



请扫描以查询验证条款

东吴尊享环球高端团体医疗保险条款

阅 读 指 引

本阅读指引有助于您理解条款，对本合同内容的解释以条款为准。



您拥有的重要权益

- ❖ 被保险人可以享受本合同提供的保障.....2.5
- ❖ 您有退保的权利.....5.1



您应当特别注意的事项

- ❖ 在某些情况下，我们不承担保险责任.....2.6、2.7
- ❖ 您有及时向我们通知保险事故的责任.....3.2
- ❖ 您应当按时支付保险费.....4.1
- ❖ 退保会给您造成一定的损失，请您慎重决策.....5.1
- ❖ 我们对一些重要术语进行了解释，并作了显著标识，请您注意.....7



条款是保险合同的重要内容，为充分保障您的权益，请您仔细阅读本条款。



条款目录

1. 您与我们的合同	5.1 您解除合同的手续及风险	7.11 自付比例
1.1 保险合同构成	6. 其他需要关注的事项	7.12 医生
1.2 保险合同成立与生效	6.1 明确说明与如实告知	7.13 医院
1.3 投保范围	6.2 年龄错误	7.14 日间手术
2. 我们提供的保障	6.3 合同内容变更	7.15 日间治疗
2.1 保险金额	6.4 被保险人变更	7.16 标准私人病房
2.2 保险期间	6.5 联系方式变更	7.17 重症监护病房
2.3 续保	6.6 被保险人状态变更	7.18 意外事故
2.4 保障区域	6.7 争议处理	7.19 医师
2.5 保险责任	6.8 法律适用	7.20 护士
2.6 责任免除	7. 释义	7.21 近亲属
2.7 其他免责条款	7.1 团体	7.22 癌症
3. 如何申请领取保险金	7.2 成员	7.23 医疗上必要
3.1 受益人	7.3 配偶	7.24 祖国
3.2 保险事故通知	7.4 子女	7.25 保险合同订立前已存在牙科病症
3.3 保险金申请	7.5 周岁	7.26 昂贵医疗机构
3.4 保险金给付	7.6 保险金额	7.27 既往症
3.5 诉讼时效	7.7 合理且必要	7.28 有效身份证件
4. 如何支付保险费	7.8 基本医疗保险	7.29 现金价值
4.1 保险费的支付	7.9 年度赔偿限额	
5. 如何解除保险合同	7.10 年度最高赔付天数	



东吴人寿保险股份有限公司
SOOCHOW LIFE INSURANCE CO.,LTD.

东吴尊享环球团体高端医疗保险条款

在本条款中，“您”指投保人，“我们”、“本公司”、“保险人”均指东吴人寿保险股份有限公司。

① 您与我们的合同

- 1.1 保险合同构成** 本合同由保险单、保险条款、投保单，以及与本合同有关的投保文件、合法有效的声明、批注、批单和其他书面协议共同构成。
- 1.2 保险合同成立与生效** 您提出保险申请、我们同意承保，本合同成立。
- 除另有约定外，自本合同成立、本公司收取保险费并签发保险单的次日零时起本合同生效，本公司开始承担保险责任，合同生效日期在保险单上载明。
- 1.3 投保范围**
- 1、投保人
- 中国大陆境内的机关、院校以及企事业单位等合法**团体**（见 7.1）可作为投保人，为其所在团体中符合参保资格的**成员**（见 7.2）以及其**配偶**（见 7.3）与**子女**（见 7.4）向本公司投保本保险。
- 2、被保险人
- 年龄在18至65**周岁**（见 7.5）（含）、身体健康、能正常工作和生活的自然人可作为本保险合同的主被保险人，可续保至75周岁。
- 年龄在18至65周岁（含），主被保险人的身体健康，能正常工作、劳动和生活的配偶，经保险人同意，可作为本合同的附属被保险人，可续保至75周岁。
- 年龄在 28 天（已健康出院）至 18 周岁（含）的主被保险人的子女，经保险人同意，可作为本合同的附属被保险人，可续保至 25 周岁。
- 主被保险人和附属被保险人统称为被保险人。
- 被保险人为非中华人民共和国国籍的，需持有中华人民共和国政府部门签发的**工作签证**或拥有中华人民共和国境内**居留证**或**长期居住权**，并提供中华人民共和国境内**固定居住地址**。

② 我们提供的保障

- 2.1 保险金额** 本合同的各项**保险金额**（见 7.6）由您在投保时与我们约定，并在保险单上载

明。

2.2 保险期间

本合同的保险期间为 1 年，自本合同生效日起至本合同终止日止。

2.3 续保

在您的保险合同到期之前，经我们同意，您可以申请续保。但保险合同已期满，或根据本保险条款已经终止或撤销的情况下，投保人不适用本条规定，应重新投保。

续保保险费的确定均以该保险期间起始日被保险人的年龄、当时有效费率表和可能对承保风险有实质性影响的其他因素为依据。保险人每年对费率进行审核，并有权对本合同的费率表进行调整，但至少在续保前 30 天书面通知投保人。

2.4 保障区域

本合同提供全球、国际、大陆及港澳台、大陆计划四种保障区域。

1、 全球计划

全球计划的保障地域为全球任何国家和地区。

2、 国际计划

国际计划的保障地域为除美国、加拿大之外的全球其他任何国家和地区。

3、 大陆及港澳台计划

大陆及港澳台计划的保障地域为中华人民共和国境内，包括香港、台湾、澳门地区。

4、 大陆计划

大陆计划的保障地域为中华人民共和国境内，不包括香港、台湾和澳门地区。

投保人在投保时应与保险人协商选择计划，并在保险单中载明。附属被保险人的保障区域必须等同于或小于主被保险人的保障区域。

我们仅对于被保险人在保险单或者保险凭证上载明的保障区域内发生的符合本合同约定的医疗费用承担给付保险金责任。对于 2.5.6 紧急意外门诊牙科治疗、2.5.7 紧急意外门诊治疗以及 2.5.8 24 小时紧急支援服务等三项保险责任不受本条有关保障区域的限制。

