



请扫描以查询验证条款

华泰人寿保险股份有限公司

华泰人寿泰然无忧全球团体医疗保险

第一条 保险合同的构成

华泰人寿保险股份有限公司（以下简称“保险人”）之华泰人寿泰然无忧全球团体医疗保险合同（以下简称“本合同”）由保险条款、投保单、被保险人清单、与本合同有关的其他投保文件、保险单或其他保险凭证、保险卡、网络医院名册、批单、合法有效的声明、批注及其他书面协议等组成。凡涉及本合同的约定，均应采用书面形式。

第二条 投保范围

（一）投保人

对被保险人有保险利益的机关、企业、事业单位和社会团体可作为本合同投保人。

（二）主被保险人

凡年龄在十八至七十**周岁**（见名词释义1）（续保时最高年龄可放宽至七十五周岁），常住地在美国以外国家或地区，投保人对其具有保险利益的，身体健康，能**正常工作**（见名词释义2）、劳动或正常生活的人员可作为本合同的主被保险人。

（三）附属被保险人

经保险人同意，并在本合同中约定，被保险人的以下近亲属可作为本合同的附属被保险人：

- 1、 **配偶**：凡年龄在十八至七十周岁（续保时最高年龄可放宽至七十五周岁），身体健康，能**正常工作**、劳动或正常生活的主被保险人配偶。
- 2、 **子女**（见名词释义3）：凡年龄在二十一周岁及以下（全日制在校学生，经保险人审核同意后，投保年龄可放宽至二十四周岁）、未婚、经济上完全依赖主被保险人的主被保险人子女。

对于在美国全日制学校上学的附属被保险人，在投保时需提供入学证明。

经保险人审核同意并出具保险单或批单，以上人员即可获得被保资格，成为被保险人。如无特别说明，本合同中所指的被保险人均包含主被保险人和附属被保险人。获得被保资格的日期为保险

单所载的保险期间起始日或批单所载保险合同生效日，以两者间较晚的时间为准。若被保险人在保险期间中途终止本保险保障，该被保险人在该保险期间内不得再重新投保。

第三条 保险期间和保险责任的开始

本合同的保险期间为 1 年，自本合同的生效日零时起至本合同保险单满期日 24 时止，本合同另有约定的除外。本合同的生效日及保险期间于保险合同中载明。保险单满期日以本合同生效日为基础计算。如果当月无对应的同一日，则以该月最后一日作为对应日。

第四条 保险金额和保险费

保险金额是保险人承担给付保险金责任的最高限额。

保险金额由投保人、保险人双方约定，并在本合同中载明。

投保人应该按照合同约定向保险人交纳保险费。

第五条 常住地

本合同所指常住地为经常居住地，无经常居住地的，为户籍所在地。由户籍所在地迁出后至迁入另一地之前，无经常居住地的，为原户籍所在地。经常居住地指离开户籍所在地最后连续居住一年以上的地方，但住院就医的地方除外。投保人应将被保险人的常住地及时以书面形式通知保险人。

被保险人离开其常住地期间仍可以享受保障。但若被保险人离开其常住地累积超过 4 个月，保险人可根据被保险人新的居住地进行保费调整。

第六条 保险保障的选定

在投保时，投保人应选择与被保险人对应的保障类型、保险区域、可选保险责任、免赔额、自付比例（见名词释义 4），确定具体的保险保障，并在保险合同中载明。如无特别说明，附属被保险人的保险保障同主被保险人保险保障。

（一）保障类型

本合同被保险人可参保的类型分为单人保障、夫妇保障、亲子保障、家庭保障四种类型，具体如下：

- 1、 单人保障：无附属被保险人仅主被保险人的保障
- 2、 夫妇保障：主、附被保险人仅为夫妻双方的保障
- 3、 亲子保障：主被保险人和主被保险人之子女的保障
- 4、 家庭保障：主被保险人和主被保险人之配偶、子女的保障。

（二）保险区域

在本合同的保险期间内，保险人仅对投保人投保时选择的相应保险区域内发生的保险责任范围内的费用承担保险责任。每一保障类型可选择的保险区域如下：

1、 全球保障

保险区域为全球任何国家和地区。

2、 国际保障

保险区域为除美国、加拿大外的全球任何国家和地区。

3、 国际增强保障

保险区域为除美国、加拿大外的全球任何国家和地区，但保险人对于被保险人在美国和加拿大发生的符合如下条件的**紧急医疗费用**也承担保险责任：

被保险人在美国和加拿大接受紧急医疗前，须获得保险人指定的医疗服务中心（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；**对任何未经中心许可而在美国和加拿大接受紧急医疗所发生的费用，保险人不承担保险责任。**若在紧急医疗情况下，投保人或被保险人在接受紧急医疗前根本无法联系到中心的情形不在此限，**但被保险人亦须在该紧急情况发生后的四十八小时内联系中心。**

符合本条款的紧急医疗是指突然发生的、为避免身体受到严重的伤害或死亡而须立即接受治疗的症状，或因**不可抗力**（见名词释义 5）因素在症状发作后二十四小时内必须开始接受的相应医疗，**但不包括：**

