

华泰财产保险有限公司
重大疾病保险(A款)条款
华泰财险(备-健康)[2013](主)3号

总则

第一条 本保险合同由保险条款、投保单、保险单、保险凭证以及批单等组成。凡涉及本保险合同的约定，均应采用书面形式。

第二条 被保险人应为：

(一) 出生满六个月至六十周岁（含六个月及六十周岁），身体健康、能正常工作或正常生活的自然人。

或

(二) 年满十六周岁至六十五周岁（含十六周岁及六十五周岁，可续保至七十周岁），身体健康、能正常工作或正常生活的投保单位在职、在编人员或团体会员。

第三条 投保人应为：

(一) 具有完全民事行为能力的被保险人本人、对被保险人有保险利益的其他人。

或

(二) 对被保险人有保险利益的机关、企业、事业单位和社会团体，其投保的人数必须占约定承保团体人员的75%以上，且投保人数不低于5人。

第四条 除另有约定外，本保险合同的重大疾病保险金受益人为被保险人本人。

保险责任

第五条 本保险合同中的重大疾病分为基本重大疾病和可选重大疾病两类，基本重大疾病投保人在投保时必须投保，可选重大疾病投保人在投保时可以选择其中一项或多项投保，具体重大疾病种类及定义以本保险合同释义第7条和第8条为准。

在保险期间内，自本合同保险期间起始之日起因意外伤害原因，或自保险期间起始之日起九十日后（续保者不受九十日等待期的限制）因意外伤害之外的其他原因，被保险人初次发生并经医院专科医生确诊罹患本合同约定的重大疾病，保险人按照保险单中约定的重大疾病保险金额给付重大疾病保险金，对该被保险人的保险责任终止。

在保险期间内，自本合同保险期间起始之日起九十日内（续保者除外）因意外伤害之外的其它原因，被保险人初次发生本合同约定的重大疾病，保险人对投保人无息返还该被保险人对应的所交保险费，不承担保险责任，并且对该被保险人的保险责任终止。

责任免除

第六条 (一) 因下列情形之一，导致被保险人发生疾病、达到疾病状态或进行手术的，保险公司不承担保险责任：

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、故意犯罪或拒捕；
 - 3、被保险人服用、吸食或注射毒品；
 - 4、被保险人酒后驾驶、无合法有效驾驶证驾驶，或驾驶无有效行驶证的机动车；
 - 5、被保险人感染艾滋病病毒或患艾滋病；
 - 6、战争、军事冲突、暴乱、武装叛乱、恐怖活动；
 - 7、核爆炸、核辐射或核污染；
 - 8、遗传性疾病，先天性畸形、变形或染色体异常。

(二) 若由于本保险合同中责任免除的情形导致的被保险人身故，保险人将退还未满期净保费，保险人对该被保险人保险责任终止。

保险期间及续保

第七条 本合同的保险期间以保险单上所载明的期间为准，但最长不超过一年。

第八条 团体保险投保人可于每个保险期间届满时或之前，向保险人缴付续保保险费以续保，若保险人同意且投保人已缴付续保期保险费，则本合同将于下一个保险期间持续有效。本合同可按上述续保方式续保至所有被保险人均已达到本合同投保单上所约定的最高承保年龄后的首个保险单满期日。

保险金额和保险费

第九条 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、保险人双方约定，并在保险单中载明。

第十条 投保人应该按照合同约定向保险人交纳保险费。

保险费依据保险金额与保险费率计收，并于保险合同上载明。

续保保险费根据续保时本合同所承保的风险，按当时保险人核定的费率计算；若有调整，保险人将书面通知投保人。若保险人已明确拒绝续保，则保险人将无息退还投保人已缴付的续保保险费。

保险人义务

第十一条 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。

第十二条 保险人认为被保险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。

第十三条 保险人收到被保险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，但保险合同另有约定的除外。

保险人应当将核定结果通知被保险人；对属于保险责任的，在与被保险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发出拒绝给付保险金通知书，并说明理由。

第十四条 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

第十五条 除另有约定外，投保人应当在保险合同成立时交清保险费。投保人若未按约定足额交纳保险费，保险人对其实际足额支付之日前发生的保险事故，不承担相应的保险责任。

第十六条 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。

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，保险人有权解除本合同。

前款规定的合同解除权，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。自合同成立之日起超过二年的，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。

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。

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。

第十七条 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保险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。被保险人所变更的职业或工种依照保险人职业分类仍可承保的或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未到期保险费。

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，保险人按其原交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。

第十八条 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。

第十九条 在保险期间内，投保人因其人员变动，需增加、减少被保险人时，应以书面形式向保险人提出申请。保险人同意后出具批单，并在本保险合同中批注。

被保险人人数增加时，保险人在审核同意后，于收到申请之日的次日零时开始承担保险责任，并按约定增收未到期保险费。

被保险人人数减少时，保险人在审核同意后，于收到申请之日的次日零时起，对减少的被保险人终止保险责任（如减少的被保险人属于已离职的，保险人对其所负的保险责任自其离职之日起终止），并按约定退还未到期净保费，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，保险人不退还未到期净保费。减少后的被保险人人数不足其在职人员 75%或人数低于 5 人时，保险人有权解除本保险合同，并按约定退还未到期净保费。

第二十条 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，不包括因不可抗力而导致的迟延。

保险金申请与给付

第二十一条 保险金申请人向保险人申请给付保险金时，应提交以下材料。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该申请的真实性的，保险人对无法核实部分不承担给付保险金的责任。**

（一）重大疾病保险金申请所需材料：

- 1、 索赔申请书；
- 2、 保险单或其他保险凭证正本；
- 3、 被保险人和受益人的户籍证明或身份证明；
- 4、 医院出具的附有病理检查、化验检查及其它医疗仪器检查报告的医疗诊断证明书（包括但不限于诊断全称、病历和治疗过程），病理报告、血液或淋巴检验报告；如有必要，保险人有权对被保险人进行复检，复检费用由保险人承担；
- 5、 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。

（二）如被保险人委托他人申领保险金，还须提供授权委托书及受托人的身份证明和资料；

（三）如投保人为合法机关、企业、事业单位和社会团体，还须提供被保险人是投保人

单位职员或团体会员的证明。

(四) 保险人收到索赔申请人的保险金给付申请书及有关证明文件和资料后,对确定属于保险责任的,在与索赔申请人达成有关给付保险金数额的协议后十日内,履行给付保险金责任。对不属于保险责任的,向索赔申请人发出拒绝给付保险金通知书。

第二十二条 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。

合同的解除

第二十三条 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) 除上述文件外,团险投保人须提供表明被保险人知悉退保事宜的有效证明。

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 30 日内退还保险单的未满期净保费。

合同的争议处理和法律适用

第二十四条 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。

第二十五条 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)。

释义

- 1、**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。
- 2、**保险人**: 与投保人签订保险合同的华泰财产保险有限公司或其分支机构。
- 3、**意外伤害**: 指遭受外来的、突发的、非本意的、非疾病的客观事件为直接且单独的原因致使身体受到的伤害的客观事件。

4、**医院**: 指在中国境内(不包括香港、澳门、台湾)经中华人民共和国卫生部门评审确定的二级或以上的公立医院或投保人与保险人协商共同指定的医院或医疗机构,但不包括以下或类似的医疗机构:

(1)精神病院；

(2)老人院、疗养院、戒毒中心和戒酒中心；

(3)健康中心或天然治疗所、疗养或康复院。

5、**医生**：指除被保险人或其直系亲属以外的，依据其执业国家之法律，正式注册且有行医资格，并在其行医资格范围内行医之医生。

6、**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。

7、**基本重大疾病**：本合同中所指基本重大疾病是指被保险人在保险期间内经专科医生明确诊断初次患下列疾病或初次达到下列疾病状态或在医院初次接受下列手术：

1) **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它部位的疾病。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。

下列疾病不在保障范围内：

(1) 原位癌；

(2) 相当于 Binet 分期方案 A 期程度的慢性淋巴细胞白血病；

(3) 相当于 Ann Arbor 分期方案 I 期程度的何杰金氏病；

(4) 皮肤癌（不包括恶性黑色素瘤及已发生转移的皮肤癌）；

(5) TNM 分期为 T₁N₀M₀ 期或更轻分期的前列腺癌（如被保险人为女性，则不包括该项）；

(6) 感染艾滋病病毒或患艾滋病期间所患恶性肿瘤。

2) **急性心肌梗塞**：指因冠状动脉阻塞导致的相应区域供血不足造成部分心肌坏死。须满足下列至少三项条件：

(1) 典型临床表现，例如急性胸痛等；

(2) 新近的心电图改变提示急性心肌梗塞；

(3) 心肌酶或肌钙蛋白有诊断意义的升高，或呈符合急性心肌梗塞的动态性变化；

(4) 发病 90 天后，经检查证实左心室功能降低，如左心室射血分数低于 50%。

3) **脑中风后遗症**：指因脑血管的突发病变引起脑血管出血、栓塞或梗塞，并导致神经系统永久性的功能障碍。

神经系统永久性的功能障碍，指疾病确诊 180 天后，仍遗留下列一种或一种以上障碍：

(1) 一肢或一肢以上肢体机能完全丧失；

(2) 语言能力或咀嚼吞咽能力完全丧失；

(3) 自主生活能力完全丧失，无法独立完成六项基本日常生活活动中的三项或三项以上。

六项基本日常生活活动是指：(1) 穿衣：自己能够穿衣及脱衣；(2) 移动：自己从一个房间到另一个房间；(3) 行动：自己上下床或上下轮椅；(4) 如厕：自己控制进行大小便；(5) 进食：自己从已准备好的碗或碟中取食物放入口中；(6) 洗澡：自己进行淋浴或盆浴。

4) 重大器官移植术或造血干细胞移植术：

重大器官移植术，指因相应器官功能衰竭，已经实施了肾脏、肝脏、心脏或肺脏的异体移植手术。

造血干细胞移植术，指因造血功能损害或造血系统恶性肿瘤，已经实施了造血干细胞(包括骨髓造血干细胞、外周血造血干细胞和脐血造血干细胞)的异体移植手术。

5) 冠状动脉搭桥术(或称冠状动脉旁路移植术)：指为治疗严重的冠心病，实际实施了开胸进行的冠状动脉血管旁路移植的手术。

冠状动脉支架植入术、心导管球囊扩张术、激光射频技术及其它非开胸的介入手术、腔镜手术不在保障范围内

6) 终末期肾病(或称慢性肾功能衰竭尿毒症期)：指双肾功能慢性不可逆性衰竭，达到尿毒症期，经诊断后已经进行了至少 90 天的规律性透析治疗或实施了肾脏移植手术

7) 多个肢体缺失：指因疾病或意外伤害导致两个或两个以上肢体自腕关节或踝关节近端(靠近躯干端)以上完全性断离。

8) 急性或亚急性重症肝炎：指因肝炎病毒感染引起肝脏组织弥漫性坏死，导致急性肝功能衰竭，且经血清学或病毒学检查证实，并须满足下列全部条件：

- (1) 重度黄疸或黄疸迅速加重；
- (2) 肝性脑病；
- (3) B 超或其它影像学检查显示肝脏体积急速萎缩；
- (4) 肝功能指标进行性恶化。

9) 良性脑肿瘤：指脑的良性肿瘤，已经引起颅内压增高，临床表现为视神经乳头水肿、精神症状、癫痫及运动感觉障碍等，并危及生命。须由头颅断层扫描(CT)、核磁共振检查(MRI)或正电子发射断层扫描(PET)等影像学检查证实，并须满足下列至少一项条件：

- (1) 实际实施了开颅进行的脑肿瘤完全切除或部分切除的手术；
- (2) 实际实施了对脑肿瘤进行的放射治疗。

脑垂体瘤、脑囊肿、脑血管性疾病不在保障范围内。

10) 慢性肝功能衰竭失代偿期：指因慢性肝脏疾病导致肝功能衰竭。须满足下列全部条件：

- (1) 持续性黄疸；
- (2) 腹水；

(3) 肝性脑病；

(4) 充血性脾肿大伴脾功能亢进或食管胃底静脉曲张。

因酗酒或药物滥用导致的肝功能衰竭不在保障范围内。

11) **脑炎后遗症或脑膜炎后遗症：**指因患脑炎或脑膜炎导致的神经系统永久性的功能障碍。神经系统永久性的功能障碍，指疾病确诊 180 天后，仍遗留下列一种或一种以上障碍：

(1) 一肢或一肢以上肢体机能完全丧失（指肢体的三大关节中的两大关节僵硬，或不能随意识活动。肢体是指包括肩关节的整个上肢或包括髋关节的整个下肢）；

(2) 语言能力或咀嚼吞咽能力完全丧失（语言能力完全丧失，指无法发出四种语音（包括口唇音、齿舌音、口盖音和喉头音）中的任何三种、或声带全部切除，或因大脑语言中枢受伤害而患失语症。咀嚼吞咽能力完全丧失，指因牙齿以外的原因导致器质障碍或机能障碍，以致不能作咀嚼吞咽运动，除流质食物外不能摄取或吞咽的状态。）；