2.5 保险责任

若本保险责任项下的承保项目在保险单上或批注项内未载明，则该承保项目的保险责任不发生效力。

本公司根据保险单或批注项内所列明的承保项目，对于被保险人在保险期间内实际产生的**合理且必要**（见 7.7）的医疗费用，在扣除**基本医疗保险**（见 7.8）、公费医疗或任何其他第三方（包括任何商业医疗保险）已经补偿或给付部分后给付保险金。若被保险人以参加基本医疗保险身份投保，但未以参加基本医疗保险身份就诊并结算的，则本公司根据本合同单独约定的给付比例进行赔付。

本公司对任一被保险人在保险期间内累计给付的各项保险金之和，以该被保险人的保险金额为限，但 2.5.8 24 小时紧急支援服务不受此限。承保项目单独设定年度赔偿限额或天数的，对该承保项目累计给付不得超过该限额或天数。**年度赔偿限额**（见 7.9）、**年度最高赔付天数**（见 7.10）、**自付比例**（见 7.11）、

等待期等赔偿标准由投保人、保险人双方约定，并在保险单中载明。

在本合同保险期间内，除等待期期间约定外，本公司承担下列保险责任：

2.5.1 住院保障

在保险期间内被保险人遭受意外伤害或罹患疾病，经**医生**（见 7.12）确诊必须在**医院**（见 7.13）住院治疗或接受**日间手术**（见 7.14）/**日间治疗**（见 7.15），保险人根据保险单列明的赔偿限额、免赔额和自付比例等赔付标准予以赔付。

1、住院病房费用

以**标准私人病房**（见 7.16）为标准的房间住宿、饮食和常规护理服务费用。住院期间购置的个人用品不在承保范围内。

2、重症监护病房费用

入住**重症监护病房**（见 7.17）、心监室等类似病房或病区的费用。

3、医院杂项费用

(1) 处方药：为了医治疾病必要的、由医师开具处方的、住院期间及自出院日或日间手术日起 120 天内的医药用品和药品。

(2) 住院诊疗费用：住院期间因治疗疾病或**意外事故**（见 7.18）所导致的身体伤害而发生的合理且必要的诊疗费用。

(3) 看护/护理、病房消耗材料和杂项费用：合理且必要的在住院期间发生的医院内常规护理、病房消耗材料和其他杂项的费用。

(4) 手术室费用：外科手术或日间手术使用手术室的费用。

4、住院物理治疗

由疾病或意外伤害引起或与之相关的合理必要的住院物理治疗费用。

5、救护车费用

被保险人因疾病或意外伤害住院时因医学必要而使用救护车服务往返医院产生的费用。

6、手术相关费用

由外科医师实施的外科手术或日间手术的费用，包括手术费、手术用具、血液与血浆、手术植入物以及外科医生术前及后续门诊的诊疗费用。

7、麻醉费用

外科手术或日间手术的麻醉师实施麻醉的费用。

8、住院主诊医师费用

被保险人住院治疗期间主诊医师每日查房费用，限于每名**医师**（见 7.19）每日一次查房。

9、家庭看护费用

保险人补偿最多同一病症不超过 90 天的、实际支付的、由注册**护士**（见 7.20）向被保险人提供的家庭看护的费用，该家庭看护应同时满足以下条件：

- (1) 经主诊医师证明该家庭看护确系医疗上必需的；
- (2) 没有该家庭看护，则被保险人仍需继续住院的；
- (3) 该家庭看护是在被保险人家中进行的；
- (4) 该家庭看护是在被保险人出院后立即进行的。

10、近亲属陪宿费用

被保险人在住院治疗期间，我们承担一位**近亲属**（见 7.21）的陪同住院费用。费用标准为在同一病房内加床实际产生的床位费，且每一病症不超过 90 天。该陪宿费用需同时满足以下标准：

- (1) 入院时被保险人 12 周岁以下或 60 周岁以上；
- (2) 被保险人因疾病或意外伤害住院时间将超过 6 天；
- (3) 经主诊医师书面证明家属陪宿是必需的。

11、入院前或日间手术前求诊费用

在住院治疗或日间手术前 90 天内，就住院或日间手术疾病/伤害向全科医师或专科医师求诊治疗（包括药物治疗）的费用。每一病症以一次为限。

12、入院前或日间手术前检查检验费用

在住院治疗或日间手术前 90 天内，就住院或日间手术疾病/伤害由主诊医师书面推荐进行的检查检验费用。每一病症以一次为限。

13、离院后或日间手术后治疗费用

若被保险人因承保病症住院或进行日间手术，则保险人赔付自其出院之日或结束日间手术起 90 天内发生的、由专科医师提供的后续诊疗的费用，且在此期间的医药用品和药品以 120 日用量为限。

14、住院精神疾病治疗费用

被保险人因精神疾患（根据国际疾病分类标准编码 ICD10 或《中国精神疾病分类方案和诊断标准》明确诊断），在当地合法注册的精神病专科医院或设有精神病科室的医疗机构接受住院治疗而产生的费用。

- (1) 在保险单生效日起的 12 个月（等待期）内，对被保险人因精神疾病住院治疗发生的费用，保险人不负责赔偿。上述等待期仅对初次投保时适用；
- (2) 保险人对同一被保险人在每一保险年度就本保障所承担的给付天数以保险单所列的天数为限；
- (3) 直接或间接由故意自残或企图自杀导致的治疗不在承保范围内；
- (4) 由酗酒、滥用药物或物质滥用引起或与之有任何关联的治疗均不在承保范围。

