

太平财产保险有限公司

太平个人全球医疗保险条款（2013 版）

总则

第一条 本保险合同（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、批单等组成。凡涉及本合同的约定，均采用书面形式。

第二条 具有完全民事行为能力的被保险人本人、对被保险人有保险利益的其他人可作为本合同投保人。

第三条 本合同的被保险人包括：

（一）主被保险人

凡投保时年龄在十八至六十四周岁（连续参加本保险的，续保时最高年龄可放宽至七十一周岁），居住地在美国以外国家或地区，能正常工作或生活的自然人，经保险人同意，均可作为本合同的主被保险人。

（二）附属被保险人

经保险人同意，并在保险合同中约定，被保险人的以下家属可作为本合同的附属被保险人：

- **配偶：**凡投保时年龄在十八至六十四周岁（连续参加本保险的，续保时最高年龄可放宽至七十一周岁），身体健康、能正常工作、劳动或正常生活的主被保险人的合法配偶。
- **子女：**凡年龄在二十五周岁及以下、未婚、经济上完全依赖主被保险人的主被保险人子女。子女包括主被保险人的亲生子女、合法领养子女、经济上依赖于主被保险人并与主被保险人居住和生活在一起的继子继女。若需承保有身体缺陷或智力障碍的未婚子女，主被保险人需在该子女十九岁生日之前提供有关其残疾的证明，并在此之后根据保险人的要求定时提供相应证明。

经保险人审核同意并出具保险单或批单，上述人员即可获得被保资格，成为被保险人。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。

第四条 本保险合同默认主被保险人和附属被保险人的日常居住地为投保人所在地。若主被保险人或附属被保险人日常居住地在其他国家或地区，投保人应在投保前及时以书面形式通知保险人。

如被保险人的日常居住地非投保人所在地，保险人有权提高保险费率或增加限制条件承保。

在被保险人离开其日常居住地期间仍可以享受保障。但若被保险人长期离开其日常居住地，保险人将保留可根据被保险人新的居住地进行保费调整的权力。

第五条 在美国全日制学校上学的附属被保险人，在申请承保或理赔时均需提供入学证明。

第六条 除另有约定外，本合同保险金的受益人为被保险人本人。

保险保障的选定

第七条 在投保时，投保人应选择与被保险人对应的保障类型、可选保险责任、免赔额、自付比例、国籍国医疗费用年度限额、特定重大疾病终生限额，确定具体的保险保障，并在保险合同中载明。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：

本合同每一主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、附被保险人仅为合法夫妻双方的保障；
- 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合法配偶、子女的保障；

（二）保险区域

每一保障类型均有对应的保险区域，在本合同的保险期间内，保险人仅对被保险人承担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：

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，须获得保险人委托的医疗服务中心（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；对任何未经中心批准而在美国和加拿大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。

符合本合同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）被保险人在到达美国和加拿大之前已患上的疾病和状况；
- （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日常居住地后进行的医疗；
- （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：

保险区域为中国大陆、香港、澳门和台湾。

5. 大中华增强保障：

保险区域为除中国大陆、香港、澳门和台湾外，保险人对被保险人在大中华以外地区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，须获得保险人委托的医疗服务中心（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；对任何未经中心批准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。

符合本保险合同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状况；
- （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日常居住地后进行的医疗；
- （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。

6. 中国大陆保障：

保险区域为中国大陆地区（不包含香港、澳门和台湾）。

7. 中国大陆增强保障：

保险区域为除中国大陆外，保险人对被保险人在中国大陆地区外发生的符合如下条件的紧急医疗费用也承担保险责任：

被保险人在中国大陆以外地区接受紧急医疗前，须获得保险人委托的医疗服务中心（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；对任何未经中心批准而在中国大陆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。

符合本保险合同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）被保险人在到达中国大陆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中国大陆外地区返回其日常居住地后进行的医疗；
- （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）免赔额

