



请扫描以查询验证条款

中信保诚「优悦至尊」高端医疗保险条款阅读指引

- ◆ 中信保诚「优悦至尊」高端医疗保险产品提供一般住院医疗费用、门诊大病医疗费用、紧急医疗费用、一般门急诊医疗费用、辅助医疗设备费用及救护车费用保障。
- ◆ 为了帮助您更好地理解本条款，我们先介绍几个本条款中的概念
 - “我们”指中信保诚人寿保险有限公司。
 - “您”指投保人，就是购买本保险并缴纳保险费的人。
 - “被保险人”指受本保险合同保障的人。
 - “受益人”指发生保险事故后领取保险金的人。
- ◆ 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 我们保什么、保多久 | 5 如何退保 |
| 1.1 基本保险金额 | 5.1 解除保险合同 |
| 1.2 保险责任 | 6 需关注的其他内容 |
| 1.3 年度免赔额 | 6.1 保险合同的构成 |
| 1.4 预授权 | 6.2 保险金额 |
| 1.5 被保险人和保险期间 | 6.3 保险责任的开始 |
| 2 我们不保什么 | 6.4 投保年龄 |
| 2.1 除外责任 | 6.5 年龄误告 |
| 2.2 如实告知与保险合同的解除 | 6.6 合同效力的终止 |
| 2.3 其他免责条款 | 6.7 诉讼时效 |
| 3 如何缴纳保险费 | 6.8 变更通讯方式 |
| 3.1 您缴纳保险费的义务 | 6.9 争议的处理 |
| 4 如何领取保险金 | 6.10 特别约定 |
| 4.1 受益人 | 6.11 适用币种 |
| 4.2 保险事故的通知 | 7 名词释义 |
| 4.3 保险金的申请 | 附表 保险计划表 |
| 4.4 保险金的给付 | |

中信保诚「优悦至尊」高端医疗保险

1 我们保什么、保多久

这部分讲的是我们提供的保障以及我们提供保障的期间。

基本保险金额 1.1 本主险合同（指您购买的《中信保诚「优悦至尊」高端医疗保险》产品合同）的基本保险金额由您与我们约定并在保险合同上载明。

保险责任 1.2 在本主险合同有效期内，我们将承担以下保险责任：

本主险合同保险责任按照**医院**（见7名词释义）以及**保障区域**（见7名词释义）分为计划一、计划二、计划三和计划四（具体见本主险合同附表《保险计划表》），您可以选择本主险合同对应的保险责任计划及有无**年度免赔额**（见第1.3条），我们将按照您的选择在保险单上载明。

自本主险合同生效日起30天为等待期。在等待期届满前被保险人因发生疾病导致保险责任约定费用的，我们不承担保险责任。但被保险人因遭受**意外伤害事故**（见7名词释义）导致保险责任约定费用的，不受等待期的限制。

在本主险合同有效期内，被保险人因遭受意外伤害事故或在等待期届满后首次发生的疾病或症状导致保险责任约定费用的，我们将按被保险人在医院接受治疗所实际支出的**符合通常惯例**（见7名词释义）的、**医疗必要**（见7名词释义）的、以下第一至六项范围内的费用，在扣除约定的年度免赔额后，按本主险合同附表约定的给付比例给付各项保险金，并且各项费用实际给付金额不超过本主险合同附表约定的各项费用对应的分项限额。

我们在给付以下六项保险金时，如被保险人已从其他途径（包括社会医疗保险、公费医疗、工作单位、本公司在内的任何商业保险机构等）取得补偿，我们的最高给付金额不超过被保险人实际发生的医疗费用扣除其所获补偿后的余额。

在每一**保单年度**（见7名词释义）内，我们累计给付的各项保险金的总额以本主险合同约定的基本保险金额为限。当被保险人住院治疗跨两个保单年度时，我们以被保险人该次住院入院日所在保单年度本主险合同约定的基本保险金额为限给付保险金。

在每一保单年度内，若被保险人停留于**境外**（见7名词释义）累计超过90日，则我们对超过90日后境外的任何费用不承担保险责任。

一、一般住院医疗保险金

一般住院医疗保险金给付范围包括**床位费**（见7名词释义）、**护理费**（见7名词释义）、**膳食费**（见7名词释义）、**医生费**（见7名词释义）、**处方药费**（见7名词释义）、**手术费**（见7名词释义）、**器官移植费**（见7名词释义）、**治疗费**（见7名词释义）、**检查化验费**（见7名词释义）、**加床床位费**（见7名词释义）、**重症监护室床位费**（见7名词释义）、**住院前、后门诊医疗费用**（见7名词释义）、**其他住院相关费用**（见7名词释义）。

