

中国太平洋人寿保险股份有限公司

太保北京市社保补充团体医疗保险条款

太平洋人寿[2024]医疗保险016号



请扫描以查询验证条款

阅读指引

本阅读指引有助于理解条款，对本合同内容的解释以条款为准。

投保人拥有的重要权益

- ❖ 本合同提供的保障在保险责任条款中列明2.5
- ❖ 投保人有退保的权利6.1

投保人应当特别注意的事项

- ❖ 本合同有等待期的约定，请注意2.4
- ❖ 本合同有免赔额、给付比例的约定，请注意2.5、2.6
- ❖ 本合同有责任免除条款，请注意2.7、2.8
- ❖ 保险事故发生后，请及时通知本公司3.2
- ❖ 投保人应当按时支付保险费4.1
- ❖ 退保会给投保人造成一定的损失，请慎重决策6.1
- ❖ 投保人有如实告知的义务7.1
- ❖ 本公司对一些重要术语进行了解释，并作了显著标识，请注意9

保险条款是保险合同的重要内容，为充分保障投保人的权益，请仔细阅读本保险条款。

条款目录（不含三级目录）

1. 双方订立的合同	5. 被保险人的变动	9.9 公费医疗
1.1 合同构成	5.1 被保险人的变动	9.10 特定既往症
1.2 合同成立与生效	6. 合同解除	9.11 醉酒
1.3 投保范围	6.1 投保人解除合同的手续及风险	9.12 毒品
2. 本公司提供的保障	7. 说明、告知与解除权限制	9.13 酒后驾驶
2.1 保险金额	7.1 明确说明与如实告知	9.14 无合法有效驾驶证驾驶
2.2 保险期间	7.2 本公司合同解除权的限制	9.15 无合法有效行驶证
2.3 不保证续保	8. 其他需要关注的事项	9.16 机动车
2.4 等待期	8.1 未还款项	9.17 遗传性疾病
2.5 保险责任	8.2 合同内容变更	9.18 先天性畸形、变形或染色体异常
2.6 免赔额	8.3 联系方式变更	9.19 康复性治疗
2.7 责任免除	8.4 争议处理	9.20 工伤
2.8 其他免责条款	9. 释义	9.21 医疗事故
3. 保险金的申请	9.1 配偶	9.22 感染艾滋病病毒或患艾滋病
3.1 受益人	9.2 子女	9.23 慈善援助
3.2 保险事故通知	9.3 基本医疗保险	9.24 挂床住院
3.3 保险金申请	9.4 意外伤害	9.25 有效身份证件
3.4 保险金给付	9.5 指定医疗机构	9.26 情形复杂
3.5 诉讼时效	9.6 住院	9.27 现金价值
4. 保险费的支付	9.7 必需且合理	9.28 特殊情形
4.1 保险费的支付	9.8 专科医生	

中国太平洋人寿保险股份有限公司

太保北京市社保补充团体医疗保险条款

“太保北京市社保补充团体医疗保险”简称“北京社保补充团体医疗”。在本保险条款中，“本公司”指中国太平洋人寿保险股份有限公司，“本合同”指投保人与本公司之间订立的“太保北京市社保补充团体医疗保险合同”。

1. 双方订立的合同

- 1.1 合同构成 本合同是投保人与本公司约定保险权利义务关系的协议，包括本保险条款、保险单及其他保险凭证、投保单及其他投保文件、合法有效的声明、批注、批单及投保人与本公司共同认可的其他书面协议。
- 1.2 合同成立与生效 投保人提出保险申请、本公司同意承保，本合同成立。合同生效日期在保险单上载明。
- 1.3 投保范围 法人、非法人组织、其他不以购买保险为目的而组成的团体可作为投保人，以与其具有保险利益的人为被保险人向本公司投保本保险。投保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。投保人可为其团体成员及成员**配偶、子女**向本公司投保本保险。投保时，参加本保险的团体成员及成员配偶、子女须符合本公司当时规定的投保条件。

