



请扫描以查询验证条款

阅读指引

本阅读指引有助于您理解条款，对“平安颐享（C）高端医疗保险”内容的解释以条款为准。

您拥有的重要权益

- ❖ 签收本主险合同后15日内您可以要求全额退还保险费.....1.6
- ❖ 被保险人可以享受本主险合同提供的保障.....2.2
- ❖ 您有退保的权利7.1

您应当特别注意事项

- ❖ 我们对免除保险人责任的条款作了特别提示，详见条款正文中背景突出显示的内容.....2.2、3.1、3.2、8.1、8.2、脚注
- ❖ 退保会给您造成一定的损失，请您慎重决策.....7.1
- ❖ 您在接受部分医疗项目前，应通知我们，并经我们同意后方可就诊或治疗，否则我们承担的保险责任将会减少，详见条款正文中背景突出显示的内容.....2.2.8
- ❖ 费用补偿型医疗保险是适用补偿原则的2.2.7
- ❖ 您有及时向我们通知保险事故的责任6.2
- ❖ 我们对一些重要术语进行了解释，并作了显著标识，请您注意.....脚注
- ❖ 本主险合同的保险期间为1年.....1.7

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。条款目录如下：

<p>1. 您与我们的合同</p> <p>1.1 合同构成</p> <p>1.2 合同成立与生效</p> <p>1.3 保险对象</p> <p>1.4 投保年龄</p> <p>1.5 保障区域</p> <p>1.6 犹豫期</p> <p>1.7 保险期间与不保证续保</p> <p>2. 我们提供的保障</p> <p>2.1 保险计划和医疗机构</p> <p>2.2 保险责任</p> <p>3. 责任免除</p> <p>3.1 责任免除</p> <p>3.2 其他免责条款</p> <p>4. 我们提供的服务</p> <p>4.1 健康管理服务</p> <p>5. 如何支付保险费</p> <p>5.1 保险费的支付</p>	<p>6. 如何领取保险金</p> <p>6.1 受益人</p> <p>6.2 保险事故通知</p> <p>6.3 保险金申请</p> <p>6.4 保险金的赔付</p> <p>6.5 诉讼时效</p> <p>7. 如何解除保险合同</p> <p>7.1 您解除合同的手续及风险</p> <p>8. 其他需要关注的事项</p> <p>8.1 明确说明与如实告知</p> <p>8.2 年龄错误</p> <p>8.3 合同内容变更</p> <p>8.4 联系方式变更</p> <p>8.5 效力终止</p> <p>附表 平安颐享（C）高端医疗保险计划表</p>
--	---

平安颐享（C）高端医疗保险条款

在本条款中，“您”指投保人，“我们”、“本公司”均指平安健康保险股份有限公司。

① 您与我们的合同

- 1.1 合同构成** 本保险条款、保险合同、保险单或其他保险凭证、投保书、与保险合同有关的投保文件、合法有效的声明、批注、批单、附加险合同、其他书面或电子协议都是您与我们之间订立的保险合同的构成部分。
“平安颐享（C）高端医疗保险合同”以下简称为“本主险合同”。
- 1.2 合同成立与生效** 您提出投保申请，我们审核您的投保申请和被保险人健康状况后同意承保，本主险合同成立。
本主险合同自我们同意承保，并签发保险合同时开始生效，我们承担保险责任的时间以保险合同记载的保险期间为准。
- 1.3 保险对象** 本主险合同的保险对象（即被保险人）须满足以下全部条件：
1. 被保险人于本主险合同保险期间内在中华人民共和国（香港、澳门及台湾地区除外）境内累计居住至少240天。若被保险人投保时不满1周岁，则被保险人在中华人民共和国（香港、澳门及台湾地区除外）境内累计居住时间不少于自出生之日起至投保之日止累计日数的三分之二；
2. 被保险人在保险期间开始之日符合1.4条投保年龄要求；
3. 被保险人的身体健康状况能够通过我们的核保审核。
您及您的家庭成员若均满足上述条件，可以**同时参保**¹本保险，形成家庭保单。家庭成员仅指您的父母、子女以及投保时具有合法婚姻关系的配偶。我们不接受非同时参保的被保险人保险单合并为家庭保单。
- 1.4 投保年龄** 指保险期间开始时被保险人的年龄，投保年龄以**周岁**²计算。
本主险合同接受的首次投保年龄为0周岁至70周岁，投保时被保险人为0周岁的，应当为出生满28日且已健康出院的婴儿。被保险人年满100周岁前（含100周岁），保险期间届满，可以重新向我们申请投保本产品，并经过我们同意，交纳保险费，获得新的保险合同。
- 1.5 保障区域** 本主险合同的保障区域根据您投保时选择的保险计划确定。除本主险合同另行约定外，被保险人在保险合同载明的保障区域外就医的，不属于保险责任范围。
- 1.6 犹豫期** 自您签收本主险合同或收到本主险合同电子保险单之日起，有15日的犹豫期。在此期间请您认真审视本主险合同，如果您认为本主险合同与您的需求不相符，您可以在此期间提出解除本主险合同，我们将无息退还您所支付的全部保险费。

¹同时参保指您在一次投保行为中为两名及以上符合本主险合同约定条件的被保险人申请投保且所有被保险人均被我们同意承保的情况。

²周岁指按有效身份证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。

解除本主险合同时，您需要填写申请书，并提供您的保险合同及有效身份证件。自我们收齐上述资料时起，本主险合同即被解除。犹豫期内解除保险合同的，合同解除前发生的**保险事故**³我们不承担保险责任，已经承担保险责任的情况下，被保险人应当向我们退还已经支付的保险金，您对被保险人退还保险金应承担连带责任。

1.7 保险期间与不保证续保

本主险合同的保险期间为1年，不保证续保。保险期间届满，您需要重新向我们申请投保本产品，并经我们同意，交纳保险费，获得新的保险合同。若保险期间届满时，本主险产品已停止销售，我们不再接受投保申请，但会向您提供投保其他保险产品的合理建议。

2 我们提供的保障

2.1 保险计划和医疗机构

本主险合同的保险计划由您在投保时选择并在保险合同中载明。不同保险计划的保障区域、医院范围、保险金总赔付限额、各项保险金的单项限额和限次、赔付天数上限、赔付比例及免赔额等条款未尽内容详见保险计划表。

本主险合同中所称的**医院**⁴需符合本主险合同的定义。本主险合同涉及到的医院类型及其定义如下：

（一）昂贵医院

指超出惯常医疗费用水平的医院。被保险人在昂贵医院内发生的医疗费用，本公司将不承担或者按一定比例承担保险责任范围内的医疗费用，详见您的保险计划表。由于各医疗机构的收费水平可能发生变化，我们会跟踪分析并适时更新和公布昂贵医院列表。**昂贵医院列表发生变更时，您可以通过我们的网站查询。**

（二）一般医院

符合医院定义但不在昂贵医院列表中的医院，均属于一般医院，被保险人在一般医院内发生的医疗费用，我们将按保险合同的约定承担保险责任范围内的医疗费用。

（三）公立医院

指中华人民共和国境内（香港、澳门及台湾地区除外）合法经营的二级以上（含二级）属事业单位性质的公立医院（包括其特需部、vip部及国际部）以及本主险合同明确约定的其他医疗机构。不包括疗养院、护理院、以康复治疗为主要职能的医疗机构如康复医院、戒酒或戒毒中心、精神心理治疗中心以及无相应医护人员或设备的二级或三级医院的联合医院或联合病房。

（四）指定医疗机构

质子重离子医疗保险金和指定医疗机构住院津贴保险金两项责任分别对应的指定医疗机构，将由我们在保险合同中列明。

³保险事故指发生本主险合同保险责任范围内的事件。

⁴医院指符合下列条件并在当地合法注册具备有效行医资质的医疗机构：

- （1）必须具有符合所在国有关医院管理规则设置标准的医疗设备；
- （2）以直接诊治病人为目的；
- （3）有所在地区合法注册的医生和护士常驻执业，并提供全日24小时的医疗和护理服务。