二、门诊大病医疗保险金

门诊大病医疗保险金给付范围包括门诊**恶性肿瘤**（见7名词释义）治疗和肾透析：指被保险人在医院接受与恶性肿瘤直接相关的**化学疗法**（见7名词释义）、**放射疗法**（见7名词释义）、**肿瘤免疫疗法**（见7名词释义）、**肿瘤内分泌疗法**（见7名词释义）、**肿瘤靶向疗法**（见7名词释义）或接受肾透析。

三、紧急医疗保险金

紧急医疗保险金给付范围包括**紧急牙科治疗**（见7名词释义）、**意外门急诊紧急治疗**（见7名词释义）。

四、一般门急诊医疗保险金

一般门急诊医疗保险金给付范围包括**挂号费/诊疗费**（见7名词释义）、检查化验费、处方药费、**门诊手术**（见7名词释义）、治疗费、**物理治疗**（见7名词释义）、**替代治疗**（见7名词释义）。

若本主险合同所选计划为计划一，我们不承担此项保险责任。

五、辅助医疗设备费用保险金

我们将针对满足下列条件的辅助医疗设备费用，给付辅助医疗设备费用保险金：

- （1）有相应专科医生的明确诊断和医嘱；
- （2）是否使用该设备，以及使用何种设备均符合通常惯例和医疗必要性；
- （3）事先通过我们预授权审核。

辅助医疗设备包括：

- （1）用于治疗 II 型糖尿病的外置胰岛素泵；
- （2）各种矫正器，包括：义肢、义眼、及非急救中使用的颈托、夹板；
- （3）假发；
- （4）轮椅及各种电动助行器械；
- （5）助听器。

六、救护车费用保险金

救护车费用指因疾病或意外伤害产生可能导致死亡或健康严重受损的急迫威胁，且无法在现场进行有效救治、必须在不停顿的最短时间内转到具有对其病情进行抢救的设备和条件、最近的医疗机构，通过当地 120 急救中心（如非中国大陆地区，则为当地相应的医疗急救中心）呼叫专用医疗急救车辆而产生的费用。

年度免赔额

- 1.3 本主险合同的年度免赔额指，每个保险单年度内被保险人自行承担且本主险合同不予赔偿的部分。

在本主险合同保险期间内，上述全部六项保险金共用同一个免赔额。

被保险人从其他途径（包括社会医疗保险、公费医疗保险、工作单位以及本公司在内的任何商业保险机构等）取得的补偿可用于抵扣免赔额。

预授权

- 1.4 被保险人接受下列治疗前，须在预定开始治疗日期前至少48小时向我们或我们授权的医疗管理公司提交预授权申请表：

- （1）**住院治疗**；

- (2) 首次放疗、化疗以及肾透析;
- (3) 预计单次就医超过 5,000 元人民币的药品、检查或治疗;
- (4) 家庭护理以及心理健康;
- (5) 辅助医疗设备使用;
- (6) 器官移植。

对于被保险人以上第(1)项至第(6)项预授权申请,我们或我们授权的医疗管理公司将予以正式回复,被保险人的治疗应在收到正式许可回复后开始。对于未申请或未获得正式许可回复的上述治疗,我们不承担保险责任。

对于被保险人因遭受意外伤害事故或**突发急性病**(见7名词释义),且该意外伤害或疾病得不到及时治疗将导致被保险人身故或严重终身伤害,须在开始接受治疗后48小时内通知我们或我们授权的医疗管理公司。我们有权对该次治疗是否属紧急情况予以审核。若审核认定不属于紧急情况,则我们不承担保险责任。

被保险人和保险期间 1.5 在中华人民共和国**境内**(见7名词释义)居住的所有国籍人士均可作为本合同的被保险人。非中华人民共和国国籍的被保险人须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**。