除另有约定外，已参加北京市**基本医疗保险**的参保人且投保时为在保状态的，可作为本合同的被保险人。

2. 本公司提供的保障

- 2.1 保险金额 本合同每一被保险人的年给付限额及各项保险金额由投保人在投保时与本公司约定，并在保险单上载明。
每一被保险人的保险金额一经确定，在保险期间内不得变更。
- 2.2 保险期间 本合同的保险期间为1年，以保险单载明的起讫时间为准。
- 2.3 不保证续保 本合同为不保证续保合同。
本产品保险期间为1年，保险期间届满，投保人需要重新向本公司申请投保本产品，并经本公司同意，交纳保险费，获得新的保险合同。
若投保人在本合同保险期间届满前提出重新投保申请，并经本公司同意，交纳保险费，获得新的保险合同。新的保险合同自本合同保险期间届满之时起续保1年，等待期不重新计算。
若投保人在本合同保险期间届满前未提出重新投保申请，以后若再向本公司申请投保本产品的，新的保险合同等待期重新计算。
若本公司停止本产品的销售，将会及时通知投保人，本公司自停止销售时起不再接受重新投保申请。
- 2.4 等待期 自本合同生效之日起一段时间内为等待期，等待期的天数由投保人在投保时与本公司约定，并在保险单上载明。
被保险人因**意外伤害**造成的医疗费用支出，等待期为0日。

2.5

- 保险责任** 在本合同保险期间内，且本合同有效的前提下，本公司根据投保人选择投保的责任按以下约定承担保险责任：
- 医保内医疗费用保险金** 在保险期间内，被保险人在本合同约定的等待期后经指定医疗机构诊断并接受门诊、住院或其他本合同约定的治疗、检查，对于该被保险人因此在指定医疗机构内支出的必需且合理的、符合当地基本医疗保险范围内的医疗费用，本公司按照本合同的约定给付保险金。
- 医保外医疗费用保险金** 在保险期间内，被保险人在本合同约定的等待期后经指定医疗机构诊断并接受住院或其他本合同约定的治疗、检查，对于该被保险人因此在指定医疗机构（不包括基本医疗保险定点社区卫生服务机构）内支出的必需且合理的、在当地基本医疗保险范围以外的医疗费用，本公司按照本合同的约定给付保险金。
- 特定药品医疗费用保险金** 在保险期间内，被保险人在本合同约定的等待期后经指定医疗机构的专科医生诊断并开具处方，在本合同约定的指定医疗机构、药店购买和使用本合同约定的特定药品，对于该被保险人因此在指定医疗机构、药店支出的必需且合理的该特定药品费用，本公司按照本合同的约定给付保险金。
- 其他约定**
- (1) 投保人、本公司可以就上述“本合同约定的治疗、检查”的具体内容进行约定，并在本合同中载明。
 - (2) 投保人、本公司可以就上述“必需且合理的、当地基本医疗保险范围以内及以外的医疗费用”的具体内容进行约定，并在本合同中载明。
 - (3) 保险金计算，在扣除被保险人按照基本医疗保险或公费医疗的有关规定取得的医疗费用补偿及约定的免赔额后，按本合同约定的给付范围和给付比例，在对应的保险金额内给付保险金。
 - (4) 本合同各项保险责任下的免赔额、保险金额、给付比例由投保人和本公司双方约定，并在保险单中载明。对特定医疗费用项目单独设置保险金额的，由投保人和本公司双方约定，并在保险单中载明。如无特别约定，医保内医疗费用保险金免赔额为北京市基本医疗保险每年城乡居民大病保险起付标准。
 - (5) 若被保险人在本合同等待期前罹患本合同约定的特定既往症，则本公司根据约定的给付比例计算保险金，该给付比例由投保人和本公司双方约定，并在保险单中载明。
 - (6) 若被保险人以参加基本医疗保险身份投保，但未以参加基本医疗保险身份就诊并结算的，则本公司根据另行约定的给付比例计算保险金，该给付比例由投保人和本公司双方约定，并在保险单中载明。
 - (7) 保险期间届满，被保险人治疗仍未结束的，本公司所负保险责任自保险期间届满之时终止。
 - (8) 本合同属于费用补偿型医疗保险。被保险人已经从基本医疗保险、公费医疗、城乡居民大病保险、医疗救助和任何第三方（包括任何商业医疗保险）获得相关医疗费用补偿的，本公司仅对扣除已获得补偿后的剩余部分医疗费用，按照本合同的约定承担给付保险金的责任。
 - (9) 属于特定药品医疗费用保险责任的药品清单，以本公司最新公布信息为准，本公司保留对药品清单进行变更的权利，将根据医疗水平的发展对药