2.5.2 非住院肾透析及癌症治疗

保险人根据本合同约定赔偿，累计给付不超过本承保项目的年度赔偿限额。

1、非住院肾透析

对于由专科医师推荐的被保险人需要进行的医疗上必要的肾透析的费用。

- (1) “肾透析”指下列两种治疗中的任何一种：

—— 在合法注册的透析中心进行的血液透析（通过血液在体外机器中的循环，将血液中的废物和过量的水去除）；

—— 腹膜透析（透析液流过被保险人的腹腔，通过腹膜内层去除血液中的废物和过量的水）。

- (2) 下列费用不包含在非住院肾透析保险金内：

—— 治疗由肾透析引发或与之有关的并发症的费用；

—— 购置任何肾透析用设备、仪器、器材、机器以及用品的费用。在不与前文冲突的前提下，本公司不负责腹膜透析体外循环机或类似设备的购置费用。

2、门诊癌症治疗

被保险人在合法注册的癌症治疗中心治疗**癌症**（见 7.22）的门诊费用。

2.5.3 器官移植

保险人赔付被保险人因罹患疾病或遭受意外伤害需要进行的肾脏、心脏、肝脏、肺或骨髓移植手术的全部合理且必要费用，但不包含获得该器官所需要的费用（包括但不限于交通费用）或捐献者引起的任何费用。

2.5.4 义肢/人造假体	保险人以保险单所列赔偿限额为限，赔付为治疗被保险人疾病或意外伤害在医疗上必要（见 7.23）的，由主诊专科医生推荐的，由手术植入的、非美容目的的晶体、支架（不包括牙套）、起搏器、假肢或类似整形外科器具和植入物的费用。
2.5.5 门诊医疗	被保险人因下列门诊医疗服务而产生的合理且必要的医疗费用将按照本保险合同中的赔付比例予以补偿，且以本保险合同所载的赔偿限额为限，同一病症每天的就诊次数限于一次。 1、普通门诊费用 被保险人于保险期间内因疾病或意外伤害接受注册医师提供的医疗诊断服务而产生的合理且必要的医疗费用。 2、专科门诊费用 被保险人于保险期间内因疾病或意外伤害接受专科医师提供的医疗诊断服务而产生的合理且必要的医疗费用。 3、处方药物 被保险人于保险期间内罹患疾病或遭受意外伤害，由主诊医师根据被保险人疾病或意外伤害情况书面处方的医疗上必要的医药用品和药品而产生的合理且必要的医疗费用。 4、物理治疗 被保险人于保险期间内因疾病或意外伤害由注册主诊医生建议接受物理治疗而产生的合理且必要的医疗费用。 5、脊骨治疗 被保险人于保险期间内因疾病或意外伤害接受脊骨指压治疗师的脊骨治疗而产生的合理且必要的医疗费用。 6、中医草药医师治疗 被保险人于保险期间内因疾病或意外伤害接受由注册中医草药医师提供的治疗或服务而产生的合理且必要的医疗费用。 7、跌打治疗 被保险人于保险期间内因疾病或意外伤害接受由医师提供的跌打治疗或服务而产生的合理且必要的医疗费用。 8、针灸治疗 被保险人于保险期间内因疾病或意外伤害接受由医师提供的针灸治疗或服务而产生的合理且必要的医疗费用。 9、X-光及其他检查检验费用 被保险人于保险期间内因疾病或意外伤害接受 X-光和其他检查检验而产生的合理且必要的医疗费用。
2.5.6 紧急意外门诊牙科治疗	1、被保险人因遭遇意外事故导致其自然牙齿或牙龈伤害而在意外事故发生后 24 小时内进行的医疗上必要的牙科急症诊疗的费用。 2、同一牙医在意外事故发生后 30 日内提供的后续诊疗的费用（包括处方医药用品和药品的费用）。
2.5.7 紧急意外门诊治疗	1、被保险人在意外事故发生后 24 小时内对其因该意外事故造成的伤害进行急症诊疗的费用。 2、同一医师在意外事故发生后 30 日内提供的后续诊疗的费用（包括处方医

药用品和药品的费用)。

2.5.8 24 小时紧急支援服务

若被保险人未违背医嘱，且未出于获得或寻求任何海外医疗或外科手术目的，在中华人民共和国境外(含香港、台湾及澳门)旅行途中，遭受重大意外伤害或急症，或需要医疗紧急救助，被保险人或其个人代表可拨打保险人委托的救援机构（以下简称救援机构）24 小时热线从救援机构获得以下紧急协助服务和利益。救援机构是一个服务供应商而非保险公司，因此救援机构不会提供任何财务赔偿或处理任何形式的任何理赔，被保险人不能直接向救援机构要求补偿被保险人支付的或由此引发的任何类似费用。所有的以下服务的费用将由保险人直接支付给救援机构，以保险单或批单上所列的赔偿限额为限。

1、 紧急医疗护理、电话医疗建议、评估和推荐预约

若需要医学建议，被保险人可以拨打救援机构的热线，联系救受保区域以外的紧急治疗(每次旅程最多 45 天)救援机构以获得医学建议和在线医师的评估。然而，应当强调的是，被保险人不应将此作为诊断而仅应视为建议。如有医疗必要，被保险人应当寻求其他医师或医学专家进行个人诊断，而救援机构则会协助被保险人进行医疗预约。

