



请扫描以查询验证条款

信美相互 i 关爱高端团体医疗保险条款

阅 读 指 引

本阅读指引有助于投保人理解条款，对本合同内容的解释凡条款已有约定的，以条款约定为准。

投保人拥有的重要权益

- ❖ 本合同提供的保障在保险责任条款中列明.....1.9
- ❖ 投保人有解除合同的权利.....5.1

投保人应当特别注意的事项

- ❖ 本合同设有等待期.....1.5
- ❖ 我们给付保险金时遵循补偿原则.....1.10
- ❖ 在某些情况下，我们不承担保险责任.....2.1
- ❖ 保险事故发生后，请投保人及时通知我们.....4.2
- ❖ 解除合同会给投保人造成一定的损失，请投保人慎重决策.....5.1
- ❖ 投保人有如实告知的义务.....6.5
- ❖ 我们对一些重要术语进行了解释，并作了显著标识，请投保人注意.....7

条款是保险合同的重要内容，为充分保障投保人的权益，请投保人仔细阅读本条款

条款目录

- | | | |
|-----------------|-------------------|---------------------|
| 1. 我们保什么 | 4.5 诉讼时效 | 7.2 亚太 |
| 1.1 保障计划 | 5. 如何退保 | 7.3 紧急医疗 |
| 1.2 保险金额及各项责任限额 | 5.1 投保人解除合同的手续及风险 | 7.4 意外伤害 |
| 1.3 保险期间 | 6. 其他需要关注的事项 | 7.5 住院 |
| 1.4 保险区域 | 6.1 合同构成 | 7.6 疾病 |
| 1.5 等待期 | 6.2 合同成立及生效 | 7.7 我们认可医院 |
| 1.6 预授权 | 6.3 投保范围 | 7.8 符合通常惯例 |
| 1.7 免赔额 | 6.4 投保年龄 | 7.9 医学必需 |
| 1.8 给付比例 | 6.5 明确说明与如实告知 | 7.10 病房费和膳食费 |
| 1.9 保险责任 | 6.6 我们合同解除权的限制 | 7.11 加床床位费 |
| 1.10 补偿原则 | 6.7 职业或者工种确定与变更 | 7.12 重症监护室费 |
| 2. 我们不保什么 | 6.8 被保险人常住国/地区变更 | 7.13 药品费 |
| 2.1 责任免除 | 6.9 年龄性别错误 | 7.14 材料费 |
| 3. 如何交纳保险费 | 6.10 被保险人变动 | 7.15 医生费（诊疗费或医事服务费） |
| 3.1 保险费的交纳 | 6.11 未还款项 | 7.16 治疗费 |
| 3.2 宽限期 | 6.12 合同内容变更 | 7.17 住院护理费 |
| 3.3 续保 | 6.13 联系方式变更 | 7.18 检查化验 |
| 3.4 保障计划的变更 | 6.14 争议处理 | 7.19 手术费用 |
| 4. 如何领取保险金 | 6.15 合同终止 | 7.20 器官移植费 |
| 4.1 受益人 | 7. 释义 | 7.21 家庭护理费 |
| 4.2 保险事故通知 | 7.1 中国境内 | 7.22 康复治疗费用 |
| 4.3 保险金申请 | | 7.23 临终关怀费用 |
| 4.4 保险金给付 | | |

7.24 精神疾病和心理障碍治疗费	7.39 预防性牙科治疗费	7.56 无合法有效行驶证
7.25 慢性病治疗费	7.40 基础牙科治疗费	7.57 机动车
7.26 先天性疾病治疗费	7.41 重大牙科治疗费	7.58 潜水
7.27 耐用医疗设备购买或租赁费	7.42 眼科检查费	7.59 攀岩
7.28 救护车使用费	7.43 眼镜费	7.60 探险
7.29 中国境外	7.44 产前和产后常规检查费用	7.61 武术比赛
7.30 居住地	7.45 分娩费用	7.62 特技表演
7.31 紧急医疗运送费	7.46 成人常规体检费	7.63 保险费约定交纳日
7.32 紧急运送陪同费	7.47 成人旅行疫苗接种费	7.64 周岁
7.33 遗体运返或安葬费用	7.48 儿童健康检查费	7.65 直接结算医院
7.34 医生	7.49 儿童常规检查费	7.66 有效身份证件
7.35 挂号费（医事服务费）	7.50 儿童疫苗接种费	7.67 复利
7.36 中医及理疗	7.51 职业病	7.68 未满期净保险费
7.37 急诊室费用	7.52 医疗事故	7.69 团体
7.38 紧急牙科治疗费	7.53 毒品	7.70 护士
	7.54 酒后驾驶	7.71 手术植入材料
	7.55 无合法有效驾驶证驾驶	7.72 急性病

信美人寿相互保险社

信美相互 i 关爱高端团体医疗保险条款

在本条款中，“我们”指信美人寿相互保险社，“本合同”指投保人与我们之间订立的“信美相互 i 关爱高端团体医疗保险合同”。

1. 我们保什么

这部分讲的是我们提供的保障

-
- | | | |
|-----|-------------|--|
| 1.1 | 保障计划 | 本合同项下每一被保险人的保障计划由投保人在投保时与我们约定，并在保险单或者保险凭证上载明。 |
| 1.2 | 保险金额及各项责任限额 | <p>本合同的币种为人民币，本合同项下每一被保险人名下的保险金额及各项责任的年限额、日限额、次限额、最高给付天数、最高给付次数、给付标准，根据投保人与我们约定的保障计划确定。</p> <p>如果被保险人在其保险期间内始终以参加社会基本医疗保险或者公费医疗的身份就诊，且发生本合同约定的医疗费用并经社会基本医疗保险或者公费医疗结算，被保险人名下的各项责任的年限额上调为保险单或者保险凭证上载明的该被保险人名下的各项责任的年限额的 105%。</p> <p>社会基本医疗保险指包括职工基本医疗保险、城镇居民基本医疗保险、新型农村合作医疗等政府举办的基本医疗保障项目。</p> |
| 1.3 | 保险期间 | <p>本合同的保险期间为 1 年，自本合同生效日零时开始。</p> <p>被保险人的保险期间是指我们对该被保险人承担保险责任的期间。保险期间为 1 年，自其保险责任开始日零时起，到其保险期间终止日 24 时止。</p> <p>每个被保险人的保险期间、保险责任开始日在保险单或者保险凭证上载明。</p> |
| 1.4 | 保险区域 | <p>本合同的保险区域为下列区域之一：</p> <ul style="list-style-type: none">（1）中国境内（见 7.1）；（2）大中华，包括中国境内、香港特别行政区、澳门特别行政区和台湾地区；（3）亚太（见 7.2）；（4）全球除美国；（5）全球。 <p>投保人可为被保险人选择合适的保险区域，并在保险单或者保险凭证上载明。我们仅对于被保险人在保险单或者保险凭证上载明的保险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的保险责任。对给付紧急救援保险金、保险区域外紧急医疗（见 7.3）保险金的保险责任，不受保险区域的限制。</p> |
| 1.5 | 等待期 | <p>本合同各项保险责任的等待期如下：</p> <ul style="list-style-type: none">（1）被保险人非因意外伤害（见 7.4）住院（见 7.5）治疗的，自其住院医疗保险责任开始之日起 30 日内（含第 30 日）为等待期； |

