

永安复新高端医疗个人保险条款

总则

第一条 本保险合同由保险条款、投保单或其他投保文件、保险单或其他保险凭证、保险卡、附贴批单和其他有关约定书构成。凡涉及本保险合同的约定，均应当采用书面形式。

第二条 被保险人本人或对被保险人具有保险利益的其他自然人和组织，可作为投保人。

第三条 凡投保时年龄不超过七十周岁（连续参加本保险的，续保时最高年龄可至七十五周岁），能正常地工作、劳动或生活的人员，经保险人同意，可作为主被保险人。

凡投保时年龄不超过七十周岁（连续参加本保险的，续保时最高年龄可至七十五周岁），能正常地工作、劳动或生活的主被保险人的配偶，经保险人同意，可作为附属被保险人。

凡投保时年龄不超过二十一周岁（为全日制在校学生，或存在身体缺陷或智力障碍的，年龄不超过二十四周岁），经济上完全依赖主被保险人的未婚子女，经保险人同意，也可作为附属被保险人。

在保险期间内，被保险人应当在中国大陆，香港、澳门特别行政区，以及台湾地区（以下简称“大陆及港澳台”）居住合计满三分之二或以上时间；投保时不属此种情形或保险期间内发生变化的，被保险人应当在投保前或发生变化时告知保险人，保险人有权据此调整承保条件或保险费率。

第四条 除特别指明外，以下各条中与被保险人相关的表述完全适用于主被保险人和附属被保险人。

第五条 根据随主被保险人投保本保险的附属被保险人的有无及其与主被保险人的身份关系，本保险中被保险人的参保方式分设有单人型、夫妇型、亲子型、家庭型，具体应当由投保人在投保时为被保险人选择，并载明于本保险合同中。

- （一）单人型，无附属被保险人；
- （二）夫妇型，对应的附属被保险人为主被保险人配偶；
- （三）亲子型，对应的附属被保险人为主被保险人的子女；
- （四）家庭型，对应的附属被保险人为主被保险人的配偶和子女。

第六条 投保人应当为被保险人选择适用的保障类型、可选责任、免赔额、一般自付比例（总览见下表，具体见有关条目）予以投保，确定具体的保险保障。主被保险人、附属被保险人的保险保障应当一致，本保险合同另有约定的不受此限。

选择项目	可选项
保障类型	全球保障、国际保障、国际增强保障、大陆及港澳台保障、大陆及港澳台增强保障
可选责任	优选福利套餐
免赔额	大陆及港澳台保障/大陆及港澳台增强保障：次免赔额（人民币 0、10、20、50

	元)或年免赔额(人民币 0、800、1,600、2,000、4,000、8,000、16,000、40,000 元); 全球保障/国际保障/国际增强保障:次免赔额(人民币 0、80、200、400、600、800、1,000、1,200 元)或年免赔额(人民币 0、800、1,600、2,000、4,000、8,000、16,000、40,000 元)
一般自付比例	0%、10%、20%、30%

第七条 除法律另有规定或合同另有约定外,保险金受益人为被保险人本人。

第八条 保险人将为每一被保险人发放保险卡,该保险卡将载明被保险人姓名、保险单号码、保险期间、保障类型、一般自付比例、次免赔额或年免赔额、可选责任、医疗服务中心、医疗服务网络、理赔申请等有关信息。

保险卡,是被保险人在网络医疗机构享受直接付费服务的凭证。

第九条 本保险条款涉及的责任限额以人民币表示,经投保人、保险人双方约定,也可为其他币别。

保障类型

第十条 本保险的保障类型分设有全球保障、国际保障、国际增强保障、大陆及港澳台保障、大陆及港澳台增强保障,具体应当由投保人在投保时为被保险人选择,并载明于本保险合同中。

第十一条 对与每一保障类型对应的保障地域具体约定如下,保险人仅对被保险人保险期间内在相应保障地域内发生的保险责任范围内的费用,按照本保险合同的约定给付保险金:

(一) 全球保障

保障地域为全球任何国家和地区。

(二) 国际保障

保障地域为除美国、加拿大外的全球任何国家和地区。

(三) 国际增强保障

保障地域同国际保障,且保险人对对应的被保险人在美国和加拿大地区发生的、与紧急医疗对应的保险责任范围内的费用也提供保险保障。

对应的被保险人在美国和加拿大地区接受紧急医疗前,须获得保险人医疗服务中心(以下简称“中心”)的许可,该中心将引导该被保险人至最近且合适的网络医疗机构就医;保险人对被保险人未经中心许可在美国和加拿大地区接受治疗发生的任何费用不承担保险责任,被保险人在接受紧急医疗前根本无法联系中心的情形不在此限,但该被保险人也须在该紧急情况发生后四十八小时内联系中心。

这里的“紧急医疗”指:针对突然发生的、为避免严重终身伤害或死亡须立即接受药物或手术治疗的状况,被保险人立即或因不可抗力因素在症状发作后二十四小时内开始接受的相应医疗。**紧急医疗不包括:**

1. 以接受治疗为目的或违背医嘱前往美国或加拿大期间发生的任何医疗;

2. 常规医疗；
3. 可以推迟至被保险人从美国和加拿大地区返回后接受的医疗；
4. 被保险人事先计划好的医疗；
5. 因被保险人已知或应该知道的情形而发生的医疗；
6. 妊娠、分娩及相关病症医疗。

(四) 大陆及港澳台保障

保障地域为大陆及港澳台。

(五) 大陆及港澳台增强保障

保障地域同大陆及港澳台保障，且保险人对对应的被保险人在大陆及港澳台以外地区发生的、与紧急医疗对应的保险责任范围内的费用也提供保险保障。

对应的被保险人在大陆及港澳台以外地区接受紧急医疗前，须获得中心的许可，该中心将引导该被保险人至最近且合适的网络医疗机构就医；**保险人对被保险人未经中心许可在大陆及港澳台以外地区接受治疗发生的任何费用不承担保险责任，被保险人在接受紧急医疗前根本无法联系中心的情形不在此限，但该被保险人也须在该紧急情况发生后四十八小时内联系中心。**

这里的“紧急医疗”指：针对突然发生的、为避免严重终身伤害或死亡须立即接受药物或手术治疗的症状，被保险人立即或因不可抗力因素在症状发作后二十四小时内开始接受的相应医疗。**紧急医疗不包括：**

1. 以接受治疗为目的或违背医嘱前往大陆及港澳台以外地区期间发生的任何医疗；
2. 常规医疗；
3. 可以推迟至被保险人返回大陆及港澳台后接受的医疗；
4. 被保险人事先计划好的治疗；
5. 因被保险人已知或应该知道的情形而发生的治疗；
6. 妊娠、分娩及相关病症。

保险责任

第十二条 保险责任包括门诊医疗保险责任、一般疾病（伤害）和一般项目住院医疗保险责任、特殊疾病和特殊项目医疗保险责任、分娩和新生儿医疗保险责任、医疗及身故援助保险责任、优选福利套餐。其中，优选福利套餐经投保人在投保时为被保险人具体选择并载明于本保险合同中方适用于该被保险人。

被保险人发生的与除门诊医疗责任、一般疾病（伤害）和一般项目住院医疗责任外的其他保险责任对应的医疗费用，纳入相应保险责任的赔付范围，不纳入门诊医疗责任或一般疾病（伤害）和一般项目住院医疗责任的赔付范围。