本主险合同的保险期间由您与我们约定并在保险合同上载明。

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。

- 除外责任** 2.1 被保险人因以下情形之一造成保险事故,我们不承担保险责任:
- (1) **故意自伤、故意犯罪、抗拒依法采取的刑事强制措施;**
 - (2) **投保人对被保险人的故意杀害、故意伤害;**
 - (3) **服用、吸食或注射违禁药品,成瘾性吸入有毒气体,醉酒或斗殴;**
 - (4) **药物过敏、食物中毒、医疗事故**(见附录 名词释义)导致的伤害或未遵医嘱私自服用、涂用、注射药物;
 - (5) **酒后驾驶**(见7名词释义)、**无合法有效驾驶证驾驶**(见7名词释义)或**驾驶无有效行驶证**(见7名词释义)的**机动车**(见7名词释义);
 - (6) 参加**潜水**(见7名词释义)、**滑水、跳伞、攀岩**(见7名词释义)、**蹦极跳、赛马、赛车、摔跤、探险活动**(见7名词释义)及**特技表演**(见7名词释义)等**高风险活动**;
 - (7) 因**精神和行为障碍**(以世界卫生组织颁布的《疾病和有关健康问题的国际统计分类(ICD-10)》为准)而导致的;
 - (8) **遗传性疾病**(见附录 名词释义),**先天性畸形、变形或染色体异常**(见附录 名词释义);
 - (9) **怀孕、分娩、流产、不孕不育治疗、人工受孕、节育(绝育)、产前产后检查、非以治疗为目的之避孕及计划生育手术以及由以上原因引起的并发症;**

- (10) 牙齿的保健、洁牙、美白、矫形及种牙、镶牙、补牙、拔牙，视力矫正；
- (11) 矫形整容手术；
- (12) 健康检查、疗养、静养或康复治疗；
- (13) 感染艾滋病病毒或患艾滋病（见7名词释义）期间因疾病而导致的；
- (14) 战争、军事冲突、暴乱或武装叛乱；
- (15) 原子能或核能装置所造成的爆炸、辐射或污染；
- (16) 未经科学或医学认可的试验性或研究性治疗的费用；
- (17) 对遗体或供体实施的任何活细胞冷冻贮藏、植入和再植入费用。

如实告知与保险合同的解除

2.2 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如实告知义务，足以影响我们决定是否承保或者提高保险费率的，我们有权依照法律的规定解除本主险合同。

您故意不履行如实告知义务的，对于本主险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，且不退还未缴保险费。

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，对于本主险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，但会无息退还已缴保险费。

其他免责条款

2.3 除第2.1条“除外责任”部分外，本主险合同中还有一些我们不承担或部分承担保险责任的内容，详见背景突出显示部分。

3 如何缴纳保险费

这部分讲的是您应当按时缴纳保险费，如果不及时缴费可能会导致合同效力终止。

您缴纳保险费的义务

3.1 本主险合同的保险费、缴费方式和缴费期限由您和我们约定并在保险合同上载明。

首次投保本主险合同或续保时，以被保险人当时的年龄为基础核定费率，计算保险费。

我们有权根据被保险人的年龄和职业工种、医疗费用水平变化调整适用于本主险合同的费率，该费率调整将适用于所有被保险人或相同性别、年龄、职业工种的所有被保险人。我们进行保险费率调整后，您须按照调整后续保当时的保险费率支付续保保险费，保险费率调整前您已经支付的保险费不受影响。

在投保本主险合同时，您可选择自动申请续保或不自动续保本保险合同，若您选择不自动续保，您的保险合同自首年保险期间届满当日24时效力终止；若您选择自动申请续保，在每一年保险期间届满之前，若我们未收到您不再继续投保的书面通知，则视作您申请续保。本主险合同不保证续保，经我们审核同意并收取续保保险费后本主险合同将延续有效1年，等待期不重新计算。

每一年保险期间届满之前，若我们审核后不接受续保，我们会以书面形式通知您，您的保险合同自保险期间届满当日24时效力终止。

若您在保险合同效力终止后再次投保本主险合同，视为重新投保，等待期重新计算。

本主险合同可按以上续保方式续保，但终止日不能超过被保险人满80周岁（见7名词释义）后的首个**保单周年日**（见7名词释义）。若被保险人的出生月日与保单周年日相同，则终止日不能超过被保险人80周岁当日。

本产品停止销售后将不接受续保。

4 如何领取保险金

这部分讲的是受益人如何领取保险金。

受益人 4.1 除另有约定外，本主险合同各项保险金的受益人为被保险人本人。

保险事故的通知 4.2 您、被保险人、受益人或其他权利人知道保险事故发生后应当及时（最迟不得超过10日）通知我们。

如果因为故意或者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，对无法确定的部分，我们不承担赔偿或者给付保险金的责任。

保险金的申请 4.3 申领保险金时，应向我们提供下列文件：

- (1) 理赔申请书；
- (2) 保险合同；
- (3) 被保险人的**法定身份证明**（见7名词释义）文件；
- (4) 社会医疗保险结算清单或者结算证明（若以社会医疗保险参保人员的身份在医院住院且接受治疗，则需提供）；
- (5) 医院诊断证明文件（包括：完整的门诊及急诊病历、出院小结及相关的检查检验报告）；
- (6) 医疗费用收据正本、医疗费用清单及辅助医疗设备税务发票；
- (7) 您、被保险人、受益人与其他权利人所能提供的与确认保险事故的性质、原因、损失程度有关的证明和资料；
- (8) 保险金作为被保险人或保险金受益人的遗产被继承时，必须提供有合法继承权的相关证明文件。

