

利宝保险有限公司

团体特定药械费用医疗保险条款

(注册号: C00006032512022121389651)

总则

第一条 本保险合同由保险条款、投保单、保险单、其他保险凭证及批单等组成。凡涉及本保险合同的约定，均应采取书面形式确认。

第二条 对被保险人有保险利益的机关、企业、事业单位、社会团体及自然人，均可作为投保人向**保险人（释义1）**投保本保险。

第三条 除另有约定外，被保险人应为符合保险单所载的年龄要求、身体健康、能正常工作或正常生活的自然人。

第四条 除另有约定外，本保险合同保险金的受益人均为被保险人本人。

保险责任

第五条 除另有约定外，投保人为被保险人首次投保本保险的，自本保险合同生效之日起三十日（含第三十日）为等待期（释义2）。因意外伤害事故或不间断再次投保本保险的无等待期。

被保险人在等待期内初次确诊罹患本保险合同约定的疾病，或者在等待期内发病、但在等待期后初次确诊罹患本保险合同约定的疾病，保险人不承担给付保险金责任，并无息退还该被保险人已缴纳的保险费，同时本保险合同终止。

第六条 本保险合同的保险责任包括特定药械费用医疗保险金和恶性肿瘤——重度特定药品费用医疗保险金，具体如下：

一、特定药械费用医疗保险金

在保险期间内，被保险人自保险期间开始之日起经过保险合同约定的等待期后（按本保险合同约定因意外伤害事故或不间断再次投保的被保险人不受该等待期的限制）首次发病（释义3）并经保险人指定或者认可的医疗机构（释义4）专科医生（释义5）首次确诊为本保险合同约定的疾病（无论一种或多种），对于治疗该疾病发生的且同时满足以下条件的特定药械（以下简称“药械”）费用，保险人根据本保险合同约定，扣除约定的免赔额后，按照约定的给付比例给付特定药械费用医疗保险金。累计给付金额以本保险合同载明的保险金额为限，当达到本保险合同载明的保险金额时，本保险合同终止。

药械费用需同时满足以下条件：

（一）该药械处方是由保险人指定或者认可的医疗机构开具的、被保险人当前疾病必需的药械费用；

（二）该药械在本保险合同约定的药械清单（释义6）范围内；

（三）符合本保险合同关于特定药械处方审核及购药流程的约定；

（四）该药械是在保险人指定或合作的医院或药店购买。

对于不满足上述条件的药械费用，保险人不承担给付保险金的责任。

药械清单由投保人与保险人在投保时约定，并在保险合同中载明。

二、恶性肿瘤——重度特定药品费用医疗保险金

在保险期间内，被保险人自保险期间开始之日起经过保险合同约定的等待期后，首次发病并经保险人指定或者认可的医疗机构专科医生首次确诊为罹患本合同所定义的**恶性肿瘤**

——重度（释义7），对治疗实际发生的、必需且合理（释义8）的且同时满足以下条件的特定药品（释义9）费用，保险人在扣除约定的免赔额后，按照本合同约定的给付比例给付恶性肿瘤——重度特定药品费用医疗保险金。

给付恶性肿瘤——重度特定药品费用医疗保险金须同时满足以下条件：

（1）该特定药品须由医院专科医生开具处方，且特定药品处方符合中国国家药品监督管理局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的药品；

（2）每次特定药品处方剂量不超过30日（含）；

（3）开具的特定药品处方仅限治疗被保险人在等待期后初次确诊的恶性肿瘤——重度；

（4）该特定药品必须为本合同期满日前在中国国家药品监督管理局批准且已在中国上市的免疫治疗药物（释义10）；

（5）被保险人须在保险人指定药店购买上述处方中所列的特定药品；

（6）被保险人购买处方中所列特定药品前，需按保险人指定流程提交相应材料并通过处方审核，具体流程见本条款关于特定药械处方审核及购药流程的约定。

保险人累计承担的恶性肿瘤——重度特定药品费用医疗保险金以本合同约定的恶性肿瘤——重度特定药品费用医疗保险金额为限，当累计给付金额之和达到恶性肿瘤——重度特定药品费用医疗保险金额时，本保险合同终止。

特定药品涉及慈善援助的，被保险人从慈善机构获得援助的药品费用不纳入恶性肿瘤——重度特定药品费用医疗保险金的给付范围。

若被保险人在等待期后初次确诊罹患本合同约定的疾病（无论一种或多种），我们承担保险责任直至保险期间届满。但保险期间届满时该疾病治疗仍未结束的，除另有约定外，我们对于被保险人在保险期间内发生的保险事故继续承担给付保险金的责任，并以初次确诊罹患约定的疾病之日起一定时期为限。相关期限由保险人和投保人协商确定并在保险单中载明。

