

申能财产保险股份有限公司
团体住院医疗保险 A 款条款
(注册号: C00026232512025071700143)
总则

第一条 合同构成

本保险合同（以下简称为“本合同”）由保险条款、保障计划书、投保单、保险单、保险凭证、声明、批单以及经投保人与**保险人（释义 1）**认可的、与保险合同有关的其它书面协议组成。凡涉及本合同的约定，均应采用书面形式。

第二条 投保人

对被保险人具有保险利益的法人、非法人组织以及其他不以购买保险为目的而组成的团体均可作为本合同的投保人。特定团体属于其他不以购买保险为目的而组成的团体的，投保人可以是特定团体中的自然人。被保险人为限制民事行为能力人的，应由其监护人作为投保人。被保险人为无民事行为能力人的，应由其父母或法定监护人作为投保人。

第三条 被保险人

凡投保时能**正常工作（释义 2）**或正常生活，符合健康告知要求的自然人均可作为本合同的主被保险人。

经保险人同意，并在保险合同中约定，主被保险人的以下家属可作为本合同的附属被保险人：

（一）父母：凡投保时能正常工作、劳动或正常生活，符合健康告知要求的主被保险人的父母。

（二）配偶：凡投保时能正常工作、劳动或正常生活，符合健康告知要求的主被保险人的合法配偶。

（三）**子女（释义 3）**：凡投保时能正常生活，符合健康告知要求的，年龄在**25 周岁（释义 4）**（含）以下的子女。子女包括主被保险人的亲生子女、合法领养子女、与主被保险人有抚养关系的继子女。

经保险人审核同意并出具保险单或批单后，上述人员可成为本合同的被保险人。

除另有约定外，被保险人的年龄不得超过 65 周岁。

第四条 受益人

除另有约定外，本合同的保险金的受益人为被保险人本人。

保险责任

第五条 保险责任

在保险期间内，被保险人因遭受**意外伤害（释义 6）**或在**等待期（释义 7）**后罹患疾病，经**本合同指定的医疗机构（释义 8）**医生（释义 9）诊断必须接受住院治疗的，对其治疗期间实际支出的**合理且必要（释义 10）**的医疗费用，保险人在扣除本合同中约定的免赔额后，在**保险金额范围内，按照约定医院范围及对应的给付比例、约定的费用类型、各项费用的限额、最高给付日数、约定的特定疾病等条件**给付住院医疗保险金。

在保险期间内，保险人仅对被保险人累计住院一百八十日内发生的住院医疗费用承担保险责任。

被保险人不论一次或多次住院治疗，住院医疗保险金的各项费用累计给付日数以各对应项费用最高给付日数为限，各项费用累计给付金额以各对应项费用最高给付金额为限。

对等待期后本合同到期日前发生的且延续至本合同到期日后三十日内的住院治疗，保险人仍然承担给付保险金的责任，且累计给付日数以一百八十日为限，累计给付金额以保险合同中约定的保险金额为限。

本合同约定的特定疾病，详见附件一的特定疾病清单（下同）。

1. 床位费

被保险人在住院期间发生的不超过标准单人病房级别的床位费用，**床位费每日赔偿限额以保险单载明为准。**

2. 膳食费

被保险人在住院期间根据医生的医嘱，由医疗机构专设为住院病人配餐的食堂配送膳食的费用，且该费用须符合惯常标准；**但不包括住院期间购买的个人用品及非该医疗机构开**

具的医疗费用清单上的餐饮费用。**3. ICU 病房费**

被保险人住院期间出于医学必要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（释义 11）**（ICU）、冠心病重症监护病房（CCU）标准的单人或多人监护病房。

4. 陪床费

指：

（1）未满 18 周岁的被保险人在住院期间，其合法监护人（限一人）在医疗机构留宿发生的加床费；

（2）女性主被保险人或者作为配偶的女性附属被保险人在住院期间，其一周岁以下哺乳期婴儿在医疗机构留宿发生的加床费；

（3）60 周岁及以上的被保险人在住院期间，其陪同人（限一人）在医疗机构留宿发生的加床费。

陪床费标准以不高于被保险人床位费标准为限。

5. 诊疗费

被保险人在住院期间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、治疗方案拟定等各项医疗服务所收取的费用。

6. 护理费

被保险人在住院期间根据医生的医嘱所示的护理等级确定的由**专业护士（释义 12）**对被保险人提供临床护理服务所收取的费用。

7. 治疗费

被保险人以治疗疾病为目的，在住院期间由医疗机构提供必要的医学手段而发生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。

8. 检查检验费

被保险人在住院期间实际发生的、以诊断疾病为目的，且采取必要的医学手段进行检查及检验而发生的费用，包括但不限于 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、便常规检验费以及本合同约定的**大型检查检验**费用。

9. 药品费

被保险人在住院期间实际发生的、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处方药品费用（如为实际发生在中国境外的医疗机构的处方药品费，须符合发生地国家或地区的药品监督管理部门的规定），包含被保险人住院期间在医院开具外配处方并由此产生的药品费，但不包括如下药品的费用：

（1）**中草药（释义 13）**和滋补类药品；

（2）非病情必须的调节免疫功能的药品以及未经医生处方开具的药品；

（3）美容和减肥药品；

（4）预防类药品。

10. 手术费

被保险人在住院期间因医疗状况施行手术而发生的必须且合理的手术医疗费用，包括手术室费、恢复室费、麻醉费、手术检测费、手术辅助费、材料费、一次性用品费、手术设备费。对于**器官移植手术**，不包括**器官供体费用、寻找器官供体、配型、获取以及从供体切除器官、储藏、运送的相关费用**。