我们给付保险金后，本主险合同在其有效期内仍然有效。

当我们赔付的金额未达上述收据、发票支出的医疗费用的金额时，索赔申请人可书面向我们申请领回收据、发票正本，我们在上述正本加盖印章并注明已赔付的金额后发还。

保险金的给付 4.4 我们收到完整的索赔资料后，将在5个工作日内作出核定；情形复杂的，将在30日内作出核定。我们会在核定后及时进行通知。

对属于保险责任的，我们将自作出核定之日起10日内，履行给付保险金义务；对不属于保险责任的，我们将自作出核定之日起3日内向受益人发出拒绝给付保险金通知书并说明理由。

5 如何退保

这部分讲的是您可以随时申请退保，退保可能会有损失。

解除保险合同 5.1 您可以随时向我们提出申请解除合同，您在申请时应向我们提供下列资料：

- (1) 保险合同；
- (2) 解除合同申请书；
- (3) 您的法定身份证明文件。

本主险合同的效力自我们收到解除合同申请书之日 24 时终止。合同效力终止后，我们将向您退还未满期净保险费（见 7 名词释义）。

6 需关注的其他内容

这部分讲的是您应当注意的其他事项。

保险合同的构成 6.1 本主险合同由保险单、保险条款、所附的投保书、其他与保险合同有关的投保文件、合法有效的声明、批注及其他书面协议构成。

保险金额 6.2 本主险合同的保险金额，即我们根据第 1.2 条的约定，承担给付保险金责任的最高限额。

保险责任的开始 6.3 您向我们提出保险要求，经我们同意承保，保险合同成立。
经我们同意承保，并自我们收到首期保险费（以较后者为准）的当日 24 时起保险合同生效，我们开始承担保险责任。我们将及时签发保险单作为保险凭证。
本主险合同的成立日与生效日以保险合同所载的日期为准。

投保年龄 6.4 投保年龄指您投保时被保险人的年龄，以周岁计算。

年龄误告 6.5 您在申请投保时，应将与法定身份证明相符的被保险人的出生日期在投保书上填明，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，并且其真实年龄不符合本主险合同约定投保年龄限制的，我们有权依照法律的规定解除合同，并退还您已缴当期保险费的**未满期保险费**（见 7 名词释义），对于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。
- (2) 您申报的被保险人年龄不真实，致使您实缴保险费少于应缴保险费的，我们有权更正并要求您补缴保险费。若已经发生保险事故，在给付保险金时按实缴保险费和应缴保险费的比例给付。
- (3) 您申报的被保险人年龄不真实，致使您实缴保险费多于应缴保险费的，我们会将多收的保险费无息退还给您。本主险合同的基本保险金额不因此改变。

合同效力的终止 6.6 以下任何一种情况发生时，本主险合同效力终止：

- (1) 您向我们申请解除本主险合同；
- (2) 被保险人身故；
- (3) 本主险合同保险期间届满；
- (4) 因本主险合同或其附加合同的其他条款所列情况而终止。

诉讼时效

6.7 人寿保险的被保险人或者受益人向我们请求给付保险金的诉讼时效期间为 5 年，自其知道或者应当知道保险事故发生之日起计算。

人寿保险以外的其他保险的被保险人或者受益人向我们请求赔偿或者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。

变更通讯方式

6.8 本主险合同的通讯方式（包括通讯地址、联系电话、电子邮箱等）变更时，您应及时以书面形式或者双方认可的其他形式通知我们。如果您没有以书面形式或者双方认可的其他形式通知我们，我们按所知的最后通讯方式所发送的通知，均视为已送达您。

争议的处理

6.9 如果在履行本主险合同过程中发生任何争议，当事人应首先通过协商解决，若双方协商不成，其解决方式由当事人根据合同约定从下列两种方式中选择一种：

- (1) 因履行本主险合同发生的争议，由当事人协商解决，协商不成的，提交当事人约定的仲裁机构仲裁；
- (2) 因履行本主险合同发生的争议，由当事人协商解决，协商不成的，依法向有管辖权的法院起诉。

特别约定

6.10 如我们以特别约定或附加条件承保，我们将在保险合同或批注上载明。

适用币种

6.11 所有保险费的收取及保险金的支付均使用人民币。

7 名词释义

医院

7.1 指符合下列所有条件的机构：（1）拥有合法经营执照；（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）有合格的医生和护士提供全日二十四小时的医疗和护理服务；（4）非主要作为康复医院、诊所、护理、疗养、戒酒、戒毒或类似的医疗机构。

