



请扫描以查询验证条款

泰康环球尊享团体医疗保险条款

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凡条款已有约定的，以条款约定为准。



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..... 2.6
- ❖ 投保人有退保的权利..... 5.1



投保人应当特别注意的事项

- ❖ 本合同的保险期间为1年..... 2.2
- ❖ 本合同设有等待期..... 2.4
- ❖ 本公司给付保险金时遵循补偿原则..... 2.7
- ❖ 在某些情况下，本公司不承担保险责任..... 2.8
- ❖ 保险事故发生后，请及时通知本公司..... 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，请投保人仔细阅读本条款。



条款目录

1. 合同的订立	6.2 年龄性别错误	7.18 手术植入材料
1.1 合同构成	6.3 投保人常驻地和被保险人变动	7.19 检查化验
1.2 合同成立及生效	6.4 合同内容变更	7.20 中医及理疗
2. 提供的保障	6.5 联系方式变更	7.21 康复治疗
2.1 保险金额	6.6 被保险人其它变更	7.22 感染艾滋病病毒或者患艾滋病
2.2 保险期间	6.7 争议处理	7.23 物质依赖
2.3 保险区域	7. 释义	7.24 毒品
2.4 等待期	7.1 中国境内	7.25 国籍国家
2.5 预授权	7.2 紧急医疗	7.26 自付额
2.6 保险责任	7.3 合理住院	7.27 医疗事故
2.7 补偿原则	7.4 同一次住院	7.28 既往症
2.8 责任免除	7.5 意外伤害	7.29 先天性畸形、变形和染色体异常
3. 保险金的申请	7.6 耐用医疗器械	7.30 遗传性疾病
3.1 受益人	7.7 医院	7.31 酒后驾驶
3.2 保险事故通知	7.8 给付比例	7.32 无合法有效驾驶证驾驶
3.3 保险金申请	7.9 符合通常惯例	7.33 无有效行驶证
3.4 保险金给付	7.10 医学必需	7.34 机动车
3.5 诉讼时效	7.11 免赔额	7.35 潜水
4. 保险费的交纳	7.12 中国境外	7.36 攀岩
4.1 保险费的交纳	7.13 医生	7.37 探险
5. 合同解除	7.14 周岁	7.38 武术比赛
5.1 投保人解除合同的手续及风险	7.15 护士	7.39 特技表演
6. 其他需要关注的事项	7.16 药品费	7.40 未到期净保险费
6.1 明确说明与如实告知	7.17 材料费	7.41 有效身份证件
		7.42 投保所在地

泰康人寿保险股份有限公司

泰康环球尊享团体医疗保险条款

(2011年5月向中国保险监督管理委员会备案)

在本条款中，“本公司”均指在保险单上签章的泰康人寿保险股份有限公司的分公司，“本合同”指投保人与本公司之间订立的“泰康环球尊享团体医疗保险合同”。

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构成。

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、生效日以保险单记载的日期为准。

2. 提供的保障

2.1 保险金额 本合同的币种为人民币，本合同项下各被保险人名下的各项保险金额及本合同项下各被保险人名下的总保险金额由投保人在投保时与本公司约定，并在保险单上载明。

2.2 保险期间 本合同的保险期间为1年，自本合同生效之时开始，至保险单上载明的保险期间期满日的24时止。

2.3 保险区域 本合同的保险区域可选择**中国境内**（见7.1）或者中国国内（包括中国境内，香港，澳门以及台湾）或者全球除美国和加拿大或者全球。投保人可为被保险人选择合适的保险区域，并载明于保险单上。本公司仅对于被保险人在保险单上载明的保险区域内发生的医疗费用承担保险责任。

对必选责任中紧急救援责任的给付，不受保险区域的限制。

如果投保人选择了保险区域外**紧急医疗**（见7.2）可选责任，本公司将按照保险区域外紧急医疗可选责任的规定对保险单上载明的保险区域外被保险人发生的紧急医疗费用承担保险责任。

2.4 等待期 被保险人在本合同生效之日起30日内因疾病**合理住院**（见7.3），本公司不承担给付住院医疗保险金的责任，这30日称为住院保险责任等待期。被保险人在等待期内发生住院及与该住院视为**同一次住院**（见7.4）的治疗，无论是否延续至等待期后，本公司均不承担给付住院医疗保险金的责任。

被保险人自本合同生效日起15日内因患疾病需要门急诊治疗的，本公司不承担给付门急诊医疗保险金的责任，这15日为门急诊保险责任等待期。

享有本合同约定的生育保险责任的被保险人自本合同生效日起10个月内因怀孕、生育而发生的相关费用，本公司不承担给付生育保险金的责任，这10个月为生育保险责任等待期。

享有本合同约定的重大牙科治疗保险责任的被保险人自本合同生效日起3个月内因重大牙科治疗而发生的相关费用，本公司不承担给付牙科治疗保险金的责任，

这 3 个月为重大牙科治疗保险责任等待期。

被保险人因**意外伤害**（见 7.5）导致的保险事故，保险责任无等待期；投保人为被保险人不间断连续投保本合同的，续保合同对该被保险人的保险责任无等待期。

2.5 预授权

被保险人接受下列治疗前，被保险人须在预定开始治疗日期前至少 48 小时向本公司提交预授权申请表：

- (1) 住院治疗以及需要麻醉的门诊手术；
- (2) 首次放疗、化疗以及肾透析；
- (3) 每剂超过 3,000 元的药品；
- (4) 家庭护理以及心理健康及精神疾病治疗；
- (5) 使用**耐用医疗器械**（见 7.6）；
- (6) 当年度累计医疗费用达到 35,000 元后的进行的门诊、牙科、视力矫正和体检；
- (7) 紧急牙科；
- (8) 紧急医疗，指保险单上载明“保险区域外紧急医疗保险金”责任的，被保险人在保险区域外发生的紧急医疗；
- (9) 紧急救援。

上述第（7）、（8）、（9）三种情况称为紧急情况，发生该情况时如被保险人得不到及时治疗可能导致其身故或者明显的身体伤害，因此可先在就近**医院**（见 7.7）接受治疗；但须在该被保险人开始接受治疗后 48 小时内通知本公司。本公司有权对该次治疗是否属紧急情况（含紧急医疗）予以审核。

