

京东安联财产保险有限公司
个人全球高端医疗保险条款（2025 互联网版 A 款）
(报备文件编号: 京东安联发(2025)49号)
(注册号: C00005032512025021308093)

总则

第一条 保险合同构成

本保险合同由保险条款、保险单、投保人向保险人（见释义一）提供的其签署的其他医疗状况的确认函等组成。本保险合同仅适用于互联网渠道销售。

第二条 保险合同的成立

投保人提出投保申请，经保险人同意承保的，本保险合同成立，具体生效日以保险单所载的日期为准。

第三条 投保人与被保险人

投保人: 投保人应为具有完全民事行为能力的被保险人本人或对被保险人有保险利益的其他人。被保险人为无民事行为能力人或限制民事行为能力人，投保人应为其监护人。

主被保险人: 经保险人同意，凡投保时年龄符合约定年龄范围，在中华人民共和国大陆境内（不包括港澳台地区）居住的所有国籍人士均可作为本保险合同的主被保险人。

附属被保险人: 经保险人审核同意并出具保险单或批单后，主被保险人的以下家属，可作为本保险合同的附属被保险人：

（一）配偶：凡投保时年龄在 18 周岁（见释义二）以上且符合约定年龄范围，身体健康、能正常工作、劳动或正常生活的主被保险人的配偶；

（二）子女：凡投保时年龄不超过 21 周岁的主被保险人的未婚子女（若为全日制在校学生，或者存在身体缺陷或者智力障碍的，则年龄不超过 26 周岁），经济上完全依赖主被保险人，经保险人同意，也可作为附属被保险人。

主被保险人和附属被保险人统称为被保险人，经保险人同意的其他人也可成为本保险合同的主被保险人或附属被保险人。保险期间内，被保险人须长期（一年不少于 180 天）在中华人民共和国境内（不含港澳台地区）居住。

第四条 受益人

除另有约定外，本保险合同保险金的受益人为被保险人本人。

第五条 第三方管理机构

第三方管理机构是指经保险人委托为被保险人提供本保险合同相关的日常医疗协助、紧急医疗转运援助及理赔协助等各项服务的机构，第三方管理机构的名称和联系电话等信息将在保险单中载明。

第六条 医疗机构

本保险合同的医疗机构分为公立医院和私立医院，具体由投保人与保险人约定并载于保险单上。

因保险人认可的医疗机构没有被保险人治疗所必需的相关药品、材料或器械，凭主治医师开具的处方或外购单到院外保险人认可的药店或医疗器械机构购买而发生的费用，视同被保险人在保险人认可的医疗机构发生的费用。

第七条 保障类型

本保险合同的保障类型分为大中华保障、亚洲保障、全球除美保障、全球保障。具体由投保人在投保时为被保险人选择，并载明于保险单中。

对于每一保障类型对应的保障区域具体约定如下，在保险期间内，保险人仅承担被保险人在相应保险区域内发生的属于保险责任范围内的费用：

- (一) **大中华保障**：为中国大陆及港澳台地区，若被保险人在等待期（见释义三）后首次确诊罹患恶性肿瘤（重度）（见释义四）且选择投保含昂贵医院保障的计划，可扩展至全球任何国家和地区；紧急医疗费用也可拓展至全球任何国家和地区，但紧急医疗费用累计以保险单载明的保额为限。
- (二) **亚洲保障**：为亚洲任何国家和地区（见释义五），若被保险人在等待期后首次确诊罹患恶性肿瘤（重度）且选择投保含昂贵医院保障的计划，可扩展至全球任何国家和地区；紧急医疗费用也可拓展至全球任何国家和地区。
- (三) **全球除美保障**：为除美国外的全球任何国家和地区，若被保险人在等待期后首次确诊罹患恶性肿瘤（重度），可扩展至全球任何国家和地区；紧急医疗费用也可拓展至全球任何国家和地区。
- (四) **全球保障**：为全球任何国家和地区。

被保险人在保险区域以外地区发生的紧急医疗费用，须满足以下条件：

- (一) 被保险人在保险区域以外地区接受紧急医疗前，需获得保险人或保险人委托的第三方管理机构的许可，保险人或第三方管理机构将引导该被保险人至最近且合适的网络医疗机构就医。
- (二) 若被保险人未经保险人或第三方管理机构的许可，在保险区域以外地区接受治疗所发生的任何费用，保险人均不承担保险责任。若在紧急医疗情况下，投保人或被保险人在接受紧急医疗前无法与保险人或第三方管理机构取得联系的情形不在此限，但被保险人亦须在该紧急情况发生后的 48 小时内联系保险人或第三方管理机构。
- (三) 紧急医疗是指突然发生的、为避免身体受到严重的伤害或死亡而须立即接受治疗，或因不可抗力因素在症状发作后 24 小时内必须开始接受相应医疗，但不包括：
 1. 被保险人在到达保险区域以外地区之前就已患上的疾病和症状；
 2. 常规医疗（日常医疗）；
 3. 可以被合理延迟至被保险人从保险区域以外地区返回其日常居住地（见释义六）后进行的医疗；
 4. 被保险人事先计划好的医疗行为；
 5. 被保险人已经知道或应该知道的情形而发生的医疗；
 6. 妊娠、分娩及由此而引起的并发症的医疗。

保险责任

第八条 保险责任

本保险合同的保险责任分为“基本部分”和“可选部分”。投保人可以单独投保基本部分，也可以在投保基本部分的基础上增加可选部分，但不能单独投保可选部分。

基本部分包括住院医疗责任、特殊门诊医疗责任、意外紧急门急诊治疗责任、紧急医疗运送责任。

可选部分包括门急诊医疗责任、牙科责任、体检责任、孕产责任。

第九条 住院医疗责任

在保险期间内，若被保险人因遭受意外伤害，或在等待期后因初次出现症状（见释义七）或体征（见释义八）且确诊罹患疾病，在保险人认可的医疗机构（见释义九）接受治疗的，对于被保险人在医疗机构治疗产生的需被保险人个人支付的、必需且合理的（见释义十）住院（见释义十一）医疗费用（日间手术治疗视同住院治疗）；或

在保险期间内，若被保险人在等待期后初次出现症状或体征且经医院专科医生确诊罹患恶性肿瘤（重度），经保险人或保险人委托的第三方管理机构安排的第二诊疗意见服务（见释义十二）确认需前往保障区域外的国家和地区进行治疗的，对于被保险人在医疗机构治疗产生的需被保险人个人支付的、必需且合理的住院医疗费用（日间手术治疗视同住院治疗）。

对于以上产生的住院医疗费用，保险人在扣除保险单载明的免赔额后，依照保险单载明的比例给付；住院医疗责任承担的费用类型由投保人与保险人在投保时确定并载明于保单，住院医疗费用包括：

1. **急诊室费**：被保险人在医院急诊室（含抢救室）进行急诊治疗，实际发生的急诊室（含抢救室）的房间使用费；
2. **住院陪床费**：指在被保险人住院期间，父母或法定监护人中的一位在同一病房中陪同住宿而设的一张额外床的实际开支；
3. **床位费**：指被保险人在住院期间实际发生的住院床位费，住院床位费标准为不高于标准单人病房（不包括套房），以保险单载明为准。
4. **膳食费**：指实际发生的、由医院提供的合理的、符合惯常标准的膳食费用，但不包括购买的个人用品；膳食费应包含在医疗账单内。
5. **重症监护室床位费**：指被保险人使用的医院重症监护室床位的费用；
6. **手术室及恢复室费**：被保险人在住院或日间病房发生的与之相关的外科手术室及麻醉复苏室费用。
7. **诊疗费**：被保险人在医院进行治疗时，所发生的本保险合同约定的医疗机构主诊医生或会诊医生的劳务费用，含挂号费；
8. **外科医生费、麻醉师费**：被保险人在医院进行住院治疗时，外科手术中发生的外科医生及麻醉师费用；及外科手术前外科手术后发生的与外科手术直接相关的治疗（与外科手术同一天发生）中的外科医生及麻醉师费用。
9. **检查检验费**：被保险人在医院进行治疗时，所发生的以诊断治疗疾病为目的，采取必要的医学手段进行检查及检验而发生的医疗费用；
10. **护理费**：被保险人在医院进行治疗时，由合法注册护士对被保险人进行日常护理、观察而发生的医疗费用；
11. **治疗费**：指以治疗疾病为目的，提供必要的医学手段而发生的合理的治疗者的技术劳务费和医疗器械使用费，以及消耗品的费用，包括放射治疗费、化学治疗费、呼吸治疗费注射费、机疗费、理疗费、输血费、输氧费、体外反搏费等；
12. **处方药及敷料费**：指实际发生的合理且必要的由医生开具的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、医药产品注册证书的国产或进口药品的费用，包括凭主治医生开具的处方或外购单到院外保险人认可的药店购买而发生的药品费用，以90日用量为上限；但不包括营养补充类药品，免疫功能调节类药品（如白蛋白），美容及减肥类药品，预防类药品，以及以下中药类药品：（1）主要起营养滋补作用的单方、复方中药或中成药品，如花旗参，冬虫草，白糖参，朝鲜红参，玳瑁，蛤蚧，珊瑚，狗宝，红参，琥珀，灵芝，羚羊角尖粉，马宝，玛瑙，牛黄，麝香，西红花，血竭，燕窝，野山参，移山参，珍珠（粉），紫河车，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，如鹿茸，海马，胎盘，鞭，尾，筋，骨等；（3）用中药材和中药饮片炮制的各类酒制剂等；
13. **手术费**：指当地卫生行政部门规定的手术项目的费用。包括手术室费、麻醉费、手术监测费、手术材料费、手术材料植入费、术中用药费、手术设备费；
14. **器官移植费**：保险人将支付被保险人接受器官移植手术的所有合理且必要的医疗费用，包括医生或专科医生诊断，器官移植后住院、日间留院或门诊治疗，且仅限于下列器官并由亲人或经认可的合法来源捐赠：
 - a) 角膜；
 - b) 小肠；
 - c) 肾脏；
 - d) 胰腺；
 - e) 肝脏；
 - f) 心脏；
 - g) 肺脏；

抗排斥药物及骨髓和周边干细胞移植的医疗费用，无论治疗癌症时是否使用高剂量化疗，均属器官移植后的抗排异治疗保障范围。

器官移植中应当由被保险人承担的下列合理且必要的费用，属于器官移植费的范围。器官来源非法的以及不应当由被保险人承担的费用，不属于保障范围：

- h) 摘取器官费用，包括活体或遗体捐赠费用；
- i) 所有组织配对费用；
- j) 医院/捐赠者手术费；
- k) 捐赠者因器官捐赠导致的并发症所发生的医疗费用，以其手术后 30 日内发生的费用为限（另有约定的除外）。

