

泰康在线财产保险股份有限公司

附加门急诊费用医疗保险 A 款（互联网专属）条款

在本条款中，“您”指投保人，“我们”、“本公司”均指泰康在线财产保险股份有限公司。

1 您与我们的合同

-
- | | | |
|-----|---------|--|
| 1.1 | 合同构成 | <p>本附加险保险合同（以下简称“本附加险合同”）须附加于医疗险保险合同（互联网专属）（以下简称“主险合同”）。</p> <p>本附加险合同的保险条款、保险单或其他保险凭证、投保书、与本附加险合同有关的投保文件、合法有效（见 7.1）的声明、批注、批单、其他书面或电子协议都是您与我们之间订立的本附加险合同的构成部分。</p> |
| 1.2 | 合同成立及生效 | <p>您提出保险申请、我们同意承保，本附加险合同成立。</p> <p>本附加险合同自我们同意承保、收取保险费并签发电子保险单开始生效，具体生效日以电子保险单所载的日期为准。</p> <p>本附加险合同作为主险合同的组成部分，主险合同效力终止，本附加险合同效力亦同时终止；主险合同无效，本附加险合同亦无效。</p> |
| 1.3 | 合同约定事项 | <p>本附加险合同与主险合同相抵触之处，以本附加险合同的约定为准；本附加险合同未约定事项，以主险合同的约定为准。</p> |
| 1.4 | 投保条件 | <p>本附加险合同的投保人和被保险人与主险合同一致。</p> |

2 我们保什么、保多久

-
- | | | |
|-----|------|---|
| 2.1 | 保障计划 | <p>本附加险合同的投保计划由您在投保时与我们约定，并在保险单中载明。</p> |
| 2.2 | 等待期 | <p>您为被保险人首次投保本保险或非续保本保险时，自本附加险合同生效日起一定期限为等待期，最长不超过 90 日，等待期期限由您在投保时与我们约定，并在保险单中载明。</p> <p>在等待期内，被保险人非因意外伤害（见 7.2）经医院（见 7.3）确诊罹患疾病，在医院接受门（急）诊治疗，无论诊疗行为是否发生在等待期内，我们均不承担赔偿保险金的责任，但本附加险合同继续有效。</p> <p>您为被保险人续保本保险或被保险人因遭受意外伤害导致被保险人发生保险事故的无等待期。</p> |

2.3 保险责任

在本附加险合同保险期间内，我们承担下列保险责任：

门（急）诊医疗费用保险金

在本附加险合同保险期间内，被保险人因遭受意外伤害事故或在等待期后罹患疾病，经医院诊断必须接受门（急）诊治疗的，我们对于被保险人每次门（急）诊治疗实际支付的符合当地（见 7.4）社会基本医疗保险（见 7.5）支付范围的、必需且合理（见 7.6）的门（急）诊医疗费用（见 7.7），扣除单次门（急）诊医疗费用免赔额后在单次门（急）诊医疗费用限额内按如下约定承担门（急）诊医疗费用保险金的赔偿责任：

（一）若被保险人未以参加社会基本医疗保险或者公费医疗身份就诊并结算的，我们对被保险人每次就诊发生的符合保险责任范围的医疗费用，在扣除单次门（急）诊医疗费用免赔额后，在单次门（急）诊医疗费用保险金额内按照赔偿比例 A 进行赔偿；

（二）若被保险人以参加社会基本医疗保险或者公费医疗身份就诊并结算的，我们对被保险人每次就诊发生的符合保险责任范围的医疗费用，在扣除单次门（急）诊医疗费用免赔额后，在单次门（急）诊医疗费用保险金额内按照赔偿比例 B 进行赔偿。