(3) 自主生活能力完全丧失，无法独立完成六项基本日常生活活动中的三项或三项以上。

12) **深度昏迷：**指因疾病或意外伤害导致意识丧失，对外界刺激和体内需求均无反应，昏迷程度按照格拉斯哥昏迷分级（Glasgow coma scale）结果为 5 分或 5 分以下，且已经持续使用呼吸机及其它生命维持系统 96 小时以上。

因酗酒或药物滥用导致的深度昏迷不在保障范围内。

13) **双耳失聪：**指因疾病或意外伤害导致双耳听力永久不可逆（指自疾病确诊或意外伤害发生之日起，经过积极治疗 180 天后，仍无法通过现有医疗手段恢复。）性丧失，在 500 赫兹、1000 赫兹和 2000 赫兹语音频率下，平均听阈大于 90 分贝，且经纯音听力测试、声导抗检测或听觉诱发电位检测等证实。

14) **双目失明：**指因疾病或意外伤害导致双眼视力永久不可逆性丧失，双眼中较好眼须满足下列至少一项条件：

(1) 眼球缺失或摘除；

(2) 矫正视力低于 0.02（采用国际标准视力表，如果使用其它视力表应进行换算）；

(3) 视野半径小于 5 度。

15) **瘫痪：**指因疾病或意外伤害导致两肢或两肢以上肢体机能永久完全丧失。肢体机能永久完全丧失，指疾病确诊 180 天后或意外伤害发生 180 天后，每肢三大关节中的两大关节仍然完全僵硬，或不能随意识活动。

16) **心脏瓣膜手术：**指为治疗心脏瓣膜疾病，实际实施了开胸进行的心脏瓣膜置换或修复的手术。

17) **严重阿尔茨海默病：**指因大脑进行性、不可逆性改变导致智能严重衰退或丧失，临床表现为明显的认知能力障碍、行为异常和社交能力减退，其日常生活必须持续受到他人监护。须由头颅断层扫描（CT）、核磁共振检查（MRI）或正电子发射断层扫描（PET）等影

像学检查证实，且自主生活能力完全丧失，无法独立完成六项基本日常生活活动中的三项或三项以上。

神经官能症和精神疾病不在保障范围内。

18) **严重脑损伤：**指因头部遭受机械性外力，引起脑重要部位损伤，导致神经系统永久性的功能障碍。须由头颅断层扫描(CT)、核磁共振检查(MRI)或正电子发射断层扫描(PET)等影像学检查证实。神经系统永久性的功能障碍，指脑损伤 180 天后，仍遗留下列一种或一种以上障碍：

- (1) 一肢或一肢以上肢体机能完全丧失；
- (2) 语言能力或咀嚼吞咽能力完全丧失；
- (3) 自主生活能力完全丧失，无法独立完成六项基本日常生活活动中的三项或三项以上。

19) **严重帕金森病：**是一种中枢神经系统的退行性疾病，临床表现为震颤麻痹、共济失调等。须满足下列全部条件：

- (1) 药物治疗无法控制病情；
- (2) 自主生活能力完全丧失，无法独立完成六项基本日常生活活动中的三项或三项以上。

继发性帕金森综合征不在保障范围内。

20) **严重Ⅲ度烧伤：**烧伤程度为Ⅲ度，且Ⅲ度烧伤的面积达到全身体表面积的 20%或 20%以上。体表面积根据《中国新九分法》计算。

21) **严重原发性肺动脉高压：**指不明原因的肺动脉压力持续性增高，进行性发展而导致的慢性疾病，已经造成永久不可逆性的体力活动能力受限，达到美国纽约心脏病学会心功能状态分级 IV 级，且静息状态下肺动脉平均压超过 30mmHg。

22) **严重运动神经元病：**是一组中枢神经系统运动神经元的进行性变性疾病，包括进行性脊肌萎缩症、进行性延髓麻痹症、原发性侧索硬化症、肌萎缩性侧索硬化症。须满足自主生活能力完全丧失，无法独立完成六项基本日常生活活动中的三项或三项以上的条件。

23) **语言能力丧失：**指因疾病或意外伤害导致完全丧失语言能力，经过积极治疗至少 12 个月（声带完全切除不受此时间限制），仍无法通过现有医疗手段恢复。

精神心理因素所致的语言能力丧失不在保障范围内。

24) **重型再生障碍性贫血：**指因骨髓造血功能慢性持续性衰竭导致的贫血、中性粒细胞减少及血小板减少。须满足下列全部条件：

- (1) 骨髓穿刺检查或骨髓活检结果支持诊断；
- (2) 外周血象须具备以下三项条件：
 - ① 中性粒细胞绝对值 $\leq 0.5 \times 10^9/L$ ；
 - ② 网织红细胞 $< 1\%$ ；

③ 血小板绝对值 $\leq 20 \times 10^9/L$ 。

25) **主动脉手术：**指为治疗主动脉疾病，实际实施了开胸或开腹进行的切除、置换、修补病损主动脉血管的手术。主动脉指胸主动脉和腹主动脉，不包括胸主动脉和腹主动脉的分支血管。

动脉内血管成形术不在保障范围内。

上述重大疾病的定义依照中国保险行业协会制定的《重大疾病保险的疾病定义使用规范》。

26) **肌营养不良症：**指一组遗传性的肌肉疾病，其临床特征是肌肉无力和肌肉萎缩。其诊断必须由专科医生确认，被保险人无法进行三项或以上的日常生活活动（无论需要或不需要他人扶助）且必须持续最少六个月以上。

27) **多发性硬化：**必须伴有典型的脱髓鞘症状和运动及感觉功能障碍的证据并有 MRI 检查的典型改变。须满足下列至少一项条件：

- (1) 神经异常症状必须不间断地持续至少 180 天；
- (2) 有至少两次发作的临床记录且发作间隔至少 30 天；
- (3) 至少有一次临床发作记录且有典型的脑脊液改变并伴 MRI 的损伤表现。

28) **终末期肺病：**因终末期肺病而出现慢性呼吸功能衰竭，其诊断需同时符合以下的标准：

- (1) 肺性能测试其 FEV1 持续性低于 0.75 升；
- (2) 病人血氧不足必须持续地进行输氧治疗；
- (3) 动脉血气分析血氧分压等于或低于 55 mmHg；及
- (4) 休息时出现呼吸困难。

29) **系统性红斑狼疮性肾炎：**系统性红斑狼疮性肾炎指系统性红斑狼疮累及肾脏导致的功能损害，经肾脏活检，病理结果符合世界卫生组织（WHO）诊断标准定义中的 III 型至 VI 型的狼疮性肾炎，血肌酐清除率持续每分钟 30ml。

世界卫生组织（WHO）狼疮性肾炎分型：

- I 型：微小病变型
- II 型：系膜增殖性狼疮性肾炎
- III 型：局灶节段增殖性狼疮性肾炎
- IV 型：弥漫增殖性狼疮性肾炎
- V 型：膜性狼疮性肾炎
- VI 型：肾小球硬化性狼疮性肾炎

8、可选重大疾病：本合同中所指可选重大疾病是指被保险人在保险期间内经专科医生明确诊断初次患下列疾病或初次达到下列疾病状态或在医院初次接受下列手术：

1) **急性脊髓灰质炎：**经神经科专科医生确认由于脊髓灰质炎病毒感染所导致的运动功

能障碍或呼吸功能减弱的瘫痪性疾病，必须有肢体瘫痪（肌力 0-2 级）或呼吸肌瘫痪情况出现且该症状持续最少三个月。**被保险人若无因此感染而导致麻痹性瘫痪的事实结果，则不在本保险责任范围内。**其它病因所致的麻痹，例如格林巴利综合症不属于本保险合同所说的脊髓灰质炎。

2) **植物人状态**：指大脑皮质的全面坏死伴意识完全丧失至少持续一个月，但脑干仍保持完好。植物人状态必须由保险人认可医院的神经科医生确诊。

3) **急性坏死性胰腺炎**：指由专科医生确诊为急性坏死性胰腺炎，并进行坏死组织清除、病灶切除或胰腺部分切除的手术治疗。**因酒精作用所引致的急性坏死性胰腺炎或经腹腔镜手术进行的治疗不在保障范围内。**

4) **象皮病**：指末期丝虫病的晚期临床症状，其性质为身体组织因血液循环受阻或淋巴管堵塞而出现的肿胀。明确的诊断必须由专科医生经临床诊断及以体内有微丝蚴存在的化验结果确认。**因性接触、外伤、手术后、充血性心力衰竭或先天性淋巴系统不正常等情况所引致的淋巴性水肿均不包括在本保障范围内。**

5) **克隆病**：指一种慢性肉芽肿性肠炎。被保险人所患的克隆病必须已经造成瘻管形成并伴有肠梗阻或引起急性腹膜炎的肠穿孔，诊断必须有结肠镜检查和组织病理学证据支持。

9、管制药品：指根据《中华人民共和国药品管理法》及有关法规被列为特殊管理的药品，包括麻醉药品，精神药品，毒性药品及放射性药品。

10、酒后驾驶、驾驶无有效行驶证的机动车：指依照国家相关法规规定或经公安交通管理部门认定的酒后驾驶、驾驶无有效行驶证的机动车的情形。

11、无合法有效驾驶证驾驶：指被保险人存在以下情形之一者

- (1) 无驾驶证或驾驶证有效期已届满；
- (2) 驾驶的机动车与驾驶证载明的准驾车型不符；
- (3) 实习期内驾驶公共汽车、营运客车或者载有爆炸物品、易燃易爆化学物品、剧毒或者放射性等危险物品的机动车，实习期内驾驶的机动车牵引挂车；
- (4) 持未按规定审验的驾驶证，以及在暂扣、扣留、吊销、注销驾驶证期间驾驶机动车；
- (5) 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，驾驶营业性客车的驾驶人无国家有关部门核发的有效资格证书；
- (6) 依照法律法规或公安机关交通管理部门有关规定不允许驾驶机动车的其他情况下驾车。

12、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。

13、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。

14、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。

15、未到期净保费：未到期净保费=保险费×[1-(保险单已经过天数/保险期间天数)]×(1-25%)。经过天数不足一天的按一天计算。

16、不可抗力：是指不能预见、不能避免并不能克服的客观情况

华泰财险个人人身意外伤害保险条款

(华泰财险)(备-普通意外保险)【2018】(主) 014号

总则

第一条 本保险合同由保险条款、投保单、保险单或其他保险凭证以及批单等组成。凡涉及本保险合同的约定，均采用书面形式。

第二条 凡身体健康，能正常工作或正常生活的自然人，均可作为本保险的被保险人。

第三条 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人可作为投保人向保险人投保本保险。

第四条 本保险合同的受益人包括：

(一) 身故保险金受益人

订立本保险合同时，被保险人或投保人可以指定一人或数人为身故保险金受益人。身故保险金受益人为数人时，应确定其受益顺序和受益份额；未确定受益份额的，各身故保险金受益人按照相等份额享有受益权。

被保险人死亡后，有下列情形之一的，保险金作为被保险人遗产，由保险人依照《中华人民共和国继承法》的规定履行给付保险金的义务：

1. 没有指定身故保险金受益人，或者身故保险金受益人指定不明无法确定的；
2. 身故保险金受益人先于被保险人死亡，没有其他身故保险金受益人的；
3. 身故保险金受益人依法丧失受益权或者放弃受益权，没有其他身故保险金受益人的。

身故保险金受益人与被保险人在同一事件中死亡，且不能确定死亡先后顺序的，推定身故保险金受益人死亡在先。

被保险人或投保人可以变更身故保险金受益人，需书面通知保险人，由保险人在本保险合同上批注。**对因身故保险金受益人变更发生的法律纠纷，保险人不承担任何责任。**

投保人指定或变更身故保险金受益人的，应经被保险人书面同意。被保险人为无民事行

为能力人或限制民事行为能力人的，应为其监护人指定或变更身故保险金受益人。

(二) 意外伤残保险金受益人

除另有约定外，本保险合同意外伤残保险金的受益人为被保险人本人。

保险责任

第五条 在本合同保险期间内，保险人承担下列保险责任：

(一) 意外身故保险金

在保险期间内，被保险人遭受意外伤害事故，并自事故发生之日起 180 日内因该事故身故的，保险人按保险金额给付身故保险金，对该被保险人的保险责任终止。

被保险人因遭受意外伤害事故并自该事故发生日起下落不明，后经人民法院宣告死亡的，保险人按保险金额给付身故保险金。但若被保险人被宣告死亡后生还的，保险金受领人应于知道或应当知道被保险人生还后 30 日内退还保险人给付的身故保险金。

