请扫描以查询验证条款

中国人寿保险股份有限公司

国寿康健团体医疗保险条款

第一条　保险合同构成

国寿康健团体医疗保险合同（以下简称本合同）由保险单及所附条款、批注、附贴批单、投保单，以及与本合同有关的投保文件、声明和其他书面协议共同构成。

第二条　投保范围

一、凡年龄在十八周岁（含十八周岁）至六十四周岁（含六十四周岁）之间的特定团体在职人员，均可作为被保险人，由投保人向中国人寿保险股份有限公司（以下简称本公司）投保本保险。投保应符合国务院保险监督管理机构的相关规定。

二、被保险人身体健康的、六十四周岁及以下的配偶和出生满三十日但未满十八周岁的子女（在全日制学校就读的可放宽到二十六周岁），经本公司同意可作为附带被保险人，由投保人统一向本公司投保本保险。投保人为被保险人的配偶和子女投保时，除另有约定外，被保险人的配偶及子女必须全部投保，且被保险人和附带被保险人的保险责任相同。

该特定团体的在职人员、其配偶或子女在投保人提出保险申请之日起三十日后要求加入本保险的，须符合本公司相关核保要求。

三、投保人拟为被保险人或其配偶的新生儿投保的，应在该新生儿出生之日起至三十日内，由投保人向本公司提出申请，经本公司审核同意后，向本公司交付保险费，该新生儿自出生之日起成为本合同的附带被保险人。对于新生儿被保险人出生之日起三十日内因罹患疾病产生的医疗费用，本公司按照本合同第十条项下新生儿首月保险责任的约定给付保险金；对于新生儿被保险人出生之日起三十日后初次患病产生的医疗费用，本公司视该新生儿被保险人符合本条第二款约定，并给付相应保险金。

除非本合同特别说明，本合同中所指的被保险人均含附带被保险人。

第三条　保险合同成立、生效和保险责任开始

投保人提出保险申请、本公司同意承保，本合同成立。

自本合同成立、本公司收取保险费并签发保险单的次日零时起本合同生效，合同生效日期在保险单上载明。生效对应日以该日期计算。

除另有约定外，本合同生效的日期为本公司开始承担保险责任的日期。

第四条　保险期间

本合同的保险期间为一年；除另有约定外，自本合同生效之日起至约定终止日二十四时止，由投保人在投保时与本公司协商确定。

第五条　保障地区范围

保障地区范围分为以下三类：中国大陆、大中华区（指中国大陆和香港特别行政区、澳门特别行政区及台湾地区）和全球（但美国境内除外），由投保人在投保时与本公司协商确定其中的一种作为被保险人的保障地区范围。

本公司仅对被保险人在其保障地区范围内发生的符合本合同保险责任的医疗费用承担给付保险金的责任。

第六条　认可的医疗网络与直接结算医疗网络

一、认可的医疗网络

本公司认可的医疗网络包括火元素医疗网络、木元素医疗网络和水元素医疗网络等三种医疗网络，由投保人在投保时根据其选择的保障地区范围与本公司协商确定被保险人就医的

医疗网络。

火元素医疗网络包括全部的医院；木元素医疗网络包括除部分昂贵医院之外的其他所有医院(这些不在木元素医疗网络内的昂贵医院名单可从 www.aetnainternational.com 网站查询)；水元素医疗网络包括中国大陆公立医院。

被保险人在其保障地区范围内本合同约定的医疗网络内医院就医的，本公司按照本合同约定给付各项保险金。被保险人未在本合同约定的医疗网络内医院就医的，本公司不承担给付保险金的责任。

二、直接结算医疗网络

本公司在部分国家(这些国家名单可从 www.aetnainternational.com 网站查询)提供直接结算医疗网络。被保险人在所选的直接结算医疗网络内医院就医的，对其发生的、符合本合同保险责任的医疗费用将由本公司直接向该医院支付。

但保单年度扣除额大于零元的，本公司不提供门诊直接结算服务，由被保险人先自行支付医疗费用。

第七条　保险利益参数和保险金给付规则

一、保险利益参数

除另有约定外，保险金额、保单年度扣除额、基本保险责任和可选保险责任项下子责任的门诊就诊自付额、免赔额、住院床位费限额、单项给付比例、单项赔付限额作为保险利益参数，在保险利益表（见附表）中列明。前述保险利益参数有多种选项的，由投保人在投保时根据保险利益表中的选项与本公司协商确定具体项目，并在保险单上载明。

其中门诊就诊自付额和住院床位费限额参数的适用范围如下：

（一）门诊就诊自付额

1.对于可能包含门诊医疗费用的以下六项保险责任，被保险人在本合同约定的直接结算医疗网络内医院发生门诊就医的，被保险人自行支付门诊就诊自付额；被保险人在本合同约定的直接结算医疗网络外医院发生门诊就医的，本公司对其每次就诊的医疗费用扣除门诊就诊自付额后对其余额按本合同约定给付保险金：

（1）妊娠并发症；

（2）先天性疾病或畸形；

（3）电脑断层扫描（CT）、正电子发射计算机断层显像（PET）及核磁共振成像（MRI）；

（4）肿瘤；

（5）门诊治疗；

（6）门诊手术。

2.门诊就诊自付额不适用于被保险人在中国大陆地区公立医院内接受的医疗服务。被保险人在中国大陆以外地区医院就医的，门诊就诊自付额以保险利益表所列美元金额为准。

（二）住院床位费限额

1.住院床位费限额适用于住院相关保险责任下的“住院床位费及膳食费”项目，但住院相关保险责任下“重症监护室使用费”项目不受此限。

2.住院床位费限额不适用于被保险人在中国大陆地区公立医院内接受的医疗服务。被保险人在中国大陆以外地区医院就医的，住院床位费限额以保险利益表所列美元金额为准。

二、保险金给付规则

对被保险人每次实际发生并支出的、符合本合同保险责任的医疗费用，本公司首先扣除保险利益表中对应的保险责任项下子责任的门诊就诊自付额，然后扣除当前的保单年度扣除额余额，最后再扣除对应的保险责任项下子责任的免赔额后，对剩余医疗费用按保险利益表约定的单项给付比例给付相应的保险金。

当本公司对该被保险人一次或累计给付的保险金达到对应保险责任的单项赔付限额时，对于超出部分的医疗费用本公司不再对该被保险人承担给付保险金的责任。

第八条　军事冲突或动乱，化学或放射性污染

被保险人在以下几种情形下因军事冲突或动乱、化学及核材料或核燃料燃烧或任何其它相关情况引起的化学或放射性污染直接或间接产生的医疗费用的，本公司对其实际发生并支付的、符合本合同保险责任的医疗费用承担给付保险金的责任：

1.被保险人不是军事冲突或动乱的积极参与者；

2.被保险人未直接或间接参与导致意外伤害或疾病的非法行为；

3.被保险人在不知情的情况下进入发生军事冲突、动乱、自然灾害、化学污染、核或放射性污染的国家、地区或在这些地方逗留；

4.被保险人无意中身处由军事冲突、动乱、自然灾害、化学污染、核或放射性污染导致的意外伤害或疾病的风险之中；

5.被保险人不是任何武装力量、安保部门成员，包括保镖以及任何类型的化学、核或放射性污染清扫人员。

本公司将根据投保人在投保时或连续投保日所提供的信息，评估被保险人在高风险地区当前、未来或发展中的风险暴露程度。同时为维持该被保险人的保险有效和安全，本公司会将所需的该被保险人配合的行为，以及该被保险人的免责条款或加费额度通知投保人。

