

中国太平洋人寿保险股份有限公司

太保附加学无忧医疗保险条款

太平洋人寿[2021]医疗保险110号



请扫描以查询验证条款

阅读指引

本阅读指引有助于您理解条款，对本附加险合同内容的解释以条款为准。

您拥有的重要权益

- ❖ 本附加险合同提供的保障在保险责任条款中列明 2.4
- ❖ 您有退保的权利 5.2

您应当特别注意的事项

- ❖ 本附加险合同有疾病观察期、给付比例的约定，请您注意 2.4
- ❖ 本附加险合同有免赔额的约定，请您注意 2.5
- ❖ 本附加险合同有责任免除条款，请您注意 2.7
- ❖ 主险合同终止时，本附加险合同同时终止 5.1
- ❖ 退保会给您造成一定的损失，请您慎重决策 5.2
- ❖ 本附加险合同的某些事项适用主险合同条款，请您注意 6.2
- ❖ 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

保险条款是保险合同的重要内容，为充分保障您的权益，请您仔细阅读本附加险条款。

条款目录

1. 您与我们订立的合同	5.1 合同终止	7.17 机动车
1.1 合同订立	5.2 您解除合同的手续及风险	7.18 潜水
1.2 合同构成	6. 其他需要关注的事项	7.19 攀岩
1.3 合同成立与生效	6.1 危急重病及转院	7.20 探险
1.4 投保年龄	6.2 适用主险合同条款	7.21 武术比赛
2. 我们提供的保障	7. 释义	7.22 特技表演
2.1 基本保险金额	7.1 周岁	7.23 精神疾患
2.2 保险期间	7.2 疾病观察期	7.24 遗传性疾病
2.3 不保证续保	7.3 意外伤害	7.25 先天性畸形、变形或染色体异常
2.4 保险责任	7.4 住院	7.26 职业病
2.5 免赔额	7.5 指定医疗机构	7.27 感染艾滋病病毒或患艾滋病
2.6 费用补偿原则	7.6 公费医疗	7.28 矫形、矫形手术
2.7 责任免除	7.7 基本医疗保险	7.29 种植牙
3. 保险金的申请	7.8 城乡居民大病保险	7.30 现金价值
3.1 受益人	7.9 合理且必要	7.31 情形复杂
3.2 保险金申请	7.10 单次住院	7.32 病情稳定
3.3 保险金给付	7.11 醉酒	
3.4 诉讼时效	7.12 斗殴	
4. 保险费的支付	7.13 毒品	
4.1 保险费的支付	7.14 酒后驾驶	
5. 合同终止与解除	7.15 无合法有效驾驶证驾驶	
	7.16 无合法有效行驶证	

中国太平洋人寿保险股份有限公司

太保附加学无忧医疗保险条款

“太保附加学无忧医疗保险条款”简称“太保附加学无忧医疗”。在本附加险条款中，“您”指投保人，“我们”指中国太平洋人寿保险股份有限公司，“本附加险合同”指您与我们之间订立的“太保附加学无忧医疗保险合同”。

1. 您与我们订立的合同

- 1.1 合同订立 本附加险合同由主险合同的投保人与我们订立。
- 1.2 合同构成 本附加险合同是您与我们约定保险权利义务关系的协议，包括本附加险条款、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、批单及其他您与我们共同认可的书面协议。
- 1.3 合同成立与生效 您提出保险申请、我们同意承保，本附加险合同成立。合同生效日期在保险单上载明。
- 1.4 投保年龄 投保时本附加险合同被保险人的年龄范围为出生满 30 天至 25 周岁。

