

泰康在线财产保险股份有限公司
母婴住院医疗保险A款（互联网专属）条款

总则

第一条 本保险合同（以下简称为“本合同”）由保险条款、保险单或者其他保险凭证、投保单、与本合同有关的投保文件、**合法有效**的声明、批注、批单及其他投保人与**保险人**共同认可的书面或者电子协议组成。凡涉及本合同的约定，均应采用书面或者电子形式。

第二条 本合同的被保险人包括主被保险人和附加被保险人。主被保险人应为20周岁（含）至45周岁（含），身体健康且已自然受孕的女性。主被保险人在保险期间内分娩的**活体新生儿**为本合同的附加被保险人。

本合同不接受采用人工授精、人工胚胎植入等辅助生殖技术方式怀孕的被保险人投保。

第三条 具有完全民事行为能力的被保险人本人或在本合同订立时对被保险人具有保险利益的其他人，均可作为本合同的投保人。

第四条 除另有约定外，本合同主被保险人妊娠特定疾病住院医疗保险金、主被保险人住院医疗保险金受益人为主被保险人本人，附加被保险人住院医疗保险金受益人为附加被保险人本人。

保险责任

第五条 投保人为被保险人投保本保险时，自本合同生效之日起一定期限为等待期，最长不超过15天。等待期期限由投保人和保险人在投保时协商确定，并在保险单上载明。

合同约定并经保险单载明承保“主被保险人妊娠特定疾病住院医疗保险金”、“附加被保险人住院医疗保险金”责任的，在等待期内，主被保险人经医院确诊非因意外伤害导致罹患妊娠特定疾病或者附加被保险人经医院确诊非因意外伤害导致罹患疾病的，无论该疾病的治疗是否延续至等待期后，保险人均不承担保险责任，但无息退还投保人所交保险费，本合同终止。

合同约定并经保险单载明承保“主被保险人住院医疗保险金”、“附加被保险人住院医疗保险金”责任的，在等待期内，主被保险人或者附加被保险人经医院确诊非因意外伤害导致罹患疾病的，无论该疾病的治疗是否延续至等待期后，保险人均不承担保险责任，但无息退还投保人所交保险费，本合同终止。

被保险人因遭受**意外伤害事故**需要接受本合同约定的治疗的无等待期。

第六条 本合同的保险责任包括“主被保险人妊娠特定疾病住院医疗保险金”、“主被保险人住院医疗保险金”、“附加被保险人住院医疗保险金”。其中，“主被保险人妊娠特定疾病住院医疗保险金”仅适用于保险保障方案一，“主被保险人住院医疗保险金”仅适用于保险保障方案二，“附加被保险人住院医疗保险金”适用于保险保障方案一和方

案二。在本合同保险期间内，保险人根据投保人选择投保并在保险单中所载的保险保障方案承担保险责任：

（一）主被保险人妊娠特定疾病住院医疗保险金

在保险期间内，主被保险人因遭受意外伤害事故或在等待期后经医院确诊罹患本合同约定的妊娠特定疾病，并经医院专科医生诊断必须住院治疗的，保险人对于主被保险人因妊娠特定疾病实际发生的必需且合理的住院医疗费用，在扣除本合同约定的主被保险人妊娠特定疾病住院医疗保险金免赔额后，依照本合同约定的主被保险人妊娠特定疾病住院医疗保险金赔偿比例赔偿主被保险人妊娠特定疾病住院医疗保险金。

（二）主被保险人住院医疗保险金

在保险期间内，主被保险人因遭受意外伤害事故或在等待期后罹患疾病，并经医院专科医生诊断必须住院治疗的，保险人对于主被保险人实际发生的必需且合理的住院医疗费用，在扣除本合同约定的主被保险人住院医疗保险金免赔额后，依照本合同约定的主被保险人住院医疗保险金赔偿比例赔偿主被保险人住院医疗保险金。

（三）附加被保险人住院医疗保险金

在保险期间内，附加被保险人自出生之日（含出生当日）起因遭受意外伤害事故或在等待期后罹患疾病，并经医院专科医生诊断必须住院治疗的，保险人对于附加被保险人自出生之日起30日内（含）实际发生的必需且合理的住院医疗费用，在扣除本合同约定的附加被保险人住院医疗保险金免赔额后，依照本合同约定的附加被保险人住院医疗保险金赔偿比例赔偿附加被保险人住院医疗保险金。