对于被保险人预授权申请，本公司在收到预授权申请表后 24 小时内将予以书面回复，被保险人的治疗应在收到书面许可回复后开始。

对上述第（1）、（2）、（3）、（4）、（5）、（6）、（7）七种情况，如果未申请或者申请未获得本公司书面许可回复被保险人即开始上述治疗，其相应保险金的**给付比例**（见 7.8）在保险单上载明的对应项保险金的给付比例基础上降低 40%，即：未申请或者申请未获本公司书面许可时的保险金给付比例=保险单上载明的对应项保险金的给付比例-40%。

对上述第（8）、（9）两种情况，如果本公司经审核不同意该次治疗属于紧急情况（含紧急医疗）的，本公司不承担给付保险金的责任。

2.6 保险责任

在本合同保险期间内，本公司承担投保人选择的且载明于保险单上的保险区域内被保险人发生的**符合通常惯例**（见 7.9）的且**医学必需**（见 7.10）的医疗费用。

本合同的保险责任分为必选责任和可选责任，必选责任为投保人在投保时必须选择的部分，可选责任可由投保人决定是否投保。本合同的保险责任在保险单上载明。本公司对被保险人给付的必选责任和可选责任项下的保险金，除以保险单上载明的该被保险人名下的各责任项下的保险金额为限外，且累计给付的该被保险人名下的各项保险金数额之和不能超过保险单上载明的该被保险人名下的总保险金额。如果累计给付的同一被保险人名下的各项保险金数额之和达到本合同项下该被保险人名下的总保险金额，本公司对该被保险人承担的保险责任终止。

一、必选责任

- (一) 住院医疗保险金

如果被保险人经医院确诊因意外伤害或者在等待期后经医院确诊因疾病必须住院治疗，本公司对该被保险人因实际发生下列 1-17 项符合通常惯例的，且**医疗必需**的合理住院医疗费用而需给付住院医疗保险金时，要先扣除该被保险人名下的住院医疗保险金的**免赔额**（见 7.11），然后按照该被保险人名下的住院医疗保险金的给付比例向受益人给付住院医疗保险金。累计给付的每一被保险人名下的与下列 1-17 项各项相对应的住院医疗保险金不能超过保险单上载明的该被保险人名下的与下列 1-17 项各项相对应的住院医疗保险金金额和天数限额。每一被保险人名下的住院医疗保险金的免赔额和给付比例以及与下列 1-17 项各项相对应的住院医疗保险金金额在保险单上载明。对因生育、牙科疾病、保险区域外紧急医疗、视力矫正、体检以及免疫导致住院而发生的住院医疗费用，本公司不承担给付住院医疗保险金的责任。

如果投保人在投保时为被保险人选择了“无理赔住院津贴”责任，被保险人可在住院前申请放弃对该次住院要求给付住院医疗保险金的权利，换取按合理住院天数进行计算的住院津贴，得到本公司同意后可对该次住院按实际合理住院天数及保险单上载明的该被保险人名下的“无理赔住院津贴每日金额”计算并向受益人给付无理赔住院津贴，本公司不再承担对该被保险人因该次住院而发生的医疗费用给付住院医疗保险金的责任。保险单上载明的每一被保险人名下的“无理赔住院津贴每日金额”最高不得超过 800 元；每一被保险人名下的无理赔住院津贴在每一保险年度的给付以 30 日为限。

1. 床位费和膳食费

被保险人在**中国境外**（见 7.12）的医院住院的，本公司承担不高于半私病房（semi private room, 标准双人间病房）的床位费。

膳食费是指根据**医生**（见 7.13）的医嘱且由医院内设的专门为住院病人配餐的食堂配送的并符合通常惯例的膳食费用。

膳食费不包括：

- （1）所住医院外其他营利性餐饮服务机构提供的餐饮费用；
- （2）不是根据医嘱配送的、在医院对外营业的餐厅或者食堂的餐饮费用；
- （3）不在医院开具的医疗费用清单上的餐饮费用。

2. 加床床位费

被保险人不满 18 **周岁**（见 7.14）的，本公司承担一位陪同人员的加床床位费。

3. 重症监护病房床位费

4. 护理费

护理费是指住院期间由**护士**（见 7.15）对被保险人提供临床护理服务所收取的费用。

5. **药品费**（见 7.16）以及**材料费**（见 7.17）

被保险人的药品费如果发生在中国境外，则与该药品费相对应的该被保险人的住院医疗保险金的给付比例在保险单上载明的该被保险人名下的住院医疗保险金的给付比例基础上降低 20%，即：与被保险人在中国境外发生的药品费相对应的住院医疗保险金的给付比例=保险单上载明的该被保险人名下的住院医疗保险金的给付比例-20%。

6. 手术费用

手术费用包括手术费、麻醉费、手术监测费、手术辅助费、未独立记账的术中用药费、手术设备费、合理且必要的**手术植入材料**（见 7.18）费。

7. 耐用医疗器械费用

与耐用医疗器械费用相对应的住院医疗保险金设定的保险金额最高不超过 10,000 元。

8. 医生费（诊疗费）和治疗费

医生费（诊疗费）是指由医生所实施的病情咨询及检查、各种器械或者仪器检查、诊断、治疗方案拟订等各项医疗服务所收取的费用。

治疗费是指由医生或者护士对患者进行的除手术外的各种治疗项目而发生的治疗费，包括因清创、换药、拆线、脓肿切开引流、瘘管烧灼、血管穿刺、输血、输液、注射、肌肉封闭、吸氧、放疗、化疗、冷冻、激光、肾透析、急救治疗、心肺复苏等而发生的治疗费，具体以所就诊医院的费用项目划分为准。

9. 检查化验（见 7.19）费

10. 心理健康及精神疾病治疗费

心理健康治疗费是指在住院期间，经医生诊断和安排，由具有相应专业资格的医生或者心理学家对被保险人实施的针对心理障碍的治疗；或者经专科医生诊断和安排，为治疗精神和心理障碍在医院的心理疾病专科病房住院治疗精神和心理障碍而发生的治疗费。

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、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。

精神疾病治疗费是指在被保险人根据国际疾病标准编码 ICD10 中所列明的编码为 F00 至 F99 疾病或者《中国精神病分类方案和诊断标准》（CCDM-3）明确诊断为精神疾病后，在医疗卫生监管部门认可的精神病专科医疗机构或者设有精神病科室的医疗机构住院治疗精神疾病而发生的治疗费。