2. 我们提供的保障

- 2.1 基本保险金额 本附加险合同的基本保险金额为人民币 10 万元，基本保险金额在保险单上载明。
- 2.2 保险期间 本附加险合同的保险期间为 1 年，保险期间在保险单上载明。
- 2.3 不保证续保 本附加险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，您需要重新向我们申请投保本产品，并经我们同意，交纳保险费，获得新的保险合同。
若您在本附加险合同保险期间届满前提出续保申请，并经我们同意，交纳保险费，获得新的保险合同。新的保险合同自本附加险合同保险期间届满之时起续保 1 年，**疾病观察期**不重新计算。
若您在本附加险合同保险期间届满前未提出续保申请，以后若再向我们申请投保本产品的，新的保险合同自我们同意承保并收到保险费后开始生效，**疾病观察期**重新计算。
若我们停止本附加险的销售，将会及时通知您，我们自停止销售时起不再接受投保、续保申请。
- 2.4 保险责任 本附加险合同的保险责任分为基本保障和可选保障，**只有您在投保时选择可选保障，我们方承担“住院津贴保险金”的给付责任。**您选择投保的保险责任在保险单上载明。
在本附加险合同保险期间内，且本附加险合同有效的前提下，我们根据您的选择按以下约定承担保险责任：
住院医疗保险金（基本保障） 被保险人因遭受**意外伤害**或者在疾病观察期后因意外伤害以外的原因发生疾病而**住院治疗**，在我们**指定医疗机构**的普通病房住院治疗所支出的医疗费用，我们按以下公式计算并给付住院医疗保险金：

(1) 对于投保时已参加公费医疗或基本医疗保险的被保险人：

(a) 申请住院医疗保险金时被保险人已从公费医疗、基本医疗保险或城乡居民大病保险获得医疗费用补偿的，住院医疗保险金=（被保险人发生的符合政府基本医疗保险管理规定范围内合理且必要的医疗费用金额总和-被保险人从公费医疗、基本医疗保险、城乡居民大病保险取得的医疗费用补偿金额总和-被保险人从工作单位、本公司在内的商业保险机构等任何途径取得的医疗费用补偿金额总和-约定的免赔额余额）×《表：住院医疗保险金给付比例》约定的比例。

(b) 申请住院医疗保险金时被保险人未从公费医疗、基本医疗保险或城乡居民大病保险获得医疗费用补偿的，住院医疗保险金=（被保险人发生的符合政府基本医疗保险管理规定范围内合理且必要的医疗费用金额总和-被保险人从公费医疗、基本医疗保险、城乡居民大病保险取得的医疗费用补偿金额总和-被保险人从工作单位、本公司在内的商业保险机构等任何途径取得的医疗费用补偿金额总和-约定的免赔额余额）×《表：住院医疗保险金给付比例》约定的比例×50%。

(2) 对于投保时未参加公费医疗且未参加基本医疗保险的被保险人：

住院医疗保险金=（被保险人发生的符合政府基本医疗保险管理规定范围内合理且必要的医疗费用金额总和-被保险人从工作单位、本公司在内的商业保险机构等任何途径取得的医疗费用补偿金额总和-约定的免赔额余额）×《表：住院医疗保险金给付比例》约定的比例。

表：住院医疗保险金给付比例（单位：人民币元）

（医疗费用金额总和-医疗费用补偿金额总和-免赔额余额）的剩余金额	给付比例
10000 以下（含 10000）部分	50%
10000 至 20000（含 20000）部分	60%
20000 以上部分	70%

被保险人因意外伤害或疾病进行住院治疗，至保险期间届满住院仍未结束的，我们继续承担给付住院医疗保险金责任至住院结束，但住院治疗最长不超过保险期间届满之日起第 30 日。

每一保单年度内，我们一次或多次累计给付的住院医疗保险金以本附加险合同基本保险金额为限。

意外伤害门 （急）诊医疗 保险金（基本 保障）

若被保险人因遭受意外伤害接受门（急）诊治疗，在我们指定医疗机构普通部接受门（急）诊治疗所支出的医疗费用，我们按以下公式计算并给付意外伤害门（急）诊医疗保险金：

(1) 对于投保时已参加公费医疗或基本医疗保险的被保险人：

(a) 申请意外伤害门（急）诊医疗保险金时被保险人已从公费医疗、基本医疗保险或城乡居民大病保险获得医疗费用补偿的，意外伤害门（急）诊医疗保险金 =（被保险人发生的符合政府基本医疗保险管理规定范围内合理且必要的医疗费用金额总和-被保险人从公费医疗、基本医疗保险、城乡居民大病保险取得的医疗费用补偿金额总和-被保险人从工作单位、本公司在内的商业保险机构等任何途径取得的医疗费用补偿金额总和-约定的免赔额余额）×80%。