11. 住院前后门急诊费

指被保险人住院前 7 日与出院后 30 日内（均含当日）因与该次住院相同原因而发生的门急诊医疗费用，包括由主治医生明确要求进行的合理且必要的门急诊医生诊疗费、检查化验费、药费和敷料费用。

12. 康复治疗费

被保险人因罹患本合同约定的特定疾病，在具有相应资质的康复医疗机构、康复中心、普通医疗机构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、康复护理等，或者遵医嘱居家康复并由此发生的必须且合理的

治疗费用。康复治疗费赔偿限额以保险单载明为准。

13. 恶性肿瘤（释义 14）特定药品医疗费用

指被保险人在治疗恶性肿瘤的过程中产生满足以下条件的特定药品费用：

（1）该特定药品须由医院专科医生开具处方，且特定药品处方符合药品监督管理局批准的该药品说明书中所列明的适应症和用法用量，且为被保险人当前治疗必需的药品；

（2）每次特定药品处方剂量不超过 30 日（含第 30 日）；

（3）该特定药品须在本合同约定的特定药品清单（附件二）范围内；

（4）被保险人须在保险人指定药店购买上述处方中所列的特定药品。

第六条 对于上述各项保险责任，被保险人不论一次或多次在医院进行治疗，保险人均按上述约定给付各项保险金，保险人对于各项保险金的累计给付金额以本合同约定的保险金额为限，累计给付金额达到保险金额时，本合同终止。

第七条 本保险适用医疗费用补偿原则。若保险事故发生时，被保险人通过任何途径所获得的医疗费用补偿金额总和以其实际支出的医疗费用金额为限。对于上述各项保险责任，若被保险人已从其它途径（包括但不限于社会医疗保险（释义 15）、公费医疗、工作单位、保险人在内的任何商业保险机构）获得补偿的，保险人仅按照本合同约定补偿剩余部分，并以保险金额为限，被保险人不得就已经补偿的费用再次向保险人申请保险金。

责任免除

第八条 因下列情形之一，造成被保险人支出本合同约定的医疗费用的，保险人不承担给付保险金的责任：

（一）非疾病治疗类

1. 各种美容整形项目：包括但不限于皮肤色素沉着、对皮肤表面无囊肿形成或无脓肿的痤疮治疗、红斑痤疮治疗；良性皮肤损害（雀斑、老年斑、痣、疣等）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、隆胸费用；因美容整形引起后遗症的医疗费用；

2. 各种健美治疗项目，包括但不限于营养、减肥、增胖、增高费用或者与此相关的治疗费用；各种预防保健性项目，包括但不限于保健按摩、自动按摩床治疗、药物蒸汽治疗、药浴、体疗健身、预防注射以及疾病普查费用；由于非疾病引起的用于缓解身体或生理变化的医疗费用，如衰老、更年期、青春期的非疾病症状；预防或预测性质的基因检测及与此相关的费用；因疲劳、乏力而产生的任何费用；因睡眠紊乱而产生的任何费用，包括但不限于鼾症、失眠、睡眠呼吸暂停低通气综合征及睡眠测试；

3. 各种医疗咨询和健康预测，包括但不限于健康咨询、家庭咨询、婚姻咨询、性咨询、婚前咨询、心理咨询费用；

4. 各种医疗鉴定，包括但不限于医疗事故（释义 16）鉴定、精神病鉴定、孕妇胎儿性别鉴定、各种验伤鉴定、亲子鉴定、遗传基因鉴定费用。

（二）治疗项目类

1. 生殖治疗类：人工辅助生殖、男女节育；输精管或输卵管结扎等绝育术；性功能障碍治疗；非紧急情况下的堕胎，因心理或社会原因实施的堕胎及造成的相关并发症，以及非医学必需剖腹产费；不育症的检查和治疗；绝育恢复手术；变性手术；用于提高性功能的药物；生育/分娩前的培训；与不育或生育相关的任何活细胞冷冻贮藏、植入和再植入费用；

2. 除心脏瓣膜、人工晶体、人工关节、乳房假体之外的人工器官材料费、安装和置换等费用；

3. 性病治疗相关费用，被保险人患艾滋病或感染艾滋病病毒（释义 17）期间因所有疾病所导致的医疗费用；法定传染病治疗费用；遗传性疾病治疗费用；

4. 近视、斜视矫正术费用，包皮环切术、包皮剥离术、包皮气囊扩张术；与脱发相关的治疗及其他相关费用；

5. 被保险人作为器官移植供体发生的医疗费用；

6. 永久性神经损伤或持续植物人状态，超过 90 日的住院治疗；

7. 被保险人接受实验性治疗，即未经公开权威机构证实安全有效的检查、治疗。

（三） 服务设施及医学材料类

1. 使用电话、电炉、煤气、以及任何非医疗的行政费用；
2. 陪护费、护工费、洗理费及各种与诊疗无直接关系的费用（包括但不限于脸盆、卫生塑料及卫生纸费）；
3. 定制或改造任何交通工具、洗浴设备或者住宅设备；
4. 非处方医疗器械；
5. 非必需的假体、矫正器具、支具或相似的器具（本合同约定属于保险责任范围内的除外）。

（四） 药品费用

1. 自购药品（指被保险人未经过医疗机构所属的具有执业医师资格的医生开具医嘱，自行至药房、超市、医院所属商业药房等地点购买的药品）；
2. 营养性复合维生素，矿物质、膏方及其它营养保健药费，试验或研究性质的药物费用；
3. 医生开具的、治疗时长超过 90 天部分的药品（包含维生素）费用；
4. 使用未获得治疗所在地药品监督管理局许可或批准上市的药品，进行未被批准的适应症用药治疗。

