

华农财产保险股份有限公司

特定心脑血管疾病医疗保险条款（互联网专属）

注册编号：C00010132512023122101001

第一部分 总则

第一条 合同构成

本保险合同（以下简称“本合同”）由保险条款、投保单、保险单或其他保险凭证、批单等组成。凡涉及本合同的约定，均采用书面形式。

第二条 合同的成立

投保人提出保险申请，经保险人（释义一）同意承保，本合同成立。

第三条 保险期间

本合同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，但最长不超过一年。

第四条 投保人

本合同的投保人应为具有完全民事行为能力的被保险人本人或对被保险人有保险利益的其他人。

第五条 被保险人

凡投保时年龄在0周岁（释义二）（投保时被保险人为0周岁的，应当为出生满28日且已健康出院的婴儿）至99周岁，身体健康、能正常工作、生活的，在中华人民共和国境内（不包括香港、澳门、台湾地区）居住的自然人，可作为本合同的被保险人。

第六条 受益人

除本合同另有约定外，本合同保险金的受益人为被保险人本人。

第二部分 保障内容

第七条 保险责任

本合同保险的保险责任包括“脑卒中（释义三）医疗保险责任”和“急性心肌梗死（释义四）医疗保险责任”。投保人可以根据被保险人个人保障需求选择投保一项或两项，组成本合同，并在保险单中载明。未在保险单中载明的保险责任，保险人不负责赔偿。

所投保的保险责任一经确定，在本合同保险期间内不得变更。

（一）脑卒中医疗保险责任

在保险期间内，被保险人在等待期（释义五）后经专科医生（释义六）初次诊断（释义七）罹患本合同所约定的脑卒中疾病，并因该疾病在指定医疗机构（释义八）接受住院（释义九）治疗，对于被保险人在就诊期间所支付的必需且合理（释义十）的住院医疗费用（释义十一）、住院前后门诊急诊医疗费用（释义十二），保险人在扣除被保险人通过

其他任何途径（指基本医疗保险（释义十三）、公费医疗或商业保险等任何第三方）已获得补偿及本合同约定的免赔额后，按本合同约定的赔付比例在保险金额内给付脑卒中医疗保险金。当保险人在本项下累计给付金额达到本项保险金额时，保险人对被保险人在本项下的保险责任终止。

（二）急性心肌梗死医疗保险责任

在保险期间内，被保险人在等待期后经专科医生初次诊断罹患本合同所约定的急性心肌梗死疾病，并因该疾病在指定医疗机构接受住院治疗，对于被保险人在就诊期间所支付的必需且合理的住院医疗费用、住院前后门诊急诊医疗费用，保险人在扣除被保险人通过其他任何途径（指基本医疗保险、公费医疗或商业保险等任何第三方）已获得补偿及本合同约定的免赔额后，按本合同约定的赔付比例在保险金额内给付急性心肌梗死医疗保险金。当保险人在本项下累计给付金额达到本项保险金额时，保险人对被保险人在本项下的保险责任终止。

第八条 免赔额

免赔额由投保人与保险人在订立本合同时协商确定，并在保险单中载明。

本合同中所指免赔额均指年免赔额，指在本合同保险期间内应由被保险人自行承担，保险人不予赔付的部分。被保险人从其他途径已获得的医疗费用补偿可用于抵扣免赔额，但通过基本医疗保险和公费医疗获得的医疗费用补偿，不可用于抵扣免赔额。

第九条 补偿原则和给付标准

（一）本合同中脑卒中医疗保险责任、急性心肌梗死医疗保险责任均适用医疗费用补偿原则。若被保险人已从其他途径（包括基本医疗保险、公费医疗、工作单位、保险人在内的任何商业保险机构等）获得医疗费用补偿，则保险人仅对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按照本合同的约定进行赔付。社保卡个人账户部分支出视为个人支付，不属于已获得的医疗费用补偿。

（二）若被保险人以参加基本医疗保险或公费医疗身份投保，但未以参加基本医疗保险或公费医疗身份就诊并结算的，则保险人根据保险单中单独约定的赔付比例进行给付。

（1）被保险人在就诊期间所支付的必需且合理的住院医疗费用、住院前后门诊急诊医疗费用，投保人、保险人可以约定医疗费用的范围、项目等，并将约定的内容在保险单中予以载明。