品清单进行更新。

2.6 免赔额 本合同免赔额指被保险人就诊自行承担，本合同不予赔偿的部分。本合同的免赔额由投保人与本公司约定，并在保险单上载明。

2.7 责任免除

2.7.1 因下列情形之一，导致被保险人支出医疗费用的，本公司不承担给付保险金责任：

- (1) 投保人对被保险人的故意杀害、故意伤害；
- (2) 被保险人故意自伤或自杀，但被保险人自杀时为无民事行为能力人的除外；
- (3) 被保险人因挑衅或故意行为而导致的打斗、被袭击或被谋杀，故意犯罪或抗拒依法采取的刑事强制措施；
- (4) 被保险人醉酒，主动吸食或注射毒品；
- (5) 被保险人酒后驾驶，无合法有效驾驶证驾驶，或驾驶无合法有效行驶证的机动车；
- (6) 遗传性疾病，先天性畸形、变形或染色体异常；
- (7) 被保险人未遵医嘱私自服用、涂用、注射药物，未遵医嘱使用管制药物或处方药物（遵医嘱使用管制药物的情形不在此限），未按说明书所示的内容使用非处方药物（按使用说明的规定使用非处方药物的情形不在此限），未经专科医生处方自行购买的药品、有毒物质，专科医生开具的药品处方超过1个月；
- (8) 被保险人接受美容手术、矫形手术、视力矫正、牙科治疗（包括牙科保健和修复、拔牙、洗牙、牙齿美白、牙齿正畸、补牙、种植牙、镶牙等）、变性手术或非因意外伤害而进行的整形手术；
- (9) 不孕不育治疗、人工受精、避孕、节育（含绝育）、绝育后复通、妊娠（含异位妊娠）、分娩（含剖腹产和难产）、流产（含人工流产）、产前产后检查以及由以上原因引起的并发症、包皮环切术、包皮剥离术、包皮气囊扩张术、性功能障碍治疗、各类矫形及生理缺陷治疗（手术和检查检验项目）；
- (10) 被保险人接受各类医疗鉴定（包括但不限于医疗事故鉴定、精神病鉴定、孕妇胎儿性别鉴定、验伤鉴定、亲子鉴定、遗传基因鉴定），接受各类医疗咨询（包括但不限于心理咨询、健康咨询、睡眠咨询），康复性治疗、休养或疗养、特别护理或静养、身体健康检查、美容减肥、脱发治疗、戒烟戒酒；
- (11) 体外使用的医疗辅助设备（包括义肢、假体、义眼、助听器、眼镜或隐形眼镜、轮椅、拐杖、康复治疗器械、按摩保健用品、非处方医疗器械等）的购买、租用、安装和置换费用；
- (12) 被保险人接受未经科学或医学认可的试验性或研究性治疗，或接受未被治疗所在地权威部门批准的治疗，或使用未获得治疗所在地政府许可或批准的药品或药物；
- (13) 工伤、医疗事故，应当由第三人或公共卫生部门负担的责任；
- (14) 被保险人在香港特别行政区、澳门特别行政区、台湾地区或中国境外接受治疗；