第七条 本保险合同适用医疗费用补偿原则。保险事故发生时，若被保险人已通过其他任何途径（包括但不限于社会基本医疗保险（释义11）、公费医疗（释义12）、工作单位、保险人在内的任何商业保险机构、公益慈善机构（释义13）、以及依法承担侵权损害赔偿责任的第三人等）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本合同的约定进行给付。

基本医疗保险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。

第八条 特定药械费用保险金包括社保目录外药械费用保险金，药械属于社保目录外或社保目录内以《国家基本医疗保险、工伤保险和生育保险药品目录》（以药械处方开具时的有效版本为准）规定为准。

（一）社保目录外特定药械费用保险金

社保目录外特定药械费用保险金=（发生的社保目录外的特定药械费用—从其他途径已获得的社保目录外的特定药械费用补偿金额）×给付比例；

社保目录外特定药械费用累计给付金额，以本合同约定的社保目录外特定药械费用保险金额为限。

从其他途径已获得的社保目录外特定药械费用补偿，包含已从公费医疗、除本合同之外的其他商业保险、其他政府机构或者社会福利机构、公益慈善机构、第三方责任人等其他途径实际获得的特定药械费用补偿。

第九条 本合同的社保目录外特定药械费用给付比例，由投保人、保险人双方约定，并在保险单中载明。

责任免除

第十条 因下列情形或原因之一，导致被保险人发生保险事故的，保险人不承担给付保险金责任：

- （一）在中国大陆境外（释义14）的国家或者地区接受治疗期间；
- （二）被保险人故意自伤、自杀、故意犯罪或者抗拒依法采取的刑事强制措施，或被国家机关依法拘禁、采取刑事强制措施或服刑期间伤病；
- （三）被保险人酗酒（释义15）、殴斗、主动吸食或注射毒品（释义16），违反规定使用麻醉或精神药品；
- （四）被保险人患艾滋病（AIDS）或感染艾滋病病毒（HIV）期间（释义17）；
- （五）核爆炸、核辐射或核污染；
- （六）被保险人患精神和行为障碍（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》第十次修订版（ICD-10（释义18））为准）；
- （七）被保险人在投保时未如实告知的既往疾病（释义19）及其并发症；
- （八）被保险人未遵医嘱私自服用、涂用、注射药物；
- （九）任何职业病、遗传性疾病（释义20），先天性畸形、变形或染色体异常（释义21）（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》第十次修订版（ICD-10）为准）；
- （十）被保险人未在保险人指定或认可的医院或药店购买药械或接受治疗；
- （十一）在保险人指定或认可的医院或药店，未按本保险合同约定的特定药械处方审核及购药流程进行购药申请或经申请未审核通过；
- （十二）药械处方的开具与国家药品监督管理局批准的该药械说明书中所列明的适应症用法用量不符；
- （十三）相关医学材料不能证明药械对被保险人所罹患的疾病（无论一种或者多种）有效；
- （十四）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；
- （十五）未被治疗所在地权威部门批准的治疗，未获得治疗所在地政府许可或者批准的药品或者药物的相关费用。

保险金额和保险费

第十一条 保险金额是保险人承担给付保险金责任的最高限额。保险金额由投保人与保险人约定，并在本保险合同中载明。保险金额一经确定，在保险期间内不得变更。

第十二条 保险费依据保险金额与保险费率计收，在保险单中载明。保险费支付方式由投保人在投保时与保险人约定，并在保险单上载明。

保险期间

第十三条 除另有约定外，本保险合同保险期间最长为一年，以保险单载明的起讫时间为准。

不保证续保

第十四条 本保险合同为不保证续保合同。保险期间届满前或保险期间届满，投保人需要重新向保险人申请投保本保险，并经保险人同意，交纳保险费，获得新的保险合同。

保险人义务

第十五条 保险人同意承保的，应当及时向投保人签发保险单或者其他保险凭证。

第十六条 保险人认为保险金申请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保险金申请人补充提供。

第十七条 保险人收到保险金申请人提供的本保险合同约定的保险金申请证明和资料后，应当及时作出是否属于保险责任的核定；情形复杂的，应当在六十日内作出核定。

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，履行给付保险金的义务；**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。**

第十八条 保险人自收到保险金申请人提供的保险金申请证明和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，支付相应的差额。

投保人、被保险人义务

第十九条 投保人应当按照本保险合同的约定支付保险费。**投保人未按约定交付保险费的，保险合同不生效，保险人对保险费交清之前发生的保险事故不承担保险责任。**

第二十条 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的，投保人、被保险人应当如实告知。

投保人、被保险人故意或者因重大过失未履行前款规定的义务，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。