除另有约定外，上述医院均不包括疗养院、护理院、以康复治疗为主要职能的医疗机构（如康复医院）、戒酒或戒毒中心、精神心理治疗中心。

2.2 保险责任

在本主险合同保险期间内，根据您投保时选择的保险计划，我们承担如下一项或多项保险责任：

2.2.1 等待期

被保险人在本主险合同保险期间开始之日起 30 日内确诊疾病，由该疾病而导致除“艾滋病及精神疾病住院医疗保险金”外的其他项目所描述的相关治疗的，无论治疗时间与生效之日是否间隔超过 30 日，我们都不承担赔付保险金的责任。

如投保时您选择的保险计划中包含“艾滋病及精神疾病住院医疗保险金”责任，被保险人在本主险合同保险期间开始之日起 180 日内确诊疾病，由该疾病而导致“艾滋病及精神疾病住院医疗保险金”所描述的相关治疗的，无论治疗时间与生效之日是否间隔超过 180 日，我们都不承担赔付保险金的责任。

上述 30 日或 180 日的时间称为等待期。

以下两种情形，无等待期：

- (1) 因**意外伤害⁵**发生的保险事故；
- (2) 根据本条款 1.7 条的约定获得新的保险合同并经我们审核免除被保险人的等待期的。

2.2.2 免赔额

除另有约定外，本主险合同中的免赔额是指单一被保险人在一个保险期间内发生的、虽然属于本主险合同的保险责任范围内的医疗费用，但依照本主险合同约定仍旧由被保险人个人自行承担，我们不予赔付的金额。只有当免赔额因以下两种情况抵扣完毕时，我们才开始按照约定承担保险金赔付责任：

1. 被保险人个人自行承担的属于本主险合同保险责任范围内的医疗费用，包括其**基本医疗保险⁶**个人账户支出的医疗费用；
2. 从**基本医疗保险和公费医疗保险之外**的其他途径获得的属于本主险合同保险责任范围内的医疗费用补偿。

举例来说，假设免赔额为 10000 元，如被保险人在保险期间内第一次就诊由被保险人个人自行承担的、属于保险责任范围内医疗费用为 8000 元，针对本次就诊理赔后免赔额余额为 2000 元，本次赔付为 0 元；如第二次就诊由被保险人个人自行承担的、属于保险责任范围内医疗费用为 6000 元，则针对本次就诊理赔后的免赔额余额为 0 元，本次赔付为 4000 元乘以赔付比例。由于免赔额已抵扣完毕，在该被保险人剩余的保险期间内，不再需要抵扣免赔额。

请注意：通过**基本医疗保险和公费医疗保险**获得的补偿，不可用于抵扣免赔额。

免赔额根据您投保时选择的保险计划而有所不同，请您在投保时注意。

2.2.3 基本责任

以下为本主险合同的基本责任。

一般住院医疗保险金

在本主险合同保险期间内，被保险人因遭受意外伤害事故或在等待期后罹患疾病，经医院诊断必须住院治疗的，对于被保险人在住院期间发生的必

⁵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伤害的客观事件。

⁶基本医疗保险指《中华人民共和国社会保险法》所规定的基本医疗保险，包括城镇职工基本医疗保险、城镇居民基本医疗保险或城乡居民基本医疗保险、新型农村合作医疗等政府举办的基本医疗保障项目。

须由被保险人个人自行承担的**合理且必要**⁷的**床位费**⁸、**陪床费**⁹、**重症监护室床位费**¹⁰、**膳食费**¹¹、**护理费**¹²、**治疗费**¹³、**检查检验费**¹⁴、**药品费**¹⁵、**医生诊疗费**¹⁶、**手术费**¹⁷、**重建手术费**¹⁸、**医疗器械费**¹⁹、**转院救护车使用费**²⁰（上述费用统称为“住院医疗费用”），我们依据 2.2.5 条的保险金计算方法结合补偿原则在一般住院医疗保险金赔付限额内赔付保险金。

本项保险责任对每次住院的重建手术费、医疗器械费有限额，详见保险计划表。每次住院指被保险人因疾病或意外伤害住院治疗，自入院日起至出院日止之期间。

⁷**合理且必要**指同时满足下列要求：

- (1) 治疗所必需的；
- (2) 不超过安全、足量治疗原则的；
- (3) 非试验性、研究性项目所产生的；
- (4) 符合接受治疗当地通行的医疗标准。

对是否合理且必要由我们根据客观、审慎、合理的原则进行核定，若被保险人对核定结果有不同意见，可委托双方认可的权威医学机构或者权威医学专家进行审核鉴定。

⁸**床位费**指住院期间不超过普通单人间病房（不包括套房）标准的费用。

普通单人间病房指：病房为单间设计，除独立卫生间外无其他隔间。病房设一张病床加独立卫生间的单人病房。

若某一医院的病房有两种或以上符合定义的病房，则应按其中相对床位费较低的病房计算。

⁹**陪床费**指未满 18 周岁的被保险人在住院治疗期间，我们根据合同约定赔付其合法监护人（限一人）在医院留宿发生的加床费；或女性被保险人在住院治疗期间，我们根据合同约定赔付其一周岁以下哺乳期婴儿在医院留宿发生的加床费。

¹⁰**重症监护室床位费**指出于**医学必要**被保险人需在重症监护室进行合理且必要的医疗而产生的床位费。重症监护室指配有中心监护台、心电监护仪及其他监护抢救设施，相对封闭管理，符合重症监护病房（ICU）、冠心病重症监护病房（CCU）标准的单人或多人监护病房。

医学必要指被保险人接受治疗或服务、使用医疗器械或服用药品符合以下全部条件：

- (1) 医师处方要求且对治疗被保险人疾病或伤害合适且必需；
- (2) 在范围、持续期、强度、护理上不超过为被保险人提供安全、恰当、合适的诊断或治疗所需的水平；
- (3) 与接受治疗当地普遍接受的医疗专业实践标准一致；
- (4) 非主要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；
- (5) 非病人学术教育或职业培训的一部分或与之相关；
- (6) 非试验性或研究性。

¹¹**膳食费**指住院期间，由作为医院内部专门部门的、为住院病人根据医嘱配餐的机构配送的膳食所产生的费用。本项费用仅包括条款约定的医院收取的费用（以收费票据为准）。

膳食费应包含在医疗账单内，根据各医疗机构的惯例，可以作为独立的款项，也可以合并病房费等其他款项内。

¹²**护理费**指住院期间由该医院执业护士根据医嘱所示的护理等级提供医疗护理所发生的护理费用。

¹³**治疗费**指以治疗疾病为目的，提供必要的医学手段而发生的合理的治疗者的技术劳务费以及相关消耗品的费用，具体以就诊医院费用项目划分为准。

本项责任不包含如下费用：**物理治疗、中医疗疗、顺势疗法、职业疗法及语音治疗**等费用。

物理治疗是指应用人工物理因子（如光、电、磁、声等）来治疗疾病，具体疗法包括电疗、光疗、磁疗、热疗等；中医疗疗是指以治疗疾病为目的，被保险人接受由具有相应资格的医生实施的针灸治疗、推拿治疗、拔罐治疗或刮痧治疗等。

¹⁴**检查检验费**指实际发生的，以诊断疾病为目的，采取必要的医学手段进行检查及检验而发生的合理的医疗费用，包括 X 光费、心电图费、B 超费、脑电图费、内窥镜费、肺功能仪费、分子生化检验费和血、尿、便常规检验费等。

¹⁵**药品费**指实际发生的合理且必要的由医生开具的具有国家药品监督管理部门核发的药品批准文号或者进口药品注册证书、医药产品注册证书的国产或进口药品的费用。药品费中不包含根据中医药方组合一种或多种中药材进行内服或外用的中草药药品费（中草药饮片、中草药颗粒和中草药膏方等），本项费用仅包括条款约定的医院收取的费用（以收费票据为准）。

¹⁶**医生诊疗费**指包括外科医生、麻醉师、内科医生、专科医生的诊疗费用。

¹⁷**手术费**指住院期间发生的合理且必要的治疗性手术医疗费用，包括外科医生费、手术室费、恢复室费、麻醉费、手术监测费、手术辅助费、材料费、一次性用品费、术中用药费、手术设备费；若因器官移植而发生手术费用，则不包括器官本身的费用和获取器官过程中的费用。本项费用仅包括条款约定的医院收取的费用（以收费票据为准）。

