

阅 读 提 示

本阅读提示是为了帮助您更好理解条款，对本合同内容的解释以条款正文为准。

→ 您拥有的重要权益

- ◆ 被保险人可以享有本合同提供的保障利益.....2.6
- ◆ 您有权解除合同.....5.1

→ 您应当特别注意的事项

- ◆ 本合同的有效期为一年，若保险期满时续保成功，本合同将延续有效.....2.1
- ◆ 等待期内我们不承担保险责任.....2.5
- ◆ 在某些情况下，我们不承担保险责任.....2.7
- ◆ 我们为被保险人建立了全球医疗网络.....2.8
- ◆ 某些治疗或检查，需向我们或我们授权机构预先申请.....2.9
- ◆ 您应及时向我们通知保险事故.....3.1
- ◆ 您应按时支付保险费.....4.1
- ◆ 解除合同会给您造成一定的损失，请您慎重决策.....5.1
- ◆ 您有如实告知的义务.....6.1
- ◆ 我们对一些重要术语进行了解释，请您注意.....8

→ 条款是保险合同的重要内容，为充分保障您的权益，请您仔细阅读本条款。

→ 条款目录

1.您与我们订立的合同	2.8 医疗网络	5.1 解除合同的手续及风险
1.1 合同构成	2.9 预先申请	5.2 效力终止
1.2 保险合同成立与生效	3.保险金的申请	6.如实告知与不可抗辩
1.3 投保条件	3.1 保险事故的通知	6.1 明确说明与如实告知
2.我们提供的保障	3.2 保险金申请	6.2 我们合同解除权的限制
2.1 保险期间及续保	3.3 医疗费用收据	7.其他您需要关注的事项
2.2 保障区域	3.4 身体检查及司法鉴定	7.1 年龄、性别错误
2.3 保险计划与保险金额	3.5 保险金的给付	7.2 合同内容变更
2.4 自付比例	3.6 保险金申请时效	7.3 地址变更
2.5 等待期	4.保险费的支付	7.4 争议处理
2.6 保险责任	4.1 保险费的支付	8.释义
2.7 责任免除	5.合同解除与效力终止	



中意全球保障医疗保险条款

报中国保险监督管理委员会备案文号：中意人寿 [2010] 第 号

在本条款中，“您”指投保人，“我们”、“本公司”均指中意人寿保险有限公司，“本合同”指您与我们之间订立的“中意全球保障医疗保险”的保险合同。

1 您与我们订立的合同

- | | | |
|-----|-----------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 1.1 | 合同构成 | 本合同是您与我们约定保险权利义务关系的协议，包括本保险条款、保险单或其它保险凭证、投保单、与保险合同有关的投保文件、合法有效的声明、批注、批单及其它您与我们共同认可的书面协议。 |
| 1.2 | 保险合同成立与生效 | 您提出保险申请，我们同意承保，本合同成立。
本合同自我们同意承保、收取保险费并签发保险单后开始生效，合同生效日期在保险单上载明。
我们自保险单上约定的生效日的次日零时起开始承担本合同约定的保险责任。 |
| 1.3 | 投保条件 | 指您投保时被保险人的年龄，年龄以 周岁 计算。
本合同接受的投保年龄为出生满 30 天至 65 周岁。
被保险人为外籍人士或港、澳、台人员的，须持有中国政府部门签发的有效的工作签证或拥有有效的在中国大陆境内的居住签证或长期居住权，并在中国大陆境内有固定居所。 |

2 我们提供的保障

- | | | |
|-------|---------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 2.1 | 保险期间及续保 | 本合同保险期间为 1 年，自生效日的次日零时起至下一个 保险单周年日 的 24 时止。
在每个保险期间届满时，我们将审核被保险人是否符合续保条件：若我们审核后同意您续保，我们将向您寄送续保通知书，您可于每个保险期间届满时向我们支付续保通知书上载明的续保保险费，并遵守续保当时有效的承保条件，本合同将延续有效 1 年；若您在保险期间届满时未向我们支付续保保险费，则我们视作您放弃续保。若我们审核后不同意您续保或变更续保承保条件，我们会以书面形式通知您。
各年度续保保险费将根据续保时被保险人的基本信息确定。
本合同最长可延续有效至被保险人年满 70 周岁后的首个保险单周年日。 |
| 2.2 | 保障区域 | 您在投保时需与我们约定保障区域，并于保险单上载明。 |
| 2.2.1 | 保障区域 | 本合同根据地域的不同可分为如下四个保障区域：
区域一：全球； |

区域二：除美国、加拿大以外的国家和地区；
区域三：中国大陆及港、澳、台地区；
区域四：中国大陆；
对于被保险人在约定的保障区域内发生本合同涵盖的医疗费用，我们根据您选择的保险计划承担相应的保险责任。

