

融盛财产保险股份有限公司团体高端医疗 保险条款

总则

第一条 合同构成

本保险合同由保险条款、投保单、保险单以及经投保人和保险人认可的与保险合同有关的其他书面凭证（包括但不限于健康问卷、声明、批单）组成。凡涉及本保险合同的约定，均应采用书面形式。

第二条 投保人

对被保险人具有保险利益的法人、非法人组织，可作为本保险合同的投保人。如被保险人所在特定团体属于其他不以购买保险为目的而组成的团体，投保人可以是特定团体中的自然人。本保险合同所称的“特定团体”指法人、非法人组织以及其他不以购买保险为目的而组成的团体。

被保险人为限制民事行为能力人或者无民事行为能力人的，其监护人应当以书面形式同意该被保险人参加本保险，并认可本保险合同的内容。监护人未作出书面同意的，保险人有权拒绝承保或解除保险合同。

第三条 被保险人

（一）被保险人定义

除另有约定外，凡初次投保时年龄不超过70周岁（含），经投保申请并经保险人审核同意后均可作为本保险合同的

主被保险人。

除另有约定外，凡初次投保时年龄不超过70周岁（含）的主被保险人的配偶，经投保申请并经保险人审核同意后可作为本保险合同的附加被保险人。

除另有约定外，凡初次投保时符合下列条件之一的主被保险人子女，经投保申请并经保险人审核同意，可作为本保险合同的附加被保险人：

1.年龄不超过21周岁（含）、未婚、经济上完全依赖主被保险人，且为全日制在校学生；

2.年龄不超过26周岁（含）、未婚、经济上完全依赖主被保险人，且存在身体缺陷或者智力障碍。

除特别指明外，以下与被保险人相关的表述完全适用于主被保险人和附加被保险人。

（二）被保险人参保方式

根据随主被保险人投保本保险的附加被保险人的数量及其与主被保险人的身份关系，本保险中被保险人的参保方式分设有家庭型、非家庭型，具体由投保人在投保时为被保险人选择，并载明在本保险合同中。

1.家庭型：对应的附加被保险人为主被保险人的子女及配偶，投保总人数在3人及以上；

2.非家庭型：对应的被保险人为投保人员工，对应的附加被保险人为主被保险人的子女或配偶。

第四条 受益人

除另有约定外，本保险合同保险金的受益人为被保险人本人。

第五条 币种

本保险合同计价币别为人民币，投保人和保险人亦可约定为其他计价币别，具体以保单载明的为准。

保险责任

第六条 保障地域范围

本保险合同保障的地域范围由投保人在投保时与保险人约定，并在保险单中载明。除另有约定外，保险人仅对被保险人在保险单中载明的保障区域内发生的保险事故承担保险责任。对于被保险人在保险单载明的保障地域范围以外的地区产生的费用，保险人不承担给付保险金的责任。对“保障区域外紧急医疗保险金”的给付，不受保障区域的限制。本保险合同提供的保障区域分别为：

（一）**大陆保障**：保障区域为中华人民共和国境内，但不包含香港特别行政区、澳门特别行政区、中国台湾地区；

（二）**大中华保障**：保障区域为中华人民共和国境内，包含香港特别行政区、澳门特别行政区和中国台湾地区；

（三）**全球除美加保障**：保障区域为除美国和加拿大之外的全球其他任何国家和地区；

（四）**全球除美国保障**：保障区域为除美国之外的全球其他任何国家和地区；

（五）**全球保障**：保障区域为全球任何国家和地区。

第七条 保险责任

本保险合同的保险责任分为基本保险责任和可选保险责任。可选保险责任在投保人已投保基本保险责任的前提下才可以选择投保，若可选保险责任未在保险单上载明或批注，则可选保险责任不产生任何效力。

本保险合同基本保险责任包括：一般住院治疗 and 日间治疗保险责任、急救与转运保险责任、慢性病医疗保险责任、保障区域外紧急医疗保险责任。

本保险合同可选保险责任包括：门急诊医疗保险责任、牙科医疗保险责任、眼科医疗保险责任、生育医疗保险责任、预防性检查保险责任。

（一）基本保险责任

1. 一般住院治疗和日间治疗保险责任

在保险期间内，被保险人因遭受意外伤害或在等待期后因罹患疾病，在本保险合同约定的医疗机构接受经医生确诊必须接受的住院治疗或日间治疗的，对于每一被保险人治疗期间实际发生的各项医学必需且符合通常惯例水平的下列医疗费用，保险人按照本保险合同的约定，在各项费用的限制范围内给付住院及日间治疗保险金。具体赔偿次数、年度赔偿限额、自付比例、赔付比例、免赔额、等待期等赔偿标准在保险单载明。

（1）一般住院和日间治疗费用

（1.1）常规住院费：包含在住院和日间治疗过程中所涉

及的以下常见且必要的费用项目：

（1.1.1）床位费：指被保险人在住院和日间治疗期间实际发生的住院床位费，本保险合同约定的住院床位费标准为双人病房（在中国大陆接受住院治疗的，住院床位费标准为不高于标准单人病房）床位费，床位费每日赔偿限额以保险单载明为准。

（1.1.2）膳食费：指被保险人在住院和日间治疗期间实际发生的、根据医生的医嘱、由医院内专设为住院病人配餐的食堂配送的、符合惯常标准的膳食费。膳食费应包含在医疗账单内，根据各医院的惯例，可以作为独立的款项，也可以合并病房费等其他款项内，但不包括未在医院开具的医疗费用清单内的餐饮费用。

（1.1.3）重症监护病房费：指被保险人在住院和日间治疗期间实际发生的、因入住针对危重病人配备专门医务人员及各种复杂生命监测设备、且提供不间断密切监视和救治技术的专用病房而产生的床位费。

（1.1.4）陪床费：指未满十八周岁的被保险人在住院和日间治疗期间，其父母或法定监护人（限一人）陪同住院所发生的加床费；以及女性被保险人在住院期间，其出生未满一周岁的新生婴儿所发生的住院加床费。陪床费标准以不高于被保险人床位费标准为限。

（1.1.5）医生费：指被保险人在住院和日间治疗期间实际发生的、由医疗机构的医生提供诊疗服务而收取的费用。

(1.1.6) 护理费：指被保险人在住院和日间治疗期间实际发生的，由专业护士对被保险人提供临床护理服务而产生的费用。

(1.1.7) 治疗费：指被保险人在住院和日间治疗期间实际发生的，以治疗疾病为目的的必要医学手段而产生的技术劳务费和医疗器械使用费，以及消耗品的费用，具体以被保险人就诊医疗机构的费用项目划分为准。

(1.1.7.1) 处方药费：指被保险人在住院和日间治疗期间实际发生的、由医生开具处方的药品的费用。

(1.1.7.2) 检查费检验费：指被保险人在住院和日间治疗期间实际发生的、由医生或专业医技人员实施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，包括但不限于 X 光检查费、心电图费、B 超费、分子生化检验费和血、尿、便常规检验费以及本保险合同约定的大型检查检验费用。

(1.1.7.3) 住院手术费：指被保险人在接受住院手术治疗过程中所涉及的以下常见且医学必需的费用项目：

① 手术操作费、麻醉费、手术室费、恢复室费、手术监测费、手术辅助费、手术设备费和手术植入材料费等手术相关费用。

② 器官移植费：指以被保险人为受体，且经专科医生明确诊断，并在具备开展器官移植手术资质的医疗机构内，基于医学必须进行肝脏移植、肾脏移植、心脏移植、肺脏移

植、胰脏移植、骨髓移植等器官移植而产生的手术费、辅助治疗费、抗排异药品费、检验检查费等。但不包括寻找器官供体、配型、获取以及从供体切除器官、储藏、运送的相关费用，以及与不孕不育或者生殖医学相关的移植费用。与器官移植相关的门急诊医疗费用也涵盖在本项费用下。