（五） 其它

1. 被保险人所患既往症（释义 18）及其并发症引起的医疗费用，但在投保时已告知保险人并经保险人书面同意承保的不在此限；
2. 被保险人发生斗殴（释义 19）、醉酒（释义 20），主动吸食或注射毒品（释义 21）导致的医疗费用；
3. 投保人对被保险人的故意杀害、故意伤害；
4. 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导致的医疗费用；
5. 被保险人参加或从事潜水、跳伞、攀岩、蹦极、驾驶滑翔机或滑翔伞、探险、武术比赛、摔跤、特技表演、赛马、赛车等高风险运动（释义 22）导致的伤害引起的治疗；
6. 由于职业病、医疗事故引起的医疗费用；
7. 被保险人酒后驾驶（释义 23）、无合法有效驾驶证驾驶（释义 24）或驾驶无合法有效行驶证（释义 25）的机动车导致交通意外引起的医疗费用；
8. 任何生物武器、化学武器、核武器、核能装置造成的爆炸、灼伤、污染或者辐射，恐怖活动（释义 26），邪教组织活动，战争（释义 27）、军事行动、暴动或者武装叛乱；
9. 冒名住院、不符合入院标准、挂床（释义 28）住院或住院病人应当出院而拒不出院（从医疗机构确定出院之日起发生的一切医疗费用）；
10. 依据具有相应资格医生的判断，非医学必需的检查和治疗；非合理且必要的医疗费用；
11. 没有提前通知保险人或者得到保险人批准，就接受需事先授权的医疗服务所产生的自付责任；
12. 被保险人在不符合本合同约定的医疗机构内就诊。

保险金额和保险费

第九条 保险金额

每一被保险人的保险金额是保险人承担给付该被保险人保险金责任的最高限额。保险金额以及各分项费用的赔偿限额由投保人、保险人双方约定，并在保险单中载明。

第十条 保险费

除另有约定外，投保人应当在保险合同成立时一次性交付保险费。保险费交清前，本合同不生效。保险合同对合同生效有其他约定的，按照该约定执行。对保险合同生效前发生的保险事故（释义 29），保险人不承担保险责任。

免赔额

第十一条 免赔额指应由被保险人自行承担，本合同不予赔付的部分。免赔额由投保人与保险人在订立保险合同时约定，并在保险单中载明。

保险期间

第十二条 保险期间由保险人和投保人协商确定，以保险单载明的起讫时间为准，最长不超过一年。

不保证续保

第十三条 本保险为不保证续保合同。保险期间届满，投保人需要重新向保险人申请投保本产品，并经保险人同意，交纳保险费，获得新的保险合同。

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。

第十五条 签发保单义务

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。

第十六条 保险合同解除权行使期限

保险人依据第二十条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，保险人不得解除保险合同；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 补充索赔证明和资料的通知

保险人认为保险金申请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。

第十八条 及时核定、赔付义务

保险人收到保险金申请人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保险金申请人。对属于保险责任的，在与保险金申请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保险金申请人发出拒绝给付保险金通知书，并说明理由。

第十九条 先行赔付义务

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

第二十条 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30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。

保险人在本合同订立时已经知道投保人未如实告知的情况的，保险人不得解除本合同；发生保险事故的，保险人应当承担赔偿保险金的责任。

第二十一条 在保险期间内，投保人因人员变动，需增加、减少被保险人时，应当以书面形式向保险人提出申请，经保险人审核同意后出具批单，或在本合同中批注。

（一）对于本合同成立时可参加而未参加本保险人员，在保险期间内投保人不得加保该人员。对于在本合同成立时因其他原因而未参加本保险的人员，投保人可书面通知保险人加保该人员，保险人自通知书载明的起始日期或保险人审核通过日期次日（以较晚者为准）零时起承担保险责任，并按日收取相应保险费。

（二）投保人因人员变动需要增加主被保险人的，应在符合本保险条款第三条约定的条件之日起三十日内书面通知保险人，保险人自通知书载明的起始日期或保险人审核通过日期次日（以较晚者为准）零时起承担保险责任，并按日收取相应保险费。

（三）因主被保险人婚姻状态发生变化需要增加附属被保险人的，投保人应在婚姻状态发生变化三十日内书面通知保险人，保险人自通知书载明的起始日期或保险人审核通过日期次日（以较晚者为准）零时起承担保险责任，并按日收取相应保险费。

（四）投保人因离职、停薪留职、长期缺勤或者其他原因需要减少主被保险人的，投保人应在人员变动三十日内通知保险人。保险人针对减保的主被保险人及其附属被保险人承担保险责任至保险人收到通知书之日二十四时或通知书载明的终止时间（以较晚者为准）止，并退还相应**未满期净保费（释义30）**。

（五）因主被保险人婚姻状态发生变化或者其他原因需要减少附属被保险人的，投保人应在人员变动三十日内书面通知保险人。保险人针对减保的附属被保险人承担保险责任至保险人收到通知之日二十四时或通知书载明的终止时间（以较晚者为准）止，并退还相应**未满期净保费**。

（六）因被保险人（子女除外）在保险期间内生育子女需要增加附属被保险人的，投保人需书面通知保险人，保险人自通知书载明的起始日期或保险人审核通过日期次日（以较晚者为准）零时起对该婴儿承担保险责任，并按日收取相应保险费。

（七）因保险期间内主被保险人经政府相关机构批准合法收养子女需要增加附属被保险人的，投保人需书面通知保险人，保险人自通知书载明的起始日期或保险人审核通过日期次日（以较晚者为准）零时起对该子女承担保险责任，并按日收取相应保险费。