被保险人身故前已按照本条第二款领取意外伤残保险金的，意外身故保险金应当扣除已给付的意外伤残保险金。

(二) 意外伤残保险金

在保险期间内，被保险人遭受意外伤害事故，并自事故发生之日起 180 日内因该事故造成《人身保险伤残评定标准及代码》（标准编号为 JR/T 0083—2013，以下简称“《伤残评定标准》”）所列伤残项目，保险人按该标准规定的评定原则对伤残项目进行评定，并按评定结果所对应标准规定的给付比例乘以保险金额给付意外伤残保险金。如第 180 日治疗仍未结束的，按当日的身体情况进行伤残鉴定，并据此给付伤残保险金。

被保险人如在本次意外伤害事故之前已有伤残，保险人按合并后的伤残程度在《伤残评定标准》中所对应的给付比例给付伤残保险金，但应扣除原有伤残程度（投保前已患或因责任免除事项所致《伤残评定标准》的伤残视为原有伤残）所对应的伤残保险金。

(三) 保险人对被保险人所负给付保险金的责任以保险合同所载的保险金额为限，一次或累计给付的保险金达到保险金额时，本保险合同对被保险人的保险责任终止。

责任免除

第六条

(一) 因下列情形之一，直接或间接造成被保险人身故或伤残的，保险人不承担给付保险金责任：

1. 投保人的故意行为；
2. 被保险人自致伤害或自杀，但被保险人自杀时为无民事行为能力人的除外；
3. 因被保险人挑衅或故意行为而导致的打斗、被袭击或被谋杀；
4. 被保险人犯罪或者抗拒依法采取的刑事强制措施；

-
5. 被保险人醉酒；
 6. 被保险人服用、吸食、注射毒品或服用影响行为能力的相关药品或受管制的药品；
 7. 被保险人未遵医嘱，私自服用、涂用、注射药物；
 8. 被保险人妊娠、流产、分娩（但因遭受意外伤害所致不在此限）；
 9. 被保险人受细菌、病毒或寄生虫感染（但因意外伤害事故致伤口感染者除外），或被保险人中暑、猝死、药物过敏、食物中毒；
 10. 被保险人因精神错乱或失常而导致的意外；
 11. 被保险人因接受检查、麻醉、整容手术及其它内外科手术、药物治疗等导致的事
- 故；
12. 被保险人因意外事故、自然灾害以外的原因失踪而被法院宣告死亡的；
 13. 任何生物、化学、原子武器、原子能或核能爆炸、辐射或污染。

上述原因导致被保险人身故的，保险人对该被保险人保险责任终止，除因投保人、被保险人故意制造保险事故外，保险人退还相应的未到期净保费。

（二）在下列情形下或期间内，被保险人遭受意外伤害事故，直接或间接导致被保险人身故或伤残的，保险人不承担给付保险金责任：

1. 被保险人被依法拘留、服刑期间；
2. 被保险人酒后驾驶、无有效驾驶证驾驶，或驾驶无有效行驶证的机动车辆期间，或无有效操作证操作施工设备期间；
3. 被保险人违反法律法规或交通管理部门的规定搭乘交通工具或搭乘未经当地相关政府部门登记许可的交通工具期间；
4. 被保险人因受酒精、毒品、管制药品的影响期间；
5. 被保险人从事潜水、跳伞、滑翔、攀岩、探险活动、武术比赛、摔跤比赛、特技表演、赛马、赛车等高风险运动或活动期间；
6. 被保险人作为职业运动员在参加训练或比赛期间；
7. 被保险人作为军人（含特种兵）、警务人员（含防暴警察）在训练或执行公务期间；
8. 战争（无论宣战与否）、内战、军事行动、恐怖活动、暴乱或其它类似的武装叛乱期间；

上述情形下或期间内，被保险人身故的，保险人对该被保险人的保险责任终止，除因投保人、被保险人故意制造保险事故外，保险人退还相应的未到期净保费。

保险金额、免赔额（率）和保险费

第七条 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、保险人双方约定，并在保险单中载明。

保险人和投保人可以在本保险合同项下约定免赔额（率）等限制条件，并于保险合同中载明。

投保人应该按照合同约定向保险人交纳保险费。

保险费依据保险金额与保险费率计收，并于保险合同上载明。除合同另有约定外，投保人应于约定的缴费日期一次性缴清全部保险费。**投保人若未按约定足额交纳保险费，保险人对其实际足额支付之日前发生的保险事故，不承担相应的保险责任。**

保险期间

第八条 本合同保险期间以保险人和投保人协商确定，以保险单载明的起讫时间为准。

保险人义务

第九条 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，保险人在订立保险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。

第十条 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。

第十一条 保险人认为被保险人提供的有关给付保险金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。

第十二条 保险人收到被保险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，但保险合同另有约定的除外。

保险人应当将核定结果通知被保险人；对属于保险责任的，在与被保险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义务。保险人依照前款约定作出核定后，对不属于责任的，应当自作出核定之日起三日内向被保险人发出拒绝给付保险金通知书，并说明理由。

第十三条 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

第十四条 除另有约定外，投保人应当在保险合同成立时交清保险费。

第十五条 订立保险合同时，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。

投保人故意或因重大过失未履行前款规定的如实告知义务，足以影响保险人决定是否同意承保或者提高保险费率的，保险人有权解除本合同。

前款规定的合同解除权，自保险人知道有解除事宜之日起，超过三十日不行使而消灭。

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，不承担赔偿或者给付保险金的责任，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，不承担赔偿或者给付保险金责任，但应当退还保险费。

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。

第十六条 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保险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费。被保险人所变更的职业或工种依照保险人职业分类仍可承保的或在拒保范围内但保险人认定可以继续承保的，保险人按照通知之日计算并退还原职业或工种所对应的未到期保费，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未到期保费。

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，保险人按其原交保险费与新职业或工种所对应的保险费率计算出的保费比例给付保险金。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。

第十七条 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。

第十八条 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，不承担赔偿或者给付保险金的责任。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，不包括因不可抗力而导致的迟延。

保险金申请与给付

第十九条 保险金申请人向保险人申请给付保险金时，应提交以下材料。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该申请的真实性的，保险人对无法核实部分不承担给付保险金责任。

（一）身故保险金申请

- 1、保险金给付申请书；
- 2、保险单或保险凭证原件；

-
- 3、被保险人的身份证明；
 - 4、保险金受益人的身份证明；
 - 5、公安部门或保险人认可的医疗机构出具的被保险人死亡的书面证明或验尸报告；
 - 6、如被保险人为宣告死亡，受益人须提供人民法院出具的宣告死亡证明文件；
 - 7、公安部门出具的被保险入户籍注销证明，相关部门开具的火化证明；
 - 8、法律法规授权的有关部门出具的意外伤害事故证明；
 - 9、投保人、被保险人或者受益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。

（二）意外伤残保险金的申请

- 1、保险金给付申请书；
- 2、保险单或保险凭证原件；
- 3、被保险人的身份证明；
- 4、保险金申请人的身份证明；
- 5、经中华人民共和国司法行政机关审核登记、并取得《司法鉴定许可证》的或经保险人与被保险人或投保人协商同意的鉴定机构根据《伤残评定标准》出具的被保险人伤残程度的资料或身体伤残程度评定书；
- 6、法律法规授权的有关部门出具的意外伤害事故证明；
- 7、医疗机构出具的医疗诊断证明书（包括但不限于诊断全称、病历和治疗过程）、医疗纪录、住院证明正本；
- 8、其他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。

（三）被保险人继承人作为保险金申请人申请给付保险金时，需提供可证明合法继承权的相关权利文件；

（四）如保险金申请人委托他人申领保险金，还须提供授权委托书及受托人的身份证明和资料。

（五）境外出险申请

境外出险除须按照本条第一款至第四款约定提供相应给付保险金申请文件外，凡由境外机构或人员出具的文件必须经境外出险地合法公证机构对文件的有效性及其真实性进行公证，或经中华人民共和国驻当地所在国使领馆认可。

第二十条 保险金申请人向保险人请求给付保险金的诉讼时效依据中华人民共和国（不含港澳台地区）相关法律规定处理。

争议处理和法律适用

第二十一条 因履行本保险合同发生争议的，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

向中华人民共和国（不包括港澳台地区）人民法院起诉。

第二十二条 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

第二十三条 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) 保险单或其他保险凭证原件；
- (三) 保险费交付凭证；
- (四) 投保人身份证明。

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，本保险合同解除。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到期净保险费。

释义

- 1、**保险人**：指与投保人签订本保险合同的华泰财产保险有限公司各分支机构。
- 2、**被保险人**：指在本合同中载明的本保险保障的对象。
- 3、**受益人**：指在本合同中载明的由投保人或被保险人指定的有保险金申请权的人。
- 4、**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。
- 5、**意外伤害**：指遭受外来的、突发的、非本意的、非疾病的客观事件为直接且单独的原因致使身体受到的伤害。
- 6、**保险事故**：指保险合同中约定的保险责任范围内导致保险金给付责任的事故。
- 7、**未到期净保费**
未到期净保费=保险费×[1-(保险期间已经过天数/保险期间天数)]×(1-25%)。
25%为手续费率。
- 8、**猝死**：指表面健康的人因潜在疾病、机能障碍或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。
- 9、**潜水**：指以辅助呼吸器材在江、河、湖、海、水库、运河等水域进行的水下活动。
- 10、**攀岩**：指攀登悬崖、楼宇外墙、人造悬崖、冰崖、冰山等活动。
- 11、**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、拳击等各种拳术及各种使用器械的对抗性比赛。
- 12、**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见的原始森林等活动。

13、特技：指马术、杂技、驯兽等特殊技能。

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、管制药品：指根据《中华人民共和国药品管理法》及有关法规被列为特殊管理的药品，包括麻醉药品、精神药品、毒性药品及放射性药品。

16、酒后驾驶：指依照国家相关法规规定或经公安交通管理部门认定的酒后驾驶机动车的情形。

17、无有效行驶证

指下列情形之一：

- (1) 机动车被依法注销登记的；
- (2) 无公安机关交通管理部门核发的行驶证、号牌，或临时号牌或临时移动证的机动车交通工具；
- (3) 未在规定检验期限内进行机动车安全技术检验或检验未通过的机动车交通工具。未依法按时进行或通过机动车安全技术检验。

18、无有效驾驶证

指被保险人存在以下情形之一者：

- (1) 无驾驶证或驾驶证有效期已届满；
- (2) 驾驶的机动车与驾驶证载明的准驾车型不符；
- (3) 实习期内驾驶公共汽车、营运客车或者载有爆炸物品、易燃易爆化学物品、剧毒或者放射性等危险物品的机动车，实习期内驾驶的机动车牵引挂车；
- (4) 持未按规定审验的驾驶证，以及在暂扣、扣留、吊销、注销驾驶证期间驾驶机动车；
- (5) 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，驾驶营业性客车的驾驶人无国家有关部门核发的有效资格证书；
- (6) 依照法律法规或公安机关交通管理部门有关规定不允许驾驶机动车的其他情况下驾车。

19、醉酒：每 100 毫升血液中酒精含量达到和超过 80 毫克即为醉酒。

20、认可的医疗机构：在中国境内（不包括香港、澳门、台湾）是指经中华人民共和国卫生部门评审确定的二级或以上的公立医院或投保人与保险人协商共同指定的医院或医疗机构。意外伤害急救不受此限，但经急救情况稳定后，须根据病情及时转入前述指定或认可的医疗机构治疗。

在中国境外（包括港、澳、台）是指保险人认可的根据所在国家法律规定合法成立、运营并符合以下标准的医疗机构：

- 1) 主要运营目的是以住院病人形式提供接待患病、受伤的人并为其提供医疗护理和治

疗，

2) 在一名或若干医生的指导下为病人治疗，其中最少有一名合法执业资格的驻院医生驻诊，

3) 维持足够妥善的设备为病人提供医学诊断和治疗，并于机构内或由其管理的其他地方提供进行各种手术的设备，

4) 有合法执业的护士提供和指导二十四小时的全职护理服务。

本合同所指医院不包括以下或类似的医疗机构：

- 1) 精神病院；
- 2) 老人院、疗养院、戒毒中心和戒酒中心；
- 3) 健康中心或天然治疗所、疗养或康复院。

21. 人身保险伤残评定标准及代码：指中国保险监督管理委员会通过保监发[2014]6号发布并经国家标准化委员会备案(JR/T 0083-2013)的国家金融行业标准。

华泰财产保险股份有限公司
附加意外伤害医疗保险条款
华泰（备案）[2009]N19号

附加保险合同订立

第一条

本附加保险条款（以下简称“本附加条款”）须附加于保险合同列明的保险人主险条款使用。

保险责任

第二条

在本附加条款保险期间内，保险人承担下列保险责任：

（一）保险期间内，被保险人遭受意外伤害事故，并因该次意外事故为直接原因导致伤害而经认可的医疗机构进行必要治疗，保险人就其事故发生之日起一百八十日内（含第一百八十日）实际支出的合理医疗费用，在本附加条款该被保险人对应的保险金额内，对超过免赔额的部分按约定的赔付比例给付意外伤害医疗保险金。具体的免赔额、给付比例在保险合同中载明。