(1.1.7.4) 耐用医疗设备费：指被保险人在住院和日间治疗期间实际发生的、根据医生处方要求的、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的购买或租赁费。耐用医疗设备的允许租金不得超过购买价格。

(1.1.7.5) 矫形改造手术费：指被保险人在住院和日间治疗期间实际发生的、接受矫形改造手术恢复肢体功能或容貌产生的矫形改造手术费用，但不包括与下颌异常或与颞下颌关节紊乱综合症有关的病症，且手术需满足下列前提条件：

- ① 手术或治疗旨在恢复或改善功能；
- ② 不包含单纯以改善容貌或美容为目的的矫形改造手术费；
- ③ 该手术须是由于意外伤害或疾病造成的，且意外伤害或疾病发生时间应在本保险合同保险期间内。

(2) 视同住院的医疗费用

包含可置于住院和日间治疗保险金下的以下费用：

(2.1) 特定医疗费用：指被保险人实际发生的、出院后针对下列治疗项目产生的后续治疗费用。下列治疗项目，无论经由门诊或住院进行治疗，均视同住院治疗：

(2.1.1) 肾透析费：被保险人在合法注册的透析中心进行的血液透析（通过血液在体外机器中的循环，将血液中的废物和过量的水去除），或腹膜透析（透析液流过被保险人的腹腔，通过腹膜内层去除血液中的废物和过量的水）产生的费用。

(2.1.2) 门诊恶性肿瘤治疗费：指被保险人在医疗机构门诊实际产生的癌症治疗费，包括化学疗法、放射疗法、免疫疗法、肿瘤内分泌疗法、肿瘤靶向疗法所产生的费用。

(2.1.3) 质子重离子费：指被保险人因接受质子、重离子放射治疗而发生的相关费用，包括定位及制定放疗计划费用以及质子重离子放射治疗实施费用。

(2.1.4) 器官移植后抗排异治疗费。

(2.1.5) 恶性肿瘤靶向治疗用药基因检测费。

(2.2) 住院前后门急诊医疗费：指被保险人住院治疗前7天（含住院当天）和出院后30天（含出院当天）内，因与该次住院相同原因而接受门急诊治疗所发生的费用。“住院前后的门急诊医疗费”与“门急诊医疗保险金”不重复赔付。

(3) 康复治疗和专业护理费

(3.1) 康复治疗费：指被保险人在接受手术后，在康复医疗机构、康复中心、普通医疗机构的康复科诊治或者接受以促进机体各项功能恢复为目的的医疗方法，如理疗、按摩、推拿、生物反馈疗法、康复护理等而产生的费用。

(3.2) 专业护理费：指被保险人为在一定程度上治疗或

者减缓病症，根据医生的医嘱，需要接受由专业护士提供的、每日至少持续四个小时的住院或者门诊护理费。

（4）临终关怀费

指曾发生本保险合同保险事故的被保险人因与该事故相应的病症或者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），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（不包括丧葬费用及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。

（5）住院精神和心理障碍治疗费

指经医生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者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生或者心理学家实施的住院医疗费用。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、注意力缺陷症、注意缺陷多动障碍，但不包括婚姻家庭咨询、教育咨询、能力倾向检测、教育检测和服务。

2. 急救与转运保险责任

在保险期间内，被保险人因遭受意外伤害或在等待期后因罹患疾病，对于每一被保险人实际发生的各项医学必需且符合通常惯例水平的下列急救与转运费用，保险人按照本保

险合同的约定，在各项费用的限制范围内给付急救与转运保险金。具体赔偿次数、年度赔偿限额、自付比例、赔付比例、免赔额、等待期等赔偿标准在保险单载明。

(1) 救护车费

指紧急情况下，出于医疗必要，以专业救护车将被保险人运至最近的医疗机构所发生的费用。非因医疗必要而仅为被保险人提供便利所使用的救护车服务，不属于本项责任的保障范围。

(2) 境内异地就医交通费

指被保险人因疾病或意外伤害需要，在境内跨城市转诊治疗时发生的合理且必要的公共交通费用（飞机限经济舱、火车限二等座）。

(3) 紧急医疗运送和转运费

指被保险人遇有生命危险、得不到及时治疗将导致身故或严重伤害的，如果在当地不能获得适当治疗，被保险人或相关人员可联系保险人，经许可后，将负责安排运送被保险人至离被保险人最近且能够提供所需服务的医疗机构，由此发生的费用。

如果被保险人不同意按照保险人安排转运或自行选择其他医疗机构接受治疗，自保险事故发生地或保险人安排的医疗机构至被保险人选定的其他医疗机构的运送费用，完全由被保险人自行承担。此外，被保险人自行安排运送至医疗机构的，运送费用由被保险人承担。

发生紧急医疗转运时，保险人承担一位陪同人员赶往被保险人转运地点的公共交通工具（飞机限经济舱）的费用，保险人也承担被保险人和一位陪同人员在被保险人治疗完成或病情稳定后返回其日常居住地的公共交通工具（飞机限经济舱）的费用。

（4）陪同人员住宿费

发生紧急医疗转运时，保险人将承担被保险人的一位陪同人员实际发生的必要且合理的住宿费用。除另有约定外，住宿费以每晚800元为限，最长住宿时间不超过十二晚。

3. 慢性病医疗保险责任

在保险期间内，对于每一被保险人实际发生的各项医学必需且符合通常惯例水平的因慢性病维护、缓解或对症的治疗，以及慢性病急性恶化的稳定治疗等费用，保险人按照本保险合同的约定，在各项费用的限制范围内给付慢性病医疗保险金。具体赔偿次数、年度赔偿限额、自付比例、赔付比例、免赔额、等待期等赔偿标准在保险单载明。

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。

4. 保障区域外紧急医疗保险责任

在保险期间内，被保险人因遭受意外伤害或在等待期后因罹患疾病，在本保险合同约定的保障区域以外的国家或地区实际发生的各项医学必需且符合通常惯例水平的紧急医疗费用，保险人按照本保险合同的约定，在各项费用的限制范围内给付保障区域外紧急医疗保险金。具体年度赔偿限额、自付比例、赔付比例、免赔额、等待期等赔偿标准在保险单载明。

保险人对以下情况不承担给付“保障区域外紧急医疗保险金”的责任：

(1) 非紧急医疗；

(2) 被保险人每次在本保险合同约定的保障区域以外的国家或地区停留超过连续90日；

(3) 对被保险人到达本保险合同约定的保障区域以外的国家或地区前已有疾病进行的相关治疗；

(4) 可以推迟至被保险人返回保障区域后再接受的治疗；

(5) 被保险人前往的国家或地区被联合国、出发地所在国政府或目的地所在国政府明确告知不建议前往。

(二) 可选保险责任

1. 门急诊医疗保险责任

在保险期间内，被保险人因遭受意外伤害或在等待期后因罹患疾病，在本保险合同约定的医疗机构接受经医生确诊

必须接受的门急诊治疗的，对于每一被保险人在治疗期间实际发生的各项医学必需且符合通常惯例水平的下列医疗费用，保险人按照本保险合同的约定，在各项费用的限制范围内给付门急诊医疗保险金。具体赔偿次数、年度赔偿限额、自付比例、赔付比例、免赔额、等待期等赔偿标准在保险单载明。

