



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（A）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10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

## 您应当特别注意的事项

- ❖ 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.....3.1、3.2、2.2
- ❖ 退保会给您造成一定的损失，请您慎重决策.....7.1
- ❖ 您应当按时支付保险费.....5.1
- ❖ 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.....2.2.6
- ❖ 费用型医疗险是适用补偿原则的.....2.2.5
- ❖ 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><b>1. 您与我们的合同</b></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><b>2. 我们提供的保障</b></p> <p>2.1 保险计划和医疗机构</p> <p>2.2 保险责任</p> <p><b>3. 责任免除</b></p> <p>3.1 责任免除</p> <p>3.2 其他免责条款</p> <p><b>4. 我们提供的服务</b></p> <p>4.1 健康管理服务</p> <p><b>5. 如何支付保险费</b></p> <p>5.1 保险费的支付</p> <p><b>6. 如何领取保险金</b></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><b>7. 如何退保</b></p> <p>7.1 您解除合同的手续及风险</p>	<p><b>8. 其他需要关注的事项</b></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>
--	---

# 平安颐享（A）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、服务手册、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（A）高端医疗保险条款”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限为准。
- 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. 被保险人本主险合同生效前365天内在中华人民共和国（港澳台除外）居住满180天。若被保险人投保时不满1周岁，则被保险人在中国大陆累计居住时间不少于自出生之日起至投保时止累计日数的三分之二；  
2. 被保险人在保险期限开始之日符合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。  
被保险人的家庭成员若满足上述条件，可以与被保险人**同时参保**<sup>1</sup>本保险。家庭成员仅指投保时具有合法婚姻关系的配偶及被保险人的未成年子女。
- 1.4 投保年龄** 指投保时被保险人的年龄，投保年龄以周岁计算。  
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。除本主险合同约定的特定情况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次日起，有10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。  
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**<sup>2</sup>我们不承担保险责任，已经承担保险责

<sup>1</sup> **同时参保**指同一投保人同时为两名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。

<sup>2</sup> **保险事故**指发生本主险合同保险责任范围内的事件。

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 本主险合同的保障区域、医院范围、**保险金总限额<sup>3</sup>**、各项保险金的单项限额和限次、赔付天数上限、赔付比例及免赔额详见保险计划表。

此外，本主险合同中的**医院<sup>4</sup>**分为以下两类

### （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符合本主险合同保险责任范围内的医疗费用，本公司将不承担或者额外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。由于各医疗机构的收费水平可能发生变化，我方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符合本主险合同保险责任范围内的医疗费用，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。

- 2.2 保险责任 在本主险合同保险期间内，我们承担如下保险责任：

- 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180日内发生疾病，由此而导致“2.2.3 保险责任”中第（2）项“艾滋病及精神疾病住院治疗费用保险金”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。

被保险人在本主险合同保险期间开始之日起30日内发生疾病，由此而导致“2.2.3 保险责任”中除“艾滋病及精神疾病住院治疗费用保险金”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。

上述180日或30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<sup>5</sup>**发生上述情形的；

（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。

<sup>3</sup> **保险金总限额**指我们在本主险合同保险范围内承担相应赔偿或者赔付保险金责任的最高限额。

<sup>4</sup> **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。

上述医院均不包括精神病院及专供康复、休养、戒毒、戒酒、护理、养老等非以直接诊治病人为目的的医疗机构。

<sup>5</sup> **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。

## 2.2.2 免赔额

本主险合同中的免赔额是指被保险人在保险期间内发生的、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自行承担，我们不予赔付的金额。只有当前保单年度内的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**<sup>6</sup>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，如被保险人在保险期间内未就诊过，则免赔额余额为 10000；如第一次就诊累计的“保险责任范围内医疗费用”为 8000，针对本次就诊理赔后免赔额余额为 2000，本次赔付为 0；如第二次就诊累计的“保险责任范围内医疗费用”为 6000，则针对本次就诊理赔后免赔额余额为 0，本次赔付为 4000 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。

**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 保险责任

### (1) 一般住院医疗费用保险金

被保险人因疾病或意外伤害经医院诊断必须住院治疗的，对于被保险人住院期间发生的**必须由被保险人自行承担的合理且必要**<sup>7</sup>的**床位费**<sup>8</sup>、**陪床费**<sup>9</sup>、**重症监护室床位费**<sup>10</sup>、**膳食费**<sup>11</sup>、**护理费**<sup>12</sup>、**治疗费**<sup>13</sup>、**检查检验费**<sup>14</sup>、**药品费**<sup>15</sup>、