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、被保险人故意不履行如实告知义务的，保险人对于本保险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、被保险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，保险人对于本保险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。

保险人在本保险合同订立时已经知道投保人、被保险人未如实告知的情况的，保险人不得解除本合同；发生保险事故的，保险人承担给付保险金的责任。

第二十一条 投保人、被保险人或者保险金申请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不在此限。**

上述约定，不包括因不可抗力（释义 22）而导致的迟延。

保险金申请

第二十二条 保险金申请人（释义 23）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，应提供其它合法有效的材料。**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）保险金给付申请书；

（二）保险单或其它保险凭证原件；

（三）受益人的**有效身份证件（释义 24）**；

（四）保险人认可的医疗机构专科医生出具的附有病历、必需的病理检验、血液检验及其他科学诊断报告的诊断书或手术证明；

（五）保险人合作的药店出具的药品费用清单、药品费用原始单据；

（六）保险金申请人所能提供的与确认保险事故的性质、原因、损失程度等有关的其他证

明和资料；

(七)若被保险人未从其他途径获得医疗费用补偿，需提供医疗费用收据原件、医疗费用明细清单；

若被保险人已从其他途径获得医疗费用补偿，需提供医疗费用明细清单、医疗费用收据复印件、医疗费用分割单原始凭证（如社会基本医疗保险或公费医疗结算单、保险人在内的任何商业保险机构出具的理赔分割单、与工作单位及侵权人或侵权责任承担方达成的赔偿协议或和解协议或法院判决、调解生效的法律文书等取得医疗费用补偿的证明）；

(八)保险金作为被保险人遗产时，必须提供可证明合法继承权的相关权利文件；

(九)如委托他人领取保险金，受托人除提供上述所有证明和资料外，必须另行出具有授权人亲笔签字的授权委托书和受托人有效身份证件。

以上证明和资料不完整的，保险人将及时一次性通知受益人补充提供有关证明和资料。

第二十三条 被保险人遭受保险事故的，保险人有权对被保险人进行调查和检查（包括提请作必要、合理的解剖检验），投保人、被保险人、保险金申请人等应当予以充分配合。

第二十四条 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。

特定药械处方审核及购药流程

第二十五条 在保险期间内，被保险人依据本保险合同约定须在保险人认可或指定医院或药房购买药品处方中所列明的药品，须按照以下流程进行：

对于已经与保险人合作的医院或药店直接结算的药品费用，保险人不再接受保险金申请人对该部分保险金的申请。

特定药械处方审核及购药流程：如果被保险人申请在保险人认可或合作的医院或药店购买本合同约定的特定药械，被保险人、受益人或被保险人授权的其他人作为申请人须按照以下流程进行授权申请、药械处方审核、药械领取，否则保险人不承担给付保险金的责任：

(一) 申请人须向保险人提交特定药械授权申请（以下简称“授权申请”），并按照保险人的要求提交相关授权申请材料，主要包括与被保险人相关的个人信息、诊断证明、药械处方及其他所需要的医学材料。

如果申请人未提交授权申请或者授权申请审核未通过，保险人不承担给付保险金的责任。

(二) 保险人安排授权的第三方服务商按本保险合同约定对被保险人进行药械处方初核，并由保险人对初核结果进行复核。

对于药械处方审核中的特殊情况，保险人有权要求申请人补充其他与药械处方审核相关的医学材料。

(三) 药械处方审核通过后，若申请人选择到保险人合作的医院或药店自取特定药械的，须在药械处方审核通过后的十五日内携带药械处方、被保险人的身份证件到保险人合作的医院或药店购买药械；若申请人选择送货上门服务的，则需在药品处方审核通过后的十五日内预约送药时间和地点，保险人授权的第三方服务商协调药房配送到申请人的指定地点。

(四) 如果被保险人用药时长符合保险人认可的慈善机构援助项目赠药（以下简称“慈善赠药”）申请条件，保险人将通知申请人并安排授权的第三方服务商协助申请人进行申请材料准备，申请人如申请慈善赠药应当提交相关申请材料。慈善赠药项目审核通过后，申请人须到慈善赠药项目的指定药店领取赠药；如果申请人未通过慈善赠药项目审核，申请人须将药品处方按照上述第（二）款的约定进行药品处方审核。

特定药品涉及慈善援助的，被保险人从慈善机构获得援助的药品费用不纳入本合同的给付范围。

年龄错误和人员变更

第二十六条 被保险人的年龄以周岁（释义25）计算。投保人应在申请投保时将与被保险人有效身份证件相符的出生日期及年龄在投保单上填明，如果发生错误，保险人按照下列方式办理：