(1) 医生费

指被保险人在接受门急诊治疗期间实际发生的、由医疗机构的医生提供诊疗服务而收取的费用，包括普通门急诊诊疗费、专家诊疗费、挂号费、医事服务费等。

(2) 治疗费

指被保险人在接受门急诊治疗期间实际发生的、以治疗疾病为目的的必要医学手段而产生的技术劳务费、医疗器械使用费和消耗品的费用，具体以就诊医疗机构的费用项目划分为准。

(3) 处方药费

指被保险人在接受门急诊治疗期间实际发生的、由医生开具处方的药品的费用。

(4) 检查费检验费

指被保险人在接受门急诊治疗期间实际发生的、由医生或专业医技人员实施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，包括但不限于X光检查费、心电图费、B超费、分子生化检验费和血、尿、

便常规检验费以及本保险合同约定的大型检查检验费。

(5) 耐用医疗设备费

指被保险人在接受门急诊治疗期间实际发生的、根据医生处方要求的、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的购买或租赁费。耐用医疗设备的允许租金不得超过购买价格。

(6) 门诊或日间手术费

指被保险人接受由医生诊断无需住院即可进行的手术而产生的费用，包括手术操作费、麻醉费、手术室费、恢复室费、手术监测费、手术辅助费和手术设备费等手术相关费用。

(7) 理疗和中医治疗费

(7.1) 理疗费：指由具有相应医疗资质的专业医生实施的物理治疗、美式脊椎矫正、职业疗法、顺势疗法、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）等理疗费用，理疗须为专业医生书面治疗计划的（包含短期和长期目标，并提交保险人评估）一部分，且满足下列全部条件：

(7.1.1) 在合理的、可预测的时间内症状会明显好转；

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

(7.2) 中医治疗费：指由注册中医医生开具处方的中草药费、针灸治疗费、挂号费、诊疗费及其他相关费用。

(8) 睡眠检查和治疗费

指发作性睡眠或阻塞性呼吸暂停症状的检查和治疗费。

(9) 急诊室费

指被保险人使用急诊室的费用。

(10) 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生要求的专业护士护理所产生的费用（不包括保险期间届满后发生的家庭护理费用）。家庭护理须满足以下全部条件：

（10.1）被保险人对专业护士护理确有需要，非出于方便家庭成员目的；

（10.2）每日专业护士护理时间不超过十二小时，但下列情形不在此限：

（10.2.1）住院治疗的被保险人被运送回家当日；

（10.2.2）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；

（10.2.3）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。接受鼻饲或者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，保险人对此不承担保险责任。

(11) 门诊精神和心理障碍治疗费

指经医生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者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生或者心理学家实施门诊医疗和咨询费用。精神和心理障碍包括但不限于神经性贪食症、神经性厌食症、悲伤辅导和悲伤治疗、注意力缺陷症、注意缺陷多动障碍，但不包括婚姻家庭咨询、教育咨询、能力倾向检测、教育检测和服务。

本保险合同的门诊精神和心理障碍治疗年度累计赔付次数不超过20次，保险合同对赔付次数另有约定的以具体约定为准。

（12）紧急牙科治疗费

指仅限因意外事故导致健康自然牙受损，在事故发生后30日（保险合同对前述受损后的治疗时效另有约定的以具体约定为准）内进行的修复或替换治疗所产生的合理且必要的医疗费用。但不包括因咀嚼食物或咀嚼其他外物引起的牙齿伤害，以及任何以美容为目的的牙科治疗。本项责任以门诊年度赔偿限额为限。

属于“牙科医疗保险金”范围的牙科治疗不在此项责任中赔付。

（13）临终关怀费

指曾发生本保险合同保险事故的被保险人因与该事故相应的病症或者相关的病症而被诊断患终末期疾病且存活期二百四十日以下（含），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（不包括丧葬费用及保险期间届满后发生的临终关怀费用）。

2. 牙科医疗保险责任

在保险期间内，被保险人因遭受意外伤害或在等待期后罹患疾病，在本保险合同约定的医疗机构内实际发生的各项医学必需且符合通常惯例水平的下列牙科医疗费用（不包含紧急牙科治疗费），保险人按照本保险合同的约定，在各项费用的限制范围内给付牙科医疗保险金。具体赔偿次数、年度赔偿限额、自付比例、赔付比例、免赔额、等待期等赔偿标准在保险单载明。

（1）预防治疗费

指被保险人接受牙科预防治疗而产生的费用，本保险合同约定的牙科预防治疗包括常规牙科检查、医生问诊、口腔档案建立、牙齿健康指导、儿童刷牙指导及口腔护理指导、口腔全景片、小牙片、洁齿和抛光（预防性）、牙齿清洁检查（保险期间内限两次）、口腔涂氟（保险期间内限一次）、窝沟封闭（保险期间内限一次）等。

（2）基础治疗费

指被保险人接受牙科基础治疗而产生的费用，本保险合同约定的牙科基础治疗包括汞合金或复合树脂充填、简单拔牙、牙周病治疗、牙源性颌骨囊肿、牙齿脱敏治疗、牙周刮治、根面平整，以及相关口腔X光等。

（3）重大治疗费

指被保险人接受牙科重大治疗而产生的费用，本保险合同约定的牙科重大治疗包括牙冠和嵌体、桥式义齿（包括化验和麻醉费用）、智齿拔除，以及相关口腔X光等。

（4）矫正治疗费

指被保险人接受牙齿矫正治疗而产生的费用，本保险合同约定的牙齿矫正治疗包括模型研究、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，以及相关口腔X光费等。

保险人不承担以下牙科医疗费用：

（4.1）被保险人未按医生的建议在投保前进行必要的牙科治疗而引起的在本保险合同保险期间内产生的牙科医疗费用；

（4.2）单纯以美容为目的的牙齿修整（不包括18周岁以下正畸治疗）、美白、义齿（不包括以治疗为目的的义齿）、高嵌体、种植牙、假牙、贴面及相关费用。

3. 眼科医疗保险责任

在保险期间内，对于每一被保险人因遭受意外伤害或在等待期后罹患疾病，在本保险合同约定的医疗机构内实际发生的各项医学必需且符合通常惯例水平的下列眼科医疗费用，保险人按照本保险合同的约定，在各项费用的限制范围内给付眼科医疗保险金。具体赔偿次数、年度赔偿限额、自付比例、赔付比例、免赔额、等待期等赔偿标准在保险单载明。

(1) 视力检查费；

(2) 矫正镜片（需有医生或验光配镜师处方）、镜框和隐形眼镜（不包含美容目的的隐形眼镜）所产生的费用。

4. 生育医疗保险责任

在保险期间内，对于每一被保险人在等待期后在本保险合同约定的医疗机构内实际发生的各项医学必需且符合通常惯例水平的下列情形产生的费用，保险人按照本保险合同的约定，在各项费用的限制范围内给付保险金。具体赔偿次数、年度赔偿限额、自付比例、赔付比例、免赔额、等待期等赔偿标准在保险单载明。除另有约定外，自本保险合同生效之日起180天为该保险责任的等待期，被保险人在等待期内发生的保险事故，无论治疗时间与生效之日的间隔是否超过等待期，保险人均不承担因此导致的相关医疗费用。

