

# 中国太平洋人寿保险股份有限公司

## 太保附加学生儿童补充医疗保险条款

太平洋人寿[2023]医疗保险 078 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……………2.5
- ❖ 您有退保的权利……………5.2

#### 您应当特别注意的事项

- ❖ 本附加险合同有免赔额、给付比例的约定，请您注意……………2.2、2.5
- ❖ 本附加险合同有疾病观察期的约定，请您注意……………2.4、2.5
- ❖ 本附加险合同有责任免除条款，请您注意……………2.8
- ❖ 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（不含三级目录）

1. 您与我们订立的合同	3.3 保险金给付	7.7 其他住院医疗费用
1.1 合同订立	3.4 诉讼时效	7.8 特殊门诊
1.2 合同构成	4. 保险费的支付	7.9 合理且必要
1.3 合同成立与生效	4.1 保险费的支付	7.10 特定罕见病
1.4 投保范围	5. 合同终止与解除	7.11 专科医生
2. 我们提供的保障	5.1 合同终止	7.12 公费医疗
2.1 保险金额	5.2 您解除合同的手续及风险	7.13 城乡居民大病保险
2.2 免赔额和给付比例	6. 其他需要关注的事项	7.14 精神疾患
2.3 保险期间	6.1 意外伤害急救	7.15 遗传性疾病
2.4 疾病观察期	6.2 适用主险合同条款	7.16 先天性畸形、变形或染色体异常
2.5 保险责任	7. 释义	7.17 感染艾滋病病毒或患艾滋病
2.6 保险金计算方法	7.1 意外伤害	7.18 矫形、矫形手术
2.7 费用补偿原则	7.2 特定疾病	7.19 现金价值
2.8 责任免除	7.3 我们认可的其他医疗机构	7.20 有效身份证件
3. 保险金的申请	7.4 住院	7.21 情形复杂
3.1 受益人	7.5 基本医疗保险	7.22 病情稳定
3.2 保险金申请	7.6 药品费	

# 中国太平洋人寿保险股份有限公司

## 太保附加学生儿童补充医疗保险条款

“太保附加学生儿童补充医疗保险”简称“学生儿童补充医疗”。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“太保附加学生儿童补充医疗保险合同”。

### 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、批单及您与我们共同认可的其他书面协议。
- 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 投保范围 本附加险合同的投保范围与主险合同一致。

### 2. 我们提供的保障

- 2.1 保险金额 本附加险合同的一般住院自费医疗保险金额、特定疾病住院自费医疗保险金额、特殊门诊医疗保险金额和特定罕见病药品费用保险金额由您在投保时与我们约定，并在保险单上载明。
- 2.2 免赔额和给付比例 本附加险合同的免赔额和给付比例由您在投保时与我们约定，并在保险单上载明。
- 2.3 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。
- 2.4 疾病观察期 自本附加险合同生效之日起一段时间内为疾病观察期，疾病观察期的天数由您在投保时与我们约定，并在保险单上载明。
- 2.5 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了可选保障，我们方承担相应可选保障的给付责任。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，且主险合同和本附加险合同均有效的前提下，我们根据您选择投保的责任按以下约定承担保险责任：
- 一般住院自费医疗保险金（基本保障） 被保险人因遭受意外伤害或在疾病观察期后发生“特定疾病”以外的疾病，并在卫生行政部门认定的二级以上（含二级）公立医院的普通部普通病房或我们认可的其他医疗机构进行住院治疗，对被保险人累计发生并实际支出的、符合当地基本医疗保险支付范围外的住院医疗费用（指本附加险合同约定的药品费及其他住院医疗费用），我们按本保险条款“2.6 保险金计算方法”计算并给付一般住院自费医疗保险金。
- 被保险人因意外伤害或“特定疾病”以外的疾病进行住院治疗，至保险期间届满住院仍未结束的，我们继续承担给付一般住院自费医疗保险金的责任至住院结束，但意外伤害住院治疗最长不超过意外伤害发生之日起第180日，疾病住

院治疗最长不超过保险期间届满之日起第 30 日。

我们对被保险人所承担的一般住院自费医疗保险金给付责任以本附加险合同保险单所载一般住院自费医疗保险金额为限，一次或多次累计给付的一般住院自费医疗达到一般住院自费医疗保险金额时，我们对被保险人的该项保险责任终止。