15. **人造器官装置费用：**医生认为手术中必不可少的通过手术植入人体内，以治疗、诊断或者替换加强器官功能为目的的物体或材料的费用。人造器官植入包括：

- a) 更换关节或韧带；
- b) 更换心瓣膜；
- c) 更换主动脉或动脉血管；
- d) 更换括约肌；
- e) 更换水晶体或眼角膜；
- f) 控制尿失禁或膀胱控制；
- g) 作为心律调节器（或植入体内心脏除颤仪，请事先与保险人或第三方管理机构联系以获得预授权）；
- h) 移除脑部积液；
- i) 植入人工耳蜗，以初次植入在被保险人未满 5 周岁时完成为限，保险人将支付维持及更换费用；
- j) 癌症手术后重建声带功能。

16. **外置人造器官装置费用：**保险人将支付被保险人在治疗时所必需的初始人造器官装置的费用。其中，人造器官装置是指外部的人工身体器官，例如手术所需的义肢或义耳。

保险人将不会支付成人的替换人造器官装置，包括与既往病症（见释义十三）有关的人造器官装置。针对未满 18 周岁的未成年人，保险人将在保险期间内支付每项人造器官装置的第一个及其后两个替换人造器官装置的费用，前提是装置替换必须具有医疗必要性。

17. **耐用医疗设备费：**指购买或租赁本保险合同约定的医疗机构医生处方要求的、满足基本医疗需要的康复设备、矫形支具以及其他耐用医疗设备所发生的购买费或租赁费，以及上述设备或支具的后续修理、更换费用。对于因患恶性肿瘤（见释义十四）接受属于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亦属保险责任范围内的费用；康复设备和矫形支具包括腿、臂、背和颈支具，人造腿、臂、眼等设备；耐用医疗设备不包括轮椅或自动床、助听器、血压监测仪、人工耳蜗、舒适设备（如电话托臂和床上多用桌）、空气质量或温度调控设备（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；

18. **疾病终末期关怀费：**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所导致的住院费用。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；

19. **物理治疗费：**指由具有相应医疗职业资格的医师实施的物理治疗、职业疗法、语言治疗（包括为治疗吞咽障碍由语言治疗师实施的电子喉镜检查）的费用。该类治疗应当满足下列全部条件：

- (1) 为该被保险人医师书面治疗计划（包括短期和长期目标，并提交保险人评估）的一部分；
- (2) 被保险人接受该治疗后，在合理的、可预测的时间内症状会明显好转；
- (3) 疗法复杂或者被保险人病症使得只有具有相应医疗职业资格的医师（包括注册物理治疗师或者职业医师）才能安全、有效实施。

20. **康复治疗：**结合物理疗法、作业疗法以及语言矫正等疗法的治疗，康复治疗的目的是在急性疾病、受伤或术后恢复原始形态或功能。此保障仅赔付急性疾病和/或外科手术结束后出院的 14 天内开始的康复治疗。并且治疗需要在有正规执照的康复中心。

21. **家庭护理：**如满足下列全部条件，保险人将支付被保险人相应的家庭护理费用

- (1) 由具有合法注册护士提供；
 - (2) 经被保险人或第三方管理机构评估，护理的内容是合理且医疗必须并且符合同行医疗惯例的，且这些护理属于通常在医院才能提供的服务。保险人不支付因非医疗性质的护理或私人服务产生的费用；
 - (3) 被保险人在本合同的保险责任范围内的住院或日间病房治疗期间由专科医生明确要求进行；
 - (4) 在被保险人出院后立即开始；
 - (5) 进行家庭护理可以实质减少被保险人继续在医院就医的时间。
22. **当地救护车费：**如为医疗必须并且符合通常医疗惯例，保险人将支付下列运送被保险人的当地救护车费用：
- (1) 从意外事故或机体损伤发生地到医院；
 - (2) 从一医院转送另一医院；或者
 - (3) 从其居所到医院。
23. **异地就医交通及住宿费：**在保险期间内，若被保险人因意外伤害，或在**等待期后**确诊罹患疾病，对于被保险人因在日常居住地当地医疗机构因医疗条件限制无法获得有效治疗的需赴异地接受住院治疗，并经保险人或其委托的第三方管理机构授权后产生的**必需且合理的公共交通费用**（含飞机、火车、汽车和轮船，不限舱位，可包括一位陪同人员费用）和因异地转诊产生的**住宿费用**，住宿费为到达转院目的地后的住宿费（住宿酒店以标准间（标准双床房或标准大床房）为限，对于除住宿费用以外的住宿酒店用餐、住宿酒店附带费用、被保险人自行升级房间等费用，保险人不承担保险责任。），保险人在扣除保单载明的**免赔额**后，依照保险单载明的比例给付。
24. **先天性疾病治疗：**在保险期间内，未满 18 周岁的被保险人在**等待期届满后**在医疗机构首次确诊**先天性疾病和症状**（见释义十五），必须接受住院治疗或门诊手术治疗的，由此发生的、符合通常惯例水平的费用，保险人在扣除保险单载明的**免赔额**后，按保险单载明的比例给付。**先天性疾病**指未被认定为既往病症的先天性疾病和症状。
25. **精神和心理障碍治疗费：**指经医师诊断和要求被保险人在医学认可的精神心理专科医疗机构或者设有精神心理科室的医疗机构，为治疗精神和心理障碍接受由具有相应专业资格的医师或者心理学家实施的住院或者门诊医疗和咨询费用。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、注意力缺陷症、注意缺陷多动障碍，但不包括酒精和药物滥用戒断治疗、智能测试、教育测试、婚姻和家庭心理咨询；
26. **预防性手术费（可选）：**若被保险人因家族病史有明显趋势，且/或被保险人的基因检测呈现阳性等鉴定结果，根据相关机构的评估必须进行疾病的预防性外科手术的，保险人将支付被保险人因此而支出的同时符合以下条件的疾病预防性外科手术费用支出：
- (1) 被保险人有明显家庭遗传史的疾病，或者作为某种遗传性肿瘤综合征的症状之一的疾病（例如卵巢癌）；
 - (2) 被保险人已经进行基因检测，并且结果显示患有某种遗传性肿瘤综合征。
- 除另有约定外，被保险人在进行预防性手术之前，均须事先与保险人或第三方管理机构联系以获得预授权。若被保险人未取得预授权的，保险人将不会支付相关费用。
27. **住院津贴（可选）：**被保险人在**等待期后**（连续投保的不在此限）初次出现症状或体征且经专科医生诊断，在保险人认可的医疗机构接受住院治疗的，保险人按被保险人实际住院日数，**扣除本保险合同约定的免赔天数后乘以本保险合同约定的住院津贴限额计算住院津贴保险金**。除另有约定外，被保险人在保险期间内一次或多次住院的累计给付天数以 30 日为限。

上述各类型医疗费用的自付比例、赔付限额、免赔额、赔付天数/次数由双方约定并载于保险单。

上述住院医疗责任中对精神和心理障碍治疗、疾病终末期关怀、先天性疾病，根据被保险人具体情况，保险人可对其适用等待期或者既往病症限制条款，并载明于保险单中。

保险人对住院医疗费用的累积给付之和以本保险合同约定的住院医疗费用的保险金额为限，当保险人全年累积给付金额达到本项保险金额时，保险人对被保险人在本项下的保险责任终止。

第十条 特殊门诊医疗责任

在保险期间内，若被保险人因遭受意外伤害，或在等待期后因初次出现症状或体征且确诊罹患疾病，在保险人认可的医疗机构接受治疗的，对于被保险人在医疗机构治疗产生的需被保险人个人支付的、必需且合理的特殊门诊医疗费用，保险人在扣除保险单载明的免赔额后，依照保险单载明的比例给付下列特殊门诊医疗费用：

（一）住院或者日间手术及前后门急诊医疗费

被保险人经医疗机构诊断必须接受住院或者日间手术治疗的，对于被保险人符合本保险合同约定的与该治疗相关的入院前或日间手术前超过保单载明天数所进行的一次医生诊疗费及相关检查费和化验费，入院前或日间手术前在保单载明的天数内，以及入院后或日间手术后在保单载明的天数内的医生诊疗费及相关检查费和化验费，恶性肿瘤手术出院后在365天数内相关跟进门诊的医生诊疗费及相关检查费和化验费（但不包含特定疾病门诊医疗费和门诊或日间手术费）。保险人依照保险单载明的比例、赔付限额给付保险金，但最高累计上限以保险单所载本保险责任项下的保险金额为限。

（二）门诊手术费

被保险人经医生诊断无需住院即可进行的医学必需的、符合通常惯例水平的手术而产生的费用，包括手术操作费、麻醉费、手术室费、恢复室费、手术监测费、手术辅助费和手术设备费等手术相关费用，但不包括手术植入材料、细胞移植、组织移植和器官移植费用。

（三）先进检查费用

在符合医疗必要及通常医疗惯例的情况下，保险人将承担被保险人在门诊治疗期间经专科医生明确要求进行的下列先进扫描检查的费用：胃肠镜检查、计算机断层扫描（CT）、正电子发射计算机断层扫描（PET-CT）、计算机辅助断层血管成像（CTA）、核磁共振检查（MRI）、磁共振血管成像（MRA）、磁共振胰胆管成像（Magnetic Resonance Cholangio Paneretography）、数字减影血管造影（Digital Subtraction Angiography）。

（四）恶性肿瘤治疗费，包括

1. **电疗：**指利用不同类型电流和电磁场治疗疾病的方法；
2. **化学疗法：**指针对恶性肿瘤的化学治疗。化疗是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治疗。本保险合同所指的化疗为被保险人根据医嘱，在医院进行的静脉注射化疗，服用药物等方式的化疗；
3. **放射疗法：**指针对恶性肿瘤的放射治疗。放疗是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治疗。本保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。
4. **质子重离子治疗：**指通过使用质子或重离子射线对肿瘤进行放射性治疗。
5. **肿瘤靶向疗法：**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。本保险合同所指的靶向治疗药物需符合法律法规要求并经过国家药品监督管理局批准用于临床治疗费用。
6. **肿瘤免疫疗法：**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。本保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药品监督管理局批准用于临床治疗。
7. **肿瘤内分泌疗法：**指针对恶性肿瘤的内分泌疗法，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的生长。本保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药品监督管理局批准用于临床治疗。

