生效之日起 30 日（投保人为同一被保险人不间断地投保本附加合同，不受 30 日的限制）后因意外伤害以外的原因导致的，

在我们的认可医院发生的、符合参保地社会基本医疗保险规定的支付范围的、合理且必要的门诊急诊医疗费用，对参保地**大额医疗互助基金门诊急诊医疗起付线**以上至**大额医疗互助基金门诊急诊医疗大额封顶线**（释义 14）之间需个人自付的部分，我们在扣除本附加合同约定的免赔额后，对剩余部分按本附加合同约定的支付范围和赔付比例给付 F 类门诊急诊医疗保险金。

8.7 G 类门诊急诊医疗保险金

本项保险责任为可选保险责任，本项保险责任的保险金额最高为 1 万元人民币。

若被保险人因意外伤害，或者被保险人于本附加合同生效之日起 30 日（投保人为同一被保险人不间断地投保本附加合同，不受 30 日的限制）后因意外伤害以外的原因导致的，在我们的认可医院发生的、符合参保地社会基本医疗保险规定的支付范围的、合理且必要的门诊急诊医疗费用，对参保地**大额医疗互助基金门诊急诊医疗大额封顶线**以上的部分，我们在扣除本附加合同约定的免赔额后，对剩余部分按本附加合同约定的支付范围和赔付比例给付 G 类门诊急诊医疗保险金。

被保险人不论一次或多次接受门诊急诊治疗，我们均按上述约定给付 G 类门诊急诊医疗保险金，但累计给付金额不超过本附加合同约定的该被保险人的 G 类门诊急诊医疗保险金额。

我们在本附加合同约定的保险责任范围内给付保险金，但若被保险人已从其它途径（包括工作单位、社会基本医疗保险、瑞泰人寿保险有限公司在内的任何商业保险机构等）取得补偿，我们给付的金额不超过该被保险人在我们的认可医院发生的、符合参保地社会基本医疗保险规定的支付范围的、合理且必要的医疗费用扣除其所获补偿后的余额。

9. 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）被保险人未遵医嘱，私自使用药物，但按使用说明的规定使用非处方药不在此限；
- （4）被保险人主动吸食或注射**毒品**（释义15）；
- （5）战争、军事冲突、暴乱、武装叛乱、化学污染或恐怖行为；
- （6）核爆炸、核辐射或核污染；

- (7) 被保险人**酒后驾驶**（释义16），**无合法有效驾驶证驾驶**（释义17），或**驾驶无有效行驶证**（释义18）的机动车；
- (8) 被保险人患性病、**感染艾滋病病毒或患艾滋病**（释义19）期间因疾病导致的；
- (9) 被保险人从事**潜水**（释义20）、跳伞、**攀岩**（释义21）、蹦极、驾驶滑翔机或滑翔伞、**探险活动**（释义22）、**武术比赛**（释义23）、摔跤、**特技**（释义24）表演、赛马、赛车等高风险运动；
- (10) 被保险人患**先天性疾病**（释义25）、**遗传性疾病**（释义26）、**职业病**（释义27）及其引起的并发症；
- (11) 被保险人患精神和行为障碍、**先天性畸形、变形或染色体异常**（释义28）；
- (12) 被保险人患未告知的**既往症**（释义29）及保险单中特别约定的除外疾病；
- (13) 被保险人不孕不育治疗、人工受精、怀孕、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，但因意外伤害事故所致的分娩（含难产）、流产不受此限；
- (14) 被保险人因整容手术或其它内、外科手术导致的医疗事故；
- (15) 被保险人殴斗、醉酒；
- (16) 被保险人患牙科疾病，但因意外事故所致者不受此限。

10. 受益人

除另有约定外，本附加合同的各项保险金的受益人均为被保险人本人。

11. 保险事故的通知

投保人或被保险人应于知道保险事故发生之日起 10 日内通知我们。如因故意或者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，不承担赔偿或给付保险金的责任，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本公司确定保险事故的性质、原因、损失程度的除外。

12. 保险金的申请

12.1 A 类、B 类、C 类和 D 类保险责任的保险金申请

由受益人作为保险金申请人，填写保险金给付申请书，并提供下列证明、资料向我们申

请给付保险金：

- (1) 本附加保险合同或保险凭证；
- (2) 申请人的**有效身份证件**（释义 30）；
- (3) 由我们的认可医院出具的如下文件：
 - ① 医疗费用专用收据原件(包括认可医院或社保部门出具的医疗费用分割单原件，如果还有其他非认可医院非社保部门出具的医疗费用分割单，则需要该分割单为加盖公章的原件，同时提供原始收据复印件)；
 - ② 住院病历或出院小结复印件；
 - ③ 医疗费用明细清单复印件；
 - ④ 附病理显微镜检查、必需的血液检验及其他科学方法检验报告的被保险人疾病诊断证明复印件。
- (4) 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；
- (5) 若申请人委托他人代为申请给付保险金，还应提供授权委托书、受托人有效身份证件等相关证明文件。

