

友邦住院门诊急诊共用保额团体医疗保险

第一章 保险合同的构成

第一条 保险合同的构成

本保险条款、保险单、所附的投保单和其他投保文件以及被保险人的加入申请表（如有）（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）、新增/资料变更申请书、终止/转移申请书（如有）、批注及其他本公司与投保人（释义一）的约定书均为《友邦住院门诊急诊共用保额团体医疗保险》（以下简称本合同）的构成部分。

本合同的英文全称为 Group Comprehensive Medical Benefit, 简称为 GCMB。

第二章 保险责任

第二条 住院或门诊急诊医疗保险金

在本合同有效期内，若被保险人因患本合同所定义的疾病并于住院等待期（释义二）后入住境内医院（释义三（一））治疗，或遭受本合同所定义的意外事故（释义四）入住境内医院治疗，或在境内医院（释义三（二））进行门诊急诊（释义五）治疗，本公司就其符合当地社会医疗保险部门规定的社会基本医疗保险（释义六）药品目录、诊疗项目目录、服务设施范围以及限额、且由该被保险人个人支出的、必须且合理的净医疗费用（释义七），按照以下给付规则给付住院医疗保险金或者门诊急诊医疗保险金予该被保险人。

具体给付规则如下：

一、住院医疗保险金

住院医疗保险金=住院净医疗费用×住院医疗保险金给付比例

二、门诊急诊医疗保险金

门诊急诊医疗保险金依据投保人在投保单上从如下两个给付规则中选定的一个规则来计算，且每一被保险人只能享有 1 或 2 的保险利益，不能同时享有 1 和 2 项下的全部保险利益。具体如下：

1. 采用门诊急诊净医疗费用每次限定

被保险人的门诊急诊治疗以每日一次为限。对于每次门诊急诊，

(1) 若当次门诊急诊净医疗费用不高于门诊急诊医疗费用每次免赔额，则本公司不承担给付该次门诊急诊医疗保险金的责任；

(2) 若当次门诊急诊净医疗费用高于门诊急诊医疗费用每次免赔额，则该次门诊急诊医疗保险金计算如下：

门诊急诊医疗保险金 = (当次门诊急诊净医疗费用 - 门诊急诊医疗费用每次免赔额) × 门诊急诊医疗保险金给付比例，但每次门诊急诊医疗保险金以门诊急诊每次限额为限。

2. 采用门诊急诊净医疗费用每年限定

(1) 若该保险单年度内发生的累计门诊急诊净医疗费用不高于门诊急诊医疗费用每年免赔额时，则本公司不承担给付该年门诊急诊医疗保险金的责任；

(2) 若该保险单年度内发生的累计门诊急诊净医疗费用高于门诊急诊医疗费用每年免赔额，则该年门诊急诊医疗保险金计算如下：

门诊急诊医疗保险金 = (该保险单年度累计门诊急诊净医疗费用 - 门诊急诊医疗费用每年免赔额) × 门诊急诊医疗保险金给付比例

同一保险期间内，若每一被保险人累计给付的住院医疗保险金和门诊急诊医疗保险金之和达到本合同对应该被保险人的保险金额，本合同对该被保险人的保险责任终止。

本合同项下各被保险人所对应的住院等待期、住院医疗保险金给付比例、门诊急诊医疗保险金给付规则、门诊急诊医疗费用每次免赔额、门诊急诊医疗费用每年免赔额、门诊急诊医疗保险金给付比例、门诊急诊每次限额以及保险金额均载于投保单上。

若根据新增/资料变更申请书上的约定被保险人已拥有当地社会基本医疗保险，而本公司日后发现该被保险人实际并不拥有当地社会基本医疗保险，则本公司有权要求投保人补缴当年度该被保险人项下累计应增加的保险费。