- 2.2.2 **境外的保障时间** 若您选择的保障区域包括中国大陆以外的国家或地区，我们只对被保险人在每个保单年度内在该部分国家或地区累计停留的前 90 天发生的医疗费用承担保险责任。
- 2.2.3 **保障区域外的紧急医疗** 被保险人在您选择的保障区域外由于意外伤害事故或患突发急性病需要在当地立即救治而发生医疗费用的，我们根据您选择的保险计划承担相应的保险责任。
- 2.3 **保险计划与保险金额** 本合同提供三个保险计划（详见附表一），保险计划对每一被保险人每保单年度累计最高赔付限额以及各项保险责任项目的单项保险金赔付限额、自付比例、额外自付比例等进行了约定，您可根据实际需求选定一个计划。
您实际选择的计划将于保险单上载明。
- 2.4 **自付比例** 各医疗保险计划中各项保险责任的自付比例、额外自付比例于附表一中载明。
若被保险人选择在我们规定的《特定医院/诊所名单》（以下简称名单）所列医院、诊所就诊的，需按照额外自付比例支付额外自付额。若同时存在自付比例和额外自付比例，则被保险人共需自行支付的比例为：自付比例+额外自付比例。
我们将提供查询网址和查询电话，被保险人可网上查询或致电询问名单中的医院、诊所的信息。
我们保留对名单进行调整的权利，如果我们对名单进行调整，我们将及时通知，请您或被保险人注意上网查阅最新的名单。
- 2.5 **等待期** 从本合同签发日起 30 天内**发病**或因该疾病发生相关就诊，在保障期间及以后的续保障期间内，我们不对该疾病的治疗、**复发**或其并发症承担给付相应保险金的责任。这 30 天的时间称为等待期。但因意外伤害事故导致的医疗费用无等待期。
- 2.6 **保险责任** 在本合同的有效期内，我们按照本合同的约定，对被保险人在约定的保障区域内发生的或在约定的保障区域外因意外伤害事故或患突发急性病导致的医疗必需且常规合理的费用，根据您所选择的医疗保险计划，在扣除相应的自付额及额外自付额后，承担相应的保险责任。
我们给付的各项保险金以您选择的保险计划中约定的保险金赔付限额为限。
任何发生在保险期间结束后的医疗费用，我们将不予赔付。
- 2.6.1 **医疗费用补偿保险责任** 包括如下医疗费用的补偿，其中，住院医疗费用补偿和门诊医疗费用补偿不包括生育医疗费用补偿：
- 2.6.1.1 **住院医疗费用补偿** 指被保险人在保险期间内，因遭受意外伤害事故或在等待期后因疾病由医师建议及批准入住医院住院部病房，在住院期间因接受治疗而发生的下列费用：

1) 医师费

指为确诊疾病或伤害所发生的医师的诊疗费、会诊费；

2) 治疗费

指被保险人在住院期间为医治疾病或伤害而实际发生的各项治疗费；

3) 床位费

指住院期间一张医院病床的每日费用，同时包括空调费、取暖费、卫生费。

4) 重症监护室费用

指在重症监护病房内发生的费用；

5) 陪床费

指未满 12 周岁的被保险人住院时，其合法监护人（仅限一人）在同一病房内陪同住院而发生的加床费；

6) 药品费用

指由医师开具处方，并且符合就诊所在地卫生监管部门的相关规定的药品费用；

7) 检查费用

指由医师开具的为确诊疾病、伤害或手术所必须的检验、化验以及检查费用；

8) 手术及相关费用

指在医院住院部手术室内进行手术所需的费用，包括医师费、手术费、手术材料费、麻醉费及手术后监护费；

9) 精神疾病医疗费用

指为诊断、治疗国际疾病标准编码 ICD10 中所列明的编码为 F00 至 F99 疾病或根据《中国精神病分类方案和诊断标准》(CCDM-3) 诊断的精神疾病所发生的住院医疗费用；

我们承担本项保险责任的前提是被保险人发病前本合同已持续有效满10个月。

10) 艾滋病及其并发症

指被保险人被明确诊断为艾滋病后发生的为治疗艾滋病及与艾滋病相关的疾病所发生的住院医疗费用。

我们承担本项保险责任的前提是被保险人发病前本合同已持续有效满2年。

11) 重大器官移植术

指被保险人在有相应资质的医院接受肾脏、肝脏、心脏、肺脏、造血干细胞或骨髓的移植而发生的移植手术费、辅助治疗费、检验费、各项维持治疗费，及自体造血干细胞移植，骨髓、造血干细胞的处理费用。

2.6.1.2 常规门诊医疗费用补偿

指被保险人在保险期间内因意外伤害事故或在等待期后因疾病在医院或诊所接受门诊治疗而发生的如下医疗费用：

1) 医师费

指为诊断疾病或伤害所必需的注册医师的挂号费、诊疗费或医师费；

2) 治疗费

指被保险人为医治疾病或伤害而实际发生的各项治疗费；

3) 药品费

指由主治医师开具处方，并且符合就诊所在地卫生监管部门的相关规定的药品费用；

4) 检查费

指由主治医师开具的为确诊疾病、伤害或手术所必须的检验、化验以及检查费用；

5) 接种疫苗费

指基于被保险人的健康需要，注射由医师处方开具的免疫疫苗所发生的费用，但不包括接种国家免疫规划疫苗的费用；

6) 精神疾病医疗费用

指为诊断、治疗国际疾病标准编码ICD10中所列明的编码为F00至F99疾病或根据《中国精神病分类方案和诊断标准》(CCDM-3)诊断的精神疾病所发生的门诊医疗费用；