保险金作为被保险人遗产时，必须提供可证明合法继承权的相关权利文件。

以上证明和资料不完整的，我们将及时一次性通知申请人补充提供有关证明和资料。

12.2 E 类、F 类和 G 类保险责任的保险金申请

由受益人作为保险金申请人，填写保险金给付申请书，并提供下列证明、资料向我们申请给付保险金：

- (1) 本附加保险合同或保险凭证；
- (2) 申请人的有效身份证件；
- (3) 由我们的认可医院出具的如下文件：
 - ① 医疗费用专用收据原件(包括认可医院或社保部门出具的医疗费用分割单原件，如果为其他非认可医院非社保部门出具的医疗费用分割单，则需要该分割单为加盖公章的原件，同时提供原始收据复印件)；
 - ② 门诊病历复印件；
 - ③ 药品清单、处方及治疗明细单复印件；
 - ④ 附病理显微镜检查、必需的血液检验及其他科学方法检验报告的被保险人疾病诊断证明复印件。
- (4) 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；

(5) 若申请人委托他人代为申请给付保险金，还应提供授权委托书、受托人有效身份证件等相关证明文件。

保险金作为被保险人遗产时，必须提供可证明合法继承权的相关权利文件。

以上证明和资料不完整的，我们将及时一次性通知申请人补充提供有关证明和资料。

13. 保险金给付

我们在收到保险金给付申请书及本附加合同约定的证明和资料后，将在 5 日内作出核定；情形复杂的，在 30 日内作出核定。

对确定属于保险责任的，在与申请人达成有关给付保险金的协议后 10 日内，履行给付保险金义务。

对不属于保险责任的，我们自作出核定之日起 3 日内向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。

四、其他

14. 明确说明与如实告知

订立本附加合同时，我们应向投保人说明本附加合同的内容。

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。

我们就投保人和被保险人的有关情况提出询问，投保人应当如实告知。

如果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，我们有权解除本附加合同或取消该被保险人的被保险人资格（即部分解除本附加合同），我们自取消该被保险人的被保险人资格之日起，我们对该被保险人的保险责任终止，我们将向投保人退还本附加合同项下该被保险人保险责任终止时相应的未到期净保险费。

如果投保人故意不履行如实告知义务，对于本附加合同解除前或被保险人资格被取消前发生的保险事故，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，对于本附加合同解除前或被保险人资格被取消前发生的保险事故，我们不承担给付保险金的责任，但应当无息退还相应的保险费。

我们在合同订立时已经知道投保人未如实告知的情况的，我们不得解除合同或取消该被保险人的被保险人资格；发生保险事故的，我们承担给付保险金的责任。

15. 我们行使本附加合同解除权的限制

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。自本附加合同成立之日起超过 2 年的，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。

16. 年龄性别错误处理

投保人在申请投保时，应将与有效身份证件相符的被保险人的出生日期和性别在投保单上填明，如果发生错误按照下列方式办理：

- (1) 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附加合同约定投保年龄限制的，我们有权取消该被保险人的被保险人资格（即部分解除本附加合同）。对于取消被保险人资格的，我们对该被保险人的保险责任自该被保险人的被保险人资格被取消之日起终止，我们将向投保人退还本附加合同项下该被保险人保险责任终止时相应的未到期净保险费。对于该被保险人资格被取消前发生的保险事故，我们不承担给付保险金的责任。我们行使合同解除权适用本附加合同中“我们行使本附加合同解除权的限制”条款的规定。
- (2) 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，我们有权更正并要求投保人补交保险费。若已经发生保险事故，在给付保险金时按实交保险费和应交保险费的比例给付。
- (3) 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，我们向投保人无息退还多收的保险费。

17. 联系方式变更

为了保障投保人的合法权益，投保人的住所、通讯地址或电话等联系方式变更时，请及时以书面形式或者双方认可的其他形式通知我们。若投保人未以书面形式或双方认可的其他形式通知我们，则我们按本附加合同载明的或我们以其他方式记录的投保人的最后住所、通讯地址或电话等发送的有关通知，均视为已送达给投保人。

