

**中国平安财产保险股份有限公司**  
**平安产险团体全球医疗费用保险条款**  
**注册号：C00001732512024082013513**

**总则**

**第一条** 本保险合同（以下简称“本合同”）由保险条款、投保单、保险单或其他保险凭证、批单等组成。凡涉及本合同的约定，均采用书面形式。

**第二条** 本合同的投保人应为本合同订立时对被保险人有保险利益的企事业单位、国家机关、社会团体及其他团体。

**第三条** 本合同的被保险人包括：

**（一）主被保险人**

凡投保时由投保人雇佣的，年龄在十八至七十周岁，居住地在美国以外的国家或地区，可以正常生活及工作的，以及经保险人同意的下列人员，均可作为本合同的主被保险人：

1. 居住在国籍国以外的国家或地区的外籍人员；
2. 投保人在本地雇佣的高级管理人员。

**（二）附属被保险人**

经保险人同意，并在本合同中约定，主被保险人的下列家属可作为附属被保险人：

1. **配偶** 投保时年龄在满足结婚登记所在国家的法定最低结婚年龄至七十周岁，身体健康、可以正常工作及生活的主被保险人的合法配偶。

2. **子女** 投保时年龄在二十六周岁及以下、未婚、经济上完全依赖主被保险人的主被保险人的子女。包括主被保险人的亲生子女、合法领养子女、与主被保险人一起生活的继子女。

经保险人审核同意并出具保险单或批单，上述人员可以成为被保险人。若被保险人在保险期间内终止本合同，该被保险人在本合同保险期间内不得再重新投保。

**第四条** 本合同默认主被保险人和附属被保险人的经常居住地与投保人所在地一致。若主被保险人或附属被保险人的经常居住地与投保人所在地不一致，投保人应当在投保前及时以书面形式通知保险人，保险人可以提高保险费率或增加限制条件。

被保险人离开其经常居住地期间仍可以享受本合同保障。若保险期间内，被保险人离开其经常居住地累计达到 180 天及以上，保险人可以根据被保险人新的居住地调整保费。

**第五条** 在美国全日制学校上学的附属被保险人，在投保及理赔时均需提供在读证明。

**第六条** 除另有约定外，本合同保险金的受益人为被保险人本人。

**保障内容**

**第七条** 投保人应在投保时选择与被保险人对应的保障区域、可选保险责任、免赔额、自付比例、等待期，并在本合同中载明。附属被保险人的保障内容与主被保险人一致。

(一) 保障区域

投保人可以在投保时选择与被保险人对应的保障区域，在本合同的保险期间内，保险人仅承担被保险人在本合同载明的保障区域内发生的保险责任范围内的费用。

1. 全球：保障区域为全球任何国家和地区。

2. 全球（不含美国）：保障区域为全球除美国外的任何国家和地区。

3. 全球（不含美国）增强保障：保障区域为全球除美国外的任何国家和地区。对于被保险人在美国发生的，符合以下条件的紧急医疗费用，保险人也承担保险责任：

经保险人委托的医疗服务中心（以下简称“中心”）引导被保险人至最近且合适的网络医疗机构就医产生的紧急医疗费用。被保险人未经中心引导产生的紧急医疗费用，保险人不承担保险责任，但被保险人在发生紧急情况需要接受紧急医疗时，投保人或被保险人无法联系到中心的情况不受此限，但被保险人需在该紧急情况发生的四十八小时内联系中心。

紧急医疗是指，因突然发生紧急情况，为避免造成严重人身伤害或死亡，被保险人必须立即接受的医疗服务；或因不可抗力，在紧急情况发生后，二十四小时内必须接受医疗服务，但不包括以下情形：

- (1) 被保险人在到达美国之前已罹患的疾病或症状；
- (2) 非因上述紧急医疗情况而进行的常规医疗；
- (3) 可以合理延迟至被保险人从美国返回其经常居住地后接受的医疗服务；
- (4) 被保险人事先计划接受的医疗服务；
- (5) 被保险人知道或应当知道自身罹患疾病或伤害而进行的医疗；
- (6) 妊娠、分娩及由此而引起的并发症需接受的医疗服务。

4. 大中华地区：保障区域为中国大陆、中国香港、中国澳门和中国台湾。

5. 大中华地区增强保障：保障区域为中国大陆、中国香港、中国澳门和中国台湾。对于被保险人在大中华地区以外的国家地区发生的，符合以下条件的紧急医疗费用，保险人也承担保险责任：

经保险人委托的医疗服务中心（以下简称“中心”）引导被保险人至最近且合适的网络医疗机构就医产生的紧急医疗费用。被保险人未经中心引导产生的紧急医疗费用，保险人不承担保险责任，但被保险人在发生紧急情况需要接受紧急医疗时，投保人或被保险人无法联系到中心的情况不受此限，但被保险人需在该紧急情况发生的四十八小时内联系中心。

紧急医疗是指，因突然发生紧急情况，为避免造成严重人身伤害或死亡，被保险人必须立即接受的医疗服务；或因不可抗力，在紧急情况发生后，二十四小时内必须接受医疗服务，但不包括以下情形：

- (1) 被保险人在到达大中华地区以外的国家或地区之前已罹患的疾病或症状；

(2) 非因上述紧急医疗情况而进行的常规医疗；

(3) 可以合理延迟至被保险人从大中华地区以外的国家或地区返回其经常居住地后接受的医疗服务；

(4) 被保险人事先计划接受的医疗服务；

(5) 被保险人知道或应当知道自身罹患疾病或伤害而进行的医疗；

(6) 妊娠、分娩及由此而引起的并发症需接受的医疗服务。

6. 中国大陆：保障区域为中国大陆（不包含港澳台地区）。

7. 中国大陆增强保障 保险区域为中国大陆（不包含港澳台地区）。对于被保险人在中国大陆以外的国家或地区发生的，符合以下条件的紧急医疗费用，保险人也承担保险责任：

经保险人委托的医疗服务中心（以下简称“中心”）引导被保险人至最近且合适的网络医疗机构就医产生的紧急医疗费用。被保险人未经中心引导产生的紧急医疗费用，保险人不承担保险责任，但被保险人在发生紧急情况需要接受紧急医疗时，投保人或被保险人无法联系到中心的情况不受此限，但被保险人需在该紧急情况发生的四十八小时内联系中心。

紧急医疗是指，因突然发生紧急情况，为避免造成严重人身伤害或死亡，被保险人必须立即接受的医疗服务；或因不可抗力，在紧急情况发生后，二十四小时内必须接受医疗服务，但不包括以下情形：

(1) 被保险人在到达中国大陆以外的国家或地区之前已罹患的疾病或症状；

(2) 非因上述紧急医疗情况而进行的常规医疗；

(3) 可以合理延迟至被保险人从中国大陆以外的国家或地区返回其经常居住地后接受的医疗服务；

(4) 被保险人事先计划接受的医疗服务；

(5) 被保险人知道或应当知道自身罹患疾病或伤害而进行的医疗；

(6) 妊娠、分娩及由此而引起的并发症需接受的医疗服务。

(二) 免赔额

本合同的免赔额分年免赔额或次免赔额，具体在本合同中载明。

(三) 自付比例

本合同的自付比例分为，0%、10%、20%或30%，具体在本合同中载明。

(四) 等待期

除另有约定外，投保人为被保险人首次投保本保险或非连续投保本保险时，部分保险责任设定有固定的等待期，具体以本合同中载明的为准。被保险人因等待期内发生的事故而治疗产生的费用，保险人不承担支付保险金的责任。

(五) 可选保险责任

投保人可为全部被保险人选择投保体检疫苗福利、常规牙科保障、常规眼科保障、战争和恐怖主义损害保障，以及为全部或部分被保险人选择投保最佳福利套餐。

## 保险责任

第八条 除另有约定，在保险期间内，对于本合同载明保险责任范围内的，被保险人因发生保险事故而产生的符合通常惯例且医学必需的合理医疗费用，保险人按照本合同的约定，在扣除免赔额和按自付比例计算的金额后，在对应保险责任保险金额的范围内给付保险金。

本合同的保险责任包括必选责任和可选责任。必选责任为投保人在投保时必须投保的部分，可选责任为投保人根据自身需要选择其中一项或者多项进行投保的部分。投保人可以单独投保必选责任，但必须在投保必选责任的基础上投保可选责任。

保险人给付的各项必选责任和可选责任的保险金，不能超过本合同约定的各保障大类的保险金额；保险人给付的各项保险金之和，不能超过本合同约定的累计保险金额。

第九条 在保险期间内，保险人承担下列投保人为全体被保险人投保的必选保险责任：

### （一）核心医疗保障

在保险期间和本合同载明的保障区域内，被保险人因发生保险事故产生下列 1-20 项费用，保险人按照本合同的约定，在各项费用的限制范围内给付医疗保险金，具体以本合同载明的为准。

被保险人接受必选责任范围内的住院治疗，且在保险期间结束之日治疗仍未结束的，保险人仅在本合同约定的保险责任范围内承担保险期间内的住院医疗保险金的给付责任。

被保险人的住院治疗需满足以下条件，否则保险人不承担给付住院医疗保险金的责任：

（1）除因发生紧急情况住院外，被保险人住院前须取得保险人或经保险人委托的第三方管理机构授权同意；

（2）经保险人或保险人委托的第三方管理机构审核，认为被保险人的身体状况确实需要住院、看护、康复。

1. **住院费用**：被保险人在本合同载明的保障区域内，因遭受意外伤害或在等待期后罹患疾病，经医生诊断属于医学定义的疾病或伤害而必须住院治疗的，因此发生的、符合通常惯例水平合理的床位费、特殊膳食费。长期看护、慢性病长期护理，或者长期生活辅助（ADL）不在保险责任范围内。

住院费包括重症监护病房费，即被保险人在住院期间，因**医疗必需**使用重症监护病房的费用。被保险人入住重症监护病房的，须提交记载重症监护医疗必要性的病历或其他文件。

