请扫描以查询验证条款

附件 4

渤海人寿尊享全球团体医疗保险（2018 版）条款

阅 读 指 引

本阅读指引有助于投保人理解条款，对本合同内容的解释以条款为准。

➢ **投保人拥有的重要权益**

本合同提供的保障在保险责任条款中列明.....2.5
投保人有退保的权利.....5.1

➢ **投保人应当特别注意的事项**

本合同的保险期间由投保人在投保时与本公司约定.....2.2
在某些情况下，本公司不承担保险责任.....2.7、3.2、6.1 等
保险事故发生后请投保人及时通知本公司.....3.2
投保人有如实告知的义务.....6.1
本公司对一些重要术语进行了解释，并作了显著标识，请投保人注意.....7

➢ **条款是保险合同的重要内容，为充分保障投保人的权益，请仔细阅读本条款。**

➢ **条款目录**

1. 合同的订立
1.1 合同构成
1.2 合同成立及生效
1.3 投保范围
2. 提供的保障
2.1 保险金额
2.2 保险期间
2.3 保险保障的选定
2.4 约定给付比例
2.5 保险责任
2.6 医疗服务网络和事先授权
2.7 责任免除
2.8 既往症
3. 保险金的申请
3.1 受益人
3.2 保险事故通知
3.3 保险金申请与给付
3.4 诉讼时效
4. 保险费的交纳
4.1 保险费的交纳
5. 合同的解除
5.1 解除合同的手续及风险
6. 其他需要关注的事项
6.1 明确说明与如实告知
6.2 年龄性别错误
6.3 被保险人变动
6.4 医疗机构就诊
6.5 医疗信息
6.6 保险卡
6.7 联系方式变更
6.8 合同内容变更
6.9 争议处理
7. 释义

渤海人寿保险股份有限公司

渤海人寿尊享全球团体医疗保险（2018 版）条款

在本条款中，“本公司”均指渤海人寿保险股份有限公司，“本合同”指投保人与本公司之间订立的“渤海人寿尊享全球团体医疗保险（2018 版）合同”。

1. 合同的订立

1.1 合同构成 本合同是投保人与本公司约定保险权利义务关系的协议，包括本保险条款、保险单或者其他保险凭证、投保单、与本合同有关的投保文件、**合法有效**（见释义 7.1）的声明、批注、批单及其他投保人与本公司共同认可的书面协议。

1.2 合同成立及生效 投保人提出保险申请且本公司同意承保，本合同成立。

本合同的成立日、生效日以本合同记载的日期为准。

1.3 投保范围 （一）投保人

凡依法设立的机关、企业、事业单位和社会团体等组织，可作为本合同投保人。

（二）主被保险人和附属被保险人

凡投保时投保人所属人员年龄不超过七十**周岁**（见释义 7.2）（保险期间届满 30 日内重新投保时的最高年龄可至七十五周岁），能**正常工作**（见释义 7.3）、劳动或生活，经本公司同意，可作为本合同的主被保险人。

凡投保时主被保险人的配偶年龄不超过七十周岁（保险期间届满 30 日内重新投保时的最高年龄可至七十五周岁），能正常工作、劳动或生活，经本公司同意，可作为本合同的附属被保险人。

凡投保时主被保险人的**子女**（见释义 7.4）年龄不超过二十一周岁（为全日制在校学生；若为存在身体缺陷或智力障碍的，年龄应为不超过二十四周岁）、未婚、经济上完全依赖主被保险人，经本公司同意，也可作为本合同的附属被保险人。

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者保险期间内发生变化的，被保险人应当在投保前或者发生变化时告知本公司，本公司有权据此调整承保条件或者保险费。

（三）参保类型

根据随主被保险人投保本保险的附属被保险人，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，并载明于本合同中。
（1）单人型：无附属被保险人；
（2）夫妇型：对应的附属被保险人为主被保险人的配偶；
（3）亲子型：对应的附属被保险人为主被保险人的子女；
（4）家庭型：对应的附属被保险人为主被保险人的配偶和子女。

2. 提供的保障

2.1 保险金额

本合同每一被保险人的**保险金额**（见释义 7.5）由投保人在投保时与本公司约定,并在保险单中载明。

2.2 保险期间

除本合同另有约定外，保险期间为一年，具体由投保人在投保时与本公司约定，并在保险单中载明。

2.3 保险保障的选定

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。

投保时，投保人应选择与被保险人对应的保障类型、免赔额、自付比例，确定具体的保险保障，并载明于本合同中。主被保险人、附属被保险人的保险保障应当一致，本合同另有约定的不受此限。

（一）保障类型及相应保险地域

对于每一保障类型对应的保险地域具体约定如下，本公司仅对被保险人保险期间内在相应保险地域内发生的保险责任范围内的费用，按照本合同的约定给付保险金。

1、全球保障

保险地域为全球任何国家和地区。

2、国际保障

保险地域为除美国、加拿大外的全球任何国家和地区。

3、国际增强保障

保险地域除同国际保障外,本公司对被保险人在美国和加拿大地区发生的、与**紧急**（见释义 7.6）医疗对应的保险责任范围内的费用亦提供保险保障。

被保险人在美国和加拿大地区接受紧急医疗前，须获得本公司指定的服务中心（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；本公司对被保险人未经中心批准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，但该被保险人亦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的药物或手术治疗的症状，被保险人立即或因**不可抗力**（见释义 7.7）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者违背医嘱前往美国或者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。