本合同的免赔额分年免赔额或次免赔额，具体在保险合同中载明。

（四）自付比例、通常惯例自付比例

本合同的“自付比例”以及“通常惯例自付比例”，具体在保险合同中载明。

（五） 国籍国医疗费用年度限额、特定重大疾病/慢性病等终生限额

被保险人在其国籍所在地发生的医疗费用以保险合同中约定的最高年度赔偿限额为限。

被保险人因治疗本合同约定的特定重大疾病、慢性病而产生的费用以保险合同中约定的最高终生赔偿限额为限。

（六）可选保险责任

投保人可为全体被保险人选择投保体检疫苗福利、常规牙科福利、生育福利或最佳福利套餐。

保险责任

第八条 在本保险合同的保险期限内，保险人按保险合同中最大限额对以下项目进行赔付：

一、住院医疗保险责任

（一）在保险期间内，被保险人在与其保障类型对应的保险区域内因遭受意外伤害或罹患疾病经医师诊断属医学所指疾病或伤害而必须住院治疗的，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）和一般项目住院费用：

1. 双人病房（在中国大陆公立医院住院治疗的，可为标准单人病房）的床位费，医疗必须的重症监护病房床位费；
2. 手术室费和敷料费；
3. 治疗费、检查费、药品费、化验费；
4. 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；
5. 住院医师诊疗费；
6. 耐用医疗设备费；
7. 由放疗师实施的为治疗肿瘤的放射治疗费；
8. 由医师或注册呼吸治疗师实施的呼吸治疗费；
9. 由医师或护士在医师指导下实施的化学治疗费；
10. 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：
 - 在合理的、可预测的时间内使得症状明显好转；
 - 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。

（二）住院需满足以下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医疗服务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，并由保险人指定的医疗服务中心对此作出决定。

如果住院仅是为长期看护、慢性病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责任。

二、门诊医疗服务

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的，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）和一般项目门诊处方药费用：

1. 因意外伤害在 48 小时内发生的治疗费用；

2. 急诊室费；

3. 急诊医疗服务费；

4. 门诊医生诊疗费。医疗必须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，保险人也将给与赔付。若无特别约定，保险人不承担非治疗为目的的常规体检；

5. 化验费、检查费，包括但不限于心电图检查、超声波检查费、CAT 检查、PET 检查、核磁共振检查、X 光检查；

6. 内窥镜检查（如果该手术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（如果该手术发生在美国则必须使用医疗服务网络）；

8. 由医师或具有相应资质的专业医师实施的物理治疗、职业性疗法费。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：

- 在合理的、可预测的时间内使得症状明显好转；
- 被保险人病症只有医师、注册物理治疗师或职业疗师才能安全、有效实施。

三、手术费用

1、手术费

本合同承担在医院、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。本合同所指的手术费用包含手术台使用费用、骨折和关节错位治疗以及分娩。助理手术医生给付金额以主治手术医生合理费用的 50%为限。

2、麻醉师费

除了手术医生和其助手之外，本合同对麻醉师支付的麻醉师费承担保险责任，但给付金额以主治手术医生合理费用的 25%为限。

四、特殊疾病和特殊项目：

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

若非既往症，保险人对于治疗 HIV（人类免疫缺陷病毒）、AIDS（获得性免疫缺陷综合症）、ARC（艾滋相关综合征）和性病的医疗必须的、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偿，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、先天性疾病费用

保险人仅对本保险合同承担保险责任的生育项下出生的，且已过生育等待期的，自出生即日起加入的并持续承保的子女，承担因先天性疾病所产生的医疗费用。

4、针灸和顺势疗法费用

具有相应资质的专业医师实施的针灸治疗、顺势疗法费，保险人承担保险责任。

5、睡眠障碍检查和治疗费

对于经中心许可的、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、多动腿综合症的睡眠检查和治疗费。

6、器官移植费（含人体器官、骨髓、血干细胞移植）

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授权的医疗服务中心提交申请。器官移植供体费用、器官储藏费用不属于本合同保险范围。

7、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

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、失眠症、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。