第三章 责任免除

第三条 责任免除

在本合同有效期内，因下列情形之一导致的保险事故，本公司不负保险责任：

- (1) 投保人、受益人、被保险人的任何故意行为；
- (2) 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；
- (3) 被保险人参与执行军、警任务；
- (4) 被保险人因故意犯罪行为或因拒捕而导致的伤害；
- (5) 非因意外导致的牙科治疗或手术以及任何原因导致的牙齿修复或牙齿整形；
- (6) 被保险人酒后驾车、无合法有效驾驶证驾驶（释义八），或驾驶无有效行驶证的机动车；
- (7) 妊娠、流产、分娩、不孕症、避孕及绝育；
- (8) 战争、军事行动、暴乱或武装叛乱；
- (9) 原子能或核能装置所造成的爆炸、灼伤或辐射；
- (10) 被保险人感染艾滋病病毒或患艾滋病（释义九）；
- (11) 被保险人置身于任何飞机或空中运输工具（以乘客身份搭乘民用或商业航班者除外）期间；
- (12) 被保险人进行潜水、滑水、滑雪、轮滑、滑板、滑板车、滑翔翼、跳伞、攀岩运动或探险活动；
- (13) 被保险人进行摔跤、柔道、空手道、跆拳道、马术、拳击的比赛或被保险人进行特技表演；
- (14) 被保险人进行赛马、各种车辆表演、赛车运动、驾驶卡丁车；
- (15) 屈光不正、精神疾病或受酒精、毒品、滥用药物影响；
- (16) 美容和外科整形或任何先天性疾病、先天性畸形或缺陷；
- (17) 一般身体检查、疗养、特别护理或静养、康复性治疗、非手术或药物治疗；
- (18) 免疫接种、疫苗接种或者预防接种；
- (19) 购买或者使用专用支架、器械、设备或者假肢，移植物、隐形眼镜、眼镜、助听器或者试用此类物品；
- (20) 买或者使用非医疗服务，如电视、电话及类似物品；
- (21) 非医疗必需（释义十）的治疗；
- (22) 被保险人支出的医疗费用中依法应由第三者赔偿的部分，但肇事者逃逸或无赔偿能力的除外；
- (23) 被保险人非在本合同所定义的境内发生的医疗费用；
- (24) 被保险人于加入或恢复加入本合同前（以较迟者为准）十二个月内曾因伤害或疾病接受医生（释义十一）的治疗、诊断、会诊或者取得处方药物，该被保险人在加入或恢复加入本合同后（以较迟者为准）于投保单上所载的本合同所对应的既往症（释义十二）免责期（释义十三）内因同一伤害或疾病而接受医生的治疗、诊断、会诊或者取得的处方药物。

第四章 保险期间

第四条 保险责任的开始

本公司对本合同应负的保险责任，须经投保人缴付第一期保险费且本公司同意承保后开始。本公司将签发保险单或者其他保险凭证予投保人。

本合同的生效日以本合同保险单所载的生效日期为准。保险单周年日、保险单月度、保险单年度、保险费到期日和保险单满期日均以该日期计算。

第五条 保险期间及续保

本合同的保险期间为一年，自本合同生效日的二十四时起到满期日的二十四时止，但本合同对提前终止另有约定的，依该约定执行。

投保人可于本合同每个保险期间届满时或之前向本公司缴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。

第六条 退保

投保人可于本合同有效期内向本公司提出退保书面申请，本公司将于接到解除合同申请书之日起三十日内退还投保人未满期保险费（释义十四）。

第七条 保险合同效力的终止

发生下列情况之一时，本合同终止：

- (1) 在本合同有效期内，投保人向本公司申请退保；
- (2) 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；
- (3) 本合同的被保险人人数未达到有关监管部门所要求的最低人数或最低比例，且本公司提前三十日书面通知投保人后；
- (4) 投保人破产、解散；
- (5) 本合同因其他条款所列情况而终止。

注：

- (1) 在第（1）项、第（3）及第（4）项所提及的情况下，本公司将在本合同终止时计算并退还投保人未满期保险费。
- (2) 在第（2）项所提及的情况下，无论投保人是否已缴付续保保险费，本合同效力于该保险单满期日二十四时自动终止。

第五章 基本条款

第八条 年龄的确定及错误的处理

被保险人的年龄，以法定证件登记的出生日期为基准计算，本合同所承保的被保险人的投保年龄在约定书上载明。投保人在申请投保时，应按被保险人的真实年龄填写。若申报的被保险人年龄不真实，则按照下列规定处理：

