



请扫描以查询验证条款

附件 2

英大泰和人寿保险股份有限公司

英大泰和全球团体医疗保险条款

第一章 合同构成与投保范围
第二章 保险责任与责任免除
第三章 保险期间、基本保险金额与保险费
第四章 保险金申请
第五章 合同变更与解除
第六章 一般条款
第七章 释义

第一章 合同构成与投保范围

第一条 合同构成

英大泰和全球团体医疗保险合同（以下简称本合同）由保险单及所附条款、投保单、被保险人名册、变更申请书、声明、批注、批单及其他保险凭证、与本合同有关的投保文件、书面协议构成。

第二条 投保范围

凡特定团体成员均可作为被保险人，由对其具有保险利益的投保人向本公司（见释义）投保本保险。

前款被保险人的子女、配偶或父母，经本公司审核同意，可作为附属被保险人参加本保险。除特别指明外，本合同中所指的被保险人均含附属被保险人。

第二章 保险责任与责任免除

第三条 保险保障的选定

投保时，投保人应选择与被保险人对应的保障类型，确定具体的保险保障，并载明于本合同中。

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

1. 全球保障

保险地域为全球任何国家和地区。

2. 国际保障

保险地域为除美国、加拿大外的全球任何国家和地区。

3. 国际增强保障

保险地域除同国际保障外，本公司对被保险人在美国和加拿大发生的、与紧急医疗对应的保险责任范围内的费用亦提供保险保障。

被保险人在美国和加拿大接受紧急医疗前，须获得本公司指定的服务中心（以下简称服务中心）的许可，该服务中心将引导该被保险人至最近且合适的网络医疗机构就医；本公司对被保险人未经服务中心批准在美国和加拿大接受治疗发生的任何费用不承担保险责任，被保险人在接受紧急医疗前根本无法联系服务中心的情形不在此限，但该被保险人亦须在该紧急情况发生后四十八小时内联系服务中心。

这里的“紧急医疗”指：针对突然发生的、为避免严重终身伤害或死亡须立即接受的药物或手术治疗的症状，被保险人立即或因不可抗力（见释义）因素在症状发作后二十四小时内开始接受的相应医疗。紧急医疗不包括：

- （1）以接受治疗为目的或者违背医嘱前往美国或者加拿大期间发生的任何医疗；
- （2）常规医疗；
- （3）可以推迟至被保险人从美国和加拿大返回后接受的医疗；
- （4）被保险人事先计划好的医疗；
- （5）因被保险人已知或应该知道的情形而发生的医疗；
- （6）妊娠、分娩及相关病症医疗。

4. 大陆及港澳台保障

保险地域为中国大陆，香港、澳门特别行政区，以及台湾地区（以下简称大陆及港澳台）。

5. 大陆及港澳台增强保障

保险地域除同大陆及港澳台保障外，本公司对被保险人在大陆及港澳台以外国家和地区发生的、与紧急医疗对应的保险责任范围内的费用亦提供保险保障。

被保险人在大陆及港澳台以外国家和地区接受紧急医疗前，须获得服务中心的许可，该服务中心将引导该被保险人至最近且合适的网络医疗机构就医；本公司对被保险人未经服务中心批准在大陆及港澳台以外国家和地区接受治疗发生的任何费用不承担保险责任，被保险人在接受紧急医疗前根本无法联系服务中心的情形不在此限，但该被保险人亦须在该紧急情况发生后四十八小时内联系服务中心。

这里的“紧急医疗”指：针对突然发生的、为避免严重终身伤害或死亡须立即接受的药物或手术治疗的症状，被保险人立即或因不可抗力因素在症状发作后二十四小时内开始接受的相应医疗。紧急医疗不包括：

- （1）以接受治疗为目的或者违背医嘱前往大陆及港澳台以外国家和地区期间发生的任何医疗；
- （2）常规医疗；
- （3）可以推迟至被保险人返回大陆及港澳台地区后接受的医疗；
- （4）被保险人事先计划好的医疗；
- （5）因被保险人已知或应该知道的情形而发生的医疗；
- （6）妊娠、分娩及相关病症医疗。

第四条 保险责任

本合同保险责任包括一般疾病（伤害）和一般项目住院（见释义）医疗保险责任、一般疾病（伤害）和一般项目门诊（见释义）医疗保险责任、特殊疾病和特殊项目医疗保险责任、紧急医疗及身故援助保险责任、可选保险责任。

（一）一般疾病（伤害）和一般项目住院医疗保险责任

除另有约定外，投保人为被保险人初次投保或续保间断后重新投保本保险时，自本合同生效之日起 30 日（含）内为等待期。被保险人在等待期内确诊发生疾病，无论该次疾病导致的医疗行为是在等待期内还是在等待期后，本公司对相应的住院费用均不承担给付保险金的责任。续保或被保险人因意外伤害需要住院治疗的，不适用等待期条款。

在保险期间内，被保险人在与其保障类型对应的保险地域内因遭受意外伤害（见释义）或在等待期后确诊发生疾病接受医师（见释义）推荐的、医学必需（见释义）的一般疾病（伤害）和一般项目住院治疗，由此发生的、符合通常惯例水平（见释义）的以下类型费用，属保险责任范围内的一般疾病（伤害）和一般项目住院费用：

1. 双人病房（在中国大陆接受住院治疗的，可为标准单人病房）床位费，重症监护病房费，医院（见释义）提供给病人的膳食和营养配餐费。
2. 未满十八周岁（见释义）附属被保险人住院期间其一位监护人陪同住院加床费，女性被保险人住院期间其出生未满十六周的新生婴儿住院加床费。
3. 手术室和恢复室费，手术敷料费。
4. 急诊室费。若为非紧急情况下使用急诊室的，每一保险事故仅急诊室费人民币 16,000 元以下部分的 50%、超过人民币 16,000 元以上部分的 100%属保险责任范围内的费用。
5. 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。
6. 药品费。
7. 医师诊疗费。
8. 手术医师费和麻醉师费。
9. 护理费。
10. 吸氧费。
11. 化验费。
12. 检查费，包括但不限于 X 光检查、超声波检查、超声波心动描记术、计算机断层扫描、正电子发射计算机断层扫描、核磁共振检查费。
13. 矫形改造手术费，仅限于遭受意外伤害或确诊发生疾病需要接受矫形改造手术恢复肢体功能或容貌的情况。
14. 被保险人作为受体接受器官、骨髓、干细胞移植费。
15. 放射治疗、化学治疗费。
16. 会诊咨询和病理分析费。
17. 由医师或注册呼吸治疗师实施的呼吸治疗费。
18. 由医师或具有相应资质的专业医师实施的物理治疗、职业疗法费。这些治疗须为该被保险人医师书面治疗计划一部分，且满足下列全部条件：第一，在合理的、可预测的时间内使得症状明显好转；第二，疗法复杂或被保险人病症使得只有医师、注册物理治疗师或职业治疗师才能安全、有效实施。
19. 为治疗吞咽障碍由语言治疗师实施的电子喉镜检查费。
20. 入住经本公司指定服务中心批准的机构接受的康复治疗（见释义）和由专业护士（见释义）实施的专业护理费用。对每一被保险人承担本项费用日数累计以 90 日为上限。

