

中国人民财产保险股份有限公司
卓越环球医疗保险条款

1 总则

1.1 合同构成

本保险合同由保险条款、投保单、保险单或其他保险凭证、批单组成。凡涉及本保险合同的约定，均采用书面形式。

1.2 被保险人

年龄在 18 至 65 周岁（释义见 8.1）、身体健康、能正常工作或正常生活自然人可作为本保险合同的主被保险人。

经保险人（释义见 8.2）同意，并在保险合同中约定，主被保险人身体健康的 18 至 65 周岁的配偶（释义见 8.3）、或未婚、无业、出生后 15 天至 18 周岁的子女（释义见 8.4）可作为本保险合同的附属被保险人。

66至75周岁的配偶、19至25周岁的子女仅可续保。

2 保障内容

2.1 承保区域

本保险合同提供全球、国际和中国计划三种承保区域（释义见 8.5）。投保人在投保时应与保险人协商选择计划之一，并在保险单中载明。附属被保险人的承保区域必须等同于或小于主被保险人的承保区域。

对于被保险人在承保区域之外的医疗机构就医产生的医疗费用，保险人不负赔偿责任，但 2.2.4 紧急意外门诊牙科治疗、2.2.5 紧急意外门诊治疗以及 2.2.6 24 小时紧急救援服务等三项保险责任不受本条有关承保区域的限制。

2.1.1 全球计划

全球计划的承保地域为全球任何国家和地区。

2.1.2 国际计划

国际计划的承保地域为除美国、加拿大之外的全球其他任何国家和地区。

2.1.3 中国计划

中国计划的承保地域为中华人民共和国境内（不包括香港、台湾和澳门）。

2.2 保险责任

保险人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、合理且必需的医疗费用（释义见 8.6），在扣除社会医疗保险、公费医疗或任何第三方（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。若承保项目在保险单上或批注项内未载明，则保险人不承担该承保项目的给付责任。

保险人对任一被保险人在保险期间内累计给付的各项保险金，以该被保险人的保险金额为限（2.2.6 24 小时紧急救援服务不受此限）。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。年度赔偿限额或天数、自付比率（释义见 8.7）、终身最高赔偿天数（释义见 8.8）、免赔额/次（释义见 8.9）、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。

本保险合同适用补偿原则。被保险人通过任何途径所获得的医疗费用补偿金额总和以其实际支出的医疗费用金额为限。被保险人已经从社会医疗保险、公费医疗或任何第三方（包括任何商业医疗保险）获得相关医疗费用补偿的，保险人仅对扣除已获得补偿后的剩余医疗费用，按照合同约定承担给付保险金责任。

如被保险人已投保了社会基本医疗保险，被保险人应先在其基本医疗保险项下索赔，再对已获得补偿后的剩余医疗费用在本保险合同下索赔。

2.2.1 住院保障

在保险期间内，对于被保险人因遭受意外伤害（释义见 8.10）或罹患疾病（释义见 8.11）住院治疗（释义见 8.12）或进行日间手术（释义见 8.13）、日间治疗（释义见 8.14）而产生的费用，保险人根据本保险合同的约定负责赔偿。

2.2.1.1 住院（释义见 8.15）病房费用

以标准私人病房（释义见 8.16）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。

2.2.1.2 重症监护病房（释义见 8.17）

入住重症监护病房、心监室等类似病房或病区的费用。

2.2.1.3 医院杂项费用

（1）处方药（释义见 8.18）

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（释义见 8.19）所导致的身体伤害而发生的合理且必需的诊疗费用。

（3）看护/护理、病房消耗材料和杂项费用

合理且必需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。

2.2.1.4 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。

2.2.1.5 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。

2.2.1.6 手术相关费用

由外科医师（释义见 8.20）实施的外科手术（释义见 8.21）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。

2.2.1.7 麻醉费用

外科手术或日间手术的麻醉师（释义见 8.22）实施麻醉的费用。

2.2.1.8 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（释义见 8.23）每日一次查房。

2.2.1.9 家庭看护

对于由注册护士（释义见 8.24）向被保险人提供的家庭看护，保险人对同一病症（释义见 8.25）按照本保险合同的约定给付保险金。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。