- (1) 若投保人申报的被保险人年龄不真实，致使投保人支付的保险费少于应付保险费，则本公司有权更正并要求投保人补缴保险费，或者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。
- (2) 若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，则本公司将多收的保险费退还投保人。
- (3) 若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书上载明的年龄限制，则本公司有权终止该被保险人的被保资格，并将其项下的未满期保险费退还予投保人。

第九条 资料提供

- (1) 投保人应保存本合同每个被保险人的个人资料，详细记录其姓名、性别、投保年龄、出生日期、职业、职务、保险金额、保险计划类别、被保险人加入本合同的生效日、被保险人被保资格终止日、保险计划类别的变更、身故保险金受益人的指定和其他与本合同有关的一切资料。

- (2) 投保人应根据本公司的要求提供每个被保险人的个人资料，且保证其提供给本公司的被保险人个人资料的准确性。投保人申报的单个被保险人个人资料不真实，并不会影响本合同中的其他合法有效部分，但在发现某被保险人个人申报资料不真实时，本公司有权作出相应的调整。
- (3) 本公司有权随时调阅被保险人提供给投保人的所有其他与本合同有关的资料。
- (4) 本公司可收集与本合同有关的每个被保险人的个人资料，该个人资料将由本公司持有或使用，并可为与本合同及相关服务之目的而透露给与本公司有关的个人或者组织。

第十条 合同的转让和质押

本合同不可转让和质押。

第十一条 投保人地址的变更

投保人的地址有变更时，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的投保人的最后地址所发送的通知，均视为已送达投保人。

第十二条 合同内容变更

投保人在本合同有效期内，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。合同内容发生变更时，投保人应及时告知本合同项下的每一被保险人。

第六章 被保资格

第十三条 被保资格的获得和被保险人的增加

一、本合同所约定的团体（释义十五）中的员工，可按以下约定获得被保资格：

- (1) 在本合同生效日已通过本合同约定的等候期（释义十六）的员工，且未有任何其他不能满足本合同规定的情况，则该员工应于本合同生效日获得被保资格。
- (2) 新员工或在本合同生效日尚未通过本合同约定的等候期的员工，若于等候期满后的第一日未有任何其他不能满足本合同规定的情况，则该员工应于等候期满后的第一日获得被保资格。
- (3) 已丧失原被保资格的员工重新申请被保资格将被视为新员工处理。本公司有权要求投保人或该员工提供可证明且须经本公司同意后获得被保资格。
- (4) 任何上述（1）、（2）及（3）项规定所提及的员工，若因休假（释义十七）、非正常状况（释义十八）或任何其他事故而未能从事本合同约定的正常工作（释义十九），则该员工须延迟至其恢复正常工作的第一日始获得被保资格。

二、获得被保资格的员工若要成为本合同的被保险人，必须在获得被保资格后由投保人提出加入本合同的书面申请并按月数比例缴付相应的保险费，经本公司同意后，该员工才能加入本合同从而成为本合同的被保险人。获得被保资格的员工若要在本合同生效日以后加入本合同，则必须在获得被保资格后的三十一日内由投保人提出申请，否则，本公司有权要求投保人或该员工自费提供最新的可证明，且经本公司同意后，该员工才能成为本合同的被保险人。

第十四条 被保资格的丧失或终止及被保险人的减少

在本合同有效期内，下列任一情况下，被保险人将丧失或终止被保资格：

- (1) 被保险人正式成为陆、海、空军人，其被保资格将丧失；

- (2) 被保险人达到本合同约定书上载明的终止年龄后的首个保险单周年日，或被保险人达到本合同约定书上载明的终止年龄的生日（若被保险人生日与保险单周年日为同一日期），其被保资格将自该保险单周年日起终止；
- (3) 若被保险人身故，则其被保资格将自其身故之日起终止；
- (4) 被保险人未能从事本合同约定的正常工作，其被保资格将丧失。但若被保险人因暂时性非正常工作，在投保人同意并继续为其缴纳保险费的情况下，其被保资格仍可继续保留六个月；六个月后，若该被保险人仍未恢复正常工作，则该被保险人将丧失其被保资格，本公司将退还本合同项下该被保险人的未到期保险费。
- (5) 被保险人因其他条款所列情况而丧失或终止被保资格。