保险期间内，保险人对本合同各项费用的累计赔偿金额以本合同约定的年度保险金额为限，当保险人一次或多次赔偿金额达到年度保险金额时，本合同终止。

第七条 补偿原则和赔偿标准

（一）本合同为费用补偿型保险合同，适用医疗费用补偿原则。若被保险人已从其他途径（包括但不限于社会基本医疗保险、生育保险、公费医疗、工作单位、侵权人或侵权责任承担方、保险人在内的任何商业保险机构等）获得本合同责任范围内的医疗费用补偿，则保险人仅对被保险人实际发生的医疗费用扣除其从其他途径所获医疗费用补偿后的余额按照本合同的约定进行赔偿。被保险人的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，不进行前述扣除；

（二）本合同所指免赔额均指年免赔额。被保险人已获得的医疗费用补偿（指除社会基本医疗保险、生育保险和公费医疗以外被保险人从其他途径获得的医疗费用补偿）可抵扣年免赔额；

（三）本合同“主被保险人妊娠特定疾病住院医疗保险金”、“主被保险人住院医疗保险金”责任的赔偿比例为：被保险人支出的医疗费用经社会基本医疗保险、生育保险或公费医疗结算的，赔偿比例为100%；被保险人支出的医疗费用未经社会基本医疗保险、生育保险或公费医疗结算的，赔偿比例为50%；

（四）本合同“附加被保险人住院医疗保险金”责任的赔偿比例为：

1) 附加被保险人为单胎新生儿的：被保险人支出的医疗费用经社会基本医疗保险、生育保险或公费医疗结算的，赔偿比例为80%；被保险人支出的医疗费用未经社会基本医

疗保险、生育保险或公费医疗结算的，赔偿比例为40%；

2) 附加被保险人为多胎新生儿（附加被保险人人数超过1名）的：附加被保险人住院医疗保险金赔偿比例按照附加被保险人为单胎新生儿的赔偿比例乘以多胎系数（多胎为2胎时，多胎系数为0.5；多胎为3胎时，多胎系数为0.3；多胎为4胎及以上时，多胎系数为0.2）确定。

（五）本合同保险期间届满之日，被保险人仍未结束住院治疗的，对于被保险人因本次住院在本合同保险期间届满之日起30日内（含第30日）发生的保险责任范围内的住院医疗费用，保险人仍按照本合同约定承担赔偿责任。

责任免除

第八条 因下列情形或者在下列期间发生的任何费用，保险人不承担赔偿保险金的责任：

（一）投保人对主被保险人或者附加被保险人的故意杀害、故意伤害；主被保险人故意自杀或自伤，故意犯罪或抗拒依法采取的刑事强制措施，或因主被保险人挑衅或故意行为而导致的打斗、被袭击或被谋杀；主被保险人殴斗、酗酒、主动吸食或注射毒品；

（二）主被保险人从事潜水、跳伞、攀岩、蹦极、驾驶滑翔机或滑翔伞、探险、武术比赛、摔跤比赛、特技表演、赛马、赛车等高风险运动导致的伤害引起的治疗；主被保险人酒后驾驶、无合法有效驾驶证驾驶，或驾驶无合法有效行驶证的机动车导致交通意外引起的医疗费用；

（三）战争、军事冲突、暴乱或武装叛乱，核爆炸、核辐射或核污染；

（四）预防性治疗、实验性或试验性治疗；由于医疗鉴定、医疗事故引起的医疗费用；

（五）主被保险人患精神和行为障碍、遗传性疾病、先天性畸形、变形或染色体异常（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），主被保险人感染艾滋病病毒或患艾滋病；主被保险人因各种矫形及生理缺陷的手术和检查治疗项目，非功能性整容、矫形手术发生的费用；

（六）主被保险人在本合同生效前已罹患且尚未治愈的疾病；

（七）视力矫正、牙科治疗、康复治疗、健美、痤疮治疗，斑、痣、瘢痕、纹身去除，各种健康体检，非意外事故所致整容手术；不孕不育治疗、人工受精、孕前准备、助孕、孕妇产检、家族疾病筛查、基因筛查的费用，顺产、助产、非疾病引起的剖腹产、非医学必须流产的费用；除心脏瓣膜、人工晶体、人工关节之外的其他人工器官材料费、安装和置换的费用，各种康复治疗器械、耐用医疗设备、假体、义肢、自用的按摩保健和治疗用品、所有非处方医疗器械费用；

（八）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》第十次修订版（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；

(九) 未经医生处方自行购买的药品或非医院药房购买的药品、滋补类中草药及其泡制的各类酒制剂、医生开具的单次处方超过 30 天部分的药品费用；未遵医嘱，私自服用、涂用、注射处方药物；不符合入院标准、挂床住院或住院病人应当出院而拒不出院（从医院确定出院之日起发生的一切医疗费用）发生的费用；在非本合同约定的医院就诊发生的医疗费用；