(五) 肾脏透析治疗。

(六) 器官移植后的抗排异治疗费。

(七) 恶性肿瘤及罕见病特定药品基因检测费：被保险人经医生确诊罹患恶性肿瘤或罕见病（见释义十六），被保险人在保险人认可的医疗机构或基因检测机构发生的因治疗该疾病，且以使用恶性肿瘤及罕见病特定药品、药物为目的的合理且医疗必需的恶性肿瘤及罕见病特定药品基因检测费用。

上述各类型医疗费用的自付比例、赔付限额、免赔额、赔付天数/次数由双方约定并载于保险单。

保险人对特殊门诊医疗费用的累积给付之和以本保险合同约定的特殊门诊医疗费用的保险金额为限，当保险人全年累积给付金额达到本项保险金额时，保险人对被保险人在本项下的保险责任终止。

第十一条 意外紧急门急诊治疗责任

在保险期间内，若被保险人因遭受意外伤害，在保险人认可的医疗机构接受意外急症门急诊或意外紧急牙齿门急诊治疗的，对于需由被保险人个人支付的、必需且合理的费用，保险人在扣除保险单载明的免赔额后，依照保险单载明的比例给付。意外紧急门急诊治疗费用包括：

(一) 意外紧急门急诊费：指被保险人在意外事故发生后二十四小时内，因该意外事故的伤害而在医院和诊所门急诊接受治疗而导致的基本门急诊费；

(二) 意外紧急牙齿门急诊费：指被保险人在意外事故发生后十四日内，因该意外事故的原生牙齿损伤而在医院和诊所接受的清创、止血、止痛、拔残根的门急诊治疗的费用，不包括任何牙齿修复和牙齿整形的费用。

上述各类型医疗费用的自付比例、赔付限额、免赔额、赔付天数/次数由双方约定并载于保险单。

保险人对意外紧急门急诊治疗费用的累积补偿之和以本保险合同约定的意外紧急门急诊治疗费用的保险金额为限，当保险人全年累积补偿金额达到本项保险金额时，保险人对被保险人在本项下的保险责任终止。

第十二条 紧急医疗运送责任

(一) 救护车费用

保险人承担被保险人发生的下列合理且必要的紧急医疗和转运费用，在适用本保险责任项下保障时，被保险人所适用的保障区域将扩展至全球范围：

在保险期间内，因突发急性病或遭受意外伤害需要将被保险人送往其所在当地医疗机构的救护车费用；

(二) 医疗运送/送返

在保险期间内，若被保险人因突发急性病或遭受意外伤害，经保险人指定的救援服务机构或其授权代表从医疗角度认定为有运送必要的，则安排将其运送至当地或其他就近地区符合治疗条件的医疗机构；若被保险人因承保病症在当地完成了必要治疗，其本人希望返回中国大陆地区进行后续治疗或休养，经保险人指定的救援服务机构或其授权代表从医疗角度认定其身体状况适合返回中国大陆地区且返回过程需要医疗护理或医疗配套设施的，则安排将被保险人送返至该地区。

保险人指定的救援服务机构或其授权代表根据该被保险人身体状况或治疗需要，以及该被保险人主治医生的建议，有权决定运送和送返方式（包括交通工具）和运送目的地。保险人对于非经保险人指定的救援服务机构或其授权代表提供或安排的服务不承担任何相关费用。

运送和送返费用包括保险人指定的救援服务机构或其授权代表安排的运输、运输途中医疗护理及医疗设备和用品之费用。运送和送返所需的费用经保险人核实确认后直接支付给保险人指定的救援服务机构，费用总数最高以该被保险人在本项保障项下适用的保险金额为限。倘若实际费用超过该保险金额，则超出部分的费用由被保险人自行承担。

(三) 遗体送返

若被保险人因突发急性病或遭受意外伤害在保障期间内身故的，由保险人指定的救援服务机构或其授权代表提供的遗体送返服务。保险人指定的救援服务机构或其授权代表，依当地实际情况安排遗体送返方式。遗体送返服务所需费用包括尸体防腐、保存、火化、运输及骨灰盒等材料和服务费用，经保险人核实确认后直接支付给保险人指定的救援服务机构，费用总数最高以该被保险人在本项保障项下适用的保险金额为限。倘若实际费用超过该保险金额，则超出部分的费用由被保险人的继承人承担。保险人对于非经保险人指定的救援服务机构或其授权代表提供或安排的服务不承担任何相关费用。

（四）慰问探访人员费用

若被保险人在保障区域以外地区因突发急性病或遭受意外伤害，经保险人指定的救援服务机构或其授权代表从医疗角度认定为有运送必要而安排运送至当地或其他就近地区符合治疗条件的医疗机构，并独自在该医疗机构住院治疗且预计住院时间超过保险单载明的天数，保险人承担该被保险人的一名成年亲属或朋友（下称“慰问探访人员”）因此在该被保险人治疗期间前往该保险人治疗所在地进行慰问探访所发生的下列任何一项或几项费用，具体以保险单或保险单所载本保障项下承保的费用项目为准：

1. 慰问探访往返交通费用

慰问探访人员与被保险人治疗所在地的一张单程或往返经济舱机票费用，但若使用其他交通方式的，最高以同期经济舱机票费用为限；

慰问探访人员抵达被保险人治疗所在地后往返机场、港口或其他交通枢纽与住宿地或医疗机构的交通费；
慰问探访当地往返住宿地与医疗机构的交通费。

2. 慰问探访当地住宿费用

保险人按慰问探访人员实际住宿费用进行赔偿，但累计最高以保险责任明细表所载赔偿日数、赔偿限额、日限额为限。

（五）同行亲友送返费用

若被保险人在保障区域以外地区因突发急性病、遭受意外伤害或身故，经保险人指定的救援服务机构或其授权代表从医疗角度进行必要的运送（或送返）或提供遗体送返服务，导致该被保险人的同行亲友（包括配偶、子女）终止同一行程的，保险人承担该被保险人的前述同行亲友因行程终止返回该被保险人的国籍国或居住国所在居住地所发生的一张单程经济舱机票费用，具体同行亲友对应适用的赔偿限额、赔偿亲友人数以保险单或保险责任明细表所载为准。

（六）保障区域外紧急医疗费用

若被保险人在保障区域以外地区因突发急性病或遭受意外伤害经保险人评估需要在当地进行必要治疗，对于需由被保险人个人支付的、必需且合理的费用，保险人在扣除保险单载明的免赔额后，依照保险单载明的比例给付。

上述各类型医疗费用的自付比例、赔付限额、免赔额、赔付天数/次数由双方约定并载于保险单。

保险人对上述（一）至（六）项保险责任的累计赔偿上限以本保险合同约定的紧急医疗运送责任的保险金额为限，当保险人全年累积补偿金额达到本项保险金额时，保险人对被保险人在本项下的保险责任终止。

第十三条 门急诊医疗责任（可选责任）

在保险期间内，若被保险人因遭受意外伤害，或在等待期后因初次出现症状或体征且确诊罹患疾病，在保险人认可的医疗机构进行门急诊治疗的（不包括特殊门诊治疗），保险人对于需由被保险人个人支付的、必需且合理的以下类型的门急诊医疗费用，保险人在扣除保险单载明的免赔额后，按保险单载明的比例给付。

门急诊医疗责任承担的费用类型由投保人与保险人在投保时确定并载明于保单，门急诊医疗费用包括：

- (一) 挂号费；
- (二) 诊疗费：如被保险人至执业医生/专科医生就诊，保险人将支付该次门诊的挂号费或诊疗费。
- (三) 急诊室费；
- (四) 诊断性检查化验费：如被保险人经执业医生明确建议需要进行检查或化验以诊断或评估其健康状况，保险人将支付在门诊发生的诊断性检查化验费。
- (五) 护理费；

- (六) **处方药品及敷料费**: 保险人将承担被保险人在门诊发生的由执业医生开具处方的处方药或敷料费。
- (七) **中医/针灸治疗费**: 指由注册中医医师处方开具的中草药费用（但不包括主要起营养滋补作用的药品）、诊疗费用及其提供的中医针灸、理疗费、顺势疗法等相关费用；由专业中医医生进行的物理治疗/补充治疗归类在中医/针灸治疗。
- 但不包括下列治疗方式：拔罐、闪罐、走罐、刮痧、悬灸、药浴、熏蒸、耳烛、耳针和短波/微波脉冲、膏方、三伏贴、三九贴等。
- 保险人不承担对下列疾病的中医/针灸治疗，包括但不限于：高血脂、毛囊炎、痤疮、月经不调、痛经、乳腺增生、纤维瘤、脱发、便秘、腹泻、消化不良、呼吸系统疾病、失眠、焦虑、抑郁、神经衰弱等。因医疗需要由执业医生开具处方的中草药除外。
- (八) **耐用医疗设备费**: 指购买或租赁本保险合同约定的医疗机构医生处方要求的、满足基本医疗需要的康复设备、矫形支具以及其他耐用医疗设备所发生的购买费或租赁费，以及上述设备或支具的后续修理、更换费用。康复设备和矫形支具包括腿、臂、背和颈支具，人造腿、臂、眼等设备；耐用医疗设备不包括轮椅或自动床、助听器、血压监测仪、人工耳蜗、舒适设备（如电话托臂和床上多用桌）、空气质量或温度调控设备（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。
- (九) **睡眠检查和呼吸治疗费**: 指由保险人或其指定的医疗服务供应商许可的、对疑为发作性睡眠或阻塞性睡眠呼吸暂停症状的检查和治疗费。
- (十) **精神和心理障碍治疗费**: 保险人将按照下述条件支付在门诊治疗期间发生的精神健康问题或异常的治疗所产生的费用。保险人仅承担包含在国际疾病分类（ICD-10）的 F00-F09 及 F20-F48 的疾病；保险人仅承担循证治疗（释义十七）及有医疗必要并且符合通常医疗惯例的治疗。
- (十一) **物理治疗/补充治疗费**: 包括但不限于物理治疗、脊柱指压治疗、职业性治疗和语言障碍治疗。物理治疗、脊柱指压治疗、职业性治疗和语言障碍治疗指由具有相应医疗资质的专科医师实施的物理治疗、脊椎矫正、职业疗法、语音治疗（包括为治疗吞咽障碍由语言治疗师实施的电子喉镜检查），产生的保险责任范围内的医疗费用。但不包括泥疗，蜡敷治疗，气泡浴与药物浸浴治疗。这些治疗须为被保险人医师书面治疗计划（包含短期和长期目标，并提交保险人评估）的一部分，且满足下列全部条件：（1）在合理的、可预测的时间内症状会明显好转；（2）疗法复杂或者被保险人病症使得只有注册物理治疗师或者职业治疗师才能安全、有效实施。
- (十二) **特定互联网医院在线问诊及药品费用**
1. 被保险人因意外伤害或疾病（非慢性病，见释义十八）在中国大陆境内合法注册医院开设的互联网医院接受在线问诊而产生的医生咨询费用。
 2. 被保险人在上述在线问诊过程中，经该互联网医院医生处方开具药品且在线购买药品的，保险人对于同时满足下列条件的药品费用（药品配送费用不属于本项保障内容）：（1）处方及处方药的开具遵循国家相关法律法规要求执行；药品的使用符合中国国家药品监督管理部门批准的该药品说明书所列明的适应症及用法用量；（2）每次药品处方剂量不超过 7 日；（3）本保障仅适用于 6 周岁以上被保险人。
- (十三) **疫苗费用（可选）**: 本项保障范围包括下述疫苗的注射服务费和疫苗费用：
1. 注射中国大陆地区批准认证的、非实验性质、国家免疫规划规定的适龄儿童接种的疫苗（包括一类、二类疫苗）；
 2. 宫颈癌人类乳突病毒（HPV）疫苗；以及
 3. 流感（季节性感冒）疫苗。
- 因旅游出行所需的疫苗接种不在此项保障适用范围内。
- (十四) **体检费用（可选）**: 对于被保险人体检产生的合理的检查费用，一个保单年度仅限赔付一次。如选择同时投保本保险合同的“体检责任（可选责任）”，该被保险人的体检责任最高保额金额将相应提高，但其赔付次数仍仅限一次。
- (十五) **齿科费用（可选）**: 被保险人罹患齿科疾病并在医疗机构接受预防治疗的，对被保险人由此发生的必需且合理的医疗费用。预防治疗的具体项目包括：常规牙科检查、每一保险年度两次以下（含）牙齿清洁检查费、牙齿健康指导、涂氟治疗、窝沟封闭、洁齿和抛光（预防）。