若被保险人的被保资格丧失或终止，则本合同项下的被保险人将不再包含该被保险人，本公司将退还本合同项下该被保险人的未到期保险费。

第十五条 告知义务及被保资格的终止

投保人和被保险人对于本公司书面询问的告知事项应据实说明。

- (1) 若有故意隐瞒，足以直接影响本公司决定是否同意承保该被保险人或提高该保险费率的，无论当时保险事故是否发生，该被保险人的被保资格将自动终止，本公司将不退还该被保险人项下的保险费。对于该被保险人被保资格终止前所发生的保险事故，本公司不负给付保险金的责任，并有权索回已给付的所有保险金。
- (2) 若有因过失遗漏或为不实的说明，足以直接影响本公司决定是否提高该被保险人项下保险费率的，投保人应向本公司补缴当年度该被保险人项下累计应增加的保险费。
- (3) 若有因过失遗漏或为不实的说明，足以直接影响本公司决定是否同意承保该被保险人，本公司有权终止该被保险人的被保资格。若该过失遗漏或不实的说明对于该被保险人被保资格终止前发生的保险事故有严重影响的，本公司对该事故不承担赔偿或者给付保险金的责任，并有权索回对该事故已给付的所有保险金。本公司将无息退还当年度该被保险人项下累计已缴的保险费。

第七章 被保险人家属及附属被保险人

第十六条 被保险人家属的被保资格的获得和附属被保险人的增加

一、投保人可为被保险人的家属投保本合同。本合同被保险人家属仅指被保险人的配偶（释义二十）和未婚子女（释义二十一），且须符合以下条件才具有被保资格：

- (1) 被保险人家属的年龄必须符合本合同约定书上所载的投保年龄范围的规定；
- (2) 符合上述（1）中年龄的规定，若在本合同生效日已成为本合同的被保险人家属且未处于非正常状况，则于生效日获得被保资格；符合上述（1）中年龄的规定，若在本合同生效日尚未成为本合同的被保险人家属，可于成为本合同的被保险人家属后且未处于非正常状况后的第一日开始获得被保资格；

二、获得被保资格的被保险人家属若要成为本合同的附属被保险人，必须在获得被保资格后的三十一日内由投保人提出加入本合同的书面申请并缴付相应的保险费，经本公司同意后，该被保险人家属才能成为本合同的附属被保险人，否则，本公司有权要求投保人、被保险人或被保险人家属自费提供新的可保证明，且经本公司同意后，该被保险人家属才能成为本合同的附属被保险人。

第十七条 附属被保险人的被保资格的丧失或终止及附属被保险人的减少

在本合同有效期内，下列任一情况下，附属被保险人将丧失或终止被保资格：

- (1) 附属被保险人正式成为陆、海、空军人或被保险人的子女成为全日制雇员，其被保资格将丧失；
- (2) 若被保险人丧失或终止被保资格，则该被保险人所对应的附属被保险人同时丧失或终止被保资格；

- (3) 若附属被保险人达到本合同约定书上载明的终止年龄后的首个保险单周年日，或附属被保险人达到本合同约定书上载明的终止年龄的生日（若附属被保险人生日与保险单周年日为同一日期），则其被保资格自该保险单周年日起终止；
- (4) 若附属被保险人身故，则其被保资格自其身故之日起终止；
- (5) 被保险人的未婚子女结婚，其已婚子女的被保资格终止；
- (6) 附属被保险人不再符合本合同约定的被保险人家属的资格，其被保资格终止。