（二）一般疾病（伤害）和一般项目门诊医疗保险责任

除另有约定外，投保人为被保险人初次投保或续保间断后重新投保本保险时，自本合同生效

之日起 30 日（含）内为等待期。被保险人在等待期内确诊发生疾病，无论该次疾病导致的医疗行为是在等待期内还是在等待期后，本公司对相应的门诊费用均不承担给付保险金的责任。续保或被保险人因意外伤害需要门诊治疗的，不适用等待期条款。

在保险期间内，被保险人在与其保障类型对应的保险地域内因遭受意外伤害或在等待期后确诊发生疾病接受医师推荐的、医学必需的一般疾病（伤害）和一般项目门诊医疗，由此发生的、符合通常惯例水平的以下类型费用，属保险责任范围内的一般疾病（伤害）和一般项目门诊费用，**对每一被保险人给付的一般疾病（伤害）和一般项目门诊医疗保险金累计以人民币 100,000 元为上限。**

1. 门诊**处方药**（见释义）费。

（1）保险责任范围内的门诊处方药费用

保险期间内，被保险人在与其保障类型相对应的保险地域内因遭受意外伤害或确诊发生疾病接受医师推荐的、医学必需的每次门诊治疗，由此发生的、符合通常惯例水平和下列约定的门诊处方药费用，属保险责任范围内的费用：

第一，被保险人在美国发生门诊处方药费用的，每次门诊可纳入保险责任范围内的门诊处方药用量以 180 日用量为上限；被保险人在美国以外国家和地区发生门诊处方药费用的，以 90 日用量为上限。本公司对超过限量部分不承担保险责任。

第二，如果被保险人选择购买品牌药而非同类普通药，被保险人应首先自付二者价格的差额，即超过通常惯例水平部分的门诊处方药费用。**被保险人医师书面要求必须使用品牌药的情形不在此限。**

（2）门诊处方药保险金给付细则

（i）门诊处方药—非中草药类

被保险人在美国以外国家和地区发生保险责任范围内的门诊处方药费用的，本公司按照 100%比例给付保险金。

被保险人在美国发生保险责任范围内的门诊处方药费用的，不同剂量下首选药（Most Preferred Drugs）、优选药（Preferred Drugs）和限制药（Non-Preferred Drugs）三种类型药品（首选药、优选药和限制药的分类可登陆本公司指定网站或致电查询相关信息）每次自付额如下表所示，被保险人每次在本公司指定的美国药品网络内购买处方药的，保险责任范围内的门诊处方药费用扣除相应自付额后，本公司按 100%比例给付保险金；被保险人不在本公司指定的美国药品网络内购买处方药的，本公司按“（每次保险责任范围内的门诊处方药费用×80%—自付额）”给付保险金。

每次剂量	60 日及以下	61-90 日	91-120 日	121-150 日	151-180 日
首选药	10 美元	10 美元	10 美元	10 美元	10 美元
优选药	20 美元	25 美元	30 美元	35 美元	40 美元
限制药	40 美元	50 美元	60 美元	70 美元	80 美元

（ii）门诊处方药—中草药类

保险期间内，被保险人在与其保障类型相对应的保障地域内因遭受意外伤害或者确诊发生疾病接受医师推荐的、医学必需的每次门诊治疗，由此发生的、符合通常惯例水平的门诊处方中草药费用，本公司按照 100%比例给付医疗保险金，但被保险人在中国大陆非国家卫生部门评审确认的一、二、三级非营利性医疗机构发生门诊处方中草药费用的，**每一保险期间对每一被保险人承担门诊处方中草药的门诊次数累计以 20 次为上限，且每次门诊纳入保险责**

任范围内的处方中草药费用以人民币 300 元为上限。

2. 医师诊疗费、专家诊疗费。

3. 化验费和检查费，包括但不限于超声波检查、超声波心动描记术、计算机断层扫描、正电子发射计算机断层扫描、核磁共振检查费。**对每一被保险人给付的与本项费用对应的医疗保险金累计以人民币 30,000 元为上限。**

4. 手术室和恢复室费。

5. 急诊室费。若为非紧急情况下使用急诊室的，每一保险事故仅急诊室费人民币 16,000 元以下部分的 50%、超过人民币 16,000 元以上部分的 100%属保险责任范围内的费用。

6. 手术医师费和麻醉师费。

7. 放射治疗、化学治疗费。

8. 由具有相应资质的专业医师实施的**针灸治疗**（见释义）、**顺势疗法**（见释义）费。**对每一被保险人给付的与本项费用对应的医疗保险金累计以人民币 4,000 元为上限。**

9. 紧急牙科治疗费，即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，在自意外伤害发生日起三十日内发生的紧急治疗和修复费。**对每一被保险人给付的与本项费用对应的医疗保险金累计以人民币 40,000 元为上限。**

10. 物理治疗、美式脊椎矫正、职业疗法、语音治疗费、脊柱指压治疗、职业病恢复指导和语言障碍治疗。

由具有相应资质的专业医师实施的物理治疗、美式脊椎矫正、职业疗法、语音治疗（包括为治疗吞咽障碍由语言治疗师实施的电子喉镜检查）费、脊柱指压治疗、职业病恢复指导和语言障碍治疗，属保险责任范围内的费用。这些治疗须为被保险人医师书面治疗计划（包含短期和长期目标，并提交本公司评估）一部分，且满足下列全部条件：第一，在合理的、可预测的时间内使得症状明显好转；第二，疗法复杂或被保险人病症使得只有注册物理治疗师或职业疗师才能安全、有效实施。

对每一被保险人给付的与本项费用对应的医疗保险金累计以人民币 40,000 元为上限，且对每一被保险人承担的上述各项治疗的次数累计以 10 次为上限。

（三）特殊疾病和特殊项目医疗保险责任

在保险期间内，被保险人在与其保障类型对应的保险地域内因遭受意外伤害或确诊发生疾病接受医师推荐的、医学必需的、下列特殊疾病和特殊项目医疗，由此发生的、符合通常惯例水平的费用，属保险责任范围内的特殊疾病和特殊项目费用：

1. 特殊检查费，包括女性主被保险人或作为配偶的女性附属被保险人每一保险期间一次常规乳房 X 线照片或子宫颈抹片检查费、男性主被保险人或作为配偶的男性附属被保险人每一保险期间一次前列腺特异性抗原检查费、医师向被保险人推荐的家族疾病筛查费。**对每一被保险人给付的与家族疾病筛查费用对应的医疗保险金累计以人民币 2,000 元为上限。**

2. **先天性疾病和症状**（见释义）治疗费，**累计以人民币 60,000 元为上限。**

3. **慢性疾病**（见释义）和症状治疗费，对属非**既往症**（见释义）的慢性疾病、症状接受医学必需的治疗费用。

4. **特定疾病**（见释义）和症状治疗费，对属非既往症的特定疾病、症状接受医学必需的治疗费用。

5. 专业护士家庭护理费，指曾住院接受治疗的被保险人出院后随即在其家中接受医师要求

的、医学必需的专业护士护理费用（不包括保险期间届满后发生的家庭护理费用）。专业护士家庭护理属医学必需，须满足以下全部条件：

第一，被保险人对专业护士护理确有需要，非出于方便家庭成员目的。

第二，每日专业护士护理时间不超过十二小时，但下列情形不在此限：住院治疗的被保险人被运送回家当日；被保险人病情急重，须接受十二小时以上专业护士护理以免入院接受治疗；根据医疗实践和标准被保险人需要在专业护理机构接受护理，但专业护理机构没有空余床位。