4、大陆及港澳台保障

保险地域为大陆及港澳台。

5、大陆及港澳台增强版

保险地域除同大陆及港澳台保障外，本公司对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亦提供保险保障。

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；本公司对被保险人未经中心批准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，但该被保险人亦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的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生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者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地区接受的医疗；
（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、分娩及相关病症医疗。

（二）免赔额

免赔额分年免赔额或次免赔额。次免赔额可为 0、50、80、200、400、600、800、1000 或 1200 元。年免赔额可为人民币 0、800、1600、2000、4000、8000、16000 或 40000 元。对于家庭保障，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。

（三）一般自付比例

一般自付比例可为 0%、10%、20%或 30%，**一般自付额上限**（见释义 7.8）可为无上限或者与上述自付比例相对应的人民币 0、8000、16000、24000 元。

2.4 约定给付 针对大陆地区以外的保险区域，对于超过一般自付比例或一般自付额上限

比例 的部分，本公司按100%比例承担保险责任；对于大陆地区的保障，针对以下两种情况，本公司按不同比例承担保险责任：

1.被保险人已参加公费医疗或**基本医疗保险**（见释义7.9），且在申请理赔时已从当地公费医疗或基本医疗保险获得针对该次医疗费用的补偿或赔偿时，对于被保险人实际支出的属于保险责任范围内的医疗费用，本公司按100%比例承担超过一般自付比例或一般自付额上限的部分；

2.被保险人在申请理赔时未参加公费医疗或基本医疗保险，或被保险人已参加公费医疗或基本医疗保险，但未从当地公费医疗或基本医疗保险获得针对该次医疗费用的补偿或赔偿时，对于被保险人实际支出的属于保险责任范围内的医疗费用，本公司按90%比例承担超过一般自付比例或一般自付额上限的部分。

2.5 保险责任 （一）一般疾病（伤害）和一般项目**住院**（见释义7.10）医疗保险责任

在保险期间内，被保险人在与其保障类型对应的保险地域内因遭受意外伤害或患疾病接受**医师**（见释义7.11）推荐的、**医学必需**（见释义7.12）的一般疾病（伤害）和一般项目住院治疗，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）和一般项目住院费用：

1、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，重症**监护**（见释义7.13）病房费，**医院**（见释义7.14）提供给病人的膳食和营养配餐费。

2、未满十八周岁附属被保险人住院期间其父亲或母亲之一陪同住院加床费，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。

3、手术室和恢复室费，手术敷料费。

4、手术费。

5、急诊室费。

6、紧急治疗费。

7、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。

8、药品费。

9、医师诊疗费。

10、手术医师费和麻醉师费。

11、护理费。

12、吸氧费。

13、化验费。

14、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。

15、被保险人作为受体接受器官、骨髓、干细胞移植费。

16、放射治疗、化学治疗费。

17、由医师或注册呼吸治疗师实施的呼吸治疗费。

18、由医师或具有相应资质的专业医师实施的**物理治疗**（见释义 7.15）、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：第一，在合理的、可预测的时间内使得症状明显好转；第二，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疗师才能安全、有效实施。

19、为治疗吞咽障碍由语言治疗师实施的电子喉镜检查费。

20、**日间住院治疗**（见释义 7.16）费。

21、入住经本公司指定服务中心批准的机构接受的**康复治疗**（见释义 7.17）和由**专业护士**（见释义 7.18）实施的专业护理费用。

22、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医疗费用。还包括对于酒精和**药物滥用**（见释义 7.19）的住院戒断治疗费用。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、失眠症、**注意力缺陷**（见释义 7.20）障碍、**注意缺陷多动障碍**（见释义 7.21），但不包括智能测试、教育测试、婚姻和家庭心理咨询。

23、临终关怀费，指曾发生本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），经中心批准，该被保险人接受具有相应资质的**临终关怀机构**（见释义7.22）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。

24、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亦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、助听器、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。

25、紧急医疗转运费，指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与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，本公司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负担。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，本公司将安排其以公共交通工具（飞机限经济舱）返回常住地，相应交通费用亦属保险责任范围内的费用。

同时，本公司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。

（二）一般疾病（伤害）和一般项目**门诊**（见释义7.23）医疗保险责任

在保险期间内，被保险人在与其保障类型对应的保险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、符合通常惯例水平以下类型费用，属保险责任范围内的一般疾病（伤害）和一般项目门诊费用：