如果因投保人未能及时通知，而使投保人未能接受我们的服务，或我们无法提供给投保人相应的服务，由此导致的后果和损失，由投保人本人承担。

18. 本附加合同内容变更

投保人在本附加合同生效后，可根据我们的规定书面通知变更合同的内容，经我们审核同意，应当由我们在原保单或其他保险凭证上批注，或者由投保人和我们订立变更合同内容的书面协议。

如与本附加合同有关的信息发生变更，投保人需及时书面通知我们。

我们收到并决定接受投保人变更合同内容通知当日，变更内容生效，本附加合同另有约定的除外。

我们尚未收到投保人变更合同内容通知，或我们已经收到但尚未决定接受期间，被保险人死亡的，我们不再变更任何合同内容。

19. 被保险人变动

投保人因团体成员变动需要增加被保险人的，应以书面形式通知我们，经我们审核同意并收取相应的保险费后，对新增加的被保险人依据本附加合同约定承担保险责任。我们对该新增加的被保险人承担的保险责任的起始时间在批单或批注上载明。

保险期间	收费比例
不足 15 天	$2.5 \div 365 \times \text{保险期间经过天数}$
足 15 天但少于 1 个月	20%
足 1 个月但少于 2 个月	30%
足 2 个月但少于 3 个月	40%
足 3 个月但少于 4 个月	50%
足 4 个月但少于 5 个月	60%
足 5 个月但少于 6 个月	70%
足 6 个月但少于 7 个月	75%
足 7 个月但少于 8 个月	80%
足 8 个月但少于 9 个月	85%

保险期间	收费比例
足 9 个月但少于 10 个月	90%
足 10 个月但少于 11 个月	95%
足 11 个月但少于 12 个月	100%

投保人需要减少被保险人的，应以书面形式通知我们，经我们审核同意并在本附加合同上批注或出具批单，我们自批注或批单载明的日期零时起终止对该被保险人的保险责任，将向投保人退还本附加合同项下该被保险人保险责任终止时相应的未到期净保险费。

被保险人人人数低于 3 人时，我们有权解除本附加合同，并向投保人退还本附加合同项下未发生保险事故的各被保险人相应的未到期净保险费。

20. 本附加合同的解除

投保人可以通过书面形式或我们认可的其他方式通知我们要求解除本附加合同并向我们退还相关合同文件，即退保。我们收到投保人以书面形式或我们认可的其他方式提出解除本附加合同申请通知当日，本附加合同解除，保险责任终止。

投保人要求退保时，应向我们提供下列证明和资料：

- (1) 保险合同；
- (2) 退保申请；
- (3) 投保人为自然人的，需提供投保人的有效身份证件；投保人为法人或非法人组织的，需提供经办人的有效身份证件，若经办人非投保单中载明的联系人，则需提交投保人出具的加盖法人公章的授权委托书；
- (4) 其他必要的合理的证明文件。

我们在收到上述证明资料后将向投保人无息退还本附加合同解除时的未到期净保险费。

投保人解除保险合同会遭受一定的损失。

21. 本附加合同的终止

发生下列情况之一时，本附加合同终止：

- (1) 投保人于本附加合同有效期内向我们申请解除合同的；
- (2) 主合同终止的，本附加合同终止；
- (3) 本附加合同约定的其他效力终止的情况。

22. 诉讼时效

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

23. 客户信息保密

本附加合同项下的一切内容、保单记载、客户信息等资料,均构成商业秘密,我们将严密保护,未经投保人本人授权,我们不向任何人、任何机构、任何媒体泄露。但是,以下情形除外:

- (1) 侦查机关、国家安全机关、人民法院、仲裁机构依法要求我们提供;
- (2) 中国人民银行、中国银行保险监管部门等政府部门依法或依职权要求我们报告的。

24. 争议的处理

因履行本附加合同发生的争议,由我们和投保人协商解决。协商不成的,双方同意从下列二种方式中选择一种:

- (1) 提交双方共同选择的仲裁委员会仲裁;
- (2) 向被告住所地人民法院提起诉讼。

与本附加合同有关的以及履行本附加合同所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. 社会基本医疗保险** 包含职工基本医疗保险、新型农村合作医疗和城镇居民基本医疗保险。
- 2. 周岁** 指按法定身份证明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,每经过一年增加一岁,不足一年的不计。
- 3. 未到期净保险费** 本附加合同项下某一被保险人名下的未到期净保险费的计算公式为:该被保险人未到期净保险费=投保人为该被保险人当期已交保险费×(1-25%)×(1-该被保险人当前保险单保险期间已经过天数/该被保险人保险期间天数)。经过天数不足一天的按一天计算。
- 4. 意外伤害** 指外来的、突然的、非本意的、非疾病的使被保险人身体受到伤害的客观事件。