我们承担本项保险责任的前提是是被保险人发病前本合同已持续有效满10个月。

7) 艾滋病及其并发症

指被保险人被明确诊断为艾滋病后发生的为治疗艾滋病及与艾滋病相关的疾病所发生的门诊医疗费用。

我们承担本项保险责任的前提是是被保险人发病前本合同已持续有效满2年。

8) 中医及补充性治疗费用

中医费用包括中医医师的诊疗费、由中医医师处方开具的药品费以及中医医师施行的中医治疗产生的治疗费用；

补充性治疗费用包括医师处方的按摩、理疗、推拿、脊椎指压疗法、牵引、拔罐、针灸疗法所产生的医疗费用。

9) 家庭护理

指被保险人接受住院治疗，且遵医嘱在出院后即在其家庭中接受的由注册护士提供的康复治疗，包括康复保健、家庭健康指导等卫生咨询服务，以及换药、导尿、测血压、输液、注射、压力性溃疡护理、鼻饲、造瘘等可在居家环境下实施的临床护理技术服务。该项护理须由医师建议并提供由医师开具的医嘱证明。

2.6.1.3 生育医疗费用补偿

本项保险责任只承担被保险人在本合同已持续有效满 18 个月 after 发生的生育医疗费用。

指女性被保险人在保险期间内实际发生的下列符合通常惯例的，且医疗必需的生育及相关并发症的符合本合同定义的住院及门诊医疗费用：

1. 孕产期常规检查以及怀孕相关的医疗费用；
2. 分娩费用；
3. 流产或终止妊娠医疗费用；
4. 产后一次复查费用；
5. 因妊娠、分娩、流产或终止妊娠所引起的并发症而支出的医疗费用；
6. 新生儿出生后 14 日内未出院期间所接受的治疗费用，包括护理费及免疫费。

若被保险人的孕产期跨越两个保单年度，则该项保险责任的最高赔付限额以该被保险人分娩时所在的保单年度约定的生育医疗费用补偿保险责任的赔付限额为限；若未续保，则我们仅赔付保险期间内发生的孕产期医疗费用。

2.6.1.4 牙科医疗费用补偿

指被保险人在等待期后的保险期间内发生的下列牙科医疗费用：

- 1) 牙科诊疗：包括口腔检查、X-射线、化验和检验；
- 2) 预防性治疗：包括根管治疗、氟治疗、洗牙（每保单年度不超过 2 次）、汞合金或复合填充物补牙、拔牙。

2.6.1.5 其它医疗服务费用补偿

指被保险人在保险期间内因意外伤害事故或在等待期后因疾病在 医院或诊所接受治疗而发生的医疗必需且合理的如下医疗费用：

- 1) 急救车费
指使用医院或合法注册急救中心的医疗专用救护车在就诊所在城市内的护送被保险人到医院所发生的费用;
- 2) 紧急牙科治疗
指由意外伤害事故导致的, 且于该意外伤害事故发生日起 15 天内接受的紧急牙科诊治和原生牙修复, 不包括原带有牙冠、充填物或有裂缝的牙齿的治疗、常规牙科治疗以及根管治疗;
- 3) 门、急诊手术
指被保险人在医院或合法注册的诊所进行医疗必需且合理的门、急诊手术的医疗费用, 包括手术费、药品费、手术材料费、麻醉费及手术后监护费;
- 4) 特定门诊医疗保险责任
指被保险人在医院或诊所接受门诊肿瘤放射治疗、化学治疗所发生的医疗费用以及被保险人在医院或在合法注册的透析治疗中心接受肾透析直接相关的治疗费用。
- 2.6.2 无赔付住院津贴
指被保险人发生保险责任范围内的住院费用支出, 但无需我们给付本合同 2.6.1 中的任何项保险金, 我们将按照被保险人的实际住院天数乘以附表一对应的每日无赔付住院津贴金额, 一次性给付保险金。每保单年度累计给付最多以 15 日为限。
本项保险金的申请需提供完整的本合同第 3.2 条中规定的住院相关理赔资料, 每次住院给付的无赔付住院津贴给付总额以按本合同 2.6.1 计算的我们应赔付的医疗费用为限。
- 2.6.3 补偿原则
若被保险人已从其他途径(包括工作单位、社会医疗保险机构、包括我们在内的任何商业保险机构等)获得补偿, 我们将不再对已经获得补偿的部分进行赔付。
- 2.7 责任免除
因下列原因或项目之一而导致的费用, 我们不承担给付保险金的责任:
1. 非医疗必需或非非常规合理的医疗费用;
 2. 在本合同签发日之前被保险人已存在的, 并且自本合同签发日前5年内接受治疗或检查的疾病、症状或受伤。我们已确认承保的疾病不受此限;
 3. 先天性疾病、遗传性疾病、有关鼾病及呼吸暂停综合症、性病、性功能障碍、变性及相关治疗;
 4. 节育、避孕、绝育手术以及绝育恢复手术、输精管切除手术、不孕不育症及辅助生育技术(包括但不限于人工受精、应用促排卵药、胚胎移植或配子输卵管移植)及应用辅助生育技术后发生的异位妊娠, 或由前述情形导致的并发症的治疗, 以及被保险人在怀孕28周以上乘坐飞机所导致的与生育相关的医疗费用;
 5. 优生优育咨询、筛查、检查和治疗费用; 产前辅导课程, 与生产无关的助产士等费用;
 6. 康复或保健设备、体外辅助功能设备或功能替代、增强设备导致的费用, 被保险人使用医学假体装置、轮椅、拐杖、助听器、或任何其他类似装置的费用;
 7. 被保险人因戒毒、戒酒或以戒除成瘾为目的的在医疗机构所发生的费用;
 8. 因学习障碍、多动症、注意力集中缺陷、语言障碍矫正、行为问题和儿童发展问题而接受的治疗所导致的费用;