2、 紧急医疗运送

若被保险人遭受意外伤害或急症，而救援机构的医疗团队和主诊医师建议被保险人需转运至某一医疗机构住院以便被保险人接受恰当的治疗，救援机构将安排并支付以下费用：

—— 将被保险人运送到最近的符合要求的医院；

—— 基于医疗上的需要，在医护人员监护下使用各种必需之医疗运送设备（包括但不限于空中救难专机、定期班机及道路救护车）等转送被保险人至更有条件治疗其身体伤害或急症之医院；或若其医学状态允许转送，在必要医护监护下经由救护车接送机场及定期班机直接转送至其经常居住地附近的适当医院或其他健康护理机构。医疗小组及主诊医师将根据情况决定必要的安排。

3、 治疗后医疗护送

在紧急医疗运送后，若有医疗必要，救援机构将安排并支付定期航班或其他适当交通手段的经济舱(若被保险人所持回程机票不能使用时)机票费用，并支付任何机场接送的交通费用，以帮助被保险人返回中华人民共和国境内或其祖国（见 7.24）或其常住地的医疗机构。被保险人需将原有机票未用部分交给救援机构处理。任何被保险人治疗后返回的决定均应在持续的医疗监控下、由主诊医师和救援机构共同决定。

4、 遗体或骨灰的送返

倘若被保险人在其居住国家外身故，救援机构将安排一切所需(包括任何符合当地手续的步骤和安排)，并支付以下费用之一：

(1) 被保险人遗体或骨灰送返中华人民共和国或被保险人祖国/经常居住地的费用；

(2) 应被保险人之继承人或其合法代表人要求，在当地安葬的费用。

但救援机构所支付的当地安葬费用不应超过遗体或骨灰送返所需之费用，且不包括棺槨费用。

特别注意：以上所列的紧急救援服务将不包括将被保险人从诸如船只，石油钻井平台或类似离岸场所转移出来的服务。投保人应当按照本保险单规定的标准

使用服务，对任何超过救援机构服务标准及限额而产生的费用，保险人不负责赔偿。

2.5.9 牙科保障（可选保障）

就下列牙科保障项目按照本保险合同载明的赔付比例、在约定的赔偿限额内提供补偿：

1、 牙齿治疗

被保险人于保险期间内接受牙科医生施行的对自然牙齿或牙龈的治疗而产生的合理且必要的费用（不包括镶牙费用）。

2、 洗牙和口腔检查

被保险人于保险期间内接受口腔检查和洗牙（包括刮治，抛光）治疗而产生的合理且必要的费用，且不超过保险合同中规定的每年就诊次数。

3、 镶牙费用

保险人补偿被保险人采用人工材料替换缺失的自然牙齿而产生的合理且必要的费用，包括对该替换后的义齿进行合理且必要的修补费用，每颗牙赔偿额度以保险合同中约定的赔偿限额为限。

4、 针对**保险合同订立前已存在牙科病症**（见 7.25）的特别条款：

本保险合同在保险人连续续保后，下列针对本保险合同订立前已存在牙科病症的特别条款适用：

(1) 若被保险人的牙科保障保险合同已经持续有效一年，自在保险人连续续保第二个保险年度及以后，被保险人每年可享受约定金额以内的下列治疗费用：充填、拔牙（智齿除外），但在任何情况下不超过其续保时所适用的保险合同所载的牙科保障保险下约定的年度赔偿限额。

(2) 若被保险人的牙科保障保险合同自第一个保险年度起已经持续有效三年，自在保险人连续续保第四个保险年度及以后，被保险人每年可享受约定金额以内的下列治疗费用：充填、补牙、根桩、桩核、拔牙（智齿除外）、烤瓷冠、高嵌体、低嵌体、义齿桥、假牙、牙周深刮、根面平整、根管治疗、牙周治疗、缺牙替换、保存治疗以及旧义齿冠、义齿桥、活动假牙的修补，但在任何情况下不超过其续保时所适用的保险和所载的牙科保障保险下约定的年度赔偿限额。

(3) 若被保险人的牙科保障保险合同自第一个保险年度起已经持续有效五年，自在保险人连续续保第六个保险年度及以后，被保险人所有因该保险合同订立前已存在牙科疾病或伤害而直接、单独引起的牙科专项医疗费用均可在本保险合同所载赔偿限额内获得补偿。

2.5.10 生育保险（可选保障）

自保险合同生效日起 12 个月（等待期）内保险人不负责赔偿，上述等待期仅在初次投保时适用。

对于等待期后开始的妊娠，保险人补偿该次妊娠实际发生的分娩、医学上必要的人工终止妊娠以及流产的费用，包括所有产前和产后检查及服务费用，最高以本保险合同所载赔偿限额为限。新生儿婴儿室护理的费用不属于本保险合同的保障范围。

2.5.11 常规体检、健康检查、和接种疫苗（可选保障）

在保险期间内，对于被保险人因下列项目产生的费用，保险人根据本合同约定负责赔偿，累计给付不超过各承保项目的年度赔偿限额。

1、 常规体检、健康检查：补偿被保险人因常规体检、健康检查而产生的合理的医疗费用，但不包括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,本合同另有约定的不在此限。

2、接种疫苗:补偿保险人于因接种疫苗而产生的合理的医疗费用。

2.5.12 保障区域以外的紧急治疗(可选保障)

在保险期间内,被保险人在合同约定的保障区域以外的全球其他国家和地区旅行时(单次最长不超过45天),因下列意外伤害事故或突发急性病需紧急医疗的,保险人对相关紧急医疗产生的合理且必要的医疗费用根据保险单列明的赔偿限额、免赔额和自付比例等赔付标准在年限额范围内给付紧急医疗保险金:

- 1、高热(成人摄氏38.5度、小儿摄氏39度以上);
- 2、急性腹痛、剧烈呕吐、严重腹泻;
- 3、各种原因的休克;
- 4、昏迷;
- 5、癫痫发作;
- 6、严重喘息、呼吸困难;
- 7、急性胸痛、急性心力衰竭、严重心律失常;
- 8、高血压危象、高血压脑病、脑血管意外;
- 9、各种原因所致急性出血;
- 10、急性泌尿道出积血、尿闭、肾绞痛;
- 11、各种急性中毒(如食物或药物中毒),各种意外(如触电、溺水);
- 12、脑外伤、骨折、脱位、撕裂、烧伤、烫伤或其他急性外伤;
- 13、各种有毒动物或昆虫咬伤或者急性过敏性疾病;
- 14、五官及呼吸道或食道异物,急性眼痛、眼红或眼肿,突然视力障碍以及眼外伤;
- 15、其他给予危、急、重病者的紧急治疗。被保险人不论一次或多次接受紧急医疗治疗的,累计给付紧急医疗费用以不超过紧急医疗保险金的最高给付金额为限。

2.5.13 昂贵医疗机构(可选保障)

投保人选择的保险计划可能对**昂贵医疗机构**(见7.26)的使用有不同的规定。

- 1、全球计划对被保险就医的医疗机构无任何限制。
- 2、对于大陆计划、大陆及港澳台计划、国际计划,被保险人有权选择是否保障昂贵医疗机构就医的费用。

2.6 责任免除

下列治疗、项目、疾病、活动以及相关或后续的费用均不属于本合同的承保范围,本公司不负责赔偿:

- 1、未经过医生推荐和批准,或不符合被保险人所罹患疾病或遭受意外伤害的诊断和治疗需求的任何期限的住院和所有因此提供和实施的医疗服务;
- 2、未书面告知的**既往症**(见7.27),但被保险人已在投保单中向保险人披露并由本公司书面认可的除外;
- 3、未在本合同明确列明承保的任何非医疗必要的就治疗、检查检验、X-光检查、常规体检、健康检查或任何无医疗必要的预防性治疗包括接种疫苗、针刺疗法;
- 4、住院期间、日间手术期间或日间治疗期间的电话、电视、广播、报纸、访客餐饮等非医疗费用;
- 5、未在本合同明确列明承保的门诊治疗、牙科护理和牙科治疗;
- 6、保险合同订立前已存在牙科病症,但2.5.9款所列情形除外;
- 7、未在保险期间内开始且完成的牙科治疗;
- 8、用于矫正、美容目的或纯粹为美容目的矫正牙齿先天畸形的相关费用;

- 9、口腔卫生指导、菌斑控制和饮食指导引起的费用；
- 10、任何无医疗必要的牙科预防性治疗；
- 11、未在本合同明确列明承保的妊娠、分娩、流产、人工终止妊娠、不孕症和由此引发的所有并发症；
- 12、节育措施、辅助生育措施、绝育或任何由此引发或与此相关的任何后果；
- 13、包皮环切、阳痿或勃起障碍和由此引发或与此相关的任何后果；
- 14、性病、人体免疫缺损病毒（HIV）相关疾病（包括艾滋病及与艾滋病相关的综合症状（ARC）和/或其任何突变、衍化或变异）的任何治疗或检查；
- 15、变性手术；
- 16、由强制工伤保险或其他保险承担赔付责任的因工死亡、意外伤害或疾病；
- 17、任何先天性疾病、先天性畸形或缺陷；
- 18、非医院内护理、休养治疗或疗养院治疗，任何老年精神病或任何因精神性、心理性、精神或神经混乱及其任何生理或身心原因或表现、酗酒和滥用药物、物质滥用引起的治疗，但保险单中明确为本合同承保的家庭看护、精神病治疗除外；
- 19、自杀或自杀未遂，自残伤害或任何此类尝试，无论精神是否正常。因被保险人挑衅或故意行为而导致的打斗、被袭击或被谋杀；
- 20、视力测试、屈光度缺陷（诸如近视与散光）、医疗器材和用作假体的器械（包括眼镜、单片眼镜，隐形眼镜，助听器、轮椅等），但保险单中明确为本合同承保的除外；
- 21、从事任何竞赛（除徒步外的非职业非专业性的竞赛）、专业运动或职业竞赛、降落伞、跳伞、滑翔和蹦极跳等，或者以任何身份参与的任何形式的探险、户外探险、竞技娱乐、极限运动等所导致的意外伤害或疾病；
- 22、被保险人置身于任何飞机或空中运输工具（以乘客身份搭乘民用或商业航班者除外）期间所导致的意外伤害；
- 23、核或化学污染、战争、入侵、使用化学和/或生物物质的恐怖活动造成的损失、外敌行动、敌对状态（无论是否宣战）、内战、叛乱、革命、直接参与暴乱、罢工和市民暴动、起义或军事或夺权力量、或在武装力量中服役；
- 24、使用任何未经用药所在国家官方批准的药物或因未按照用药说明用药以及由此引起的任何治疗；
- 25、实验性治疗；
- 26、儿童发育迟缓和/或学习障碍；
- 27、不能同时满足以下条件的整容或整形外科手术或治疗，或与以前整容或整形外科手术或治疗相关或因此而需要的任何治疗：
 - （1）被保险人在保险期间因本合同定义的意外事故造成的伤害后，或外科手术或手术后，进行的用于恢复功能或外形的手术或治疗；
 - （2）在意外事故或外科手术后恰当的医学阶段实施的；
 - （3）治疗费用在手术前已得到本公司批准。
- 28、从身体任何部分抽除脂肪或多余组织，无论是否存在医学或心理需要；治疗肥胖、减轻或增加体重；
- 29、违反法律或试图违反法律，拒捕或试图拒捕；
- 30、将角膜、骨髓、骨骼、人体器官或组织从某一供体移植到某一受体的全部费用，以及所有与器官移植（包括需要或可能需要移植的疾病和移植手术后的状态）直接或间接有关的全部费用，但在保险单中明确为本合同承保的除外；