六、临终关怀费

发生保险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），经中心批准，该被保险人接受具有相应资质的临终关怀机构提供的、由专业人员和志愿者组成的跨学科、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

专业护理费是指为在一定程度上治疗或减缓病症，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门诊护理费。

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要求的、医学必需的专业护士护理（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。专业护士家庭护理属医学必需，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：
 - 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，保险人对此不承担保险责任。

八、处方药

1、在美国以外地区或国家发生的药费：

- 按保险合同约定的比例报销；
- 以 90 日用量为上限；
- 没有自付额上限。

2、在美国发生的药费：

- 以 180 日用量为上限；

●在美国发生的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。

3、药费赔付折扣

- 在美国之外地区或国家购买的药物按保险合同约定的比例报销；
- 在美国指定网络药店内购买的药物按保险合同约定的比例报销；
- 在美国非指定网络药店内购买的药物按保险合同约定的比例报销。

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；为个人舒适或者方便的器材如电话、桌板；改进空气质量或者调节温度的器件如空调、加湿器、除湿器、净化剂（空气过滤器）；一次性用品；太阳能或加热灯、加热垫；坐浴盆、盥洗凳、浴缸凳、马桶座圈，桑拿房、涡流按摩浴；升降机；健身器材；定制或改造任何交通工具或者住宅设备费等。

十、医疗及身故援助保险服务

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医疗服务中心，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。根据被保险人病情或伤势，保险人有权决定运送目的地和医疗机构。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，保险人将安排其以公共交通工具（飞机限经济舱）返回其日常居住地，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、儿童和成人基本健康检查费用

1. 成人基本健康检查费，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线照片和子宫颈抹片检查费，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检查费。

2. 儿童基本健康检查费用，包括在本保险合同承担保险责任的生育项下出生的，且已过生育等待期自出生日起即参保的婴儿，在其年满一周岁前在保险期间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、麻疹、破伤风、水痘、嗜血杆菌属、B型流感病毒、肝炎以及中心批准的其他免疫费。

第九条 在投保第八条保障基础上，投保人可为全体被保险人选择投保体检疫苗福利、常规牙科福利、生育福利或最佳福利套餐。

一、体检疫苗福利

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，均属保险责任范围内的医疗费用。保险人按保险合同中载明的比例和上限支付保险金。

二、常规牙科福利

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

1、**预防性治疗费。**保险人按照保险合同约定比例支付该项目保险金，费用包括：

- 常规牙科检查；
- 咬翼片X光片检查；
- 牙齿预防治疗；
- 洁齿；
- 涂氟治疗，限19周岁以下被保险人。

2、**基础治疗费。**保险人按照保险合同约定比例支付该项目保险，费用包括：

- 牙齿填充；
- 拔牙；
- 牙根管治疗；
- 牙周病治疗；
- 口腔手术以及相关的麻醉师费；（智齿拔除费除外）

- 紧急止痛；
- 抗生素注射。

3、**重大治疗费。**保险人按照保险合同约定比例支付该项目保险金，费用包括：

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

4、**重大修复性治疗费用。**保险人按照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。但仅适用于19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、生育福利

1、妊娠和生育费用

保险人按照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（保险合同载明的等待期后）在医院或生育中心发生的任何与妊娠有关的费用。包括但不限于：

- 生育费、产前检查费、流产和早产费；
- 妊娠期内医师处方开具的维生素和钙剂费；
- 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审核批准。

2、产科服务

麻醉费、分娩费、产前产后检查费、妊娠并发症治疗费、流产费以及其它妊娠有关的费用。

3、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，在本保险合同承担保险责任的生育项下生育的且已过生育等待期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，以保险合同中约定的最高赔付限额为限。该新生儿费用将单独计算并需要满足保单的免赔额，但不计入产妇的生育保险责任。