(十) 未被治疗所在地药品监督管理部门、卫生健康委员会等权威部门批准的治疗，未获得治疗所在地政府许可或批准的药品或药物费用；

(十一) 附加被保险人在本合同生效前已经诊断出患有遗传性疾病、先天性畸形、变形、染色体异常或发育不全；附加被保险人常规健康检查、疫苗接种费用。

保险金额和保险费

第九条 保险金额是保险人承担赔偿保险金责任的最高限额。本合同主被保险人妊娠特定疾病住院医疗保险金额、主被保险人住院医疗保险金额、附加被保险人住院医疗保险金额由投保人在投保时根据本合同所附《保险方案计划表》确定，并在保险单上载明。

第十条 保险费依据保险金额与保险费率计收，在保险单中载明。本合同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。

免赔额

第十一条 免赔额由投保人在投保时根据本合同所附《保险方案计划表》确定，并在保险单中载明。

犹豫期

第十二条 自本合同生效之日起3日（含第3日）为犹豫期。投保人在此期间提出解除本合同，保险人将无息退还投保人所支付的全部保险费。

自保险人收到投保人解除合同的申请时起，本合同即被解除，保险人自始不承担保险责任。

犹豫期后申请解除合同会遭受一定经济损失，保险人将向投保人退还本合同的未到期保险费。

保险期限

第十三条 本合同的保险期间为1年，自保险单或其他保险凭证上载明的保险期间起始日零时起至保险期间期满日的24时止。

续保

第十四条 本产品为不保证续保合同。本产品保险期间为一年。保险期间届满或保

险期间届满前三十日内，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，获得新的保险合同。

保险人义务

第十五条 本合同成立后，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 订立本合同时，保险人应当向投保人说明本合同的内容。对本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。

第十七条 保险人认为被保险人或受益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、被保险人或受益人补充提供。

第十八条 保险人收到被保险人或受益人的赔偿保险金请求及完整材料后，事实清晰、责任明确且无需调查的，应当在5个工作日内作出是否属于保险责任的核定；情形复杂需要调查的，应当在30日内作出核定。

保险人应当将核定结果在1个工作日内通知被保险人或受益人；对属于保险责任的，在与被保险人或受益人达成赔偿保险金的协议后10日内，履行赔偿保险金义务。本合同对赔偿保险金的期限有约定的，保险人应当按照约定履行赔偿保险金的义务。

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在1个工作日内向被保险人或受益人发出拒绝赔偿保险金通知书，并说明理由。

第十九条 保险人自收到赔偿保险金的请求和有关证明、资料之日起60日内，对其赔偿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；保险人最终确定赔偿保险金的数额后，应当支付相应的差额。

投保人、被保险人义务

第二十条 投保人应该按照本合同约定向保险人交纳保险费。

投保人选择一次性交纳保险费的，应当在本合同成立时一次性交清保险费。**投保人未按本款约定交清保险费的，本合同不生效，对本合同生效前发生的保险事故，保险人不承担保险责任。**

投保人选择分期交纳保险费的，应当在本合同成立时交清首期保险费。**投保人未按本款约定交清首期保险费的，本合同不生效，对本合同生效前发生的保险事故，保险人不承担保险责任。**

投保人选择分期交纳保险费的，在交纳首期保险费后，投保人应当在每个**保险费约定支付日**交纳其余各期的保险费。若投保人未按约定交纳保险费，保险人允许投保人在保险人催告之日起30日内（含第30日）补交保险费，如果被保险人在此期限内发生保险事故，**保险人将扣减投保人欠交的保险费后按照本合同约定赔偿保险金。**

若投保人在保险人催告之日起30日内（含第30日）未补交保险费，本合同自上述期限

届满之日的24时起效力中止，如果被保险人在合同效力中止期间发生保险事故的，保险人不承担保险责任。

本合同效力依照前款约定中止的，经保险人审核同意，同时在投保人补交欠交保险费后，合同效力恢复。

第二十一条 订立本合同，保险人就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，保险人有权解除本合同。

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 30 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，不承担赔偿保险金责任，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，不承担赔偿保险金责任，但应当退还保险费。