- 31、酒精依赖综合症或毒瘾的治疗；
- 32、呼吸睡眠暂停综合症。

2.7 其他免责条款

除 2.6 责任免除外，本合同中还有一些以加底纹的形式做了显著标志的文字，其中也包含一些责任免除的条文，请您注意。

3 如何申请领取保险金

3.1 受益人

除另有约定外，本合同的保险金受益人为被保险人本人。

3.2 保险事故通知

您或者受益人知道保险事故发生后应当在10日内通知我们。

如果您或受益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，我们对无法确定的部分，不承担给付保险金的责任，但我们通过其他途径已经及时知道或者应当及时知道保险事故发生或者虽未及时通知但不影响我们确定保险事故的性质、原因、损失程度的除外。

3.3 保险金申请

在申请保险金时，保险金申请人须填写保险金给付申请书，并提供下列证明和资料：

- (1) 保险合同；
- (2) 申请人的有效身份证件；
- (3) 医疗机构出具的原始凭证、医疗诊断书、病理检查、化验检查报告；
- (4) 医疗费用原始收据、医疗费用明细清单及医疗费用分割单；
- (5) 所能提供的与确认保险事故的性质、原因等有关的其他证明和资料。
- (6) 若保险金申请人委托他人申请的，还应提供授权委托书原件、委托人和受托人的身份证明等相关证明文件。

保险人按照本保险合同的约定，认为有关的证明和资料不完整的，应当及时一次性通知保险金申请人补充提供。

保险金申请人未能提供有关材料，导致保险人无法核实该申请的真实性的，保险人对无法核实部分不承担给付保险金的责任。

在保险人的理赔审核过程中，保险人有权并在合理的范围内对索赔的被保险人进行医疗检查。此外，保险人应有权在法律允许情况下，要求尸检检验。此类检验费用由保险人承担。在拒赔的情形下，保险人将承担因投保人提供索赔要求所必需的证明、收据、信息和证据而产生的费用。

3.4 保险金给付

我们在收到保险金给付申请书及合同约定的证明和资料后，将在 5 日内作出核定；情形复杂的，在 30 日内作出核定，但因第三方责任或其他非我们的责任导致保险事故的性质、金额无法确定的除外。

对属于保险责任的，在与受益人达成给付保险金的协议后 10 日内，履行给付保险金义务。

我们未及时履行前款规定义务的，除支付保险金外，应当赔偿受益人因此受到的损失。

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

我们在收到保险金给付申请书及有关证明和资料之日起 60 日内，对给付保险金的数额不能确定的，根据已有证明和资料可以确定的数额先予支付；我们最终确定给付保险金的数额后，将支付相应的差额。

3.5 诉讼时效

受益人向我们请求给付保险金的诉讼时效期间为 2 年，自其知道或者应当知道保险事故发生之日起计算。

④ 如何支付保险费

4.1 保险费及支付

本合同的保险费由您与我们在投保时约定并在保险单中载明。合同保险费的交费方式由投保人和本公司在投保时约定，并在保险单上载明。

保险责任开始以已全额支付保险费为条件。在保险单、续保批单、临时保险合同、批单所约定的保险期间开始前或者续保日之前，如投保人未能全额付清保险费，保险人不承担赔偿责任。

⑤ 如何解除保险合同

5.1 您解除合同的手续及风险

您可在被保险人（包括主被保险人和附属被保险人）未发生保险事故前申请解除本合同。如您申请解除本合同，请填写解除合同申请书并向我们提供下列资料：

- （1）保险合同；
- （2）您的有效身份证件（见 7.28）。

自我们收到解除合同申请书时起，本合同终止。我们自收到解除合同申请书之日起 30 日内向您退还本合同的**现金价值**（见 7.29）。

主被保险人的保险责任的终止将同时自动终止所有附属被保险人的保险责任。

您解除合同会遭受一定损失。

⑥ 其他需要关注的事项

6.1 明确说明与如实告知

订立本合同时，我们应向您说明本合同的内容。对保险条款中免除我们责任的条款，我们在订立合同时应当在投保单、保险单或者其他保险凭证上做出足以引起您注意的提示，并对该条款的内容以书面或口头形式向您做出明确说明，未作提示或者明确说明的，该条款不产生效力。

我们就您和被保险人的有关情况提出询问，您应当如实告知。

如果您故意或者因重大过失未履行前款规定的如实告知义务，足以影响我们决定是否同意承保或者提高保险费率的，我们有权解除本合同。合同解除权自我们知道有解除事由之日起超过 30 日不行使而消灭。

如果您故意不履行如实告知义务，对于本合同解除前发生的保险事故，我们不承担给付保险金的责任，并不退还保险费。

如果您因重大过失未履行如实告知义务，对保险事故的发生有严重影响的，对于本合同解除前发生的保险事故，我们不承担给付保险金的责任，但应当向您退还保险费。

我们在合同订立时已经知道您未如实告知的情况的，我们不得解除合同；发生保险事故的，我们承担给付保险金的责任。

6.2 年龄错误

您在申请投保时，应将与有效身份证件相符的被保险人的出生日期在投保单上填明，如果发生错误按照下列方式办理：

- 1、 您申报的被保险人年龄不真实，并且真实年龄不符合本合同约定的投保年龄限制的，在保险事故发生之前我们有权解除合同。我们行使合同解除权适用“我们合同解除权的限制”的规定。
- 2、 您申报的被保险人年龄不真实，致使您实付保险费少于应付保险费的，我们有权更正并要求您补交保险费；若已经发生保险事故，在给付保险金时按实付保险费和应付保险费的比例给付。
- 3、 您申报的被保险人年龄不真实，致使您实付保险费多于应付保险费的，我们会将多收的保险费退还给您。

