



泰康健康尊享 B 款医疗保险条款

阅读指引

请扫描以查询验证条款

本阅读指引有助于您理解条款，对本合同内容的解释凡条款已有约定的，以条款约定为准。



您拥有的重要权益

- ❖ 本合同提供的保障在保险责任条款中列明..... 2.5
- ❖ 您有解除合同的权利..... 5.1



您应当特别注意的事项

- ❖ 本合同的保险期间为1年..... 2.3
- ❖ 本合同设有等待期..... 2.4
- ❖ 我们给付保险金时遵循补偿原则..... 2.6
- ❖ 在某些情况下，我们不承担保险责任..... 2.7
- ❖ 保险事故发生后，请您及时通知我们..... 3.2
- ❖ 您有如实告知的义务..... 6.1
- ❖ 我们对一些重要术语进行了解释，并作了显著标识，请您注意..... 7



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

- 1.1 合同构成
- 1.2 合同成立及生效
- 1.3 投保年龄

2. 我们提供的保障

- 2.1 保障计划
- 2.2 年度给付限额、终身给付限额
- 2.3 保险期间
- 2.4 等待期
- 2.5 保险责任
- 2.6 补偿原则
- 2.7 责任免除

3. 保险金的申请

- 3.1 受益人
- 3.2 保险事故通知
- 3.3 保险金申请
- 3.4 保险金给付
- 3.5 诉讼时效

4. 保险费的交纳

- 4.1 保险费的交纳
- 4.2 保险费率调整
- 4.3 续保
- 4.4 新续保合同交费期
- 4.5 保障计划变更
- 4.6 社会基本医疗保险或者公费医疗状态变更

5. 合同解除

- 5.1 您解除合同的手续及风险

6. 其他需要关注的事项

- 6.1 明确说明与如实告知

6.2 年龄性别错误

6.3 职业或者工种确定与变更

6.4 合同内容变更

6.5 联系方式变更

6.6 争议处理

6.7 保险事故鉴定

7. 释义

7.1 合法有效

7.2 周岁

7.3 保险期间内累计

7.4 意外伤害

7.5 住院

7.6 恶性肿瘤放化疗

7.7 肾透析

7.8 同一次住院

7.9 医院

7.10 符合通常惯例

7.11 医学必需

7.12 床位费和膳食费

7.13 药品费

7.14 材料费

7.15 医生费（诊疗费）

7.16 治疗费

7.17 护理费

7.18 检查化验

7.19 手术费用

7.20 器官移植费

7.21 医疗保险金的计算方法

7.22 社会基本医疗保险

7.23 公费医疗

7.24 中国境外

7.25 既往症

7.26 遗传性疾病

7.27 先天性畸形、变形和染色体异常

7.28 感染艾滋病病毒或者患艾滋病

7.29 经输血导致的感染艾滋病病毒

或者患艾滋病

7.30 康复治疗

7.31 牙齿治疗

7.32 醉酒

7.33 毒品

7.34 酒后驾驶

7.35 无合法有效驾驶证驾驶

7.36 无合法有效行驶证

7.37 机动车

7.38 潜水

7.39 攀岩

7.40 探险

7.41 武术比赛

7.42 特技表演

7.43 质子治疗

7.44 重离子治疗

7.45 有效身份证件

7.46 首两次续保

7.47 现金价值

7.48 净保险费

7.49 医生

7.50 当地

7.51 护士

7.52 手术植入材料

泰康人寿保险有限责任公司

泰康健康尊享 B 款医疗保险条款

在本条款中，“您”指投保人，“我们”、“本公司”均指在保险单上签章的泰康人寿保险有限责任公司的分公司，“本合同”指您与我们之间订立的“泰康健康尊享 B 款医疗保险合同”，“被保险人”指本合同的被保险人，投保人、被保险人的姓名在保险单上载明。

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、保险单或者其他保险凭证、投保单、与本合同有关的投保文件、**合法有效**（见 7.1）的声明、批注、批单及其他您与我们共同认可的书面协议。
- 1.2 **合同成立及生效** 您提出保险申请且我们同意承保，本合同成立。
本合同的成立日、生效日以保险单记载的日期为准。
- 1.3 **投保年龄** 投保年龄指您投保时被保险人的年龄，以**周岁**（见 7.2）计算。