保险人在本合同订立时已经知道投保人未如实告知的情况的，保险人不得解除本合同；发生保险事故的，保险人应当承担赔偿保险金的责任。

第二十二条 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，均视为已发送给投保人。

第二十三条 年龄的计算及年龄、性别错误的处理

(一) 被保险人的投保年龄按周岁计算；

(二) 投保人在投保时应将被保险人的真实年龄与性别在投保单上填明，若发生错误，保险人按照下列规定办理：

(1) 投保人申报的被保险人年龄不真实，且被保险人真实年龄不符合本合同约定的年龄限制，保险人对被保险人不承担保险责任，保险人可以解除本合同，并向投保人退还未到期保险费；

(2) 投保人申报的被保险人年龄或性别不真实，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，或在赔偿保险金时按照实付保险费与应付保险费的比例赔偿；

(3) 投保人申报的被保险人年龄或性别不真实，导致投保人实付保险费多于应付保险费，保险人应将多收的保险费无息退还投保人。

第二十四条 保险事故发生后，投保人、被保险人或受益人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，不承担赔偿保险金责任，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。

保险金申请与赔偿

第二十五条 保险金申请人向保险人申请赔偿保险金时，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保险事故的性质、原因、损失程度的，保险人对无法核实部分不承担赔偿保险金的责任。**

- (1) 理赔申请书；
- (2) 保险金申请人的**有效身份证件**；
- (3) 医院出具的完整病历资料（包括门急诊病历、处方，住院病历或出院记录以及检查报告、检验报告等）；
- (4) 孕妇(健康/保健)手册、孕期检查报告、分娩的出院记录（如涉及）；
- (5) 新生儿的医学出生证明（如涉及）；
- (6) 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、医疗费用收据原件或复印件、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、包含我们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）；

(7) 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；

(8) 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。受益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。

以上证明和资料不完整的，保险人将及时一次性通知投保人、保险金申请人补充提供有关证明和资料。

诉讼时效期间

第二十六条 保险金申请人向保险人请求赔偿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。

争议处理和法律适用

第二十七条 因履行本合同发生的争议，由当事人协商解决。协商不成的，提交保险单载明的仲裁机构仲裁；保险单未载明仲裁机构且争议发生后未达成仲裁协议的，依法向中华人民共和国（不含港、澳、台地区）有管辖权的人民法院起诉。

第二十八条 与本合同有关的以及履行本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

第二十九条 本合同成立后将持续有效，直至保险单约定的保险期间届满或达到本合同约定的终止条件。

保险责任开始前，投保人要求解除本合同的，保险人应当无息全额退还投保人已交纳的保险费。

保险责任开始后，犹豫期内投保人要求解除本合同的，保险人将无息退还投保人所支付的全部保险费；犹豫期后投保人要求解除本合同的，自保险人接到解除保险合同申请书之时起，本合同解除，**保险人自收到解除保险合同申请之日起 30 日内向投保人退还本合同的未到期保险费。若本合同已发生或已申请保险金赔偿，则未到期保险费为零。**

第三十条 投保人解除本合同时，应提供下列证明文件和资料：

- （一）保险合同解除申请书；
- （二）保险合同凭据；
- （三）保险费交付凭证；
- （四）投保人身份证明。

释义

第三十一条 除另有约定外，本合同中的下列词语具有如下含义：

【合法有效】本合同所指合法有效均以中华人民共和国法律、行政法规、地方性法规、行政规章及有关规范性法律文件的规定为判定依据。

【保险人】本合同所指的保险人指泰康在线财产保险股份有限公司。

【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。例如，出生日期为 2020 年 9 月 1 日，2020 年 9 月 1 日至 2021 年 8 月 31 日期间为 0 周岁，2021 年 9 月 1 日至 2022 年 8 月 31 日期间为 1 周岁，以此类推。

【活体新生儿】指分娩出后有心跳、呼吸、脐带搏动、随意肌收缩四项生命体征之一的新生儿。

【辅助生殖技术】指采用医疗辅助手段使不育夫妇妊娠的技术，包括人工授精和体外受精-胚胎移植及其衍生技术。

【意外伤害事故】指外来的、突发的、非本意的和非疾病的导致被保险人身体受到伤害的客观事件。

以下情形不属于本合同所指意外伤害事故：

- （1）**猝死：**指由潜在疾病、身体机能障碍或其他非外来性原因所导致的、在出现急

性症状后发生的突然死亡，以医院的诊断或公安、司法机关的鉴定为准；

- (2) 过敏及由过敏引发的变态反应性疾病；
- (3) 高原反应；
- (4) 中暑；
- (5) 细菌、病毒或其他病原体导致的感染性疾病。

【妊娠特定疾病】指主被保险人在妊娠期间罹患的疾病，具体包括以下 30 种疾病（定义中包含一些免责条款，请特别留意）。

（一）**子痫症**：又称“重度妊娠高血压综合症”，指血压持续高于 160mmHg/110mmHg、蛋白尿大于等于 5g/24h 或者尿常规中蛋白(++)-(++++)(和(或者)伴水肿，有头痛等自觉症状，并且有抽搐或者昏迷。须经专科医生确诊，并提供同时具有下列条件中的至少两项的医学证明：

