

中国平安财产保险股份有限公司

平安全球团体医疗保险条款

第一条 总 则

根据投保人提交的《团体投保申请书》和被保险人提交的《投保人员信息表》，在投保人如约缴纳保险费的前提下，保险人同意出具本团体保险合同，并根据本团体保险合同约定的团体保障计划以及一切相关单证、批单、批注向被保险人提供保障。

第二条 投保人资格

凡满足以下所有条件的商业性公司、组织、其下属部门或关联公司，均有资格向保险人申请投保，成为本团体保障计划的投保人：

- (一) 向保险人提交了填写完整的《团体投保申请书》。
- (二) 保险人同意承保并向其出具了团体保险合同。
- (三) 同意准确提交员工名单并如约为被保险人缴纳保险费。
- (四) 在本团体保险合同有效期内的任何时间，至少有 80%的合格员工加入本团体保障计划。
- (五) 在本团体保险合同有效期内的任何时间，少于 20%的合格员工同时身处美国或加拿大。
- (六) 同意促使所有合格员工和合格家属向保险人提交完整的《投保人员信息表》（包括投保所需材料以证明其符合资格、现有的保险单）。
- (七) 同意向每个被保险人派发由保险人制作的《服务手册》等资料。
- (八) 在本团体保险合同的起始日、续保日时，有至少 5 名成员（其中至少 2 名是符合条件的员工或关联公司员工）。

第三条 员工的资格、投保和保障生效日

(一) 员工的资格

凡满足以下所有条件的员工，均有资格加入本团体保障计划：

1. 是投保人的在职员工，并履行相应的工作职责。
2. 除另有约定外，每周至少为投保人工作累计达 16 小时。
3. 属于《团体投保申请书》中载明的员工级别之一。
4. 符合投保人内部规定的加入本团体保障计划的条件。

在本条款中，符合资格的员工简称为合格员工。

(二) 合格员工的投保

只有合格员工方可向保险人申请加入本团体保障计划，成为被保险人。合格员工应当在其符合资格之日后 30 日内申请。

1. 凡满足以下所有条件的合格员工，其保障生效日与本团体保险合同的起始日一致：
 - (1)投保人在本团体保险合同起始日之前向保险人提交的合格员工名单中有该员工。

(2) 在本团体保险合同起始日之前就已满足合格员工的所有条件。

(3) 在本团体保险合同起始日之前向保险人提交了完整的《投保人员信息表》和投保所需材料以证明其符合资格。

(4) 本团体保险合同起始日当时非完全永久伤残或住院。

2. 凡满足以下所有条件的合格员工，其保障生效日在本团体保险合同起始日之后：

(1) 在本团体保险合同起始日之后提交完整的《投保人员信息表》和投保所需材料以证明其符合资格，且获得保险人批准。

(2) 在其保障生效日当时非完全永久伤残或住院。

(三) 合格员工的保障生效日

合格员工的保障生效日为下列三者之较迟发生者：

1. 该员工符合资格之日。

2. 本团体保险合同起始日。

3. 该员工的《投保人员信息表》获得保险人批准之日。

第四条 家属的资格、投保和保障生效日

(一) 家属的资格

如果本团体保险合同约定同意将家属纳入保险计划，则所有合格员工的家属均有资格加入本团体保障计划，其符合资格之日为下列二者之较迟发生者：

(一) 被保险员工的保障生效日。

(二) 该家属成为本团体保险合同定义的“家属”之日。

在本条款中，符合资格的家属简称为合格家属。

(二) 合格家属的投保

只有合格家属方可向保险人申请加入本团体保障计划，成为被保险人。合格家属应当在符合资格之日后 30 日内申请。

1. 凡满足以下所有条件的合格家属，其保障生效日与本团体保险合同起始日一致：

(1) 投保人在本团体保险合同起始日之前向保险人提交的合格家属名单中有该家属。

(2) 在本团体保险合同起始日之前就已满足合格家属的所有条件。

(3) 在本团体保险合同起始日之前向保险人提交完整的《投保人员信息表》和投保所需材料以证明其符合资格。

(4) 本团体保险合同起始日当时非完全永久伤残或住院。

2. 凡满足以下所有条件的合格家属，其保障生效日在本团体保险合同起始日之后：

(1) 在本团体保险合同起始日之后提交完整的《投保人员信息表》和投保所需材料以证明其符合资格，且获得保险人批准。

(2) 在保障生效日当时非完全永久伤残或住院。

(三) 合格家属的保障生效日

合格家属的保障生效日为下列三者之较迟发生者：

1. 该家属符合资格之日。
2. 本团体保险合同起始日。
3. 该家属的《投保人员信息表》获得保险人批准之日。

(四) 新生儿的投保

新生儿在本团体保障计划下获得的保障在期满后不会自动延续。如果新生儿要以家属的身份加入本团体保障计划，其必须满足以下所有条件：

1. 被保险员工已加入本团体保障计划，且该新生儿必须符合本团体保险合同定义的“家属”。
2. 被保险员工必须在新生儿出生后 30 日内向保险人提交其《投保人员信息表》。
3. 获得保险人的批准。

第五条 保险责任

被保险人在保险期间内发生被保险医疗症状，并在承保地域内接受医疗必需的治疗和用品，对于因此产生的合理必要的费用（以下简称“被保险费用”），按照本团体保险合同的约定，保险人根据被保险员工的子保障计划相应的《保障明细表》负责赔偿。**保险人不赔偿《保障明细表》中标明“不适用”的项目。**

A 部分 住院或日间留院医疗保险

保险人根据本团体保险合同的约定负责赔偿被保险人住院或日间留院期间发生的下列被保险费用：

A1 住院费用

(1) 住宿、伙食、护理费用，对于美国以外的国家和地区，依据标准单人间赔偿，对于美国，依据双人间赔偿；(2) 使用手术室、治疗室、康复室的费用；(3) 医院提供的日常服务和用品的费用，但不包括通讯费、报纸等个人用品的费用、客人来访的费用。

A2 意外伤害事故、急症和重症治疗

保险人负责赔偿下列被保险费用：(1) 手术；(2) 经保险人事先同意的第二手术咨询；(3) 麻醉；(4) 血液、血液成份、氧气、其它气体、麻醉剂的处理和输送，包括血液透析；(5) 执业医师服务；(6) 重症治疗部提供的日常服务和用品；(7) 对意外伤害的急诊治疗，即使不需要入院；(8) 对被保险医疗症状的急症治疗，只有在被保险人作为住院病人入院接受进一步治疗的情况下，保险人才负责赔偿急诊室费用，**其他情况下保险人不负责赔偿。**

A3 外科医生、会诊医生、麻醉师、护士和附加费用

保险人负责赔偿外科医生、会诊医生、麻醉师和护士提供专业服务的被保险费用，包括附加费用。其中，助理外科医生的保险金额为主诊外科医生被保险费用的 20%。然而，外科医生的替补和观摩情形不属于专业服务，因此不在保障范围内。

A4 执业医师

保险人负责赔偿执业医师提供专业服务（包括手术）的被保险费用。然而，执业医师的替补和观摩情形不属于专业服务，因此不在保障范围内。

A5 处方药物、敷料剂及耐用医疗设备

保险人负责赔偿自被保险医疗症状发生之日起 90 日内的处方药物的被保险费用，但不包括用以替换遗失、被盗、损坏、过期或效力减弱的药物。

保险人也负责赔偿敷料剂、缝线、石膏或其它医疗用品的被保险费用，包括租用医疗必需的耐用医疗设备的租金，最高以其购买价格为限。

A6 修复性手术

保险人负责赔偿被保险人在保险期间内进行的修复性手术的被保险费用，和为恢复因保险期间内发生的意外伤害事故或病症导致丧失的生理功能、外貌而必须进行的手术的被保险费用（该手术必须于意外伤害事故或病症发生之日后 12 个月内且在保险期间内进行）。

A7 诊断检测、X 光、病理检查、磁力共振和电脑扫描

保险人负责赔偿被保险人以放射、超声波或化验方式进行诊断或检测的被保险费用，但不包括心理、行为及教育测试。

A8 癌症相关检测、药物、治疗及会诊

保险人负责赔偿被保险人接受针对癌症的化学疗法、辐射疗法、放射疗法、肿瘤测试、药物和会诊的被保险费用。

A9 物理疗法

保险人负责赔偿由执业医师处方并由专业物理治疗师进行的针对被保险医疗症状的物理治疗的被保险费用。

对于每种被保险医疗症状，本保障只限 10 次治疗。超过 10 次的，必须由专科医生进一步审核确认，并经保险人事先同意后方可增加。

A10 住院陪宿（可选保障）

如果住院治疗的子女未满 18 周岁，保险人负责赔偿被保险员工或其配偶按普通私立医院的标准陪同子女住宿的被保险费用。

A11 出院后的治疗

如果被保险人因被保险医疗症状住院，保险人负责赔偿其出院后 90 日内、在保险期间内进行的与该医疗症状直接相关的治疗产生的被保险费用。

A12 住院现金津贴（可选保障）

如果被保险人因被保险医疗症状住院，但未进入急诊室或于急诊室过夜且未产生任何住宿和治疗费用，保险人将向被保险人一次性支付现金津贴，保险期间内累计赔偿金额不超过《保障明细表》列明的分项限额，且最多赔偿 60 日。

本节保障无免赔额或绝对免赔率。

被保险人索赔时需提供有医院签署及盖章的索赔表格。

A13 器官移植手术（可选保障）

如果被保险人在保险人批准的独立移植机构接受经保险人事先同意的被保险移植手术，保险人负责赔偿产生的下列各项被保险费用，但最高不超过《保障明细表》列明的终生限额：

（1）活体捐赠者因捐赠产生的合理必要的医疗费用。“活体捐赠者”指捐赠器官的时候处于有生命状态的捐赠者。

（2）为获得人体器官或组织所支出的被保险费用，但不包括收购、购买、低温贮藏的费用。保险人对于此项的赔偿金额不超过《保障明细表》列明的终生限额。

（3）移植前评估、被保险移植手术过程、住院期间实施的重新移植、移植后护理产生的被保险费用。

(4) 如果被保险人前往移植机构的路程超过 50 英里（或 85 公里），则保险人负责赔偿被保险人发生的合理的交通和住宿费用。保险人对于此项的赔偿在被保险人的终生期限内不超过《保障明细表》列明的分项限额。

(5) 被保险移植手术前后因门诊治疗发生的被保险费用。

被保险移植手术必须经保险人事先同意。**保险人不负责赔偿非经保险人批准的移植机构提供的移植治疗和用品，非被保险移植手术，以及未经保险人事先同意的移植手术。**

保险人无任何权利或义务为被保险人选择执业医师、医院或其它护理机构，或为或代表被保险人作出器官移植治疗的决定。

A14 辅助装置

保险人负责赔偿经保险人事先同意的基本功能辅助装置的被保险费用，如假肢、假眼、假喉或假乳（须在乳癌手术后 2 年内进行）等，**但不赔偿替换或维修的费用。**

保险人负责赔偿为替换关节或韧带、替换一个或多个心瓣、使用支架促进心血管流通、替换主动脉或一条动脉血管、替换括约肌、控制尿失禁（膀胱控制）、充当起搏器、或抽出过多的脑液而进行的永久植入手术产生的人造器官的被保险费用。

