



## 招商信诺醇悦人生高端医疗保险条款阅读指引

本阅读指引帮助您方理解条款，若与条款冲突，以条款为准。

### ✓ 您方所拥有重要权益

在首次投保时，自您方签收本保险合同之日起 15 天内为犹豫期，如果您方在犹豫期内要求解除本保险合同且在此期间内未发生理赔或直付服务、也未进行过付款担保或预先批准，我方将无息退还您方已支付的全部保险费，对于保险合同解除前发生的保险事故我方不承担保险责任。签收本保险合同之日起 15 天后，您方仍然有解除本保险合同的权利，但会存在一定的退保损失。

### ✓ 您方应特别注意的事项

1. 请您方留意保险责任条款中的各保障项目的内容，并根据您方的需求购买。
2. 请您方留意关于保险金的给付条件和范围，以及免赔额、自负比例、支付次数限制和赔付限额等。
3. 请您方留意责任免除条款，以及其他已加下划线的免除或限制我方责任的条款。
4. 请您方留意保险合同中关于保险期间、预先批准及应追讨款项的条款。
5. 请您方留意续保的条件，如果您方不愿意续保，请在保险期间届满日前通知我方。
6. 请您方留意保险条款中术语的释义条款。

---

## 条款目录

### 第一章 一般条款及规定

1. 保险合同构成
2. 保险合同成立与生效
3. 保险期间
4. 保险合同终止
5. 投保人解除保险合同的手续及风险
6. 续保
7. 被保险人
8. 增减被保险人
9. 保障范围
10. 等待期
11. 保障选项
12. 保险费的支付
13. 免赔额
14. 特定医院自负比例和美国地区非网络医院自负比例
15. 赔付限额
16. 基本医疗保险或公费医疗身份
17. 明确说明和如实告知
18. 未如实告知的处理
19. 常住地所在国
20. 联系方式变更

21. 保险合同变更

22. 语言

23. 管辖权及争议处理

### 第二章 保险责任

24. 住院医疗保障

25. 指定门诊及手术医疗保障

26. 紧急医疗保障

27. 补偿原则

### 第三章 责任免除

28. 通用责任免除

### 第四章 预先批准

29. 预先批准清单

30. 预先批准审核

### 第五章 保险金申请

31. 理赔申请资料

32. 保险金的给付

33. 其它核定结果

34. 应追讨款项

35. 严格遵从理赔流程

### 第六章 释义

36. 术语定义

---

## 招商信诺醇悦人生高端医疗保险条款

### 第一章 一般条款及规定

|                           |   |
|---------------------------|---|
| <b>1. 保险合同构成</b>          | <p>1.1 本保险合同包括与本保险合同有关的投保申请、保险单（或其他保险凭证）及所附保险条款、保障利益表、合法有效的批注、批单及其他书面或电子文件。</p> <p>1.2 在本保险合同中，“您方”指投保人，“我方”指招商信诺人寿保险有限公司。</p>  |
| <b>2. 保险合同成立与生效</b>       | <p>2.1 您方提出投保申请，经我方同意承保，本保险合同成立。</p> <p>2.2 本保险合同的生效时间在保险单中载明。</p> <p>2.3 您方务必及时向我方告知本保险合同生效时间之前被保险人所发生的任何医疗情况变化，我方将针对医疗情况的变化重新审核您的申请，并可能增加特别责任免除、或重新评估是否承保。</p>  |
| <b>3. 保险期间</b>            | 本保险合同的保险期间为一年，自本保险合同的生效时间起计算。   |
| <b>4. 保险合同终止</b>          | <p>发生下列任一情况，本保险合同效力终止：</p> <p>4.1 本保险合同保险期间届满且没有续保；</p> <p>4.2 您方或我方按本保险合同约定或相关法律法规的规定解除本保险合同；</p> <p>4.3 按本保险合同约定或相关法律法规的规定终止本保险合同。</p>  |
| <b>5. 投保人解除保险合同的手续及风险</b> | <p>5.1 您方要求解除本保险合同，应提供保险合同、会员卡及有效身份证件。</p> <p>5.2 在首次投保时，自您方签收本保险合同之日起 15 天内为犹豫期，如果您方在犹豫期内要求解除本保险合同且在此期间内未发生理赔或直付服务、也未进行过<u>付款担保</u>或预先批准，我方将无息退还您方已支付的全部保险费，<u>对于保险合同解除前发生的保险事故我方不承担保险责任。</u></p> <p>续保没有犹豫期。</p> <p>5.3 您方在犹豫期后要求解除本保险合同，本保险合同自我方收到解除合同的书面通知之日起效力终止。如果被保险人在本保险合同终止前没有进行理赔或直付服务、<u>付款担保</u>或预先批准，我方将向您方退还未满期净保费；<u>如果被保险人在本保险合同终止前进行过理赔或直付服务、付款担保或预先批准，将没有任何保险费返还。</u></p> <p><u>您方在犹豫期后解除保险合同会遭受一定损失。</u></p> |
| <b>6. 续保</b>              | <p>6.1 如果在保险期间届满日前您方有未清偿的应追讨款项（见条款 34），将导致续保不能及时进行或无法续保。</p> <p>6.2 <u>本保险合同非保证续保。如果我认为本保险合同可以续保，我方将在保险期间届满日前至少一个月向您方发出续保通知书，并同时告知您方续保应交纳的保险费及续保的承保条件。</u></p>  |

---

- 
- 6.3 如果您方在收到续保通知书后希望变更保障内容或去除特别责任免除的，您方应该在保险期间届满日前至少 14 天通知我方，并根据我方的要求如实告知被保险人的健康状况，以便我方重新评估本保险合同续保的承保条件和保险费。
- 6.4 经我方审核同意且您方在保险期间届满日前明确向我方确认同意续保的，您方应自保险期间届满日起 30 天之内付清续保保险费，本保险合同将自保险期间届满时起续保一年。我方将按照新的保险合同，包括保险单、保险条款、保障利益表等承担保险责任。
- 6.5 下列情况下，本保险合同将不续保：
- 6.5.1 我方认为本保险合同不可以续保；
- 6.5.2 您方不同意续保；
- 6.5.3 您方自保险期间届满日起 30 天之内未付清续保保险费。
- 6.6 如果本产品已停售，我方有权不续保。

## **7. 被保险人**

- 7.1 出生满 30 天至 60 周岁符合我方规定投保条件的人士可作为被保险人参加本保险。如属续保，则被保险人的年龄最高可至 99 周岁。所有的投保申请须经医疗核保，我方将向您方告知我方对投保申请上列明的被保险人的承保条件，包括特别限制性承保条件，如特别责任免除。经我方审核同意后，该被保险人姓名将载于保险单上。
- 7.2 年龄的计算与误告的处理
- 7.2.1 本保险合同中的年龄为以法定身份证件载明的出生日期计算的周岁年龄，自出生之日起为零周岁。
- 7.2.2 如您方申报的被保险人年龄不真实，并且其真实年龄不符合本保险合同约定投保年龄限制的，我方有权解除本保险合同，对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。解除合同时，我方将向您方退还未满期净保费。上述规定的保险合同解除权，自我方知道有解除事由之日起超过 30 天不行使而消灭。
- 7.2.3 如您方申报的被保险人年龄不真实，致使实付保险费少于应付保险费的，我方有权更正并要求您方补交保险费。若补交保险费前已发生保险事故，我方在给付保险金时按照实付保险费与应付保险费的比例折算给付保险金；折算给付的保险金=应给付的保险金×(实付保险费÷应付保险费)。
- 7.2.4 如您方申报的被保险人年龄不真实，致使实付保险费多于应付保险费的，我方会将多收的保险费无息退还给您方。

## **8. 增减被保险人**

- 8.1 除非发生**重大人生事件**，本保险合同仅可在续保时增加或减少被保险人。
- 8.2 如果已发生**重大人生事件**，本保险合同可在保险期间内增加或减少因受**重大人生事件**影响的被保险人。减少被保险人的，若该被保险人没有进行过理赔或直付服务、**付款担保**或预先批准，我方将向您方退还该被保险人的**未满期净保费**；反之，该被保险人的保险费将没有任何返还。
-