（2）被保险人不论一次或多次接受治疗，本保险人均按上述约定给付保险金；但保险人累计给付的金额以保险单载明的保险金额为限，当保险人累计给付的金额达到保险单载明的保险金额时，本合同终止。

（三）到本合同保险期间届满日时，被保险人未结束本次住院治疗的，保险人继续承担因本次住院发生的、最高不超过本合同保险期间届满日后 30 日内（含第 30 日）的住院医疗费用。如第 30 日仍未结束本次住院治疗的，自第 30 日后发生的住院医疗费用不属于本合

同保险责任。

第十条 责任免除

（一）被保险人因下列原因而支出医疗费用的，保险人不承担给付保险金责任：

- 1、被保险人罹患不符合本合同脑卒中、急性心肌梗死的其他疾病；
- 2、被保险人因意外伤害（释义十四）造成的颅脑外伤及其后遗症；
- 3、被保险人患有未在保险合同中约定予以承保的既往症（释义十五）；
- 4、被保险人受酒精、毒品、管制药物的影响，但遵医嘱使用药物的情形不在此限；
- 5、被保险人或未遵医嘱服用、涂用、注射药物，但按使用说明的规定使用非处方药不在此限；
- 6、医疗事故（释义十六）。

（二）以下医疗费用，保险人不承担给付保险金责任：

- 1、未经医生处方自行购买的药品费用或在非合同约定的医院或指定医疗机构药房或指定药房购买的药品费用、滋补类中草药及其泡制的各类酒制剂、医生开具的超过 30 天部分的药品费用；
- 2、除另有约定外，院外购药产生的医疗费用；
- 3、接受以保健为目的的疗养、特别护理、静养，康复性治疗、物理治疗、心理治疗或预防性治疗产生的医疗费用；
- 4、健康检查、看护、保健或任何与疾病无直接关系的咨询、检查和治疗产生的医疗费用；
- 5、接受试验性药物或治疗的医疗费用；
- 6、不符合入院标准、挂床住院（释义十七）或住院病人应当出院而拒不出院而发生的医疗费用。

（三）被保险人在等待期内确诊罹患、或者在等待期内发病、但在等待期后确诊本合同约定的脑卒中或急性心肌梗死，保险人不承担给付保险金责任，并退还该被保险人已交纳的保险费；被保险人在等待期内已经发生的疾病、症状或病理改变且延续到等待期以后进行的任何诊断或治疗所发生的医疗费用，保险人不承担给付保险金的责任，保险人退还该被保险人的保险费，对该被保险人的保险责任终止。

（四）对于本合同载明的免赔额，保险人不承担给付保险金的责任。

第十一条 保险金额与保险费

保险金额是保险人承担给付保险金责任的最高限额。本合同的脑卒中医疗保险金额、急性心肌梗死医疗保险金额由投保人、保险人双方在签订合同时协商约定，并在保险单中载明。保险金额一经确定，保险期间内不能进行变更。

本合同的保险费按照被保险人的年龄、参加基本医疗保险或公费医疗情况及所选保险计划确定，具体保险金额在保险单上载明。

第十二条 不保证续保

本合同为不保证续保合同，本合同保险期间最长为一年。保险期间届满，投保人需要重新向保险公司申请投保本合同，并经保险人同意，交纳保险费，获得新的保险合同。

若发生下列情形之一的，本合同不再接受重新投保：

- （一）本合同统一停售；
- （二）被保险人身故；
- （三）投保人未如实告知，被保险人不符合投保条件或存在欺诈情形的；
- （四）本合同因其他条款所列情况而导致效力终止。

第三部分 保险人的义务

第十三条 提示和说明

订立本合同时，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。

第十四条 保险单和保险凭证

本合同成立后，保险人应当及时向投保人签发保险单或其他保险凭证。

第十五条 补充索赔证明和资料的通知

保险人认为**保险金申请人（释义十八）**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。

第十六条 及时核定、赔付义务

保险人收到保险金申请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。

第十七条 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。

第十八条 退还保险费义务

投保人符合保险法规定的退还保险费相关要求的，保险人应当按照保险法相关规定退还

未到期保险费（释义十九）。

第四部分 投保人、被保险人义务

第十九条 缴费义务

本合同保险费缴付方式由投保人和保险人在投保时约定，并在保险单上载明。

若投保人选择一次性缴付保险费，投保人应当在本合同成立时一次性缴清保险费。**投保人未按约定缴纳全部保险费，本合同不生效。对本合同生效前发生的保险事故，保险人不承担保险责任。**