若住院费水平与病房类型相关，保险人按双人病房的标准赔付。但被保险人在中国大陆地区的公立医院治疗，保险人按标准单人病房的标准进行赔付。

2. **住院医生诊疗费、专科医生费和麻醉师费用**：被保险人因发生保险事故而住院的期间，产生的每天一次的医生巡房费用、手术医生费、专科医生费、麻醉费及麻醉师费用。若被保险人因**医疗必需**，一天内在不同的科室就诊，提供**医疗必需**的证明、诊疗记录后，因此

产生的费用，也属于本项责任的保障范围。

但若该住院医生诊疗费已经在手术医生费下取得赔付的，保险人不进行重复赔付。被保险人入住重症监护病房的，须提交记载重症监护医疗必要性的病历或其他文件。

**3. 护士护理费用：**被保险人在住院治疗期间，实际发生的、根据医生处方由专业护士对被保险人提供临床护理服务所收取的费用。

**4. 治疗费和诊断性检查费用：**被保险人在住院治疗期间，根据主诊医生书面医嘱，因医疗必需且以诊断为目的，进行如下项目而产生的诊治费用：

- (1) 由医生或注册呼吸治疗师实施的呼吸治疗费；
- (2) 由医生或在医生指导下护士实施的化学治疗费；
- (3) 医生开具处方内的药物费；
- (4) 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；
- (5) 实验室检测费用；
- (6) X光检查、超声波检查、超声波心动描记术、计算机断层扫描（CT Scan）、正电子发射计算机断层扫描（PET Scan）、核磁共振扫描（MRI）费用。

**5. 手术费、药品费和手术敷料费用：**被保险人住院期间进行手术（包括日间手术）产生的费用，包括手术室费、恢复室费、手术检测费、手术辅助费、一次性用品费、手术中用药费、手术材料费、手术设备费等。

**6. 矫形改造手术费用：**仅限于被保险人遭受意外伤害或患疾病，必需接受矫形改造手术恢复肢体功能或容貌产生的费用，不包括下颌异常或与颞下颌关节紊乱综合症有关的病症。该矫形改造手术需满足下列条件，否则保险人不承担给付本项费用的责任：

- (1) 旨在恢复或改善功能；
- (2) 应满足医疗必需的要求，但因意外导致而需进行整容手术的情况不受此限；
- (3) 若该手术是由事故导致，则事故发生时间应在本合同保险期间内。

**7. 康复治疗和专业护理费用：**按照主诊医生明确要求，被保险人因医疗必需进行的住院或日间康复治疗产生的费用，包括由医院提供的符合通常惯例水平的合理食宿费用，住宿标准不高于标准单人房；以及物理、职业、言语等合并疗法的费用。

若治疗内容仅为物理治疗、职业治疗或言语治疗，该治疗必须是在入院后须立即开始的，保险人不承担给付康复护理的食宿费用。

若需住院接受康复治疗的，“1日”是指留宿1晚；若需日间住院与门诊康复治疗，“1日”是指某个接受1次或以上康复治疗的当日。

保险期间内，被保险人入住经保险人授权批准的护理和康复中心的时间累计不得超过90天；保险人承担给付康复治疗和专业护理费的累计日数以保险单上载明的为限。

**8. 父/母陪床费用：**在未满十八周岁的附属被保险人住院期间，其父母中的一位陪同住院产生的加床费用。

**9. 重要器官移植费用** 根据主诊医生书面医嘱以及医学第二诊疗意见也确认必须进行器官移植时，被保险人接受活体器官移植手术而产生的以下费用：

(1) 移植前护理。包括评估移植需求、评估移植手术的被保险人、术前准备及稳定被保险人的医疗服务费用。

(2) 术前检查。包括所有实验室和 X 光检查、CT 扫描、磁共振成像 (MRI)、超声波、活检、扫描、药物和用品费用。

(3) 住院、手术、医生的费用、麻醉、药物和移植过程中需要的任何其他治疗费用。

(4) 移植后护理。包括但不限于因移植和移植手术后产生的任何并发症（无论是直接或间接的移植结果）而产生必要的后续治疗费用。

(5) 用于确保移植器官、干细胞或组织的生存能力和持久性的药物或治疗措施费用。

(6) 护理费用（如伤口护理、输液等）、紧急交通、医疗护理、诊所就诊、输血、用品或与移植相关的药物。包括肾脏、心脏、肝脏、肺脏及骨髓移植的费用。

除另有约定外，被保险人在进行器官移植之前，均须事先与保险人或第三方管理机构联系以获得事先授权。若被保险人未取得授权，则其将自行承担相应保险责任范围内全部医疗费用的 40%。

**10. 耐用医疗设备和假体装置费用：**耐用医疗设备是指，根据医生处方要求、满足被保险人治疗需要的康复设备、矫形支具以及其他耐用医疗设备的购买或租赁费。租赁费用最高以购置费用为限。对于根据本合同获得的耐用医疗设备的维修或更换的合理费用，保险人按照 50%进行赔付。

假体装置保障是指，被保险人使用新肢体产生的治疗费用、假体装置的费用、以及与该过程相关的费用。假体装置仅限于被保险人在住院期间发生的，不存在与假肢装置相互造成不利影响的严重心血管、神经肌肉或肌肉骨骼病症时，因医疗必需以取代被保险人身体部位功能的假体装置。

保险人仅在假肢装置的解剖结构或功能发生改变，或出现合理磨损导致装置无法正常工作，经维修后可以用时承担修复保险责任。

保险人仅在假肢装置的解剖结构或功能发生改变，或出现合理磨损导致装置无法正常工作且不可修复时承担更换的保险责任。

本合同保障的假体装置，具体包括：

(1) 人造器官：

a 起搏器；

b 经皮冠状动脉腔内成形术的支架；

c 眼内人造晶状体或眼角膜；

d 控制小便失禁或膀胱装置；

e 人工心脏瓣膜；

- f 金属或人工关节；
- g 人工韧带；
- h 主动脉或动脉血管；
- i 括约肌；
- j 清除脑部积液；
- k 植入人工耳蜗。

(2) 人造假体：人造四肢和其他假体装置。具体包括：

- a 护膝，需为十字（膝部）韧带修补手术的必要部分；
- b 护脊，需为脊椎手术的必要部分；
- c 外部固定支架，例如因开放性骨折或头部、颈部手术后所需使用的；
- d 人造手臂、手，腿，脚等肢体。

被保险人没有明显的心血管、神经肌肉或肌肉骨骼问题。只有当解剖或功能改变或合理的磨损使假肢无法正常工作时，保险人才承担对假肢的修复费用。只有当解剖或功能改变或合理的磨损使假肢失去功能和不可修复时，保险人才承担假肢的更换费用。假肢的初始覆盖、修复和/或更换必须事先获得保险人的授权。假体装置不包括用于运动或提高运动性能的特殊高性能假肢。

(3) 糖尿病辅助设备：胰岛素泵及其相关用品的费用。

关于本项责任的门诊医疗费用，仅在门诊医疗保障项下给付，且具体给付标准以门诊医疗保障中约定的为准。

**11. 临终关怀费用：**经医生书面诊断，被保险人因罹患本合同责任范围内的终末期疾病，且预计存活期在 240 日以下（含），经保险人或第三方管理机构事先授权在保险期间内，该被保险人接受具有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、经医学指导实施的姑息性、支持性医护设施而发生的费用。**被保险人接受临终关怀机构提供的临终关怀，须基于病情和家庭的必要。**

除另有约定外，被保险人在进行临终关怀之前，均须事先与保险人或第三方管理机构联系以获得事先授权。**若被保险人未取得授权，则其将自行承担相应保险责任范围内全部医疗费用的 40%。**关于本项责任的门诊医疗费用，仅在门诊医疗保障项下给付，且具体给付标准以门诊医疗保障中约定的为准。

**12. 精神疾病治疗费：**被保险人经具备资质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诊断为罹患心理障碍和精神疾病，因治疗需要接受具有专业资格的医生或心理学家实施的住院、门诊医疗或咨询费用。

心理障碍和精神疾病，包括但不限于神经性贪食/厌食症、悲伤辅导和悲伤治疗、注意力缺陷障碍、注意缺陷多动障碍。

关于本项责任的门诊医疗费用，仅在门诊医疗保障项下给付，且具体给付标准以门诊

医疗保障中约定的为准。

**13. 酒精及药物滥用治疗费用** 保险人支付被保险人因酒精成瘾及药物滥用而需住院和/或门急诊的诊断、戒除、咨询和其它医疗服务产生的费用。

**14. 慢性病治疗费用**：保险期间内，被保险人经医院诊断罹患慢性病，因医疗必需而接受慢性病维护、缓解或对症的治疗，以及慢性病急性恶化的稳定治疗产生的费用。对于本合同保险起期后 180 天内确诊的慢性病，被保险人应根据本合同的要求提供详细的信息资料。

慢性病指包含以下一项或几项特征的疾病或损伤：

- (1) 本身具有复发性；
- (2) 不存在已知的、普遍认可的治疗方法；
- (3) 一般认为其对治疗无明显反应；
- (4) 需要姑息疗法；
- (5) 需要长期观察或监护；
- (6) 导致永久残疾。

关于本项责任的门诊医疗费用，仅在门诊医疗保障项下给付，且具体给付标准以门诊医疗保障中约定的为准。

**15. 艾滋病以及并发症治疗费用** 艾滋病以及并发症，指 HIV（人类免疫缺陷病毒）、AIDS（获得性免疫缺陷综合症）、ARC（艾滋病相关并发症）和性传播疾病。被保险人加入本合同保障计划并连续投保四个保单年度后，可将在首次投保日期后罹患的前述疾病纳入保障范围，保险人自被保险人连续投保的第五个保单年度起，对治疗前述疾病产生的医疗必需的、非实验性的费用承担保险责任。

**16. 住院津贴**：被保险人发生本合同责任范围内的住院治疗，不向保险人就住院产生的实际费用申请理赔的，可向保险人申请住院津贴，保险人按照被保险人实际住院天数及本合同约定的住院津贴金额进行给付。若被保险人住院实际产生的金额低于住院津贴给付金额，保险人按照被保险人住院实际产生的金额给付。