2.2.1.10 近亲属陪宿费用

如同时满足以下条件的，保险人对于被保险人近亲属（释义见 8.26）在医院（释义见 8.27）陪宿而产生的费用进行补偿。该陪宿费用标准为家属（释义见 8.28）在同一病房内加床实际支付的床位费，且每一病症不超过 90 天。

- （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。

2.2.1.11 入院前或日间手术前求诊费用

在住院治疗或日间手术前九十（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。

2.2.1.12 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九十（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。

2.2.1.13 离院后治疗

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九十（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。

2.2.1.14 住院精神疾病治疗（释义见 8.29）

（1）被保险人在等待期内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，等待期为自保险期间开始之日起的 12 个月内；

（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) 各保险年度下对同一被保险人就本保障所承担的终身最高赔偿天数以保险单中所列的天数为限；

(4) 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；

(5) 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。

2.2.2 器官移植

在保险期间内，对于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需费用，保险人根据本保险合同的约定负责赔偿，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。

2.2.3 非住院肾透析及癌症治疗

在保险期间内，对于由专科医师推荐的被保险人需要进行的医疗上必要（释义见 8.30）的肾透析的费用，以及被保险人在合法注册的癌症（释义见 8.31）治疗中心治疗癌症的门诊（释义见 8.32）费用，保险人根据本保险合同的约定负责赔偿，累计给付不超过本承保项目的年度赔偿限额。

(1) “肾透析”指下列两种治疗中的任何一种：

①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）；

②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：

①治疗由肾透析引发或与之有关的并发症的费用；

②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，保险人不负责腹膜透析体外循环机或类似设备的购置费用。

2.2.4 紧急意外门诊牙科治疗

在保险期间内，对于以下紧急意外门诊牙科治疗费用，保险人根据本保险合同的约定负责赔偿：

(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二十四（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（释义见 8.33）在意外事故发生后三十（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）。

2.2.5 紧急意外门诊治疗

在保险期间内，对于以下紧急意外门诊治疗费用，保险人根据本保险合同的约定负责赔偿：

(1) 被保险人在意外事故发生后二十四（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三十（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）。

2.2.6 24 小时紧急救援服务

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。

2.2.6.1 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，联系受保区域以外的紧急治疗（每次旅程最多四十五天）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。

2.2.6.2 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：

(1) 将被保险人运送到最近的符合要求的医院;

(2) 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。

2.2.6.3 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(释义见 8.34)/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。

2.2.6.4 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(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, 或(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**不包括棺椁费用**。

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, 石油钻塔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。

2.2.7 门诊医疗

在保险期间内, 对于被保险人因门诊医疗而产生的合理且必需的以下医疗费用, 保险人根据本保险合同约定的自付比例负责赔偿, 累计给付不超过本承保项目的年度赔偿限额。同一病症每天的就诊次数限于一次:

2.2.7.1 普通门诊费用

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需的医疗费用。

2.2.7.2 专科门诊费用

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需的医疗费用。

2.2.7.3 处方药物

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费用。

2.2.7.4 物理治疗及脊骨治疗

(1) 物理治疗: 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需的医疗费用。

(2) 脊骨治疗: 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需的医疗费用。

2.2.7.5 X-光及其他检查检验费用

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需的医疗费用。

2.2.7.6 中医、跌打及针灸治疗

本承保项目受限于保险单中载明的年度赔偿限额。

(1) 中医治疗: 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需的医疗费用。

(2) 跌打治疗: 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需的医疗费用。

(3) 针灸治疗: 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需的医疗费用。

2.2.8 昂贵医疗机构(释义见 8.35)(可选保障)

投保人选择的保险计划可能对昂贵医疗机构的使用有不同的规定:

(1) 全球计划对被保险人就医的医疗机构无任何限制。

(2) 对于中国计划和国际计划, 被保险人有权选择是否保障昂贵医疗机构就医的费用。

2.2.9 牙科保障(可选保障)

在保险期间内, 对于被保险人因牙科产生的以下费用, 保险人根据本保险合同约定的自付比例负责赔偿, 累计给付不超过各承保项目的年度赔偿限额:

2.2.9.1 牙齿治疗、洗牙和口腔检查

(1) 牙齿治疗：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需的费用（**不包括镶牙费用**）。

(2) 洗牙和口腔检查：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需的费用，且不超过保险合同中规定的每年就诊次数。

2.2.9.2 镶牙费用

采用人工材料替换缺失的自然牙齿而产生的合理且必需的费用，包括对该替换后的义齿进行合理且必需的修补费用，每颗牙赔偿额度以本保险合同中约定的年度赔偿限额为限。

2.2.9.3 针对保险合同订立前已存在牙科病症（释义见 8.36）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年度赔偿限额内获得补偿。

2.2.10 生育保障（可选保障）

在保险期间内，对于被保险人因生育产生的下列费用，保险人根据本保险合同约定负责赔偿，累计给付不超过生育保障的年度赔偿限额：

被保险人在等待期内开始的妊娠，保险人不负责赔偿。上述等待期仅在初次投保时适用，等待期为自保险期间开始之日起 12 个月内。对于等待期后开始的妊娠，保险人负责赔偿该次妊娠实际发生的分娩、产前并发症和分娩时并发症、医疗上必要的救护车费、人工终止妊娠、流产的费用，包括所有产前和产后检查及服务费用，以及新生儿出生 15 天以内的体检费、住宿费、护理及有医疗必要的医疗费用，但不包含先天性或遗传性疾病。

2.2.11 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，保险人根据本保险合同约定负责赔偿，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：负责赔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：负责赔偿被保险人接种疫苗而产生的合理且必需的医疗费用。

2.2.12 受保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住院医疗费用，根据保险单列明的赔偿标准在年度赔偿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年度赔偿限额。

2.3 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保险合同的承保范围，保险人不负责赔偿：

- (1) 任何期限的住院，除非该住院和所有因此提供和实施的医疗服务均经过医师推荐和批准，且符合被保险人所罹患疾病或遭受意外伤害的诊断和治疗的需求；
- (2) 保险合同订立前病症（释义见 8.37）或任何相关的或后续的病症，但被保险人已在投保单中向保险人披露并由保险人书面认可者除外；
- (3) 未在本保险合同明确列明承保的任何非医疗必要的就诊治疗、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) 未在本保险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 2.2.9.3 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) 未在本保险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（释义见 8.38）、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偿责任的因工死亡、意外伤害或疾病；
- (17) 任何先天性疾病（释义见 8.39）、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保险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保险合同承保的除外；
- (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保险合同定义的意外事故造成的伤害后，或外科手术后，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保险人批准。

(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保险合同承保的除外；

(31) 酒精依赖综合症或毒瘾的治疗；

(32) 呼吸睡眠暂停综合症。

2.4 保险金额

每一被保险人的保险金额是保险人承担给付该被保险人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。

每一被保险人的保险金额一经确定，在保险期间内不得变更。

2.5 保险期间

除另有约定外，保险期间为1年，以保险单载明的起讫时间为准。

2.6 保险费

除另有约定外，投保人应在保险期间开始前一次交清保险费。保险费均以保险期间起始日被保险人的周岁年龄计算。

2.7 续保

在投保人的保险合同到期之前，经保险人同意，投保人可以申请续保，保险人有权接受续保或拒保。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续保合同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，并有权对本保险合同的有效费率表进行调整。

若本保险合同下的主被保险人的子女在续保日符合下列情形之一的，将不再有权在本保险合同下享受保障。他们可以填写一份单独的投保单以获取他们自己的保险合同。若他们的保险保障并无中断，他们保险合同订立前已存在病症将和他们作为本保险合同的附属被保险人时得到相同待遇。他们的保险责任将按照转换当时的保险合同执行：

(1) 已结婚；

(2) 年满18周岁且不再接受全日制教育；

(3) 虽接受全日制教育但已年满25周岁。

2.8 保险计划的升级/降级

根据投保人的书面要求，保险人可能会同意变更投保人保险合同的保险计划，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。

对于在计划升级生效日期后十二(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升级前的保险单的赔偿限额为限；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。