适用计划一、计划二：包括：公立医院及私立医院。

公立医院包括：

- (1) 中国大陆地区经中华人民共和国卫生行政部门正式评定的二级或二级以上之公立医院；
- (2) 中国大陆以外地区符合当地政府机构相关法律法规要求并由政府开办的医院。

私立医院：指非政府公办的，具有私人性质的医院。以指定服务商网站的最新公布信息为准，被保险人还可以通过指定的服务热线进行查询。我们会适时更新和公布私立医院。

适用计划三、计划四：在计划一、计划二适用医院的基础上，增加昂贵医院。

昂贵医院：指超出地区惯常医疗费用水平的医院，以指定服务商网站的最新公布信息为准，被保险人还可以通过指定的服务热线进行查询。由于各医疗机构的收费水平可能发生变化，我们会跟踪分析并适时更新和公布昂贵医院。

保障区域	7.2 适用计划一、计划二：中国大陆地区、香港、澳门及台湾地区； 适用计划三：全球（除美国）； 适用计划四：全球。
意外伤害事故	7.3 指外来的、不可预见的、突发的、非本意的、非由疾病引起的，并以此为直接的原因使身体受到伤害的客观事件。
符合通常惯例	7.4 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保持一致。 对于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。
医疗必要	7.5 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； (2) 不超过安全、足量治疗原则； (3) 由医生开具的处方或医嘱； (4) 非试验性的、非研究性； (5) 与接受治疗当地普遍接受的医疗专业实践标准保持一致。 对于是否医疗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。
保单年度	7.6 自本主险合同所载的保单周年日起每满 12 个月即为一个保单年度。
境外	7.7 专指除中国大陆以外的国家和地区，该地区包括香港、澳门及台湾地区。

- 床位费** 7.8 指被保险人在住院期间实际发生的住院床位费，中国境内不高于标准私人病房。不包括陪人床、观察病房床位和家庭病床的费用。
- 护理费** 7.9 指住院期间根据医嘱所示的护理等级确定的护理费用。
- 膳食费** 7.10 指住院期间根据**医生**（见7名词释义）的医嘱，由作为医院内部专属部门的且为住院病人配餐的食堂配送的膳食费用。膳食费应包含在医疗账单内；根据各医疗机构的惯例，可以作为独立的款项、也可以合并 in 病房费等其他款项内。
- 医生费** 7.11 指包括由医生所实施的病情咨询及检查、各种器械或仪器检查、诊断、治疗方案拟订等各项医疗服务所收取的费用。
- 处方药费** 7.12 指根据医生处方使用的西药、中成药和中草药。
但不包括如下：
- (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泡制的各类酒制剂等；
 - (3) 美容和减肥药品。
- 手术费** 7.13 指包括手术室和麻醉师费用（不包括器官移植），具体包括手术费、麻醉费、手术室费、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费。其中手术植入材料包括：
- (1) 植入器材：骨板、骨钉、骨针、骨棒、脊柱内固定器材、结扎丝、聚醚器、骨蜡、骨修复材料、脑动脉瘤夹、银夹、血管吻合夹（器）、心脏或组织修补材料、眼内充填材料、神经补片、义乳（乳腺癌等疾病导致乳房切除术中植入）；
 - (2) 植入性人工器官：人工食道、人工血管、人工椎体、人工关节、人工尿道、人工瓣膜、人工肾、人工颅骨、人工颌骨、人工心脏、人工肌腱、人工耳蜗、人工肛门封闭器；
 - (3) 接触式人工器官：人工喉、人工皮肤、人工角膜；
 - (4) 支架：血管支架、前列腺支架、胆道支架、食道支架；
 - (5) 其他：脑起搏器、心脏起搏器、急救中使用的颈托。
- 但不包括如下：
- (1) 用于治疗 II 型糖尿病的外置胰岛素泵；
 - (2) 各种矫正器，包括：义肢、义眼、及非急救中使用的颈托、夹板；