- (2) 被保险人非因意外伤害接受门急诊治疗的,自其门急诊医疗保险责任开始之日起 30 日内(含第 30 日)为等待期;
- (3) 被保险人进行本合同约定的重大牙科治疗的,自其牙科治疗保险责任开始之日起 90 日内(含第 90 日)为等待期;
- (4) 被保险人因怀孕、生育而发生的相关费用,自其生育保险责任开始之日起 10 个月内(含第 10 个月)为等待期。

对于被保险人在等待期内非因意外伤害出现的疾病(见 7.6)、症状、受伤,或者进行与该疾病、症状、受伤有关的诊断、医学咨询、治疗、服用药物,在保险期间及以后的续保期间内,我们不承担保险责任。

对于被保险人在等待期内的怀孕、生育,在保险期间及以后的续保期间内,我们不承担该次怀孕、生育的生育保险责任。

续保或者被保险人因意外伤害导致保险事故的无等待期。

1.6 预授权

被保险人接受下列治疗前,被保险人须在开始治疗前至少 3 个工作日向我们或我们授权的第三方服务提供商(以下简称“授权服务商”)提交预授权申请表:

- (1) 住院治疗或者需要全身麻醉的门诊手术;
- (2) 癌症放化疗或者肾透析;
- (3) 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。

对于被保险人的预授权申请,我们在收到填写完整的预授权申请表后 3 个工作日内将向医院或者被保险人予以书面回复,对于被保险人在收到我们的书面回复许可后开始的治疗,对应的预授权给付比例为 100%。

若发生紧急情况且在被保险人得不到及时治疗可能导致其身故或者明显身体伤害的情况下,可先在与紧急情况发生地邻近的医院接受治疗。如在上述紧急情况下未能事先申请预授权,被保险人须在开始接受上述治疗后 48 小时之内通知我们。我们将对该次治疗是否属紧急情况予以审核。对于经我们审核同意该次治疗属于紧急情况的,对应的预授权给付比例为 100%。如果发生下述两种情形之一,对应的预授权给付比例为 80%:

- (1) 被保险人未申请预授权或者申请预授权未获得我们书面回复许可,被保险人即开始上述治疗;
- (2) 在上述紧急情况下未能在规定时间内通知我们或者经我们审核不同意该次治疗属于紧急情况。

被保险人接受下列治疗,被保险人须在开始接受治疗后 48 小时之内通知我们:

- (1) 紧急救援;
- (2) 保险区域外紧急医疗;
- (3) 紧急牙科治疗;
- (4) 同一日在同一医院的同一科室治疗,使用累计超过 8,000 元的药品。

被保险人接受上述第(1)至第(3)项中的治疗,我们将对该次治疗是否属紧急情况予以审核。对于经我们审核同意该次治疗属于紧急情况的,对应的预授权给付比例为 100%。如果被保险人未能在规定时间内通知我们,但经我们审核同意该次治疗属于紧急情况,对应的预授权给付比例为 80%。无论被保险

人是否在规定时间内通知我们，如果经我们审核不同意该次治疗属于紧急情况的，对应的预授权给付比例为 0%。

被保险人接受上述第（4）项中的治疗，我们将对该次治疗是否属于保险责任予以审核。对于经我们审核同意该次治疗属于保险责任的，对应的预授权给付比例为 100%。如果被保险人未能在规定时间内通知我们，但经我们审核同意该次治疗属于保险责任的，对应的预授权给付比例为 80%。无论被保险人是否在规定时间内通知我们，如果经我们审核不同意该次治疗属于保险责任的，对应的预授权给付比例为 0%。

1.7 免赔额

本合同每一被保险人名下的免赔额由投保人在投保时与我们约定，并在保险单或者保险凭证上载明。

如果被保险人的保障计划中选择了年免赔额，我们将对被保险人的保险期间内的每一次理赔均扣除免赔额，直到累积免赔额达到了年免赔额。

如果被保险人的保障计划中选择了次免赔额，我们将对被保险人的保险期间内的每一次理赔均扣除免赔额。

1.8 给付比例

给付比例按照以下公式进行计算：

给付比例 = 我们认可医院（以下简称“医院”，见 7.7）的医院类别给付比例 × 预授权给付比例

医院类别给付比例根据被保险人就诊的医院类别确定。医院包括特定医疗机构和非特定医疗机构。被保险人在特定医疗机构以及在非特定医疗机构就诊对应的医院类别给付比例由投保人在投保时与我们约定，并在保险单或者保险凭证上载明。

预授权给付比例见本合同 1.6 条的约定。

特定医疗机构由投保人在投保时与我们约定，并在保险单或者保险凭证上载明。

1.9 保险责任

在被保险人的保险期间内，被保险人在保险单或者保险凭证上载明的保险区域内发生的符合通常惯例（见 7.8）的，且医学必需（见 7.9）的合理医疗产生的费用，我们承担下列保险责任。

在被保险人的保险期间内，我们给付的保险金不超过保险单或者保险凭证上载明的该被保险人名下的各责任项下的限额，并且累计给付的该被保险人名下的各项保险金数额之和不超过保险单或者保险凭证上载明的该被保险人名下的保险金额。

必选责任：

在被保险人的保险期间内，被保险人因意外伤害或者在等待期后非因意外伤害发生保险事故，我们承担下列保险责任：

住院医疗保险金

对被保险人发生的住院医疗费用，包括病房费和膳食费（见 7.10）、加床床位费（见 7.11）、重症监护室费（见 7.12）、药品费（见 7.13）、材料费（见 7.14）、医生费（诊疗费或医事服务费）（见 7.15）、治疗费（见 7.16）、住院护理费（见 7.17）、检查化验（见 7.18）费、手术费用（见 7.19）、器官移植费（见 7.20）、家庭护理费（见 7.21）、康复治疗费用（见 7.22）、临终关怀费用（见 7.23）、精神疾病和心理障碍治疗费（见 7.24）、慢性病治疗费（见 7.25）、先天性疾病治疗费（见 7.26）、耐用医疗设备购买或租赁费（见 7.27）、救护车使用费

(见 7.28), 我们先扣除本合同约定的免赔额, 然后按照本合同约定的给付比例, 在保险金额及各项责任限额范围内给付住院医疗保险金。

对在住院期间发生的体检、疫苗接种相关费用或者因怀孕、生育(不包括因意外伤害所致的流产、分娩)、牙科治疗、视力矫正导致住院而发生的住院医疗费用, 我们不承担给付住院医疗保险金的责任。

如果被保险人接受必选责任范围内的住院治疗, 且在本合同保险期间结束之日治疗仍未结束的, 则对于被保险人该次住院治疗在本合同终止日次日起 30 日内(含第 30 日)发生的上述医疗费用, 我们仍在本合同约定的保险责任范围内承担给付住院医疗保险金的责任, 对于被保险人该次住院治疗在本合同终止日次日起 30 日后(不含第 30 日)发生的医疗费用, 我们不再承担给付住院医疗保险金的责任。