对于在计划降级生效日期后十二(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降级后的赔偿限额为限。

3 投保人、被保险人义务

3.1 交费义务

投保人应在保险合同成立时交清保险费。

保险费可用人民币或其他货币支付，具体根据投保人的国别及选择的承保区域以及在保险费支付时现行有效的外汇管理制度而确定。投保人支付的货币种类将在保险单中注明。

保险责任开始以已全额支付保险费为条件。在保险单、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。

3.2 年龄申报义务

被保险人的投保年龄，以法定身份证件登记的周岁年龄为准，本保险合同所承保的被保险人的投保年龄必须符合投保单所载的年龄要求。投保人在申请投保时，应按被保险人的周岁年龄填写。

(1) 若申报的被保险人的年龄不真实，致使投保人支付的保险费少于应付保险费的，则保险人有权更正并要求投保人补交保险费或者在给付保险金时按照实付保险费与应付保险费的比例支付。

(2) 若申报的被保险人的年龄不真实，致使投保人支付的保险费多于应付的保险费的，保险人将多收的保险费无息退还投保人。

(3) 若申报的被保险人的年龄不真实，并且其真实年龄不符合保险人承保要求的，则保险人有权解除本保险合同或取消相应被保险人的被保险人资格，并向投保人退还该被保险人项下的现金价值（释义见 8.40）。

3.3 如实告知义务

投保人应如实填写投保单并回答保险人提出的询问，履行如实告知义务。

3.4 住址或通讯地址变更通知义务

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。

3.5 其他内容变更通知义务

在保险期间内，投保人需变更合同其他内容的，应以书面形式向保险人提出申请。保险人同意后出具批单，并在本保险合同中批注。若被保险人已身故，则保险人不接受本保险合同中有关该被保险人的任何内容的变更申请。

对于以下所列可能影响保险人承保决定、保险责任或被保险人投保资格的信息变化，投保人应及时书面通知保险人：

(1) 被保险人职业/职务变化；

(2) 被保险人常住国（释义见 8.41）变更；

常住国变更是指被保险人停止在目前的常住国居住超过连续三个月时间，或者被保险人定居、或者打算定居至另一个国家超过连续三个月时间。

如果常住国已经发生改变（与投保单上的不同），被保险人需要及时通知保险人。保险人保留改变保险费或拒绝承保该被保险人的权利。保险人亦保留在续期中更改保险费、或拒绝该被保险人续保的权利。

(3) 被保险人姓名变更；

(4) 投保人名称/姓名变更。

3.6 保险事故通知义务

发生保险责任范围内的事故后，投保人、被保险人或受益人应及时通知保险人，并书面说明事故发生的原因、经过和损失情况。

4 保险金申请与给付

4.1 保险金申请

保险金申请人（释义见 8.42）向保险人申请给付保险金时，应填写保险金给付申请书，连同所有必要的表明被保险人身体的有关证件以及支持索赔的全部账单、证明、信息和证据递交给保险人，包括但不限于医院出具的原始凭证、医疗诊断书、病理检查、化验检查报告、门诊及住院医疗费用等原始单据、账单结算明细表及处方。保险金申请人因特殊原因不能提供上述材料的，应提供其他合法有效的材料。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。

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。

4.2 诉讼时效期间

保险金申请人向保险人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。

4.3 保险金的给付

保险人在收到保险金申请人提交的本保险条款 4.1 所列的材料后，应及时就是否属于保险责任做出核定，并将核定结果通知被保险人或受益人。情形复杂的，保险人在收到保险金申请人的上述请求后 30 日内未能核定保险责任的，保险人与保险金申请人根据实际情形商议合理期间，保险人在商定的期间内做出核定结果并通知保险金申请人。

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，保险人应在与保险金申请人达成有关给付保险金数额的协议后 10 日内，履行给付保险金义务；对不属于保险责任的，应当自做出核定之日起 3 日内向保险金申请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请求和有关证明、资料之日起 60 日内，对其给付保险金的数额不能确定的，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保险金的数额后，应当支付相应的差额。

保险人可以指定独立管理机构代表保险人办理理赔。

4.5 保险金结算汇率

理赔保险金将按照投保人支付保险费的币种及国家外汇及人民币管理的有关规定，以美元或人民币结算。以任何其他货币支付的费用应根据医疗服务费用支付发生日的国家外汇管理局公布的外汇牌价中间价，以美元或人民币结算。