- (3) 假发;
- (4) 轮椅及各种电动助行器械;
- (5) 助听器。

器官移植费	7.14	指经相关专科医生明确诊断,根据医学需要必须进行的肝脏移植、肾脏移植、心脏移植、肺脏移植、胰脏移植或骨髓移植的手术费、辅助治疗费、排异药品费、检验费等。但不包括器官供体寻找、获取以及从供体切除、储藏、运送器官的相关费用。
治疗费	7.15	指由医生或护士对患者进行的、除手术外的各种治疗项目费用;包括清创、换药、拆线、脓肿切开引流、瘘管烧灼、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,具体以就诊医院的费用项目划分为准。
检查化验费	7.16	指由医生处方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、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。
加床床位费	7.17	指未满十八周岁的被保险人住院期间,其父母或法定监护人陪同住院的加床床位费。
重症监护室床位费	7.18	指被保险人在对危重病人的生命机能实施不间断密切监视的专用病房的床位费,这类病房的护理人员多于病人,并配有全套的生命体征监测维护设施,相对封闭管理,符合ICU、CCU标准的单人或多人监护病房。重症监护病房也包括其设施的全面性不低于上述设施的冠心病监护病房。
住院前、后门诊医疗费用	7.19	指如果被保险人在住院前14天(含)及出院后30天(含)内,因为与住院相同的原因进行门诊治疗而产生医疗费用,针对被保险人实际支出的、合理且必要的门诊医疗费用。
其他住院相关费用	7.20	其他未包含在第7.8条至第7.19条项目中的住院相关费用。
恶性肿瘤	7.21	指恶性细胞不受控制的进行性增长和扩散,浸润和破坏周围正常组织,可以经血管、淋巴管和体腔扩散转移到身体其它部位的疾病。经病理学检查结果明确诊断,临床诊断属于世界卫生组织《疾病和有关健康问题的国际统计分类》(ICD-10)的恶性肿瘤范畴,其中不包含: <ul style="list-style-type: none"> (1) 原位癌; (2) 相当于Binet分期方案A期程度的慢性淋巴细胞白血病; (3) 相当于Ann Arbor分期方案I期程度的何杰金氏病; (4) 皮肤癌(不包括恶性黑色素瘤及已发生转移的皮肤癌);

(5) TNM 分期为 T₁N₀M₀ 期或者更轻分期的前列腺癌;

(6) 感染艾滋病病毒或罹患艾滋病期间所罹患恶性肿瘤。

- 化学疗法** 7.22 指针对恶性肿瘤使用医学界公认的化疗药物以杀死癌细胞、抑制癌细胞生长繁殖为目的而进行的化学治疗。本主险合同所指的化学疗法为被保险人根据医嘱, 在医院进行的静脉注射化疗。
- 放射疗法** 7.23 指针对恶性肿瘤使用各种不同能量的射线照射肿瘤组织, 以抑制和杀灭癌细胞为目的而进行的放射治疗。本主险合同所指的放疗为被保险人根据医嘱, 在医院的专门科室进行的放疗。
- 肿瘤免疫疗法** 7.24 指应用免疫学原理和方法, 使用肿瘤免疫治疗药物提高肿瘤细胞的免疫原性和对效应细胞杀伤的敏感性, 激发和增强机体抗肿瘤免疫应答, 并应用免疫细胞和效应分子输注宿主体内, 协同机体免疫系统杀伤肿瘤、抑制肿瘤生长。本主险合同所指的肿瘤免疫治疗药物需符合法律、法规要求并经过国家食品药品监督管理局批准用于临床治疗。
- 肿瘤内分泌疗法** 7.25 指针对恶性肿瘤用药物抑制激素生成和激素反应, 杀死癌细胞或抑制癌细胞生长的内分泌疗法。本主险合同所指的内分泌治疗药物需符合法律、法规要求并经过国家食品药品监督管理局批准用于临床治疗。
- 肿瘤靶向疗法** 7.26 指在细胞分子水平上, 针对已经明确的致癌点来设计相应的靶向治疗药物, 利用具有一定特异性的载体, 将药物或其他杀伤肿瘤细胞的活性物质选择性地运送到肿瘤部位攻击癌细胞的疗法。本主险合同所指的靶向治疗的药物需具有国家药品监督管理部门核发的药品批准文号或者进口药品注册证书、医药产品注册证书。
- 紧急牙科治疗** 7.27 指对因遭受意外伤害事故而受损的、原未经过任何治疗的、原完整无损的自身牙齿的紧急治疗和修复, 这一治疗仅限于在发生意外伤害事故后 48 小时内接受紧急治疗以减轻被保险人的疼痛的费用。
- 该项责任不包括:
- (1) 因以下事故或伤害而接受的治疗:
- 1) 在进食或饮用过程中造成的伤害, 包括吞噬异物对口腔造成的损伤;
 - 2) 口腔或牙齿正常的磨损和老化;
 - 3) 刷牙或其他口部清洁过程引起的伤害;
 - 4) 因非外部撞击造成的口腔伤害。
- (2) 除减轻疼痛进行的有效牙科手术以外, 任何牙齿修补、使用任何贵金属材料、任何牙齿矫正治疗或在医院进行的牙科手术。
- 意外门诊紧急治疗** 7.28 指被保险人在意外伤害事故发生后 24 小时内, 因该意外伤害事故的伤害而在医院门诊接受治疗所实际支出的符合通常惯例的、医疗必要的挂号费/诊疗费、检查化验