- (1) 被保险人在到达美国和加拿大之前已患上的疾病和症状；
- (2) 常规医疗；
- (3) 可以被合理延迟至被保险人从美国和加拿大返回其常住地后进行的医疗；
- (4) 被保险人事先计划好的医疗行为；
- (5) 被保险人已知或应该知道的情形而发生的医疗；
- (6) 妊娠、分娩及由此而引起的并发症的医疗。

4、 大中华保障

保险区域为中国**境内**（见名词释义 6）、香港、澳门和台湾地区。

5、 大中华增强保障

保险区域为中国境内、香港、澳门和台湾地区，保险人对被保险人在大中华地区（中国境内、香港、澳门和台湾地区）以外发生的符合如下条件的紧急医疗费用也承担保险责任：

被保险人在大中华以外地区接受紧急医疗前，须获得保险人指定的中心的许可，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；**对任何未经中心许可而在大中华以外地区接受治疗所发生的费用，保险人不承担保险责任。**若在紧急医疗情况下，投保人或被保险人在接受紧急医疗前根本无法联系到中心的情形不在此限，但被保险人亦须在该紧急情况发生后的四十八小时内联系中心。

符合本条款的紧急医疗是指突然发生的、为避免身体受到严重的伤害或死亡而须立即接受治疗的状况，或因不可抗力因素在症状发作后二十四小时内必须开始接受的相应医疗，**但不包括：**

- (1) 被保险人在到达大中华以外地区之前已患上的疾病和症状；
- (2) 常规医疗；
- (3) 可以被合理延迟至被保险人从大中华以外地区返回其常住地后进行的医疗；
- (4) 被保险人事先计划好的医疗行为；
- (5) 被保险人已知或应该知道的情形而发生的医疗；
- (6) 妊娠、分娩及由此而引起的并发症的医疗。

（三） 可选保险责任

投保人可为全部被保险人选择投保预防性健康检查、牙科保障以及眼科保障。

（四） 免赔额

本合同的免赔额分**年免赔额**（见名词释义 7）或**次免赔额**（见名词释义 8），具体在保险合同中载明。

（五） 自付比例

本合同的自付比例分为 0%、10%、20%或 30%，具体在保险合同中载明。该比例仅适用于保险期间内被保险人发生的、符合保险责任范围、累计在人民币 70,000 元以内（含）的费用，对于累计超过人民币 70,000 元的费用保险人按 100%比例承担保险责任。

第七条 基本保险责任

在本合同的保险期间内，保险人在本合同所载的最大限额内对以下项目进行赔付：

一、 住院医疗费用

在保险期间内，被保险人在本合同约定的保险区域内因遭受**意外伤害**（见名词释义 9）或罹患疾病经**医师**（见名词释义 10）诊断属医学所指疾病或伤害而必须**住院**（见名词释义 11）治疗的，由此发生的、符合以下类型**通常惯例水平的医疗费用**（见名词释义 12），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（在中国境内公立医院住院治疗的，可为标准单人病房）的床位费，**医学必需**（见名词释义 13）的**重症监护病房床位费**（见名词释义 14）；
- 2、 治疗费、检查费、药品费、化验费；
- 3、 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；
- 4、 住院医师诊疗费；
- 5、 耐用医疗设备费；
- 6、 由放疗师实施的为治疗肿瘤的放射治疗费；
- 7、 由医师或注册呼吸治疗师实施的呼吸治疗费；
- 8、 由医师或护士在医师指导下实施的化学治疗费；
- 9、 由医师或具有相应资质的专业医师实施的物理治疗、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：**
 - (1) 在合理的、可预测的时间内使得症状明显好转；
 - (2) 疗法复杂或被保险人病症只有医师、注册物理治疗师或职业治疗师才能安全、有效实施。
- 10、 为治疗吞咽障碍由语言治疗师实施的电子喉镜检查费；

住院需满足以下全部条件方能得到本合同的保险金给付：

- 1、 住院前须经过保险人指定的中心授权同意或者为紧急住院；
- 2、 被保险人身体状况确实需要住院、看护、康复，并由保险人指定的中心对此作出决定。

如果住院仅是为长期看护、慢性病（见名词释义 15）的疗养或者帮助被保险人日常寝食活动，则保险人不承担给付该项保险金的责任。

二、 门诊医疗费用

在保险期间内，被保险人在本合同约定的保险区域内因遭受意外伤害或者患疾病经医师诊断属医学所指疾病或伤害而必须**门诊治疗**（见名词释义 16）的，由此发生的、符合以下类型通常惯例水平的医疗费用，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、 因意外伤害在 48 小时内发生的治疗费用；
- 2、 急诊室费。**非紧急情况下使用急诊室的，累计在人民币 14,000 元以内（含）的费用保险人按 50%比例承担保险责任；对于累计超过人民币 14,000 元的费用保险人按 100%比例承担保险责任；**
- 3、 急诊医疗服务费；

- 4、 门诊医师诊疗费。医学必需的门诊医师诊疗费每日限一次。若被保险人因医疗要求必须一日内在不同科室就诊，保险人也将给予赔付。若无特别约定，保险人不承担非治疗为目的的常规体检费用；
- 5、 化验费、检查费，包括但不限于心电图检查、超声波检查、CAT 检查、PET 检查、核磁共振检查、X 光检查；
- 6、 内窥镜检查费（必须获得预授权，如果发生在美国则必须使用医疗服务网络）；
- 7、 门诊手术费（包含穿刺检查）（必须获得预授权，如果该手术发生在美国则必须使用医疗服务网络）。