1、紧急治疗费。

2、医师诊疗费。

3、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、核磁共振检查费。

4、内窥镜检查费，包括但不限于胃镜检查、结肠镜检查和膀胱镜检查。

5、化验费。

6、门诊手术费。

7、手术室和恢复室费。

8、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的50%属保险责任范围内的费用。

9、手术医师费和麻醉师费。

10、放射治疗、化学治疗费。

11、门诊处方药费。

（1）保险责任范围内的门诊**处方药**（见释义7.24）费用

保险期间内，被保险人在与其保障类型相对应的保险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：

第一，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。本公司对超过限量部分不承担保险责任。

第二，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）门诊处方药保险金支付细则
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，本公司按照100%比例支付保险金。

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》），亦可登陆本公司指定网站或致电查询相关信息）每次自付额如下表所示，被保险人每次在本公司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，本公司按100％比例支付保险金；被保险人不在本公司指定的美国药品网络内购买处方药的，本公司按“（每次保险责任范围内的门诊处方药费用×80%－自付额）”支付保险金。

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

12、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，并提交本公司评估）一部分，且满足下列全部条件：第一，在合理的、可预测的时间内使得症状明显好转；第二，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疗师才能安全、有效实施。

13、由具有相应资质的专业医师实施的**针灸治疗**（见释义7.25）、**顺势疗法**（见释义7.26）费。

14、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。

15、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门诊医疗和咨询费用。还包括对于酒精和药物滥用的门诊戒断治疗费。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**（见释义7.27）、失眠症、注意力缺陷障碍、注意缺陷多动障碍，但不包括智能测试、教育测试、婚姻和家庭心理咨询。

16、临终关怀费，指曾发生本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），经中心批准，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）。被保险人接受除入住临终关怀机构以外其他情形相应的临终关怀费用，须基于病情和家庭必要。

17、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：

第一，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。

第二，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喂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，本公司对此不承担保险责任。

18、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亦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。

胰岛素泵及药品、血糖测试纸及其他有医学必要性的胰岛素耗材费。

耐用医疗设备不包括自动轮椅或自动床、助听器、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。

19、紧急医疗运送费，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。

20、**紧急牙科治疗**（见释义7.28）费，指本公司就发生在本保险期间的紧急牙科治疗。

21、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特异性抗原检查费、医师向被保险人推荐的家族疾病筛查费。

22、由注册中医医师处方开具的**中草药**（见释义7.29）费用，挂号费，诊察费及相关费用。

（三）分娩和新生婴儿医疗保险责任

根据投保人和被保险人具体情况，本公司可对分娩和新生婴儿保险责任施加**等待期**（见释义7.30）限制条款，并载明于本合同中，本公司对被保险人在此等待期内发生的分娩费及相应新生婴儿费不承担保险责任并且对作为子女的附属被保险人的分娩费及相应新生婴儿费不承担保险责任。

保险期间内，在与女性主被保险人或者作为配偶的女性附属被保险人保障类型相对应的保障地域内的医院或者**生育中心**（见释义7.31）发生的、符合通常惯例水平的下列费用，属**保险责任范围内费用**（见释义7.32）：

1、分娩费

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在医院或生育中心发生的以下费用属分娩费：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。

2、**妊娠并发症**（见释义7.33）治疗费

女性主被保险人或者作为配偶的女性附属被保险人保险期间内在医院或者生育中心因妊娠并发症接受医师推荐的、医学必需的、符合通常惯例水平的治疗而发生的治疗费。

3、新生婴儿费

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，属相应被保险人保险责任范围内的费用。另外，该婴儿投保本保险后，年满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亦属保险责任范围内的费用：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；白喉、乙型肝炎、麻疹、腮腺炎、百日咳、破伤风、水痘、嗜血杆菌属、B 型流感病毒、肝炎以及中心批准的其他免疫费。

（四）遗体运返或安葬费用

保险期间内被保险人在其**国籍国**（见释义7.34）以外国家或地区身故，根据被保险人的保障类型，发生下列情形的，由此发生的合理必须的费用属保险责任范围内的费用。

1、保障类型为全球保障、国际增强保障或者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者地区身故，在事发地法律法规许可的情况下，根据其遗愿或者近亲属意愿，本公司负责运送其遗体至其国籍国，或者安排当地安葬；

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者地区身故，在事发地法律法规许可的情况下，根据其遗愿或者

近亲属意愿，本公司负责运送其遗体至其国籍国（美国、加拿大除外），或者安排当地安葬；

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，根据其遗愿或者近亲属意愿，本公司负责运送其遗体至其国籍国（限于大陆及港澳台），或者安排当地安葬。

（五）特殊疾病和特殊项目医疗保险责任

在保险期间内，被保险人在与其保障类型对应的保险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：

1、**先天性疾病和症状**（见释义7.35）治疗费。
2、慢性疾病和症状治疗费。
3、**重大疾病**（见释义7.36）和症状治疗费。

对被保险人发生的本条第（一）款至第（五）款列明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保险金：

（1）被保险人适用**次免赔额**（见释义7.37）的，本公司按照“（**每次治疗**（见释义7.38）保险责任范围内的费用－次免赔额）×（1－一般自付比例）×约定给付比例”支付保险金；