A15 精神病治疗（可选保障）

经保险人事先同意，保险人负责赔偿被保险人在医院精神病部住院接受精神失常或神经紊乱治疗而产生的被保险费用，但前提条件是被保险人在接受治疗前已经连续在保险人受保超过 12 个月。在保险期间内保险人自开始治疗之日起最多赔偿 30 日。

精神病治疗必须经保险人事先同意，且必须在注册精神科医生的直接控制下实施，**否则保险人不负责赔偿。**

B 部分 门诊治疗和保健

保险人根据本团体保险合同的约定负责赔偿被保险人因门诊治疗、门诊手术和保健发生的下列各项被保险费用：

B1 家庭医生、治疗及转介（可选保障）

保险人负责赔偿家庭医生、普通执业医师提供的专业服务和转介的被保险费用。然而，执业医师的替补和观摩情形不属于专业服务，因此不在保障范围内。

B2 专科医生和顾问医生（可选保障）

保险人负责赔偿专科医生和顾问医生提供专业服务的被保险费用。

B3 X 光、病理检查、诊断测试及程序（可选保障）

保险人负责赔偿被保险人在合格医疗机构（包括诊所）进行 X 光、病理检查、诊断检测和程序发生的被保险费用。

B4 处方药物、敷料剂及耐用医疗设备（可选保障）

保险人负责赔偿执业医师、专科医生处方的药物、敷料剂和经保险人事先同意的耐用医疗设备的被保险费用。

B5 门诊手术

保险人负责赔偿在合格医疗机构进行门诊手术发生的被保险费用。

B6 磁力共振和电脑扫描

保险人负责赔偿在合格医疗机构进行经保险人事先同意的磁力共振和电脑扫描发生

的被保险费用。

B7 癌症相关检测、药物、治疗及会诊

保险人负责赔偿被保险人接受针对癌症的化学疗法、辐射疗法、放射疗法、必要的肿瘤测试、药物和会诊的被保险费用。

B8 物理疗法、顺势疗法和整骨疗法

保险人负责赔偿由执业医生处方并由专业治疗师进行的针对被保险医疗症状的必要的物理疗法、顺势疗法和整骨疗法的被保险费用。

对于每种被保险医疗症状，本保障只限 10 次治疗。超过 10 次的，必须由专科医生进一步审核确认，并经保险人事先同意后方可增加，但最多以《保障明细表》列明的次数限额和分项限额为限。

被保险人第一次索赔时必须向保险人提交转介函或转介报告。如果治疗超过 10 次以上，还须提交医疗报告。

B9 补充疗法

保险人负责赔偿针灸疗法、香熏疗法、脊椎指压疗法、草药疗法、磁力疗法、按摩疗法、维他命疗法和中医疗法产生的被保险费用。这些疗法必须由执业医生医嘱并由持合法牌照的注册人士进行。

对于每项被保险医疗症状，本保障只限 10 次治疗。超过 10 次的，必须由专科医生进一步审核确认，并经保险人事先同意后方可增加。

被保险人第一次索赔时必须向保险人提交转介函或转介报告。如果治疗超过 10 次以上，还须提交医疗报告。

本保障在保险期间内的累计赔偿金额以《保障明细表》列明的分项限额为限。

B10 AIDS/HIV 治疗（可选保障）

如果被保险人在保险期间内首次被确认感染 HIV（人类免疫缺陷病毒或艾滋病病毒，英文为 Human Immunodeficiency Virus），保险人负责赔偿直接与之相关的诊断前后会诊、常规检查、药物、敷料剂、住院和护理服务产生的被保险费用。如果检测结果为阳性，那么保险人也负责赔偿诊断前的检测费用。

本保障在保险期间内的累计赔偿金额以《保障明细表》列明的分项限额为限。

B11 荷尔蒙补充疗法

如果被保险人在 40 岁前停经或人工停经而需采用荷尔蒙补充疗法，保险人负责赔偿在保险期间内因执业医生或专科医生会诊、处方药物、植入物、贴片发生的被保险费用。

本保障在被保险人的终生期限内最多连续 18 个月，前提条件是被保险人的保障在该期间内有效。

B12 在家中进行的个人护理

如果被保险人在住院或日间留院治疗结束后，根据专科医生的医嘱，需要在其家庭住所内接受后续的家庭护理，经保险人事先同意，保险人负责赔偿因此发生的被保险费用。该护理服务须由同时满足下列条件的家庭护理机构提供：（1）依法经营；（2）以提供家庭护理为主业，且由注册护士负责。

本保障的赔偿金额以《保障明细表》列明的保险期间内每次分项限额和最多就诊次数为限。

B13 康复性治疗（可选保障）

如果被保险人为了独立生活的需要，在住院治疗后需要立刻接受针对被保险医疗症状的康复性治疗，以恢复健康和行走能力，经保险人事先同意，保险人负责赔偿因此发生的被保险费用。该康复性治疗必须是被保险人住院治疗不可分割的一部分，并必须在专科医生的控制或监管下由医院认可的康复部门进行。

本保障的赔偿金额以《保障明细表》列明的保险期间内时间限额为限。

B14 延续护理（可选保障）

经保险人事先同意，保险人负责赔偿被保险人由住院的医院转往持有营业执照的延续护理机构接受护理服务而产生的被保险费用。

B15 临终关怀服务（可选保障）

保险人负责赔偿因下列临终关怀服务产生的被保险费用：

（1）如果执业医师证实被保险人病危且将在六个月内病逝，保险人负责赔偿被保险人作为临终关怀服务机构的住院病人或在家中产生的经保险人事先同意的住宿、膳食、注册护士兼职护理服务的被保险费用。

（2）如果被保险人病逝，保险人负责赔偿被保险员工、其配偶、子女或伴侣在被保险人病逝后 180 天内接受经保险人事先同意的咨询辅导的被保险费用，最多以 15 次为限。该咨询辅导必须由持有牌照的专业人士提供。

本保障的赔偿金额不超过《保障明细表》列明的终生限额。

B16 成人常规体检（可选保障）

如果已满 18 周岁的被保险人最近一次常规体检在 12 个月或更久以前，保险人负责赔偿其在保险期间内发生的以下被保险费用，但前提条件是被保险人已连续在保险人受保超过 12 个月：

（1）被保险人为男性：仅为预防或了解而进行的一次常规体检（包括前列腺癌检查）；

（2）被保险人为女性：仅为预防或了解而进行的一次常规体检（包括子宫颈涂片及乳房 X 光照片）。

在任何一段连续的 12 个月内，保险人最多仅赔偿一次。本保障无免赔额或绝对免赔率。

B17 未成年人体检（可选保障）

如果未满 18 周岁的被保险人最近一次常规体检在 12 个月或更久以前，保险人负责赔偿其在保险期间内发生的以下被保险费用，但前提条件是被保险人已连续在保险人受保超过 12 个月：

（1）一次常规体检；

（2）根据现行医学标准进行的常规注射和防疫注射。

在任何一段连续的 12 个月内，保险人最多仅赔偿一次。本保障无免赔额或绝对免赔率。

B18 精神病治疗（可选保障）

经保险人事先同意，保险人负责赔偿由注册精神病医生直接控制和实施的门诊治疗的被保险费用，包括专科医生对精神失常或神经紊乱的会诊，但前提条件是被保险人在接受治疗前已经连续在保险人受保超过 12 个月。

本保障必须经过保险人事先同意，除执业医师（非精神病专科医生）进行的初步会诊外。

本保障的保险期间内赔偿金额以《保障明细表》列明的分项限额为限。

C 部分 紧急救援保险

保险人根据本团体保险合同的约定负责赔偿被保险人发生的下列被保险费用：

C1 本地紧急救护车

如果被保险人在保险期间内发生被保险医疗症状（包括意外伤害），在执业医师或专科医生认为医疗必需的情况下，保险人负责赔偿将被保险人送至当地医院所发生的合理必要的救护车费用。

C2 紧急撤离和运送

（1）如果《保障明细表》中载明“全额赔偿（至最近、最合适的医院）”：如果被保险人在保险期间内发生被保险医疗症状（但不包括与生育相关的治疗），且必须住院或日间留院治疗，经保险人事先同意，保险人负责赔偿被保险人紧急撤离和运送至承保地域内最近、最合适的医院的合理必要的费用（包括被保险人的经济舱返程票）。被保险人的紧急撤离及运送必须遵照主诊执业医师的医嘱，且主诊执业医师必须向保险人书面说明和确认在当地不能进行医疗必需的治疗，且以任何其它方式运送将导致被保险人死亡。紧急撤离和运送必须经保险人事先同意，且所有的撤离和运送安排均须由保险人协调管理。运送仅限于经济舱，除非选择其它类型的舱位是医疗必需的。

（2）如果《保障明细表》中载明“全额赔偿（至承保地域内最近、最合适的医院，或被保险人的祖国，或被保险人选择的国家或地区）”：如果被保险人在保险期间内发生被保险医疗症状（除本条款第五条 F 部分 F1 节另有约定外，不包括与生育相关的治疗），且必须住院或日间留院治疗，经保险人事先同意，保险人负责赔偿被保险人紧急撤离和运送至承保地域内最近最合适的医院，被保险人的祖国，或被保险人指定的承保地域内的国家或地区的合理必要的费用（包括被保险人的经济舱返程票）。但如果紧急撤离至被保险人的祖国或指定的国家或地区不符合其主诊执业医师的医嘱，或该国家或地区并无相应的治疗条件，则保险人仅将被保险人紧急撤离和运送至最近、最合适的医院。被保险人的紧急撤离及运送必须遵照主诊执业医师的医嘱，且主诊执业医师必须向保险人书面说明和确认在当地不能进行医疗必需的治疗，且以任何其它方式运送将导致被保险人死亡。紧急撤离和运送必须经保险人事先同意，且所有的撤离和运送安排均须由保险人协调管理。运送仅限于经济舱，除非选择其它类型的舱位是医疗必需的。

保险人将尽力与独立的第三方服务商协商，在合理的最短时间内安排紧急撤离和运送。紧急撤离和运送的时间、过程和结果可能受到保险人不可控事件或环境的影响。被保险人了解并同意，对于由独立第三方服务商的行为或疏忽所导致的延迟、损失、损坏或其它索赔，或由保险人、保险人的保单管理者、代理和代表所不能合理地直接、实时控制的行为、疏忽、事件或环境所导致的延迟、损失、损坏或其它索赔，保险人、保险人的保单管理者、代理和代表均不知情且不承担责任。