第二十二条 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。**

第二十三条 被保险人的年龄以周岁计算。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在投保单上填明，如果发生错误应按照下列方式办理：

（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合同约定投保年龄限制的，保险人有权解除本合同或取消该被保险人的保险资格，并向投保人退还该被保险人的**未满期净保费**。

（二）投保人申报的被保险人年龄不真实，致使投保人实付保险费少于应付保险费的，保险人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付保险费和应付保险费的比例给付。

（三）投保人申报的被保险人年龄不真实，致使投保人实付保险费多于应付保险费的，保险人应将多收的保险费退还给投保人。

第二十四条 投保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（释义31）**而导致的迟延。

保险金申请与给付

第二十五条 保险金申请方式及要求如下

（一）直接结算

被保险人在支持直接结算的指定医疗机构接受治疗的，该医疗机构受保险人委托免向被

保险人收取与保险人根据本合同本应向**保险金申请人（释义 32）**给付的保险金数额对应且符合直接结算要求（具体要求以保险单载明的为准）的医疗费用，保险金申请人不得就此向保险人申请保险金。

（二）事后报销

被保险人未在支持直接结算的指定医疗机构接受治疗的或该医疗费用不符合直接结算要求的，保险金申请人向保险人请求给付保险金时，应当提交下列证明和资料：

1. 保险金给付申请书；
2. 保险单或者其他保险凭证、批单；
3. 保险金申请人的身份证明，若保险金申请人系受托申请，还应当提供授权委托书和授权委托人的身份证明；
4. 支持索赔的全部账单、证明、信息和证据，包括但不限于医疗机构出具的病历资料、医学诊断书、处方、病理检查、化验报告、医疗费用原始单据、费用明细单据等；
5. 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。

保险金申请人未能提供有关证明和资料，导致保险人无法核实保险事故的性质、原因、损失程度的，保险人对无法核实部分不承担给付保险金的责任。

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（释义33）**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。

第二十六条 当赔付金额未达实际支出医疗费用的全额时，索赔申请人可以书面形式向保险人申请发还收据原件。保险人在加盖印戳并注明已赔付金额后发还收据原件。

争议处理和法律适用

第二十七条 合同争议解决方式由当事人在合同约定从下列两种方式中选择一种：

（一）因履行本合同发生的争议，由当事人协商解决，协商不成的，提交保险单载明的仲裁委员会仲裁；

（二）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。

第二十八条 与本合同有关的以及履行本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）。

保险合同解除

第二十九条 在本合同成立后，投保人可以书面形式通知保险人解除合同，**但保险人已根据本合同约定给付保险金的除外。**

投保人解除本合同时，应提供下列证明文件和资料：

- （一）保险合同解除申请书；
- （二）保险合同凭据；
- （三）保险费交付凭证；
- （四）投保人身份证明或投保单位证明。
- （五）保险人要求的其他有关证明和资料。

投保人要求解除本合同，自保险人接到保险合同解除申请书之时起，本合同的效力终止。保险人在收到上述证明和资料之日起30日内退还本合同的未满期净保费。

释义

1. **保险人：**指与投保人签订本保险合同的申能财产保险股份有限公司及各分支机构。
2. **正常工作：**指全职，能够以惯常的方式履行其全部日常职责，且每周工作时间不少于二十小时。
3. **子女：**指与主被保险人存在父母—子女关系的婚生或者非婚生子女、养子女和抚养关系的继子女。
4. **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。
5. **住院：**是指被保险人因意外伤害或疾病而入住医院的正式病房接受全日24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) 被保险人在医院的（门）急诊观察室、家庭病床（房）入住；
 - (2) 被保险人在非本合同指定的医疗机构病房入住；
 - (3) 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；
 - (4) 被保险人住院体检；
 - (5) 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 24 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. **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。**自然死亡、疾病身故、猝死、自杀以及自伤均不属于意外伤害。**
7. **等待期：**指自本合同生效日起计算的一段时间，具体天数由投保人和保险人在投保时约定，并在保险单中载明。**在等待期内因为疾病接受治疗，或在等待期内确诊并在等待期后接受治疗的，保险人均不承担给付保险金的责任。**
8. **本合同指定的医疗机构：**除另有约定外，本合同指定的医疗机构指中华人民共和国境内（除香港、澳门及台湾地区）合法经营的二级以上（含二级）公立医院的普通部、特需部（不包含公立医院的vip部、国际部或国际医疗中心）以及本合同约定的其他医院，**不包括疗养院、护理院、以康复治疗为主要职能的医疗机构（“康复治疗费”不受此限）、戒酒或戒毒中心、精神心理治疗中心以及无相应医护人员或设备的二级或三级医院的联合医院或联合病房以及其他不承担保险责任的医院（具体以保险合同约定为准）。**

特需部指设立于公立医院中，医疗费收费主体为属事业单位性质的公立医院，且产生的医疗费用满足以下条件之一的诊疗部门：

 - (1) 在医疗费票据或清单中明确属特需医疗，如包含“特需”、“特需部”、“特需医疗”、“特需门诊”、“特需病房”、“特需床位”等表述；
 - (2) 虽然未明确属特需医疗，但相关医疗费用与当地发改委、物价局等医疗服务价格管理部门发布的公立医院医疗服务价格相比有明显升高且部分或全部应当可以经基本医疗保险结算的医疗费项目因医院的原因无法经基本医疗保险结算。
- 本合同约定的其他医院以保单所载为准，被保人在指定的医疗机构就诊可享受约定的保险保障和服务。**
9. **医生：**指具有医疗职业资格的人员，包括内科医生、全科医生、专业医生、医学顾问以及其它任何在相应准许和训练范围内从事医疗服务的人员。
10. **合理且必要：**指医疗费用同时满足下列全部要求：
 - (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。

