

京东安联财产保险有限公司
少儿高端医疗保险条款（2025 互联网 B 款）
（报备文件编号：京东安联发（2025）255 号）
（注册号：C00005032512025081103793）

总则

第一条 保险合同构成

本保险合同由保险条款、投保文件及其他投保资料、保险单、批单等组成。凡涉及本保险合同的约定，均应采用书面形式。本保险合同仅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（见释义一）同意承保后，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

经保险人同意，凡投保时年龄在出生满 30 天至 17 周岁、身体健康、在中华人民共和国大陆境内（不包括港澳台地区）长期居住（见释义二）的所有国籍人士均可作为本保险合同的被保险人。

投保人应为被保险人的法定监护人。

第四条 受益人

除另有约定外，本保险合同保险金的受益人均为被保险人本人。

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 承保区域

本保险合同约定的保险区域为中华人民共和国境内（不包括港澳台地区），保险人仅对被保险人在约定的保险区域内发生的保险事故承担保险责任。

保险责任

第七条 本保险合同的保险责任分为必选责任和可选责任。投保人与保险人可约定单独投保必选责任，也可以在投保必选责任的同时投保可选责任，但不能单独投保可选责任。

第八条 住院及特定门诊医疗费用保险金（必选责任）

在保险期间内，若被保险人因遭受意外伤害，或在等待期（见释义三）后因初次出现症状（见释义四）或体征（见释义五）且确诊罹患疾病，在保险人指定或认可的医疗机构（见释义六，以下简称“医疗机构”或“医院”）接受住院治疗、特殊门诊治疗或门诊手术治疗的，保险人按下列约定给付住院及特定门诊医疗费用保险金：

（一）住院医疗费用保险金

被保险人经医疗机构诊断必须住院（见释义七）或门急诊留观治疗的，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（见释义八）的住院或门急诊留观医疗费用，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。

住院医疗费用包括：

- 1、**急诊室费：**指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、门急诊留观：**即留院观察，指在病情未稳定、但未达到住院标准时，患者在医院接受观察和治疗的医疗服务。时间不超过 12 小时的门诊雾化、门诊输液、腹泻留观不属于门急诊留观范围（起算时间以接受相关治疗之时为准）。
- 3、床位费：**指被保险人使用医院床位费用（包括门急诊留观产生的床位费，不高于标准单人病房，不含套房；若某一医院的病房有两种或以上符合定义的病房，则应按其中最便宜的病房计算床位费）。
- 4、住院陪床费：**指在被保险人住院期间，为其陪伴者而设的一张额外床的实际费用。
- 5、膳食费：**指住院期间根据医生的医嘱，由作为医院内部专属部门的、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，也可以合并并在病房费等其他款项内。**非医疗账单内的膳食费，保险人不承担保险责任。**
- 6、护理费：**指根据医嘱所示的护理等级确定的护理费用。
- 7、重症监护室床位费：**指出于医学必需被保险人使用的医院重症监护室床位的费用。
- 8、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，含挂号费或医事服务费。
- 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，包括检查费、妇检费、X 光费、心电图费、B 超费、脑电图费、内窥镜费、肺功能仪费、分子生化检查费和血、尿、便常规检查费等。
- 10、大型检验检查：**被保险人在接受门急诊治疗期间实际发生的，由医生或专业医技人员实施的以诊断疾病为目的、采取必要的医学手段进行**大型检查检验项目（见释义九）**而产生的费用。
- 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、药品费：**指实际发生的合理且必要的由医生开具处方的、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处方药品的费用，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（肿瘤免疫疗法不受此限），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，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、术中用药费、手术设备费；若因器官移植而发生的手术费用，不包括器官本身的费用和获取器官过程中的费用。
- 14、耐用医疗设备费：**指被保险人在治疗期间实际发生的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，以及非医疗必需的设备。

- 15、救护车费：**在紧急情况下，出于医疗必要，以专业地面救护车将被保险人运至就近医疗机构所发生的必需且合理的救护车运送费用，不包括空中或水上救护车服务。

（二）特殊门诊医疗费用保险金

在保险期间内，若被保险人在等待期后因初次出现症状或体征且确诊罹患疾病的，对于被保险人在医疗机构接受特殊门诊治疗，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，按保险单载明的比例给付。

本项特殊门诊医疗范围包括：

1、恶性肿瘤一重度（见释义十）门诊治疗，包括：

（1）**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；

（2）**放射疗法（仅限外部放射疗法）：**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；

（3）**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需经过国家药品监督管理局批准用于临床治疗；

（4）**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需经过国家药品监督管理局批准用于临床治疗；

（5）**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需经过国家药品监督管理局批准用于临床治疗。

2、质子重离子医疗费：指被保险人因接受质子重离子疗法（释义十一）而发生的相关费用，包括定位及制定放疗计划费用以及质子、重离子放射治疗实施费用。

3、重大器官移植术或造血干细胞移植术后门诊抗排异治疗。

4、肾脏透析治疗。

（三）门诊手术医疗费用保险金

在保险期间内，被保险人经医疗机构医生诊断无需过夜住院（不占用病床的方式）而接受门诊手术（不含局部麻醉手术）所发生的医疗费用，对于需被保险人个人支付的、必需且合理的门诊手术费，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。

门诊手术费包括外科医生费、手术室费、恢复室费、麻醉费、手术监测费、手术辅助费、材料费、一次性用品费、术中用药费、手术设备费。

保险人对上述（一）到（三）项医疗费用保险金的累积给付金额之和以本保险合同约定的住院及特定门诊医疗费用保险金额为限，当保险人保险期间内累积给付金额达到该保险金额时，保险人对被保险人在本项下的保险责任终止。

第九条 一般门急诊医疗费用保险金（必选责任）

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首次确诊罹患疾病，在保险人指定或认可的医疗机构进行门急诊治疗的（不含门急诊留观治疗、特殊门诊治疗和门诊手术治疗），保险人对于需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。

门急诊医疗费用包括：

- （一）**急诊室费：**
- （二）**诊疗费及医生费：**指医生为患者提供诊疗服务而收取的费用，包括诊疗费，专家诊疗费、挂号费等；
- （三）**检查检验费：**指被保险人在接受门急诊治疗期间实际发生的，由医生或专业医技人员实施的以诊断疾病为目的、采取必要的医学手段进行检查及检验而产生的费用，包括X光费、心电图费、B超费、分子生化检验费和血、尿、便常规检验费等；
- （四）**大型检查检验费：**指被保险人在接受门急诊治疗期间实际发生的，由医生或专业医技人员实施的以诊断疾病为目的、采取必要的医学手段进行大型检查检验项目而产生的费用。
- （五）**处方药品费：**指依据医师的处方开具的药品的费用。每次门诊开药量以三十日为上限，每次门诊开药量应当与开药时间间隔相匹配；
- （六）**耐用医疗设备租赁费：**不含耐用医疗设备购买费用；
- （七）**中医治疗和物理治疗费（可选责任）：**指由具有相应医疗资质的专业医师实施的中医治疗、针灸治疗、顺势疗法、康复理疗和脊柱指压治疗。中医治疗和物理治疗费为可选责任，由投保人和保险人在投保时约定并载于保险单中。
物理治疗指应用人工物理因子（如光、电、磁、声、温热、寒冷、力等）来治疗疾病的方法，包括电疗、光疗、磁疗、热疗、冷疗、水疗，超声波疗法以及功能训练和手法治疗。

一般门急诊医疗费用保险金的各类型医疗费用的次限额、累计给付金额及给付次数由双方约定并载明于保险单，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。

第十条 健康检查及疫苗责任（可选责任）

当投保人为被保险人选择投保健康检查及疫苗责任后，保险人按下述约定承担被保险人实际发生的有关健康检查和疫苗费用。

（一）健康检查责任

在保险期间内，被保险人因身体需要而在保险人指定或认可的健康检查及疫苗医疗机构（释义十二）（首次就诊选定一个医疗机构品牌并前往就医后，不得再转至其他品牌；同一品牌选定院区并前往就医后，不得再转至其他院区）进行有关检查及相关检查化验，对于被保险人实际发生的有关检查费用，保险人将在本项责任的限额范围内给付保险金。

（二）疫苗费用赔偿责任

在保险期间内，被保险人因身体需要而在保险人指定或认可的健康检查及疫苗医疗机构（首次就诊选定一个医疗机构品牌并前往就医后，不得再转至其他品牌；同一品牌选定院区并前往就医后，不得再转至其他院区）注射根据国家免疫规划疫苗儿童免疫程序指导下批准认证的、非实验性质的疫苗（不包括应急接种（见释义十三）），对于被保险人实际发生的有关疫苗费用及注射费用，保险人将在本项责任的限额范围内给付保险金。

具体赔付限额、免赔额、赔付比例、赔付次数由投保人和保险人在投保时约定并载于保险单中。

若投保人为被保险人选择投保健康检查及疫苗保障责任的，保险人在上述“一般门急诊医疗费用保险金”以及“健康检查及疫苗责任”两项责任项下的累计最高赔偿金额以保险单所载的一般门急诊医疗费用保险金额为限。

第十一条 指定医疗机构及院外购药特殊约定

关于前述“住院及特定门诊医疗费用保险金”保险责任，如果因保险人指定或认可的医疗机构缺乏被保险人治疗所必需的相关药品，而被保险人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购买药品而发生的费用，视同被保险人在保险人指定或认可的医疗机构发生的费用。

关于前述“一般门急诊医疗费用保险金”及“健康检查及疫苗责任”保险责任，不包含保险人指定或认可的医疗机构内的医生开具的当前治疗必需的药品处方中所列的，但被保险人无法在保险人指定或认可的医疗机构内获得的药品、医用材料或者任何其他医疗项目。

费用补偿原则

第十二条 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

第十三条 免赔额

本保险合同所指免赔额含年免赔额和次免赔额，指在保险期间内，应由被保险人自行承担、保险人不予赔偿的部分。被保险人从社保途径和非社保途径已获得的医疗费用补偿也可用于抵扣免赔额。各类医疗费用的免赔额（如重大疾病（见释义十四）免赔额）由双方约定，并载于保险单。

责任免除

第十四条 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、被保险人在初次投保或非连续投保前所患有的既往病症（见释义十五）及其并发症，但投保时如实告知并经保险人审核同意承保的不在此限；
- 2、等待期内罹患的疾病或等待期内接受检查但在等待期后确诊的疾病；
- 3、未经中国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；
- 4、投保人或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；
- 5、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，或被保险人本人未亲自前往医疗机构就医产生的费用，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所产生的费用，不在执业范围的医疗服务费用；
- 7、先天性疾病和症状（见释义十六），遗传性疾病，先天性畸形或染色体异常引起的医疗费用；
- 8、精神和行为障碍（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）的治疗和康复所产生的费用；