若投保人选择分期缴付保险费，需经投保人申请并经保险人同意，并在保险单中载明保险分期缴付的周期。

如投保人未缴付首期保费，保险合同不生效。对本合同生效前发生的保险事故，保险人不承担保险责任。

如投保人未按照保险合同约定的付款时间足额缴付当期保费，允许在宽限期内补缴保险费；如果被保险人在宽限期内发生保险事故，保险人仍按照合同约定赔偿保险金。除本合同另有约定外，如被保险人在正常缴费对应的保险期间内或宽限期内发生保险事故，保险人依照本合同约定赔付保险金的，需扣减保险期间所有未缴期间的保险费，投保人已缴纳的保险费与保险人扣减的保险费之和应等于本合同约定的保险费总额。

如投保人未按照保险合同约定的付款时间足额缴付当期保费，且在本合同约定的宽限期内仍未足额补缴当期保费的，本合同效力中止，保险人对合同效力中止期间发生的保险事故不承担给付保险金责任。

宽限期由投保人与保险人协商确定，并在保险单中载明。

第二十条 如实告知

订立保险合同，投保人应如实填写投保单并回答保险人提出的询问，履行如实告知义务。

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。

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，不承担给付保险金的责任，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的责任。

第二十一条 住址或通讯地址变更告知义务

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。

第二十二条 变更批注

在保险期间内，投保人需变更保险合同内容的，应以书面形式向保险人提出申请。保险人同意后出具批单，并在本合同中批注。

第二十三条 职业或工种的变更

被保险人变更其职业或工种时，投保人或被保险人应于三十日内以书面形式通知保险人。若被保险人所变更的职业或者工种依照保险人职业分类（释义二十）超出承保范围的，保险人对该被保险人所负保险责任自其职业或工种变更之日起终止，并退还未满期保险费。

被保险人未履行本条约定的通知义务而发生保险事故的，且被保险人所变更的职业或工种，依照保险人职业分类超出承保范围的，保险人不承担给付保险金的责任，并自其职业或工种变更之日起，按日计算退还未满期保险费，本合同终止。

第二十四条 年龄的确定及错误的处理

被保险人的投保年龄，以法定身份证件登记的周岁年龄为准，本合同所承保的被保险人的投保年龄必须符合年龄要求。投保人在申请投保时，应按被保险人的周岁年龄填写。若发生错误，保险人按照以下规定处理：

（一）投保人申报的被保险人年龄不真实，且真实年龄不符合本合同约定的年龄限制的，保险人有权解除本合同，并向投保人退还未满期保险费。

（二）投保人申报的被保险人年龄不真实，导致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。

（三）投保人申报的被保险人年龄不真实，导致投保人支付保险费多于应付保险费的，保险人应将多收的保险费无息退还投保人。

第二十五条 保险事故通知义务

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，并书面说明事故发生的原因、经过和损失情况。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（释义二十一）而导致的迟延。

第五部分 保险金申请与给付

第二十六条 保险金的申请

保险金申请人向保险人申请给付保险金时，应提供如下材料：

- （一）保险金给付申请书；
- （二）保险合同凭证；
- （三）保险金申请人的有效身份证件；
- （四）支持索赔的全部账单、证明、信息和材料，包括但不限于医院出具的病历资料、医学诊断书、处方、病理检查、化验检查报告、医疗费用原始单据（已从基本医疗保险获得

补偿的，需提供医保结算单原件及结算单位用印的医疗费用单据复印件；已从其他商业保险获得赔偿的，需提供费用结算分割单原件及结算单位用印的医疗费用单据复印件；已从其他任何途径获得补偿或赔偿的，需提供相应机构或单位出具的医疗费用结算证明）、费用明细单据等。保险金申请人因特殊原因不能提供上述材料的，应提供其他合法有效的材料；

（五）保险金申请人所能提供的其他与确认保险事故的性质、原因等有关的其他证明和资料；

（六）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等相关证明文件。

保险金申请人未能提供上述索赔申请材料，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。

在保险人的理赔审核过程中，保险人有权在合理的范围内对索赔的被保险人进行医疗检查。

第六部分 争议处理与法律适用

第二十七条 合同的争议处理

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机构仲裁；保险单未载明仲裁机构且争议发生后未达成仲裁协议的，依法向中华人民共和国（不包括香港、澳门及台湾地区）有管辖权的人民法院起诉。