C3 陪护亲属、交通和住宿

在保险人承保了 C2 节—紧急撤离和运送的前提下，保险人负责赔偿在保险期间内发生的经保险人事先同意且由保险人协调处理的以下医疗必需的费用：

（一）经保险人事先同意的一名亲属陪同被保险人前往医院的合理费用，或从该亲属所在地至被保险人已经或即将入住的医院所在地的合理经济舱机票价格。

（二）因紧急撤离产生的下列合理必要的费用：

1. 被保险人日间留院治疗期间看医生的往返交通费用；
2. 被保险人住院后，经保险人事先同意的一名亲属往返医院的交通费用；

3. 被保险人和经保险人事先同意的一名亲属的伙食费，每人每日最多为《保障明细表》列明的金额；

4. 如果被保险人住院且由专科医生护理，被保险人和经保险人事先同意的一名亲属在被保险人住院前后，在医院外的住宿费，每人每日最多为《保障明细表》列明的金额。

(三) 被保险人返回常住国或紧急撤离发生地的经济舱机票价格，和经保险人事先同意的一名亲属与被保险人同行或前往其原出发地的合理费用。

C4 遗体火葬、土葬、运送回国

如果被保险人在保险期间内在祖国以外的国家或地区因被保险医疗症状死亡，保险人负责赔偿下列合理必要的费用：(1) 经保险人事先同意并由保险人协调处理，将被保险人的遗体从其死亡地运送至祖国或常住国的费用（但不包括土葬费用）；(2) 根据被保险人的文化宗教信仰，在被保险人的死亡地处理、土葬、火葬其遗体的费用。

保险人不负责赔偿：(1) 因土葬、火葬产生的宗教工作人员、花卉、音乐、食物、饮品的费用；(2) 被保险人在祖国死亡产生的任何费用。

C5 探望亲属（可选保障）

如果被保险人已经在保险人连续受保本节保障不少于 12 个月，保险人负责赔偿被保险人在保险期间内因下列原因发生的经保险人事先同意的往返机票的合理必要的费用（限经济舱）：

(1) 探望一名因严重的医疗症状而生命表征不稳定，预计治愈机会不明朗，或处于弥留之际的 75 周岁或以下的亲属；

(2) 出席一名未满 75 周岁的亲属死者的葬礼、土葬或火葬仪式。

所有费用必须经保险人事先同意。保险人在保险期间内对被保险人仅负责赔偿一次行程，赔偿金额以《保障明细表》列明的保险期间的分项限额为限。

C6 美国医疗网络内的选择性治疗（可选保障）

如果被保险人购买的保障计划包含本节保障且承保地域不包括美国，则保险人承保被保险人在保险人的美国医疗网络内进行选择性治疗所产生的合理必要的费用，但不包括因非急症产生的交通、食宿费用。

被保险人在美国医疗网络内接受住院、日间留院、门诊治疗时，需承担 20% 的绝对免赔率（无免赔额），赔偿金额以《保障明细表》列明的保险期间内分项限额为限。

保险人不负责赔偿医疗网络外的任何人或机构提供的治疗或用品。

被保险人在住院、日间留院治疗前，必须告知保险人并获得保险人事先同意。

C7 非承保地域的意外伤害事故、急症

如果被保险人前往承保地域以外的国家或地区旅行，保险人负责赔偿下列被保险费用：(1) 对意外伤害的必要的治疗；(2) 对一项新的被保险医疗症状的急症治疗；(3) 对一项被保险医疗症状的急性发作或恶化的急症治疗。意外伤害事故或急症不包括妊娠并发症、分娩。本保障的赔偿金额以《保障明细表》列明的保险期间内时间限额和分项限额为限。所有治疗均须获得保险人事先同意。

如果被保险人必须在美国进行急症治疗，被保险人应于入院之前或入院时立刻联络保险人。

下列情况下发生的费用不在本保障范围内：

- (1) 被保险人在旅行前已发生且有可能于旅行期间复发、需要治疗的医疗症状。
- (2) 被保险人旅行的目的就是特意为寻求治疗，或被保险人在清楚自身需要治疗的情况下仍然出行。
- (3) 被保险人违背医嘱出行。
- (4) 本应可以合理延迟至被保险人返回常住国后再进行的治疗。
- (5) 被保险人在承保地域外旅行的天数已超出《保障明细表》列明的最多保障天数，但恰好发生在该超出的期间内的费用。
- (6) 超过人民币 7,200 元但没有获得保险人事先同意的治疗，或没有获得保险人事先同意住院。

D 部分 既往症和慢性病保险

重要提示：本部分仅根据下列约定承保被保险人的既往症和慢性病：

标准保障：

D1、D2 部分无保障。

D3 慢性病急性发作的稳定治疗

被保险人的慢性病急性发作或恶化，且若 48 小时内不进行治疗可能导致死亡或严重损害身体功能的情况下，保险人负责赔偿因对该慢性病（非既往症）的急性发作或恶化实施稳定治疗产生的被保险费用。本保障仅适用于满足以下所有条件的稳定治疗：（1）可能对被保险人迅速产生作用；（2）即使不持续进行该治疗，被保险人也可能完全恢复至发作或恶化之前的状况。一旦被保险人的稳定，本保障自动失效。或

可选保障 1：等待期 24 个月（限额于保险合同中载明）

重要提示：本部分仅承保被保险人在本团体保障计划下连续受保不少于 24 个月之后，或被保险人的子保障计划《保障明细表》上载明的其他时间后，或被保险人完全满足保险合同中约定的其他条件的前提下，发生的被保险费用。

保险人根据本团体保险合同的约定负责赔偿被保险人因既往症和慢性病产生的下列费用：

D1 既往症（选择 1）

（对既往症的保障根据被保险员工的子保障计划确定。）

如果被保险人已于《投保人员信息表》中书面披露其既往症且保险人已接受并书面同意承保，被保险人在保险人连续受保超过 24 个月后，或被保险人的子保障计划《保障明细表》上载明的其他时间后，或被保险人完全满足保险合同中约定的其他条件的前提下，保险人负责赔偿由该既往症导致的被保险费用。

本保障的赔偿金额以《保障明细表》列明的保险期间内 D1、D2 节合并分项限额和终生限额为限。

保险人保留使用其它替代性条件、拒绝承保某种特殊医疗症状和无理由拒绝《投保人员信息表》的权利。

D2 慢性病及缓痛护理（选择 1）

被保险人在保险人连续受保超过 24 个月后，或被保险人的子保障计划《保障明细表》上载明的其他时间后，或被保险人完全满足保险合同中约定的其他条件的前提下，保险人负责赔偿在保险期间内发生的以下被保险费用：

- (1) 对慢性病（非既往症）的常规检查；
- (2) 治疗慢性病（非既往症）的医疗必需的处方药物及敷料剂；
- (3) 因慢性病（非既往症）导致的医疗必需的住院费用、护理费、附加费用、手术和缓痛护理费用。

本保障的赔偿金额以《保障明细表》列明的保险期间内 D1、D2 节合并分项限额和终生限额为限，但前提条件是被保险人的保障在发生该费用时仍然有效。

D3 慢性病急性发作的稳定治疗（选择 1）

被保险人的慢性病急性发作或恶化，且若 48 小时内不进行治疗可能导致死亡或严重损害身体功能的情况下，保险人负责赔偿因对该慢性病（非既往症）的急性发作或恶化实施稳定治疗产生的被保险费用。本保障仅适用于满足以下所有条件的稳定治疗：（1）可能对被保险人迅速产生作用；（2）即使不持续进行该治疗，被保险人也可能完全恢复至发作或恶化之前的状况。一旦被保险人的稳定，保险人将在 D2 节下提供保障。或

可选保障 2：3/6/12 保障（限额于保险合同中载明）

重要提示：对于承保的既往症或慢性病，如果被保险人自保险期间起始日起连续 6 个月（180 天）未发生过任何相关治疗，则保险人负责赔偿自保险期间起始日起 6 个月后发生的被保险费用；如果被保险人在自保险期间起始日起的连续 6 个月（180 天）的期间内发生了治疗，则保险人负责赔偿保险期间起始日起 12 个月（365 天）后发生的被保险费用。

保险人根据本团体保险合同的约定负责赔偿被保险人因既往症和慢性病产生的下列费用：

D1 既往症（选择 2）

（对既往症的保障根据被保险员工的子保障计划确定。）

对于被保险人已于《投保人员信息表》中书面披露且保险人已接受并书面同意承保的既往症，如果被保险人自保险期间起始日起连续 6 个月（180 天）未发生过任何治疗，则保险人负责赔偿自保险期间起始日起 6 个月后因该既往症导致的被保险费用；如果被保险人在自保险期间起始日起的连续 6 个月（180 天）的期间内发生了治疗，则保险人负责赔偿保险期间起始日起 12 个月（365 天）后因该既往症导致的被保险费用。

本保障的赔偿金额以《保障明细表》列明的保险期间内 D1、D2 节合并分项限额和终生限额为限。

保险人保留使用其它替代性条件、拒绝承保某种特殊医疗症状和无理由拒绝《投保人员信息表》的权利。

D2 慢性病及缓痛护理（选择 2）

如果被保险人自保险期间起始日起连续 6 个月（180 天）未发生过任何治疗，则保险人负责赔偿自保险期间起始日起 6 个月后发生的以下被保险费用；如果被保险人在自保险期间起始日起的连续 6 个月（180 天）的期间内发生了治疗，则保险人负责赔偿保险期间起始日起 12 个月（365 天）后发生的以被保险费用：

- (1) 对慢性病（非既往症）的常规检查；
- (2) 治疗慢性病（非既往症）的医疗必需的处方药物及敷料剂；
- (3) 因慢性病（非既往症）导致的医疗必需的住院费用、护理费、附加费用、手术和缓痛护理费用。

本保障的赔偿金额以《保障明细表》列明的保险期间内 D1、D2 节合并分项限额和终生

限额为限，但前提条件是被保险人的保障在发生该费用时仍然有效。

D3 慢性病急性发作的稳定治疗（选择 2）

被保险人的慢性病急性发作或恶化，且若 48 小时内不进行治疗可能导致死亡或严重损害身体功能的情况下，保险人负责赔偿因对该慢性病（非既往症）的急性发作或恶化实施稳定治疗产生的被保险费用。本保障仅适用于满足以下所有条件的稳定治疗：（1）可能对被保险人迅速产生作用；（2）即使不持续进行该治疗，被保险人也可能完全恢复至发作或恶化之前的状况。一旦被保险人的稳定，保险人将在 D2 节下提供保障。

E 部分 牙科保险

重要提示：被保险人必须满足以下所有条件：（1）在起始日期保障生效日之前的 12 个月内，请执业牙医进行牙科检查（保险人在受理被保险人的索赔时，可能要求被保险人提供相关检查报告，被保险人有义务如实提供）；（2）完成了医生在保障生效日之时或之前建议的治疗和正在进行的治疗。如果被保险人未满足上述两个条件，则须于下次会诊时自费完成所有建议的治疗。只有当被保险人满足上述条件后，保险人方提供本部分保障。

保险人根据本团体保险合同的约定负责赔偿被保险人发生的下列费用：

E1 急症治疗（住院或日间留院）

保险人负责赔偿下列情况产生的被保险费用：（1）被保险人住院或日间留院接受急症牙科治疗；（2）为修复或替换在意外伤害事故中丧失或损坏的健康牙齿，而必须于医院的急症室进行的牙科手术产生。但是，被保险人进食时发生意外伤害事故导致的牙齿损坏不在本保障范围内。

E2 意外伤害事故牙齿损坏

保险人负责赔偿被保险人为修复或替换在意外伤害事故中丧失或损坏的健康牙齿，在医院由执业医生、执业牙医进行的门诊治疗、牙科手术而产生的被保险费用，该门诊治疗、牙科手术必须于意外伤害事故发生后 5 日内进行。被保险人进食时发生意外伤害事故导致的牙齿损坏不在本保障范围内。

