

众惠财产相互保险社

门（急）诊医疗费用保险 A 款（互联网专属）条款

总则

第一条 保险合同构成

本保险合同由保险单或其他保险凭证及所附条款、投保单、与本保险合同有关的投保文件、声明、批注、附贴批单、其他书面协议构成。凡涉及本保险合同的约定，均采用书面形式。

第二条 保险人

本保险合同的保险人为众惠财产相互保险社（以下简称“本社”或“保险人”）。

第三条 投保人

本保险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、对被保险人有保险利益的其他人、法人或非法人组织。

第四条 被保险人

除本保险合同另有约定外，凡符合本社承保条件的自然人可作为本保险合同的被保险人。

第五条 受益人

除本保险合同另有约定外，本保险合同的受益人为被保险人本人。

保险责任

第六条 保险责任

本保险合同的保险责任包括“一般疾病门（急）诊医疗费用保险金”、“特定情形门（急）诊医疗费用保险金”、“互联网药品费用保险金”三项，可由投保人、保险人双方约定其中一项或多项承保，并在保险单中载明，未在保险单上载明或批注的保险责任不产生任何效力。

（一）一般疾病门（急）诊医疗费用保险金

在保险期间内，被保险人在等待期（释义一）后因罹患特定疾病（释义二）以外的疾病，在中华人民共和国境内（不包括香港、澳门、台湾地区）经中华人民共和国卫生部门评审确定的二级或二级以上的公立医院（释义三）普通部或本社指定或认可的医疗机构（释义四）中接受门诊或急诊治疗时，本社对被保险人每日实际支出的、符合当地（释义五）基本医疗保险（释义六）规定范围内的、必需且合理（释义七）的门（急）诊医疗费用，本社在扣除本保险合同约定的单日一般疾病门（急）诊免赔额后，按照约定的给付比例向该被保险人给付一般疾病门（急）诊医疗费用保险金，每日给付金额以本保险合同约定的该被保险人单日一般疾病门（急）诊给付限额为限。单日一般疾病门（急）诊免赔额、给付比例、单日一般疾病门（急）诊给付限额由投保人和保险人在投保时约定并在保险单中载明。

单日一般疾病门（急）诊免赔额指在本保险合同保险期间内，被保险人每日接受门诊或急诊治疗所支出的属于保险责任范围内的医疗费用中，应当由被保险人自行承担，且本保险合同不予赔付的部分。

单日一般疾病门（急）诊给付限额指在本保险合同保险期间内，被保险人每日接受门诊或急诊治疗所支出的属于保险责任范围内的费用中，应当由保险人承担的费用限额。

在保险期间内，被保险人一次或多次在等待期后因罹患特定疾病以外的疾病接受门诊或急诊治疗的，本社均按上述约定承担给付一般疾病门（急）诊医疗费用保险金的责任。本社对该被保险人累计给付金额以本保险合同约定的一般疾病门（急）诊医疗费用保险金额为限，当本社累计给付金额达到约定的本项保险责任的保险金额时，本社对该被保险人的本项保险责任终止。

（二）特定情形门（急）诊医疗费用保险金

在保险期间内，被保险人在等待期后因遭受意外伤害（释义八）或罹患特定疾病，在中华人民共和国境内（不包括香港、澳门、台湾地区）经中华人民共和国卫生部门评审确定的二级或二级以上的公立医院普通部或本社指定或认可的医疗机构中接受门诊或急诊治疗时，本社对被保险人每日实际支出的、必需且合理的门（急）诊医疗费用，本社在扣除本保险合同约定的单日特定情形门（急）诊免赔额后，按照约定的给付比例向该被保险人给付特定情形门（急）诊医疗费用保险金，每日给付金额以本保险合同约定的该被保险人单日特定情形门（急）诊给付限额为限。单日特定情形门（急）诊免赔额、给付比例、单日特定情形门（急）诊给付限额由投保人和保险人在投保时约定并在保险单中载明。

特定情形门（急）诊医疗费用保险金责任范围内的门（急）诊医疗费用可限定为基本医疗保险规定范围内门（急）诊医疗费用、基本医疗保险规定范围外门（急）诊医疗费用，由投保人和保险人双方在投保时约定，并在保险单中载明，未在保险单中载明或约定的则无此限制。