- 
- 8.3 如果您方需要增加被保险人，应向我方提出书面申请。经我方审核同意后，我方将向您方签发合同批注，该新增被保险人的保障生效时间将在合同批注中载明。
- 8.4 所有经不育治疗后出生的儿童（如试管婴儿）、代孕者所生儿童或收养儿童须在出生满 90 天后才可申请加入本保险合同，并需要经过医疗核保。
- 8.5 家庭费率折扣以保险合同生效或者续保时的本保险合同下被保险人的人数计算。在保险期间内增加或减少被保险人不改变家庭费率调整因子。
- 9. 保障范围**
- 9.1 我方根据本保险合同的约定承担经执业医师或专科医生建议并由我方医疗团队所确认，属于医疗必要并且符合通常医疗惯例的医疗费用的给付责任。
- 9.2 我方承担的保险责任应受到下列限制：
- 9.2.1 保障利益表中所列的各项免赔额、自负比例、支付次数限制和赔付限额；以及
- 9.2.2 保险条款中术语定义及责任免除。
- 9.3 我方将不支付发生在保险责任生效前与终止后的任何治疗费用，即使该治疗在保险责任终止前已经获得了我方的批准。
- 10. 等待期**
- 10.1 您方首次投保本合同或中断保障后又再次投保的，自本合同的保险责任生效之日起 30 天内（含第 30 天）为等待期。
- 对被保险人在等待期内确诊的疾病，我方不承担给付保险金的责任，无论实际治疗日期是否在等待期内。
- 11. 保障选项**
- 11.1 您方有两个保障计划可以选择：全球计划和全球除美国计划。
- 11.2 在每个保障计划下均含有以下保障项目：住院医疗保障、指定门急诊及手术医疗保障、紧急医疗保障。具体的保险责任详见适用的条款及本保险合同附件“保障利益表”。
- 11.3 您方可以选择的保障区域包括：
- 11.3.1 全球含美国；
- 11.3.2 全球不含美国；
- 我方将不予支付被保险人在您方所选择的保障区域外进行任何治疗所发生的医疗费用。
- 11.4 本保险合同的保障内容包括您方选择的保障项目、保障区域、免赔额、自负比例、支付次数限制、赔付限额和被保险人是否以拥有基本医疗保险或公费医疗身份参加本保险等内容。您方在保险期间内不能变更已选定的保障内容。如果您方希望变更保障内容，可以在每年续保时向我方提出书面变更申请，我方可能对变更后的保障内容适用特别承保条件或特别责任免除。
- 11.5 如果本保险合同的被保险人人数超过一人，同一保单下所有被保险人所选择的保障内容应该保持一致。我方将根据本保险合同生效或续保时该保单项下所有的被保险人人数确定家庭费率调整因子的适用。
- 12. 保险费的支付**
- 12.1 本保险合同保险费由您方在投保时一次性付清。
-

---

### **13. 免赔额**

- 13.1 您方有选择免赔额的权利，选择有免赔额的保险费将低于选择无免赔额的保险费。若您方计划选择免赔额，请在投保申请中注明。
- 13.2 本合同所指免赔额均指年免赔额，指被保险人在 1 年保险期间内自行承担，本合同不予赔偿的部分。如果您方选择了免赔额，我方将对保险期间内每一次理赔均扣除免赔额，直到累积免赔达到了该保险期间内的年免赔额。
- 13.3 免赔额将按每一被保险人、每个保险期间单独计算。
- 13.4 您方可于续保时要求变更免赔额。我方有可能要求您方填写健康问卷，并可能附加特别承保条件或特别责任免除。
- 13.5 医疗费用中已从**基本医疗保险**、大病保险或**公费医疗**、所有费用补偿型商业医疗保险获得的费用补偿，以及被保险人个人自付部分，在符合本合同赔付条件的情况下，可以用于抵扣免赔额。

### **14. 特定医院自负比例和美国地区非网络医院自负比例**

- 14.1 如果您方选择一定的**特定医院**自负比例，您方所支付的保险费将会更低。若您方计划选择**特定医院**自负比例，您方需要在您的投保申请上注明。
- 14.2 如果您方选择了**特定医院**自负比例，对在**特定医院**发生的保障范围内的医疗费用，根据相应的**特定医院**自负比例计算的金额将由您方自行承担。
- 14.3 **美国地区非网络医院**自负比例是指，如果您方选择的保障区域为**全球含美国**的，在保险责任范围内、由被保险人自行承担在**美国地区非网络医院**发生费用的比例。
- 14.4 如果您方同时选择了免赔额和**特定医院**自负比例/**美国地区非网络医院**自负比例，将先计算免赔额，扣除免赔额后的剩余部分再进行**特定医院**自负比例/**美国地区非网络医院**自负比例计算。
- 14.5 您方可以在每年续保时申请变更**特定医院**自负比例。如果您方希望取消或降低您方的**特定医院**自负比例，我方有可能要求您方填写健康问卷等，并可能附加特别承保条件或特别责任免除。

### **15. 赔付限额**

每一保障项目分别设定每年赔付限额，保障项目中的一些分项费用还设有每年分项赔付限额。

### **16. 基本医疗保险或公费医疗身份**

如果被保险人以拥有**基本医疗保险**或**公费医疗**身份参加本保险合同，针对索赔的医疗费用；

- 16.1 如果被保险人某次就诊的医疗费用已从**基本医疗保险**或**公费医疗**获得补偿，我方在扣除**基本医疗保险**或**公费医疗**已补偿的部分后，对其余额按本保险合同的约定予以赔付；
- 16.2 如果被保险人某次就诊的医疗费用可以从**基本医疗保险**或**公费医疗**获得补偿，但实际未从**基本医疗保险**或**公费医疗**中获得补偿，我方按本保险合同的约定确定费用金额后，按 60%予以赔付；
- 16.3 如果被保险人某次就诊的医疗费用不可以从**基本医疗保险**或**公费医疗**获得补偿，我方按本保险合同的约定予以赔付。

### **17. 明确说明和如实告知**

订立本保险合同时，我方应向投保人明确说明本保险合同的条款内容。对保险条款中免除责任的条款，我方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。我方可以就投保人、被保险人有关情况提出询问，投保人应当如实告知。

#### **18. 未如实告知的处理**

- 18.1 投保人故意或者因重大过失未履行前款如实告知义务，足以影响我方决定是否同意承保或者提高保险费率的，我方有权解除本保险合同。
- 18.2 投保人故意不履行如实告知义务的，我方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。
- 18.3 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，我方对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，但应当无息退还保险费。
- 18.4 我方在保险合同订立时已经知道投保人未如实告知的情况的，不会解除保险合同；发生保险事故的，我方按照保险合同的约定承担给付保险金的责任。
- 18.5 上述规定的保险合同解除权，自我方知道有解除事由之日起超过30天不行使而消灭。

#### **19. 常住地所在国**

- 19.1 被保险人变更**常住地**所在国的，您方应及时以书面或双方认可的其他形式通知我方。我方有可能根据该被保险人变更后的**常住地**所在国对本保险合同的保障内容、保险费等内容进行调整。
- 19.2 在某些情况下，如果变更**常住地**所在国将致使原有保障内容违当地医疗保健监管规定，我方有可能不承担相应的保险责任，具体的规定可能根据不同国家、地区及/或不同时期而变化。

#### **20. 联系方式变更**

为了保障您方的合法权益，如果您方及被保险人的住所、通讯地址或电话等联系方式变更时，请及时以书面或双方认可的其他形式通知我方。如果您方未以书面或双方认可的其他形式通知我方，我方按您方最终提供的联系方式（如地址、电话、电子邮箱等）发送的有关通知，均视为已送达给您方。

#### **21. 保险合同变更**

本保险合同有效期内，经您我双方协商一致，可以变更本保险合同的有关内容。变更本保险合同的，我方将会给您方送交一份新的保险单或在原保险合同上批注，或者寄送批单。未经我方批准或批注，本合同的任何变动都将是无效的。我方的任何保险代理人、销售代表和服务代表、您方的保险经纪人都无权修正或豁免本合同的任何规定。