对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) 由医生开具的处方药；
- 4) 非试验性的、非研究性的项目；
- 5) 与接受治疗当地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。

11. 重症监护病房：指配有中心监护台、心电监护仪及其它监护抢救设施、相对封闭管理的单人或多人监护病房，包括重症加强护理病房（ICU）、冠心病重症加强护理病房（CCU）、呼吸疾病重症加强护理病房（RCU）、神经疾病重症加强护理病房（NICU）、急诊重症加强护理病房（RICU）等。

12. 专业护士：指国家护士注册机构护士登记名册中登记在案的护士。

13. 中草药：中医理论指导下应用的天然药物及其制品，包括中药材和中药饮片，不包括主要起营养滋补作用的药品，起营养滋补作用的药品包括但不限于：

(1) 单味或复方均不予支付费用的中药饮片及药材：

鹿茸、猴枣、狗宝、海马、海龙、玛瑙、玳瑁、冬虫夏草、马宝、牛黄、珊瑚、麝香、羚羊角尖粉、犀角、燕窝、人参（生晒参除外），以及各种可以药用的动物脏器（鸡内金除外）和胎、鞭、尾、筋、骨。

(2) 单味使用不予支付费用的中药饮片及药材：

阿胶、阿胶珠、鹿角胶、鳖甲胶、三七、龟角胶、龟鹿二仙胶、龟板胶、藏红花、生晒参、羚羊角粉。

(3) 以上所列药品包括生药及炮制后的饮片及药材、中药敷贴、中药熏蒸。

14. 恶性肿瘤：同“特定疾病清单”中“恶性肿瘤-重度”的定义。

15. 社会医疗保险：本合同所称的社会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、医疗救助等政府举办的基本医疗保障项目。

16. 医疗事故：指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。

17. 患艾滋病或感染艾滋病病毒：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。

在人体血液或者其它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。

18. 既往症：指在保单生效之前被保险人已患有的且已知晓的有关疾病或症状。

19. 斗殴：指双方或多方通过拳脚、器械等武力以求制胜的行为。斗殴的认定，如有司法机关、公安部门的有关法律文件，则以上述法律文件为准。

20. 醉酒：指血液中的酒精含量大于或者等于80mg/100ml。

21. 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。

22. 高风险运动：指各种危险性较高、技巧与体能需求较高的运动项目。包括：滑翔翼、跳伞、海拔六千米以上的户外运动、十八米深以上的潜水、悬崖跳水、徒步穿越无人区（沙漠、戈壁等）、远海漂流、蹦极、野外攀岩、跑酷等。

23. 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。

24. 无合法有效驾驶证驾驶：指下列情形之一：

- (1) 无驾驶证驾驶或者持有效期已届满的驾驶证驾驶；
- (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、剧毒或者放射性物品等危险物品的机动车，实习期内驾驶机动车牵引挂车；
- (4) 持未按规定审验的驾驶证驾驶，以及驾驶证被暂扣、扣留、吊销或者注销期间驾驶机动车；
- (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) 在依照法律法规或者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驶机动车。

25. 无合法有效行驶证：指下列情形之一：

- (1) 机动车被依法注销登记；
- (2) 机动车无公安机关交通管理部门核发的行驶证、号牌，或者临时号牌或者临时移动证；
- (3) 机动车未在规定检验期限内进行安全技术检验或者检验未通过，未依法按时进行或者通过安全技术检验。

26. 恐怖活动：指恐怖主义性质的下列行为：

- (1) 组织、策划、准备实施、实施造成或者意图造成人员伤亡、重大财产损失、公共设施损坏、社会秩序混乱等严重社会危害的活动的；
- (2) 宣扬恐怖主义，煽动实施恐怖活动，或者非法持有宣扬恐怖主义的物品，强制他人在公共场所穿戴宣扬恐怖主义的服饰、标志的；
- (3) 组织、领导、参加恐怖活动组织的；
- (4) 为恐怖活动组织、恐怖活动人员、实施恐怖活动或者恐怖活动培训提供信息、资金、物资、劳务、技术、场所等支持、协助、便利的；
- (5) 其他恐怖活动。

27. 战争：包括入侵、内战、敌对国家行为、叛乱、革命、武装叛变、武装夺权、战争武器爆炸等。类似战争的行为视为战争。

28. 挂床：指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者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不在此限。

29. 保险事故：指保险合同约定的保险责任范围内的事故。

30. 未满期净保险费：未满期净保费=净保费 $\times$ （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。

净保费=保险费 $\times$ （1-费用比例），除另有约定外，费用比例为 20%。

31. 不可抗力：指不能预见、不能避免并不能克服的客观情况。

32. 保险金申请人：指受益人、被保险人的继承人或者依法享有或行使保险金请求权的其他人。

33. 身份证明：指由政府主管部门规定的证明个人身份的证件，如：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。

附件一：特定疾病清单

本合同约定的特定疾病为中国保险行业协会、中国医师协会联合颁布的《重大疾病保险的疾病定义使用规范（2020 年修订版）》（以下简称“规范”）规定的疾病，且疾病名称和疾病定义与“规范”一致。

1. 恶性肿瘤——重度

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，病灶经组织病理学检查（涵盖骨髓病理学检查）结果明确诊断，临床诊断属于世界卫生组织（WHO，World Health Organization）《疾病和有关健康问题的国际统计分类》第十次修订版（ICD-10）的恶性肿瘤类别及《国际疾病分类肿瘤学专辑》第三版（ICD-O-3）的肿瘤形态学编码属于 3、6、9（恶性肿瘤）范畴的疾病。