E3 急症治疗（门诊）

保险人负责赔偿被保险人为了快速减轻痛苦，在医院或牙科诊所由执业医生、执业牙医进行急症治疗产生的被保险费用，治疗仅指修复、填补脓肿、破裂或损坏的牙齿。

本保障的赔偿金额以《保障明细表》列明的保险期间内分项限额为限，且被保险人须自行承担 25% 的绝对免赔率（无免赔额）。

请参照上述有关保险条件的重要提示。

E4 常规牙科治疗（门诊）（可选保障）

保险人负责赔偿在保险期间内且自保障生效日起 180 日以后因执业牙医在牙科手术中进行的下列常规牙科治疗产生的合理必要的费用：诊察、检查、X 光、洗牙、牙齿磨光、一般复合物补牙、简单的或非手术性的拔牙。

保险人不负责赔偿任何类型的牙齿美白（包括激光漂牙），也不负责赔偿购买牙科用品（例如牙刷、漱口水及牙线）的费用，除非是医生处方的必需项目。

本保障的赔偿金额以《保障明细表》列明的保险期间内累计限额和分项限额为限，且被保险人须自行承担 25% 的绝对免赔率（无免赔额）。

请参照上述有关保险条件的重要提示。

自保障生效日起 180 日内发生的费用不在保障范围内。

E5 主要康复性牙科治疗（可选保障）

保险人负责赔偿在保险期间内且自保障生效日起 12 个月以后，执业牙医实施下列特定的医疗程序所产生的合理必要的费用：

1. 去除嵌入、内嵌或未萌出牙齿
2. 去除牙根
3. 去除固体齿质瘤
4. 牙根瘤
5. 新造或修补牙桥
6. 新造或修补牙冠（非贵重金属）
7. 牙根管治疗
8. 新造或修补上齿或下齿假牙

本保障的赔偿金额以《保障明细表》列明的保险期间内累计限额和分项限额为限，被保险人须自行承担 25% 的绝对免赔率（无免赔额）。

请参照上述有关保险条件的重要提示。

F 部分 生育保险

重要提示：本部分仅承保被保险人在本团体保障计划下连续参保不少于 12 个月之后发生的被保险费用。被保险人怀孕后 90 日内应向保险人报告并获得保险人的事先同意，否则本部分 F2 至 F6 节不适用。

保险人根据本团体保险合同的约定负责赔偿被保险人因生育产生的下列费用：

F1 妊娠并发症（包括医疗必需的剖腹分娩）

保险人负责赔偿因治疗下列症状产生的被保险费用：（1）妊娠并发症；（2）怀孕期间发生的被保险医疗症状；（3）分娩时发生的必须实施产科程序的被保险医疗症状。胎儿手术不在本保障范围内。

保险人也负责赔偿因医疗必需的剖腹分娩手术和分娩之后的后续治疗。但是，**保险人不赔偿选择性的（指非医疗必需的）剖腹分娩手术，由于以往剖腹分娩而导致的必需的剖腹分娩手术，和因辅助受孕造成多胞胎生育而导致的剖腹分娩手术，也不提供与之相关的后续治疗。**

本保障的赔偿金额以《保障明细表》列明的分项限额为限。

F2 正常妊娠和分娩（可选保障）

在被保险人正常妊娠和分娩的情况下，保险人负责赔偿因以下各项产生的被保险费用：（1）正常妊娠及分娩；（2）医疗必需的产前和产后护理，对顺产的检查 and 扫描；（3）早产儿（指妊娠不满 37 周分娩的）出生后首 31 日内发生的必须住院治疗的医疗症状。但是，**保险人不负责赔偿因产前学习班，与新生儿出生和分娩无关的助产、辅助受孕造成的早产或多胞胎而导致的费用。**

F3 新生儿医院住宿（可选保障）

被保险人在保险期间内发生被保险医疗症状，并因此住院接受医疗必需的治疗时，保险人负责赔偿其新生儿陪同住院的合理必要的费用。

F4 新生儿检查（可选保障）

保险人负责赔偿被保险人在保险期间内分娩后 24 小时内，儿科医生对新生儿进行首次检查产生的合理必要的费用。但是，该检查后的后续治疗不在本节保障范围内。

F5 新生儿津贴（可选保障）

为补偿被保险员工在保险期间内为新生儿筹备居家生活用品的支出，保险人根据《保障明细表》列明的金额，一次性向其支付现金津贴。本保障无免赔额。

F6 新生儿治疗费用（可选保障）

保险人负责赔偿下列各项，赔偿金额最高不超过《保障明细表》列明的分项限额：

(1) 新生儿出生后 31 日内被发现患有被保险医疗症状，因此住院治疗而产生的被保险费用，最多赔偿 31 日；

(2) 对新生儿的先天性缺陷和先天畸形的治疗而产生的被保险费用，但前提条件是新生儿的父母在本保障生效日以前均不知道其病症的存在，且其父母、祖父母、外祖父母、父母的兄弟姐妹、父母的祖父母及外祖父母、父母的叔伯姨姑舅均无此医疗症状。胎记不在保障范围内。

在双胞胎的情况下，不论新生儿人数的多少，被保险人可以获得的最高赔偿金额不得超过《保障明细表》列明的分项限额。

G 部分 其它保障

G1 意外伤害事故视力矫正费用保险

被保险人在保险期间内发生意外伤害事故，经诊断导致其首次需要配戴眼镜或隐形眼镜矫正视力的，对于超过《保障明细表》列明的金额以上的合理必要的费用，保险人负责赔偿 50%，赔偿金额以《保障明细表》列明的分项限额为限。

G2. 完全视力费用保险（可选保障）

根据本保险合同的约定，保险人在下列限额内补偿被保险人：

(1) 视力检查：每 24 个月最高赔偿人民币 700 元的常规视力检查费用；

(2) 视力矫正：每 24 个月最高赔偿人民币 1000 元的矫正视力的镜片、隐形眼镜以及眼镜架的费用。

H 部分 其它服务

H1 24 小时紧急救援服务热线

保险人提供全年 24 小时紧急救援服务热线，协助被保险人处理个人保险合同承保的急症或紧急撤离。保险人将与被保险人的专科医生、执业医生联络，在医疗必需的情况下，安排被保险人住院、救护车运送和航空撤离。

在紧急撤离期间，保险人的保单管理者将协调和协助将被保险人运送至有条件处理被保险医疗症状的合格医疗机构。根据本团体保障计划的约定，在必要的情况下，将由独立飞行员和医疗专家组成的队伍安排运送。

请参考《服务手册》中的 24 小时紧急救援服务热线。

被保险人致电热线时请备妥下列资料：

I 被保险人姓名

I 个人保险凭证号码

- I 电话号码和传真号码
- I 被保险人所在地点
- I 紧急症状的详情

在发生紧急症状或因此入院时，被保险人应当尽快接受治疗。

第六条 《保障明细表》

保险人在扣除免赔金额后承担被保险费用，以被保险人所适用的《保障明细表》列明的保险期间内累计保险金额为限。对于某些项目，其赔偿金额同时也受限于《保障明细表》列明的相应的分项限额或终生限额。

“免赔金额”指《保障明细表》中列明的免赔额加上根据绝对免赔率计算的金额。

第七条 除外责任

保险人不负责赔偿直接或间接由下列各项导致或与下列各项有关的损失和费用：

- (一) 任何既往症，但本保险合同另有约定的除外。
- (二) 任何既有的慢性病、缓痛护理，但本保险合同另有约定的除外。
- (三) 肾衰竭的慢性辅助治疗（包括透析）。但是，保险人负责赔偿肾衰竭手术前后所产生的被保险费用，以及当透析为重症治疗的一部份时，急性二次衰竭产生的被保险费用。
- (四) 因下列原因引起的任何医疗症状：
 - 1. 战争（不论宣战与否）、侵略行为、外敌恶意行为、类似战争的行动、内战；
 - 2. 叛变、暴乱、罢工、民众暴乱、造反、谋反、革命、军事或篡夺权力；
 - 3. 蓄意推翻政府、代表任何组织或与任何组织有关的任何人士以武力推翻法律上存在或实际上存在的政府的活动，或使用任何形式的暴力影响政府的活动；
 - 4. 军法统治、进入戒严状态、或决定宣布或维持军法统治或进入戒严状态的任何事件或原因；
 - 5. 恐怖主义活动，除非被保险人作为无辜旁观者遭受意外伤害。使用或威胁使用核武器、核装置或生化制剂的恐怖主义活动所导致或引起的医疗症状不在保障范围内。
- (五) 被保险人主观选择的堕胎或终止妊娠，但不包括小产、宫外孕及难产。
- (六) 节育、绝育（或反之，即自绝育恢复至可生育）、输精管切除术（或反之，即输精管修复）、避孕、不育、生育、阳痿、任何促进、阻止或试图促进、阻止怀孕的治疗或用品；任何形式的辅助受孕、辅助生殖或因此引发的并发症，包括但不限于辅助受孕后的早产或多胞胎。
- (七) 静养、养老、隔离、检疫或疗养。
- (八) 下列各项治疗或用品：
 - 1. 非保险期间发生的治疗或用品；
 - 2. 非经执业医生处方或指定的治疗或用品；
 - 3. 非医疗必需的治疗或用品；
 - 4. 被保险人无偿获得的或无义务为其支付费用的治疗或用品；
 - 5. 治疗或用品中超出一般合理必要费用的金额；

6. 由被保险人的亲属、居住或曾居住于被保险人家中的人士进行或提供的治疗或用品；
7. 本团体保障计划所不承保的治疗或用品引起并发症继而导致的治疗或用品；
8. 本应以日间留院或门诊方式治疗，但被保险人仍坚持住院产生的治疗或用品。

(九) 电话会诊，治疗的完整性，填写索赔表格，或被保险人未能按时赴约。

(十) 任何实验性治疗或用品，或与遗传医学或遗传实验有关的治疗或用品，包括羊水诊断、遗传甄选、风险评估、阻止或确定遗传癖性、遗传咨询及基因治疗。

(十一) 专门为获得照料、护理的住院、就医行为。

(十二) 针对已发生的医疗症状进行的旨在恢复被保险人正常行为能力或接近正常行为能力的教育或培训，包括但不限于职业疗法、工作疗法、语言障碍矫正。

(十三) 在以下机构接受的治疗或用品：健康水疗院、自然疗法诊所、温泉疗养地、健体庄园或类似机构，以及前述机构或医院附属的注册为护理院的私家病床，前提条件是该医院已事实上成为被保险人的住所或永久寓所，或医院安排被保险人入住有家庭的原因。

(十四) 为减肥或改变体重而进行的治疗或用品，对肥胖症的治疗，包括病态肥胖（如钢线固定牙齿及任何形式的肥胖症手术、肠道分流、胃分流、束带式胃减容术、垂直束带式胃减容术、胆胰消化回避术、十二指肠开关术、或胃切除或胃间隔手术）；手术逆转治疗；不论是出于医学还是心理目的，去除身体中任何部位的脂肪或过剩组织以及后续的治疗。