接受鼻饲或胃造口管喂养的被保险人无其他对专业护士护理需要而在家接受的专业护士护理，不属医学必需，本公司对此不承担保险责任。

对每一被保险人承担家庭护理费的护理日数累计以 100 日为上限。

6. 专业护理费。指为在一定程度上治疗或者减缓病症，医师处方要求的、仅专业护士才能提供的、每日至少持续四个小时的住院或者门诊护理费。

7. 耐用医疗设备购买或租赁费，指医师处方要求的、满足基本医疗需要的康复设备、矫形支具以及其他耐用医疗设备购买或租赁费（**以相应符合通常惯例水平的购买价格为上限**），以及随后修理、更换费属保险责任范围内的费用（**修理、更换费仅 50%属保险责任范围内的费用**）。对于确诊发生癌症接受属保险责任范围的乳房切除术的被保险人，两义乳及可放入义乳的胸衣费用亦属保险责任范围内的费用。

康复设备和矫形支具包括但不限于腿、臂、背和颈支具，人造腿、臂、眼。

胰岛素泵及药品、血糖测试纸及其他有医学必要性的胰岛素耗材费。

耐用医疗设备不包括自动轮椅或自动床、助听器、舒适设备（如电话托臂和床上多用桌）、空气质量或温度调控设备（如空调、湿度调节器、除湿器和空气净化器）、健身脚踏车、太阳能或加热灯、加热垫、坐浴盆、盥洗凳、浴缸凳、桑拿浴、升降机、涡流按摩浴、健身器材及其他类似设备。

8. 临终关怀费，指曾发生本合同保险事故的被保险人因与该事故相应的病症或相关的病症而现被诊断患终末期疾病且存活期二百四十日以下（含），经服务中心批准，该被保险人接受具有相应资质的**临终关怀机构**（见释义）提供的、由专业人员和志愿者组成的跨学科队伍在医学指导下实施的姑息性、支持性医护设施而发生的费用（不包括保险期间届满后发生的临终关怀费用）。被保险人入住临终关怀机构接受临终关怀的，须基于病情和家庭必要。

对每一被保险人承担临终关怀费的入住临终关怀机构日数累计以 45 日为上限，对其给付的、与除入住临终关怀机构以外其他情形相应的临终关怀费用对应的医疗保险金累计以人民币 40,000 元为上限。

9. **艾滋病病毒**（见释义）、**艾滋病**（见释义）和艾滋病相关综合征以及性传播疾病治疗费。指被保险人对属非既往症的艾滋病病毒感染、艾滋病、艾滋病相关综合征、性传播疾病和相关疾病、症状接受医学必需的、非试验性的治疗费用。

10. 精神和心理障碍治疗费，指经医师诊断和要求被保险人在医学认可的精神心理专科医疗机构或设有精神心理科室的医疗机构，为治疗精神和心理障碍接受由具有相应专业资格的医师或心理学家实施的门诊医疗和咨询费用。还包括对于酒精和**药物滥用**（见释义）的门诊戒断治疗费。精神和心理障碍包括但不限于神经性贪食症、神经性厌食症、**悲伤辅导和悲伤治疗**（见释义）、失眠症、**注意力缺陷障碍**（见释义）、**注意缺陷多动障碍**（见释义），但不包括智能测试、教育测试、婚姻和家庭心理咨询。

对每一被保险人承担精神和心理障碍住院治疗保险责任的住院日数累计以 180 日为上限，对每一被保险人承担精神和心理障碍门诊治疗的次数累计以 20 次为上限，对每一被保险人给付的与酒精和药物滥用门诊和住院戒断治疗费对应的医疗保险金累计以人民币 20,000 元为上限。对于同一被保险人，本公司在本合同及续保合同有效期内合计给付的与精神和心理障碍住院治疗费用对应的医疗保险金总额以人民币 200,000 元为上限。

11. 睡眠检查和治疗费，指服务中心许可的、对疑为发作性睡眠或者阻塞性呼吸暂停症状的检查和治疗费，但不包括对失眠、多动腿综合症的睡眠检查和治疗费。

（四）紧急医疗及身故援助保险责任

1. 紧急医疗运送费，指在与被保险人保障类型相对应的保障地域内，紧急情况下出于医疗必要以专业救护车将其运至医疗机构发生的费用，属保险责任范围内的费用。

2. 紧急医疗转运费，指被保险人在与其保障类型相对应的保障地域内遇有生命危险、得不到及时治疗将导致身故或严重伤害的，如果在当地不能获得适当治疗，被保险人或相关人员可联系服务中心，经服务中心许可，服务中心将负责安排运送被保险人至离被保险人最近、能够提供所需服务且在与其保障类型相对应的保障地域内的医疗机构，由此发生的费用属保险责任范围内的费用。根据被保险人病情或伤势，本公司有权决定运送目的地和医疗机构。如果被保险人不在服务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。未经服务中心许可被保险人自行安排运送的，运送费用完全由被保险人承担。被保险人治疗完成或病情稳定后，本公司将安排其以公共交通工具（**飞机限经济舱**）返回常住地，相应交通费用亦属保险责任范围内的费用。

同时，本公司将安排该被保险人一位陪同人员陪同医疗转运，并在该被保险人住院期间安排陪同人员就近住宿，由此发生的公共交通工具费用（**飞机限经济舱**）和**累计 12 日以内（含）住宿费用（每日住宿费用以人民币 800 元为上限）**，属保险责任范围内的费用。

3. 遗体运返或者安葬费用。保险期间内被保险人在其**国籍国**（见释义）以外国家或地区身故，根据被保险人的保障类型，发生下列情形的，由此发生的合理必须的费用属保险责任范围内的费用。**对每一被保险人给付的与本项费用对应的医疗保险金以人民币 160,000 元为上限。**

（1）保障类型为**全球保障**、**国际增强保障**或者**大陆及港澳台增强保障**的，若保险期间内被保险人在任何国家或者地区身故，在事发地法律法规许可的情况下，根据其遗愿或者近亲属意愿，本公司负责运送其遗体至其国籍国，或者安排当地安葬；

（2）保障类型为**国际保障**的，若保险期间内被保险人在除美国、加拿大以外的国家或者地区身故，在事发地法律法规许可的情况下，根据其遗愿或者近亲属意愿，本公司负责运送其遗体至其国籍国（美国、加拿大除外），或者安排当地安葬；

（3）保障类型为**大陆及港澳台保障**的，若保险期间内被保险人在大陆及港澳台地区身故，在事发地法律法规许可的情况下，根据其遗愿或者近亲属意愿，本公司负责运送其遗体至其国籍国（**限于大陆及港澳台**），或者安排当地安葬。

（五）可选保险责任

在投保本条上述保险责任基础上，投保人可选择投保分娩和新生儿婴儿医疗保险责任、健康检查、牙科保障、眼科保障、**战争**（见释义）和**恐怖主义活动**（见释义）或住院补贴责任。