单日特定情形门（急）诊免赔额指在本保险合同保险期间内，被保险人每日接受门诊或急诊治疗所支出的属于保险责任范围内的医疗费用中，应当由被保险人自行承担，且本保险合同不予赔付的部分。

单日特定情形门（急）诊给付限额指在本保险合同保险期间内，被保险人每日接受门诊或急诊治疗所支出的属于保险责任范围内的费用中，应当由保险人承担的费用限额。

在保险期间内，被保险人一次或多次在等待期后因遭受意外伤害或罹患特定疾病接受门诊或急诊治疗的，本社均按上述约定承担给付特定情形门（急）诊医疗费用保险金的责任。本社对该被保险人累计给付金额以本保险合同约定的特定情形门（急）诊医疗费用保险金额为限，当本社累计给付金额达到约定的本项保险责任的保险金额时，本社对该被保险人的本项保险责任终止。

（三）互联网药品费用保险金

在保险期间内，被保险人在等待期后遭受意外伤害事故或罹患疾病，在本社指定或认可的互联网药店（释义九）内所产生的必需且合理的、且符合如下各项约定条件的互联网药品费用，本社在扣除本保险合同约定的单日互联网药品费用免赔额后，按照约定的给付比例向该被保险人给付互联网药品费用保险金，每日给付金额以本保险合同约定的该被保险人单日互联网药品费用给付限额为限。单日互联网药品费用免赔额、给付比例、单日互联网药品费用给付限额由投保人和保险人在投保时约定并在保险单中载明。

属于本项保险金赔偿责任范围的药品须同时满足以下条件：

（1）该药品须由本保险合同约定的互联网医院（释义十）的医生开具处方（释义十一），且药品处方符合中国国家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和用法用量，且为被保险人当前治疗必需且合理的药品；

（2）每次药品处方剂量符合国家卫生健康行政主管部门对于处方剂量的规定（释义十二）；

（3）开具的药品处方仅限治疗被保险人在等待期后遭受意外伤害事故或罹患的疾病；

（4）该药品必须为本保险合同期满日前在中国国家药品监督管理部门批准且已在中华人民共和国境内（不包括港、澳、台地区）上市的药物；

（5）被保险人须在本社指定或认可的互联网药店购买上述处方中所列的药品。

对于不满足上述任一条件的药品费用，保险人不承担给付互联网药品费用保险金的责任。

单日互联网药品费用免赔额指在本保险合同保险期间内，被保险人每日在本社指定或认可的互联网药店内所支出的属于保险责任范围内的药品费用中，应当由被保险人自行承担，且本保险合同不予赔付的部分。

单日互联网药品费用给付限额指在本保险合同保险期间内，被保险人每日在本社指定或认可的互联网药店内所支出的属于保险责任范围内的药品费用中，应当由保险人承担的费用限额。

在保险期间内，被保险人一次或多次在等待期后因遭受意外伤害或罹患疾病在本社指定或认可的互联网药店内产生互联网药品费用的，本社均按上述约定承担给付互联网药品费用保险金的责任。本社对该被保险人累计给付金额以本保险合同约定的互联网药品费用保险金额为限，当本社累计给付金额达到约定的本项保险责任的保险金额时，本社对该被保险人的本项保险责任终止。

第七条 健康管理服务

在保险期间内，保险人或保险人委托的服务机构可以为被保险人提供健康体检、健康咨询、健康促进、疾病预防、慢病管理、就医服务、康复护理等健康管理服务，具体内容详见《健康管理服务手册》（释义十三）。是否包含健康管理服务、包含的健康管理服务类别以及具体服务项目由投保人、保险人双方约定，并在保险单中载明，未在保险单中载明的不产生任何效力。