9. 被保险人接受实验性治疗，即未经科学或医学认可的医疗，以及由试验性治疗产生的后果，购买未经医师处方或指定的药物及其他药品或预防性药物、疫苗及检查；
10. 任何与美容和整形相关的费用：
 - (1) 美容、与纹身相关的或与穿洞相关的医疗费用；
 - (2) 整容手术、修补手术、去除脂肪或去除其他多余组织，以及因上述医疗治疗而引起的相关医疗费用，但因意外伤害事故或在保险期间内患癌症所接受的手术直接引起的上述治疗除外（仅包括功能恢复的治疗）；
11. 眼镜、隐形眼镜、太阳镜及与视力相关的其他器械，近视或远视或其他眼部视力的纠正手术，但因意外伤害事故导致的上述手术除外。
12. 任何与牙齿相关的治疗（紧急牙科治疗和牙科医疗费用补偿保险责任中列明的除外）；
13. 所有器官及组织移植均不包括异体器官、组织及细胞的获取费用。
14. 从事其健康状况明显不合适进行的旅行、活动或行为；或违背医师、注册护士或治疗专家的建议从事的任何旅行、活动或行为。
15. 由于下列原因导致的费用：
 - (1) 被保险人以职业运动员身份参加的运动；或参与可获得报酬的运动；或者参加以下项目的竞赛、表演或专业训练：赛马、马术、马球、机动车、自行车、赛艇、滑板、冲浪、滑水、跳潜水、跳高滑雪、雪橇、滑冰、冰球、拳击、武术、摔跤；或参加攀岩、攀登海拔 3500 米以上独立山峰、滑翔翼、气球驾驶、跳伞、空中飞行（不包括以乘客身份乘坐作为公共交通工具的民航班机）、蹦极跳；或参加洞穴、极地、沙漠、火山、冰川等探险和考察；
 - (2) 核爆炸、核辐射、核污染、战争、军事冲突、暴乱、武装叛乱；
 - (3) 投保人对被保险人的故意杀害、故意伤害；
 - (4) 被保险人醉酒、斗殴，被政府拘禁、劳教或被判刑入狱；
 - (5) 被保险人故意自伤、故意犯罪或者抗拒依法采取的刑事强制措施、或故意暴露于危险之中（救助他人除外）、或酒后驾驶、无合法有效驾驶证驾驶或驾驶无有效行驶证的机动车；
 - (6) 被保险人前往各国家或地区政府已发布旅游警告明确建议不前往或暂缓前往的国家或地区的，但旅游警告发布时被保险人已身处此类国家或地区的不受此限。

2.8 医疗网络

我们为被保险人建立了全球医疗网络，我们将提供查询网址和查询电话，被保险人可网上查询或致电询问医疗网络中的具体医疗机构信息；

被保险人前往中国大陆境内的公立或基本医疗保险定点医疗机构就诊，对于保险责任范围内应赔付的医疗费用，我们承担应给付金额的 100%。

除中国大陆境内的公立或基本医疗保险定点医疗机构外，被保险人应当首先前往本产品的医疗网络内的医疗机构就诊，若被保险人所在地网络医疗机构完全能够对被保险人实施治疗，但被保险人未在网络医疗机构内就医的，对于保险责任范围内应赔付的医疗费用，我们仅承担应给付金额的 80%。