下列疾病不属于“恶性肿瘤——重度”，不在保障范围内：

（1）ICD-O-3 肿瘤形态学编码属于 0（良性肿瘤）、1（动态未定性肿瘤）、2（原位癌和非侵袭性癌）范畴的疾病，如：

a. 原位癌，癌前病变，非浸润性癌，非侵袭性癌，肿瘤细胞未侵犯基层，上皮内瘤变，细胞不典型性增生等；

b. 交界性肿瘤，交界恶性肿瘤，肿瘤低度恶性潜能，潜在低度恶性肿瘤等；

（2）TNM 分期为 I 期或更轻分期的甲状腺癌；

（3）TNM 分期为 T1N0M0 期或更轻分期的前列腺癌；

（4）黑色素瘤以外的未发生淋巴结和远处转移的皮肤恶性肿瘤；

（5）相当于 Binet 分期方案 A 期程度的慢性淋巴细胞白血病；

（6）相当于 Ann Arbor 分期方案 I 期程度的何杰金氏病；

（7）未发生淋巴结和远处转移且 WHO 分级为 G1 级别（核分裂像 $<10/50\text{HPF}$ 和 $\text{ki-67} \leq 2\%$ ）或更轻分级的神经内分泌肿瘤。

2. 较重急性心肌梗死

急性心肌梗死指由于冠状动脉闭塞或梗阻引起部分心肌严重的持久性缺血造成急性心肌坏死。急性心肌梗死的诊断必须依据国际国内诊断标准，符合（1）检测到肌酸激酶同工酶（CK-MB）或肌钙蛋白（cTn）升高和/或降低的动态变化，至少一次达到或超过心肌梗死的临床诊断标准；（2）同时存在下列之一的证据，包括：缺血性胸痛症状、新发生的缺血性心电图改变、新生成的病理性 Q 波、影像学证据显示有新出现的心肌活性丧失或新出现局部室壁运动异常、冠脉造影证实存在冠状动脉血栓。

较重急性心肌梗死指依照上述标准被明确诊断为急性心肌梗死，并且必须同时满足下列至少一项条件：

（1）心肌损伤标志物肌钙蛋白（cTn）升高，至少一次检测结果达到该检验正常参考值上限的 15 倍（含）以上；

（2）肌酸激酶同工酶（CK-MB）升高，至少一次检测结果达到该检验正常参考值上限的 2 倍（含）以上；

（3）出现左心室收缩功能下降，在确诊 6 周以后，检测左室射血分数（LVEF）低于 50%（不含）；

（4）影像学检查证实存在新发的乳头肌功能失调或断裂引起的中度（含）以上的二尖瓣反流；

（5）影像学检查证实存在新出现的室壁瘤；

（6）出现室性心动过速、心室颤动或心源性休克。

其他非冠状动脉阻塞性疾病所引起的肌钙蛋白（cTn）升高不在保障范围内。

3. 严重脑中风后遗症

指因脑血管的突发病变引起脑血管出血、栓塞或梗塞，须由头颅断层扫描（CT）、核磁共振检查（MRI）等影像学检查证实，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，仍遗留下列至少一种障碍：

（1）一肢（含）以上肢体肌力 2 级（含）以下；

（2）语言能力完全丧失，或严重咀嚼吞咽功能障碍；

（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。

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、肺脏或小肠的异体移植手术。

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）的移植手术。

5. 冠状动脉搭桥术（或称冠状动脉旁路移植术）

指治疗严重的冠心病，已经实施了切开心包进行的冠状动脉血管旁路移植的手术。

所有未切开心包的冠状动脉介入治疗不在保障范围内。

6. 严重慢性肾衰竭

指双肾功能慢性不可逆性衰竭，依据肾脏病预后质量倡议（K/DOQI）制定的指南，分期达到慢性肾脏病 5 期，且经诊断后已经进行了至少 90 天的规律性透析治疗。规律性透析是指每周进行血液透析或每天进行腹膜透析。

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. 急性重症肝炎或亚急性重症肝炎

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 超或其他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. 严重非恶性颅内肿瘤

指起源于脑、脑神经、脑被膜的非恶性肿瘤，ICD-O-3 肿瘤形态学编码属于 0（良性肿瘤）、1（动态未定性肿瘤）范畴，并已经引起颅内压升高或神经系统功能损害，出现视乳头水肿或视觉受损、听觉受损、面部或肢体瘫痪、癫痫等，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，且须满足下列至少一项条件：

- （1）已经实施了开颅进行的颅内肿瘤完全或部分切除手术；
- （2）已经实施了针对颅内肿瘤的放射治疗，如 γ 刀、质子重离子治疗等。

下列疾病不在保障范围内：

- （1）脑垂体瘤；
- （2）脑囊肿；
- （3）颅内血管性疾病（如脑动脉瘤、脑动静脉畸形、海绵状血管瘤、毛细血管扩张症等）。

10. 严重慢性肝衰竭

指因慢性肝脏疾病导致的肝衰竭，且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衰竭不在保障范围内。

11. 严重脑炎后遗症或严重脑膜炎后遗症

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，指经相关专科医生确诊疾病 180 天后，仍遗留下述至少一种障碍：

- （1）一肢（含）以上肢体肌力 2 级（含）以下；
- （2）语言能力完全丧失，或严重咀嚼吞咽功能障碍；
- （3）由具有评估资格的专科医生根据临床痴呆评定量表（CDR，Clinical Dementia Rating）评估结果为 3 分；
- （4）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（GCS, 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他生命维持系统 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，平均听阈大于等于 91 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，如果使用其他视力表应进行换算）；
- （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随意运动功能永久完全丧失。肢体随意运动功能永久完全丧失，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，或肢体肌力在 2 级（含）以下。