(b) 申请意外伤害门(急)诊医疗保险金时被保险人未从公费医疗、基本医疗保险或城乡居民大病保险获得医疗费用补偿的,意外伤害门(急)诊医疗保险金 = (被保险人发生的符合政府基本医疗保险管理规定范围内合理且必要的医疗费用金额总和-被保险人从公费医疗、基本医疗保险、城乡居民大病保险取得的医疗费用补偿金额总和-被保险人从工作单位、本公司在内的商业保险机构等任何途径取得的医疗费用补偿金额总和-约定的免赔额余额) × 40%。

(2) 对于投保时未参加公费医疗且未参加基本医疗保险的被保险人:

意外伤害门(急)诊医疗保险金 = (被保险人发生的符合政府基本医疗保险管理规定范围内合理且必要的医疗费用金额总和-被保险人从工作单位、本公司在内的商业保险机构等任何途径取得的医疗费用补偿金额总和-约定的免赔额余额) × 80%。

每一保单年度内,我们一次或多次累计给付的意外伤害门(急)诊医疗保险金以人民币 3000 元为限。

住院津贴保险金(可选保障)

被保险人遭受意外伤害或在疾病观察期后因意外伤害以外的原因发生疾病,在我们指定医疗机构普通部住院治疗的,我们从被保险人**单次住院**的第四天开始每日按日住院津贴金额人民币 100 元给付住院津贴保险金。

被保险人在保险期间内开始住院治疗,到保险期间届满住院仍未结束的,我们继续承担给付保险金责任至住院结束,但最长不超过保险期间届满之日起第 30 日。

每一保单年度内,不论被保险人一次或多次发生住院治疗,累计最高给付天数以 180 日为限。

2.5 免赔额

本附加险合同住院医疗保险金免赔额指年免赔额,指被保险人在一个保单年度内自行承担,本附加险合同不予赔偿的部分。被保险人通过公费医疗、基本医疗保险和城乡居民大病保险获得的医疗费用补偿,不可用于抵扣免赔额,但被保险人从工作单位、本公司在内的商业保险机构等任何途径取得的医疗费用补偿可用于抵扣免赔额。在一个保单年度内住院医疗保险金免赔额经抵扣过后剩余的金额为住院医疗保险金免赔额余额,且住院医疗保险金免赔额余额 ≥ 0。除另有约定外,本附加险合同住院医疗保险金免赔额为人民币 600 元/年。

本附加险合同意外伤害门(急)诊医疗保险金免赔额指次免赔额,指被保险人在保险期间内每次就诊自行承担,本附加险合同不予赔偿的部分。被保险人通过公费医疗、基本医疗保险和城乡居民大病保险获得的医疗费用补偿,不可用于抵扣免赔额,但被保险人从工作单位、本公司在内的商业保险机构等任何途径取得的医疗费用补偿可用于抵扣免赔额。在每次意外伤害门(急)诊医疗保险金免赔额经抵扣过后剩余的金额为意外伤害门(急)诊医疗保险金免赔额余额,且意外伤害门(急)诊医疗保险金免赔额余额 ≥ 0。

除另有约定外,本附加险合同意外伤害门(急)诊医疗保险金免赔额为人民币 100 元/次。

被保险人同一日(零时起至二十四时止)内在同一所指定医疗机构进行的门(急)诊治疗视为 1 次。

2.6 费用补偿原则

本附加险合同中的住院医疗保险金、意外伤害门(急)诊医疗保险金责任适用

费用补偿原则，若被保险人已从公费医疗、基本医疗保险、城乡居民大病保险，和被保险人从工作单位、本公司在内的商业保险机构等任何途径取得医疗费用补偿的，我们按以上保险金计算公式的约定计算并在各项责任限额内给付保险金，且最高给付金额不超过被保险人实际发生的医疗费用扣除其所获医疗费用补偿后的余额。