本附加合同约定的意外伤害不包括猝死。

猝死是指貌似健康的人因潜在疾病、机能障碍或其他自身内在病理原因在出现症状后 6 小时内发生的非外力性突然死亡，或者未出现症状即刻死亡，没有任何与死亡直接相关的身体内外部损伤证据。猝死的认定，如有司法机关的法律文件、医疗机构的诊断书等，则以上述法律文件、诊断书等为准。

5. 认可医院 指卫生行政部门认定的二级及以上非盈利性医院、二级及以上社保定点医院或我们认可的其他医院。但不包括主要作为康复、护理、疗养、戒毒、戒酒或者相类似的医疗机构。

6. 参保地 指被保险人参加社会基本医疗保险所在地。

7. 合理且必要的住院医疗费用 指被保险人进行住院治疗时，**专科医生**提供医疗咨询和治疗服务通常收取的诊查费、会诊费、治疗费、手术费、住院床位费、医药费、医学影像检查费（X 线透视、摄影/磁共振扫描等）、护理费。以上费用以认可医院核准的收费标准为限。

专科医生 专科医生应当同时满足以下四项资格条件：

- （1）具有有效的中华人民共和国《医师资格证书》；
- （2）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；
- （3）具有有效的中华人民共和国主治医师或主治医师以上职称的《医师职称证书》；
- （4）在二级或二级以上医院的相应科室从事临床工作三年以上。

8. 统筹基金住院医疗起付线 指参保地社会基本医疗保险统筹基金开始支付的最低限额。

9. 统筹基金住院医疗封顶线 指参保地社会基本医疗保险统筹基金的最高支付限额。

10. 大额医疗互助基金住院医疗起付线 指参保地大额医疗互助基金住院医疗费用开始支付的最低限额，即参保地社会基本医疗保险统筹基金的最高支付限额。

11. 大额医疗互助基金住院医疗大额封顶线 指参保地大额医疗互助基金住院医疗费用的最高支付限额。

12. 合理且必要的门诊急诊医疗费用 指被保险人进行门诊时，**专科医生**提供医疗咨询和治疗服务通常收取的诊查费、会诊费、治疗费、手术费、医药费、医学影像检查费（X 线透视、摄影/磁共振扫描等）、护理费。以上费用以认可医院核准的收费标准为限。

13. 大额医疗互助基金门诊急诊医疗起付线 指参保地大额医疗互助基金门诊急诊医疗费用开始支付的最低限额。

14. 大额医疗互助基金门诊急诊医疗封顶线 指参保地大额医疗互助基金门诊急诊医疗费用

的最高支付限额。

- 15. 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。
- 16. 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》的规定认定为饮酒后驾驶或醉酒后驾驶。
- 17. 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；
 - (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。
- 18. 无有效行驶证** 指下列情形之一：
- (1) 无机动车行驶证；
 - (2) 机动车被依法注销登记的；
 - (3) 未依法按时进行或通过机动车安全技术检验。
- 19. 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。
- 20. 潜水** 指以辅助呼吸器材在江、河、湖、水库、运河等水域进行的水下运动。
- 21. 攀岩** 指攀登悬崖、楼宇外墙、人造悬崖、冰崖、冰山等运动。
- 22. 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、徒步穿越沙漠或人迹罕至的原始森林等活动。
- 23. 武术比赛** 指两人或两人以上对抗柔道、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** 指从事马术、杂技、驯兽等特殊技能。
- 25. 先天性疾病** 指被保险人一出生时就具有的疾病（病症或体征），这些疾病指因人的遗传物质（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

怀孕期间受到内外环境中的某些物理、化学和生物等因素的作用，使胎儿局部体细胞发育不正常，导致婴儿出生时有些器官、系统在形态或功能上呈现异常。

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 指劳动者在工作或者其它职业活动中，因接触粉尘、放射线和有毒、有害物质等职业危害因素而引起的疾病。

28. 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、变形或者染色体异常。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。

29. 既往症 指被保险人在本附加合同生效日之前所患的已知的有关疾病或症状。

30. 有效身份证件 包括由政府主管部门规定的证明其身份的证件，如：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。

（本附加合同条款内容结束）