第十三条 除明确列明外，对被保险人发生的保险责任范围内的费用，根据适用的免赔额种类分别按以下方式计算医疗保险金：被保险人适用次免赔额的，保险人按照“（每次治疗

保险责任范围内的费用一次免赔额) × (1 - 一般自付比例)” 给付医疗保险金；被保险人适用年免赔额的，保险人按照“(保险期间内发生的保险责任范围内的费用累计一年免赔额) × (1 - 一般自付比例)” 给付医疗保险金。

同时，保险人对被保险人承担的保险责任类型、医疗费用项目，以及与各项费用对应的累计给付次数限额、累计给付限额、累计给付日数限额、每日限额、每次限额、等待期或给付比例，由投保人与保险人约定，并载明于保险计划表中。标准保险计划表见附件，投保人、保险人双方可以此为基础，确定具体的保险计划表；双方没有约定具体的保险计划表的，则默认为标准保险计划表。

保险计划表中一项费用存在累计次数限额的，保险人对该项费用给付保险金的次数，累计以该限额为上限；一项费用存在累计给付限额的，保险人对该项费用给付的保险金，累计以该限额为上限；一项费用存在累计给付日数限额的，保险人对该项费用承担给付保险金的责任的费用发生日数，累计以该限额为上限；一项费用存在每日限额的，保险人对任一日发生的该项费用给付的保险金，累计以该限额为上限；一项费用存在每次限额的，保险人对每次治疗发生的该项费用给付的保险金，以该限额为上限；一项费用存在等待期的，保险人仅对在经过等待期后发生的该项费用承担给付保险金的责任。

第十四条 门诊医疗保险责任分为门诊处方药保险责任、一般疾病（伤害）和一般项目门诊非处方药医疗保险责任，具体如下：

(一) 门诊处方药保险责任

1. 保险责任范围内的门诊处方药费用

保险期间内，被保险人在与其保障类型相对应的保障地域内因遭受意外伤害或患疾病接受医师推荐的、医学必需的每次门诊治疗，由此发生的、符合通常惯例水平和下列约定的门诊处方药费用，属保险责任范围内的费用：

(1) 被保险人在美国发生门诊处方药费用的，每次门诊可纳入保险责任范围内的门诊处方药用量以180日用量为上限；被保险人在美国以外地区发生门诊处方药费用的，以90日用量为上限。保险人对超过限量部分不承担保险责任。

(2) 如果被保险人选择购买品牌药而非同类普通药，被保险人应当首先自付二者价格的差额，即超过通常惯例水平部分的门诊处方药费用。被保险人医师书面要求必须使用品牌药的情形不在此限。

2. 门诊处方药保险金给付细则

(1) 门诊处方药-非中草药类

被保险人在美国以外地区发生保险责任范围内的门诊处方药费用的，保险人按照100%比例给付医疗保险金。

被保险人在美国发生保险责任范围内的门诊处方药费用的，不同剂量下首选药（Most Preferred Drugs）、优选药（Preferred Drugs）和限制药（Non-Preferred Drugs）三种类型药品（首选药、优选药和限制药的分类参见《用药指南》（《Formulary Drug Guide》），也可登陆保险人指定网站或致电查询相关信息）每次自付额如下表所示，被保险人每次在保险人指定的美国药品网络内购买处方药的，保险责任范围内的门诊处方药费用扣除相应自付额后，保险人按100%比例给付医疗保险金；被保险人不在保险人指定的美国药品网络内购买

处方药的，保险人按“(每次保险责任范围内的门诊处方药费用×80%—自付额)”给付医疗保险金。

每次剂量	60 日以下	61-90 日	91-120 日	121-150 日	151-180 日
首选药	\$10	\$10	\$10	\$10	\$10
优选药	\$20	\$25	\$30	\$35	\$40
限制药	\$40	\$50	\$60	\$70	\$80

(2) 门诊处方药—中草药类

保险期间内，被保险人在与其保障类型相对应的保障地域内因遭受意外伤害或患疾病接受医师推荐的、医学必需的每次门诊治疗，由此发生的、符合通常惯例水平的门诊处方中草药费用，保险人按照100%比例给付医疗保险金。

(二) 一般疾病（伤害）和一般项目门诊非处方药医疗保险责任

保险期间内，被保险人在与其保障类型相对应的保障地域内因遭受意外伤害或患疾病接受医师推荐的、医学必需的一般疾病（伤害）和一般项目门诊医疗，由此发生的、符合通常惯例水平的以下类型费用，属保险责任范围内的一般疾病（伤害）和一般项目门诊非处方药费用：

1. 医师诊疗费。
2. 检查费。包括但不限于超声波检查、超声波心动描记术、计算机断层扫描、正电子发射计算机断层扫描、核磁共振检查。
3. 化验费。
4. 手术室和恢复室费。
5. 急诊室费。非紧急情况下使用急诊室的，每一保险事故仅急诊室费人民币16,000元以下部分的50%、超过人民币16,000元以上部分的100%属保险责任范围内的费用。
6. 手术医师费和麻醉师费。
7. 放射治疗、化学治疗费。
8. 由具有相应资质的专业医师实施的针灸治疗、顺势疗法费。
9. 就发生在本保险期间的牙科意外伤害，在本保险期间以及续保的保险期间发生的牙科意外伤害医疗费。
10. 理疗费：物理治疗、美式脊椎矫正、职业疗法、语音治疗费。

由具有相应资质的专业医师实施的物理治疗、美式脊椎矫正、职业疗法、语音治疗（包括为治疗吞咽障碍由语言治疗师实施的电子喉镜检查）费，属保险责任范围内的医疗费用。这些治疗须为被保险人医师书面治疗计划（包含短期和长期目标，并提交保险人评估）一部分，且满足下列全部条件：

- (1) 在合理的、可预测的时间内症状会明显好转；

(2) 疗法复杂或被保险人病症使得只有注册物理治疗师或职业治疗师才能安全、有效实施。

第十五条 一般疾病（伤害）和一般项目住院医疗保险责任如下：

保险期间内，被保险人在与其保障类型相对应的保障地域内因遭受意外伤害或患疾病接受医师推荐的、医学必需的一般疾病（伤害）和一般项目住院治疗（日间住院治疗视同住院治疗，下同），由此发生的、符合通常惯例水平的以下类型费用，属保险责任范围内的一般疾病（伤害）和一般项目住院费用：

（一）双人病房（在中国大陆接受住院治疗的，可为标准单人病房）床位费，急诊室费，重症监护病房费，医院提供的膳食和营养配餐费。

（二）陪床费：未满十八周岁附属被保险人住院期间其一父亲或母亲陪同住院加床费，女性被保险人住院期间其出生未满十六周的新生婴儿住院加床费。

（三）手术室和恢复室费，手术敷料费。

（四）输血、血浆、血浆扩容药物以及所有相关化验、操作设备和服务费用。

（五）药品费。

（六）医师诊疗费。

（七）手术医师费和麻醉师费。

（八）护理费。

（九）吸氧费。

（十）化验费。

（十一）检查费。包括但不限于X光检查、超声波检查、超声波心动描记术、计算机断层扫描、正电子发射计算机断层扫描、核磁共振检查费。

（十二）移植费：被保险人作为受体接受器官、骨髓、干细胞移植费。

（十三）放射治疗、化学治疗费。

（十四）由医师或注册呼吸治疗师实施的呼吸治疗费。

（十五）物理治疗、职业疗法费：由医师或具有相应资质的专业医师实施的物理治疗、职业疗法费。这些治疗须为该被保险人医师书面治疗计划一部分，且满足下列全部条件：

1. 在合理的、可预测的时间内症状会明显好转；

2. 疗法复杂或被保险人病症使得只有医师、注册物理治疗师或职业治疗师才能安全、有效实施。

（十六）为治疗吞咽障碍由语言治疗师实施的电子喉镜检查费。

（十七）入住经保险人医疗服务中心许可的机构接受的康复治疗和由专业护士实施的专业护理费用。

第十六条 特殊疾病和特殊项目医疗保险责任如下：

保险期间内，被保险人在与其保障类型相对应的保障地域内因遭受意外伤害或患疾病接受医师推荐的、医学必需的、下列特殊疾病和特殊项目医疗，由此发生的、符合通常惯例水平的费用，属保险责任范围内的特殊疾病和特殊项目费用：