2. 我们提供的保障

- 2.1 **保障计划** 本合同的保障计划由您在投保时与我们约定，并在保险单上载明。
- 2.2 **年度给付限额、终身给付限额** 本合同的年度给付限额、终身给付限额根据您和我们约定的保障计划确定，并在保险单上载明。
年度给付限额是指我们在本合同**保险期间内累计**（见 7.3）给付的医疗保险金之和的上限；终身给付限额是指我们在本合同以及各续保合同保险期间内累计给付的医疗保险金之和的上限。
本合同约定的年度给付限额、终身给付限额见本合同附表 1 所示。
- 2.3 **保险期间** 本合同的保险期间为 1 年，自本合同生效日零时开始。本合同保险期间届满，您若继续投保本保险，则新续保合同自本合同期满日次日零时起生效，新续保合同的保险期间为新的保险期间，有效期为 1 年。每次续保，均依此类推。
- 2.4 **等待期** 您为被保险人首次投保本保险或者非连续投保本保险时，自本合同生效之日起 30 日为等待期；被保险人因**意外伤害**（见 7.4）发生**住院**（见 7.5）或者因意外伤害接受特殊门诊治疗（指门诊**恶性肿瘤放化疗**（见 7.6）、门诊**肾透析**（见 7.7）或者器官移植后的门诊抗排异治疗）的，保险责任无等待期；您为被保险人不间断连续投保本保险的续保合同无等待期。
在等待期内，被保险人非因意外伤害住院或者接受特殊门诊治疗，我们不承担给付保险金的责任。被保险人在等待期内非因意外伤害住院及与该住院视为**同一次住院**（见 7.8）的治疗，或者在等待期内非因意外伤害发生的特殊门诊治疗及与该特殊门诊治疗原因相同的所有治疗，无论是否延续至等待期后，我们均不承担给付保险金的责任。该次住院治疗或者特殊门诊治疗发生的医疗费用不计入本合同保险期间内累计医疗费用，该次住院治疗或者特殊门诊治疗从其他途径已获得的医疗费用补偿不计入本合同保险期间内累计从其他途径已获得的医疗费用补偿。
- 2.5 **保险责任** 在本合同保险期间内，我们承担给付住院医疗保险金和特殊门诊医疗保险金的责任。住院医疗保险金和特殊门诊医疗保险金统称为医疗保险金。

住院医疗保险金

如果被保险人因意外伤害或者在等待期后经医院（见 7.9）确诊因疾病必须住院治疗的，对被保险人发生的符合通常惯例（见 7.10）的且医学必需（见 7.11）的合理住院医疗费用，包括床位费和膳食费（见 7.12）、重症监护室床位费、药品费（见 7.13）、材料费（见 7.14）、医生费（诊疗费）（见 7.15）、治疗费（见 7.16）、护理费（见 7.17）、检查化验（见 7.18）费、手术费用（见 7.19）、器官移植费（见 7.20），我们按照本合同医疗保险金的计算方法的约定，在上述各项医疗费用的每日限额及年限额范围内给付医疗保险金，本合同约定的保险责任范围内各项医疗费用的每日限额及年限额见本合同附表 1 所示。

如果被保险人接受保险责任范围内的住院治疗，且在本合同期满日治疗仍未结束的，对于被保险人该次住院治疗在本合同期满日次日起 30 日内发生的上述医疗费用，我们仍在本合同约定的保险责任范围内承担给付医疗保险金的责任，对于被保险人该次住院治疗在本合同期满日次日起 30 日后发生的医疗费用，我们不再承担给付医疗保险金的责任。

特殊门诊医疗保险金

如果被保险人因意外伤害或者在等待期后经医院确诊因疾病必须在医院接受以下特殊门诊治疗的：

- （1） 门诊恶性肿瘤化疗；
- （2） 门诊肾透析；
- （3） 器官移植后的门诊抗排异治疗。

对被保险人发生的上述符合通常惯例的且医学必需的合理门诊医疗费用，我们按照本合同医疗保险金的计算方法的约定，在上述各项医疗费用的年限额范围内给付医疗保险金。

医疗保险金的计算方法（见 7.21）

在本合同保险期间内，我们对被保险人每次发生的属于本合同保险责任范围内的符合通常惯例的且医学必需的合理医疗费用（以下简称“合理医疗费用”）给付的医疗保险金的计算公式如下：

医疗保险金＝本合同保险期间内累计的按比例计算的合理医疗费用-免赔额-本合同保险期间内累计我们已给付的医疗保险金

（1）按比例计算的合理医疗费用按照以下方式确定：

按比例计算的合理医疗费用=每次治疗发生合理医疗费用×给付比例

给付比例按照以下方式确定：

给付条件	给付比例
如果被保险人以有社会基本医疗保险（见 7.22）或者公费医疗（见 7.23）身份投保，且已从社会基本医疗保险或者公费医疗获得该次治疗的医疗费用补偿	100%
如果被保险人以有社会基本医疗保险或者公费医疗身份投保，但未从社会基本医疗保险或者公费医疗获得该次治疗的医疗费用补偿	60%
如果被保险人以无社会基本医疗保险和公费医疗身份投保	100%

（2）免赔额按照以下方式确定：

- ① 如果本合同保险期间内累计从其他途径已获得的医疗费用补偿金额≤年度基础免赔额，那么免赔额等于年度基础免赔额；
- ② 如果本合同保险期间内累计从其他途径已获得的医疗费用补偿金额>年度基础免赔额，那么免赔额等于本合同保险期间内累计从其他途径已获得的住院医疗费用补偿金额。

其他途径获得的医疗费用补偿包含已从社会基本医疗保险、公费医疗、除本合同之外的商业性医疗费用补偿型医疗保险、其他政府机构或者社会福利机构获得医疗费用补偿。

本合同约定的年度基础免赔额见本合同附表 1 所示。

我们在本合同保险期间内累计给付的医疗保险金之和以您与我们约定的保障计划

对应的年度给付限额为限,且我们在本合同以及各续保合同保险期间内累计给付的医疗保险金之和以您与我们约定的保障计划对应的终身给付限额为限。

2.6 补偿原则

我们在向受益人给付保险金时,若被保险人发生的属于本合同保险责任范围内的医疗费用已通过其他途径获得了补偿,且其他途径的补偿金额与我们按本合同约定给付的保险金之和超过了被保险人实际发生的医疗费用,我们将按被保险人实际发生的医疗费用扣除其他途径的补偿金额后的余额向受益人给付保险金,即包括本合同在内的各种途径所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。