费、处方药费、门诊手术、治疗费。

- 挂号费/诊疗费** 7.29 挂号费指为患者提供门诊，急诊候诊服务所收取的费用。
- 诊疗费（诊查费）指医护人员提供诊疗服务产生的费用，包括普通门诊诊查费，专家门诊诊查费，急诊诊查费，门急诊留观诊查费，住院诊查费。
- 门诊手术** 7.30 指由医生诊断无需住院进行的医疗必需且合理的门诊手术的医疗费用。
- 物理治疗** 7.31 指只能由具有相应资质的专业医生实施的的医疗必需且合理的物理治疗费用。
- 在中国大陆地区之外发生的物理治疗指发生保险事故后，有执照的物理治疗医生出于医疗目的推荐的物理治疗方法。
- 在中国大陆地区发生的物理治疗指应用人工物理因子（如光、电、磁、声、温热、寒冷等）来治疗疾病。相应的疗法有电疗、光疗、磁疗、热疗、冷疗、水疗，以及超声波疗法等。在中国具体的项目必须符合全国医疗服务项目规范规定的项目，但不包括泥疗、蜡敷治疗、气泡浴与药物浸浴治疗。
- 替代治疗** 7.32 包括中医，整脊疗法，顺势疗法，整骨疗法。指只能由具有相应资质的专业医生实施的中医，整脊疗法，顺势疗法，整骨疗法费用，并在合理的、可预测的时间内使得症状明显好转。
- 突发急性病** 7.33 指被保险人突然发病，经医院确诊为急症。
- 急症是指严重突发医疗状况或者症状，并在该状况或症状发生 24 小时内，被保险人需要立即接受护理和治疗，否则将受到生命危险。
- 境内** 7.34 专指中国大陆地区，不含香港、澳门及台湾地区。
- 医疗事故** 7.35 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。
- 酒后驾驶** 7.36 指经检测或鉴定，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超过道路交通安全法规规定的饮酒后驾驶或醉酒后驾驶标准。
- 无合法有效驾驶证驾驶** 7.37 指下列情形之一：
- （1）没有取得驾驶资格；
 - （2）驾驶与驾驶证准驾车型不相符合的车辆；

- (3) 驾驶员持审验不合格的驾驶证驾驶;
- (4) 未经公安交通管理部门同意,持未审验的驾驶证驾驶;
- (5) 学习驾车时,未持学习驾驶证明,或无随车指导人员指导,或不按指定时间、路线学习驾车;
- (6) 公安交通管理部门规定的其他无有效驾驶证驾驶的情况。

无有效行驶证	7.38 指下列情形之一: <ul style="list-style-type: none"> (1) 没有机动车行驶证; (2) 未在法律规定期限内按时进行或通过安全技术检验。
机动车	7.39 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。
潜水	7.40 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。
攀岩	7.41 指攀登悬崖、楼宇外墙、人造悬崖、冰崖、冰山等运动。
探险活动	7.42 指明知在某种特定的自然条件下有失去生命或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、徒步穿越沙漠或人迹罕至的原始森林等活动。
特技表演	7.43 指进行马术、杂技、飞车、驯兽等表演。
遗传性疾病	7.44 指生殖细胞或受精卵的遗传物质(染色体和基因)发生突变或畸变所引起的疾病,通常具有由亲代传至后代的垂直传递的特征。
先天性畸形、变形或染色体异常	7.45 指被保险人出生时就具有的畸形、变形或染色体异常。先天性畸形、变形和染色体异常依照世界卫生组织《疾病和有关健康问题的国际统计分类》(ICD-10)确定。
感染艾滋病病毒(HIV)或患艾滋病(AIDS)	7.46 艾滋病病毒指人类免疫缺陷病毒,英文缩写为 HIV。艾滋病指人类免疫缺陷病毒引起的获得性免疫缺陷综合征,英文缩写为 AIDS。 在人体血液或其他样本中检测到艾滋病病毒或其抗体呈阳性,没有出现临床症状或体征的,为感染艾滋病病毒;如果同时出现了明显临床症状或体征的,为患艾滋病。