意外事故或患突发急性病导致的紧急医疗不受以上关于医疗网络的限制，但被保险人应当在就近的医院接受治疗。

2.9 预先申请

- 2.9.1 **保障区域内的预先申请** 被保险人需进行如下治疗或检查，应最迟于开始治疗前 48 小时办理预先申请手续，书面通知我们或我们授权的机构；如被保险人发生意外伤害事故或患突发急性病，因客观原因未能在开始如下治疗或检查前通知我们，最迟应在开始接受治疗或检查后 48 小时内补办预先申请手续，书面通知我们或我们授权的机构。需预先申请的医疗项目如下：
- (1) 住院治疗；
 - (2) 核磁共振 (MRI)、正电子发射计算机断层扫描及电子计算机 X 线断层扫描 (CT & PET-CT)、立体定向发射治疗 (伽马刀)；
 - (3) 门诊每次处方 (或每一疗程) 超过 5,000 元的药品；
 - (4) 首次放疗、化疗以及肾透析；
 - (5) 首次精神疾病治疗；
 - (6) 家庭护理；
- 办理书面预先申请手续时，须同时提供以下信息：
1. 完整就诊病历及诊断；
 2. 所需医学治疗或检查的描述；
 3. 实施治疗或检查的医疗机构的名称和地址；
 4. 预计的治疗或检查开始日期和持续时间；
 5. 预计的治疗或检查费用；
 6. 您所能提供的其它信息。
- 若在提交书面预先申请时，无法完整提供上述信息，可最迟于门诊开始检查前或治疗前，或入住医院的 48 小时内完整提供上述信息。我们或我们授权的机构在收到被保险人的书面预先申请及以上完整的信息后，将及时书面回复被保险人。
- 符合下列情形发生的医疗费用，我们仅支付保险责任范围内应给付金额的 70%。
1. 被保险人未按本合同约定就上述治疗项目办理书面预先申请手续；
 2. 在门诊开始检查或治疗前、入住医院 48 小时内仍未能完整提供上述信息；
 3. 因意外伤害事故或患突发急性病，在开始接受检查或治疗后 48 小时内仍未补办书面预先申请手续或未提供完整上述信息。
 4. 预先申请中未被接受的检查或治疗项目。
- 2.9.2 **保障区域外紧急医疗的预先申请** 被保险人接受保障区域以外的紧急医疗，应最迟于开始治疗后 48 小时内办理书面预先申请手续，同时按 2.9.1 的要求提供完整信息。被保险人未按期办理书面预先申请手续或未能提交完整信息而接受的保障区域外的紧急医疗，我们不承担任何保险责任。

3 保险金的申请

- 3.1 **保险事故的通知** 您或受益人知道保险事故后应当及时通知我们。
如果您或受益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，我们对无法确定的部分，不承担给付保险金的责任，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或者虽未及时通知但不影响我们确定保险事故的性质、原因、损失程度的除外。
- 3.2 **保险金申请** 在申请保险金时，申请人须填写保险金给付申请书，并提供下列证明和资料：

1. 保险合同；
2. 申请人的有效身份证件；
3. 完整的门急诊病历，若住院还应提供住院病历、出院小结，若为境外住院，还需提供包括保险期间内完整的出入境记录的护照；
4. 门急诊、住院医疗费用收据，清单及结算单；
5. 由我们或我们授权的机构回复的《预先申请表》（适用于预先申请的情形）；
6. 所能提供的与确认保险事故的性质、原因等有关的其他证明和资料。

被保险人应提供中国大陆境内的银行账号以便我们支付保险金，支付的保险币种为人民币。若发生的医疗费用支出为外币时，则按照保险金申请日（若保险金申请日为节假日，则按照下一个工作日）的国家外汇管理局公布的中间价汇率进行计算我们应支付的保险金。

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。

以上申请资料和证明不完整的，我们将及时一次性通知申请人补充提供有关资料和证明。

3.3 医疗费用收据 被保险人支出医疗费用并提出索赔申请后，应向我们递交就诊医院签发的、由政府财政税务部门监制的医疗费用原始收据。

3.4 身体检查及司法鉴定 保险事故发生后，我们有权要求进行尸检或要求司法鉴定机构或医疗机构对保险事故及被保险人的身体机能状况进行鉴定，费用由我们承担。

3.5 保险金的给付 我们在收到保险金给付申请书及合同约定的证明和资料后，将及时作出核定；情形复杂的，在 30 日内作出核定。对属于保险责任的，我们在与受益人达成给付保险金的协议后 10 日内，履行给付保险金义务。

我们未及时履行前款规定义务的，除支付保险金外，应当赔偿受益人因此受到的损失。

对不属于保险责任的，我们自作出核定之日起 3 日内向受益人发出拒绝给付保险金通知书并说明理由。

我们在收到保险金给付申请书及有关证明和资料之日起 60 日内，对给付保险金的数额不能确定的，根据已有证明和资料可以确定的数额先予支付；我们最终确定给付保险金的数额后，将支付相应的差额。