¹⁸**重建手术费**指被保险人为恢复身体外观，在医生建议下于意外事故发生后 12 个月内进行重建手术的实际开支；或被保险人因疾病而进行乳房切除手术或乳房切除手术后 12 个月内进行的重建乳房手术的实际开支。

¹⁹**医疗器械费**指以下三类医疗器械或材料的实际费用，本项费用仅包括条款约定的医院收取的费用（以收费票据为准）：

- (1) 内置医疗器械：指手术过程中因医疗所需用于植入人体内的修复体、置换体或辅助设备；
- (2) 外置医疗器械：指于手术期间或手术后立即需要的、医疗必要并且符合通常医疗惯例的修复性设备，或在病后恢复阶段短期内需要的、医疗必要并且符合通常医疗惯例的修复性设备，不包括假体、义肢、轮椅、康复设备、按摩设备等需要长期使用或舒适性、便利性用途设备的购买、租赁和置换费用；
- (3) 重建装置/重建材料：因重建手术而需要使用的医疗装置/材料。

²⁰**转院救护车使用费**指住院期间以抢救生命或治疗疾病为目的，根据医生建议，被保险人需医院转诊过程中的医院用车费用。

如果保险期间到期时，被保险人尚处于住院状态中，则在被保险人办理出院手续前，我们将继续按前一保险期间的赔付限额与免赔额等约定承担保险责任，直至被保险人办理出院手续。

对于被保险人因感染艾滋病、精神疾病相关原因进行住院治疗所产生的住院医疗费用，不属于一般住院医疗保险金保险责任。

指定门诊急诊 医疗保险金

在本主险合同保险期间内，被保险人因遭受意外伤害事故或在等待期后罹患疾病，经医院诊断必须在医院门诊部门或急诊部门进行如下治疗发生的必须由被保险人个人自行承担的合理且必要的**门诊急诊医疗费用**²¹：

- (1) 门诊肾透析；
- (2) 门诊肿瘤治疗，包括**肿瘤化学疗法**²²、**肿瘤放射疗法**²³、**肿瘤靶向疗法**²⁴、**肿瘤内分泌疗法**²⁵、**肿瘤免疫疗法**²⁶的治疗费用；
- (3) 器官移植后的门诊抗排异治疗；
- (4) **门诊手术**²⁷。

我们依据 2.2.5 条的保险金计算方法结合补偿原则在指定门诊急诊医疗保险金赔付限额内赔付指定门诊急诊医疗保险金。

质子重离子医

被保险人在等待期满后经我们认可的医院的**专科医生**²⁸确诊初次罹患**恶性肿瘤一重度**²⁹的，对于其在本主险合同指定的医疗机构接受质子重离子束

²¹ **门诊急诊医疗费用**指发生在医院门诊部门或急诊部门的医生诊疗费、治疗费、检查检验费、药品费和**救护车使用费**。

救护车使用费指为抢救生命由急救中心派出的救护车运送被保险人至医疗机构的费用，救护车的使用权限仅限于同一城市中的**医疗转送**。

²² **肿瘤化学疗法**指针对于肿瘤的化学治疗。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。本主险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化疗。

²³ **肿瘤放射疗法**指被保险人根据医嘱，在医院的专门科室进行的光子束放射疗法和电子束放射疗法。

²⁴ **肿瘤靶向疗法**指在细胞分子水平上，针对已经明确的致癌点来设计相应的靶向治疗药物，利用具有一定特异性的载体，将药物或其他杀伤肿瘤细胞的活性物质选择性地运送到肿瘤部位攻击癌细胞的疗法。本主险合同所指的靶向治疗的药物需具有国家药品监督管理部门核发的药品批准文号或者进口药品注册证书、医药产品注册证书。本项费用仅包括条款约定的医院收取的费用（以收费票据为准）。

²⁵ **肿瘤内分泌疗法**指针对于肿瘤的内分泌疗法，用药物抑制激素生成和激素反应，杀死癌细胞或抑制癌细胞的生长。本主险合同所指的内分泌治疗药物需符合法律、法规要求并经过国家药品监督管理局批准用于临床治疗。本项费用仅包括条款约定的医院收取的费用（以收费票据为准）。

²⁶ **肿瘤免疫疗法**指应用免疫学原理和方法，使用肿瘤免疫治疗药物提高肿瘤细胞的免疫原性和对效应细胞杀伤的敏感性，激发和增强机体抗肿瘤免疫应答，促进机体免疫系统杀伤肿瘤、抑制肿瘤生长。本主险合同所指的肿瘤免疫治疗药物需符合法律、法规要求并经过国家药品监督管理局批准用于临床治疗。本项费用仅包括条款约定的医院收取的费用（以收费票据为准）。

²⁷ **门诊手术**指发生在医院门诊部门或急诊部门的合理且必要的手术医疗，门诊手术费包括外科医生费、手术室费、恢复室费、麻醉费、手术监测费、手术辅助费、材料费、一次性用品费、术中用药费、手术设备费。

²⁸ **专科医生**应当同时满足以下四项资格条件：（1）具有有效的中华人民共和国《医师资格证书》；（2）具有有效的中华人民共和国《医师执业证书》，并按期到相关部门登记注册；（3）具有有效的中华人民共和国主治医师或主治医师以上职称的《医师职称证书》；（4）在国家《医院分级管理标准》二级或二级以上医院的相应科室从事临床工作三年以上。

²⁹ **恶性肿瘤一重度**指恶性细胞不受控制的进行性增长和扩散，浸润和破坏周围正常组织，可以经血管、淋巴管和体腔扩散转移到身体其他部位，病灶经**组织病理学检查**（涵盖骨髓病理学检查）结果明确诊断，临床诊断属于世界卫生组织（WHO, World Health Organization）《**疾病和有关健康问题的国际统计分类第十次修订版（ICD-10）**》的恶性肿瘤类别及《**国际疾病分类肿瘤学专著**》第三版（ICD-O-3）的肿瘤形态学编码属于 3、6、9（恶性肿瘤）范畴的疾病。

下列疾病不属于“恶性肿瘤一重度”，不在保障范围内：

（1）ICD-O-3 肿瘤形态学编码属于 0（良性肿瘤）、1（动态未定性肿瘤）、2（原位癌和非侵袭性癌）范畴的疾病，如：

a. 原位癌，癌前病变，非浸润性癌，非侵袭性癌，肿瘤细胞未侵犯基底层，上皮内病变，细胞不典型性增生等；

b. 交界性肿瘤，交界恶性肿瘤，肿瘤低度恶性潜能，潜在低度恶性肿瘤等；

（2）**TNM 分期**为 I 期或更轻分期的甲状腺癌；

（3）**TNM 分期**为 T₁N₀M₀期或更轻分期的前列腺癌；

（4）黑色素瘤以外的未发生淋巴结和远处转移的皮肤恶性肿瘤；

（5）相当于 Binet 分期方案 A 期程度的慢性淋巴细胞白血病；

（6）相当于 Ann Arbor 分期方案 I 期程度的何杰金氏病；

（7）未发生淋巴结和远处转移且 WHO 分级为 G1 级别（核分裂像 < 10/50HPF 和 ki-67 < 2%）或更轻分级的神经内分泌肿瘤。

疗保险金

放射治疗时发生的必须由被保险人个人自行承担的合理且必要的床位费、陪床费、重症监护室床位费、膳食费、护理费、治疗费、检查检验费、药品费、医疗器械使用费、医生诊疗费、手术费和转院救护车使用费，我们根据本主险合同约定的赔付比例在本项保险金赔付限额内赔付质子重离子医疗保险金。

请注意质子重离子医疗保险金保险责任不适用 2.2.5 条的保险金计算方法。

本项保险责任不适用医疗费用直接结算。

院外恶性肿瘤 特定用药基因 检测费用保险 金

被保险人在等待期满后经我们认可的医院的专科医生确诊初次罹患恶性肿瘤³⁰，为治疗该恶性肿瘤而发生的合理且必要的、且满足下列条件的基因检测³¹费用，我们按本主险合同约定的赔付比例在本项保险金赔付限额内赔付院外恶性肿瘤特定用药基因检测费用保险金：