与心理健康及精神疾病治疗费相对应的住院医疗保险金设定的保险金额最高不超过 10,000 元。

11. 器官移植费

器官移植费是指经相关专科医生明确诊断，根据医学需要必须进行肝脏移植、肾脏移植、心脏移植、肺脏移植或者骨髓移植而发生的手术费、辅助治疗费、检验费等。但不包括因器官供体寻找、获取以及从供体切除、储藏、运送器官而发生的相关费用。

12. 中医及理疗（见 7.20）费用

13. 当地救护车费用

当地是指事故发生所在地。

14. 家庭护理费用

家庭护理是指由专业护士为被保险人提供的对住院治疗后的**康复治疗**（见 7.21），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。

每一保险年度，本公司对每一被保险人承担给付与家庭护理费用相对应的

住院医疗保险金以 90 日为限。

15. 临终关怀费用

临终关怀费用是指被医生诊断患有属于保险事故的终末期疾病的被保险人在医疗卫生监管机构合法注册的临终护理机构接受的且与这些医疗状况相关的医疗护理费用。

每一保险年度，本公司对每一患有终末期疾病的被保险人承担给付与临终关怀医疗费用相对应的住院医疗保险金以 45 日为限。

16. 艾滋病治疗费用

艾滋病治疗费用是指治疗被医生诊断为**感染艾滋病病毒或者患艾滋病**（见 7.22）而发生的住院医疗费用。

与艾滋病治疗费用相对应的住院医疗保险金设定的保险金额最高不超过 10,000 元。

17. 物质依赖（见 7.23）戒断治疗费用

物质依赖戒断治疗费用是指针对被保险人对任何药品或者酒精产生药物依赖或者酒精依赖在医疗机构进行戒断治疗而发生的治疗费用。

被保险人非法吸食法律禁止或者限制的药品或/和**毒品**（见 7.24）的，本公司不承担给付与物质依赖戒断治疗费用相对应的住院医疗保险金的责任。同时，对因非法吸食前述成瘾性物质或者法律禁止或者限制的药品或/和**毒品**直接或者间接导致的疾病或者伤害的治疗而发生的费用，本公司不承担给付住院医疗保险金的责任。

与物质依赖戒断治疗费用相对应的住院医疗保险金设定的保险金额最高不超过 10,000 元。

如果被保险人接受上述保险责任范围内的住院治疗，且在本合同保险期间结束之日治疗仍未结束的，则对于该被保险人本次住院延续至本合同保险期间结束之日起 30 日内发生的上述合理住院医疗费用，本公司仍承担给付住院医疗保险金的责任。

(二) 门急诊医疗保险金

如果被保险人因意外伤害，或者被保险人在等待期后因疾病接受门急诊治疗时，本公司对该被保险人因实际发生下列 1-8 项符合通常惯例的，且医疗必需的门急诊医疗费用而需给付门急诊医疗保险金时，要先扣除该被保险人名下的门急诊医疗保险金的免赔额，然后按照该被保险人名下的门急诊医疗保险金的给付比例向受益人给付门急诊医疗保险金。累计给付的每一被保险人名下的与下列 1-8 项各项相对应的门急诊医疗保险金不能超过保险单上载明的该被保险人名下的与下列 1-8 项各项相对应的门急诊医疗保险金金额和次数限额，累计给付的每一被保险人名下的门急诊医疗保险金不能超过保险单上载明的该被保险人名下的门急诊医疗保险金金额。每一被保险人名下的门急诊医疗保险金金额、免赔额和给付比例以及与下列 1-8 项各项相对应的门急诊医疗保险金金额在保险单上载明。对因生育、牙科疾病、保险区域外紧急医疗、视力矫正、体检以及免疫导致门急诊而发生的门急诊医疗费用，本公司不承担给付门急诊医疗保险金的责任。

1. 挂号费

2. 医生费（诊疗费）以及治疗费

医生费（诊疗费）是指由医生所实施的病情咨询和检查、各种器械或者仪器检查、诊断、治疗方案拟订等各项医疗服务所收取的费用。

治疗费是指由医生或者护士对患者进行的除手术外的各种治疗项目而发生的
治疗费，包括因清创、换药、拆线、脓肿切开引流、瘘管烧灼、血管穿刺、
输血、输液、注射、肌肉封闭、吸氧、放疗、化疗、冷冻、激光、肾透析、
急救治疗等而发生的治疗费，具体以所就诊医院的费用项目划分为准。

3. 药品费以及材料费

被保险人的药品费如果发生在中国境外，则与该药品费相对应的该被保险
人的门急诊医疗保险金的给付比例在保险单上载明的该被保险人名下的门
急诊医疗保险金的给付比例基础上降低 20%，即：与被保险人在中国境外
发生的药品费相对应的门急诊医疗保险金的给付比例=保险单上载明的该
被保险人名下的门急诊医疗保险金的给付比例-20%。

4. 检查化验费

5. 门诊手术费用

门诊手术费用包括门诊手术费、麻醉费、手术监测费、手术辅助费、未独
立记账的术中用药费、手术设备费等。

6. 中医及理疗费用

7. 紧急牙科治疗费

紧急牙科治疗是指因遭意外伤害而受损的、未经过任何治疗的自身牙齿的
紧急治疗。与紧急牙科治疗费相对应的门急诊医疗保险金的责任范围仅包
括因必要的清创处理、必要的紧急牙体处理、口腔含漱液、必要的口服或
者静脉滴注抗生素而发生的治疗费。对这些疾病复诊时的医疗费用，本公
司不承担给付与紧急牙科治疗费相对应的门急诊医疗保险金的责任。

紧急牙科治疗不包括：

- (1) 咀嚼引起的牙齿意外；
- (2) 刷牙或者其他口部清洁过程引起的伤害；
- (3) 口腔或者牙齿正常的磨损和老化；
- (4) 美容牙科治疗中发生的意外并发症；
- (5) 一般牙科治疗中发生的意外并发症；
- (6) 因被保险人牙齿状况显著差于正常同龄人，导致在对正常同龄人应
该不会造成意外状况的正常生活或者一般牙科治疗中被保险人发生
牙齿意外状况。

8. 心理健康及精神疾病治疗费

心理健康治疗费是指由具有相应专业资格的医生或者心理学家对被保险人
实施的、对心理障碍的治疗而发生的治疗费。

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、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。