（二）保险人对每一被保险人所负给付意外伤害医疗保险金的责任以保险合同所载每一被保险人的意外伤害医疗保险金额为限，一次或累计给付的保险金达到意外伤害医疗保险金额时，保险人对该被保险人在本附加条款下的保险责任终止。

（三）当被保险人住院治疗跨两个保险年度时，保险人以意外伤害事故发生日当年度本附加条款对应的保险金额为限给付意外伤害医疗保险金。

(四)若被保险人的损失已从其他途径或其他保险单获得赔偿的保险人可根据有关单位或保险单承保公司出具的相关单证或给付保险金证明,在本附加条款对应的保险金额限额内仅承担被保险人除前述其他赔偿额之外剩余部分的赔偿责任。

责任免除

第三条

(一)因下列情形之一,直接或间接导致被保险人发生医疗费用支出的,保险人不承担赔偿责任:

- 1、被保险人身患疾病所支付的费用;
- 2、被保险人健康护理(含体检、健康体检、疗养、特别护理或静养)等非治疗性的行为及无客观病征证明其不健康及以捐献身体器官为目的的医疗行为;
- 3、被保险人流产、堕胎、分娩、不孕症、避孕或绝育手术、变性手术、人体试验和人工生殖,及由此而引起的并发症;
- 4、被保险人发生的护理(陪住)费、取暖费、交通费、误工费、空调费、膳食费、特需服务费、营养性药品等需要自理的费用;
- 5、用于矫形、整容、美容、心理咨询、器官移植、角膜屈光成形手术或修复、安装及购买残疾用具(如轮椅、假肢、助听器、假眼、假牙、配镜等)的费用;
- 6、被保险人未经保险人同意的转院治疗;被保险人在家自设病床治疗;
- 7、被保险人在非认可的医疗机构治疗发生的医疗费用或保险单签发地社会医疗保险主管部门规定的自费项目;
- 8、主险规定的责任免除事项。

(二)其它在保险单或保险凭证中载明的责任免除事项。

受益人

第四条

除另有约定外,本附加条款保险金的受益人为被保险人本人。

保险事故通知

第五条

投保人或被保险人或受益人应于被保险人入院之日起五日内或经保险人书面同意延长的期限内通知保险人。

被保险人应在认可的医疗机构就诊,若因急诊未在认可的医疗机构就诊的,应在三日内通知保险人,并根据病情及时转入认可的医疗机构。若确需转入非认可的医疗机构就诊的,应向保险人提出书面申请,保险人在接到申请后三日内给予答复,对于保险人同意在非认可的医疗机构就诊的,对被保险人在非认可的医疗机构发生的住院医疗费用按本附加条款规定给

付保险金。

保险金申请

第六条

（一）意外伤害医疗保险金的申请

保险金申请人填写保险金给付申请书，并凭下列证明文件、资料原件向保险人申请给付保险金：

- 1、保险金给付申请书；
- 2、保险单或保险凭证原件；
- 3、保险金申请人的户籍证明或身份证明；
- 4、被保险人户籍证明或身份证明；
- 5、法律法规授权的有关部门出具的意外伤害事故证明；
- 6、二级或二级以上公立医院或保险人认可的其它医疗机构出具的附有病理检查、化验检查及其他医疗仪器检查报告的医疗诊断证明、病历及医疗、医药费原始单据、结算明细表与处方正本；
- 7、其他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；

（二）被保险人的继承人作为索赔申请人索赔时，需提供公证机构出具的证明其具备保险金请求权及所享份额等事宜的公证文件；

（三）如索赔申请人委托他人申领保险金，还须提供授权委托书及受托人的身份证明和资料。

（四）境外出险申请

境外出险除须按照本条一款约定提供相应索赔申请文件外，凡由境外机构或人员出具的文件必须经境外出险地合法公证机构对文件的有效性及其真实性进行公证，或经中国驻当地所在国使领馆认可。

（五）当赔付金额未达实际支出意外医疗费用的金额时，索赔申请人可以书面形式向保险人申请发还原始单据，保险人在加盖公章并注明已赔付金额后发还原始单据。

本附加条款效力终止

第七条

以下任何一种情况发生时，本附加条款效力自动终止，保险人不再承担给付保险金的责任：

1. 投保人解除本附加条款；
2. 主险合同解除、终止效力或期满；

3. 本附加条款因其他条款或合同所列情况而终止。

主险合同无效，本附加条款亦自始无效。

其他条款的适用

第八条

本附加条款与主险条款不一致之处，以本附加条款为准；本附加条款未尽之处，以主险条款为准。

释义

1. 认可的医疗机构

在中国境内（不包括香港、澳门、台湾）是指经中华人民共和国卫生部门评审确定的二级或以上的公立医院或投保人与保险人协商共同指定的医院或医疗机构。意外伤害急救不受此限，但经急救情况稳定后，须根据病情及时转入前述指定或认可的医疗机构治疗。

在中国境外（包括港、澳、台）是指保险人认可的根据所在国家法律规定合法成立、运营并符合以下标准的医疗机构：

- 1) 主要运营目的是以住院病人形式提供接待患病、受伤的人并为其提供医疗护理和治疗，
- 2) 在一名或若干医生的指导下为病人治疗，其中最少有一名合法执业资格的驻院医生驻诊，
- 3) 维持足够妥善的设备为病人提供医学诊断和治疗，并于机构内或由其管理的其他地方提供进行各种手术的设备，
- 4) 有合法执业的护士提供和指导二十四小时的全职护理服务。

本附加条款中所指医院不包括以下或类似的医疗机构：

- 1) 精神病院；
- 2) 老人院、疗养院、戒毒中心和戒酒中心；
- 3) 健康中心或天然治疗所、疗养或康复院。

2. 住院

指被保险人因意外伤害，经医生根据临床诊断，必须入住医院之正式病房进行治疗，正式办理入院手续且连续住院二十四小时以上，但不包括入住门诊观察室、家庭病床、其它挂床住院及不合理的住院。如被保险人因非医疗目的自行离开病房 12 小时（含）以上，视为自动出院。

挂床住院指被保险人住院过程中一日内未接受与入院诊断相关的检查和治疗，或一日内住院不满二十四小时，遵医嘱到外院接受临时诊疗的除外。

3. 合理医疗费用

在中华人民共和国境外治疗的，保险人承担的医疗费用按被保险人在国内日常居住地相同治疗的平均水平折算。

在中华人民共和国境内治疗的，指符合保险单签发地政府基本医疗保险报销范围的、合理且必要的医疗费用。

本附加条款的未解释名词，均以主险的名词解释为准。

华泰财产保险股份有限公司
附加意外伤害住院津贴保险条款
华泰（备案）[2009]N20 号

附加保险合同订立

第一条

本附加保险条款(以下简称“本附加条款”)须附加于保险合同列明的保险人主险条款使用。

保险责任

第二条

在本附加条款保险期间内，保险人承担下列保险责任：

被保险人因遭受意外伤害事故，并自事故发生之日起一百八十日内（含第一百八十日）因该次意外伤害事故为直接原因并经认可的医疗机构诊断必须住院治疗，保险人对每次住院天数超过三天的，从第四天起，按照保险合同中列明的每日意外住院津贴金额与实际住院天数（从第四天起算，不包括前三天）的乘积向被保险人给付意外住院津贴，但同一次住院给付天数不超过九十天，在保险期间内累计给付天数不超过一百八十天。

责任免除

第三条

（一）因下列情形之一，直接或间接导致被保险人住院治疗的，保险人不承担赔偿责任：

1. 被保险人身患疾病而住院；
2. 被保险人因流产、堕胎、分娩、不孕症、避孕或绝育手术、变性手术、人体试验和人工生殖，及由此而引起的并发症而住院；
3. 被保险人因健康护理（含体检、健康体检、疗养、特别护理或静养）等非治疗性的行为及无客观病征证明其不健康及以捐献身体器官为目的的医疗行为导致的住院；
4. 以矫形、整容、美容、心理咨询、器官移植、角膜屈光成形手术或修复为目的的住院；
5. 被保险人在非认可的医疗机构治疗；
6. 被保险人未经保险人同意的转院治疗；被保险人在家自设病床治疗；

7. 主险约定的责任免除事项直接或间接导致的住院。

(二) 其它在保险单或保险凭证中载明的责任免除事项。

受益人

第四条

除另有约定外，本附加条款保险金的受益人为被保险人本人。

保险事故通知

第五条

投保人或被保险人或受益人应于被保险人入院之日起五日内或经保险人书面同意延长的期限内通知保险人。

被保险人应在认可的医疗机构就诊，若因急诊未在认可的医疗机构就诊的，应在三日内通知保险人，并根据病情及时转入认可的医疗机构。若确需转入非认可的医疗机构就诊的，应向保险人提出书面申请，保险人在接到申请后三日内给予答复，对于保险人同意在非认可的医疗机构就诊的，对被保险人在非认可的医疗机构发生的住院医疗费用按本条款规定给付保险金。

保险金申请

第六条

(一) 意外伤害住院津贴保险金的申请

保险金申请人凭下列证明文件、资料原件向保险人申请给付保险金：

- 1、保险金给付申请书；
- 2、保险单或保险凭证原件；
- 3、被保险人的户籍证明或身份证明；
- 4、保险金申请人的户籍证明或身份证明；
- 5、二级或二级以上公立医院或保险人其它认可的医疗机构出具的入院证明、附有病理检查、化验检查及其他医疗仪器检查报告的医疗诊断证明、病历及医疗、医药费原始单据、结算明细表和处方正本及医疗记录、住院证明正本；
- 6、其他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；

(二) 被保险人的继承人作为索赔申请人索赔时，需提供公证机构出具的证明其具备保险金请求权及所享份额等事宜的公证文件；

(三) 如索赔申请人委托他人申领保险金，还须提供授权委托书及受托人的身份证明和资料。

(四) 境外出险申请

境外出险除须按照本条前三款约定提供相应索赔申请文件外，凡由境外机构或人员出具

的文件必须经境外出险地合法公证机构对文件的有效性及其真实性进行公证，或经中国驻当地所在国使领馆认可。

本附加条款效力终止

第七条

以下任何一种情况发生时，本附加条款效力终止，保险人不再承担给付保险金的责任：

- 1、投保人解除本附加条款；
- 2、主险合同解除、终止效力或期满；
- 3、本附加条款因其他条款或合同所列情况而终止。

主险合同无效，本附加条款亦自始无效。

其他条款的适用

第八条

本附加条款与主险条款不一致之处，以本附加条款为准；本附加条款未尽之处，以主险条款为准。

释义

1. 认可的医疗机构

在中国境内（不包括香港、澳门、台湾）是指经中华人民共和国卫生部门评审确定的二级或以上的公立医院或投保人与保险人协商共同指定的医院或医疗机构。意外伤害急救不受此限，但经急救情况稳定后，须根据病情及时转入前述指定或认可的医疗机构治疗。

在中国境外（包括港、澳、台）是指保险人认可的根据所在国家法律规定合法成立、运营并符合以下标准的医疗机构：

- 5) 主要运营目的是以住院病人形式提供接待患病、受伤的人并为其提供医疗护理和治疗，
- 6) 在一名或若干医生的指导下为病人治疗，其中最少有一名合法执业资格的驻院医生驻诊，
- 7) 维持足够妥善的设备为病人提供医学诊断和治疗，并于机构内或由其管理的其他地方提供进行各种手术的设备，
- 8) 有合法执业的护士提供和指导二十四小时的全职护理服务。

本附加条款中所指医院不包括以下或类似的医疗机构：

- 4) 精神病院；
- 5) 老人院、疗养院、戒毒中心和戒酒中心；
- 6) 健康中心或天然治疗所、疗养或康复院。

2. 住院

指被保险人因遭受意外伤害，经医生根据临床诊断，必须入住医院之正式病房进行治疗，正式办理入出院手续且连续住院二十四小时以上，但不包括入住门诊观察室、家庭病床、其它挂床住院及不合理的住院。如被保险人因非医疗目的自行离开病房 12 小时（含）以上，视为自动出院。