（一）特殊检查费

包括女性主被保险人或作为配偶的女性附属被保险人每一保险期间一次常规乳房X线照片或子宫颈抹片检查费、男性主被保险人或作为配偶的男性附属被保险人每一保险期间一次前列腺检查费、医师向被保险人推荐的家族疾病筛查费。

（二）专业护士家庭护理费

指曾住院接受治疗的被保险人出院后随即在其家中接受医师要求的、医学必需的专业护士护理费用（不包括保险期间届满后发生的家庭护理费用）。

专业护士家庭护理属医学必需，须满足以下全部条件：

1. 被保险人对专业护士护理确有需要，非出于方便家庭成员目的；

2. 每日专业护士护理时间不超过十二小时，但下列情形不在此限：住院治疗的被保险人被运送回家当日；被保险人病情急重，须接受十二小时以上专业护士护理以免入院接受治疗；根据医疗实践和标准被保险人需要在专业护理机构接受护理，但专业护理机构没有空余床位。

接受鼻饲或胃造口管进食供养的被保险人无其他对专业护士护理需要而在家接受的专业护士护理，不属医学必需，保险人对此不承担保险责任。

（三）专业护理费

指为在一定程度上治疗或减缓病症，医师处方要求的、仅专业护士才能提供的、每日至少持续四个小时的住院或门诊护理费。

（四）耐用医疗设备购买或租赁费

指医师处方要求的、满足基本医疗需要的康复设备、矫形支具以及其他耐用医疗设备购买或租赁费（以相应符合通常惯例水平的购买价格为上限），以及随后修理、更换费，属保险责任范围内的费用。对于患癌症接受属保险责任范围的乳房切除术的被保险人，两义乳及可放入义乳的胸衣费用也属保险责任范围内的费用。

康复设备和矫形支具包括但不限于腿、臂、背和颈支具，人造腿、臂、眼。

耐用医疗设备不包括自动轮椅或自动床、舒适设备（如电话托臂和床上多用桌）、空气质量或温度调控设备（如空调、湿度调节器、除湿器和空气净化器）、健身脚踏车、太阳能或加热灯、加热垫、坐浴盆、盥洗凳、浴缸凳、桑拿浴、升降机、涡流按摩浴、健身器材及其他类似设备。

（五）临终关怀费

指曾发生永安复新高端医疗个人保险合同保险事故的被保险人，因与该事故相应的病症或相关的病症而现被诊断患终末期疾病且存活期二百四十日以下（含），经中心许可，该被保险人接受具有相应资质的临终关怀机构提供的、由专业人员和志愿者组成的跨学科队伍，在医学指导下实施的姑息性、支持性医护设施而发生的费用（不包括保险期间届满后发生的

临终关怀费用)。被保险人入住临终关怀机构接受临终关怀的，须基于病情和家庭必要。

(六) 精神和心理障碍治疗费

指经医师诊断和要求被保险人在医学认可的精神心理专科医疗机构或设有精神心理科室的医疗机构，为治疗精神和心理障碍接受由具有相应专业资格的医师或心理学家实施的住院或门诊医疗和咨询费用。精神和心理障碍包括但不限于神经性贪食症、神经性厌食症、悲伤辅导和悲伤治疗、注意力缺陷症、注意缺陷多动障碍，**但不包括酒精和药物滥用戒断治疗、智商测试、教育测试、婚姻和家庭心理咨询。**

(七) 睡眠检查和治疗费

指中心许可的、对疑为发作性睡眠或阻塞性呼吸暂停症状的检查和治疗费。

(八) 矫形改造手术费

指旨在恢复相应意外伤害或疾病发生前肢体自然的功能或外观的矫形改造手术费。

(九) 先天性疾病和症状治疗费

指对先天性疾病和症状的检查和治疗费。

对精神和心理障碍、睡眠检查和治疗、先天性疾病和症状保障，根据投保人和被保险人具体情况，保险人可对其适用等待期或既往症限制条款，并载明于本保险合同中。

第十七条 分娩和新生儿医疗保险责任如下：

分娩和新生儿医疗保险责任等待期十二个月，在对女性主被保险人或作为配偶的女性附属被保险人保险责任开始十二个月后（连续参加本保险并超过十二个月的不受此限），在与该被保险人保障类型相对应的保障地域内的医院或生育中心发生的、符合通常惯例水平的下列（一）至（三）款费用，属保险责任范围内的分娩和新生儿医疗费用：

(一) 分娩费

女性主被保险人或作为配偶的女性附属被保险人产前检查费、妊娠期内医师处方开具的维生素和钙剂费、超声波检查费、早产费、顺产费、医学必需剖腹产费、麻醉费、产后复查费、流产费。

(二) 妊娠并发症治疗费

女性主被保险人或作为配偶的女性附属被保险人因发生妊娠并发症接受医师推荐的、医学必需的治疗而发生的治疗费用。

(三) 新生儿费

女性主被保险人或作为配偶的女性附属被保险人保险期间内生育的婴儿出生后十四日内发生的专业护理及治疗费用，属相应女性主被保险人或作为配偶的女性附属被保险人保险责任范围内的费用。

另外，年龄未满一周岁的附属被保险人，无论其是否在保险期间内出生，一周岁前保险期间内在与其保障类型相对应的保障地域内发生的以下费用也属保险责任范围内的费用：

一六次常规医疗检查和预防性保健费，包括医疗档案，发育评估，体格检查，年龄相关诊断检查；

—免疫费：白喉、乙型肝炎、麻疹、腮腺炎、百日咳、麻疹、破伤风、水痘、嗜血杆菌属、B型流感病毒、肝炎以及中心许可的其他免疫费。

第十八条 医疗及身故援助保险责任如下：

（一）紧急医疗运送费用

指在与被保险人保障类型相对应的保障地域内，紧急情况下出于医疗必要以专业救护车将其运至医疗机构发生的费用，属保险责任范围内的费用。

（二）紧急医疗转运费

被保险人在与其保障类型相对应的保障地域内遇有生命危险、得不到及时治疗将导致身故或严重伤害的，如果在当地不能获得适当治疗，被保险人或相关人员可联系保险人医疗服务中心，经中心许可，中心将负责安排运送被保险人至离被保险人最近、能够提供所需服务且在其保障类型相对应的保障地域内的医疗机构，由此发生的费用属保险责任范围内的费用。根据被保险人病情或伤势，保险人有权决定运送目的地和医疗机构。**如果被保险人不在中心安排的医疗机构接受治疗，自该医疗机构至被保险人选定的其他医疗机构的运送费用，完全由被保险人自行承担。未经中心许可被保险人自行安排运送的，运送费用完全由被保险人承担。**被保险人治疗完成或病情稳定后，保险人将安排其以公共交通工具（飞机限经济舱）返回常住地，相应交通费用也属保险责任范围内的费用。