第九条　等待期

投保人为被保险人首次投保或非连续投保本保险时，本合同的等待期如下：

1.妊娠并发症保险责任，自本合同生效之日起十二个月为等待期；

2.常规牙科保险责任，自本合同生效之日起六个月为等待期；

3.常规牙科与复杂修复牙科保险责任，自本合同生效之日起六个月为等待期；

4.母婴保障保险责任项下的常规生育费保险责任，自本合同生效之日起十二个月为等待期。

等待期内发生保险事故的，本公司不承担给付保险金的责任。投保人为被保险人连续投保本保险的，本合同不受等待期限制。被保险人变动需增加被保险人的，该被保险人的等待期自其投保日起开始计算。

第十条　保险责任

本合同的保险责任分为基本保险责任和可选保险责任两部分。基本保险责任必须投保，可选保险责任可以选择投保，由投保人在投保时与本公司协商确定并在保险单上载明；保险责任一经确定，在保险期间内不得变更。

在本合同保险期间内，本公司根据投保人的选择，按约定承担保险责任。若被保险人已从当地社会基本医疗保险、公费医疗或其他途径获得补偿或给付，本公司仅对剩余未获补偿或给付的部分给付保险金。

在本合同保险期间内，被保险人遭受意外伤害或在等待期后因疾病，在其保障地区范围内本合同约定的医疗网络内医院就医的，对其实际发生并支付的医疗必需、合理且惯常的医疗费用，本公司按本合同约定给付保险金。

一、基本保险责任

（一）住院相关保险责任

在本合同保险期间内，被保险人以住院或日间留院方式治疗，对其实际发生并支付的医疗必需、合理且惯常的医疗费用（含慢性病急性发作治疗的医疗费用），本公司按本合同约定给付下列住院相关保险金：

1.住院床位费及膳食费

对被保险人住院期间所发生的住院床位费和膳食费，本公司根据其每日实际发生并支付的费用数额按本合同约定给付保险金。

2.重症监护室使用费

对被保险人住院期间所发生的重症监护室使用费，本公司根据其实际发生并支付的费用数额按本合同约定给付保险金。

3.手术费、手术室费及护理费

对被保险人住院期间所发生的手术费（包括腹腔镜检查费和关节腔镜检查费）、手术室费及接受合格护士护理发生的护理费，本公司根据其实际发生并支付的费用数额按本合同约定给付保险金。

4.医生费用、专科医生费用、诊疗费和麻醉师费用

对被保险人住院期间所发生的医生费用、专科医生费用、诊疗费和麻醉师费用，本公司根据其实际发生并支付的费用数额按本合同约定给付保险金。

5.检查费

对被保险人住院期间所发生的病理检验及 X 光检查等检查费，本公司根据其实际发生并支付的费用数额按本合同约定给付保险金。

6.整形重建手术（包括门诊治疗）费

被保险人在保险期间内遭受意外伤害或患疾病，并因该意外伤害或疾病必需进行恢复自然功能或状态的整形重建手术的，对被保险人在保险期间内发生的整形重建手术费，本公司根据其实际发生并支付的费用数额按本合同约定给付保险金。连续投保的，被保险人在遭受意外伤害或患疾病后十二个月内接受整形重建手术的，对被保险人在保险期间内发生的整形重建手术费，本公司根据其实际发生并支付的费用数额按本合同约定给付保险金。

7.药品费、敷料费及医疗器械费

对被保险人住院期间使用由医生或专科医生开出的药物、敷料及医疗器械所发生的药品费（包括中药）、敷料费及医疗器械费，本公司根据其实际发生并支付的费用数额按本合同约定给付保险金。

8.康复治疗（包括康复门诊治疗）费

被保险人住院三天或以上的，对其在出院后十四日内在本合同约定的医疗网络内医院康复科诊室，由医生或专科医生推荐和亲自指导下进行康复治疗所发生的特殊治疗室使用费、物理治疗费或语言矫治费、其他通常由康复病房提供的服务所产生的费用，本公司根据其实际发生并支付的费用数额按本合同约定给付保险金。

9.住院治疗前后的相关门诊治疗费

对被保险人所发生的在住院治疗前后分别六十天以内的、因同一伤病导致的相关门诊治疗费，本公司根据其实际发生并支付的费用数额按本合同约定给付保险金。

（二）急诊交通费保险责任

在本合同保险期间内，被保险人因急诊需住院或日间留院的，对经医生或专科医生认为有医疗必需且使用医生或专科医生认为最合适的交通工具护送其至医院接受治疗所发生的交通费用，本公司根据其实际发生并支付的费用数额按本合同约定给付保险金，**但不包括被保险人自行租用非医疗救护交通工具的费用**。

（三）护送转院保险责任

在本合同保险期间内，被保险人在本合同约定的保障地区范围内，当其身体发生紧急情况且当地无法提供所需治疗时，对其使用本公司医疗顾问决定的最佳交通方式将其护送转院至由本公司确定的最近的合适医疗机构，并以住院或日间留院方式入住医院而产生的护送转院费用，本公司根据其实际发生并支付的费用数额按本合同约定给付保险金。

护送转院费不包括所有因怀孕及分娩而产生的护送转院费用，但因妊娠并发症需要护送转院的除外。

护送转院费也不包括在非认可的滑雪场所或冬季运动场所产生的海空救援或登山救援费用。

护送转院需获得本公司的书面或电子邮件同意，且在转院前需向本公司提供由医生或专科医生出具的关于紧急情况发生所在地无法提供所需治疗情况的确认书等相关证明文件。

其中护送转院费包括以下五项：

1.护送转院交通费：包括因医疗必需的，被保险人及另外一名陪护人员护送被保险人至医疗机构治疗发生的交通费用；

2.日间留院病人交通费：被保险人以日间留院方式接受治疗时往来医院治疗发生的交通费用；

3.陪护人员探望费：被保险人以住院方式接受治疗入院后，一名陪护人员往来医院探望该被保险人的交通费用；

4.返回交通费：被保险人及一名陪护人员返回居住国或护送转院前所在国家所发生的交通费用，**但乘坐飞机的，仅限于经济舱机票费用**；

5.住宿费：被保险人在入住医院前后，且在接受医生或专科医生治疗的情况下，被保险人和一名陪护人员在医院之外住宿所发生的费用。

（四）特定门诊手术保险责任

在本合同保险期间内，对被保险人接受门诊手术所实际发生的手术费及胃镜检查、支气管窥镜检查、结肠镜检查、阴道镜检查等四项门诊内窥镜检查费，本公司根据其实际发生并支付的费用数额按本合同约定给付保险金，**但腹腔镜检查和关节腔镜检查除外**。

（五）特定检查保险责任

在本合同保险期间内，对被保险人以住院、日间留院或门诊方式接受的电脑断层扫描（CT）、正电子发射型计算机断层显像（PET）及核磁共振成像（MRI）所发生的费用，本公司根据其实际发生并支付的费用数额按本合同约定给付保险金。

（六）肿瘤保险责任

在本合同保险期间内，对被保险人以住院、日间留院或门诊方式进行与肿瘤相关的医疗必需的诊断和治疗（包括姑息治疗）所发生的医疗费用，本公司根据其实际发生并支付的费用数额按本合同约定给付保险金。

（七）器官移植保险责任

在本合同保险期间内，对被保险人所发生的心脏、肺、肾、胰腺、肝、同种异体骨髓及自体骨髓等七种器官移植费，本公司根据其实际发生并支付的费用数额按本合同约定给付保险金。

（八）住院精神科治疗保险责任

在本合同保险期间内，对被保险人被确认患有精神疾病后在医院的精神科由注册精神科医生直接监控接受住院治疗所发生的医疗费用，本公司根据其实际发生并支付的费用数额按本合同约定给付保险金。