（2）被保险人适用**年免赔额**（见释义7.39）的，本公司按照“（保险期间内发生的保险责任范围内的费用累计－年免赔额）×（1－一般自付比例）×约定给付比例”支付保险金。

被保险人在保险期间内的自付额总和不超过一般自付额上限。

（六）可选保险保障

在投保本条上述保障基础上，投保人可为全体被保险人选择投保**战争**（见释义7.40）和恐怖主义、健康检查、眼科保障或牙科保障。

1、战争和**恐怖主义活动**（见释义7.41）

本公司对被保险人治疗由战争和恐怖主义活动引起的伤害发生的医疗费用，按2.3条约定承担保险责任，但不包括下列情形：第一，被保险人主动参加或受训于战争和恐怖主义活动；第二，核、化学、生物大规模杀伤性武器引起的伤害。

对被保险人发生的本条第（六）款第1项列明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保险金：

（1）被保险人适用次免赔额的，本公司按照“（每次治疗保险责任范围内的费用－次免赔额）×（1－一般自付比例）×约定给付比例”支付保险金；

（2）被保险人适用年免赔额的，本公司按照“（保险期间内发生的保险责任范围内的费用累计－年免赔额）×（1－一般自付比例）×约定给付比例”

支付保险金。

被保险人在保险期间内的自付额总和不超过一般自付额上限。

2、健康检查

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。

对被保险人发生的、与健康检查对应的保险责任范围内的费用，本公司按照100%比例支付保险金。

3、牙科保障

对于牙科保障，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，以及相关口腔X光费。
（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）、智齿拔除费、牙齿矫正治疗费，以及相关口腔X光费。牙齿矫正治疗费包括模型研究、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。

与牙科保障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、义齿、高嵌体、种植牙、贴面及相关费用。

对被保险人发生的、与预防治疗费对应的保险责任范围内的费用，本公司按照一定比例支付牙科保险金；对被保险人发生的、与基础治疗费对应的保险责任范围内的费用，本公司按照一定比例支付牙科保险金；对被保险人发生的、与重大治疗费对应的保险责任范围内的费用，本公司按照一定比例支付牙科保险金。

4、眼科保障

对于眼科保障，保险责任范围内的费用包括：

（1）每一保险期间的一次眼科检查费。
（2）每一保险期间的一副框架眼镜费或日抛、月抛等抛弃型隐性眼镜费。

与眼科保障对应的保险责任范围内的费用不包括太阳镜及相关配件的费用。

对被保险人发生的、与眼科保障对应的保险责任范围内的费用，本公司按照100%比例支付保险金。

重新投保时，本公司将重新审核保险责任。

补偿原则 **若被保险人在本合同保险期间内所发生的必要且合理的医疗费用已通过其他途径（包括基本医疗保险、公费医疗、工作单位、本公司在内的任何商业保险机构等）获得补偿或赔偿，且该补偿或赔偿金额与我们按本合同约**

定给付的保险金之和超过了被保险人实际发生的医疗费用，我们将按被保险人实际发生的医疗费用扣除被保险人从其他途径获得的补偿或赔偿金额后的余额给付保险金，即包括本合同在内的各种途径所给付的所有补偿或赔偿金额之和不得超过被保险人实际发生的医疗费用。

2.6 医疗服务网络和事先授权

（一）医疗服务网络

1、本公司直接付费

本公司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，被保险人亦可登陆本公司指定的网站或致电查询相关信息。被保险人在本公司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、本公司与投保人约定类型的保险责任范围内的费用中应由本公司承担部分，本公司将直接与相关医疗机构结算，毋需被保险人先行支付。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；在其他地区接受治疗的，本公司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、应由其负担但医疗机构未向其本人收取的医疗费用，在接到本公司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；未在三十日内支付相应款项的，本合同对该被保险人保险责任终止且不退还保险费，且本公司有权向其继续追偿相应费用。

2、美国医疗服务网络和非网络**自付比例**（见释义7.42）

在美国，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，本公司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，并按“根据2.3条计算的保险金×（1－非网络自付比例）”支付保险金。美国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 Heath Providers）以及本公司指定的美国其他医疗机构。被保险人在首选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三十英里（或五十公里）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，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三十英里（或五十公里）内无网络医疗机构而在非网络医疗机构接受治疗的，非网络自付比例为0%。

（二）事先授权

1、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，血液或者腹膜透析；

（3）购买或者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）紧急牙科治疗；

（6）每剂超过人民币8,000 元的药剂或者疫苗。

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。被保险人应在收到书面许可回复后开始接受治疗，本公司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本公司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%，即本公司按照“根据2.3条计算的保险金×（1－非网络自付比例）×（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，本公司不承担保险责任。

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。本公司将对该次治疗是否属紧急情况予以审核。

2、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，本公司按照本合同约定承担保险责任。

2.7 责任免除

因下列任何情况之一导致被保险人发生医疗费用的，本公司不承担给付保险金的责任：

(1) 对本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。

(2) 在本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。

(3) 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。

(4) 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。

(5) 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。

(6) 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。

(7) 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，本合同另有约定的不在此限。

(8) 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）或者第 30 日后（其他保障类型）服用的处方药品费用。