2.7 责任免除

因下列情形之一导致被保险人发生医疗费用的,我们不承担给付医疗保险金的责任,且该次发生的医疗费用不计入本合同保险期间内累计合理医疗费用,该次从其他途径已获得的医疗费用补偿不计入本合同保险期间内累计从其他途径已获得的医疗费用补偿:

- (1) 在**中国境外**(见 7.24)的国家或者地区接受治疗;
- (2) 未书面告知的**既往症**(见 7.25)、本合同特别约定除外的疾病;
- (3) **遗传性疾病**(见 7.26)、**先天性畸形、变形和染色体异常**(见 7.27)(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);
- (4) **感染艾滋病病毒或者患艾滋病**(见 7.28)(**经输血导致的感染艾滋病病毒或者患艾滋病**(见 7.29)除外)、性病、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);
- (5) 不孕不育治疗、避孕、节育(含绝育)、子宫体腔内妊娠、产前产后检查、流产、堕胎、分娩(含难产)、变性手术、人体试验、人工生殖,或者由前述任一原因引起的并发症;
- (6) 《中华人民共和国传染病防治法》规定的甲类及乙类法定传染病(不含病毒性肝炎),或者国家有关法律、法规、规范性法律文件规定的法定传染病。前述传染病定义以被保险人入院当日《中华人民共和国传染病防治法》或者国家有关法律、法规、规范性法律文件的规定为准;
- (7) **疗养、康复治疗**(见 7.30)、心理治疗、美容、矫形、视力矫正手术、**牙齿治疗**(见 7.31)、安装假肢、非意外事故所致的整容手术;
- (8) 投保人对被保险人的故意杀害、故意伤害;
- (9) 被保险人故意自伤、故意犯罪、抗拒依法采取的刑事强制措施或者自杀(但被保险人自杀时为无民事行为能力人的除外);
- (10) 被保险人**醉酒**(见 7.32),主动吸食或者注射**毒品**(见 7.33);
- (11) 被保险人挑衅或者故意行为而导致的打斗、被袭击、被谋杀;
- (12) 被保险人**酒后驾驶**(见 7.34)、**无合法有效驾驶证驾驶**(见 7.35),或者驾驶**无合法有效行驶证**(见 7.36)的**机动车**(见 7.37);
- (13) 被保险人从事下列高风险运动:**潜水**(见 7.38)、跳伞、**攀岩**(见 7.39)、驾驶滑翔机或者滑翔伞、**探险**(见 7.40)、摔跤、**武术比赛**(见 7.41)、**特技表演**(见 7.42)、赛马、赛车;
- (14) 战争、军事行动、暴乱、武装叛乱、核爆炸、核辐射、核污染;
- (15) 未经科学或者医学认可的试验性或者研究性治疗及其产生的后果所产生的费用;
- (16) **质子治疗**(见 7.43)、**重离子治疗**(见 7.44)。

3. 保险金的申请

3.1 受益人

除另有指定外,本合同的医疗保险金受益人为被保险人本人。

- 3.2 保险事故通知** 您或者受益人知道保险事故发生后应当在 10 日内通知我们。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。
- 3.3 保险金申请** 在申请保险金时,受益人作为申请人须填写领取保险金申请书,并须提供下列证明和资料的原件:
- (1) 本合同;
 - (2) 受益人的**有效身份证件**(见 7.45);
 - (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、医疗费用以及处方和检查化验明细清单及病历;首次申请理赔时,应提供医院出具的被保险人在本合同保险期间内历次的诊断证明、医疗费用明细清单及病历;
 - (5) 医院出具的被保险人的医疗费用收据或者发票,我们留存其原件;首次申请理赔时,应提供医院出具的被保险人在本合同保险期间内历次的医疗费用收据或者发票;
 - (6) 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,我们留存其原件;
 - (7) 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。
- 以上证明和资料不完整的,我们将及时一次性通知受益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。
- 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。
- 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。
- 3.4 保险金给付** 我们在收到领取保险金申请书及本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。对属于保险责任的,我们在与受益人达成给付保险金的协议后 10 日内,履行给付保险金义务。
- 我们未及时履行前款约定义务的,对属于保险责任的,除支付保险金外,应当赔偿受益人因此受到的利息损失。利息按照我们确定的利率按单利计算,且我们确定的利率不低于中国人民银行公布的金融机构人民币活期存款基准利率。
- 对不属于保险责任的,我们自作出核定之日起 3 日内向受益人发出拒绝给付保险金通知书并说明理由。
- 我们在收到领取保险金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。
- 3.5 诉讼时效** 权利人向我们申请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。