3.6 保险金申请时效 受益人及其他有权领取保险金的人向我们请求给付保险金的诉讼时效期间为 2 年，自其知道或者应当知道保险事故发生之日起计算。

4 保险费的支付

4.1 保险费的支付 本合同保险费的支付方式为一次性支付。

5 合同解除与效力终止

5.1 解除合同的手续及风险 如您申请解除本合同，请填写解除合同申请书并向我们提供下列资料：

- (1) 保险合同；

		(2) 您的有效身份证件。 自我们收到解除合同申请书时起, 本合同效力终止, 我们在收到上述证明和资料之日起 30 日内向您退还 退保金 。
5.2	效力终止	发生下列情况之一时, 本合同效力终止: (1) 保险期间届满; (2) 我们收到解除合同申请书; (3) 本合同因其他条款所列情况而终止。
6	如实告知与不可抗辩	
6.1	明确说明与如实告知	订立本合同时, 我们应向您说明本合同的内容。 对保险条款中免除我们责任的条款, 我们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您注意的提示, 并对该条款的内容以书面或者口头形式向您作出明确说明, 未作提示或者明确说明的, 该条款不产生效力。 我们就您和被保险人的有关情况提出询问, 您应当如实告知。 如果您故意或者因重大过失未履行前款规定的如实告知义务, 足以影响我们决定是否同意承保或者提高保险费率的, 我们有权解除本合同。 如果您故意不履行如实告知义务, 对于本合同解除前发生的保险事故, 我们不承担给付保险金的责任, 并不退还保险费。 如果您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, 对于本合同解除前发生的保险事故, 我们不承担给付保险金的责任, 但应当退还保险费。 我们在合同订立时已经知道您未如实告知的情况的, 我们不得解除合同; 发生保险事故的, 我们承担给付保险金的责任。
6.2	我们合同解除权的限制	前条规定的合同解除权, 自我们知道有解除事由之日起, 超过 30 日不行使而消灭。
7	其他您需要关注的事项	
7.1	年龄、性别错误	您在申请投保时, 应将与有效身份证件相符的被保险人的出生日期和性别在投保单上填明, 如果发生错误按照下列方式办理: (1) 您申报的被保险人年龄或性别不真实, 并且其真实年龄不符合本合同约定投保年龄限制的, 我们有权解除合同。我们行使合同解除权适用“我们合同解除权的限制”的规定。 (2) 您申报的被保险人年龄或性别不真实, 致使您实付保险费少于应付保险费的, 我们有权更正并要求您补交保险费。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。 (3) 您申报的被保险人年龄或性别不真实, 致使您实付保险费多于应付保险费的, 我们会将多收的保险费退还给您。
7.2	合同内容变更	在本合同有效期内, 经您与我们协商一致, 可以变更本合同的有关内容。变更本合同的, 应当由我们在保险单或者其他保险凭证上批注或者附贴批单, 或者由您与我们订立书面的变更协议。
7.3	地址变更	为了保障您的合法权益, 您的住所或通讯地址变更时, 请及时以书面形式或双方认可的其他形式通知我们。若您未以书面形式或双方认可的其他形式通知我们, 我们按本合同载明的最后住所或通讯地址发送的有关通知, 均视为已送达给您。

7.4 **争议处理** 本合同或其附加合同履行过程中，双方发生争议时，可以从下列两种方式中选择一种争议处理方式：
1. 因履行本合同发生的争议，由双方协商解决，协商不成的，提交保险单签发地的市仲裁委员会仲裁；
2. 因履行本合同发生的争议，由双方协商解决，协商不成的，依法向被告住所地人民法院起诉。
本合同由中华人民共和国法律管辖。
本合同的订立、生效、履行、解释及争议解决等一切事宜均适用中华人民共和国法律。

8 释义

8.1 **周岁** 指按有效身份证件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1年增加1岁，不足1年的不计。

8.2 **有效身份证件** 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。

8.3 **中国大陆** 除香港地区、澳门地区和台湾地区以外的中华人民共和国区域。

8.4 **发病** 发病是指出现疾病的前兆和异常的身体状况，该疾病的前兆或异常的身体状况足以引起注意或应当引起注意并寻求检查、诊断、治疗或护理。

8.5 **复发** 疾病经过一定的缓解或痊愈后又重复发作。

8.6 **保险事故** 指本合同约定的保险责任范围内的事故。

8.7 **自付比例** 您与我们约定保险责任范围内的医疗费用中应由被保险人比例承担的部分，自付额为根据约定的自付比例计算的被保险人应承担的金额。

8.8 **医疗必需** 是指针对伤害或疾病本身的医疗服务以及治疗，必须同时符合下列特征：
(1) 必须满足被保险人的基本健康需要；
(2) 接受的医疗服务范围是合适的而且经济有效的；
(3) 提供的治疗范围、次数和持续时间应符合医学研究机构或健康护理组织类似情况的标准；
(4) 应由医师出具处方、诊断证明；
(5) 不是主要为了个人舒适或为了被保险人或被保险人医师的方便而提供的项目；
(6) 不属于病人学术教育或职业培训；
(7) 非实验性或研究性的项目。

8.9 **常规合理的** 是指只有当所发生的医疗费用与之前类似情形下所发生的一般费用水平相当时，我们认为所发生的医疗费用是常规合理的。其中所称类似情形是指在同一地区、对相同性别、近似年龄的人所患的同类疾病或身体伤害实施的类似的治疗或服务。