责任除外

第十条 对于以下描述的所有医疗服务费用，保险人不承担保险责任。

1. 超过通常惯例水平的费用；
2. 未获得中心许可被保险人接受的紧急医疗转运及没有提前通知或者得到保险人批准就接受需事先授权的医疗服务所产生的自负责任；
3. 在受限制地区接受医疗服务产生的费用（地域限制详见保险条款、保障福利表及保险卡）；
4. 战争及恐怖主义活动引起的伤害；
5. 保险期间届满后或保险计划生效前（含等待期间）发生的医疗费用，包括在保险期届满后按疗程使用的药品费用；
6. 由以下提供或支付的医疗服务、医疗用品及治疗（包括药物治疗和/或紧急服务）：
 - a. 根据工伤补偿、职业病或其他与各国职业疾病相关的法律法规可从中获得补偿的费用；
 - b. 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；
 - c. 已从政府、其他福利计划获得补偿的费用；
 - d. 在政府当局指导下，实施的与传染病相关的费用。
7. 核武器、生化武器引起的风险，不论被保险人参加与否；
8. 试验性医疗治疗方法、手段、设备、药品等费用；
9. 以下医疗服务、医疗用品治疗方法、药物及/或紧急空运服务：
 - a. 非医师处方要求的服务费用；
 - b. 非医疗必须的医疗费用，没有经过医师批准或建议的费用；
 - c. 不在执业范围的医疗服务费用；
 - d. 不符合保险人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。
10. 电话咨询费、没有按时就诊产生的预约费用、因超过医院/医师正常工作时间产生的费用；
11. 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、特殊饮食、电话、携带医疗用品；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如医疗或牙科产生的旅行费及住宿费；
12. 体检费、接种费、旅行费、出于行政或管理事务目的费用，包括但不限于与投保保险、招聘、入学、旅行或运动相关的检查费用（本合同另有约定的可选“体检疫苗福利”不在此限）；

13. 疫苗费（本合同另有约定的“儿童基本健康检查”或可选“体检疫苗福利”的不在此限）；
14. 非医师处方要求（即使是医师推荐）的非处方药品和设备，包括但不限于戒烟药物、食欲抑制剂、头发再生药物、抗光老化药物、美容用品、为美容目的使用的去痤疮、红斑痤疮的药物（含激素和视色素）、大剂量维生素、维他命费（福利中列出的产前维他命费用不在此限）、用于提高性功能的药物或设备费用、中草药费用（本保险合同另有约定的不在此限）；
15. 视觉治疗相关费用、激光角膜切开术、镭射视力矫正手术、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；
16. 为休息、观察而实施的日常居家照顾环境疗法费（无论医师是否要求）；在任何养老院、长期护理康复机构、疗养院、矿泉疗养地、水疗院门诊、等非本合同规定的医疗机构接受的服务或治疗费；因被保险人自身因素使得医疗机构已实际成为或倾向作为被保险人住家或常住处的情形下发生的费用；
17. 选择性及/或美容手术、治疗、设备、药物等非医疗必须治疗所产生的费用；
18. 美容、整容手术（在保险生效期间因为非工伤引起的并符合本合同约定的手术不在此限）；
19. 与脱发相关的治疗费用，包括但不限于男性型秃头症或其他种类秃发的治疗，疾病或意外伤害导致的脱发等情形时的头发移植，男性型脱发女性与年龄相关脱发，以激光、电解、蜡或其他方法祛除毛发；丰胸或缩胸手术及其并发症治疗费用；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；
20. 因未经授权的选择性或整容手术直接或间接引起的任何并发症治疗费用；
21. 睡眠检查和呼吸暂停症状的其他治疗费用（本合同另作规定并经中心授权的治疗不在此限）；
22. 戒烟治疗费用（无论医师建议与否）；
23. 减肥和任何为减肥接受的治疗、咨询、药物、饮食费、减肥代餐费、减肥项目、饮食咨询费用；
24. 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、空肠回肠旁路术以及其他治疗）及相应并发症治疗费；
25. 器官移植产生的费用（符合本合同约定的不在此限），包括但不限于以下所列：
 - a. 供体费用；
 - b. 未经中心授权批准并进行管理安排的治疗和服务；