- 周岁** 7.47 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。
- 若不同法定身份证明文件上关于出生日期的记载不一致，应当以出生证明记载的日期为准；没有出生证明的，以居民身份证记载的日期为准。
- 保单周年日** 7.48 本主险合同的保单周年日以保险合同所载日期为准。
- 本主险合同满第一个保单年度时所对应的保单周年日为首个保单周年日，以此类推。如果当月无对应的同一日，则以该月的最后一日为对应日。
- 法定身份证明** 7.49 指依据法律规定，由有权机构制作颁发的证明身份的证件、文件等，如：出生证明、居民身份证、户口簿、护照、军人证、外国人永久居留身份证、港澳台居民居住证等。
- 未满期净保险费** 7.50 指本主险合同最后一期已缴保险费 × (1-手续费比例) × (1-该保险费所保障的已经过月数/该保险费所保障的月数)，经过月数不足月的按一个月计算，手续费比例为35%。
- 未满期保险费** 7.51 指本主险合同最后一期已缴保险费 × (1-该保险费所保障的已经过月数/该保险费所保障的月数)，经过月数不足月的按一个月计算。
- 医生** 7.52 指在所在国合法注册的具有医生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) 不是被保险人本人、被保险人的代理人、合伙人、雇员或雇主，或被保险人的家庭成员以及其他具有类似亲密关系的人。
- 临终关怀** 7.53 指被保险人因达到疾病的终末期状态而在当地合法注册的临终护理机构或设有临终护理病房的医疗机构，且在患者及其家属的要求和医生的同意下一切积极治疗已被放弃，仅接受以减轻痛苦为目的的姑息治疗。疾病的终末期状态指疾病已经无法以现有的医疗技术治疗或缓解并且将导致被保险人在未来六个月内死亡。

附表 保险计划表

保险计划	计划一	计划二	计划三	计划四
保险区域	中国大陆地区、香港、澳门及台湾地区	中国大陆地区、香港、澳门及台湾地区	全球（除美国）	全球

医院范围		1、公立医院（含特需部和国际部） 2、私立医院 3、不含昂贵医院	1、公立医院（含特需部和国际部） 2、私立医院 3、不含昂贵医院	1、公立医院（含特需部和国际部） 2、私立医院 3、昂贵医院	1、公立医院（含特需部和国际部） 2、私立医院 3、昂贵医院
基本保险金额		200 万元	400 万元	400 万元	800 万元
赔付比例		100%	100%	100%	100%
年度免赔额（可选）		0 元或 12000 元	0 元或 12000 元	0 元或 12000 元	0 元或 12000 元
保险责任					
一般门 急诊医 疗	挂号费限额	无此责任	800 元/日	无限额	无限额
	诊疗费、检查化验费、门诊手术、治疗费		无限额	无限额	无限额
	处方药费限额		中草药每保单年度限额 8000 元，其余无限额	中草药每保单年度限额 12000 元，其余无限额	无限额
	物理治疗、替代治疗限额		500 元/次，每保单年度最多 10 次	无限额	无限额
门诊大病医疗	包括门诊癌症治疗和肾透析限额（每保单年度）	20 万元	无限额	无限额	无限额
紧急医疗	紧急牙科治疗限额（每保单年度）	意外伤害事故后 48 小时内 8000 元	意外伤害事故后 48 小时内 8000 元	意外伤害事故后 48 小时内 10000 元	意外伤害事故后 48 小时内 10000 元
	意外门急诊紧急治疗限额	意外伤害事故后 24 小时内 无限额	意外伤害事故后 24 小时内 无限额	意外伤害事故后 24 小时内 无限额	意外伤害事故后 24 小时内 无限额
一般住 院医疗	床位费限额	1500 元/日	无限额	无限额	无限额
	护理费、膳食费、医生费、处方药费、手术费、治疗费、检查化验费	无限额	无限额	无限额	无限额
	器官移植费限额（每保单年度）	50 万元	50 万元	无限额	无限额
	加床床位费限额	1000 元/日	无限额	无限额	无限额
	重症监护室床位费限额	3000 元/日	无限额	无限额	无限额
	住院前后门诊医疗费用（因与住院相同的原因进行门急诊治疗）	住院前 14 天至住院后 30 天 无限额	住院前 14 天至住院后 30 天 无限额	住院前 14 天至住院后 30 天 无限额	住院前 14 天至住院后 30 天 无限额
	其它住院相关费	无限额	无限额，	无限额，	无限额，

	用限额	临终关怀(见7名 词释义):最高20 天 康复治疗和专业 护理费:最多30 天	临终关怀:最高30 天 康复治疗和专业 护理费:最多60 天	临终关怀:最高45 天 康复治疗和专业 护理费:最多90 天	临终关怀:最高 45天 康复治疗和专 业护理费:最多 90天
辅助医疗设备费用限额 (每保单年度)	1万元	1万元	无限额	无限额	
救护车费用	无限额	无限额	无限额	无限额	

(本页以下空白)