- 9、被保险人感染艾滋病病毒（HIV）或患艾滋病（AIDS）（见释义十七）（上述定义，应按世界卫生组织所订的定义为准，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）；
- 10、基因咨询、筛查、检查及其他相关费用，但恶性肿瘤治疗所必需的基因检测费用不受此限；
- 11、过敏源检测相关费用，但经保险人或其授权的第三方管理机构批准的情形不在此限；
- 12、各种自用的按摩保健和治疗用品：颈托（急救中使用的颈托不在此限）、腰托、胃托、肾托、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；
- 13、矫正鞋或其他脚支撑器材费（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），任何用于治疗弱足、矫形足、不稳足、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）医疗费用；但因意外伤害引起的诊疗，或有关骨外露、肌腱或韧带的手术不在此限；
- 14、生长激素治疗及其他相关费用，但经保险人或其授权的第三方管理机构批准的情形不在此限；
- 15、因儿童行为或发育问题所导致的诊疗费用，包括但不限于学习障碍、多动症、注意力集中缺陷、语言障碍矫正、头型检查、髋关节发育检查；
- 16、各种医疗鉴定费用，包括但不限于医疗事故鉴定、精神病鉴定、各种验伤鉴定、亲子鉴定、遗传基因鉴定等；
- 17、包皮环切术、包皮剥离术、包皮气囊扩张术、包皮环口扩张、粘连松解术费用及其并发症和其他任何包皮切除相关费用；
- 18、因疲劳、乏力而产生的任何费用；因睡眠紊乱而产生的任何费用，包括但不限于鼾症、失眠、睡眠呼吸暂停低通气综合征及睡眠测试；
- 19、儿童身体和心理发育迟缓、性早熟、学习障碍、行为问题的治疗、评估和评级费用；
- 20、任何因内外科手术或其他医疗行为导致的伤害；
- 21、任何因酗酒（见释义十八）、滥用酒精、吸毒、使用管制药物、非法药物、非医生处方要求药物或者非医生处方要求用量药物导致的治疗及与其有关的并发症的治疗费用；
- 22、因任何原因导致的口腔科治疗费用，但经保险人或其授权的第三方管理机构批准的情形不在此限；
- 23、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）；
- 24、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；
- 25、各种健康检查或筛查（保险单约定承保的则不受此限），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；

26、 未经医生处方自行购买的药品和设备；

27、 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；

28、 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、康复科、康复病床、健康中心、天然治疗所、康复院、联合医院、诊所、精神病院、老人院、戒毒中心、戒酒中心、家庭病床（房）等非本保险合同规定的医疗机构接受的服务或治疗；

29、 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（见释义十九）；

30、 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，如激光美容、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、缩胸、减肥、增胖、增高等）费用；

31、 对良性皮肤损害（包括但不限于黄褐斑、皮肤白斑、色素沉着、雀斑、痣、疣、痤疮等）的治疗、祛除及其他相关费用；对浅表静脉曲张、蜘蛛脉、瘢痕、白癜风、纹身去除、皮肤变色的治疗、手术、并发症的治疗及其他相关费用；

32、 视力测试、屈光缺陷（包括近视、远视及散光）的任何医疗费用及配镜费用；

33、 被保险人因戒毒、戒酒、戒烟或以戒除成瘾为目的所发生的费用；

34、 器官移植供体费用、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；

35、 医疗咨询和健康预测（包括但不限于健康咨询、营养咨询、生长发育咨询、家庭咨询、性咨询）费用，智能测试、教育测试的医疗服务费；

36、 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；

37、 核爆炸、核辐射或核污染；化学污染；

38、 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。

（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，在训练或比赛期间；

2、 被保险人进行滑翔翼、滑翔伞、跳伞、探险活动（见释义二十）、非固定路线洞穴探险、特技表演（见释义二十一），任何海拔 6000 米以上的户外运动及潜水深度大于 18 米的活动期间；

- 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；
- 4、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。

保险金额和保险费

第十五条 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。保险金额由投保人、保险人双方约定，并在保险单中载明。

投保人须按本保险合同约定支付保险费。

本保险合同保险费支付方式由投保人投保时选择确定，并在保险单上载明。缴费途径为通过互联网线上支付。

若投保人选择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。

若投保人选择分期缴付保险费，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（见释义二十二）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延长期内补缴保险费，如被保险人在延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延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。如投保人在延长期届满时仍未缴纳当期保险费的，保险合同自上一期保险费对应保险期间届满之日的次日零时起终止，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。

延长期由投保人与保险人协商确定，并在保险单中载明。

保险期间

第十六条 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

第十七条 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。

保险人义务

第十八条 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

第十九条 投保人、被保险人义务

除另有约定外，投保人应当按照本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。

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。

保险金申请与给付

第二十条 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。此外，根据保险合同的约定，被保险人需自行承担的免赔额或按比例自付的部分，同样需要被保险人直接与网络医疗机构进行结算。

2、非直付项目适用

保险金申请人（见释义二十三）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） 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。此类检查费用由保险人承担。

（二）网络医疗机构服务

保险人建立医疗服务网络，并将定期或者不定期向投保人和被保险人通报相关信息。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时产生的、不属保险责任范围且应由被保险人负担但保险人已代为垫付的医疗费用，被保险人应在接到保险人或者其授权第三方管理机构通知后三十日内退还相应款项。若被保险人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可停止向被保险人提供直付服务。

（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五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、 所有住院、留观（病房）和手术治疗；
- 2、 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；
- 3、 大型检查检验项目，或单价在人民币 5000 元以上的检查或治疗项目；
- 4、 任何单次治疗超过人民币 3000 元的针剂或药品；
- 5、 购买或者租用非一次性耐用医疗设备，包括但不限于雾化器及其配套器械；
- 6、 虽不符合前述第 1 至 5 点医疗项目，但预期保险期间内累计医疗费用超过 3 万元的任何治疗、检查项目。

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，被保险人有责任自行承担 40% 的医疗费用，且保险人保留不承担相关保险责任的权利。

发生紧急情况的，被保险人可以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

第二十一条 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。

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到期净保险费（见释义二十四）。若保险人已给付过任何保险金，则未到期净保险费为零。

第二十二條 爭議處理和法律適用

因履行本保險合同發生的爭議，由當事人協商解決。協商不成的，提交保險單載明的仲裁機構仲裁；保險單未載明仲裁機構或者爭議發生後未達成仲裁協議的，依法向人民法庭起訴。

與本保險合同有關的以及履行本保險合同產生的一切爭議處理適用中華人民共和國法律（不包括港澳台地區法律）。

釋義

第二十三條 釋義

【釋義一】**保險人：**指與投保人簽訂本保險合同的京東安聯財產保險有限公司及其分支機構。

【釋義二】**長期居住：**指在投保前1年內以及在保險期間內，在中國大陸境內（不含港澳台）累計居住時間不少於相應時間段的三分之二。新生兒則指自出生之日起至投保時，累計居住的時間不少於該時間段的三分之二。

【釋義三】**等待期：**又稱觀察期或免責期，以保險單約定時間為準。等待期自本保險合同生效之日起計算，在等待期內發生保險事故的，保險人不承擔補償保險金的責任。

【釋義四】**症狀：**指被保險人病後對機體生理功能異常的自身體驗和感覺。

【釋義五】**體征：**指被保險人的体表或內部結構發生可以察覺的改變。

【釋義六】**保險人指定或認可的醫療機構：**指在中國大陸境內（不含港澳台）合法的公立醫院，及保險人指定的私立醫院和有互聯網醫院資質的醫療機構。保險人指定的私立醫院和有互聯網醫院資質的機構清單將在保險單上載明，保險人保留保險期間調整該醫院清單的權利，被保險人可登錄保險人指定的互聯網站或致電查詢相關信息。

本保險合同中所指醫療機構不包括以下或類似的醫療機構：

- 1、精神病院；
- 2、老人院、療養院、戒毒中心和戒酒中心；
- 3、健康中心或天然治療所、療養或康復院。

【釋義七】**住院：**是指被保險人因意外傷害或疾病而入住醫院之正式病房接受全日24小時監護治療的過程，並正式辦理入院手續。但不包括下列情況：

- 1、被保險人入住康復科、康復病床或接受康復治療；
- 2、被保險人住院期間一天內未接受與入院診斷相關的檢查和治療，或一天內住院不滿二十四小時；但遵醫囑到外院接受臨時治療的除外；
- 3、被保險人住院體檢；
- 4、掛床住院及其他不合理的住院。掛床住院指辦理正式住院手續的被保險人，在住院期間每日非24小時在床、在院。具體表現包括在住院期間連續若干日無任何治療，只發生護理費、診療費、床位費等情況。

【釋義八】**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。

对是否医学必需由保险人根据客观、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。

【释义九】大型检查检验项目：包括计算机断层扫描（CT）、计算机辅助断层血管成像（CTA）、正电子发射计算机断层扫描（PET，包括PET/CT、PET/MRI）、单光子发射计算机断层扫描（SPECT）、核磁共振检查（MRI）、磁共振血管成像（MRA）、磁共振胰胆管成像（MRCP）、造影类检查、穿刺类检查、内窥镜检查（包含胶囊内镜）、肺通气显像、近红外脑功能成像、激光共聚焦扫描、放射性核素显影。

【释义十】恶性肿瘤一重度：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（见释义二十五）（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-O-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-O-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-O-3不一致的情况，以ICD-O-3为准。

下列疾病不属于“恶性肿瘤一重度”，不在保障范围内：

（1）ICD-O-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（见释义二十六）为I期或更轻分期的甲状腺癌（甲状腺癌的TNM分期见释义二十七）；

（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 $ki-67 \leq 2\%$ ）或更轻分级的神经内分泌肿瘤。

【释义十一】质子重离子疗法：指应用质子放射线或者重离子放射线治疗肿瘤的方法，质子指氢原子剥去电子后带有正电荷的粒子，重离子指比电子重的粒子。本合同所指的质子重离子放射治疗是指被保险人根据医嘱，在本合同指定医疗机构的专门治疗室内接受的质子重离子放射治疗。

【释义十二】保险人指定或认可的健康检查及疫苗医疗机构：指保险人与投保人协商确定的健康检查及疫苗医疗机构，以保险单载明的约定清单为准，保险人保留调整医院清单的权利，被保险人可登录保险人指定的互联网站

或致电查询相关信息。同一个保险期间内，被保险人首次就诊选定一个医疗机构品牌并前往就医后，不得再转至其他品牌。

【释义十三】应急接种：应急接种通常是在传染病疫情发生时，为了控制疫情的传播而对特定人群进行的预防接种，如乙肝疫苗的应急接种、麻疹疫苗的强化免疫、脊灰疫苗的补种及应急接种。

【释义十四】重大疾病：本保险合同所规定的重大疾病指被保险人发生符合以下疾病定义所述条件的疾病、疾病状态或手术，应当由专科医生明确诊断。

以下疾病名称仅供理解使用，具体保障范围以每项疾病具体定义为准。

（一）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（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-O-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-O-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 分期为 I 期或更轻分期的甲状腺癌；