16. 心脏瓣膜手术

指为治疗心脏瓣膜疾病，已经实施了切开心脏进行的心脏瓣膜置换或修复的手术。

所有未切开心脏的心脏瓣膜介入手术不在保障范围内。

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，临床表现为严重的认知功能障碍、精神行为异常和社交能力减退等，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，并经相关专科医生确诊，且须满足下列至少一项条件：

（1）由具有评估资格的专科医生根据临床痴呆评定量表（CDR, Clinical Dementia Rating）评估结果为 3 分；

（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。

阿尔茨海默病之外的其他类型痴呆不在保障范围内。

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，仍遗留下列至少一种障碍：

- （1）一肢（含）以上肢体肌力 2 级（含）以下；
- （2）语言能力完全丧失，或严重咀嚼吞咽功能障碍；
- （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. 严重原发性帕金森病

是一种中枢神经系统的退行性疾病，临床表现为运动迟缓、静止性震颤或肌强直等，经相关专科医生确诊，且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。

继发性帕金森综合征、帕金森叠加综合征不在保障范围内。

20. 严重Ⅲ度烧伤

指烧伤程度为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. 严重特发性肺动脉高压

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(New York Heart Association, NYHA)心功能状态分级 IV 级,且静息状态下肺动脉平均压在 36mmHg(含)以上。

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,经相关专科医生确诊,且须满足下列至少一项条件:

- (1) 严重咀嚼吞咽功能障碍;
- (2) 呼吸肌麻痹导致严重呼吸困难,且已经持续使用呼吸机 7 天(含)以上;
- (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。

23. 语言能力丧失

指因疾病或意外伤害导致语言能力完全丧失,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,且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:骨髓细胞增生程度<正常的 25%;如≥正常的 25%但<50%,则残存的造血细胞应<30%;
- (2) 外周血象须具备以下三项条件中的两项:
 - ① 中性粒细胞绝对值 $<0.5 \times 10^9/L$;
 - ② 网织红细胞计数 $<20 \times 10^9/L$;
 - ③ 血小板绝对值 $<20 \times 10^9/L$ 。

25. 主动脉手术

指为治疗主动脉疾病或主动脉创伤,已经实施了开胸(含胸腔镜下)或开腹(含腹腔镜下)进行的切除、置换、修补病损主动脉血管、主动脉创伤后修复的手术。主动脉指升主动脉、主动脉弓和降主动脉(含胸主动脉和腹主动脉),不包括升主动脉、主动脉弓和降主动脉的分支血管。

所有未实施开胸或开腹的动脉内介入治疗不在保障范围内。

26. 严重慢性呼吸衰竭

指因慢性呼吸系统疾病导致永久不可逆性的呼吸衰竭,经过积极治疗 180 天后满足以下所有条件:

- (1) 静息时出现呼吸困难;
- (2) 肺功能第一秒用力呼气容积(FEV1)占预计值的百分比<30%;
- (3) 在静息状态、呼吸空气条件下,动脉血氧分压(PaO₂)<50mmHg。

27. 严重克罗恩病

指一种慢性肉芽肿性肠炎,具有特征性的克罗恩病(Crohn 病)病理组织学变化,须根据组织病理学特点诊断,且已经造成瘻管形成并伴有肠梗阻或肠穿孔。

28. 严重溃疡性结肠炎

指伴有致命性电解质紊乱的急性暴发性溃疡性结肠炎,病变已经累及全结肠,表现为严重的血便和系统性症状体征,须根据组织病理学特点诊断,且已经实施了结肠切除或回肠造瘻术。

附件二: 特定药品清单

序号	商品名	通用名	适应疾病
1	艾博定	克拉屈滨注射液	白血病
2	艾瑞吉	醋酸阿比特龙片(II)	前列腺癌
3	艾瑞利	阿得贝利单抗注射液	肺癌
4	安得卫	贝莫苏拜单抗注射液	肺癌
5	安尼可	派安普利单抗注射液	淋巴瘤, 肺癌