(1) 分娩费

指女性被保险人发生的产前检查费、妊娠期内医生处方开具的维生素和钙剂费、超声检查费、早产费、顺产费、医学必需剖宫产费、麻醉费、产后复查费、医学必需的流产费以及产后6个月内（含）（保险合同对前述受损后的治疗时效另有约定的以具体约定为准）为治疗尿失禁进行的盆底肌修复费。

(2) 妊娠并发症治疗费

指女性被保险人因发生妊娠并发症而接受治疗产生的费用。该费用须为被保险人接受产科专科医生推荐的治疗、

并由此发生的治疗费用。

(3) 新生儿费

指自本保险合同生育保障项下出生的婴儿，其出生后14日内（保险合同对前述时效另有约定的以具体约定为准）发生的专业护理及治疗费用。

(4) 新生儿12个月内的健康检查费

指自本保险合同生育保障项下出生的婴儿，其年满一周岁前在保险期间内发生的以下合理且必要的费用：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、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型流感病毒等。具体保障项目以保险合同约定的为准。若本保险合同生育保障项下出生的新生儿未自出生即日起加入本保险合同，或新生儿非本保险合同生育保障项下出生，则保险人不承担本项责任。

5. 预防性检查保险责任

在保险期间内，对于每一被保险人在本保险合同约定的医疗机构内实际发生的各项医学必需且符合通常惯例水平的下列预防性检查费用，保险人按照本保险合同的约定，在各项费用的限制范围内承担该被保险人的预防性检查费用。具体赔偿次数、年度赔偿限额、自付比例、赔付比例、免赔额、等待期等赔偿标准在保险单载明。

(1) 常规体检

保险人承担被保险人每保单年度一次的全身常规体检费。除另有约定外，该体检机构须位于中国大陆地区。

(2) 成年女性、男性特定筛查费

保险人承担每保单年度一次的40岁以上女性被保险人的常规乳腺钼靶测试和40岁以上女性被保险人的子宫颈抹片检查、40岁以上男性被保险人的前列腺特异性抗原检查费用。

(3) 家族病史筛查费

指执业医生建议的基于被保险人家族病史的筛查和测试费用。仅限指定单一病种筛查，非全面体检筛查。

第八条 等待期

等待期是指自保险期间起始时间起计算的一段时间，经过该段时间后，保险人才对被保险人承担给付保险金责任。被保险人在投保后至等待期结束前发生的疾病所导致的医疗费用，无论此等费用是否发生在等待期内，保险人均不承担保险金给付责任。

本保险合同的等待期由投保人和保险人双方约定，并在保险单中载明。如未载明的，则默认生育医疗保险金责任为**180天**，其他责任为**30天**。被保险人因意外伤害发生保险事故的，没有等待期。

续保的情况下，等待期为**0天**。本保险合同期满前，投保人可向保险人申请续保，经保险人审核后予以承保；续保合同保险期间的起始日期与续保对应上一保险合同保险期间

的终止日期相连不间断。

第九条 医疗费用补偿原则

本保险合同适用医疗费用补偿原则。若被保险人已从其他途径（包括社会基本医疗保险、公费医疗、工作单位、保险人在内的任何商业保险机构，以及依法承担侵权损害赔偿责任的第三人等）获得医疗费用补偿，则保险人仅对被保险人实际发生的医疗费用扣除其所获医疗费用补偿后的余额按照本保险合同的约定进行赔付。

责任免除

第十条 责任免除

（一）除另有约定外，对因下列情形之一导致被保险人支出医疗费用的或发生如下列明的医疗费用，保险人不承担保险金给付责任：

1. 投保人或被保险人的故意隐瞒、欺诈行为；
2. 被保险人故意犯罪、抗拒依法采取的刑事强制措施期间或被依法拘禁或入狱期间遭受意外伤害或罹患疾病而产生的费用；
3. 被保险人故意自伤及自杀，或因被保险人挑衅或故意行为而导致的打斗、被袭击、被谋杀；但被保险人自杀时为无民事行为能力人的不受此限；
4. 被保险人酒后驾驶、无合法有效驾驶证驾驶或驾驶无合法有效行驶证的机动车，或乘坐毒驾、酒后驾驶人所驾驶的交通工具期间；

5. 被保险人斗殴、醉酒，服用、吸食或注射毒品，或未遵医嘱擅自服用、涂用、注射药物。

(二) 除另有约定外，对因下列情形之一导致被保险人发生的费用或下列医疗费用，保险人不承担保险金给付责任：

1. 被保险人受训或参加职业体育或高风险运动；
2. 由战争（无论是否宣战）或恐怖活动造成的伤害，但本保险合同已书面约定承保的情况不受此限；
3. 核爆炸、核辐射、核污染或者生物化学污染；
4. 因投保时未如实按照健康问卷告知的既往症而产生的医疗费及其他相关费用，但本保险合同已书面约定承保的既往症不受此限；
5. 保险期间届满后发生的费用；
6. 实验性或研究性地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）的费用；
7. 非医生处方要求服务的费用，没有经过医生批准或建议的费用，不在医生执业范围的医疗服务的费用，不符合专业认可标准或者为进行适当治疗所不必要的费用，非医学必需的费用（矫形改造手术费不受此限），超过通常惯例水平的费用；超出合理治疗周期的医疗费用；对疾病治疗无改善的医疗费用。
8. 代诊，无原始发票的费用，电话、电子邮件和线上医疗咨询以及远程医疗（经保险人指定并授权的机构不受此限），因被保险人个人原因未能按时就诊导致已预约的医疗

服务取消，由此产生的预约服务费等费用，以及被保险人或其配偶、父母、子女等家庭成员存在所有权、控制权或重大关联关系的医疗机构，在该医疗机构发生的任何费用；

9. 为了被保险人个人舒适或方便而提供的物品而产生的相关费用，包括但不限于电话臂，床上桌板，电视、家政服务、访客食宿、特殊饮食、电话费和带回家用品；改善空气质量或调节温湿度的电器，如空调、加湿器、除湿器、空气净化器等；生活杂项物品包括但不限于：健身器材、加热灯、加热垫、马桶座圈、浴缸座，电动轮椅；定制或改造的任何交通工具、洗浴设备或住宅设备费；

10. 常规体检费、疫苗接种费以及为完成前述项目所必需的相关检查化验费，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，或决定保险可保性所必需的检查、免疫接种或检测的费用，投保预防性检查保险金的不在此限；

11. 被保险人已知晓医生明确建议不宜旅行或不宜从事某项活动或运动，仍执意进行，且该旅行或活动直接导致其发生伤害或病症，由此产生的医疗费用及其他相关费用；

12. 非药品准字号的药品和非（食）药监械号的设备，但在境外接受治疗且该药品或设备已获得治疗地药品监督管理部门批准上市的除外；包括但不限于保健品、膳食补充剂、药妆、戒烟药物、食欲抑制剂、头发再生药物、抗光老化药物、美容用品、大剂量维生素、维他命、健康滋补类中

草药，包括但不限于：

(1) 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。

(2) 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。

(3) 以上所列药品包括生药及炮制后的饮片及药材、中药敷贴、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。

13. 与监护、日常生活辅助、环境休养或静养相关的非医疗性费用。上述费用无论是否由医生建议，均不属于医学必需范畴，保险人不承担给付保险金责任。在护理院、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医疗费及相关费用。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而产生的费用；

14. 分娩、妊娠并发症、剖宫产、流产、异位妊娠、宫外孕（投保生育医疗保险金的不受此限）；选择性剖宫产、男女生育控制、节育绝育、优生优育、孕前准备、不孕不育症、性别转换症、性功能障碍、变性手术，或由前述情形导