三、 手术费用

1、 手术费

本合同承担在**医院**（见名词释义 17）、医师办公室或其他经保险人同意的医疗机构发生的手术费用（包含手术台使用费用、骨折和关节错位治疗费用）。基于**助理手术医生进行手术而发生的费用**给付金额以基于**主治手术医生进行手术而发生的符合通常惯例水平的医疗费用的 50%为限**。

2、 麻醉师费

除了手术医生和其助理手术医生之外，本合同对麻醉师费承担保险责任，但**给付金额以基于主治手术医生进行手术而发生的符合通常惯例水平的医疗费用的 25%为限**。

四、 特殊疾病和特殊项目费用：

1、 HIV（人类免疫缺陷病毒）、AIDS（获得性免疫缺陷综合征）（见名词释义 18）和 ARC（艾滋相关综合征）

若非**既往症**（见名词释义 19），保险人对于被保险人治疗 HIV（人类免疫缺陷病毒）、AIDS（获得性免疫缺陷综合征）和 ARC（艾滋相关综合征）的医学必需的、非实验的费用承担给付责任。

2、 医生巡房费

本合同承担被保险人在住院期间或者入住经保险人同意的康复机构期间的每日医生巡房费。**若该医生巡房费已经在手术费下取得赔付，则本项目不进行重复赔付**。若医疗需要在一天内有多个科室的医生进行巡房，保险人也可以支付相应的费用。**若因病情严重需要延长或者多次巡房的，保险人需获得有关的记录并有权决定是否赔付**。

3、 妊娠和生育费用

保险人按照本合同约定承担女性主被保险人或作为配偶的女性附属被保险人，在保险期间内在**医院或生育中心**（见名词释义 20）发生的任何与妊娠有关的费用。包括但不限于：

- (1) 生育费、产前检查费、流产和早产费；
- (2) 妊娠期内医师处方开具的维生素和钙剂费；
- (3) 妊娠期内 2 次超声波检查费。如因为高危妊娠或并发症而需要额外的超声波检查，则需向保险人提交医师书面证明。

4、 产科服务费

麻醉费、分娩费、产前产后检查费、妊娠并发症（见名词释义 21）治疗费、流产费以及其它妊娠有关的费用。

5、 新生儿费

对于女性主被保险人或作为配偶的女性附属被保险人，在保险期间内生育的婴儿在其出生后十四日内发生的住院看护费和其它医疗费用属于本合同保险责任，前述费用将单独计算并需要满足本合同约定的免赔额。

6、 先天性疾病费用

对于女性主被保险人或作为配偶的女性附属被保险人，若其子女自出生即日起就加入本合同，保险人承担因其子女罹患先天性疾病（见名词释义 22）所产生的医疗费用，若其子女未自出生即日起加入本合同，保险人不承担因其子女罹患先天性疾病所产生的医疗费用。

7、 针灸和顺势疗法费用

对于具有相应资质的专业医师实施的针灸治疗（见名词释义 23）、顺势疗法（见名词释义 24）费保险人承担保险责任。

8、 睡眠检查和治疗费

对于经保险人指定的中心许可的、疑为发作性睡眠或阻塞性呼吸暂停症状的检查和治疗费保险人承担保险责任，但不包括对失眠、多动腿综合征的睡眠检查和治疗费。

9、 器官移植费（含人体器官、骨髓、血干细胞移植）

对于被保险人作为受体接受器官、骨髓、血干细胞移植治疗而支付的费用保险人承担保险责任，但被保险人需事先向保险人指定的中心提交申请。器官移植供体费用、器官来源费用、器官储藏费用不属于本合同保障范围。

10、 紧急牙科治疗费

对因遭受意外伤害而受损的、原未经过任何治疗的、完整无损的自身牙齿的紧急治疗和修复费保险人承担保险责任。

五、 精神和心理障碍治疗费

对于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，接受具有相应专业资格的医师或心理学家实施的住院、门诊医疗或咨询费用保险人承担保险责任。精神和心理障碍治疗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**（见名词释义 25）、失眠症、**注意力缺陷障碍**（见名词释义 26）、**注意缺陷多动障碍**（见名词释义 27）治疗，**但不包括智能测试、教育测试、婚姻和家庭心理咨询。**

六、 临终关怀费

发生本合同保险事故的被保险人因该事故导致的病症（伤害）而被诊断患终末期疾病且存活期在二百四十日以下（含），经保险人指定的中心许可，该被保险人接受具有相应资质的**临终关怀机构**（见名词释义 28）提供的、由专业人员和志愿者组成的跨学科、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**）保险人承担保险责任。被保险人入住临终关怀机构接受临终关怀的，须基于病情和家庭的必要。

七、 专业护士家庭护理费

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处方要求的、医学必需的专业护士（见名词释义 29）护理（**不包括保险期间届满后发生的家庭护理费用**）、**且每日至少持续四个小时以上的护理，须满足以下全部条件：**

- 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为目的。
- 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：
 - (1) 住院治疗的被保险人被运送回家当日；
 - (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；
 - (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，保险人对此不承担保险责任。