- (1) 血肌酐升高(大于 1.6mg/dl)；
- (2) 少尿(24 小时总尿量少于 500 毫升)；
- (3) 出现神经系统的异常或者视力异常；
- (4) 肺水肿；
- (5) 黄疸进行性加重；
- (6) 胎儿宫内死亡；
- (7) 血小板减少，凝血症。

（二）**前置胎盘**：指妊娠 28 周后，胎盘附着于子宫下段，下缘达到或覆盖宫颈内口，位置低于胎先露部。

（三）**胎盘早剥**：指妊娠 20 周后或分娩期，正常位置的胎盘在胎儿娩出前，部分或全从子宫壁剥离。

（四）**母儿严重血型不合**：指孕妇与胎儿之间因血型不合而产生的同种血型免疫性疾病，发生在胎儿期和新生儿早期，并满足下列条件之一：

- (1) ABO 血型不合：孕妇血清学检查，ABO 抗体效价在 1:512 以上；
- (2) Rh 血型不合：孕妇血清学检查，Rh 抗体效价在 1:32 以上。

（五）**前置血管**：指附着在胎膜的脐带血管跨宫颈内口，位于先露部前方。

（六）**宫外孕**：指受精卵种植在子宫体腔以外部位的妊娠，其诊断必须经剖腹或腹腔镜检查证实，并已经手术而终止妊娠。

（七）**胎死腹中**：指怀孕后胎儿在子宫内死亡。

（八）**未足月胎膜早破**：指在妊娠 20 周以后、未满 37 周胎膜在临产前发生的胎膜破裂。

（九）**羊膜腔感染**：指在妊娠期病原微生物进入羊膜腔引起的感染，包括羊水感染、

胎膜感染或胎盘感染，可引起孕产妇体温升高、脉率增快、胎心率增快等临床表现。经腹羊膜腔穿刺检查，并满足下述条件方法之一：

- (1) 羊水细菌培养：找到病原微生物；
- (2) 羊水涂片革兰染色检查：找到病原微生物；
- (3) 羊水涂片计数白细胞： ≥ 30 个白细胞/ml。

(十) 妊娠期糖尿病：指妊娠 24 周后首次出现糖代谢异常，并满足下列标准：

75 克糖 OGTT(口服葡萄糖耐量试验)诊断标准：空腹及服糖后 1、2 小时的血糖值分别为 5.1mmol/L、10.0mmol/L、8.5mmol/L。任何一点血糖值达到或超过上述标准。

(十一) 侵蚀性葡萄胎：指异常增生的绒毛组织浸润性生长侵入子宫肌层或者转移至其他器官或者组织的葡萄胎，并已经进行化疗或者手术治疗的。

(十二) 无脐带综合征：指发育异常导致胎盘直接与胎儿腹壁相连，合并内脏外翻。

(十三) 脐带肿瘤：为脐带血管上皮肿瘤，可发生于脐带的任何部位，多发生于脐带的胎盘端，包括畸胎瘤、血管瘤、粘液瘤等。

(十四) 妊娠期肝内胆汁淤积症：指妊娠期出现无诱因的皮肤瘙痒及血清总胆汁酸 $> 10 \mu\text{mol/L}$ 。

(十五) 妊娠期重度贫血：指孕产妇在妊娠后出现贫血，且外周血血红蛋白 $\leq 60\text{g/L}$ 。

(十六) 妊娠期急性脂肪肝：指妊娠期间内由于各种因素新发的肝脏细胞急性脂肪变性的一种疾病，主要临床特征包括明显的消化道症状、肝功能异常、凝血障碍，可导致急性肝衰竭。