（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（核分裂像<10/50 HPF 和 ki-67≤2%）或更轻分级的神经内分泌肿瘤。

（二）较重急性心肌梗死

急性心肌梗死指由于冠状动脉闭塞或梗阻引起部分心肌严重的持久性缺血造成急性心肌坏死。急性心肌梗死的诊断必须依据国际国内诊断标准，符合（1）检测到肌酸激酶同工酶（CK-MB）或肌钙蛋白（cTn）升高和/或降低的动态变化，至少一次达到或超过心肌梗死的临床诊断标准；（2）同时存在下列之一的证据，包括：缺血性胸痛症状、新发生的缺血性心电图改变、新生成的病理性 Q 波、影像学证据显示有新出现的心肌活性丧失或新出现局部室壁运动异常、冠脉造影证实存在冠状动脉血栓。

较重急性心肌梗死指依照上述标准被明确诊断为急性心肌梗死，并且必须同时满足下列至少一项条件：

（1）心肌损伤标志物肌钙蛋白（cTn）升高，至少一次检测结果达到该检验正常参考值上限的 15 倍（含）以上；

（2）肌酸激酶同工酶（CK-MB）升高，至少一次检测结果达到该检验正常参考值上限的 2 倍（含）以上；

（3）出现左心室收缩功能下降，在确诊 6 周以后，检测左室射血分数（LVEF）低于 50%（不含）；

（4）影像学检查证实存在新发的乳头肌功能失调或断裂引起的中度（含）以上的二尖瓣反流；

（5）影像学检查证实存在新出现的室壁瘤；

（6）出现室性心动过速、心室颤动或心源性休克。

其他非冠状动脉阻塞性疾病所引起的肌钙蛋白（cTn）升高不在保障范围内。

（三）严重脑中风后遗症

指因脑血管的突发病变引起脑血管出血、栓塞或梗塞，须由头颅断层扫描（CT）、核磁共振检查（MRI）等影像学检查证实，并导致神经系统永久性的功能障碍。神经系统永久性的功能障碍，指疾病确诊 180 天后，仍遗留下列至少一种障碍：

（1）一肢（含）以上肢体（见释义二十八）肌力（见释义二十九）2 级（含）以下；

（2）语言能力完全丧失，或严重咀嚼吞咽功能障碍（见释义三十）；

（3）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（见释义三十一）中的三项或三项以上。

（四）重大器官移植术或造血干细胞移植术

重大器官移植术，指因相应器官功能衰竭，已经实施了肾脏、肝脏、心脏、肺脏或小肠的异体移植手术。

造血干细胞移植术，指因造血功能损害或造血系统恶性肿瘤，已经实施了造血干细胞（包括骨髓造血干细胞、外周血造血干细胞和脐血造血干细胞）的移植手术。

（五）冠状动脉搭桥术（或称冠状动脉旁路移植术）

指为治疗严重的冠心病，已经实施了切开心包进行的冠状动脉血管旁路移植的手术。

所有未切开心包的冠状动脉介入治疗不在保障范围内。

（六）严重慢性肾衰竭

指双肾功能慢性不可逆性衰竭，依据肾脏病预后质量倡议（K/DOQI）制定的指南，分期达到慢性肾脏病 5 期，且经诊断后已经进行了至少 90 天的规律性透析治疗。规律性透析是指每周进行血液透析或每天进行腹膜透析。

（七）多个肢体缺失

指因疾病或意外伤害导致两个或两个以上肢体自腕关节或踝关节近端（靠近躯干端）以上完全性断离。

（八）急性重症肝炎或亚急性重症肝炎

指因肝炎病毒感染引起肝脏组织弥漫性坏死，导致急性肝功能衰竭，且经血清学或病毒学检查证实，并须满足下列全部条件：

- （1）重度黄疸或黄疸迅速加重；
- （2）肝性脑病；
- （3）B 超或其他影像学检查显示肝脏体积急速萎缩；
- （4）肝功能指标进行性恶化。

（九）严重非恶性颅内肿瘤

指起源于脑、脑神经、脑被膜的非恶性肿瘤，ICD-O-3 肿瘤形态学编码属于 0（良性肿瘤）、1（动态未定性肿瘤）范畴，并已经引起颅内压升高或神经系统功能损害，出现视乳头水肿或视觉受损、听觉受损、面部或肢体瘫痪、癫痫等，须由头颅断层扫描（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，且须满足下列至少一项条件：

- （1）已经实施了开颅进行的颅内肿瘤完全或部分切除手术；
- （2）已经实施了针对颅内肿瘤的放射治疗，如 γ 刀、质子重离子治疗等。

下列疾病不在保障范围内：

- （1）脑垂体瘤；
- （2）脑囊肿；
- （3）颅内血管性疾病（如脑动脉瘤、脑静脉畸形、海绵状血管瘤、毛细血管扩张症等）。

（十）严重慢性肝衰竭

指因慢性肝脏疾病导致的肝衰竭，且须满足下列全部条件：

- （1）持续性黄疸；
- （2）腹水；
- （3）肝性脑病；
- （4）充血性脾肿大伴脾功能亢进或食管胃底静脉曲张。

因酗酒或药物滥用导致的肝衰竭不在保障范围内。

（十一）严重脑炎后遗症或严重脑膜炎后遗症

指因患脑炎或脑膜炎导致的神经系统永久性的功能障碍。神经系统永久性的功能障碍，指经相关专科医生确诊疾病 180 天后，仍遗留下述至少一种障碍：

- （1）一肢（含）以上肢体肌力 2 级（含）以下；
- （2）语言能力完全丧失，或严重咀嚼吞咽功能障碍；
- （3）由具有评估资格的专科医生根据临床痴呆评定量表（CDR, Clinical Dementia Rating）评估结果为 3 分；
- （4）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。

（十二）深度昏迷

指因疾病或意外伤害导致意识丧失，对外界刺激和体内需求均无反应，昏迷程度按照格拉斯哥昏迷分级（GCS, Glasgow Coma Scale）结果为 5 分或 5 分以下，且已经持续使用呼吸机及其他生命维持系统 96 小时以上。

因酗酒或药物滥用导致的深度昏迷不在保障范围内。

（十三）双耳失聪-3 周岁始理赔

指因疾病或意外伤害导致双耳听力永久不可逆（见释义三十二）性丧失，在 500 赫兹、1000 赫兹和 2000 赫兹语音频率下，平均听阈大于等于 91 分贝，且经纯音听力测试、声导抗检测或听觉诱发电位检测等证实。

被保险人申请理赔时年龄必须在 3 周岁以上，并且提供理赔当时的听力丧失诊断及检查证据。

（十四）双目失明-3 周岁始理赔

指因疾病或意外伤害导致双眼视力永久不可逆性丧失，双眼中较好眼须满足下列至少一项条件：

- （1）眼球缺失或摘除；
- （2）矫正视力低于 0.02（采用国际标准视力表，如果使用其他视力表应进行换算）；
- （3）视野半径小于 5 度。

被保险人申请理赔时年龄必须在 3 周岁以上，并且提供理赔当时的双目失明诊断及检查证据。

（十五）瘫痪

指因疾病或意外伤害导致两肢或两肢以上肢体随意运动功能永久完全丧失。肢体随意运动功能永久完全丧失，指疾病确诊 180 天后或意外伤害发生 180 天后，每肢三大关节中的两大关节仍然完全僵硬，或肢体肌力在 2 级（含）以下。

（十六）心脏瓣膜手术

指为治疗心脏瓣膜疾病，已经实施了切开心脏进行的心脏瓣膜置换或修复的手术。

所有未切开心脏的心脏瓣膜介入手术不在保障范围内。

（十七）严重阿尔茨海默病

指因大脑进行性、不可逆性改变导致智能严重衰退或丧失，临床表现为严重的认知功能障碍、精神行为异常和社交能力减退等，其日常生活必须持续受到他人监护。须由头颅断层扫描（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，并经相关专科医生确诊，且须满足下列至少一项条件：

- （1）由具有评估资格的专科医生根据临床痴呆评定量表（CDR, Clinical Dementia Rating）评估结果为 3 分；
- （2）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。

阿尔茨海默病之外的其他类型痴呆不在保障范围内。

（十八）严重脑损伤

指因头部遭受机械性外力，引起脑重要部位损伤，导致神经系统永久性的功能障碍。须由头颅断层扫描（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。神经系统永久性的功能障碍，指脑损伤 180 天后，仍遗留下列至少一种障碍：

- （1）一肢（含）以上肢体肌力 2 级（含）以下；
- （2）语言能力完全丧失，或严重咀嚼吞咽功能障碍；
- （3）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。

（十九）严重原发性帕金森病

是一种中枢神经系统的退行性疾病，临床表现为运动迟缓、静止性震颤或肌强直等，经相关专科医生确诊，且须满足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。

继发性帕金森综合征、帕金森叠加综合征不在保障范围内。

（二十）严重Ⅲ度烧伤

指烧伤程度为Ⅲ度，且Ⅲ度烧伤的面积达到全身体表面积的 20% 或 20% 以上。体表面积根据《中国新九分法》计算。

（二十一）严重特发性肺动脉高压

指不明原因的肺动脉压力持续性增高，进行性发展而导致的慢性疾病，已经造成永久不可逆性的体力活动能力受限，达到美国纽约心脏病学会（New York Heart Association, NYHA）心功能状态分级（见释义三十三）Ⅳ级，且静息状态下肺动脉平均压在 36mmHg（含）以上。

（二十二）严重运动神经元病

是一组中枢神经系统运动神经元的进行性变性疾病，包括进行性脊肌萎缩症、进行性延髓麻痹症、原发性侧索硬化症、肌萎缩性侧索硬化症，经相关专科医生确诊，且须满足下列至少一项条件：

- （1）严重咀嚼吞咽功能障碍；
- （2）呼吸肌麻痹导致严重呼吸困难，且已经持续使用呼吸机 7 天（含）以上；
- （3）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。

（二十三）语言能力丧失-3 周岁始理赔

指因疾病或意外伤害导致语言能力完全丧失，经过积极治疗至少 12 个月（声带完全切除不受此时间限制），仍无法通过现有医疗手段恢复。

精神心理因素所致的语言能力丧失不在保障范围内。

被保险人申请理赔时年龄必须在 3 周岁以上，并且提供理赔当时的语言能力丧失诊断及检查证据。

（二十四）重型再生障碍性贫血

指因骨髓造血功能慢性持续性衰竭导致的贫血、中性粒细胞减少及血小板减少，且须满足下列全部条件：

（1）骨髓穿刺检查或骨髓活检结果支持诊断：骨髓细胞增生程度<正常的 25%；如≥正常的 25%但<50%，则残存的造血细胞应<30%；

（2）外周血象须具备以下三项条件中的两项：

①中性粒细胞绝对值 $<0.5 \times 10^9 / L$ ；

②网织红细胞计数 $<20 \times 10^9 / L$ ；

③血小板绝对值 $<20 \times 10^9 / L$ 。

（二十五）主动脉手术

指为治疗主动脉疾病或主动脉创伤，已经实施了开胸（含胸腔镜下）或开腹（含腹腔镜下）进行的切除、置换、修补病损主动脉血管、主动脉创伤后修复的手术。主动脉指升主动脉、主动脉弓和降主动脉（含胸主动脉和腹主动脉），不包括升主动脉、主动脉弓和降主动脉的分支血管。