八、 处方药费

- 1、 在美国以外地区或国家发生的处方药（见名词释义 30）费，我们按以下原则进行赔付：
 - (1) 按 80%比例进行赔付；
 - (2) 以 90 日用量为上限。
- 2、 在美国发生的处方药费：

在美国发生的处方药费必须是在保险人指定的美国网络药店所购买。被保险人可以在保险人提供的保险卡中找到相关的网络药店内容并在购买药品时出示该保险卡。如果被保险人选择购买保险人指定的品牌药而非同类普通药，则被保险人须承担二者之间的差价，即超过通常惯例水平部分的处方药费用。被保险人医师书面要求必须使用品牌药的情形不在此限。

3、 赔付比例

- (1) 在美国之外地区或国家购买的药物按 80%比例进行赔付；
- (2) 在美国指定网络药店内购买的药物按 80%比例进行赔付；
- (3) 在美国非指定网络药店内购买的药物按 60%比例进行赔付。

4、 剂量限制：

- (1) 在美国发生的处方药费以 180 日用量为上限；
- (2) 非美国地区或国家发生的处方药费以 90 日用量为上限。

九、 耐用医疗设备购买或租赁费

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的购买或租赁费（以通常惯例水平的购买价格为上限），以及随后修理、更换的费用，但保险人仅就修理、更换费用的 50%比例承担保险责任。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、额外的牙科切磨器、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。

十、 医疗及身故援助费用

1、 紧急医疗运送费用

对于在紧急情况下，出于医疗必要，以专业救护车将被保险人运至医疗机构所发生的费用，属保险责任范围内的费用。

2、 紧急医疗转运费

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指定的中心，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且能够提供所需服务的医疗机构，由此发生的费用属保险责任范围内的费用。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承担。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，中心将安排其以公共交通工具（飞机限经济舱）返回其常住地，相应交通费用亦属保险责任范围内的费用。

3、 遗体运返或安葬费用

保险期间内被保险人在其**国籍国**（见名词释义 31）以外国家或地区身故，在事发地法律法规许可的情况下，保险人将负责运送其遗体至其国籍国或安排当地安葬，由此发生的费用属保险责任范围内的费用。

十一、 特殊风险保障

保险人对被保险人治疗由**战争**（见名词释义 32）和**恐怖主义活动**（见名词释义 33）引起的伤害发生的上述一至十项医疗费用承担保险责任，**但不包括下列情形：**

- 1、 被保险人主动参加或受训于战争和恐怖主义活动；
- 2、 核、化学、生物大规模杀伤性武器引起的伤害。

第八条 可选保险责任

在基本保险责任的基础上，投保人可为全体被保险人选择投保预防性健康检查、牙科保障或眼科保障, 并在保险合同中载明。

一、 预防性健康检查

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，均属可选保险责任范围内的医疗费用。保险人按“**保险责任范围内的费用×（1－自付比例）**”进行赔付。保险人对每一被保险人支付的本项费用累计以人民币 1,400 或 2,800 元为上限，具体由投保人与保险人约定并于本合同中载明。

二、 牙科保障

对被保险人发生的属于以下保险范围内的牙科费用，保险人按类别进行赔付，并以本合同中约定的每年最高赔付限额为限。

- 1、 预防性治疗费。保险人按照合同约定比例进行赔付，费用包括：
 - (1) 常规牙科检查；
 - (2) 咬翼片 X 光片检查；
 - (3) 牙齿预防治疗；
 - (4) 洁齿，以本合同约定的每年最高赔付次数为限；

(5) 涂氟治疗，限 19 周岁及以下被保险人。

2、 基础修补性治疗费。保险人按照合同约定比例进行赔付，费用包括：

- (1) 牙齿填充；
- (2) 拔牙；
- (3) 牙根管治疗；
- (4) 牙周病治疗；
- (5) 口腔手术以及相关的麻醉师费；
- (6) 紧急止痛；
- (7) 抗生素注射。

3、 重大修复性治疗费用。保险人按照合同约定比例支付该项目保险金，费用包括：

- (1) 根管填充；
- (2) 牙冠和嵌体；
- (3) 桥式义齿（包括化验和麻醉费用）；
- (4) 智齿拔除。

4、 矫正治疗费用。保险人按照本合同约定的比例对被保险人牙齿矫正费用给付保险金，并以约定的最大赔付金额为限，但本项费用仅适用于 19 周岁及以下被保险人。

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。

三、 眼科保障

对被保险人发生的属于以下保险范围内的眼科费用，保险人按类别进行赔付，并以本合同中约定的每年最高赔付限额为限。

- 1、 一次眼科检查费；
- 2、 眼镜框架费；
- 3、 一副镜片费。

与眼科保障对应的保险责任范围内的费用不包括隐形眼镜、太阳镜及相关配件的费用。

第九条 保险金计算方法

保险人对基本保险责任保险金及可选保险责任保险金计算方法约定如下：

若被保险人未通过**基本医疗保险**（见名词释义 34）、公费医疗保障及其他费用补偿型医疗保险取得医疗费用补偿，保险人对符合条款约定的医疗费用按约定的给付比例进行给付。

若被保险人已通过**基本医疗保险**、公费医疗保障或其他费用补偿型医疗保险取得医疗费用补偿，保险人对符合条款约定的医疗费用扣除被保险人从**基本医疗保险**、**城乡居民大病保险**、公费医疗和其他费用补偿型医疗保险获得的医疗费用补偿后，对剩余部分按约定的给付比例进行给付。