**17. 家庭护理费用**：保险期间内，被保险人住院接受治疗出院后，根据医生医嘱要求的，需在其家中继续接受、医学必需的专业护士护理产生的费用。

专业护士护理属于医学必需，须同时满足以下条件：

- (1) 被保险人对专业护士护理确有需要，而非出于方便家庭成员为目的；
- (2) 每日专业护士护理的时间至少持续 4 小时，但不超过 12 小时，下列情形除外：
  - a 住院治疗的被保险人被运送回家的当日；
  - b 被保险人病情急重，须接受 12 小时以上的专业护士护理以免入院接受治疗；
  - c 根据医生医嘱要求需要在专业护理机构接受护理，但专业护理机构无空余床位。

除另有约定外，被保险人需使用四次及以上家庭护理时，需要事先获得保险人或第三方管理机构授权。若被保险人未取得授权，则其将自行承担相应保险责任范围内全部医疗费

用的 40%。

**18. 家族病史筛查费用：**被保险人因医疗必需，由执业医生建议的基于家庭病史的筛查和测试，仅限于前述医生指定的单一病种的筛查，而非全面的体检筛查。对于前述筛查，保险人在本合同约定的保险金额内承担赔偿责任。

**19. 体育运动及其他活动保障：**本项保障为被保险人参与休闲体育运动或活动时发生的人身伤害提供医疗保障，此类运动/活动需以放松或者休闲娱乐为目的，不需要经过任何特殊训练，也不会因此增加受伤或死亡的风险。包括但不限于：皮划艇、浮潜、划艇、帆船、1-3 级漂流、15 米以内的带水肺潜水。

本项保障不包括任何危险性的或者极端运动或活动所造成的伤害，即参加此类运动，若非经过高阶培训或者长期训练，则有可能造成严重事故或死亡。此类运动包括但不限于：蹦极、定点跳伞、跳伞、潜水深度超过 15 米、赛车驾驶、滑雪和攀岩等。本项保障也不包括任何因参与者的突出表现而可获得报酬的任何职业运动或活动。若被保险人不能确定某项特定运动或活动是否属于保险责任范围，请在参与前与保险人联系获得确认信息。

**20. 战争及恐怖主义保障（仅限被动情况）：**非被保险人主动参与的，因战争和恐怖主义行为对被保险人造成的人身伤害产生的医疗费用。但不包括使用大规模杀伤性核武器、化学武器或生物武器。若被保险人不是此类活动的积极参与者或培训者，以下活动均被视为战争和恐怖主义行为，并包含在本项保障中：

- (1) 战争、敌对行动或类战争行动（不论宣战与否）
- (2) 入侵
- (3) 被保险人国籍或者行为发生地的国家以外的敌人的行为
- (4) 内战、暴乱、叛乱、推翻合法政府
- (5) 军事或篡夺政权
- (6) 战争、武器爆炸
- (7) 随后被证明无合理怀疑的谋杀或袭击是与被保险人国籍无关的国家的特工人员行为，不论是否与该国的宣战
- (8) 恐怖主义活动

## **（二）紧急医疗保障**

被保险人在遭受意外伤害事故后的 48 小时内，因医疗必需而必需前往医院急诊接受紧急治疗的，对因此发生的下列 1-5 项的费用，保险人按照本合同的约定，在各项费用的限制范围内给付紧急医疗保险金。

**对于单一被保险人，在保险期间内最多使用一次的紧急医疗运送及/或遣返服务。**

**1. 地面救护车费用：**在紧急情况下，出于治疗必要，使用专业救护车将被保险人运至医疗机构所发生的费用。

**2. 紧急医疗遣返和转运费用** 被保险人遭受生命危险、得不到及时治疗将导致身故或严重人身伤害的，如果在保险事故地不能获得适当治疗，被保险人或相关人员可以联系保险人或第三方管理机构，经授权许可，将由相关机构安排运送被保险人至最近的且能够提供紧急医疗服务的医疗机构，因此产生的费用属于保险责任范围。

根据被保险人的病情或伤势，保险人或第三方管理机构可以决定运送目的地和医疗机构。如果被保险人不在保险人或第三方管理机构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，由被保险人自行承担。未经保险人或第三方管理机构许可，被保险人自行安排运送的，运送费用由被保险人承担。

发生紧急医疗转运时，经保险人同意，保险人承担一位陪同此次转运人员的公共交通工具（限飞机经济舱）的费用和住宿费用。

如果被保险人在水上（包括邮轮，船舶等水上运输工具）因意外事故或疾病，需要紧急医疗转运，保险人不承担任何自水上到陆地的转运费用，被保险人需自行安排并承担自水上到任何本合同载明保障区域内陆地的费用，被保险人到达陆地后由保险人安排后续转运。

如果被保险人因疾病不能继续工作需返回国籍国时，保险人可以决定是否将被保险人送返其国籍国。经保险人同意，将由第三方管理机构负责将被保险人送返回其国籍国。

**3. 遗体遣返费用** 保险期间内，被保险人在其国籍国以外的国家或地区身故，在事发地法律法规许可的情况下，根据被保险人继承人的要求，保险人将运送被保险人遗体至其国籍国或安排当地安葬。因此产生的费用，保险人按照本合同的约定赔偿。被保险人遗体遣返所需的必要许可，由第三方管理机构安排协调。

本项保障不包括归还个人物品、宗教或世俗纪念、告别服务费用、牧师、鲜花、音乐、公告、邀请客人费用和类似的个人丧葬要求的费用。通过空运将被保险人遗体运回其国籍国的必要许可，由第三方管理机构协助安排。

**4. 急诊室费用：**被保险人遭受意外伤害事故后的 48 小时内，因医疗必需而前往医院急诊室接受紧急治疗产生的服务费和诊疗费。

被保险人在非紧急、意外的情况下，如需使用美国的急诊治疗服务，须自行承担 50%因此产生的急诊室服务费和诊疗费。

**5. 紧急牙科费用** 仅限于被保险人健康牙齿遭受意外事故受损，产生的清创、止血、止痛、基础修补的医疗费用。因咀嚼食物或其他物体引起的牙齿损伤，或属于“牙科医疗保障”范围的常规牙科治疗费用，仅在牙科医疗保障项下给付，具体给付标准以牙科医疗保障中的约定为准。

**第十条** 在投保本保险合同第九条的保障基础上，投保人可为全体被保险人选择投保下列可选保险责任。如果被保险人投保下列可选责任，在本合同保险期间内，保险人承担相应保险责任：

#### （一）门诊医疗保障

在本合同约定的保险期间和保障区域内，被保险人因遭受意外伤害或者罹患疾病的，经医生诊断必须接受门诊治疗产生的合理医疗费用，保险人按照本合同的约定，在各项费用的限制范围内给付门诊医疗保险金，具体以本合同中载明的为准。

**1. 医生诊疗费和专家门诊费：**被保险人接受医生/专科医生提供治疗所必需门诊服务产生的费用，包括挂号费及诊疗费，**同一病症每日以一次就诊为限。**（被保险人经主诊医生书面确认，因医疗必需同一日在不同科室就诊产生的费用除外）。

## **2. 处方药费**

(1) 在美国以外的国家或地区产生生的处方药费：

a 按本合同约定比例报销。被保险人自行承担按自付比例计算的金额，且不设上限；

b 在本合同每个保险期间内以 90 日用量为上限；

c 当被保险人的保障区域涵盖大中华/中国大陆地区，经执业医师针对保险责任范围内的疾病开具的治疗性非处方药的费用，也属于本项保障范围。

(2) 当被保险人保障区域包含美国，发生在美国的处方药费：

a 在本合同每个保险期间内以 180 日用量为上限；

b 在美国发生的药费必须在保险人指定的属于美国网络医疗机构的药店购买。网络医疗机构内药店的范围以保险卡中列明的为准，被保险人在购买药品时需出示该保险卡；

c **如果被保险人选择购买品牌药而非同类普通药，则被保险人须自行承担二者差价。**但经医生书面医嘱要求必须使用品牌药的情形不受此限。

(3) 药费赔付折扣：根据购药区域和医疗机构，保险人按照本合同约定的相应赔付比例计算保险金。常用药可用时，须使用常用药。**报销处方药费时无需计算免赔额。**

(4) **OTC 药品将仅限于保障区域涵盖中国大陆地区由执业医师开具的非处方药。**

**3. 门诊诊断测试费：**经医生书面确认，被保险人因医疗必需且有助于诊断或评估被保险人症状，而进行化验和检查产生的费用。化验和检查的项目，包括但不限于血液检查、心电图检查、超声波检查、CAT 检查、PET 检查、核磁共振 (MRI) 检查、X 光检查、内窥镜检查（如胃镜，肠镜，膀胱镜）。

**4. 门诊手术费、麻醉服务费：**被保险人在门诊进行的医疗必需的手术产生的费用，包括手术室费、恢复室费、麻醉费、麻醉师费、手术检测费、手术辅助费、一次性用品费、手术中用药费、手术材料费、手术设备费等。门诊包括医生/专科医生诊所，医院设立及营运的日间护理中心、门诊部或等同门诊部的场所。

**5. 理疗费用：**被保险人因医疗必需在医院门诊、医疗供应商、或者经保险人认可的独立机构内接受的理疗而产生的诊疗、治疗费用，包括但不限于物理治疗、脊柱指压治疗、职业性治疗法、语言障碍治疗、整骨治疗。该理疗必须由具有资质的专业人员实施，且必须符合医生出具的书面治疗计划里的短期和长期治疗目标。**经保险人审查认为必要的，被保险人须在接受理疗前提供给保险人审查，且该理疗须满足下列条件：**

(1) 在合理可预见的时间内，被保险人的病症可以得到显著改善；且

(2) 存在一定程度的复杂性和专业性，只有具备资质的人员才能安全、有效实施。

若被保险人接受的理疗并非同一日提供或进行，保险人将视为不同诊次。对于同一病症、同一治疗方式，每日以一次为限。经主诊医生书面确认，被保险人因医疗必需而须同一日内在不同科室就诊的不受此限。