所有未实施开胸或开腹的动脉内介入治疗不在保障范围内。

（二十六）严重慢性呼吸衰竭

指因慢性呼吸系统疾病导致永久不可逆性的呼吸衰竭，经过积极治疗 180 天后满足以下所有条件：

（1）静息时出现呼吸困难；

（2）0 肺功能第一秒用力呼气容积（FEV₁）占预计值的百分比<30%；

（3）在静息状态、呼吸空气条件下，动脉血氧分压（PaO₂）<50mmHg。

（二十七）严重克罗恩病

指一种慢性肉芽肿性肠炎，具有特征性的克罗恩病（Crohn 病）病理组织学变化，须根据组织病理学特点诊断，且已经造成瘘管形成并伴有肠梗阻或肠穿孔。

（二十八）严重溃疡性结肠炎

指伴有致命性电解质紊乱的急性暴发性溃疡性结肠炎，病变已经累及全结肠，表现为严重的血便和系统性症状体征，须根据组织病理学特点诊断，且已经实施了结肠切除或回肠造瘘术。

以上 28 种重大疾病为中国保险行业协会制定的《重大疾病保险的疾病定义使用规范（2020 年修订版）》中列明的疾病。

【释义十五】既往病症：指在本保险合同生效前罹患的被保险人已知或应该知道的有关疾病。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。

【释义十六】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遗传性疾病、出生缺陷、身体残疾、发育障碍等疾病和症状，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。

【释义十七】感染艾滋病病毒或患艾滋病：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。

【释义十八】酗酒：指非依赖性过度饮酒行为，满足以下任一条：

- 因饮酒导致重复性工作/生活失能（如旷工、斗殴）；
- 高危情境下饮酒（如驾驶前、高空作业前）；
- 因饮酒引发法律纠纷（如拘留）。

【释义十九】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】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。

【释义二十一】特技表演：指马术、杂技、驯兽等特殊技能。

【释义二十二】保险费约定缴纳日：指保险合同生效日在每个缴费期的对应日。如果当期无对应的同一日，则以该期最后一日为对应日。

【释义二十三】保险金申请人：指受益人或被保险人的继承人或依法享有保险金请求权的其他自然人。

【释义二十四】未到期净保险费：

若保险费为一次性缴付的：未到期净保险费=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：未到期净保险费=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过保险金给付，则未到期净保险费为零。

【释义二十五】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。

【释义二十六】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。

【释义二十七】甲状腺癌的 TNM 分期：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、胸骨甲状肌、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、喉返神经及皮下软组织

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 $\leq 2\text{cm}$
 T1a 肿瘤最大径 $\leq 1\text{cm}$
 T1b 肿瘤最大径 $> 1\text{cm}$, $\leq 2\text{cm}$
 pT2: 肿瘤 $2\sim 4\text{cm}$
 pT3: 肿瘤 $> 4\text{cm}$, 局限于甲状腺内或大体侵犯甲状腺外带状肌
 pT3a: 肿瘤 $> 4\text{cm}$, 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、胸骨甲状肌、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、喉返神经及皮下软组织
 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。

【释义二十八】肢体: 肢体是指包括肩关节的整个上肢或包括髋关节的整个下肢。

【释义二十九】肌力：指肌肉收缩时的力量。肌力划分为 0-5 级，具体为：

- 0 级：肌肉完全瘫痪，毫无收缩。
- 1 级：可看到或者触及肌肉轻微收缩，但不能产生动作。
- 2 级：肌肉在不受重力影响下，可进行运动，即肢体能在床面上移动，但不能抬高。
- 3 级：在和地心引力相反的方向中尚能完成其动作，但不能对抗外加阻力。
- 4 级：能对抗一定的阻力，但较正常人为低。
- 5 级：正常肌力。

【释义三十】语言能力完全丧失或严重咀嚼吞咽功能障碍：

语言能力完全丧失，指无法发出四种语音（包括口唇音、齿舌音、口盖音和喉头音）中的任何三种、或声带全部切除，或因大脑语言中枢受伤害而患失语症。

严重咀嚼吞咽功能障碍，指因牙齿以外的原因导致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。

【释义三十一】六项基本日常生活活动：六项基本日常生活活动是指：（1）穿衣：自己能够穿衣及脱衣；（2）移动：自己从一个房间到另一个房间；（3）行动：自己上下床或上下轮椅；（4）如厕：自己控制进行大小便；（5）进食：自己从已准备好的碗或碟中取食物放入口中；（6）洗澡：自己进行淋浴或盆浴。

六项基本日常生活活动能力的鉴定不适用于 0-3 周岁幼儿。

【释义三十二】永久不可逆：指自疾病确诊或意外伤害发生之日起，经过积极治疗 180 天后，仍无法通过现有医疗手段恢复。

【释义三十三】美国纽约心脏病学会（New York Heart Association, NYHA）心功能状态分级：美国纽约心脏病学会（New York Heart Association, NYHA）将心功能状态分为四级：

- I 级：心脏病病人日常活动量不受限制，一般活动不引起乏力、呼吸困难等心衰症状。
- II 级：心脏病病人体力活动轻度受限制，休息时无自觉症状，一般活动下可出现心衰症状。
- III 级：心脏病病人体力活动明显受限，低于平时一般活动即引起心衰症状。
- IV 级：心脏病病人不能从事任何体力活动，休息状态下也存在心衰症状，活动后加重。

（本页结束）

京东安联财产保险有限公司
旅行人身意外伤害保险条款（互联网版）
（报备文件编号：京东安联发（2023）264号）
（注册号：C00005032312023080122111）

一、合同构成

本保险合同由保险条款、投保单、保险单、保险凭证以及批单等组成。凡涉及本保险合同的约定，均应采用书面形式。

二、被保险人

应为符合本保险合同规定的**年龄**（见释义1）范围、身体健康、能正常工作或正常生活，法定住所地或经常居住地居于中华人民共和国**境内**（见释义2），其旅行行程开始和终止于中华人民共和国境内的自然人。本保险合同的被保险人可以为一人或数人，以保险单上所载的为准。

三、被保险人的减少

保险人（见释义3）将按以下约定减少本保险合同项下的被保险人：

1. 若保险人因承保风险发生重大变更而不接受某被保险人继续成为本保险合同的被保险人或投保人申请减少某一被保险人，则自其被取消被保资格之时起，本保险合同项下的被保险人将不再包含该被保险人，其被保资格将于当日二十四时丧失。除本保险合同另有约定外，保险人将退还按日计算的该被保险人项下相应的**未满期净保费**（见释义4）。
2. 当保险期间为一年时，则自某一被保险人达到本保险合同所约定的最高承保年龄后的首个保险单满期日的二十四时起，本保险合同项下的被保险人将不再包含该被保险人。
3. 若被保险人身故或本保险合同项下对被保险人的累计给付金额达到保险单所载该被保险人所对应的保险金额，则自其身故之日起或于本保险合同项下对其累计给付金额达其保险金额之日起，保险人对该被保险人的保险责任终止，本保险合同项下的被保险人将不再包含该被保险人。

四、投保人

应为具有完全民事行为能力的被保险人本人、对被保险人有保险利益的其他人。

五、受益人

（一）身故保险金受益人

订立本保险合同时，被保险人或投保人可指定一人或数人为身故保险金受益人。身故保险金受益人为数人时，应确定其受益顺序和受益份额；未确定受益份额的，各身故保险金受益人按照相等份额享有受益权。投保人指定受益人时须经被保险人同意。

被保险人死亡后，有下列情形之一的，保险金作为被保险人的遗产，由保险人依照相关法律的规定履行给付保险金的义务：

1. 没有指定受益人，或者受益人指定不明无法确定的；
2. 受益人先于被保险人死亡，没有其他受益人的；
3. 受益人依法丧失受益权或者放弃受益权，没有其他受益人的。

受益人与被保险人在同一事件中死亡，且不能确定死亡先后顺序的，推定受益人死亡在先。

被保险人或投保人可以变更身故保险金受益人，但需书面通知保险人，由保险人在本保险合同上批注。**对因身故保险金受益人变更发生的法律纠纷，保险人不承担任何责任。**

投保人指定或变更身故保险金受益人的，应经被保险人书面同意。被保险人为无民事行为能力人或限制民事行为能力人的，应由其监护人指定或变更身故保险金受益人。

（二）伤残保险金受益人

除另有约定外，本保险合同的伤残保险金的受益人为被保险人本人。

六、保险责任

在保险期间内，被保险人持有有效证件在境外（见释义 5）或境内旅行（见释义 6）时，因遭受意外伤害（见释义 7）事故（包含进行初级户外运动（见释义 8）时遭受的意外伤害事故）导致身故、伤残的，保险人依照下列约定给付保险金。

（一）身故保险责任

被保险人自事故发生之日起 180 日内因该事故身故的，保险人按保险金额给付身故保险金，对该被保险人的保险责任终止。

被保险人自该事故发生日起下落不明，后经人民法院宣告死亡的，保险人按保险金额给付身故保险金。但若被保险人被宣告死亡后生还的，保险金受领人应于知道或应当知道被保险人生还后 30 日内退还保险人给付的身故保险金。被保险人身故前保险人已给付本条第（二）款保险金的，身故保险金应扣除已给付的保险金。

（二）伤残保险责任

被保险人自该事故发生之日起 180 日内因该事故造成《人身保险伤残评定标准及代码》（标准编号为 JR/T 0083-2013，以下简称《伤残评定标准》）（见释义 9）所列伤残之一的，保险人按该《伤残评定标准》所列给付比例乘以意外伤害保险金额给付伤残保险金。如第 180 日治疗仍未结束的，按当日的身体情况进行伤残鉴定，并据此给付伤残保险金。

1. 当同一保险事故造成两处或两处以上伤残时，应首先对各处伤残程度分别进行评定，如果几处伤残等级不同，以最重的伤残等级作为最终的评定结论；如果两处或两处以上伤残等级相同，伤残等级在原评定基础上最多晋升一级，最高晋升至第一级。同一部位和性质的伤残，不应采用《伤残评定标准》条文两条以上或者同一条文两次以上进行评定。
2. 被保险人如在本次意外伤害事故之前已有伤残，保险人按合并后的伤残程度在《伤残评定标准》中所对应的给付比例给付伤残保险金，但应扣除原有伤残程度在《伤残评定标准》所对应的伤残保险金。