同时，保险人将安排该被保险人一位陪同人员陪同医疗转运，并在该被保险人住院期间安排陪同人员就近住宿，由此发生的公共交通工具费用（飞机限经济舱）和住宿费用属保险责任范围内的费用。

（三）遗体运返或安葬费用

保险期间内被保险人在其国籍国以外的国家或地区身故的，根据被保险人的保障类型，发生下列情形的，由此发生的合理且必需的费用属保险责任范围内的费用：

1. 保障类型为全球保障、国际增强保障或大陆及港澳台增强保障的，若保险期间内被保险人在任何国家或地区身故，在事发地法律法规许可的情况下，根据其遗愿或近亲属意愿，保险人负责运送其遗体至其国籍国，或安排当地安葬；

2. 保障类型为国际保障的，若保险期间内被保险人在除美国、加拿大以外的国家或地区身故，在事发地法律法规许可的情况下，根据其遗愿或近亲属意愿，保险人负责运送其遗体至其国籍国（美国、加拿大除外），或安排当地安葬；

3. 保障类型为大陆及港澳台保障的，若保险期间内被保险人在大陆及港澳台地区身故，在事发地法律法规许可的情况下，根据其遗愿或近亲属意愿，保险人负责运送其遗体至大陆及港澳台地区，或安排当地安葬。

第十九条 可选责任-优选福利套餐-包括健康检查、牙科保障保险责任，具体如下：

（一）健康检查责任

被保险人每年一次全身体检费以及相关检查化验费，免疫费，常规检查化验费，属保险责任范围内的医疗费用，保险人对此按照100%的比例给付医疗保险金。

（二）牙科责任

牙科保险责任范围内的费用包括：

1. 预防治疗费，包括常规牙科检查、牙齿健康指导、涂氟治疗、洁齿和抛光（预防）、每一保险期间两次以下（含）牙齿清洁检查费；
2. 基础治疗费，包括汞合金或复合树脂充填、简单拔牙、牙周刮治、根面平整费；
3. 重大治疗费，包括根管充填、根管治疗、牙冠和嵌体、桥式义齿（包括化验和麻醉费用）以及智齿拔除费。

与牙科责任对应的保险责任范围内的费用不包括以美容为目的牙齿处理费，义齿、高嵌体、种植牙、贴面、牙齿矫正治疗费及相关费用。牙齿矫正治疗费包括模型研究（包括口腔X光片）、牙齿印模、活动矫治器、固定矫治器（包括调整）、正畸拔牙、托槽的粘接费。

对于被保险人发生的、与本项责任对应的保险责任范围内的费用，保险人保险计划表中对应的给付比例给付医疗保险金。

责任免除

第二十条 对于被保险人发生的以下费用，保险人不承担给付保险金的责任，本保险合同另有约定的从约定：

（一）对本保险合同中特别约定除外疾病和症状、被要求健康告知的被保险人未告知的既往症的治疗及其他相关费用。

（二）在本保险合同约定等待期内对约定的相应病症的治疗及其他相关费用。

（三）不符合医学界认可实践的检查、治疗方法、手段、设备、药品等试验性治疗及其他相关费用。

（四）根据工伤补偿、职业病或其他与职业疾病相关的法律法规可从中获得补偿的费用，已从政府、慈善机构、其他福利计划或医疗保险计划获得补偿的费用。

（五）无原始发票的费用，电话咨询费，没有按时就诊的预约费用，非医师处方要求的服务费用，不在执业范围的医疗服务费用，不符合专业认可标准或为进行适当治疗所不必要的医疗和牙科服务费用，非医学必需的费用，超过通常惯例水平的费用。

（六）对由被保险人从事违法犯罪行为或故意行为（包括但不限于自残、自杀）引起的或在这一过程中发生的伤害、病症治疗及其他相关费用。

（七）为个人舒适或方便而产生的费用，包括但不限于电视、单人病房、雇佣护工、房屋打扫、访客膳食和住宿、电话、家庭设备、旅行费、本保险合同没有列明的急救费以及其他非医学必需的服务和设备，本保险合同另有约定的不在此限。

（八）保险期间届满后发生的费用，按疗程将在保险期间届满之日起第90日后（全球保障）或第30日后（其他保障类型）服用的处方药品费用。

（九）健康检查费、功能医学检查（包括但不限于全套个人化营养评估、抗氧化维生素分析、氧化压力分析、营养与毒性元素分析、肠道免疫功能分析）费，免疫费，出于行政或管理事务目的（包括但不限于与投保保险、招聘、入学或运动相关的体格检查）发生的检查费，旅行和宾馆住宿费用，本保险合同另有约定的不在此限。

（十）非处方药品和设备、戒烟药物、食欲抑制剂、头发再生药物、抗光老化药物、美

容用品、大剂量维生素、维他命、健康滋补类中草药、膏方费，中草药代加工成粉剂、药丸、胶囊、胶或其他制剂发生的加工费，本保险合同另有约定的不在此限。

(十一) 未经被保险人医师推荐的放射治疗、化学治疗、物理治疗、美式脊椎矫正、职业疗法和语音治疗及其他相关费用，但紧急情况下被保险人医师完全了解相应治疗后同意如此治疗的情形不在此限。

(十二) 视觉治疗相关费用，包括但不限于激光角膜切开术，准分子激光原位角膜磨镶术，屈光不正（近视、远视）校正手术及相关费用。

(十三) 静养疗法、监护及家居照料费，在护理之家、养老院接受护理费，为休息、观察而实施的环境疗法费，在任何长期护理机构、矿泉疗养地、水疗院门诊、康复机构、疗养院、养老院等非本保险合同规定的医疗机构接受的服务或治疗及其他相关费用，医疗机构已实际成为或倾向作为被保险人住家或常住地情形下发生的费用，完全或部分因为家庭原因的住院医疗费用。

(十四) 选择性手术和治疗及其他相关费用，仅为改善或提高目前身体状况（包括但不限于中医调理）而发生的、非医学必需的费用。

(十五) 无论是否出于心理目的而进行的美容、整容（包括牙科治疗）费用。

(十六) 对未表现出可疑细胞行为（如近期大小、形状、颜色发生改变）的良性皮肤损害（包括但不限于黄褐斑、皮肤白斑、色素沉着）的治疗、祛除及其他相关费用，白癜风、蜘蛛脉、除瘢痕疙瘩型外的其他瘢痕、纹身去除、皮肤变色治疗及其他相关费用，非医学必需的对浅表静脉曲张的治疗及其他相关费用。

(十七) 丰胸或缩胸手术及其并发症治疗及其他相关费用。

(十八) 与脱发相关的治疗及其他相关费用，包括但不限于男性型脱发或其他种类秃发的治疗，以激光、电解、蜡或其他方法祛除毛发，发生男性型脱发、女性与年龄相关脱发、疾病或意外伤害导致的脱发等情形时的头发移植。

(十九) 戒烟治疗及其他相关费用，减肥和任何为减肥接受的治疗、咨询、饮食费，减肥代餐费，与单纯性肥胖和病理性肥胖相关治疗（包括但不限于胃旁路术、胃球置放术、胃分隔术、空肠回肠旁路术）及相应并发症治疗费。

(二十) 器官移植供体费用、器官来源费用、低温储藏费用，与不孕不育症或生育治疗相关的移植费用。

(二十一) 任何类型助孕费（包括受胎药、不孕不育症药、人工授精、试管授精、配子输卵管内移植、受精卵输卵管植入术、代理怀孕以及其他费用），以及与此相关的妊娠并发症医疗费。