（九）牙齿意外保险责任

在本合同保险期间内，被保险人遭受意外伤害，并因该意外伤害损坏天然健全牙齿后十天内在医院急诊室或者牙科诊所进行治疗所发生的医疗费用，以及在第一次治疗后的三十天之内发生的首次后续随访治疗费，本公司根据其实际发生并支付的费用数额按本合同约定给付保险金，**但因进食导致的牙齿意外损坏除外**。

（十）妊娠并发症保险责任

在本合同保险期间内，在等待期后，女性被保险人在产前或分娩时发生疾病的，对其通过妇产科专科医生进行治疗所发生的医疗费用，本公司根据其实际发生并支付的费用数额按本合同约定给付保险金，**但因人工受孕而产生的早产或多胞胎等并发症除外**。

（十一）新生儿首月保险责任

在本合同保险期间内，对新生儿被保险人在出生后三十天内发生疾病并住院接受治疗所发生的医疗费用，本公司根据其实际发生并支付的费用数额按本合同约定给付保险金，**但因人工受孕产生的早产或多胞胎等并发症和新生儿的先天性疾病或畸形除外**。

新生儿被保险人出生后三十天内治疗仍未结束的，本公司继续承担给付新生儿首月医疗保险金的责任；新生儿被保险人在出生三十天后初次患病所发生的医疗费用，不在新生儿首月保险责任范围内。

（十二）父母陪宿保险责任

在本合同保险期间内，未满十八周岁的被保险人住院治疗的，对其父母或其他法定监护人进行陪护所产生的医院住宿费用或加床费，本公司根据其实际发生并支付的费用数额按本合同约定给付保险金，**但仅限一人**。

（十三）肾透析保险责任

在本合同保险期间内，对被保险人接受肾衰竭的慢性支持性治疗、手术前后或急性继发性肾衰竭监护治疗期间的肾透析费，本公司根据其实际发生并支付的费用数额按本合同约定给付保险金。

（十四）遗体转运或安葬保险责任

在本合同保险期间内，被保险人因本合同保险责任范围内的伤病导致身故的，对运送其遗体或骨灰至国籍所在国或居住国而产生的交通费用，或按照身故发生地的惯例进行合理的安葬费用或火葬相关费用，本公司根据其实际发生并支付的费用数额按本合同约定给付保险金。

其中，合理的安葬费用包括：重开坟墓和安葬费用，或新开坟墓和安葬费用。

火葬相关费用包括：

1. 火葬费用；
2. 医生证明费用；
3. 火葬前必须去除心脏起搏器或其他医疗设备的费用。

但合理的安葬或火葬费用不包括葬礼费用，如：

1. 葬礼承办者的费用；
2. 鲜花；
3. 由于发放身故人员的现金、储蓄和财产所需的文件而产生的费用；
4. 其他被保险人安排葬礼或参加葬礼而往返的路费。

二、可选保险责任

（一）门诊治疗保险责任

在本合同保险期间内，对被保险人接受门诊治疗所发生的医生费用、专科医生费用、诊疗费、护理费用及检查检验费用（包括病理检测、X 光、医生或专科医生开出的药物和敷料及医疗器械），本公司根据其实际发生并支付的费用数额按本合同约定给付保险金。

对于被保险人接受由医生或专科医生转介的物理疗法，在其首次理赔时需提供该治疗的转介信；每种伤病接受每十次治疗后如需进一步治疗的，被保险人须提交由医生或专科医生出具的病情复查报告。

（二）替代疗法保险责任

在本合同保险期间内，对被保险人根据医生或专科医生提出的转诊建议且在其直接监控下，接受由注册脊医师、整骨医师、顺势疗法医师、足科医师或针灸师实施的替代疗法所发生的医疗费用，本公司根据其实际发生并支付的费用数额按本合同约定给付保险金。

（三）中医及印度医学保险责任

在本合同保险期间内，对被保险人接受由注册的中医或印度医学医师实施治疗所发生的医疗费用，本公司根据其实际发生并支付的费用数额按本合同约定给付保险金。

（四）疫苗接种保险责任

在本合同保险期间内，对被保险人接受疫苗接种的，包括医疗必需的旅行疫苗接种，本公司根据其实际发生并支付的费用数额按本合同约定给付保险金。

（五）家庭护理保险责任

在本合同保险期间内，对被保险人根据医生或专科医生建议，在住院治疗或日间留院治疗结束并出院后，立即聘用合格护士提供家庭护理而产生的费用，本公司根据其实际发生并支付的费用数额按本合同约定给付保险金，**但因家庭原因或便利为由开展的家庭护理除外**。

（六）慢性疾病保险责任

在本合同保险期间内，对被保险人所发生的慢性疾病（不含肿瘤）的常规检查、用于控制病情发展的药物和敷料、住院费、护理费、手术费及姑息治疗费，本公司根据其实际发生并支付的费用数额按本合同约定给付保险金。

（七）先天性疾病或畸形保险责任

在本合同保险期间内，被保险人在保险期间内初次发生先天性疾病或畸形的，或在本合同生效前一年内出生的附带被保险人发生先天性疾病或畸形的，本公司对其在保险期间内发生的治疗费，根据其实际发生并支付的费用数额按本合同约定给付保险金。

（八）耐用医疗设备、假肢与矫形器材保险责任

在本合同保险期间内，对被保险人发生的以下四项耐用医疗设备、假肢与矫形器材费，本公司根据其实际发生并支付的费用数额按本合同约定给付保险金，**但家具的购买、改装和固定及其在家庭中进行适应性调试而产生的费用除外**：

1.被保险人使用由医生或专科医生开具的、医疗必需的、能对开具的处方药物和敷料的疗效起到必要或辅助作用的糖尿病监测设备等耐用医疗设备所发生的费用；

2.被保险人以住院或日间留院方式接受治疗后需使用辅助器材所发生的费用，包括初次购买或租用拐杖的费用，以及初次购买或租用轮椅的相关费用；

3.被保险人接受外科手术后必需使用的体外假肢所发生的费用，包括支架及其固定、初次购买和固定人工假眼以及人工假肢的费用；

4.被保险人使用矫形鞋垫和矫形支架等矫形器材所发生的费用。

（九）艾滋病保险责任

在本合同保险期间内，被保险人感染人类免疫缺陷病毒(HIV)或与其相关联的疾病，或获

得性免疫缺陷综合征(AIDS)、AIDS 关联综合征(ARC) 或 HIV 突变体或衍生变体在内的 HIV 相关疾病的，对其在接受此类疾病治疗所发生的疾病确诊前后的医生诊疗费用、常规检查费、药物和敷料费、住院费和护理费，本公司根据其实际发生并支付的费用数额按本合同约定给付保险金。

（十）保障地区范围外的意外伤害与紧急治疗保险责任

在本合同保险期间内，被保险人在约定的保障地区范围外短时旅行，遭受意外伤害或患急性病，须在医院急诊室或普通门诊接受紧急治疗的，本公司根据其实际发生并支付的费用数额按本合同约定给付保险金，**但妊娠并发症的治疗费用除外**。相关意外伤害或急性病须在当次旅行中首次出现，被保险人在旅行前从未出现任何相关症状，且未接受相关治疗或接受过任何相关医疗建议。

选择了此保障利益的“全额赔付”选项的，相应的护送转院将可保障全球范围。

（十一）出国就医交通保险责任

在本合同保险期间内，当被保险人需接受非紧急的医疗必需治疗且当地没有所需治疗时，对将被保险人护送转移至其保障地区范围内最近其他国家能提供相应治疗的医院接受住院或日间留院治疗（不包括妊娠并发症以外的生育相关治疗）所产生的出国就医交通费用，本公司根据其实际发生并支付的费用数额按本合同约定给付保险金。