1. 基因检测必须是为了确定被保险人初次确诊的恶性肿瘤的用药方案所发生的；
2. 基因检测必须在具有合法有效资质且合法提供基因临床检验服务的基因检测机构内发生。

因下列情形之一导致的基因检测费用，我们不承担赔付保险金的责任：

1. 未经医生建议自行进行的基因检测；
2. 所需进行的基因检测与确定恶性肿瘤的用药方案无关。

组织病理学检查指组织病理学检查是通过局部切除、钳取、穿刺等手术方法，从患者机体采取病变组织块，经过包埋、切片后，进行病理检查的方法。通过采集病变部位脱落细胞、细针吸取病变部位细胞、体腔积液分离病变细胞等方式获取病变细胞，制成涂片，进行病理检查的方法，属于细胞病理学检查，不属于组织病理学检查。

《疾病和有关健康问题的国际统计分类》第十次修订版（ICD-10）指世界卫生组织（WHO）制定的国际统一的疾病分类方法，它根据疾病的病因、病理、临床表现和解剖位置等特性，用一种系统有序的组合编码的方法对疾病进行分类。目前世界通用的是第 10 次修订本《疾病和有关健康问题的国际统计分类》，（ICD-10）是该分类第 10 次修订本的简称。

ICD-0-3 指《国际疾病分类肿瘤学专辑》第三版（ICD-0-3），是 WHO 发布的针对 ICD 中肿瘤形态学组织学细胞类型、动态、分化程度的补充编码。其中形态学编码：0 代表良性肿瘤；1 代表动态未定性肿瘤；2 代表原位癌和非侵袭性癌；3 代表恶性肿瘤（原发性）；6 代表恶性肿瘤（转移性）；9 代表恶性肿瘤（原发性或转移性未肯定）。如果出现 ICD-10 与 ICD-0-3 不一致的情况，以 ICD-0-3 为准。

TNM 分期指采用 AJCC 癌症分期手册标准。该标准由美国癌症联合委员会与国际抗癌联合会 TNM 委员会联合制定，是目前肿瘤医学分期的国际通用标准。T 指原发肿瘤的大小、形态等；N 指淋巴结的转移情况；M 指有无其他脏器的转移情况。

甲状腺癌的 TNM 分期采用目前现行的 AJCC 第八版定义标准，我国国家卫生健康委员会 2018 年发布的《甲状腺癌诊疗规范（2018 年版）》也采用此定义标准。

³⁰**恶性肿瘤**应当包含恶性肿瘤—重度和恶性肿瘤—轻度。

恶性肿瘤—轻度指恶性细胞不受控制的进行性增长和扩散，浸润和破坏周围正常组织，可以经血管、淋巴管和体腔扩散转移到身体其他部位，病灶经组织病理学检查（涵盖骨髓病理学检查）结果明确诊断，临床诊断属于世界卫生组织（WHO，World Health Organization）《疾病和有关健康问题的国际统计分类》第十次修订版（ICD-10）的恶性肿瘤类别及《国际疾病分类肿瘤学专辑》第三版（ICD-0-3）的肿瘤形态学编码属于 3、6、9（恶性肿瘤）范畴，但不在“恶性肿瘤—重度”保障范围的疾病。且特指下列六项之一：

- （1）TNM 分期为 I 期的甲状腺癌；
- （2）TNM 分期为 T₁N₀M₀ 期的前列腺癌；
- （3）黑色素瘤以外的未发生淋巴结和远处转移的皮肤恶性肿瘤；
- （4）相当于 Binet 分期方案 A 期程度的慢性淋巴细胞白血病；
- （5）相当于 Ann Arbor 分期方案 I 期程度的何杰金氏病；
- （6）未发生淋巴结和远处转移且 WHO 分级为 G1 级别（核分裂像 < 10/50HPF 和 ki-67 ≤ 2%）的神经内分泌肿瘤。

下列疾病不属于“恶性肿瘤—轻度”，不在保障范围内：

ICD-0-3 肿瘤形态学编码属于 0（良性肿瘤）、1（动态未定性肿瘤）、2（原位癌和非侵袭性癌）范畴的疾病，如：

- a. 原位癌，癌前病变，非浸润性癌，非侵袭性癌，肿瘤细胞未侵犯基底层，上皮内瘤变，细胞不典型性增生等；
- b. 交界性肿瘤，交界恶性肿瘤，肿瘤低度恶性潜能，潜在低度恶性肿瘤等。

³¹**基因检测**指将外周血、手术或活检术留取的恶性肿瘤病理切片组织或恶性肿瘤转移所致的胸腹水等样本，进行恶性肿瘤相关的特定基因的结构（DNA 水平）或功能（RNA 水平）检测。医院的专科医生可根据其基因检测结果，给出针对其分子异常特征的药物用药方案。

请注意院外恶性肿瘤特定用药基因检测费用保险金保险责任不适用 2.2.5 条的保险金计算方法。

本项保险责任不适用医疗费用直接结算。

院外恶性肿瘤 特定药品费用 医疗保险金

被保险人在等待期满后经我们认可的医院的专科医生确诊初次罹患恶性肿瘤的，对于其用于治疗该恶性肿瘤而产生的合理且必要的，满足以下条件的特定药品与医疗器械费用，我们根据本主险合同约定的赔付比例在本项保险金赔付限额内赔付院外恶性肿瘤特定药品费用医疗保险金：

1. 特定药品的处方必须是由医院专科医生开具的且处方药量不超过 30 天；
2. 药品处方开具的特定药品与医疗器械必须是被保险人当前治疗所必备的且必须与国家药品监督管理机构批准的该药品说明书与医疗器械说明书中所列明的适应症相符合；
3. 购买药品前，使用药品的处方必须经我们的药品处方审核并按本主险合同约定的流程购药（见 6.3）；
4. 药品处方开具的特定药品与医疗器械属于本主险合同约定的药品与医疗器械清单；
5. 药品处方开具的特定药品与医疗器械必须自我们指定或认可的药店购买，且购买票据必须出自我们指定或认可的药店。

本主险合同所称的处方，是指由专科医生在诊疗活动中为患者开具的、由取得药学专业技术职务任职资格的药学专业技术人员审核、调配、核对，并作为患者用药凭证的医疗文书，包括医疗机构病区用药医嘱单。

属于本主险合同保险责任范围内的院外恶性肿瘤特定药品费用将由我们与指定药店直接结算，被保险人无需支付且不应向我们申请相关保险金的赔付。

请注意院外恶性肿瘤特定药品费用医疗保险金保险责任不适用 2.2.5 条的保险金计算方法。

指定医疗机构 住院津贴保险 金

在本主险合同保险期间内，被保险人因遭受意外伤害事故或在等待期后罹患疾病，在本主险合同约定的指定医疗机构的特需部、vip 部或国际部住院治疗的，我们将按指定医疗机构住院津贴日额乘以实际住院天数，计算并给付指定医疗机构住院津贴保险金。

在保险期间内，指定医疗机构住院津贴保险金的给付天数最多为 30 日。

本项保险责任不适用医疗费用直接结算。

住院前后门诊 急诊医疗保险 金

在本主险合同保险期间内，被保险人因遭受意外伤害事故或在等待期后罹患疾病，经医院诊断必须住院治疗的，对于被保险人在住院前和出院后约定期限内且与本次住院相同原因而发生的，必须由被保险人个人自行承担的门诊急诊医疗费用，我们依据 2.2.5 条的保险金计算方法结合补偿原则在住院前后门诊急诊医疗保险金赔付限额内赔付住院前后门诊急诊医疗保险金。

住院前后门诊急诊医疗保险金不包含：指定门诊急诊医疗费用。

被保险人在住院前和出院后可以赔付保险金的期限，详见保险计划表。

本项保险责任不适用医疗费用直接结算。

意外门诊急诊 医疗保险金

在本主险合同保险期间内，被保险人因遭受意外伤害事故，在医院的门诊部门或急诊部门接受治疗的，对于发生的必须由被保险人个人自行承担的

合理且必要的门诊急诊医疗费用和**意外门诊急诊牙科医疗费用**³²，我们根据本主险合同约定的赔付比例在本项保险金赔付限额内赔付意外门诊急诊医疗保险金。

意外门诊急诊医疗保险金不包含：被保险人非因意外导致的门诊急诊医疗费用。

本项保险责任不包括任何因牙齿修复、牙齿种植和牙齿整形而产生的费用。请注意意外门诊急诊医疗保险金保险责任不适用 2.2.5 条的保险金计算方法。

2.2.4 可选责任

以下责任为可选责任，投保时您选择的保险计划中会明确是否包含如下可选责任。

出院后特别关怀保险金

在本主险合同保险期间内，被保险人在住院结束后 90 日内发生的**家庭护理费**³³、**康复治疗费**³⁴及**临终关怀医疗费**³⁵，我们依据 2.2.5 条的保险金计算方法结合补偿原则在出院后特别关怀保险金赔付限额内赔付出院后特别关怀保险金。

