请扫描以查询验证条款

友邦尊享智选康惠医疗保险

第一条　保险合同的构成

本保险条款、保险单、所附的投保单（正本留本公司存档，其复印件或电子影印件与正本具有同等效力）、批注及其他约定书均为《友邦尊享智选康惠医疗保险》合同（以下简称本合同）的构成部分。

第二条　保险责任

投保人在投保时所选择的投保身份和年度免赔额以及本条第三款所列的其他限制的金额，均载于本合同保险单上的《保险计划表》。本合同以下约定的被保险人各项就医的费用均必须发生在**境内**（释义一）**医院**（释义二）。

一、等待期

本合同生效日起或最后一次效力恢复之日起三十日内（含第三十日）为等待期，本公司对被保险人于上述期间发生的疾病不承担保险责任。若被保险人在上述期间内因疾病而导致费用，则对于在上述期间后因该疾病而导致的费用，本公司也不承担保险责任。被保险人因遭受意外事故（释义三）产生的保险责任范围内的费用，则不受上述期间的限制。

二、补偿金范围

在本合同有效期内，若被保险人遭受意外事故或在等待期后因疾病而入住医院治疗或进行指定门急诊治疗，则本公司按照以下第三款的计算方法，在符合本合同约定的情况下，向被保险人给付住院费用补偿金或指定门急诊费用补偿金，其“约定项目费用”范围分别如下：

1、在计算住院费用补偿金时，“约定项目费用”指被保险人**每次住院**（释义四）的**床位费**（释义五）、**膳食费**（释义六）、**药品费**（释义七）、住院手术费和**其他费用**（释义八），**若被保险人入住医院的高端病房（包括特需病房、外宾病房、干部病房、国际医疗部病房、VIP 病房或其他不属于社会医疗保险（释义九）范畴的高等级病房），则本公司不承担任何保险责任**。

2、在计算指定门急诊费用补偿金时，“约定项目费用” 指被保险人**每次门急诊**（释义十）的**住院前后门急诊费**（释义十一）、**门诊手术费**（释义十二）、**放化疗、透析及器官移植后抗排异治疗门诊费**（释义十三）和**门诊靶向药费**（释义十四），**若被保险人在医院的高端门急诊（包括特需门急诊、国际部门急诊、干部保健门急诊或其他不属于社会医疗保险范畴的高等级门急诊）就医，则本公司不承担任何保险责任**。

三、计算方法

计算住院费用补偿金和指定门急诊费用补偿金时先用本款的初算金额公式计算出初算金额。当初算金额不大于“约定项目费用”发生时的剩余年度免赔额时，该次补偿金金额为零，同时，该保险单年度内此后的剩余年度免赔额相应扣减该初算金额；当初算金额大于“约定项目费用”发生时的剩余年度免赔额时，该次补偿金金额等于该初算金额扣除该剩余年度免赔额后的余额，该保险单年度内此后的剩余年度免赔额降至零。补偿金金额还应结合本款的补偿原则和其他限制进行调整。

1、初算金额公式

初算金额 = 已发生的、必须且合理的每次住院或每次门急诊的“约定项目费用”总额×给付比例－已获得的公费医疗及社会医疗保险的补偿费用

2、给付比例

给付条件		给付比例
被保险人以公费医疗或社会医疗保险身份投保	**被保险人已从公费医疗或社会医疗保险等获得费用补偿**	**100%**
	被保险人未从公费医疗且未从社会医疗保险等获得费用补偿	**60%**
被保险人以非公费医疗且非社会医疗保险身份投保		**100%**

3、年度免赔额

本合同的年度免赔额载于《保险计划表》。每个保险单年度的剩余年度免赔额的初始值等于年度免赔额。

4、补偿原则

若被保险人已从其他途径（包括公费医疗、社会医疗保险、所有商业性费用补偿型医疗保险、其他政府机构或社会福利机构等）取得补偿，则本公司所给付的补偿金最高不超过被保险人实际发生的医疗费用扣除其所获补偿后的余额。

5、其他限制

上述各项补偿金还须符合以下限制。

（1）同一保险单年度内，本合同各项补偿金的累计给付之和以本合同的基本保险金额为最高限额，其中指定门急诊费用补偿金累计给付以本合同基本保险金额的20%（百分之二十）为最高限额。若被保险人住院期间跨保险单周年日，则该次住院费用补偿金金额计入入住医院首日所属的保险单年度。