责任免除

第八条 因下列情形之一导致被保险人支出医疗费用的或发生如下列明的医疗费用，本社不承担保险金给付责任：

（一）投保人对被保险人的故意杀害、故意伤害；

（二）被保险人故意犯罪或者抗拒依法采取的刑事强制措施、故意自伤或自杀，但被保险人故意自伤或自杀时为无民事行为能力人的除外；

（三）因被保险人挑衅或故意行为而导致的打斗、被袭击或被谋杀；

（四）被保险人斗殴，酗酒，服用、吸食或注射毒品，违反规定使用麻醉或精神药品；

（五）被保险人未遵医嘱擅自服用、涂用、注射药物；

（六）被保险人酒后驾驶、无合法有效驾驶证驾驶（释义十四）或者驾驶无合法有效行驶证（释义十五）的机动车辆；

（七）性病、精神和行为障碍、先天性疾病、遗传性疾病（释义十六），先天性畸形、变形或染色体异常（释义十七）（依据世界卫生组织《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）；

（八）被保险人感染艾滋病病毒（HIV）或患艾滋病（AIDS）（释义十八）；

（九）被保险人在初次投保前或非续保前所患既往症（释义十九）；等待期内被保险人确诊的相关疾病或等待期内接受检查但在等待期后确诊的疾病；

（十）未经科学或者医学认可的试验性或者研究性治疗及其产生的后果所产生的费用；未被治疗所在地权威部门批准的治疗，未获得国家药品监督管理局或省级药品监管部门许可或批准的药品或药物；

（十一）接受各类医疗鉴定、医疗咨询和健康预测。医疗鉴定包括但不限于医疗事故（释义二十）鉴定、精神病鉴定、孕妇胎儿性别鉴定、验伤鉴定、亲子鉴定、遗传基因鉴定费用；

（十二）被保险人在不符合本保险合同约定的医院或医疗机构就诊发生的医疗费用；未经医生处方自行购买的药品；虽持有医生处方，但未在开具处方的医生执业的医疗机构（以收费票据载明的医疗机构信息为准）购买的药品、医疗器械或医疗耗材；虽持有医生处方，但处方剂量超过 30 天以上部分的药品；被保险人发生的不符合本保险合同约定的门（急）诊费用；

（十三）凡涉及门诊费用，本社的保险责任范围均不包括为排队挂号、提升病房等级等额外支付的费用；

（十四）被保险人从事职业运动或可获得报酬的运动或竞技期间；被保险人从事潜水、跳伞、攀岩（释义二十一）、探险（释义二十二）、驾驶滑翔机或滑翔伞、武术、摔跤、特技、赛马、赛车、蹦极等高风险运动（释义二十三）和活动期间；

（十五）肥胖症相关手术、整形手术、矫正、矫形（包括但不限于对脊柱侧弯、膝内翻、膝外翻、足得外翻、下颌骨前突等的矫形治疗）、美容或整容手术、变性手术、预防性手术（如预防性阑尾切除、预防性扁桃体切除等）及前述手术的并发症或因前述手术导致的医疗事故；

（十六）被保险人因预防、休养或疗养、健康体检、康复、保健性或非疾病治疗类项目发生的医疗费用；因获得或使用眼镜、义齿、义眼、义肢、助听器等康复性器具产生的费用、假体、自用的按摩保健和治疗用品、所有非处方医疗器械、耐用性医疗设备（指各种康复设备、矫形支具以及其他耐用设备）的购买、置换、安装和租赁费用；因实施包皮环切术、包皮剥离术、包皮气囊扩张术、性功能障碍治疗等产生的费用；健康体检；心理治疗

（十七）不孕不育治疗、人工受精、怀孕、分娩（含难产）、流产、堕胎、节育（含绝育）、产前产后检查以及由以上原因引起的并发症；

（十八）牙科疾病及相关治疗，视力矫正手术、斜视矫正手术，但因意外所致的不受此限；

（十九）战争、军事冲突、暴乱、武装叛乱或恐怖活动；

（二十）核爆炸、核辐射或核污染。

免赔额

第九条 免赔额

免赔额由投保人与本社在订立本保险合同时协商确定，并在保险单中载明。

本保险合同中所指免赔额指在本保险合同保险期间内，应由被保险人自行承担，保险人不予赔付的部分。

第十条 补偿原则和赔付标准

（一）本保险合同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、工伤保险、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，则本社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保险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）若被保险人以非基本医疗保险或公费医疗身份就诊并结算，本社根据本合同单独约定的给付比例进行赔付。