若附属被保险人的被保资格丧失或终止，则本合同项下的附属被保险人将不再包含该附属被保险人，本公司将退还本合同项下该附属被保险人的未到期保险费。

第八章 保险金额

第十八条 保险金额

本合同所称的各被保险人对应的保险金额是指本公司承担赔偿责任或给付该被保险人保险金责任的最高限额，并载于投保单上。

若该金额按本合同其他条款或批注的修正而发生变更，则以变更后的金额为该被保险人对应的保险金额。

第九章 保险费

第十九条 保险费的缴付

本合同的保险费以保险单年度为单位计算，投保人可选择由本公司同意的分期缴付的方式缴付保险费。第一期以后的保险费应在保险费到期日或以前由投保人根据本合同投保单上所载的缴费方式自行缴付，或按宽限期的规定缴付，并根据本合同投保单所载的付费方式计算。于本合同生效日以后新增的被保险人所对应的保险费根据其加入本合同日距保险费到期日的日数按比例计算。

第二十条 宽限期

如未被拒绝续保，则每次保险费到期日或每个保险期间届满日后三十一日为缴费宽限期。如在宽限期内发生索赔，则本公司有权要求投保人先补缴本合同应缴而未缴的保险费，然后再对该索赔进行处理。

第二十一条 保险费率的调整和续保保险费

续保保险费根据续保时本合同所承保的风险，按当时本公司核定的费率计算，本公司将书面通知投保人。

若本公司已明确拒绝续保，但投保人已缴付续保保险费的，则本公司将无息退还已缴付的续保保险费。

若根据本合同的约定被保险人的被保资格于续保时已经丧失或终止，则本公司将无息退还已缴付的该被保险人相应部分的续保保险费。

被保险人由于职业、工作场所、设备、业务种类或其他变更，导致本合同所承保的危险有显著增加时，投保人应于该变更后十日内书面通知本公司，本公司有权根据危险增加的程度自变更之日起增加相应的保险费，或在变更足以直接影响本公司决定是否同意承保该被保险人的情况下自变更之日起终止该被保险人的被保资格；被保险人由于职业、工作场所、设备、业务种类或其他变更，导致本合同所承保的危险显著减少时，本公司在收到投保人变更书面通知后，根据危险减少的程度自变更之日起减少相应的保险费。

若投保人未履行告知义务，被保险人由于职业、工作场所、设备、业务种类或其他变更，导致本合同所承保的危险有显著增加，足以直接影响本公司决定是否同意承保该被保险人，则本公司对因上述危险增加而导致被保险人发生的保险事故不负赔偿责任，并终止该被保险人的被保资格，退还该被保险人项下相应部分的未到期保险费；若上述未如实告知对本合同构成严重影响的，则本公司有权解除本合同，并退还本合同的未到期保险费。

第十章 合同的撤销

第二十二條 告知义务及合同的撤销

投保人对于本公司书面询问的告知事项应据实说明。

- (1) 若有故意隐瞒，足以直接影响本公司决定是否同意承保或提高保险费率的，无论当时保险事故是否发生，本公司有权解除本合同，并不退还保险费。对于合同终止前所发生的保险事故，本公司不负给付保险金的责任，并有权索回已给付的所有保险金。
- (2) 若有因过失遗漏或不实的说明，足以直接影响本公司决定是否提高保险费率的，投保人应向本公司补缴当年度累计应增加的保险费。
- (3) 若有因过失遗漏或不实的说明，足以直接影响本公司决定是否同意承保，本公司有权解除本合同。若该过失遗漏或不实的说明对于本合同解除前发生的保险事故有严重影响的，本公司不承担赔偿或者给付保险金的责任，并有权索回已给付的所有保险金。本公司将无息退还本合同当年度累计已缴的保险费。

第十一章 保险金的申请

第二十三條 保险事故的通知

被保险人发生保险事故后，被保险人应尽速通知本公司，否则由被保险人承担由于通知迟延致使本公司增加的勘查、检验等费用，但因不可抗力（释义二十二）导致的迟延除外。

若因被保险人自身延误通知本公司，而导致无法证明保险事故的发生，本公司将不负赔偿责任。

第二十四條 索赔申请

若被保险人住院，被保险人在出院后应提供以下证明和资料原件予本公司以申请住院医疗保险金：

- (1) 被保险人填写的住院医疗保险金索赔申请书；
- (2) 投保人和被保险人雇佣关系或劳动关系的证明和资料；
- (3) 被保险人的户籍证明、身份证件；
- (4) 医院出具的完整的门、急诊病历卡、出院小结、疾病诊断证明书、病理报告及医疗费原始收据、明细帐单；
- (5) 其他所能提供的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。