(十七) 围产期心肌病：指孕产妇在妊娠满 28 周后至产后 6 个月内发生的扩张性心肌病，且同时满足下列条件：

- (1) 投保前无心血管系统疾病史；
- (2) 上述妊娠期间出现心力衰竭但不能确定心力衰竭的确切原因。

(十八) 子宫破裂：指在妊娠晚期或分娩期子宫体部或子宫下段发生裂开，需尽快行手术治疗。先兆子宫破裂不在保障范围内。

(十九) 子宫翻出：指分娩时以子宫内面翻出为特征的并发症。包括下面二者之一：

- (1) 部分翻出：宫底翻出于子宫下段及子宫颈口；
- (2) 完全翻出：子宫体部及下段完全翻出而暴露于阴道外。

(二十) 分娩并发膀胱破裂：指孕产妇分娩时出现膀胱破裂。分娩前及分娩后出现的膀胱破裂不在保障范围内。

(二十一) 产后出血并发休克：指胎儿娩出后 24 小时内阴道流血量过多，并满足下列所有指标：

- (1) 24 小时内阴道流血量超过 500ml；

(2) 出现休克症状，如头晕、脸色苍白、脉搏细数、血压下降；

(3) 休克指 (SI) ≥ 1.5 。

(二十二) 产褥感染：指分娩及产褥期生殖道受病原体侵袭引起的局部或全身感染，以发热、疼痛、异常恶露为主要症状。

(二十三) 羊水栓塞：指在分娩过程中羊水突然进入母体血循环引起急性肺栓塞、过敏性休克、弥散性血管内凝血(DIC)、肾功能衰竭等一系列病理改变的严重分娩并发症。分娩过程中，出现下列不能用其他原因解释的情况之一，即可诊断：

(1) 血压骤降或心脏骤停；

(2) 急性缺氧或呼吸困难、发绀或呼吸停止；

(3) 凝血机制障碍，或无法解释的严重出血。

(二十四) 弥漫性血管内凝血：指因凝血功能障碍导致全身性出血不止及器官损伤，是一种妊娠所并发的致命性疾病，须经专科医生确诊，并提供同时具有下列条件中的至少三项的检验报告：

(1) 血小板计数 $< 100 \times 10^9/L$ 或者呈进行性下降；

(2) 血浆纤维蛋白原含量 $< 1.5g/L$ 或者 $> 4g/L$ 或者呈进行性下降；

(3) 3P 试验阳性或者血浆 FDP $> 20mg/L$ ；

(4) 凝血酶原时间 > 15 秒或者超过对照组 3 秒以上。

(二十五) 妊娠剧吐合并韦尼克脑病(Wernicke 脑病)：因妊娠剧吐导致维生素 B1 缺乏所引起的中枢神经系统综合征。本病须经专科医生确诊，并且排除酗酒、厌食症及消化系统疾病导致的维生素 B1 摄入不足或消耗增加。

(二十六) 妊娠合并甲状腺功能亢进：孕妇诊断为甲状腺功能亢进，并且符合下列条件中至少一项：

(1) 基础代谢率 BMR 增高 $> 40\%$ ；

(2) 静息状态心率 > 110 次/分；

(3) 出现甲亢危象或心衰。

(二十七) 妊娠合并病毒性肝炎：孕妇诊断为病毒性肝炎，实验室检测肝炎病毒呈阳性，并且符合下列条件中至少二项：

(1) 黄疸迅速加深，血清胆红素大于正常上限值的 5 倍；

(2) ALT 和 AST 同时异常增高，至少一项大于正常上限值的 3 倍或二者均大于正常上限值的 2 倍；

(3) 凝血酶原活动度低于 40%并排除其它原因者；

(4) 出现肝性脑病。

(二十八) 妊娠合并尿路感染：孕妇罹患尿道、膀胱、输尿管、肾盂部位的感染性炎

症疾病，尿液培养病原体阳性，并且体温达到 39℃。

（二十九）妊娠合并急性阑尾炎：孕妇诊断为急性阑尾炎并且接受阑尾切除手术。

（三十）妊娠合并急性肺炎：孕妇诊断为急性肺炎或急性支气管肺炎，并且符合下列条件中至少三项：

- （1）急性肺炎的影像学表现；
- （2）体温达到 39℃；
- （3）存在咳痰和肺部啰音；
- （4）痰培养病原体阳性。

【医院】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及保险人扩展承保的医院普通部，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或保险人不予承保的医院。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。

注：保险人扩展承保的医院名单和保险人不予承保的医院名单将在保险单中载明。保险人保留新增扩展承保医院的权利。对于新增后的扩展承保医院名单，保险人将会在泰康在线官方渠道（包括但不限于官网、官微）公示。

【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）在国家《医院分级管理标准》二级或二级以上医院的相应科室从事临床工作三年以上。

【必需且合理】必需且合理指：

（一）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。

（二）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。

【住院】指被保险人以治疗疾病为目的，正式办理入院手续进行治疗的行为，**不包括**入住门急诊观察室、家庭病床、挂床住院等不合理住院以及康复、休养、疗养、身体检查和健康护理等非治疗性行为。