保险金额

第十一条 本保险合同的互联网药品费用医疗保险金、一般疾病门（急）诊医疗保险金、特定情形门（急）诊医疗保险金的保险金额、单日给付限额、单日免赔额、给付比例由投保人、保险人双方约定，并在保险单中载明。

保险期间

第十二条 本保险合同的保险期间以保险单中载明的为准，最长不超过一年。

续保

第十三条 本保险合同不保证续保。本保险合同保险期间不超过一年，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，获得新的附加保险合同。

保险人义务

第十四条 明确说明义务

订立保险合同，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 签发保险单义务

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 补充索赔证明和资料的通知义务

保险人按照合同的约定，认为**保险金申请人（释义二十四）**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保险金申请人补充提供。

第十七条 核定、赔付义务

保险人收到被保险人或者受益人的给付保险金的请求后，应当及时作出核定；情形复杂的，应当在三十日内作出核定，但合同另有约定的除外。保险人应当将核定结果通知被保险人或者受益人；对属于保险责任的，在与被保险人或者受益人达成给付保险金的协议后十日内，履行给付保险金义务。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被保险人或者受益人发出拒绝给付保险金通知书，并说明理由。

第十八条 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，对其给付保险金的数额不能确定的，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保险金的数额后，应当支付相应的差额。

投保人、被保险人义务

第十九条 交付保险费义务

本保险合同保险费支付方式分为一次性支付全部保险费或分期支付保险费，由投保人、保险人双方约定，并在保险合同中载明。

约定一次性支付全部保险费的，投保人应当在保险合同成立时一次性支付全部保险费。投保人未按约定全额支付应缴保险费的，保险合同不生效，对保险合同生效前发生的保险事故，保险人不承担保险责任。

约定分期支付保险费的，每期缴费金额应一致，投保人在投保时支付首期保险费，并应于保险合同约定的各分期缴费之日前及时并足额支付当期应缴保险费。投保人未按约定支付首期保险费的，保险合同不生效，对保险合同生效前发生的保险事故，保险人不承担保险责任。

若投保人未按照保险合同约定的各分期缴费时间足额支付当期应缴保险费，保险人允许投保人在缴费延长期内补缴保险费，如果被保险人在此缴费延长期内或已正常缴费对应的保险期间内发生保险事故，保险人按照保险合同约定给付保险金，但有权先从给付的保险金中扣除投保人欠缴的当期应缴的保险费。缴费延长期由投保人、保险人双方约定，并在保险合同中载明。

若投保人未按照保险合同约定的各分期缴费时间足额支付当期应缴保险费，且在缴费延长期内未补缴当期应缴保险费，本保险合同在上期保险费对应的保障期满日 24 时终止，终止之日后（含缴费延长期内）发生的保险事故，保险人不承担保险责任。

第二十条 如实告知义务

订立保险合同，保险人就保险标的或者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 住所或通讯地址变更通知义务

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，保险人按本保险合同所载的最后住所或通讯地址发送的有关通知，均视为已送达投保人。

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其他内容的，应以书面形式向保险人提出申请。保险人同意后出具批单，并在本保险合同中批注。

第二十三条 年龄的确定及错误的处理

被保险人的投保年龄，按照法定身份证件登记的出生日期所计算出的周岁（释义二十五）年龄为准，本保险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保险合同约定的年龄限制的，保险人有权终止对该被保险人的保险责任，并向投保人退还保险责任终止时该被保险人对应的本保险合同的未满期净保险费。

（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，或在给付保险金时按照实付保险费与应付保险费的比例支付。

（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。

第二十四条 职业或工种变更通知义务

被保险人变更职业或工种时，投保人或被保险人应在 10 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不在承保职业范围（释义二十六）内的，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，并退还未满期净保险费（释义二十七）。

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者工种依照保险人职业分类不在承保职业范围内的，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，本保险合同终止，保险人退还未满期净保险费。

第二十五条 保险事故通知义务

投保人、被保险人或者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，不承担给付保险金的责任，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（释义二十八）而导致的迟延。