可选责任: 如果被保险人选择了下列可选责任中的一项或者多项, 在被保险人的保险期间内, 被保险人因意外伤害或者在等待期后非因意外伤害发生保险事故, 我们承担相应保险责任:

保险区域外紧急医疗保险金 对被保险人在保险区域以外地区发生的、与紧急医疗相关的医疗费用, 我们先扣除本合同约定的免赔额, 然后按照本合同约定的给付比例, 在保险金额及各项责任限额范围内给付保险区域外紧急医疗保险金。

紧急救援保险金 被保险人在**中国境外**(见 7.29)旅行, 且每次行程不超过连续 90 日的, 或者被保险人在中国境内旅行, 离开其**居住地**(见 7.30)100 公里以外, 且每次行程不超过连续 90 日的。对被保险人在旅行期间发生的**紧急医疗运送费**(见 7.31)、**紧急运送陪同费**(见 7.32)、**遗体运返或安葬费用**(见 7.33), 我们先扣除本合同约定的免赔额, 然后按照本合同约定的给付比例, 在保险金额及各项责任限额范围内给付紧急救援保险金。

我们对以下情况或者费用不承担给付紧急救援保险金的责任:

- (1) 被保险人每次行程超过连续 90 日, 或者在其居住地 100 公里以内旅行的;
- (2) 被保险人前往出发地所在国政府、目的地所在国政府或者联合国明确告知不建议前往的国家或者地区;
- (3) 在山区、海上、沙漠、丛林或者类似的偏僻的地方进行搜寻及援救被保险人而发生的费用, 包括为从船只或者海上撤离到岸边的空中或者海上搜寻费用;
- (4) 对因健康原因被**医生**(见 7.34)建议不宜旅行的被保险人执意旅行引起的伤害或者疾病的救援费用。

门急诊医疗保险金 对被保险人发生的门急诊医疗费用, 包括**医生费**(诊疗费或医事服务费)、**挂号费**(医事服务费)(见 7.35)、**药品费**、**材料费**、**治疗费**、**检查化验费**、**门诊手术费用**、**中医及理疗**(见 7.36)费、**精神疾病和心理障碍治疗费**、**慢性病治疗费**、**先天性疾病治疗费**、**耐用医疗设备购买或租赁费**、**急诊室费用**(见 7.37)、**非紧急情况下使用急诊室费用**、**紧急牙科治疗费**(见 7.38)、**救护车使用费**, 我们先扣除本合同约定的免赔额, 然后按照本合同约定的给付比例, 在保险金额及各项责任限额范围内给付门急诊医疗保险金。

对在门急诊期间发生的体检、疫苗接种相关费用或者因怀孕、生育（不包括因意外伤害所致的流产、分娩）、非紧急牙科治疗、视力矫正而发生的门急诊医疗费用，我们不承担给付门急诊医疗保险金的责任。

牙科治疗保险金 对被保险人发生的牙科治疗费用，包括**预防性牙科治疗费**（见 7.39）、**基础牙科治疗费**（见 7.40）、**重大牙科治疗费**（见 7.41），我们先扣除本合同约定的免赔额，然后按照本合同约定的给付比例，在保险金额及各项责任限额范围内给付牙科治疗保险金。

我们对以下费用不承担给付牙科治疗保险金的责任：

- （1）非因治疗必需的、以美容为目的的牙齿处理、种植牙、贴面而发生的相关费用；
- （2）被保险人未按牙科医生的建议在投保前进行必要的牙科治疗而引起的在投保后发生的牙科治疗费用。

眼科护理保险金 对被保险人发生的眼科护理费用，包括**眼科检查费**（见 7.42）、**眼镜费**（见 7.43），我们先扣除本合同约定的免赔额，然后按照本合同约定的给付比例，在保险金额及各项责任限额范围内给付眼科护理保险金。

对非医学必需的或者不是根据眼科医生的医嘱所配的框架眼镜、太阳镜或者隐形眼镜所发生的费用，我们不承担给付眼科护理保险金的责任。

生育保险金 对被保险人发生的生育医疗费用，包括**产前和产后常规检查费用**（见 7.44）、**分娩费用**（见 7.45），以及流产或终止妊娠、产前并发症和分娩并发症、新生儿出生后 14 日内未出院期间所接受治疗产生的费用，我们先扣除本合同约定的免赔额，然后按照本合同约定的给付比例，在保险金额及各项责任限额范围内给付生育保险金。

预防性保健保险金 对被保险人发生的**成人常规体检费**（见 7.46）、**成人旅行疫苗接种费**（见 7.47）、**儿童健康检查费**（见 7.48）、**儿童常规检查费**（见 7.49）、**儿童疫苗接种费**（见 7.50），我们先扣除本合同约定的免赔额，然后按照本合同约定的给付比例，在保险金额及各项责任限额范围内给付预防性保健保险金。

1.10 **补偿原则** 我们在向受益人给付保险金时，若被保险人发生的属于本合同保险责任范围内的费用已通过其他途径获得了补偿，且其他途径的补偿金额与我们按本合同约定给付的保险金之和超过了被保险人实际发生的费用，我们将按被保险人实际发生的费用扣除其他途径的补偿金额后的余额向受益人给付保险金，即包括本合同在内的各种途径所给付的所有补偿金额之和不得超过被保险人实际发生的费用。

2. 我们不保什么

这部分讲的是我们不承担保险责任的情况

2.1 **责任免除** 因下列第（1）至第（13）项情形之一导致被保险人发生任何费用的，我们不承担给付保险金的责任，本合同继续有效：

- （1）被保险人每个保险期间在中国境外的国家或者地区停留累计超过 90

日的，发生于累计 90 日之外被保险人在中国境外的国家或地区接受的治疗；

- (2) 被保险人保险责任开始日前出现的疾病、症状、受伤，或者进行与该疾病、症状、受伤有关的诊断、医学咨询、治疗、服用药物，无论是否延续至保险期间或者以后的续保期间；
- (3) 本合同中特别约定除外的疾病；
- (4) 接受性功能障碍治疗、不孕不育治疗、人工受孕、避孕、节育（含绝育）以及由以上原因引起的并发症；
- (5) 疗养、矫形、视力矫正手术、美容、变性手术及非意外伤害事故所致的整容手术、脱发治疗、美容、减肥、丰胸或者缩胸手术、睡眠有关的研究或者治疗、戒烟；
- (6) 因儿童学习障碍、多动症、注意力集中缺陷、语言障碍矫正、行为问题和儿童发展问题而接受的治疗的费用；
- (7) 被保险人从事与其健康状况不适宜的活动或者运动所导致的意外或者所引发的疾病；
- (8) 由于**职业病**（见 7.51）、**医疗事故**（见 7.52）所产生的医疗费用；
- (9) 投保人对被保险人的故意杀害、故意伤害；
- (10) 被保险人故意自伤、自杀（但被保险人自杀时为无民事行为能力人的除外）、故意犯罪、抗拒依法采取的刑事强制措施；被保险人挑衅或者故意行为导致的打斗、被袭击、被谋杀；被保险人醉酒、主动吸食或者注射**毒品**（见 7.53）、未遵医嘱私自服用、涂用、注射药物；
- (11) 被保险人**酒后驾驶**（见 7.54）、**无合法有效驾驶证驾驶**（见 7.55），或者**驾驶无合法有效行驶证**（见 7.56）的**机动车**（见 7.57）；
- (12) 被保险人从事下列高风险运动：**潜水**（见 7.58）、**跳伞**、**攀岩**（见 7.59）、**驾驶滑翔机或者滑翔伞**、**探险**（见 7.60）、**摔跤**、**武术比赛**（见 7.61）、**特技表演**（见 7.62）、**赛马**、**赛车**；
- (13) 未经科学或者医学认可的试验性或者研究性治疗及其产生的后果所产生的费用。