(二十二) 基因咨询、筛查、检查和治疗及其他相关费用。

(二十三) 对流产或不孕不育症的检查、治疗及其他相关费用，但在同时满足下列两项条件下为查明不孕不育症或流产原因而发生的费用不在此限：

1. 投保本保险合同时被保险人已连续投保享有高端医疗保险或与本保险合同等效的医疗保险两年或以上；

2. 初次投保时对不孕不育症不知悉且未采取过任何形式的辅助生育措施。

(二十四) 选择性流产及并发症治疗及其他相关费用。

(二十五) 男女生育控制，输精管切除术和绝育术，男性或女性绝育恢复手术，性别转换症、性障碍治疗，包皮环切术/阴茎整形术及其他相关费用，生育前培训，选择性剖腹产，伟哥以及其他用于提高性功能的药物费。

(二十六) 作为子女的附属被保险人怀孕及相关症状医疗费。

(二十七) 对由酒精、溶剂或毒品滥用引起的伤害或疾病的治疗及其他相关费用。

(二十八) 对完全或部分由服用酒精、非法药物、非医师处方要求药物或非医师处方要求用量药物引起的伤害的治疗及其他相关费。

(二十九) 眼镜、隐形眼镜，被保险人享有眼科责任情形不在此限。

(三十) 除牙科意外伤害治疗外的其他牙科医疗及其他相关费用（包括对咀嚼食物或咀嚼其他外物引起的牙齿伤害的医疗费、咨询费、检查费），本保险合同另有约定的不在此限。

(三十一) 耐用医疗设备使用和保养指导费，定制或改造任何交通工具、洗浴设备或住宅设备费，所有非处方医疗器械费，自动轮椅或自动床、助听器、人工耳蜗、舒适设备（如电话托臂和床上多用桌）、空气质量或温度调控设备（如空调、湿度调节器、除湿器和空气净化器）、健身脚踏车、太阳能或加热灯、加热垫、坐浴盆、盥洗凳、浴缸凳、桑拿浴、升降机、涡流按摩浴、健身器材及其他类似设备费，非手术中必需的假体、矫正器具或相似的器具费，医师认为治疗必不可少的假体或耐用医疗设备不在此限。

(三十二) 矫正鞋或其他脚支撑器材（包括但不限于足弓支撑器、矫正器或任何其他预防性的服务或器材）费，任何用于治疗弱足、畸形足、不稳足、扁平足或足弓塌陷的器材费，任何与跗骨、跖骨相关的治疗费，对脚表面损害（如鸡眼、老茧、角质化）医疗（但有关骨外露、肌腱或韧带的手术不在此限）费。

(三十三) 常规足部治疗及其他相关费用，因意外伤害或疾病引起的足部治疗情形不在此限。

(三十四) 在政府当局指导下，实施的与传染病相关的治疗、药品、设备、服务和紧急医疗运送费。

(三十五) 生长激素治疗及其他相关费用，经保险人医疗服务中心许可的医学必需情形不在此限。

(三十六) 智商测试、教育测试费，婚姻和家庭心理咨询费，对非心理障碍或疾病的医疗服务费，超出合理心理缺陷或心理发育迟缓评估、诊断周期的医疗服务费，对精神障碍或疾病无改善的医疗服务费。

(三十七) 因健康原因被医师建议不宜旅行的被保险人执意旅行引起的伤害或病症的治疗及其他相关费用。

(三十八) 对由下列任何异常风险引起的伤害的治疗及其他相关费用：参加或受训职业体育运动，战争和恐怖主义活动，放射材料辐射或核燃料燃烧，无必要但主动置身于风险（抢救他人生命情形不在此限）。

免赔额

第二十一条 免赔额分设有年免赔额、次免赔额。免赔额经投保人投保时为被保险人具体选择，并载明于本保险合同中。对于家庭型，无论主被保险人、附属被保险人总人数多少，每一家庭年免赔额为所选择的个人年免赔额的三倍。

保障类型为大陆及港澳台/大陆及港澳台增强的，次免赔额可为人民币0、10、20、50元；为全球保障/国际保障/国际增强保障的，次免赔额可为人民币0、80、200、400、600、800、1,000、1,200元。

对任一保障类型，年免赔额可为人民币0、800、1,600、2,000、4,000、8,000、16,000、40,000元。

一般自付比例

第二十二条 一般自付比例分设有0%、10%、20%、30%，具体由投保人在投保时为被保险人选择，并载明于本保险合同中。在本条款其他约定之外，一般自付比例为10%、20%或30%的，每一保险期间每一被保险人一般自付额上限依序分别以人民币8,000、16,000、24,000元为上限，但投保人也可选择无上限情形。

保险金额和保险费

第二十三条 除另有约定外，本保险合同每一被保险人的保险金额如下：保障类型为大陆及港澳台保障/大陆及港澳台增强保障的，人民币8,000,000元；为全球保障/国际保障/国际增强保障的，人民币16,000,000元。

第二十四条 投保人应当于订立本保险合同时一次交清保险费，本保险合同另有约定的从约定。

续保时，保险人将重新审核保险责任和保险费率。

保险期间

第二十五条 除另有约定外，本保险合同保险期间为一年，具体起讫时间由投保人、保险人双方约定，并载明于本保险合同中。

医疗服务网络和事先授权

第二十六条 本保险合同医疗服务网络如下：

（一）保险人直接付费

保险人建立了医疗服务网络，并将定期或不定期向投保人和被保险人予以通报，被保险人也可登陆保险人指定的互联网站或致电查询相关信息。被保险人在保险人医疗服务网络内的医疗机构（以下简称“网络医疗机构”）接受治疗的，对于被保险人发生的、保险人与投保人约定类型的保险责任范围内的费用中应当由保险人承担部分，保险人将直接与相关医疗机构结算，毋需被保险人先行给付。被保险人在美国和加拿大地区接受治疗的，被保险人须在网络医疗机构内接受治疗（详见本条第（二）项）；在其他地区接受治疗的，保险人有权要求被保险人在网络医疗机构内接受治疗。

被保险人在网络医疗机构接受治疗的，对其发生的不属保险责任范围、应当由其负担但医疗机构未向其本人收取的医疗费用，在接到保险人或其授权机构通知后，被保险人应当在三十日内退还相应款项；未在三十日内退还相应款项的，本保险合同对该被保险人保险责任终止且不退还保险费，且保险人有权向其继续追偿相应费用。

（二）美国和加拿大医疗服务网络及非网络自付比例

在美国和加拿大地区，被保险人应当在网络医疗机构内接受治疗；未在网络医疗机构内接受治疗的，依据与当地网络医疗机构平均价格水平一致的价格水平确定通常惯例水平的费用，且被保险人应当额外自付一定比例（即非网络自付比例）的保险责任范围内的费用，即保险人按“根据本保险条款‘保险责任’部分计算的医疗保险金数额×（1-非网络自付比例）”给付医疗保险金。美国和加拿大地区网络医疗机构和非网络自付比例如下：

1. 网络医疗机构

网络医疗机构，包括第一医疗网（First Health Providers）以及保险人指定的美国和加拿大地区其他医疗机构。被保险人在网络医疗机构接受治疗的，非网络自付比例为 0%。