2.7 责任免除

对下列费用或因下列情形之一导致被保险人接受治疗的，我们不承担保险责任：

- (1) 投保人对被保险人的故意杀害、故意伤害；
- (2) 被保险人故意犯罪或抗拒依法采取的刑事强制措施；
- (3) 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；
- (4) 被保险人醉酒，斗殴，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) 被保险人参加潜水、跳伞、攀岩、驾驶滑翔机或滑翔伞、探险、摔跤、武术比赛、特技表演、赛马、赛车等高风险活动；
- (7) 战争、军事冲突、暴乱或武装叛乱；
- (8) 核爆炸、核辐射或核污染；
- (9) 被保险人在本附加险合同生效前或疾病观察期内所患或出现的疾病（或其并发症）、生理缺陷、残疾；
- (10) 被保险人怀孕、流产、堕胎、分娩（含剖宫产）、避孕、节育绝育手术、治疗不孕不育症、产前产后检查，或由前述情形导致的并发症，但异位妊娠、意外伤害所致的流产或分娩除外；
- (11) 一般健康检查、疗养、特别护理、康复性治疗、物理治疗、心理咨询、心理治疗或以捐献身体器官为目的的医疗行为；
- (12) 性病、精神疾患、遗传性疾病、先天性畸形、变形或染色体异常、职业病；
- (13) 被保险人感染艾滋病病毒或患艾滋病；
- (14) 整容、整容手术、美容、美容手术、矫形、矫形手术、外科整形手术、变性手术、预防性手术（如预防性阑尾切除），但因意外伤害所致的矫形、矫形手术、外科整形手术除外；
- (15) 因意外伤害以外的原因导致的牙科治疗，任何原因导致的种植牙治疗、牙齿整形、牙科保健（如洗牙洁牙等）；
- (16) 包皮环切术、包皮剥离术、包皮气囊扩张术、性功能障碍治疗；
- (17) 修复、安装或购买残疾用具（如轮椅、假肢、助听器、假眼等）所产生的费用；
- (18) 除心脏瓣膜、人工晶体、人工关节、心脏起搏器、人工肺、人工肾、人工食管、人工胰、人工血管以外的人工器官材料费、安装和置换等费用，修复、安装或购买各种康复治疗器械、假体、义肢、自用的按摩保健和治疗用品、所有非处方医疗器械所产生的费用；
- (19) 因视力矫正发生的医疗费用（如视力矫正术、验眼配镜等）；
- (20) 被保险人在我们指定医疗机构范围外的其他医疗机构发生的医疗费用，但本附加险条款“6.1 急危重病及转院”另有约定的除外；
- (21) 在我们指定医疗机构之外的任何机构购买药品所产生的费用；

(22) 本附加险合同约定的合理且必要的医疗费用外的其他费用;

(23) 被保险人支出的医疗费用中依法已由第三者赔偿的部分。

发生上述第(1)项情形导致被保险人身故的,本附加险合同终止,我们向被保险人的继承人退还本附加险合同保险单的**现金价值**。

发生上述第(2)项至第(16)项情形导致被保险人身故的,本附加险合同终止,我们向您退还本附加险合同保险单的**现金价值**。

如保单年度内已发生过保险金给付,我们不退还本附加险合同保险单的**现金价值**。

3. 保险金的申请

3.1 受益人 除另有指定外,本附加险合同保险金的受益人为被保险人本人。

3.2 保险金申请 在申请保险金时,申请人须填写保险金给付申请书,并提供下列证明和资料:

住院医疗保险
金申请

- (1) 保险合同或电子保险单号;
- (2) 申请人的有效身份证件;
- (3) 被保险人的有效身份证件;
- (4) 医院出具的被保险人医疗诊断书(包括必要的病历记录及检查报告)、出院小结或出院诊断证明;
- (5) 指定医疗机构出具的住院医疗费用的原始凭证、结算明细清单(指住院期间每日各项费用明细)和处方;
- (6) 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。

意外伤害门
(急)诊医疗
保险金申请

- (1) 保险合同或电子保险单号;
- (2) 申请人的有效身份证件;
- (3) 被保险人的有效身份证件;
- (4) 门诊病历记录及相应医学检查报告等;
- (5) 指定医疗机构出具的医疗费用的原始凭证及结算明细清单等;
- (6) 所能提供的与确认保险事故的性质、原因、伤害或损失程度等有关的其他证明和资料。

住院津贴保险
金申请

- (1) 保险合同或电子保险单号;
- (2) 申请人的有效身份证件;
- (3) 被保险人的有效身份证件;
- (4) 包括住院志(即入院记录)、体温单、医嘱单、化验单(检验报告)、医学影像检查资料、特殊检查(治疗)同意书、手术同意书、手术及麻醉记录单、病理报告、护理记录、出院记录在内的住院病历复印件;
- (5) 住院医疗费用的原始凭证;
- (6) 出院小结或出院诊断证明;
- (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。

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

3.3 保险金给付 我们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,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，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。

我们在收到保险金给付申请书及有关证明和资料之日起 60 日内，对给付保险金的数额不能确定的，根据已有证明和资料可以确定的数额先予支付；我们最终确定给付保险金的数额后，将支付相应的差额。

- 3.4 诉讼时效 受益人向我们请求给付保险金的诉讼时效期间为 2 年，自其知道或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 本附加险合同保险费根据约定的基本保险金额、投保年龄等情况确定。您应于投保时一次性支付全部保险费。
续保时，我们按照续保保险费费率标准收取续保保险费；如您不接受，可不申请续保本附加险合同。

5. 合同终止与解除

- 5.1 合同终止 当发生下列情形之一时，本附加险合同效力终止：
(1) 主险合同终止；
(2) 因本附加险合同其他条款的约定而终止。
- 5.2 您解除合同的手续及风险 如您申请解除本附加险合同，请填写解除合同申请书并向我们提供下列资料：
(1) 保险合同；
(2) 您的有效身份证件。
自我们收到解除合同申请书时起，本附加险合同终止。我们自收到解除合同申请书之日 30 日内向您退还本附加险合同保险单的现金价值。如已发生过保险金给付的，我们不退还本附加险合同保险单的现金价值。
您解除合同会遭受一定损失。

6. 其他需要关注的事项

- 6.1 急危重病及转院 急危重病指疾病病程短、病情相对严重（特别是严重急性病或外伤），需要短期治疗的疾病。急、危重病人就诊不受我们指定医疗机构范围的限制（不含中国大陆以外的医疗机构），但经急救病情稳定后，须转入我们指定医疗机构治疗，否则，我们对被保险人于病情稳定后在我们指定医疗机构范围外的其他医疗机构的诊疗将不承担保险责任。
- 6.2 适用主险合同条款 下列事项适用主险合同条款：
(1) 保险事故通知；
(2) 明确说明与如实告知；
(3) 我们合同解除权的限制；
(4) 职业或工种的确立与变更；
(5) 合同内容变更；

(6)联系方式变更;