- c. 低温储藏费用；与不孕不育症或生育治疗相关的移植费用；
 - d. 经由中心批准的医疗必须的器官、血液、细胞移植费用根据实际情况可以承担。
- 26. 与不孕不育症或生育治疗相关的治疗、检测等费用，包括但不限于受胎药、不孕不育症药（含为生育做准备的经期调理药物）、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、代理怀孕费用以及其他相关费用，与此相关的怀孕、妊娠并发症、分娩、产后护理费等；
 - 27. 优生优育咨询、筛查、检查和治疗费用；
 - 28. 选择性流产及并发症费用（紧急情况除外）；
 - 29. 生殖方面治疗费用包括但不限于男女生育控制、输精管切除术和绝育术、男性或女性绝育恢复手术、变性治疗、性障碍治疗等；
 - 30. 伟哥以及其他用于提高性功能的药物费；
 - 31. 作为附属被保险子女的怀孕及相关症状治疗费；
 - 32. 生育前培训、选择性剖腹产；
 - 33. 包皮环切术（医疗必须并取得中心授权的不在此限）；
 - 34. 对由酒精、溶剂、毒品滥用或任何上瘾引起的伤害或疾病的治疗费仅限于福利保障表中所列。对完全或部分由服用酒精、滥用毒品或上瘾引起伤害的治疗费均不属于保险责任，包括但不限于由于被保险人服用酒精、违禁药物、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；
 - 35. 自残、自杀或者企图自杀（无论被保险人精神正常与否）行为所引发的费用，包括空中紧急运送费用；
 - 36. 对由被保险人从事违法犯罪行为或因此引起的或在这一过程中发生的伤害、病症治疗费用；
 - 37. 眼镜、隐形眼镜、太阳眼镜费用；
 - 38. 紧急牙科福利仅限当健康牙齿遭受意外事故受损时产生的费用。咀嚼食物或其他物体引起的牙齿损伤不属于保险责任（本合同另有约定的“常规牙科福利”不在此限）；
 - 39. 任何治疗颞下颌关节紊乱综合征的费用；
 - 40. 非手术中医疗必需的假体、矫正器具或相似的器具费（医生处方开具作为治疗一部分的，满足相应承保范围内的且事先得到中心批准的假肢或耐用医疗设备不在此限）；
 - 41. 耐用医疗设备不包括电动轮椅、自动/电动床、添置轮子费用、为个人舒适或者方便的器材（如电话、电话托臂、桌板）、改进空气质量或者调节温湿度的器件（如空调、加湿器、除湿器、净化剂、空气净化器、太阳能或加

热灯保温灯、加热垫)、一次性用品、电热毯、洗澡盆、马桶座圈、浴缸座、坐浴盆、升降机、桑拿设施、涡流按摩浴、健身设备如健身脚踏车及其他类似设备、额外的牙科切磨器、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等;

42. 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);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,脚趾或拇指外翻)的治疗;
43. 生长激素治疗费(经中心批准的医学必需情形不在此限);
44. 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及其相关费用;
45. 助听器, 助听设备以及骨锚式助听器费用;
46. 除外风险:
 - a. 参加或受训职业体育运动受伤治疗;
 - b. 受训或参加战争(无论战争公开与否)和恐怖主义活动;
 - c. 化学污染;
 - d. 放射材料辐射或核燃料燃烧;
 - e. 无必要但主动置身于风险(抢救他人性命情形不在此限);
47. 对属于既往症的艾滋病、艾滋相关综合征(ARCS)和其他与 HIV 病毒相关的性传染病或症状的治疗费用;
48. 其它在保险单或保险凭证中载明的责任免除事项。

上述情形下,被保险人身故的,保险人对该被保险人保险责任终止,并退还该被保险人的未满期净保费。

保险期间

第十一条 本保险合同保险期间以保险人和投保人协商确定,以保险单载明的起讫时间为准。除另有约定外,本合同的保险期间为一年。

若保险人同意,投保人可于每个保险期间届满时或之前,按照续保当时保险人执行的条款和费率向保险人交纳续保保险费,则本保险合同的保险期间将延续一年。本合同可按前述续保方式续保至被保险人已达到本合同所约定的最高承保年龄后的首个保险单满期日。