(15) 接种预防性疫苗，购买避孕药品，未纳入当地基本医疗保险范围内的维生素、营养品，保健药品、滋补药品及含国家珍贵或濒危动植物材料药品；

(16) 被保险人**感染艾滋病病毒或患艾滋病**期间遭受的意外伤害或罹患疾病；

(17) 被保险人患有精神和行为障碍（依照世界卫生组织《疾病和有关健康问题的国际统计分类》第十次修订版（ICD-10）确定）；

(18) 投保人和本公司约定的其他免责事项。

2.7.2 对于使用本合同约定的特定药品的被保险人，除适用上述2.7.1责任免除外，如存在下列情形的，本公司也不承担给付保险金责任：

(1) 被保险人未经医生处方用药；

(2) 被保险人在非本合同指定医疗机构、药房购买药品，但本合同中未指定医疗机构、药房的不在此列；

(3) 国内上市药品处方的开具与中国国家药品监督管理局批准的该药品说明书中所列明的适应症、用法、用量不符；国外上市且国内未上市药品处方的开具与该药品出口地区管理部门批准的适应症、用法、用量不符；

(4) 相关医学材料不能证明特定药品对被保险人所罹患的疾病治疗有效；

(5) 药品处方的开具与本产品《特定药品目录》的范围不符；

(6) 被保险人的疾病状况，经审核，确定对药品已经耐药，而产生的费用（耐药是指：**a. 实体肿瘤病灶按照 RECIST（实体瘤治疗疗效评价标准）出现疾病进展，即定义为耐药。b. 非实体肿瘤（包含白血病、多发性骨髓瘤、骨髓纤维化、淋巴瘤等恶性肿瘤）在临床上常无明确的肿块或者肿块较小难以发现，经规范治疗后，按相关专业机构（包括：中国临床肿瘤学会（CSCO）、中华医学会血液学分会、中国抗癌协会血液肿瘤专业委员会、国家卫健委、美国国家综合癌症网络（NCCN）等）的指南规范，对患者的骨髓形态学、流式细胞、特定基因检测等结果进行综合评价，得出疾病进展的结论，即定义为耐药。）；**

(7) 被保险人符合**慈善援助**用药申请，但因被保险人未提交相关申请或者提交的申请材料不全，导致援助项目申请未通过而发生的药品费用；被保险人通过援助审核，但因被保险人原因未领取援助药品，视为被保险人自愿放弃本合同项下适用的保险权益。

2.7.3 除当地基本医疗保险相关制度以外，其他法律、行政法规、行政规章及地方性法规、规章以及地方性规定不予支付的医疗费用，本公司不承担给付保险金责任。

2.7.4 被保险人不符合入院标准、**挂床住院**或住院病人应当出院而拒不出院，从医院确定其应当离院之日起发生的一切医疗费用，本公司不承担给付保险金责任。

2.7.5 被保险人在等待期内发生的医疗费用，或者在等待期内确诊疾病但在等待期后因之发生的医疗费用，本公司不承担给付保险金责任，并退还该被保险人已缴纳的保险费；但因遭受意外伤害而发生医疗费用的不在此列。

2.7.6 对于本合同载明的免赔额，本公司不承担给付保险金的责任。

2.7.7 被保险人未办理北京市基本医疗保险时所患的特定既往症，本公司不承担给

付保险金的责任。

- 2.8 其他免责条款 除本条款“2.7 责任免除”外，本合同中还有一些免除本公司责任的条款，详见以下条款中背景突出显示的内容：“2.4 等待期”、“2.5 保险责任”、“2.6 免赔额”、“3.2 保险事故通知”、“9 释义”。

3. 保险金的申请

- 3.1 受益人 除另有约定外，本合同保险金的受益人为被保险人本人。

- 3.2 保险事故通知 投保人、被保险人或受益人知道保险事故后应当在 10 日内通知本公司。如果投保人、被保险人或受益人故意或者因重大过失未及时通知，致使保险事故的性质、原因、损失程度等难以确定的，本公司对无法确定的部分，不承担给付保险金的责任，但本公司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。被保险人应当在指定医疗机构接受治疗。如果因急诊未在指定医疗机构接受治疗的，应当在接受治疗之日起 3 日内通知本公司，并在病情好转后及时转入指定医疗机构。