1. 分娩和新生儿婴儿医疗保险责任

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

(1) 分娩费

除另有约定外,投保人为女性主被保险人或作为配偶的女性附属被保险人初次投保或续保间断后重新投保本保险时,自本合同生效之日起6个月(含)内为等待期。女性主被保险人或作为配偶的女性附属被保险人在等待期内妊娠(见释义)的,无论该次妊娠是否延续至等待期后,因该次妊娠产生的费用,本公司不承担给付保险金的责任。续保不适用等待期条款。女性主被保险人或作为配偶的女性附属被保险人保险期间内在医院或生育中心发生的以下费用属分娩费:产前检查费、妊娠期内医师处方开具的维生素和钙剂费、超声波检查费、早产费、顺产费、医学必需剖腹产费、麻醉费、产后复查费、妊娠并发症(见释义)治疗费、流产费。每次妊娠符合通常惯例水平的分娩费人民币60,000元以下部分的100%、超过人民币60,000元部分的50%属保险责任范围内的费用。

(2) 新生儿费

女性主被保险人或作为配偶的女性附属被保险人保险期间内生育的婴儿出生后十四日内发生的专业护理及治疗费用,属相应被保险人保险责任范围内的费用。对该婴儿给付的与本项费用对应的医疗保险金累计以人民币40,000元为上限。

另外,该婴儿投保本保险后,年满一周岁前保险期间内在与其保障类型相对应的保障地域内发生的以下费用亦属保险责任范围内的费用:六次常规医疗检查和预防性保健费,包括医疗档案,发育评估,体格检查,年龄相关诊断检查;白喉、乙型肝炎、麻疹、腮腺炎、百日咳、破伤风、水痘、嗜血杆菌属、B型流感病毒、肝炎以及服务中心批准的其他免疫费。

2. 健康检查

被保险人每年一次全身体检费以及相关检查化验费,免疫费,常规检查化验费,属保险责任范围内的医疗费用。对每一被保险人给付的与本项费用对应的医疗保险金累计以人民币1,600元或者3,200元为上限,具体由投保人与本公司约定并载明于本合同中。

3. 牙科保障

除另有约定外,投保人为被保险人初次投保或续保间断后重新投保本保险时,自本合同生效之日起3个月(含)内为等待期。被保险人在等待期内因疾病需要牙科治疗的,本公司不承担给付保险金的责任。续保或被保险人因意外伤害需要牙科治疗的,不适用等待期条款。

对于牙科保障,保险责任范围内的费用包括:

(1) 预防治疗费,包括常规牙科检查、牙齿健康指导、涂氟治疗、洁齿和抛光(预防)、每一保险期间两次以下(含)牙齿清洁检查费。

(2) 基础治疗费,包括汞合金或复合树脂充填、简单拔牙、牙周刮治、根面平整费。

(3) 重大治疗费,包括根管充填、牙冠和嵌体、桥式义齿(包括化验和麻醉费用)、智齿拔除费,以及牙齿矫正治疗费。牙齿矫正治疗费包括模型研究(包括口腔X光片)、牙齿印模、活动矫治器、固定矫治器(包括调整)、正畸拔牙、托槽的粘接费。

与牙科保障对应的保险责任范围内的费用不包括以美容为目的牙齿处理,义齿,高嵌体,种植牙,贴面及相关费用。

对被保险人在等待期结束后发生的、与预防治疗费对应的保险责任范围内的费用,本公司按照100%比例给付牙科医疗保险金;对被保险人在等待期结束后发生的、与基础治疗费对应

的保险责任范围内的费用，本公司按照 80%比例给付牙科医疗保险金；对被保险人在等待期结束后发生的、与重大治疗费对应的保险责任范围内的费用，本公司按照 50%比例给付牙科医疗保险金。

对每一被保险人给付的与牙科保障对应的医疗保险金累计以人民币 2,000 元、4,000 元或者 9,600 元为上限，具体由投保人和本公司约定并载明于本合同中。

4. 眼科保障

对于眼科保障，保险责任范围内的费用包括：

（1）每一保险期间的一次眼科检查费，以人民币 600 元为上限。

（2）每一保险期间的一副眼镜框架费，以人民币 600 元为上限。

（3）每一保险期间一幅镜片费。该镜片为单焦片的，镜片费以人民币 720 元为上限；为双焦片的，以人民币 1,000 元为上限；为三焦片的，以人民币 1,200 元为上限；为隐形眼镜的，以人民币 1,200 元为上限。

与眼科保障对应的保险责任范围内的费用不包括太阳镜及相关配件的费用。

5. 战争和恐怖主义活动

本公司对被保险人治疗由战争和恐怖主义活动引起的伤害发生的医疗费用，按第四条约定承担保险责任，但不包括下列情形：第一，被保险人主动参加或受训于战争和恐怖主义活动；第二，核、化学、生物大规模杀伤性武器引起的伤害。

对于每一战争和恐怖主义活动保险事故，本公司对每一被保险人给付的医疗保险金累计以人民币 2,000,000 元为上限，对本合同所有被保险人给付的医疗保险金累计以人民币 8,000,000 元为上限。

6. 住院补贴

住院补贴保障仅适用主被保险人，不适用附属被保险人。

保险期间内若主被保险人连续住院三日以上，从第四日起，本公司按每一住院日人民币 800 元给付住院补贴医疗保险金，但不包括入院日期在对该被保险人保险责任生效日前的住院、非医学必需的住院、保险期间届满后的住院以及与第七条中列明的各种责任免除情形相关的住院。对每一被保险人给付的住院补贴医疗保险金累计以人民币 24,000 元为上限。

第五条 既往症

投保时被保险人须在健康问卷调查表中如实填写既往症及本公司要求的其他医疗、症状等信息，本公司将进行医疗核保。根据投保人、被保险人具体情况，本公司对本合同约定的既往症承担一定保险责任或不承担保险责任，并具体载明于本合同。

第六条 补偿原则

本公司给付保险金时，若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从基本医疗保险、公费医疗、其他商业医疗保险或其它任何途径获得了补偿或赔偿，则本公司给付的保险金与被保险人获得的补偿或赔偿金额之和，以不超过被保险人实际发生的医疗费用为限。