挂床住院指被保险人住院过程中一日内未接受与入院诊断相关的检查和治疗，或一日内住院不满二十四小时，遵医嘱到外院接受临时诊疗的除外。

3. 同一次住院

指被保险人因同一意外伤害事故及其引发的并发症而间歇性入住医院，前次出院与后次入院日期相隔未达九十日，则视为同一次住院。

4. 实际住院天数

指被保险人在医院住院部病房内实际的住院治疗日数。住院满二十四小时为一日，但不含被保险人在住院治疗期间擅自离院期间的日数。

本附加条款的未解释名词，均以主险的名词解释为准。

华泰财产保险股份有限公司

住院津贴保险条款

华泰（备案）[2009]N58 号

总则

第一条

本保险合同由保险条款、投保单、保险单、保险凭证以及批单等组成。凡涉及本保险合同的约定，均采用书面形式。

第二条

被保险人应为：

一、出生满六个月至六十五周岁（含六十五周岁），身体健康、能正常工作或正常生活的自然人。

或

二、年满十六周岁至六十五周岁（含十六周岁及六十五周岁），身体健康、能正常工作或正常生活的投保单位在职、在编人员或团体会员。

第三条

投保人应为：

一、具有完全民事行为能力的被保险人本人、对被保险人有保险利益的其他人。

或

二、对被保险人有保险利益的机关、企业、事业单位和社会团体，其投保的人数必须占约定承保团体人员的75%以上，且投保人数不低于5人。

第四条

(一) 住院津贴保险金

除另有约定外，本保险合同的住院津贴保险金受益人为被保险人本人。

订立本保险合同时，被保险人或投保人指定一人或数人为癌症保险金受益人。癌症保险金受益人为数人时，应确定其受益顺序和受益份额；未确定受益份额的，各癌症保险金受益人按照相等份额享有受益权。投保人指定受益人时须经被保险人同意。

被保险人死亡后，有下列情形之一的，保险金作为被保险人遗产，由保险人依照《中华人民共和国继承法》的规定履行给付保险金的义务：

- (1) 没有指定受益人，或者受益人指定不明无法确定的；
- (2) 受益人先于被保险人死亡，没有其他受益人的；
- (3) 受益人依法丧失受益权或者放弃受益权，没有其他受益人的。

受益人与被保险人在同一事件中死亡，且不能确定死亡先后顺序的，推定受益人死亡在先。

投保人为与其有劳动关系的劳动者投保人身保险，不得指定被保险人及其近亲属意外的人为受益人。

被保险人或投保人可以变更身故保险金受益人，便需书面通知保险人，由保险人在本保险合同上批注。对因身故保险金受益人变更发生的法律纠纷，保险人不承担任何责任。

投保人指定或变更身故保险金受益人的，应经被保险人书面同意。被保险人为无民事行为能力人或限制民事行为能力人的，应与其监护人指定或变更身故保险金受益人。

(二) 癌症住院医疗津贴保险金

除另有约定外，本保险合同的癌症住院医疗津贴保险金受益人为被保险人本人。

(三) 重症监护津贴保险金

除另有约定外，本保险合同的重症监护津贴保险金受益人为被保险人本人。

(四) 住院手术医疗津贴保险金

除另有约定外，本保险合同的住院手术医疗津贴保险金受益人为被保险人本人。

保障内容

第五条

在本保险合同的保险期间内，保险人承担下列保险责任：

在本保险合同期间内，被保险人遭受意外伤害事故或自本合同条款保险期间起始之日起六十日后（续保者不受六十日规定的限制）初次罹患疾病，经认可的医疗机构诊断必须住院治疗的，保险人就每次住院天数超过三天的，从第四天起，按照本附加条款中列明的每日住院

津贴金额乘以实际住院天数(自第四天起算,不含前三天)向被保险人给付住院收入津贴保险金。同一住院原因的给付天数不超过九十天,在保险期间内累计给付天数最高以一百八十天为限,保险人一次或累计支付保险金达到对应保险金额时,对该被保险人的保险责任同时终止。

可选保险责任:

1. 癌症住院医疗津贴: 保险期间内被保险人自保险期间起始之日起 90 日(续保不受 90 日规定的限制)后因初次罹患恶性肿瘤,经医院诊断必须住院治疗,保险人按照保险单或保险凭证中列明的每日癌症住院医疗津贴金额与实际的、必要的、合理的住院天数的乘积向被保险人给付癌症住院医疗津贴保险金,同一次住院给付天数不超过九十天,在保险期间内累计给付天数不超过一百八十天。

2. 重症监护津贴: 保险期间内被保险人遭受意外伤害事故或自保险期间起始之日起三十日后(续保不受三十日规定的限制)罹患疾病,经医院诊断必须入住重症监护病房的,保险人按照保险单或保险凭证中列明的每日重症监护津贴金额与实际的、必要的、合理的住院天数的乘积向被保险人给付重症监护津贴保险金。同一次住院给付天数不超过三十天,在保险期间内累计给付天数不超过六十天。

3. 住院手术医疗津贴: 保险期间内被保险人遭受意外伤害事故或自保险期间起始之日起 90 日(续保不受 90 日规定的限制)后罹患疾病,经医院诊断在住院期间必须施行手术治疗的,保险人根据本合同所附“住院手术津贴等级标准表”的规定,按该手术项目所对应的比例乘以保险单或保险凭证中列明的对应保险金额给付住院手术医疗津贴。

如被保险人所施行的手术不在“住院手术津贴等级标准表”所列范围内,保险人将根据手术所属科别和手术部位参照“住院手术津贴等级标准表”中相近项目确定给付手术医疗津贴等级,但给付金额不超过该科手术最高津贴的 50%。

被保险人一次住院施行多次手术的,各次手术可累计给付,但每年最高累计给付金额不超过保险单或保险凭证中列明的该项保险金额。被保险人因一次手术涉及多个手术项目时,按各手术项目中等级最高之标准给付,不可累计计算。

责任免除

第六条 因下列情形之一,直接或间接导致被保险人发生住院医疗费用的,保险人不承担赔偿责任:

(一) 本保险合同生效前罹患的疾病及已有残疾的治疗和康复;或保单中特别约定的除外疾病;

(二) 投保人的故意行为;

(三) 被保险人自致伤害或自杀;但被保险人自杀时为无民事行为能力人的除外;

(四) 被保险人从事违法、犯罪活动或拒捕;

(五) 被保险人挑衅或故意行为而导致的打斗、被袭击或被故意杀害;

(六) 被保险人醉酒，服用、吸食或注射毒品或服用影响行为能力的相关药品或受管制药品的影响；

(七) 被保险人酒后驾驶、无有效驾驶证驾驶，或驾驶无有效行驶证的机动车辆；或搭乘未经当地相关政府部门登记许可的交通工具；

(八) 被保险人精神错乱或精神失常；

(九) 被保险人未遵医嘱，私自服用、涂用、注射药物；

(十) 被保险人因检查、麻醉、手术治疗（含整容手术）、药物治疗等导致的医疗事故导致的伤害，以及由此引发的并发症；

(十一) 被保险人流产、堕胎、分娩、不孕症、避孕或绝育手术、变性手术、人体试验和人工生殖导致的伤害，及由此而引起的并发症；

(十二) 被保险人患艾滋病（AIDS）或感染艾滋病病毒（HIV 呈阳性）期间；

(十三) 被保险人健康护理（含体检、健康体检、疗养、特别护理或静养）等非治疗性的行为及无客观病征证明其不健康及以捐献身体器官为目的的医疗行为；

(十四) 被保险人罹患先天性疾病和症状、遗传性疾病、先天性畸形或缺陷、变性或染色体异常；被保险人罹患特定传染病、职业病、地方病、精神和行为障碍、心理疾病、发病；

(十五) 非因意外伤害而进行的牙科治疗或手术以及任何原因导致的牙齿修复或整形；

(十六) 预防性手术（如预防性阑尾切除、预防性扁桃体切除）、椎间盘突出症；

(十七) 被保险人未经保险人同意的转院治疗；被保险人在家自设病床治疗；

(十八) 被保险人在非认可的医疗机构住院治疗；

(十九) 任何生物、化学、原子武器、原子能或核能爆炸、辐射或污染；

(二十) 战争（无论宣战与否）、内战、军事行动、恐怖袭击、暴乱、绑架或其他类似的武装叛乱；

(二十一) 被保险人从事潜水、跳伞、滑翔、热气球运动、攀岩、探险活动、武术比赛、摔跤比赛、特技表演、赛马、赛车等高风险运动或活动期间；被保人从事航空或飞行活动期间（以缴费乘客身份乘坐商业客运民航班机期间除外）；

(二十二) 被保险人作为职业运动员在参加训练或比赛期间；被保险人作为军人（含特种兵）、警务人员（含防暴警察）在训练或执行公务期间；

(二十三) 被保险人从事本条款内列明高危工种和职业的工作期间，但被保险人的职责属于纯文职或管理性质以及不涉及体力劳动或危险工种者不在此列。

若由于本保险合同中责任免除的情形导致的被保险人身故，保险人将退还未满期净保费。

保险金额和保险费

第七条

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、保险人双方约定，并在保险单中载明。

投保人应该按照合同约定向保险人交纳保险费。

保险费依据保险金额与保险费率计收，并于保险合同上载明。除合同另有约定外，投保人应于约定的缴费日期一次性缴清保险费。投保人若未按约定足额交纳保险费，保险人对其实际足额支付之日前发生的保险事故，不承担相应的保险责任。

保险期间

第八条 本合同保险期间为一年，保险期间以保险单载明的起讫时间为准。

保险人义务

第九条

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。

第十条

保险人认为被保险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。

第十一条

保险人收到被保险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，但保险合同另有约定的除外。

保险人应当将核定结果通知被保险人；对属于保险责任的，在与被保险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发出拒绝给付保险金通知书，并说明理由。

第十二条

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

第十三条

除另有约定外，投保人应当在保险合同成立时交清保险费。

第十四条

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。

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，保险人有权解除本合同。

前款规定的合同解除权，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。自合同成立之日起超过二年的，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。

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。

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

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保险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。被保险人所变更的职业或工种依照保险人职业分类仍可承保的或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未到期保险费。

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，保险人按其原交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。**

第十六条

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。

第十七条

在保险期间内，投保人因其人员变动，需增加、减少被保险人时，应以书面形式向保险人提出申请。保险人同意后出具批单，并在本保险合同中批注。

被保险人人数增加时，保险人在审核同意后，于收到申请之日的次日零时开始承担保险责任，并按约定增收未到期净保险费。

被保险人人数减少时，保险人在审核同意后，于收到申请之日的次日零时起，对减少的被保险人终止保险责任（如减少的被保险人属于已离职的，保险人对其所负的保险责任自其离职之日起终止），并按约定退还未到期净保费，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净保费。减少后的被保险人人数不足其在职人员 75%或人数低于 5 人时，保险人有权解除本保险合同，并按约定退还未满期净保费。

第十八条

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，不包括因不可抗力而导致的迟延。

保险金申请与给付

第十九条

保险金申请人向保险人申请给付保险金时，应提交以下材料。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该申请的真实性的，保险人对无法核实部分不承担给付保险金的责任。**

一、住院津贴保险金、癌症住院医疗津贴保险金、重症监护津贴保险金及住院手术医疗津贴保险金的申请所需材料：

由被保险人作为索赔申请人填写保险金给付申请书，并凭下列证明文件、资料原件向保险人申请给付保险金：

1. 保险单、其它保险凭证正本；
2. 被保险人户籍证明或身份证明；
3. 被保险人是投保人单位职员或团体会员的证明；
4. 认可的医疗机构出具的完整的门诊病历及医疗纪录、出院小结、住院医疗正式收据；
5. 其他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。

二、如被保险人委托他人申领保险金，还须提供授权委托书及受托人的身份证明和资料；如投保人为合法机关、企业、事业单位和社会团体，还须提供被保险人是投保人单位职员或团体会员的证明。

三、境外出险申请

境外出险除须按照本条一款、二款约定提供相应索赔申请文件外，凡由境外机构或个人出具的索赔文件必须经境外出险地当地合法公证机构对文件的有效性及其真实性进行公证，或经中国驻当地所在国使领馆认可。

第二十条 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。

合同的解除

第二十一条 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：

- (1) 保险合同解除申请书；
- (2) 保险单原件；
- (3) 保险费交付凭证；
- (4) 投保人身份证明。
- (5) 除上述文件外，团险投保人须提供表明被保险人知悉退保事宜的有效证明。

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 30 日内退还保险单的未到期净保费。

合同的争议处理和法律适用

第二十二条

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。

第二十三条

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）。

释义

1、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。

2、保险人：与投保人签订保险合同的华泰财产保险股份有限公司各地分支机构。

意外伤害：指遭受外来的、突发的、非本意的、非疾病的客观事件为直接且单独的原因致使身体受到的伤害的客观事件。

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。

4、认可的医疗机构：在中国境内（不包括香港、澳门、台湾）是指经中华人民共和国卫生部门评审确定的二级或以上的公立医院或投保人与保险人协商共同指定的医院或医疗机构。

在中国境外（包括港、澳、台）是指保险人认可的根据所在国家法律规定合法成立、运营并符合以下标准的医疗机构：

9) 主要运营目的是以住院病人形式提供接待患病、受伤的人并为其提供医疗护理和治疗，

10) 在一名或若干医生的指导下为病人治疗，其中最少有一名合法执业资格的驻院医生驻诊，

11) 维持足够妥善的设备为病人提供医学诊断和治疗,并于机构内或由其管理的其他地方提供进行各种手术的设备,

12) 有合法执业的护士提供和指导二十四小时的全职护理服务。

本附加条款中所指医院不包括以下或类似的医疗机构:

7) 精神病院;