在每一保险期间内，我们仅对被保险人出院次日起 90 日内的费用承担保险责任。

本项保险责任不适用医疗费用直接结算。

艾滋病及精神疾病住院医疗保险金

在本主险合同保险期间内，被保险人在等待期后经医院确诊罹患**艾滋病**³⁶或**精神疾病**³⁷必须住院治疗的，对于被保险人在住院期间发生的必须由被保险人个人自行承担的合理且必要的住院医疗费用，我们依据 2.2.5 条的保险金计算方法结合补偿原则在艾滋病及精神疾病住院医疗保险金赔付限额内赔付艾滋病及精神疾病住院医疗保险金。

除本项保险责任外，本主险合同其他所有保险责任均不承担因艾滋病或精神疾病导致的任何医疗费用。

³²意外门诊急诊牙科医疗费用指被保险人在意外事故发生后 14 日内，因该意外事故的牙齿损伤而在医院或诊所接受门急诊治疗的费用，不包括任何牙齿修复和牙齿整形的费用。

³³家庭护理费指根据医生建议，出院后必须立即在家中接受由专业护士提供的与住院治疗的病症直接相关的护理而发生的护理费用，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而发生的相关费用。

专业护士指国家护士注册机构登记名册中登记在案的护士。

³⁴康复治疗费指在医院接受由专科医生进行的康复功能评估、确定康复目标、制定康复计划、实施治疗方案以实现最大程度的功能恢复和重建治疗而发生的医疗费用。治疗范围须满足下列条件其一：

- (1) 手术后的康复治疗；
- (2) 中枢神经损伤后的康复治疗；
- (3) 脑卒中、脑中风或者脑出血后的康复治疗；
- (4) 言语或者吞咽功能障碍的康复治疗（因精神疾病导致的除外）。

以上治疗手段包括：物理治疗、中医理疗及其他特殊疗法、生物反馈疗法、康复营养、康复护理等。

³⁵临终关怀医疗费指被保险人因达到疾病的终末期状态而在当地合法注册的临终护理机构或设有临终护理病房的医疗机构，且在患者及其家属的要求和医生的同意下一切积极治疗已被放弃，仅接受以减轻痛苦为目的的姑息治疗所导致的住院费用。疾病的终末期状态指疾病已经无法以现有的医疗技术治疗或缓解并且将导致被保险人在未来六个月内死亡。

³⁶艾滋病指被保险人感染**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。

³⁷精神疾病指被保险人因患精神疾病经当地合法注册的精神专科医院或设有精神病科室的医疗机构确诊罹患精神疾病。包括但不限于对抑郁症、狂躁症、贪食症、厌食、**注意缺陷症**和**注意缺陷多动障碍**的治疗。

注意缺陷症指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。

注意缺陷多动障碍指一种常见的儿童精神障碍，主要表现为注意力涣散、活动过多和冲动任性等问题或伴有其他相关精神障碍，但只有当这些表现超出了儿童年龄和发育的正常范围才能诊断为注意缺陷多动障碍。

保险区域外紧急医疗保险金

在本主保险合同保险期间内，被保险人以短期旅游签证或短期商务签证的身份，在本主合同约定的保障区域以外的全球其他国家和地区进行预定不长于 30 个自然日的短期旅行时，因遭受意外伤害事故或**指定的突发急性病**³⁸需紧急医疗的，我们对发生在**网络医院**³⁹的相关紧急医疗产生的符合一般住院医疗保险金责任范围内的医疗费用以及合理且必要的门诊急诊医疗费用，我们依据 2.2.5 条的保险金计算方法结合补偿原则在保险区域外紧急医疗保险金赔付限额内赔付保险区域外紧急医疗保险金。

被保险人在申请本项保险金时需额外提供签证、入境审批以及交通住宿订单等短期旅行证明材料。

本项责任不适用医疗费用直接结算。

一般门诊急诊医疗保险金

在本主保险合同保险期间内，被保险人因遭受意外伤害事故或在等待期后罹患疾病，经医院诊断必须在医院门诊部门或急诊部门进行治疗发生的**必须由被保险人个人自行承担的合理且必要的门诊急诊医疗费用**，我们依据 2.2.5 条的保险金计算方法结合补偿原则赔付一般门诊急诊医疗保险金。

一般门诊急诊医疗保险金不包含：

- (1) 指定门诊急诊医疗费用；
- (2) 中医门诊医疗费及其他特殊疗法医疗费用。

本项保险责任对一般门诊急诊的就诊次数有限制，详见保险计划表。同一个自然日内在同一个医院的同一个科室进行一次诊疗为一次就诊。

中医门诊及其他特殊疗法保险金

在本主保险合同保险期间内，被保险人因遭受意外伤害事故或在等待期后罹患疾病，在医院治疗发生的合理且必要的**中医门诊医疗费**⁴⁰和**其他特殊疗法医疗费**⁴¹，对于每次就诊不超过次限额的部分，我们依据 2.2.5 条的保险金计算方法结合补偿原则在中医门诊及其他特殊疗法保险金赔付限额内赔付中医门诊及其他特殊疗法保险金。

本项保险责任对每次就诊的次限额以及年限额有限制，详见保险计划表。同一个自然日内在同一个医院的同一个科室进行一次诊疗为一次就诊。

2.2.5 保险金计算方

一般住院医疗保险金、指定门诊急诊医疗保险金、住院前后门诊急诊医疗

³⁸指定的突发急性病指以下疾病病程短、病情相对严重，需要短期治疗的疾病，包括：（1）高热（成人摄氏 38.5 度以上、小儿摄氏 39 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，急性眼痛、眼红或眼肿，突然视力障碍以及眼外伤；（15）其他给予危、急、重病者的紧急治疗。

³⁹网络医院指在本主保险合同中列明的医院网络范围内的医院，不同的保障责任可能会对应不同的网络医院。网络医院发生变更时，您可以通过我们的服务电话或网站查询。对部分网络医院我们还可提供门诊预约服务，您可通过服务电话查询并进行预约。

⁴⁰中医门诊医疗费包括以下两类费用：

（1）被保险人在具备就诊地当地行医资质的中医诊所接受具有中医师资质的医生诊疗所发生的医生诊断费用、检查检验费、根据中医药方组合一种或多种中药材进行内服或外用的中草药药品费。

（2）被保险人在医院发生的根据中医药方组合一种或多种中药材进行内服或外用的中草药药品费。

上述中草药药品费不包括以下中药材费用：人参、阿胶、鹿角胶、龟鹿二仙胶、龟板胶、鳖甲胶、马宝、珊瑚、玳瑁、冬虫夏草、藏红花、羚羊、犀角、牛黄、麝香、鹿茸、铁皮枫斗及铁皮石斛的费用，无论其是否单独使用。

⁴¹其他特殊疗法医疗费指在医院或具备就诊地当地行医资质的中医诊所内由具有相应资格的医生进行物理治疗、推拿、顺势治疗、针灸治疗、职业疗法、语音治疗的相关费用。

法

保险金、出院后特别关怀保险金、艾滋病及精神疾病住院医疗保险金、保险区域外紧急医疗保险金、一般门诊急诊医疗保险金、中医门诊及其他特殊疗法保险金按如下方式计算保险金：

我们赔付的保险金数额=(被保险人个人自行承担的保险责任范围内的医疗费用-未抵扣完毕的免赔额)×赔付比例

除另有约定外，赔付比例为 100%。

质子重离子医疗保险金、院外恶性肿瘤特定用药基因检测费用保险金、院外恶性肿瘤特定药品费用医疗保险金、指定医疗机构住院津贴保险金和意外门诊急诊医疗保险金不适用上述保险金计算方法，按各项保险责任中的表述计算对应的保险金。