其中出国就医交通费包括：

1.护送转院交通费：包括被保险人的护送转院费及一名陪护人员在陪同被保险人接受医疗必需的转移途中所发生的费用，**但乘坐飞机的，仅限于经济舱机票费用**；

2.日间留院病人交通费：被保险人以日间留院方式接受治疗时往来医院治疗发生的交通费；

3.陪护人员探望费：被保险人以住院方式接受治疗入院后，一名陪护人员往来医院探望该被保险人的交通费用；

4.返回交通费：被保险人和一名陪护人员返回居住国或出国就医前所在国家所产生的交通费用，**但乘坐飞机的，仅限于经济舱机票费用**；

5.住宿费：在被保险人入住医院前后，且在接受医生或专科医生治疗的情况下，被保险人和一名陪护人员在医院外住宿所发生的住宿费用。

（十二）特定住院津贴

在本合同保险期间内，被保险人遭受意外伤害或患疾病，接受了住院治疗，但未产生任何住院及治疗费用的，本公司将根据本合同约定给付特定住院津贴，**但入住急诊室治疗的除外**。

（十三）常规牙科保险责任

在本合同保险期间内，对被保险人在等待期后接受牙科医生开展的检查、洗牙、常规复合材料补牙、简易或非手术性拔牙等四项常规牙科治疗所产生的费用，本公司根据其实际发生并支付的费用数额按本合同约定给付保险金。

（十四）常规牙科与复杂修复牙科保险责任

在本合同保险期间内，对被保险人在等待期后接受牙科医生开展常规牙科治疗和复杂修复牙科治疗所产生的费用，本公司根据其实际发生并支付的费用数额按本合同约定给付保险金，**但牙齿正畸治疗及牙体种植除外**。

其中常规牙科治疗包括检查、洗牙、常规复合材料补牙、简易或非手术性拔牙等四项内容。

复杂修复牙科治疗包括以下八项内容：

1.拔除阻生牙、掩埋牙或未萌牙；

2.切除牙根或固体牙瘤；

3.切除牙根尖；

4.安装或修复牙桥托；

5.安装或修复牙全冠；

6.治疗牙根管；

7.安装或修复假牙；

8.智齿拔除（包括由牙科医生、专科医生或颌面外科医生在医院或牙科诊所中开展的治疗）。

（十五）健康检查保险责任

在本合同保险期间内，对被保险人接受以下健康检查所产生的医疗费用，本公司根据其实际发生并支付的费用数额按本合同约定给付保险金：

1.双侧乳房X线摄片及常规的妇科检查（包括宫颈涂片检查）；

2.睾丸及前列腺检查，前列腺特异性抗原检测和直肠指检；

3.常规医疗检查和相关检测。这些常规检查或检测包括：验血和胆固醇检测、身高/体重指数检测、静态血压检测、尿检、心脏检查、运动心电图（ECG）、X线胸透视以及其他主要器官功能检测。

（十六）听力保障保险责任

在本合同保险期间内，对被保险人使用助听器的费用以及接受听力检查所产生的费用，本公司根据其实际发生并支付的费用数额按本合同约定给付保险金，但听力检查限一次。

（十七）视力保障保险责任

在本合同保险期间内，对被保险人在医院内所发生的一次常规视力检查以及当被保险人的医疗处方变更时，根据处方要求购买眼镜或隐形眼镜等视力辅助工具的费用，本公司根据其实际发生并支付的费用数额按本合同约定给付保险金。

（十八）母婴保障保险责任

1.常规生育费

在本合同保险期间内，对女性被保险人在等待期后怀孕后发生的检查费和药物费、分娩费用、不孕症治疗（辅助受孕）后妊娠并发症有关的费用以及新生儿护理费，本公司根据其实际发生并支付的费用数额按本合同约定给付保险金。

其中，检查费和药物费包括女性被保险人产前及产后六周的检查费用、医生开具的产前维生素和助产药物费用，以及助产士费用。

分娩费用是指自然怀孕或不孕症治疗（辅助受孕）后的分娩费用，包括进行正常分娩、自愿剖腹产以及因之前非医疗原因剖腹产导致的医疗必需的剖腹产费用。

新生儿护理费是指女性被保险人分娩后在医院作为住院病人接受治疗时，新生儿出生后二十四小时内所产生的护理费用、检查费、襁褓（包括选择性包皮环切）等费用。

2.新生儿医院留宿费

在本合同保险期间内，出生不超过十六周的新生儿被保险人因其母亲(被保险人)在分娩后接受住院治疗而在医院留宿的，对其发生的医院留宿费用，本公司根据其实际发生并支付的费用数额按本合同约定给付保险金。

3.新生儿健康检查费

在本合同保险期间内，对新生儿被保险人接受由医生或专科医生推荐的出生二十四小时后至二周岁新生儿健康检查所发生的费用，本公司根据其实际发生并支付的费用数额按本合同约定给付保险金。

新生儿健康检查包括身体检查、测量、感官检查、神经精神学评估、发育检查，以及遗传和代谢检查、免疫接种、尿检、结核检测和红细胞压积、血红蛋白和其它血液检测（包括镰状红细胞血红蛋白病筛检）。

对于每一被保险人的同一医疗费用，本公司不重复给付保险金。本公司对每一被保险人给付的基本保险责任和可选保险责任项下的各项保险金以该被保险人的对应保险责任的单项给付限额为限；且本公司对每一被保险人给付的各项保险金之和以该被保险人的保险金额为限，一次或累计给付的保险金达到该被保险人的保险金额时，本合同对该被保险人的保险责任终止。

第十一条　责任免除

因下列情形之一，导致被保险人费用支出的，本公司不承担给付保险金的责任：

一、被保险人故意犯罪或者抗拒依法采取的刑事强制措施；

二、被保险人斗殴、醉酒，服用、吸食或注射毒品；

三、被保险人自杀或故意自伤，但被保险人自杀或故意自伤时为无民事行为能力人的除外；

四、被保险人未遵医嘱私自使用或服用药物，但按使用说明的规定使用非处方药不在此限；

五、被保险人接受既往伤病的治疗，但投保时已告知本公司且被认可承担给付保险金责任的除外。在投保人连续投保满两年后，如果未出现以下情况，本公司将承担该被保险人治疗该既往伤病的医疗费用，但不包括先天性疾病或畸形：

1. 就该既往伤病向医生或专科医生寻求过治疗或诊断意见（包括体检）；
2. 该既往伤病出现过相关的症状；
3. 为治疗该既往伤病服用过药物（包括药品、特殊饮食或注射）。

六、被保险人在美国境内发生的任何选择性治疗；

七、被保险人接受实验性质或疗效未经证实的治疗；

八、被保险人在投保日之前已存在的先天性疾病或畸形，但年龄不足十二个月的婴儿除外；

九、被保险人接受医生或专科医生开具的预防性药物和进行的常规检查和体检（包括妇科检查），但选择了健康检查保障保险责任的除外；被保险人接受常规听力检查，但选择了听力保障保险责任的除外；

十、被保险人非病理性或自然性的视力退化（包括但不限于近视、远视、散光）以及接受任何针对非病理性或自然性视力退化的矫正性手术；被保险人接受常规视力检查，但已选择了视力保障保险责任的除外；