若被保险人发生门诊急诊治疗，被保险人于当次门诊急诊治疗结束后应提供以下证明和资料原件予本公司，以申请门诊急诊医疗保险金：

- (1) 被保险人填写的门诊急诊医疗保险金索赔申请书；
- (2) 由本公司指定或认可的医院出具的完整的门诊急诊治疗证明；
- (3) 若对应被保险人的门诊急诊医疗保险金的给付规则为每次限定，则需要由本合同定义的医院出具的被保险人的医疗诊断书及医疗费用的原始凭证、病历。若对应被保险人的门诊急诊医疗保险金的给付规则为每年限定，在该保险单年度内首次申请理赔时，被保险人应提供本合同定义的医院出具的被保险人该保险单年度历次的医疗诊断书及医疗费用的原始凭证、病历；在该保险单年度内再次申请理赔时，则只需提供当次的医疗诊断书及医疗费用的原始凭证、病历；
- (4) 投保人和被保险人劳动关系的证明和资料；
- (5) 其他所能提供的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。

如被保险人委托他人提出索赔申请，还须提供授权委托书及受托人（代领人）的身份证件等资料。

若被保险人因特殊原因不能提供上述证明，则应提供法律认可的其他有关证明资料，以提出索赔申请。

本合同住院医疗保险金和门诊急诊医疗保险金的请求权，自其知道保险事故发生之日起两年不行使而消灭。

第二十五条 身体检查

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。

第二十六条 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：

- (1) 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 XXX 仲裁委员会仲裁；
- (2) 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。

第十二章 其他

第二十七条 释义

一、本合同所定义的投保人：指在中华人民共和国境内依法且非因购买保险而设立的，与被保险人形成劳动关系的，与本公司订立本合同的法人及其他组织。

二、本合同所定义的住院等待期：被保险人加入或恢复加入本合同起（以较迟者为准）约定的一段时期为住院等待期。若被保险人在住院等待期间入住医院治疗，本公司不付保险金给付的责任。该时期将载于投保单上。

本合同所定义的住院：指被保险人因罹患本合同所定义的疾病或遭受本合同所定义的意外事故而入住医院住院部病房进行治疗，须办理正式的出入院手续。不包括入住门诊观察室、康复病房、家庭病床、日间病房、挂床治疗及其他非正式病房。若住院期间曾有离院，本公司有权调整给付金额或不予给付。

三、本合同所定义的境内医院：是指中国大陆地区（该地区不包括台湾、香港、澳门特别行政区）符合下列条件的医疗机构：

（一）住院医疗保险金保险责任对应的医院定义为：

是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社会医疗保险的定点医院，及本公司指定或认可的经国家卫生行政部门核准开业的其他医院，但上述医院并不包括观察室、联合病房、康复病房和外宾病房等特需病房。本公司保留对上述定义的医院范围做出适当调整的权利。若本公司做出前述医院范围的调整，本公司将书面通知投保人。本合同定义的医院范围将以本公司最近调整的医院范围为准。

（二）门诊急诊医疗保险金保险责任对应的医院定义为：

（1）当地社会医疗保险定点医院；

（2）设立的主要目的为向受伤者和患病者提供留院治疗和护理服务；

（3）有合格的医生和护士提供全日二十四小时的医疗和护理服务。

但上述医院并不包括外宾病房等特需病房。作为康复医院、诊所、护理、疗养、戒酒、戒毒或类似的医疗机构均不属于本附加合同的医院范围。

四、本合同所定义的意外事故：是指被保险人在本合同有效期内，遭遇外来的、突发的、非疾病所导致的事，并以此事故为直接且单独原因导致其身体伤害、残疾或身故。

五、本合同所定义的门诊急诊：指被保险人因疾病或因意外事故导致的伤害而至医院的门诊部或急诊部进行的诊断或治疗。

六、本合同所定义的社会基本医疗保险：是指投保人所在地行政主管部门规定当地用人单位必须参保的由当地行政主管部门经办的基本医疗保险，当地负责该基本医疗保险的行政主管部门即为社会医疗保险部门。