单次门（急）诊医疗费用限额、单次门（急）诊医疗费用免赔额、赔偿比例 A 及赔偿比例 B 由您与我们协商确定，并在保险单中载明。

被保险人于同一日（当日零时起至二十四时止）在同一所医院同一个科室的就诊视为一次就诊。

在本附加险合同保险期间内，被保险人无论一次或多次在医院进行治疗，我们均按上述约定承担赔偿责任。每次门（急）诊医疗费用保险金赔偿以单次门（急）诊医疗费用限额为限；多次门（急）诊医疗费用保险金赔偿金额累计达到门（急）诊医疗费用保险金额时，我们对被保险人的该项保险责任终止。

2.4 保险金额

保险金额是我们承担赔偿责任的最高限额。本附加险合同的门（急）诊医疗费用保险金额由您与我们协商确定，并在保险单中载明。

2.5 犹豫期

除另有约定外，本附加险合同的犹豫期与主险合同一致。

2.6 补偿原则

本附加险合同为费用补偿型保险合同，适用医疗费用补偿原则。若被保险人发生的医疗费用已从其他途径（包括但不限于社会基本医疗保险、公费医疗、工作单位、我们在内的任何商业保险机构等）获得本附加险合同责任范围内的医疗费用补偿，我们仅对被保险人实际发生的医疗费用扣除其从上述其他途径所获医疗费用补偿后的余额按照本附加险合同约定进行赔偿。被保险人社保卡个人账户支出部分视为个人支付，不属于已获得的医疗费用补偿，不进行前述扣除。

2.7 免赔额

本附加险合同中所指免赔额指单次门（急）诊医疗费用免赔额，即被保险人发生的保险责任范围内的单次门（急）诊医疗费用中必须由被保险人自行承担的金额。当发生的保险责任范围内的费用超过该金额时，我们才开始对超过部分承担相应的保险责任。关于单次门（急）诊医疗费用免赔额的范围约定如下：

哪些内容可以计入免赔额？	哪些内容不可以计入免赔额？
被保险人从商业保险获得的医疗费用补偿	社会基本医疗保险和公费医疗支付的医疗费用
除社会基本医疗保险和公费医疗保障以外，被保险人从其他途径获得的医疗费用补偿	

2.8 保险期间

除另有约定外，本附加险合同的保险期间与主险合同一致。

2.9 续保

本附加险合同为不保证续保合同。本产品保险期间为一年（或不超过一年）。保险期间届满或保险期间届满前 30 日内，您需要重新向我们申请投保本产品，并经我们同意，交纳保险费，获得新的保险合同。

3 我们不保什么

3.1 责任免除

对于被保险人因以下原因或情形而发生的任何费用，我们不承担赔偿门（急）诊医疗费用保险金的责任；

(1) 被保险人在投保时未如实告知的疾病；被保险人在投保前罹患的、投保时尚未治愈的疾病；

(2) 投保人对被保险人的故意杀害、故意伤害；

(3) 被保险人故意自伤，但被保险人自伤时为无民事行为能力人的除外；

(4) 被保险人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；

(5) 被保险人感染艾滋病病毒或者患艾滋病（见 7.8）、性病、精神和行为障碍、遗传性疾病（见 7.9），先天性畸形、变形或染色体异常（见 7.10）（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）（见 7.11）为准）；

(6) 被保险人不孕不育治疗、避孕、节育（含绝育）、子宫体腔内妊娠、产前产后检查、非因意外导致的流产、堕胎、分娩（含剖腹产）、变性

手术、人体试验、人工生殖，或者由前述任一原因引起的并发症；

(7) 《中华人民共和国传染病防治法》规定的甲类及乙类法定传染病（不含病毒性肝炎），或者国家有关法律、法规、规范性法律文件规定的法定传染病。前述传染病定义以《中华人民共和国传染病防治法》或者国家有关法律、法规、规范性法律文件的规定为准；

(8) 被保险人接受疗养、康复治疗（见 7.12）、心理治疗、美容、视力矫正手术、各种健康体检项目及预防性医疗项目、各种矫形及生理缺陷的手术和检查治疗项目、各种健美治疗项目、牙科保健及牙齿治疗（见 7.13）以及非意外伤害事故所致的整容、整形手术；