2.2.6 赔付限额

对于上述各项保险责任，被保险人不论一次或多次进行治疗，我们均按上述约定赔付保险金。但各项保险金保险责任的累计赔付金额以不超过各对应项的保险金赔付限额为限，各项保险金保险责任的累计赔付金额达到其对应项的限额时，我们对被保险人的该项保险金赔付责任终止。各项保险金赔付金额达到约定的保险金总赔付限额时，本主险合同终止。

各项保险金的累计赔付日数、次数以不超过各对应项年度最高赔付日数、次数为限，各项费用的累计赔付日数、次数达到其对应项年度最高赔付日数、次数时，我们对被保险人的该项保险责任终止。

2.2.7 补偿原则

若被保险人已从其他途径（包括基本医疗保险、公费医疗、城乡居民大病保险、工作单位、第三方侵权责任人（包含法人）或本公司在内的任何商业保险机构等）取得补偿的，我们将按上述约定计算并赔付保险金，且最高赔付金额不超过被保险人实际发生的医疗费用扣除其所获补偿后的余额。

2.2.8 预授权

如投保时您选择的是至慧版计划，被保险人拟在**直接结算医院**⁴²住院治疗、并享受直接结算服务的，应于住院前至少 2 天通过服务热线向我们提出预授权申请，并提供门急诊病历、医疗诊断书、住院通知单、检查报告以及既往的相关病历资料等。

如投保时您选择的是至赢版计划或至尊版计划，被保险人拟接受下列医疗项目前，应于检查或治疗前至少 2 天通过服务热线向我们提出预授权申请，并提供门急诊病历、医疗诊断书、住院通知单、检查报告以及既往的相关病历资料等：

(1) 单价大于 5000 元的单项检查（仅至尊版计划）；

(2) 所有住院治疗；

(3) 全麻门诊手术（仅至尊版计划）。

紧急情况下，如被保险人未能事先申请预授权的，被保险人需在开始接受上述医疗项目后 48 小时之内通知我们。

被保险人在进行上述检查或治疗前，若未事先申请预授权或紧急情况下未能在规定时间内通知我们的，对于被保险人发生的合理且必要的医疗费用，我们将按合同约定的赔偿范围、赔付比例、费用限额、最高赔付日数及最高赔付次数计算得出的金额，再乘以 60%的比例赔付保险金。

⁴²直接结算医院指在本主险合同中列明的可提供直接结算服务的医院，不同的保障责任可能会对应不同的直接结算医院。直接结算医院发生变更时，您可以通过我们的服务电话或网站查询。对部分直接结算医院我们还可提供门诊预约服务，您可以通过服务电话查询并进行预约。

请注意：无论投保的是哪个保险计划，被保险人获得预授权不意味着其发生的医疗费用属于保险责任范围，我们将按照本主险合同的约定承担保险责任。

③ 责任免除

3.1 责任免除

1. 因下列情形之一导致被保险人发生保险事故或造成医疗费用支出的，我们不承担赔付保险金的责任：

- (1) 投保人对被保险人的故意杀害、故意伤害；
- (2) 被保险人故意自杀或自伤、故意犯罪或者抗拒依法采取的刑事强制措施；
- (3) 被保险人殴斗、醉酒⁴³、主动吸食或注射毒品⁴⁴；
- (4) 被保险人酒后驾驶⁴⁵、无合法有效驾驶证驾驶⁴⁶或驾驶无有效行驶证的交通工具⁴⁷；
- (5) 核爆炸、核辐射与核污染、战争、军事冲突、恐怖袭击、暴乱或武装叛乱；
- (6) 精神和行为障碍治疗以及各种医疗咨询和健康预测：如健康咨询、睡眠咨询、性咨询、心理咨询（依照世界卫生组织《疾病和有关健康问题的国际统计分类》第十次修订版（ICD-10）确定的精神和行为障碍以外的一般心理问题，如职场问题、家庭问题、婚恋问题、个人发展、情绪管理等），但艾滋病及精神疾病住院医疗保险金中的精神疾病住院治疗不受此限；
- (7) 各类医疗鉴定，包括但不限于医疗事故鉴定、精神病鉴定、孕妇胎儿性别鉴定、验伤鉴定、亲子鉴定、遗传基因鉴定费用；
- (8) 遗传性疾病和先天性畸形、变形或染色体异常⁴⁸；
- (9) 既往症⁴⁹及保险合同特别约定的除外疾病；
- (10) 被保险人感染艾滋病病毒或患艾滋病期间因疾病导致的医疗费用，但艾滋病及精神疾病住院医疗保险金中的艾滋病住院治疗不受此限；
- (11) 被保险人感染苍白（梅毒）螺旋体、淋病奈瑟菌；
- (12) 体检、疗养、胃减容术（包括但不限于：可调节式束带手术、袖状

⁴³醉酒指每百毫升血液的酒精含量大于或等于100毫克。

⁴⁴毒品指《中华人民共和国刑法》规定的鸦片、海洛因、甲基苯丙胺（冰毒）、吗啡、大麻、可卡因以及国家规定管制的其他能够使人形成瘾癖的麻醉药品和精神药品，但不包括由医生开具并遵医嘱使用的用于治疗疾病但含有毒品成分的处方药品。

⁴⁵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《中华人民共和国道路交通安全法》的规定认定为饮酒后驾驶或醉酒后驾驶。

⁴⁶无合法有效驾驶证驾驶指下列情形之一：

- (1) 没有取得驾驶资格的情况下驾驶任何按中华人民共和国法律法规规定应当持有驾驶资格才能够驾驶的交通工具或在驾驶此等交通工具时驾驶资格证件处于暂扣、吊销或注销状态；
- (2) 驾驶与驾驶资格不符合的交通工具或进行与驾驶资格不符合的交通运输行为，如驾驶与所持机动车驾驶证准驾车型不相符合的机动车；
- (3) 持审验不合格的驾驶证或持应审验未审验的驾驶证驾驶；
- (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。

⁴⁷驾驶无有效行驶证的交通工具指以下情形之一：

- (1) 被保险人所驾驶的交通工具未按中国法律规定取得行驶证等公共道路、公共水域或空域行驶资格证明；
- (2) 被保险人所驾驶的交通工具被依法注销登记的；
- (3) 被保险人所驾驶的交通工具未依法按时进行或通过机动车安全技术检验等法律规定的定期或不定期安全检验。

⁴⁸先天性畸形、变形或染色体异常指被保险人出生时就具有的畸形、变形或染色体异常。先天性畸形、变形和染色体异常依照世界卫生组织《疾病和有关健康问题的国际统计分类》第十次修订版（ICD-10）确定。

⁴⁹既往症指在本主险合同生效之前被保险人已患有的且已知晓的有关疾病或症状。

胃切除手术、胃旁路手术、胃内水囊手术、胃肠转流术)、视力矫正手术、斜视矫正手术、非意外事故所致的整容手术、各种美容整形项目,包括但不限于皮肤色素沉着、痤疮治疗、红斑痤疮治疗、良性皮肤损害(雀斑、老年斑、痣、疣等)的治疗和去除。对上肢肘关节远端及面部静脉曲张、蜘蛛脉、除瘢痕疙瘩型外的其它瘢痕治疗和去除。纹身去除、皮肤变色的治疗或手术。激光美容、除皱、除眼袋、开双眼皮、治疗斑秃、白发、秃发、脱发、植毛、脱毛、隆鼻、隆胸以及各种矫形及生理缺陷的手术和检查治疗项目,包括但不限于平足及各种非功能性整容、整形和矫形手术费用。各种健美治疗项目,如营养、减肥、增胖、增高;

(13) 不孕不育治疗、人工受精、怀孕、分娩(含难产)、流产、堕胎、节育(含绝育)、产前产后检查以及由以上原因引起的并发症;

(14) 包皮环切术、包皮气囊扩张术、性功能障碍治疗;

(15) 口腔科(牙科)治疗,但意外门诊急诊医疗保险金中的意外门诊急诊牙科治疗不受此限;

(16) 被保险人在进行符合以下一项或多项标准的高风险活动过程中发生意外伤害事故导致的就医治疗:

- 从事本主险合同所附《特殊职业类别表》中的职业;
- 活动过程中必然涉及2米以上水深的自然水域水面或水下运动,包括但不限于各类、各级别的**潜水**⁵⁰、自然水域游泳(包括人工湖或人工水库)、跳水运动;
- 活动过程中必然涉及距离地面超过10米的高空运动,包括但不限于跳伞、蹦极、非商业性的驾驶飞机等飞行器飞行、滑翔机或滑翔伞、翼装飞行、**攀岩**⁵¹等;
- 故意进入一般认知中存在生命危险的环境中或进入未经人工开发的自然区域活动,包括但不限于各类**探险**⁵²和除商业航线飞行外的航空航天活动;
- 各类搏击或类军事活动,如摔跤、**武术比赛**⁵³、彩弹射击等仿真枪战运动;
- 各类**特技表演**⁵⁴;
- 除竞走、跑步以外的竞速运动如赛马、赛车、竞速冰雪运动等;

(17) 冒名住院、被保险人未到达医院就诊即代诊、不符合入院标准、挂床住院或住院病人应当出院而拒不出院(从医院确定出院之日起发生的一切医疗费用);

(18) 被保险人接受实验性治疗(未经科学或医学认可的医疗)。

2. 符合以下任意一项情形的相关医疗费用,我们不承担保险责任:

(1) 未经医生建议自行进行的任何治疗或未经医生处方自行购买的药品;

(2) 虽然有医生建议,但相关治疗和检查检验不是在医院进行的或相关费用不是由医院收取的(以相关医疗费票据为准),但院外恶性肿瘤特定用药基因检测费用保险金中的基因检测费用不受此限;

⁵⁰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。

⁵¹攀岩指攀登悬崖、楼宇外墙、人造悬崖、冰崖、冰山等运动。

⁵²探险指明知在某种特定的人工或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:攀登建筑物、在离地超过10米的建筑物的顶部或建筑物外无护栏部位逗留、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。

⁵³武术比赛指两人或两人以上对抗性柔道、空手道、跆拳道、散打、拳击等各种拳术及使用器械的对抗性比赛。

⁵⁴特技表演指进行马术、杂技、飞车、驯兽等表演。

(3) 未被治疗所在地权威部门批准的治疗，未获得治疗所在地政府许可或批准的药品或药物；

(4) 未按照本主险合同约定的流程（详见 6.3）购买本主险合同指定药品清单中的药品或医疗器械而产生的费用；

(5) 医院康复科、康复中心等以康复治疗为主要功能的科室所产生的费用，但出院后特别关怀保险金中的康复治疗费不受此限；

(6) 中草药及其泡制的各类酒制剂涉及的药品费用，但中医门诊及其他特殊疗法保险金中的符合本主险合同约定的中草药药品费不受此限；

(7) 虽然有医生处方，但剂量超过 30 天部分的药品费用；

(8) 所有**基因疗法**⁵⁵和本主险合同未明确约定包含在保险责任内的**细胞免疫疗法**⁵⁶造成的医疗费用；

(9) 除心脏瓣膜、人工晶体、人工关节之外的其他**人工器官**⁵⁷的购买、安装和置换等费用，但一般住院医疗保险金中的医疗器械费不受此限；

(10) 各种矫治和防护医疗器械、各种康复治疗医疗器械、假体、义肢、轮椅、自用的按摩保健和治疗用品等所有非一次性使用医疗器械和非处方医疗器械的购买、租赁和置换费用。

3.2 其他免责条款

除“3.1 责任免除”外，本主险合同中还有一些免除保险人责任的条款，详见“2.2 保险责任”、“6.2 保险事故通知”、“8.1 明确说明与如实告知”、“8.2 年龄错误”、脚注和附表中背景突出显示的内容。

④ 我们提供的服务

4.1 健康管理服务

在本主险合同保险期间内，我们为被保险人提供如下健康管理服务，包括：

- (1) 就医服务；
- (2) 健康咨询；
- (3) 康复护理。

健康管理服务的详细内容及次数限制详见服务手册，您可以在投保时获取并查看服务手册。

⑤ 如何支付保险费

5.1 保险费的支付

本主险合同的保险费按照被保险人的年龄、是否参加基本医疗保险或公费医疗和您投保时选择的保险计划确定。**您应当一次性全额支付保险费。**

⑥ 如何领取保险金

6.1 受益人

除另有约定外，本主险合同的受益人为被保险人本人。

⁵⁵基因疗法指通过各种手段修复缺陷基因，以减缓或治愈疾病的技术。

⁵⁶细胞免疫疗法指通过采集人体免疫细胞，在体外进行扩增和功能鉴定，然后向患者传输，达到杀灭血液及组织中的病原体、癌细胞、突变的细胞，从而打破机体免疫耐受，激活和增强机体免疫力的治疗方法。

⁵⁷人工器官指长期的、植入人体的用人工材料和电子技术制成部分或全部替代人体自然器官、骨骼、血管、神经等功能的替代物、机械装置或电子装置，包括但不限于：人工食道、人工血管、人工椎体、人工尿道、人工肾、人工颅骨、人工颌骨、人工心脏、人工肌腱、人工耳蜗、人工肛门封闭器、人工喉、人工皮肤和人工角膜等。

6.2 保险事故通知

请您、被保险人或受益人在知道保险事故发生后 10 日内通知我们。

如果您、被保险人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，不承担赔付保险金的责任，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。

被保险人应在本主险合同中约定的医院就诊，若因急诊未在约定的医院就诊的，应在 3 日内通知我们，并在病情好转后及时转入约定的医院。被保险人未在约定的医院就诊产生的医疗费用，我们不承担保险责任。

6.3 保险金申请

在申请保险金时，请按照下列方式办理：

6.3.1 保险金申请方式

受益人可通过以下两种方式向我们申请保险金：

(1) 医疗费用直接结算

在免赔额被抵扣完毕后，被保险人可以向我们申请直接结算，对于可以提供医疗费用直接结算服务的保险金，经我们同意的，对于被保险人在直接结算医院发生的保险责任范围内的医疗费用我们将与医院直接结算。

被保险人在直接结算医院就诊并享受直接结算服务的，对于不属于保险责任范围内的医疗费用、超过相应费用限额的医疗费用、应当由被保险人按比例自付的医疗费用，或者应从保险金中扣减的欠交保费等应由被保险人自行承担但该医院未向其收取的，在接到我们通知后10日内，被保险人应当将上述相应款项退还我们，未退还期间我们有权中止医疗费用直接结算服务。

请注意2.2.3条和2.2.4条中明确不适用直接结算服务的保险金项目不能提供直接结算服务。

(2) 保险事故发生后申请赔付保险金

受益人还可于保险事故发生后向我们申请赔付保险金。如果您选择这种赔付保险金的方式，我们将按照支付保险费的币种赔付保险金。如果发生的医疗费用的币种和本公司应赔付的币种不同，本公司将按医疗费用清单中最早账单日期对应的中华人民共和国国家外汇管理局公布的汇率中间价换算成应赔付的币种后，计算并支付保险金。

6.3.2 保险金申请

对于除院外恶性肿瘤特定药品费用医疗保险金之外的其他保险责任，在保险事故发生后申请赔付保险金的，由受益人填写保险金赔付申请书，并提供下列证明和资料：

(1) 保险合同；

(2) 受益人的有效身份证件；

(3) 医院出具的医疗诊断书、医疗病历或出院小结、检查检验报告及费用清单；

(4) 医院出具的医疗费用原始凭证和医疗费用结算清单（被保险人享有基本医疗保险或公费医疗保障的，需包含按基本医疗保险或公费医疗有关规定取得医疗费用补偿的证明）；

(5) 申请院外恶性肿瘤特定用药基因检测费用保险金的，还需要提供病理检查报告、基因检测机构提供的发票及检测报告；

(6) 被保险人的出入境记录、签证、交通工具和住宿预定证明等境内居住和短期旅行证明；

(7) 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。以上证明和资料不完整的，我们将及时一次性通知受益人补充提供有关证明和资料。