(十六) 眼科费用 (可选)：本项保障范围包括眼视力检查及近视镜配镜相关费用 (近视镜包括镜片或/及镜框，具体内容由双方约定并载于保险单)。

上述各类型医疗费用的自付比例、赔付限额、免赔额、赔付天数/次数由双方约定并载于保险单。

上述门急诊医疗责任中对精神和心理障碍治疗、睡眠检查和治疗，根据被保险人具体情况，保险人可对其适用等待期或者既往病症限制条款，并载明于保险单中。

保险人对门急诊医疗保险金的各类型医疗费用累积给付金额或给付次数以本保险合同约定的保险金额或给付次数限额为限，当保险人全年累积给付金额或给付次数达到本保险合同约定的保险金额或给付次数限额时，保险人对被保险人在本项下的保险责任终止。保险责任的终止以累积给付金额或给付次数限额两者中最先达到保险合同约定的上限者为准。

对于以上住院和门急诊责任中对精神和心理障碍治疗、疾病终末期关怀、睡眠检查和治疗、先天性疾病，根据被保险人具体情况，保险人可对其适用等待期或者既往病症限制条款，并载明于保险单中。

第十四条 牙科责任 (可选责任)

(一) 预防治疗保险责任

在保险期间内，被保险人罹患齿科疾病并在医疗机构接受预防治疗的，对被保险人由此发生的必需且合理的医疗费用，保险人在扣除保险单载明的免赔额后，依照保险单载明的比例给付。

预防治疗的具体项目包括：常规牙科检查、每一保险年度两次以下（含两次）牙齿清洁检查费、牙齿健康指导、涂氟治疗、洁齿和抛光（预防）。

(二) 基础治疗保险责任

在保险期间内，被保险人罹患齿科疾病并在医疗机构接受基础治疗的，对被保险人由此发生的必需且合理的医疗费用，保险人在扣除保险单载明的免赔额后，依照保险单载明的比例给付。

基础治疗的具体项目包括：汞合金或复合树脂填充、简单拔牙、牙周刮治、根面平整，以及相关口腔 X 光费。

(三) 重大治疗保险责任

在保险期间内，被保险人罹患齿科疾病并在医疗机构接受重大治疗的，对被保险人由此发生的必需且合理的医疗费用，保险人在扣除保险单载明的免赔额后，依照保险单载明的比例给付。

重大治疗的具体项目包括：根管充填、根管治疗、牙冠和嵌体、桥式义齿（包括化验和麻醉费用）、智齿拔除费、牙齿矫正治疗费，以及相关口腔 X 光费。牙齿矫正治疗费包括模型研究、牙齿印模、活动矫治器、固定矫治器（包括调整，不包括隐适美等相同类型矫正器）、正畸拔牙、托槽的粘接费。

上述各类型医疗费用的自付比例、赔付限额、免赔额、赔付天数/次数由双方约定并载于保险单。

保险人对被保险人的各项责任以保险单载明的各项保险金额为限，一次或累计给付各项保险金数额达到各项保险金额时，该项保险责任终止。

第十五条 体检责任 (可选责任)

在保险期间内，对于被保险人体检产生的合理的检查费用，保险人在扣除保险单载明的免赔额后，依照保险单载明的比例给付体检责任医疗保险金，一个保单年度仅限赔付一次。

保险人对体检责任医疗保险金的累积补偿之和以本保险合同约定的体检责任的保险金额为限，当保险人全年累积给付金额达到本项保险金额时，保险人对被保险人在本项下的保险责任终止。

第十六条 孕产责任 (可选责任)

(一) 保险期间内,女性主被保险人或者作为配偶的女性附属被保险人经过等待期后受孕,在相对应的保障地域内的医疗机构(含生育中心)发生的、符合通常惯例水平的以下类型费用,保险人在扣除保险单载明的免赔额后,按保险单载明的比例给付:

1. 分娩费

指女性主被保险人或者作为配偶的女性附属被保险人发生的产前检查费、妊娠期内依据医师处方开具的维生素和钙剂费、超声波检查费、早产费、顺产费、医学必需剖腹产费、麻醉费、产后复查费、医学必需的流产费以及产后六个月内为治疗尿失禁进行的盆底肌修复费。

2. 妊娠并发症治疗费

指女性主被保险人或者作为配偶的女性附属被保险人因发生42种妊娠并发症(见释义十九)接受医师推荐的、医学必需的治疗而发生的医疗费用。

3. 新生儿医疗费用

指女性主被保险人或者作为配偶的女性附属被保险人在保险期间内出生的子女出生后十四日内发生的专业护理以及治疗费用。

(二) 若女性主被保险人或者作为配偶的女性附属被保险人在投保本保险前已怀孕或者在等待期内怀孕,保险人将仅对于其在本条第(一)项约定的等待期后发生的分娩费及新生儿医疗费按约定的赔付比例及限额承担赔偿责任,但对于其发生的任何妊娠并发症治疗费、等待期内发生的分娩费或新生儿医疗费用,保险人不承担任何赔偿责任。

上述各类型医疗费用的自付比例、赔付限额、免赔额、赔付天数/次数由双方约定并载于保险单。

保险人对被保险人的孕产责任费用的累积给付之和以本保险合同约定的孕产责任费用的保险金额为限,当保险人全年累积给付金额达到孕产责任费用保险金额时,保险人对被保险人在本项下的保险责任终止。

费用补偿原则

第十七条 补偿原则和标准

本保险合同适用医疗费用补偿原则。若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、保险人在内的任何商业保险机构等)获得医疗费用补偿,则保险人仅对被保险人实际发生的医疗费用扣除其所获医疗费用补偿后的余额按照本保险合同的约定进行补偿。社保卡个人账户部分支出视为个人支付,不属于已获得的医疗费用补偿。

若被保险人以参加社会医疗保险身份投保,但未以参加社会医疗保险身份就诊并结算的,则保险人按照保险单载明的比例进行补偿。

免赔额

第十八条 免赔额

免赔额的具体金额以及相关适用情况由投保人与保险人在订立本保险合同时协商确定,并在本保险合同中载明。

本保险合同中所称免赔额均指年免赔额,指在本合同保险期间内,应由被保险人自行承担,本合同不予赔付的部分。被保险人就医过程中,由社保统筹支付、社保附加支付的费用,或本保险合同责任范围内且已由其他商业保险赔付的,均可用作抵扣本保险的免赔额。投保人在与保险人订立保险合同时,可从本保险合同所附保障计划表中选择免赔额的具体金额以及相关适用情况,并在保险单中载明。

责任免除

第十九条 责任免除

(一) 任何因下列情形之一导致被保险人支出医疗费用的, 或具备下列情形/行为的, 保险人不承担给付保险金责任:

1. 由投保前病症或任何其相关病症引发的任何费用, 但投保人已在投保单中向保险人披露并经保险人书面认可者不在此列;
2. 未经保障区域内临床医疗管理部门认可的试验性或研究性治疗(包括但不限于检查方法、治疗方法、手段、设备、药品等)费用;
3. 投保人或被保险人的故意行为; 被保险人的故意行为(包括但不限于自残、自杀)引起的或者在这一过程中发生的伤害、病症治疗及其他相关费用; 自伤或自杀时被保险人为无民事行为能力人除外;
4. 在政府当局指导下实施的与传染病相关的住院治疗、药品、设备和服务费用;
5. 根据工伤补偿、职业病或者其他与职业疾病相关的法律法规可从中获得补偿的费用, 已从政府、慈善机构、其他福利计划或医疗保险计划等第三方获得补偿的治疗费用;
6. 非被保险人本人的就医费用, 或被保险人冒用他人身份的就医费用, 无原始发票的费用, 电话咨询费, 没有按时就诊的预约挂号费用, 在不符合本保险合同约定的医疗机构或药店所产生的费用, 不在执业范围的医疗服务费用;
7. 不符合入院标准、挂床住院或住院病人应当出院而拒不出院(从医院确定出院之日起发生的一切医疗费用);
8. 因个人舒适或方便而产生的费用, 包括但不限于电视、电话、食品保温箱、雇佣护工、房屋打扫、访客膳食、住宿、家庭设备、旅行费用, 本保险合同没有列明的急救费用及其他非医学必需的服务和设备。本保险合同另有约定属于保险责任范围内的不在此限;
9. 各种健康检查, 功能医学检查(包括但不限于全套个人化营养评估、抗氧化维生素分析、氧化压力分析、营养与毒性元素分析、肠道免疫功能分析)费用, 免疫费用, 出于行政或管理事务目的(包括但不限于与投保保险、招聘、入学或运动相关的体格检查)发生的检查费用, 旅行和宾馆住宿费用, 预防保健(包括但不限于保健按摩、自动按摩床治疗、药物蒸气治疗、药浴、体疗健身、疾病普查)费用, 本保险合同另有约定属于保险责任范围内的不在此限;
10. 非处方药品和设备, 戒烟戒酒药物、食欲抑制剂、头发再生药物、抗老化药物、美容用品、维生素、矿物质等营养保健药品和食品、营养滋补类中草药; 本保险合同另有约定属于保险责任范围内的不在此限;
11. 未经本保险合同约定的医疗机构医生同意的放射治疗、化学治疗、物理治疗、脊椎疗法、职业疗法和语音治疗及其他相关费用;
12. 视力测试、屈光缺陷(包括近视、远视及散光)的任何医疗费用; 眼镜、单片眼镜、隐形眼镜、太阳眼镜、激光援助屈光角膜层状重塑术、激光眼科手术或类似的产品或矫正手术费用。本保险合同另有约定属于保险责任范围内的不在此限;
13. 静养疗法、监护及家居照料费, 在护理之家、养老院接受的护理, 为休息、观察而实施的环境疗法, 在任何长期护理机构、矿泉疗养地、水疗院门诊、康复机构、疗养院、养老院等非本保险合同规定的医疗机构接受的服务或治疗; 本保险合同另有约定属于保险责任范围内的不在此限;
14. 选择性手术和治疗及其他相关费用, 仅为改善或提高目前身体状况(包括但不限于中医调理)而发生的、非医学必需的费用, 如分子矫正法治疗(见释义二十);
15. 无论是否出于心理目的而进行的各种美容、整形(包括但不限于非意外牙科治疗、非意外整形, 包括但不限于激光美容、除皱、除眼袋、开双眼皮、治疗白发、秃发、脱发、植发、植毛、脱毛、隆鼻、隆胸等费用及其并发症)费用;
16. 对未表现出可疑细胞行为(如近期大小、形状、颜色发生改变)的良性皮肤损害(包括但不限于黄褐斑、皮肤白斑、色素沉着、雀斑、老年斑、痣等)的治疗、祛除及其他相关费用; 对无症状的浅表静脉曲张、蜘蛛脉、除瘢痕疙瘩型外的其他瘢痕、白癜风、文身去除、皮肤变色的治疗、手术、并发症的治疗及其他相关费用;

17. 戒烟治疗及其相关费用，对由酒精、药物、溶剂或毒品滥用引起的伤害或疾病的戒断治疗及其他相关费用；对醉酒、使用违反当地法律的疫苗和药物、非医师处方要求药物或者非医师处方要求用量药物引起的伤害的治疗及其他相关费用；
18. 治疗肥胖或其并发症，包括但不限于减肥课程、减肥指导或药物减肥。
19. 被保险人助孕、妊娠（包括异位妊娠）、流产及并发症、分娩（含剖宫产）、不孕不育、人工受孕、男女生育控制、输卵管切除术、绝育手术、绝育恢复手术、性别转换等治疗和手术，以及由以上原因导致的并发症的相关医疗费用；性障碍治疗，伟哥及其他用于提高性功能的药物费用；本保险合同另有约定属于保险责任范围内的不在此限；
20. 器官移植手术器官来源费用、器官组织或活体细胞的低温储藏费用，与不孕不育症或生育治疗相关的移植费用；
21. 基因咨询、筛查、检查及其他相关费用；但因治疗目的而接受的医学必需的基因检测费用不受此限，如恶性肿瘤或罕见病治疗所必需的基因检测；
22. 除牙科意外伤害治疗外的其他牙科医疗及其他相关费用（包括对咀嚼食物或者咀嚼其他外物引起的牙齿伤害的治疗费、咨询费、检查费），本保险合同另有约定属于保险责任范围内的不在此限；
23. 各种自用的按摩保健和治疗用品（急救中使用的不在此限）：颈托、腰托、胃托、肾托、阴囊托、子宫托、疝气带、护膝带、钢头颈、矫正器具、药带、药枕、拐杖、轮椅、健身按摩器和各种磁疗用品及家用检测治疗仪器等费用；
24. 矫正鞋或其他脚支撑器材（包括但不限于足弓支撑器、矫正器或任何其他预防性的服务或器材）费，任何用于治疗弱足、矫形足、不稳定足、扁平足或足弓塌陷的器材费，任何与跗骨、跖骨相关的医疗及其他相关费用，对脚表面损害（如鸡眼、老茧、角质化）医疗（但有关骨外露、肌腱或韧带的手术不在此限）费用；
25. 生长激素治疗及其他相关费用（经保险人或其委托的第三方管理机构批准的医学必需情形不在此限）；
26. 医疗咨询和健康预测（包括但不限于健康咨询、婚前咨询、婚姻咨询、生育咨询、家庭咨询、性咨询）费用，智能测试、教育测试的医疗服务费；
27. 各种医疗鉴定（包括但不限于医疗事故鉴定、精神病鉴定、孕妇胎儿性别鉴定、各种验伤鉴定、亲子鉴定、遗传基因鉴定等）费用；
28. 包皮手术及其并发症相关费用，包括但不限于包皮环切术、包皮剥离术、包皮气囊扩张术；因健康原因被医师建议不宜旅行的被保险人执意旅行引起的伤害或者病症的治疗及其他相关费用；
29. 先天性疾病和症状，遗传性疾病，先天性畸形或染色体异常引起的医疗费用。本保险合同另有约定属于保险责任范围内的不在此限；
30. 被保险人罹患艾滋病（AIDS）或感染艾滋病病毒（HIV）期间（上述定义，应按世界卫生组织所制订的定义为准。若在被保险人的血液样本中发现上述病毒或其抗体，则认定病人已受该病毒感染）；
31. 任何内外科手术或其他医疗行为对被保险人造成的伤害；
32. 以美容为目的牙齿处理费，义齿、高嵌体、种植牙、贴面，以及相关费用。
33. 所有基因疗法、细胞疗法造成的医疗费用。本保险合同另有约定属于保险责任范围内的不在此限。基因疗法指通过各种手段修复缺陷基因，以实现减缓或治愈疾病目的的技术。细胞疗法指将正常或生物工程改造过的人体细胞移植或输入患者体内，从而达到治疗目的的技术，包括但不限于PRP治疗、干细胞疗法、细胞免疫疗法。

（二）被保险人在下列期间发生的医疗费用，保险人也不承担给付保险金责任：

1. 被保险人参与任何职业体育活动或任何设有奖金或报酬的体育运动，在训练或比赛中受伤；
2. 被保险人进行滑翔翼、滑翔伞、跳伞、探险活动（见释义二十一）、非固定路线洞穴探险、特技表演（见释义二十二），任何海拔5000米以上的户外运动及潜水深度大于18米的活动期间。如保险人进行风险评估后同意拓展承保时，不受此限制；
3. 被保险人必须借助登山绳索、登山向导（非旅行社导游）完成的登山活动期间；借助水下供气瓶（非呼吸管）设备完成的潜水活动期间，如在旅游景点的专业潜水教练指导下进行休闲潜水活动的，不受此限制；

4. 核爆炸、核辐射或核污染、化学污染；
5. 战争、军事冲突、暴乱、武装叛乱或恐怖主义活动；无必要但主动置身于风险的情况，抢救他人性命情形不受此限制；
6. 被保险人从事违法、犯罪活动期间或被依法拘留、服刑、在逃期间；
7. 被保险人酒后驾驶（见释义二十三）、无有效驾驶证驾驶（见释义二十四）或驾驶无有效行驶证（见释义二十五）的机动车期间；
8. 发生被保险人作为军人（含特种兵）、警务人员（含防暴警察）在训练或执行公务期间；
9. 被保险人从事采矿业、地下作业、山洞作业、水上作业、5米以上高处作业的职业活动期间；
10. 航空或飞行活动，包括身为飞行驾驶员或空勤人员，但以缴费乘客身份乘坐客运民航班机或参与飞行活动的除外。

保险金额和保险费

第二十条 保险金额和保险费

保险金额是保险人承担给付保险金责任的最高限额。每一保险责任分别设定每一保单年度赔付限额，保障责任项还设有每年分项赔付限额。

本保险合同的保险费支付方式由投保人与保险人投保时约定。缴费途径为通过互联网线上支付。

投保人须按本保险合同约定支付保险费。

每个保险年度的保费是根据被保险人在保单生效日第一天的年龄、保单承保地域、主被保险人的居住地、保险费率及其他可能对保单产生影响的风险因素而决定的。

本保险合同不保证续保，若双方达成一致同意续保，保险人可能在被保险人续保日修改保费、保单利益和增减被保险人的保单规则，包括保费的计算和（或）付款方式及付款频率。不论何时更改，这些变更将仅从保单的续保日起生效。

1. 一次性缴付保险费

若一次性缴付保险费的，投保人应当在保险合同成立时一次性缴清保险费。未交清保险费的，保险合同不生效；发生保险事故的，保险人不承担保险责任。

2. 分期缴付保险费

若分期缴付保险费的，在缴纳首期保险费后，投保人应当在每个保险费约定缴纳日（见释义二十六）前足额缴纳对应的保险费。如未缴付首期保险费，保险合同不生效，保险人不承担保险责任。

如投保人未按约定缴纳其余各期保险费，保险人允许投保人在保险单约定的长期内补缴保险费，如被保险人在长期内发生保险事故，保险人承担保险责任。投保人在正常交费对应的保险期间内或本条约定的长期内发生保险事故，保险人依照合同约定给付保险金的，需投保人先行补交所有未缴期间的保险费，或经投保人和保险人协商同意后，在给付的保险金中扣除所有未缴期间的所有未缴保险费。如投保人在长期内届满时仍未缴纳当期保险费的，保险合同自当期保险费约定缴纳日次日零时起终止，对于保险合同终止后发生的保险事故，保险人不承担保险责任。

长期内由投保人和保险人协商确定，并在保险单中载明。

保险期间

第二十一条 保险期间

除另有约定外，保险期间为一年，以保险单载明的起讫时间为准。

本保险合同终止日后发生的任何医疗费用，保险人不再承担给付保险金的责任。

不保证续保

第二十二条 不保证续保

本产品保险期间不超过一年。保险期间届满，投保人需要重新向保险人申请投保本产品，并经保险人同意，交纳保险费，获得新的保险合同。

第二十三条 保险方案的变更

在保险期间内或在重新投保时，经保险人同意后，投保人可以选择变更保险方案，保险费将随之调整。

保险人义务

第二十四条 保险人义务

订立保险合同时，采用保险人提供的格式条款的，保险人向投保人提供的投保险单应当附格式条款，保险人应当向投保人说明保险合同的内容。对保险合同中免除保险人责任的条款，保险人在订立合同时应当在投保单、保险单或者其他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。