#### **22. 语言**

本保险合同的英文内容仅供参考，中英文内容不一致或存在理解不同之处应以中文内容及意思为准。

#### **23. 管辖权及争议处理**

- 23.1 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（不包括香港、澳门、台湾地区法律）。
- 23.2 本合同履行过程中，双方发生争议时，可以从下列两种方式中选择一种争议处理方式：
- (a) 因履行本合同发生的争议，由双方协商解决，协商不成的，提交双方共同选择的仲裁机构仲裁；
  - (b) 因履行本合同发生的争议，由双方协商解决，协商不成的，依法向人民法院起诉。
-

---

## 第二章 保险责任

---

|                    |   |   |
|--------------------|---|---|
| <b>24. 住院医疗保障</b>  | 住院医疗保障按约定为被保险人提供所需要的 <b>住院费用</b> 的保障。   |   |
| 24.1 住院病房的医疗费      | 24.1.1  | <p>在满足下列全部条件时：</p> <p>(a) 被保险人接受<b>住院治疗</b>是出于<b>医疗必要</b>并且符合<b>通常医疗惯例</b>；</p> <p>(b) 被保险人<b>住院</b>的时间长度是合理的；</p> <p>(c) 所接受的<b>治疗</b>由<b>专科医生</b>亲自执行或在其有效监控之下。</p> <p>我方将支付被保险人接受<b>住院治疗</b>期间的护理费、病房<b>膳食费</b>、床位费及病房<b>治疗费</b>。</p> <p>24.1.2 <u>如果有多规格的单人病房但被保险人入住超过基本单人病房规格的病房的，我方将按照基本单人房格的规格，向被保险人支付病房费用。如果在本合同保险责任范围内的任何费用将依据被保险人入住的病房规格进行确定，我方仅承担基本单人房格的病房所对应的该部分费用。</u></p> |
| 24.2 外科手术室及麻醉复苏室费用 | 如果被保险人支出的 <b>外科手术费</b> 经我方审核可赔付，我方将支付在 <b>住院</b> 发生的与之相关的 <b>外科手术室</b> 及麻醉复苏室费用。  |   |
| 24.3 处方药及敷料费       | 我方将支付被保险人接受 <b>住院治疗</b> 期间发生的 <b>处方药</b> 及敷料费。  |   |
| 24.4 重症监护室费用       | 经我方审核认为被保险人入住 <b>重症监护室</b> 、 <b>重症治疗室</b> ，加护病房或冠心病监护室是出于 <b>医疗必要</b> 并且符合 <b>通常医疗惯例</b> 的，我方将支付上述费用。   |   |
| 24.5 父母或监护人陪护床位费   | <p>如果被保险人在接受<b>住院治疗</b>时未满 18 周岁，符合下列全部条件时，我方将承担其父母或其他法定监护人中的一位在同一<b>医院</b>中陪同住宿的床位费用：</p> <p>24.5.1 被保险人接受的<b>住院治疗</b>属于本保险合同的保险责任范围内；</p> <p>24.5.2 该<b>医院</b>可以进行陪护；</p> <p>24.5.3 其陪同住宿费用是合理的；</p> <p>24.5.4 <u>仅限在同一病房陪同被保险人的床位费用。</u></p> |   |
| 24.6 外科医生及麻醉师费用    | <p>我方将支付在<b>住院</b>发生的下列费用：</p> <p>24.6.1 <b>外科手术</b>中发生的外科<b>医生</b>及麻醉师费用；及</p> <p>24.6.2 <b>外科手术</b>前或<b>外科手术</b>后发生的与<b>外科手术</b>直接相关的<b>治疗</b>中的外科<b>医生</b>及麻醉师费用。</p>  |   |
| 24.7 专科医生诊疗费       | 我方将支付在 <b>医院</b> 因 <b>住院治疗</b> 而发生的、符合 <b>医疗必要</b> 及 <b>通常医疗惯例</b> 的 <b>专科医生诊疗费</b> 。   |   |
| 24.8 器官、骨髓及干细胞移植费用 | 24.8.1  | <p>如果满足下列全部条件，我方将支付与器官移植直接相关的<b>住院</b>医疗费用：</p> <p>(a) 移植是出于<b>医疗必要</b>并且符合<b>通常医疗惯例</b>；并且</p>   |

---



|                                |   |
|--------------------------------|---|
|                                | (b) 器官来源为其家属捐献，或具有已验证的、合法的来源。   |
| 24.8.2                         | 如果满足下列全部条件，我方将支付与骨髓及干细胞移植直接相关的 <b>住院</b> 医疗费用： <ul style="list-style-type: none"> <li>(a) 移植是出于<b>医疗必要</b>并且符合<b>通常医疗惯例</b>；并且</li> <li>(b) 骨髓或干细胞来源为其自体骨髓或干细胞，或具有已验证的、合法的来源。</li> </ul>  |
| 24.8.3                         | 我方将支付在 <b>住院</b> 期间发生的移植后抗排异药物费用。   |
| 24.8.4                         | 如果有捐献者捐献器官或骨髓给被保险人，我方将承担： <ul style="list-style-type: none"> <li>(a) 获取器官或骨髓的<b>外科手术</b>费用；</li> <li>(b) <b>医疗必要</b>并且符合<b>通常医疗惯例</b>的组织配型检测费用；</li> <li>(c) 捐献者因捐献行为而发生的必要<b>医院</b>收费；及</li> <li>(d) <u>捐献者因捐献而发生的并发症<b>治疗</b>费用，但限于捐献进行后 30 天内的<b>治疗</b>费用。</u></li> </ul>  |
| 24.8.5                         | <u>对本保险合同规定范围内的捐献者费用，如果捐献者可以从其他保险或费用承担者获得赔偿或补偿，我方承担的部分相应减少。</u>   |
| 24.9 病理检测、放射检查及其他诊断性检查化验费用     | 在符合 <b>医疗必要</b> 及 <b>通常医疗惯例</b> 的情况下，我方将支付被保险人在 <b>住院治疗</b> 时经 <b>专科医生</b> 明确要求进行的下列检查化验产生的费用： <ul style="list-style-type: none"> <li>24.9.1 病理检测；</li> <li>24.9.2 放射学检查；及</li> <li>24.9.3 <b>诊断性检查化验</b>。</li> </ul>   |
| 24.10 核磁共振、计算机断层扫描及正电子发射断层扫描费用 | 在符合 <b>医疗必要</b> 及 <b>通常医疗惯例</b> 的情况下，我方将支付被保险人在 <b>住院治疗</b> 期间经 <b>专科医生</b> 明确要求进行的下列检查产生的费用： <ul style="list-style-type: none"> <li>24.10.1 核磁共振；</li> <li>24.10.2 计算机断层扫描；</li> <li>24.10.3 正电子发射断层扫描。</li> </ul>   |
| 24.11 康复治疗费用                   | 24.11.1 我方将支付 <b>住院</b> 期间符合下述全部条件的术后 <b>康复治疗</b> 产生的费用： <ul style="list-style-type: none"> <li>(a) 导致<b>康复治疗</b>的疾病或机体损伤在本保险合同的保障范围内，且已经手术；</li> <li>(b) 经<b>专科医生</b>明确要求且符合<b>医疗必要</b>及<b>通常医疗惯例</b>；并且</li> <li>(c) <b>康复治疗</b>开始的时间在导致<b>康复治疗</b>的疾病或机体损伤<b>治疗</b>结束后 30 天内。</li> </ul> <ul style="list-style-type: none"> <li>24.11.2 <b>康复治疗</b>包括<b>物理治疗/补充治疗</b>或<b>职业治疗</b>等，<u>但不包括<b>精神治疗</b>及<b>言语复健治疗</b>。</u></li> <li>24.11.3 <u>每一保险期间内，对同一原因导致的<b>康复治疗</b>，我方最多支付 30 天的费用，包括病房<b>膳食费</b>和<b>生活费</b>。</u></li> <li>24.11.4 对“30 天”限制的计算：</li> </ul> |