#### 特定疾病住院 自费医疗保险 金(可选保障)

被保险人因遭受意外伤害或者在疾病观察期后发生“特定疾病”，并在卫生行政部门认定的二级以上(含二级)公立医院的普通部普通病房或我们认可的其他医疗机构进行住院治疗，对被保险人治疗该特定疾病累计发生并实际支出的、符合当地基本医疗保险支付范围外的住院医疗费用(指本附加险合同约定的药品费及其他住院医疗费用)，我们按本保险条款“2.6 保险金计算方法”计算并给付特定疾病住院自费医疗保险金。

被保险人因特定疾病进行住院治疗，至保险期间届满治疗仍未结束的，我们继续承担给付特定疾病住院自费医疗保险金的责任至治疗结束，但最长不超过保险期间届满之日起第 30 日。

我们对被保险人所承担的特定疾病住院自费医疗保险金给付责任以本附加险合同保险单所载特定疾病住院自费医疗保险金额为限，一次或多次累计给付的特定疾病住院自费医疗保险金达到特定疾病住院自费医疗保险金额时，我们对被保险人的该项保险责任终止。

#### 特殊门诊医疗 保险金(可选 保障)

若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，并在卫生行政部门认定的二级以上(含二级)公立医院普通部或我们认可的其他医疗机构进行**特殊门诊**治疗，对于被保险人治疗该疾病发生的**合理且必要**的特殊门诊医疗费用，我们按本保险条款“2.6 保险金计算方法”计算并给付特殊门诊医疗保险金。

我们对被保险人所承担的特殊门诊医疗保险金给付责任以本附加险合同保险单所载特殊门诊医疗保险金额为限，一次或多次累计给付的特殊门诊医疗保险金达到特殊门诊医疗保险金额时，我们对被保险人的该项保险责任终止。

#### 特定罕见病药 品费用保险金 (可选保障)

若被保险人因遭受意外伤害或在疾病观察期后因意外伤害以外的原因，被确诊初次发生本附加险合同约定的**特定罕见病**，对于被保险人因治疗该“特定罕见病”所发生的满足以下条件的特定药品费用，我们按本保险条款“2.6 保险金计算方法”计算并给付特定罕见病药品费用保险金。

特定罕见病药品费用须同时满足以下要求：

1. 该特定罕见病药品须为非试验性的、非研究性的，且必须为国务院药品监督管理部门批准且已在中国境内(不含香港、澳门、台湾地区)上市；
2. 该特定罕见病药品的处方由医院的**专科医生**开具，并且所需药品符合国务院药品监督管理部门批准的药品说明书中所列明的适应症及用法用量；
3. 该特定罕见病药品必须在二级以上(含二级)公立医院或我们认可的其他医疗机构购买。

保险期间届满被保险人特定罕见病治疗仍未结束的，除另有约定外，我们继续承担给付特定罕见病药品费用保险金责任的期限，但以保险期间届满的次日起连续 15 日为限。

我们对被保险人所承担的特定罕见病药品费用保险金给付责任以本附加险合同保险单所载特定罕见病药品费用保险金额为限，一次或多次累计给付的特定

罕见病药品费用保险金达到特定罕见病药品费用保险金额时，我们对被保险人的该项保险责任终止。

## 2.6 保险金计算方法

一般住院自费医疗保险金、特定疾病住院自费医疗保险金责任范围内的医疗费用，按以下公式计算并给付应当给付的保险金：

应当给付的保险金=（被保险人发生的合理且必要的该项医疗费用金额总和-被保险人从工作单位、我们在内的商业保险机构等任何途径取得的该项医疗费用补偿金额总和-免赔额）×约定的给付比例。

特殊门诊医疗保险金、特定罕见病药品费用保险金责任范围内的医疗费用，按以下公式计算并给付应当给付的保险金：

应当给付的保险金=（被保险人发生的合理且必要的该项医疗费用金额总和-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该项医疗费用补偿金额总和-被保险人从工作单位、我们在内的商业保险机构等任何途径取得的该项医疗费用补偿金额总和-免赔额）×约定的给付比例。

## 2.7 费用补偿原则

本附加险合同中的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，和我们在内的商业保险机构等任何途径获得医疗费用补偿的，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。