十一、被保险人接受康复治疗，但康复治疗（包括康复门诊治疗）费保险责任中列明的内容除外；

十二、被保险人在健康水疗院、自然疗法诊所、美容院或附属于此类机构的场所接受的治疗；被保险人接受任何非正规医疗治疗手段或服务，如按摩，水疗，气功等；被保险人在已成为其住所或长期住处的医院接受治疗，或被保险人全部或部分因为家庭原因入院所接受的治疗；

十三、被保险人接受美容相关治疗及其导致的其他治疗；

十四、被保险人为减轻体重或因体重相关问题而接受的治疗（包括但不限于减肥疗程，减肥药品或补充剂，健康会所会员资格，节食疗程以及在疗养机构接受的针对饮食异常的治疗）；任何因减轻体重或因体重相关问题引起的并发症；

十五、被保险人接受替代治疗，包括但不限于催眠治疗和哺乳检查及治疗，但选择了替代疗法保险责任的，则替代疗法保险责任中列明的内容除外；

十六、寻找器官移植供体的费用、从器官捐献者体内摘除器官或运送器官的费用及与前述三项相关的所有费用；

十七、自愿剖腹产费用及因之前自愿剖腹产导致的医疗必需的剖腹产费用，但选择了母婴保障保险责任的除外；

十八、被保险人接受非病理性的妊娠终止、参加产前辅导班产生的费用及与分娩无关的助产士费用；

十九、新生儿护理费，但选择了母婴保障保险责任的除外；

二十、被保险人因节育、绝育（或复通）直接或间接导致的费用以及接受不孕症治疗（辅助受孕）发生的费用，但选择了母婴保障保险责任的，不孕症治疗（辅助受孕）导致的妊娠并发症和常规生育费用除外；

二十一、被保险人接受阳痿或其相关疾病的治疗；

二十二、被保险人接受直接或间接与变性相关的治疗；

二十三、被保险人患性病或其它任何通过性传播的疾病，但选择了艾滋病保险责任的，艾滋病保险责任保障下列明的内容除外；

二十四、被保险人接受由心理医生、家庭治疗师或丧亲辅导员提供治疗所产生的费用，但接受由精神科医生转介并直接监控的心理医生提供治疗所产生的费用除外；

二十五、对儿童的学习障碍、多动症、注意力缺损症、言语矫治及生长发育问题、社交或行为问题的治疗，但选择了健康检查保险责任的，其相关检查费除外；

二十六、被保险人不顾医学上的诊断意见而旅行所产生的医疗费用；

二十七、被保险人发生的空中、海上或山区救援费用，但发生在经认可的滑雪场所或冬季运动场所的救援费除外；被保险人在所选保障地区范围外发生的护送转院费用，但选择了保障地区范围外的意外伤害与紧急治疗保险责任的全额赔付选项，本公司赔付护送转院费（包括紧急护送转院）；

二十八、任何旅行交通费用及住宿费用，但事先获得本公司的书面同意的除外。如果旅行的目的是进行门诊治疗，则任何旅行交通费用及住宿费用均不在赔付范围之内；

二十九、被保险人因睡眠相关的呼吸障碍（包括打鼾）、疲劳、时差综合征、与工作压力有关的紧张状态或对前述四种情况的相关疾病而进行的治疗；

三十、无需处方即可购买的维生素、矿物质、有机物质和婴儿口服配方食品等饮食补充剂及药物；任何营养补充和保健作用的中药及膏方；但选择了母婴保障保险责任的，产前处方维生素费用除外；

三十一、医生、专科医生或合格护士的出诊费用，但出诊前已经过本公司的书面同意的除外；

三十二、被保险人接受体外假肢（包括相关维护或安装）、矫形器材、医疗设备，但已选择了耐用医疗设备、假肢与矫形器材保险责任的除外；被保险人购买助听器，但已选择了听力保障保险责任的除外；被保险人购买视力辅助工具，但已选择了视力保障保险责任的除外；

三十三、被保险人进行如下高风险活动：

1.职业运动或参加任何类别的赛车运动；

2.登山包括地下洞穴、山洞探险或勘探；

3.超过2500米海拔的徒步旅行；

4.在非认可的场地滑雪或其他非认可场地进行冬季体育活动；

5.在北极南极探险。

三十四、任何在责任免除中列明的治疗或不在保险责任范围内的治疗所导致的并发症；

三十五、被保险人接受自我治疗或由直系家庭成员提供的治疗，包括但不限于处方药物，诊断测试及外科手术；

三十六、被保险人在门诊精神科接受治疗；

三十七、被保险人保险责任中未列明的保障责任；

三十八、被保险人在本合同约定的医疗网络外医院、诊所或医师就诊。医疗网络内的医院详情请登录www.aetnainternational.com查询。

第十二条　预授权

被保险人在接受如下治疗前，需事先获得本公司的授权：

1.择期住院或日间留院治疗；

2.妊娠或分娩治疗；

3.择期手术；

4.家庭护理；

5.择期电脑断层扫描（CT）、正电子发射计算机断层显像（PET）及核磁共振成像（MRI）；

6.住院精神科治疗；

7.牙齿意外受损的后续治疗；

8.康复治疗；

9.护送转院治疗；

10.出国就医；

11.在直接结算医疗网络内医院接受门诊治疗的，境内医疗费用大于八百元人民币或境外医疗费用大于一百美元或等值外币的门诊就诊；但已选择“全额赔付”的门诊治疗的，无需预授权。

被保险人在接受以上治疗前，未经本公司预先授权同意的，将有可能导致相应理赔的拒付。

第十三条　保险费

本合同的保险费由投保人在投保时一次交清或按本合同约定的分期交付方式交付。

分期交付分为半年交和季交两种方式，保险费到期日分别为本合同半年和季的生效对应日。分期交付保险费的，第一期以后的保险费应在保险费到期日前或在交费宽限期内交付。发生保险金给付时，本公司有权扣除发生保险事故的被保险人应交而未交付的保险费。

第十四条　交费宽限期

分期交付保险费的，除另有约定外，每个保险费到期日的次日起二十一日为交费宽限期。在交费宽限期内发生保险事故，本公司仍承担保险责任，但有权从给付的保险金中扣除发生保险事故的被保险人应交而未交付的保险费。**超过交费宽限期仍未交付保险费的，本合同自交费宽限期届满的次日起终止。**

第十五条　明确说明与如实告知

订立本合同时，本公司应向投保人明确说明本合同的内容。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。

本公司可以就投保人、被保险人、附带被保险人的有关情况提出询问，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，本公司有权解除合同。

前款规定的合同解除权，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。

投保人故意不履行如实告知义务的，本公司对于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，本公司对于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。

本公司在本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　受益人

被保险人或者投保人可以指定一人或者数人为遗体转运或安葬保险金受益人。投保人为与其有劳动关系的劳动者投保本保险的，不得指定被保险人及其近亲属以外的人为遗体转运或安葬保险金受益人。

除另有指定外，本合同各项医疗保险金（遗体转运或安葬保险金除外）的受益人为被保险人本人。

受益人为数人的，被保险人、附带被保险人或者投保人可以确定受益顺序和受益份额；未确定受益份额的，受益人按照相等份额享有受益权。

被保险人或者投保人可以变更遗体转运或安葬保险金受益人，但需书面通知本公司，由本公司在保险单或其他保险凭证上批注或者附贴批单。

投保人指定或变更遗体转运或安葬保险金受益人时，须经被保险人（若附带被保险人未成年，则为其监护人）同意。

被保险人身故后，有下列情形之一的，遗体转运及安葬保险金作为被保险人的遗产，由本公司依照《中华人民共和国继承法》的规定履行给付保险金的义务：

一、没有指定受益人，或者受益人指定不明无法确定的；

二、受益人先于被保险人、附带被保险人身故，没有其他受益人的；

三、受益人依法丧失受益权或者放弃受益权，没有其他受益人的。

受益人与被保险人在同一事件中身故，且不能确定身故先后顺序的，推定受益人身故在先。

受益人故意造成被保险人死亡、伤残、疾病的，或者故意杀害被保险人未遂的，该受益人丧失受益权。

第十七条　保险事故的通知

投保人、被保险人知道保险事故发生后，应及时通知本公司。**若因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的除外。