保险人有权根据续保当时被保险人的情况决定是否调整续保费率或有条件续保。本保险续保前投保人、被保险人应将其已知或已患的疾病或其它情况以书面形式告知保险人。

保险金额和保险费

第十二条 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，并在保险单中载明。

投保人应该按照合同约定向保险人交纳保险费。

医疗服务网络和事先授权

第十三条 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（详见第十五条）；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医疗机构未向被保险人收取的医疗费用，在接到保险人或其授权机构通知后，被保险人应在三十日内支付相应款项；未在三十日内支付相应款项的，本合同对该被保险人保险责任终止且不退还保险费，且保险人有权向其继续追偿相应费用。

第十四条 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，保险人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，并根据第八、九条计算的保险金 $\times$ （1－非网络自付比例）支付保险金。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 COVENTRY NATIONAL NETWORK 网络以及保险人指定的美国和加拿大其他医疗机构。被保险人在首选网络医疗机构接受治疗的，自付比例参见保险合同。

（2）非网络医疗机构

被保险人本可在位于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，将产生额外的非网络自付比例为 20%。

（3）无网络医疗机构

被保险人因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，非网络产生的额外的自付比例为 0%。

第十五条 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保险人委托

的医疗服务中心提交事先授权申请表：

- 1) 住院治疗；
- 2) 需要全身麻醉的门诊手术；
- 3) 专业或私人护士家庭护理（当需要 4 次或 4 次以上时需要事先授权）；
- 4) 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等；
- 5) 器官、骨髓、干细胞或其他组织移植；
- 6) 紧急医疗转运，该服务将由保险公司指定转运供应商协调；
- 7) 酒精和药物滥用的住院戒断治疗；
- 8) 任何治疗，包括癌症和慢性疾病的治疗，虽然不在上述范围之内，但是一个保险年度内累计预计花费超过人民币 70,000 元，需要事先授权。

对于被保险人事先授权申请，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%，即保险人根据第八、九条计算的保险金 $\times$ （1－非网络自付比例） $\times$ （1－40%）支付医疗保险金；未获得书面许可回复被保险人接受紧急医疗转运的，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医疗服务中心，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。保险人将对该次治疗是否属紧急情况予以审核。

第十六条 被保险人、相关人员或医疗机构可致电医疗服务中心，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。

保险人义务

第十七条 订立保险合同时，采用保险人提供的格式条款的，保险人向投保人提供的投保单应当附格式条款，保险人应当向投保人说明保险合同的内容。对保险合同中免除保险人责任的条款，保险人在订立合同时应当在投保单、保险单或者其他保险凭证上作出足以引起投保人注意的提示，并对该条款的内容以书面或者口头形式向投保人作出明确说明；未作提示或者明确说明的，该条款不产生效力。

第十八条 本保险合同成立后，保险人应当及时向投保人签发保险单或其他保险凭证。

第十九条 保险人依据第二十四、二十五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。自保险合同成立之日起超过二年的，保险人不得解除合同；发生保险事故的，保险人承担给付保险金责任。

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。

第二十条 保险人按照第二十九条的约定，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。

第二十一条 保险人收到被保险人或者受益人的赔偿保险金的请求后，应当及时作出是否属于保险责任的核定；情形复杂的，应当在三十日内作出核定。但保险责任的核定必须依赖于特定证明、鉴定、判决、裁定或其他证据材料的，保险人应在被保险人或者受益人提供或自行取得上述证据材料起三十日内做出核定。本保险合同另有约定的除外。

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，履行赔偿保险金义务。保险合同对给付保险金的期限有约定的，保险人应当按照约定履行给付保险金的义务。保险人依照前款约定作出核定后，对不属于保险责任的，应当自作出核定之日起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。

第二十二条 保险人自收到给付保险金的请求和有关证明、资料之日起六十日内，对其赔偿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。