<sup>6</sup> **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。

<sup>7</sup> **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。

<sup>8</sup> **床位费**指不超过标准单人间病房（不包括套房）标准的费用。

标准单人间病房指：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，则应按其中最便宜的病房计算床位费。

<sup>9</sup> **陪床费**指被保险人在住院期间，赔付其陪伴者在医院留宿发生的陪床费。

<sup>10</sup> **重症监护室床位费**指住院期间出于**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、使用器械或服用药品符合以下条件：（1）医师处方要求且对治疗被保险人疾病或伤害合理且必需；（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。

<sup>11</sup> **膳食费**指由作为医院内部专门部门的、为住院病人配餐的食堂配送的膳食费用。

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。

<sup>12</sup> **护理费**指根据医嘱所示的护理等级确定的护理费用。

<sup>13</sup> **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和医疗器械使用费，以及消耗品的费用，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：**中医理疗、物理治疗及其他特殊疗法费用。**

**中医理疗、物理治疗及其他特殊疗法：****中医理疗**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；**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；**其他特殊疗法**包括**顺势治疗**、职业疗法及语音治疗。

**针灸治疗**指由具有相应资格的医生以针（包括激光）为工具实施的治疗。

**顺势治疗**指一种通过小剂量药物治疗以使病人症状逐渐缓解或解除的治疗方法，比如对于腹泻的顺势治疗是给予小剂量的放松剂。

<sup>14</sup> **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。

**医生诊疗费<sup>16</sup>、手术费<sup>17</sup>、重建手术费<sup>18</sup>、医疗器械费<sup>19</sup>、救护车使用费<sup>20</sup>**（上述费用之和在本主险合同中统称为“住院医疗费用”），我们在确定免赔额已抵扣完毕后，在本项一般住院医疗费用保险金的赔付限额内按约定的赔付比例结合补偿原则赔付住院医疗保险金。

对本主险合同到期日前发生的且延续至本主险合同到期日后30日内的上述合理且必要的住院医疗费用，我们在各项费用的年度限额内赔付一般住院医疗费用保险金。

对于被保险人因感染艾滋病、精神疾病以及牙科相关原因进行住院治疗的治疗费，不在本项一般住院医疗费用保险金项下赔付。

### （2）艾滋病及精神疾病住院治疗费用保险金

被保险人经医院确诊罹患**艾滋病<sup>21</sup>或精神疾病<sup>22</sup>**需住院治疗的，对于被保险人住院期间发生的必须由被保险人自行承担的合理且必要的住院医疗费用，我们在确定免赔额已抵扣完毕后，在本项艾滋病及特定精神疾病住院治疗费用保险金的赔付限额内按约定的赔付比例结合补偿原则赔付住院医疗保险金。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。

### （3）无费用赔付住院津贴保险金

在本主险合同保险期间内，若被保险人的某次住院仅由于免赔额的原因未能获得上述第（1）或第（2）项住院医疗保险金的赔付或者被保险人书面放弃对某次住院我们应赔付的住院医疗保险金的请求权，我们根据您的保险计划所载的每日津贴金额乘以该次住院实际住院日数赔付无费用赔付住院津贴。赔付该住院津贴后，我们将不再赔付与该次住院相关的任何保险金，且**该次住院产生的所有医疗费用不能抵扣免赔额。**

在保险期间内，“无费用赔付住院津贴保险金”赔付天数最多可达30日。本项责任不适用医疗费用直接结算。

<sup>15</sup> **药品费**指根据医生处方使用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，不包括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。

不包括以下中药材：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。

<sup>16</sup> **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。

<sup>17</sup> **手术费**指合理且必要的手术医疗费用，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的手术费用，不包括器官本身的费用和获取器官过程中的费用。

<sup>18</sup> **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。

<sup>19</sup> **医疗器械费**指以下三类医疗器械或材料的实际费用。

（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，或在病后恢复阶段内短期内需要的、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。

<sup>20</sup> **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。

<sup>21</sup> **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。

<sup>22</sup> **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、躁狂症、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。