（2）本合同有效期内，本合同各项补偿金的累计给付之和以本合同基本保险金额的四倍为最高限额，指定门急诊费用补偿金累计给付以本合同基本保险金额的 80%（百分之八十）为最高限额。

第三条　责任免除

因下列情形之一发生就医费用的，本公司不承担保险责任：

（1）被保险人在境外（释义十五）就医；

（2）被保险人所患既往症（释义十六）引起的相关费用；

（3）投保人对被保险人的故意杀害、故意伤害；

（4）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；

（5）被保险人参与执行军、警任务；

（6）被保险人故意自伤；

（7）被保险人故意犯罪或者抗拒依法采取的刑事强制措施；

（8）被保险人酒后驾驶（释义十七）、无合法有效驾驶证驾驶（释义十八），或驾驶无有效行驶证（释义十九）的机动车；

（9）被保险人未遵医嘱，私自使用药物，但按使用说明的规定使用非处方药（释义二十）不在此限；

（10）战争、军事冲突、暴乱或武装叛乱；

（11）任何恐怖分子行为（释义二十一）；

（12）核爆炸、核辐射或核污染；

（13）被保险人进行潜水（释义二十二）、滑水、滑雪、轮滑、滑板、滑板车、滑翔翼、跳伞、蹦极、攀岩运动（释义二十三）或探险活动（释义二十四）；

（14）被保险人进行摔跤、柔道、空手道、跆拳道、马术、拳击、武术的比赛或被保险人进行特技（释义二十五）表演；

（15）被保险人进行赛马、各种车辆表演、赛车运动、驾驶卡丁车；

（16）视力矫正、精神和行为障碍（释义二十六）或受酒精、毒品（释义二十七）、管制药物（释义二十八）影响；

（17）不孕不育治疗、人工受精、妊娠（包括异位妊娠）、分娩（含难产）、流产、堕胎、节育（含避孕及绝育）、产前产后检查以及由以上原因引起的并发症；

（18）美容、外科整形；

（19）先天性疾病、先天性畸形、变形或染色体异常（释义二十九）；

（20）牙齿修复、牙齿整形，以及非因意外事故而进行的牙齿、牙周、牙床治疗及手术；

（21）一般身体检查、疗养、特别护理或静养、康复性治疗、既非手术又非药物的治疗；

（22）任何医疗导致的伤害；

（23）等待期内药物过敏、食物中毒、细菌或病毒感染（但因意外事故致有伤口而生感染者除外）；

（24）扁桃腺、腺状肿、疝气、女性生殖器官的疾病，但被保险人在本合同持续有效达一百二十日以后接受此四类疾病的治疗或外科手术者不在此限；

（25）被保险人感染艾滋病病毒或患艾滋病（释义三十）。

第四条　保险合同成立与生效

投保人提出保险申请、本公司同意承保，本合同成立。

合同生效日期在保险单上载明。保单年度、保险费约定支付日均以该日期计算。

第五条　投保年龄、保险期间及续保

本合同所承保的被保险人的首次投保年龄为出生满三十日至六十**岁**（释义三十一）。

本合同的保险期间为一年。

投保人可于每个保险期间届满时或之前向本公司支付续保保险费以示续保，若本公司同意该续保且已收取该续保保险费，则本合同将延续有效一年。本合同可按上述续保方式续保至被保险人年满九十九岁后的首个保险单周年日（若保险单周年日与被保险人生日是同一日期，则可续保至被保险人九十九岁生日），并于被保险人年满一百岁后的首个保险单周年日（若保险单周年日与被保险人生日是同一日期，则于被保险人一百岁生日）满期。

第六条　合同效力的终止

发生下列情况之一时，本合同效力即时终止：

（1）投保人向本公司申请解除本合同；

（2）本合同各项补偿金的累计给付之和已达约定的最高限额；

（3）被保险人身故；

（4）一年保险期间届满，投保人无意续保或本公司不接受本合同续保；

（5）本合同因其他条款所列情况而终止效力。

第七条　年龄错误

投保人在申请投保时，应将与有效身份证件相符的被保险人的出生日期在投保单上填明，如果发生错误按照下列方式办理：

（1）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合同约定投保年龄限制的，在保险事故发生之前本公司有权解除合同，并按解除合同处理。本公司行使合同解除权适用“本公司合同解除权的限制”的规定。

（2）投保人申报的被保险人年龄不真实，致使投保人实付保险费少于应付保险费的，本公司有权更正并要求投保人补交保险费。若已经发生保险事故，在给付保险金时按实付保险费和应付保险费的比例给付。