|                        |         |   |
|------------------------|---------|---|
|                        |         | 被保险人 <b>住院进行治疗</b> 的，每在 <b>医院</b> 过一个夜晚计作“一天”。  |
| 24.12 家庭护理费用           | 24.12.1 | 如果满足下列全部条件，我方将支付被保险人相应的 <b>家庭护理费用</b> ： <ul style="list-style-type: none"> <li>(a) 护理由具有<b>合法注册护士</b>提供。</li> <li>(b) 经我方评估，护理的内容是<b>医疗必要</b>并且符合<b>通常医疗惯例</b>的，且这些护理属于通常在<b>医院</b>才能提供的服务。<u>我方不支付因非医疗性质的护理或私人服务产生的费用。</u></li> <li>(c) 被保险人在本保险合同的保险责任范围内的<b>住院治疗</b>期间由<b>专科医生</b>明确要求进行。</li> <li>(d) 在被保险人出院后立即开始。</li> <li>(e) 进行<b>家庭护理</b>可以实质减少被保险人继续在<b>医院</b>就医的时间。</li> </ul> |
|                        | 24.12.2 | <u>每一保险期间内，对同一原因导致的<b>家庭护理</b>，我方最多支付30天的费用。</u>  |
| 24.13 临终关怀及姑息治疗费用      |         | 如果被保险人被诊断为终末期状态，且现有医学技术没有有效的 <b>治疗</b> 手段，我方将支付在 <b>医院</b> 进行 <b>临终治疗</b> 或护理而发生的病房 <b>膳食费</b> 、护理费、 <b>处方药费</b> 、理疗费、心理关怀及 <b>姑息治疗</b> 费用。   |
| 24.14 修复体、设备及装置费用      | 24.14.1 | 内置修复体、设备及装置：我方将支付被保险人在进行 <b>治疗</b> 或 <b>外科手术</b> 过程中符合 <b>医疗必要</b> 及 <b>通常医疗惯例</b> 的植入被保险人体内的修复体、设备及装置的费用。  |
|                        | 24.14.2 | 外置修复体、设备及装置：我方将支付被保险人在进行 <b>治疗</b> 过程中符合 <b>医疗必要</b> 及 <b>通常医疗惯例</b> 的外置修复体、设备及装置的费用，并且该类装置属于 <b>外科手术</b> 后立即需要的或者在病后恢复阶段内 <b>短期</b> 内需要的。  |
|                        | 24.14.3 | <u>对未满18周岁的被保险人，每一保险期间我方最多承担一个外置修复体、设备或装置的初装费用及两次更换费用。</u>  |
|                        | 24.14.4 | <u>拐杖、轮椅等主要为生活便利的设备不在此项保障范围内。</u>   |
| 24.15 无赔付住院津贴          |         | 如果被保险人进行可获本保险合同赔偿的 <b>住院治疗</b> ，但未就病房 <b>膳食费</b> 、治疗等任何医疗费用进行理赔或者抵扣剩余的免赔额额度， <b>我方</b> 将按保障利益表所载的每日津贴金额乘以被保险人的该次实际住院日数向被保险人支付无赔付住院津贴。 <u>如果被保险人选择的保障计划包含免赔额，则无赔付津贴将先抵扣免赔额。我方在支付无赔付住院津贴后，将不再赔付与该次<b>住院</b>相关的任何医疗费用。</u>   |
| <b>25. 指定门诊及手术医疗保障</b> |         | 指定 <b>门诊</b> 及手术医疗保障按约定为被保险人提供所需要的门诊手术或日间手术费用、 <b>住院</b> 或日间手术前后 <b>门诊</b> 费用、特殊 <b>门诊</b> 费用的保障。   |
| 25.1 门诊手术或日间手术费用       | 25.1.1  | 我方将支付在 <b>门诊</b> 、日间病房发生的 <b>外科手术</b> 中产生的病房费、外科医生及麻醉师费用、外科手术室及麻醉复苏室费用以及其它相关的 <b>治疗</b> 费。  |
|                        | 25.1.2  | 如果在上述 <b>外科手术</b> 中发生修复体、设备及装置费用，则我方将不按本保障项目的约定进行支付，而按“修复体、设备及装置费用”（见条款24.14）的约定进行支付。   |

|            |               |  |
|------------|---------------|--|
| 25.2       | 住院或日间手术前后门诊费用 | 如果被保险人进行可获本保险合同赔偿的 <b>住院</b> 或日间手术治疗，则我方将支付被保险人在该次 <b>住院</b> 或日间手术治疗前三十日内（含 <b>住院</b> 或日间手术当日），或出院或日间手术治疗后六十日内（含出院或日间手术当日），因与该次住院或日间手术相同的原因，而在 <b>门诊</b> 发生的诊疗费、 <b>诊断性检查化验、处方药</b> 及相关治疗产生的费用。  |
| 25.3       | 特殊门诊费用        | <p>25.3.1 <b>恶性肿瘤</b>治疗费用<br/>我方将支付对<b>恶性肿瘤</b>进行的以下<b>积极治疗</b>，包括：被保险人在<b>门诊</b>或日间病房发生的化疗、放疗和靶向药<b>治疗</b>所产生的费用。</p> <p>25.3.2 肾透析费用</p> <p>25.3.2.1 如果在被保险人的<b>常住地</b>所在国内可以进行肾透析<b>治疗</b>，我方将支付其在<b>门诊</b>或日间病房进行的肾透析<b>治疗</b>费用。</p> <p>25.3.2.2 对被保险人到其<b>常住地</b>所在国外但属于所选择的保障区域内进行的肾透析<b>治疗</b>，我方支付其在<b>门诊</b>或日间病房进行的肾透析治疗费用，<u>但不承担其旅行费用。</u></p>            |
| <b>26.</b> | <b>紧急医疗保障</b> | 紧急医疗保障按约定为被保险人提供所需要的意外门急诊 <b>治疗</b> 费用、牙科意外门诊 <b>治疗</b> 费用和当地救护车费用的保障。   |
| 26.1       | 意外门急诊治疗费用     | 如果被保险人因遭受 <b>意外事故</b> 而导致损伤，我方将支付该 <b>意外事故</b> 24 小时内的门急诊发生的诊疗费、 <b>诊断性检查化验、处方药</b> 及相关 <b>治疗</b> 费。   |
| 26.2       | 牙科意外门诊治疗费用    | <p>26.2.1 如果被保险人因遭受<b>意外事故</b>而导致<b>健康自体牙</b>发生损伤，<b>牙齿损伤的治疗</b>在<b>意外事故</b>后立即开始、我方将支付在<b>意外事故</b>后 15 天内发生的牙科意外门诊<b>治疗</b>费用。</p> <p>26.2.2 为加快理赔过程，须同时提供由进行<b>治疗</b>的<b>牙医</b>提供的下列全部信息：</p> <p>(a) <b>意外事故</b>的具体日期；</p> <p>(b) 确认所<b>治疗</b>的牙齿为<b>健康自体牙</b>。</p> <p>26.2.3 <u>在本保障项目中，我方将不支付任何种植牙、牙桥、冠修复体、义齿的修补与更换、正畸治疗以及以<b>美容</b>为目的的牙科<b>治疗</b>所产生的费用。</u></p> |
| 26.3       | 当地救护车费用       | <p>26.3.1 如为<b>医疗必要</b>并且符合<b>通常医疗惯例</b>，我方将支付下列运送被保险人的当地救护车费用：</p> <p>(a) 从<b>意外事故</b>或机体损伤发生地到<b>医院</b>；</p> <p>(b) 从一<b>医院</b>转送另一<b>医院</b>；或者</p> <p>(c) 从其居所到<b>医院</b>。</p> <p>26.3.2 <u>只有在当地救护车的使用是为了到<b>医院</b>进行医疗性质的<b>治疗</b>时，我方才支付其费用。</u></p> <p>26.3.3 <u>本保险合同不承担山地搜救的服务的费用。</u></p>   |
| <b>27.</b> | <b>补偿原则</b>   | <u>若被保险人已经从其他途径（包括<b>基本医疗保险、大病保险、公费医疗、社会救助、社会保险行政部门主办的补充医疗保险、其他费用补偿型医疗保险及工作单位等</b>）取得补偿，我方仅对实际发生的医疗费用扣除其所获补偿后的余额按照本合同的约定进行赔付，且通过包括我方在</u>  |

