

安心财产保险有限责任公司

住院综合医疗保险条款（2017版）（B款）

注册号：C00020332512017101114642

总则

第一条 本保险合同由保险条款、投保单、保险单、保险凭证以及批单等组成。凡涉及本保险合同的约定，均采用书面形式。

第二条 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均可作为本保险合同的投保人。

第三条 凡出生满三十日至六十周岁（含）的身体健康且能正常工作、生活的自然人，均可作为本保险合同的被保险人。如属续保，被保险人的年龄最高可至九十九周岁（含）。

第四条 除另有约定外，本保险合同的保险金的受益人为被保险人本人。

保险责任

第五条 投保人首次投保或非连续投保本保险时，被保险人因腺样体肥大、疝气或扁桃腺的疾病需要住院治疗或特殊门诊治疗的，自本保险合同生效之日起九十日为等待期；被保险人因其他疾病需要住院治疗或特殊门诊治疗的，自本保险合同生效之日起三十日为等待期。续保或者因意外伤害进行治疗的无等待期。**被保险人在等待期内发生的疾病，无论治疗时间与保险责任生效之日间隔是否超过等待期，保险人都不承担给付保险金的责任。**

对等待期后本保险合同到期日前发生的且延续至本保险合同到期日后三十日内的住院治疗，保险人仍然承担给付保险金的责任，累计给付金额以保险合同中约定的保险金额为限。

第六条 在保险期间内，本保险合同的保险责任如下：

一般医疗保险金 在保险期间内，被保险人因遭受意外伤害事故或在等待期后因患疾病，在医院接受治疗的，依照下列约定给付保险金：

（一）住院医疗保险金

被保险人因疾病或意外伤害经医院诊断必须住院治疗，对被保险人住院期间实际支出的合理且必要的住院医疗费用，保险人将按照本主险合同约定的保险金计算方法，在保险金额范围内，按照约定给付比例、各项费用的年限额、最高给付日数给付住院医疗保险金。

（二）特殊门诊医疗保险金

被保险人因疾病或意外伤害在医院进行（1）门诊肾透析；（2）门诊恶性肿瘤治疗治疗，包括化学疗法、放射疗法、肿瘤免疫疗法、肿瘤内分泌疗法、肿瘤靶向疗法；（3）器官移植后的门诊抗排异治疗；（4）门诊手术。保险人按照被保险人治疗发生的合理且必要的特殊门诊医疗费用，按照本主险合同约定的保险金计算方法，在保险金额范围内给付特殊门诊医疗保险金。

（三）住院前后门急诊医疗保险金

被保险人因本条（一）项下的保险事故经医院诊断必须住院治疗，保险人对其在该次住院前七日内（含住院当日）以及出院后三十日内（含出院当日）进行的门急诊治疗发生的合理且必要的门急诊医疗费用，在扣除约定的免赔额后，按照约定的给付比例在年限额范围内

给付住院前后门急诊医疗保险金。

恶性肿瘤医疗保险金 在保险期间内，被保险人在等待期后因初次确诊罹患恶性肿瘤，在医院接受治疗的，保险人在前款约定给付一般医疗保险金的前提下，在累计给付金额达到一般医疗保险金的限额后，依照下列约定给付恶性肿瘤医疗保险金：

（一）恶性肿瘤住院医疗保险金

被保险人因罹患恶性肿瘤经医院诊断必须住院治疗的，对于住院期间发生的合理且必要的恶性肿瘤住院医疗费用，保险人按本主险合同约定的保险金计算方法，在该项保险金的给付限额内给付恶性肿瘤住院医疗保险金。对等待期后本主险合同到期日前发生的且延续至本主险合同到期日后 30 日内的住院治疗，对于合理且必要的恶性肿瘤住院医疗费用，保险人按照约定的方法计算并给付恶性肿瘤住院医疗保险金，累计给付金额以保险合同中约定的保险金额为限。

（二）恶性肿瘤特殊门诊医疗保险金

被保险人因罹患恶性肿瘤在医院进行特殊门诊治疗的，对其治疗发生的合理且必要的恶性肿瘤特殊门诊医疗费用，保险人按本保险合同约定的保险金计算方法，在该项保险金的给付限额内给付恶性肿瘤特殊门诊医疗保险金。