（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投保年龄限制的，保险人有权解除本保险合同或取消该被保险人的保险资格，并向投保人无息退还该被保险人的未到期保险费（释义26），对于该被保险人的保险责任终止前发生的保险事故，保险人不承担给付保险金的责任。

（二）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，保险人有权更正并要求投保人补交该被保险人名下的保险费。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。

（三）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，保险人应将多收的该被保险人名下的保险费无息退还给投保人。

第二十七条 除另有约定外，投保人因参保的团体成员变动需增加被保险人的，应书面通知保险人，保险人审核同意并收取相应保险费后，依据本保险合同约定对新增被保险人开始承担保险责任。保险人对该新增加的被保险人承担的保险责任的起始时间在保险合同上载明，其保险责任等待期自前述保险责任起始之日开始计算。

本保险合同保险期间内，投保人因参加本保险的团体成员离职（释义27）或丧失会员资格需减少被保险人的，应书面通知保险人，保险人对相应被保险人的保险责任自该成员离职或会员资格丧失之日起终止。保险人对投保人无息退还相应被保险人的未到期保险费，但已发生过保险事故的被保险人不退还未到期保险费。

保险合同的变更与解除

第二十八条 除本保险合同另有约定外，经投保人、保险人双方协商同意后，可变更本保险合同的有关内容，在本保险合同保险单或者其他保险凭证上加以批注或者附贴批单，或者由投保人和保险人订立书面的变更协议。

第二十九条 发生以下任何情形的，保险人有权解除本保险合同，并不退还保险费：

（一）未发生保险事故，保险金申请人谎称发生了保险事故，向保险人提出给付保险金请求；

（二）投保人、被保险人故意制造保险事故。

前款约定的任何情形致使保险人给付保险金或者支出费用的，投保人、被保险人或者保险金申请人应当退回或者赔偿。

第三十条 在本保险合同成立后，投保人可以书面形式通知保险人解除本合同，但保险人根据本合同约定已给付保险金的除外。

投保人解除本保险合同时，应当提供下列证明和资料：

- （一）解除合同通知书；
- （二）保险合同原件；
- （三）投保人身份证明；
- （四）保险费发票或者收据；
- （五）保险人要求的其他有关证明和资料。

本保险合同的效力至保险人收到解除合同通知书之时或者通知书上载明的合同终止时间（以较晚者为准）终止。自收到前款约定的证明和资料之日起三十日内，保险人无息退还本保险合同项下未发生保险事故的各被保险人名下相应的未到期保险费。

争议处理与法律适用

第三十一条 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，提交本保险合同载明的仲裁机构仲裁；本保险合同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。

第三十二条 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）。

释义

第三十三条 除本保险合同另有约定外，在本保险合同中，以下词语具有如下含义：

1. **保险人**：指与投保人签署本保险合同的利宝保险有限公司。

2. **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，经过该段时间后，保险人才对被保险人承担给付保险金责任；**在等待期内，尽管保险合同已经生效，但保险人并不承担给付保险金责任。**

3. **首次发病**：是指被保险人自出生之日起第一次发生并首次被确诊患上本保险合同约定的疾病，并且该疾病在该被保险人获得被保资格前并未发病或有任何症状。

4. **保险人指定或者认可的医疗机构**：保险人认可的医疗机构指国家卫生部医院等级分类中的二级或二级以上公立医院普通部，**但不包括观察室、特需医疗、国际医疗、联合病房、康复病房和干部病房以及附属于前述医院或单独作为诊所、康复、护理、疗养、戒酒、戒毒等或相类似的医疗机构。**同时该医院必须具有符合有关医院管理规定设置标准的医疗设备，并且全日二十四小时有合格医师及护士驻院提供医疗和护理等服务。

保险人指定的医疗机构：具体医院名单将在保险单中载明，保险人保留新增扩展或减少医院名单的权利。

5. **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。

6. **约定的药械清单**：保险人在承保时与投保人约定的属于保险责任的符合保险保障计划的药械清单。具体药械清单以保险人在官方正式渠道（包括但不限于官网、官微）的通知为准，保险人保留对药械清单做出调整的权利。

7. **恶性肿瘤——重度**：根据中国保险行业协会颁布的《重大疾病保险的疾病定义使用规范（2020年修订版）》的定义，恶性肿瘤——重度是指恶性细胞不受控制的进行性增长和扩散，浸润和破坏周围正常组织，可以经血管、淋巴管和体腔扩散转移到身体其他部位，病灶经组织病理学检查（涵盖骨髓病理学检查）结果明确诊断，临床诊断属于世界卫生组织（WHO, World Health Organization）《疾病和有关健康问题的国际统计分类》第十次修订版（ICD-10）的恶性肿瘤类别及《国际疾病分类肿瘤学专辑》第三版（ICD-O-3）的肿瘤形态学编码属于3、6、9（恶性肿瘤）范畴的疾病。