4. 保险费的交纳

- 4.1 保险费的交纳** 本合同的保险费按照您选择的保障计划、被保险人的年龄和被保险人的社会基本医疗保险或者公费医疗状态确定,并在保险单上载明。

新续保合同的保险费将根据您选择的保障计划、被保险人的实际年龄、被保险人的社会基本医疗保险或者公费医疗状态确定。

您在投保时应一次性交纳本合同的保险费。

4.2 保险费率调整

您为被保险人新续保合同时，我们有权根据本合同计算费率所用的计算基础与实际情况的偏差程度，决定是否调整保险费率。保险费率的调整适用于本保险的所有被保险人或者同一投保年龄、同一投保区域等某一类人群的被保险人。

我们进行保险费率调整后，您为被保险人续保合同时，须自保险费率调整后的首个新续保合同生效日起按照新的保险费率支付保险费，保险费率调整前您已经支付的保险费不受影响。

若您选择了自动申请续保，如果我们调整保险费率，我们将以书面形式或者双方认可的其他形式通知您，如果您不同意费率调整，可以书面申请停止继续投保本合同，本合同自期满日的 24 时起效力终止。

4.3 续保

(1) 首两次续保（见 7.46）

若您选择了自动申请续保，每一保险期间届满之前，若我们未收到您停止继续投保本合同的书面申请，经我们审核同意并按续保时对应的费率收取保险费后本合同将延续有效。首两次续保，均按前述规则类推。

如果经审核后，我们做出不同意您继续投保本合同决定的，我们将以书面形式通知您，本合同自期满日的 24 时起效力终止。

保险事故发生后，您或者被保险人未按本合同的要求及时通知我们，导致我们在不知情的状况下承保该续保合同的，我们有权对该续保合同重新审核，并根据审核结果决定是否变更继续投保条件或者解除该续保合同。

如果您中断投保后又再次投保本合同的，将视为重新投保，在重新投保后的前两次续保我们将按照前述“首两次续保”约定的续保规则进行续保。

(2) 第三次及以后续保

若您选择了自动申请续保，且已通过我们首两次续保审核的，后续续保时我们不会因为被保险人的健康状况变化而终止被保险人续保，每一保险期间届满之前，若我们未收到您停止继续投保本合同的书面申请，我们将按本合同第二次续保时约定的承保条件为您继续续保本合同，在按续保时对应的费率收取保险费后本合同将延续有效。每次续保，均按前述规则类推。

我们接受继续投保本合同的被保险人的年龄最高不超过 99 周岁。

4.4 新续保合同交费期

若您和我们均同意续保，则自本合同期满日次日起 60 日为新续保合同交费期。交费期内发生保险事故的，我们承担保险责任，但在给付保险金时会扣除您欠交的新续保合同的保险费。如果您未在交费期内交纳新续保合同的保险费，新续保的合同自交费期满日的 24 时起效力终止。

4.5 保障计划变更

新续保合同时，您可以变更保障计划，但须于续保前有效的保险合同的保险期间届满前 30 日内通知我们，我们将对是否同意您变更保障计划作出决定。如果我们同意您变更保障计划，我们将以书面形式或者双方认可的其他形式通知您，您须自保障计划变更后的首个新续保合同生效日起按照新的保险费率支付保险费，保障计划变更前您已经支付的保险费不受影响。

如果我们不同意您变更保障计划，我们将以书面形式或者双方认可的其他形式通知您。

每个有效的保险合同的保险期间内不可变更已选定的保障计划。

4.6 社会基本医疗保险或者公费医疗状态变更

如果被保险人是否拥有社会基本医疗保险或者公费医疗的状态发生了变更，您须在新续保合同时变更被保险人的社会基本医疗保险或者公费医疗状态，且须于续保前有效的保险合同的保险期间届满前 30 日内通知我们。我们将以书面形式或者双方认可的其他形式确认您变更社会基本医疗保险或者公费医疗状态的申请，您须自社

会基本医疗保险或者公费医疗状态变更后的首个新续保合同生效日起按照新的保险费率支付保险费，社会基本医疗保险或者公费医疗状态变更前您已经支付的保险费不受影响。

我们将在每个有效的保险合同的保险期间届满前 30 日内受理变更社会基本医疗保险或者公费医疗状态的申请，其他时间我们不受理该申请。

5. 合同解除

- 5.1 您解除合同的
手续及风险
- 如果被保险人未发生保险事故，且您要求解除本合同，请填写解除合同申请书并向我们提供下列资料的原件：

- (1) 本合同；
- (2) 您的有效身份证件。

自我们收到解除合同申请书时起，本合同终止。我们自收到解除合同申请书之日起 30 日内向您退还本合同终止时的**现金价值**（见 7.47）。

您解除合同会遭受一定损失。如果已发生保险金给付的，您不得要求解除本合同。

6. 其他需要关注的事项

- 6.1 明确说明与如实告知
- 订立本合同时，我们应当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。

我们会就您和被保险人的有关情况提出书面询问，您应当如实告知。

如果您故意或者因重大过失未履行前款约定的如实告知义务，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。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。

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，但应当向您退还保险费。

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。

- 6.2 年龄性别错误
- 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) 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，我们有权解除本合同，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。对于解除本合同的，本合同自解除之日起终止，我们向您退还本合同终止时的现金价值。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。
- (2) 您申报的被保险人年龄或者性别不真实，致使您实交保险费少于应交保险费的，我们有权更正并要求您补交保险费。如果已经发生保险事故，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) 您申报的被保险人年龄或者性别不真实，致使您实交保险费多于应交保险费的，我们向您无息退还多收的保险费。