精神疾病治疗费是指在被保险人根据国际疾病标准编码 ICD10 中所列明的
编码为 F00 至 F99 疾病或者《中国精神病分类方案和诊断标准》明确诊断
为精神疾病后，在医疗卫生监管部门认可的精神病专科医院或者设有
精神病科室的医疗机构进行精神疾病治疗而发生的治疗费。

与心理健康及精神疾病治疗费相对应的门急诊医疗保险金设定的保险金额
最高不超过 5,000 元。

(三) 紧急救援保险金

本公司对被保险人在中国境外旅行期间，因实际发生下列 1-2 项符合通常惯例的，且医疗必需的费用而需给付紧急救援保险金时，要先扣除该被保险人名下的紧急救援保险金的免赔额，然后按照该被保险人名下的紧急救援保险金的给付比例向受益人给付紧急救援保险金。累计给付的每一被保险人名下的紧急救援保险金不能超过保险单上载明的该被保险人名下的紧急救援保险金金额。每一被保险人名下的紧急救援保险金金额、免赔额和给付比例在保险单上载明。

1. 紧急医疗运送费

在下列六项条件同时满足时，本公司方承担给付与紧急医疗运送费相对应的紧急救援保险金的责任：

- (1) 被保险人在中国境外旅行期间，遭受意外伤害或者突发急性病；
- (2) 该疾病或者伤害得不到及时治疗将导致该被保险人身故或者严重终身伤害；
- (3) 该被保险人在保险事故发生地不能获得适当治疗；
- (4) 该被保险人或者其代表人应联系本公司或者本公司授权的救援机构；
- (5) 由本公司或者本公司授权的救援机构审核许可、决定运送的目的地和医疗机构；
- (6) 由本公司或者本公司授权的救援机构负责安排最合适的交通工具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。

对因到达本公司或者本公司授权的救援机构决定的目的地和医疗机构之外其他目的地和医疗机构而发生的运送费用，本公司不承担给付与紧急医疗运送费相对应的紧急救援保险金的责任。

同时，本公司承担紧急医疗运送过程中陪同被保险人的一位陪同人员（必须由该被保险人在运送前指定，在该被保险人因紧急状况不能在运送前指定时须经该被保险人追认同意）的交通费用和短期住宿费用。本公司承担陪同人员陪同被保险人就诊所发生的短期住宿费用的前提是该被保险人满足下列条件之一：

- (1) 运送前本公司审核认为被保险人将发生不少于 5 日的住院；
- (2) 运送前本公司审核认为被保险人处于生命危急的状态中；
- (3) 最终导致被保险人身故的住院。

因被保险人上述三个条件任一项均不符合的，本公司不承担陪同人员陪同被保险人就诊所发生的短期住宿费用。

陪同人员的交通费用给付标准按照中华人民共和国民航经济舱标准执行，每个保险年度对每一被保险人的陪同人员短期住宿费用保险金的给付责任最多不超过 10 日。每个保险年度对每一被保险人的陪同人员的交通费用和短期住宿费用保险金的给付金额不超过 15,000 元，且不超过保险单上载明的该被保险人名下的紧急救援保险金金额。

2. 遗体运返或者安葬费用

如被保险人身故，本公司将负责安排运送被保险人遗体至其**国籍国家**（见 7.25），如为无国籍人员则运送至其常住国，或者在其身故地安葬。

被保险人的国籍和常住国由被保险人在投保时在投保单上载明。

运返和安葬必须事先得到本公司的批准。未得到本公司批准的，本公司不

承担给付与遗体运返或者安葬费用相对应的紧急救援保险金的责任。

上述责任不包括宗教仪式或者鲜花等费用。

本公司对以下情况或者费用不承担给付紧急救援保险金的责任：

1. 被保险人前往出发地所在国政府、目的地所在国政府或者联合国明确告知不建议前往的国家或者地区；
2. 在山区、海上、沙漠、丛林或者类似的偏僻的地方进行搜寻及援救被保险人而发生的费用，包括为从船只或者海上撤离到岸边的空中或者海上搜寻费用；
3. 对因健康原因被医生建议不宜旅行的被保险人执意旅行引起的伤害或者疾病的救援费用。

如果投保人在投保时为被保险人选择了必选责任的“自付额（见 7.26）限额”，则被保险人自付额限额以上的自付部分由本公司承担。每一被保险人的住院医疗保险金、门诊医疗保险金和紧急救援医疗保险金共用同一自付额限额。

二、可选责任

（一） 生育保险金

生育保险金指基本生育保险金，但在达到增强生育保险金给付条件后，则包括基本生育保险金和增强生育保险金。

1. 基本生育保险金

本公司对被保险人在等待期后因实际发生下列符合通常惯例的，且医疗必需的生育医疗费用而需给付基本生育保险金时，要先扣除该被保险人名下的基本生育保险金的免赔额，然后按照该被保险人名下的基本生育保险金的给付比例向受益人给付基本生育保险金。累计给付的每一被保险人名下的基本生育保险金不能超过保险单上载明的该被保险人名下的基本生育保险金金额。每一被保险人名下的基本生育保险金金额、免赔额和给付比例在保险单上载明。

基本生育保险金的保险责任范围包括：

- （1） 孕前常规检查以及相关费用，包括每次妊娠期内两次超声波检查费；
- （2） 医疗必需的分娩费用；
- （3） 流产或者终止妊娠而发生的医疗费用；
- （4） 在分娩、流产或者终止妊娠过程中发生的并发症导致的治疗费用；
- （5） 产后一次复查费用；
- （6） 新生儿出生后 14 日内未出院期间所接受的治疗费用，包括护理费及免疫费。

2. 增强生育保险金

被保险人在分娩、流产或者终止妊娠过程中发生并发症，且本公司对该被保险人基本生育保险金的给付达到其名下的基本生育保险金金额后，按照该被保险人名下的增强生育保险金的给付比例向受益人给付增强生育保险金，累计给付的每一被保险人名下的增强生育保险金不能超过保险单上载明的该被保险人名下的增强生育保险金金额。