3. 如何交纳保险费

这部分讲的是投保人应当按时交纳保险费，以及未按时交纳的影响

- 3.1 **保险费的交纳** 本合同的交费方式和交费期间由投保人在投保时与我们约定，并在保险单或者保险凭证上载明。投保人应当在每个**保险费约定交纳日**（见 7.63）交纳保险费。
- 3.2 **宽限期** 分期交纳保险费的，在交纳首期保险费后，如果投保人到期未交纳续期保险费，自保险费约定交纳日的次日零时起 60 日为保险费交纳的宽限期。宽限期内发生的保险事故，我们仍承担保险责任，但在给付保险金时会扣除欠交的保险费。**如果投保人在宽限期内未交纳保险费，则自宽限期满日的 24 时起，本合同终止，但本合同另有约定的除外。**
- 3.3 **续保** 投保人可以选择续保功能，如果我们同意投保人按本合同约定的承保条件继续投保本合同，且在本合同期满日前未收到投保人停止继续投保本合同的书面申

请，我们将为投保人自动办理相关续保手续，新续保的合同自本合同期满日次日零时起生效，有效期为 1 年。每次续保，均按前述规则类推。

如果我们做出不同意投保人继续投保本合同决定的，我们将向投保人发出通知，自期满日的 24 时起，本合同终止。

如果我们同意投保人按本合同约定的承保条件继续投保本合同的，则自本合同期满日的次日零时起 60 日为新续保合同的交费宽限期。宽限期内发生的保险事故，我们承担保险责任，但在给付保险金时会扣除投保人欠交的保险费，其数额以新续保合同的保险费数额为准。如果投保人在宽限期内未交纳新续保合同的保险费，则我们视同投保人自动放弃继续投保本合同的权利，自宽限期期满日的 24 时起，本合同终止。

投保人为被保险人续保合同时，根据本合同计算费率所用的计算基础与实际情况的偏差程度，我们可能调整本合同的保险费率。保险费率的调整适用于所有被保险人或者同一类被保险人。若我们决定调整费率，将向投保人发出通知。

我们接受继续投保本合同的被保险人的年龄最高不超过 75 周岁（见 7.64）。

- 3.4 **保障计划的变更** 投保人为被保险人续保合同时可以变更被保险人的保障计划，但须于续保前有效的保险合同的被保险人的保险期间届满前 30 日内通知我们，我们将对是否同意投保人变更被保险人的保障计划作出决定。

如果我们同意投保人变更被保险人的保障计划，我们将以书面形式或者双方认可的其他形式通知投保人，投保人须自被保险人的保障计划变更后的首个新续保合同生效日起按照新的保险费率支付保险费，被保险人的保障计划变更前投保人已经支付的保险费不受影响。

如果我们不同意投保人变更被保险人的保障计划，我们将以书面形式或者双方认可的其他形式通知投保人。

每个有效的保险合同每一被保险人的保险期间内不可变更已选定的被保险人的保障计划。

4. 如何领取保险金

这部分讲的是发生保险事故后受益人如何领取保险金

- 4.1 **受益人** 除另有约定外，本合同的受益人为被保险人本人。
- 4.2 **保险事故通知** 投保人或者受益人知道保险事故发生后应当在 10 日内通知我们或者授权服务商。**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。**
- 4.3 **保险金申请** 在申请保险金时，按照下列方式办理：
- 保险金申请方式** 受益人可通过以下两种方式向我们或者授权服务商申请保险金：
- （一）费用直接结算
- 对于被保险人在**直接结算医院**（见 7.65）接受属于费用直接结算范围的治疗，

经被保险人向我们或授权服务商申请费用直接结算，我们或授权服务商同意的，我们或授权服务商将为被保险人进行费用直接结算，包括我们或授权服务商支付或者为被保险人利益直接对第三方支付保险责任范围内的费用。对于已直接结算的费用，即使我们根据本合同应向受益人给付该费用，受益人不得就相应已直接结算的费用向我们申请保险金。

（二）保险事故发生后申请给付保险金

对于未进行直接结算的费用，受益人可于保险事故发生后向我们或者授权服务商申请给付保险金。

保险金申请所需材料 在申请保险金时，受益人作为申请人须填写领取保险金申请书，并须提供下列证明和资料的原件：

- （1）申请人的**有效身份证件**（见 7.66）；
- （2）医院出具的完整病历资料（包括门急诊病历、住院病历或者出院小结以及相关的检查报告）；
- （3）医院出具的附有病历、必要病理检查、血液检查、影像学报告及其他科学方法检验报告的疾病诊断证明书；
- （4）医院出具的被保险人的医疗费用发票（中国境内）或者医疗费用收据（如根据出险地惯例无发票，可用收据代替）、医疗费用明细清单，我们留存其原件（如果发生手术费用，还需提供手术费用的原始凭证）；
- （5）如果已从其他途径获得了补偿，则须提供从其他途径报销的凭证，我们留存其原件；
- （6）与确认保险事故的性质、原因等有关的其他证明和资料。

特别注意事项 保险金作为被保险人遗产时，继承人还必须提供可证明其合法继承权的相关权利文件。

以上证明和资料不完整的，我们或者授权服务商将及时一次性通知申请人补充提供有关的证明和资料。

对于我们或授权服务商已经直接结算的费用，我们不再接受受益人对该部分保险金的申请。

我们或授权服务商支付了应由被保险人自行负担的费用（包括但不限于不属于保险责任范围内的费用、超过相应费用限额的费用、免赔额以内的费用、超过给付比例的费用）和被保险人已从其他途径获得赔偿的费用，被保险人应当将上述相应款项及时退还我们或者授权服务商。

4.4 保险金给付 我们或者授权服务商在收到领取保险金申请书及本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。对属于保险责任的，我们或者授权服务商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。

我们或者授权服务商未及时履行前款约定义务的，对属于保险责任的，除支付保险金外，应当赔偿受益人因此受到的利息损失。利息按照我们确定的利率按**复利**（见 7.67）计算，且我们确定的利率不低于中国人民银行一年期居民定期储蓄存款利率。对不属于保险责任的，我们或者授权服务商自作出核定之日起 3 日内向受益人发出拒绝给付保险金通知书并说明理由。

我们或者授权服务商在收到领取保险金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，将根据已有证明和资料可以确定的数额先予支付；我们或者授权服务商最终确定给付保险金的数额后，将支付相应的差额。

保险金支付币种为人民币，如果实际发生的费用非人民币，我们或者授权服务商将按发票日期的中国人民银行人民币汇率中间价换算为人民币支付。

我们或者授权服务商有权对理赔进行核查，投保人和被保险人有义务提供我们所要求的相关材料。如果受益人向我们提起虚假的保险金申请且我们已支付相应保险金，我们有权追回已支付的相应保险金，并对其他虚假理赔的申请且尚未支付的款项拒绝支付，并有权解除或者部分解除本合同。

- 4.5
- 诉讼时效
- 权利人向我们或者授权服务商申请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。

5.