2. 非网络医疗机构

被保险人本可在位于其居住地方圆 30 英里/50 公里内的网络医疗机构接受治疗却自行在非网络医疗机构接受治疗的，非网络自付比例为 20%。

3. 无网络医疗机构

被保险人因其居住地方圆 30 英里/50 公里内无网络医疗机构而在非网络医疗机构接受治疗的，非网络自付比例为 0%。

第二十七条 有关事先授权事项如下：

（一）事先授权

接受下列治疗前，被保险人须在预定开始治疗日期前至少五个工作日向保险人医疗服务中心提交事先授权申请表：

1. 住院；
2. 需全身麻醉的门诊手术，化学治疗，放射治疗，血液或腹膜透析；
3. 购买或租用非一次性耐用医疗设备，包括但不限于胰岛素泵及其配套器械；
4. 紧急医疗转运；
5. 牙科意外伤害修补治疗；
6. 每剂超过人民币 8,000 元的药剂或疫苗。

对于被保险人事先授权申请，中心将予以书面回复并有权要求被保险人在医疗服务网络内接受治疗。被保险人应当在收到书面许可回复后开始接受治疗，保险人要求被保险人在医疗服务网络接受治疗的，被保险人应当予以配合。未获得中心书面许可回复被保险人接受治疗或保险人要求被保险人在医疗服务网络接受治疗但被保险人未在医疗服务网络内接受治疗的，被保险人应当额外自付相应全部治疗保险责任范围内的医疗费用的 40%，即保险人按照“根据本保险条款‘保险责任’部分计算的医疗保险金数额×[1-非网络自付比例（若有）]×（1-40%）”给付医疗保险金；未获得中心书面许可回复被保险人接受紧急医疗转运的，保险人不承担保险责任。

发生紧急情况的，被保险人可在就近网络或非网络医疗机构接受治疗，但须在开始接受治疗后四十八小时内通知中心。保险人将对该次治疗是否属紧急情况予以审核。

（二）其他

1. 被保险人、相关人员或医疗机构可致电中心，了解事先授权、网络医疗机构相关情况。
2. 被保险人获得中心许可回复，不意味着其发生的全部或部分医疗费用属保险责任范围，保险人按照本保险合同约定承担保险责任。

保险人义务

第二十八条 保险人同意承保的，应当及时向投保人签发保险单或其他保险凭证。

第二十九条 保险人认为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受益人补充提供。

第三十条 保险人收到受益人提供的本保险条款“保险金申请与给付”部分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受益人。对属于保险责任的，在与受益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受益人发出拒绝给付保险金通知书，并说明理由。

第三十一条 保险人自收到受益人提供的本保险条款“保险金申请与给付”部分约定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，应当按根据已有证明和资料可以确定的数额先予给付；保险人最终确定给付保险金的数额后，给付相应的差额。

投保人、被保险人义务

第三十二条 投保人应当按本保险合同约定及时交纳保险费。

第三十三条 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，保险人不得解除本保险合同；发生保险事故的，保险人承担给付保险金的责任。

第三十四条 申请成为本保险合同的主被保险人，即意味着主被保险人及其代表的附属被保险人同意任何医疗机构、医师、药剂师等向保险人提供保险人认为处理本保险合同相关事宜所必要的医疗信息（包括完整医疗病历和诊断）。保险人将对这些信息保密。

申请成为本保险合同的主被保险人，也意味着主被保险人及其代表的附属被保险人同意

保险人将所有医疗信息提供给相关机构以处理本保险合同相关事宜。

第三十五条 投保时，被要求填写健康问卷调查表的被保险人须如实告知既往症及保险人要求的其他医疗、症状等信息，保险人将进行医疗核保。**根据投保人、被保险人具体情况，保险人对本保险合同约定的既往症承担一定保险责任或不承担保险责任，并具体载明于本保险合同。**

第三十六条 在保险期间内，投保人可申请变更被保险人，保险人按下列约定予以受理：

（一）因主被保险人婚姻状态发生变化需要增加附属被保险人的，投保人应当在三十日内书面通知保险人，保险人进行医疗核保。经保险人同意，保险人自通知书载明的起始日开始按相关约定对其承担保险责任，并根据加人前后不同参保方式保险费差额按日收取保险费。

（二）因主被保险人婚姻状态发生变化或其他原因需要减少附属被保险人的，投保人应当立即书面通知保险人，并向保险人退还保险卡。保险人自收到通知之日起次日零时或通知书载明的终止日期（以较晚者为准）起终止对相应附属被保险人的保险保障，并根据减人前后不同参保方式保险费差额按日退还保险费。

（三）保险期间内女性主被保险人或作为配偶的女性附属被保险人生育婴儿的，投保人或被保险人可为该婴儿投保本保险，并递交将本保险合同参保方式更改为家庭型或亲子型的申请。在该婴儿出生后三十日内通知保险人的，保险人从婴儿出生之日起对该婴儿承担保险责任；在该婴儿出生三十日后通知保险人的，经保险人同意，保险人自通知书载明的起始日期起对该婴儿承担保险责任，但该婴儿既往症将适用为期十二个月等待期，保险人对该婴儿在此期间内发生的既往症医疗费用不承担保险责任。同时，保险人根据加保该婴儿前后不同参保方式保险费差额按日收取相应保险费。非自然受孕情形生育婴儿，须经保险人核保同意方可成为被保险人。

（四）经政府相关机构许可被保险人保险期间内合法收养子女的，投保人或被保险人可为该子女投保本保险，并递交本保险合同参保方式更改为家庭型或亲子型的申请。在该子女被许可收养之日起三十日内通知保险人的，保险人从该子女被许可收养之日起对该子女承担保险责任；在该子女被许可收养之日起三十日后通知保险人的，经保险人同意，保险人自通知书载明的起始日期起对该子女承担保险责任。无论何种情形，该子女既往症可适用一定期限的等待期，具体由保险人确定并载明于本保险合同中，保险人对该子女在此期间内发生的既往症医疗费用不承担保险责任。同时，保险人根据加保该子女前后不同参保方式保险费差额按日收取相应保险费。

第三十七条 如果被保险人住址、婚姻状态以及投保本保险时提供的其他信息等发生重大变化，或身故，投保人或被保险人应当及时通知保险人。**保险人有权调整承保条件或终止对相关被保险人的保险责任。**

第三十八条 保险人仅对被保险人发生的符合通常惯例水平的医疗费用承担保险责任。对于除保障类型为全球保障外的被保险人，根据医疗机构价格水平，保险期间内保险人将定期或不定期向投保人及相应被保险人通报不符合通常惯例水平的医疗机构，供被保险人就诊参考。

患疾病或遭受意外伤害后，被保险人应当尽快前往医院、诊所、医师等处接受治疗，尤其是意外伤害情形，应当在意外发生后四十八小时内接受治疗，以免伤情恶化、损害健康。

第三十九条 投保人、被保险人或受益人知道保险事故发生后，应当及时通知保险人。故意或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应当及时知道保险事故发生的不在此限。

第四十条 投保人住所或通讯地址变更时，应当及时以书面形式通知保险人。投保人未及时通知的，保险人按本保险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。

保险金申请与给付

第四十一条 被保险人在网络医疗机构接受治疗，该医疗机构受保险人委托免向被保险人收取与保险人根据本保险合同本应向受益人给付的保险金数额对应的医疗费用的，或保险人已承担相应费用的，受益人不得就此向保险人申请保险金。其他情形，受益人可根据本保险合同向保险人申请保险金。

向保险人申请保险金时，受益人可从保险人指定网站下载保险金申请表；经受益人要求，保险人也可通过传真或电子邮件向其发送申请表。受益人应完整地填写申请表的第一部分，并请被保险人主治医师完整填写申请表的第二部分，且在当次治疗完成后一百八十日内与医疗费用原始收据一并寄至本保险合同指定地址。被保险人提供的所有保险金申请资料归保险人所有。