恶性肿瘤特殊门诊治疗包括：化学疗法、放射疗法、肿瘤免疫疗法、肿瘤内分泌疗法、肿瘤靶向疗法。

（三）恶性肿瘤住院前后门急诊医疗保险金

被保险人因本条（一）“恶性肿瘤住院医疗保险金”项下的保险事故经医院诊断必须住院治疗，保险人对其在该次住院前七日内（含住院当日）以及出院后三十日内（含出院当日）进行的门急诊治疗发生的合理且必要的恶性肿瘤门急诊医疗费用（不包括门诊肾透析、门诊恶性肿瘤治疗、器官移植后的门诊抗排异治疗费和门诊手术费），保险人在扣除约定的免赔额后，按照约定的给付比例在保险金额范围内给付恶性肿瘤住院前后门急诊医疗保险金。

本保险合同的免赔额、给付比例、各项费用的保险金额及总保险金额由投保人和保险人在投保时约定，并在保险单中载明。

第七条 对于上述各项保险责任，被保险人不论一次或多次在医院进行治疗，保险人均按上述约定给付各项保险金，各项费用的累计给付金额以不超过各对应项的保险金额为限，各项费用的累计给付金额达到其对应项的保险金额时，保险人对被保险人的该项保险责任终止；累计给付金额以不超过该被保险人的总保险金额为限，累计给付金额达到被保险人总保险金额时，保险人对该被保险人的保险责任终止。

第八条 本保险适用医疗费用补偿原则。若保险事故发生时，被保险人通过任何途径所获得的医疗费用补偿金额总和以其实际支出的医疗费用金额为限。被保险人已经或能够从社会基本医疗保险或其他途径（包括工作单位、保险人在内的任何商业医疗保险）获得相关医疗费用补偿的，保险人仅按照本保险合同约定补偿剩余部分，并以保险金额为限，被保险人不得就已经补偿的费用再次向保险人申请保险金。

保险金计算方法

第九条 在本主险合同有效期内，被保险人因疾病或意外伤害经确诊需要住院治疗、指定门诊治疗或住院前后的门诊急诊治疗的，对于在其投保计划对应的医院范围内进行上述治疗发生的、合理且必要的医疗费用，即保险责任范围内的医疗费用，按照如下公式计算每次就诊应当给付的保险金：

一次就诊应当给付的保险金额 =（被保险人发生的医疗费用的有效金额-免赔额余额）*赔

付比例

说明：(1) 一次就诊指一次住院，或一次门诊（包括指定门诊或住院前后的门急诊）。一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之期间；但如果因同一原因再次住院，且前次出院与下次住院间隔未超过 30 日，视为同一次住院。一次门诊指被保险人在一日（零时起至二十四时止）在同一所医院同一个科室的就诊。

(2) 被保险人发生的医疗费用的有效金额=被保险人每次就诊发生的合理且必要的属于保险责任范围内的医疗费用-被保险人从社会医疗保险或公费医疗获得的费用补偿；多次就诊被保险人累计发生的医疗费用的有效金额等于单次就诊被保险人发生的医疗费用的有效金额相加。

(3) 免赔额余额是指前次理赔经“保险责任范围内的医疗费用”抵扣剩余的免赔额。举例来说，假设免赔额为 10000 元，如未就诊过，则免赔额余额为 10000 元；如第一次就诊累计的“保险责任范围内医疗费用”为 6000 元，则针对本次就诊理赔后免赔额余额为 4000 元，本次赔付为 0；如第二次就诊累计的“保险责任范围内医疗费用”为 9000，则针对本次就诊理赔后免赔额余额为 0，本次赔付为 5000。**年免赔额**是指一个保单年度内对应的免赔额。在社保或公费医疗报销部分，不能计入年免赔额；在其它商业保险已报销部分以及个人自付部分，只要符合本主险合同赔付条件的，均可以计入年免赔额。

(4) 当某次就诊保险责任范围内的医疗费用>年免赔额余额时，本次赔付金额>0；当某次就诊保险责任范围内的医疗费用≤年免赔额余额时，本次赔付金额=0。

(5) 赔付比例：如投保时被保险人有社会医疗保险、公费医疗或其他任何商业保险，但本次就诊时被保险人未使用以上医疗保险，则该赔付比例为 60%；在其他情况下，该赔付比例为 100%。