(9) 被保险人接受如下项目的治疗：皮肤色素沉着、痤疮治疗、红斑痤疮治疗；雀斑、老年斑、痣的治疗和去除；对浅表静脉曲张、蜘蛛脉、除瘢痕疙瘩型外的其他瘢痕、纹身去除、皮肤变色的治疗或手术；除皱、除眼袋、开双眼皮、治疗斑秃、白发、秃发、脱发、植毛、脱毛、隆鼻、隆胸；包皮环切术、包皮剥离术、包皮气囊扩张术、性功能障碍治疗引起的医疗费；

(10) 被保险人接受各类医疗鉴定，包括但不限于医疗事故鉴定、精神病鉴定、孕妇胎儿性别鉴定、验伤鉴定、亲子鉴定、遗传基因鉴定所发生的费用；

(11) 被保险人接受实验性治疗，即未经中国国家药品监督管理部门认可的医疗；

(12) 体外或植入的医疗辅助装置或用具（义肢、轮椅、拐杖、助听器、眼镜或隐形眼镜、义眼等）及其安装费用；

(13) 被保险人殴斗、醉酒（见 7.14），主动吸食或注射毒品（见 7.15），违反规定使用麻醉或精神药品；

(14) 被保险人挑衅或者故意行为而导致的打斗、被袭击、被谋杀；

(15) 被保险人酒后驾驶（见 7.16）、无合法有效驾驶证驾驶（见 7.17），或者驾驶无合法有效行驶证（见 7.18）的机动车（见 7.19）导致交通意外引起的医疗费用；

(16) 被保险人从事高风险运动（见 7.20）导致的伤害引起的治疗；

(17) 被保险人从事高风险职业（见 7.21）导致的伤害引起的治疗；

(18) 被保险人未遵医嘱私自服用、涂用、注射药物；

(19) 被保险人由于职业病（见 7.22）、医疗事故（见 7.23）引起的医

疗费用；

(20) 战争、军事行动、暴乱、武装叛乱、核爆炸、核辐射、核污染。

4 如何领取保险金

- 4.1 受益人** 除另有约定外，本附加险合同的受益人为被保险人本人。
- 4.2 保险事故通知** 保险事故发生后，您、被保险人或受益人应当及时通知我们，我们接收到您、被保险人或者受益人的保险事故通知后，将在1个工作日内一次性给予理赔指导。**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，我们对无法确定的部分，不承担赔偿保险金责任**，但我们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。
- 4.3 门（急）诊医疗费用保险金申请** **保险金申请人（见 7.24）** 向我们申请赔偿保险金时，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，导致我们无法核实保险事故的性质、原因、损失程度的，我们对无法核实部分不承担赔偿保险金的责任：**
- （一）理赔申请书；
 - （二）保险金申请人的**有效身份证件（见 7.25）**；
 - （三）医院出具的完整病历资料（包括门急诊病历、处方以及检查报告、检验报告等）；
 - （四）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、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）；
 - （五）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；
 - （六）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、委托人和受托人的有效身份证件等相关证明文件。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。

我们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您、保险金申请人补充提供。

4.4 保险金赔偿

我们收到保险金申请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。

我们应当将核定结果在1个工作日内通知保险金申请人；对属于保险责任的，在与保险金申请人达成赔偿保险金的协议后10日内，履行赔偿保险金义务。本附加险合同对赔偿保险金的期限有约定的，我们应当按照约定履行赔偿保险金的义务。

我们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个工作日内向保险金申请人发出拒绝赔偿保险金通知书，并说明理由。

我们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赔偿；我们最终确定赔偿保险金的数额后，应当支付相应的差额。