七、本合同所定义的医疗费用：是指被保险人在本公司约定的医院就医、配药或者接受门诊急诊治疗所支出的、必须且合理的，且在当地社会医疗保险部门规定的社会基本医疗保险药品目录、诊疗项目目录及服务设施范围内的医疗费用。

本合同所定义的净医疗费用：是指从上述医疗费用中扣除被保险人从其他途径（包括但不限于社会医疗保险机构、本公司在内的任何商业保险机构）获得的补偿后剩余的医疗费用。

八、本合同所定义的无合法有效驾驶证驾驶：

是指下列情形之一

- (1) 没有驾驶证；
- (2) 驾驶与驾驶证准驾车类不相符合的车辆；
- (3) 持军队或武警部队驾驶证驾驶地方车辆，或持地方驾驶证驾驶军队或武警部队车辆；
- (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；
- (5) 实习期驾驶公共汽车、营运客车和带挂车的汽车；
- (6) 实习期驾驶执行任务的警车、消防车、工程救险车、救护车和载运危险品的车辆；
- (7) 持学习驾驶证在高速公路上驾车；
- (8) 驾驶员审验不合格；
- (9) 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；
- (10) 交通管理部门规定的其他属于无合法有效驾驶证驾驶的情况。

九、本合同所定义的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。

十、本合同所定义的医疗必需：是指在某种情况下本公司对所提供的治疗或者供给认为：

- (1) 必需满足被保险人的基本健康需求；
- (2) 符合该情况下的诊断；
- (3) 为提供健康服务的原因，以最具经济高效的方式提供，种类得当，有显而易见的医疗效果；
- (4) 实施的原因不是为了被保险人或者其医生的便利。

十一、本合同所定义的医生：是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。

十二、本合同所定义的既往症：指被保险人于加入或恢复加入本合同前（以较迟者为准）曾经或已经存在的伤害或疾病。

十三、本合同所定义的免责期：指在本合同有效期内本公司对被保险人的既往症不承担保险责任的一段期间，并在投保单中载明。

十四、本合同所定义的未到期保险费：在被保险人被保资格丧失或终止、或本合同终止的情况下，未到期保险费按以下方式计算：

本合同投保人所缴纳的每年的保险费 ÷ 本合同保险期间所对应的日数 × 被保险人被保资格丧失或终止日或合同终止日至保险费到期日的整日数

但在被保险人因非正常工作而丧失被保资格的情况下，未到期保险费应自本公司收到其非正常工作的证据前的最近一个保险单周年日或该被保险人被保资格终止日（以较迟者为准）开始计算。

十五、本合同所定义的团体：指投保人的全体员工的集合或满足本合同保险单上或投保单上所约定的成员资格的部分员工的集合。员工是指与投保人形成劳动关系的劳动人员。

十六、本合同所定义的等候期：指投保人的员工在其能获得被保资格以前，所必须等待的一段时期。该时期根据投保人与投保人的员工的劳动关系的文件或资料而约定，且该时期将载于投保单上。

十七、本合同所定义的休假：是指除法定节假日、双休日及被保险人享有的年假以外的假期。

十八、本合同所定义的非正常状况：指被保险人处于疾病或受伤中。

十九、本合同所定义的正常工作的定义：指投保人合法雇佣的全职雇员，在投保人规定的工作日上班，以例行的方式在工作日全职履行投保人雇佣其执行的通常职责，且工作地点为投保人的办公地点，或者根据投保人的业务需要前往的地点。

二十、本合同所定义的配偶：指处在合法婚姻中的丈夫和妻子。是男女双方因结婚而产生的亲属关系，是血亲和姻亲赖以发生的基础。在合法婚姻关系存在期间，夫妻一方互为他方的配偶。丈夫以妻子为配偶，妻子以丈夫为配偶。

二十一、本合同所定义的子女：指与本合同的被保险人之间具有法律上所承认的，且与被保险人形成父母子女关系的人。

二十二、本合同所定义的不可抗力：是指不可预见、不可避免并不能克服的客观情况。

(此页内容结束)