**保险期间内，保险人承担的门诊理疗次数以本合同载明的为限。**

## **6. 中医治疗和顺势疗法**

仅限于同时满足以下条件的治疗：

a 被保险人罹患保险责任范围内疾病，接受具有资质的医疗机构提供中医治疗产生的中医诊疗费（包括中草药）、针灸治疗、顺势疗法等费用。

b 若被保险人接受的治疗并非同一日提供或进行，保险人将视为不同诊次。每日以一次为限。经主诊医生书面确认，被保险人因医疗必需而须同一日内在不同科室就诊的不受此限。

**保险期间内，保险人承担中医治疗和顺势疗法的次数，以本合同载明的为限。**

## **(二) 牙科医疗保障**

在本合同约定的保险期间和保障区域内，被保险人发生保险事故，接受牙科医生在牙科诊所或设有牙医科室的医院治疗而发生的费用，保险人按照本合同的约定，在下列费用的限制范围内给付牙科医疗保险金，具体以合同中载明的为准。具体包括：

### **1. 预防治疗费**

包括以下项目的费用：

- (1) 口腔检查，每个保险期间内以 2 次为限；
- (2) Bitewing X 射线；
- (3) 预防性治疗；
- (4) 牙齿清洁（口腔预防），每个保险期间内以 2 次为限；
- (5) 局部氟化物治疗，仅适用于年龄在 19 周岁以下（含 19 周岁）的被保险人；
- (6) 窝沟封闭。

**2. 基础治疗费：**被保险人因常规牙科治疗所发生的费用。针对有医疗必需且收费合理的基本修复、牙髓治疗、牙周治疗和口腔外科手术产生的以下项目费用，保险人也承担给付责任：

- (1) 补牙；
- (2) 拔牙（不包括智齿拔除）；
- (3) 牙髓治疗；
- (4) 根管治疗；
- (5) 牙周病和其他牙龈和口腔组织疾病的治疗；
- (6) 口腔外科手术；

- (7) 有医疗必要性的口腔外科手术的麻醉师费；
- (8) 紧急缓解治疗；
- (9) 注射抗生素药物。

**3. 重大治疗费：**主要针对修复性牙科治疗，包括以下项目费用：

- (1) 牙冠和嵌体；
- (2) 固定桥（包括实验室和麻醉费）；
- (3) 智齿拔除；
- (4) 必要的医生安装或更换用品费及服务费。

**4. 正畸治疗费：**19周岁以下（含19周岁）的被保险人接受必要的正畸治疗发生的相关费用，包括模型研究（含口腔X光片）、牙齿印膜、正畸拔牙和托槽粘接费用。

对于上述保障中各项保险责任范围内的费用，**被保险人已经从其他保障项目中获得赔偿的，保险人将不再重复给付保险金。**

### （三）生育医疗保障

本项保险责任的等待期为本合同生效之日起6个月，保险人仅承担等待期后被保险人因生育而产生的相关医疗费用。

在本合同约定的保险期间和保障区域内，当主被保险人及其配偶均为本合同的有效被保险人，且双方保障计划均含有“生育医疗保障”，在等待期后生育新生婴儿的，该女性被保险人在保障区域内的医疗机构或生育中心发生的合理且医疗必需的、符合通常惯例水平的费用，保险人按照本合同的约定，在各项费用的限制范围内给付生育医疗保险金，具体以本合同中载明的为准。

在同一保险期间或同一次妊娠中，不论同时出生的新生婴儿的数量，均以本合同载明的保险金额为限。若妊娠跨保险期间，第二个保险期间的该项保险金额需减去上一保险期间已赔付的金额。

除另有约定外，该女性被保险人在接受妊娠检查和分娩前，均须通知第三方管理机构，并取得授权。但该女性被保险人因妊娠并发症需要紧急入院的情形除外，**被保险人或相关人员须在该女性被保险人紧急入院后的48小时内通知保险人或第三方管理机构。**

**1. 生育费用（包括医疗需要的剖腹产、产前检查和产后护理）：**女性被保险人因妊娠发生的保险责任范围内的费用包括：

- (1) 不高于标准的床位费、医院或生育中心提供的合理膳食及营养配餐费；
- (2) 产科专科医生、专业助产护士费用；
- (3) 产前检查费、产后照护及治疗费用；
- (4) 妊娠期内产科医生开具的维生素和钙剂费用；
- (5) 妊娠期内超声波检查费，**如因高危妊娠或并发症而需要额外的超声波检查，则需**

**事先向保险人或第三方管理机构提交产科主诊医生的书面证明；**

(6) 早产费、顺产费、麻醉费及医疗必需的非选择性剖腹生产费。

**2. 新生儿护理：**女性被保险人在保险期间内生育的婴儿在出生后 14 日内发生的住院护理费，包括但不限于：一般检查、免疫接种、听力测试、苯丙酮尿症（pku）血液测试和包皮环切。前述婴儿需接受的任何疾病治疗及其后续治疗的费用，须在其入保后承保于自身的保单内给付。

### 3. 生育并发症费用

生育并发症，是指需要住院治疗的、由分娩引起或加剧的症状。即女性被保险人因发生以下妊娠、早产、先天性疾病和出生异常的并发症，包括但不限于急性肾炎、肾病变、心代偿失调、意外流产、异位妊娠终止、妊娠期内无法分娩时主动终止妊娠。生育并发症费用，是指被保险人经产科医生诊断认为属于医疗必需的，为治疗前述生育并发症产生的费用。

具体并发症如下：

产前并发症（19 种）	产时并发症（8 种）	产后并发症（6 种）
妊娠高血压综合症	子宫破裂	产褥期感染
子痫前症	羊水栓塞	产后尿潴留
妊娠肝内胆汁瘀积症	宫颈及阴道裂伤	乳腺炎
前置胎盘	子宫内翻	晚期产后出血
胎盘早剥	产后出血	产后子宫感染
母婴血型不合	产科休克	子宫复旧不全
妊娠糖尿病	产科弥散性血管内凝血	
妊娠心肌梗死	羊膜腔感染综合症	
妊娠静脉血栓栓塞		
妊娠期舞蹈病		
急性脂肪肝		
轮廓胎盘		
血管前置		
羊水过多		
羊水过少		
胎膜早破		
胎儿宫内发育迟缓		
胎儿宫内窘迫		
脐带异常		

对于生育医疗保障中各项保险责任范围内的费用，若被保险人已经从其他保障项目中获得了赔偿，保险人将不再重复给付保险金。

### （四） 体检疫苗保障

除另有约定外，本合同约定的保险期间和保障区域内，被保险人发生的以下体检疫苗费用，保险人按照本合同的约定，在各项费用的限制范围内给付体检疫苗保险金，具体以合同中载明的为准。

1. 成年女性/男性特定筛查费用：大于 40 周岁的女性主被保险人或女性附属被保险人，每一保险期间的一次常规乳腺钼靶和子宫颈抹片（PAP）检查费用；大于 50 周岁的男性主被保险人或男性附属被保险人，每一保险期间的一次的 prostate 特异性抗原（PSA）检查费用。

2. 常规体检、检验和免疫接种：被保险人每一保险期间一次全身体检费以及相关检查化验费、疫苗接种费。未满 18 周岁的附属被保险人，在保险期间内发生的合理且必需的免疫接种，包括但不限于白喉、肝炎、麻疹、腮腺炎、百日咳、小儿麻痹症、卡介苗、破伤风、水痘、嗜血杆菌属、B 型流感病毒疫苗等。

本合同门诊医疗保障的免赔额不适用于此可选体检疫苗保障，但自付比例将仍然适用于本项保障。

对于本项保障中各个保险责任范围内的费用，若被保险人已经从其他保障项目中获得了赔偿，则保险人将不再重复给付保险金。

#### （五）眼科保障

对于眼科保障，保险责任范围内的费用包括：

1. 一次眼科检查费；
2. 一副眼镜框架费；
3. 一副镜片费。（包括：单焦、双焦、三焦或隐形眼镜 1 盒）

保险责任范围内眼科保障的费用不包括太阳镜、防眩光镜片，防划伤镜片及防紫外线防晒镜片及相关配件的费用。

#### （六）昂贵医院保障

在本合同约定的保险期间和保障区域内，被保险人因发生保险事故而在昂贵医院进行治疗的，因此产生的费用，保险人按照本合同的约定，在各项费用的限制范围内给付保险金，具体以合同中载明的为准。

本合同所称昂贵医院是指医疗费用明显高于市场水平的医疗机构，保险人可以根据医疗机构的收费水平进行调整，具体以保险公司或第三方管理机构在本合同载明的“昂贵医疗机构列表”为准。该医疗机构应同时满足如下条件：

1. 经医疗服务所在地国家的当地法律或政府认可，可收治急症病人；
2. 由常驻执业医师管理或提供医疗服务；
3. 在专业护士指导下每日二十四小时连续提供护理服务。

前述医疗机构不包括护理机构、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。

#### （七）保障区域外的紧急医疗

在本合同约定的保险期间内，被保险人旅行到保障区域之外的地区，突发保险责任内的疾病或创伤，且需要在24小时内紧急住院治疗的，对于单次旅行最长不超过6周，且已经发生的合理医疗费用，保险人在合同约定的保险金额内承担保险责任。

如果被保险人离开日常居住地超过6周，须及时通知保险人。保险人将与被保险人的主治医生进行沟通，可以审核此次治疗费用是否合理且必要的，同时被保险人也需证明此次保障区域外的紧急医疗是不能延期至被保险人返回保障区域内进行的。

## 责任免除

第十一条 被保险人在下列期间遭受损失和费用，保险人不负责赔偿：

1. 非就诊人本人就诊；
2. 被保险人醉酒或受毒品、管制药物的影响期间；
3. 被保险人毒驾、酒后驾驶、无合法有效驾驶证驾驶或驾驶无有效行驶证的交通工具期间，或乘坐毒驾、酒驾人所驾驶的交通工具期间；
4. 被保险人感染艾滋病病毒（HIV）或患艾滋病（AIDS）期间，包括对属于既往症的性免疫缺陷综合症（艾滋病）、艾滋病相关综合症（ARC）、艾滋病阳性反应、所有继发病以及性传播的病症期间；
5. 被保险人参加任何职业运动或活动，开展危险活动或训练期间；
6. 战争（无论是否宣战）、恐怖主义行动、军事行动、暴乱、暴动或武装叛乱期间，包括为参与前述事项而接受训练期间；
7. 被保险人故意自伤、自残、自杀、故意暴露于不必要的危险中、从事违法犯罪活动或抗拒依法采取的刑事强制措施。但被保险人自杀时为无民事行为能力人的除外；
8. 被保险人挑衅或者故意行为而导致的打斗、被袭击、被谋杀；
9. 投保人或被保险人的故意隐瞒、欺诈行为；
10. 被保险人在投保前所患既往症，等待期内被保险人确诊罹患的疾病；（有特殊约定的不受此限）
11. 没有提前通知保险人或者得到保险人批准，就接受需事先授权的医疗服务所产生的自付责任；
12. 被保险人在不符合本合同约定的保险人认可的医疗机构就诊；
13. 流产，包括任何自愿性人工流产及其并发症；（危及女性被保险人生命情况的不受此限）
14. 酒精和药物滥用，包括任何直接或间接地由酒精或违禁药物滥用或其他成瘾，或任何未按照处方剂量或处方目的药物使用引起的疾病或伤害的治疗；
15. 缩胸手术，包括与其相关的所有服务和治疗；
16. 包皮环切术，但出于医疗必需的不受此限；