如果被保险人本人作为保险金受益人已向我们书面申领保险金，但在实际领取保险金前身故，保险金将作为其遗产，由我们向其合法继承人赔偿。

4.5 诉讼时效

保险金申请人向我们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。

5 如何支付保险费

5.1 保险费的支付

本附加险合同的保险费按照被保险人的年龄和所选保障计划等因素共同确定。您须按合同约定支付保险费。本附加险合同保险费支付方式由您在投保时与我们约定，并在保险单上载明。

若您选择一次性支付保险费的，您应当在投保时一次性交清保险费。**您未按本款约定交清保险费的，本附加险合同不生效，对本附加险合同生效前发生的保险事故，我们不承担保险责任。**

若您选择分期支付保险费的，您应当在投保时交清首期保险费。**您未按本款约定交清首期保险费的，本附加险合同不生效，对本附加险合同生效前发生的保险事故，我们不承担保险责任。**

您选择分期支付保险费的，在交纳首期保险费后，您应当在每个**保险费**

约定支付日（见 7.26）交纳其余各期对应的保险费。若您未按约定交纳保险费，我们允许您在我们催告之日起 30 日内（含第 30 日）补交保险费，如果被保险人在此 30 日内发生保险事故，我们仍按照本附加险合同约定赔偿或给付保险金，但需扣减欠交的保险费。

若您在我们催告之日起 30 日内（含第 30 日）未补交保险费，本附加险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，我们不承担保险责任。

本附加险合同效力依照前款约定中止的，经您申请并经我们审核同意，同时在您补交保险费后，合同效力恢复。

6 如何退保

6.1 您解除合同的手续及风险

本附加险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附加险合同约定的终止条件。

如您申请解除本附加险合同，请填写解除合同申请书并向我们提供您的有效身份证件。

保险责任开始前，您要求解除本附加险合同的，我们应当无息全额退还您已交纳的保险费。

保险责任开始后，犹豫期内您要求解除本附加险合同的，我们将无息退还您所支付的全部保险费；犹豫期后您要求解除本附加险合同的，自我们接到解除保险合同申请书之时起，本附加险合同解除，我们自收到解除保险合同申请之日起 30 日内向您退还本附加险合同的未到期保险费（见 7.27）。若本附加险合同已发生保险金赔偿，未到期保险费为零。

7 释义

7.1 合法有效

本附加险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。

7.2 意外伤害

指以外来的、突发的、非本意的、非疾病的客观事件为直接且单独的原因致使被保险人身体受到的伤害。

7.3 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我们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我们不予承保的医院。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：我们扩展承保的医院名单和我们不予承保的医院名单将在保险单中载明。我们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，我们将会**在泰康在线官方渠道（包括但不限于官网、官微）公示。**

7.4 当地

指被保险人的治疗所在地。

7.5 社会基本医疗保险

本附加险合同所称的社会基本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、新型农村合作医疗保险等政府举办的基本医疗保障项目。

7.6 必需且合理

(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。

(2) 医学必需：指被保险人接受的针对意外伤害或疾病本身的医疗服务以及发生的相关医疗费用，**符合下列所有条件：**

- 1) 治疗意外伤害或者疾病合适且必须的、有医生处方或书面医嘱的项目；
- 2) 不超过安全、足量治疗原则的项目；
- 3) 接受的医疗服务范围是合适的而且经济有效的；
- 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。

对于是否符合通常惯例或是否属于医学必需由我们根据客观、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。

7.7 门（急）诊医疗费用

指治疗期间发生的必需且合理的医疗费用，包括护理费、检查检验费、诊疗费、治疗费、药品费、门诊手术费。

(一) 护理费：指被保险人在门（急）诊治疗期间根据医嘱所示的护理等级确定的费用；

(二) 检查检验费：指实际发生的、以诊断为目的，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；

(三) 诊疗费：指被保险人在门（急）诊治疗期间发生的经治医生或会诊医生的劳务费用；

(四) 治疗费：指以治疗疾病为目的，提供必要的医学手段而合理发生

的治疗者的技术劳务费和和医疗器械使用费以及消耗品的费用，包括注射费、机疗费、理疗费、输血费、输氧费、体外反搏费等；

(五) 药品费：指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；

(六) 门诊手术费：指当地卫生行政部门规定的门诊手术项目的费用，包括手术费、麻醉费、手术监测费、手术材料费、术中用药费、手术设备费等；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的费用。