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（不包括香港、澳门及台湾地区法律）。

第二十八条 诉讼时效期间

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法律（为本合同之目的，不包括香港、澳门、台湾地区的法律）确定，自其知道或者应当知道保险事故发生之日起计算。

第七部分 保险合同的解除与终止

第二十九条 合同的解除

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。

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日次日零时起，**本合同的效力终止**。保险人收到上述证明文件和资料之日起 30 日内退还未满期保险费。

第三十条 效力终止

发生以下情况之一时，本合同效力即时终止：

- （一）保险期间届满；
- （二）被保险人身故；
- （三）因本合同其他条款所约定的情况而终止效力。

第八部分 释义

一、保险人

指华农财产保险股份有限公司。

二、周岁

指按照居民身份证、军官证、警官证、士兵证等有效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，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。

三、脑卒中

脑卒中，指被保险人实际发生了脑血管的突发病变并出现神经系统功能障碍临床表现，头颅断层扫描（CT）、核磁共振检查（MRI）等影像学检查证实存在对应新发病灶，确认为脑出血、脑栓塞或者脑梗塞；其参照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（ICD-10）》出院疾病诊断编码为：I60-I64。

诊断编码（ICD-10）	疾病名称	编码层级
I60	蛛网膜下出血	3
I60.0	颈动脉弯管和权的蛛网膜下出血	4
I60.1	大脑中动脉的蛛网膜下出血	4
I60.2	前交通动脉的蛛网膜下出血	4
I60.3	后交通动脉的蛛网膜下出血	4
I60.4	基底动脉的蛛网膜下出血	4
I60.5	椎动脉的蛛网膜下出血	4
I60.6	其他颅内动脉的蛛网膜下出血	4
I60.7	未特指颅内动脉的蛛网膜下出血	4
I60.8	其他的蛛网膜下出血	4
I60.9	未特指的蛛网膜下出血	4

I61	脑内出血	3
I61.0	大脑半球的脑内出血, 皮质下	4
I61.1	大脑半球的脑内出血, 皮质的	4
I61.2	大脑半球未特指的脑内出血	4
I61.3	脑干的脑内出血	4
I61.4	小脑的脑内出血	4
I61.5	脑内出血, 脑室内	4
I61.6	脑内出血, 多处局限性	4
I61.8	其他的脑内出血	4
I61.9	未特指的脑内出血	4
I62	其他非创伤性颅内出血	3
I62.0	硬膜下出血（急性）（非创伤性）	4
I62.1	非创伤性硬膜外出血	4
I62.9	未特指的颅内出血（非创伤性）	4
I63	脑梗死	3
I63.0	入脑前动脉血栓形成引起的脑梗死	4
I63.1	入脑前动脉栓塞引起的脑梗死	4
I63.2	入脑前动脉未特指的闭塞或狭窄引起的脑梗死	4
I63.3	大脑动脉血栓形成引起的脑梗死	4
I63.4	大脑动脉栓塞引起的脑梗死	4
I63.5	大脑动脉未特指的闭塞或狭窄引起的脑梗死	4
I63.6	大脑静脉血栓形成引起的脑梗死	4
I63.8	其他的脑梗死	4
I63.9	未特指的脑梗死	4

I64	脑卒中，未特指为出血或梗死	3
-----	---------------	---

短暂性脑缺血发作（TIA）、腔隙性脑梗塞、陈旧性脑梗塞不在保障范围内。

四、急性心肌梗死

急性心肌梗死，指冠状动脉急性、持续性缺血缺氧所引起的严重心肌损伤和坏死。须发生急性心肌损伤且存在急性心肌缺血的临床证据；并检测到肌酸激酶同功酶（CK-MB）或肌钙蛋白（cTn）的升高或回落并至少一次检测值变化达到或超过心肌梗死的诊断标准，且伴有以下至少 1 项情形：1）新发生的缺血性心电图改变、2）出现病理性 Q 波；3）影像学检查发现与缺血相一致的新发生的存活心肌丧失或局部室壁运动异常；4）血管造影证实冠状动脉存在血栓。并且其参照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（ICD-10）》出院疾病诊断编码为：I21-I22。