6.3.3 院外恶性肿瘤特定药品费用医疗保险金的申请和赔付

院外恶性肿瘤特定药品费用医疗保险金必须按以下流程申请保险金：

1. 提交用药和保险金赔付申请

被保险人取得了符合本主险合同约定标准的药品处方，最晚应在处方有效期到期前 1 个工作日内通过我们指定的渠道提交如下材料：

- (1) 个人医疗保险理赔申请书原件；
- (2) 被保险人的有效身份证件正反面复印件；
- (3) 支持处方审核的全部证明、信息和证据，包括但不限于医院出具的病历资料、医学诊断书、基因检测结果报告、处方原件（收取不返还）、病理检查报告、化验检查报告、费用明细单据等原件或复印件。被保险人因特殊原因不能提供上述材料的，应提供其它合法有效的材料原件；
- (4) 被保险人所能提供的其他与确认保险事故的性质、原因等有关的证明和资料原件。

如果药品处方审核出现以下情况，我们有权要求被保险人提供其他与药品处方审核相关的医学材料：

- (1) 被保险人申请时提交的医学材料不足以支持药品处方的开具或审核；
- (2) 医学材料中相关的科学检验方法报告结果不支持药品处方的开具。

首次申请用药和保险金赔付的，我们将在收到上述所有证明和资料之日起最长 30 日内作出核定。非首次申请用药和保险金赔付的，我们将在收到上述所有证明和资料之日起最长 5 日内作出核定。

如果被保险人的药品处方审核未通过，我们不承担赔付保险金的责任。

2. 药品购买和保险金赔付

用药和保险金赔付申请核定通过后，我们将会提供购药凭证。被保险人前往指定药店购买药品。保险金将由我们与指定药店直接结算。属于本主险合同保险责任范围内的费用，被保险人无需支付该部分费用且不应向我们申请该部分保险金的支付。

6.4 保险金的赔付

我们在收到保险金的赔付申请书及上述有关证明和资料后，将在 5 日内作出核定；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赔付保险金的协议后 10 日内，履行赔付保险金义务；若我们在收到保险金赔付申请书及上述有关证明和资料后第 30 日仍未作出核定，除支付保险金外，我们将从第 31 日起按超过天数赔偿受益人因此受到的利息损失。利息按照我们公示的利率按单利计算，且保证该利率不低于中国人民银行公布的同期金融机构人民币活期存款基准利率。

如我们要求您、被保险人或者受益人补充提供有关证明和资料的，那么自您、被保险人或者受益人收到补充提供有关证明和资料的通知之日起直至我们收到补充提供的有关证明和资料的期间将不计入上述 30 日。

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赔付保险金通知书并说明理由。

我们在收到受益人的保险金赔付申请书及有关证明和资料之日起 60 日内，对赔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；我们最终确定赔付保险金的数额后，将支付相应的差额。

- 6.5 诉讼时效 受益人向我们请求赔付保险金的诉讼时效适用现行有效法律规定，自其知道或者应当知道保险事故发生之日起计算。

7 如何解除保险合同

- 7.1 您解除合同的手续及风险 犹豫期后您申请解除本主险合同的，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，本主险合同终止。我们自收到解除合同申请书之日起 30 日内向您退还本主险合同的**现金价值**⁵⁸。

您解除合同会遭受一定损失。

8 其他需要关注的事项

- 8.1 明确说明与如实告知 订立本主险合同时，我们会向您说明本主险合同的内容。对本主险合同中免除我们责任的条款，我们在订立合同时会在投保书、保险单或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。**我们的询问和您的告知将记载于本主险合同中作为保险合同的重要组成部分。**

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，我们有权解除本主险合同。

如果您故意不履行如实告知义务，对于本主险合同解除前发生的保险事故，我们不承担赔付保险金的责任，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，对于本主险合同解除前发生的保险事故，我们不承担赔付保险金的责任，但会退还保险费。

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，我们承担赔付保险金的责任。

- 8.2 年龄错误 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在投保书上填明，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不真实，并且其真实年龄不符合本主险合同约定投保年龄限制的，我们有权解除合同，并向您退还本主险合同的**现金价值**；

(2) 您申报的被保险人年龄不真实，致使您实付保险费少于应付保险费的，

⁵⁸现金价值的计算分两种情况：

(1) 本主险合同包含等待期的情况：

如果保险经过天数 ≤ 30 天，现金价值 = 已交保险费 × (1 - 35%)；

如果保险经过天数 > 30 天，现金价值 = 已交保险费 × (1 - 35%) × [1 - (保险经过天数 - 30) / (本合同生效日至保险费交至日的天数 - 30)]，经过天数不足 1 天的按 1 天计算。

(2) 本主险合同免除等待期的情况：

现金价值 = 已交保险费 × (1 - 35%) × (1 - 保险经过天数 / 本合同生效日至保险费交至日的天数)，经过天数不足 1 天的按 1 天计算。

我们有权更正并要求您补交保险费。若已经发生保险事故，在赔付保险金时按实付保险费和应付保险费的比例赔付；

(3)您申报的被保险人年龄不真实，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。

8.3 合同内容变更

在本主险合同有效期内，经您与我们协商一致，可以变更本主险合同的有关内容。变更本主险合同的，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。

您通过我们同意或认可的网站等互联网渠道提出对本主险合同进行变更，视为您的书面申请，您向我们在线提交的电子信息与您向我们提交的书面文件具有相同的法律效力。

8.4 联系方式变更

为了保障您的合法权益，您的住所、通讯地址、电话或电子邮箱等联系方式变更时，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，我们按本主险合同载明的最后住所或通讯地址所发送的有关通知，均视为已送达给您。

8.5 效力终止

当发生下列情形之一时，本主险合同效力终止：

- (1) 被保险人身故；
- (2) 本主险合同中列明的其他合同解除或终止的情形。

附表：

平安颐享（C）高端医疗保险计划表

单位：人民币元

保险计划	至慧版	至赢版	至尊版	
保障区域	中国大陆（不含港澳台）	全球除美国/全球，由您在投保时选择确定	全球除美国/全球，由您在投保时选择确定	
免赔额	0元或1万元或2万元，由您在投保时选择确定	0元或1万元或2万元，由您在投保时选择确定	0元或1万元或2万元，由您在投保时选择确定	
医院范围	公立医院	不包含昂贵医院或包含昂贵医院，由您在投保时选择确定	不包含昂贵医院或包含昂贵医院，由您在投保时选择确定	
赔付比例	100%	100%	100%	
保险金总赔付限额	400万元	800万元	800万元	
基本责任	一般住院医疗保险金	400万元	800万元	800万元
	床位费、陪床费、重症监护室床位费、膳食费、护理费、治疗费、检查检验费、药品费、医生诊疗费、手术费、转院救护车使用费	400万元	800万元	800万元
	重建手术费	——	限10万元/每次住院	限10万元/每次住院
	医疗器械费	——	限10万元/每次住院	限10万元/每次住院
	指定门诊急诊医疗保险金	400万元	800万元	800万元
	质子重离子医疗保险金	400万元，0免赔	800万元，0免赔	800万元，0免赔
	院外恶性肿瘤特定用药基因检测费用保险金	3万元，0免赔	3万元，0免赔	3万元，0免赔
	院外恶性肿瘤特定药品费用医疗保险金	400万元，0免赔	800万元，0免赔	800万元，0免赔
	指定医疗机构住院津贴保险金	限指定医疗机构特需部、vip部或国际部；300元/日，限30日	限指定医疗机构特需部、vip部或国际部；300元/日，限30日	限指定医疗机构特需部、vip部或国际部；500元/日，限30日
	住院前后门诊急诊医疗保险金	住院前后各30天（含住院和出院当日）	住院前后各60天（含住院和出院当日）	——
	意外门诊急诊医疗保险金（*不受保险计划对应的医院范围的限制）	1万元，0免赔	1万元，0免赔	2万元，0免赔
可选责任				
出院后特别关怀保险金	——	800万元 限90日	800万元 限90日	

艾滋病及精神疾病住院医疗保险金			
艾滋病住院医疗费用	---	20 万元	20 万元
精神疾病住院医疗费用	---	5 万元	5 万元
保险区域外紧急医疗保险金	---	50 万元	50 万元
一般门诊急诊医疗保险金	---	---	限 50 次
中医门诊及其他特殊疗法保险金	---	---	限额 2000 元/次，年限 额 8000 元