- 3.3 保险金申请 在申请保险金时，请按照下列方式办理：

医保内医疗费用保险金、医保外医疗费用保险金、特定药品医疗费用保险金申请 申请人须填写保险金给付申请书，并提供下列证明和资料：

- (1) 保险合同或其他保险凭证；
- (2) 申请人的有效身份证件；
- (3) 由医疗机构出具的诊断证明、病历、出院小结（如存在住院的）、医疗费用发票（包含费用清单）及其他重要医疗记录〔包括但不限于住院志（如存在住院的）、体温单、医嘱单、化验单（检验报告）、医学影像检查资料、病理资料、护理记录等〕，由指定医疗机构、药店出具的药品费用清单以及收据或发票；
- (4) 对于已经从基本医疗保险、公费医疗、城乡居民大病保险、医疗救助和任何第三方（包括任何商业医疗保险）获得相关医疗费用补偿的，应提供基本医疗保险机构、商业保险机构或其他第三方的医疗费用分割单或医疗费用结算证明；
- (5) 所能提供的与确认保险事故的性质、原因等有关的其他证明和资料。

以上各项保险金申请的证明或资料不完整的，本公司将及时一次性通知申请人补充提供有关证明和资料。

- 3.4 保险金给付 本公司在收到保险金给付申请书及合同约定的证明和资料后，将在 5 个工作日内作出核定；情形复杂的，在 30 日内作出核定。对属于保险责任的，本公司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。本公司未及时履行前款规定义务的，除支付保险金外，应当赔偿受益人因此受到的损失。前述“损失”是指根据中国人民银行公布的同时期的人民币活期存款基准利率计算的利息损失。对不属于保险责任的，本公司自作出核定之日起 3 日内向受益人发出拒绝给付保险金通知书并说明理由。

本公司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;本公司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 受益人向本公司请求给付保险金的诉讼时效期间为 2 年,自其知道或者应当知道保险事故发生之日起计算。

4. 保险费的支付

- 4.1 保险费的支付 除另有约定外,投保人应于投保时一次性支付全部保险费。
本合同属于产品参数可调的短期团体健康保险产品,本公司根据产品参数调整办法、自身风险管理水平和投保团体的风险情况计算相应的保险费率。

5. 被保险人的变动

- 5.1 被保险人的变动 若投保人需要增加或减少被保险人,应书面通知本公司。
对于要求增加被保险人的,本公司审核同意并收到相应的保险费的次日零时起,开始对新增的被保险人承担保险责任。
对于要求减少被保险人的,除另有约定外,本公司对退出本保险的被保险人所负的保险责任自通知到达时终止,本公司按约定退还相应的**现金价值**。对于已经发生保险事故的,本公司不退还现金价值,但仍承担对该被保险人的保险责任。

6. 合同解除

- 6.1 投保人解除合同的手续及风险 本合同成立后,除本合同另有约定外,投保人可以要求解除本合同。投保人申请解除合同时被保险人已发生或应当发生保险金给付的,本公司不退还该被保险人对应的现金价值。
投保人要求解除本合同时,应填写保险合同解除申请书,并提交保险单、保险费交付凭证和投保人身份证明。本合同自本公司接到保险合同解除申请书时终止。本公司于接到保险合同解除申请书之日起三十日内向投保人退还本合同的现金价值。
本合同中涉及到本公司向投保人退还保险费、现金价值时,本公司均以银行转账方式将相应金额退至投保人投保本合同时交纳保险费的账户,属于**特殊情形**之一的除外。

7. 说明、告知与解除权限制

- 7.1 明确说明与如实告知 订立本合同时,本公司应向投保人说明本合同的内容。
对保险条款中免除本公司责任的条款,本公司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。
本公司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,足以影响本公司决定是否同意承保或者提高保险费率的,本公司有权解除本合同或终止对该被保险人的保险责任。
如果投保人故意不履行如实告知义务,对于本合同解除前或终止对该被保险