(9) 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），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，本合同另有约定的不在此限。

(10) 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、维他命费，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、膏或其他制剂发生的加工费，本合同另有约定的不在此限。

(11) 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。

(12) 视觉治疗及其他相关费用，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，老视，屈光不正（包括近视、远视、散光）校正手术及其他相关费用。

(13) 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处情形下发生的费用，完全或部分因为家庭原因的住院医疗费用。

(14) 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而发生的、非医学必需的费用。

(15) 无论是否出于心理目的而进行的美容、整容（包括牙科）费用。

(16) 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、皮肤变色的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。

(17) 丰胸或缩胸手术及其并发症治疗及其他相关费用。

(18) 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及其他相关用，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。

(19) 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）及相应并发症治疗及其他相关费用。

(20) 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。

(21) 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等。

(22) 基因咨询、筛查、检查和治疗及其他相关费用。

(23) 流产或不孕不育症检查、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：第一，重新投保本合同时被保险人已连续享有本保险保障两年或以上，第二，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。

(24) 选择性流产及并发症及其他相关费用。

(25) 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。

(26) 作为子女的附属被保险人怀孕及相关症状医疗及其他相关费用。

(27) 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。

(28) 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用。

(29) 眼镜、隐形眼镜，被保险人享有眼科保障情形不在此限。

(30) 除紧急牙科外的其他牙科医疗及其他相关费用（包括对咀嚼食物或其他外物引起的牙齿伤害的咨询费，检查费，治疗费），本合同另有约定的不在此限。

(31) 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、洗浴设备或者住宅设备费，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。

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。

(32) 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、矫形足、不稳足、扁平足或足弓塌陷的器材费，任何与跗骨、跖骨相关的医疗及其他相关费用，对脚表面损害（如老茧、角质化）医疗（但有关骨外露、肌腱或韧带的手术不在此限）费。

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

(34) 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。

(35) 生长激素治疗及其他相关费用，经本公司指定的服务中心批准的医学必需情形不在此限。

(36) 智能测试、教育测试、婚姻和家庭心理咨询费；对非心理障碍或者疾病的医疗服务费，超出合理心理缺陷或者心理发育迟缓评估、诊断周期的医疗服务费，对精神障碍或者疾病无改善的医疗服务费。

(37) 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。

(38) 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（抢救他人性命情形不在此限）。

因上述情形之一导致被保险人发生医疗费用的，本公司不承担给付保险金的责任，本公司按照本合同对该被保险人的责任继续有效。

2.8 既往症 投保时被保险人须在健康问卷调查表中如实填写**既往症**（见释义 7.43）及本公司要求的其他医疗、症状等信息，本公司将进行医疗核保。根据投保人、被保险人具体情况，本公司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，并具体载明于本合同。

3. 保险金的申请

3.1 受益人 除另有指定外，本合同保险金受益人为被保险人本人。

3.2 保险事故通知 投保人或者受益人知道保险事故发生后应当在 10 日内通知本公司。**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，本公司对无法确定的部分不承担给付保险金的责任，**但本公司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本公司确定保险事故的性质、原因、损失程度的除外。

3.3 保险金申请与给付

（一）保险金申请

1、保险金申请

被保险人在网络医疗机构接受治疗，该医疗机构受本公司委托免向被保险人收取与本公司根据本合同本应向受益人支付的保险金数额对应的医疗费用的，或本公司已承担相应费用的，受益人不得就此向本公司申请保险金。其他情形，受益人可根据本合同向本公司申请保险金。

向本公司申请保险金时，申请人（即受益人或其受托人）可从本公司指定网站下载保险金申请表；经申请人要求，本公司也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合同指定地址。被保险人提供的所有保险金申请资料归本公司所有。

本公司有权对被保险人进行体检。被保险人有义务向本公司提供所有医疗报告和记录，若为处理本合同相关事宜，经本公司要求，被保险人应授权许可本公司取得其完整全面的医疗病历。被保险人身故的，本公司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。

2、保险金欺诈

受益人向本公司提出虚假理赔申请的，本公司有权追回已支付的保险金；受益人故意就非本合同保障事项申请保险金或与第三方串通侵害本公司利益的，本公司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，或对其保险责任施加限制。

（二）保险金的给付

本公司在收到保险金给付申请书及合同约定的证明和资料后，将在5个工作日内作出核定；情形复杂的，在30日内作出核定。

对属于保险责任的，本公司在与受益人达成给付保险金的协议后10日内，履行给付保险金义务。本公司未及时履行前款规定义务的，除支付保险金外，应当赔偿受益人因此受到的损失。

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

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

（三）医疗费用第三者责任

被保险人因他人责任造成伤害而引起的医疗费用中依法应由他人承担的部分，本公司不负给付医疗保险金的责任，但肇事者逃逸或无赔偿能力的除外。

（四）争议和申诉

收到保险金后六十个工作日内，如果保险金申请人对理赔结果有争议，可向本公司提交书面申诉书及相关资料（本公司自行承担获取资料所需费用），或发送电子邮件至ClaimAppeal@mshchina.com，本公司将及时予以处理。