17. 足部治疗，包括常规足部护理，如修足和去除鸡眼、老茧或其他病变，或修剪指甲或其他非由疾病或伤害造成的服务；矫形鞋或其他辅助装置，如足弓支撑，矫形装置，或任何其他治疗虚弱、紧张、平足或足弓坍塌等诊断的预防性服务或用品；

18. 咨询和检测服务，如非医疗性质的心理辅导、咨询服务，包括但不限于婚姻家庭咨询、教育咨询、能力倾向检测、教育检测和服务；

19. 咨询，包括电话、电子邮件和线上医疗咨询以及远程医疗、错过预约，诊所下班后加时费用，以及任何被保险人家庭成员或附属被保险人家庭成员使用拥有全部或部分所有权的医疗供应商所产生的费用；

20. 过敏原测试及脱敏，但疾病相关的 IgE 检测不受此限；

21. 由于心理疾病导致的行为或学习障碍、进食障碍；

22. 更年期、青春期、衰老及类似的身体变化，包括与其相关的所有治疗；

23. 非医疗必需的美容和选择性外科手术，包括主要用于加强、改善或改变人体外貌特征的治疗、或药物，除非是在本保单承保期间，由非工伤引起的并符合本合同约定的手术需求，但这些治疗所引起的并发症也不属于保障范围；

24. 传染病，包括由世界卫生组织（WHO）、疾病控制和预防中心（CDC）或疫情爆发或流行所在国家的政府或政府机构或当局宣布，为爆发、流行或公共紧急事件的相关治疗和服务。如果在旅行至流行病影响国家或地区之前，国务院、使馆、航空公司或其他政府机构已经对旅行至该地域发出官方警告，保险人将不承担相关医疗费用；

此项除外责任不适用于往返于未提前发出危险警告，意外或不知情地爆发流行病的地区，或爆发之前被保险人居住或工作的地区。

25. 不孕不育症/生育治疗及生育控制，包括用于以下目的的任何服务、流程或治疗（包括药物）：

（1）治疗不孕不育的治疗，包括体外受精、配子输卵管内移植（GIFT）、受精卵输卵管内移植（ZIFT）以及这些流程的任何形式，以及与人工授精精子准备或储存。此外，与代孕母亲有关的所有费用，保险人也不负责赔付；

（2）输精管结扎和绝育，以及男性或女性绝育复通；

（3）避孕药物及装置，包括插入或移除这些装置的费用、为生育做准备的经期调理药物的费用；

（4）性功能障碍，包括用于男性或女性性欲增强或治疗性功能障碍如勃起功能障碍、早泄和其他类似病症的任何流程、服务、用品或药物。

26. 优生优育筛查，包括有任何症状的或重大的、被证实风险存在的检查等。

27. 基因检测相关的疾病的咨询、筛查、检查或治疗；

28. 先天性畸形、变形或染色体异常及先天性疾病。但在本保单生育福利项下出生且出生即日起加入本合同并持续承保的被保险人子女不受此限；

29. 生长激素治疗。但用作本合同所承保疾病的综合治疗计划一部分的不受此限；

30. 发育问题，例如学习能力、语言能力及行为表现，但生长发育未达到预期标准的不受此限；

31. 毛发治疗，如治疗秃头或脱发，包括但不限于毛发整形，毛发移植，任何其他刺激毛发生长的流程，用激光、电解、蜡疗、或其他方法暂时去除毛发的流程；

32. 听力治疗，包括常规检查、助听器或设备、手术植入或去除骨锚听力装置；

33. 疫苗，但投保了疫苗接种保障的不受此限；

34. 制裁，即使本合同下任何条款扩展承保，但如果向本合同下享有相关权利的被保险人、受益人或第三方团体提供保障、服务、福利或支付费用，或者被保险人从事的事情或活动，会引起交易/经济处罚或违反法律法规的，保险人也不承担相关赔偿责任；

35. 皮肤病，包括痤疮、红斑痤疮、皮垂以及任何其他旨在改善皮肤外观的治疗（囊性或脓疱性痤疮除外）；

36. 睡眠研究，包括睡眠研究和其他与睡眠呼吸暂停有关的治疗；

37. 戒烟治疗，无论是否为医生推荐；

38. 自残导致的疾病或伤害，包括由自残引起的疾病或伤害、自杀或企图自杀（无论是否神志清醒）所引起病症的治疗。任何因主动将自己暴露在危险或人身伤害环境中而直接或间接造成的或与之有关的损失或费用（被保险人属于见义勇为的不受此限）；

39. 变性手术，包括在变性手术、手术流程的准备阶段或之后的医学或心理咨询和荷尔蒙治疗，以及其他和变性及其并发症有关的费用；

40. 任何与以下内容相关的服务、用品有关的眼科治疗：

（1）旨在矫正屈光不正或缺陷（包括近视或老花眼）的视力治疗或眼科手术；

（2）眼科检查、镜框、镜片或隐形眼镜，除非在可选眼科福利保障范围内；

（3）防眩光、防刮擦、防紫外线的可选镜片涂层，以及太阳镜和相关配件；

（4）其他助视装置。

41. 体重相关治疗，包括对肥胖症、体重控制、任何形式的食物补充剂、减肥计划、饮食咨询、或与病态或非病态肥胖有关的手术流程的费用、服务、或治疗，以及此类治疗或手术流程引起的并发症的有关费用；

42. 实验性治疗，包括保险人视为实验性或研究性的，或不被医学认可的用于特殊诊断的服务、用品、或治疗（包括药物）；

43. 非法活动，包括实施或企图实施违法行为所造成的或在其期间发生的伤害、疾病；

44. 医学检查或诊断，包括任何为获得医学证明，或决定是否适合雇佣、入学、体育活动、旅行，或保险可保性，所必需的检查、免疫接种或检测费用；

45. 非本合同约定的承保范围内的治疗，包括任何存在以下情况的疾病或伤害的治疗或相关收费：

- (1) 医生未要求或推荐的；
- (2) 非医疗必需；
- (3) 不在医生执照可执业服务范围内的；
- (4) 保险人认为是非专业的或不必要的治疗（包括但不限于中医调理、由于不适和疲劳就诊）。

46. 非医学治疗，包括与监护、临时护理、家庭式护理、日常生活活动（ADL）（见释义 51）协助或环境疗法相关的服务；护理院、养老院、长期护理机构、疗养院、水疗中心、水疗诊所或类似设施的入住；全部或部分由于家庭原因，使得医院实际成为或可以被视为被保险人的住所或永久居留地的住院；

47. 核爆炸、核辐射、核污染、来自任何核材料或核燃料燃烧产生的放射性污染，使用核武器、生化武器，化学污染；

48. 地震、海啸、洪水、火山爆发、正式宣布的疫情等任何灾难现象；

49. 政府有关部门的行政行为或司法行为；

50. 本合同生效前或期满后的费用，包括保险合同生效前（含等待期内）或保险期间届满后发生的医疗费用，以及在保险期间届满后按疗程使用的药品费用；

51. 在本合同约定的保障区域外接受医疗服务产生的费用；

52. 超出一般水平的费用，包括任何超出本合同约定的保障区域范围的、超出通常水平的服务和治疗费用；

53. 其它机构可报销的费用，包括通过以下方式提供或付款的医疗服务、医疗用品或治疗：

(1) 依据任何国家的工伤补偿、职业病法或有关职业病的类似法律，可获得补偿的费用；

(2) 已从政府或者其他保险获得补偿的费用；

(3) 在政府指导下，发生的与传染病或公共紧急情况相关的费用。

54. 以下医疗服务、医疗用品治疗方法、药物及/或紧急空运服务：

(1) 非医生处方要求的服务费用；

(2) 非医疗必需的医疗费用，未经过医生批准或建议的费用；

(3) 不在医务人员执业范围的医疗服务费用；

(4) 不符合本合同约定的认可标准、或不属于医疗必需范畴的医疗服务费用。

55. 耐用医疗器材，包括但不限于以下情况：

(1) 为了舒适或方便个人的设备，如电话托臂、床上桌板；

(2) 改进空气质量或者调节温湿度的器件，如空调、加湿器、除湿器、空气净化器；

(3) 生活杂项，如健身器材、加热灯、加热垫、马桶座圈、浴缸座；

(4) 定制或改造的任何交通工具、洗浴设备或者住宅设备费；

(5) 助听器。

56. 假肢，包括用于运动或改善运动能力的高性能假体装置，力量增强或力量控制装置，神经刺激装置，以及其它增强型假体装置；

57. 器官移植供体费用。包括寻找捐赠者和捐赠者医疗服务的费用，骨髓、干细胞或其他组织或细胞的储存费用，以及超过 24 小时的所有超低温保存费用；

58. 非处方药，包括非处方药品或医疗设备，不论是否由医生推荐。包括但不限于以下情况：

(1) 烟草；

(2) 美容药物，即使因非美容目的而购买；

(3) 痤疮和红斑痤疮治疗药物（包括激素和维生素 A 酸），但囊性和脓疱性痤疮不受此限；

(4) 维生素及主要起营养滋补作用的单方、复方或中草药，包括但不限于：人参类，玳瑁，玛瑙，珊瑚，猴枣，狗宝，马宝，海马，海龙，琥珀，灵芝，动物器官类，牛黄、麝香，羚羊角尖粉，羚羊角粉，犀角，燕窝，藏红花，血竭，珍珠（粉）、阿胶类、鹿角胶、鳖甲胶，龟角胶、龟鹿二仙胶、龟板胶、鹿茸、冬虫夏草、血宝胶囊、红桃 K 口服液、十全大补丸（膏），及以上所列药品包括生药及炮制后的饮片及药材、中药熏蒸、膏方费，中草药代加工成粉剂、药丸、胶囊、胶或者其他制剂发生的加工费等；矿物质等。但投保了生育医疗保障的被保险人，在妊娠期内使用医生处方开具的维生素、钙剂或接受相关治疗的不受此限。