（3）投保人申报的被保险人年龄不真实，致使投保人实付保险费多于应付保险费的，本公司会将多收的保险费退还给投保人。

第八条　职业变更的处理

被保险人于本合同有效期内达到法定工作年龄并取得合法工作的，投保人或被保险人应及时书面通知本公司。

被保险人变更其职业或职务时，投保人或被保险人应及时书面通知本公司。

被保险人所变更的职业或职务，依照本公司的职业分类在拒保范围内者，自本公司接到通知之日起，本合同终止，本公司将无息退还**未满期净保险费**（释义三十二）（释义三十三）。

被保险人所变更的职业或职务，依照本公司的职业分类在拒保范围内者而未依前项约定通知本公司而发生保险事故的，本公司不承担保险责任。

第九条　住所或通讯地址的变更

投保人的住所或通讯地址有变更时，应及时书面通知本公司。

投保人不作上述通知时，本公司按投保单所载投保人的最后住所或通讯地址所发送的通知，均视为已送达投保人。

第十条　合同内容的变更

投保人和本公司可以协商变更合同内容。投保人可根据本公司的规定申请变更本合同内容，经本公司同意并记录及在本合同上批注后生效。

若被保险人身故，则本公司不接受本合同内容的任何变更申请。

第十一条　基本保险金额

本合同的基本保险金额载于本合同的保险单上。本合同的基本保险金额不得变更。

第十二条　保险费及保险费的支付

续保保险费按照被保险人在续保时的年龄和所选保障计划确定，本公司将书面通知投保人。

若因市场环境、监管要求等原因导致保险费率需要改变的，则本公司将按保险监管机构的规定履行相关的保险费率变更报备或审批手续。变更后的保险费率适用于同一合同条款下所有被保险人或同一投保年龄和所选保障计划的所有被保险人。投保人须自书面通知所载的续保日开始按新的保险费率支付保险费，该续保日之前的保险费不受影响。

分期支付的保险费以保险单年度为单位计算，但投保人可选择以本公司同意的方式支付保险费。第一期以后的保险费应在保险费约定支付日或以前由投保人自行支付，并根据本合同投保单或批注上所载的付费方式计算。

除采取年付方式支付保险费外，若其他分期支付保险费方式情况下发生保险金给付，且本合同效力将根据约定终止的，则本公司将扣除该保险单年度应付而未付的保险费。

若保险期间届满时，本公司已明确拒绝续保，则已支付的续保保险费将无息退还予投保人。

第十三条　宽限期

分期支付保险费的，投保人支付首期保险费后，除本合同另有约定外，如果投保人到期未支付保险费，自保险费约定支付日的次日零时起六十日为宽限期。宽限期内发生的保险事故，本公司仍会承担保险责任，但在给付保险金时会扣减投保人欠交的保险费。如果投保人宽限期结束之后仍未支付保险费，则本合同自宽限期满的次日零时起效力中止。

第十四条　效力恢复

本合同效力中止后二年内，投保人可以申请恢复合同效力。经本公司与投保人协商并达成协议，在投保人补交保险费之日起，合同效力恢复。

自本合同效力中止之日起满二年投保人和本公司未达成协议的，本公司有权解除合同。

第十五条　明确说明与如实告知

订立本合同时，本公司应向投保人说明本合同的内容。对保险条款中免除本公司责任的条款，本公司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。

本公司就投保人和被保险人的有关情况提出询问，投保人应当如实告知。

如果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，足以影响本公司决定是否同意承保或者提高保险费率的，本公司有权解除本合同。

如果投保人故意不履行如实告知义务，对于本合同解除前发生的保险事故，本公司不承担给付保险金的责任，并不退还保险费。

如果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，对于本合同解除前发生的保险事故，本公司不承担给付保险金的责任，但应当退还保险费。

本公司在合同订立时已经知道投保人未如实告知的情况的，本公司不得解除合同；发生保险事故的，本公司承担给付保险金的责任。

第十六条　本公司合同解除权的限制

前条规定的合同解除权，自本公司知道有解除事由之日起，超过三十日不行使而消灭。自本合同成立之日起超过二年的，本公司不得解除合同；发生保险事故的，本公司承担给付保险金的责任。

第十七条　投保人解除合同的手续

如投保人申请解除本合同，请填写解除合同申请书并向本公司提供下列资料：

（1）保险合同；

（2）投保人的有效身份证件。

自本公司收到解除合同申请书时起，本合同终止。本公司自收到解除合同申请书之日起三十日内向投保人退还未满期净保险费。

第十八条　保险事故通知

被保险人知道保险事故后应当在十日内通知本公司。

如果被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，本公司对无法确定的部分，不承担给付保险金的责任，但本公司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或者虽未及时通知但不影响本公司确定保险事故的性质、原因、损失程度的除外。