免赔额不适用于无费用赔付住院津贴保险金。

#### (4) 特殊门诊医疗费用保险金

被保险人因疾病或意外伤害在医院进行如下治疗发生的必须由被保险人自行承担的合理且必要的医疗费用：

- 1) 门诊肾透析；
- 2) 门诊恶性肿瘤治疗，包括**肿瘤化学疗法<sup>23</sup>、肿瘤放射疗法<sup>24</sup>、肿瘤内分泌疗法<sup>25</sup>、肿瘤免疫疗法<sup>26</sup>、肿瘤靶向疗法<sup>27</sup>**的治疗费用；
- 3) **门诊手术费<sup>28</sup>**

我们在确定免赔额已抵扣完毕后，在本项特殊门诊医疗费用保险金的赔付限额内按约定的赔付比例结合补偿原则赔付住院医疗保险金。本项责任不适用医疗费用直接结算。

#### (5) 出院后特别关怀保险金

被保险人在住院结束后 90 日内发生的**家庭护理费<sup>29</sup>、康复治疗费<sup>30</sup>及临终关怀医疗费<sup>31</sup>**，我们在确定免赔额已抵扣完毕后，在出院后特别关怀保险金的赔付限额内按约定的赔付比例结合补偿原则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。本项责任不适用医疗费用直接结算。

#### (6) 住院前后门急诊费用保险金

被保险人在住院前60日（含住院当日，以住院病历或出院小结为准）和出院后60日（含出院当日，以住院病历或出院小结为准）内发生的，与本次住院相同原因而发生的，**必须由被保险人自行承担的门诊急诊医疗费用<sup>32</sup>**我们在

<sup>23</sup> **化学疗法**指针对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。

<sup>24</sup> **放射疗法**本主险合同所指的放射疗法是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，**不包括质子束放疗、重离子束放疗和中子束放疗**。

<sup>25</sup> **肿瘤内分泌疗法**指针对恶性肿瘤的内分泌疗法，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食品药品监督管理总局批准用于临床治疗。

<sup>26</sup> **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食品药品监督管理总局批准用于临床治疗。

<sup>27</sup> **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。

<sup>28</sup> **门诊手术费**指门、急诊发生的合理且必要的手术医疗费用，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。

<sup>29</sup> **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。

<sup>30</sup> **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。

<sup>31</sup> **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。

<sup>32</sup> **门诊急诊医疗费用**指医生诊疗费、治疗费、检查检验费、药品费和救护车使用费。

确定免赔额已抵扣完毕后，在本项住院前后门急诊费用保险金的赔付限额内按约定的赔付比例结合补偿原则赔付住院前后门急诊费用保险金。

对于被保险人因第（4）项中特殊门诊项目的治疗费，不在住院前后门急诊费用保险金项下赔付。本项责任不适用医疗费用直接结算。

#### （7）保险区域外紧急医疗保险金

在本主险合同保险期间内，被保险人以短期旅游签证或短期商务签证的身份，在本主险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**<sup>33</sup>需紧急医疗的，我们对发生在**网络医院**<sup>34</sup>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**<sup>35</sup>，我们在确认免赔额已抵扣完毕后，在保险区域外紧急医疗保险金赔付限额范围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。

#### （8）紧急意外医疗保险金

被保险人因意外事故遭受人身伤害，在意外事故发生后 24 小时内，因该意外事故的伤害而在医院接受门急诊治疗的发生的**门诊急诊医疗费用与意外门急诊牙科医疗费**<sup>36</sup>，我们在确定免赔额已抵扣完毕后，在紧急意外医疗保险金的赔付限额内按约定的赔付比例结合补偿原则赔付紧急意外医疗保险金。

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。本项责任不适用医疗费用直接结算。

### 2.2.4 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各项保险金，但各项保险金的累计赔付金额以不超过各项保险金年度最高赔付金额为限，各项费用的累计赔付金额达到其各对应保险金年度最高赔付金额时，我们对被保险人的该项保险责任终止；

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

我们累计赔付的保险金以不超过被保险人的保险金总限额为限，累计赔付金额达到年度保险金总限额时，我们对被保险人的保险责任终止。

### 2.2.5 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

<sup>33</sup> **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。

<sup>34</sup> **网络医院**指在本主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。

<sup>35</sup> **门诊急诊医疗费用**指医生诊疗费、治疗费、检查检验费、药品费和救护车使用费。

<sup>36</sup> **意外门急诊牙科医疗费**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。

险、工作单位、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。

### 2.2.6 预授权

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、住院或检查书面通知、检查报告以及既往的相关住院凭证等材料:

- (1) 单价大于 5000 元的单项检查;
- (2) 所有住院治疗;
- (3) 全麻门诊手术。

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。

## ③ 责任免除

### 3.1 责任免除

因下列情形之一导致被保险人进行治疗的,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**<sup>37</sup>、主动吸食或注射**毒品**<sup>38</sup>;
- (4) 被保险人**酒后驾驶**<sup>39</sup>或**无合法有效驾驶证驾驶**<sup>40</sup>,或**驾驶无有效行驶证**<sup>41</sup>的交通工具;
- (5) 核爆炸、核辐射与核污染、战争、军事冲突、暴乱或武装叛乱;
- (6) 遗传性疾病和**先天性畸形、变形或染色体异常**<sup>42</sup>;
- (7) **既往症**<sup>43</sup>及本主险合同特别约定的除外疾病;

<sup>37</sup> **醉酒**指每百毫升血液的酒精含量大于或等于 100 毫克。

<sup>38</sup> **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。

<sup>39</sup> **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。

<sup>40</sup> **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但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。

<sup>41</sup> **无有效行驶证**是指以下情形之一:

- (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。

<sup>42</sup> **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》(ICD-10)确定。

<sup>43</sup> **既往症**指在本主险合同生效前罹患的被保险人已知或应该知道的有关疾病。通常有以下情况:

- (1) 本主险合同生效前,医生已有明确诊断,长期治疗未间断;

(8) 体检、疗养、视力矫正手术、非意外事故所致整容手术、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）的治疗和祛除；对浅表静脉曲张、蜘蛛脉、除瘢痕疙瘩型外的其它瘢痕、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、隆胸费用以及各种健美治疗项目，如营养、减肥、增胖、增高费用；

(9) 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、矫形手术费用；

(10) 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；

(11) 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；

(12) 包皮环切术、包皮气囊扩张术、性功能障碍治疗；

(13) 被保险人患性病引起的；

(14) 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》（ICD-10）<sup>44</sup>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；

(15) 被保险人在进行符合以下一项或多项标准的高风险运动过程中发生意外伤害导致的医疗：

- 从事本主险合同列明的高危职业；
- 运动过程中必然涉及 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**<sup>45</sup>、自然水域游泳（包括人工湖或人工水库）、跳水运动；
- 运动过程中必然涉及距离普通正常理解的地面超过 10 米的高空的运动，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**<sup>46</sup>等；
- 运动过程中需进入未经人工开发的区域，包括但不限于各类**探险**<sup>47</sup>运动和除商业航线飞行外的航空航天活动；
- 各类搏击或类军事运动，如摔跤、**武术比赛**<sup>48</sup>、彩弹射击等仿真枪战运动；
- 各类**特技表演**<sup>49</sup>；
- 除竞走、跑步以外的竞速运动，如赛马、赛车、竞速冰雪运动等。

(16) 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）；

(17) 被保险人接受实验性治疗，即未经科学或医学认可的医疗；

(2) 本主险合同生效前，医生已有明确诊断，治疗后症状未完全消失，有间断用药情况；

(3) 本主险合同生效前发生，医生已有明确诊断，但未予治疗。

<sup>44</sup> 《疾病和有关健康问题的国际统计分类》（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。

<sup>45</sup> **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。

<sup>46</sup> **攀岩**指攀登悬崖、楼宇外墙、人造悬崖、冰崖、冰山等运动。

<sup>47</sup> **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。

<sup>48</sup> **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。

<sup>49</sup> **特技表演**指进行马术、杂技、飞车、驯兽等表演。

(18) 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。

(19) 种植牙、嵌体、正畸治疗、贴面、美白牙齿，以美容为目的的牙齿处理，任何牙科治疗过程中使用的**贵金属**<sup>50</sup>材料的相关费用；

(20) 符合以下任一条件的相关医疗费用，我们不承担保险责任：

- 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；
- 虽然有医生建议，但相关治疗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）；
- 虽然有医生处方，但剂量超过 30 天部分的药品费用；
- 所有**基因疗法**<sup>51</sup>造成的医疗费用；

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”、“8.2 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

这部分讲的是我们提供的健康服务。

4.1 健康管理服务 在本主险合同保险期间内，自本主险合同生效之日起 30 日后，我们向被保险人提供如下健康管理服务，包括：  
就医服务：（1）全球紧急救援；（2）特定疾病专案管理  
健康咨询：（1）多学科会诊；（2）海内外专家二诊意见  
康复护理：（1）康复护理服务  
健康管理服务的详细内容及次数限制详见服务手册，服务手册将与保险合同一并提供给您。