59. 个人舒适及便利用品，包括仅为了个人舒适或方便而提供的物品，如电视、单人病房、家政服务、访客食宿、特殊饮食、电话费和带回家用品。

60. 门诊医疗费用，体检疫苗费用，牙科医疗费用（包括但不限于基础诊断检查、清洗、基本修复、牙周治疗、口腔外科手术、牙冠、牙桥、根管治疗、智齿拔除、正畸治疗、及所有其他预防性、基础或重大牙科服务），生育医疗费用，眼科医疗费用等，但本合同被保险人已投保相关保障的不受此限；

61. 被保险人在本合同保险期限结束之日治疗仍未结束，该次住院治疗在本合同终止日后发生的医疗费用；

62. 住院仅为长期看护、慢性病的疗养或者帮助被保险人日常寝食活动；

63. 豪华、行政、套房、VIP 或家庭房等昂贵病房的费用；

64. 被保险人在住院期间购置的个人用品费用；

65. 膳食费用：

(1) 所住医院外的其他营利性餐饮服务机构提供的餐饮费用；

(2) 不是根据医嘱配送的餐饮费用；

(3) 不在医院开具的医疗费用清单上的餐饮费用。

66. 住院期间发生的，根据保险人或第三方管理机构的意见，被保险人可在医院门诊部接受化验、诊断性检查而无须住院的，相关的化验费和诊断性检查费；

67. 非专业护理：家居护理、监护、修养和温馨关怀服务产生的费用；

68. 智能测试、教育测试、压力、婚姻和家庭心理问题咨询费用；

69. 被保险人接受鼻饲或胃造口管喂养，无其他对专业护士护理需要而在家接受的专业护士护理；

70. 紧急医疗保障，对于下列损失、费用和责任，保险人不承担赔偿责任：

(1) 因罢工、战争、敌国入侵、武装冲突（不论正式宣战与否）、内战、叛乱、暴动、恐怖活动或军事政变、民事骚乱、政治干预、辐射、自然灾害（如洪水或地震或海啸）等不可抗力（见释义 52）事项，导致紧急运送和运返服务的延误或者无法提供紧急运送和运返服务；

(2) 被保险人不能明确提供书面证明的费用，包括餐饮费用等；

(3) 因天气条件、机械故障、政府当局或驾驶员施加的任何限制或者保险人无法控制的任何其他情况，导致的任何运送及/或其他安排的延迟或限制；

71. 保险人将不会就下述任何情况以任何形式/方式向被保险人提供因身体损伤或突发疾病而引起的紧急救援服务：

(1) 被保险人在起程前已存在的疾病或残疾（不论被保险人知悉与否）；

(2) 自致伤害、自杀、吸毒、滥用药物或酒精、性传播疾病、后天免疫力缺乏症（艾滋病）或任何与艾滋病相关的症状或疾病；

(3) 先天性疾病；

(4) 怀孕或分娩；

(5) 因参与任何空中运动（包括悬挂式滑翔、滑翔伞、滑翔），及俯式冰橇（Skeleton 钢架雪车）、雪橇、跳台滑雪、绳索攀山、攀岩、潜水、洞穴探险（见释义 53）、蹦极、跳伞等高风险运动而直接或间接引起的损伤；

(6) 因参与非法活动引起的损伤或疾病；

(7) 未经保险人授权及/或介入的救援服务；

(8) 不需要保险人介入救援而产生的不必要费用；

(9) 被保险人可以以一般乘客身份乘坐普通航班返回原居住地而不需医疗护送的费用

(10) 基于法律或商业承运公司要求而需受检疫或隔离的传染性疾

(11) 被保险人参与任何空中飞行活动，但以持票乘客身份乘坐固定班次的航机或有既定航线的持牌包机的情形不受此限；

(12) 本合同中载明的其他不属于本保险责任范围内的损失和费用。

72. 为被保险人提供便利而使用的救护车服务；

73. 人财物退回、宗教或世俗追悼会、神职人员、鲜花、音乐、公告、客人费用和类

似的私人葬礼偏好产生的费用；

74. 除另有约定外，被保险人因非治疗为目的而进行的常规体检；

75. 对于因下述治疗或服务而导致的费用：

(1) 以美容为目的的齿科处理、用品或手术等相关费用；

(2) 更换丢失、缺失或被盗的牙冠、固定桥或假牙；

(3) 不符合通用牙科标准的服务或用品；

(4) 实验性治疗和非医疗必要性治疗；

(5) 种植牙和所有相关服务；

(6) 假牙或义齿、高嵌体、贴面费用；

(7) 治疗磨牙的夜间护口器或其他服务；

(8) 颞下颌关节紊乱（TMJ）或咬合不正颞下颌关节紊乱和磨牙治疗的护口器；

(9) 医院提供的牙科服务；（包括全身麻醉）

76. 人工不当操作、偶发点滴性出血、妊娠期内医生处方要求的休养、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；

77. 在生育医疗保障项下，对于因下述治疗或服务而导致的费用：

(1) 所有与生育和新生儿护理费用无关的治疗费用；

(2) 既往症；

(3) 超过通常惯例部分的医疗费用；

(4) 与试管婴儿相关的手术及新生儿护理治疗费用；

(5) 选择性剖腹产；

(6) 主被保险人子女的妊娠和相关病症；

(7) 生育或分娩准备课程；

(8) 代孕母亲的护理或治疗。

78. 在保障区域外的紧急医疗项下，对于因下述治疗或服务而导致的费用：

(1) 被保险人在到达保障区域外之前，已经患有的疾病；

(2) 常规医疗；

(3) 可以被合理延迟至被保险人从海外返回其日常居住地后进行的医疗；

(4) 被保险人事先计划好的医疗行为；

(5) 因被保险人已经知道或应该知道的情形而引发的医疗；

(6) 妊娠、分娩以及由此而引起的并发症的医疗。

79. 其他任何不属于本合同保险责任范围内的损失，保险人也不负责赔偿。

## 保险期间

第十二条 本合同保险期间由保险人和投保人协商确定，以保险单载明的起讫时间为

准。除另有约定外，本合同的保险期间为一年。

### 不保证续保

**第十三条 本合同为不保证续保合同。**本保险合同保险期间为一年。保险期间届满时，投保人需要重新向保险人申请投保本保险合同，并经保险人同意，交纳保险费，获得新的保险合同。如果投保人未按照约定重新向保险人申请投保本保险合同并交纳保险费，或保险人审核不同意重新投保的，则本保险合同在保险期间届满时终止。

被保险人可按照上述方式投保本合同，直至本合同约定的被保险人的最高投保年龄。凡主被保险人及其附属被保险配偶首次投保时年龄在十八至七十周岁，重新投保时最高年龄可至 75 周岁。

若保险人不再接受被保险人重新投保，会在本合同保险期间届满之前通知投保人。保险人停售保险产品的，会在产品停售前 30 日披露相关信息，并以合理的方式通知有效保单的投保人。

### 保险金额和保险费

**第十四条** 保险金额是保险人承担给付保险责任的最高限额。保险金额由投保人、保险人双方约定，并在保险单中载明。投保人应该按照合同约定向保险人交纳保险费。

### 医疗服务网络和事先授权

**第十五条** 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，被保险人亦可登陆保险人指定的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由保险人承担的部分，保险人将直接和相关医疗机构结算，无需被保险人先行支付。被保险人在美国和加拿大接受治疗的，被保险人须在网络医疗机构内接受治疗；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、应由被保险人负担但医疗机构未向被保险人收取的医疗费用，在接到保险人或其授权机构通知后，被保险人应在三十日内支付相应款项。

**第十六条** 在美国和加拿大，被保险人应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，被保险人应自付一定比例（即非网络自付比例）的保险责任范围内的费用，保险人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水平的费用，并根据本保险合同计算的保险金×（1-非网络自付比例）支付保险金。美国和加拿大网络医疗机构和非网络自付比例如下：

(一) 网络医疗机构

网络医疗机构,包括 Preferred Provider Organization 网络以及保险人指定的美国和加拿大其他医疗机构。被保险人在首选网络医疗机构接受治疗的, **自付比例为 0%**。

(二) 非网络医疗机构

被保险人本可在位于事发地五十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, **将产生额外的非网络自付比例为 20%**。

(三) 无网络医疗机构

被保险人因事发地五十公里内无网络医疗机构而在非网络医疗机构接受治疗的, **非网络产生的额外的自付比例为 0%**。

**第十七条** 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委托的医疗服务中心(以下简称“中心”)提交事先授权申请表:

(一) 住院治疗;

(二) 需全身麻醉的门诊手术;

(三) 专业或私人护士家庭护理(当需要 4 次或 4 次以上时需要事先授权);

(四) 器官、骨髓、干细胞和其他组织移植;

(五) 紧急医疗转运;

(六) 酒精和药物滥用戒断治疗;

(七) 不符合以上约定但保险期间内预期累计医疗费超过人民币 60,000 元的任何治疗。

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,被保险人应予以配合。

未获得书面许可回复,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,被保险人应自付相应全部保险责任范围内的医疗费用的 40%,即保险人本保险合同计算的保险金 $\times$ (1-非网络自付比例) $\times$ (1-40%)支付医疗保险金;未获得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,被保险人可在开始治疗后通知保险人医疗服务中心,但须在开始接受治疗后四十八小时内通知,并可在就近网络或非网络医疗机构接受治疗。保险人将对该次治疗是否属紧急情况予以审核。