(7)争议处理。

7. 释义

- 7.1 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。
- 7.2 疾病观察期 自本附加险合同生效之日起 30 日内为疾病观察期。若被保险人在疾病观察期内发生疾病，无论对该疾病的治疗发生在疾病观察期内或疾病观察期后，我们均不承担任何给付保险金的责任。
- 7.3 意外伤害 指遭受外来的、突发的、非本意的、非疾病的客观事件直接致使身体受到的伤害。
- 7.4 住院 指被保险人因意外伤害或患疾病而入住医院之正式病房进行治疗，并正式办理入出院手续，但不包括下列情况：
(1)被保险人入住急诊观察室、家庭病床、联合病房；
(2)被保险人入住康复病房（康复科）或接受康复治疗；
(3)被保险人住院过程中 1 日内未接受与入院诊断相关的检查和治疗，或 1 日内住院不满 24 小时，但遵医嘱到外院接受临时诊疗的除外；
(4)其他不合理的住院，包括在住院期间连续若干日无任何治疗，只发生护理费、床位费等情况。
- 7.5 指定医疗机构 指中国境内（不含香港、澳门和台湾地区）经中华人民共和国卫生行政管理部门正式评定的二级以上（含二级）公立医院，该医院必须符合国家有关医院管理规则设置标准的医疗设备，且全天二十四小时有合格医师及护士驻院提供医疗及护理服务。不包括疗养院，护理院，康复中心，精神心理治疗中心以及无相应医护人员或设备的二级或二级以上的联合医院或联合病房。
- 7.6 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。
- 7.7 基本医疗保险 指政府举办的基本医疗保障项目，包括城镇职工基本医疗保险、城镇居民基本医疗保险、新型农村合作医疗等。
- 7.8 城乡居民大病保险 指为提高城乡居民医疗保障水平，在基本医疗保障的基础上，对城乡居民患大病发生的高额医疗费用给予进一步保障的一项制度性安排。
- 7.9 合理且必要 指被保险人发生的各项医疗费用应符合下列所有条件：
(1)治疗疾病所必需的项目；
(2)不超过安全、足量治疗原则的项目；
(3)由医师开具的处方药或医嘱；
(4)非试验性的、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。
对是否合理且必要由我们根据客观、审慎、合理的原则进行核定，若被保险人对核定结果有不同意见，可委托双方认可的权威医学机构或者权威医学专家进行审核鉴定。

7.10	单次住院	指被保险人因疾病或意外伤害住院治疗，自入院日起至出院日止的期间。若被保险人因同一疾病、意外伤害，或同一疾病、意外伤害的并发症而再次住院，且与前次住院间隔期间未超过30日，视为一次住院。
7.11	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。
7.12	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。
7.13	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。
7.14	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。
7.15	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。
7.16	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。
7.17	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。
7.18	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。
7.19	攀岩	指攀登悬崖、楼宇外墙、人造悬崖、冰崖、冰山等运动。
7.20	探险	指明知在某种特定的自然条件下有失去生命或使身体受到伤害的危险，而故意使自己置身其中的行为。如：江河漂流、徒步穿越沙漠或人迹罕至的原始森林、携带特殊攀登设备从事户外登山等活动。
7.21	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、拳击等各种拳术及使用器械的对抗性比赛。
7.22	特技表演	指进行马术、杂技、驯兽等表演。
7.23	精神疾患	指在各种生物学、心理学以及社会环境因素影响下，大脑功能失调，导致认知、

情感、意志和行为等精神活动出现不同程度障碍为临床表现的疾病，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》第十次修订版（ICD-10）为准。

- 7.24 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。
- 7.25 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。
- 7.26 职业病 指在生产环境或劳动过程中，一种或几种对健康有害的因素引起的疾病。对健康有害的因素称为职业性危害。职业病的范围以保险事故发生时国家正式颁布的种类为准。
- 7.27 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。
- 7.28 矫形、矫形手术 指通过外科手术，组织移植或重建修复身体部位使人体恢复正常形态。
- 7.29 种植牙 指以植入骨组织内的下部结构为基础，支持、固定上部牙修复体的缺牙修复方式。
- 7.30 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，由我们退还的那部分金额。本附加险合同保险单的现金价值 = 本附加险合同的保险费 × 65% × (1 - n/m)，其中 n 为本附加险合同已生效天数，m 为本附加险合同保险期间的天数。合同已生效的天数不足一天的不计。
- 7.31 情形复杂 指保险事故的性质、原因、伤害或损失程度等在我们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。
- 7.32 病情稳定 指生命体征（心率、呼吸、血压）平稳，转院不致引起病情加重或有生命危险的情况。