致的并发症的医疗费及其他相关费用；生育或分娩准备课程，伟哥以及其他用于提高性功能的任何费用；选择性人工流产及其并发症而产生的医疗费用及其他相关费用，危及母亲生命情况不受此限；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），以及与此相关的所有费用；

15. 先天性疾病或出生缺陷而产生的医疗费用及其他相关费用，属于本保险合同生育医疗保障内的新生儿不受此限；

16. 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，蜘蛛脉、除瘢痕疙瘩型外的其他瘢痕、纹身去除、皮肤变色所产生的医疗费及其他相关费用；非医学必需的对白癜风、浅表静脉曲张的医疗费及其他相关费用；

17. 与脱发相关的治疗及其他相关费用，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；

18. 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费用。此类治疗或手术流程引起的并发症的医疗费及其他相关费用；

19. 戒烟治疗、丰胸和缩胸手术、包皮环切术、无论是否出于心理目的而进行的美容、选择性手术，或由前述情形

导致的并发症的医疗费及其他相关费用；

20. 常规足部医疗费，但因意外伤害或者疾病引起的足部治疗情形不在此限；矫形鞋或其他辅助装置，包括但不限于足弓支撑，矫形装置，任何用于治疗弱足、矫形足、不稳足、扁平足或者足弓塌陷的器材的费用，任何与跗骨、跖骨相关的医疗费；

21. 眼科检查、配置眼镜、隐形眼镜，投保眼科医疗保险金的不受此限；视觉医疗费及其他相关费用，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，屈光不正（包括近视、远视）校正手术；

22. 紧急牙科治疗费以外的牙科治疗费，投保牙科医疗保险金的不受此限；

23. 获得性免疫缺陷综合症（AIDS，艾滋病）、艾滋相关综合征（ARCS）和其他与HIV病毒相关的性传染病或者症状的医疗费及其他相关费用；

24. 非医疗性质的心理辅导、咨询服务费用，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；行为或学习障碍、进食障碍；儿童身体和心理发育迟缓、性早熟；

25. 生长激素治疗及其他相关费用；过敏原检测费用；基因检测相关的疾病的咨询、筛查、检查或治疗，恶性肿瘤靶向治疗用药基因检测不受此限；

26. 由于非疾病引起的用于缓解身体或生理变化的医

疗费用，如衰老、更年期、青春期的非疾病症状；

27. 在政府当局指导下，实施与传染病相关的费用。

保险金额、免赔额、赔付比例、自付比例

第十一条 保险金额

本保险合同的保险金额是保险人承担给付该被保险人保险金责任的最高限额。

本保险合同的保险金额由投保人与保险人在订立保险合同时协商确定，并在保险单中载明。

在本保险合同中所载的年度赔偿限额是每个保险期间内保险人在本保险合同项下对任一被保险人累计支付保险金的最高额度。各被保险人的年度赔偿限额独立计算，互不占用。

第十二条 免赔额

本保险合同的免赔额是指被保险人在保险期间内发生的、虽然属于本保险合同保险责任范围内的医疗费用，但依照本保险合同约定仍旧由被保险人自行承担，本保险合同不予赔付的金额。只有当保险期间内的免赔额因以下两种情况抵扣完毕时，保险人才开始按照约定承担赔付责任：

（一）被保险人自行承担的属于本保险合同保险责任范围内的医疗费用，包括其社会基本医疗保险个人账户支出的医疗费用；

（二）从社会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保险合同保险责任范围内的医疗费用补

偿。

通过社会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。

本保险合同的免赔额由投保人与保险人在订立保险合同时协商确定，并在保险单中载明。

第十三条 赔付比例与自付比例

本保险合同的赔付比例由投保人与保险人在订立保险合同时协商确定，并根据被保险人在投保时有无社会基本医疗保险或公费医疗的不同情况约定对应的赔付比例，在保险单中载明。

若被保险人以参加基本医疗保险或公费医疗身份投保，但未以参加基本医疗保险或公费医疗身份就诊并结算的，则保险人根据保险单单独约定的赔付比例进行赔付。

本保险合同的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。

自付比例与赔付比例之和为**100%**。

保险费

第十四条 保险费

本保险合同的保险费及其支付方式由投保人与保险人在订立保险合同时协商确定，并在保险单中载明。

保险期间与续保

第十五条 保险期间

本保险合同的保险期间由投保人与保险人在订立保险合同同时协商确定，并在保险单中载明，且最长不得超过一年。

第十六条 非保证续保

本保险合同为非保证续保合同。保险期间届满，投保人需要重新向保险人申请投保本产品，并经保险人同意，交纳保险费，获得新的保险合同。

若保险期间届满时，本保险合同对应保险产品统一停售，保险人将不再接受投保申请。

保险人义务

第十七条 格式条款的提示与说明

订立保险合同时，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，保险人在订立保险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。

第十八条 签发保单

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其他保险凭证。

第十九条 及时一次性通知补充索赔证明和资料

保险人认为投保人、被保险人或者受益人提供的有关索赔的证明和资料不完整的，应当及时一次性通知投保人、被

保险人或者受益人补充提供。

第二十条 及时核定赔付

保险人收到被保险人或者受益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；情形复杂的，应当在30日内作出核定，但保险责任的核定必须依赖于特定证明、鉴定、判决、裁定或其他证据材料的，保险人应在被保险人或者受益人提供或自行取得上述证据材料起30日内作出核定。

保险人应当将核定结果通知被保险人或者受益人；对属于保险责任的，在与被保险人或者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。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3日内向被保险人或者受益人发出拒绝给付保险金通知书，并说明理由。

保险人自收到给付保险金的请求和有关证明、资料之日起60日内，对其赔偿保险金的数额不能确定的，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。

第二十一条 理赔核查

保险人有权对理赔案件进行核查，保险金申请人有义务提供保险人所要求的相关材料。如果保险金申请人向保险人提起虚假的保险金申请，保险人有权追回已支付的相应保险

金，并对其他虚假理赔的申请且尚未支付的款项拒绝支付，并有权解除本保险合同。

投保人、被保险人义务

第二十二条 交费义务

除另有约定外，投保人应当在订立本保险合同时一次性足额交清保险费。投保人未按照本保险合同的约定一次性足额交清保险费的，保险合同不生效，保险合同生效前发生的保险事故，保险人不承担给付保险金的责任。

第二十三条 如实告知义务

投保人应如实填写投保单并回答保险人提出的询问，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约定的义务，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。

前款约定的合同解除权，自保险人知道有解除事由之日起，超过30日不行使而消灭。

投保人故意不履行如实告知义务的，保险人对于本保险合同解除前发生的保险事故，不承担给付保险金的责任，并不退还保险费。

投保人因重大过失未履行如实告知义务，对保险事故的发生有严重影响的，保险人对于本保险合同解除前发生的保险事故，不承担给付保险金的责任，但退还保险费。

保险人在本保险合同订立时已经知道投保人、被保险

人未如实告知的情况的，保险人不得解除本保险合同；发生保险事故的，保险人承担给付保险金的责任。

第二十四条 住址或通讯地址变更通知义务

为确保保险人的通知能有效送达，请投保人务必正确填写投保人、被保险人及受益人的住所、通讯地址、电话及电子邮箱等联系方式。当这些联系方式变更时，请及时以书面形式或双方认可的其他形式通知保险人。如果未能通知保险人，保险人按所知的最后联系方式所发送的有关通知，均视为已经送达给投保人、被保险人及受益人。