第七条 责任免除

对于被保险人发生的以下费用，本公司不承担保险责任：

一、对本合同中特别约定除外疾病和症状、被要求健康告知的被保险人未告知的既往症的治疗及其他相关费用；

- 二、在本合同约定等待期内对约定的相应病症的治疗及其他相关费用；
- 三、不符合医学界认可实践的检查、治疗方法、手段、设备、药品等试验性治疗及其他相关费用；
- 四、根据工伤补偿、职业病或其他与职业疾病相关的法律法规可从中获得补偿的费用，已从政府、慈善机构、其他福利计划或医疗保险计划获得补偿的费用；
- 五、由被保险人或被保险人家庭成员拥有全部或部分所有权的机构提供的医疗、药品、设备或服务而发生的费用；
- 六、无原始发票的费用，电话咨询费，没有按时就诊的预约费用，非医师处方要求的服务费用，不在执业范围的医疗服务费用，不符合专业认可标准或为进行适当治疗所不必要的医疗和牙科服务费用，非医学必需的费用，超过通常惯例水平的费用；
- 七、对由被保险人从事违法犯罪行为或故意行为（包括但不限于自残、自杀）引起的或在这一过程中发生的伤害、病症治疗及其他相关费用；
- 八、为个人舒适或方便而产生的费用，包括但不限于电视、单人病房、雇佣护工、房屋打扫、访客膳食和住宿、电话、家庭设备、旅行费、本合同没有列明的急救费以及其他非医学必需的服务和设备，本合同另有约定的不在此限；
- 九、保险期间届满后发生的费用按疗程将在保险期间届满之日起第 90 日后（全球保障）或者第 30 日后（其他保障类型）服用的处方药品费用；
- 十、健康检查费，功能医学检查（包括但不限于全套个人化营养评估，抗氧化维生素分析，氧化压力分析，营养与毒性元素分析，肠道免疫功能分析），免疫费，出于行政或管理事务目的（包括但不限于与投保保险、招聘、入学或运动相关的体格检查）发生的检查费，旅行和宾馆住宿费用，本合同另有约定的不在此限；
- 十一、非处方药品和设备、戒烟药物、食欲抑制剂、头发再生药物、抗光老化药物、美容用品、大剂量维生素、维他命费，健康滋补类中草药、膏方费、中草药代加工成粉剂、药丸、胶囊、胶、膏或其他制剂发生的加工费，本合同另有约定的不在此限；
- 十二、未经被保险人医师推荐的放射治疗、化学治疗、物理治疗、美式脊椎矫正、职业疗法和语音治疗及其他相关费用，但紧急情况下被保险人医师完全了解相应治疗后同意如此治疗的情形不在此限；
- 十三、视觉治疗及其他相关费用，包括但不限于激光角膜切开术，准分子激光原位角膜磨镶术，屈光不正（包括近视、远视）校正手术及其他相关费用；
- 十四、静养疗法、**监护**（见释义）及家居照料费，在护理之家、养老院接受护理费，为休息、观察而实施的环境疗法费，在任何长期护理机构、矿泉疗养地、水疗院门诊、康复机构、疗养院、养老院等非本合同规定的医疗机构接受的服务或治疗及其他相关费用，医疗机构已实际成为或倾向作为被保险人住家或常住处情形下发生的费用，完全或部分因为家庭原因的住院医疗费用；
- 十五、选择性手术和治疗及其他相关费用，仅为改善或提高目前身体状况而发生的、非医学必需的费用；
- 十六、无论是否出于心理目的而进行的美容、整容（包括牙科）费用；

十七、对未表现出可疑细胞行为（如近期大小、形状、颜色发生改变）的良性皮肤损害（包括但不限于黄褐斑、皮肤白斑、色素沉着）的治疗、祛除及其他相关费用，白癜风-蜘蛛脉、除瘢痕疙瘩型外的其他瘢痕、纹身去除、皮肤变色的治疗及其他相关费用，非医学必需的对浅表静脉曲张的治疗及其他相关费用；

十八、丰胸或缩胸手术及其并发症治疗及其他相关费用；

十九、与脱发相关的治疗及其他相关费用，包括但不限于男性型脱发或其他种类秃发的治疗，以激光、电解、蜡或其他方法祛除毛发，发生男性型脱发、女性与年龄相关脱发、疾病或意外伤害导致的脱发等情形时的头发移植；

二十、戒烟治疗及其他相关费用，减肥和任何为减肥接受的治疗、咨询、饮食费，减肥代餐费，与单纯性肥胖和病理性肥胖相关治疗（包括但不限于胃旁路术、胃球置放术、胃分隔术、空肠回肠旁路术）及相应并发症治疗及其他相关费用；

二十一、器官移植供体费用、器官来源费用、低温储藏费用，与不孕不育症或生育治疗相关的移植费用；

二十二、任何类型助孕费（包括受胎药、不孕不育症药、人工授精、试管授精、配子输卵管内移植、受精卵输卵管植入术、代理怀孕以及其他费用），以及与此相关的妊娠并发症费用等；

二十三、优生优育及基因咨询、筛查、检查和治疗及其他相关费用，本合同另有约定的不在此限；

二十四、不孕不育症检查、治疗及其他相关费用，但在同时满足下列两项条件下为查明不孕不育症或习惯性流产原因而发生的费用不在此限：第一，投保本合同时已为被保险人续保两次或以上，第二，投保时对不孕不育症不知悉且未采取过任何形式的辅助生育措施；

二十五、选择性流产及并发症及其他相关费用；

二十六、男女生育控制，输精管切除术和绝育术，男性或女性绝育恢复手术，性别转换症、性障碍治疗，包皮环切术及其他相关费用，生育前培训，选择性剖腹产，伟哥以及其他用于提高性功能的药物费；

二十七、作为子女的附属被保险人怀孕及相关症状治疗及其他相关费用；

二十八、对由酒精、溶剂或毒品滥用引起的伤害或疾病的治疗及其他相关费用；

二十九、对完全或部分由服用酒精、非法药物、非医师处方要求药物或非医师处方要求用量药物引起的伤害的治疗及其他相关费用；

三十、眼镜、隐形眼镜，被保险人享有眼科保障情形不在此限；

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

三十二、耐用医疗设备使用和保养指导费，定制或改造任何交通工具、洗浴设备或者住宅设备费，所有非处方医疗器械费：自动轮椅或自动床、助听器、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；

三十三、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；

三十四、矫正鞋或其他脚支撑器材（包括但不限于足弓支撑器、矫正器或任何其他预防性的服务或器材）费，任何用于治疗弱足、矫形足、不稳足、扁平足或足弓塌陷的器材费，任何与跗骨、跖骨相关的治疗及其他相关费用，对脚表面损害（如老茧、角质化）治疗费（但有关骨外露、肌腱或韧带的手术不在此限）；

三十五、常规足部治疗及其他相关费用，因意外伤害或疾病引起的足部治疗情形不在此限；

三十六、在政府当局指导下，实施的与传染病相关的治疗、药品、设备、服务和紧急医疗运送费；

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

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

三十九、因健康原因被医师建议不宜旅行的被保险人执意旅行引起的伤害或病症的治疗及其他相关费用；

四十、对由下列任何异常风险引起的伤害的治疗及其他相关费用：参加或受训职业体育运动，战争和恐怖主义活动，放射材料辐射或核燃料燃烧，无必要但主动置身于风险（抢救他人生命情形不在此限）。

第三章 保险期间、基本保险金额与保险费

第八条 保险期间

本合同的保险期间为一年。

除另有约定外，若本合同依法成立且投保人已交付保险费，本合同自生效日零时起开始生效，生效日载明于保险单上。除另有约定外，本公司所承担的保险责任自生效日零时起开始，至保险期间届满时终止。

第九条 基本保险金额与保险费

一、本合同每一被保险人的基本保险金额在投保时确定，并在保险单或其他保险凭证中载明。

二、除另有约定外，保险费由投保人在投保时一次交清。投保人未按约定交纳保险费的，本公司对被保险人在投保人未按约定交纳保险费期间发生的事故有权不承担或中止承担保险责任。续保时，本公司将重新审核保险责任和保险费率。