第十八条　保险金的申请与给付

一、在本合同保险期间内，被保险人发生医疗或紧急救援（遗体转运及安葬除外）费用的，由受益人作为申请人，填写保险金给付申请书，并凭下列证明和资料向本公司申请给付保险金：

1. 保险单或投保人证明；
2. 申请人法定身份证明；
3. 医院出具的医疗费用账单或医疗费用收据（属于急诊的医疗费用收据需加盖该医疗机构的急诊印章）、诊断证明或病历；
4. 被保险人接受了替代疗法和医生转介物理疗法的，需提供医生或专科医生出具的转介信；被保险人接受了医生转介的物理疗法，且每种伤病在每十次治疗后接受了进一步治疗的，需提供由医生或专科医生出具的病情复查报告；
5. 申请特殊住院津贴的，需提供含有医院签名盖章的理赔申请书；
6. 发生紧急救援的，需提供救援机构出具的书面证明文件及救援费用收据；
7. 被保险人在境外医疗机构就诊的，需提供护照及其他出入境证明和资料；
8. 本公司要求的申请人或被保险人所能提供的与确认保险事故的性质、原因、伤害程度等相关的其他证明和资料。

二、在本合同保险期间内，被保险人身故，经救援机构安排遗体转运或安葬的，由受益人作为申请人，填写保险金给付申请书，并凭下列证明和资料向本公司申请给付保险金：

1. 保险单或投保人证明；
2. 申请人法定身份证明；
3. 本公司认可的机构或公安部门出具的被保险人死亡证明书；
4. 因被保险人身故所支出的遗体转运或安葬等费用的收据原件；
5. 本公司要求的申请人所能提供的与确认保险事故的性质、原因等相关的其他证明和资料。

三、对于医生或专科医生填写理赔申请表所收取的费用，本公司不承担给付保险金的责任，须由被保险人承担。

四、对于应由本公司承担给付保险金责任的相关医疗或救援服务费用，并已经由本公司指定的第三方服务机构或救援机构代替被保险人支付的，本公司不再向保险金受益人重复给付该医疗或救援服务费用所对应的保险金。

五、本条第一款或第二款所列证明和资料不完整的，本公司将及时一次性通知申请人补充提供有关证明和资料。

六、本公司收到申请人的保险金给付申请书及本条第一款或第二款所列证明和资料后，将及时作出核定；情形复杂的，将在三十日内作出核定，但本合同另有约定的除外。经核定后确定属于保险责任的，本公司在与申请人达成给付保险金的协议后三十日内，履行给付保险金的义务；不属于保险责任的，本公司将自作出核定之日起三日内向申请人发出拒绝给付保险金通知书，并说明理由。

七、本公司自收到申请人的保险金给付申请书及上述证明和资料之日起六十日内，对属于保险责任而给付保险金的数额不能确定的，根据已有证明和资料，按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，支付相应的差额。

八、对于已经由本公司指定的第三方服务机构或救援机构代替被保险人支付的、不在保险责任范围内的医疗或救援服务费用，本公司将在被保险人就诊或接受紧急救援服务结束后向保险金申请人发送退还该医疗或救援服务费用的通知书。保险金申请人应在收到通知书之后的十日内，向本公司退还该医疗或救援服务费用。如果在保险金申请人收到通知书的十日后，本公司仍未收到应退还的医疗或救援服务费用，对于之后发生的保险事故，本公司将在扣除该医疗或救援服务费用后给付保险金。如果在保险金申请人收到通知书的三十日后，本公司仍未收到应退还的医疗或救援服务费用，本公司将保留诉诸法律的权利。

九、申请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。

第十九条　汇率换算

被保险人以外币支付医疗及救援费用的，本公司以人民币或外币作为给付本合同保险金的币种，人民币与外币的汇率换算以被保险人支付外币当日中国外汇交易中心公布的相应外

币的人民币汇率中间价为准。

第二十条　被保险人的变动

一、投保人因所属人员变动需要增加被保险人的，应书面通知本公司，经本公司审核同意，于收取本合同规定的保险费的次日起开始承担保险责任。新增加被保险人的保险期间届满日与本合同的保险期间届满日相同。

二、投保人因被保险人离职或其他原因需要减少被保险人的，应书面通知本公司，本合同对该被保险人所承担的保险责任自通知到达时终止。对于未发生保险金给付的，本公司向投保人退还该被保险人对应的现金价值；对于已发生保险金给付或已发生本合同约定的保险事故但尚未给付保险金的，本公司有权不退还该被保险人的现金价值。

三、如果由于被保险人变动，导致本合同不再满足国务院保险监督管理机构的相关投保规定时，本公司有权解除本合同，并向投保人退还本合同的现金价值。

第二十一条　被保险人风险变更

在本合同保险期间内，被保险人的危险程度显著增加的，投保人应当按照本合同约定及时通知本公司，本公司可以根据被保险人危险程度的增加情况增加保险费。如投保人未及时通知的，本公司有权不承担给付保险金责任。

第二十二条　住所或通讯地址变更

投保人的住所或通讯地址变更时，应及时以书面形式通知本公司。投保人未以书面形式通知的，本公司将按本合同注明的最后住所或通讯地址发送有关通知。

第二十三条　合同内容的变更

投保人和本公司可以协商变更本合同的内容。变更本合同时，投保人应填写变更合同申请书，经本公司审核同意后，由本公司在保险单或者其他保险凭证上批注或者附贴批单，或由投保人和本公司订立变更的书面协议。

第二十四条　投保人解除合同的处理

投保人于本合同成立后，可以要求解除本合同。已发生任何保险金给付或已发生本合同约定的保险事故但尚未给付保险金的，除另有约定外，投保人不得要求解除本合同。投保人要求解除本合同时，应填写解除合同申请书，并提交保险合同和投保人证明。

本合同自本公司接到解除合同申请书时终止，本公司于接到解除合同申请书之日起三十日内向投保人退还本合同的现金价值。

第二十五条　法律适用

本合同的订立、变更、解除、履行、争议解决以及与本合同有关的一切事宜，均适用中华人民共和国法律。

第二十六条　争议处理

本合同争议的解决方式，由当事人在合同中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×××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，依法向中华人民共和国境内的人民法院提起诉讼。

第二十七条　释义

周岁：指按法定身份证明文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。

新生儿：指出生时间不足十六周的婴儿。

生效对应日：生效日每半年或季的对应日为本合同每半年或季生效对应日。如果当月无对应的同一日，则以该月最后一日为对应日。

直接结算：指对于被保险人在本公司的直接结算医疗网络内医疗机构就诊的，或者本公司已经接受并同意进行一次性直接结算的，该被保险人的医疗费用账单将直接由本公司支付但被保险人仍需在治疗时向医疗机构支付相应的门诊就诊自付额或免赔额。

直接结算医疗网络（仅适用于某些国家）：指能为被保险人发生在保障范围内的伤病提供治疗，并能够接受由本公司直接结算医疗费用的医疗机构；但被保险人仍需在治疗时向医疗机构支付相应的门诊就诊自付额或免赔额。