保险金申请

第二十六条 保险金申请

保险金申请人向保险人申请给付保险金时，应提交以下材料：

（一）理赔申请书；

（二）保险单或其他保险凭证；

（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、信息和证据，包括但不限于医院出具的病历资料、医学诊断书、处方、病理检查报告、化验检查报告、医疗费用单据、费用明细单据等；已从其他途径获得医疗费用补偿的，还应提供医疗费用分割单、理赔结算单。保险金申请人因特殊原因不能提供上述材料的，应提供其它合法有效的材料；

（五）其他与确认保险事故的性质、原因、损失程度等有关的证明和资料；

（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；

（七）保险金作为被保险人遗产时，须提供可证明合法继承权的相关权利文件；

（八）受益人或者继承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。

如果被保险人本人作为保险金受益人已向保险人书面申领保险金，但在实际领取保险金前身故，保险金将作为其遗产，由保险人向其合法继承人给付。

保险金申请人未能提供有关材料，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。

争议处理和法律适用

第二十七条 争议处理

因履行本保险合同发生的争议，由当事人协商解决。协商不成的，提交保险合同载明的仲裁机构仲裁；保险合同未载明仲裁机构且争议发生后未达成仲裁协议的，依法向有管辖权的中华人民共和国人民法院提起诉讼。

第二十八条 法律适用

与本保险合同有关的以及履行本保险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、台湾地区法律）。

保险合同的解除、终止

第二十九条 保险合同解除

保险责任开始前，投保人要求解除本保险合同的，保险人应当无息退还已缴纳保险费。

保险责任开始后，犹豫期内投保人要求解除本合同的，保险人将无息退还已缴纳保险费；犹豫期后投保人要求解除本保险合同的，自保险人接到保险合同解除申请材料之日次日零时起，本保险合同的效力终止。保险人退还本保险合同的未满期净保险费。

投保人解除本保险合同时，应提供下列证明文件和资料：

- （一）保险合同变更申请书；
- （二）保险单或其他保险凭证；
- （三）投保人身份证明。

第三十条 保险合同的自动终止

发生下列情形时，本保险合同自动终止：

- （一）保险合同期满；
- （二）因本保险合同其他条款所约定的情况而终止效力。

被保险人在其保险期间内身故，或者被保险人的保险期间届满，保险人对该被保险人的保险责任终止。

释义

一、等待期

指自本保险合同生效日起计算的一段时间，具体天数由本社和投保人在投保时约定并在保险合同上载明，最长不超过 90 天，续保不计算等待期。在等待期内发生保险事故的，本社不承担给付保险金的责任。

二、特定疾病

除另有约定外，本保险合同约定的特定疾病包括急性腹泻、肠胃炎、胃肠功能紊乱、结膜炎、急性扁桃体炎、感冒/上呼吸道感染、流感、疱疹性咽峡炎、手足口病、急性中耳炎、急性阑尾炎、食物中毒、尿路感染、腮腺炎、急性支气管炎、急性肺炎。

保险人保留对以上特定疾病范围进行变更的权利，如有变更的，特定疾病须以保险单中载明的为准。

三、医院

指保险人与投保人约定的定点医院，未约定定点医院的，则指在中华人民共和国境内（不包括香港、澳门、台湾地区）经中华人民共和国卫生部门评审确定的二级或二级以上的公立医院普通部，但不包括主要作为体检、诊所、康复、护理、休养、静养、戒

酒、戒毒等或类似的医疗机构。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。

四、指定或认可的医疗机构

指本社在承保时与投保人约定的医疗机构，**具体医疗机构名单将在产品销售页面或投保文件中展示，本社保留对上述名单进行变更的权利。**

五、当地

指保险事故发生后，被保险人医疗费用实际发生地/支出地。

六、基本医疗保险

指国家最新修订颁布的《中华人民共和国社会保险法》所规定的基本医疗保险，包括城镇职工基本医疗保险、城镇居民基本医疗保险、新型农村合作医疗等政府举办的基本医疗保障项目。

七、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本社根据客观、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：**指医疗费用同时符合下列所有条件：**

- 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社根据客观、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。