投保人、被保险人义务

第二十三条 除另有约定外，投保人应当在保险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，保险人不承担赔偿责任。

第二十四条 订立保险合同，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，保险人有权解除本保险合同。

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，但应当退还保险费。

第二十五条 投保人申请投保时，应按被保险人的实际出生年月日填写。

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保险合同约定的年龄限制的，保险人有权解除保险合同，保险人应当在扣除手续费后，向投保人退还保险费。

第二十六条 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，保险人将进行医疗核保。根据投保人、被保险人具体情况，保险人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。对于要求填写健康问卷的被保险人未如实告知的既往症将不在本保单的承保责任范围内。

第二十七条 投保人住所或通讯地址变更时，应及时以书面形式通知保险人。投保人未通知的，保险人按本保险合同所载的最后住所或通讯地址发送的有关通知，均视为已发送给投保人。

第二十八条 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。**

上述约定，不包括因不可抗力而导致的迟延。

保险金的申请

第二十九条 被保险人在网络医疗机构接受治疗，受保险人委托，该医疗机构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，若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的第一部分，并请被保险人主治医师完整填写申请表的第二部分，且须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。

保险人有权对被保险人进行身体检查。被保险人有义务向保险人提供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取得其完整全面的医疗病历。被保险人身故的，除法律和宗教禁止的情形外，保险人有权要求对该被保险人进行尸检。

第三十条 受益人向保险人提出虚假理赔申请的，保险人有权追回已支付的保险金；受益人与第三方串通侵害保险人利益的，保险人有权取消该被保险人的资格、终止对该被保险人的保险责任。

医疗费用第三者追偿

第三十一条 发生保险责任范围内的损失，应由有关责任方负责赔偿的，保险人自向被保险人赔偿保险金之日起，在赔偿金额范围内代位行使被保险人对有关责任方请求赔偿的权利，被保险人应当向保险人提供必要的文件和所知道的有关情况。

被保险人已经从有关责任方取得赔偿的，保险人赔偿保险金时，可以相应扣减被保险人已从有关责任方取得的赔偿金额。

保险事故发生后，在保险人未赔偿保险金之前，被保险人放弃对有关责任方请求赔偿权利的，保险人不承担赔偿责任；保险人向被保险人赔偿保险金后，被保险人未经保险人同意放弃对有关责任方请求赔偿权利的，该行为无效；由于被保险人故意或者因重大过失致使保险人不能行使代位请求赔偿的权利的，保险人可以扣减或者要求返还相应的保险金。

被保险人变更

第三十二条 保险期间内，投保人可申请变更被保险人，保险人按下列约定予以受理：

1. 因主被保险人婚姻状态发生变化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，并根据加人前后不同参保类型保险费差额按日收取相应保险费。

2. 因主被保险人婚姻状态发生变化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，并根据减人前后不同参保类型保险费差额按日退还保险费。

3. 被保险人发生变化的，保险人有权调整保险费率。

第三十三条 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，且该婴儿是在本保险合同承担保险责任的生育项下出生的并已过生育等待期的，投保人或被保险人可为该婴儿投保本保险，并递交将本合同参保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通知保险人的，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通知保险人的，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零时起对该婴儿承担保险责任，但该婴儿已核保通过的既往症将适用为期十二个月等待期，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参保类型保险费差额按日收取相应保险费。非本保险合同承担保险责任的生育项下出生的或在生育等待期内出生的婴儿，投保人或被保险人可为该婴儿投保本保险，并递交健康问卷供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零时起对该婴儿承担保险责任，对该婴儿既往症的等待期详见保险合同。

第三十四条 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，并递交本合同参保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通知保险人的，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通知保险人的，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十二个月等待期，

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参保类型保险费差额按日收取相应保险费。

第三十五条 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。

医疗机构就诊

第三十六条 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。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，保险期间内保险人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。