5 合同的解除和终止

投保人解除合同的，保险人应当自收到解除合同通知之日起三十日内，按照合同约定退还保险单的现金价值。

5.1 合同的自动终止

(1) 本保险合同针对各个被保险人的保险责任将在发生下列任一情形时自动终止且无需另行通知，以当中最早发生者为准：

① 保险合同期满；

② 该被保险人的保险责任期满；

③ 被保险人死亡；

④ 被保险人不再满足本保险合同的投保资格要求；但被保险人在保险期间起始日满足年龄资格要求的，在保险期间内保险责任不因其年龄的改变而自动终止。

(2) 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。

5.2 合同的解除/终止

在保险期间内，投保人可以随时解除本保险合同并提前 14 天书面通知保险人。若在保险期间内该被保险人已有理赔记录，退还保费为零。若在保险期间内被保险人无理赔记录，保险人将以投保人支付保险费时所选择的货币类型按照本保险条款的约定退还该被保险人项下的现金价值。

6 争议处理和法律适用

6.1 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，提交保险单载明的仲裁委员会仲裁；

(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。

6.2 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 其他事项

7.1 变更

对于本保险合同的修改必须经保险人书面同意并反映在批单中方可生效。任何经纪人或代理商均无权代表保险人修订或放弃本保险合同的任何条款。

7.2 审阅

一般而言投保人将在保险人签发出保险合同后的三天内收到本保险合同。投保人在收到

本保险合同之后享有 14 个工作日的审阅期以审阅本保险合同。若投保人在审阅期内确定本保险合同不适合投保人的需求，投保人可以以书面形式明确告知保险人将本保险合同解除，并同时将被保险人的医疗卡和保险合同归还保险人。若在此期间内被保险人并未提出任何索赔，保险人将退还投保人所付的保险费，同时对于审阅期内发生的承保事故所致的任何费用保险人不负责赔偿。本审阅期不适用于期限小于一年的保险合同，也不适用于续保的保险合同。

7.3 合同的语言

本保险合同某些文件可能含有中英文两种版本。若两种版本有任何差异，均以中文版本为准。

7.4 合法性保证

本保险合同约定与《中华人民共和国保险法》等法律规定相悖之处，以法律规定为准。本保险合同未尽事宜，以法律规定为准。

8 释义

8.1 周岁

指以法定身份证明文件中记载的出生日期为基础计算的实足年龄。

8.2 保险人

与投保人签订本保险合同的中国人民财产保险股份有限公司的分支机构。

8.3 配偶

由法律承认的婚姻形成的主被保险人的丈夫或妻子。

8.4 子女

主被保险人的自然子女、继子女或合法收养的子女。

8.5 承保区域

在投保人保险单中指定的全球、国际和中国计划中承保的国家和地区。

8.6 合理且必需的医疗费用

根据广泛接受的医疗标准，该医疗费用不超过当地其他类似专业机构为同一性别、相似年龄、类似疾病的病患提供同等医疗服务收取的费用，且该费用是为了不对被保险人的身体状况产生负面影响所必须花费不可省去的费用。