6.3 合同内容变更

在本合同有效期内，经您与我们协商一致，可以变更本合同内容。变更本合同内容的，应当由我们在保险单或其他保险凭证上批注或附贴批单，或由您与我们订立书面的变更协议。但此类变更仅在投保人续保时方可生效，投保人的保险费也可能随计划的改变而有所增减。

对于新增承保项目生效日期后 12 个月内发生、确诊或持续的任何疾病或意外伤害，若能证明该疾病或意外伤害直接或间接由前一保险期间内确定或持续的条件或意外引起，保险人的赔偿限额将不超过原保险合同列示的赔偿限额；若不能证明该疾病或意外伤害直接或间接由前一保险期间内确定或持续的条件或意外引起的，保险人的赔偿限额以升级后的保险单赔偿限额为限。

对于减少承保项目生效日期后 12 个月内发生、确诊或持续的任何疾病或意外伤害，若能证明该疾病或意外伤害直接或间接由前一保险期间内确定或持续的条件或意外引起，保险人的赔偿限额将不超过降级前适用的赔偿限额；若不能证明该疾病或意外伤害直接或间接由前一保险期间内确定或持续的条件或意外引起的，保险人的赔偿限额以该疾病或意外伤害发生时保险合同所列示的赔偿限额为限。

- 6.4 被保险人变更** 投保人需要增加被保险人的，应书面通知我们。我们审核同意后将收取相应的保险费。我们将自约定的新增加被保险人保险责任开始日零时起对该新增加的被保险人承担保险责任。
- 投保人需要减少被保险人的，应书面通知本公司，我们对该被保险人所承担的保险责任自通知到达日终止。对于未发生保险金给付的，本公司向投保人退还该被保险人保险责任终止之日对应的现金价值。但已发生任何保险金给付或已发生本合同约定的保险事故但尚未给付保险金的，我们不退还现金价值。
- 6.5 联系方式变更** 为了保障您的合法权益，您的住所、通讯地址或者电话等联系方式变更时，请及时以书面形式或者双方认可的其他形式通知我们。如果您未以书面形式或者双方认可的其他形式通知我们，我们按本合同载明的最后住所或者通讯地址发送的有关通知，均视为已送达给您。
- 6.6 被保险人状态变更** 在本合同有效期内，若被保险人的社保状态发生变更时，被保险人须及时通知本公司。本公司有权根据被保险人最新的社保状态对保险责任进行相应调整。
- 6.7 争议处理** 合同争议解决方式由当事人在合同约定从下列两种方式中选择一种：
1、因履行本合同发生的争议，由当事人协商解决，协商不成的，提交仲裁；
2、因履行本合同发生的争议，由当事人协商解决，协商不成的，依法向人民法院起诉。
- 6.8 法律适用** 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）。

7 释义

- 7.1 团体** 指中华人民共和国境内具有 5 名以上（含 5 名）成员且非因购买保险而组织的合法团体，包括机关、企事业单位和社会团体等。
- 7.2 成员** 团体为机关或企事业单位的，成员指该团体中身体健康、正常工作的在职员工；团体为社会团体的，成员指该团体的会员以及正式工作人员。
- 7.3 配偶** 由法律承认的婚姻形成的主被保险人的丈夫或妻子。主被保险人之年龄在 18 至 65 周岁之间的配偶，可作为本保险合同的附属被保险人，配偶年龄为 66 至 75 周岁者仅可续保。
- 7.4 子女** 主被保险人的自然子女、继子女或合法收养的子女。主被保险人之未婚、无业、投保时年龄为出生 28 天到 18 周岁的子女，可作为本保险合同的附属被保险人，子女年龄为 19 至 25 周岁者仅可续保。
- 7.5 周岁** 指按有效身份证件中记载的出生日期计算的年龄，自出生之日起为零周岁，每经过一年增加一岁，不足一年的不计。
- 7.6 保险金额** 指本公司承担相应赔偿或者给付保险金责任的最高限额。

7.7 合理且必要

指合理的、符合通常惯例且医疗必须的医疗费用。符合通常惯例指被保险人接受的医疗服务满足以下条件：

- 1、 该服务满足医疗需要而且根据治疗当地通行治疗规范、采用了通行治疗方法；
- 2、 医疗费用没有超过当地对类似情形治疗的常规费用，类似情形是指在同一地区、对相同性别、近似年龄的人所患的同类疾病或身体伤害实施的类似治疗或服务。

医疗必需指针对意外伤害或疾病本身的医疗服务及医疗费用满足以下条件：

- 1、 治疗意外伤害或疾病合适且必须的、有医生处方的项目；
- 2、 与接受治疗当地普遍接受的医疗专业实践标准一致；
- 3、 非为了医师或其他医疗提供方的方便；
- 4、 接受的医疗服务范围是合适的而且经济有效的。

对是否医疗必需由本公司理赔人员根据客观、审慎、合理的原则进行审核；如果被保险人对审核结果有不同意见，可由双方认同的权威医学机构或者权威医学专家进行审核鉴定。

7.8 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基本医疗保险保障项目。

7.9 年度赔偿限额

本保险合同中所载的额度，是每一年度保险期间中保险人在本保险合同项下对任一被保险人累计支付保险金的最高额度。若在保险期间中，在本保险合同下对任意被保险人支付的累计总保险金达到了年度总赔偿限额，则在剩余的保险期间中，不会对该被保险人再支付任何保险金。