特别注意事项

以上证明和资料不完整的，本公司将及时一次性通知受益人补充提供有关的证明和资料。

委托他人领取保险金时，受托人还必须提供本人及委托人的**有效身份证件**（见释义 7.44）及委托人亲笔签名的授权委托书。

保险金作为被保险人遗产时，继承人还必须提供可证明其合法继承权的相关权利文件。

受益人或者继承人为无民事行为能力人或者限制民事行为能力人时，由其合法监护人代其申请领取保险金，其合法监护人还必须提供受益人或者继承人为无民事行为能力人或者限制民事行为能力人的证明和监护人具有合法监护权的证明。

3.4 诉讼时效

权利人向本公司申请给付保险金的诉讼时效期间为 2 年，自其知道或者应当知道保险事故发生之日起计算。

4. 保险费的交纳

4.1 保险费的交纳

投保人应按本合同约定交纳保险费。投保人未按约定交纳保险费的，本公司对被保险人在投保人未按约定交纳保险费期间发生的事故有权不承担或中止承担保险责任。

重新投保时，本公司将重新审核保险费率。

5. 合同的解除

5.1 解除合同的手续及风险

如果投保人要求解除本合同，请填写解除合同申请书并向本公司提供下列资料的原件：

（1）本合同；
（2）投保人证明文件；
（3）保险费发票或收据；
（4）本公司要求的其他有关证明和材料。

自本公司收到解除合同申请书时起，本合同终止。本公司自收到解除合同申请书之日起 30 日内向投保人退还本合同项下未发生保险事故的各被保险人名下的**现金价值**（见释义 7.45）。

投保人解除合同会遭受一定的损失。

6. 其他需要关注的事项

6.1 明确说明与如实告知

订立本合同时，本公司应当说明本合同的内容。对保险合同中免除本公司责任的条款，本公司在订立合同时应当在投保单、保险单或者其他保险凭证上作出足以引起投保人注意的提示，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。

本公司会就投保人和被保险人的有关情况提出书面询问，投保人应当如实告知。

如果投保人故意或者因重大过失未履行前款约定的如实告知义务，足以影响本公司决定是否同意承保或者提高保险费率的，本公司有权解除本合同，合同解除权自本公司知道有解除事由之日起超过 30 日不行使而消灭。

如果投保人故意不履行如实告知义务，对于本合同解除前发生的保险事故，本公司不承担给付保险金的责任，并不退还保险费。

如果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，对于本合同解除前发生的保险事故，本公司不承担给付保险金的责任，但应当向投保人退还保险费。

本公司在合同订立时已经知道投保人未如实告知的情况的，本公司不得解除合同；发生保险事故的，本公司承担给付保险金的责任。

6.2 年龄性别错误

投保人在申请投保时，应提供与被保险人有效身份证件相符的被保险人的出生日期和性别的资料，如果发生错误按照下列方式办理：

（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，本公司有权终止对该被保险人的保险责任，但向投保人退还保险责任终止时本合同项下该被保险人名下的现金价值。对于该被保险人的保险责任终止前发生的保险事故，本公司不承担给付保险金的责任。**

（2）**投保人申报的被保险人年龄或者性别不真实，致使投保人实交保险费少于应交保险费的，本公司有权更正并要求投保人补交本合同项下该被保险人名下的保险费。如果已经发生保险事故，在给付保险金时按实交保险费和应交保险费的比例给付。**

（3）投保人申报的被保险人年龄或者性别不真实，致使投保人实交保险费多于应交保险费的，本公司向投保人无息退还多收的本合同项下该被保险人名下的保险费。

6.3 被保险人变动

（一）被保险人变更

保险期间内，投保人可申请变更被保险人，本公司按下列约定予以受理：

1.对于本合同成立时可参加而未参加本保险人员，在保险期间内投保人不得加保该人员，该人员可于重新投保时参加本保险。对于在本合同成立时因其他原因而未参加本保险人员，投保人可书面通知本公司加保该人员，并按照本公司的要求提供其健康问卷调查表及本公司要求的其他材料，本

公司将根据该健康问卷调查表及其推迟加入本保险的具体原因确定承保与否和承保条件。

2. 投保人因人员变动需要增加主被保险人的，应在其符合1.3条“主被保险人和附属被保险人”约定的条件之日起三十日内书面通知本公司，并按照本公司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、工作情况以及本公司认为必要的其他文件。拟增加人员原拥有**与本合同等效的医疗保险**（见释义7.46）的，经本公司同意，本公司可对其既往症按约定承担一定额度的保险责任；拟增加人员无与本合同等效的医疗保险的，本公司将对其进行医疗核保。经本公司审核同意后，本公司自通知书载明的起始日期开始按相关约定对其承担保险责任，并按日收取相应保险费。