【住院医疗费用】指被保险人住院期间发生的医疗费用，包括：

（一）床位费

指被保险人在住院期间发生的医院床位的费用，包括普通床位费和重症监护室床位费，**不包括**陪人床、观察病床位和家庭病床的费用。

（1）普通床位费，以标准单人间病房（**不包括套房**）的费用标准为限。其中，标准单人间病房指病房为单间设计，除独立卫生间外无其他隔间，病房设一张病床加独立卫生间的单人病房。**若某一医院的病房有两种或以上符合前述定义的病房，则应按其中最便宜的病房计算床位费。**

（2）重症监护室床位费，指经本合同认可的医院专科医生诊断必须接受在重症监护室进行合理且必要的医学治疗而产生的床位费。其中，重症监护室指经中国国家卫生行政管理部门批准，在医院内正式设立的重症监护病房。该病房为危重患者提供24小时持续护理及治疗，配备有重症监护专科医生、护士以及相应的监护、复苏抢救设备，例如：心脏除颤机，人工呼吸机，紧急药物，各项生命体征（如心率、血压等）持续测试的仪器等。

（二）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。**但不包括**营养补充类药品，免疫功能调节类药品，美容及减肥类药品，预防类药品，以及下列中药类药品：（1）主要起营养滋补作用的单方、复方中药或中成药，如花旗参，冬虫草，白糖参，朝鲜红参，玳瑁，蛤蚧，珊瑚，狗宝，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，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。

（三）膳食费

指住院期间根据就诊医院专科医生的书面医嘱，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、合理且符合惯常标准的膳食费用。**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、也可以合并病房费等其他款项内。

（四）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、合理且必需的治疗者技术劳务费和医疗器械使用费，以及消耗品的费用，包括注射费、输血费、输氧费、体外反搏费等。具体以就诊医院的费用项目划分为准。**不包括**物理治疗、中医理疗及其他特殊疗法费用。

（1）物理治疗：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；

(2) 中医理疗：指以治疗疾病为目的，被保险人接受的针灸治疗、推拿治疗、拔罐治疗或刮痧治疗等；

(3) 其他特殊疗法：包括顺势治疗、职业疗法及语音治疗等。

(五) 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且必需的医疗费用，包括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。

(六) 手术费

指住院期间实际发生的、**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。**对于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的费用。**

(七) 加床费

指未满18周岁的被保险人在住院治疗期间，根据合同约定给付其合法监护人（**限1人**）在医院留宿发生的加床费；或女性被保险人在住院治疗期间，根据合同约定给付其**一周岁以下**哺乳期婴儿在医院留宿发生的加床费。

(八) 诊疗费

指被保险人住院期间发生的主诊或会诊医生（包括外科医生、麻醉师、内科医生、专科医生）的劳务费用。

(九) 救护车使用费

指在住院期间以抢救生命或治疗疾病为目的，根据就诊医院专科医生建议，被保险人需医院转诊过程中的医院用车费用，**救护车的使用仅限于同一地级市的医疗运送。**

(十) 护理费

指住院期间由就诊医院执业护士根据该医院专科医生的书面医嘱所示的护理等级提供医疗护理所发生的护理费用。

【社会基本医疗保险】指《社会保险法》第三章规定的基本医疗保险，包括职工基本医疗保险、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险。

【酗酒】指没有节制地喝酒，以医疗机构或司法部门出具的酒精中毒或酒精摄入过量的相关证明为依据。

【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。

【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。

【攀岩】指攀登悬崖、建筑物外墙、人造悬崖、冰崖、冰山和雪山等运动。

【武术比赛】指两人或两人以上对抗柔道、空手道、跆拳道、散打、拳击等各种拳术及各种使用器械的对抗性比赛。

【特技表演】指从事马术、杂技、驯兽、飞车等特殊技能训练或比赛。

【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及常规，过失造成患者人身损害的事故。

【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。

【无合法有效驾驶证驾驶】指下列情形之一：

- (一) 没有取得中华人民共和国有关主管部门颁发或者认可的驾驶资格证书；
- (二) 驾驶与合法有效驾驶证准驾车型不相符合的车辆；
- (三) 持审验不合格的驾驶证驾驶；
- (四) 未按照中华人民共和国法律、行政法规的规定，定期对机动车驾驶证实施审验的；
- (五) 驾驶证已过有效期的。