第二十五条 年龄的确定及错误的处理

被保险人的投保年龄，以法定身份证件登记的周岁年龄为准，本保险合同所承保的被保险人的投保年龄必须符合年龄要求。投保人在申请投保时，应按被保险人的周岁年龄填写。若发生错误，保险人按照以下规定处理：

（一）投保人申报的被保险人年龄不真实，且真实年龄不符合本保险合同约定的年龄限制的，保险人有权解除本保险合同，并向投保人退还未满期净保费。

（二）投保人申报的被保险人年龄不真实，导致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，或在给付保险金时按照实付保险费与应付保险费的比例支付。

（三）投保人申报的被保险人年龄不真实，导致投保人支付保险费多于应付保险费的，保险人应将多收的保险费无

息退还投保人。

第二十六条 职业或工种的变更通知义务

当被保险人变更职业或工种时，投保人或被保险人应在10日内以书面形式通知保险人。

被保险人所变更的职业或工种依照保险人职业分类在拒保范围内的，保险人在接到通知后有权解除本保险合同并按照接到通知之日退还原职业或工种所对应的未到期保险费。被保险人所变更的职业或工种依照保险人职业分类仍可承保的或在拒保范围内但保险人认定可以继续承保的，保险人按照接到通知之日计算并退还原职业或工种所对应的未到期保险费，投保人补缴按照保险人接到通知之日计算的新职业或工种所对应的保费。

被保险人所变更的职业或工种，依照保险人职业分类其危险性增加，且未依本条约定通知保险人而发生保险事故的，保险人按其原交保险费比新职业或工种所对应的保险费率计算并给付保险金。被保险人所变更的职业或工种依照保险人职业分类在拒保范围内，保险人不承担给付保险金的责任。

保险人将按照事先公布的职业分类表确定被保险人的职业分类，投保人可通过保险人服务场所工作人员、服务热线或有关互联网查询到此表。

第二十七条 被保险人变动通知义务

在保险期间内，投保人因其人员变动，需增加、减少被保险人时，应以书面形式向保险人提出申请。保险人同意后

出具批单，并在本保险合同中批注。

被保险人人数增加时，保险人在审核同意后，于收到申请之日的次日零时起并经过合同约定的等待期后开始承担保险责任，并按约定增收保费。

被保险人人数减少时，保险人在审核同意后，于收到申请之日的次日零时起，对减少的被保险人终止保险责任（如减少的被保险人属于已离职的，保险人对其所负的保险责任自其离职之日起终止），并按约定退还未满期保险费，但减少的被保险人本人或其保险金申请人已领取过任何保险金的，保险人不退还未满期保险费。减少后的被保险人人数不足其在职人员75%或人数低于3人时，保险人有权解除本保险合同，并按约定退还未满期保险费。

第二十八条 保险事故通知义务

发生保险责任范围内的事故后，保险人及时了解保险事故的性质、发生原因、损失情况，对给付保险金至关重要。投保人、被保险人或受益人应在知道保险事故发生之日起10日内书面说明事故发生的原因、经过和损失情况并通知保险人。

如果投保人、被保险人或受益人因故意或重大过失未及时通知，导致保险事故的性质、发生原因、损失情况等难以确定的，保险人对无法确定的部分，不承担给付保险金的责任，但保险人通过其他途径已经及时知道或者应当及时知道保险事故发生的除外。

第二十九条 约定的医疗机构就医

保险事故发生后，被保险人需要治疗的，应在本保险合同约定的医疗机构治疗，若因急诊未在约定的医疗机构治疗的，应在3日内通知保险人，并根据病情及时转入约定的医疗机构。若确需转入非约定的医疗机构治疗的，应向保险人提出书面申请，保险人在接到申请后3日内给予答复，对于保险人同意在非约定的医疗机构治疗的，对该期间发生的费用按本保险合同规定给付保险金。

第三十条 其他内容变更通知义务

在保险期间内，投保人需变更合同内容的，应以书面形式向保险人提出申请。保险人同意后出具批单，并在本保险合同中批注。

第三十一条 保险欺诈与不当索赔的处理

未发生保险事故，被保险人或者受益人谎称发生了保险事故，向保险人提出给付保险金请求的，保险人有权解除本保险合同，并不退还保险费。

投保人、被保险人故意制造保险事故的，保险人有权解除本保险合同，不承担给付保险金的责任，并不退还保险费。

保险事故发生后，投保人、被保险人或者受益人以伪造、变造的有关证明、资料或者其他证据，编造虚假的事故原因或者夸大损失程度的，保险人对其虚报的部分不承担给付保险金的责任。

发生前三款约定的任何情形致使保险人给付保险金或者支出费用的，投保人、被保险人或者保险金申请人应当退回或者赔偿。

保险人直接支付或授权合作伙伴，向保险金申请人或医疗机构直接支付本保险合同项下发生的医疗费用时，若已经支付的费用不属于保险责任范围或超出了相应的保险责任范围，则保险人有权追索。

保险金申请与给付

第三十二条 保险金的申请

本保险合同保险金的申请方式包括事后申请方式和医疗直付方式。

（一）采用事后申请的方式申请保险金时，保险金申请人须填写保险金给付申请书，并应向保险人提供以下证明和资料。保险金申请人因特殊原因不能提供以下材料的，应提供其他合法有效的材料。保险金申请人未能提供有关材料，导致保险人无法核实的，保险人对无法核实部分不承担给付保险金的责任。

1. 保险金申请人填具的索赔申请书；
2. 保险单或其他保险凭证正本；
3. 保险金申请人的有效身份证件；
4. 本保险合同的指定医疗机构出具的完整病历资料（包括门急诊病历、住院病历、出院小结以及相关的检查报告）；
5. 本保险合同约定的医院或保险人指定医疗机构出具

的附有病历、病理检验、血液检验、影像学报告及其他科学方法检验报告的疾病诊断证明书；

6. 医疗费用原始收据、医疗费用明细清单及医疗费用分割单（若发生手术费用，还需提供手术费用的原始凭证，被保险人享有社会基本医疗保险或公费医疗保障的，需包含社会基本医疗保险或公费医疗有关规定取得医疗费用补偿证明）；

7. 被保险人罹患本保险合同所定义的重大疾病，还应提供由医院或保险人指定医疗机构具有相应资质的医生出具的对被保险人的疾病诊断证明书以及由医院或指定医疗机构出具的与该疾病诊断证明书相关的病理显微镜检查、血液检验及其他科学方法检验报告；

8. 首次申请理赔时，应提供合同约定的医院或保险人指定医疗机构出具的被保险人在本保险合同保险期间内历次的医疗诊断证明、病历及医疗、医药费原始单据、结算明细表与处方正本；

9. 保险金申请人所能提供的与确认保险事故的性质、原因、损失程度等有关的其他证明和资料；

10. 受益人为无民事行为能力人或者限制民事行为能力人的，由其监护人代为申领保险金，并需要提供监护人的身份证明、与受益人的关系证明等资料。

以上证明和资料不完整的，保险人将及时一次性通知保险金申请人补充提供有关的证明和资料。

(二) 被保险人在保险人指定的直付医疗机构(具体以保险人另行发布的《直付医疗机构清单》为准)接受治疗的,原则上应采用医疗直付方式申请保险金,对于依据本保险合同约定应由保险人承担的医疗费用,保险人将与直付医疗机构直接结算。保险金申请人不可在就医后再向保险人申请该部分医疗费用对应的保险金。