本保险合同成立后，保险人应当及时向投保人签发保险单或其他保险凭证。

保险人认为被保险人提供的有关索赔的证明和资料不完整的，应当及时一次性通知投保人、被保险人补充提供。

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，应当在三十日内作出核定，但因客观原因、不可抗力、资料欠缺、被保险人因素等原因导致的延期除外。

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。

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以支付；保险人最终确定给付的数额后，应当支付相应的差额。

投保人、被保险人义务

第二十五条 投保人、被保险人义务

除另有约定外，投保人应当按照本保险合同约定交纳保险费

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。

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。

被保险人变更职业或工种时，投保人或被保险人应在 10 日内以书面形式通知保险人。被保险人所变更的职业或工种依照保险人职业分类在拒保范围内或保险人不愿承保变更后的风险的，保险人在接到通知后有权解除本保险合同并按照接到通知之日起退还原职业或工种所对应的未满期净保险费（见释义二十七）。被保险人所变更的职业或工种依照保险人职业分类仍可承保的或在拒保范围内但保险人认定可以继续承保的，保险人按照接到通知之

日起退保并退还原职业或工种所对应的未满期保险费，投保人重新按照保险人接到通知之日起计算的新职业或工种所对应的保险费。

被保险人变更职业或工种，未依本条约定通知保险人，因危险程度增加导致发生保险事故的，保险人不承担给付保险金的责任。

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。投保人未通知的，保险人按本保险合同所载的最后住所或通讯地址发送的有关通知，均视为已送达投保人。

投保人、被保险人或者保险金受益人知道保险事故发生后，应当及时通知保险人。故意或者因重大过失未及时通知，致使保险事故的性质、原因、损失程度等难以确定的，保险人对无法确定的部分，不承担给付保险金责任，但保险人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的除外。

上述约定，不包括因不可抗力而导致的迟延。

保险金申请

第二十六条 保险金申请

(一) 保险金索赔流程

1. 直付项目适用

由保险人自行或通过指定第三方管理机构与网络医疗机构直接结算。若被保险人实际发生的医疗费用超过保险单载明的保险金额，则超出部分的费用由被保险人自行与接诊的网络医疗机构结算。

2. 非直付项目适用

保险金申请人向保险人申请保险金时，应提交以下材料。保险金申请人因特殊原因不能提供以下材料的，应提供其他合法有效的相关材料。保险金申请人未能提供有关材料，导致保险人无法核实该申请的真实性的，保险人对无法核实部分不承担给付保险金的责任。

- 1) 保险金申请人完整填写的索赔申请表并签名确认；
- 2) 被保险人、保险金申请人的有效身份证件；
- 3) 医院出具的完整病历资料，包括诊断证明、住院病历、出院记录、检查检验报告、医疗费用发票原件、费用清单等；
- 4) 已从其他途径获得医疗费用补偿的，还应提供医疗费用分割单或医疗费用结算证明原件；
- 5) 保险金申请人所能提供的与确认保险事故的性质、原因、损失程度等有关的其他证明和资料；
- 6) 异地转诊公共交通及救护车费用保险金申请，另需提供转出医疗机构出具的转院证明、交通费用支出的正式发票或收据原件；
- 7) 异地就医的住宿费用保险金申请，应提供正式发票；
- 8) 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。受益人为无民事行为能力人或限制民事行为能力人的，由其监护人代为申请保险金，并需提供监护人的身份证明等资料。

在保险人的理赔审核过程中，经被保险人同意，保险人可在合理的范围内对索赔的被保险人进行医疗检查。此类检验费用由保险人承担。

(二) 网络医疗机构服务

1. 保险人直付服务

保险人提供医疗服务网络，并将定期或者不定期向投保人和被保险人通报，被保险人也可登录保险人指定的网站或者致电查询相关信息。被保险人在保险人医疗服务网络内的医疗机构（以下简称“网络医疗机构”）接受治疗并出示保险卡的，对于被保险人发生的符合保险责任范围内且应当由保险人承担的费用，保险人将直接与相关医疗机构结算，无需被保险人先行给付。

被保险人未在网络医疗机构接受治疗的，被保险人不享受保险人直付服务。

被保险人在网络医疗机构接受治疗的，对其发生的不属保险责任范围、应当由其负担但保险人已代为垫付的医疗费用，在接到保险人或者其授权第三方管理机构通知后，被保险人应当在三十日内退还相应款项；未在三十日内退还相应款项的，保险人有权向其继续追偿相应费用并停止向被保险人提供直付服务。

2. 美国网络医疗机构及非网络医疗机构自付比例

在美国，被保险人应当在网络医疗机构内接受治疗；未在网络医疗机构内接受治疗的，依据与当地网络医疗机构平均价格水平一致的价格水平确定通常惯例水平的费用，且被保险人应当额外自付一定比例的保险责任范围内的费用，即保险人按“根据本保险合同‘保险责任’部分计算的医疗保险金数额×（1—自付比例）”给付医疗保险金。自付比例如下：

- 1) 被保险人在保险人指定的服务提供商提供的美国网络医疗机构，自付比例是零。
- 2) 被保险人在非网络医疗机构接受治疗的，自付比例为 20%。

(三) 事先授权

接受下列治疗前，被保险人须在预定开始治疗日期前至少 3 个工作日向保险人或第三方管理机构提交事先授权申请表：

1. 住院或日间治疗；
2. 单次超过 5000 元的先进检查；
3. 需全身麻醉的门诊手术，化学治疗，放射治疗，肿瘤免疫疗法，肿瘤内分泌疗法，质子重离子治疗，血液或者腹膜透析；
4. 肿瘤靶向药物或罕见病药物基因检测；
5. 预防性手术治疗；
6. 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；
7. 紧急医疗转运；
8. 牙科意外伤害修补治疗；
9. 每剂超过人民币 5000 元的药剂或者疫苗；

对于被保险人事先授权申请，保险人或第三方管理机构将予以书面回复并有权要求被保险人在网络医疗机构接受治疗。被保险人应当在收到书面许可回复后开始接受治疗，保险人要求被保险人在网络医疗机构接受治疗的，被保险人应当予以配合。未获得书面许可回复擅自接受治疗的，或保险人要求被保险人在网络医疗机构接受治疗但被保险人在非网络医疗机构接受治疗的，保险人保留不承担相关保险责任的权利。

发生紧急情况的，被保险人可在就近网络或者非网络医疗机构接受治疗，但须在开始接受治疗后四十八小时内通知保险人或第三方管理机构。保险人将对该次治疗是否属紧急情况予以审核。

即使被保险人获得医疗服务供应商许可回复也不意味着其发生的全部或者部分医疗费用都属于保险责任范围，保险人仍然按照本保险合同的约定承担保险责任。

合同解除

第二十七条 合同解除

在保险期间内，投保人可以通过互联网通知保险人解除本保险合同。若在保险期间内该被保险人已有理赔记录且理赔金额大于零，对于该被保险人，保险人退还保费为零。若在保险期间内被保险人无理赔记录，或理赔金额为零，保险人退还未满期净保险费。

投保人解除本保险合同时，应提供下列证明文件和资料：

- (一) 保险合同解除通知书；
- (二) 其他保险人要求提供的资料。

投保人要求解除本保险合同，自保险人接到保险合同解除通知书之时起，本保险合同的效力终止。保险人收到上述证明文件和资料之日起 30 日内退还保险单的未满期净保险费。

争议处理和法律适用

第二十八条 争议处理和法律适用

因履行本保险合同发生的争议，由当事人协商解决。协商不成的，提交保险单载明的仲裁机构仲裁；保险单未载明仲裁机构或者争议发生后未达成仲裁协议的，依法向人民法院起诉。

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）。

释义

第二十九条 释义

【释义一】保险人：指与投保人签订本保险合同的京东安联财产保险有限公司及其分支机构。

【释义二】周岁：有效身份证件中记载的出生日期为基础计算的实足年龄，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。

【释义三】等待期：又称观察期或免责期，以保险单约定时间为准。等待期自本保险合同生效之日起计算，在等待期内发生保险事故的，保险人不承担补偿保险金的责任。

【释义四】恶性肿瘤（重度）：即恶性肿瘤——重度，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他部位，病灶经组织病理学检查（见释义二十八）（涵盖骨髓病理学检查）结果明确诊断，临床诊断属于世界卫生组织（WHO, World Health Organization）《疾病和有关健康问题的国际统计分类》第十次修订版（ICD-10）的恶性肿瘤类别及《国际疾病分类肿瘤学专辑》第三版（ICD-0-3）的肿瘤形态学编码属于3、6、9（恶性肿瘤）范畴的疾病。

下列疾病不属于“恶性肿瘤——重度”，不在保障范围内：

- (1) ICD-0-3 肿瘤形态学编码属于0（良性肿瘤）、1（动态未定性肿瘤）、2（原位癌和非侵袭性癌）范畴的疾病，如：
 - a. 原位癌，癌前病变，非浸润性癌，非侵袭性癌，肿瘤细胞未侵犯基底层，上皮内瘤变，细胞不典型性增生等；
 - b. 交界性肿瘤，交界恶性肿瘤，肿瘤低度恶性潜能，潜在低度恶性肿瘤等；
- (2) TNM分期（见释义二十九）为I期或更轻分期的甲状腺癌（见释义三十）；
- (3) TNM分期为T1N0M0期或更轻分期的前列腺癌；
- (4) 黑色素瘤以外的未发生淋巴结和远处转移的皮肤恶性肿瘤；
- (5) 相当于Binet分期方案A期程度的慢性淋巴细胞白血病；
- (6) 相当于Ann Arbor分期方案I期程度的何杰金氏病；
- (7) 未发生淋巴结和远处转移且WHO分级为G1级别（核分裂象<10/50 HPF 和 ki-67≤2%）或更轻分级的神经内分泌肿瘤。

【释义五】亚洲任何国家和地区：包括日本、韩国、朝鲜、蒙古、印度尼西亚、马来西亚、菲律宾、泰国、越南、柬埔寨、老挝、新加坡、缅甸、文莱、印度、巴基斯坦、孟加拉国、不丹、尼泊尔、斯里兰卡、澳大利亚、新西兰、巴布亚新几内亚、密克罗尼西亚联邦、马绍尔群岛、萨摩亚、东帝汶等环太平洋岛国。