(十五) 与特殊饮食、控制体重、儿童食品、婴儿用品、维他命、矿物质补充剂相关的医疗处方（除非本团体保险合同另有约定或附加险承保）；或任何可替代的医学或医，如手足部疾病诊疗师、验光师、足部疾病诊疗师、非处方药、维他命、食品提炼物或营养补充剂等；维他命、中草药疗法；未经当地药品监管当局批准的药品，或根据当地药品监管当局的认定，并不适用于被保险医疗症状的药品；非执业医师处方的药品。

(十六) 为改变、改善被保险人的外貌、心理、精神、情感状况而进行的体型修改，包括但不限于隆胸、缩胸、变性手术、与性能力有关的手术等；与变性直接或间接相关的治疗及其后续治疗。

(十七) 如果被保险人接受的治疗不在其个人保险合同的保障范围内，则对于该治疗所引起的问题的补救性或处理性治疗，保险人不负责赔偿。

(十八) 整容治疗（不论是否出于满足心理需要的目的）。但是，直接与本团体保险合同承保的手术后续相关的、医疗必需的修复性手术除外。耳朵或身体穿洞不属于本保障范围。

(十九) 因参加下列活动而出现的任何医疗症状：专业登山活动（“专业”是指通常需要使用特别的攀山器材、绳索或导游）；田径或体育活动，但非接触性的、非专业、仅出于休闲、娱乐或健身目的而参与的活动除外；飞行活动，但购票的乘客乘坐合法商用飞机的除外；悬挂式滑翔、跳伞、热气球飞翔；滑雪，但在划定和有标识的区域内进行的娱乐性滑降或越野滑雪除外，前提条件是被保险人遵守一切相关的法律法规和当地滑雪学校或主管机关的建议；任何形式的竞赛，包括赛马、汽车或摩托车比赛；洞穴或溶洞探险；使用潜水呼吸仪器进行深度超过9米的水底探险。

(二十) 违背当地权威部门或合格教练的建议或指示或违反合法监管部门的规定、建议或程序，参加相关运动、娱乐、探险活动时发生的医疗症状。

(二十一) 违背医嘱参加活动时发生的医疗症状。

(二十二) 对酒精和物质滥用的治疗；对因酒精、管制物质、毒品、药物的影响导致的医疗症状的治疗，但严格按照执业医师处方和指导服用的药物除外。

(二十三) 自杀或企图自杀；自身故意行为造成的伤害或病症；故意主动暴露于危险中，但试图拯救生命者除外。

(二十四) 性病，任何通过性接触传播的疾病。

(二十五) 被保险人违法导致的医疗症状，包括但不限于被保险人从事违法或恶意职业或行为，但不包括程度较轻的交通违规。

(二十六) 酒精和物质滥用、任何类型的上瘾症状，或因其直接或间接导致的任何医疗症状。

(二十七) 除非本团体保险合同另有约定或有附加险予以承保，下列各项：精神治疗师、心理学家、家庭治疗师、与亲人丧亡相关的顾问师提供的专业服务；对学习困难、过度活跃、注意力不集中、儿童发展或行为问题的治疗；语言、职业、工作、生理反馈、针灸、康乐、睡眠、音乐疗法。

(二十八) 与睡眠失常相关的治疗或用品，包括睡眠窒息（指睡眠时呼吸暂停）、打鼾、疲劳、时差、工作相关压力。

(二十九) 矫正视力、视力治疗或视力训练。

(三十) 与足部相关的治疗或用品，包括但不限于：足部矫正鞋，附于或放置于鞋中的处方矫正器具；足部虚弱、损伤、扁平、不稳定或不平衡的治疗；跖骨痛、骨刺、锤状趾或拇囊炎；鸡眼、老茧或脚趾甲治疗或用品。但是，下列情况下产生的治疗和用品在保障范围内：(1) 因意外伤害导致的足部治疗；(2) 足部手术是为治疗一项病症的唯一可行的、医疗必需的方法。

(三十一) 与脱发相关的治疗或用品，包括但不限于假发、头发的治疗，头发移植，任何声称能促进头发生长的药物，不论是否由执业医生处方。

(三十二) 任何锻炼项目或计划，不论是否由执业医生处方或建议。

(三十三) 暴露于非医疗相关的核辐射、原子辐射、放射性物质、化学污染、因核物质的放射性或核燃料的燃烧而产生的污染；石棉肺或相关症状。

(三十四) 在战争期间、根据类似战争军事行动的指挥或为了恢复社会秩序，服役于陆军、海军或空军；或在接受陆军、海军或空军训练时发生的任何医疗症状。

(三十五) 为了一项移植手术（不论是否被保险移植手术），为了努力维持器官捐赠者的生命而发生的治疗和用品；在保险人批准的独立移植机构网络之外发生的任何移植费用；寻找器官的费用，从捐赠者身上切除器官的费用，运输费用，和所有相关的行政费用。

(三十六) 为促进、增强、阻止、矫正性无能、性能力或性功能障碍或其后果的治疗或用品。

(三十七) 畸齿矫正治疗；牙龈炎、任何类型的牙龈疾病或牙周炎；假牙于未佩戴时的损坏；用于牙科治疗程序的任何贵金属的成本；镶牙，但因意外伤害事故导致现有镶牙损坏的除外；任何类型的牙齿美白；牙科会诊或治疗失约导致的费用损失。

(三十八) 普通视力测验、治疗、用品、检查或视力矫正眼镜或隐形眼镜装置；任何原因造成的眼睛折射功能问题；非医疗相关的或因自然退化引起的眼睛缺陷，包括但不限于近视、远视及散光；非医疗相关的或因自然退化引起的眼睛缺陷的矫正手术、眼科手术，包括但不限于主要目的为矫正或试图矫正近视、远视或散光而进行的角膜切割矫视手术。但是，被保险人根据其保障计划获得本条款 G 部分 G1 或 G2 节保障除外。

(三十九) 普通听力的测试、治疗、用品、检查、助听器装置；提供、维护、安装听力植入件、移植件；非医疗相关的或因自然退化引起的听力缺陷的矫正手术。

(四十) 颞下颌关节的治疗, 但因意外伤害事故引起的除外。

(四十一) 任何税项或附加费用, 包括但不限于因为被保险人接受治疗或用品、保险人选择直接向医疗机构支付, 或任何其它原因。

(四十二) 违背执业医师医嘱的旅行。

(四十三) 本团体保障计划期满或终止后发生的治疗或用品; 被保险人退出本团体保障计划(不论何原因)后发生的治疗或用品。

(四十四) 任何非保险人要求的由执业医师或专科医生作出的第二医疗咨询或后续医疗咨询。

第八条 团体保障计划的有效期和保险费

(一) 团体保障计划的有效期

除另有约定外, 本团体保障计划的有效期为一年, 期满后根据本合同的约定续保。本团体保障计划中的每个被保险人获得的保障自其个人保险凭证上列明的保障生效日开始生效。

(二) 保险费

投保人、被保险人应当在约定的付款日之前缴纳保险费。

保险人有权根据本团体保险合同的约定调整保险费率, 并提前书面通知投保人。

除另有约定外, 保险人每个月对被保险人增减和保险费变动情况作一次批改。投保人应当在约定的付款日之前缴纳增加的保险费。因被保险人退出本团体保障计划而产生的已缴的未到期净保费, 保险人每月计算一次并退还给投保人。

在付款日之后, 保险人给予投保人 30 天的宽限期(首笔保险费除外), 投保人在此期间内缴纳保险费视同在付款日之前缴纳。如果投保人未在此宽限期内缴纳保险费, 则相关被保险人的保障自付款日起无效。如果保险人或投保人向对方发出书面通知拒绝续保, 自续保日起被保险人不再享有任何保障。

第九条 如实告知义务

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。

前款规定的合同解除权, 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, 保险人应当承担给付保险金责任。

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。

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。

第十条 如何联系保险人

保险人的联系方式于《服务手册》中载明。

第十一条 就诊及索赔

(一) 被保险人须自其开始接受治疗起 90 日内将下列资料提交给保险人：

1. 完整正确填写的索赔表；
2. 治疗费用的发票或收据原件；
3. 其它能够证明治疗状况和损失程度的文件。

如果被保险人未能在 90 日内提交相关资料，导致保险人无法合理调查被保险人的治疗状况和损失程度的，保险人对无法核实的部分不负责赔偿。

(二) 被保险人在向保险人索赔前应当仔细阅读本团体保障计划的条款和“事先同意”要求，且必须严格遵守和履行“事先同意”程序。

(三) 被保险人应当随时携带保险人出具的包含保险人服务电话和地址的保险卡。

(四) 急症入院

在被保险人发生急症需入院治疗的情况下，被保险人有义务于入院后尽快拨打保险人保险卡上列明的服务电话，告知服务人员其医疗症状、治疗情况（包括治疗日期、程序等）、医生姓名、医院详情。被保险人应及时接受急症治疗。

(五) 预先计划的住院或日间留院

如果被保险人已计划住院或日间留院治疗，被保险人有义务于入院前尽快拨打保险人保险卡上列明的服务电话，告知服务人员其医疗症状、治疗情况（包括治疗日期、程序等）、医生姓名、医院详情。

保险人将尽可能安排与医院或医疗机构直接结算被保险费用。在此情况下，被保险人有义务向保险人提交索赔表格和医院的未付发票。**保险人不负责向医疗机构支付应由被保险人自行承担的免赔金额。**如果保险人不能安排直接结算被保险费用，被保险人有义务先行支付所有费用，再持索赔表格和原始发票向保险人索赔。

(六) 门诊治疗

被保险人接受门诊治疗时有义务先行支付所有费用，再向保险人索赔。

被保险人接受执业医师或专科医生的门诊治疗时，有义务随身携带保险人的索赔表格。

被保险人有义务完整填写索赔表格、亲笔签署姓名及日期，并请其执业医师或专科医生提供索赔表格中所载的相关医疗资料、在索赔表格上亲笔签署姓名及日期并加盖公章。

被保险人应随索赔表格附上所有相关的单证、发票和票据，提交给保险人或其代表。如需邮寄，保险人的邮寄地址参见《服务手册》。

第十二条 赔偿处理

(一) 被保险人只能就保险期间内实际发生的治疗进行索赔，且保险人仅负责赔偿被保险人在保险期间内发生被保险费用。

(二) 被保险员工有义务提供保险人合理要求的与索赔相关的所有材料。当材料不齐全时，被保险员工有义务自费向其执业医师索取。**其获取材料的费用不在保险人赔偿范围内。**

(三) 如果某项费用根据本团体保险合同属于除外责任或不在保障范围内，被保险人对此有异议的，有义务提出反证。

(四) 被保险人向保险人申请加入本团体保障计划时有义务按照保险人的要求提供其过往两年执业医师治疗的详情。**如果申请时未提供，而此后就任何既往症提出索赔，保险人**

有权拒绝赔偿。

(五) 保险人在计算赔款时将扣除免赔金额。被保险人须自行承担免赔金额并自行向医疗机构支付。

(六) 本团体保险合同涉及的货币汇率以被保险人接受治疗当日中国人民银行公布的汇率为准。但是，如果保险人与医疗机构直接结算，汇率则以结算当日中国人民银行公布的汇率为准。**保险人不负责承担因汇率波动引起的任何损失，也不负责承担兑现外币汇票、支票或接收银行转账时发生的银行费用。**