6	安卫力	琥珀酸莫博赛替尼胶囊	肺癌
7	柏瑞素	紫杉醇口服溶液	胃癌
8	贝博萨	注射用奥加伊妥珠单抗	白血病
9	倍利妥	注射用贝林妥欧单抗	白血病
10	倍诺达	瑞基奥仑赛注射液	淋巴瘤
11	必赛吉	治疗用卡介苗	膀胱癌
12	达伯坦	佩米替尼片	胆管癌
13	达伯特	氟泽雷塞片	肺癌
14	达佑泽	那西妥单抗注射液	神经母细胞瘤
15	多菲戈	氯化镭注射液	前列腺癌
16	恩维达	恩沃利单抗注射液	结直肠癌、实体瘤
17	法舒克	注射用拉布立海	白血病、淋巴瘤
18	福可苏	伊基奥仑赛注射液	多发性骨髓瘤
19	富洛特	普拉曲沙注射液	淋巴瘤
20	高罗华	格菲妥单抗注射液	淋巴瘤
21	汉斯状	斯鲁利单抗注射液	肺癌、实体瘤
22	捷帕力	匹妥布替尼片	淋巴瘤
23	景助达	恩替司他片	乳腺癌
24	卡卫荻	西达基奥仑赛注射液	多发性骨髓瘤
25	凯泽百	达妥昔单抗 β 注射液	神经母细胞瘤
26	可瑞达	帕博利珠单抗注射液	肺癌、头颈癌、食管癌、黑色素瘤、结直肠癌、肝癌、乳腺癌
27	迈维宁	注射用盐酸美法仑	多发性骨髓瘤
28	欧狄沃	纳武利尤单抗注射液	肺癌、头颈部鳞状细胞癌、胃或胃食管连接部腺癌或食管癌、恶性胸膜间皮瘤
29	普吉华	普拉替尼胶囊	肺癌、甲状腺癌
30	普佑恒	普特利单抗注射液	实体瘤/黑色素瘤
31	齐倍安	艾帕洛利托沃瑞利单抗注射液	宫颈癌
32	睿妥	塞普替尼胶囊	肺癌、甲状腺癌
33	赛恺泽	泽沃基奥仑赛注射液	多发性骨髓瘤
34	适加坦	富马酸吉瑞替尼片	白血病
35	思复	注射用维恩妥尤单抗	尿路上皮癌
36	拓达维	注射用戈沙妥珠单抗	乳腺癌
37	拓舒沃	艾伏尼布片	白血病
38	泰立珂	特立妥单抗注射液	多发性骨髓瘤
39	泰圣奇	阿替利珠单抗注射液	肺癌、肝癌
40	泰泽纳	甲苯磺酸他拉唑帕利胶囊	前列腺癌
41	希冉择	雷莫西尤单抗注射液	胃或胃食管结合部腺癌、肝癌
42	易安达	盐酸伊立替康脂质体注射液	胰腺癌
43	易甘泰	钇[90Y]微球注射液	结直肠癌肝转移
44	奕凯达	阿基仑赛注射液	淋巴瘤

45	逸沃	伊匹木单抗注射液	恶性胸膜间皮瘤
46	英飞凡	度伐利尤单抗注射液	肺癌
47	源瑞达	纳基奥仑赛注射液	白血病、淋巴瘤
48	越优力	盐酸伊立替康脂质体注射液 (II)	胰腺癌
49	择捷美	舒格利单抗注射液	肺癌/淋巴瘤/食管癌
50	泽倍珂	尼拉帕利阿比特龙片	前列腺癌
51	智赛	盐酸多柔比星脂质体注射液	卡波氏肉瘤

注：1、上述药品的适应症以国家药品监督管理局、美国食品药品监督管理局（FDA）、欧洲药品管理局（EMA）或日本厚生劳动省（MHLW）批准的药品说明书中所列明的适应症及用法用量。

2、保险人保留对附件一、二进行变更的权利，如欲了解最新的列表情况，您可以拨打 24 小时服务热线 95505 咨询。

申能财产保险股份有限公司
团体住院医疗保险 A 款费率规章

一、基准费率

(一) 计划一 年基准保费:

基准等待期:30 天;

基准免赔额: 0 元;

基准赔付比例: 二级及以上公立医院普通部 100%、二级及以上公立医院特需部 70%;

1、基准保费

年龄（周岁）	基准保额 500 万	
	有社保	无社保
30 天-05	2973	5755
06-10	1902	3715
11-15	1365	2717
16-20	1051	2046
21-25	1179	2306
26-30	1357	2653
31-35	1551	3063
36-40	1769	3632
41-45	2369	4933
46-50	3105	6284
51-55	4208	8066
56-60	5442	10563
61-65	7397	13315
66-70	9513	16913
71-75	12217	21631
76-80	15457	26348
81-85	19236	32367
86-90	23828	39874
91-95	29459	49534
96-100	35661	60396

(二) 计划二 年基准保费:

基准等待期: 30 天;

基准免赔额: 1 万元;

基准赔付比例: 二级及以上公立医院普通部 100%、二级及以上公立医院特需部 70%;

1、基准保费

年龄（周岁）	基准保额 500 万	
	有社保	无社保
30 天-05	3033	5822
06-10	1488	2859
11-15	855	1667
16-20	632	1201
21-25	636	1206
26-30	958	1837

31-35	1080	2083
36-40	1207	2393
41-45	1611	3218
46-50	2063	3979
51-55	2605	4706
56-60	5036	9529
61-65	6869	12067
66-70	8885	15386
71-75	11456	19728
76-80	14542	24113
81-85	18178	29719
86-90	22580	36680
91-95	27973	45609
96-100	33914	55639

二、费率调整系数（各调整系数之间为连乘关系）

1、等待期

等待期(天)	调整系数
0	1.5
30	1.0
30 天以上	0.9

2、被保险人健康状况

健康状况	调整系数
A 类水平	[0.6, 1.0]
B 类水平	[1.0, 1.2]
C 类水平	(1.2, 1.5]

注：A类水平：指被保险人健康状况很好，生活方式健康，风险意识较强；

B类水平：指被保险人健康状况中等，生活方式中等，风险意识中等；

C类水平：指被保险人健康状况较差，生活方式不健康，风险意识较差。

3、被保险人职业类别

职业类别	调整系数
1-2 类	1.0
3-4 类	(1.0, 2.0]
5-6 类	(2.0, 4.0]

4、居住地区

居住地区	调整系数
北上广深津地区	1.0
非北上广深津地区	[0.7, 1.0)

5、经验/预期赔付率

经验/预期赔付率	调整系数
(0%, 50%]	0.7
(50%, 60%]	0.8

(60%, 70%]	0.9
(70%, 80%]	1.0
(80%, 90%]	1.2
(90%, 110%]	1.65
(110%, 150%]	1.95
150%以上	2.3

6、销售渠道

销售渠道	调整系数
直销渠道	[0.7, 1.0]
其他渠道	(1.0, 1.5]

三、保费计算公式

保险费=基准保费×费率调整系数乘积×投保人数×投保天数/365 天