## 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应于投保时一次性支付。由于本主险合同不保证续保，保险合同中随附的费率表仅供您参考，不作为后续您重新投保时支付保险费金额的约定。

## 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。

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。

<sup>50</sup> 贵金属指在牙科填充、镶牙、烤瓷牙以及治疗中使用的贵金属元素的材料，包括金、银和铂族金属（钌、铑、钯、铱、铂）材料或贵金属合金，如金铂钯系合金，金铂系合金及铂银系合金等。

<sup>51</sup> 基因疗法指通过各种手段修复缺陷基因，以实现减缓或治愈疾病目的的技术。

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。

### 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

在免赔额已经被抵扣完毕的前提下，被保险人就可以提供医疗费用直结服务的保险金向我们申请直接结算，经我们同意的，对于被保险人在**直接结算医院**<sup>52</sup>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进行直接结算的，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条中明确不适用直结服务的保险金项目不能提供直结服务。

##### (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

受益人应当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、检查检验报告及药品明细处方；

(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) 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；

(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。

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。

### 6.4 保险金的赔付

我们在收到保险金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。如我们要求投保人、被保险人或者受益人

<sup>52</sup> **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。

补充提供有关证明和资料的，上述 30 日期间会扣除投保人、被保险人或者受益人补充提供有关证明和资料期间，扣除期间自我们作出的通知到达投保人、被保险人或者受益人之日起，至投保人、被保险人或者受益人按照通知要求补充提供的有关证明和资料到达保险人之日止。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。

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 如何退保

这部分讲的是您可随时申请退保。

- 7.1 您解除合同的手续及风险 您可以申请解除本主险合同，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**<sup>53</sup>。

您解除合同会遭受一定损失。

解除合同后，您会失去原有的保障。

## 8 其他需要关注的事项

这部分讲的是您应当注意的其他事项。

- 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

<sup>53</sup> 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 = 保险费 × (1 - 35%)；

如果保险经过天数 > 30 天，现金价值 = 保险费 × (1 - 35%) × [1 - (保险经过天数 - 30) / (保险期间的天数 - 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 = 保险费 × (1 - 35%) × (1 - 保险经过天数 / 保险期间的天数)，经过天数不足 1 天的按 1 天计算。

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和性别在投保书上填明，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，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的情形。

附表：

单位：人民币元

## 平安颐享（A）高端医疗保险计划表

根据您在投保时选择的保障区域、免赔额和医院范围，本主险合同基本部分共计有十六个不同价格的保险计划，详如下表。

基本部分					
保障区域	中国(不含港澳台)及其他地区指定医院	中国(含港澳台)及其他地区指定医院	全球除美国	全球	
免赔额	1万元或0元,由您在投保时选择确定	1万元或0元,由您在投保时选择确定	1万元或0元,由您在投保时选择确定	1万元或0元,由您在投保时选择确定	
医院范围	不包含或包含昂贵医院,由您在投保时选择确定	不包含或包含昂贵医院,由您在投保时选择确定	不包含或包含昂贵医院,由您在投保时选择确定	不包含或包含昂贵医院,由您在投保时选择确定	
赔付比例	100%	100%	100%	100%	
保险金总限额	400万元	600万元	800万元	800万元	
保险责任分项限额与限次	一般住院医疗费用保险金	400万元	600万元	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、救护车使用费	400万元	600万元	800万元	
	重建手术费	限10万元/每次住院	限10万元/每次住院	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	限10万元/每次住院	限10万元/每次住院
	艾滋病及精神疾病住院治疗费用保险金				
	艾滋病住院治疗费	20万元	20万元	20万元	20万元
	精神疾病住院治疗费	5万元	5万元	5万元	5万元
	特殊门诊医疗费用保险金	400万元	600万元	800万元	800万元
	住院前后门急诊费用保险金	400万元	600万元	800万元	800万元
	紧急意外医疗保险金	400万元	600万元	800万元	800万元
	出院后特别关怀保险金	400万元 限90日	600万元 限90日	800万元 限90日	800万元 限90日
	保险区域外紧急医疗保险金	50万元	50万元	50万元	50万元
	无费用赔付住院津贴保险金	600元/日, 限30日	600元/日, 限30日	600元/日, 限30日	600元/日, 限30日