- 6.3 职业或者工种的确定与变更
- 我们将按照事先公布的职业分类表确定被保险人的职业分类，您可以通过我们的服务场所工作人员查询到此表。

被保险人变更其职业或者工种时，您应于 10 日内以书面形式通知我们。被保险人所变更的职业或者工种依照职业分类其危险程度降低时，我们自接到通知之日起，

向您退还职业类别变更前后的与剩余保险期间相对应的**净保险费**（见 7.48）差额；其危险程度增加时，我们自接到通知之日起，向您增收职业类别变更前后的与剩余保险期间相对应的净保险费差额。但**被保险人所变更的职业或者工种依照我们职业分类在本合同拒保范围内的，我们对该被保险人所承担保险责任自接到通知之日起终止，并按约定退还本合同终止时的现金价值。**

被保险人的职业或者工种变更之后，依照职业分类表其危险程度增加而未依前项约定通知我们而发生保险事故的，我们按实收保险费与应收保险费的比例计算给付保险金，但**被保险人职业或者工种变更之后在本合同拒保范围内的，我们不承担给付保险金责任，并按本合同约定退还本合同终止时的现金价值，本合同终止。**

- 6.4 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。
- 6.5 联系方式变更** 为了保障您的合法权益，您的住所、通讯地址或者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。如果您未以书面形式或者双方认可的其他形式通知我们，**我们按本合同载明的最后住所或者通讯地址发送的有关通知，均视为已送达给您。**
- 6.6 争议处理** 本合同履行过程中，双方发生争议时，可以从下列两种方式中选择一种争议处理方式：
- （1） 因履行本合同发生的争议，由双方协商解决，协商不成的，提交_____仲裁委员会仲裁；
 - （2） 因履行本合同发生的争议，由双方协商解决，协商不成的，依法向人民法院起诉。
- 6.7 保险事故鉴定** 如果被保险人发生保险事故，您和我们均可以委托保险公估机构等依法设立的独立评估机构或者具有相关专业知识的人员，对保险事故进行评估和鉴定。

7. 释义

- 7.1 合法有效** 本合同所指合法有效均以中华人民共和国法律、行政法规、地方性法规、行政规章及有关规范性法律文件的规定为判定依据。
- 7.2 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。例如，出生日期为 2000 年 9 月 1 日，2000 年 9 月 1 日至 2001 年 8 月 31 日期间为 0 周岁，2001 年 9 月 1 日至 2002 年 8 月 31 日期间为 1 周岁，依此类推。
- 7.3 保险期间内累计** 指同一个保险期间的生效日至期满日期间的累计值。
在本合同有效的保险期间或者相连的续保合同有效的保险期间内，被保险人接受住院治疗跨不同保险期间时，符合通常惯例的且医学必需的合理医疗费用以及已通过其他途径获得的医疗费用补偿均按本次住院在各保险合同的保险期间内实际发生的住院天数分摊，并计入相应保险合同的保险期间的累计值。
- 7.4 意外伤害** 指外来的、突然的、非本意的、非疾病的使身体受到伤害的客观事件，并以此客观事件为直接且单独原因导致身体蒙受伤害或者身故，**猝死、自杀以及自伤均不属于意外伤害。**
猝死指表面健康的人因潜在疾病、机能障碍或者其他原因在出现症状后 24 小时内发生的非暴力性突然死亡。猝死的认定以医院的诊断和公安部门的鉴定为准。
- 7.5 住院** 指被保险人入住医院之正式病房进行治疗，并正式办理入出院手续，**不包括入住门诊观察室、家庭病床、挂床住院及被保险人未达到入院标准而办理入院手续或者已**

达到出院标准而不办理出院手续的情形。其中挂床住院指被保险人非治疗需要，一次离开医院 12 小时以上，视为自动离开医院，我们仅对离开日及以前属于保险责任范围内的住院治疗承担保险金给付责任。