---

内的各种途径所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。

如果我方所支付的费用应为其他保险公司、个人、组织、机构所承担，我方将有权要求偿还该笔费用。

### 第三章 责任免除

#### 28. 通用责任免除

下述通用责任免除对本保险合同所有保障均适用。因下列任一情形导致医疗费用或特定服务费用的，我方不承担给付保险金的责任：

- 28.1 投保人对被保险人的故意杀害、故意伤害。
- 28.2 被保险人自伤、自杀、故意犯罪或抗拒依法采取的刑事强制措施。
- 28.3 任何因接受医院治疗或由于执业医生所导致的损失、损害、疾病或机体损伤，即使该治疗已经我方批准。
- 28.4 任何既往症，包括投保前被保险人知道或者应当知道但未告知的既往症所导致或相关的任何疾病或症状。
- 28.5 精神和行为障碍、遗传性疾病、主要为性传播模式的感染，及因上述原因并发的其他疾病；上述疾病的具体定义和范围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。
- 28.6 先天性疾病和症状及因此原因并发的其他疾病和症状。先天性疾病和症状，包括先天性畸形、变形或染色体异常及其他出生缺陷、身体残疾、智障等发育不完全正常等由于先天性新陈代谢异常或其他因素导致的、出生时即存在的疾病和症状。这些疾病和症状可能在出生时显现或在出生后逐步显现。
- 28.7 职业病、感染艾滋病病毒或患艾滋病。
- 28.8 康复性治疗，住院医疗保障中的康复治疗费用除外。
- 28.9 妊娠、生育或由此导致的任何并发症或后续问题；宫外孕、流产、早产等非正常妊娠。
- 28.10 不孕不育、生殖控制或由此导致的任何并发症或后续问题，包括但不限于：
  - 28.10.1 试管婴儿（IVF）和人工受精治疗，及其导致的并发症；
  - 28.10.2 任何与男性或女性有关的生育控制产生的治疗，包括但不限于：外科手术避孕、非外科手术避孕、生育咨询等；
  - 28.10.3 与不孕不育（除了为确诊不孕不育而进行的检查）或各种生育问题相关的治疗、及对这些治疗导致的并发症进行的后续治疗，包括但不限于：卵子输卵管内移植（GIFT）；受精卵输卵管内移植（ZIFT）；人工受孕（AI）；处方药；胚胎转移；或卵子/精子捐赠及其相关费用；
  - 28.10.4 胎儿外科手术，如在出生前子宫内进行治疗或外科手术；
  - 28.10.5 意图终止怀孕的措施；

- 
- 28.10.6 任何代孕及与代孕有关的治疗，无论代孕者是被保险人，还是被代孕者是被保险人；
- 28.10.7 新生儿在医院的托管护理，除非其母亲因医疗必要并且符合通常医疗惯例须住院接受本保险合同规定范围内的治疗。
- 28.11 人工维持生命，包含仪器辅助呼吸，除非此治疗有使被保险人复原或恢复到患病前健康状况的合理预期。
- 28.12 医疗核保所作出的任何特别责任免除中所涉及疾病或症状导致的治疗。
- 28.13 非出于医疗必要或者不符合通常医疗惯例的入院或住院，包括：
- 28.13.1 可以在日间病房或门诊进行的治疗；
- 28.13.2 病后自然恢复过程；
- 28.13.3 以社会性或家庭性事务为目的的入院，如洗衣、穿着及沐浴等。
- 28.14 豪华套间、行政套间、贵宾病房等高级病房费用，我方将按照基本单人间的规格给付。
- 28.15 器官移植或器官捐献过程中发生的下列情形：
- 28.15.1 机械性人工器官、或动物器官；
- 28.15.2 通过任何渠道购买捐献器官；
- 28.15.3 针对未来可能出现的疾病而预先保存干细胞。
- 28.16 足部护理，包括由手足病治疗专家或足科医生进行的。
- 28.17 睡眠异常及其并发症，如失眠、打鼾等。
- 28.18 下列医生、医院、诊所及机构提供的治疗：
- 28.18.1 医疗从业人员没有得到治疗所在地有关当局认可为具有治疗相应疾病、病症或机体损伤所需要的适当专业知识和技能；
- 28.18.2 我方已经以书面形式致函执业医师、治疗师、医院、诊所及机构通知：我方不再承认其作为我方认可的医疗服务主体（我方已经做出这样通知的执业医师、治疗师、医院、诊所及机构的信息可致电我方的客服团队查询）；
- 28.18.3 根据我方的合理意见，没有得到有效认证或授权、或没有适当的能力进行相应治疗的执业医师、治疗师、医院、诊所及机构。
- 28.19 提供治疗的人员与被保险人在同一居所，或为被保险人的家庭成员。
- 28.20 戒烟及其相关治疗。
- 28.21 核爆炸、核辐射、化学污染、当地卫生机构宣布的疫情爆发且相应进行的疫情控制。
- 28.22 由于武装冲突（包括但不限于以下情况）导致的治疗：
- 28.22.1 战争，恐怖主义，叛乱（无论是否已宣布战争状态），内战，骚乱或军事篡位，戒严，暴乱；
-

---

28.22.2 其他武装冲突，如果被保险人有如下情况：

- (a) 进入众所周知的武装交战地区；或
- (b) 为主动介入冲突者；或
- (c) 表现出明显不顾及个人安危。

28.23 不是以恢复原有言语能力为目的的言语治疗，包括但不限于下列任一情况：

- (a) 用于改善发育不完全的言语能力；
- (b) 出于教育提高言语能力的目的；
- (c) 出于维持语言交流能力为目的；
- (d) 为纠正言语障碍（例如口吃）；
- (e) 因学习困难及发育问题引起的，例如阅读障碍，注意力缺陷多动障碍（ADHD）或自闭症等。

28.24 发育问题，包括但不限于：

28.24.1 精神或智力发育迟缓；

28.24.2 学习困难如阅读障碍；

28.24.3 行为问题如注意力缺陷或多动症（ADHD）；

28.24.4 身体发育问题如身材矮小。

28.25 颞下颌关节功能障碍的（TMJ）。

28.26 治疗肥胖或其并发症，包括但不限于减肥咨询、减肥课程、减肥指导、减肥饮食、减肥代餐、药物减肥及任何单纯性肥胖相关治疗（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）。