如何退保

这部分讲的是投保人可以随时申请退保，退保会有一定损失

- 5.1
- 投保人解除合同
的手续及风险
- 如果被保险人未发生保险事故并且投保人要求解除本合同，请填写解除合同申请书并签章，并向我们提供经办人的有效身份证件。

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 日内按本合同约定向投保人退还本合同终止时的**未到期净保险费**（见 7.68）。

投保人解除合同会遭受一定损失。

6.

其他需要关注的事项

这部分讲的是投保人应当注意的其他事项

- 6.1
- 合同构成
- 本合同包括本保险条款、保险单或者保险凭证、投保单、被保险人名册、与本合同有关的投保文件、合法有效的声明、批单及其他投保人与我们共同认可的书面协议。
- 6.2
- 合同成立及生效
- 投保人提出保险申请且我们同意承保，本合同成立。本合同的成立日、生效日以保险单记载的日期为准。本合同生效，我们开始承担保险责任。除另有约定外，保险费约定交纳日依据本合同的生效日为基础进行计算。
- 6.3
- 投保范围
- 投保人可将**团体**（见 7.69）成员作为被保险人向我们投保本合同，团体成员的配偶、子女、父母也可以作为被保险人参加本合同。另有约定的按约定内容执行。
- 6.4
- 投保年龄
- 投保年龄指投保时被保险人的年龄，以周岁计算。
- 6.5
- 明确说明与如实告知
- 订立本合同时，我们应当向投保人说明本合同的内容。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。

我们会就投保人和被保险人的有关情况提出询问，投保人应当如实告知。

如果投保人故意或者因重大过失未履行前款约定的如实告知义务，足以影响我们决定是否同意承保或者提高保险费率的，我们有权解除或者部分解除本合同。

如果投保人故意不履行如实告知义务，对于本合同解除或者部分解除前发生的保险事故，我们对所涉及的被保险人不承担给付保险金的责任，并不退还保险费。

如果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，对于本合同解除或者部分解除前发生的保险事故，我们对所涉及的被保险人不承担给付保险金的责任，但应当向投保人退还相应的保险费。

我们在合同订立时已经知道投保人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。

- | | | |
|-----|---------------------|--|
| 6.6 | 我们合同解除权的限制 | 前款约定的合同解除权，自我们知道有解除事由之日起，超过 30 日不行使而消灭。 |
| 6.7 | 职业或者工种的确定与变更 | <p>我们将按照事先公布的职业分类表确定被保险人的职业分类，投保人可以通过我们的网站、服务热线或者服务人员查询到此表。</p> <p>被保险人变更其职业或者工种时，投保人应于 10 日内通知我们。被保险人所变更的职业或者工种依照职业分类在本合同拒保范围内的，我们对该被保险人所承担的保险责任自接到通知之日起终止，并向投保人退还保险责任终止时该被保险人对应的本合同的未满期净保险费。</p> <p>被保险人的职业或者工种变更之后，依照职业分类表其危险程度增加但未依前项约定通知我们且发生保险事故的，若被保险人职业或者工种变更之后在本合同拒保范围内的，我们不承担给付保险金责任，对该被保险人的保险责任终止，并向投保人退还保险责任终止时该被保险人对应的本合同的未满期净保险费。</p> |
| 6.8 | 被保险人常住国/地区变更 | <p>被保险人常住国/地区变更为中国以外的国家或者地区的，投保人应于 10 日内通知我们，我们对该被保险人所承担的保险责任自接到通知之日起终止，并按本合同约定退还未满期净保险费。</p> <p>被保险人常住国/地区变更为中国以外的国家或者地区之后，未依前项约定通知我们且发生保险事故的，我们不承担给付保险金责任，对该被保险人的保险责任终止，并向投保人退还保险责任终止时该被保险人对应的本合同的未满期净保险费。</p> |
| 6.9 | 年龄性别错误 | <p>投保人在申请投保时，应将与有效身份证件相符的被保险人的出生日期和性别在投保单上填明，如果发生错误按照下列方式办理：</p> <p>（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我们规定的投保年龄限制的，我们有权终止对该被保险人的保险责任，但向投保人退还保险责任终止时该被保险人对应的本合同的未满期净保险费，对于该被保险人在保险责任终止前发生的保险事故，我们不承担给付保险金的责任。对前述被保险人的保险责任终止权适用“我们合同解除权的限制”的约定；</p> |

- (2) 投保人申报的被保险人年龄或者性别不真实，致使实交保险费少于应交保险费的，我们有权更正并要求投保人补交保险费。如果已经发生保险事故，在给付保险金时按实交保险费和应交保险费的比例给付；
- (3) 投保人申报的被保险人年龄或者性别不真实，致使实交保险费多于应交保险费的，我们向投保人无息退还多收的保险费。

- 6.10 被保险人变动 投保人因团体成员变动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，应书面通知我们，我们对减少的被保险人分别按以下方式进行处理：
- (1) 如果投保人向我们申请依本合同的约定对减少的被保险人继续承担保险责任，经我们审核同意，我们对该被保险人的保险责任继续有效；
 - (2) 如果投保人向我们申请终止对减少的被保险人的保险责任，我们自收到投保人书面通知时起对该被保险人的保险责任终止。投保人在通知书中载明的保险责任终止日如果晚于通知书送达我们的日期，则我们对该被保险人的保险责任自通知书中载明的保险责任终止日的零时起终止。除另有约定外，我们向投保人退还保险责任终止时该被保险人对应的本合同的未满期净保险费。
- 6.11 未还款项 我们在给付各项保险金、退还未满期净保险费或者返还保险费时，如果投保人有欠交的保险费或者其他未还清款项，我们在扣除上述各项欠款及应付利息后给付。
- 6.12 合同内容变更 在本合同有效期内，经投保人与我们协商一致，可以变更本合同的有关内容。变更本合同的，应当由我们出具批单，或者由投保人与我们订立书面的变更协议。
- 6.13 联系方式变更 为了保障投保人的合法权益，投保人的住所、通讯地址、邮箱或者联系电话等联系方式变更时，请以书面形式或者双方认可的其他形式及时通知我们。如果投保人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、通讯地址或者邮箱发送的有关通知，均视为已送达给投保人。**
- 6.14 争议处理 本合同履行过程中，双方发生争议不能协商解决的，可以达成仲裁协议通过仲裁解决，也可依法直接向法院提起诉讼。
- 6.15 合同终止 发生下列情况之一时，本合同终止：
- (1) 在本合同有效期内解除本合同；
 - (2) 因本合同其他条款约定情形而终止。
- 被保险人在其保险期间内身故，或者被保险人的保险期间届满，我们对该被保险人的保险责任终止。