第十条 费用补偿原则

被保险人从任何途径获得的医疗费用补偿金额的总和不得超过被保险人已实际支出的、必需且合理的医疗费用。

本合同所指被保险人获得补偿的途径，包括被保险人通过**基本医疗保险**、**城乡居民大病保险**、公费医疗、其他费用补偿型医疗保险、社会福利机构和工作单位等任何其他途径获得的补偿。

保险人按照上述原则对本附加合同约定的各项责任分别给付保险金。

第十一条 责任免除

对于被保险人发生的以下费用或者由于以下一种或多种原因发生的费用，保险人不承担给付保险金责任：

- 1、 投保人对被保险人的故意杀害、故意伤害；
- 2、 非医学必需的治疗、服务、器械或药品费用，本合同另有约定的不在此限；
- 3、 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、房屋打扫、访客膳食和住宿、电话、家庭设备、旅行和宾馆住宿费用，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费用，本合同另有约定的不在此限；
- 4、 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费，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；
- 5、 超过通常惯例水平的医疗费用；
- 6、 电话咨询费；
- 7、 没有按时就诊的预约费用；
- 8、 被保险人故意犯罪或者抗拒依法采取的刑事强制措施；
- 9、 出于行政或管理事务目的（比如与投保保险、招聘、入学或运动相关的体格检查）发生的体检费用，本合同另有约定的不在此限；
- 10、 疫苗费，本合同另有约定的不在此限；

- 11、 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，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；
- 12、 视觉治疗相关费用，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）校正手术费；
- 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费；
- 14、 无论是否处于心理目的而进行的美容、整容（含牙科治疗，非工伤引起的且符合本合同约定的除外），对皮肤表面非囊肿粉刺的治疗，对未表现出可疑细胞行为（如近期大小、形状、颜色发生改变）的良性皮肤损害的治疗，美容性质的白癜风治疗，对浅表静脉曲张、蜘蛛脉、除瘢痕疙瘩型外的其他瘢痕、纹身去除、皮肤变色的治疗或手术，丰胸或缩胸手术及其并发症治疗，与脱发相关的治疗费用。
- 15、 疑为发作性睡眠或阻塞性呼吸暂停症状发生的检查和治疗费，医学必需并取得保险人指定的中心的事先授权同意的不在此限；
- 16、 戒烟治疗费，对由酒精、溶剂或毒品滥用引起的伤害或疾病的治疗费，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费；
- 17、 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）及相应并发症治疗费；
- 18、 优生优育咨询、筛查、检查和治疗， 生育前培训，选择性剖腹产，与不孕不育症或生育治疗相关的移植费用。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），以及与此相关的怀孕、妊娠并发症、分娩、产后护理费等；
- 19、 选择性流产及并发症治疗，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，用于提高性功能的药物费用；
- 20、 作为子女的附属被保险人怀孕及相关症状治疗费；
- 21、 包皮环切术，医学必需并取得保险人指定的中心的事先授权同意不在此限；
- 22、 自残或自杀，但被保险人自残或自杀时为无民事行为能力人的除外；

- 23、除紧急牙科外的其他牙科治疗费（包括对咀嚼食物或其他外物引起的牙齿伤害的治疗费），颞下颌关节紊乱综合征的治疗费，本合同另有约定的不在此限；
- 24、耐用医疗设备使用和保养指导费，隐形眼镜、眼镜（被保险人享有眼科保障情形不在此限）的费用；
- 25、非处方医疗器械费，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）；
- 26、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、畸形足、不稳足、扁平足或足弓塌陷的器材费，任何与跗骨、跖骨相关的治疗费，对脚表面损害（如鸡眼、老茧、角质化）治疗费（但有关骨外露、肌腱或韧带的手术不在此限），常规足部治疗费，因意外伤害或疾病引起的足部治疗情形不在此限；
- 27、生长激素治疗费，经保险人指定的中心许可的医学必需情形不在此限；
- 28、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费；
- 29、对由下列任何异常风险引起的伤害的治疗费用：参加或受训职业体育运动，化学污染，放射材料辐射或核燃料燃烧，无必要但主动置身于风险（抢救他人生命情形不在此限）；
- 30、对属于既往症的获得性免疫缺陷综合征（AIDS，艾滋病（见名词释义 35））、艾滋相关综合征（ARC）和其他与 HIV 病毒相关的性传染病或症状的治疗费用；
- 31、未书面告知的既往症。

第十二条 医疗服务网络和事先授权

（一）医疗服务网络

保险人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，被保险人亦可登陆保险人指定的网站或致电查询相关信息。被保险人在保险人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、保险人与投保人约定类型的保险责任范围内的费用中应由保险人承担的部分，保险人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，保险人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、应由被保险人负担但中心已向医疗机构支付的医疗费用，在接到保险人或中心通知后，被保险人应在三十日内向中心返还相应款项。

在美国和加拿大，被保险人应在网络医疗机构内接受治疗，**根据是否在网络医疗机构内接受治疗，被保险人应额外自付以下比例（即非网络自付比例）的保险责任范围内的费用**，保险人依据当地网络医疗机构平均价格水平确定通常惯例水平的费用，并根据**第七、八、九条计算的保险金×（1－非网络自付比例）**进行赔付。美国和加拿大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 Health Providers）以及保险人指定的美国和加拿大其他医疗机构。被保险人在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保险事故发生地方圆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