增强生育保险金给付的费用范围同基本生育保险金。

增强生育保险金的给付比例=基本生育保险金的给付比例-40%

增强生育保险金金额=基本生育保险金金额

本公司对以下费用不承担给付生育保险金的责任：

1. 非因医学原因的选择性终止妊娠及其并发症，包括人工流产、药物流产等而发生的医疗费用；
2. 因避孕、节育绝育（含绝育以及绝育恢复手术）、治疗不孕不育症、性功能相关治疗，或者由前述情形导致的并发症的治疗发生的医疗费用；
3. 优生优育咨询、筛查、检查和治疗费用；
4. 产前辅导课程，与生产无关的助产士等费用；
5. 与不育或者生育相关的任何活细胞冷冻贮藏、植入和再植的医疗费用；
6. 被保险人因在怀孕 28 周以上乘坐飞机旅行导致的治疗而发生的医疗费用。

在一个保险年度内，无论被保险人一次还是多次妊娠，本公司只对被保险人的一次妊娠承担生育保险金的给付责任，且如果该次妊娠跨越了保险年度，因该次妊娠应给付的生育保险金以该被保险人妊娠开始之时所在保险年度的保险单上载明的该被保险人名下的生育保险金金额为限。

如果投保人在投保时为该被保险人选择了生育保险金的“自付额限额”，则该被保险人自付额限额以上的自付部分由本公司承担。

（二） 牙科治疗保险金

本公司对被保险人接受牙科治疗时，因实际发生下列 1-2 项符合通常惯例的，且医疗必需的医疗费用而需给付牙科治疗保险金时，要先扣除该被保险人名下的与下列 1-2 项各项相对应的牙科治疗保险金的免赔额，然后按照该被保险人名下的与下列 1-2 项各项相对应的牙科治疗保险金的给付比例向受益人给付牙科治疗保险金。累计给付的每一被保险人名下的与下列 1-2 项各项相对应的牙科治疗保险金不能超过保险单上载明的该被保险人名下的与下列 1-2 项各项相对应的牙科治疗保险金金额和次数限额。

1. 预防性牙科治疗费，包括因常规牙科检查、牙齿健康指导、氟化物治疗、洁牙和抛光（预防）而发生的治疗费，每一保险年度，本公司对每一被保险人承担给付因洁牙而发生的牙科治疗保险金不超过 2 次。每一被保险人名下的与预防性牙科治疗费相对应的牙科治疗保险金金额、免赔额和给付比例在保险单上载明。
2. 其他牙科治疗费，包括：
 - （1） 基础牙科治疗费，包括因汞合金或者树脂复合填充物、简单拔牙而发生的治疗费。
 - （2） 在等待期后的重大牙科治疗费，包括因根管充填、牙体修复（冠、桥、嵌体等）、智齿拔除费（包括相关的化验和麻醉费用）、牙周病治疗（包括龈下刮治、复杂牙周病手术）、16 周岁（含）以下被保险人牙齿矫正治疗而发生的治疗费。

其中被保险人因牙周病治疗而发生的治疗费超过保险单上载明的该被保险人名下的与其他牙科治疗费相对应的牙科治疗保险金金额的 10% 的部分，本公司不承担给付牙科治疗保险金的责任。

被保险人为 16 周岁（含）以下儿童的，因牙齿矫正治疗而发生的治疗费超过保险单上载明的该被保险人名下的与其他牙科治疗费相对应的牙科治疗保险金金额的 50% 的部分，本公司不承担给付牙科治疗保险金的责任。

每一被保险人名下的与其他牙科治疗费相对应的牙科治疗保险金金额、免

赔额和给付比例在保险单上载明。

本公司对以下费用不承担给付牙科治疗保险金的责任：

1. 非因治疗必需的、以美容为目的的牙齿处理、义齿、高嵌体、种植牙、贴面而发生的相关费用；
2. 被保险人未按牙科医生的建议在投保前进行必要的牙科治疗而引起的在投保后发生的牙科治疗费用。

(三) 配镜保险金

本公司对被保险人接受视力矫正治疗时，因实际发生下列符合通常惯例的，且医疗必需的医疗费用而需给付配镜保险金时，要先扣除该被保险人名下的配镜保险金的免赔额，然后按照该被保险人名下的配镜保险金的给付比例向受益人给付配镜保险金。累计给付的每一被保险人名下的配镜保险金不能超过保险单上载明的该被保险人名下的配镜保险金金额和次数限额。每一被保险人名下的配镜保险金金额、免赔额和给付比例在保险单上载明。

验光费和眼镜费：被保险人经医生明确诊断为视力异常、并建议佩戴眼镜矫正视力的，每一保险年度本公司对该被保险人承担1次因视力矫正佩戴眼镜而发生的费用，包括验光费用和眼镜费用，眼镜可为框架眼镜或者隐形眼镜。

本公司对以下情况不承担给付配镜保险金的责任：

1. 不是以矫正视力为目的或者主要目的的配镜，如因美容需要而配置隐形眼镜、太阳眼镜、防风沙镜、防紫外镜、防红外镜等；
2. 视力治疗或者视力训练，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）外科校正术等。

(四) 保险区域外紧急医疗保险金

本公司对被保险人在其保险区域以外的国家或者地区因紧急医疗发生必选责任中第（一）款和第（二）款对应的医疗费用而需给付保险区域外紧急医疗保险金时，按照该被保险人名下的保险区域外紧急医疗保险金的给付比例向受益人给付保险区域外紧急医疗保险金。累计给付的每一被保险人名下的保险区域外紧急医疗保险金不能超过保险单上载明的该被保险人名下的保险区域外紧急医疗保险金金额。每一被保险人名下的保险区域外紧急医疗保险金金额和给付比例在保险单上载明。

被保险人在其保险区域以外的国家和地区接受紧急医疗前，须获得本公司或者本公司授权的救援机构的同意，本公司或者本公司授权的救援机构将引导该被保险人至最近且合适的网络医疗机构就医。

本公司对以下情况不承担给付保险区域外紧急医疗保险金的责任：

1. 对与被保险人到达保险区域以外国家和地区前已有疾病和症状相关的治疗；
2. 常规医疗；
3. 可以推迟至被保险人返回保险区域后接受的医疗；
4. 被保险人事先计划好或者应该预料到的治疗；
5. 因被保险人已知或者应该知道的情形而发生的治疗；
6. 妊娠、分娩及相关病症；
7. 被保险人前往出发地所在国政府、目的地所在国政府或者联合国明确告知不建议前往的国家或者地区；
8. 对因健康原因被医生建议不宜旅行的被保险人执意旅行引起的伤害或者疾