第四十二条 保险人有权对被保险人进行身体检查或理赔问卷调查。被保险人有义务向保险人提供保险人要求的所有医疗报告、记录及相关资料，若为处理本保险合同相关事宜，经保险人要求，被保险人应当授权许可保险人取得其完整全面的医疗病历。被保险人身故的，保险人有权要求对该被保险人进行尸检，法律和宗教禁止情形不在此限。

第四十三条 收到保险金后六十个工作日内，如果受益人对理赔结果有争议，可通过邮寄或发送电子邮件方式向保险人提交书面申诉书及相关资料，并自行承担获取资料有关费用，保险人将及时予以处理。

第四十四条 受益人向保险人请求给付保险金的诉讼时效期间为二年，自其知道或应当知道保险事故发生之日起计算。

保险合同的变更与解除

第四十五条 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，在保险单或其他保险凭证上加以批注或附贴批单后生效，或由投保人和保险人订立合同变更书面协议后生效。

第四十六条 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保险合同，但保险人根据本保险合同约定已给付保险金的，不得解除本保险合同。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) 投保人身份证明；
- (三) 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接到解除合同通知书之日二十四时或通知书上载明的

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，保险人退还相应未到期净保险费。

争议处理与法律适用

第四十七条 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争议发生后未达成仲裁协议的，依法向中华人民共和国（不包括港澳台地区，下同）人民法院起诉。

第四十八条 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。

释义

国籍国：指被保险人持有相应护照的国家或地区。对于拥有多个护照的美国公民，其国籍国默认为美国；对于拥有多个护照的其他国家公民，其国籍国以本保险合同载明的国家或地区为准。

周岁：以法定身份证明文件中记载的出生日期为基础计算的实足年龄。

子女：指与主被保险人存在父母—子女关系的婚生或非婚生子女、养子女和扶养关系的继子女。

每次治疗：对于门诊治疗，每次治疗指被保险人在一日（零时起至二十四时止）在同一所医院同一个科室就一个医师就诊的门诊或急诊；对于住院治疗，每次治疗指一次入出院。

次免赔额：指被保险人每次治疗发生的保险责任范围内的费用中须先由被保险人自行负担的金额，保险人对此不负责给付保险金。

年免赔额：指每一保险期间被保险人发生的保险责任范围内的累计费用中须先由被保险人自行负担的金额，保险人对此不负责给付保险金。

一般自付比例：指被保险人发生的保险责任范围内的费用扣除免赔额后剩余部分中须由被保险人自行负担的比例。

一般自付额上限：指每一保险期间每一被保险人因相应的一般自付比例非 0% 而按该比例承担的保险责任范围内的费用。

医学必需：指被保险人接受、使用或服用的治疗、服务、器械或药品符合以下条件：

- （一）医师处方要求且对治疗被保险人疾病或伤害合适且必需。
- （二）与接受治疗当地普遍接受的医疗专业实践标准一致。
- （三）非为了个人舒适或为了被保险人父母、家庭、医师或其他医疗提供方的方便。
- （四）最恰当、合适水平；住院接受治疗时，无法以门诊的方式对相应疾病和症状提供安全的医疗，且当前病症处于急性或亚急性状态需要持续接受治疗、专业护理或康复治疗。主要出于接受慢性病治疗、长期看护、喘息照护、慢性病维持、协助从事日常生活活动目的而住院的，不属医学必需。
- （五）非病人学术教育或职业培训的一部分或与之相关。

(六) 非试验性或研究性。

通常惯例水平的医疗费用：指以下两者中较低者：提供相应医疗服务的医疗机构对该医疗服务通常收费水平，同一地区其他医疗机构对居住在同一地区的（以邮政编码为准）、病情性质和严重程度类似的人员提供同样医疗服务的平均收费水平。若某医疗服务在当地区不常见或仅当地区少数医疗机构能够提供，保险人将参考下列因素确定通常惯例水平的医疗费用：治疗复杂性，治疗必要的专业程度，必要的医疗专业类型，相应医疗机构提供的医疗服务范围和种类，其他地区通常的收费水平。这里，地区指根据普遍认可的国际标准为取得类似医疗机构或类似医疗服务平均水平所必要的地域范围，可为一个城市、国家或更广的地域。

意外伤害：指遭受外来的、突发的、非本意的、非疾病的使身体受到的伤害。

紧急：指突然发生的、会导致立即死亡或长期健康问题的疾病或伤害。

牙科意外伤害医疗：指对被保险人原本完整无损、未经过任何医疗的牙齿因遭受意外伤害而受损或缺失而接受的紧急治疗、修复和置换。被保险人必须在自意外伤害发生日起三十日内接受首次治疗。

针灸治疗：针法和灸法的合称。针法是把毫针按一定穴位刺入患者体内，用捻、提等手法来实施治疗。灸法是把燃烧着的艾绒按一定穴位熏灼皮肤，利用热的刺激实施治疗。针灸治疗应当由具有相应资格的医师实施。

急性：指疾病病程短、病情相对严重（特别是严重急性病或外伤），需要短期治疗。

慢性病：指满足下列条件之一的伤害、疾病或症状：

(一) 持续接受三个月以上的医学必需的治疗；

(二) 预期病程长久且无可合理预计的康复日期，可能复发、需要连续或定期护理。

亚急性：指病情具有急性病一些特征，处于急性和慢性之间。

等待期：指自本保险合同保险期间开始时间或被保险人成为本保险合同的被保险人首日（以较晚者为准）起保险人与投保人约定长度的期间，保险人对被保险人在此时间段内发生的对约定病症的治疗和诊断费用不承担保险责任。

日常生活活动：指与个人生活自理基本行为相关的活动，包括但不限于行走、个人卫生、睡眠、如厕（控制大小便的能力）、穿衣、做饭、进食、上下床。

监护：包括以下情形：

(一) 对其治疗医师认为已达到最大限度康复但仍存在身体或智力残疾人员提供的床位、护理等服务；

(二) 对预计医疗或手术已不能使其在医疗机构外生活人员提供的床位、护理等服务；

(三) 修养疗法、喘息照护，以及家庭成员提供的家庭看护。

喘息照护：指出于减轻患慢性或终末期疾病病人护理提供者负担目的，病人住院接受的照料和护理。

先天性疾病和症状：指由于基因因素、先天性新陈代谢异常或其他因素导致的、出生时即存在的遗传性疾病和症状、出生缺陷、身体残疾、智障等发育不完全正常的疾病和症状，这些疾病和症状可能在出生时显现或在出生后逐步显现。

顺势疗法：一种通过小剂量药物治疗以使病人症状渐渐接近常人的治疗方法，比如通过给予小剂量的放松剂治疗腹泻。

悲伤辅导和悲伤治疗：指由具有相应资格的咨询师、精神科医师、心理医师、牧师针对家人逝世或终末期病人的治疗。

康复治疗：指在既定的疗程内通过设计的维持项目改善病人身体状况，以免恶化并协助康复。被保险人住院接受康复治疗的，保险人仅对处于急性或亚急性阶段的病人住院承担保险责任，且应经过保险人医疗服务中心许可。

药物滥用：指反复、大量服用具有依赖性特性或依赖性潜力的药品、物质或溶剂。严格遵守医嘱服用处方药物导致上述情况不在此限。

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。

生育中心：指主要目的为供怀孕期末期孕妇生产婴儿，并同时满足下列条件的合法机构：

(一) 根据当地相关法律许可成立；

(二) 配备了全部必要的诊断和化验设备，有经过培训的人员和设备处理孕妇和新生儿可能发生的紧急情况，二十四小时在医师或注册护士监控下营运，并保存有所有书面记录。该机构应与至少一家医院有书面协议以在发生分娩并发症时立即转运病人入院，并通常在分娩后四十八小时内为孕妇办理转离手续。