责任免除

第十条 因下列情形之一造成的被保险人支出，保险人不承担给付保险金的责任：

- (一) 投保人对被保险人的故意杀害、故意伤害；
- (二) 被保险人故意自伤、故意犯罪或者抗拒依法采取的刑事强制措施；
- (三) 被保险人主动吸食或注射毒品；
- (四) 被保险人酒后驾驶机动车、无合法有效驾驶证驾驶，或驾驶无有效行驶证的机动车；
- (五) 被保险人感染艾滋病病毒或患艾滋病期间因疾病导致的；
- (六) 战争、军事冲突、暴乱或武装叛乱；
- (七) 核爆炸、核辐射或核污染；
- (八) 遗传性疾病、先天性畸形、变形和染色体异常；
- (九) 保险单中特别约定的除外疾病及其并发症；
- (十) 既往症；
- (十一) 被保险人在非本保险合同约定的医院就诊发生的医疗费用；
- (十二) 耐用医疗设备（指各种康复设备、矫形支具以及其他耐用医疗设备）的购买或租赁费用；
- (十三) 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；
- (十四) 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》（ICD-10）确定）、性病；

(十五)包皮环切术、包皮剥离术、包皮气囊扩张术、性功能障碍治疗；

(十六)疗养、矫形、视力矫正手术、美容、非意外事故所致整容手术、非意外事故所牙科疾病治疗及康复；

(十七)各种医疗咨询和健康预测：如健康咨询、睡眠咨询、性咨询、心理咨询（依照世界卫生组织《疾病和有关健康问题的国际统计分类》（ICD-10）确定的精神和行为障碍以外的一般心理问题，如职场问题、家庭问题、婚恋问题、个人发展、情绪管理等）等费用。

(十八)从事潜水、跳伞、攀岩、蹦极、驾驶滑翔机或滑翔伞、探险、摔跤、武术比赛、特技表演、赛马、赛车等高风险运动；

(十九)被保险人因预防、康复、保健型或非疾病治疗类项目发生的医疗费用；眼镜、义齿、义眼、义肢、助听器等康复性器具。

保险金额

第十一条 保险金额由投保人与保险人双方约定，并在保险合同中载明。保险金额是保险人承担给付保险金责任的最高限额。

保险期间

第十二条 本保险合同的保险期间为一年，以保险合同载明的起讫时间为准。

保险人义务

第十三条 订立保险合同时，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本格式条款，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 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。

第十五条 保险人认为被保险人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 保险人收到被保险人的给付保险金的请求后，应当在五日内作出是否属于保险责任的核定；情形复杂的，在三十日内作出核定。

第十七条 保险人应当将核定结果通知被保险人；对属于保险责任的，在与被保险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的义务。保险人依照第十五条约定作出核定后，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发出拒绝给付保险金通知书，并说明理由。

第十八条 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。

投保人、被保险人义务

第十九条 订立本保险合同时，保险人就被保险人的有关情况提出询问，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，保险人有权解除本保险合同。

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，但退还保险费。

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。自合同成立之日起超过二年的，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责任。

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责任。

第二十条 投保人、被保险人或者保险金受益人自其知道或应当知道保险事故发生之日起十日内通知保险人。否则，投保人或被保险人应承担由于通知迟延致使保险人增加的勘查、检验等项费用。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，不包括因不可抗力而导致的迟延。

第二十一条 本保险合同的保险费采取一次性交付方式。

保险金申请与给付

第二十二条 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。保险金申请人因特殊原因不能提供以下材料的，应提供其他合法有效的材料。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。

(一) 由被保险人作为申请人填写保险金给付申请书，并凭下列证明和资料向保险人申请保险金：

1. 保险金给付申请书；
2. 申请人的法定身份证明；
3. 医院出具的病历资料，包含但不限于门诊病历记录、出入院记录、手术记录、必要的病理检查或其他科学检查检验报告；
4. 医疗费用的原始凭证、医疗费用结算清单、手术费用清单（若发生手术时需提供）；
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。