## 2.8 责任免除

下列费用或因下列情形之一导致被保险人发生医疗费用或住院的，我们不承担保险金给付责任：

(1) 主险合同中列明的“责任免除”事项；

(2) 在本附加险合同生效之前被保险人已患有的且已知晓的有关疾病或症状；  
在本附加险合同疾病观察期内被保险人确诊的相关疾病；

(3) 被保险人怀孕、流产、堕胎、分娩（含剖腹产）、避孕、节育绝育手术、治疗不孕不育症、人工受孕及由此导致的并发症；

(4) 被保险人进行的一般健康检查或疗养、康复，以及以捐献身体器官为目的的医疗行为；

(5) 性病、精神疾患、遗传性疾病、先天性畸形、变形或染色体异常，被保险人感染艾滋病病毒或患艾滋病（本附加险合同另有约定的除外）；

(6) 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）；

(7) 修复、安装、购买残疾用具（如轮椅、假肢、助听器、配镜、假眼、假牙等）的费用；

(8) 被保险人在非本附加险合同约定等级的医院治疗的治疗费用，但本附加险条款“6.1 意外伤害急救”另有约定的除外；

(9) 特定罕见病药品的处方开具与国务院药品监督管理部门批准的该药品说明书中所列明的适应症用法用量不符；

(10) 在中国境内（不含香港、澳门、台湾地区）以外的国家或者地区接受治疗；

(11) 被保险人支出的医疗费用中依法已由第三者补偿或赔偿的部分。

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，我们按主险合同“责任免除”中约定的退还对象退还本附加险合同保险单的现金价值。

发生上述第(2)至第(6)项情形之一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。

若被保险人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，请按照下列方式办理：

一般住院自费 申请人须填写保险金给付申请书，并提供下列证明和资料：

医疗保险金、 (1) 保险合同或其他保险凭证；

特定疾病住院 (2) 申请人的有效身份证件；

自费医疗保险 (3) 被保险人的有效身份证件；

金、特殊门诊 (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  
医疗保险金 小结或出院诊断；

(5) 被保险人进行特殊门诊治疗的，须提供由卫生行政部门认定的二级以上（含二级）医院出具的门诊病历、复式处方或处方复印件（如门诊收据中含收费明细的，以收据中的明细为准，可不提供复式处方或处方复印件）、各项检查和检验报告单、医药费原始单据、结算明细表；

(6) 所能够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。

特定罕见病药 申请人须填写保险金给付申请书，并提供下列证明和资料：

品费用保险金 (1) 保险合同或其他保险凭证；

(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；

(5) 卫生行政部门认定的二级以上（含二级）医院或我们指定的医疗机构出具的药品处方、药品费用收据原件和药品费用清单、门诊及住院病历、入出院记录以及与诊断证明相关的病理显微镜检查、血液检验及其他科学方法检验报告的病史资料及疾病诊断报告书；

以上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您投保时选择的保险责任以及您与我们约定的保险金额等情况确定。您应于投保时一次性支付全部保险费。

#### 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) 主险合同效力终止；

(2) 因本附加险合同的其他约定而效力终止。

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) 保险合同或其他保险凭证；

(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 意外伤害急救 意外伤害急救不受本附加险合同约定的医院级别的限制，但经急救病情稳定后，须转入卫生行政部门认定的二级以上（含二级）医院治疗，否则，我们对被保险人于急救情况稳定后在非本附加险合同约定级别医院的治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) 合同内容变更；

(5) 联系方式变更；

(6) 争议处理。

#### 7. 释义

7.1 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。

7.2 特定疾病 指依照当地基本医疗保险主管部门有关规定，由统筹基金支付医疗费用的大病等特殊疾病，或依照当地教育主管部门、金融监管部门或行业协会等机构有关规定约定的学生特定疾病，具体范围由您与我们协商确定。

7.3 我们认可的其他医疗机构 指我们指定的定点医疗机构以及保单约定的医疗机构。

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 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。

7.6 药品费 指在卫生行政部门认定的二级以上（含二级）公立医院的普通部或我们认可的其他医疗机构治疗期间，根据医师开具的处方在该医疗机构所购买的西药、中成药和中草药的费用。但不包括下列情况：