人的保险责任前发生的保险事故，本公司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，对于本合同解除前或终止对该被保险人的保险责任前发生的保险事故，本公司不承担给付保险金的责任，但应当退还保险费。

本公司在合同订立时已经知道投保人未如实告知的情况的，本公司不得解除合同或终止对该被保险人的保险责任；发生保险事故的，本公司承担给付保险金的责任。

- 7.2 本公司合同解除权的限制 本保险条款“7.1 明确说明与如实告知”规定的合同解除权，自本公司知道有解除事由之日起，超过 30 日不行使而消灭。

8. 其他需要关注的事项

- 8.1 未还款项 本公司在给付保险金、退还保险单的现金价值或退还保险费时，如果投保人有欠交的保险费、其他未还款项及相应的利息，本公司会在扣除上述欠款后给付。
- 8.2 合同内容变更 在本合同有效期内，经投保人与本公司协商一致，可以变更本合同的有关内容。变更本合同的，应当由本公司在保险单或者其他保险凭证上批注或者附贴批单，或者由投保人与本公司订立书面的变更协议。
- 8.3 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双方认可的其他形式通知本公司。若投保人未以书面形式或双方认可的其他形式通知本公司，本公司按本合同载明的最后住所、通讯地址或电话等联系方式发送的有关通知，均视为已送达给投保人。
- 8.4 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，提交本合同约定的仲裁委员会仲裁；
(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。

9. 释义

- 9.1 配偶 指存有合法婚姻关系的夫或妻。
- 9.2 子女 包括亲生子女、依法办理收养登记的养子女和有抚养关系的继子女。
- 9.3 基本医疗保险 指国家最新修订颁布的《社会保险法》规定的基本医疗保险，包括职工基本医疗保险、城乡居民基本医疗保险等政府举办的基本医疗保险。
- 9.4 意外伤害 指遭受外来的、突发的、非本意的、非疾病的客观事件直接致使身体受到的伤害。
- 9.5 指定医疗机构 除本合同另有约定外，指定医疗机构指中华人民共和国境内（不包括香港、澳门、台湾地区）基本医疗保险定点社区卫生服务机构、二级（含）及以上医院或本公司认可的医疗机构（不包括其附属的国际医疗、特需医疗、贵宾医疗、外宾医疗或者相类似的部门和科室），且应符合下列所有条件：

- (1) 拥有合法经营执照；
 - (2) 设立的主要目的为向受伤者和患病者提供留院治疗和护理服务；
 - (3) 有合格的医生和护士提供全日二十四小时的医疗和护理服务；
 - (4) 非主要作为康复医院、诊所、护理、疗养、戒酒、戒毒或类似的医疗机构。
- 投保人和本公司还可以约定指定医疗机构的条件、范围等，但须在本合同中载明。

9.6 住院

住院指被保险人入住医院的正式病房接受治疗，并正式办理入出院手续，但不包括下列情形：

- (1) 被保险人入住医院的门（急）诊观察室、家庭病床（房）；
- (2) 被保险人入住康复科、康复病床（房）或接受康复治疗；
- (3) 被保险人住院期间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 24 小时，但遵医嘱到外院接受临时治疗的情形除外；
- (4) 被保险人未达到入院标准而办理入院手续，或已达到出院标准而不办理出院手续；
- (5) 被保险人住院体检；
- (6) 挂床住院及其他不合理的住院。

9.7 必需且合理

指符合以下 2 个条件：

(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本公司根据客观、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。

对是否医学必需由本公司根据客观、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。

9.8 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) 在国家《医院分级管理标准》二级或二级以上医院的相应科室从事临床工作三年以上。