八、意外伤害

指遭受外来的、突发的、非本意的、非疾病的使身体受到伤害的客观事件。**自然死亡、疾病身故、猝死、自杀以及自伤均不属于意外伤害。**

九、指定或认可的互联网药店：

经保险人审核认可，取得互联网药品信息服务资格证书，为被保险人提供购药或者配送服务的药店，具体名单在保险人官方网站或销售平台公示。

十、互联网医院

指包括作为实体医疗机构第二名称的互联网医院，以及依托实体医疗机构独立设置的互联网医院，具体以保险单中载明为准。**保险人可在确保被保险人利益的前提下有权调整互联网医院目录，并通知投保人、被保险人。**

十一、处方

指由注册的执业医师和在诊疗活动中为患者开具的、由取得药学专业技术职务任职资格的药学专业技术人员审核、调配、核对，并作为患者用药凭证的医疗文书。处方包括医疗机构病区用药医嘱单。

十二、国家卫生健康行政主管部门对于处方剂量的规定

根据《处方管理办法》规定，处方一般不得超过 7 日用量；急诊处方一般不得超过 3 日用量；对于某些慢性病、老年病或特殊情况，处方用量可适当延长，但医师应当注明理由。

十三、《健康管理服务手册》

《健康管理服务手册》将在产品销售页面或投保文件中展示。

十四、无合法有效驾驶证驾驶

被保险人存在下列情形之一者：

- (1) 无驾驶证或驾驶证有效期已届满；
- (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、剧毒或者放射性等危险物品的机动车，实习期内驾驶的机动车牵引挂车；
- (4) 持未按规定审验的驾驶证，以及在被暂扣、扣留、吊销、注销驾驶证期间驾驶机动车；
- (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) 依照法律法规或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车。

十五、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) 无公安机关交通管理部门核发的行驶证、号牌，或临时号牌或临时移动证的机动交通工具；
- (3) 未在规定检验期限内进行机动车安全技术检验或检验未通过的机动交通工具。

十六、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。

十七、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。

十八、感染艾滋病病毒（HIV）或患艾滋病（AIDS）

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。

十九、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。

二十、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、常规，过失造成患者人身损害的事故，具体以《医疗事故处理条例》（中华人民共和国国务院令第 351 号）为准。

二十一、攀岩

指攀登悬崖、楼宇外墙、人造悬崖、冰崖、冰山等运动。

二十二、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等活动。

二十三、高风险运动

指比一般常规性的运动风险等级更高、更容易发生人身伤害的运动，在进行此类运动前需有充分的心理准备和行动上的准备，必须具备一般人不具备的相关知识和技能或者必须在接受专业人士提供的培训或训练之后方能掌握。被保险人进行此类运动时须具备相关防护措施或设施，以避免发生损失或减轻损失，包括但不限于潜水，冲浪，滑水，滑雪，滑冰，乘坐或驾驶商业民航班机以外的飞行器，驾驶或乘坐滑翔翼，滑翔伞，跳伞或其他高空运动，攀岩运动，探险活动，武术，摔跤，柔道，空手道，跆拳道，马术，拳击，特技表演（含训练），替身表演（含训练），驾驶卡丁车，赛马，赛艇，赛车，各种车辆表演（含训练），蹦极。

二十四、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。

二十五、周岁

以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 0 周岁，每经过一年增加一岁，不足一年的不计。

二十六、承保职业范围

指属于《众惠财产相互保险社职业类别表》中 1-4 类职业或不属于《众惠财产相互保险社特殊职业分类表》所列职业，**具体承保职业范围将在产品销售页面或投保文件中展示，本社保留对上述职业类别表（特殊职业分类表）及承保职业范围进行变更的权利。**

二十七、未满期净保险费

指本保险合同所具有的最低现金价值，若保险费为一次性支付的：未满期净保险费=净保险费 $\times$ （1-m/n），其中，m 为已生效天数，n 为保险期间天数，经过日期不足一日的按一日计算，净保险费=保险费 $\times$ （1-退保费用率），具体退保费用率在保险单中载明，退保费用率不超过 35%。

若保险费为分期支付的：未满期净保险费=当期净保险费 $\times$ （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，当期净保险费=当期保险费 $\times$ （1-退保费用率），具体退保费用率在保险单中载明，退保费用率不超过 35%。

二十八、不可抗力

指不能预见、不能避免并不能克服的客观情况。