被保险人因保险事故发生地方圆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

进行下列项目前，被保险人须在预定开始日期前至少五个工作日向保险人指定的中心提交事先授权申请表：

- (1) 住院治疗；
- (2) 需全身麻醉的门诊手术；
- (3) 化学治疗和放射治疗；
- (4) 内窥镜检查；
- (5) 门诊手术（包含穿刺检查）；
- (6) 癌症治疗；
- (7) 专业护士家庭护理；
- (8) **肾衰竭**（见名词释义 36）血液透析和腹膜透析治疗；
- (9) 购买或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；
- (10) 器官、骨髓、干细胞和其他组织移植；
- (11) 紧急医疗转运；
- (12) 紧急牙科治疗；

- (13) 每剂超过人民币 7,000 元的药剂或疫苗；
- (14) 酒精和药物滥用戒断治疗；
- (15) 对疑为发作性睡眠或阻塞性呼吸暂停症状的睡眠检查和治疗；
- (16) 医学必需的包皮环切术；
- (17) 不符合本项第 1 至 16 条约定但保险期间内预期累计医疗费用超过人民币 35,000 元的任何治疗。

对于被保险人申请事先授权，保险人指定的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，保险人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，或保险人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保险责任范围内的医疗费用的 40%，即保险人根据第七、八、九条计算的保险金×（1－非网络自付比例）×（1－40%）进行赔付；未获得书面许可回复被保险人接受紧急医疗转运的，保险人不承担保险责任。

发生紧急情况的，被保险人可在开始治疗后通知保险人指定的中心，但须在开始接受治疗后四十八小时内，并可在就近网络或非网络医疗机构接受治疗。保险人将对该次治疗是否属紧急情况予以审核。

被保险人、相关人员或医疗机构可致电保险人指定的中心，了解事先授权、网络医疗机构相关情况。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，保险人按照本合同约定承担保险责任。

第十三条 保险人义务

订立本合同时，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本合同的内容。对本合同中免除保险人责任的条款，保险人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。

保险人依据第十四条所取得的保险合同解除权，自保险人知道有解除事由之日起，超过三十日不行使而消灭。

保险人在合同订立时已经知道投保人未如实告知的情况的，保险人不得解除合同；发生保险事故的，保险人应当承担给付保险金责任。

保险人按照第十六条的约定，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。

保险人收到被保险人或者受益人的保险金申请后，应当及时作出是否属于保险责任的核定；情形复杂的，应当在三十日内作出核定。

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十日内，履行给付保险金义务。本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三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申请和有关证明、资料之日起六十日内，对其保险金的给付的数额不能确定的，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。

第十四条 投保人、被保险人义务

除另有约定外，投保人应当在本合同成立时交清保险费。**保险费未按约定及时足额交付前发生的保险事故，保险人不承担保险责任。**

订立本合同，保险人就保险标的或者被保险人的有关情况提出询问的，投保人应当如实告知。

投保人故意或者因重大过失未履行前款规定的义务，足以影响保险人决定是否同意承保或者提高保险费率的，保险人有权解除本合同。

投保人故意不履行如实告知义务的，保险人对于合同解除前发生的保险事故，不承担给付保险金责任，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，保险人对于合同解除前发生的保险事故，不承担给付保险金责任，但应当退还（无息）保险费。

投保人在申请投保时，应将与**有效身份证件**（见名词释义 37）相符的被保险人的出生日期在投保书上填明。如发生错误应按照下列规定办理：

- (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的投保年龄限制的，**保险人不承担该被保险人的保险责任。保险人有权解除该被保险人的被保险人资格，并退还该被保险人对应的现金价值（见名词释义 38）；**
- (2) 投保人申报的被保险人年龄不真实，致使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。若该被保险人已发生保险事故，保险人在向该被保险人给付保险金时按实付保险费和应付保险费的比例给付；**

(3) 投保人申报的被保险人年龄不真实，致使投保人实付保险费多于应付保险费的，保险人会将多收的保险费（无息）退还给投保人。

投保时，被要求填写健康问卷调查表的被保险人须如实告知既往症及保险人要求的其他医疗、症状等信息，**保险人将进行审核并确定是否承担保险责任。**

投保人住所、通讯地址或电话等联系方式变更时，应及时以书面形式或双方认可的其他形式通知保险人。**投保人未通知的，保险人按本合同所载的最后联系方式发送的有关通知，均视为已发送给投保人。**

投保人、被保险人或者保险金受益人知道保险事故发生后，应当在 48 小时内或经保险人书面同意延长的期限内及时通知保险人。**故意或者因重大过失未及时通知，致使保险事故的性质、原因、损失程度等难以确定的，保险人对无法确定的部分，不承担给付保险金责任，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。**

第十五条 受益人

除另有约定外，本合同保险金的受益人为被保险人本人。

第十六条 保险金的申请

被保险人在网络医疗机构接受治疗，该医疗机构受保险人委托对被保险人免收本合同约定的应向受益人支付的保险金数额对应的医疗费用的，或保险人已承担相应费用的，则受益人不得就此向保险人申请保险金。其他情形，受益人可根据本合同向保险人申请保险金。