8) 老人院、疗养院、戒毒中心和戒酒中心;

9) 健康中心或天然治疗所、疗养或康复院。

5、住院:指被保险人因意外伤害或罹患疾病,经医生根据临床诊断,必须入住医院之正式病房进行治疗,正式办理入院手续且连续住院十二小时以上,但不包括入住门诊观察室、家庭病床、其它挂床住院及不合理的住院。如被保险人因非医疗目的自行离开病房十二小时(含)以上,视为自动出院。

挂床住院指被保险人住院过程中一日内未接受与入院诊断相关的检查和治疗,或一日内住院不满二十四小时,遵医嘱到外院接受临时诊疗的除外。

6、实际住院天数:指被保险人在医院住院部病房内实际的住院治疗日数。住院满二十四小时为一日,但不含被保险人在住院治疗期间擅自离院期间的日数。

7、同一住院原因:指被保险人因同一意外伤害事故及其引发的并发症而间歇性入住医院,前次出院与后次入院日期相隔未达九十日,则视为同一住院原因。

8、管制药品:指根据《中华人民共和国药品管理法》及有关法规被列为特殊管理的药品,包括麻醉药品,精神药品,毒性药品及放射性药品。

9、酒后驾驶、驾驶无有效行驶证的机动车:指依照国家相关法规规定或经公安交通管理部门认定的酒后驾驶、驾驶无有效行驶证的机动车的情形。

10、无合法有效驾驶证驾驶:指被保险人存在以下情形之一者

(1) 无驾驶证或驾驶证有效期已届满;

(2) 驾驶的机动车与驾驶证载明的准驾车型不符;

(3) 实习期内驾驶公共汽车、营运客车或者载有爆炸物品、易燃易爆化学物品、剧毒或者放射性等危险物品的机动车,实习期内驾驶的机动车牵引挂车;

(4) 持未按规定审验的驾驶证,以及在暂扣、扣留、吊销、注销驾驶证期间驾驶机动车;

(5) 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,驾驶营业性客车的驾驶人无国家有关部门核发的有效资格证书;

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

11、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。

12、先天性疾病：指被保险人一出生就具有的疾病（症状或体征）。这些疾病是因人的遗传物质（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异常，导致婴儿出生时有关器官系统在结构或功能上呈现异常。

13、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。

14、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。

15、特定传染病：根据中华人民共和国相关法律规定的法定传染病甲类和乙类发生暴发流行疫情的情况，相关法律发生调整，则本定义作相应调整。

甲类：鼠疫、霍乱及副霍乱、天花、严重急性呼吸系统综合症（英文缩写为 SARS）。

乙类：白喉、流行性脑脊膜炎、痢疾（菌痢和阿米巴痢疾）、伤寒及副伤寒、病毒性肝炎、疟疾、斑疹伤寒、回归热、黑热病、森林脑炎、恙虫病、流行性出血热、钩端螺旋体病、布鲁氏菌病。

16、职业病：在生产环境或劳动过程中，一种或几种对健康有害的因素导致的疾病。职业病的范围以国家正式颁布的种类为准。

17、地方病：在一定地区或人群中发生的疾病。新病例来自本地。与地方的地质、地貌、水土、气候等因素密切相关，并在条件类似的地区蔓延流行。以当地地方病防治机构的公布为准。

18、潜水：指以辅助呼吸器材在江、河、湖、海、水库、运河等水域进行的水下活动。

19、热气球运动：指乘热气球升空飞行的体育活动。

20、攀岩：指攀登悬崖、楼宇外墙、人造悬崖、冰崖、冰山等活动。

21、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见的原始森林等活动。

22、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、拳击等各种拳术及各种使用器械的对抗性比赛。

23、特技：指马术、杂技、驯兽等特殊技能。

24、乘坐商业客运民航班机期间：指被保险人自持有效机票进入商业客运民航班机的舱门时起至走出舱门时止。

25、高危工种和职业：采矿、采石、采砂石业、油矿开采业、钻井业及有关勘探，坑道内、外作业，钢铁业、金属冶炼和处理业，化学原料、易燃易爆易腐蚀品的制造业，易燃易爆品运输业，海上、港口作业，航空执勤人员（含飞行驾驶员及空勤人员），建筑业，铁路

铺设、高空作业、高楼外部烟囱清洁工人、室外安装装潢人员，装卸工人，海水浴场，特种营业（如舞厅），森林砍伐业工人，武打、特技、杂技、演员、驯兽人员，从事散打拳击等创伤性竞技运动员、战地记者、电力、高压电工程设施、管道架设工人，潜水人员，爆破人员，炸药业、烟花爆竹业工人。

26、未到期净保费：未到期净保费=保险费×[1-(保险单已经过天数/保险期间天数)]×(1-25%)。经过天数不足一天的按一天计算。

27、不可抗力：是指不能预见、不能避免并不能克服的客观情况。

28、医生：指除被保险人或其直系亲属以外的，依据其执业国家之法律，正式注册且有行医资格，并在其行医资格范围内行医之医生。

住院手术津贴等级标准表

单位：次

序号	手术项目	等级	序号	手术项目	等级
一、	神经外科		(四)	纵隔和胸腺	
(一)	颅脑		23.	纵隔肿瘤切除术	6
1.	颅内肿瘤切除术	3	24.	纵隔脓肿切开引流	7
2.	脑脓肿切除术	5	25.	胸腺切除术	6
3.	癫痫病灶切除术	6	(五)	胸壁及膈肌	
4.	颅内血肿清除术		26.	开胸探查术	8
	(1) 开颅	7	27.	胸壁肿瘤切除术	9
	(2) 钻颅	9	28.	膈疝修补术	
5.	脑室引流术	8	(1) 经胸		8
6.	颅神经手术		(2) 经腹		9
	(1) 开颅	6	三、	普外科	
	(2) 不开颅	9	(一)	胃	
(二)	头皮及颅骨		29.	胃癌根治术	4
7.	头皮癌切除术		30.	胃全切术	6

	(1) 一般性切除	9	31.	胃空肠吻合术	8
	(2) 广泛性切除加植皮	7	32.	半胃切除加迷走切断术	8
8.	颅骨肿瘤切除术	8	33.	胃穿孔修补术	8
9.	颅骨骨折修补术	8	(二)	肝脏	
)		
10.	头皮血管瘤切除术	9	34.	肝脏切除术	
二、	胸心外科		(1)	肝叶或左右半肝切除	5
(一)	心脏		(2)	肝三叶切除	4
)				
11.	心脏瓣膜替换术		35.	肝外伤缝合术	7
	(1) 单瓣	3	36.	肝脏移植术	1
	(2) 多瓣	1	(三)	胆囊	
)		
12.	心脏瓣膜球囊成形术		37.	胆囊癌或胆管癌根治术	5
	(1) 单瓣	4	38.	胆囊切除术	8
	(2) 多瓣	2	39.	胆总管十二指肠吻合术	8
13.	心脏或主动脉肿瘤切除术	4	(四)	脾脏、胰脏	
)		
14.	心脏外伤修补术	7	40.	脾切除术	6
15.	开胸心脏按摩	8	41.	脾修补术	8
(二)	食道		42.	全胰切除术	4
)				
16.	食道癌根治术		(五)	腹腔及其它器官	
)		
	(1) 颈段吻合	4	43.	腹膜后肿瘤切除术	6
	(2) 胸内吻合	6	44.	腹腔内肿瘤切除术	8
17.	食道良性肿瘤切除术	8	45.	结肠癌根治术	4
18.	贲门成形术		46.	剖腹探查术	9
	(1) 开胸	7	47.	疝修补术	10
	(2) 开腹	9	48.	阑尾切除术	9
(三)	肺和支气管		49.	肠粘连或肠套叠松解术	8
)				
19.	全肺切除加隆突重建术	4	50.	腹腔内脓肿引流术	9

20.	全肺切除术	6	(六)	甲状腺	
21.	肺叶或肺大泡切除术	7	51.	甲状腺切除术	
22.	支气管肿瘤切除术	6		(1) 单侧	8
				(2) 双侧	7
				(3) 胸骨后	6

序号	手术项目	等级	序号	手术项目	等级
(七)	乳腺		(二)	四肢长骨	
52.	乳腺癌根治术	6	82.	四肢骨肿瘤切除加人工假体或半关节重建	6
53.	乳腺癌扩大根治术	5	83.	四肢骨肿瘤切除术	8
54.	单纯乳腺切除术		84.	股骨颈或股骨切开复位内固定术	8
	(1) 单侧	10	85.	胫腓骨切开复位内固定	8
	(2) 双侧	9	86.	髌骨骨折内固定及半月板切除	9
四、	泌尿外科		87.	肱骨切开复位固定	8
(一)	膀胱和输尿管		88.	四肢截肢或截骨术	8
55.	膀胱切除加膀胱重建术	5	89.	四肢长骨内固定器械取出术	10
56.	膀胱切除加输尿管移植术	7	(三)	关节	
57.	膀胱切除术	8	90.	髌关节固定复位术	7
58.	输尿管切开取石术	8	91.	大关节离断或融合术	8
(二)	肾和肾上腺		92.	大关节置换术	
59.	肾癌根治术	5		(1) 每个大关节	7
60.	双肾切除术	4		(2) 每个指关节	10
61.	肾结石切开取石术	7	(四)	其它	
62.	单侧肾上腺肿瘤切除术	5	93.	断肢(指)再植术	

63.	肾移植术	1		(1) 每个断掌	2
(三)	尿道和前列腺			(2) 每个断指	9
64.	耻骨上前列腺切除术	9		(3) 每个断肢	4
65.	尿道成形加尿瘘修补术	10	94.	脊柱结核病灶清除术	6
(四)	阴茎和睾丸		95.	骨髓炎病灶清除术	
66.	阴茎癌根治术	6		(1) 躯干骨	8
67.	睾丸癌根治术	6		(2) 指(趾)骨	10
68.	阴茎再造术	7	96.	骨关节脓肿切开引流	9
五、	妇产科		97.	软组织深部异物取出	10
(一)	子宫及附件		98.	自(异)体骨髓移植术	1
69.	子宫癌根治术	4	七、	耳鼻喉科	
70.	子宫全切术	7	(一)	耳	
71.	卵巢癌根治术	4	99.	听小骨手术及鼓室成形术	1
72.	子宫或附件良性肿瘤切除	9	(二)	鼻	
73.	子宫穿孔修补术	9	100.	鼻骨骨折修复或鼻中隔手术	9
74.	盆腔肿物切除术	8	101.	副鼻窦肿瘤摘除术	6
(二)	阴道及外阴		102.	鼻咽部血管瘤切除	7
75.	外阴癌根治术	6	(三)	咽、喉	
76.	全阴道切除术	6	103.	咽部肿瘤切除加颈淋巴清扫	4
77.	外阴单纯或广泛切除	9	104.	咽、颈部肿瘤切除	
(三)	产科			(1) 大	8
78.	宫外孕致输卵管切除修补术	8		(2) 小	10
79.	恶性葡萄胎清宫术	10	八、	口腔科	
六、	骨科		(一)	上、下颌	

)		
(一)	脊椎		105.	上、下颌骨部分或全切术	7
80.	脊椎骨折内固定植骨融合术	7			
81.	椎间盘切除术	8			
序号	手术项目	等级	序号	手术项目	等级
106.	上、下颌骨复位固定		(三)	眼外伤及其它	
	(1) 包括颌间固定	6	115.	眼内或眶内深部异物取出术	7
	(2) 不包括颌间固定	10	116.	角膜修补或异物取出术	8
(二)	牙槽及牙龈		117.	眼球摘除术	
107.	牙槽骨骨折复位固定术	10		(1) 单眼	9
108.	牙龈癌根治术	5		(2) 双眼	7
(三)	其它		118.	视网膜及玻璃体手术	6
109.	口腔及颜面部肿瘤切除术				
	加淋巴清扫	4	十、	烧伤科	
110.	口腔及颜面肿瘤切除术	7	119.	整体切痂、植皮术	
九、	眼科手术			(1) 面部	6
(一)	青光眼和白内障			(2) 单侧手部	8
111.	单纯抗青光眼手术	8		(3) 单侧上肢(不含手)	7
112.	白内障摘除术			单侧下肢	

	(1) 单眼	9	120.	局部植皮术	
	(2) 双眼	10		(1) 单侧上肢	10
(二)	眼部肿瘤			(2) 单侧下肢	10
113	眶内肿瘤摘除术	6		(3) 头皮	10
114	结膜肿瘤切除术	8			

说明：

各种手术项目分为十类手术医疗津贴等级，保险人对住院施行手术者，按《住院手术津贴等级标准表》手术项目和相应等级相对应的比例给予手术医疗津贴：

津贴等级（级）	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
给付比例	100%	90%	80%	70%	60%	50%	40%	30%	20%	10%