7.10 年度最高赔付天数

每一年度保险期间中保险人在本保险合同项下对任一被保险人累计支付保险金的最高天数。

7.11 自付比例

在本合同中所载的，用于计算被保险人在扣除免赔额之外（如有）还必须自己承担的医疗费用的比率。

7.12 医生

指在所在国合法注册的具有医师执业资格的并拥有处方权且正在执业的医疗服务人员，同时需要满足下列条件：

- 1、 对其治疗的疾病或伤害经过培训和训练从而具有相应的治疗资格；
- 2、 职业范围符合执照许可；
- 3、 不是被保险人的家庭成员。

7.13 医院

在其营业所在地合法建立并正式注册，能为付费住院患者提供护理与治疗的医疗和手术机构，并且符合以下条件的机构：

- 1、 拥有完备的诊断与正规全身手术设施；
- 2、 由医师管理指导，全职医师队伍提供 24 小时昼夜服务；
- 3、 并非诊所、精神病院或精神病机构、护理中心或戒酒、戒毒中心、温泉疗养机构或水疗院、护理院、疗养院或康复医院、养老院或类似机构。

本保险合同中提到医院时应理解为指公立医院或私立医院。

7.14 日间手术	由外科医师在医院或诊所为治疗被保险人的疾病或意外伤害对被保险人实施的无需住院的外科手术。 诊所：合法建立并正式注册，并在其所在地理区域内作为病人和受伤人员的医疗中心，并且符合以下条件： 1、拥有完备的诊疗疾病和意外伤害的设施； 2、在正常营业时间内有全职医师队伍管理指导； 3、并非精神病院或精神病机构、护理中心或戒酒、戒毒中心、温泉疗养机构或水疗院、护理院、疗养院或康复医院、养老院或类似机构。
7.15 日间治疗	被保险人在医院内因日间手术占用一张床位但不超过二十四小时的治疗，不包括肾透析和癌症治疗。
7.16 标准私人病房	本保险合同所指的病房为每一病房设一张病床的单间。
7.17 重症监护病房	对危重病人的生命机能实施不间断密切监视的专用病房，这类病房的护理人员多于病人，并配有全套的病人复生设施。重症病房也包括其设施的全面性不低于上述设施的心脏科重症监护病房。
7.18 意外事故	指外来的、突发的、非本意的、非疾病的使被保险人身体受到伤害的客观事件。
7.19 医师	并非被保险人或其近亲属或其业务关联者（如商业合作伙伴、雇员或雇主），且已获得其所执业国家的医疗卫生当局核发的行医执照的执业医师，其提供的治疗服务内容应在其执照和业经培训范围内。本保险合同中凡提及“医师”应在适用的情况下理解为全科医师和/或专科医师。
7.20 护士	具有护士资格（并非被保险人或其近亲或其业务关联者，包括商业合作伙伴、雇员或雇主），且已获得其所执业国家的医疗卫生当局核发的执业执照，其提供的服务内容应在其执照和业经培训范围内。
7.21 近亲属	具有血缘、婚姻或收养关系的下列人员： 1、父母和岳父母； 2、兄弟姐妹、配偶的兄弟姐妹； 3、配偶； 4、子女。
7.22 癌症	一种恶性肿瘤，特征为恶性细胞的不可控制的生长和扩散，并入侵和破坏正常组织。诊断必须有恶性组织学佐证，并经肿瘤学家或病理学家确认。
7.23 医疗上必要	是指由主诊医师推荐或配方，对诊断或治疗被保险人的疾病或意外伤害合理且必要的治疗、服务、补给、或药物，同时符合下列所有条件的可视为合理且必须的： 1、未超出为提供安全、适当和合理的诊断或治疗所需的范围、时间、强度或护理水平； 2、主要目的不是为了患者、患者家庭、医师或其他服务提供者的个人舒适或方便；

- 3、 不是患者的学院教育或职业培训的一部分且与之无关;
- 4、 并非实验性或调查性;
- 5、 对于住院情况, 须是单纯门诊诊疗无法安全实施的情况。

7.24 祖国	指被保险人的护照签发国。当被保险人拥有多国护照的情形下, 以其在投保单中列明号码的护照的签发国为准。对于拥有多国护照的主被保险人的子女, 以主被保险人的祖国为其子女的祖国。
7.25 保险合同订立前已存在牙科病症	包括但不限于下列牙科状况: 1、 保险合同生效日期之前的牙齿缺失; 2、 保险合同生效日期之前被拔除或损坏的牙齿; 3、 保险合同生效日期之前由意外导致的, 或保险合同生效日期之前开始的病变而导致的任何治疗, 例如补牙、烤瓷冠、义齿桥托、活动假牙、根桩、高嵌体、低嵌体、保存治疗, 即使该病变状态在保险合同生效日期并未显现; 4、 任何在保险合同生效日期之前出现的需要深度清洁、牙根平整、牙周护理和治疗等的状态, 即使该状态在保险合同生效日期并未显现; 5、 任何在保险合同生效日期之前由意外导致的, 或保险合同生效日期之前开始的病变而导致的需要牙科或口腔外科手术的治疗, 即使该病变状态在保险合同生效日期时并未显现。
7.26 昂贵医疗机构	在保险单中注明的, 其医疗费用较高的医疗机构。对被保险人在此类医疗机构就诊的费用保险人仅在保险单明确规定承保的情况下负责赔偿。
7.27 既往症	指被保险人在本附加合同生效日之前所患的疾病或出现的症状。
7.28 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、士兵证等证件。
7.29 现金价值	现金价值=净保费×(1-保险经过日数 / 保险期间的日数), 经过日数不足 1 日的按 1 日计算。 净保费指投保人所支付的保险费扣除每张保险单平均承担的本公司各项费用 (含营业费用、代理费、各项税金、保险保障基金等) 后的余额, 扣除部分占所交保险费的 25%。

【本页内容结束】