病的治疗。

（五） 体检保险金

每一保险年度，本公司对每一被保险人承担最多 1 次的因常规身体检查而发生的费用，常规身体检查包括对身高、体重、一般内科检查、一般外科检查、血压、耳鼻喉科常规检查、视力表检查、血常规、尿常规、胸透或者胸片、心电图、腹 B 超、肝肾功能、乙肝抗原抗体的检查。

本公司对被保险人因实际发生规定范围内、符合通常惯例的检查费用而需给付体检保险金时，要先扣除该被保险人名下的体检保险金的免赔额，然后按照该被保险人名下的体检保险金的给付比例向受益人给付体检保险金。累计给付的每一被保险人名下的体检保险金不能超过保险单上载明的该被保险人名下的体检保险金额和次数限额。每一被保险人名下的体检保险金额、免赔额和给付比例在保险单上载明。

本公司对以下情况不承担给付体检保险金的责任：

1. 除本合同所列示各项目外的其他常规身体检查项目和免疫项目；
2. 出于行政或者管理事务目的（比如与投保保险、招聘、入学或者运动相关的体格检查）的体检、婚前体检、旅游体检、出境体检、疾病普查等；
3. 各种医疗咨询、医疗鉴定和健康预测：如健康咨询、家庭咨询、性咨询、婚前咨询、**医疗事故**（见 7.27）鉴定、精神病鉴定、孕妇胎儿性别鉴定、各种验伤鉴定、亲子鉴定、遗传基因鉴定等。

经本公司和投保人约定可以增加其它检查、免疫项目，并需在保险单上载明。

2.7 补偿原则

本公司在向被保险人给付保险金时，如果该被保险人发生的属于本合同保险责任范围内的医疗费用已通过其它途径获得了补偿，且该被保险人从其它途径获得的补偿金额与本公司按本合同约定给付的保险金之和超过了该被保险人实际发生的医疗费用，本公司将按该被保险人实际发生的医疗费用扣除该被保险人从其它途径获得的补偿金额后的余额向受益人给付保险金，即受益人从包括本合同在内的各种途径获得的所有补偿金额之和不得超过该被保险人实际发生的医疗费用。

2.8 责任免除

因下列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（本合同有其它特别约定的不受此限）：

1. 如果被保险人每保单年度在中国境外的国家或者地区停留每次超过 30 日或者保单年度累计超过 90 日，其所有在中国境外的国家或者地区接受治疗发生的费用；
2. 未书面告知的**既往症**（见 7.28）、保险单中特别约定除外的疾病；
3. 仅有临床不适症状，入院诊断和出院诊断均不是明确疾病（以世界卫生组织颁布的《疾病和有关健康问题的国际统计分类（ICD-10）》为准）的住院；
4. 发生在中国境内但不符合国家《临床技术操作规范》的治疗；
5. 患**先天性畸形、变形和染色体异常**（见 7.29）（以世界卫生组织颁布的《疾病和有关健康问题的国际统计分类（ICD-10）》为准）等**遗传性疾病**（见 7.30）、职业病；
6. 艾滋病的门诊治疗费、性病的治疗费；成瘾性物质的门诊戒断治疗费；
7. 疗养、康复治疗、包皮环切、非医学必需的激素治疗、脱发治疗、美容、减肥、丰胸或者缩胸手术、睡眠有关的研究或者治疗、戒烟、矫形、非意

外事故所致的整容手术；

8. 被保险人故意犯罪、自杀（但被保险人自杀时为无民事行为能力人的除外）、自伤、拒捕、醉酒、主动吸食或者注射毒品、私自服药、服药超过医嘱用量；或者被保险人挑衅或者故意行为导致的打斗、被袭击或者被谋杀；或者投保人对被保险人的故意杀害、故意伤害。以及由前述任一原因引起的并发症产生的医疗费用；
9. 被保险人**酒后驾驶**（见 7.31）、**无合法有效驾驶证驾驶**（见 7.32）、**驾驶无有效行驶证**（见 7.33）的**机动车**（见 7.34）；
10. 从事**潜水**（见 7.35）、滑水、漂流、跳伞、**攀岩**（见 7.36）、蹦极、驾驶滑翔机、**探险**（见 7.37）、摔跤比赛、拳击比赛、参加或者受训于专业体育运动、**武术比赛**（见 7.38）、**特技表演**（见 7.39）、赛马、赛车等高风险活动或者体育运动；
11. 被保险人从事与其健康状况不适宜的活动或者运动所导致的意外或者所引发的疾病；
12. 战争、军事行动、暴乱、武装叛乱、核爆炸、核辐射、核污染、恐怖主义行为；
13. 对被保险人因检查、麻醉、手术治疗、药物治疗等而导致的医疗意外和/或者医疗事故产生的医疗费用。

因上述情形之一导致被保险人身故的，本公司对该被保险人的保险责任终止，本公司向投保人退还本合同项下该被保险人名下的**未到期净保险费**（见 7.40）。

3. 保险金的申请

- 3.1 **受益人** 除另有指定外，本合同的各项保险金受益人均均为被保险人本人。不得指定被保险人及其近亲属以外的人为本合同保险金受益人。
- 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** 在申请保险金时，受益人或者其委托申请人须填写保险金给付申请书，并须提供下列证明和资料原件：
 - (1) 保险单或者保险凭证；
 - (2) 受益人的**有效身份证件**（见 7.41），境外责任索赔时，应提交被保险人护照；
 - (3) 如果被保险人住院，则须提供医院出具的被保险人的入出院记录；
 - (4) 医院出具的被保险人的诊断证明、医疗费用以及处方和检查化验明细清单及病历；首次申请理赔时，应提供医院出具的被保险人在本合同保险期间内历次的诊断证明、医疗费用明细清单及病历；
 - (5) 医院出具的被保险人的医疗费用收据或者发票，本公司留存其原件；首次申请理赔时，应提供医院出具的被保险人在本合同保险期间内历次的医疗费用收据或者发票；
 - (6) 如果被保险人从其它途径获得了补偿，则须提供从其它途径报销的凭证，

本公司留存其原件；

(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，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的有效身份证件及委托人亲笔签名的授权委托书。