第十条 医疗服务网络和事先授权

（一）医疗服务网络

1. 本公司直接付费

本公司建立了医疗服务网络，并将定期或不定期向投保人和被保险人予以通报，被保险人亦可登陆本公司指定的网站或致电查询相关信息。被保险人在本公司医疗服务网络内的医疗机

构（以下简称网络医疗机构）接受治疗的，对于被保险人发生的、本公司与投保人约定的保险责任范围内的费用中应由本公司承担部分，本公司将直接与相关医疗机构结算，毋需被保险人先行支付。被保险人在美国和加拿大接受治疗的，须在网络医疗机构内接受治疗；在其他国家和地区接受治疗的，本公司有权要求被保险人在网络医疗机构内接受治疗。

被保险人在网络医疗机构接受治疗的，对其发生的不属保险责任范围、应由其负担、但医疗机构未向其本人收取的医疗费用，在接到本公司或本公司授权机构通知后，被保险人应在三十日内退还相应款项；未在三十日内退还相应款项的，本合同对该被保险人保险责任终止且不退还保险费，且本公司有权向其继续追偿相应费用。

2. 美国和加拿大医疗服务网络和非网络自付比例（见释义）

在美国和加拿大，被保险人应在网络医疗机构内接受治疗，未在网络医疗机构内接受治疗的，被保险人应额外自付一定比例（即非网络自付比例）的保险责任范围内的费用，本公司依据与当地网络医疗机构平均价格水平一致的价格水平确定通常惯例水平的费用，并按“根据第四条计算的保险金×（1－非网络自付比例）”给付保险金。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）以及本公司指定的美国和加拿大其他医疗机构。被保险人在首选网络医疗机构接受治疗的，非网络自付比例为 0%。

（2）非网络医疗机构

被保险人本可在位于其居住地方圆三十英里（或五十公里）内的网络医疗机构接受治疗却自行在非网络医疗机构接受治疗的，非网络自付比例为 20%。

（3）无网络医疗机构

被保险人因其居住地方圆三十英里（或五十公里）内无网络医疗机构而在非网络医疗机构接受治疗的，非网络自付比例为 0%。

（二）事先授权

1. 事先授权

接受下列治疗前，被保险人须在预定开始治疗日期前至少五个工作日向服务中心提交事先授权申请表：

- （1）住院；
- （2）需全身麻醉的门诊手术，化学治疗，放射治疗，血液或者腹膜透析；
- （3）癌症治疗；
- （4）专业护士家庭护理；
- （5）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；
- （6）器官、骨髓、干细胞和其他组织移植；
- （7）紧急医疗转运；
- （8）紧急牙科治疗；
- （9）每剂超过人民币 8,000 元的药剂或者疫苗；
- （10）酒精和药物滥用戒断治疗；

(11) 对疑为发作性睡眠或者阻塞性呼吸暂停症状的睡眠检查和治疗；

(12) 不符合上述约定但保险期间内预期累计医疗费用超过人民币 40,000 元的任何治疗。

对于被保险人事先授权申请，服务中心将予以书面回复并有权要求被保险人在医疗服务网络内接受治疗。被保险人应在收到书面许可回复后开始接受治疗，本公司要求被保险人在医疗服务网络接受治疗的，被保险人应予以配合。未获得书面许可回复被保险人接受治疗或本公司要求被保险人在医疗服务网络接受治疗但被保险人未在医疗服务网络内接受治疗的，被保险人应额外自付相应全部治疗保险责任范围内的医疗费用的 40%，即本公司按照“根据第四条计算的保险金×（1-非网络自付比例）×（1-40%）”给付医疗保险金；未获得书面许可回复被保险人接受紧急医疗转运的，本公司不承担保险责任。

发生紧急情况的，被保险人可在开始治疗后通知服务中心，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。本公司将对该次治疗是否属紧急情况予以审核。

2. 其他

(1) 被保险人、相关人员或医疗机构可致电服务中心，了解事先授权、网络医疗机构相关情况。

(2) 被保险人获得服务中心许可回复，不意味着其发生的全部或部分医疗费用属保险责任范围，本公司按照本合同约定承担保险责任。

第四章 保险金申请

第十一条 保险事故通知

投保人、被保险人或者受益人应在知道保险事故发生之日起十日内通知本公司，但因不可抗力导致的迟延除外。**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的除外。

第十二条 保险金申请时效

受益人及其他有权领取保险金的人向本公司申请给付保险金的诉讼时效期间为二年，自其知道或应当知道保险事故发生之日起计算。

第十三条 保险金申请

被保险人在网络医疗机构接受治疗，该医疗机构受本公司委托免向被保险人收取与本公司根据本合同本应向受益人给付的保险金数额对应的医疗费用的，或本公司已承担相应费用的，受益人不得就此向本公司申请保险金。其他情形，受益人可根据本合同向本公司申请保险金。向本公司申请保险金时，由受益人作为申请人，填写保险金申请表，并在当次治疗完成后一百八十日内与医疗费用原始收据一并寄至本合同指定地址。被保险人提供的所有保险金申请资料归本公司所有。

如果委托他人领取保险金，受托人除提供上述资料外，必须另行出具有委托人亲笔签字的授权委托书和受托人**有效身份证件**（见释义）。

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

第十四条 保险金给付

（一）保险金给付

本公司在收到保险金给付申请书等证明和资料后，会及时作出核定；情形复杂的，将在三十日内作出核定，但本合同另有约定的除外。本公司会将核定结果通知申请人。对属于保险责任的，在与申请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，本公司按照约定履行给付保险金义务。**对不属于保险责任的，本公司自作出核定之日起三日内向申请人发出拒绝给付保险金通知书，并说明理由。**

本公司在收到保险金给付申请书等证明和资料之日起六十日内，对属于保险责任而给付保险金的数额不能确定的，根据已有证明和资料，按可以确定的数额先予以给付，在最终确定给付保险金的数额后，给付相应的差额。

（二）保险金欺诈

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

（三）医疗费用第三者责任

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

（四）争议和申诉

收到保险金后六十个工作日内，如果保险金申请人对理赔结果有争议，可向本公司提交书面申诉书及相关资料，本公司将及时予以处理。

第十五条 司法鉴定

本公司有权要求通过司法鉴定机构对保险事故进行鉴定，投保人、被保险人与受益人应当予以配合。

第五章 合同变更与解除

第十六条 被保险人变动

（一）被保险人变动

保险期间内，投保人可申请变更被保险人，本公司按下列约定予以受理：

1. 对于本合同成立时可参加而未参加本保险人员，在保险期间内投保人不得加保该人员，该人员可于续保时参加本保险。对于在本合同成立时因其他原因而未参加本保险人员，投保人可书面通知本公司加保该人员，并按照本公司的要求提供其健康问卷调查表及要求的其他材料，本公司将根据该健康问卷调查表及其推迟加入本保险的具体原因确定承保与否和承保条件。

件。

2. 投保人因人员变动需要增加主被保险人的,应在其符合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本公司,并按照本公司的要求提供该人员雇佣日期或开始符合本合同被保险人资格日期、工作情况以及本公司认为必要的其他文件。拟增加人员原拥有与本合同等效的医疗保险的,经本公司同意,本公司可对其既往症按约定承担一定额度的保险责任;拟增加人员无与本合同等效的医疗保险的,本公司将对其进行医疗核保。经本公司审核同意后,本公司自通知书载明的起始日期开始按相关约定对其承担保险责任,并按日收取相应保险费。