临终关怀机构：指对终末期病人提供集成家庭或住院医护服务的机构，该机构应满足下列全部条件：

(一) 取得了政府相关部门的许可；

(二) 二十四小时提供服务；

(三) 有医师直接管理和监控；

(四) 有注册护士指挥、协调护理服务；

(五) 被许可从事社会服务指导和协调；

(六) 主要目的为提供临终关怀服务；

(七) 有全职管理人员；

(八) 保存了所提供服务的全部书面记录。

住院：指完全出于接受医学必需的治疗目的被保险人以彻夜占用医疗机构病床的方式接受的医疗。

日间住院治疗:指完全出于接受医学必需的治疗目的被保险人以占用医疗机构病床但不过夜的方式接受的医疗。

门诊:指以除占用病床方式外的其他方式在医疗机构接受的治疗。

医师:指具有医疗职业资格的任何人员,包括内科医师、全科医师、专业医师、医学顾问以及其他任何在相应准许和训练范围内从事医疗服务的人员,但不包括实习人员、在训人员。

既往症:指在保险人对其保险责任生效前被保险人已就此接受诊断、医学咨询或治疗,或服用药物,或显现症状的疾病或损伤。

妊娠并发症:指由妊娠引起或加剧的症状,该症状与分娩不同,包括但不限于急性肾炎、肾变病、心代偿失调、先兆流产、意外流产;异位妊娠终止,妊娠期内无法继续妊娠时终止妊娠。妊娠并发症不包括选择性剖腹产、人工不当操作、偶发点滴性出血、妊娠期内医师处方要求的休养、孕妇恶心、妊娠剧吐以及其他不属疾病分类学上妊娠并发症类的难产相关症状。

处方药:指医师处方开具的药物。

专业护士:指国家护士注册机构护士登记名册中登记在案的护士。

重大疾病:

(一) 心血管疾病—包括冠心病、先天性心脏病、心肌梗塞、主动脉瘤。

(二) 神经疾病—包括脑卒中、脑动脉瘤、阿尔茨海默病、帕金森病、脊髓空洞症、多发性硬化症。

(三) 血液疾病—包括白血病、淋巴瘤、再生障碍性贫血、血小板减少性紫癜、血友病。

(四) 肺部疾病—慢性阻塞性肺病、原发性肺动脉高压。

(五) 消化疾病—肝硬化、重症肝炎。

(六) 自身免疫性疾病—包括系统性红斑狼疮、系统性硬皮病、获得性免疫缺陷综合症(AIDS, 艾滋病)、艾滋相关综合征(ARCS)和其他与HIV病毒相关的性传染病或症状。

(七) 其他—包括所有肿瘤、主要器官衰竭或移植、囊性纤维化、黑斑息肉病、III度烧伤。

注意力缺陷症:是一种生物学方面改变所致的病理状态,症状表现为:注意力涣散、活动过多、冲动任性等。

注意缺陷多动障碍:一种常见的儿童精神障碍,主要表现为超出了儿童年龄和发育正常范围的注意力集中困难、活动过多、冲动任性等症状。

艾滋病:指获得性免疫缺陷综合症的简称。

艾滋病病毒:指获得性免疫缺陷病毒的简称。

获得性免疫缺陷综合症(AIDS):其定义以世界卫生组织制定的定义为准。如果在

被保险人的血液样本中发现艾滋病病毒或其抗体，则认定被保险人已被艾滋病病毒感染或患艾滋病。

与本保险合同等效的医疗保险：该医疗保险在保险责任范围、程度上应当与本保险等同，保险期间至少十二个月，且保险期间届满日与被保险人参加本保险日不超过三十日。

战争：包括入侵、内战、敌对国家行为、叛乱、革命、武装叛变、武装夺权、战争武器爆炸等。类似战争的行为视为战争。

恐怖主义活动：指以制造社会恐慌、危害公共安全或胁迫国家机关、国际组织为目的，采取暴力、破坏、恐吓等手段，造成或意图造成人员伤亡、重大财产损失、公共设施损坏、社会秩序混乱等严重社会危害的行为，以及煽动、资助或以其他方式协助实施上述活动的行为。

不可抗力：指不能预见、不能避免并不能克服的客观情况。

未满期净保险费：未满期净保险费=保险费×[1-(对该被保险人保险责任已经过日数/该被保险人保险期间日数)]×(1-25%)。已经过日数不足一日的，按一日计算。

附件：

标准计划表

(适用每一被保险人，货币单位：人民币元)

一般疾病(伤害)和一般项目住院医疗保险责任	
双人病房（在中国大陆接受住院治疗的，可为标准单人病房）床位费	无单项限额
膳食和营养配餐费	无单项限额
急诊室费	无单项限额
重症监护病房费	无单项限额
陪床费	无单项限额
手术室和恢复室费	无单项限额
药品费、手术敷料费、检查费、化验费、吸氧费，输血、血浆、血浆扩容药物以及所有相关化验、操作设备和服务费用	无单项限额
医师诊疗费	无单项限额
手术医师费和麻醉师费	无单项限额
护理费	无单项限额
放射治疗、呼吸治疗、化学治疗、物理治疗、职业疗法费	无单项限额
电子喉镜检查费	无单项限额
移植费	无单项限额
康复治疗和专业护理费	累计给付日数限额:90 日
一般疾病(伤害)和一般项目门诊医疗保险责任	
医师诊疗费	无单项限额
检查费	无单项限额
化验费	无单项限额
手术室和恢复室费	无单项限额
急诊室费	无单项限额
手术医师费和麻醉师费	无单项限额
放射治疗、化学治疗费	无单项限额
针灸治疗、顺势疗法费	累计给付限额:4,000
牙科意外伤害治疗费	累计给付限额:40,000
理疗费	累计给付限额:40,000
门诊处方药—非中草药类	无单项限额
门诊处方药—中草药类	非营利性医疗机构：无单项限额 营利性医疗机构：累计给付次数限额 20 次，每次限额 300
特殊疾病和特殊项目医疗保险责任	
特殊检查费	累计给付限额：2,000
专业护士家庭护理费	累计给付日数限额：100 日
专业护理费	无单项限额

耐用医疗设备购买或租赁费	无单项限额
临终关怀费： 门诊费用 住院费用	累计给付限额：40,000 累计给付日数限额：45日
精神和心理障碍治疗费： 门诊费用 住院费用 酒精和药物滥用门诊和住院戒断治疗费	累计给付次数限额：20次 累计给付限额：50,000 累计给付限额：20,000
睡眠检查和治疗费	无单项限额
矫形改造手术费	无单项限额
先天性疾病和症状治疗费	累计给付限额：60,000
分娩和新生儿医疗保险责任	
每次怀孕分娩费	累计给付限额：68,000
妊娠并发症治疗费	无单项限额
新生儿费	累计给付限额：40,000
年龄未满一周岁的附属被保险人： 六次常规医疗检查和预防性保健费、 疫苗费	无单项限额
医疗及身故援助保险责任	
紧急医疗运送费	无单项限额
紧急医疗转运费	无单项限额
其中：陪同人员住宿费	累计给付日数限额：12日，每日限额800
遗体运返或安葬费	累计给付限额：160,000
可选保险保障-优选福利套餐：有/无	
健康检查	累计给付限额：1,600
牙科	累计给付限额：2,000 给付比例：50%