7. 释义

这部分是对条款中的重要术语进行了解释

7.1	中国境内	指除香港特别行政区、澳门特别行政区以及台湾地区之外的中华人民共和国领土。
7.2	亚太	指西太平洋地区，包括中国（包括港澳台地区）、日本、韩国、朝鲜、俄罗斯远东地区、东南亚国家（越南、老挝、柬埔寨、缅甸、泰国、马来西亚、新加坡、印度尼西亚、菲律宾、文莱和东帝汶）、大洋洲。
7.3	紧急医疗	紧急医疗指针对突然发生的、为避免严重终身伤害或者死亡须立即接受药物或者手术治疗的症状，被保险人立即或者因不可抗力因素在症状发作后 24 小时内开始接受的相应医疗。 紧急医疗不包括： （1）常规医疗； （2）可以推迟至被保险人返回中国境内及港澳台地区后接受的医疗； （3）被保险人前往出发地所在国政府、目的地所在国政府或者联合国明确告知不建议前往的国家或者地区； （4）对因健康原因被医生建议不宜旅行的被保险人执意旅行引起的伤害或者疾病的治疗。
7.4	意外伤害	指以外来的、突发的、非本意的、非疾病的客观事件为直接且单独原因导致的身体伤害，猝死、自杀以及自伤均不属于意外伤害。 猝死指表面健康的人因潜在疾病、机能障碍或者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。猝死的认定以医院的诊断和公安部门的鉴定为准。
7.5	住院	指被保险人入住医院的正式病房进行治疗，并正式办理入出院手续， 不包括入住门诊观察室、家庭病床、挂床住院及被保险人未达到入院标准而办理入院手续或者已达到出院标准而不办理出院手续的情形。 其中挂床住院指被保险人非治疗需要，一次离开医院 12 小时以上，视为自动离开医院， 我们仅对离开日及以前属于保险责任范围内的住院治疗承担保险金给付责任。
7.6	疾病	指经过专业执业医师的诊断和确诊，改变了人体健康状态的异常状态。 一种疾病指源于同一诊断的所有伤害和影响，以及同一病因和相关病因引发的所有不适。如果一种疾病由先前疾病的病因或相关病因引发，该疾病为先前疾病的延续，而非新的疾病。
7.7	我们认可医院	指符合下列条件的医疗机构： （1）拥有所在国家的合法经营执照； （2）设立的主要目的为向受伤者和患病者提供留院治疗和护理服务； （3）有在所在国合法注册的医生和护士（7.70）常驻执业，并提供全日 24 小时的医疗和护理服务。 不包括护理机构、矿泉疗养院、水疗所、疗养所、康复机构、戒酒机构、酒精或者药物滥用看护机构、戒毒机构、疗养院或者养老院等其他类似目的的机构。 不包括接受治疗的被保险人或者其家庭拥有全部或者部分所有权的医疗机构。 我们保留对上述定义做出适当调整的权利，医院范围和指定医院名单以我们最近

公布信息为准。

- 7.8 **符合通常惯例** 指与接受医疗服务所在地通行治疗规范、通行治疗方法、平均医疗费用价格水平一致的费用。
- 对是否符合通常惯例由我们理赔人员根据客观、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。
- 7.9 **医学必需** 指医疗费用符合下列所有条件：
- （1）治疗意外伤害或者疾病所必需的项目；
 - （2）不超过安全、足量治疗原则的项目；
 - （3）由医生开具的处方药；
 - （4）非试验性的、非研究性的项目；
 - （5）与接受治疗当地普遍接受的医疗专业实践标准一致的项目。
- 对是否医学必需由我们理赔人员根据客观、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。
- 7.10 **病房费和膳食费** 病房费指被保险人住院期间使用的不高于标准单人病房的住院病房费用（不包括套房、家庭病房），**但不包括重症监护室费。**
- 膳食费是指根据医生的医嘱且由医院内设的专门为住院病人配餐的食堂配送的并符合通常惯例的膳食费用。
- 膳食费不包括：**
- （1）所住医院外其他营利性餐饮服务机构提供的餐饮费用；
 - （2）不是根据医嘱配送的、在医院对外营业的餐厅或者食堂的餐饮费用；
 - （3）不在医院开具的医疗费用清单上的餐饮费用。
- 7.11 **加床床位费** 被保险人不满 18 周岁的，我们承担一位陪同人员的加床床位费。
- 7.12 **重症监护室费** 指被保险人住院期间需在重症监护室进行合理且必要的医疗而产生的床位费和监护费。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）标准的单人或者多人监护病房。
- 7.13 **药品费** 指在住院以及门诊就医期间根据医生开具的处方所发生的西药、中成药和中草药的费用，**但不包括医生开具的单次剂量超过 90 天部分的药品费。**
- 药品费不包括下列药品费用：**
- （1）主要起营养滋补作用的中草药类：花旗参、冬虫夏草、西红花、灵芝、白糖参、朝鲜红参、红参、野山参、移山参、蛤蚧、琥珀、珊瑚、玳瑁、玛瑙、珍珠（粉）、阿胶、阿胶珠、血宝胶囊、红桃 K 口服液、十全大补丸、十全大补膏等；

- (2) 部分可以入药的动物及动物脏器，如狗宝、牛黄、麝香、燕窝、马宝、羚羊角尖粉、鹿茸、海马、胎盘、血竭、鞭、尾、筋、骨等，用中药材和中药饮片炮制的各类酒制剂等；
- (3) 美容和减肥药品；
- (4) 非因病情必须使用的免疫功能调节类药品；
- (5) 预防类药品；
- (6) 保健食品及用品。

7.14	材料费	指在住院以及门诊就医期间医生或者护士在为被保险人进行的各种治疗中所使用的一次性敷料费用。
7.15	医生费（诊疗费或医事服务费）	指由医生所实施的病情咨询及检查、各种器械或者仪器检查、诊断、治疗方案拟订等各项医疗服务所收取的费用。
7.16	治疗费	指由医生或者护士对患者进行的除手术外的各种治疗项目而发生的治疗费，包括因清创、换药、拆线、脓肿切开引流、瘰管烧灼、血管穿刺、输血、输液、注射、肌肉封闭、吸氧、冷冻、激光、急救治疗、心肺复苏等而发生的治疗费，具体以所就诊医院费用项目划分为准。
7.17	住院护理费	指住院期间由护士对被保险人提供临床护理服务所收取的费用。包括各级护理、重症监护与专项护理费用。
7.18	检查化验	指由医生开具的由医院专项检查科室的专业检查、检验人员实施的各检查化验项目，包括实验室检查、病理检查、放射线检查、CT、核磁共振检查（MRI）、B超、血管造影、同位素、心电图、心功能、肺功能、骨密度、基因学检查。
7.19	手术费用	手术费用包括手术费、麻醉费、手术监测费、手术辅助费、未独立记账的术中用药费、手术设备费、合理且必要的 手术植入材料 （见 7.71）费。
7.20	器官移植费	器官移植费是指经相关专科医生明确诊断，根据医学需要必须进行肝脏移植、肾脏移植、心脏移植、肺脏移植或者骨髓移植而发生的手术费、辅助治疗费、检验费等。 但不包括因器官供体寻找、获取以及从供体切除、储藏、运送器官而发生的相关费用。
7.21	家庭护理费	指根据医生建议，接受住院治疗的被保险人出院后必须立即在家中接受由专业护士提供的与住院治疗的病症直接相关的护理而发生的医疗费用，包括康复保健、家庭健康指导等卫生咨询服务，以及换药、导尿、测血压、输液、注射、压力性溃疡护理、鼻饲、造瘘等可在居家环境下实施的临床护理技术服务而发生的相关费用。
7.22	康复治疗费用	指在康复医院、康复中心、普通医院的康复科诊治或者接受以促进机体各项功能恢复为目的的医疗方法，如理疗、按摩、推拿、生物反馈疗法、康复营养、康复护理等而发生的相关费用。
7.23	临终关怀费用	临终关怀费用是指被医生诊断患有属于保险责任范围内的终末期疾病的被保险人在医疗卫生监管机构合法注册的临终护理机构接受的且与这些医疗状况相关