第十九条　保险金申请

一、在申请住院费用补偿金时，被保险人须填写保险金给付申请书，并提供下列证明和资料：

（1）完整的门、急诊病历卡；

（2）出院小结；

（3）住院医疗正式收据；

（4）住院费用清单；

（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、在申请指定门急诊费用补偿金时，被保险人须填写保险金给付申请书，并提供下列证明和资料：

（1）完整的门、急诊病历卡；

（2）门诊医疗正式收据；

（3）门诊费用清单；

（4）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。

被保险人申请门诊手术费补偿金的，还应提供由**医生**（释义三十四）出具的诊断书、手术证明；被保险人申请住院前后门急诊费补偿金的，还应提供出院小结。

被保险人发生就医费用并提出保险金申请后，应向本公司递交被保险人相应的医院病史资料及医院所签发的住院或门诊收据原件。当赔付金额未达实际发生的住院或门诊费用全额时，被保险人可书面向本公司申请发还收据原件。本公司在加盖印戳并注明已赔付金额后发还收据原件。以上证明和资料不完整的，本公司将及时一次性通知被保险人补充提供有关证明和资料。

第二十条　保险金给付

本公司在收到保险金给付申请书及合同约定的证明和资料后，将在五日内作出核定；情形复杂的，在三十日内作出核定。

对属于保险责任的，本公司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。

本公司未及时履行前款规定义务的，除支付保险金外，应当赔偿被保险人因此受到的损失。

对不属于保险责任的，本公司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。

本公司在收到保险金给付申请书及有关证明和资料之日起六十日内，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；本公司最终确定给付保险金的数额后，将支付相应的差额。

第二十一条　诉讼时效

被保险人向本公司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。

第二十二条　身体检查及司法鉴定

在申请索赔期内，本公司有权要求被保险人作身体检查或提供有关的检验报告。若被保险人身故，本公司有权要求司法鉴定机构对保险事故进行鉴定。

第二十三条　争议的处理

合同争议解决方式由当事人在合同约定从下列两种方式中选择一种：

（一）因履行本合同发生的争议，由当事人协商解决，协商不成的，提交双方共同选择的仲裁委员会仲裁；

（二）因履行本合同发生的争议，由当事人协商解决，协商不成的，依法向人民法院起诉。

第二十四条　释义

一、境内：指中国大陆地区，不含台湾、香港、澳门地区。

二、医院：指具有系统性诊疗等程序或手术设备的经国家卫生行政部门认定的二级或以上医院，**但上述医院并不包括观察室、联合病房和康复病房**。

三、意外事故：指因外来的、突发的、非本意的、非疾病的原因而直接且单独地导致被保险人发生事故。

四、每次住院：以办理一次入院及相应的出院手续为准。

五、床位费：指被保险人在住院期间发生的医院床位的费用。**不包括陪人床、观察病房床位和家庭病床的费用**。

六、膳食费：指住院期间根据医生的医嘱，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；根据各医疗机构的惯例，可以作为独立的款项、也可以合并在病房费等其他款项内。

七、药品费：指根据医生处方使用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，包括西药、中成药和中草药。**但不包括下列中药类药品：**

（1）主要起营养滋补作用的单方、复方中药或中成药品，如花旗参、白糖参、朝鲜红参、玳瑁、蛤蚧、珊瑚、狗宝、海马、红参、琥珀、灵芝、羚羊角尖粉、马宝、玛瑙、牛黄、麝香、西红花、血竭、燕窝、野山参、移山参、珍珠(粉)、紫河车、阿胶、阿胶珠、冬虫草；血宝胶囊、红桃 K 口服液、十全大补丸、十全大补膏等；

（2）部分可以入药的动物及动物脏器，如鹿茸、海马、胎盘、鞭、尾、筋、骨等；

（3）用中药材和中药饮片炮制的各类酒制剂等。

八、其他费用：指被保险人在住院期间发生的除床位费、膳食费、药品费及手术费以外的以下费用，

（1）化验费、检查费；

（2）输氧费；

（3）病室治疗费、诊疗费、冷暖气费用、医生诊查费、护理费；

（4）救护车费；

（5）注射费；

（6）物理治疗费；

（7）包扎科、普通外科夹板及石膏整形费用，材料费（但不包括特殊矫正装置、器械仪器费用）。

九、社会医疗保险：指**新农合**（释义三十五）、城镇职工基本医疗保险和城镇居民基本医疗保险这三项政府主办的基本医疗保障项目。

十、每次门急诊：以办理一次挂号手续为准。

十一、住院前后门急诊费：指被保险人在住院前七日内（含住院当日）或出院后三十日内（含出院当日）因与该次住院相同的原因所进行的门急诊治疗所产生的费用。“门急诊费用”以当地卫生局或当地政府核准的收费标准为限，给付范围包括医生诊断、处方、救护车费、药品费、X光检查、护理、医疗用品等在医院内发生的费用。