- 7.6 恶性肿瘤放化疗** 恶性肿瘤指恶性细胞不受控制的进行性增长和扩散，浸润和破坏周围正常组织，可以经血管、淋巴管和体腔扩散转移到身体其他部位的疾病。经病理学检查结果明确诊断，临床诊断属于世界卫生组织《疾病和有关健康问题的国际统计分类》(ICD-10) 的恶性肿瘤范畴。
- 恶性肿瘤放化疗指利用特殊设备产生的高剂量射线照射恶性肿瘤部位，或者按特定方案单独或者联合应用化疗药物杀死癌细胞、抑制癌细胞的生长繁殖的治疗方式。
- 7.7 肾透析** 指根据半透膜的膜平衡原理，使用一定浓度的电解质和葡萄糖组成的透析液和血液 中积累的代谢产物、水及电解质进行渗透交换，从而达到治疗终末期肾病目的的治疗方式。
- 7.8 同一次住院** 与前次住院原因相同，且前次出院与下次入院间隔未超过 30 日的再次住院视为同一次住院。
- 7.9 医院** 本合同计划一所指医院为国务院卫生行政主管部门医院等级分类中的二级合格或者二级合格以上的社会基本医疗保险规定的定点医院普通部，不包括以康复、护理、疗养、戒酒、戒毒或者类似功能为主要功能的医疗机构。
- 本合同计划二所指医院为国务院卫生行政主管部门医院等级分类中的二级合格或者二级合格以上的社会基本医疗保险规定的定点医院普通部及其所附属的特需医疗、国际医疗，不包括以康复、护理、疗养、戒酒、戒毒或者类似功能为主要功能的医疗机构。
- 7.10 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。
- 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。
- 7.11 医学必需** 指医疗费用符合下列所有条件：
- (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（见 7.49）开具的处方药；
 - (4) 非试验性的、非研究性的项目；
 - (5) 与治疗当地（见 7.50）普遍接受的医疗专业实践标准一致的项目。
- 对是否医学必需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。
- 7.12 床位费和膳食费** 床位费指被保险人住院期间使用的医院床位的费用，但不包括重症监护室床位费。
- 膳食费是指根据医生的医嘱且由医院内设的专门为住院病人配餐的食堂配送的并符合通常惯例的膳食费用。
- 膳食费不包括：
- (1) 所住医院外其他营利性餐饮服务机构提供的餐饮费用；
 - (2) 不是根据医嘱配送的、在医院对外营业的餐厅或者食堂的餐饮费用；
 - (3) 不在医院开具的医疗费用清单上的餐饮费用。
- 7.13 药品费** 指在住院以及特殊门诊就医期间根据医生开具的处方所发生的西药、中成药和中草

药的费用。

在治疗时当地政府适用的《城镇职工基本医疗保险药品目录》及相关规定中不予给付的下列药品：

- (1) 营养补充类药品；
- (2) 免疫功能调节类药品；
- (3) 美容及减肥类药品；
- (4) 预防类药品；
- (5) 中草药类药品，

均不在本合同的保障范围内。

- 7.14 材料费** 指在住院以及特殊门诊就医期间医生或者**护士**（见7.51）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。
- 7.15 医生费（诊疗费）** 指由医生所实施的病情咨询及检查、各种器械或者仪器检查、诊断、治疗方案拟订等各项医疗服务所收取的费用。
- 7.16 治疗费** 指由医生或者护士对患者进行的除手术外的各种治疗项目而发生的治疗费，包括因清创、换药、拆线、脓肿切开引流、瘘管烧灼、血管穿刺、输血、输液、注射、肌肉封闭、吸氧、冷冻、激光、急救治疗、心肺复苏等而发生的治疗费，具体以所就诊医院费用项目划分为准。
- 7.17 护理费** 护理费是指住院期间由护士对被保险人提供临床护理服务所收取的费用。包括各级护理、重症监护与专项护理费用。
- 7.18 检查化验** 指由医生开具的由医院专项检查科室的专业检查、检验人员实施的各检查化验项目，包括实验室检查、病理检查、放射线检查、CT、核磁共振检查（MRI）、B超、血管造影、同位素、心电图、心功能、肺功能、骨密度、基因学检查。
- 7.19 手术费用** 手术费用包括手术费、麻醉费、手术监测费、手术辅助费、未独立记账的术中用药费、手术设备费、合理且必要的**手术植入材料**（见7.52）费。
- 7.20 器官移植费** 器官移植费是指经相关专科医生明确诊断，根据医学需要必须进行肝脏移植、肾脏移植、心脏移植、肺脏移植或者骨髓移植而发生的手术费、辅助治疗费、检验费等。但不包括因器官供体寻找、获取以及从供体切除、储藏、运送器官而发生的相关费用。
- 7.21 医疗保险金的计算方法** 举例说明：投保人王某为被保险人李某（有社会基本医疗保险）购买本产品，选择投保计划一。本合同的生效日为2015年1月1日。本合同的保险期间为1年，自2015年1月1日零时开始，至2015年12月31日24时止。被保险人在本合同保险期间内共计发生两次治疗，每次治疗情况具体如下：

就诊编号	首次就诊	第二次就诊
治疗时间	2015年3月1日至2015年4月7日	2015年7月1日至2015年7月25日
治疗项目	首次因疾病住院	首次门诊恶性肿瘤化疗
实际发生的医疗费用	16万元	6万元
保险责任范围内的合理医疗费用	15万元	5万元
已通过其他途径获得的医疗费用补偿	2万元	0万元