诊断编码（ICD-10）	疾病名称	编码层级
I21	急性心肌梗死	3
I21.0	前壁急性透壁性心肌梗死	4
I21.1	下壁急性透壁性心肌梗死	4
I21.2	其他部位的急性透壁性心肌梗死	4
I21.3	未特指部位的急性透壁性心肌梗死	4
I21.4	急性心内膜下心肌梗死	4
I21.9	未特指的急性心肌梗死	4
I22	随后性心肌梗死	3
I22.0	前壁的随后性心肌梗死	4
I22.1	下壁的随后性心肌梗死	4
I22.8	其他部位的随后性心肌梗死	4
I22.9	未特指部位的随后性心肌梗死	4

五、等待期

是指自被保险人获得被保资格之日起计算的一段时间，具体天数由保险人和投保人在投保时约定并在本合同上载明，最长不超过 180 天。**等待期内发生疾病，无论等待期内治疗还是等待期外治疗，保险人均不承担给付保险金责任。**

六、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。

七、初次诊断

指自被保险人出生之日起第一次经医院的专科医生确诊患有某种疾病，**而不是指自本合同生效之后第一次经医院的专科医生确诊患有某种疾病。**

八、指定医疗机构

指经中华人民共和国卫生部门审核的二级及二级以上的公立医院普通部或保险人扩展承保的医疗机构，但不包括主要作为诊所、康复、护理、休养、静养、戒酒、戒毒等或类似的医疗机构，及保险人不予理赔的医疗机构。该医院必须具有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。

保险人扩展承保的医疗机构清单及不予理赔的医疗机构清单将在保险单中载明，保险人保留对清单进行变更的权利，具体以保险人在官方正式渠道（包括但不限于官网、官微）公布或通知为准。

九、住院

是指被保险人因疾病而入住医院之正式病房接受全日 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. 被保险人在特需病房、外宾病房或其他不属于基本医疗保险范畴的高等级病房入住；
3. 被保险人入住康复科、康复病床或接受康复治疗；
4. 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；
5. 被保险人住院体检；

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 小时在床、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。

十、必需且合理

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。

十一、住院医疗费用

除另有约定外，住院医疗费用是指被保险人接受住院治疗期间支付的必需且合理的、符合本合同签发地政府颁布的社会基本医疗保险报销范围的项目，包括但不限于床位费、重症监护室床位费、检查检验费、治疗费、药品费、医生费、手术费、护理费、救护车使用费、膳食费、陪床费、中医治疗费用等费用类型。

十二、住院前后门诊/急诊医疗费用

指被保险人住院治疗前（含住院当日）7日（含）和出院后（含出院当日）7日（含）内，因与本次住院相同病因接受门诊/急诊治疗的，应当由被保险人支付的必需且合理的门诊急诊医疗费用。

十三、基本医疗保险

指城镇职工基本医疗保险、城镇/乡居民基本医疗保险、新型农村合作医疗等政府举办的基本医疗保险保障项目。

十四、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。

十五、既往症

指在本合同生效前罹患的被保险人已知或应该知道的有关疾病。通常有以下情况：

- 1. 本合同生效前，医生已有明确诊断，长期治疗未间断；
- 2. 本合同生效前，医生已有明确诊断，治疗后症状未完全消失，有间断用药情况；
- 3. 本合同生效前，医生已有明确诊断，但未予治疗。

投保人在投保时告知保险人，经保险人审核同意并在保险单中单独载明不属于既往症的疾病或病症，不属于本合同约定的既往症。

十六、医疗事故

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。

十七、挂床住院

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。

十八、保险金申请人

指受益人或被保险人的继承人或依法享有保险金请求权的其他自然人。

十九、未到期保险费

除另有约定外，按下述公式计算未到期保险费：

若选择一次性缴付保险费，未到期保费=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。

若选择分期缴付保险费，未到期保费=当期保费 \times （1-m/n），其中，m 为当期已生效天数，n 为当期天数，经过日期不足一日的按一日计算。

二十、职业分类

按照工作性质同一性的基本原则，对被保险人所从事的工作进行职业分类。具体分类以华农财产保险股份有限公司官方网站公开信息披露的发布为准。

二十一、不可抗力

指不能预见、不能避免并不能克服的客观情况。