**第十八条** 被保险人、相关人员或医疗机构可致电医疗服务中心,了解事先授权、网络医疗机构相关情况。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,保险人按照本合同约定承担保险责任。

## 保险人义务

**第十九条** 订立本保险合同时，采用保险人提供的格式条款的，保险人向投保人提供的投保单应当附格式条款，保险人应当向投保人说明本保险合同的内容。对保险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、保险单或者其他保险凭证上做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做出明确说明。未作提示或者明确说明的，该条款不产生效力。

**第二十条** 本保险合同成立后，保险人应当及时向投保人签发保险单或者其他保险凭证。

**第二十一条** 保险人按照本保险合同的约定，认为被保险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、被保险人补充提供。

**第二十二条** 保险人收到被保险人的给付保险金的请求后，应当及时作出是否属于保险责任的核定；保险人将在确定是否属于保险责任的基本材料收集齐全后，于5个工作日内做出核定，情形复杂的，应于三十日内作出核定。

保险人应当将核定结果通知被保险人，对属于保险责任的，在与被保险人达成给付保险金的协议后十日内，履行给付保险金义务。保险合同对给付保险金的期限有约定的，保险人应当按照约定履行给付保险金的义务。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一个工作日内向被保险人发出拒绝给付保险金通知书，并说明理由。

**第二十三条** 保险人自收到给付保险金的请求和有关证明、资料之日起六十日内，对其给付的数额不能确定的，应当根据已有证明和资料可以确定的数额先予支付；保险人最终确定给付的数额后，应当支付相应的差额。

## 投保人、被保险人义务

**第二十四条** 约定一次性缴付保险费的，投保人未按照保险合同的约定缴付全部保费的，保险合同不生效，保险人对缴费前的保险事故不承担保险责任。

约定以分期付款方式缴付保险费的，应在保险合同中载明分期缴付的周期，投保人应按约定缴付首期保险费，如投保人未按合同约定缴付首期保险费，保险合同不生效，保险人不承担保险责任。如投保人未按约定日期缴付第二期或以后任何一期保险费的，保险人有权解除本保险合同，本保险合同自解除通知送达投保人时解除；在本保险合同解除前发生保险事故的，保险人按照本保险合同约定赔偿保险金，但需扣减投保人欠缴的保险费。

**第二十五条** 订立保险合同，保险人就被保险人的有关情况提出询问的，投保人应当履行如实告知义务。

投保人故意或者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者提高保险费率的，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。自合同成立之日起超过二年的，保险人不得解除合同；发生保险事故的，保险人应当承担给付保险金责任。

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，不承担给付保险金责任，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，不承担给付保险金责任，但应当退还保险费。

保险人在合同订立时已经知道投保人未如实告知的情况的，保险人不得解除合同；发生保险事故的，保险人应当承担给付保险金责任。

**第二十六条** 投保人申请投保时，应按被保险人的实际出生年月日填写。

投保人申报的被保险人年龄不真实，并且其真实年龄不符合本保险合同约定的年龄限制的，保险人有权解除保险合同，保险人应当在扣除手续费后，向投保人退还保险费。

投保人申请投保时，应按被保险人的实际出生年月日填写。

(一) 被保险人的年龄以周岁计算；

(二) 投保人在申请投保时，应将有效身份证件相符的被保险人的出生日期在投保文件上填明，如果发生错误应按照下列方式办理：

1. 投保人申报的被保险人年龄不真实，并且其真实年龄不符合本合同约定投保年龄限制的，保险人有权解除本合同或取消该被保险人的保险资格，并向投保人退还该被保险人的未满期净保险费；

2. 投保人申报的被保险人年龄不真实，致使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。若已经发生保险事故，保险人在赔付保险金时按实付保险费和应付保险费的比例支付；

3. 投保人申报的被保险人年龄不真实，致使投保人实付保险费多于应付保险费的，保险人会将多收的保险费退还给投保人。

**第二十七条** 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，保险人对本合同约定的既往症承担一定保险责任或不承担保险责任。对于要求填写健康问卷的被保险人未如实告知的既往症将不在本保单的承保责任范围内。

**第二十八条** 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。

**第二十九条** 投保人、被保险人知道保险事故发生后，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，不承担给付保险金责任，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。

上述约定的时效，不包括因不可抗力而导致的迟延。

**第三十条** 保险事故发生后，被保险人需要治疗的，应在释义医院进行治疗，若因急诊未在释义医院治疗的，应在三日内通知保险人，并根据病情及时转入释义医院。若确需转入非释义医院治疗的，应向保险人提出书面申请，保险人在接到申请后三日内给予答复，对于保险人同意在非释义医院治疗的，对该期间发生的医疗费用按本保险合同约定进行给付。

## 保险金的申请

**第三十一条** 被保险人在网络医疗机构接受治疗，受保险人委托，该医疗机构对被保险人免收本合同约定的应向受益人支付的保险金数额对应的医疗费用的；若保险人已承担相应费用的，则受益人不得就此向保险人申请保险金。其他情形，受益人可根据本合同向保险人申请保险金。

向保险人申请保险金时，申请人（即受益人或其受托人）可从保险人指定网站下载保险金申请表，经申请人要求，保险人亦可通过传真或电子邮件向其发送申请表。申请人应完整

地填写申请表的第一部分，并请被保险人主治医生完整填写申请表的第二部分，且须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。

保险人有权对被保险人进行身体检查。被保险人有义务向保险人提供所有医疗报告和记录，若为处理本合同相关事宜，经保险人要求，被保险人应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，除法律和宗教禁止的情形外，保险人有权要求对该被保险人进行尸检。

**第三十二条** 受益人向保险人提出虚假理赔申请的，保险人有权追回已支付的保险金；**受益人与第三方串通侵害保险人利益的，保险人有权取消该被保险人的资格、终止对该被保险人的保险责任。**

**第三十三条** 发生保险责任范围内的损失，应由有关责任方负责赔偿的，被保险人应当向保险人提供必要的文件和所知道的有关情况。被保险人已经从有关责任方取得赔偿的，保险人赔偿保险金时，可以相应扣减被保险人已从有关责任方取得的赔偿金额。

### 被保险人变更

**第三十四条** 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) 对于本合同成立时可参加而未参加本保险的人员，在保险期间内投保人不得加保该人员，该人员可于续保时参加本保险。对于在本合同成立时因其他原因而未参加本保险的人员，投保人可书面通知保险人加保该人员，并按照保险人的要求提供其健康问卷调查表及保险人要求的其他材料，保险人将根据具体原因确定承保与否和承保条件。

(二) 投保人因人员变动需要增加主被保险人员的，本合同允许有资格参保的人员在 30 天内由投保人书面通知保险人操作加保，并按照保险人的要求提供该人员雇佣日期或开始符合本合同被保险人资格日期、工作情况以及保险人认为必要的其他文件。由保险人审核后决定其承保条件。**超过 30 天申请的，由保险人决定是否可以承保及其承保条件。**

(三) 因主被保险人婚姻状态发生变化需要增加附属被保险人员的，投保人应在其满足入保条件的 30 日内书面通知保险人，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，并根据加保日期按日收取相应保险费。**超过 30 天申请的，由保险人决定是否可以承保及其承保条件。**

(四) 投保人因离职、停薪留职、长期缺勤或其他原因需要减少主被保险人员的，投保人应在其不满足入保条件的 30 日内通知保险人，并向保险人退还保险卡。保险人将按照通知书载明的终止日期次日零时起终止对该主被保险人及相应附属被保险人的保险保障，并退还相应剩余未到期保险费。**超过 30 天申请的，由保险人决定其保单终止日期。**

(五) 因主被保险人婚姻状态发生变化需要减少附属被保险人员的，投保人应在 30 日内书面通知保险人，并向保险人退还保险卡。保险人自通知书载明的终止日期次日零时起终止对相应附属被保险人的保险保障，并根据减保日期按日退还剩余未到期保险费。**超过 30 天申请的，由保险人决定其保单终止日期。**

**第三十五条** 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。在该婴儿出生后 30 日内通知保险人的，保险人从婴儿出生之日次日零时起对婴儿承担保险责任；**在该婴儿出生 30 日后通知保险人的，保险人进行医学核保并决定其承保条件，经保险人同意将以通知日零时为起始日期对该婴儿承担保险责任。同时，保险人根据加保该婴儿的日期按日收取相应保险费。**

**第三十六条** 经政府相关机构批准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。在该子女被批准收养之日起 30 日内通知保险人的，保险人经

医学核保后自该子女被批准收养之日次日零时起对该子女承担相应保险责任；在该子女被批准收养之日起 30 日后通知保险人的，经保险人医学核保后决定其起保日期。同时，保险人根据加保该子女日期按日收取相应保险费。

**第三十七条** 如果被保险人住址、工作、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，或者身故，投保人或被保险人应及时通知保险人。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** 任何在保险年度中投保人要求取消整张保单的，若任一被保险人已提出有效的赔偿申请或已领取过任何保险金的，保险人将不退还未满期保费。

### 医疗机构就诊

**第三十九条** 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。对于享有除全球保障外的其他保障类型的被保险人，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被保险人及相应投保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。

**第四十条** 罹患疾病或遭受意外伤害后，被保险人应尽快前往医院、诊所、医生等处接受治疗，尤其是意外伤害，应在意外发生后四十八小时内接受治疗，以免伤情恶化、损害身体健康。

**第四十一条** 申请成为本合同的主被保险人，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、医生、药剂师等向保险人提供保险人认为处理本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。

申请成为本合同的主被保险人，亦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合同相关事宜。

### 争议处理和法律适用

**第四十二条** 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法院（不包括港澳台地区）起诉。

**第四十三条** 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（不包括港澳台地区法律）。

### 其他事项

**第四十四条** 投保人和保险人可以协商变更合同内容。

变更保险合同的，应当由保险人在保险单或者其他保险凭证上批注或附贴批单，或者投保人和保险人订立变更的书面协议。

**第四十五条** 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合同，但保险人已根据本保险合同约定给付保险金的除外。

投保人解除本保险合同时，应提供下列证明文件和资料：

- （一）保险合同解除申请书；
- （二）保险单；
- （三）投保人身份证明。

投保人要求解除本保险合同，自保险人接到保险合同解除申请书之时起，本保险合同的效力终止。保险人收到上述证明文件和资料之日起三十日内退还保险单的现金价值，其计算方法如下：