保险人对于每一被保险人的身故保险金和伤残保险金的给付总额，以保险单载明的该被保险人的意外伤害保险金额为限。一次或累计给付的保险金的总额达到意外伤害保险金额时，本保险对该被保险人的上述各项保险责任终止。

七、责任免除

因下列任一情形造成被保险人身故或伤残的，或具备下列任一情形/行为的，或在下列期间的，保险人不承担给付保险金责任：

1. 投保人或被保险人的故意行为；
2. 被保险人自致伤害或自杀，但被保险人自杀时为无民事行为能力人的除外；
3. 被保险人实施或企图实施违法行为、犯罪行为或拒捕；
4. 因被保险人挑衅或故意行为而导致的打斗、殴斗、被袭击或被谋杀；
5. 被保险人因精神错乱或失常而导致的意外；
6. 任何生物、化学、原子能武器，原子能或核能装置所造成的爆炸、灼伤、污染或辐射；
7. 被保险人妊娠、流产、分娩、不孕不育；
8. 被保险人疾病、药物过敏、猝死（见释义 10）；
9. 被保险人任何因整容、整形手术、内外科手术或其他医疗行为导致的伤害；
10. 被保险人未遵医嘱，私自服用、涂用、注射药物；
11. 保险合同生效前已存在的受伤及其并发症；
12. 被保险人进行滑翔翼、滑翔伞、跳伞、探险活动（见释义 11）、非固定路线洞穴探险、特技表演（见释义 12），任何海拔 6,000 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，不受本责任免除的限制；
13. 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（但除外在旅游景点的专业潜水教练指导下进行的休闲潜水活动）；
14. 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；
15. 被保险人参与执行军警任务或以执法身份执行任务；
16. 被保险人受雇于商业船舶并执行职务；于海军、空军、陆军服军役；职业性操作或测试任何种类交通工具；从事石油或化工业、森林砍伐业、建筑工程业、运输业、采掘业、采矿业、空中摄影、处理爆炸物、水上作业、高空作业（见释义 13）等职业活动期间；或任何涉及体力劳动或与操作、使用机器有关的工作期间；
17. 非法搭乘交通工具或搭乘未经保险事故发生地相关政府部门登记许可的交通工具；

18. 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；
19. 被保险人以接受医生（见释义 14）治疗或疗养为目的而进行旅行；被保险人违反医生的嘱咐而旅行或当被保险人在其身体条件不适宜于旅行时进行旅行；
20. 被保险人身体状况尚适宜旅行情况下未遵循主治医生建议立即返回中国境内或被保险人日常居住地或日常工作地做进一步治疗而导致病情恶化所引致的损失；
21. 战争（无论宣战与否）、军事行动、暴动或武装叛乱期间；
22. 被保险人醉酒或受毒品、管制药品（见释义 15）的影响期间；
23. 被保险人酒后驾车、无有效驾驶证驾驶（见释义 16）或驾驶无有效行驶证（见释义 17）的机动车期间；
24. 被保险人因受当地司法当局拘禁或被判入狱期间；
25. 投保本保险时被保险人已置身于中华人民共和国境外；
26. 被保险人食物中毒、中暑、高原反应特定疾病（见释义 18）及其并发症、潜水特定疾病（见释义 19）及其并发症；
27. 被保险人受细菌、病毒或寄生虫感染（包含流行疫病（见释义 20），及大规模流行疫病（见释义 21），但因受伤以致伤口脓肿者除外）。

八、保险金额和保险费

保险金额是保险人对保险单载明的被保险人在保险期间内承担给付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。投保人应该按照合同约定向保险人交纳保险费。

九、保险期间

本保险合同保险期间以保险人和投保人协商确定，以保险单载明的起讫时间为准。二十四小时为一日，以北京时间为准。

如投保全年多次往返保障计划，保险责任的开始时间为在保险期间内，被保险人每次离开其境内日常居住地或日常工作地所在的市级行政区域直接前往旅行目的地，终止于以下最先发生的时间：（1）该被保险人完成该次旅行后返回其境内日常居住地或日常工作地；（2）保险单或保险凭证所载保险期间届满；（3）保险人和投保人在本保险合同项下约定的保险人对被保险人每次旅行最长承保期间届满日。

如投保单次保障计划，保险责任的开始时间以下列情况中最迟发生的时间为准：（1）保险单所载的保险期间起始日；（2）被保险人在保险期间内离开其境内日常居住地或日常工作地所在的市级行政区域直接前往旅行目的地。该保险责任的终止时间以下列情况中最先发生的时间为准：（1）保险单或保险凭证所载保险期间届满；（2）该被保险人完成旅行后直接返回其境内日常居住地或日常工作地；但在境外旅行情形中，若该被保险人非因中转原因未直接返回境内日常居住地或日常工作地而在境内其它地方短暂停留的，则为该被保险人到达该暂时停留处。

十、保险期间的延长

如任何被保险人于本保险合同有效期内因不可抗力的原因，包括但不限于恶劣的天气情况、自然灾害、因罹患疾病或遭受意外事故而致严重身体伤害入住当地医疗机构并因此而导致其旅程延长，而本保险合同的保险期间已届满并逾期，保险人将按合理情况及需要免费自动延长本保险合同的保险期间，最长可至上述造成该被保险人旅程延长的原因不再对被保险人行程造成影响，被保险人直接返回其日常居住地或日常工作地结束旅程。

十一、保险人义务

1. 签发保单义务

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。

2. 补充索赔证明和资料的通知

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。

3. 及时核定、赔付义务

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、被保险人原因、情形异常复杂、需要等待第三方意见的除外。

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。

4. 先行赔付义务

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。

十二、投保人、被保险人义务

1. 交费义务

除另有约定外，投保人应当在保险合同成立时交清保险费。

2. 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。

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。

3. 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。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，均视为已发送给投保人。

4. 保险事故通知义务

投保人、被保险人或者保险金受益人知道保险事故发生后，应当在及时通知保险人。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（见释义 22）而导致的迟延。

十三、保险金申请

保险金申请人（见释义 23）向保险人申请给付保险金时，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。

（一）身故保险金申请

1. 保险金申请人的身份证明；

2. 警方出具的被保险人户籍注销证明、二级以上（含二级）和保险人认可的**医疗机构**（见释义 24）或警方出具的被保险人死亡证明书。若被保险人为宣告死亡，保险金申请人应提供人民法院出具的宣告死亡证明文件。如被保险人在境外身故的，需要提供中华人民共和国驻所在国使、领馆或保险事故发生地政府有关机构出具的被保险人死亡证明或验尸报告；

3. 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；

4. 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；

5. 若被保险人投保时未指定身故受益人，保险金申请人应提供法定继承人公证书；

6. 若是**商务旅行**（见释义 25），需被保险人的雇主提供的加盖公章的被保险人商务旅行的证明。

（二）伤残保险金申请

1. 被保险人身份证明；
2. 二级以上（含二级）或保险人认可的医疗机构或司法鉴定机构出具的伤残鉴定意见书；
3. 保险金申请人所能提供的其他与本项申请相关的材料；
4. 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；
5. 若是商务旅行，需被保险人的雇主提供的加盖公章的被保险人商务旅行的证明。

十四、身体伤残鉴定

被保险人因遭受意外伤害造成身体残疾，应在治疗结束后，由保险人认可的通过司法行政机关审批取得《司法鉴定许可证》的鉴定机构进行鉴定。

如果被保险人自遭受意外伤害之日起一百八十日治疗仍未结束，按第一百八十日的身体情况进行鉴定。

十五、身体检查及身故鉴定

在申请索赔期内，保险人有权要求被保险人作身体检查或提供有关检验报告。如被保险人身故，保险人有权要求对保险事故进行鉴定。

十六、特别赔偿限定

被保险人在同一旅程中就同一保险人的若同一个被保险人就同一旅行同时投保本保险公司 2 份（或以上）任何旅行险或航意险产品（不包括团体保险），且在不同产品中有相同保险利益的，则保险人仅按所投保产品中保额最高的一份保险合同承担该险别项下的赔偿责任；若各保险合同的保险金额相同，即只对其中一份做赔偿。对于其余保险合同给予退还保险费。

十七、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按法律规定，自其知道或者应当知道保险事故发生之日起计算。

十八、合同的解除

在本保险合同成立后，投保人可以书面形式通知保险人解除合同。投保人解除本保险合同时，应提供下列证明文件和资料：

1. 保险合同解除通知书；
2. 投保人身份证明。

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日二十四时或通知书上载明的合同终止时间（以较晚者为准）起，本保险合同的效力终止。但对于投保单次旅行保障计划的情形，如投保人按前述约定申请退保，应经保险人同意，并提供被保险人相应的未出行的证明。对于保险期间内无已发生保险金给付的被保险人，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费。但本保险合同已发生保险金给付的，未满期保险费为零。

十九、合同的争议处理

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。

二十、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）。

二十一、释义

释义 1：年龄

指被保险人在保单生效日期的上一个生日时的年龄。

释义 2：境内

指中华人民共和国大陆地区，不含香港特别行政区、澳门特别行政区及台湾地区。

释义 3：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 4：未到期净保费

未到期净保费=保险费×[1-(保险合同已生效的天数/保险合同保险期限的天数)]×(1-10%)。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，则未到期净保费为零。

释义 5：境外

指中华人民共和国大陆地区以外的国家和地区，包括香港特别行政区、澳门特别行政区及台湾地区。

释义 6：旅行

指被保险人出于休闲、商务或其他目的，到户籍所在地或经常居住地市级区域以外的地方，不超过一年的游览和逗留活动。

释义 7：意外伤害

指外来的、突发的、非本意的和非疾病的使身体受到伤害的客观事件。

释义 8：初级户外运动

包括户外旅游、远足徒步、健身娱乐登山、露营、山地和非山地定向运动、人工场地攀岩和下降、山地穿越、划船、游泳、拓展运动、自行车观景、人工场地轮滑、浮潜。

释义 9：《人身保险伤残评定标准及代码》

标准标号为 JR/T0083-2013，是由原中国保险监督管理委员会发布（保监发[2014]6 号）并经国家标准化委员会备案的中华人民共和国金融行业标准。

释义 10：猝死

外表看似健康的人由于潜在的疾病或者功能障碍所引起的突然的出乎意料的死亡，且医疗机构出具的被保险人死亡诊断为猝死。

释义 11：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 12：特技

指马术、杂技、驯兽等特殊技能。

释义 13：高空作业

二米或以上的高处作业（以中华人民共和国国家标准 GB/T3608-2008《高处作业分级》为准）的职业活动。

释义 14：医生

指除被保险人本人、其家庭成员或与被保险人有直接利益关系的人员以外的任何持有被认可并依据其执业国家之法律，正式注册及提供其认可执业医疗范围内之医生。

释义 15：管制药品

指根据有关法律法规被列为特殊管理的药品，包括但不限于麻醉药品，精神药品，毒性药品及放射性药品。

释义 16：无有效驾驶证

指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 17：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交通工具
- (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交通工具。未依法按时进行或通过机动车安全技术检验。