3. 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，投保人应在三十日内书面通知本公司，本公司进行医疗核保。经本公司同意，本公司自通知书载明的起始日期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相应保险费。

4.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的，投保人应立即通知本公司，并向本公司退还保险卡。本公司将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，并退还相应现金价值。

5.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，投保人应立即书面通知本公司，并向本公司退还保险卡。本公司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。

6.被保险人发生变化的，本公司有权调整保险费率。

（二）保险期间内生育婴儿或收养子女

1. 生育婴儿

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，并递交将本合同参保类型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本公司的，本公司从婴儿出生之日起对婴儿承担保险责任；在该婴儿出生三十日后通知本公司的，经本公司同意，本公司自通知书载明的起始日期起对该婴儿承担保险责任，但本公司对该婴儿首年内发生的因既往症导致的医疗费用不承担保险责任。同时，本公司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，须经本公司核保同意方可成为被保险人。

2. 收养子女

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，并递交本合同参保方式更改为家庭型或亲子方式的申请。在该子女被批准收养之日起三十日内通知本公司的，本公司从该子女被批准收养之日起对该子女承担保险责任；在该子女被批准收养

之日起三十日后通知本公司的，经本公司同意，本公司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，本公司对该子女在约定期间内发生的因既往症导致的医疗费用不承担保险责任，具体期间由本公司确定并载明于本合同中。同时，本公司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。

（三）被保险人风险信息变化

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本公司。本公司有权调整承保条件或终止对相关被保险人的保险责任。

6.4 医疗机构就诊

（一）符合通常惯例水平的医疗机构

本公司仅对被保险人发生的符合**通常惯例水平的医疗费用**（见释义7.47）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，保险期间内本公司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。

（二）及时就诊

患疾病或遭受**意外伤害**（见释义7.48）后，被保险人应尽快前往医院、诊所、医师等处接受治疗，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。

6.5 医疗信息

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、医师、药剂师等向本公司提供本公司认为处理本合同相关事宜所必要的医疗信息（包括但不限于理赔问卷调查、完整医疗病历和诊断）。本公司将对这些信息保密。

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本公司将所有医疗信息提供给相关机构以处理本合同相关事宜。

6.6 保险卡

本公司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、是否享有健康检查、是否享有牙科保障、是否享有眼科保障、特别约定、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。

6.7 联系方式变更

为了保障投保人的合法权益，投保人的住所、通讯地址或者电话等联系方式变更时，请及时以书面形式或者双方认可的其他形式通知本公司。如果投保人未以书面形式或者双方认可的其他形式通知本公司，本公司按本合同载明的最后联系方式发送的有关通知，均视为已送达给投保人。

6.8 合同内容变更

在本合同有效期内，经投保人与本公司协商一致，可以变更本合同的有关内容。变更本合同的，应当由本公司在保险单或者其他保险凭证上批注或者附贴批单，或者由投保人与本公司订立书面的变更协议。

6.9 **争议处理** 本合同履行过程中，双方发生争议不能协商解决的，可以达成仲裁协议通过仲裁解决，也可依法直接向法院提起诉讼。

7. 释义

7.1 **合法有效** 本合同所指合法有效均以中华人民共和国法律、法规、行政规章及有关规范性法律文件的规定为判定依据。

7.2 **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。例如，出生日期为 2000 年 9 月 1 日，2000 年 9 月 1 日至 2001 年 8 月 31 日期间为 0 周岁，2001 年 9 月 1 日至 2002 年 8 月 31 日期间为 1 周岁，依此类推。

7.3 **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。

7.4 **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。

7.5 **保险金额** 指本公司承担相应保险责任的最大限额。

7.6 **紧急** 指突然发生的、会导致立即死亡或者长期健康问题的疾病或伤害。

7.7 **不可抗力** 指不能预见、不能避免并不能克服的客观情况。

7.8 **一般自付额上限** 指在保险期间内、保险责任范围内发生的、需被保险人自行负担费用的最高限额。

7.9 **基本医疗保险** 包括职工基本医疗保险、城镇居民基本医疗保险和新型农村合作医疗等基本医疗保险项目。

7.10 **住院** 指被保险人完全出于接受医学必需的治疗目的彻夜以占用医疗机构病床的方式接受的治疗。

7.11 **医师** 指具有医疗职业资格的任何人，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。

7.12 **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所有条件：

第一，医师处方要求且对治疗被保险人疾病或伤害合适且必需。第二，与接受治疗当地普遍接受的医疗专业实践标准一致。第三，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。第四，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**（见释义 7.49）或**亚急性**（见释义 7.50）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**（见释义 7.51）治疗、长期看护、**喘息照护**（见释义 7.52）、慢性病维持、协助从事**日常生活活动**（见释义 7.53）目的而住院的，不属医学必需。第五，非病人学术教育或职业培训的一部分或与之相关。第六，非试验性或研究性。