- (1) 主要起营养滋补作用的中草药类：花旗参、冬虫夏草、西红花、灵芝、白糖参、朝鲜红参、红参、野山参、移山参、蛤蚧、琥珀、珊瑚、玳瑁、玛瑙、珍珠（粉）、阿胶、阿胶珠、血宝胶囊、红桃 K 口服液、十全大补丸、十全大补膏等；
- (2) 可以入药的动物及动物脏器，如狗宝、牛黄、麝香、燕窝、马宝、羚羊角尖粉、鹿茸、海马、胎盘、血竭、鞭、尾、筋、骨等，用中药材和中药饮片炮制的各类酒制剂等；
- (3) 美容和减肥药品，包括奥利司他、芬氟拉明、阿米雷斯、祛痤疮胶囊、痘清胶囊、养颜胶囊、美容口服液、美容片、蜂胶胶囊、羊胎素、龟苓膏、鹿胎粉、珍珠粉、芦荟、大豆异黄酮、葡萄籽胶囊、减肥茶、减肥胶囊、苗条素、低聚糖肉碱、左旋肉碱银杏胶囊、亚油酸软胶囊等以美容、减肥为保健功能的健字药品。

7.7 其他住院医疗费用 指住院治疗期间发生的符合以下约定的检查费、治疗费、床位费、加床费、膳食费、手术费、材料费、护理费、会诊费和救护车费。

检查费 指治疗期间发生的以诊断疾病为目的，采取必要的医学手段进行检查及检验而发生的费用。

治疗费 指治疗期间以治疗疾病为目的，提供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。

床位费 指治疗期间发生的卫生行政部门认定的二级以上（含二级）公立医院的普通部普通病房或我们认可的其他医疗机构住院床位费。

加床费 指未满 18 周岁的被保险人在住院治疗期间，我们根据合同约定给付其法定监护人（限一人）在医院留宿发生的加床费；或女性被保险人在住院治疗期间，我们根据合同约定给付其一周岁以下哺乳期婴儿在医院留宿发生的加床费。

膳食费 指住院期间根据医嘱，由作为医院内部专属部门的、为住院病人配餐的食堂配送的膳食费用。膳食费应包含在医疗账单内；根据各机构惯例，可以作为独立的款项、也可以合并并在病房费等其他款项内。

手术费 指治疗期间发生的有关手术项目的费用。若因器官移植而发生的手术费用，不

		包括器官本身的费用和获取器官过程中的费用。
	<b>材料费</b>	指治疗期间发生一次性使用，单位价格在 1000 元以下的医用耗材的费用。下列特殊医用材料费不在本附加保险合同保障范围内： 心脏起搏器、人工关节、人工晶体、血管支架等体内置换的人工器官、体内置放材料，以及义肢、人造假体、义眼等康复性器具。
	<b>护理费</b>	指治疗期间发生的根据医嘱所示的护理等级确定的费用。
	<b>会诊费</b>	指治疗期间发生的院内会诊费用、院际会诊和远程会诊的费用。
	<b>救护车费</b>	指为抢救生命由急救中心派出的救护车费用及医院转诊过程中的医院用车费，以及车上发生的因抢救或治疗所必须的医疗费用。
7.8	<b>特殊门诊</b>	指依照当地基本医疗保险主管部门有关规定，由统筹基金支付医疗费用的大病门诊等特殊疾病门诊，具体范围由您与我们协商确定。 门诊指被保险人确因临床需要，正式办理挂号手续，并确实在医疗机构的普通门诊部（不含特需、国际/外宾部）接受治疗的行为过程，但不包括休养、疗养、身体检查和健康护理等非治疗性行为。
7.9	<b>合理且必要</b>	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	<b>特定罕见病</b>	指纳入《第一批罕见病目录》（国卫医发〔2018〕10号）规定的罕见病范围，并依照当地基本医疗保险主管部门、教育主管部门、金融监管部门或行业协会等机构有关规定约定的学生特定罕见病，具体范围由您与我们协商确定。
7.11	<b>专科医生</b>	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。
7.12	<b>公费医疗</b>	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。
7.13	<b>城乡居民大病保险</b>	是基本医疗保障制度的拓展和延伸，是对城乡居民大病患者发生的高额医疗费用给予进一步保障的制度性安排。



- 7.14 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。
- 7.15 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。
- 7.16 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》第十次修订版（ICD-10）确定。
- 7.17 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。
- 7.18 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。
- 7.19 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的天数，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。
- 7.20 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。
- 7.21 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。
- 7.22 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。