28.27 在自然治疗诊所、水疗养院或温泉疗养院、疗养院或任何非医院性质的或不被认为是合格的医疗服务提供者机构提供的治疗。

28.28 部分或全部以家庭事务为目的在医院居住，或在医院居住期间实际上并不需要进行治疗，或医院已经成为被保险人的住所或永久居住的住所。

28.29 任何因受酗酒、滥用酒精、吸毒、使用管制药物影响导致的相关治疗或与其有关的并发症导致的相关治疗。

28.30 肿瘤标志物检测、微量元素检测、血型检测、妊娠检测，或艾滋病检测。除非在此次住院期间有医学上合理的理由，并且由执业医师建议进行。

“医学上合理的理由”是指机体外观或生理检测发生客观改变，并且符合微量元素缺乏或者需要检测血型以进行输血、骨髓移植等治疗。

28.31 被保险人因永久性神经损伤和/或永久植物人状态(PVS)超过 90 天的治疗。

28.32 预防性治疗：包括但不限于健康筛查、常规体检及疫苗接种。

28.33 任何原因引起的性功能障碍的治疗，如阳痿治疗或其他性方面的问题。

---

- 
- 28.34 单眼或双眼屈光不正的治疗，包括但不限于：激光治疗、屈光性角膜切开术及屈光性角膜切削术。
- 28.35 除非另有说明，治疗期间的任何旅行花费如出租车费、公共汽车费用、汽油费或停车费。
- 28.36 变性外科手术及任何该外科手术所需的准备及恢复性治疗（例如心理辅导），包括由该外科手术引起的并发症。
- 28.37 因参与如下活动导致身体损伤、疾病或残疾而接受的治疗：
- 28.37.1 参与职业运动项目；
- 28.37.2 高危险运动，如潜水、滑水、跳伞、攀岩、蹦极跳、赛马、赛车、摔跤、武术比赛、探险活动及特技表演等。
- 28.38 根据我方的合理观点认为是实验性的、非规范的、或未被证实为有效的治疗。这些治疗包括但不限于：
- 28.38.1 临床试验性质的治疗；
- 28.38.2 未被治疗发生所在地医疗卫生部门批准的治疗；
- 28.38.3 药品或药物没有获得药品或药物使用地所在国政府许可或批准。
- 28.39 任何形式的整形、美容或重建外科手术或改进人的外表的治疗费用。这些治疗包括但不限于：
- 28.39.1 面部提升术（皱纹切除术）；
- 28.39.2 鼻部塑形术（鼻整形术）；
- 28.39.3 包皮环切术；
- 28.39.4 吸脂术及其他去除脂肪的治疗；
- 28.39.5 激光去痣术或去激光瘢痕术；
- 28.39.6 脱发治疗、植发术；以及
- 28.39.7 改变乳房形状的外科手术、乳房增大或缩小外科手术（恶性肿瘤治疗后的乳房重塑术除外）。
- 除非是医疗必要并且符合通常医疗惯例的，并且是由疾病、机体损伤或其他外科手术而导致的整形、美容或重建外科手术。
- 28.40 牙科治疗、牙齿修复、牙齿整形，如因意外事故而造成的牙齿损伤，我方将根据牙科意外门诊治疗（见 27.2）提供保障。
- 28.41 不属于规范的医疗费用，包括但不限于专家邀请费、专家点名费、报纸、出租车、电话、接待餐费及旅馆住宿费用。
- 28.42 填写理赔申请表的费用及其他行政费用。

#### 第四章 预先批准

---

##### 29. 预先批准清单

下述所有的治疗均须事前联系我方并取得我方的预先批准。若您方未取得我方的预先批准，将可能对您方的理赔造成延迟，也有可能使我方拒绝向您方给付全部或部分理赔款项。

##### 29.1 被保险人的每次住院或日间病房治疗。

如果主持被保险人治疗的执业医生决定需要延长留院治疗时间并超出我方的预先批准时长，或者已获我方审核同意的治疗方案将

---

---

有所变动，必须尽快向我方寄送**治疗的执业医师**出具的医疗报告，并载明下列全部信息：

29.1.1 被保险人预期需要留院**治疗**的时长；

29.1.2 被保险人的诊断信息（如果诊断发生了变更）；

29.1.3 被保险人所接受过的**治疗**和未来需要接受的**治疗**。

29.2 被保险人在在**门诊、住院**或日间病房发生的每次**外科手术**（包括器官移植、骨髓移植或干细胞移植）及操作性**治疗**。

29.3 被保险人的每次计算机断层扫描（CT）、核磁共振成像（MRI）或正电子发射断层扫描（PET）。

29.4 被保险人以复健为目的的每疗程的任何**康复治疗**（如**物理治疗/补充治疗、职业治疗**）。

因需要以复健为目的的**康复治疗**（如**物理治疗/补充治疗、职业治疗**）的疾病往往较为复杂，您方于每疗程的治疗前通知我方时必须提交主持该次**治疗**的**专科医生**的医疗报告，该报告须载明：

29.4.1 本疗程持续的时间；

29.4.2 诊断；

29.4.3 被保险人已经接受的**治疗**及需要接受的**治疗**。

29.5 被保险人在**住院和门诊**发生的每次疼痛控制**治疗**。

29.6 被保险人的每次**家庭护理**。

29.7 被保险人的每次**姑息治疗**。

29.8 被保险人必须的每次特殊**门诊治疗**，包括在**门诊**或日间病房进行的化疗、放疗、靶向药和肾透析**治疗**。

### **30. 预先批准审核**

您方或被保险人需在接受前款所列明的**治疗**之前通知我方。紧急情况下，在接受上述**治疗**前不需立即作预先批准申请（紧急情况指不立即采取需预先批准的**治疗**就会使被保险人的健康严重受损的情形），但您方或被保险人或其指定代理人务必在就诊的 48 小时内联系我方，补作预先批准申请。未申请预先批准将造成理赔款支付延误、部分拒赔甚至全部拒赔。除非本保险合同另有约定，对于应申请预先批准而未按本条约定申请、但我方事后审核认定属于本保险合同保障范围内的费用，被保险人应自行承担其中的 20%。

## **第五章 保险金申请**

---

### **31. 理赔申请资料**

您方或被保险人在申请理赔时应提供下列所有证明和资料原件：

31.1 填写完整的理赔申请表；

31.2 与本次理赔有关的所有医疗文件，包括但不限于**医生诊断书**，有主持**治疗的执业医师**的签字或印章（正式的医疗诊断章）的医疗记录或医疗手册等；

31.3 与本次理赔有关的所有收据和发票；和

31.4 与本次理赔有关的诊疗资料及其他相关的证明、报告和文件。

### **32. 保险金的给付**

32.1 直付服务

---



---

#### 32.1.1 直付医疗网络

直付医疗机构的清单可以在我方在线客服服务平台登陆后进行查询。

#### 32.1.2 在某些要求付款担保的情况下，我方可能为被保险人向医院、执业医师或诊所提供付款担保，即我方事先同意就某一特定治疗支付部分或全部费用。

如果我方出具付款担保，待治疗结束且收到相关的申请表和发票复印件后，我方将按照付款担保向该医院、执业医师或诊所支付担保的款项。

#### 32.1.3 在不要求付款担保的情况下，直付医疗机构直接向我方结算的，我方在审核通过后将按照本保险合同支付我方所应承担的费用。

### 32.2 理赔

如果某医院、执业医师或诊所向被保险人要求结算，在医疗费用已经支付的情况下，被保险人必须把原始医疗账单、支付医疗费用的发票原件及其他能够提供的与本次理赔有关的诊疗资料及其他证明、报告和文件发送我方，经我方审核将按照本保险合同支付我方所应承担的费用。

## 33. 其它核定结果

### 33.1 谎称发生保险事故

未发生保险事故，被保险人谎称发生了保险事故，向我方提出索赔申请的，我方有权解除保险合同，并不退还保险费。

### 33.2 故意制造保险事故

投保人、被保险人故意制造保险事故的，我方有权解除保险合同，不承担给付保险金的责任也不退还保险费。

### 33.3 虚假证明

保险事故发生后，投保人或被保险人以伪造、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，我方对虚报的部分不承担给付保险金的责任。

## 34. 应追讨款项

### 34.1 如果被保险人使用直付服务，但医院、执业医师或诊所向我方出具账单的款项中我方核定不予承担的部分应由被保险人自行承担，包括如下情况：

#### 34.1.1 不需要进行预先批准的，但不在本保险合同保障范围内的费用；

#### 34.1.2 需要进行预先批准的，被保险人未进行预先批准或未通过预先批准；

#### 34.1.3 需要进行预先批准的，被保险人进行预先批准时未如实告知，我方基于非如实告知的信息同意预先批准的。

### 34.2 因投保申请时故意或重大过失未如实告知应解除本保险合同的，对本保险合同生效后发生的所有我方已经支付的理赔及因为直付服务导致我方须向医院、执业医师或诊所支付的款项，被保险人应向我方退还相应的费用。

### 34.3 因投保申请时未如实告知进行重新核保的，对根据重新核保决定我方不应承担的所有我方已经支付的理赔及因为直付服务将导致

---

---

|                     |   |
|---------------------|---|
|                     | 我方须向 <b>医院、执业医师或诊所</b> 支付的款项，被保险人应向我方退还相应的费用。   |
| 34.4                | 因 34 款的情形，我方已经支付的保险金、因为直付服务导致我方须向 <b>医院、执业医师或诊所</b> 支付的款项及其他费用，被保险人应当在收到我方相关通知之日起 30 日内向我方退回。 |
| 34.5                | 当根据本保险合同约定我方在给付保险金或退还未满期净保费时存在上述应追讨款项，我方会先行扣除本保险合同项下的应追讨款项。应追讨款项未足额扣除的，我方保留采取其他方式追讨的权利。       |
| <b>35. 严格遵从理赔流程</b> | <u>对于每一次的理赔，被保险人必须严格按照上述的理赔流程操作，否则我方将减少或不予支付理赔款项。</u>   |