(七) 保险人收到被保险人的给付保险金的请求后，应当及时作出是否属于保险责任的核定；情形复杂的，保险人将在确定是否属于保险责任的基本材料收集齐全后，尽快做出核定。

保险人应当将核定结果通知被保险人；对属于保险责任的，在与被保险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发出拒绝给付保险金通知书，并说明理由。被保险人可自收到《拒赔通知书》之日起 90 日内以书面形式向保险人提出申诉。保险人将于收到书面申诉后 90 日内作出书面反馈。

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。

(八) 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二年，自其知道或者应当知道保险事故发生之日起计算。

(九) 对于本团体保障计划下的有效索赔，被保险人、执业医生、医院及其它医疗机构应当与保险人全面合作，授权保险人在理赔期间随时获取所有相关的材料，包括但不限于医疗文件、病历记录、医疗报告、实验或测试结果、X 光片以及其它与索赔、调查、判决相关的材料和证据。**如果被保险人未能提供保险人所要求的合理必要的材料，导致保险人无法对被保险人的医疗症状、治疗情况和费用金额做出合理调查和证实的，保险人对无法核实的部分不负责赔偿。**

(十) 保险人将根据约定的方式向被保险员工或者医疗机构支付赔款，如需邮寄的，以被保险员工提供给保险人的最新住址或邮寄地址为准。保险人也可能根据约定和实际情况，直接支付给医疗机构。如果保险人与医疗机构直接结算，被保险员工有义务自行向医疗机构支付免赔金额和其它非承保的费用。

(十一) 保险人承保自被保险人开始接受一项治疗时起至下列二者之较早发生者为止的治疗所引起的被保险费用：

1. 根据医学上普遍认可的情况，被保险人的治疗终止或不再需要继续治疗；
2. 被保险人的保障终止。

被保险人因接受一项与以往治疗毫无关联的治疗而作出的索赔，将被视为一项新索赔。

(十二) 被保险人在保险期间内进行的一项持续的、尚未结束的治疗，如果本团体保险合同成功续保，则将被视为在其续保合同的保险期间内发生的新索赔，并重新适用免赔额、绝对免赔率。

(十三) 如果被保险人是被保险员工的子女，保险赔款将支付给被保险员工。

第十三条 医疗管理

(一) 事先同意

对于本团体保障计划约定的需获得保险人事先同意的保险责任，被保险人在发生费用、接受治疗或获准入院之前，有义务事先通知保险人并获得保险人的事先同意。“事先同意”是指基于被保险人提供的完整准确的信息，保险人原则性的决定医疗必需性或其他待定问题。保险人承担赔偿责任的前提条件是被保险人遵守本条规定的“事先同意”程序。

保险人有权根据所获得的信息询问、质疑或撤销被保险人以往治疗的医疗必需性。

被保险人或其执业医师、医疗机构的管理者、亲属均可通知保险人以获得事先同意。

1. 需要获得事先同意的保险责任

被保险人因急症获准入院的，必须在获准后 48 小时内通知保险人以获得事先同意。

被保险人必须在发生下列费用、治疗或用品之前获得事先同意：

- l 任何超过人民币 7,200 元的费用
- l 住院或日间留院治疗、手术
- l 门诊手术
- l 第二手术咨询
- l 磁力共振及电脑扫描
- l 各种精神病治疗
- l 在家中进行的个人护理
- l 在临终关怀服务机构、延续护理机构或康复机构的护理
- l 紧急撤离及运送费用
- l 交通及住宿费用
- l 遗体火葬、土葬或运送回国
- l 探望亲属的费用
- l 在美国的医疗机构网络内进行的选择性治疗
- l 承保地域之外全球范围内的费用超过人民币 7,200 元的意外伤害和急症治疗，或任何住院治疗
- l 妊娠期满 90 日
- l 耐用医疗设备的费用
- l 辅助装置的费用
- l 物理疗法、顺势疗法及整骨疗法超过 10 次
- l 补充疗法
- l 被保险移植手术的治疗或用品

2. 未遵循“事先同意”程序的限制

如果被保险人未能获得保险人的事先同意，或被保险人未遵守“事先同意”的程序规定，则其保障作出以下限制：

(1) 对于上述第（一）项列明的要求事先同意的治疗和用品，保险人仅赔付被保险费用的 50%；

(2) 被保险人丧失被保险移植手术治疗及用品的保障；

(3) 被保险人丧失本条款第五条 C 部分 C7 节的保障，前提条件是发生的被保险费用超过人民币 7,200 元。

3. 获得事先同意的程序

(1) 被保险人必须在获准入院或接受治疗前至少 4 周（28 日）内通知保险人，并获得保险人的事先同意。

如果被保险人因急症入院，必须在获准入院后 48 小时内通知保险人，并获得保险人的事先同意。

对于被保险移植手术，被保险人必须在确定成为移植对象后 72 小时内尽快通知保险人，并获得保险人的事先同意。

(2) 被保险人应当遵循保险人的指示，并提供保险人所要求的材料。

(3) 被保险人应当告知其执业医师、医院或其它医疗机构其保险有“事先同意”要求，并请其全力配合保险人。

保险人将以书面形式向被保险人确认“事先同意”，口头确认无效。

如果被保险人未能履行上述通知义务，保险人将尽力但不保证确认“事先同意”。

4. 申诉程序

如果被保险人不同意保险人的决定，可以要求保险人 90 日内重新考虑，并可提供补充材料支持自己的申诉。保险人将核实补充材料及事实，重新考虑并将结果告知被保险人。

(二) 保险人的审查权

被保险人住院治疗时，保险人有权随时审查其治疗情况以监测非必需的治疗，协助确保医疗质量，并控制成本。被保险人获准入院时，保险人将根据被保险人的医疗症状批准有限的住院天数；其后，如需增加住院天数，被保险人须通知保险人再次审查并获得保险人的事先同意。

(三) 医疗网络

被保险人可以在其个人保险合同的承保地域内自行选择医疗机构和治疗地点，但是，选择保险人的医疗网络外的其它机构将影响被保险人获得的保障范围、保险金额、免赔额及绝对免赔率。

1. 对于在美国发生的被保险费用，如果被保险人选择医疗网络内的医疗机构，除本条款第五条 C 部分 C6 节、E 部分全部外，原免赔额和绝对免赔率均降低 50%；如果被保险人选择医疗网络外的医疗机构，则仍按原免赔额及绝对免赔率执行。

2. 被保险人可参考《服务手册》，联系保险人或保险人的代表索取医疗网络名册。

(四) 医疗方案

对于个人保险合同下承保的治疗或用品，保险人可以根据与被保险人、其监护人、家属、执业医师和其它医疗机构的评估、协商和协调，提出医疗方案建议，以确保被保险人获得持续良好的护理。如果被保险人接受和遵循保险人的建议，则表示被保险人同意保险人不需就此建议承担任何责任。保险人也不对被保险人接受的治疗或用品承担任何责任，而仅负责根据个人保险合同承担赔偿责任。被保险人无义务接受或遵循保险人的建议。

保险人在告知被保险人医疗方案建议后保留以下各项权利：

1. 对于个人保险合同中未明确承保但同时有利于被保险人恢复和保险人控制成本的治

疗和用品，保险人有权决定是否赔偿；

2. 如果被保险人实际发生的被保险费用超出保险人建议的医疗方案可能产生的费用，保险人有权拒绝赔偿超出的部分。

第十四条 通用条款

下列条款适用于本团体保险合同的所有部分，且为保险人承担责任的前提：

（一）团体保险合同的构成

本团体保险合同由《团体投保申请书》、《投保人员信息表》、个人保险凭证、本保险条款、批单、批注、声明、子保障计划的《保障明细表》及其他合法有效的书面协议构成。口头协议不构成本团体保险合同的一部分。

（二）合同当事方

本团体保险合同的当事方仅为投保人和保险人。

（三）投保人、被保险人遵守保险合同的义务

投保人、被保险人有义务严格遵守本团体保险合同的条款和条件。

（四）被保险人的谨慎义务

被保险人有义务谨慎行事，合理审慎，并采取合理的防范措施预防任何意外伤害或疾病，尽量降低风险及费用。被保险人也有义务遵循医生建议的防疫注射，接受对疟疾等疾病的合理预防治疗。

（五）法律及税收

保险人保留在保险期间内随时修订本团体保障计划、团体保险合同、费率的权利，以配合监管的要求、保险法律法规或税收政策的变动。

（六）新生儿

除本条款第五条 F 部分 F6 节外，新生儿在本团体保险合同下没有任何独立的保险和权利。

（七）拒绝投保申请

保险人有权拒绝任何人的投保申请。根据《投保人员信息表》中列明的或申请人声明的重大事实，保险人有权使用附加条款、除外责任条款、增加保险费。

（八）争议解决和司法管辖

因履行本团体保险合同发生的争议，由当事人协商解决。协商不成的，提交合同明确载明的仲裁委员会仲裁；合同未载明仲裁机构或者争议发生后未达成仲裁协议的，可向有管辖权的人民法院起诉。

因本团体保险合同产生的争议适用中华人民共和国法律（不包括香港、澳门、中国台湾）。

（九）索赔欺诈

未发生保险事故，被保险人或者受益人谎称发生了保险事故，向保险人提出赔偿或者给付保险金的请求的，保险人有权取消被保险人的资格，并不退还保险费。

投保人、被保险人故意制造保险事故的，保险人有权解除本团体保险合同或取消被保险人的资格，不承担赔偿或者给付保险金的责任，也不退还保险费。

保险事故发生后，投保人、被保险人或者受益人以伪造、变造的有关证明、资料或者

其他证据，编造虚假的事故原因或者夸大损失程度的，保险人对其虚报的部分不承担赔偿或者给付保险金的责任。

投保人、被保险人或者受益人有前三款所列行为之一，致使保险人支付保险金或者支出费用的，应当退回或者赔偿。

(十) 其它保险

如果本保险合同所涉及的保障在其它保险、团体福利计划、补偿或赔偿保险、损失分摊权利、抵扣或追偿、合同、或第三方保障义务或规定中有保障，被保险人有义务告知保险人。保险人仅按保险金额的比例承担责任。**保险人不负责赔偿政府保障项目或政府机构提供的治疗和用品。**

如果被保险费用已经或可以从工伤保险、雇主责任险、法定或政府类似的保障计划等渠道获得赔偿，那么这些渠道须先行赔偿，保险人仅赔偿超过该金额的部分。在保险人已支付赔款的情况下，如果其他渠道重复赔偿，那么保险人有权要求被保险人退还保险人已支付的赔款。必要时，保险人有权从待付赔款或以后的赔款中扣除该笔应退还的赔款，也有权自被保险人的保障生效日起解除其个人保险合同。

(十一) 团体保险合同的解除和自动终止

1. 在本团体保险合同有效期内，投保人或保险人可随时要求解除本团体保险合同。如果保险人要求解除合同，须提前 90 天书面通知投保人和所有被保险人员工。如果投保人要求解除合同，须提前 90 天书面通知保险人和所有被保险人员工，并提交下列证明和资料：