下列疾病不属于“恶性肿瘤——重度”，不在保障范围内：

- 1) ICD-O-3 肿瘤形态学编码属于0（良性肿瘤）、1（动态未定性肿瘤）、2（原位癌和非

侵袭性癌)范畴的疾病,如:

(1) 原位癌,癌前病变,非浸润性癌,非侵袭性癌,肿瘤细胞未侵犯基层,上皮内瘤变,细胞不典型性增生等;

(2) 交界性肿瘤,交界恶性肿瘤,肿瘤低度恶性潜能,潜在低度恶性肿瘤等;

2) TNM 分期为 I 期或更轻分期的甲状腺癌;

3) TNM 分期为 T1N0M0 期或更轻分期的前列腺癌;

4) 黑色素瘤以外的未发生淋巴结和远处转移的皮肤恶性肿瘤;

5) 相当于 Binet 分期方案 A 期程度的慢性淋巴细胞白血病;

6) 相当于 Ann Arbor 分期方案 I 期程度的何杰金氏病;

7) 未发生淋巴结和远处转移且 WHO 分级为 G1 级别(核分裂像 $<10/50$ HPF 和 ki-67 $\leq 2\%$)或更轻分级的神经内分泌肿瘤。

8. 必需且合理:

8.1. 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。

8.2. 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。

9. 特定药品:指本合同期满日前在中国国家药品监督管理局批准并已在中国上市的免疫细胞治疗产品(符合《免疫细胞疗法治疗产品药学研究与评价技术指导原则(试行)》中对免疫细胞产品的定义:源自人体(自体/异体)细胞或人源细胞系的细胞,经过体外操作,包括但不限于分离、纯化、培养、扩增、诱导分化、活化、遗传修饰、细胞库(系)的建立、冻存复苏等,再输入或植入到患者体内,通过诱导、增强或抑制机体的免疫功能而治疗疾病的免疫细胞治疗产品)。药品的适应症以中国国家药品监督管理局批准的药品说明书为准。

10. 免疫治疗药物:指通过重新启动并维持肿瘤-免疫循环,恢复机体正常的抗肿瘤免疫反应,从而控制与清除肿瘤的药物。

11. 社会基本医疗保险:指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基本医疗保险保障项目,以及城乡居民大病保险等政府举办的保障项目。

12. 公费医疗:公费医疗制度,是国家为保障国家工作人员身体健康而实行的一项社会保障制度。国家通过医疗卫生部门向享受人员提供制度规定范围内的免费医疗预防。

13. 公益慈善机构:指依法成立、符合《中华人民共和国慈善法》规定,以面向社会开展慈善活动为宗旨的非营利性组织机构。慈善机构可以采取基金会、社会团体、社会服务机构等组织形式。

14. 中国大陆境外:指中华人民共和国领土之外的国家或地区,以及香港特别行政区、澳门特别行政区和台湾地区。

15. 酗酒:指发生事故时被保险人每一百毫升血液中的酒精含量大于或者等于八十毫克。

16. 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。

17. 患艾滋病（AIDS）或感染艾滋病病毒（HIV）：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。

18. ICD-10：《疾病和有关健康问题的国际统计分类》第十次修订版（ICD-10），是世界卫生组织（WHO）发布的国际通用的疾病分类方法。

19. 既往疾病：指被保险人在本保险合同生效前罹患的且医生已有明确诊断的有关疾病。

20. 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。

21. 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。

22. 不可抗力：指不能预见、不能避免并不能克服的客观情况。

23. 保险金申请人：指被保险人、受益人，被保险人或受益人的继承人，或其他依法享有保险金请求权的自然人。

24. 有效身份证件：指由中华人民共和国政府主管部门规定的能够证明其身份的证件，如：居民身份证、军官证、警官证、士兵证、户口簿以及中华人民共和国政府主管部门颁发或者认可的有效护照或者其他身份证明文件。

25. 周岁：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。

26. 未到期保险费：若保险费为一次性支付的，未到期保险费=保险费×[1-(保险单已经过天数/保险期间天数)]

27. 离职：投保人与被保险人解除劳动关系、投保人与被保险人的劳动合同到期终止以及其它被保险人不在投保人处从事工作，且投保人同意解除劳动关系或劳动关系终止的情形。