## 第六章 释义

---

|                 |  |
|-----------------|--|
| <b>36. 术语定义</b> | 下列名词或术语按照下面所指明的定义为准。本保险条款中按照下列定义的名词或术语将标为 <b>粗体字</b> 。   |
| 36.1 付款担保       | 指我方对被保险人或 <b>治疗</b> 方提供关于特定 <b>治疗</b> 费用的付款的担保。  |
| 36.2 未满期净保费     | 指未满期保险费扣除手续费后的剩余保险费。<br>计算公式为：最近一期支付的保险费×（1 - 该保险费所保障的已经过天数/该保险费所保障的期间的天数）×（1-35%）。  |
| 36.3 重大人生事件     | 指：<br>36.3.1 结婚；<br>36.3.2 形成国籍国或 <b>常住地</b> 所在国认可的伴侣关系；<br>36.3.3 离婚；<br>36.3.4 解除国籍国或 <b>常住地</b> 所在国认可的伴侣关系；<br>36.3.5 生育儿女；<br>36.3.6 收养孩子；<br>36.3.7 <b>配偶</b> 、伴侣或孩子去世。<br>上述情况我方均要求提供相应证明。 |
| 36.4 配偶         | 指被保险人的法定丈夫或妻子，或我方已接受承保于本保险合同中的未婚人员或伴侣。   |
| 36.5 治疗         | 指由 <b>执业医师</b> 进行的外科手术或 <b>治疗</b> ，并且是为了达到“诊断、治愈或实质性缓解疾病或机体损伤”的目的所必须进行的。   |
| 36.6 专科医生       | 指根据 <b>治疗</b> 所在地的国家、政府或其他监管区域的法律，合法承认、注册或登记的 <b>医生</b> ，并且其所提供的 <b>治疗</b> 必须在其合法资质的范围内，不包括本保险合同保障下的被保险人或其任何家庭成员。  |
| 36.7 医疗团队       | 指我方临床医疗团队或服务团队。  |
| 36.8 医疗必要       | 指经我方 <b>医疗团队</b> 同意的、受保障的必要医疗服务及供给，须符合下述全部条件：  |

---

|                 |  |
|-----------------|--|
|                 | <p>36.8.1 基于诊断或<b>治疗</b>疾病、机体损伤或相关症状的需求；</p> <p>36.8.2 符合通常医疗标准及医疗实践的<b>规范</b>医疗服务；</p> <p>36.8.3 与疾病的类型、发病频率、波及范围、部位及病程相适应的临床<b>治疗</b>服务；</p> <p>36.8.4 非主要出于方便被保险人、内科<b>医生</b>或其他<b>医院、诊所及执业医师</b>的目的；</p> <p>36.8.5 以提供该类服务和供给合适的最基本需要水平提供。</p> <p><b>医疗团队</b>会在比较过可选择服务、设施或供给的成本效率后决定什么是最基本需要。</p> |
| 36.9 通常医疗惯例     | <p>指接受的医疗服务、设施与当地通行医疗<b>规范</b>、通行<b>治疗</b>方法、平均医疗费用价格水平一致。</p> <p>对此，我方<b>医疗团队</b>将根据客观、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。</p>   |
| 36.10 医院        | <p>指由<b>执业医师</b>或<b>合法注册护士</b>对被保险人进行日常护理、观察、治疗的医疗机构，并且该医疗机构在所在地的监管机构注册或登记为提供综合医疗服务或外科医疗服务的合格机构。<u>不包括疗养院、护理院、康复中心、戒酒或戒毒中心、精神心理治疗中心。</u></p>   |
| 36.11 全球        | 指世界各国及海上。  |
| 36.12 美国        | 指美利坚合众国。   |
| 36.13 全球不含美国    | 指除美利坚合众国以外的世界所有地区。   |
| 36.14 特定医院      | <p>指我方对保障区域内医疗机构的收费水平进行分析后，筛选出的收费水平明显区别于其他医疗机构通常收费水平的医疗机构。我方将向您方提供<b>特定医院</b>清单，由于各医疗机构的收费水平将发生变化，我方将跟踪分析并通知您方更新后的清单。</p>  |
| 36.15 基本医疗保险    | 指城镇职工基本医疗保险、城镇居民基本医疗保险、新型农村合作医疗等符合社会保险法及其细则等相关规定的医疗保障项目。   |
| 36.16 公费医疗      | 指国家为保障国家工作人员身体健康而实行的、通过医疗卫生部门按国务院规定向享受人员提供免费医疗及预防服务的一项社会保障制度。  |
| 36.17 美国地区非网络医院 | 指我方在美国地区的医疗网络 <b>医院</b> 以外的医疗机构。我方将向您方提供我方在美国地区的医疗网络 <b>医院</b> 的查询方式。  |
| 36.18 常住地       | <b>常住地</b> 指被保险人作为户主或租户在当地有固定居住地址，且在过去一年内至少居住不少于六个月。   |
| 36.19 住院        | 指被保险人因医疗原因、被接纳入一家 <b>医院</b> 并且需要在 <b>医院</b> 占用正式病床停留一个夜晚或以上。   |
| 36.20 外科手术      | 对肢体进行开放性切割以 <b>治疗</b> 疾病、创伤及畸形的医疗专业。   |

---

### 36.21 恶性肿瘤

恶性肿瘤指恶性细胞不受控制的进行性增长和扩散，浸润和破坏周围正常组织，可以经血管、淋巴管和体腔扩散转移到身体其它部位的疾病。经病理学检查结果明确诊断属于世界卫生组织《疾病和有关健康问题的国际统计分类》（ICD-10）的恶性肿瘤范畴。

但下列疾病不在保障范围：

（一）原位癌；

（二）相当于 Binet 分期方案 A 期程度的慢性淋巴细胞白血病；

（三）相当于 Ann Arbor 分期方案 I 期程度的何杰金氏病；

（四）皮肤癌（不包括恶性黑色素瘤及已发生转移的皮肤癌）；

（五）TNM 分期为 T<sub>1</sub>N<sub>0</sub>M<sub>0</sub> 期或更轻分期的前列腺癌；

（六）感染艾滋病病毒或患艾滋病期间所患恶性肿瘤。

### 36.22 门诊

指病人在医院、诊疗室，或门诊部进行的治疗，不是日间病房治疗或住院治疗。

### 36.23 日间病房治疗

指下列两种情况之一：

36.23.1 有入住日间病房的正式手续，被保险人在医院专设的日间病房部进行护理并使用床位但不过夜；或者

36.23.2 由于使用专科医疗设施的治疗部门在治疗过程中需要持续监控，被保险人需占用医院病床但不过夜，如肾透析、高压氧治疗等。

在美国发生的日间病房护理也包含专科医生在外科手术中进行的术中监护。

### 36.24 膳食费

根据医生的医嘱，由作为医院内部专属部门的、为住院病人配餐的食堂配送的膳食费。

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 in 病房费等其他款项内。

如果一些医疗机构自身不设内部专属的食堂而将病人膳食外包给独立经营的商业餐饮单位、从而膳食费不包含在医疗账单内的，被保险人提供证明上述情况属实并经我方证实后，将按照膳食费发票金额的 50% 作为与医疗相关的膳食费金额进行后续的理赔计算。

### 36.25 处方药

是指根据由执业医师开具处方的西药、中成药和中草药，但不包括如下：

36.25.1 主要起营养滋补作用的药品，包括但不限于：花旗参，冬虫夏草，十全大补膏等滋补类中药，白糖参，朝鲜红参，玳瑁，蛤蚧，珊瑚，狗宝，海马，红参，琥珀，灵芝，羚羊角尖粉，马宝，玛瑙，牛黄，麝香，西红花，血竭，燕窝，野山参，移山参，珍珠(粉)，紫河车，阿胶，血宝胶囊、红桃 K 口服液、十全大补丸等；