向保险人申请保险金时，申请人（即受益人或其受托人）可从保险人指定网站下载保险金申请表；经申请人要求，保险人亦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，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保险人所有。

保险金受益人申请本合同保险金时，保险人有权要求被保险人做身体检查或提供有关的检验报告，有权申请国家认可的鉴定机构对保险事故进行鉴定。被保险人有义务向保险人提供保险事故相关的所有医疗报告和记录，若为处理本合同相关事宜，经保险人要求，被保险人应授权许可保险人向医疗机构取得其完整全面的医疗病历。

第十七条 被保险人人员变更

（一） 被保险人人员变更

保险期间内，投保人可申请变更被保险人人员，保险人按下列约定予以受理：

- 1、 投保人因人员变动需要增加主被保险人员的，应在其符合本合同第二条“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保险人，并按照保险人的要求提供

该人员雇佣日期或开始符合本合同被保险人资格日期、工作情况以及保险人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**（见名词释义 39）的，经保险人同意，保险人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，保险人将对其进行医疗核保。经保险人审核同意后，保险人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。

- 2、因主被保险人婚姻状态发生变化或其他原因需要增加附属被保险人员的，投保人应在三十日内书面通知保险人，保险人进行医疗核保。经保险人同意，保险人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，**并根据人员变更前后不同保障类型保险费差额按日收取相应保险费。**
- 3、投保人需要减少主被保险人员的，投保人应立即书面通知保险人，并向保险人退还保险卡。**保险人将自收到通知之日次日零时起或通知书载明的终止日期次日零时（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。**
- 4、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员的，投保人应立即书面通知保险人，并向保险人退还保险卡。**保险人自收到通知之日次日零时起或通知书载明的终止日期次日零时（以较晚者为准）起终止对相应附属被保险人的保险保障，并根据人员变更前后不同保障类型保险费差额按日退还（无息）保险费。**

（二） 保险期间内生育婴儿或收养子女

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，投保人可为该婴儿投保本保险，并递交将本合同保障类型更改为家庭保障或亲子保障的申请。在该婴儿出生后十四日内投保的，保险人从婴儿出生之日次日零时起对婴儿承担保险责任；在该婴儿出生十四日后投保的，经保险人同意，保险人自通知书载明的起始日期零时起对该婴儿承担保险责任，**但该婴儿既往症将适用为期 180 天等待期（见名词释义 40），保险人对该婴儿在此期间内发生的既往症医疗费用不承担保险责任。**同时，保险人根据加保该婴儿前后不同保障类型保险费差额按日收取相应保险费。

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，投保人可为该子女投保本保险，并递交本合同保障类型更改为家庭保障或亲子保障的申请。在该子女被批准收养之日起十四日内投保的，保险人从该子女被批准收养之日次日零时起对该子女承担保险责任；在该子女被批准收养之日起十四日后投保的，经保险人同意，保险人自通知书载明的起始日期零时起对该子女承担保险责任。**无论何种情形，该子女既往症将适用为期 180 天等待期，保险人对该子女在此期间内发生的既往症医疗费用不承担保险责任。**同时，保险人根据加保该子女前后不同保障类型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保险人。保险人有权调整承保条件或终止对相关被保险人的保险责任。

第十八条 医疗机构就诊

保险人仅对被保险人发生的符合通常惯例水平的医疗费用承担保险责任。

罹患疾病或遭受意外伤害后，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。

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、药剂师等向保险人提供保险人认为处理本合同相关事宜所必要的医疗信息（包括完整医疗病历和诊断）。保险人将对这些信息保密。

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保险人将所有医疗信息提供给相关机构以处理本合同相关事宜。

第十九条 争议处理和法律适用

因履行本合同发生的争议，由当事人协商解决。协商不成的，可以依法向中华人民共和国境内（不包括港澳台地区）有管辖权的人民法院提起诉讼。

与本合同有关的以及履行本合同产生的一切争议处理适用中华人民共和国境内法律（不包括港澳台地区法律）。

第二十条 其他事项

除本合同另有约定外，经投保人和保险人协商同意后，可变更本合同的有关内容。变更本合同时，投保人应填写变更合同申请书，经保险人审核同意，并在本合同的保险单或其它保险凭证上加以批注，或由投保人和保险人订立变更的书面协议后生效。

在本合同成立后，投保人可以书面形式通知保险人解除合同。**投保人解除合同会遭受一定的损失。**

投保人申请解除本合同时，须填写解除合同申请书并向保险人提供下列资料：

- (1) 保险合同；
- (2) 投保人有效身份证件。

若投保人委托他人办理书面申请解除本合同，还须提供授权委托书及委托人、受托人身份证明。

自保险人接到保险合同解除申请书之日起，本合同的效力终止。保险人自本合同效力终止之日起 30 日内向投保人退还合同终止时本合同现金价值。

本合同涉及的外币与人民币的汇率，以 www.oanda.com 公布的外汇汇率为准，其中，保费结算

以上月最后一天收盘汇率，保险金结算以相关支出费用结算日的收盘汇率为准。

保险人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、是否享有预防性健康检查、是否享有牙科保障、是否享有眼科保障、保险人指定的医疗服务中心号码、如何联系医疗服务网络等信息。