【释义六】日常居住地：除另有约定外，本保险合同中所有被保险人的日常居住地为其投保时所在国家或地区且一年内居住时间需满足180天以上。

【释义七】症状：指被保险人病后对机体生理功能异常的自身体验和感觉。

【释义八】体征：指被保险人的体表或内部结构发生可以察觉的改变。

【释义九】保险人认可的医疗机构（或医院，医疗机构）

指根据接受医疗服务所在地国家当地法律合法成立、运营并符合以下标准的医疗机构。

1. 主要运营目的是以住院病人形式提供接待患病、伤者并为其提供医疗护理和治疗；

2. 在一名或若干医生的指导下为病人治疗，其中最少有一名合法执业资格的驻院医生驻诊；
3. 维持足够妥善的设备为病人提供医学诊断和治疗，并于机构内或由其管理的地方提供进行各种手术的设备；
4. 有合法执业的护士提供和指导二十四小时的全职护理服务。

本保险合同中所指医疗机构不包括以下或类似的医疗机构：

1. 医务室、精神病院或精神病机构；
2. 老人院、养老院、护理中心、戒毒中心和戒酒中心；
3. 健康中心或天然治疗所、护理院、疗养或康复医院。

【释义十】必需且合理

(一) 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保险人根据客观、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。

(二) 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. 由本保险合同约定的医疗机构医生开具的处方药；
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。

对是否医学必须由保险人根据客观、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。

【释义十一】住院：是指被保险人因意外伤害或疾病而入住医院之正式病房接受全日 24 小时监护治疗的过程，并正式办理入出院手续。但不包括下列情况：

- (一) 被保险人在医院的（门）急诊观察室、家庭病床（房）入住；
- (二) 被保险人入住康复科、康复病床或接受康复治疗；
- (三) 被保险人住院期间一天内未接受与入院诊断相关的检查和治疗，或一天内住院不满二十四小时；但遵医嘱到外院接受临时治疗的除外；
- (四) 被保险人住院体检；
- (五) 挂床住院及其他不合理的住院。挂床住院指办理正式住院手续的被保险人，在住院期间每日非 24 小时在床、在院。具体表现包括在住院期间连续若干日无任何治疗，只发生护理费、诊疗费、床位费等情况。

【释义十二】第二诊疗意见服务：指基于对被保险人医疗信息和相关诊断资料的深度研究，由医疗专家提供的独立诊疗意见评估。

【释义十三】既往病症：指在本保险合同生效前被保险人已知或应当知道的有关疾病或症状。通常有以下情况：

- (一) 本保险合同生效前，医生已有明确诊断，长期治疗未间断；
- (二) 本保险合同生效前，医生已有明确诊断，治疗后症状未完全消失，有间断用药情况；
- (三) 本保险合同生效前，医生已有明确诊断，但未接受任何治疗；
- (四) 本保险合同生效前，虽未经医生明确诊断和治疗，但症状已经明显足以促使被保险人引起注意并寻求诊断、治疗或护理的症状。

【释义十四】恶性肿瘤：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他部位，病灶经组织病理学检查（涵盖骨髓病理学检查）结果明确诊断，临床诊断属于世界卫生组织（WHO, World Health Organization）《疾病和有关健康问题的国际统计分类》第十次修订版

(ICD-10) 的恶性肿瘤类别及《国际疾病分类肿瘤学专辑》第三版 (ICD-0-3) 的肿瘤形态学编码属于 3、6、9 (恶性肿瘤) 范畴的疾病。

其中, 《疾病和有关健康问题的国际统计分类》第十次修订版 (ICD-10), 是世界卫生组织 (WHO) 发布的国际通用的疾病分类方法。《国际疾病分类肿瘤学专辑》第三版 (ICD-0-3), 是 WHO 发布的针对 ICD 中肿瘤形态学组织学细胞类型、动态、分化程度的补充编码。其中形态学编码: 0 代表良性肿瘤; 1 代表动态未定性肿瘤; 2 代表原位癌和非侵袭性癌; 3 代表恶性肿瘤 (原发性); 6 代表恶性肿瘤 (转移性); 9 代表恶性肿瘤 (原发性或转移性未肯定)。如果出现 ICD-10 与 ICD-0-3 不一致的情况, 以 ICD-0-3 为准。

【释义十五】先天性疾病和症状: 指由于基因因素、先天性新陈代谢异常或者其他因素导致的、出生时即存在的遗传性疾病和症状、出生缺陷、身体残疾、智障等发育不完全正常的疾病和症状, 这些疾病和症状可能在出生时显现或者在出生后逐步显现。

【释义十六】罕见病

除另有约定外, 本合同约定的罕见病指符合以下定义的疾病:

(一) 尼曼匹克病

指一组常染色体隐性遗传、多系统受累的疾病, 主要表现为肝脾肿大、各种神经功能障碍以及鞘磷脂贮积。尼曼匹克病的诊断必须由保险人认可医院合格的专科医生做出, 并符合最新版国家卫生健康委《罕见病诊疗指南》诊断标准, 且至少满足下列一项条件:

- (1) 出现腹水、肝功能异常、病理性黄疸及肺浸润;
- (2) 出现持续肌张力过低;
- (3) 不明原因肝脾肿大;
- (4) 出现垂直性核上性凝视麻痹、共济失调、肌张力障碍或抽搐;
- (5) 出现痴呆、抑郁、双相障碍或精神分裂症等。

(二) Prader-Willi 综合征

指一种罕见的、涉及基因印记的遗传性疾病。主要临床特点包括严重的新生儿期肌张力低下, 喂养困难, 外生殖器发育不良, 随后出现食欲亢进、病态肥胖、固执和脾气暴躁及学习障碍。Prader-Willi 综合征的诊断必须由保险人认可医院合格的专科医生做出, 并符合最新版国家卫生健康委《罕见病诊疗指南》诊断标准。

(三) 多发性硬化

因脑及脊髓内的脱髓鞘病变而出现神经系统多灶性 (多发性) 多时性 (不包含一次的发作) 的病变, 须由计算机断层扫描 (CT)、核磁共振检查 (MRI) 或正电子发射断层扫描 (PET) 等影像学检查证实, 且已经造成自主生活能力完全丧失, 无法独立完成六项基本日常生活活动中的三项或三项以上, 持续至少 180 天。

(四) 法布里病

属于 X 性染色体连锁遗传性疾病。由于 X 染色体长臂中段编码 α -半乳糖苷酶 A (α -GalA) 的基因突变, 导致 α -半乳糖苷酶 A 结构和功能异常, 使其代谢底物三己糖神经酰胺 (Globotriaosylceramide, GL-3) 和相关鞘糖脂在全身多个器官内大量堆积所导致的临床综合征。法布里病的诊断必须由保险人认可医院合格的专科医生做出, 且被保险人的 α -半乳糖苷酶 A (α -GalA) 的酶学测定结果和 GLA 基因检测结果符合最新版国家卫生健康委《罕见病诊疗指南》诊断标准。

(五) 高苯丙氨酸血症及四氢生物蝶呤缺乏症

高苯丙氨酸血症: 指由于苯丙氨酸羟化酶缺乏或其辅酶四氢生物蝶呤缺乏, 导致血苯丙氨酸 (Phe) 增高的一组氨基酸代谢病。高苯丙氨酸血症的诊断必须由保险人认可医院合格的专科医生做出, 并符合最新版国家卫生健康委《罕见病诊疗指南》诊断标准, 且必须满足下列所有条件:

- (1) 血 Phe 浓度 $>120 \mu\text{mol/L}$ ($>2\text{mg/dl}$);
- (2) 血 Phe 与酪氨酸 (tyrosine, Tyr) 比值 (Phe/Tyr) >2.0 。

四氢生物蝶呤缺乏症: 指四氢生物蝶呤 (BH4) 的合成或代谢途径中酶的先天性缺陷导致的氨基酸代谢障碍, 导致神经递质合成受影响, 出现高苯丙氨酸血症以及严重的神经系统损害症状和智能障碍。四氢生物蝶呤缺乏症 (BH4D) 的诊断必须由保险人认可医院合格的专科医生做出, 并符合最新版国家卫生健康委《罕见病诊疗指南》诊断标准, 且满足下列所有条件:

- (1) 血 Phe 浓度 $>120 \mu\text{mol/L}$ 及 Phe/Tyr >2.0 ;
- (2) 尿嘌呤谱异常, 或血 DHPG 活性异常;
- (3) BH4 负荷试验, 结果符合 BH4 缺乏症的特征;
- (4) 检测到 BH4D 基因致病性变异。

(六) 戈谢病

属于常染色体隐性遗传病。由于葡萄糖脑苷脂酶基因突变导致机体葡萄糖脑苷脂酶（又称酸性 β -葡萄糖苷酶）活性缺乏，造成其底物葡萄糖脑苷脂在巨噬细胞溶酶体中贮积，临床表现多脏器受累并呈进行性加重。又称葡萄糖脑苷脂病、高雪氏病、家族性脾性贫血、脑武病、脑苷脂网状内皮细胞病等。戈谢病的诊断必须由保险人认可医院合格的专科医生做出，且被保险人的成纤维细胞葡萄糖脑苷脂（glucocerebroside, GC）活性测定和基因诊断结果应符合最新版国家卫生健康委《罕见病诊疗指南》诊断标准。

(七) 肌萎缩侧索硬化

指一种病因未明、主要累及大脑皮质、脑干和脊髓运动神经元的神经系统变性疾病。肌萎缩侧索硬化（ALS）的诊断必须由保险人认可医院合格的专科医生做出，并符合最新版国家卫生健康委《罕见病诊疗指南》诊断标准，且至少满足下列一项条件：

- (1) 通过临床或电生理检查，证实有 4 个区域中至少有 3 个区域同时存在上、下运动神经元同时受累的证据；
- (2) 通过临床或电生理检查，证实至少 1 个区域存在上、下运动神经元同时受累的证据，且满足 ALS 相关遗传物质辅助检测诊断结果。

(八) 脊髓性肌萎缩症

属于常染色体隐性遗传病。由于运动神经元存活基因 1 (survival motor neuron gene 1, SMN1) 突变导致 SMN 蛋白功能缺陷所致的遗传性神经肌肉病。SMA 以脊髓前角运动神经元退化变性和丢失导致的肌无力和肌萎缩为主要临床特征。脊髓性肌萎缩症的诊断必须由保险人认可医院合格的专科医生做出，且被保险人的基因检测和基因测序结果应符合最新版国家卫生健康委《罕见病诊疗指南》诊断标准。