是否已从社会基本医疗保险获得医疗费用补偿	是	否
----------------------	---	---

则医疗保险金的计算方法如下：

- (1) 被保险人首次就诊实际发生的医疗费用为 16 万元，合理医疗费用为 15 万元，本次医疗保险金的计算过程如下：
- ①被保险人以有社会基本医疗保险身份投保，且已从社会基本医疗保险获得医疗费用补偿，因此与该次治疗相对应的给付比例为 100%，则本合同保险期间内累计按比例计算的合理医疗费用为 15 万元（首次就诊合理医疗费用为 15 万元×给付比例 100%）；
- ②免赔额：根据“从其他途径累计已获得的医疗费用补偿（首次就诊 2 万元）>年度基础免赔额（1 万元）”，确定免赔额为 2 万元；
- ③保险期间内累计我们已给付的医疗保险金：0 万元；
- 根据公式，我们本次向医疗保险金受益人给付的医疗保险金为 13 万元（保险期间内累计按比例计算的合理医疗费用 15 万元－免赔额 2 万元－保险期间内累计我们已给付的医疗保险金 0 万元）。
- (2) 被保险人第二次就诊实际发生的医疗费用为 6 万元，合理医疗费用为 5 万元，本次医疗保险金的计算过程如下：
- ①被保险人以有社会基本医疗保险身份投保，且未从社会基本医疗保险获得医疗费用补偿，因此与该次治疗相对应的给付比例为 60%，则本合同保险期间内累计的按比例计算的合理医疗费用为 18 万元（首次就诊合理医疗费用 15 万元×给付比例 100%+第二次就诊合理医疗费用 5 万元×给付比例 60%）
- ②免赔额：根据“从其他途径累计已获得的医疗费用补偿 2 万元（首次就诊 2 万元+第二次就诊 0 万元）>年度基础免赔额（1 万元）”，确定免赔额为 2 万元；
- ③保险期间内累计我们已给付的医疗保险金：13 万元；
- 根据公式，我们本次向医疗保险金受益人给付的医疗保险金为 3 万元（保险期间内累计按比例计算的合理医疗费用 18 万元－免赔额 2 万元－保险期间内累计我们已给付的医疗保险金 13 万元）。
- 因此，本合同保险期间内累计我们已给付的医疗保险金为 16 万元（首次给付 13 万元+第二次给付 3 万元）。

7.22	社会基本医疗保险	指包括城镇职工基本医疗保险、新型农村合作医疗保险、城镇居民基本医疗保险等政府举办的基本医疗保障项目。
7.23	公费医疗	公费医疗制度，是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预防。
7.24	中国境外	指中华人民共和国领土之外的地区以及香港特别行政区、澳门特别行政区和台湾地区。
7.25	既往症	指在本合同生效日之前被保险人已患的疾病或者已有的症状。
7.26	遗传性疾病	指生殖细胞或者受精卵的遗传物质（染色体和基因）发生突变或者畸变所引起的疾病，通常具有由亲代传至后代的垂直传递的特征。
7.27	先天性畸形、变形和染色体异常	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。
7.28	感染艾滋病病毒或者患艾滋	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。

病

在人体血液或者其他样本中检测到艾滋病病毒或者其抗体呈阳性，没有出现临床症状或者体征的，为感染艾滋病病毒；如果同时出现了明显临床症状或者体征的，为患艾滋病。

7.29 经输血导致的感染艾滋病病毒或者患艾滋病

指被保险人感染艾滋病病毒或者患艾滋病且须满足下列全部条件：

- (1) 因输血而感染；
- (2) 提供输血治疗的输血中心或医院出具的该项输血感染属医疗责任事故的报告，或法院确认被保险人因输血导致感染艾滋病病毒或患艾滋病为医疗责任事故的生效判决；
- (3) 受感染的被保险人不是血友病患者。

本公司具有获得和使用被保险人的所有血液样本的权利以及能够对这些样本进行独立检验的权利。

任何因其他传播方式（包括：性传播或静脉注射毒品）导致感染艾滋病病毒或者患艾滋病不在保障范围内。

7.30 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。

7.31 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。

7.32 醉酒

指发生事故时被保险人每百毫升血液中的酒精含量大于或者等于 80 毫克。

7.33 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。

7.34 酒后驾驶

指经检测或者鉴定，发生保险事故时被保险人每百毫升血液中的酒精含量达到或者超过一定的标准，是否达到前述标准由公安机关交通管理部门依据《道路交通安全法》的规定认定，我们根据公安机关交通管理部门的认定确认被保险人是否属于酒后驾驶。

7.35 无合法有效驾驶证驾驶

指下列情形之一：

- (1) 没有取得中华人民共和国有关主管部门颁发或者认可的驾驶资格证书；
- (2) 驾驶与合法有效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) 在驾驶证有效期内未按照中华人民共和国法律、行政法规的规定，定期对机动车驾驶证实施审验的；
- (5) 驾驶证已过有效期的。

7.36 无合法有效行驶证

指发生保险事故时没有按照公安机关交通管理部门机动车登记制度的规定进行登记并领取机动车行驶证或者临时通行牌证等法定证件。包括下列情形之一：

- (1) 未办理行驶证或者行驶证在申办过程中的；
- (2) 机动车行驶证被依法注销登记的；
- (3) 未在行驶证检验有效期内依法按时进行或者未通过机动车安全技术检验的。