8.10 **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。

8.11 **突发急性病** 是指因突然发生的急性疾病或意外伤害，而采取的紧急治疗。若不及时治疗，可产生严重的后果，甚至威胁病人的生命，包括下列情

况：

- (1) 高热（体温摄氏 38.5 度以上）；
- (2) 急性腹痛、剧烈呕吐、严重腹泻；
- (3) 各种原因的休克；
- (4) 昏迷；
- (5) 癫痫发作；
- (6) 严重喘息、呼吸困难；
- (7) 急性胸痛、急性心力衰竭、严重心律失常；
- (8) 高血压危象、高血压脑病、脑血管意外；
- (9) 各种原因所致急性出血；
- (10) 急性泌尿道出积血、尿闭、肾绞痛；
- (11) 各种急性中毒（如食物或药物中毒），各种意外（如触电、溺水）；
- (12) 脑外伤、骨折、脱位、撕裂、烧伤、烫伤、或其他急性外伤；
- (13) 各种有毒动物或昆虫咬伤或者急性过敏性疾病；
- (14) 五官及呼吸道或食道异物，突然视力障碍以及眼外伤；

- 8.12 **医师** 指在医院内行医并拥有处方权的医师，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师。但不包括投保人、被保险人本人及其近亲属。
- 8.13 **医院** 指被接受医疗服务所在地国家当地法律或政府认可的、可收治急症病人的医疗机构。该医疗机构应有常住执业医师管理或提供医疗服务，并在专业护士指导下每日二十四小时连续提供护理服务。医院不包括护理机构、疗养机构、康复机构、养老院、家居服务机构、酒精或药物滥用看护机构、以及其他类似目的的机构。
- 8.14 **诊所** 指合法注册，取得医疗机构执业许可，为患者提供门诊诊断和治疗，不设病床（产床）的医疗服务机构。
- 8.15 **住院** 因治疗需要在医院连续停留超过二十四小时，且办理相关住院手续。
- 8.16 **既往症** 指在被保险人参加本合同之前就存在的，且该被保险人知道或应当知道的疾病或症状。
- 8.17 **药品** 指注册医师开具处方的且被就诊所在国认可的药品；申请赔付时，该药必须是由拥有所在国合法执照的药房分发的药品，但不包括下列药品：
(1) 中药饮片和药材：冬虫夏草、海马、猴枣、琥珀、灵芝、羚羊角、鹿茸、玛瑙、麝香、藏红花、燕窝、野山参、西洋参、蜂蜜、阿胶、白果、当归、党参、甘草、金银花、芦荟、罗汉果、莲子、天麻等；
(2) 保健品以及纯营养品类药品。
- 8.18 **重大器官移植术** 重大器官移植术，指因相应器官功能衰竭而实施的肾脏、肝脏、心脏或肺脏的异体移植手术。
造血干细胞或骨髓移植术，指因造血功能损害或造血系统恶性肿瘤，而实施的造血干细胞（包括骨髓造血干细胞、外周血造血干细胞和脐血造血干细胞）或骨髓的异体或自体移植手术。
- 8.19 **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。

- 8.20 **国家免疫接种疫苗** 中华人民共和国国家免疫规划确定的疫苗，包括乙肝疫苗、卡介苗、脊灰疫苗、麻疹疫苗、白破疫苗、无细胞百白破疫苗、甲肝疫苗、流脑疫苗、乙脑疫苗、麻腮风疫苗。如国家免疫接种疫苗种类发生变化，则以变化后的为准。
- 8.21 **住院天数** 住院天数是指被保险人在医院住院部病房内实际的住院治疗天数，住院满二十四小时为一天。住院期间请假或外出离开医院的，从被保险人离开医院的当日起至被保险人回到医院的当日止经过的天数不包括在住院天数之内。
- 8.22 **门、急诊手术** 由门诊或急诊接诊后，未进行住院、在同一天或预约就诊日在门诊手术室进行的手术。
- 8.23 **先天性疾病** 单基因病（常染色体或性染色体遗传病，如血友病、Huntington 舞蹈病等）或在国际疾病分类（ICD-10）中归属于先天性畸形、变形和染色体异常（编码 Q00 至 Q99）的疾病。
- 8.24 **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。
- 8.25 **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。
- 8.26 **无合法有效驾驶证驾驶** 指下列情形之一：
 (1) 没有取得驾驶资格；
 (2) 驾驶与驾驶证准驾车型不相符合的车辆；
 (3) 持审验不合格的驾驶证驾驶；
 (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。
- 8.27 **无有效行驶证** 指下列情形之一：
 (1) 没有机动车行驶证；
 (2) 未在法律规定期限内按时进行或通过安全技术检验。
- 8.28 **探险** 指明知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，而故意使自己置身于其中的行为。
- 8.29 **攀岩** 指攀登悬崖、建筑物外立面、人造悬崖、冰崖、冰山等运动。
- 8.30 **潜水** 指使用辅助呼吸器材在江、河、湖、海、水库、运河等水域进行的水下运动。
- 8.31 **机动车** 指以动力装置驱动或者牵引，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。
- 8.32 **境外** 指中国以外的国家和地区。但前往中国的香港地区、澳门地区和台湾地区的，也按“境外”处理。
- 8.33 **未到期净保险费** 其计算公式为：未到期净保险费=最后一期已付

$$\text{保险费} \times (1 - 35\%) \times \left(1 - \frac{\text{该保险费所保障的已经过天数}}{\text{该保险费所保障的天数}} \right)$$
，经过天数不足一天的按一天计算。
- 8.34 **净保险费** 净保险费是指所交保费中扣除管理费（含营业费用、各项税金、保险保障基金等）和代理费后的部分，扣除部分占所交保费的 35%。