7.13 监护 包括以下情形：

（1）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；

（2）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；

（3）修养疗法、喘息照护，以及家庭成员提供的家庭看护。

7.14 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。

7.15 物理治疗 是指由具有相应资质的专业医生实施的物理治疗，有书面的治疗计划，并在合理的、可预测的时间内使得症状明显好转。在中国大陆地区发生的物理治疗是指应用人工物理因子（如光、电、磁、声、温热、寒冷等）来治疗疾病，包括电疗、光疗、磁疗、热疗、冷疗、水疗，以及超声波疗法等；符合全国医疗服务项目规范规定的项目。**但不包括泥疗，蜡敷治疗，气泡浴与药物浸浴治疗**。在中国大陆地区之外发生的物理治疗是指发生保险事故后，有执照的物理治疗医生出于医疗目的推荐的物理治疗方法。

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

7.17 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，本公司仅对处于急性或亚急性阶段的病人住院承担保险责任，且应经过本公司服务中心批准。

7.18 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。

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

7.20 注意力缺 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

	陷	过多、冲动任性等。
7.21	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。
7.22	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：第一，取得了政府相关部门的批准；第二，二十四小时提供服务；第三，有医师直接管理和监控；第四，有注册护士指挥、协调护理服务；第五，被批准从事社会服务指导和协调；第六，主要目的为提供临终关怀服务；第七，有全职管理人员；第八，保存了所提供服务的全部书面记录。
7.23	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。
7.24	处方药	指医师处方开具的药物。
7.25	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、提等手法来治疗疾病。灸法是把燃烧着的艾绒按一定穴位熏灼皮肤，利用热的刺激来治疗疾病。需由具有相应资格的医师实施治疗。
7.26	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。
7.27	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。
7.28	紧急牙科治疗	指对被保险人原本完整无损、未经过任何治疗的牙齿因遭受意外伤害而受损或者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。
7.29	中草药	中医理论指导下应用的天然药物及其制品，包括中药材和中药饮片。不含主要起营养滋补作用的药品，包括但不限于： （一）单味或复方均不予支付费用的中药饮片及药材： 鹿茸、猴枣、狗宝、海马、海龙、玛瑙、玳瑁、冬虫夏草、马宝、牛黄、珊瑚、麝香、羚羊角尖粉、犀角、燕窝、人参（生晒参除外），以及各种可以药用的动物脏器（鸡内金除外）和胎、鞭、尾、筋、骨。 （二）单味使用不予支付费用的中药饮片及药材： 阿胶、阿胶珠、鹿角胶、鳖甲胶、三七、龟角胶、龟鹿二仙胶、龟板胶、藏红花、生晒参、羚羊角粉。 （三）以上所列药品包括生药及炮制后的饮片及药材。

7.30 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）起本公司与投保人约定长度的期间（最长不超过 180 天），本公司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。

7.31 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：

第一，根据当地相关法律批准成立；第二，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。

7.32 保险责任范围内费用 保险合同中约定因被保险人接受医学必需治疗而产生符合通常惯例水平的费用。超出保险责任范围内费用的部分由被保险人应自行承担。

7.33 妊娠并发症 指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；异位妊娠终止，妊娠期内无法继续妊娠时终止妊娠。妊娠并发症不包括人工不当操作、先兆流产、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。

7.34 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。

7.35 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。

7.36 重大疾病 （1）心血管疾病- 包括冠心病、先天性心脏病、心肌梗塞、主动脉瘤。

（2）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。

（3）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。

（4）肺部疾病－慢性阻塞性肺病、原发性肺动脉高压。

（5）消化疾病－肝硬化、重症肝炎。

（6）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**（见释义7.54））、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。

（7）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。

7.37 **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，本公司对此不负责给付保险金。

7.38 **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。

7.39 **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，本公司对此不负责给付保险金。

7.40 **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。

7.41 **恐怖主义活动** 指任何人或团伙出于政治、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，或与某一机构、政府相关。

7.42 **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。

7.43 **既往症** 指在本公司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，或显现症状的疾病和损伤。

7.44 **有效身份证件** 指由中华人民共和国政府主管部门规定的能够证明其身份的证件，如：居民身份证、军官证、警官证、士兵证、户口簿以及中华人民共和国政府主管部门颁发或者认可的有效护照或者其他身份证明文件。

7.45 **现金价值** 指保险单所具有的价值，通常体现为解除合同时，根据精算原理计算的，由本公司退还的那部分金额。

具体为保险费×（1-20%）×（1－该保险费所保障的已经过天数/该保险费所保障的天数），上述已经过天数从保险合同生效日起计算，经过天数不足1天的，按1天计算。

7.46 **与本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。

7.47 **通常惯例** 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

水平的医疗费用 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，本公司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。

7.48 **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。

7.49 **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。

7.50 **亚急性** 指病情具有急性病一些特征，处于急性和慢性之间。

7.51 **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。

7.52 **慢性病** 指满足下列条件之一的伤害、疾病或者症状：

（1）持续接受三个月以上的医学必需的治疗；

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

7.53 **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。

7.54 **艾滋病** 指获得性免疫缺陷综合症的简称，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（指获得性免疫缺陷病毒的简称）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。