华泰财险附加住院探望保险条款

(华泰财险)(备-其他)【2018】(附) 018号

第一条 附加保险合同订立

本附加保险条款（以下简称“本附加条款”）须附加于保险人主险条款使用。

第二条 保险责任

在保险期间内，被保险人在境内或境外旅行时，遭受意外伤害事故或罹患突发性疾病（见第1条释义），经被保险人所在地的医生诊断必须住院（见第2条释义）治疗超过七日（住院满二十四小时为一日，但不含被保险人在住院治疗期间擅自离院期间的日数）、生活不能自理且无其他成人照料的，保险人对其一位成年直系亲属前往探望并照料所发生的下列合理且必要的费用，按照本保险合同约定对以下一项或两项负赔偿责任：

(一) 探望人从其日常居住地至被保险人所在地的往返经济舱机票、船票或火车票；和/或

(二) 照料被保险人期间的住宿费用（限三星级（含）以下酒店标准间）及公共交通费用，直至被保险人出院日为止。

第三条 责任免除

因下列情形之一，直接或间接导致保险事故发生的，保险人不承担赔偿责任：

-
- (一) 被保险人康复性治疗、物理治疗、安胎及分娩（包括剖腹产、流产及引产）等；
 - (二) 因慢性病、或旅行前已罹患疾病的治疗；
 - (三) 因流行疫病或大规模流行疫病导致的治疗或预防发生的医疗；
 - (四) 因腰椎间盘突出症或错位的治疗；
 - (五) 因避孕或绝育手术发生的治疗；
 - (六) 因药物过敏发生的治疗；
 - (七) 因扁桃腺、腺样体、疝气、女性生殖器官疾病的治疗或上述疾病导致的手术产生的治疗；
 - (八) 此次旅行之前已被有资质的职业医师诊断身患绝症；
 - (九) 被保险人美容、整形、矫形术、非必须紧急性治疗的手术、心理咨询及和角膜屈光成形手术；
 - (十) 被保险人健康护理(含体检、健康体检、疗养、特别护理或静养)等非治疗性的行为及无客观病征证明其不健康及以捐献身体器官为目的的医疗行为；
 - (十一) 被保险人移植人工器官、洗牙、洁齿、验光、牙齿治疗或手术及镶补，但因意外伤害引起的一般牙齿治疗或手术除外；
 - (十二) 被保险人先天性疾病（见第4条释义）和症状、遗传性疾病、先天性畸形或缺陷的治疗和康复；
 - (十三) 被保险人投保前已患上的疾病和症状、精神病、精神分裂症、心理疾病、性病；
 - (十四) 根据被保险人的主治医生或救援机构授权医生的意见，可以被合理延迟至被保险人返回原出发地后进行而被保险人坚持在当地进行的治疗或手术；
 - (十五) 无当地医院出具原始收据的费用或医疗证明；
 - (十六) 被保险人拒绝听从救援机构提出的建议；
 - (十七) 主险条款规定的责任免除事项。

第四条 保险金额和保险费

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、保险人双方约定，并在保险单中载明。投保人应该按照合同约定向保险人交纳保险费。保险人和投保人可以在本保险合同项下约定免赔额等限制条件。

第五条 保险期间

除另有约定外，本附加条款的保险期间必须同主合同一致。

第六条 保险金申请

(一) 由被保险人作为索赔申请人填写保险金索赔申请书，并提供下列证明文件、资料通过投保人向保险人申请索赔：

- 1、保险单或保险凭证正本；
- 2、被保险人户籍证明或身份证明；

-
- 3、被保险人与探望人的关系证明文件原件或复印件；
 - 4、探望人的住宿费用及公共交通费用的清单及发票原件；
 - 5、探望人往返机票或船票或火车票的发票或收据原件及登机牌原件；
 - 6、医院出具的附有病理检查、代验检查及其他医疗仪器检查报告的医疗诊断证明、病历及医疗、医药费原始单据、出院小结原件；
 - 7、法律法规授权机关出具的意外事故证明文件；
 - 8、若是公务出差旅行，需被保险人的雇主提供的被保险人公务出差旅行的证明；
 - 9、其他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。

(二) 所有本附加条款的损失计算和保险金支付在涉及外国货币时，均折合人民币计算，并以人民币赔偿。有关汇率以探望人从居住地出发日的中国银行挂牌外汇兑换价为准。

(三) 若被保险人的损失已从其他途径或其他保险单给付赔偿的，保险人可根据有关单位或保险单承保公司出具的相关单证或给付保险金证明，在本保险合同的保险金额内仅承担被保险人除前述赔偿额之外剩余部分的赔偿责任。

第七条 附加条款效力终止

本附加条款所附属的主合同效力终止，本附加条款效力即行终止。主合同无效，本附加条款亦无效。

第八条 名词解释

1、突发性疾病：

指被保险人保险期间内，在旅行时首次罹患的突发性疾病或出现的症状，但不包括本保险合同生效前罹患的任何疾病或出现的任何症状及任何慢性疾病。

2、住院：

指被保险人入住医院之正式病房进行治疗，经医生根据临床诊断，必须正式办理入院手续且连续住院二十四小时以上，但不包括入住门诊观察室、家庭病床、挂床住院（指被保险人住院过程中一日内未接受与入院诊断相关的检查和治疗，或一日内住院不满二十四小时，遵医嘱到外院接受临时诊疗的除外）及不合理的住院。如被保险人因非医疗目的自行离开病房十二小时（含）以上，视为自动出院。

3、原出发地：

若被保险人进行的旅行目的地为中国境内（不包括香港、澳门及台湾地区），则原出发地指被保险人在中国境内的日常居住地；若被保险人进行的旅行目的地为中国境外（包括香港、澳门及台湾地区），则原出发地指中国境内。

4、先天性疾病：

指被保险人一出生就具有的疾病（症状或体征）。这些疾病是因人的遗传物质（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异常，导致婴儿出生时

有关器官系统在结构或功能上呈现异常。

本附加条款的释义名词，以本附加条款所附属的主合同条款中的释义为准。

第九条 其它条款的适用

本附加条款的未约定事项，均以主合同为准。主合同与本附加条款相抵触之处，以本附加条款为准。

华泰财产保险有限公司
女性特定疾病保险条款
华泰（备案）[2009]N54 号

总则

第三条

本保险合同由保险条款、投保单、保险单、保险凭证以及批单等组成。凡涉及本保险合同的约定，均采用书面形式。

第二条

被保险人应为：

一、年满十六周岁至五十五周岁（含五十五周岁），身体健康、能正常工作或正常生活的女性。

或

二、年满十六周岁至五十五周岁（含十六周岁及五十五周岁），身体健康、能正常工作或正常生活的投保单位女性在职、在编人员或女性团体会员。

第三条

投保人应为：

一、具有完全民事行为能力的被保险人本人、对被保险人有保险利益的其他人。

或

二、对被保险人有保险利益的机关、企业、事业单位和社会团体，其投保的人数必须占约定承保团体人员的 75%以上，且投保人数不低于 8 人。

第四条

（一）女性特定癌症保险金受益人

除另有约定外，本保险合同的女性特定癌症保险金受益人为被保险人本人。

订立本保险合同时，被保险人或投保人指定一人或数人为癌症保险金受益人。癌症保险金受益人为数人时，应确定其受益顺序和受益份额；未确定受益份额的，各癌症保险金受益人按照相等份额享有受益权。投保人指定受益人时须经被保险人同意。

被保险人死亡后，有下列情形之一的，保险金作为被保险人遗产，由保险人依照《中华人

民共和国继承法》的规定履行给付保险金的义务：

- (4) 没有指定受益人，或者受益人指定不明无法确定的；
- (5) 受益人先于被保险人死亡，没有其他受益人的；
- (6) 受益人依法丧失受益权或者放弃受益权，没有其他受益人的。

受益人与被保险人在同一事件中死亡，且不能确定死亡先后顺序的，推定受益人死亡在先。

投保人为与其有劳动关系的劳动者投保人身保险，不得指定被保险人及其近亲属意外的人为受益人。

被保险人或投保人可以变更身故保险金受益人，便需书面通知保险人，由保险人在本保险合同上批注。对因身故保险金受益人变更发生的法律纠纷，保险人不承担任何责任。

投保人指定或变更身故保险金受益人的，应经被保险人书面同意。被保险人为无民事行为能力人或限制民事行为能力人的，应与其监护人指定或变更身故保险金受益人。

(二) 女性原位癌保险金受益人

除另有约定外，本保险合同的女性原位癌保险金受益人为被保险人本人。

(三) 女性特定手术费用补偿保险金受益人

除另有约定外，本保险合同的女性特定手术费用补偿保险金受益人为被保险人本人。

(四) 女性特定疾病保险金受益人

除另有约定外，本保险合同的女性特定疾病保险金受益人为被保险人本人。

保险责任

第五条 在保险期间内，被保险人罹患本保险合同所列明的特定疾病的，保险人依照下列约定给付保险金，且给付各项保险金之和不超过保险金额。

一、基本保险责任

1、女性特定癌症保险责任

在保险期间内，被保险人在保险期间起始之日起九十日后(依本条款第五条约定续保的不受九十日规定的限制)，经医院专科医生确诊初次罹患本合同所列女性特定癌症中的一项或多项，并且确诊 30 天后仍生存时，保险人按保险单或保险凭证中列明的该被保险人对应的基本保险金额给付女性特定癌症保险金，对该被保险人的基本保险责任同时终止。若至被保险人申领女性特定癌症保险金时，保险人已给付本条第 2、3 款约定的保险金的，女性特定癌症保险金应扣除已支付的该两项保险金。

2、女性原位癌保险责任

在保险期间内，被保险人在保险期间起始之日起九十日后(续保者不受九十日规定的限制)，经医疗机构的专科医生确诊初次罹患本合同所列女性原位癌中的一项或多项，并且确诊 30 天后仍生存时，保险人按保险单或保险凭证中列明的该被保险人对应的基本保险金额的 20%

给付女性原位癌保险金，对该被保险人的此项保险责任同时终止。

被保险人首次患上多种符合本条款定义的原位癌的，原位癌保险金的给付以一次为限。

3、女性特定手术费用补偿保险责任

在保险期间内，被保险人遭受意外伤害或自在保险期间起始之日起九十日后（续保者不受九十日规定的限制）罹患疾病，经医院诊断必须实施本合同所列女性特定手术进行治疗时，保险人将按手术实际发生的合理且必需费用给付特定手术费用补偿保险金，但每种特定手术的保险金最高以保险单或保险凭证中列明的该被保险人对应的基本保险金额的 10% 为限，且每种特定手术的保险金给付以一次为限。保险人一次或累计支付保险金达到对应保险金额时，对该被保险人的此项保险责任同时终止。

4、上述各项保险金给付次序以索赔申请人提出索赔申请的先后次序为准，且保险人对各项保险金累计给付的金额以保险单或保险凭证列明的该被保险人对应的基本保险金额为限。

二、可选保险责任：

投保人可以通过在保险合同中另行约定的方式增加额外保险责任，保险人将根据该约定对被保险人于保险期间内罹患特定疾病按照约定承担给付保险金的责任：

女性特定疾病保险责任

在保险期间内，被保险人在保险期间起始之日起九十日后（续保者不受九十日规定的限制），经医疗机构的专科医生确诊初次罹患本合同所列女性特定疾病，并且确诊 30 天后仍生存时，保险人按保险单或保险凭证中列明的该被保险人对应的可选保险金额给付女性疾病保险金，对该被保险人的可选保险责任同时终止。

责任免除

第六条 因下列情形之一，直接或间接导致被保险人发生疾病、达到疾病状态或进行手术的，保险人不承担保险责任：

（一）本条款生效前罹患的疾病及已有残疾的治疗和康复；或保险期间起始之日起计九十日内罹患疾病（续保者不九十日规定限制）；

（二）投保人的故意行为；

（三）被保险人自致伤害或自杀；但被保险人自杀时为无民事行为能力人的除外；

（四）被保险人从事违法、犯罪活动或拒捕；

（五）被保险人醉酒，服用、吸食或注射毒品或服用影响行为能力的相关药品或受管制药品的影响；

（六）被保险人酒后驾驶、无合法有效行驶证的交通工具，或无合法有效驾驶证驾驶；

（七）被保险人精神错乱或精神失常；

（八）被保险人未遵医嘱，私自服用、涂用、注射药物；

（九）被保险人因检查、麻醉、手术治疗（含整容手术）、药物治疗等导致的医疗事故导致的伤害，以及由此引发的并发症；

(十) 被保险人流产、堕胎、分娩、不孕症、避孕或绝育手术、变性手术、人体试验和人工生殖导致的伤害，及由此而引起的并发症；

(十一) 被保险人患有艾滋病（AIDS）或感染艾滋病病毒（HIV 呈阳性）期间

(十二) 被保险人罹患先天性疾病、遗传性疾病、先天性畸形或缺陷、变形或染色体异常；被保险人罹患特定传染病、职业病、地方病、精神和行为障碍、心理疾病、性病；

(十三) 被保险人在非认可的医疗机构住院治疗；

(十四) 任何生物、化学、原子能武器，原子能或核能装置所造成的爆炸、灼伤、污染或辐

(十五) 战争（无论宣战与否）、内战、军事行动、恐怖袭击、暴乱、绑架或其他类似的武装叛乱；

若由于本保险合同中责任免除的情形导致的被保险人身故，保险人将退还未满期净保费。

保险金额和保险费

第七条

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、保险人双方约定，并在保险单中载明。

投保人应该按照合同约定向保险人交纳保险费。

保险费依据保险金额与保险费率计收，并于保险合同上载明。除合同另有约定外，投保人应于约定的缴费日期一次性缴清保险费。投保人若未按约定足额交纳保险费，保险人对其实际足额支付之日前发生的保险事故，不承担相应的保险责任。