第三十七条 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。

第三十八条 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。

争议处理和法律适用

第三十九条 因履行本保险合同发生的争议，由当事人协商解决。协商不成的，提交保险单载明的仲裁机构仲裁；保险单未载明仲裁机构或者争议发生后未达成仲裁协议的，依法向中华人民共和国境内（不包括港澳台地区）人民法院起诉。

第四十条 与本保险合同有关的以及履行本保险合同产生的一切争议处理适用中华人民共和国法律（不包括港澳台地区法律）。

其他事项

第四十一条 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。

第四十二条 在本保险合同成立后，投保人可以书面形式通知保险人解除合同，但保险人已根据本保险合同约定给付保险金的除外。

投保人解除本保险合同时，应提供下列证明文件和资料：

- （1）保险合同解除申请书；

- (2) 保险单原件；
- (3) 保险费交付凭证；
- (4) 投保人身份证明；
- (5) 保险卡；
- (6) 保险人需要的其它有关文件和资料。

投保人在保单生效后十天（犹豫期）内要求解除保险合同，自保险人接到保险合同解除申请书之时起，本保险合同的效力终止。保险人收到上述证明文件和资料之日起 30 日内全额退还已交保险费，保险人对在犹豫期内发生的事故将不承担保险责任。

投保人在犹豫期后要求解除本保险合同，自保险人接到保险合同解除申请书之时起，本保险合同的效力终止。保险人收到上述证明文件和资料之日起 30 日内退还保险单的未满期净保费。

第四十三条 本保险合同涉及的外币与人民币的汇率，以结算当日中国人民银行公布的外汇汇率为准。

第四十四条 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、特别约定、医疗服务中心号码、如何联系医疗服务网络、如何申请理赔等信息。

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。

释义

1. 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，其国籍国家以本合同载明的国家或地区为准。

2. 周岁：指按法定身份证明文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。

3. 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。

4. 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、养子女和扶养关系的继子女。

5. 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。

6. 次免赔额：指被保险人每次治疗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。

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. 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。

9. 保险金额：指保险人承担相应保险责任的最大限度。

10. 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，并非为了个人舒适或为了被保险人父母、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或亚急性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、慢性病维持、协助日常生活活动的目的而住院的，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。

11. 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。

12. 意外伤害：指遭受外来的、突发的、非本意的、非疾病的使身体受到的伤害。

13. 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。

14. 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。

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. 亚急性：指病情具有急性病一些特征，处于急性和慢性之间。

17. 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）起保险人与投保人约定长度的期间，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。

18. 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。

19. 监护：包括以下情形：

(1) 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的人员提供的床位、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。

20. 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。

21. 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。

22. 不可抗力：指不能预见、不能避免并不能克服的客观情况。

23. 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。

24. 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。

25. 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，且须经过保险人医疗服务中心批准。

26. 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。

27. 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。

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. 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。

30. 门诊：指以除在医院住院、彻夜治疗以外的其他方式接受的治疗。

31. 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。

32. 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。

33. 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修养、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。

34. 处方药：简称 Rx,是由国家卫生行政部门规定或审定的，必须由医生处方开据，并且无处方无法从医院药房或药店获得药物。对于某些药物，如维生素类，草药，阿司匹林，感冒药，以及实验性用药，医疗器具等，不需医生处方即可从医院药房或药店获得的，即使是由医生建议，也不能归类于处方药。

35. 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。

36. 重大疾病：

- (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、主要器官衰竭或移植、囊性纤维化、黑斑息肉病、III度烧伤。

37. 注意力缺陷症：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。

38. 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。

39. 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。

40. 艾滋病：指获得性免疫缺陷综合症的简称。

41. 艾滋病病毒：指获得性免疫缺陷病毒的简称。

42. 获得性免疫缺陷综合症（AIDS）：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。

43. 与本合同等效的医疗保险：该医疗保险在保险责任范围、程度上应与本保险等同，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保险日不超过三十日。

44. 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。

45. 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。

46. 未满期净保费=指与每一主被保险人参保类型对应的保险费 $\times$ [1-(保险单已经过天数/保险期间天数)] $\times$ (1-25%)。经过天数不足一天的按一天计算。