被保险人在本公司的部分网络医疗机构内接受治疗，其进行事先通知并在本合同保险责任范围内的医疗费用中可由本公司与医疗机构直接结算本公司应付部分的医疗费用，受益人不应向本公司申请该部分保险金。

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未成年人或者无民事行为能力人时，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未成年人或者无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 保险金给付

本公司在收到领取保险金申请书及本合同约定的证明和资料后，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，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的义务的，对属于保险责任的，除支付保险金外，应当赔偿受益人因此受到的利息损失。利息按照本公司确定的利率按单利计算，且本公司确定的利率不低于中国人民银行公布的金融机构人民币活期存款基准利率。

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

本公司在收到领取保险金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。

本公司有权对理赔进行核查，投保人和被保险人有义务提供本公司所要求的相关材料。如果受益人向本公司提起虚假的保险金申请，本公司有权追回已支付的相应保险金，并对其它虚假理赔的申请且尚未支付的款项拒绝支付，并有权解除或者部分解除本合同。

保险金支付币种为人民币，如果实际发生的费用非人民币，本公司将按发生日期首日的中国人民银行人民币汇率中间价进行兑换为人民币支付。

3.5 诉讼时效

受益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

本合同的保险费在保险单上以人民币为币种载明。

投保人在投保时应一次性交纳本合同的保险费。

5. 合同解除

5.1 投保人解除合同的 手续及风

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：

险

- (1) 本合同原件以及保险费缴纳凭证；
- (2) 投保人出具的加盖投保人法人公章（如果投保人不是法人则为投保人单位公章）的投保人授权书；
- (3) 经办人的有效身份证件。

自本公司收到解除合同申请书时起，本合同终止。本公司自接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未到期净保险费。

投保人解除合同会遭受一定损失。

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，本公司应当明确说明本合同的内容，对保险条款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规定的如实告知义务，足以影响本公司决定是否同意承保或者提高保险费率的，本公司有权解除或者部分解除本合同，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，对于本合同解除或者部分解除前发生的保险事故，本公司对本合同解除或者部分解除所涉及的全部或者部分被保险人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，对于本合同解除或者部分解除前发生的保险事故，本公司对本合同解除或者部分解除所涉及的本合同全部或者部分被保险人不承担给付保险金的责任，但应当向投保人退还相应的保险费。

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，但向投保人退还本合同项下该被保险人名下的未到期净保险费，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。对前述被保险人的保险责任终止权自本公司知道有终止事由之日起超过 30 日不行使而消灭。
- (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 投保人常驻地
和被保险人变动** 投保人常驻地变更为中国境外的国家或者地区，本公司有权解除本合同。
投保人需要增加被保险人的，应以书面形式通知本公司。本公司审核同意并对新增加的被保险人收取保险费后，对新增加的被保险人依本合同约定承担保险责任。本公司对该新增加的被保险人承担的保险责任的起始时间在保险单上载明。
投保人需要减少被保险人的，应以书面形式通知本公司。本公司对该被保险人的保险责任自投保人书面通知到达本公司之日的 24 时起终止；投保人在通知书中载明的变更被保险人日期如果晚于通知书送达本公司的日期，则本公司对该被保险人的保险责任自通知书中载明的变更被保险人日期的零时起终止。如果减少的被保险人未发生保险事故，本公司向投保人退还本合同项下该被保险人名下的未到期净保险费；如果减少的被保险人发生过保险事故，本公司无资金退还。
- 6.4 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。
- 6.5 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住所或者通讯地址发送的有关通知，均视为已送达给投保人。
- 6.6 被保险人其它
变更** 在本合同有效期内，被保险人发生工作状态变更、工作地点变更、婚姻关系变更、抚养关系变更等影响主被保险人或者其连带被保险人承保资格和条件的，应及时以书面形式通知本公司。本公司有权改变承保条件或者保险费。
- 6.7 争议处理** 合同争议解决方式由当事人从下列两种方式中选择一种：
(1) 因履行本合同发生的争议，由当事人协商解决，协商不成的，提交____仲裁委员会仲裁；
(2) 因履行本合同发生的争议，由当事人协商解决，协商不成的，依法向保险单签发地有管辖权的人民法院起诉。
本合同引起的或者与本合同有关的任何争议的处理，均适用中华人民共和国法律。

7. 释义

- 7.1 中国境内** 指除香港特别行政区、澳门特别行政区以及台湾地区之外的中华人民共和国领土。
- 7.2 紧急医疗** 指针对突然发生的、为避免严重身体伤害或者死亡须立即接受治疗的状况，被保险人立即开始接受的相应医疗。
- 7.3 合理住院** 指被保险人入住医院之正式病房进行治疗，并正式办理入出院手续，不包括入住门诊观察室、家庭病床、挂床住院及被保险人未达到入院标准而办理入院手续或者已达到出院标准而不办理出院手续的情形。其中挂床住院指被保险人非治疗需要，一次离开医院 12 小时以上，视为自动离开医院，本公司仅对离开日及以前属于保险责任范围内的住院治疗承担保险金给付责任。
- 7.4 同一次住院** 与前次住院原因相同，且前次出院与下次入院间隔未超过 30 日的再次住院视为同一次住院。
- 7.5 意外伤害** 指外来的、突然的、非本意的、非疾病的使被保险人身体受到伤害的客观事件，并以此客观事件为直接且单独原因导致被保险人身体蒙受伤害或身故，猝死、自杀以