的医疗护理费用。

- 7.24 **精神疾病和心理障碍治疗费** 精神疾病治疗费是指在被保险人根据国际疾病标准编码 ICD10 中所列明的编码为 F00 至 F99 疾病或者《中国精神病分类方案和诊断标准》明确诊断为精神疾病后，在医疗卫生监管部门认可的精神病专科医疗机构或者设有精神病科室的医疗机构进行精神疾病治疗而发生的治疗费。
- 心理障碍治疗费是指由具有相应专业资格的医生或者心理学家对被保险人实施的对心理障碍的治疗而发生的治疗费。
- 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、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。**
- 7.25 **慢性病治疗费** 指被保险人通过医生诊断患有属于保险责任范围内的慢性疾病治疗而发生的医疗费用。
- 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的康复日期，可能复发、需要连续或者定期护理。
- 7.26 **先天性疾病治疗费** 指被保险人治疗因人的遗传物质（包括染色体以及位于其中的基因）发生了对人体有害的改变而引起的，或者因其母亲怀孕期间受到内外环境中某些物理、化学和生物等因素的作用，使胎儿局部体细胞发育不正常，导致婴儿出生时有关器官、系统在形态或者功能上呈现异常，包括先天性畸形，而发生的医疗费用。
- 7.27 **耐用医疗设备购买或租赁费** 指医疗必要的康复设备、矫形支具以及其他耐用医疗设备，包括轮椅、拐杖、助行器、颈托、上下肢矫形器、足矫形鞋垫、医用固定板、雾化吸入治疗泵的购买或者租赁费，**但不赔偿替换或者维修上述装置的费用。**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也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，**但不包括自动轮椅或者自动床、舒适设备（如电话托臂和床上多用桌）、空气质量或者温度调控设备（如空调、湿度调节器、除湿器和空气净化器）、健身脚踏车、太阳能或者加热灯、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。**
- 7.28 **救护车使用费** 指以抢救生命为目的，由急救中心派出的救护车运送被保险人至医疗机构的费用。
- 7.29 **中国境外** 指中华人民共和国领土之外的地区以及香港特别行政区、澳门特别行政区和台湾地区。
- 7.30 **居住地** 指被保险人最后确定并经我们确认的位于中国境内的居住城市，如未指定则默认为被保险人持有的保险单的签发城市。
- 7.31 **紧急医疗运送费** 在下列六项条件同时满足时，我们承担给付与紧急医疗运送费相对应的紧急救援

保险金的责任：

- (1) 被保险人在旅行期间，遭受意外伤害或者突发**急性病**（见 7.72）；
- (2) 该意外伤害或者疾病得不到及时治疗将导致被保险人身故或者严重终身伤害；
- (3) 被保险人在保险事故发生地不能获得适当治疗；
- (4) 被保险人或者其代表人应联系我们或者授权服务商；
- (5) 由我们或者授权服务商审核许可、决定运送的目的地和医疗机构；
- (6) 由我们或者授权服务商负责安排最合适的交通工具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。

我们不承担因到达我们或者我们授权的救援机构决定的目的地和医疗机构之外其他目的地和医疗机构而发生的运送费用。

7.32	紧急运送陪同费	我们承担给付紧急医疗运送过程中陪同被保险人的一位陪同人员的交通费用和短期住宿费用。陪同人员的交通费用给付标准按照中华人民共和国民航经济舱标准执行。
7.33	遗体运返或安葬费用	若被保险人因遭受意外伤害或者突发急性病导致身故，我们承担遗体运返费用或者按照死者家属愿望将被保险人遗体就地安葬的安葬费用。 我们承担的遗体运返或安葬费用仅限于以下处理和运输遗体合理的服务： (1) 进行国际遗体运返的殡葬公司提供的服务，包括在治疗国的防腐处理、当地火葬以及所有行政手续； (2) 可容纳遗体的最小尺寸的灵柩或骨灰盒； (3) 死者遗体从机场到达大中华地区指定埋葬地点的交通。 对于葬礼仪式或宗教仪式所产生的任何费用，我们不承担相关保险责任。
7.34	医生	指在所在国合法注册的具有医师执业资格和诊断处方权且正在执业的医师。
7.35	挂号费（医事服务费）	指为被保险人提供门急诊候诊服务所收取的费用。
7.36	中医及理疗	指由医生明确建议，由具有相应专业资格认证的治疗专家或者脊椎指压治疗师实施的物理治疗、职业治疗、语言治疗、针灸、正骨、推拿、脊柱指压等治疗。
7.37	急诊室费用	被保险人因抢救生命或者治疗疾病需要而发生的使用医疗机构急诊室的费用，包含急诊室床位费，急诊室监测费，急诊室护理费，急诊室仪器费。
7.38	紧急牙科治疗费	紧急牙科治疗是指因遭意外伤害而受损的、未经过任何治疗的自身牙齿的紧急治疗。与紧急牙科治疗费相对应的门急诊医疗保险金的责任范围仅包括因必要的清创处理、必要的紧急牙体处理、口腔含漱液、必要的口服或者静脉滴注抗生素而发生的治疗费。对这些疾病复诊时的医疗费用，我们不承担给付与紧急牙科治疗费相对应的门急诊医疗保险金的责任。 紧急牙科治疗不包括： (1) 咀嚼引起的牙齿意外；

- (2) 刷牙或者其他口部清洁过程引起的伤害；
- (3) 口腔或者牙齿正常的磨损和老化；
- (4) 美容牙科治疗中发生的意外并发症；
- (5) 一般牙科治疗中发生的意外并发症；
- (6) 因被保险人牙齿状况显著差于正常同龄人，导致在对正常同龄人应该不会造成意外状况的正常生活或者一般牙科治疗中被保险人发生牙齿意外状况。