医院：根据所在国家法律取得正式医学或外科医院执照的机构。

保单年度扣除额：指在本合同保险期间内，对符合本合同保险责任的医疗费用扣除相应保险责任项下子责任的门诊就诊自付额后，在一定额度内本公司不承担给付保险金责任、由被保险人自己累计支付的额度。

门诊就诊自付额：指在本合同保险期间内，对被保险人在门诊就诊实际发生的、符合本合同保险责任的各项医疗费用，每次必须由被保险人支付对应医疗项目的费用额度。

免赔额：指在本合同保险期间内，对符合本合同保障范围的医疗费用扣除相应保险责任项下子责任的门诊就诊自付额后以及保单年度扣除额后，被保险人需自行承担的金额。

给付比例：指符合本合同保险责任，本公司对超过各项门诊就诊自付额、保单年度扣除额和免赔额以上部分的各项医疗费用支出，按对应的比例给付被保险人保险金。

先天性疾病或畸形：指被保险人一出生时就具有的疾病（病症或者体征），无论出生时是否显现。这些疾病是指因人的遗传物质（包括染色体以及位于其中的基因）发生了对人体有害的改变而引起的，或者因母亲怀孕期间受到内外环境中某些物理、化学和生物等因素的作用，使胎儿局部体细胞发育不正常，导致婴儿出生时有关器官、系统在形态或者功能上呈现异常。

治疗：指为治愈、缓解伤病而进行的手术、内科或其他治疗手段。

重症监护：指医院为患有严重疾病需要在配备合格的医护人员和固定设备的特殊病房为危重病人提供二十四小时连续监护和抢救措施。

军事冲突或动乱：指任何战争、侵略、外国敌视行为（无论是否宣战）、内战、反抗、革命、起义或军事行动或篡权、兵变、暴乱、罢工、军事管制或戒严或企图推翻政府或任何形式的恐怖主义行为。

意外伤害：指遭受外来的、突发的、非本意的、非疾病的客观事件直接致使身体受到的伤害。

投保日：指保险凭证所载明的被保险人加入本保险的日期。

社会基本医疗保险：指包括新型农村合作医疗保险、城镇职工基本医疗保险、城镇居民基本医疗保险等政府举办的基本医疗保障项目。

其他途径：指互助基金、保险公司（含本公司）、工作单位或对其承担民事责任的第三人。

医疗必需：指医生认为合适的，与诊断相符的医疗服务或治疗；该治疗应根据公认的医学标准，且提供治疗后不会给被保险人的状况或生活质量带来不良影响。

合理且惯常的医疗费用：指医疗机构根据具体国家、地区或区域的医疗经验对有效服务或治疗应收取的平均金额，且该医疗费用收取金额应得到当地政府卫生机构作为独立的第三方的认可。

慢性病：指至少具备以下特征之一的疾病、病症或伤害：

（1）持续的不定期发作，并且已无法治愈；

（2）复发或有复发的可能；

（3）是持久性的；

（4）被保险人需要接受康复治疗或特殊训练方可缓和的疾病；

（5）需要接受长期监测、就诊、随访和检查。

护士：指目前在其居住国家的任何法定护理注册机构的护士登记表或名单上登记的护士。

医生：在一所由所在国认可的医学院校学习并获得内科或者外科基本学位，并获得有关部门颁发的执照在该国家执业行医的人员。

专科医生：指在经认可的医疗机构内，具体从事某一专业科别（如内科、外科、妇科、儿科）诊疗的医生。

医疗器械：指医生或专科医生在外科手术中单独或者组合使用于人体的仪器、设备、器具、材料或者其他物品。

康复治疗：指协助罹患伤病后需要物理治疗和独立生活帮助的被保险人，在医疗必需或实际可能的情况下，恢复到该伤病发生前的状态。

急诊：指突发的、严重的、在意料之外的且需要立即进行医疗救治的急性病症或者伤害。

非认可的滑雪场所或冬季运动场所：指不具有运营资质的滑雪场所或冬季运动场所，及具有运营资质的滑雪场所或冬季运动场所内不具备对外开放条件的场地。

日间留院病人：指在医院接受住院治疗，但不在医院过夜的被保险人。

居住国：指在每个保险期间内被保险人的居住时间不低于六个月的国家。

姑息治疗：根据诊断意见或常规医学意见所提供的旨在暂时缓解症状的治疗。姑息治疗不是用来治愈疾病的。本保险单中的姑息治疗包括肾透析。

伤病：指任何疾病、病症或者伤害，包括精神疾病。

药物和敷料：指由医生或专科医生的处方中列明的基本药物、敷料。

相关疾病：指本公司根据常规医学意见确定的与该疾病或伤害有关的其他任何疾病或伤害，或是由同一伤害或疾病引起的，这些疾病或伤害便属于相关疾病。

急性病：指被保险人突然发病，经本公司认可的医疗机构确诊为急症，必须紧急就治方能避免或减少损害身体健康的疾病。其中，急症是指严重突发医疗状况或者症状，并在该状况或症状发生二十四小时内，被保险人需要立即接受护理和治疗，以防其生命受到威胁。

牙科医生：指获得相关发证机关的许可在该国从事牙科治疗服务的人。

住院病人：指被医院要求留住医院病床一晚以上接受治疗的被保险人。

毒品：指根据联合国 1961 年《麻醉品单一公约》和 1971 年《精神药物公约》中规定的，和中华人民共和国公布的《麻醉药品品种目录》和《精神药品品种目录》中列举的非由医生开具并遵医嘱使用的用于治疗疾病所必需的能够使人形成瘾癖的麻醉药品和精神药品，包括但不限于中华人民共和国刑法中规定的鸦片、海洛因、甲基苯丙胺（冰毒）、吗啡、大麻和可卡因。

既往伤病：指被保险人接受过治疗，且在本合同生效日之前症状已存在并为被保险人所知，或者被保险人就此寻求过诊断意见的任何伤病或相关疾病。

诊断意见：指医生或专科医生的诊断结果，包括开具处方或重复使用处方。

选择性治疗：指医疗所必需、已计划的，而非急诊所必需的治疗。

直系家庭成员：指被保险人的配偶，子女，父母或兄弟姐妹。

应交而未交付的保险费：指投保人在投保时与本公司约定的本合同整个保险期间内应交付的全部保险费与已经交付的保险费的差额。

法定身份证明：指依据法律规定，由有权机构制作颁发的证明身份的证件、文件等，如：居民身份证、户口簿、护照、军人证等。

现金价值：指最后一期已交保险费×（1-手续费比例）×（1－该保险费所保障的已经过日数/该保险费所保障的日数）。经过日数不足一日的按一日计算。手续费比例由投保人在投保时与本公司协商确定。