及自伤均不属于意外伤害。

- 7.6 耐用医疗器械** 指医疗必要的非一次性医疗器械，包括胰岛素泵、义眼和义肢。不包括：轮椅、拐杖、各种康复治疗器械或者矫形器械。
- 7.7 医院** 是指符合下列条件的医疗机构：
(1) 拥有所在国家的合法经营执照；
(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) 有在所在国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。
不包括护理机构、矿泉疗养院、水疗所、疗养所、康复机构、戒酒机构、酒精或者药物滥用看护机构、戒毒机构、疗养院或者养老院等其他类似目的的机构。
不包括治疗的被保险人或者其家庭拥有全部或者部分所有权的医疗机构。
- 7.8 给付比例** 指被保险人支付免赔额后应由本公司承担的费用份额。
给付比例由投保人在投保时与本公司约定，并在保险单上载明。
- 7.9 符合通常惯例** 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的费用。
对是否符合通常惯例由本公司理赔人员根据客观、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。
- 7.10 医学必需** 指医疗费用符合下列所有条件：
(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。
对是否医疗必需由本公司理赔人员根据客观、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。
- 7.11 免赔额** 指被保险人在获得保险责任给付前由被保险人负担的费用额度。
年免赔额和次免赔额分别指每年或者每次就诊由被保险人负担的这种费用额度。
- 7.12 中国境外** 指中华人民共和国领土之外的地区以及香港特别行政区、澳门特别行政区和台湾地区。
- 7.13 医生** 指在所在国合法注册的具有医师执业资格和诊断处方权且正在执业的医师。
- 7.14 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 2006 年 9 月 1 日，2006 年 9 月 1 日至 2007 年 8 月 31 日期间为 0 周岁，2007 年 9 月 1 日至 2008 年 8 月 31 日期间为 1 周岁，依此类推。
- 7.15 护士** 指在所在国合法注册的具有护士执业资格且正在执业的护理人员。
- 7.16 药品费** 指在住院以及门急诊就医期间根据医生开具的处方所发生的西药、中成药和中草药的费用。
在中国境内就医时，药品费不包括**投保所在地**（见 7.42）政府当时适用的《城镇

职工基本医疗保险药品目录》及相关规定中不予给付的下列药品：营养补充类药品，免疫功能调节类药品，美容及减肥类药品，预防类药品以及中草药类药品。

- 7.17 **材料费** 指住院期间医生或者护士在为被保险人进行的各种治疗中所使用的一次性敷料费用。
- 7.18 **手术植入材料** 手术植入材料是指：在手术过程中由医生植入患者体内、术后无法自由取摘、只能由医生进行开创手术才能取出的材料。手术植入材料包括起搏器、钛钉、钛板、钛网、各种支架、人工关节、人工心脏瓣膜等植入式人工器官等手术中留置体内的生物相容性材料。
- 7.19 **检查化验** 是指由医生开具的由医院专项检查科室的专业检查、检验人员实施的各检查化验项目，包括实验室检查、病理检查、放射线检查、CT、MRI、B超、血管造影、同位素、心电图、心功能、肺功能、骨密度、基因学检查。
- 7.20 **中医及理疗** 是指由医生明确建议，由具有相应专业资格认证的治疗专家或者脊椎指压治疗师实施的物理治疗、职业治疗、语言治疗、针灸、正骨、推拿、脊柱指压等治疗。
- 7.21 **康复治疗** 指在康复医院、康复中心、普通医院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、康复营养、康复护理等。
- 7.22 **感染艾滋病病毒或者患艾滋病** 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。
在人体血液或者其他样本中检测到艾滋病病毒或者其抗体呈阳性，没有出现临床症状或者体征的，为感染艾滋病病毒；如果同时出现了明显临床症状或者体征的，为患艾滋病。
- 7.23 **物质依赖** 指下列情形之一：
(1) 无法自我控制地服用酒精的行为或者状态；
(2) 无法自我控制地在无医嘱情况下服用药物的行为或者状态；
(3) 无法自我控制地超过医嘱剂量服用药物的行为或者状态。
并且，此行为或者状态已经对其身体、精神、社会关系造成影响，需要寻求医学或者心理治疗。
- 7.24 **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。
- 7.25 **国籍国家** 指被保险人持有相应护照的国家或者地区。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者地区为准。
- 7.26 **自付额** 自付额是指对本保险合同保险责任范围内的且符合通常惯例的和医疗必需的医疗费用项目，在免赔额以下以及扣除免赔额按给付比例给付后剩余的个人自担部分。自付额限额在投保时由投保人为被保险人选择并载明于保险合同中。
- 7.27 **医疗事故** 指医疗机构及其医务人员在医疗活动中，违反医疗卫生管理法律、行政法规、部门规章和诊疗护理规范、常规，过失造成患者人身损害的事故。
- 7.28 **既往症** 指在本合同生效日之前被保险人已患的疾病或者已有的症状。

- 7.29 **先天性畸形、
变形和染色体
异常** 指被保险人出生时就具有的畸形、变形或者染色体异常。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。
- 7.30 **遗传性疾病** 指生殖细胞或者受精卵的遗传物质（染色体和基因）发生突变或者畸变所引起的疾病，通常具有由亲代传至后代的垂直传递的特征。
- 7.31 **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《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。
- 7.32 **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；
(2) 驾驶与驾驶证准驾车型不相符合的车辆；
(3) 持审验不合格的驾驶证驾驶；
(4) 在驾驶证有效期内未按照法律、行政法规的规定，定期对机动车驾驶证实施审验的；
(5) 驾驶证已过有效期的；
(6) 持学习驾驶证学习驾车时，无教练员随车指导，或者不按指定时间、路线学习驾车的。
- 7.33 **无有效行驶证** 指发生保险事故时没有按照公安机关交通管理部门机动车登记制度的规定进行登记并领取机动车行驶证或者临时通行牌证等法定证件。包括下列情形之一：
(1) 行驶证在申办过程中的；
(2) 机动车行驶证被依法注销登记的；
(3) 未在行驶证检验有效期内依法按时进行或者未通过机动车安全技术检验的。
- 7.34 **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。
- 7.35 **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。
- 7.36 **攀岩** 指攀登悬崖、楼宇外墙、人造悬崖、冰崖、冰山等运动。
- 7.37 **探险** 指明知在某种特定的自然条件下有失去生命或者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、徒步穿越沙漠或者人迹罕至的原始森林等活动。
- 7.38 **武术比赛** 指两人或者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。
- 7.39 **特技表演** 指进行马术、杂技、驯兽等表演。
- 7.40 **未到期净保险
费** 本合同项下某一被保险人名下的未到期净保险费的计算公式为：该被保险人名下的保险费 \times （1-25%） \times （1-n/m），其中 m 指对该被保险人的保险期间所包含的月数（不足月部分按一个月计），n 指从对该被保险人的保险期间生效之日至终止之日实际经过的月数（不足月部分按一个月计）。
- 7.41 **有效身份证件** 指由政府主管部门规定的证明其身份的证件，如：居民身份证、按规定可使用的有效护照、军官证、警官证、士兵证、户口簿等证件。

7.42 **投保所在地** 指投保时在投保单上“备注”栏明确载明的投保的所在地；若未明确载明，则以本公司的所在地作为投保所在地。