保险单现金价值=净保费×[1-（保险期间已经过天数/保险期间天数）]，经过天数不足一天的按一天计算。

**第四十六条** 本保险合同涉及的外币与人民币的汇率，以结算当日中国人民银行公布的外汇汇率为准。

**第四十七条** 保险人将为每一被保险人发放保险卡，该保险卡将载明以下信息：保险单号码、次免赔额或年免赔额、自付比例、保障类型、是否享有体检疫苗福利、是否享有常规牙科保障、是否享有常规眼科保障、是否享有最佳福利套餐、特别约定、医疗服务中心号码、如何联系医疗服务网络、如何申请理赔等信息。

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。

## 释义

### 第四十八条

**【周岁】**指有效身份证件中记载的出生日期为基础计算的实足年龄，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。

**【国籍国】**指被保险人持有相应护照的国家或地区。对于拥有多于一个护照的美国公民，其国籍国家默认为美国。对于拥有多于一个护照的其他国家公民，其国籍国家以本合同载明的国家或地区为准。

**【本地雇佣】**雇佣人在中华人民共和国境内向受雇人提供约定的劳务，雇佣人和受雇人达成协议，雇佣人向受雇人支付相应报酬。

**【配偶】**投保时与被保险人存在合法婚姻关系的丈夫或妻子。

**【正常工作】**指全职，能够以惯常的方式履行其全部日常职责，且每周工作时间不少于二十小时。

**【子女】**指与主被保险人存在父母与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。

**【合法领养】**指根据法定的条件和程序，领养他人子女为自己子女的民事法律行为。

**【美国全日制学校】**指在美国地区采取全日制教育形式的学校。全日制教育指学生在国家规定的修业年限内，全日在校学习的教育形式。

**【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承担的比例。

**【等待期】**指自本合同保险期间开始时间或被保险人成为本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。

**【大中华】**指保障区域为中华人民共和国境内，包含香港、澳门和台湾地区。

**【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首先由被保险人自行承担的金额。

**【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首先由被保险人自

行负担的金额。

【**保险金额**】指保险人承担相应保险责任的最大限额。

【**保障区域**】指保险人仅承担被保险人在指定地域范围内发生相关治疗行为所导致的赔偿责任。

【**住院**】指完全出于接受医疗必需的治疗目的被保险人彻夜占用医疗机构病床的行为。

【**第三方管理机构**】指经保险人委托为被保险人提供本合同相关的日常医疗协助、紧急医疗转运援助及理赔协助等各项服务的机构，第三方管理机构的名称和联系电话等信息将在本合同中载明。被保险人就医前，必须与第三方管理机构联系，以获得相应保险保障的事先授权和保险理赔指导等帮助。

【**呼吸治疗**】指无法自行呼吸的病人完成呼出二氧化碳与吸入氧气的动作，在过程中会以氧气、物理方式或者人工呼吸器进行治疗。呼吸治疗是一种治疗疾病手段，是利用呼吸系统传受药物而实现治疗。它是把疗效药物直接注塞到呼吸道内部，借助于气体的分散性，以及呼吸时空间内容量等特点，能够把治疗和有效性成分更快地输送到目标器官。

【**化学治疗**】指对于恶性肿瘤的化学治疗。化疗是使用医学界公认的化疗药物以杀死癌细胞、抑制癌细胞生长繁殖为目的而进行的治疗。本合同所指的化疗为被保险人根据医嘱，在医院进行的静脉注射、服用药物等方式的化疗。

【**意外伤害**】指外来的、突然的、非本意的、非疾病的使身体受到伤害的客观事件。

【**医生**】指具有医疗职业资格的任何人，包括内科医生、全科医生、专业医生、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。**

【**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此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、国家或更广的区域。

【**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：

医生处方要求且对治疗被保险人疾病或伤害合适且必需。

第一、与接受治疗当地普遍接受的医疗专业实践标准一致。

第二、并非为了个人舒适或为了被保险人父母、家庭、医生或其他医疗提供方便。

第三、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、协助日常生活活动目的而住院的，不属医学必需）。

第四、非病人学术教育或职业培训的一部分或与之相关。

第五、非试验性或研究性。

【**公立医院**】政府开设的纳入财政预算管理的医院，也就是国营医院、国家出资办的医院。在公立医院（包括公立医院的特需门诊和VIP门诊部）中接受保单所涵盖项目的治疗时，若医院不支持直付服务时被保险人可向保险人申请事后理赔。

【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。

【处方药】简称 Rx, 是由国家卫生行政部门规定或审定的, 必须由医生处方开据, 并且无处方无法从医院药房或药店获得药物。对于某些药物, 如维生素类, 草药, 阿司匹林, 感冒药, 以及实验性用药, 医疗器具等, 不需医生处方即可从医院药房或药店获得的, 即使是由医生建议, 也不能归类于处方药。

【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, 且须经过保险人医疗服务中心批准。

【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。

【门诊】指以除在医院住院、彻夜治疗以外的其他方式接受的治疗。

【事先授权】指被保险人在接受某些特定的治疗之前, 获取保险人书面授权担保函的过程。事先授权的相关要求以保险合同中列明的为准。

【终末期疾病】指在现有医疗技术无法缓解, 且根据专业临床医学经验判断存活期低于 240 日的相关疾病。

【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】

- (1) 取得了政府相关部门的批准;
- (2) 二十四小时提供服务;
- (3) 有医生直接管理和监控;
- (4) 有注册护士指挥、协调护理服务;
- (5) 被批准从事社会服务指导和协调;
- (6) 主要目的为提供临终关怀服务;
- (7) 有全职管理人员;
- (8) 保存了所提供服务的全部书面记录。

【悲伤辅导和悲伤治疗】指由具有相应资格的精神科医生、心理医生针对家人逝世或终末期病人的治疗。

【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。

【慢性病】指包含以下一项或几项特征的疾病或损伤

- (1) 本身具有复发性;
- (2) 不存在已知的、普遍认可的治疗方法;
- (3) 一般认为其治疗无明显反应;
- (4) 需要姑息疗法;
- (5) 需要长期观察或监护;

(6) 导致永久残疾。

【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。

【艾滋病】指获得性免疫缺陷综合症的简称。

【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。

【性传播疾病】指主要通过性接触、类似性行为或间接接触传播的一组传染病。不仅可在泌尿生殖器官上发生病变，而且还可以通过淋巴系统侵犯泌尿甚至器官所属的淋巴结，甚至通过血行播散侵犯全身各重要的组织和器官。

【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。

【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。

【攀岩】指攀登悬崖、楼宇外墙、人造悬崖、冰崖、冰山等运动。

【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】指任何人或团体出于政治、宗教、思想意识或类似目的，为对政府施加影响和（或）使全体或部分公众处于恐惧、不安状态的行为。恐怖主义活动包括但不限于实际使用或威胁使用武力或暴力。恐怖主义活动，可仅为实施该活动者本身行为，或代表某一机构、政府、或与某一机关、政府相关。

【针灸治疗】由具有相应资格的医生以针或激光为工具实施的治疗。

【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。

【医学第二诊疗意见】指患者在已经获得诊断（第一诊断意见）的基础上，去寻找自己主治医生以外别的其他医疗机构或医生寻求更多的诊疗建议，来确认判断和评估病情。

【紧急交通】因发生保险事故而需要紧急安排救护车。

【医疗护理】指通过对病人进行身体治疗和康复护理，帮助恢复健康的一种专业服务。

【诊所就诊】指病人出现不适症状时，到医院配合医生进行治疗处理的过程。

【生育中心】指主要目的为供怀孕期末期孕妇生产婴儿，并满足下列条件之一（1）根据当地相关法律批准成立；（2）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，二十四小时在医生或注册护士监控下营运，并保存有所有书面记录的合法机构，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。

【妊娠并发症】指需要住院接受治疗的、由分娩引起或加剧的症状，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、意外流产、非选择性剖腹产，异位妊娠终止，妊娠期内无法分娩时主动终止妊娠。妊娠并发症不包括人工不当操作、偶发点滴性出血、妊娠期内医生处方要求的修养、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。

【醉酒】指每百毫升血液的酒精含量大于或等于 100 毫克。

【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】**被保险人存在下列情形之一者：

- (1) 无驾驶证或驾驶证有效期已届满；
- (2) 驾驶的机动车与驾驶证载明的准驾车型不符；
- (3) 实习期内驾驶公共汽车、营运客车或者载有爆炸物品、易燃易爆化学物品、剧毒或者放射性等危险物品的机动车，实习期内驾驶的机动车牵引挂车；
- (4) 持未按规定审验的驾驶证，以及在暂扣、扣留、吊销、注销驾驶证期间驾驶机动车；
- (5) 使用各种专用机械车、特种车的人员无国家有关部门核发的有效操作证，驾驶营业性客车的驾驶人无国家有关部门核发的有效资格证书；
- (6) 依照法律法规或公安机关交通管理部门有关规定不允许驾驶机动车的其他情况下驾车。

**【无有效行驶证】**指下列情形之一：

- (1) 机动车被依法注销登记的；
- (2) 无公安机关交通管理部门核发的行驶证、号牌，或临时号牌或临时移动证的机动车辆；
- (3) 未在规定检验期限内进行机动车安全技术检验或检验未通过的机动车辆。未依法按时进行或通过机动车安全技术检验。

**【艾滋病病毒】**指获得性免疫缺陷病毒的简称。

**【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征，英文缩写为 AIDS。

在人体血液或其他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。

**【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。

**【不可抗力】**指不能预见、不能避免并不能克服的客观情况。

**【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，如：江河漂流、登山、徒步穿越沙漠或人迹罕至的原始森林等活动。

**【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、士兵证等证件。

**【净保费】**指投保人所支付的保险费扣除每张保险单平均承担的本公司各项费用(含营业费用、代理费、各项税金、保险保障基金等)后的余额，扣除部分占所支付保险费的 25%。

**【直接付费服务】**指被保险人在保险人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由保险人承担的部分，保险人将直接与相关医疗机构结算，无需被保险人先行支付。