保险期间

第八条 本合同保险期间为一年，保险期间以保险单载明的起讫时间为准。

保险人义务

第九条 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。

第十条

保险人认为被保险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。

第十一条

保险人收到被保险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，但保险合同另有约定的除外。

保险人应当将核定结果通知被保险人；对属于保险责任的，在与被保险人达成给付保险

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发出拒绝给付保险金通知书，并说明理由。

第十二条

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

第十三条

除另有约定外，投保人应当在保险合同成立时交清保险费。

第十四条

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。

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，保险人有权解除本合同。

前款规定的合同解除权，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。自合同成立之日起超过二年的，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。

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。

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

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保险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。被保险人所变更的职业或工种依照保险人职业分类仍可承保的或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未到期保险费。

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，保险人按其原交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。

第十六条

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。

第十七条

在保险期间内，投保人因其人员变动，需增加、减少被保险人时，应以书面形式向保险人提出申请。保险人同意后出具批单，并在本保险合同中批注。

被保险人人数增加时，保险人在审核同意后，于收到申请之日的次日零时开始承担保险责任，并按约定增收未到期保险费。

被保险人人数减少时，保险人在审核同意后，于收到申请之日的次日零时起，对减少的被保险人终止保险责任（如减少的被保险人属于已离职的，保险人对其所负的保险责任自其离职之日起终止），并按约定退还未满期净保费，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净保费。减少后的被保险人人数不足其在职人员 75%或人数低于 8 人时，保险人有权解除本保险合同，并按约定退还未满期净保费。

第十八条

投保人、被保险人或者保险金受益人知道保险事故发生后，应当在及时通知保险人。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，不包括因不可抗力而导致的迟延。

保险金申请与给付

第十九条

保险金申请人向保险人申请给付保险金时，应提交以下材料。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该申请的真实性的，保险人对无法核实部分不承担给付保险金的责任。

一、女性特定癌症保险金、女性原位癌保险金、女性特定手术费用补偿保险金及女性特定疾病保险金的申请所需材料：

- 6、 保险单或其他保险凭证正本；
- 7、 被保险人和受益人的户籍证明或身份证明；
- 8、 医院出具的附有病理检查、化验检查及其它医疗仪器检查报告的医疗诊断证明书（包括但不限于诊断全称、病历和治疗过程），病理报告、血液或淋巴检验报告；如有必要，保险人有权对被保险人进行复检，复检费用由保险人承担；

9、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。

二、如被保险人委托他人申领保险金，还须提供授权委托书及受托人的身份证明和资料；如投保人为合法机关、企业、事业单位和社会团体，还须提供被保险人是投保人单位职员或团体会员的证明。

三、保险人收到索赔申请人的保险金给付申请书及有关证明文件和资料后，对确定属于保险责任的，在与索赔申请人达成有关给付保险金数额的协议后十日内，履行给付保险金责任。对不属于保险责任的，向索赔申请人发出拒绝给付保险金通知书。

第二十条 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。

合同的争议处理和法律适用

第二十一条

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。

第二十二条

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

第二十三条 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：

- (1) 保险合同解除申请书；
- (2) 保险单原件；
- (3) 保险费交付凭证；
- (4) 投保人身份证明。
- (5) 除上述文件外，团险投保人须提供表明被保险人知悉退保事宜的有效证明。

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 30 日内退还保险单的未到期净保费。

第二十四条 释义

- 1、**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。
- 2、**保险人**：与投保人签订保险合同的华泰财产保险股份有限公司各地分支机构。
- 3、**意外伤害**：指遭受外来的、突发的、非本意的、非疾病的客观事件为直接且单独的

原因致使身体受到的伤害的客观事件。

4、医院：指在中国境内（不包括香港、澳门、台湾）经中华人民共和国卫生部门评审确定的二级或以上的公立医院或投保人与保险人协商共同指定的医院或医疗机构，但不包括以下或类似的医疗机构：

- 10) 精神病院；
- 11) 老人院、疗养院、戒毒中心和戒酒中心；
- 12) 健康中心或天然治疗所、疗养或康复院。

5、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。

6、女性特定癌症：癌症即为医学上所称的恶性肿瘤，是指恶性肿瘤细胞不受控制的生长和蔓延并侵犯到正常组织，其诊断必须由病理医师对固定组织或血液系统标本进行病理组织学检查并出具阳性病理报告后做出，任何组织涂片和穿刺活检结果均不能作为诊断依据。

本合同所指女性特定癌症是指：原发于女性生殖器官和乳腺的恶性肿瘤，包括原发性乳腺癌、原发性宫颈癌、原发性子宫内膜癌、原发性卵巢癌、原发性输卵管癌、原发性阴道癌，但不包括原位癌（见以下原位癌定义）及病理学描述为癌前病变的肿瘤。

7、女性原位癌：原位癌是指恶性肿瘤细胞未穿透基底膜的原位无浸润的恶性肿瘤，其诊断必须以固定组织标本的病理组织学检查结果为依据，任何组织涂片和穿刺活检结果均不能作为诊断依据。

本合同所指女性原位癌是指符合下面定义的，原发于女性生殖器官和乳腺的原位癌，包括子宫原位癌、子宫颈原位癌、卵巢原位癌、输卵管原位癌、阴道原位癌、外阴原位癌和乳腺原位癌。

a) 子宫原位癌：

指 TNM 分级为 TisN0M0 或国际妇产科联合会分级 FIGO0 的子宫肿瘤。

b) 子宫颈原位癌：

子宫颈原位癌必须基于取自子宫颈圆锥切除活检或阴道镜下取自子宫颈活体固定组织的显微镜检查结果诊断。索赔时必须提交组织病理学报告证据。临床诊断将不被接受。子宫颈上皮内新生物（CIN）分类 CIN I、CIN II 和 CIN III（严重非典型增生但无原位癌）的子宫颈上皮病变不在本合同保障范围内。

c) 卵巢原位癌：

肿瘤应该包膜完整，卵巢表面无肿瘤，TNM 分级为 T1aN0M0 或国际妇产科联盟分级为 FIGO1A。

d) 输卵管原位癌：

肿瘤应该局限于输卵管粘膜内，TNM 分级为 Tis。

e) 阴道原位癌:

TNM 分级为 Tis 或国际妇产科联盟分级 FIGO0 的阴道肿瘤。

f) 外阴原位癌:

TNM 分级为 TisNOM0 或国际妇产科联合会分级 FIGO0 的外阴肿瘤。

g) 乳腺原位癌:

包括导管内癌（发生于中、小导管，癌细胞局限于导管内，管壁基度膜完整）；小叶原位癌（来自于小叶的终末导管及腺泡，主要累及小叶，癌细胞局限于管泡内，未穿破其基底膜，小叶结构存在）。

8、女性特定手术

本合同所中“女性特定手术”指符合下面定义的全乳房切除手术和子宫切除手术。

a) 全乳房切除手术

是指由医疗机构的专科医生确认为是必须的为了治疗乳腺原位癌或乳腺癌所施行的单侧或双侧乳房全切除手术，局部乳房切除手术将不在保障范围内。

b) 子宫切除手术

被保险人在 45 周岁以后根据医疗机构妇产科医生的决定并实际接受了子宫切除手术（至少切除子宫体或者切除子宫体和子宫颈）。必须具备下列临床证据：月经过多引起贫血（血色素少于 9.5g/dl）用其他治疗方法（如刮宫）不能控制；或子宫体癌及晚期子宫颈癌；或子宫肌瘤导致梗阻或大量出血而用他治疗方法（如肌瘤切除）不能控制的情况。为了控制生育、治疗宫颈炎、轻微子宫异常出血或早期子宫颈癌而施行的子宫切除不在本合同保障范围内。

9、女性特定疾病

本合同所中“女性特定疾病”是指符合下列条件的系统性红斑狼疮性肾炎或严重的类风湿性关节炎：

a) 系统性红斑狼疮性肾炎

是指系统性红斑狼疮患者并发狼疮性肾炎而影响和损害肾脏功能，且肌酐清除率持续低于 30ml/分。并满足下列条件：

- 1) 临床表现至少具备下列条件的四个：
 - a) 蝶形红斑或盘形红斑；
 - b) 光敏感；
 - c) 口鼻腔黏膜溃疡；
 - d) 非畸形性关节炎或多关节痛；
 - e) 胸膜炎或心包炎；
 - f) 癫痫或精神症状；
 - g) 血象异常（白细胞低于 $4 \times 10^9/L$ 或血小板低于 $100 \times 10^9/L$ 或溶血性贫血）。

-
- 2) 检测结果至少具备下列条件的两个:
 - a) 抗 dsDNA 抗体阳性;
 - b) 抗 Sm 抗体阳性;
 - c) 抗核抗体阳性;
 - d) 皮肤狼疮带试验(非病损部位)或肾活检阳性;
 - e) C3 降低。

b) 严重的类风湿性关节炎

是指以关节滑膜炎为主要病理改变的慢性全身性自身免疫性疾病,诊断须符合国际认可的疾病诊断标准;严重的类风湿性关节炎是指符合下列三项标准的类风湿性关节炎:

- 1) 至少包括下列关节中的三组或三组以上有广泛受损和畸形改变:手指关节、腕关节、肘关节、膝关节、髋关节、踝关节、脊椎或脚趾关节;
- 2) 手和腕的后前位 X 线检查可见类风湿性关节炎的典型变化,包括骨质侵蚀或钙流失,在受累关节及其临近部位尤其明显;
- 3) 关节的畸形改变伴功能障碍至少持续 6 个月。

10、管制药品:指根据《中华人民共和国药品管理法》及有关法规被列为特殊管理的药品,包括麻醉药品,精神药品,毒性药品及放射性药品。

11、酒后驾驶、驾驶无有效行驶证的机动车:指依照国家相关法规规定或经公安交通管理部门认定的酒后驾驶、驾驶无有效行驶证的机动车的情形。

12、无合法有效驾驶证驾驶:指被保险人存在以下情形之一者

- (1) 无驾驶证或驾驶证有效期已届满;
- (2) 驾驶的机动车与驾驶证载明的准驾车型不符;
- (3) 实习期内驾驶公共汽车、营运客车或者载有爆炸物品、易燃易爆化学物品、剧毒或者放射性等危险物品的机动车,实习期内驾驶的机动车牵引挂车;
- (4) 持未按规定审验的驾驶证,以及在暂扣、扣留、吊销、注销驾驶证期间驾驶机动车;
- (5) 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,驾驶营业性客车的驾驶人无国家有关部门核发的有效资格证书;
- (6) 依照法律法规或公安机关交通管理部门有关规定不允许驾驶机动车的其他情况下驾车。

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。

14、先天性疾病:指被保险人一出生就具有的疾病(症状或体征)。这些疾病是因人的遗传物质(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异常,导致婴儿出生时有关器官系统在结构或功能上呈现异常。

15、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。

16、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。

17、特定传染病:根据中华人民共和国相关法律规定的法定传染病甲类和乙类发生暴发流行疫情的情况,相关法律发生调整,则本定义作相应调整。

甲类:鼠疫、霍乱及副霍乱、天花、严重急性呼吸系统综合症(英文缩写为SARS)。

乙类:白喉、流行性脑脊膜炎、痢疾(菌痢和阿米巴痢疾)、伤寒及副伤寒、病毒性肝炎、疟疾、斑疹伤寒、回归热、黑热病、森林脑炎、恙虫病、流行性出血热、钩端螺旋体病、布鲁氏菌病。

18、职业病:在生产环境或劳动过程中,一种或几种对健康有害的因素导致的疾病。职业病的范围以国家正式颁布的种类为准。

19、地方病:在一定地区或人群中发生的疾病。新病例来自本地。与地方的地质、地貌、水土、气候等因素密切相关,并在条件类似的地区蔓延流行。以当地地方病防治机构的公布为准。

20、未到期净保费:未到期净保费=保险费×[1-(保险期间已经过天数/保险期间天数)]×(1-25%)。经过天数不足一天的按一天计算。

21、不可抗力:是指不能预见、不能避免并不能克服的客观情况。

22、医生:指除被保险人或其直系亲属以外的,依据其执业国家之法律,正式注册且有行医资格,并在其行医资格范围内行医之医生。