恐怖主义行为：指以政治、宗教、意识形态或种族等目的或原因，使用武力、暴力对个人或团体进行威胁的行为。以当地政府的宣布为准。

常规医学意见：指相关专业机构就确定的医学诊疗所给出的意见或已被公认的对于任何伤病或治疗的医学意见。

附表：

国寿康健团体医疗保险 保险利益表	
保障地区范围选项	1. 中国大陆 2. 大中华区（指中国大陆和香港特别行政区、澳门特别行政区及台湾地区） 3. 全球（但美国境内除外）
适用的医疗网络选项	1. 火元素医疗网络（适用于所有医院） 2. 木元素医疗网络（适用于除部分昂贵医院之外的其他所有医院） 3. 水元素医疗网络（适用于中国大陆公立医院）
保险金额	1. 每位被保险人每个保险期间保险金额 800,000 元 2. 每位被保险人每个保险期间保险金额 2,000,000 元 3. 每位被保险人每个保险期间保险金额 4,000,000 元 4. 每位被保险人每个保险期间保险金额 6,000,000 元 5. 每位被保险人每个保险期间保险金额 8,000,000 元 6. 每位被保险人每个保险期间保险金额 12,800,000 元
保单年度扣除额 （保单年度扣除额大于 0 时无门诊直接结算）	1. 0 元 2. 400 元（不适用于仅含基本保险责任） 3. 800 元（不适用于仅含基本保险责任） 4. 2,000 元 5. 4,000 元 6. 8,000 元 7. 40,000 元（仅适用于含基本保险责任 ，不适用任何含可选责任的保障）
门诊就诊自付额	1. 每次门诊就诊自付额 0 元（0 美元） 2. 每次门诊就诊自付额 120 元（15 美元） 3. 每次门诊就诊自付额 160 元（20 美元） 4. 每次门诊就诊自付额 240 元（30 美元）
住院床位费限额	1. 住院床位费每天赔付限额 600 元（75 美元） 2. 住院床位费每天赔付限额 1,200 元（150 美元） 3. 住院床位费每天赔付限额 1,600 元（200 美元） 4. 住院床位费每天赔付限额 2,000 元（250 美元） 5. 住院床位费每天赔付限额 3,000 元（375 美元） 6. 住院床位费每天赔付限额 4,000 元（500 美元）
一、基本保险责任	
（一）住院相关保险责任	
1. 住院床位费及膳食费	给付比例 100%(床位费按所选住院床位费限额赔付)
2. 重症监护室使用费 3. 手术费、手术室费及护理费 4. 医生费用、专科医生费用、诊疗费和麻醉师费用	给付比例 100%

5.检查费 6.整形重建手术（包括门诊治疗）费 7.药品费、敷料费及医疗器械费	给付比例 100%
8.康复治疗（包括康复门诊治疗）费	给付比例 100%，但每例疾病最多赔付天数为 30 天
9.住院治疗前后的相关门诊治疗费	给付比例 100%
（二）急诊交通费保险责任	给付比例 100%
（三）护送转院保险责任	
1.护送转院交通费 2.日间留院病人交通费 3.陪护人员探望费 4.返回交通费	给付比例 100%
5.住宿费	每人每天赔付限额 1,200 元，且每人每次护送转院赔付限额 40,000 元
（四）特定门诊手术保险责任	给付比例 100%
（五）特定检查保险责任	给付比例 100%
（六）肿瘤保险责任	给付比例 100%
（七）器官移植保险责任	给付比例 100%
（八）住院精神科治疗保险责任	给付比例 100%，但最多赔付天数为 14 天
（九）牙齿意外保险责任	给付比例 100%
（十）妊娠并发症保险责任	给付比例 100%
（十一）新生儿首月保险责任	赔付限额 400,000 元，且住院最多赔付天数为 30 天
（十二）父母陪宿保险责任	给付比例 100%(床位费按所选住院床位费限额赔付)
（十三）肾透析保险责任	给付比例 100%
（十四）遗体转运或安葬保险责任	赔付限额 40,000 元
二、可选保险责任	
（一）门诊治疗保险责任	1.赔付限额 12,000 元 2.赔付限额 20,000 元 3.赔付限额 40,000 元 4.赔付限额 80,000 元 5.全额赔付
（二）替代疗法保险责任	1.每例疾病赔付限额 2,000 元 2.每例疾病赔付限额 4,000 元
（三）中医及印度医学保险责任	1.赔付限额 2,000 元 2.赔付限额 4,000 元 3.赔付限额 6,000 元 4.赔付限额 12,000 元
（四）疫苗接种保险责任	1.赔付限额 800 元 2.赔付限额 2,000 元 3.赔付限额 4,000 元 4.全额赔付
（五）家庭护理保险责任	1.给付比例 100%，每例疾病最多赔付天数为 14 天 2.给付比例 100%，每例疾病最多赔付天数为 30 天

（六）慢性疾病保险责任	1. 赔付限额 40,000 元 2. 赔付限额 80,000 元 3. 全额赔付
（七）先天性疾病或畸形保险责任	1. 每例疾病赔付限额 80,000 元 2. 每例疾病赔付限额 400,000 元 3. 每例疾病赔付限额 800,000 元
（八）耐用医疗设备、假肢与矫形器材保险责任	1. 每例疾病赔付限额 4,000 元 2. 每例疾病赔付限额 12,000 元
（九）艾滋病保险责任	赔付限额 80,000 元
（十）保障地区范围外的意外伤害与紧急治疗保险责任	1. 住院治疗赔付限额 400,000 元；门诊治疗每例疾病赔付限额 4,000 元，且每例疾病免赔额 650 元；护送转院不在保障范围内。 2. 住院治疗赔付限额 600,000 元；门诊治疗每例疾病赔付限额 4,000 元，且每例疾病免赔额 650 元；护送转院不在保障范围内。 3. 住院治疗全额赔付；门诊治疗每例疾病赔付限额 4,000 元，且每例疾病免赔额 650 元；可保障护送转院。
（十一）出国就医交通保险责任（保障地区范围内）	
1. 护送转院交通费 2. 日间留院病人交通费 3. 陪护人员探望费 4. 返回交通费	给付比例 100%
5. 住宿费	每人每天最多 1,200 元，每次出国就医赔付限额 40,000 元
（十二）特定住院津贴	1. 每例疾病每天赔付限额 500 元，最多赔付天数为 20 天 2. 每例疾病每天赔付限额 800 元，最多赔付天数为 20 天 3. 每例疾病每天赔付限额 1,000 元，最多赔付天数为 20 天
（十三）常规牙科保险责任	1. 给付比例 100%，且赔付限额 2,000 元 2. 给付比例 80%，且赔付限额 2,000 元 3. 给付比例 100%，且赔付限额 5,000 元 4. 给付比例 80%，且赔付限额 5,000 元
（十四）常规牙科与复杂修复牙科保险责任	1. 给付比例 100%，且赔付限额 2,000 元 2. 给付比例 80%，且赔付限额 2,000 元 3. 给付比例 100%，且赔付限额 4,000 元 4. 给付比例 80%，且赔付限额 4,000 元 5. 给付比例 100%，且赔付限额 8,000 元 6. 给付比例 80%，且赔付限额 8,000 元 7. 给付比例 100%，且赔付限额 12,000 元 8. 给付比例 80%，且赔付限额 12,000 元
（十五）健康检查保险责任	1. 赔付限额 2,000 元 2. 赔付限额 4,000 元 3. 赔付限额 6,000 元 4. 赔付限额 8,000 元

（十六）听力保障保险责任	1. 赔付限额 2,000 元，听力检查限一次 2. 赔付限额 4,000 元，听力检查限一次
（十七）视力保障保险责任	1. 保障限额 2,000 元，常规视力检查限一次 2. 保障限额 4,000 元，常规视力检查限一次
（十八）母婴保障保险责任 1. 常规生育费 2. 新生儿医院留宿费 3. 新生儿健康检查费	母婴保障 1 1. 每次怀孕赔付限额 40,000 元，且给付比例 100% 2. 全额赔付 3. 每位被保险人赔付限额 4,000 元 母婴保障 2 1. 每次怀孕赔付限额 40,000 元，且给付比例 80% 2. 全额赔付 3. 每位被保险人赔付限额 4,000 元 母婴保障 3 1. 每次怀孕赔付限额 80,000 元，且给付比例 100% 2. 全额赔付 3. 每位被保险人赔付限额 4,000 元 母婴保障 4 1. 每次怀孕赔付限额 80,000 元，且给付比例 80% 2. 全额赔付 3. 每位被保险人赔付限额 4,000 元