释义 18：高原反应特定疾病

指急性高原脑水肿、急性高原肺水肿、高原反应、和平原反应，其成立必须由医院相应专科医师确诊。

释义 19：潜水特定疾病

指潜水减压病、氮醉、及二氧化碳中毒，其成立必须由医院相应专科医师确诊。

释义 20：流行疫病

是指在某国家、地区或区域突然爆发并快速传播的传染性疾病。

释义 21：大规模流行疫病

指在整个洲际大陆或整个人类中流行的传染性疾病。

释义 22：不可抗力

指不能预见、不能避免并不能克服的客观情况。

释义 23：保险金申请人

指受益人或被保险人的继承人或依法享有保险金请求权的其他自然人。

释义 24：医疗机构

在中国大陆境内（不包括香港、澳门、台湾地区）的医疗机构是指合法的二级或二级以上公立医院或投保人与保险人协商共同指定的医院或医疗机构。

在中国大陆境外（包括香港、澳门、台湾地区）的医疗机构是指保险人认可的，根据所在国家法律合法成立、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其他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) 精神病院；
- (2) 老人院、疗养院、戒毒中心和戒酒中心；
- (3) 健康中心或天然治疗所、疗养或康复院。

释义 25：商务旅行

指被保险人经其雇主委派，从事以商务为目的的旅行。该旅行并不包括被保险人往来其日常居住地与日常工作地或被保险人的个人旅游或旅行。

（本页结束）

京东安联财产保险有限公司
附加仅承保境外旅行保险条款（互联网版）
（报备文件编号：京东安联发（2023）264号）
（注册号：C00005032322023080122211）

兹经双方理解并同意，本保险合同仅承保中国境外（包括港、澳、台地区，下同）旅行，保险责任开始时间和终止时间按照本附加合同约定如下：

一、全年多次往返保障计划

如投保全年多次往返保障计划，保险责任的开始时间：

在保险期间内，被保险人每次离开其境内日常居住地或日常工作地所在的地级市或直辖市市级行政区域或搭乘公共交通工具直接前往其境内日常居住地或日常工作地之外的境外旅行目的地。

保险责任终止于以下最先发生的时间：

1. 该被保险人完成该次旅行后直接返回其境内日常居住地或日常工作地，若被保险人非因中转原因未直接返回境内日常居住地或日常工作地而在境内其它地方短暂停留的，则为该被保险人到达该暂时停留处；
2. 保险单或保险凭证所载保险期间届满；
3. 投保人和保险人在本附加合同项下约定的保险人对被保险人每次旅行承担保险责任的最多天数届满。

二、单次保障计划

如投保单次保障计划，保险责任的开始时间以下列情况中最迟发生的时间为准：

1. 保险单或保险凭证所载的保险期间起始日；
2. 被保险人在本合同有效期内离开其中国境内（港、澳、台地区除外）日常居住地或日常工作地所在的地级市或直辖市市级行政区域或搭乘公共交通工具直接前往其境内日常居住地或日常工作地之外的境外旅行目的地。

保险责任的终止时间以下列情况中最先发生的时间为准：

1. 保险单或保险凭证所载保险期间届满；
2. 该被保险人完成旅行后出发离开旅行目的地直接返回其境内日常居住地或日常工作地，若被保险人非因中转原因未直接返回境内日常居住地或日常工作地而在境内其它地方短暂停留的，则为该被保险人到达该暂时停留处。

除非本附加合同另有约定，保险合同的所有其它约定均保持不变。

（本页结束）

京东安联财产保险有限公司
附加旅行医疗运送和送返保险条款（互联网专属版）
（报备文件编号：京东安联发（2024）203号）
（注册号：C00005031922024053011503）

一、附加保险合同订立

本附加保险合同（以下简称“本附加合同”）须附加于保险人主保险合同使用。本附加合同仅用于互联网渠道销售。除另有约定外，本附加合同的保险金受益人为被保险人本人。

二、保险责任

在保险期间内，被保险人持有有效证件在境内或境外旅行（见释义1）时，遭受主保险合同约定的意外伤害事故或罹患突发性疾病（见释义2）时，经保险人委托的救援机构或其授权代表（以下简称“救援机构”）从医疗角度认为有运送必要的，则将该被保险人运送至当地或其他就近地区符合治疗条件的医院；经救援机构从医疗角度认为有送返必要的，则将被保险人送返至其中国大陆境内的日常居住地或日常工作地。救援机构根据该被保险人身体状况或治疗需要，并参考医生建议，有权决定运送和送返手段和运送目的地。运送和送返手段包括配备专业医生、护士和必要的运输工具，运输工具可能包括空中救护机、救护车、普通民航班机、火车或其他适合的运输工具。

运送和送返费用包括救援机构安排的运输、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救援机构，费用总数最高以保险单所载明本附加合同项下该被保险人相应的保险金额为限。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负责支付。

任何未经救援机构批准并安排所发生的费用，保险人不负责支付。若在紧急医疗情况下，投保人、被保险人及其旅伴无法及时通知救援机构，保险人将有权根据投保人所选择的保险计划，以及在相同情况下由救援机构提供或安排服务所需要的合理费用标准就被保险人实际支出的相关费用进行赔偿。

被保险人拒绝救援机构所建议的救援程序，保险人将不承担因此而带来的任何后果。

三、责任免除

（一）主保险合同中所有责任免除（不包括责任免除（一）第26、27项）均适用于本附加合同，若主保险合同中责任免除与本附加合同有相抵触之处，则应以本附加合同为准。

（二）因下列情形之一，直接或间接导致被保险人需要医疗运送及送返的，或具备任一下列情形/行为的，保险人不承担赔偿责任：

1. 被保险人康复性治疗、物理治疗、安胎及分娩（包括剖腹产、流产及引产）、不孕不育治疗、妊娠、避孕及绝育手术；
2. 被保险人任何因整容、整形手术、内外科手术或其他医疗行为导致的伤害；
3. 被保险人健康护理（含体检、健康体检、疗养、特别护理或静养）等非治疗性的行为及无客观病征证明其不健康及以捐献身体器官或接受器官移植为目的的医疗行为；
4. 非意外伤害事故导致的任何牙科相关费用，包括但不限于洗牙、洁齿、牙齿镶补、牙齿修复、牙齿种植、牙齿整形矫形、牙科疾病、牙科治疗或手术；对非自然牙进行的任何治疗；被保险人先天性疾病（见释义3）和症状、遗传性疾病、先天性畸形或缺陷的治疗和康复；
5. 被保险人的既往病症（见释义4）及其并发症；
6. 精神疾病、错乱、失常；受酒精、毒品、管制药物影响或滥用、误用药物；
7. 药物过敏或其他医疗导致的伤害；
8. 未能取得医院或医生证明；
9. 根据救援机构的意见，可以不需医疗运送或送返而被保险人坚持进行的医疗运送或送返；
10. 任何因第三者提供服务而被保险人不需负责给付的费用或任何已包含在旅行收费中的费用；
11. 任何未经救援机构批准并安排的运送和送返费用；
12. 根据被保险人的主诊医生的意见，可以被合理延迟至被保险人返回境内后进行而被保险人坚持在境外进行的治疗或手术；
13. 非法搭乘交通工具或搭乘未经保险事故发生地相关政府部门登记许可的交通工具；
14. 被保险人以接受医生（见释义5）治疗或疗养为目的而进行旅行；被保险人违反医生的嘱咐而旅行或当被保险人在其身体条件不适宜于旅行时进行旅行；

15. 被保险人身体状况尚适宜旅行情况下未遵循主治医生建议立即返回中国境内或被保险人日常居住地或日常工作地做进一步治疗而导致病情恶化所引致的损失；

16. 投保本保险时被保险人已置身于中华人民共和国境外。

四、保险金额和保险费

保险金额是对被保险人每次旅行保险人承担给付保险金责任的最高限额。本附加合同的保险金额由投保人、保险人双方约定，并在保险单中载明。投保人应该按照本附加合同约定向保险人交纳保险费。缴费途径为通过互联网线上支付。

五、保险期间

本附加合同的“保险期间”同主保险合同一致。

六、被保险人义务

在保险期间内，被保险人发生保险责任范围内的保险事故需要紧急医疗运送和送返时，应立即拨打指定的救援电话与救援机构联系。

七、其他事项

（一）由于保险人及救援机构无法控制的原因，直接或间接造成无法履行或延误履行紧急救援责任的，保险人不承担相应责任。保险人无法控制的原因包括（但不限于）自然灾害、罢工、航班条件、战争、保险事故发生地或运送所在地的政府或国际组织行为以及其他不可抗力因素。

（二）保险人根据救援机构意见对紧急救援做出安排，有权拒绝任何不利于被保险人健康状况和安全的请求。

（三）对被保险人所进行的任何救助和服务都要遵守有关国际公约，以及相关国家和地区的法律规定。

八、本附加合同效力终止

本附加合同所附属的主保险合同效力终止，本附加合同效力即行终止。主保险合同无效，本附加合同亦无效。

九、其他条款的适用

本附加合同与主保险合同不一致之处，以本附加合同为准；本附加合同未尽之处，以主保险合同为准。

十、释义

释义 1：旅行

指被保险人出于休闲、商务或其他目的，到法定住所地或经常居住地市级区域以外的地方，不超过一年的游览和逗留活动。

释义 2：突发性疾病

指被保险人在保险期间内，在旅行时首次罹患的突发性疾病或出现的症状，并经医院医生诊断及证实被保险人罹患的疾病不适宜继续原定行程，但不包括本附加合同生效前罹患的任何疾病或出现的任何症状及任何慢性疾病。

释义 3：先天性疾病

指被保险人一出生就具有的疾病（症状或体征）。这些疾病是因人的遗传物质（包括染色体以及位于其中的基因）发生了对人体有害的改变而引起的，或因母亲怀孕期间受到内外环境中某些物理、化学和生物等因素的作用，使胎儿局部体细胞发育异常，导致婴儿出生时有关器官系统在结构或功能上呈现异常。

释义 4：既往病症

在本附加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：

- （1）本附加合同生效前，医生已有明确诊断，长期治疗未间断；
- （2）本附加合同生效前，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；
- （3）本附加合同生效前，医生已有明确诊断，但未接受任何治疗；

(4) 本附加合同生效前，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 5：医生

指除被保险人本人、其家庭成员或与被保险人有直接利益关系的人员以外的任何持有被认可并依据其执业国家之法律，正式注册及提供其认可执业医疗范围内之医生。

(本页结束)

京东安联财产保险有限公司
附加旅行医疗费用保险条款（互联网 A 版）
（报备文件编号：京东安联发〔2023〕264 号）
（注册号：C00005032522023080121731）