7.39	预防性牙科治疗费	预防性牙科治疗费包括因常规牙科检查以及 X 线检查、牙齿健康指导、氟化物治疗、洁牙和抛光（预防）而发生的治疗费。
7.40	基础牙科治疗费	基础牙科治疗费包括因汞合金或者树脂复合填充物、简单拔牙而发生的治疗费。
7.41	重大牙科治疗费	重大牙科治疗费包括因根管充填、牙体修复（冠、桥、嵌体等）、智齿拔除费（包括相关的化验和麻醉费用）、牙周病治疗（包括龈下刮治、复杂牙周病手术）、16 周岁（含）以下被保险人牙齿矫正治疗而发生的治疗费。
7.42	眼科检查费	指眼科常规检查和视力检查所发生的费用。
7.43	眼镜费	指根据验光师或者眼科医生的医嘱所配置的、以矫正视力为目的或者主要目的框架眼镜、太阳镜或者隐形眼镜所发生的费用。
7.44	产前和产后常规检查费用	指所有产前和产后检查及服务费用，包括妊娠期内的超声波检查费。
7.45	分娩费用	指分娩当次住院期间发生的食宿及护理费用。
7.46	成人常规体检费	指 18 周岁及以上成人在没有任何医疗状况表现的情况下而进行的常规的体格检查而发生的相关费用。
7.47	成人旅行疫苗接种费	指 18 周岁及以上成人因旅行必须进行的疫苗或者免疫而发生的费用。
7.48	儿童健康检查费	指在 18 周岁以下儿童进行的儿童发育咨询，具体包括：根据健康信息评估健康状况、体格检查、发育评估、成长发育指导以及血常规、尿常规、便常规检验。
7.49	儿童常规检查费	指 18 周岁以下儿童在没有任何医疗状况表现的情况下而进行的视力检查、听力检查而发生的费用。
7.50	儿童疫苗接种费	指 18 周岁以下儿童进行免疫而发生的费用，免疫类型包括：白百破（白喉、百日咳和破伤风）、MMR（麻疹、腮腺炎和风疹）、B 型流行感冒嗜血杆菌、脊髓灰质炎、流感、乙肝、水痘、肺炎、脑膜炎、人乳头状瘤病毒以及医疗监管部门规定的计划内疫苗。
7.51	职业病	指企业、事业单位和个体经济组织的劳动者在职业活动中，因接触粉尘、放射性物质和其他有毒、有害物质等因素而引起的疾病。职业认定需遵循《中华人民共和国职业病防治法》的相关规定及鉴程序。

7.52	医疗事故	指医疗机构及其医务人员在医疗活动中，违反医疗卫生管理法律、行政法规、部门规章和诊疗护理规范、常规，过失造成患者人身损害的事故。
7.53	毒品	指中华人民共和国刑法规定的鸦片、海洛因、甲基苯丙胺（冰毒）、吗啡、大麻、可卡因以及国家规定管制的其他能够使人形成瘾癖的麻醉药品和精神药品，但不包括由医生开具并遵医嘱使用的用于治疗疾病但含有毒品成分的处方药品。
7.54	酒后驾驶	指经检测或者鉴定，发生保险事故时车辆驾驶人员每百毫升血液中的酒精含量达到或者超过一定的标准，公安机关交通管理部门依据《中华人民共和国道路交通安全法》的规定认定为饮酒后驾驶或者醉酒后驾驶。
7.55	无合法有效驾驶证驾驶	指下列情形之一： （1）没有取得中华人民共和国有关主管部门颁发或者认可的驾驶资格证书； （2）驾驶与合法有效驾驶证准驾车型不相符合的车辆； （3）持审验不合格的驾驶证驾驶； （4）驾驶证已过有效期。
7.56	无合法有效行驶证	指发生保险事故时没有按照公安机关交通管理部门机动车登记制度的规定进行登记并领取机动车行驶证或者临时通行牌证等法定证件。包括下列情形之一： （1）未办理行驶证或者行驶证在申办过程中； （2）机动车行驶证被依法注销登记； （3）未在行驶证检验有效期内依法按时进行或者未通过机动车安全技术检验。
7.57	机动车	指以动力装置驱动或者牵引，上道路行驶的供人员乘用或者用于运送物品以及进行工程专项作业的轮式车辆。
7.58	潜水	指使用辅助呼吸器材在江、河、湖、海、水库、运河等水域进行的水下运动。
7.59	攀岩	指攀登悬崖、楼宇外墙、人造悬崖、冰崖、冰山等运动。
7.60	探险	指明知在某种特定的自然条件下有失去生命或者使身体受到伤害的危险，而故意使自己置身于其中的行为，如：江河漂流、登山、徒步穿越沙漠或者人迹罕至的原始森林等活动。
7.61	武术比赛	指两人或者两人以上对抗性柔道、空手道、跆拳道、散打、拳击等各种拳术及使用器械的对抗性比赛。
7.62	特技表演	指进行马术、杂技、驯兽等表演。
7.63	保险费约定交纳日	保险合同生效日在每月、每季、每半年或者每年（根据交费方式确定）的对应日。如果当月无对应的同一日，则以该月最后一日为对应日。
7.64	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。

7.65	直接结算医院	指与我们或者授权服务商有协作关系且可以提供直接结算服务的医疗机构，我们享有指定和变更直接结算医院的权利。直接结算医院可以通过我们或者授权服务商的服务电话或者网站查询。
7.66	有效身份证件	指由中华人民共和国政府主管部门规定的能够证明其身份且附有本人照片的证件，如：居民身份证及中华人民共和国政府主管部门颁发或者认可的有效护照或者其他身份证明文件。
7.67	复利	本合同采用日复利，即每一日的利息计入下一日的本金并以此为基数计算下一日的利息。复利计算的公式为 $A=P \times (1+r_1) \times (1+r_2) \times \cdots \times (1+r_n)$ ；式中 A 代表本金与利息之和，P 代表本金， r_i 代表第 i 日的利率，n 代表日数。
7.68	未满期净保险费	如果投保人选择一次性交纳保险费，本合同项下每一被保险人对应的未满期净保险费的计算公式为 $GP \times (1-25\%) \times (1-n \div m)$。其中，GP 为该被保险人对应的已交纳的保险费，m 为该被保险人对应的保险期间所包含的天数，n 为从对该被保险人开始承担保险责任起至对其承担的保险责任终止之日实际经过的天数（不足一天的按一天计）。 如果投保人选择分期交纳保险费，本合同项下每一被保险人对应的未满期净保险费的计算公式为 $GP^* \times (1-25\%) \times (1-n^* \div m^*)$。其中，GP* 为该被保险人对应的已交纳的当期保险费，m* 为该被保险人对应的当期保险费约定交纳日至下一期保险费约定交纳日（不含）之间所包含的天数，n* 为从该被保险人对应的当期保险费约定交纳日至对其承担的保险责任终止之日实际经过的天数（不足一天的按一天计）。
7.69	团体	指法人、非法人组织以及其他不以购买保险为目的而组成的团体。
7.70	护士	指在所在国合法注册的具有护士执业资格且正在执业的护理人员。
7.71	手术植入材料	指在手术过程中由医生植入患者体内、术后无法自由取摘、只能由医生进行开创手术才能取出的材料。手术植入材料包括起搏器、钛钉、钛板、钛网、各种支架、人工关节、人工心脏瓣膜等植入式人工器官等手术中留置体内的生物相容性材料。
7.72	急性病	指突然发生急性疾病，该急性疾病是被保险人在本合同生效之前未曾接受诊疗的，在本合同保险期间内突然发生的、不及时救治将危及生命的急性疾病，但以下疾病或者由以下原因所导致的疾病不在本定义的范围之内： （1）被保险人患精神病、先天性疾病（包括先天性畸形）、遗传性疾病、性传播疾病； （2）任何获取移植器官或者捐献器官的行为； （3）化学污染。