- (1) 投保人证明及团体保险合同；
- (2) 解除合同申请书；
- (3) 投保人身份证明。

本团体保险合同自约定的解除日零时零分起终止。保险人于保险责任终止日后 30 日内向投保人退还已缴的未到期净保费。

2. 本团体保险合同自下列日期之较早发生者起自动终止（以北京时间当日零时零分为准）：

- (1) 投保人不再符合投保人资格之日。
- (2) 投保人未缴纳相应保险费之日。在此情况下，投保人有义务通知每个被保险人员工。
- (3) 所有被保险人员工均常驻美国之日。
- (4) 本团体保障计划的有效期限结束之日。
- (5) 保险人根据本条款第十四条第九点的规定解除本团体保险合同之日。

保险人于本团体保险合同自动终止之日后 30 日内向投保人退还已缴的未到期净保费。

3. **保险人对本团体保险合同终止之后发生的任何索赔不承担赔偿责任。**如果本团体保险合同终止后投保人仍收取了被保险人缴纳的保险费，则相关责任由投保人自行承担。

(十二) 被保险人保障的终止

1. 被保险人在本团体保障计划下获得的保障自下列各项日期之较早发生者起终止（以北京时间当日零时零分为准）：

- (1) 本团体保险合同终止之日。
- (2) 未支付相应保险费之日。

(3) 被保险人开始服兵役之日起（“服兵役”指履行当兵义务期间超过 31 天）。

(4) 被保险人拒绝与保险人合作对其索赔进行调查之日。

(5) 保险人根据本条款第十四条第九点的规定取消被保险人的资格之日。

2. 除第（一）项列明的情形外，被保险员工在本团体保障计划下获得的保障也可自下列各项日期之较早发生者起终止（以北京时间当日零时零分为准）：

(1) 被保险员工退休后的第 31 日。

(2) 被保险员工身故之日。

3. 除第（一）项列明的情形外，被保险员工的配偶在本团体保障计划下获得的保障也可自下列各项日期之较早发生者起终止（以北京时间当日零时零分为准）：

(1) 被保险员工的配偶与被保险员工离婚后的第 31 日。

(2) 被保险员工身故当月最后一日后的第 60 日。

4. 除第（一）项列明的情形外，被保险员工的子女在本团体保障计划下获得的保障也可自下列各项日期之较早发生者起终止（以北京时间当日零时零分为准）：

(1) 被保险员工的子女结婚后的第 31 日。

(2) 被保险员工的子女超过本团体保障计划对合格子女的年龄限制。

(3) 被保险员工身故当月最后一日后的第 60 日。

5. 投保人有义务每月末定期书面向保险人告知上述情况，本合同另有约定除外。保险人将退还该被保险人相应的已缴的未到期净保费。

（十三）团体保险合同无效

在下列情况下，保险人依法有权自起始日起解除本团体保险合同：

1. 投保人故意或者因重大过失未履行如实告知义务，足以影响保险人决定是否同意承保或者提高保险费率的；

2. 投保人、被保险人谎报虚假保险事故、故意制造保险事故的。

（十四）续保

本团体保险合同期满后不会自动延续，投保人和保险人应协商续保。本团体保险合同期满之前，保险人将向投保人提出续保条件并出具续保保费通知书，以保险人出具的书面文件为准。

（十五）保险责任终止

如果本团体保险合同因任何原因终止或解除，包括但不限于未续保、未支付保险费、被保险人不再符合资格，则保险人承担的保险责任立即终止。

保险人不负责处理保险责任终止后发生的任何索赔。如果投保人在终止日之后仍向被保险人收取了保险费，投保人自行承担。责任。

（十六）追索权

不论因何种原因，如果保险人支付的赔款超过被保险人的实际损失，保险人有权要求被保险员工、医院、执业医师或其它服务或用品提供商退还超额支付的款项。如果被保险员工、医院、执业医师或其它服务或用品提供商未能及时退还，保险人将充分运用一切权利、采取一切补救措施追索，也可采取以下措施（但因保险人自身的过错导致的情况除外）：

1. 减少或抵扣被保险人以后的赔款。
2. 提前 30 日向被保险员工的最新住所地址或电子邮件地址寄送书面通知书，终止被保险员工的子保障计划。
3. 如果应退款者是被保险员工本人，则从该被保险人在保险人登记的银行帐户中扣除该款项。

(十七) 重大事实和风险变更的披露义务

被保险人有义务在《投保人员信息表》中向保险人如实披露所有重大事实，否则可能影响被保险人的权益。“重大事实”是指影响保险人决定是否承保的重要事项。如果被保险人不确定某事项是否属于重大事实，则必须立即通知保险人并与保险人沟通协商。

如果《投保人员信息表》中的相关信息发生变更，被保险人有义务尽快通知保险人。保险人有权在风险变更后更改保险条件、拒绝接受投保申请或解除保险合同。

(十八) 医疗症状的评估

如果保险人认为索赔的医疗症状可能直接或间接与某个除外责任有关，保险人有权要求进一步检测和评估。

(十九) 弃权

保险人在特定情况下可以放弃本条款赋予保险人的权利，但不影响该权利在其它情况下的适用。

(二十) 保险法律法规和税收政策

如果投保人因购买本团体保障计划而违反了任何国家或地区的保险法律法规或税收政策，保险人不承担任何责任。本团体保障计划是在中华人民共和国出具。

所有被保险人均了解并同意，本团体保障计划不一定能兼顾某些国家或地区的保险法律法规或税收政策，也不是专门为某些国家或地区而设计。

(二十一) 权益不得转让

投保人、被保险人享有的权益不得转让。保险人、投保人、被保险人均无权转让本团体保险合同或本团体保障计划下的任何权益。任何试图转让的行为无效。

第十五条 释 义

本团体保险合同所涉及的部分字词具有特殊含义，按首字字母顺序列明如下：

B

【伴侣】 与被保险人因夫妻关系而一同居住者。

【保单管理者】 本团体保险合同载明的、保险人委任的管理被保险人的管理者。保单管理者仅作为保险人授权的代理人代表保险人行事，且不拥有团体保障计划下任何直接、间接、共同、连带、单独、个人或独立的责任或义务。

【保险费】 为使保险保障生效及持续有效而必须支付的款项，其金额及支付时间由保险人酌情厘定并可能变更。

【保险期间】 首个保险期间为自保障起始日至续保日止的期间。此后，保险期间就是合同期间。

【保险人】 中国平安财产保险股份有限公司。

【《保障明细表》】 显示被保险员工拥有的子保障计划提供的保障和免赔金额水平的明细

表。

【保障起始日】个人保险凭证上列明的被保险人的保障开始的日期。

【被保险费用】被保险人在其保险期间内发生被保险医疗症状，导致医疗必需的治疗或用品，因而产生的本团体保障计划承保的合理必要的费用。

【被保险人】成功提交投保申请并被保险人纳入本团体保障计划的被保险员工或合格家属。

【被保险员工】属于投保人填具的《团体投保申请书》中列明员工类型之一、保险人已同意将其纳入本团体保障计划且在个人保险凭证上列明的员工。

【被保险医疗症状】本团体保障计划承保的任何医疗症状。

【被保险移植手术】在被保险人的保险期间内，将活体器官捐赠者的心脏、肺、肾、胰、肝、异体骨髓、或自体骨髓移植至被保险人体内的移植手术，前提条件是该移植手术获得了保险人的事先同意。

【病症】疾病、失调、病理、异常，或其它医疗、身体或健康症状，不包括学习障碍和因自身态度或违反纪律引起的问题。

C

【常住国】被保险员工惯常居住的国家（在一个自然年度内至少居住满6个月）。

【承保地域】被保险人的个人保险凭证上列明的其保险保障所适用的地理区域。根据被保险人的子保障计划，在承保地域以外发生治疗或用品所产生的费用可能在本条款第五条C部分C7节下提供有限的保障，前提条件是被保险人不是以获得治疗为目的进行旅行。承保地域的定义如下：

区域1：欧洲，包括阿尔巴尼亚、安道尔共和国、亚美尼亚、奥地利、阿塞拜疆、比利时、波斯尼亚和黑山、保加利亚、加拿利群岛、海峡群岛、克罗地亚、塞浦路斯、捷克共和国、丹麦、爱沙尼亚、芬兰、法国、格鲁吉亚、德国、直布罗陀、希腊、格陵兰、荷兰、匈牙利、冰岛、爱尔兰、意大利、泽西、哈萨克、吉尔吉斯、拉脱维亚、列支敦斯登、立陶宛、卢森堡、马其顿、马德拉、马耳他、摩尔多瓦、摩纳哥、荷兰、挪威、波兰、葡萄牙、罗马尼亚、俄罗斯联邦、圣马力诺、塞尔维亚、斯洛伐克共和国、斯洛文尼亚、西班牙（包括巴利阿里群岛及加拿利群岛）、瑞典、瑞士、塔吉克、土耳其、土库曼、乌克兰、英国、乌兹别克、梵蒂冈及南斯拉夫。

区域2：全球，不包括美国和加拿大

区域3：全球。

除此之外，可以特殊约定并在个人保险凭证上列明。

F

【分项限额】保险期间内每项被保险医疗症状或子保障计划下各部分保障下发生的被保险费用可获得最高赔偿金额，以子保障计划的保险期间内总保险金额为限。

【《服务手册》】团体保障计划的介绍文件，包括对团体保险合同条款和条件的概要、《投保人员信息表》。

【附加费用】被保险人住院或日间留院治疗期间，医院就其提供的特别服务收取的费用，如手术室费用、专科医生于手术期间所使用的手术器具费用、特殊护理费用等。

G

【个人保险凭证】 保险人根据团体保障计划向被保险员工出具的证明其保障的文件。

H

【合理必要的费用】 下列两项中较低金额者：(1) 医疗机构与保险人就医疗必需的治疗、服务或用品协商的费用；(2) 当地类似合理且医疗必需的治疗、服务或用品的惯常收费。保险人有权根据自己的标准合理认定费用是否合理必要。

【合同期间】 首个合同期间为自本团体保险合同的起始日起至续保日止的期间。此后，保险合同逐年续保，合同期间为自续保日至下个续保日止的期间。

【缓痛护理】 为了暂时减轻病征，而非为了治愈引起该病征的医疗症状而作出的治疗。

J

【急性症状】 一种短暂的医疗症状，其显著特征是有针对性的恢复性（指恢复至发病之前的状态）或康复性（指完全康复）治疗很可能对该症状起到迅速的疗效。

【急症】 基于合理的医学认证，如果在 24 小时内没有及时治疗，则可能危及被保险人的生命或肢体的严重的急性症状。

【既往症】 适用于 D 部分的标准保障、可选保障 1：在保障生效日之前就已存在的医疗症状或由其引起的或与之相关的慢性、继发或复发的并发症或后果，不论之前是否已发现、出现征兆、诊断、治疗或为被保险人知晓，即使其已披露在《投保人员信息表》、索赔表格或其它文件中。

适用于 D 部分的可选保障 2：在保障生效日之前的 3 个月（90 天）内曾发生治疗的医疗症状或由其引起的或与之相关的慢性、继发或复发的并发症或后果，不论之前是否已发现、出现征兆、诊断、治疗或为被保险人知晓，即使其已披露在《投保人员信息表》、索赔表格或其它文件中。