- 7.8 感染艾滋病病毒或者患艾滋病** 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。
- 7.9 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。
- 7.10 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。
- 7.11 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。
- 7.12 康复治疗** 指在康复医院、康复科诊治或者接受以促进机体各项功能恢复为目的的医疗方法，如理疗、按摩、推拿、生物反馈疗法、康复营养、康复护理等。
- 7.13 牙齿治疗** 指牙齿的保健、洁牙、美白、矫形及种牙、镶牙、补牙、拔牙手术。
- 7.14 醉酒** 指发生事故时被保险人每百毫升血液中的酒精含量大于或者等于80毫克。

- 7.15 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。
- 7.16 酒后驾驶** 指经检测或者鉴定，发生保险事故时车辆驾驶人员每百毫升血液中的酒精含量达到或者超过一定的标准，是否达到前述标准由公安机关交通管理部门依据《道路交通安全法》的规定认定，我们根据公安机关交通管理部门的认定确认被保险人是否属于酒后驾驶。
- 7.17 无合法有效驾驶证驾驶** 指下列情形之一：
(一) 没有取得驾驶资格；
(二) 驾驶与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) 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；
(五) 无驾驶证，驾驶证被依法扣留、暂扣、吊销、注销期间或驾驶证载明的有效期已届满，被保险人未及时更换新驾驶证。
- 7.18 无合法有效行驶证** 指下列情形之一：
(一) 未取得行驶证；
(二) 机动车被依法注销登记的；
(三) 未依法按时进行或通过机动车安全技术检验。
- 7.19 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。
- 7.20 高风险运动** 本附加险合同所定义的高风险运动是指潜水、跳伞、攀岩、蹦极、驾驶滑翔机或滑翔伞、探险活动、武术比赛、摔跤比赛、特技表演、赛马、赛车等运动。其中：
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。
探险活动：指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，而使自己置身于其中的行为，如江河漂流、徒步穿越沙漠或原始森林等活动。
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。

- 7.21 高风险职业** 本附加险合同所定义的高风险职业是指从事矿产资源作业、水上水下作业、高空作业、电力高压电、森林砍伐，化工、有毒及危险物质生产运输、水上运输，机械设备制造加工操作、金属/合金冶炼，海洋、特种养殖，救灾抢险、消防爆破、缉毒及防暴警察，拳击或足球职业运动员、潜水的职业。
- 7.22 职业病** 指企业、事业单位和个体经济组织的劳动者在职业活动中，因接触粉尘、放射性物质和其他有毒、有害物质等因素而引起的疾病。职业病的认定需遵循《中华人民共和国职业病防治法》中的相关规定及鉴定程序。
- 7.23 医疗事故** 指医疗机构或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、常规，过失造成患者人身损害的事故。
- 7.24 保险金申请人** 指被保险人、受益人，被保险人、受益人的继承人或依法享有保险金请求权的其他自然人。
- 7.25 有效身份证件** 指由政府主管部门规定的证明其身份的证件，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。
- 7.26 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2024年6月8日，则次月的保险费约定支付日为2024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2025年5月8日。
- 7.27 未满期保险费** 指本附加险合同所具有的价值，通常体现为解除合同时，根据精算原理计算的，由我们退还的那部分金额。
- 犹豫期内退保的，未满期保险费=您已交纳保险费。
- 犹豫期后退保的，若保险费为一次性支付的：
- 未满期保险费=您已交纳保险费×[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：
- 未满期保险费=您已交纳当期保险费×[1-(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。若本附加险合同已发生保险金赔偿或给付，未满期保险费为零。