保险人可能根据保险人医学顾问的专业意见，相应扣减索赔金额中非合理且非必需的医疗费用。

8.7 自付比率

在本保险合同中所载的，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。

8.8 终身最高赔偿天数

在本保险合同中列明的（如有），在此合同项下保险人对任一被保险人在累计保险年度内累计支付保险金的最高天数。

8.9 免赔额/次

在本保险合同中所载的，被保险人在依据保险单申请相应的保险金前，应当自己承担的额度或就医次数。

8.10 意外伤害

被保险人所遭受的外在的、可见的、单独直接由意外引起的身体伤害，该伤害由意外事故所导致，不包括任何疾病或自然发生的医学状态或退化过程。

8.11 疾病

就病理学而言偏离正常健康状态的身体状况。

8.12 治疗

指为诊断、减缓或治疗某一医学状态所提供的手术或医疗服务（包括诊断测试）。

8.13 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

(1) 拥有完备的诊疗疾病和意外伤害的设施；且

(2) 在正常营业时间内有全职医师队伍管理指导；且

(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。

8.14 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。

8.15 住院

被保险人被登记为住院病人在某一医院内接受住院治疗，且医院按日收取房间和膳食费用。

8.16 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。

如果被保险人入住的医院拥有两种或两种以上标准私人病房，则应按该医院标准私人病房中最便宜病房的标准计算保险金。

8.17 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 cardiac 重症监护病房。

8.18 处方药

必须凭医师处方获得的医药用品和药品。

8.19 意外事故

任何外来的、偶然的、突发的、未预料到或无法预见的、非疾病所导致的客观事件，并且此客观事件为直接且单独导致其身体伤害的原因。

8.20 外科医师

有资格实施外科手术的专业医师。

8.21 外科手术

进行外科操作的医疗手段。

8.22 麻醉师

经过麻醉学培训且依法注册执行麻醉的专业人士。

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。

8.23 医师

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。

8.24 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。

8.25 病症

指疾病或意外伤害及其引起的任何症状、后遗症或并发症。对于意外伤害来说，仅指外来的、非本意的、突发的、非疾病的同一事件或同一系列关联事件引起的伤害。

8.26 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。

8.27 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

- (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。

8.28 家属

指被保险人的配偶或子女。

8.29 精神疾病治疗

由精神病医生实施的，针对其确诊的精神疾病进行的治疗。

8.30 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需的治疗、服务、补给、或药物，同时符合下列条件的可视为合理且必需的：

(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；且

(2) 同广泛认可的专业医学操作标准相一致；且

(3) 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；且

(4) 不是患者的学院教育或职业培训的一部分且与之无关；且

(5) 并非实验性或调查性；且

(6) 对于住院情况，须是单纯门诊治疗无法安全实施的情况。

8.31 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。

8.32 门诊

指被保险人在依法注册的医疗机构获得治疗，不包括住院、日间手术和日间治疗。

8.33 牙医

系指与任何相关被保险人无血缘或婚姻关系或业务关联者（如商业合作伙伴、雇员或雇主），并获其行医所在国主管当局颁发的行医执照并在该执照和所受培训范围内提供牙科治疗的从业人员。

8.34 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。

8.35 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。

8.36 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) 保险合同保险期间起始日之前的牙齿缺失；

(2) 保险合同保险期间起始日之前被拔除或损坏的牙齿；

(3) 保险合同保险期间起始日之前由意外导致的，或保险合同保险期间起始日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保险期间起始日并未显现；

(4) 任何在保险合同保险期间起始日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保险期间起始日并未显现；

(5) 任何在保险合同保险期间起始日之前由意外导致的，或保险合同保险期间起始日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保险期间起始日时并未显现。

8.37 保险合同订立前病症

是指疾病或意外伤害，在保险人首次同意承保本保险合同前：

(1) 根据广泛接受的病理发展学，该被保险人就已存在的疾病或意外伤害，或症状、体征；或

(2) 被保险人已经知道或应该知道其存在；

不管是否已寻求，接受医疗，药疗，医师建议或诊断。

8.38 性病

系指通过性接触的疾​​病或下列不论是否通过性接触传播的任何疾病：梅毒、淋病、生殖器疣，包括生殖器官人乳头状瘤病毒、生殖器官疱疹、性病性肉芽肿、软下疳、毛滴虫、阴虱侵扰与衣原体。

8.39 先天性疾病

在出生时即具备或确信在出生时即具备，无论是遗传所致或环境因素所致。
对承保费用的补偿应当包括可能对其征收的任何商品和服务税和/或政府税。

8.40 现金价值

现金价值=保险费×现金价值系数。经过天数不足一天的按一天计算。

现金价值系数表

已经过的保险期间	现金价值系数
不超过 2 个月	60%
不超过 3 个月	50%
不超过 4 个月	40%
不超过 6 个月	25%
超过 6 个月	无

8.41 常住国

被保险人长期工作和生活的国家。对于经常旅行的被保险人而言，常住国是其保有主要居住场所的国家，或者是其最新固定居所的所在国。

8.42 保险金申请人

是指受益人或受益人的继承人或依法享有保险金请求权的其他自然人。