3. 因主被保险人婚姻状态发生变化需要增加附属被保险人的,投保人应在三十日内书面通知本公司,本公司进行医疗核保。经本公司同意,本公司自通知书载明的起始日期开始按相关约定对其承担保险责任,并根据加人前后不同保险费差额按日收取相应保险费。

4. 因离职、停薪留职、长期缺勤或其他原因需要减少主被保险人的,投保人应立即通知本公司,并向本公司提供相关保险凭证。**本公司将自收到通知及保险凭证次日零时或本公司发送的通知书中载明的终止时间(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(见释义)。**

5. 因主被保险人婚姻状态发生变化或其他原因需要减少附属被保险人的,投保人应立即书面通知本公司,并向本公司提供相关保险凭证。**本公司自收到通知及保险凭证次日零时或本公司发送的通知书中载明的终止时间(以较晚者为准)起终止对相应附属被保险人的保险保障,并根据减人前后不同保险费差额按日退还保险费。**

(二) 保险期间内生育婴儿或收养子女

1. 生育婴儿

保险期间内女性主被保险人或作为配偶的女性附属被保险人生育婴儿的,投保人或被保险人可为该婴儿投保本保险。在该婴儿出生后十四日内通知本公司的,本公司从婴儿出生之日起对婴儿承担保险责任;在该婴儿出生十四日后通知本公司的,经本公司同意,本公司自通知书载明的起始日期起对该婴儿承担保险责任,但该婴儿既往症将适用为期6个月等待期,本公司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,本公司根据加保该婴儿前后保险费差额按日收取相应保险费。非自然受孕情形生育婴儿,须经本公司核保同意方可成为被保险人。

2. 收养子女

经政府相关机构批准被保险人保险期间内合法收养子女的,投保人或被保险人可为该子女投保本保险。在该子女被批准收养之日起十四日内通知本公司的,本公司从该子女被批准收养之日起对该子女承担保险责任;在该子女被批准收养之日起十四日后通知本公司的,经本公司同意,本公司自通知书载明的起始日期起对该子女承担保险责任。无论何种情形,该子女既往症将适用为期6个月等待期,本公司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,本公司根据加保该子女前后保险费差额按日收取相应保险费。

(三) 被保险人风险信息变化

如果被保险人住址、工作、婚姻状态以及投保本保险时提供的其他信息等发生重大变化,或

者身故，投保人或被保险人应及时通知本公司。本公司有权调整承保条件或终止对相关被保险人的保险责任。

第十七条 医疗机构就诊

（一）符合通常惯例水平的医疗机构

本公司仅对被保险人发生的符合通常惯例水平的医疗费用承担保险责任。对于享有除全球保障外的其他保障类型的被保险人，根据医疗机构价格水平，保险期间内本公司将定期或不定期向被保险人及相应投保人通报不符合通常惯例水平的医疗机构，供被保险人就诊参考。

（二）及时就诊

患疾病或遭受意外伤害后，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。

第十八条 医疗信息

申请成为本合同的主被保险人，即意味着主被保险人及其代表的附属被保险人同意任何医疗机构、医师、药剂师等向本公司提供本公司认为处理本合同相关事宜所必要的医疗信息（包括但不限于理赔问卷调查、完整医疗病历和诊断）。本公司将对这些信息保密。

申请成为本合同的主被保险人，亦意味着主被保险人及其代表的附属被保险人同意本公司将所有医疗信息提供给相关机构以处理本合同相关事宜。

第十九条 地址变更

投保人住所或通讯地址变更时，应及时以书面形式通知本公司，投保人未以书面形式通知的，本公司将按本合同载明的最后住所或通讯地址发送有关通知，并视为已送达投保人。

第二十条 合同内容变更

投保人变更本合同的，应填写变更合同申请书，经本公司审核同意，并在本合同的保险单或其他保险凭证上加以批注，或由投保人和本公司订立合同变更的书面协议后生效。

第二十一条 投保人解除合同

一、在本合同保险期间内，如未发生保险金给付，投保人可以提供下列证明和资料申请解除本合同：

- 1、 解除合同申请书；
- 2、 保险合同及其他保险凭证；
- 3、 表明被保险人已知悉解除本合同事宜的证明文件。

二、本合同自本公司收到上述证明和资料时终止。本公司在收到上述证明和资料之日起三十日内退还本合同终止之日的现金价值。

第六章 一般条款

第二十二条 如实告知

在订立本合同时，本公司会向投保人说明本合同的条款内容，特别是责任免除条款。本公司会就被保险人的有关情况提出书面询问，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如实告知义务，足以影响本公司决定是否同

意承保或者提高保险费率的，本公司有权解除本合同。

前款规定的合同解除权，自本公司知道有解除事由之日起，超过三十日不行使而消灭。

投保人故意不履行如实告知义务的，本公司对于本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，本公司对于本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。

第二十三条 年龄计算及错误处理

被保险人的投保年龄为以有效身份证件载明的出生日期计算的周岁年龄。投保人在申请投保时，应告知被保险人的周岁年龄。若发生错误，本公司依下列约定处理：

一、申报的被保险人年龄不真实，致使投保人实交保险费多于应交保险费的，本公司将多收的保险费无息退还投保人。

二、申报的被保险人年龄不真实，致使投保人实交保险费少于应交保险费的，本公司有权审核更正并要求投保人补交保险费。若补交保险费前已发生保险事故，本公司按实交保险费和应交保险费的比例折算给付保险金。

三、申报的被保险人年龄不真实，且真实年龄不符合本公司规定的投保年龄范围的，本公司可以终止对该被保险人承担保险责任，并退还该被保险人保险责任终止之日的现金价值。

第二十四条 受益人的指定与变更

除另有约定外，本合同的受益人为被保险人本人。

第二十五条 资料提供

投保人应保存每一被保险人的个人资料，详细记录其姓名、性别、年龄、出生日期、基本保险金额以及其他与本合同有关的一切资料。必要时投保人应按本公司的要求提供上述资料。

第二十六条 争议处理

合同争议解决方式从下列两种方式中选择一种：

- 一、因履行本合同发生的争议，由双方协商解决，协商不成的，提交约定的仲裁委员会仲裁；
- 二、因履行本合同发生的争议，由双方协商解决，协商不成的，依法向有管辖权的人民法院起诉。

第七章 释义

第二十七条 释义

- 一、 本公司：指英大泰和人寿保险股份有限公司。
- 二、 保险责任范围内的费用：保险合同中约定因被保险人接受医学必需治疗而产生符合通常惯例水平的费用。超出保险责任范围内费用的部分由被保险人自行承担。
- 三、 不可抗力：是指不能预见、不能避免并不能克服的客观情况。
- 四、 住院：指完全出于接受医学必需的治疗目的被保险人彻夜占用医疗机构病床的行为。
- 五、 门诊：指以除占用病床方式外的其他方式在医疗机构接受的治疗。