【无合法有效行驶证】指发生保险事故时没有按照公安机关交通管理部门机动车登记制度的规定进行登记并领取机动车行驶证或者临时通行牌证等法定证件。包括下列情形之一：

- (一) 未办理行驶证或者行驶证在申办过程中的；
- (二) 机动车行驶证被依法注销登记的；
- (三) 未依法按时进行或者未通过机动车安全技术检验的。

【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。

【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》第十次修订版（ICD-10）确定。

【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症，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。

【牙科治疗】指牙齿的保健、洁牙、美白、矫形及种牙、镶牙、补牙、拔牙手术。

【未到期保险费】指本合同所具有的价值，通常体现为解除合同时，根据精算原理计

算的，由保险人退还的那部分金额。

犹豫期内退保的，未到期保险费=投保人已交纳保险费。犹豫期后退保的，

若保险费为一次性支付的：

未到期保险费=投保人已交纳保险费×[1-(保险单已生效天数/保险期间天数)]

若保险费为分期支付的：

未到期保险费=投保人已交纳当期保险费×[1-(保险单当期已经过天数/当期总天数)]

已生效或已经过天数不足一天的按一天计算。若本合同已发生或已申请保险金赔偿，则未到期保险费为零。

【保险费约定支付日】指保险合同生效日在每月的对应日。如果当月无对应的同一日，则以该月最后一日为对应日。如保险合同生效日为2023年6月8日，则次月的保险费约定支付日为2023年7月8日，以此类推，则最后一个月的保险费约定支付日为2024年5月8日。

【不可抗力】指不能预见、不能避免并不能克服的客观情况。

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

【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。

附 件：保险方案计划表

保险保障方案一	
保险责任	责任范围
主被保险人妊娠特定疾病住院医疗保险金	<ol style="list-style-type: none">1. 保险金额：200万元，且与附加被保险人住院医疗保险金共享保险金额。2. 免赔额：1万元，且不与附加被保险人住院医疗保险金共享免赔额。3. 赔偿比例：经社会基本医疗保险、生育保险或公费医疗结算的，赔偿比例为100%；未经社会基本医疗保险、生育保险或公费医疗结算的，赔偿比例为50%。
附加被保险人住院医疗保险金	<ol style="list-style-type: none">1. 保险金额：200万元，且与主被保险人妊娠特定疾病住院医疗保险金共享保险金额。2. 免赔额：1万元，且不与主被保险人妊娠特定疾病住院医疗保险金共享免赔额。3. 赔偿比例：

	<p>附加被保险人为单胎新生儿的：被保险人支出的医疗费用经社会基本医疗保险、生育保险或公费医疗结算的，赔偿比例为 80%；被保险人支出的医疗费用未经社会基本医疗保险、生育保险或公费医疗结算的，赔偿比例为 40%；</p> <p>附加被保险人为多胎新生儿（附加被保险人人数量超过 1 名）的：附加被保险人住院医疗保险金赔偿比例按照附加被保险人为单胎新生儿的赔偿比例乘以多胎系数（多胎为 2 胎时，多胎系数为 0.5；多胎为 3 胎时，多胎系数为 0.3；多胎为 4 胎及以上时，多胎系数为 0.2）确定。</p>
保险保障方案二	
保险责任	责任范围
主被保险人住院医疗保险金	<ol style="list-style-type: none"> 1. 保险金额：200 万元，且与附加被保险人住院医疗保险金共享保险金额。 2. 免赔额：1 万元，且不与附加被保险人住院医疗保险金共享免赔额。 3. 赔偿比例：经社会基本医疗保险、生育保险或公费医疗结算的，赔偿比例为 100%；未经社会基本医疗保险、生育保险或公费医疗结算的，赔偿比例为 50%。
附加被保险人住院医疗保险金	<ol style="list-style-type: none"> 1. 保险金额：200 万元，且与主被保险人妊娠特定疾病住院医疗保险金共享保险金额。 2. 免赔额：1 万元，且不与主被保险人妊娠特定疾病住院医疗保险金共享免赔额。 3. 赔偿比例： <p>附加被保险人为单胎新生儿的：被保险人支出的医疗费用经社会基本医疗保险、生育保险或公费医疗结算的，赔偿比例为 80%；被保险人支出的医疗费用未经社会基本医疗保险、生育保险或公费医疗结算的，赔偿比例为 40%；</p> <p>附加被保险人为多胎新生儿（附加被保险人人数量超过 1 名）的：附加被保险人住院医疗保险金赔偿比例按照附加被保险人为单胎新生儿的赔偿比例乘以多胎系数（多胎为 2 胎时，多胎系数为 0.5；多胎为 3 胎时，多胎系数为 0.3；多胎为 4 胎及以上时，多胎系数为 0.2）确定。</p>