(二) 若委托他人代为申请保险金，被委托人还应提供以下证明和资料：

1. 保险金受益人签字的授权委托书、被委托人的有效身份证件等相关证明文件；
2. 受益人或继承人为未成年人或无民事行为能力人时，由其合法监护人代其申请领取保险金，其合法监护人还必须提供受益人或继承人为未成年人或无民事行为能力人的证明和监护人具有合法监护权的证明。

第二十三条 保险金申请人向保险人请求给付保险金的诉讼时效期间为二年，自其知道或者应当知道保险事故发生之日起计算。

续保

第二十四条 本保险期间届满前三十日内，投保人可向保险人申请续保。经保险人审核同意且投保人缴付续保期间的保险费后，续保保险合同生效。

争议处理和法律适用

第二十五条 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，提交保险单载明的仲裁机构仲裁；保险单未载明仲裁机构或者争议发生后未达成仲裁协议的，依法向人民法院起诉。

第二十六条 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（不包括港澳台地区法律）。

其他事项

第二十七条 被保险人的投保年龄按周岁计算。投保人应在投保本保险时将被保险人的真实年龄与性别在投保单上填明，如果发生错误，保险人按照下列规定办理：

（一）投保人申报的被保险人年龄不真实，并且其真实年龄不符合本保险合同约定的年龄限制的，保险人有权解除本保险合同，并向投保人退还本保险合同的未到期净保费。

（二）投保人申报的被保险人年龄或性别不真实，致使投保人支付的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。若已经发生保险事故，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或性别不真实，致使投保人支付的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。

第二十八条 投保人的电话等联系方式变更时，应及时以书面形式或双方认可的其他形式通知保险人。投保人未以书面形式或双方认可的其他形式通知的，保险人将按本保险合同载明的最后联系方式发送有关通知，并视为已送达给投保人。

第二十九条 投保人在投保后，可以书面通知要求解除本保险合同，并向保险人提供下列证明和资料：

（一）保险合同；

（二）解除合同申请书；

（三）投保人的有效身份证明。

自保险人收到解除合同申请书之日起，本保险合同终止。保险人在收到上述证明和资料之日起三十日内退还本保险合同的未到期净保费。

第三十条 本保险合同未尽事宜依照合同签订时生效的《中华人民共和国保险法》处理。

释义

第三十一条 本保险合同具有特定含义的名词，其定义如下：

【社会医疗保险】 本保险合同所称的社会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、医疗救助等政府举办的基本医疗保障项目。

【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。

【腺样体肥大】 腺样体也叫咽扁桃体或增殖体。腺样体肥大指腺样体因炎症的反复刺

激而发生病理性增生，从而引起鼻塞、张口呼吸等症状。

【疝气】指人体组织或器官一部分离开其正常的解剖位置，通过人体间隙、缺损或薄弱部位进入另一部位；或胚胎时的裂隙未能完全闭合，遗留成为裂孔。

【扁桃腺的疾病】扁桃腺又称扁桃体，是人体近喉部两侧的多个腺体组织，是人体免疫系统一部分。其疾病包括但不限于急慢性扁桃体炎、扁桃体肿瘤。

【疾病】是指本合同签发之日起，经等待期（续保不受此限）后被保险人所患疾病或症状，但不包括本合同生效前、等待期内已接受或曾被医生建议需采取诊疗措施的任何疾病或症状。

【等待期】指自本合同生效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保险合同上载明。在等待期内发生保险事故的，保险人不承担给付保险金的责任。

【住院】指被保险人因疾病或意外伤害而入住医院的正式病房进行治疗，并正式办理入院出院手续，不包括入住门诊观察室、家庭病床、其他挂床住院及不合理的住院。

【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。

【保险事故】指保险合同约定的保险责任范围内的事故。

【医院】指经国家卫生部门审核的二级或二级以上的综合性公立医院或专科公立医院，但不包括作为诊所、康复、联合病房、家庭病床、护理、修养或戒酒、戒毒等医疗机构。该医院必须具有系统的、充分的诊断设备，全套外科手术设备并提供24小时的医疗与护理服务。医院中的特需医疗、外宾医疗、干部病房不在本保险合同保障范围。