- 六、 意外伤害：指外来的、突然的、非本意的、非疾病的使身体受到伤害的客观事件。
- 七、 医师：指具有医疗职业资格的任何人员，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。
- 八、 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，非为了个人舒适或为了被保险人父母、家庭、医师或其他医疗提供方的方便。第四，最恰当、合适水平；住院接受治疗时，无法以门诊的方式对相应疾病和症状提供安全的医疗，且当前病症处于**急性**（见释义）或**亚急性**（见释义）状态需要持续接受治疗、专业护理或康复治疗。主要出于接受慢性病治疗、长期看护、**喘息照护**（见释义）、慢性病维持、协助从事**日常生活活动**（见释义）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。
- 九、 通常惯例水平：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，本公司将参考下列因素确定通常惯例水平的医疗费用：治疗复杂性，治疗必要的专业程度，必要的医疗专业类型，相应医疗机构提供的医疗服务范围和种类，其他地区通常的收费水平。这里，地区指根据普遍认可的国际标准为取得类似医疗机构或类似医疗服务平均水平所必要的地域范围，可为一个城市、国家或更广的区域。
- 十、 医院：指被接受医疗服务所在地国家当地法律或政府认可的、可收治急症病人的医疗机构。该医疗机构应有常住执业医师管理或提供医疗服务，并在专业护士指导下每日二十四小时连续提供护理服务。医院**不包括护理机构、疗养机构、康复机构、养老院、家居服务机构、酒精或药物滥用看护机构、以及其他类似目的的机构。**
- 十一、 周岁：以有效身份证件文件中记载的出生日期为计算基础，按出生后所经过的整年计算，不满一整年的部分不计。例如，出生日期为2007年11月1日，2007年11月1日至2008年10月31日期间为0周岁，2008年11月1日至2009年10月31日期间为1周岁，依此类推。
- 十二、 康复治疗：指在既定的疗程内通过设计的维持项目改善病人身体状况，以免恶化并协助康复。被保险人住院接受康复治疗的，本公司仅对处于急性或亚急性阶段的病人住院承担保险责任，且应经过本公司指定的服务中心批准。
- 十三、 专业护士：指在所在国的国家护士注册机构护士登记名册中登记在案的护士。
- 十四、 处方药：指医师处方开具的药物。
- 十五、 针灸治疗：针法和灸法的合称。针法是把毫针按一定穴位刺入患者体内，用捻、提等手法来治疗疾病。灸法是把燃烧着的艾绒按一定穴位熏灼皮肤，利用热的刺激来治疗疾病。需由具有相应资格的医师实施治疗。

- 十六、 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。
- 十七、 先天性疾病和症状：指由于基因因素、先天性新陈代谢异常或其他因素导致的、出生时即存在的遗传性疾病和症状、出生缺陷、身体残疾、智障等发育不完全正常的疾病和症状，这些疾病和症状可能在出生时显现或在出生后逐步显现。
- 十八、 慢性疾病：指满足下列条件之一的伤害、疾病或者症状：（1）持续接受三个月以上的医学必需的治疗；（2）预期病程长久且无可合理预计康复日期，可能复发、需要连续或者定期护理。
- 本公司对被保险人投保前所患有的如下慢性病，不承担保险责任：**（1）慢性**肾功能衰竭**（见释义）的透析治疗；（2）器官移植后抗排异治疗；（3）癌症病人放化疗的门诊治疗；（4）高血压病三期（有心、脑、肾并发症之一者）；（5）糖尿病（合并感染或有心、肾、眼、神经系统并发症之一者）；（6）类风湿性关节炎（活动期）；（7）系统性红斑狼疮（有心、肺、肾、肝及神经系统并发症之一者）；（8）肺心病（出现右心肺衰竭者）。
- 十九、 既往症：指在本公司对其保险责任生效前被保险人已就此接受诊断、医学咨询或治疗，或服用药物，或显现症状的疾病和损伤。
- 二十、 特定疾病：（1）心血管疾病：包括冠心病、先天性心脏病、心肌梗塞、主动脉瘤。（2）神经疾病：包括脑卒中（脑中风）、脑动脉瘤、阿尔茨海默病、帕金森病、脊髓空洞症、多发性硬化症。（3）血液疾病：包括白血病、淋巴瘤、再生障碍性贫血、血小板减少性紫癜、血友病。（4）肺部疾病：慢性阻塞性肺病、原发性肺动脉高压。（5）消化疾病：肝硬化、重症肝炎。（6）自身免疫性疾病：包括系统性红斑狼疮、系统性硬皮病。（7）其他：包括所有肿瘤、重要器官衰竭或者移植、囊性纤维化、黑斑息肉病、III 度烧伤、艾滋病和其并发症。
- 二十一、 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，有专业护士指挥、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。
- 二十二、 艾滋病病毒：指人类免疫缺陷病毒（HIV）。
- 二十三、 艾滋病（AIDS）：指获得性免疫缺陷综合征。获得性免疫缺陷综合征的定义应按世界卫生组织制订的定义为准，若在血液样本中发现人类免疫缺陷病毒或其抗体，则可认定为已患艾滋病或感染艾滋病病毒。
- 二十四、 药物滥用：指反复、大量服用具有依赖性特性或者依赖性潜力的药品、溶剂或者物质。严格遵守医嘱服用处方药物导致上述情况不在此限。
- 二十五、 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。
- 二十六、 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。

二十七、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。

二十八、国籍国：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。

二十九、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、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。

三十一、生育中心：指主要目的为供怀孕期末期孕妇生产婴儿，并同时满足下列条件的合法机构：第一，根据当地相关法律批准成立；第二，配备了全部必要的诊断和化验设备，有经过培训的人员和设备处理孕妇和新生儿可能发生的紧急情况，二十四小时在医师或专业护士监控下营运，并保存有所有书面记录，该机构应与至少一家医院有书面协议以在发生分娩并发症时立即转运病人入院，并通常在分娩后四十八小时内为孕妇办理转离手续。

三十二、妊娠：指胚胎和胎儿在母体内发育成长的过程，包括流产、早产、前置胎盘、胎盘早期剥离等。

三十三、妊娠并发症：指由分娩引起或加剧的症状，该症状与分娩不同，包括但不限于急性肾炎、肾变病、心代偿失调、意外流产；异位妊娠终止，妊娠期内无法继续妊娠时终止妊娠。妊娠并发症不包括人工不当操作、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。

三十四、监护：包括以下情形：（1）对其治疗医师认为已达到最大限度康复但仍存在身体或智力残疾人员提供的床位、护理等服务；（2）对预计医疗或手术已不能使其在医疗机构外生活人员提供的床位、护理等服务；（3）修养疗法、喘息照护，以及家庭成员提供的家庭看护。

三十五、自付比例：指被保险人发生的保险责任范围内的费用扣除自付额等剩余部分中须由被保险人自行承担的比例。

三十六、有效身份证件：指政府有权机关颁发的能够证明其合法真实身份的证件或文件等，如居民身份证、按规定可使用的有效护照、军官证、警官证、营业执照等。

三十七、现金价值：指保险单所具有的价值，通常体现为解除合同时，根据精算原理计算的，由本公司退还的那部分金额。现金价值=保险费×（1-25%）×（1-当期已经过天数÷保险期间天数），当期已经过天数按照本合同生效日计算。

三十八、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。

三十九、亚急性：指病情具有急性病一些特征，处于急性和慢性之间。

四十、喘息照护：指出于减轻患慢性或终末期疾病病人护理提供者负担目的，病人住院接受的照料和护理。

四十一、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。

四十二、肾功能衰竭：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者肾移植的证明。