第三十三条 医疗直付

被保险人在保险人指定直付医疗机构(下称“直付医疗机构”)就医的,保险人将委托第三方医疗管理机构提供医疗直付服务,被保险人在直付医疗机构接受治疗的,对于被保险人实际发生的、按照本保险合同约定应由保险人承担的费用,保险人将直接与直付医疗机构结算,无需被保险人先行垫付。

上述“第三方医疗管理机构”是指由保险人委托的、为被保险人提供与本保险合同相关的日常就医协助、医疗转运及理赔协助等服务的第三方机构。被保险人前往直付医疗机构就医前,须与第三方医疗管理机构联系,进行就医预约并获取相应的预先授权和保险理赔指导服务。

保险人或第三方医疗管理机构将定期或者不定期向投保人和被保险人通报直付医疗机构清单的更新情况,被保险人亦可登录第三方医疗管理机构网站或者致电第三方医疗管理机构查询相关信息。

第三十四条 直付预授权

（一）直付预授权申请

被保险人如需在指定直付医疗机构接受下列治疗，须在预定开始治疗日期前至少五个工作日向保险人或第三方医疗管理机构提交直付预先授权申请表：

1. 所有的住院治疗（包括生育/分娩的住院）；
2. 需全身麻醉的门诊手术、恶性肿瘤治疗、血液或腹膜透析；
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. 牙科意外伤害修补治疗；
6. 每剂价格超过8,000元人民币的药剂或疫苗。

保险人或第三方医疗管理机构有权要求被保险人或投保人提供必需的医疗辅助材料（如病历、检查报告等），并有权要求由保险人指定的独立医疗机构或医疗从业人员对被保险人进行医疗检查，相关医疗检查费用由保险人承担。

（二）预授权审核与直付服务

获得预先授权许可回复的，被保险人在指定直付医疗机构接受治疗时，可享受医疗直付服务，由保险人与医疗机构直接结算。

未获得预先授权许可回复的，保险人不提供医疗直付服务，相关医疗费用由被保险人先行垫付，待治疗结束后通过事后申请方式索赔。

（三）未申请直付预授权或未及时通知的处理

紧急情况下，如被保险人未能及时获得预授权许可回复的，被保险人需在开始接受上述医疗项目后四十八小时之内通知保险人或第三方医疗管理机构。

如被保险人在直付医疗机构进行本条（一）约定的医疗项目前未提交直付预先授权申请，或紧急情况下未能在规定时间内通知的，针对上述医疗项目产生的医疗费用，保险人不提供直付服务，经审核属于保险责任的，保险人按应给付保险金金额的**60%**承担保险金给付责任。保险合同对前述赔付比例另有约定的以具体约定为准。

（四）预授权被拒的处理

若保险人或第三方医疗管理机构无法根据被保险人或投保人提供的医疗辅助材料判断直付预授权是否属于保险责任的，保险人有权拒绝被保险人的直付预授权申请。被保险人仍可以在该次治疗后通过事后申请方式进行保险金申请，经审核属于保险责任的，保险人按**100%**比例承担给付责任。

（五）预授权不构成责任确认

被保险人获得预先授权许可回复，不意味着保险人确认被保险人发生的全部或者部分医疗费用属于保险责任范围。

第三十五条 保险金的计算

对于被保险人该次发生的保险责任范围内的医疗费用，保险人按照下列步骤计算各项医疗保险金的给付金额：

(一) 计算可赔付基数：保险责任范围内的医疗费用 - 其他途径已获补偿 - 免赔额。若计算结果小于零，则按零计算。

(二) 计算单项责任初步赔付金额：第(一)项的计算结果 × 赔付比例。

(三) 确定单项责任实际赔付金额：第(二)项的计算结果与本项责任年度赔偿限额余额进行比较，取两者中的较小值。

(四) 个人总限额控制：若该次理赔同时涉及多项保险责任，各项保险金之和不得超过个人总的年度赔偿限额余额。个人总的年度赔偿限额余额指保险单载明的总的年度赔偿限额扣除该保险期间内所有保险责任已累计给付金额后的余额。

争议处理和法律适用

第三十六条 争议处理

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境内（不含港澳台地区）有管辖权的人民法院起诉。

第三十七条 法律适用

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

第三十八条 保险合同变更

在本保险合同有效期内，经与保险人协商一致，投保人
可以变更本保险合同的有关内容。合同变更可以通过对本保
险合同批注或附贴批单以及双方订立书面变更协议来实现。

第三十九条 保险合同解除

本保险合同成立后，除另有约定外，投保人可以要求解
除本保险合同。但已发生任何保险金给付或已发生本保险合
同约定的保险事故但尚未给付保险金的，投保人不得要求解
除本保险合同。

投保人要求解除本保险合同时，应填写保险合同解除申
请书，并提交保险单、保险费交付凭证和投保人身份证明。
本保险合同自保险人接到保险合同解除申请书时终止。

保险责任开始前或犹豫期结束前，投保人要求解除保
险合同的，保险人将无息退还投保人所支付的全部保险
费。

犹豫期结束后，投保人要求解除保险合同的，保险人
应向投保人退还本保险合同的未到期净保费。

第四十条 保险合同终止

发生下列情形之一的，本保险合同自动终止：

- （一）保险合同期满；
- （二）法律法规规定或本保险合同约定的其他导致本
保险合同效力终止的情形。

释义

第四十一条 本保险合同涉及下列术语时，适用以下释义：

（一）周岁

指以法定身份证明文件中记载的出生日期为基础计算的实足年龄。

（二）意外伤害

指以外来的、突发的、非本意的和非疾病的客观事件为直接且单独的原因致使身体受到的伤害。自然死亡、疾病身故、猝死、自杀以及自伤均不属于意外伤害。

（三）指定直付医疗机构

指保险人指定的可提供直付服务的合法运营的医疗机构，具体以第三方医疗管理机构最新发布的直付医疗机构清单为准。如清单有更新，第三方医疗管理机构将会及时对外公布更新。

（四）约定的医疗机构

指符合下列所有条件的机构，包含以下机构中的特需门诊或病房（包含特需医疗、外宾医疗、干部病房、联合病房、国际医疗中心、VIP部、联合医院），具体以保险单载明的医疗机构覆盖范围为准：

1.拥有合法经营执照的定点公立医院，私立医院，包含超出该地区惯常医疗费用水平的昂贵医院；

2.设立的主要目的为向受伤者和患病者提供留院治疗和

护理服务；

3.该医院必须具有系统的、充分的诊断设备，全套外科手术设备及能够提供二十四小时的医疗与护理服务的能力或资质。且非主要作为疗养、戒酒、戒毒或类似的医疗机构。

其中，昂贵医院是指保险单载明的医疗费用水平较高的医疗机构。对被保险人在此类医疗机构产生的费用，保险人仅在保险单明确规定承保的情况下承担保险金给付责任。

（五）医生

指具有医疗职业资格的人员，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。

（六）住院

指被保险人因疾病或意外伤害事故而入住医院之正式病房接受全日24小时监护治疗的过程，并正式办理入出院手续。不包括入住门诊观察室、其他非正式病房或挂床住院。

（七）日间治疗

指完全出于医学必需的治疗目的，被保险人以占用医疗机构病床超过六小时（不含）但不过夜的方式接受的医疗服务。

（八）医学必需

医学必需指医疗费用同时符合下列所有条件：

- 1.治疗意外伤害或者疾病所必需的项目；
- 2.不超过安全、足量治疗原则的项目；

- 3.由医生开具的处方药;
- 4.非试验性的、非研究性的项目;
- 5.与接受治疗当地普遍接受的医疗专业实践标准一致的项目。

(九) 符合通常惯例水平

指与接受医疗服务所在地通行治疗规范、通行治疗方法、平均医疗费用价格水平一致。对于是否符合通常惯例由保险人根据客观、审慎、合理的原则进行审核; 如果被保险人对审核结果有不同意见, 可由双方认同的权威医学机构或者权威医学专家进行审核鉴定。