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。

第二十一条 释义

- 1、 周岁：以有效身份证件中记载的出生日期为标准计算年龄（不足1年不计）。
- 2、 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。
- 3、 子女：指与主被保险人存在父母与子女关系的婚生或非婚生子女、养子女和抚养关系的继子女。
- 4、 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。
- 5、 不可抗力：指不能预见、不能避免并不能克服的客观情况。
- 6、 境内：指中华人民共和国边境以内的地区，不包括香港特别行政区、澳门特别行政区及台湾地区。
- 7、 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首先由被保险人自行承担的金额。
- 8、 次免赔额：指被保险人**每次治疗**（见名词释义41）发生的保险责任范围内的费用中须首先由被保险人自行承担的金额。
- 9、 意外伤害：指遭受外来的、突发的、非本意的、非由疾病引起的使身体受到伤害的客观事件，**不包括猝死**（见名词释义42）**情形**。
- 10、 医师：指具有医疗职业资格的专业人员，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。
- 11、 住院：指被保险人因疾病或意外伤害事故以及因此而产生的并发症，经医生诊断必须住院治疗。所住之病房为医院正式病房并须办理入、出院手续，**但不包括入住门诊观察室、家庭病床、其他非正式病房或挂床病房**。
- 12、 通常惯例水平的医疗费用：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，保险人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。

- 13、**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，并非为了个人舒适，并非为了被保险人父母、家庭、医师或其他医疗提供方便。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**（见名词释义 43）或**亚急性**（见名词释义 44）状态需要持续接受治疗、专业护理或**康复治疗**（见名词释义 45）（主要出于接受慢性病治疗、长期看护、**喘息照护**（见名词释义 46）、慢性病维持、协助**日常生活活动**（见名词释义 47）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。
- 14、**重症监护病房床位费：**住院期间出于医学必需被保险人在重症监护室接受医疗而产生的床位费。重症监护室指配有中心监护台、心电监护仪及其他监护抢救设施，相对封闭管理，符合重症监护病房（ICU）、冠心病重症监护病房（CCU）标准的单人或多人监护病房。
- 15、**慢性病：**不需要住院治疗，预期病程长久且无可合理预计的康复日期，可能复发、需要连续或定期护理的伤害、疾病或症状。
- 16、**门诊治疗：**指被保险人确因临床需要，正式办理挂号手续，并确实在医疗机构的门诊或急诊部接受治疗的行为过程。
- 17、**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。**
- 18、**AIDS（获得性免疫缺陷综合征）：**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**（见名词释义 48）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。
- 19、**既往症：**指在保险人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，或显现症状的疾病或损伤。

- 20、生育中心：指主要目的为供怀孕期末期孕妇生产婴儿，并满足下列条件之一：（1）根据当地相关法律批准成立；（2）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的合法机构，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。
- 21、妊娠并发症：指需要住院接受治疗的、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；非选择性剖腹产，异位妊娠终止，妊娠期内无法分娩时主动终止妊娠。**妊娠并发症不包括人工不当操作、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。**
- 22、先天性疾病：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、出生缺陷、身体残疾、智障等发育不完全正常的疾病，这些疾病可能在出生时显现或在出生后逐步显现。
- 23、针灸治疗：由具有相应资格的医师以针或激光为工具实施的治疗。
- 24、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。
- 25、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。
- 26、注意力缺陷障碍：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、活动过多、冲动任性等。
- 27、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。
- 28、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。
- 29、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。
- 30、处方药：指医师处方开具的药物。

- 31、 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，其国籍国以本合同载明的国家或地区为准。
- 32、 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。
- 33、 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。
- 34、 基本医疗保险：指职工基本医疗保险、城镇居民基本医疗保险、新型农村合作医疗等政府依法举办的基本医疗保障项目。
- 35、 艾滋病：指获得性免疫缺陷综合征的简称。
- 36、 肾衰竭：指两侧肾脏长期不可逆转功能丧失。肾衰竭的判定，须有定期接受肾透析或肾移植的证明。
- 37、 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。
- 38、 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，由我们退还的那部分金额。
- 本合同的现金价值 = 保险费 × (1-已经过日数/保险期间日数) × 80%
- 39、 与本合同等效的医疗保险：该医疗保险在保险责任范围上应与本合同等同，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合同日间隔不超过三十日。
- 40、 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，至保险人具有保险金赔偿或给付责任之日的一段时间，保险人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。
- 41、 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同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。
- 42、 猝死：指貌似健康的人因潜在疾病、机能障碍或其他原因在出现症状后 24 小时内发生的非暴力性突然死亡，**属于疾病身故**。猝死的认定，如有公安机关、检察院、法院等司法机关的法律文件、医疗机构的诊断书等，则以上述法律文件、诊断书等为准。

- 43、 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。
- 44、 亚急性：指病情具有急性病一些特征，处于急性和慢性之间。
- 45、 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，保险人仅对处于急性或亚急性阶段的病人住院承担保险责任，且须经过保险人指定的医疗服务中心许可。
- 46、 喘息照护：指出于减轻患慢性病或终末期疾病病人护理负担的目的，病人住院接受的照料和护理。
- 47、 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。
- 48、 艾滋病病毒：指获得性免疫缺陷病毒的简称。