一、附加保险合同订立

本附加保险合同（以下简称“本附加合同”）须附加于保险人主保险合同使用。除另有约定外，本附加合同的保险金的受益人为被保险人本人。

二、保险责任

在保险期间内，被保险人持有有效证件在旅行期间，遭受主保险合同约定的意外伤害事故或在等待期（见释义 1）后罹患疾病，到本附加合同约定的医疗机构（见释义 2）进行治疗的，保险人按照本附加合同约定、在扣除保险单所载的免赔额后，按照保险单所载的赔付比例负责赔偿下述医疗费用：

（一）如意外伤害事故或罹患疾病发生在境外的，在意外伤害事故或罹患疾病发生之日起九十日内，被保险人在事故发生地所在国家或地区的医疗机构进行治疗所发生的、符合本附加合同的、实际支出的合理且必需的（见释义 3）医疗费用。

（二）如意外伤害事故或罹患疾病发生在境内的，在意外伤害事故或罹患疾病发生之日起九十日内，被保险人在境内医疗机构进行治疗所发生的、符合本附加合同的、实际支出的合理且必需的医疗费用。境内旅行期间罹患疾病的情况下发生的医疗费用以保险单或保险凭证中所载“境内旅行疾病医疗费用”保险金额为限。

（三）被保险人在境外旅行中遭受意外伤害或罹患疾病，并因此在境外接受了合格的专业医师诊治，直接导致被保险人回国后需在境内继续治疗的，则对于被保险人自意外伤害事故或罹患疾病发生之日起九十日内在境内医疗机构进行后续治疗所发生的、符合本附加合同的、实际支出的合理且必需的医疗费用，且同时适用以下约定：

1. 若被保险人没有公费医疗、社会医疗保险、其他费用补偿型医疗保险或被保险人未从公费医疗、社会医疗保险、其他费用补偿型医疗保险取得医疗费用补偿，则保险人按其在医疗机构内已支出的、合理且必需的医疗费用补偿被保险人，但以保险单所载本附加合同项下该被保险人相应的保险金额的 15%为限。

2. 若被保险人拥有且已从公费医疗、社会医疗保险或其他费用补偿型医疗保险取得医疗费用补偿，保险人按如下公式补偿，但以保险单所载本附加合同项下该被保险人相应的保险金额的 20%为限。

医疗费用保险金 = 在医疗机构内已支出的、合理且必需的医疗费用 - 任何已获得的医疗费用补偿

上述“任何已获得的医疗费用补偿”包括从公费医疗、社会医疗保险、所有商业性费用补偿型医疗保险、其他政府机构或社会福利机构等所取得的医疗费用补偿。

3. 保险人按上述规定赔付被保险人于境内发生的上述医疗费用为保险单上所载本附加合同项下的保险金额的一部分，而非增加该保险金额。

本附加合同承担的牙科治疗费用仅限于因遭受意外伤害事故导致的牙齿伤害，经本附加合同约定的医疗机构医生诊断，初次就诊而支付的合理紧急牙科治疗费用，包括医生诊断费、手术费、药费（仅限医生处方中用于减轻疼痛的药品）。

本附加合同项下保险人所负赔偿保险金的责任以保险单或保险凭证中所载的医疗费用保险金额为限，对被保险人一次或者累计赔偿的保险金达到该保险金额时，保险人对该被保险人在本附加合同项下的保险责任终止。

三、补偿原则和标准

本附加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附加合同的约定进行给付。经社保卡个人账户支出的部分视为个人支付，不属于已获得的医疗费用补偿。

四、责任免除

(一) 主保险合同中责任免除条款第 1 项至第 25 项均适用于本附加合同, 若主保险合同中责任免除与本附加条款有相抵触之处, 则应以本附加条款为准。

(二) 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/行为之一的, 保险人不承担赔偿责任:

1. 任何被保险人已从公费医疗、社会医疗保险、所有商业性费用补偿型医疗保险、其他政府机构或社会福利机构等已获得补偿的医疗费用;
2. 接种疫苗、安胎及分娩(含剖腹产)、流产(含任何原因所导致的流产和人工流产及引产)、不孕不育、妊娠(含宫外孕)、避孕或绝育手术等所产生的费用;
3. 脊椎病、疝气、痔疮、药物过敏;
4. 扁桃腺(体)、腺样体、生殖器官疾病手术;
5. 护理(陪护)费、伙食费、误工费及装配假眼、假牙、假肢、用于矫形、整容、安装残疾用具、聘用特别看护或私家看护的费用;
6. 任何因整容、整形手术、内外科手术或其他医疗行为导致的伤害所产生的医疗费用;
7. 健康护理(含体检、健康体检、疗养、特别护理、康复性治疗、物理治疗、心理治疗或静养)等非治疗性的行为及无客观病征证明其不健康及以捐献身体器官或组织为目的的医疗行为所产生的费用;
8. 移植人工器官或组织;
9. 非意外伤害事故导致的任何牙科相关费用, 包括但不限于洗牙、洁齿、牙齿镶补、牙齿修复、牙齿种植、牙齿整形矫形、牙科疾病、牙科治疗或手术; 对非自然牙进行的任何治疗;
10. 先天性疾病(见释义 4) 和症状、遗传性疾病、先天性畸形或缺陷的治疗和康复所产生的费用;
11. 精神病、精神分裂症、心理疾病、性病等的治疗和康复所产生的费用;
12. 既往病症(见释义 5) 及其并发症;
13. 若被保险人在保险合同生效前患有心脑血管疾病、高血压或糖尿病中的任一种疾病, 则此次旅行中出现的下列任一病症所产生的费用均不属于赔偿范围:
 - i. 脑溢血(含脑出血)及其并发症;
 - ii. 心肌梗塞、脑梗塞、肺栓塞、下肢静脉栓塞及其并发症;
 - iii. 心脏衰竭、呼吸衰竭及其并发症;
 - iv. 高血压、糖尿病及其并发症;
 - v. 冠心病或心绞痛(即心肌缺血)及其并发症;
14. 根据被保险人的主治医生或救援机构的意见, 可以被合理延迟至被保险人返回其原出发地(见释义 6) 后进行, 而被保险人坚持在当地进行治疗或手术所产生的费用;
15. 任何因当地急救组织或第三方提供服务而被保险人不需负责给付的费用或任何已包含在旅行收费中的费用;
16. 无当地医院出具原始发票或收据及医疗证明的费用;
17. 被保险人在境外遭受意外伤害事故或罹患疾病, 但未在当地经过医生诊治, 而在回原出发地后进行的任何门急诊及住院治疗所发生的费用, 经保险人同意的除外;
18. 被保险人遭受意外伤害事故或罹患疾病, 经过当地医生诊治, 但在回原出发地后进行的与本次意外伤害事故或疾病没有直接关系的门急诊及住院治疗所发生的费用;
19. 被保险人患艾滋病(AIDS)或感染艾滋病病毒(HIV 阳性)所发生的费用;
20. 受酒精、毒品、管制药物影响或滥用、误用药物所引起的医疗费用;
21. 被保险人旅行的目的是为了进行治疗或该旅行违背医嘱所发生的医疗费用;
22. 在境外进行的物理治疗、中医理疗、其他特殊疗法或中草药治疗(中草药治疗/中药材治疗).
 - i. 物理治疗是指应用人工物理因子(如光、电、磁、声等)来治疗疾病, 具体包括电疗、光疗、磁疗、热疗等;
 - ii. 中医理疗是指以治疗疾病为目的, 被保险人接受具有相应资格的医生实施的针灸治疗、推拿治疗、拔罐治疗或刮痧治疗;
 - iii. 其他特殊疗法包括顺势治疗、职业疗法、语音治疗、正骨治疗、足科治疗、营养治疗、脊椎指压治疗。

五、医疗押金担保服务

当被保险人在境外旅行中遭受意外伤害事故或罹患疾病时, 被保险人或其旅行同伴通知保险人委托的救援机构或其授权代表(以下简称“救援机构”)提供医疗服务咨询或安排住院时, 对于符合保险责任约定的担保住院期间发生的医疗押金, 在保险人授权的条件下, 救援机构在保险金额内负责为被保险人住院期间医疗费用进行担保。如果救

援机构无法安排住院医疗费用的担保事宜，当被保险人回到境内或原出发地后，经保险人批准确认，保险人将向被保险人支付相应的保险赔偿金。

六、保险金额和保险费

保险金额是保险人对被保险人每次旅行承担给付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。投保人应该按照本附加条款约定向保险人交纳保险费。

七、保险期间

除另有约定外，本附加合同的“保险期间”同主保险合同一致。

八、不保证续保

本附加合同为不保证续保合同，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。

九、保险金申请

（一）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、损失变动的，**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。保险金申请人向保险人申请给付保险金时，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. 索赔申请表；
2. 被保险人户籍证明或身份证明；
3. 医院出具的附有病理检查、化验检查及其他医疗仪器检查报告的医疗诊断证明、急诊、门诊、住院病历及医疗、费清单以及原始收费单据、出院小结原件；
4. 保险人认可的意外事故证明文件；
5. 若是商务旅行，需被保险人的雇主提供的加盖公章的被保险人商务旅行的证明；
6. 其他与确认保险事故的性质、原因、损失程度等有关的证明和资料。

（二）所有本附加合同的损失计算和保险金支付在涉及外国货币时，均折合人民币计算，并以人民币赔偿。有关汇率以保险事故发生日的中国银行挂牌外汇中间价为准。

（三）当赔付金额未达实际支出住院医疗费用的金额时，索赔申请人可以书面形式向保险人申请退还原始单据，保险人在加盖印章并注明已赔付金额后退还原始单据。

十、本附加合同效力终止

本附加合同所附属的主保险合同效力终止，本附加合同效力即行终止。主保险合同无效，本附加合同亦无效。

十一、其他条款的适用

本附加合同与主保险合同不一致之处，以本附加合同为准；本附加合同未尽之处，以主保险合同为准。

十二、释义

释义 1：等待期

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 2：医疗机构

在中国大陆境内（不包括香港、澳门、台湾地区）的医疗机构是指合法的二级或二级以上公立医院或投保人与保险人协商共同指定的医院或医疗机构。

在中国大陆境外（包括香港、澳门、台湾地区）的医疗机构是指保险人认可的，根据所在国家法律合法成立、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其他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。

本附加合同中所指医疗机构不包括以下或类似的医疗机构：

- (1) 精神病院；
- (2) 老人院、疗养院、戒毒中心和戒酒中心；
- (3) 健康中心或天然治疗所、疗养或康复院。

释义 3：合理且必需的

(1) 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。

(2) 医学必需：指医疗费用符合下列所有条件：

- 2.1) 治疗意外伤害或者疾病所必需的项目；
- 2.2) 不超过安全、足量治疗原则的项目；
- 2.3) 由医生开具的处方药；
- 2.4) 非试验性的、非研究性的项目；
- 2.5) 与接受治疗当地普遍接受的医疗专业实践标准一致的项目。