8.35 退保金

退保金等于此二项金额之较小值：1) 合同解除日的未满期净保险费；2) 净保险费减去已赔付保险金总额之差。若按此方式计算的退保金额度小于零的，则退保金取值为零。

保险计划说明表

金额单位：人民币元

项目	自付比例	保险金赔付限额		
		钻石计划	铂金计划	至尊计划
每保单年度累计最高赔付限额		¥10,000,000	¥5,000,000	¥2,000,000
住院医疗保险责任				
医师费	无	无单项赔付限额	无单项赔付限额	无单项赔付限额
治疗费		无单项赔付限额	无单项赔付限额	无单项赔付限额
床位费		无单项赔付限额	¥2,500	¥1,200
重症监护室费用		无单项赔付限额	无单项赔付限额	无单项赔付限额
陪同床位费用（仅限一位成人），若住院儿童小于十二周岁		日限额¥600，每保单年度最多30天	日限额¥600，每保单年度最多30天	日限额¥600，每保单年度最多30天
每次住院处方药品费		无单项赔付限额	¥50,000	¥20,000
每次住院检查费		无单项赔付限额	¥30,000	¥10,000
手术及相关费用（包括医师费、手术材料费、手术费、麻醉费、手术后的监护费）		无单项赔付限额	每保单年度¥300,000	每保单年度¥100,000
精神疾病医疗费用（被保险人发病前本合同已持续有效满10个月）		每保单年度¥50,000 每保单年度最多30天	每保单年度¥20,000 每保单年度最多30天	不保障
艾滋病及并发症费用（被保险人发病前本合同已持续有效满2年）		每保单年度¥50,000	每保单年度¥20,000	不保障
重大器官移植费用		每保单年度¥1,000,000	每保单年度¥500,000	每保单年度¥300,000
常规门诊			每保单年度¥65,000	每保单年度¥65,000
医师费、治疗费、处方药品费	10%	无单项赔付限额	每天¥1800	每天¥1000
年检查费限额		无单项赔付限额	每保单年度¥20,000	每保单年度¥10,000
医生处方接种疫苗接种费		无单项赔付限额	无单项赔付限额	无单项赔付限额
精神疾病医疗费用（被保险人发病前本合同已持续有效满10个月）		每次就诊¥800，每保单年度最多12次	每次就诊¥400，每保单年度最多12次	不保障
艾滋病及其并发症（被保险人发病前本		每保单年度¥10,000	每保单年度¥5,000	不保障

合同已持续有效满 2 年)				
中医及补充性治疗费用		每次限额 800 元, 每保单年度最多 12 次	每次限额 600 元, 每保单年度最多 12 次	每次限额 300 元, 每保单年度最多 10 次
家庭护理		1,050/天, 每保单年度最多 10 天	500/天, 每保单年度最多 10 天	不保障
生育 (被保险人在本合同持续有效满 18 个月后发生的生育医疗费用)				
- 孕产期常规检查以及怀孕相关的医疗费用;	20%	每保单年度 ¥65,000	每保单年度 ¥50,000	每保单年度 ¥40,000
- 分娩费用;				
- 流产或终止妊娠医疗费用;				
- 产后一次复查费用;				
- 因妊娠、分娩、流产或终止妊娠所引起的并发症而支出的医疗费用;				
- 新生儿出生后 14 日内未出院期间所接受的治疗费用, 包括护理费及免疫费。				
牙科治疗				
牙科诊疗: 包括口腔检查、X-射线、化验和检验;	20%	每保单年度 ¥4,000	每保单年度 ¥3,000	每保单年度 ¥2,000
预防性治疗: 根管治疗、氟治疗、洗牙 (每一保单年度 2 次)、贵金属或复合填充物补牙、拔牙				
其它医疗服务				
急救车费	无	无单项赔付限额	无单项赔付限额	无单项赔付限额
紧急牙科治疗		每保单年度 ¥40,000	每保单年度 ¥30,000	每保单年度 ¥20,000
门、急诊手术		无单项赔付限额	无单项赔付限额	无单项赔付限额
特定门诊: 肿瘤化疗、放疗、肾透析		无单项赔付限额	无单项赔付限额	无单项赔付限额
无赔付住院津贴	无	¥1,050/天 每保单年度最多 15 天	¥800/天 每保单年度最多 15 天	¥600/天 每保单年度最多 15 天
保障区域外的紧急医疗	无	每保单年度 ¥500,000	每保单年度 ¥500,000	每保单年度 ¥500,000

选择特定医院/诊所 额外自付比例	
若被保险人选择在我们规定的《特定医院/诊所名单》就医，则需按右侧所列额外自付比例承担额外自付额	被保险人额外自付比例为 20%

(完)