【住院医疗费用】包括床位费、膳食费、医生费、药品费、治疗费、护理费、检查检验费、手术费、救护车使用费各项费用。

【床位费】指被保险人住院期间使用的医院床位的费用（不包括单人病房、套房、家庭病床）。

【膳食费】指住院期间实际发生的、由医院提供的合理的、符合惯常标准的膳食费用，但不包括住院期间购买的个人用品。

【医生费】包括外科医生、麻醉师、内科医生、专科医生的费用。

【专科医生】专科医生应当同时满足以下四项资格条件：

- （一）具有有效的中华人民共和国《医师资格证书》；
- （二）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；
- （三）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》；
- （四）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。

【药品费】指住院期间实际发生的合理且必要的由医生开具的具有国家药品监督管理部门核发的药品批准文号或者进口药品注册证书、医药产品注册证书的国产或进口药品的费用。其中不包括中草药。

【治疗费】指住院期间以治疗疾病为目的，提供必要的医学手段而发生的合理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，包括诊疗费、注射费、机疗费、理疗费、输血费、输氧费、体外反搏费等。其中不包括物理治疗、中医理疗及其他特殊疗法。

【物理治疗、中医理疗及其他特殊疗法】物理治疗是指应用人工物理因子（如光、电、磁、声等）来治疗疾病，具体疗法包括电疗、光疗、磁疗、热疗等；中医理疗是指以治疗疾病为目的，被保险人接受由具有相应资格的医生实施的针灸治疗、推拿治疗、拔罐治疗或刮痧治疗；其他特殊疗法包括顺势治疗、职业疗法及语音治疗。

【护理费】指住院期间根据医嘱所示的护理等级确定的护理费用。

【检查检验费】指住院期间实际发生的、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合理的医疗费用，包括诊查费、妇检费、X光费、心电图费、B超费、脑电图费、内窥镜费、肺功能仪费、分子生化检验费和血、尿、便常规检验费等。

【手术费】指当地卫生行政部门规定的手术项目的费用。包括手术费、麻醉费、手术监测费、手术材料费、术中用药费、手术设备费、手术植入器材费；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。

【手术植入器材】指手术过程中由手术医生植入体内的组织相容性人工器材，包括：
a) 塑形性植入器材：骨板/骨钉等组织固定材料、钛网/支架等组织成型材料、义乳/骨蜡等组织缺损的充填材料等；
b) 功能性植入材料：人工器官、脑起搏器、心脏起搏器等。手术结束后如不经再次外科手术，该器材无法去除或重置。

【救护车使用费】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，仅限于同一城市中的救护车医疗费用。

【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。

【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《中华人民共和国道路交通安全法》的规定认定为饮酒后驾驶或醉酒后驾驶。

【无有效驾驶证驾驶】指下列情形之一：

- (一) 没有驾驶证驾驶；
- (二) 驾驶与驾驶证准驾车型不相符合的车辆；
- (三) 驾驶员持审验不合格的驾驶证驾驶；
- (四) 未经公安交通管理部门同意，持未审验的驾驶证驾驶；
- (五) 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；
- (六) 公安交通管理部门规定的其他无有效驾驶证驾驶的情况。

【无有效行驶证】指下列情形之一：

- (一) 没有机动车行驶证；
- (二) 未在法律规定期限内按时进行或通过安全技术检验。

【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。

【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。

在人体血液或其它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。

【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。

【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》（ICD-10）确定。

【既往症】指在本保险合同生效之前罹患的被保险人已知或应该知道的有关疾病或症状。通常有以下情况：

- (一) 本保险合同生效前，医生已有明确诊断，长期治疗未间断；
- (二) 本保险合同生效前，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；

(三) 本保险合同生效前发生，医生已有明确诊断，但未予治疗；或者未经医生诊断和治疗，但症状明显且持续存在，以普通人医学常识应当知晓。

【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。

【攀岩】指攀登悬崖、楼宇外墙、人造悬崖、冰崖、冰山等运动。

【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，而故意使自己置身于其中的行为，如：江河漂流、登山、徒步穿越沙漠或人迹罕至的原始森林等活动。

【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。

【特技表演】指进行马术、杂技、驯兽等表演。

【有效身份证明】指由政府主管部门规定的证明个人身份的证件，如：居民身份证、按规定可使用的有效护照、军官证、警官证、士兵证等证件。

【未到期净保费】未到期净保险费=保险费×(1-35%)×(1-保险经过日数/保险期间的日数)，经过日数不足1日的按1日计算。