- 9.9 公费医疗 指国家通过医疗卫生部门向享受人员提供的制度规定范围内的免费医疗预防，是国家为保障享受人员身体健康而设立的一种社会保障制度。
- 9.10 特定既往症 指本合同中载明的、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。包括但不限于：
(1)被保险人在保单生效前，医生已有明确诊断，长期治疗未间断；
(2)被保险人在保单生效前，医生已有明确诊断，治疗后症状未完全消失，有间断用药或接受治疗的情况；
(3)被保险人在保单生效前发生，未经医生诊断和治疗，但症状已经显现足以促使一般普通谨慎人士引起注意并寻求诊断、治疗或护理的病症。
“特定既往症”应以本合同载明为准。
- 9.11 醉酒 指因饮酒而表现出动作不协调、意识紊乱、舌重口吃或其他不能清醒地控制自己行为的状态。醉酒的认定，如有司法机关、公安部门的有关法律文件、医院的诊断书等，则以上述法律文件、诊断书等为准。
- 9.12 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。
- 9.13 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。
- 9.14 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；
(5)因道路交通安全违法行为，在一个记分周期内，被公安机关交通管理部门累积记分达到12分。
- 9.15 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的；
(2)未依法取得行驶证，违法上道路行驶的；
(3)未依法按时进行或通过机动车安全技术检验。
- 9.16 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。
- 9.17 遗传性疾病 指生殖细胞或受精卵的遗传物质（染色体和基因）发生突变或畸变所引起的疾病，通常具有由亲代传至后代的垂直传递的特征。
- 9.18 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》第十次修订版（ICD-10）确定。

- 9.19 康复性治疗 指利用物理治疗、作业治疗、言语治疗方法以诊断、治疗残疾和疾病（包括疼痛），使病、伤、残者得到康复，消除或减轻功能障碍，发挥身体残留部分功能，尽可能恢复其生活自理能力、运动能力、工作能力以重新回归社会。
- 9.20 工伤 指符合国家最新修订颁布的《工伤保险条例》规定的“认定为工伤”或者“视同工伤”情形的事故。
- 9.21 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。
- 9.22 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。
在人体血液或其他样本中检测到艾滋病病毒或其抗体呈阳性，没有出现临床症状或体征的，为感染艾滋病病毒；如果同时出现了明显临床症状或体征的，为患艾滋病。
- 9.23 慈善援助 指由慈善机构设定的针对特定药品的慈善项目或捐助计划等。
- 9.24 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 小时在床、在院，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、床位费的情况。
- 9.25 有效身份证件 指由政府主管部门规定的证明其身份的证件，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、户口簿等证件。
- 9.26 情形复杂 指保险事故的性质、原因、伤害或损失程度等在本公司收到保险金给付申请书及合同约定的证明和资料后 5 个工作日内无法确定，需要进一步核实。
- 9.27 现金价值 指保险单所具有的价值，通常体现为解除合同时，根据精算原理计算的，由本公司退还的那部分金额。本合同保险单的现金价值=本合同的保险费×（1-附加费用率）×（1-n/m），其中 n 为本合同已生效天数，m 为本合同保险期间的天数。合同已生效的天数不足一天的不计。附加费用率在投保时由投保人和本公司协商确定，但最高不超过 25%。
- 9.28 特殊情形 团体保险的现金价值或者保险费应当通过银行等资金支付系统转账至原交款账户，下列特殊情形除外：
(1) 投保人原交款账户销户或者原交款账户存在异常状态导致无法转账成功的，经投保人或者承继投保人权利的人提供有效证明文件，本公司向投保人退还的保险费、现金价值可以通过银行转账至其指定账户，该指定账户应属于投保人或者承继投保人权利的人；
(2) 投保人收入和支出账户不一致的，经投保人提供有效证明文件，本公司向投保人退还的保险费、现金价值可以通过银行转账至投保人指定账户，该指定账户应属于投保人；
(3) 投保人为党政机关、事业单位且根据有关规定应将本公司向投保人退还的保险费、现金价值转账至财政或国库账户的，或者按照仲裁结果或者法院判决应将本公司向投保人退还的保险费、现金价值转账至仲裁机构或法院指定账户的；

(4) 投保人没有银行账户或者以现金形式交纳保险费的；

(5) 经投保人提供有效证明文件，被保险人个人交纳的保险费和其对应的现金价值可以退还给被保险人。