7.37 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。

7.38 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。

7.39	攀岩	指攀登悬崖、楼宇外墙、人造悬崖、冰崖、冰山等运动。
7.40	探险	指明知在某种特定的自然条件下有失去生命或者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、徒步穿越沙漠或者人迹罕至的原始森林等活动。
7.41	武术比赛	指两人或者两人以上对抗性柔道、空手道、跆拳道、散打、拳击等各种拳术及使用器械的对抗性比赛。
7.42	特技表演	指进行马术、杂技、驯兽等表演。
7.43	质子治疗	质子指氢原子剥去电子后带有正电荷的粒子。质子治疗指应用质子放射线治疗肿瘤的方法。
7.44	重离子治疗	重离子指比电子重的粒子。重离子治疗指应用重离子放射线治疗肿瘤的方法。
7.45	有效身份证件	指由中华人民共和国政府主管部门规定的能够证明其身份的证件,如:居民身份证、军官证、警官证、士兵证、户口簿以及中华人民共和国政府主管部门颁发或者认可的有效护照或者其他身份证明文件。
7.46	首两次续保	指首次投保或者非连续投保本合同后对于第二个保单年度及第三个保单年度的续保。例如,如果首次投保或者非连续投保本合同本合同的生效日期为2015年1月1日,那么本合同的首两次续保是指对于本合同第二个保单年度(保险期间为2016年1月1日至2016年12月31日)及第三个保单年度(保险期间为2017年1月1日至2017年12月31日)的续保。
7.47	现金价值	首次投保或者非连续投保本合同时,现金价值的计算公式为“ $\text{保险费} \times (1-35\%) \times (1-\text{经过天数} \div 365)$ ”。连续投保本合同时,现金价值的计算公式为“ $\text{保险费} \times (1-32\%) \times (1-\text{经过天数} \div 365)$ ”。经过天数不足一天的不计。“经过天数”是指本合同从生效之日至终止之日实际经过的天数。
7.48	净保险费	指不包含营业费用、佣金等其他费用的保险费。首次投保或者非连续投保本合同时,净保险费的计算公式为“ $\text{保险费} \times (1-35\%)$ ”。连续投保本合同时,净保险费的计算公式为“ $\text{保险费} \times (1-32\%)$ ”。
7.49	医生	指在医院内合法注册的具有医师执业资格和诊断处方权且正在执业的医师。
7.50	当地	指被保险人的治疗地。
7.51	护士	指在医院内合法注册的具有护士执业资格且正在执业的护理人员。
7.52	手术植入材料	指在手术过程中由医生植入患者体内、术后无法自由取摘、只能由医生进行开创手术才能取出的材料。手术植入材料包括起搏器、钛钉、钛板、钛网、各种支架、人工关节、人工心脏瓣膜等植入式人工器官等手术中留置体内的生物相容性材料。

附表 1

泰康健康尊享 B 款医疗保险保障计划表				
(以下所有金额均以人民币计算，单位为元)				
保障计划			计划一	计划二
保险区域			中国大陆	
医院类别			二级及以上社保定点医院（不含其附属特需医疗、国际医疗）	二级及以上社保定点医院（含其附属特需医疗、国际医疗）
年度给付限额			500,000	1,000,000
终身给付限额			3,000,000	5,000,000
年度基础免赔额			10,000	20,000
住院 医疗 保险金	1.床位费和膳食费	每日限额	1,000	3,000
	2.重症监护室床位费、药品费、材料费、医生费（诊疗费）、治疗费、护理费、检查化验费、手术费用、器官移植费	年限额	不设单项最高限额	不设单项最高限额
特殊 门诊 医疗 保险金	1.门诊恶性肿瘤放化疗费	年限额	100,000	200,000
	2.门诊肾透析费	年限额	100,000	200,000
	3.器官移植后的门诊抗排异治疗费	年限额	不设单项最高限额	不设单项最高限额

泰康健康尊享 B 款医疗保险费率表

一、续保时费率表

单位：元

年龄	有社会基本医疗保险		无社会基本医疗保险	
	计划一	计划二	计划一	计划二
0-4	1,037	4,016	2,691	4,097
5-9	750	2,525	1,945	2,576
10-14	410	1,657	1,062	1,691
15-19	321	1,486	826	1,514
20-24	329	1,537	841	1,567
25-29	417	1,678	1,072	1,710
30-34	601	2,039	1,414	2,077
35-39	748	2,532	1,750	2,578
40-44	968	3,274	2,256	3,331
45-49	1,369	4,259	2,722	4,332
50-54	2,133	5,803	3,706	5,902
55-59	2,574	7,656	4,198	7,784
60-64	3,546	10,364	5,628	10,576
65-69	4,650	12,230	6,976	12,480
70-74	5,900	15,534	8,850	15,851
75-79	7,186	18,989	10,779	19,376
80-84	8,664	23,012	12,997	23,483
85-89	11,438	30,377	17,157	30,997
90-94	14,862	39,473	22,294	40,278
95-99	19,310	51,284	28,965	52,331

二、首次投保或非连续投保时费率表

单位：元

年龄	有社会基本医疗保险		无社会基本医疗保险	
	计划一	计划二	计划一	计划二
0-4	994	3,851	2,580	3,928
5-9	719	2,421	1,865	2,470
10-14	393	1,589	1,018	1,621
15-19	307	1,425	792	1,451
20-24	315	1,473	806	1,502
25-29	399	1,609	1,028	1,639
30-34	576	1,955	1,355	1,991
35-39	717	2,428	1,678	2,472
40-44	928	3,139	2,163	3,194
45-49	1,312	4,084	2,610	4,154
50-54	2,045	5,564	3,553	5,659
55-59	2,468	7,341	4,025	7,464
60-64	3,400	9,938	5,397	10,142

注：投保人为被保险人新续保合同时，我们有权调整续保合同的保险费。