【家属】 被保险员工的配偶或子女。

【精神失常或神经紊乱】 任何心理、神经、精神、情绪上的病症，通常意味着下列病症：(1) 有明显的行为症状的脑部病症；(2) 伴随着行为异常的思想或人格病症；(3) 伴随着偏离社会的行为的行为病症。不包括学习障碍、因自身态度或违反纪律引起的问题或酒精和物质滥用。

【酒精和物质滥用】 误用、非法使用、过度使用、滥用、依赖或沉溺于任何酒精、药物、医药、管制物质、毒品、毒素或化学品。

【绝对免赔率】 《保障明细表》中载明的应由被保险人自行承担的被保险费用的一定比例，免赔额不计算在内。

K

【恐怖主义】 有预谋或有计划地使用暴力、恐慌或暴力威胁，尤其是采取胁迫手段，以恐吓或支配团体、社区、人群或政府，满足其要求，或令公众陷入恐慌。

M

【慢性病】 至少符合以下一种特征的医疗症状：

- (1) 无限期存在，无已知的治愈方法。
- (2) 复发或可能复发。
- (3) 具有永久性。
- (4) 被保险人需要接受康复治疗或特殊训练以缓和症状。

(5) 需要长期观察、会诊、检查、检测及测试。

【门诊】接受执业医师或其它医疗机构的医疗必需的治疗，无须在医院过夜或非以住院病人或日间留院病人的身份获准入院。

【免赔额】对于每项被保险医疗症状，被保险员工应在保险人支付赔款前自行承担的被保险费用的一部分。绝对免赔率不计算在内。如果针对同一被保险医疗症状的治疗跨越多个保险期间，保险人将视后续进一步治疗为一个新的索赔，且免赔额再次适用。

N

【耐用医疗设备】标准、基本的医院病床和轮椅。

P

【配偶】在保险期间内是被保险员工的合法结婚对象（且并未离婚）并在《投保人员信息表》中列名的人。

【批单】团体保险合同、个人保险凭证或被保险人的《投保人员信息表》附带、随后出具或一并出具的，或以其它方式明确表示为其组成部份的图表、明细表、附件、修订、背书、附加险或其它文件。

Q

【起始日】团体保险合同首次生效日期。

【亲属】被保险人的配偶、子女、伴侣、未婚夫（妻）、女婿或媳妇、父母、继父母、配偶的父母、祖父母、孙子女、兄弟姐妹、配偶的兄弟姐妹。

R

【日间留院】被保险人获准入院接受对被保险医疗症状的医疗必需的治疗，且留院一段时间接受有临床观察的康复或治疗，但不在医院过夜。

S

【实验性治疗或用品】符合下列条件之一的治疗或用品（包括药物）：（1）在性质或成份上，或使用或应用方式上，偏离当今医学实践中的公认标准；（2）正在接受研究以确定其安全性及效力；（3）只供参与调查研究或临床试验的人士使用；（4）尚处于研究阶段或尚未批准。

【事先同意】被保险员工有义务在被保险人发生被保险费用或治疗之前通知保险人的程序。保险人将根据被保险员工提供的完整准确的信息，确定该项费用或治疗的医疗必需性。事先同意程序并不意味着保险人一定会承担赔偿责任。

【手术】在被保险人处于全身或局部麻醉的情况下，执业医师通过人手或仪器操作进行的一种普遍认可的体内诊断、手术程序或对医疗症状的治疗。

T

【条件】术语、条文、条约、释义、保险金额、分项限额、限制、条款、约束、资格和除外条款。

【投保人】《团体投保申请书》中的列名单位或团体。

【《投保人员信息表》】由合格员工或家属填写、签署、并提交给保险人的表格，以表明其有意愿成为本团体保障计划下的被保险人；如不填写，则表明其无意愿成为被保险人。

【团体保险合同】由投保人和保险人签署的保险合约。

【团体保障计划】由《团体投保申请书》、团体投保合同及一切相关的附件、修改、附加险、批单、明细表（包括每个子保障计划的《保障明细表》）、《投保人员信息表》、个人保险凭证构成。

【《团体投保申请书》】投保人填具、签署、并提交给保险人的投保书，是团体保险合同的组成部分。

W

【完全永久伤残】指下列情况之一：（1）双目永久完全失明的。失明包括眼球缺失或摘除、或不能辨别明暗、或仅能辨别眼前手动者，最佳矫正视力低于国际标准视力表 0.02，或视野半径小于 5 度，并由有资格的眼科医师出具医疗诊断证明。（2）两上肢腕关节以上或两下肢踝关节以上缺失的。（3）一上肢腕关节以上及一下肢踝关节以上缺失的。（4）一目永久完全失明及一上肢腕关节以上缺失的。（5）一目永久完全失明及一下肢踝关节以上缺失的。（6）四肢关节机能永久完全丧失的。关节机能的丧失系指关节永久完全僵硬、或麻痹、或关节不能随意识活动。（7）咀嚼、吞咽机能永久完全丧失的。咀嚼、吞咽机能的丧失系指由于牙齿以外的原因引起器质障碍或机能障碍，以致不能作咀嚼、吞咽运动，除流质食物外不能摄取或吞咽的状态。（8）中枢神经系统机能或胸、腹部脏器机能极度障碍，终身不能从事任何工作，为维持生命的基本日常生活活动全需他人扶助的。“为维持生命必要之日常生活活动，全需他人扶助”指进食（将食物从容器中取出并放入口中）、如厕（自己控制进行大小便）、洗澡（自己进行淋浴或盆浴）、穿脱衣服、行动（自己上下床或上下轮椅）、移动（自己从一个房间到另一个房间），皆不能自己进行，需要他人帮助。

【未到期净保费】计算公式为：保险费×（1-保险已经过月数/保险期间月数）×（1-25%）。经过天数不足 30 天的按一个月计算。

X

【新生儿】出生 31 日内的子女。

【续保日】起始日满周年的日期。

【选择性治疗】计划中的、非紧急的、医疗必需的治疗。

【学生】根据全日制学历的要求，以拿到最低学分为目的，有规律的在依法注册的学院、大学或其他教育机构求学，并纳入本团体保障计划的子女。

Y

【牙科治疗】与牙齿、牙龈、牙槽骨的护理、护养、修护有关的治疗和用品，包括假牙及配制假牙。

【延续护理机构】符合下列所有条件的机构或机构的特定部分：（1）作为医院、延续护理机构或康复机构，已获得其经营所在地政府颁发的执业牌照；（2）24 小时提供由执业医师定期监督或注册护士直接监督的熟练的护理服务；（3）对每名病人进行日常病历记录；（4）向每名病人提供执业医师制定的观察方案；（5）积极地对治疗每名病人的医疗症状。延续护理机构不包括主要用于休养、照顾老年人、治疗酒精和物质滥用、监护、护理的机构，也不包括护理精神或神经紊乱者或因精神不健全而无行为能力者的机构。

【药物】执业医师或专科医生处方的医疗必需的药品，购买此类药品时必须出示处方，且并非实验性药品。

【医疗必需的/医疗必需性】根据当前医疗水平下的常规医疗标准，治疗被保险医疗症状所必要的、合适的、需要的治疗或用品。如果发生治疗或用品的目的仅是为了被保险人、其医疗机构、执业医师获得利益，或一项治疗或用品的范围、持续时间或强度超过应有的安全、谨慎、合理的治疗的程度，则该治疗或用品不是医疗必需的。

【医疗症状】任何意外伤害、疾病（包括精神疾病、精神失常或神经紊乱），或由其交互影响所引起的一切症状。

【医院】指符合下列所有条件的机构：（1）合法经营的医院；（2）持有经营当地政府相关管理部门颁发的执业牌照；（3）经营的主要业务是接收、护理和治疗罹患疾病或遭受意外伤害的住院病人；（4）有 24 小时在岗或应诊提供护理服务的注册护士；（5）有 24 小时提供服务的执业医生；（6）在营业场所内拥有诊断、治疗医疗症状或精神失常或神经紊乱的成套设施及设备。医院不包括主营长期护理的机构、延续护理机构、护理院、休养院、监护所、疗养院，也不包括照顾老年人、治疗酒精和物质滥用或收容出走人士的场所。

【意外伤害】仅由意外伤害事故引致的身体伤害。

【意外伤害事故】在被保险人的保险期间内发生的外来的、突发的、非本意的、非疾病的使被保险人受到人身伤害的客观事件。

Z

【直接结算】被保险人发生被保险医疗症状并在某医疗机构治疗，因此产生的被保险费用将由保险人直接与该机构结算。此服务只在某些国家提供。

【执业牙医】持执业当地有关机构颁发的执业牌照从事牙科治疗的人士。

【执业医生】持有治疗发生地政府相关管理部门颁发的执业牌照，并在牌照许可范围内从业的合格医务人员，但不包括被保险人、其亲属、居住或曾居住于被保险员工家中的人士。

【治疗】为诊断、管理或护理被保险人的医疗症状而提供的专业服务和程序，包括但不限于执业医生、专科医生或执业牙医的会诊，任何形式的检查、治疗、诊断测试、评估，镇痛护理和家庭护士护理，药物疗法，其它药物治疗，手术。

【终生限额】保险人在被保险人一生期间的最高累计赔偿金额。

【重症治疗部】医院为必须接受持续观察的遭受严重疾病或意外伤害的病人设立的区域。重症治疗部应能随时提供经专门培训的人员、特殊设备及用品，且应包括心脏病护理部、特别护理部，如新生儿护理部、烧伤部等。

【注册护士】已于当地政府相关管理部门注册或获发执业牌照从业的毕业护士。

【住院】被保险人为接受对被保险医疗症状的医疗必需的治疗，而于医院过夜或逗留更长时间。

【专科医生】拥有公认的内科或外科专科或亚专科技能，目前在该专科具有实任职位，并获得政府相关管理部门认可的注册执业医生。

【子保障计划】投保人选择并于个人保险凭证上载明的保障组合之一。

【子女】被保险员工的亲生子女、继子女、合法收养子女、或被保险员工依法监护的儿童，前提条件是該子女同时满足以下条件：（1）未婚；（2）与被保险员工一同居住，或被保险员工抚养；（3）年龄小于 19 周岁。或者，該子女同时满足下列条件：（1）年龄介于 19 周岁至 25 周岁；（2）由被保险员工抚养；（3）是学生。如果該子女有心理或生理缺陷，生活无法自理，主要由被保险员工抚养，则前述 19 周岁的年龄限制取消，但是前提条件是，該子女在 19 周岁以前就已遭受该缺陷。在此情况下，保险人可能随时要求被保险人提供相关证明材料。

【自身故意行为造成的】被保险人明知道其作为或不作为可能或将要直接或间接引起或加重其自身伤害或疾病，但仍要进行其行为，包括被保险人未遵循医生的指示、未遵医嘱服药、未遵守专为恢复或维持其健康而设计的卫生保健方案。

【祖国】指被保险员作为公民或国民的国家，或被保险人的主要住址或常住地址所在的国家，或被保险人的有效护照的签发国。如果被保险人持有多份护照，在没有其它证明的情况下，其祖国为其《投保人员信息表》中声明的国家。