36.25.2 部分可以入药的动物及动物脏器，如鹿茸，胎盘，鞭，尾，筋，骨等，以及用中药材和中药饮片炮制的各类酒制剂等；

36.25.3 主要以美容、美白、减肥等非治疗性目的的药品；

36.25.4 不属于药品范围的辅助用品，包括但不限于：海盐水、力度深、雅漾、丝塔芙、口罩、维生素、益生菌、配方营养素、奶粉、母乳补充剂、爱维滴等；

---

|                 |   |
|-----------------|---|
|                 | 36.25.5 <u>非治疗性药品：免疫刺激剂（包括但不限于施保利通，泛福舒，匹多莫德等）。</u>  |
| 36.26 重症监护      | 医院中专门用于提供 <b>重症监护治疗</b> 的病房，例如 <b>重症监护室</b> 、重疾监护室、重症 <b>治疗室</b> 及重症护理室等。   |
| 36.27 医生        | 指同时符合下列条件的医疗从业人员：拥有适当的医疗学位；以及在所在的国家、地区或管辖范围内合法注册并拥有行医执照，可以在医疗发生地提供医疗服务。   |
| 36.28 诊断性检查化验   | 指对症状原因的调查研究，如 X 光或血液检测等。  |
| 36.29 治疗师       | 指所在国家政府承认并允许在该地区提供相应 <b>治疗</b> 的理疗师、语言 <b>治疗师</b> 、 <b>职业治疗师</b> 或视力矫正医师。   |
| 36.30 物理治疗/补充治疗 | <p>是指由具有相应资质的<b>专科医生</b>实施的<b>物理治疗</b>、<b>顺势治疗</b>、<b>整骨治疗</b>及<b>脊椎治疗</b>，有书面的<b>治疗</b>计划，并在合理的、可预测的时间内使得症状明显好转。</p> <p>在中国境内（不包含香港、澳门、台湾地区）发生的<b>物理治疗/补充治疗</b>是指应用人工物理因子（如光、电、磁、声、温热、寒冷等）来<b>治疗</b>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<b>规范</b>规定的项目；或者持有医疗执照的<b>专业治疗师</b>实施的<b>顺势治疗</b>、<b>整骨治疗</b>及<b>脊椎治疗</b>。<u>但不包括泥疗，蜡敷治疗，气泡浴与药物浸浴治疗。</u></p> <p>在除上述地区以外地区发生的<b>物理治疗/补充治疗</b>是指发生保险事故后，有执照的<b>治疗师</b>出于医疗目的推荐的物理治疗、顺势治疗、整骨治疗及脊椎治疗。</p> |
| 36.31 康复治疗      | 指采用 <b>物理治疗/补充治疗</b> 、 <b>职业治疗</b> 等手段，使被保险人恢复到疾病或机体损伤急性发作之前的状态。  |
| 36.32 职业治疗      | 指通过 <b>物理治疗/补充治疗</b> 或专业的指导及训练恢复职业所需的功能。  |
| 36.33 家庭护理      | <p>指一位<b>合法注册护士</b>至被保险人家中提供的专业护理服务，包括：</p> <p>36.33.1 因<b>医疗必要</b>并且符合<b>通常医疗惯例</b>所进行的紧随<b>住院治疗</b>之后的护理；以及</p> <p>36.33.2 因<b>医疗必要</b>并且符合<b>通常医疗惯例</b>而本应在<b>正规医院</b>里所提供的护理。</p> <p><b>家庭护理</b>仅限于为被保险人提供<b>治疗</b>的<b>专科医生</b>所要求的范围。</p>  |
| 36.34 合法注册护士    | 指被 <b>治疗</b> 所在地的国家、政府或其他监管区域的法律所承认、注册并允许在该地区提供服务的护士。   |
| 36.35 姑息治疗      | 指不以使病症完全治愈或实质性好转为目的，仅以缓解痛苦为目的的 <b>治疗</b> 。  |
| 36.36 短期        | 指按照主持 <b>治疗</b> 的 <b>执业医生</b> 的评估并经我方医疗主管的认可，与 <b>治疗</b> 疾病后被保险人正常复元的合理过程相吻合的时间段，最多不超过 90 天。  |
| 36.37 意外事故      | 突发的，外来的，非本意的，非疾病的使身体受到伤害的客观事件。  |

|                      |   |
|----------------------|---|
| 36.38 精神治疗           | 指对有心理健康问题的被保险人进行的 <b>治疗</b> ，包括饮食失调。  |
| 36.39 积极治疗           | 指为了缩小肿瘤、制止或延缓其扩散而进行的 <b>治疗</b> 。不包括单纯减轻症状的 <b>治疗</b> 。  |
| 36.40 执业医师           | 指经国家、政府或其他监管注册或认可的可在其管辖范围内进行 <b>治疗</b> 的 <b>执业医师</b> 或专业 <b>医生</b> ，不包括本保险合同保障下的被保险人或其任何家庭成员。   |
| 36.41 健康自体牙          | 指咀嚼、语言等功能完全正常的牙齿、且非种植牙。另外，不得存在下列任何情况之一： <ul style="list-style-type: none"> <li>36.41.1 龋齿或牙科充填；</li> <li>36.41.2 伴随牙槽骨丧失的牙龈牙周疾病；</li> <li>36.41.3 根管<b>治疗</b>。</li> </ul>               |
| 36.42 牙齿损伤           | 指口腔受外部打击而导致 <b>健康自体牙</b> 的损伤。   |
| 36.43 牙医             | 指为国家、政府或其他监管地区所承认并允许在该地区提供 <b>治疗</b> 的牙科 <b>医生</b> 、牙齿外科 <b>医生</b> 或牙科执业人员。   |
| 36.44 口腔健康           | 根据被保险人 <b>常住地</b> 所在国具有普通能力技术的牙科 <b>医生</b> 可以接受的 <b>口腔健康</b> 维护标准，该标准是关于牙齿、牙周及其他口腔支持组织、咀嚼效率等要素的 <b>口腔健康</b> 合理标准。   |
| 36.45 美容             | 指基于美学初衷所提供的服务、程序或项目，以及不是为了保持可接受的健康标准所必须的服务、程序或项目。   |
| 36.46 规范             | 对于 <b>治疗</b> 程序或 <b>治疗</b> 方式，“ <b>规范</b> ”应根据在 <b>治疗</b> 发生国家或地区内、在疗程开始或 <b>治疗</b> 发生当时，与权威的主管机构公布的标准或意见相一致的、由在涉及疾病的专业医疗领域具有丰富经验的 <b>执业医师</b> 持有并作出的意见。                                |
| 36.47 既往症            | 指被保险人在首次获得本保险合同保障前已有的疾病或机体损伤，并满足下列条件之一： <ul style="list-style-type: none"> <li>36.47.1 已经因该疾病或机体损伤进行过过的就诊或<b>治疗</b>；或者</li> <li>36.47.2 虽然没有进行就诊或<b>治疗</b>，被保险人已经知道或者应该已经知道。</li> </ul> |
| 36.48 先天性畸形、变形或染色体异常 | 指被保险人出生时就具有的畸形、变形或染色体异常。先天性畸形、变形和染色体异常依照世界卫生组织《疾病和有关健康问题的国际统计分类》（ICD-10）确定。   |
| 36.49 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。   |

---

36.50 诊所

指在被保险人进行**治疗**的所在地注册或登记的健康服务机构，该类机构主要提供门诊医疗服务，并且该医疗服务是由**执业医师**亲自执行或有效监控的。

36.51 永久植物人状态

指一被保险人至少连续 90 天处于植物人状态。“植物人状态”是指由于机体损伤或疾病使被保险人处于神志丧失的状态，并无法以表情或动作等表现出对自我或周围环境的感知（此处“对自我或周围环境的感知”是指一种意识反应或表达，而不是指神经肌肉反射等基础生理反射现象），并且按照医学上的合理可能性，被保险人应该没有苏醒的可能。