(九) 克罗恩病

指一种慢性肉芽肿性肠炎，病理组织学检查具有特征性的克罗恩病（Crohn 病）变化，如贯穿肠壁各层的增殖性病变，并侵犯肠系膜和局部淋巴结。被保险人的组织病理学检查须具备典型的克罗恩病（Crohn 病）特点，且必须经过消化专科医生明确诊断。

(十) 黏多糖贮积症（I 型、II 型、IV 型）

属于染色体连锁隐性遗传病。由于降解糖胺聚糖（亦称酸性黏多糖，glycosaminoglycan, GAGs）的酶缺乏，导致不能完全降解的黏多糖在溶酶体中贮积。黏多糖贮积症的诊断必须由保险人认可医院合格的专科医生做出，且被保险人的酶学测定结果和基因分析结果应符合最新版国家卫生健康委《罕见病诊疗指南》诊断标准。

(十一) 血友病

指一种遗传性凝血功能异常的出血性疾病。本合同仅包括严重甲型血友病（缺乏 VIII 凝血因子）或严重乙型血友病（缺乏 IX 凝血因子），并且凝血因子 VIII 或凝血因子 IX 的活性水平小于 1%。被保险人必须经过血液专科医生明确诊断。

(十二) 严重原发性肺动脉高压

指各种原因导致的肺动脉压力持续性增高，进行性发展而导致的慢性疾病，达到美国纽约心脏病学会心功能状态分级 III 级及以上，但尚未到达 IV 级，且静息状态下肺动脉平均超过 25mmHg。

(十三) 原发性肉碱缺乏症

又称肉碱转运障碍或肉碱摄取障碍。是由于细胞膜上与肉碱高亲和力的肉碱转运蛋白基因突变所致的一种脂肪酸 β 氧化代谢病，为常染色体隐性遗传病。表现为血浆肉碱水平明显降低及组织细胞内肉碱缺乏，引起心脏、骨骼肌、肝脏等多系统损害。原发性肉碱缺乏症的诊断必须由保险人认可医院合格的专科医生做出，且被保险人的串联质谱检测结果和基因突变检测结果应符合最新版国家卫生健康委《罕见病诊疗指南》诊断标准。

【释义十七】循证治疗：Evidence-Based Practices，简称“EBP”，一般被翻译为“实证支持的干预方法”。EBP 的目的是通过应用实证支持的心理评估原则、个性化治疗、治疗关系和干预手段来提高心理治疗的有效性以及改善公共卫生。

【释义十八】慢性病：慢性病指满足下列条件之一的伤害、疾病或者症状：

- (一) 持续接受三个月以上的医学必需的治疗；
- (二) 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。

【释义十九】42 种妊娠并发症：包括

产前并发症（27 种）：妊娠高血压综合征、子痫前症、妊娠肝内胆汁瘀积症、前置胎盘、胎盘早剥、母婴血型不合、妊娠糖尿病、妊娠心肌梗死、妊娠静脉血栓栓塞、急性脂肪肝、妊娠剧吐、轮廓胎盘、血管前置、羊水过多、羊水过少、胎膜早破、胎儿宫内发育迟缓、胎儿宫内窘迫、妊娠期舞蹈症、脐带异常、妊娠合并骨软化病、妊娠合并皮质醇增多症、妊娠合并肠梗阻、围产期心肌病、妊娠合并溶血性尿毒症综合征、妊娠 HELLP 综合征、妊娠合并肺动脉高压；

产时并发症（8种）：子宫破裂、羊水栓塞、宫颈及阴道裂伤、子宫内翻、产后出血、产科休克、产科弥散性血管内凝血、羊膜腔感染综合征；

产后并发症（7种）：产褥期感染、产后尿潴留、乳腺炎、晚期产后出血、产后子宫感染、子宫复旧不全、产后抑郁。

【释义二十】分子矫正法治疗：是指在生物化学的基础上通过改变分子缺陷来恢复人体细胞最佳生化环境的疗法。该疗法通常使用自然物质，例如维他命、矿物质、酶和荷尔蒙等。

【释义二十一】探险活动：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，而故意使自己置身其中的行为。如极地探险、江河漂流、徒步穿越沙漠或人迹罕见的原始森林等活动。

【释义二十二】特技表演：指马术、杂技、驯兽等特殊技能。

【释义二十三】酒后驾驶：指经检测或鉴定，发生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醉酒后驾驶。

【释义二十四】无合法有效驾驶证驾驶：

被保险人存在下列情形之一者：

- (1) 无驾驶证或驾驶证有效期已届满；
- (2) 驾驶的机动车与驾驶证载明的准驾车型不符；
- (3) 实习期内驾驶公共汽车、营运客车或者载有爆炸物品、易燃易爆化学物品、剧毒或者放射性等危险物品的机动车，实习期内驾驶的机动车牵引挂车；
- (4) 持未按规定审验的驾驶证，以及在暂扣、扣留、吊销、注销驾驶证期间驾驶机动车；
- (5) 使用各种专用机械车、特种车的人员无国家有关部门核发的有效操作证，驾驶营业性客车的驾驶人无国家有关部门核发的有效资格证书；
- (6) 依照法律法规或公安机关交通管理部门有关规定不允许驾驶机动车的其他情况下驾车。

【释义二十五】驾驶无有效行驶证：

指下列情形之一：

- (1) 机动车被依法注销登记的；
- (2) 无公安机关交通管理部门核发的行驶证、号牌，或临时号牌或临时移动证的机动车；
- (3) 未在规定检验期限内进行机动车安全技术检验或检验未通过的机动车；
- (4) 依照法律法规或公安机关交通管理部门有关规定不允许机动车行驶的其他情况。

【释义二十六】保险费约定缴纳日：指保险合同生效日在每月的对应日。如果当月无对应的同一日，则以该月最后一日为对应日。

【释义二十七】未满期净保险费：

若保险费为一次性缴付的：未满期净保险费=保险费×[1-（保险单已经过天数/保险期间天数）]×（1-20%）。经过天数不足一天的按一天计算。

若保险费为分期缴付的：未满期净保险费=当期保险费×[1-（当期保障已过天数/当期保障总天数）]×（1-20%）。经过天数不足一天的按一天计算。

若本保险合同已发生保险金赔偿，则未满期净保险费为零。

【释义二十八】组织病理学检查：指通过局部切除、钳取、穿刺等手术方法，从患者机体采取病变组织块，经过包埋、切片后，进行病理检查的方法。

通过采集病变部位脱落细胞、细针吸取病变部位细胞、体腔积液分离病变细胞等方式获取病变细胞，制成涂片，进行病理检查的方法，属于细胞病理学检查，不属于组织病理学检查。

【释义二十九】TNM 分期： TNM 分期采用 AJCC 癌症分期手册标准。该标准由美国癌症联合委员会与国际抗癌联合会 TNM 委员会联合制定，是目前肿瘤医学分期的国际通用标准。T 指原发肿瘤的大小、形态等；N 指淋巴结的转移情况；M 指有无其他脏器的转移情况。

【释义三十】甲状腺癌： 甲状腺癌的 TNM 分期采用现行的 AJCC 第八版定义标准，我国国家卫生健康委员会 2018 年发布的《甲状腺癌诊疗规范（2018 年版）》也采用此定义标准具体见下：

甲状腺乳头状癌、滤泡癌、低分化癌、Hürthle 细胞癌和未分化癌

pTX：原发肿瘤不能评估

pT0：无肿瘤证据

pT1：肿瘤局限在甲状腺内，最大径≤2cm

 T1a 肿瘤最大径≤ 1cm

 T1b 肿瘤最大径>1cm, ≤2cm

pT2：肿瘤 2~4cm

pT3：肿瘤>4cm，局限于甲状腺内或大体侵犯甲状腺外带状肌

pT3a：肿瘤>4cm，局限于甲状腺内

pT3b：大体侵犯甲状腺外带状肌，无论肿瘤大小

带状肌包括：胸骨舌骨肌、胸骨甲状腺、甲状舌骨肌、肩胛舌骨肌

pT4：大体侵犯甲状腺外带状肌

pT4a：侵犯喉、气管、食管、喉反神经及皮下软组织

pT4b：侵犯椎前筋膜，或包裹颈动脉、纵隔血管

甲状腺髓样癌

pTX：原发肿瘤不能评估

pT0：无肿瘤证据

pT1：肿瘤局限在甲状腺内，最大径≤2cm

 T1a 肿瘤最大径≤1cm

 T1b 肿瘤最大径>1cm, ≤2cm

pT2：肿瘤 2~4cm

pT3：肿瘤>4cm，局限于甲状腺内或大体侵犯甲状腺外带状肌

pT3a：肿瘤>4cm，局限于甲状腺内

pT3b：大体侵犯甲状腺外带状肌，无论肿瘤大小

带状肌包括：胸骨舌骨肌、胸骨甲状腺、甲状舌骨肌、肩胛舌骨肌

pT4：进展期病变

pT4a：中度进展，任何大小的肿瘤，侵犯甲状腺外颈部周围器官和软组织，如喉、气管、食管、喉反神经及皮下软组织

pT4b：重度进展，任何大小的肿瘤，侵犯椎前筋膜，或包裹颈动脉、纵隔血管

区域淋巴结：适用于所有甲状腺癌

pNx：区域淋巴结无法评估

pN0：无淋巴结转移证据

pN1：区域淋巴结转移

pN1a：转移至 VI、VII 区（包括气管旁、气管前、喉前/Delphian 或上纵隔）淋巴结，可以为单侧或双侧。

pN1b：单侧、双侧或对侧颈淋巴结转移（包括 I、II、III、IV 或 V 区）淋巴结或咽后淋巴结转移。

远处转移：适用于所有甲状腺癌

M0：无远处转移

M1：有远处转移

乳头状或滤泡状癌（分化型）			
年龄<55岁			
	T	N	M
I 期	任何	任何	0
II 期	任何	任何	1

年龄 ≥55 岁			
I 期	1	0/x	0
	2	0/x	0
II 期	1~2	1	0
	3a~3b	任何	0
III 期	4a	任何	0
IVA 期	4b	任何	0
IVB 期	任何	任何	1
髓样癌 (所有年龄组)			
I 期	1	0	0
II 期	2~3	0	0
III 期	1~3	1a	0
IVA 期	4a	任何	0
	1~3	1b	0
IVB 期	4b	任何	0
IVC 期	任何	任何	1
未分化癌 (所有年龄组)			
IVA 期	1~3a	0/x	0
IVB 期	1~3a	1	0
	3b~4	任何	0
IVC 期	任何	任何	1

注：以上表格中“年龄”指患者病理组织标本获取日期时的年龄。

(本页结束)