(十) 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。

(十一) 大型检查检验

包括计算机断层扫描(CT)、正电子发射计算机断层扫描(PET-CT)、核磁共振检查费(MRI)、内窥镜检查费(如, 胃镜检查, 结肠镜检查, 膀胱镜检查)、磁共振血管成像(MRA)、计算机辅助断层成像(CTA)、数字减影血管造影(Digital Subtraction Angiography)、磁共振胰胆管成像(Magnetic Resonance Cholangiopancreatography)、消化道造影、穿刺活检术、髋关节B超、脑电图、心脏彩超、肺功能检查检验、鼻内镜检查等。

(十二) 化学疗法

指针对恶性肿瘤的化学治疗(下称“化疗”)。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。本保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、服用药物等方式的化疗。

（十三）放射疗法

指针对恶性肿瘤的放射治疗（下称“放疗”）。放疗是使用各种不同能量的射线照射肿瘤组织，以抑制和杀灭癌细胞为目的而进行的治疗。本保险合同所指的放疗为被保险人根据医嘱，在医院的专门科室进行的放疗，不包括质子重离子治疗。

（十四）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，并应用免疫细胞和效应分子输注宿主体内，协同机体免疫系统杀伤肿瘤、抑制肿瘤生长。上述肿瘤免疫治疗药物需符合法律法规要求并经过治疗所在国（地区）药品主管部门批准用于临床治疗。

（十五）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。本保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治疗所在国（地区）药品主管部门批准用于临床治疗。

（十六）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。本保险合同所指靶向疗法的药物须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，或治疗所在国（地区）药品主管部门核准上市的证明。

（十七）终末期疾病

指被保险人被确诊为疾病的终末期状态，疾病已经无法以现有的医疗技术医治缓解。在家属及患者的要求和医生的同意下积极治疗已被放弃，所有治疗措施仅以减轻患者痛苦为目的。此疾病状态必须在被保险人生前已经确诊并且具有医疗证明文件和临床检查依据。

（十八）临终关怀机构

指对终末期疾病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许可；
- 2.二十四小时提供服务；
- 3.由医生直接管理和监控；
- 4.有注册护士指挥、协调护理服务；
- 5.被许可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。

（十九）注意力缺陷

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。

（二十）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。

（二十一）物理治疗

指由具有相应资质的专业医生实施的、应用人工物理因子（如光、电、磁、声、温热、寒冷、力等）来治疗疾病的治疗方式，包括电疗、光疗、磁疗、热疗、冷疗、水疗，超声波疗法、功能训练和手法治疗，但不包括泥疗、蜡敷治疗、气泡浴与药物浸浴治疗。

（二十二）顺势疗法

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

（二十三）针灸治疗

由具有相应资格的医生以针（包括激光）为工具实施的治疗。

（二十四）妊娠并发症

指由妊娠引起或者加剧的症状，该症状与分娩不同，包括但不限于急性肾炎、肾变病、心脏代偿失调、异位妊娠终

止、妊娠期内无法继续妊娠时终止妊娠。妊娠并发症不包括非选择性剖宫产、人工不当操作、先兆流产、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于疾病分类学上妊娠并发症类的难产相关症状。

（二十五）紧急医疗

指针对突然发生的、不及时救治将危及生命的意外伤害事故或者急性病，被保险人立即开始接受的相应医疗。急性病指突然发生急性疾病，该急性疾病是被保险人在本保险合同生效之前未曾接受诊疗的，在本保险合同保险期间内突然发生的、不及时救治将危及生命的急性疾病，包括但不限于：

1. 小儿高热惊厥；
2. 休克；
3. 昏迷；
4. 癫痫发作；
5. 急性心肌梗死、急性心力衰竭、急性脑梗伴肢体活动能力受限；
6. 急性内脏出血，内脏包括心、肝、脾、肺、肾、消化道；
7. 各种急性中毒；
8. 意外伤害导致的骨折、脱位、烧伤；
9. 五官及呼吸道或者食道异物，意外伤害导致的失明、眼部伤害。

（二十六）酒后驾驶

指经检测或者鉴定，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者超过一定的标准，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者醉酒后驾驶。

（二十七）无合法有效驾驶证

指被保险人存在下列情形之一：

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. 实习期内驾驶执行任务的警车、消防车、救护车、工程救险车；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。

（二十八）无合法有效行驶证

指发生保险事故时被保险人驾驶的机动车无公安机关交通管理部门、农机部门等政府管理部门核发的行驶证或号牌，或行驶证不在有效期内，或该机动车未按规定检验或检验不合格。

（二十九）机动车

指以动力装置驱动或者牵引，上道路行驶的供人员乘用或者用于运送物品以及进行工程专项作业的轮式车辆。

（三十）斗殴

指双方或多方通过拳脚、器械等武力以求制胜的行为。斗殴的认定，如有司法机关、公安部门的有关法律文件，则以上述法律文件为准。

（三十一）醉酒

指血液中的酒精含量大于或者等于80mg/100ml。

（三十二）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。

（三十三）高风险运动

指各种危险性较高、技巧与体能需求较高的运动项目。包括：滑翔翼、跳伞、海拔六千米以上的户外运动、十八米深以上的潜水、悬崖跳水、徒步穿越无人区（沙漠、戈壁等）、远海漂流、蹦极、野外攀岩、跑酷等。

（三十四）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。

（三十五）恐怖活动

指恐怖主义性质的下列行为：

1. 组织、策划、准备实施、实施造成或者意图造成人员伤亡、重大财产损失、公共设施损坏、社会秩序混乱等严重社会危害的活动的；
2. 宣扬恐怖主义，煽动实施恐怖活动，或者非法持有宣扬恐怖主义的物品，强制他人在公共场所穿戴宣扬恐怖主义的服饰、标志的；
3. 组织、领导、参加恐怖活动组织的；
4. 为恐怖活动组织、恐怖活动人员、实施恐怖活动或者恐怖活动培训提供信息、资金、物资、劳务、技术、场所等支持、协助、便利的；
5. 其他恐怖活动。

（三十六）既往症

指在本保险合同生效日之前被保险人已患且已知晓的疾病。通常有以下情况：

1. 本保险合同生效前，医生已有明确诊断，长期治疗未间断；
2. 本保险合同生效前，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. 本保险合同生效前，医生已有明确诊断，但未予治疗；
4. 本保险合同生效前，未经医生诊断和治疗，但症状或体征明显且持续存在，并以此症状或体征为主诉进行就诊治

疗的疾病。

（三十七）治疗地

指被保险人实际接受诊疗的国家或地区。

（三十八）先天性疾病

指被保险人一出生时就具有的缺陷、畸形或疾病（病症或体征）。这些缺陷、畸形或疾病是指因人的遗传物质（包括染色体以及位于其中的基因）发生了对人体有害的改变而引起的，或因母亲怀孕期间受到内外环境中某些物理、化学和生物等因素的作用，使胎儿局部体细胞发育不正常，导致婴儿出生时有关器官、系统在形态或功能上呈现异常。

（三十九）未到期净保费

未到期净保费 = 保险费 × [1 - (保险单已经过天数/保险期间天数)] × (1 - 费用比例)，经过天数不足一天的按一天计算。除另有约定外，费用比例为25%。