十二、门诊手术费：指医生在医院手术室内施行手术所收取的手术材料费、麻醉费和手术操作费用的总和。

十三、放化疗、透析及器官移植后抗排异治疗门诊费：指被保险人在门诊进行放疗、化疗、血液透析、腹膜透析或器官移植术后抗排异治疗而导致的费用。

十四、门诊靶向药费：指被保险人根据医生的门诊处方使用载于《靶向药物表》的靶向药物进行治疗所产生的药费，该靶向药物应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。《靶向药物表》以本公司网站的最新公布信息为准，被保险人还可以通过指定的服务热线进行查询。本公司将根据靶向药物临床应用的发展，跟踪分析并适时更新和公布《靶向药物表》。

十五、境外：指除中国大陆以外的国家和地区，该地区包括台湾、香港、澳门地区。

十六、既往症：指在本合同生效前或最后一次效力恢复前被保险人已经知道或应该知道患有的有关疾病或症状。通常有以下情况：

（1）本合同生效前或最后一次效力恢复前，医生已有明确诊断，长期治疗未间断；

（2）本合同生效前或最后一次效力恢复前，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）本合同生效前或最后一次效力恢复前发生，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。

十七、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。

十八、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。

十九、无有效行驶证：指下列情形之一，

（1）机动车被依法注销登记的；

（2）未依法按时进行或通过机动车安全技术检验。

二十、非处方药：指在使用药品当时，由国务院药品监督管理部门公布的，不需要凭执业医师和执业助理医师处方，消费者可以自行判断、购买和使用的药品。

二十一、恐怖分子行为：指声称或未声称其以取得经济、种族、民族主义的、政治、人种或宗教利益为目的，无论是否宣布该利益，而对任何自然人、财产或政府实施的任何实际或威胁使用武力或暴力直接造成或导致其损害、伤害、危害或破坏，或危及人类生命或财产的行为。抢劫或其他主要为私人利益的犯罪行为，或任何主要起因于受害者与加害者之间先前的私人关系的犯罪行为应不被视为恐怖行为。恐怖分子行为应包括任何由当地国家政府证实或认定为恐怖分子行为的任何行动。

二十二、潜水：指以辅助呼吸器材在江、河、湖、海、水库、运河等水域进行的水下运动。

二十三、攀岩运动：指攀登悬崖、楼宇外墙、人造悬崖、冰崖、冰山等运动。

二十四、探险活动：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见的原始森林等活动。

二十五、特技：指从事马术、杂技、驯兽等特殊技能。

二十六、精神和行为障碍：精神和行为障碍的范围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（ICD-10）》为准。

二十七、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。

二十八、管制药物：指麻醉药品、精神药品、医疗用毒性药品及兴奋剂。管制药物的范围以国家食品药品监督管理局的最新规定为准。

二十九、先天性畸形、变形或染色体异常

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。

三十、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。

三十一、岁：指以法定证件登记的出生日期为基准日，满一年为一岁。

三十二、净保险费：指不包含公司营业费用、佣金等其他费用的保险费。

三十三、未满期净保险费：其计算公式为“未满期净保险费=当期保险费×（1－17.8%）×（1－该保险费所保障的已经过日数÷该保险费所保障的日数）”，其中经过日数不足一日的按一日计算。

三十四、医生：指在医院内行医并拥有处方权的医生，亦指在被保险人接受诊断、医疗、处方或手术的地区内合法注册且有行医资格的医生；但不包括被保险人本人、被保险人的代理人、合伙人、雇员或雇主，或被保险人的家庭成员，如配偶、兄弟、姐妹、父母、子女以及其他具有类似亲密关系的人。

三十五、新农合：指新型农村合作医疗制度，是由政府组织、引导、支持，农民自愿参加，个人、集体和政府多方筹资，以大病统筹为主的农民医疗互助共济制度，并以政府不时颁布的有关规定为准。

（此页内容结束）

样本