对是否医学必需由保险人根据客观、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 4：先天性疾病

指被保险人一出生就具有的疾病（症状或体征）。这些疾病是因人的遗传物质（包括染色体以及位于其中的基因）发生了对人体有害的改变而引起的，或因母亲怀孕期间受到内外环境中某些物理、化学和生物等因素的作用，使胎儿局部体细胞发育异常，导致婴儿出生时有关器官系统在结构或功能上呈现异常。

释义 5：既往病症

在本附加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：

- (1) 本附加合同生效前，医生已有明确诊断，长期治疗未间断；
- (2) 本附加合同生效前，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；
- (3) 本附加合同生效前，医生已有明确诊断，但未接受任何治疗；
- (4) 本附加合同生效前，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 6：原出发地

若被保险人进行的旅行目的地为中国大陆境内(不包括香港、澳门及台湾地区)，则原出发地指被保险人在中国大陆境内的日常居住地地级市；若被保险人进行的旅行目的地为中国大陆境外(包括香港、澳门及台湾地区)，则原出发地指中国大陆境内。

(本页结束)

京东安联财产保险有限公司

个人齿科医疗费用补偿保险条款（互联网版）

第一条 保险合同构成

本保险合同由保险条款、投保单及其他投保文件、保险单、批单等组成。凡涉及本保险合同的约定，均应采用书面形式。

第二条 保险合同的成立

投保人提出投保申请，经保险人（见释义一）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

经保险人同意，凡投保时年龄在出生满 30 天至 14 周岁、身体健康、在中华人民共和国大陆境内（不包括港澳台）长期居住（见释义二）的所有自然人均可作为本保险合同的被保险人。

投保人应为被保险人的监护人。

第四条 受益人

除另有约定外，本保险合同保险金的受益人均为被保险人本人。

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 保险责任

在保险期间内，保险人承担以下保险责任：

（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保险人指定医疗机构（见释义三）接受预防治疗的，保险人对被保险人由此发生的必需且合理（见释义四）的医疗费用，扣除约定的每次事故免赔额后按保险单载明的比例赔付预防治疗保险金。预防治疗的具体项目以保险单约定为准。

（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保险人指定医疗机构接受基础治疗的，保险人对被保险人由此发生的必需且合理的医疗费用，扣除约定的每次事故免赔额后按保险单载明的比例补偿基础治疗保险金。基础治疗的具体项目以保险单约定为准。

（三）正畸治疗保险责任

在保险期间内，被保险人罹患齿科疾病并在保险人指定医疗机构接受正畸治疗的，保险人对被保险人由此发生的必需且合理的医疗费用，扣除约定的每次事故免赔额后按保险单载明的比例补偿正畸治疗保险金。正畸治疗的具体项目以保险单约定为准。

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，一次或累计补偿各项保险金数额达到各自保险金额时，该项保险责任终止。

第七条 补偿原则

本保险合同为费用补偿型保险合同，适用医疗费用补偿原则。若被保险人已从其他途径（包括但不限

于社会基本医疗保险、公费医疗、工作单位、包括保险人在内的任何商业保险机构等）获得本保险合同责任范围内医疗费用补偿，保险人仅对被保险人实际发生的医疗费用扣除其从上述途径所获医疗费用补偿后的余额按照本保险合同的约定进行赔付。被保险人社保卡个人账户支出部分视为个人支付，不属于已获得的医疗费用补偿，不进行前述扣除。

对于保险人直付的费用，保险人将不再重复支付至被保险人。

第八条 责任免除

因下列情形之一，直接或间接导致被保险人发生牙科医疗费用的，或具备下列情形/行为的，或在下列期间的，保险人不承担补偿保险金责任：

- （一） 非被保险人本人就医时发生的牙科医疗费用；
- （二） 无论任何情形（包括紧急情形），被保险人在非保险人指定医疗机构就诊发生的牙科医疗费用；
- （三） 被保险人未按要求进行预约而直接就诊，导致保险人指定医疗机构未以被保险人身份接诊情形下发生的牙科医疗费用；
- （四） 被保险人未携带有效身份证件就诊，导致保险人指定医疗机构无法确认被保险人身份情形下发生的牙科医疗费用；
- （五） 被保险人自致伤害、挑衅或故意行为而导致的殴斗、从事违法犯罪活动或抗拒司法机关依法采取的强制措施而发生的牙科医疗费用；
- （六） 被保险人酗酒、主动吸食或者注射毒品（见释义五）期间发生的牙科疾病、损伤导致的牙科医疗费用；
- （七） 被保险人因未遵照保险人指定医疗机构医嘱而发生的牙科医疗费用；
- （八） 被保险人从事或参与恐怖主义活动、邪教组织活动而发生的牙科医疗费用；
- （九） 因意外伤害事故所致的任何牙科治疗。

第九条 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。本保险合同的保险金额分为预防治疗保险金额、基础治疗保险金额、正畸治疗保险金额，各项保险金额由投保人、保险人双方在本保险合同订立时协商确定，并在保险单中载明。

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。

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交清保险费。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延长期内补缴保险费，如被保险人在延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延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。如投保人在延长期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。

延长期由投保人和保险人协商确定，并在保险单中载明。

第十条 免赔额

免赔额由投保人与保险人在订立保险合同时协商确定，并在保险单中载明。被保险人应自行承担保险

单载明的免赔额范围内的损失。

第十一条 保险期间

除双方另有约定外，本保险合同的保险期间为一年，自保险单或其他保险凭证上记载的合同生效日零时起至保险期间期满日的二十四时止。

第十二条 不保证续保

本保险合同为不保证续保合同，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。

第十三条 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（见释义七）、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支付；保险人最终确定给付的数额后，应当支付相应的差额。

第十四条 投保人、被保险人义务

投保人应该按照合同约定向保险人交纳保险费。

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。

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。

第十五条 保险金申请

本保险实行直付制。被保险人应当在保险人指定医疗机构接受齿科治疗。**就诊时，被保险人应将本保险合同项下的保险金申请权和受领保险金的权利委托给保险人指定的第三方管理机构（见释义八）或实际接诊医疗机构，由保险人自行或通过指定第三方管理机构与医疗机构结算，被保险人无需另行向医疗机构支付保险责任范围内的医疗费用，因此保险人不接受任何被保险人向医疗机构支付后再向我司直接索赔。若被保险人实际发生的医疗费用超过本保险合同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医疗机构结算。**

第十六条 合同解除

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**未到期净保险费**（见释义九）。

第十七条 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）。

第十八条 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（含其分支机构）。

释义二：长期居住

指保险期间内在中国大陆境内（不含港澳台）累计居住的时间不少于三分之二。

释义三：指定医疗机构

指保险人所列医疗网络所包括的各网点机构。**保险人有权作调整并通知投保人、被保险人。具体以保单约定或保险人的书面通知为准，被保险人可登陆保险人指定的互联网站或致电查询相关信息。**

释义四：必需且合理

1. 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。

2. 医学必需：指医疗费用符合下列所有条件：

- （1）不超过安全、足量治疗原则的项目；
- （2）由医生开具的处方药；
- （3）非试验性的、非研究性的项目；
- （4）与接受治疗当地普遍接受的医疗专业实践标准一致的项目。

对是否医学必需由保险人根据客观、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。

释义五：毒品

指中华人民共和国刑法规定的鸦片、海洛因、甲基苯丙胺（冰毒）、吗啡、大麻、可卡因以及国家规定管制的其他能够使人形成瘾癖的麻醉药品和精神药品，但不包括由医生开具并遵医嘱使用的用于治疗疾病但含有毒品成分的处方药品。

释义六：保险费约定缴纳日

指保险合同生效日在每个缴费期的对应日。如果当期无对应的同一日，则以该期最后一日为对应日。

释义七：不可抗力

指不能预见、不能避免并不能克服的客观情况。

释义八：第三方管理机构

指保险人授权的为被保险人接受齿科治疗而提供咨询、预约就诊、与医疗机构结算医疗费用服务的机构。

释义九：未到期净保险费

若保险费为一次性缴付的：未到期净保险费=保险费×[1-(保险单已经过天数/保险期间天数)]×(1-10%)。经过天数不足一天的按一天计算。

若保险费为分期缴付的：未到期净保险费=当期保险费×[1-(当期保障已过天数/当期保障总天数)]×(1-10%)。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，则未到期净保险费为零。

(本页内容结束)

京东安联财产保险有限公司
近视眼医疗保险条款（互联网版）

总则

第一条 保险合同构成

本保险合同由保险条款、投保单及其他投保文件、保险单、批单等组成。凡涉及本保险合同的约定，均应采用书面形式。

第二条 保险合同的成立

投保人提出投保申请，经**保险人**（见释义一）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

经保险人同意，凡投保时年龄在出生满 30 天至 14 周岁、身体健康、在中华人民共和国大陆境内（不包括港澳台）**长期居住**（见释义二）的所有自然人均可作为本保险合同的被保险人。

投保人应为被保险人的监护人。

第四条 受益人

除另有约定外，本保险合同保险金的受益人均为被保险人本人。

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 保险责任

在保险期间内，被保险人因近视、散光等屈光不正等原因需要进行**首次**近视检查及防控治疗，并经**保险人指定的医疗机构**（见释义三）或**指定的眼镜连锁机构**（见释义四）（**首次就诊选定一个诊所品牌并前往就医后，不得再转至其他品牌**）进行**首次**验光和眼轴检查以及相应的近视防控治疗，对于被保险人在**指定的医疗机构或指定的眼镜连锁机构**发生的以下费用，保险人按以下规定进行赔偿：

1. 防控近视检查费用。

对于被保险人实际发生的防控近视检查费用，包括建立屈光发育档案费用、眼科医生诊费、眼视光相关检查费用（包含视力检查、眼底检查、主觉验光、电脑验光、角膜曲率、眼压、裂隙灯、眼轴测量，但不包括散瞳验光、三棱镜、视功能检查、角膜地形图、角膜内皮细胞等非常规视力检查项目），保险人**扣除免赔额后按照保险单上约定的比例及赔付次数**进行补偿。

2. 近视镜配镜费用。

若被保险人根据上述验光及眼轴检查结果而必须配置近视镜，且在**保险人指定的医疗机构或指定的眼镜连锁机构**配置了近视镜（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**）的，对于被保险人实际产生的配置近视镜的费用，保险人**扣除免赔额后按照保险单上约定的比例**进行赔付。

3. 防控近视镜配置费用。

若被保险人根据上述验光及眼轴检查结果，并经**保险人指定的医疗机构或指定的眼镜连锁机构**评估必须配置**防控近视镜**，且在**该医疗机构**配置了以下**防控近视镜**的，对于被保险人实际产生的配置**防控近视镜**的费用，保险人**扣除免赔额后按照保险单上约定的比例**进行赔付：

(1) 特殊设计近视防控框架镜片（包含依视路星趣控系列、豪雅新乐学系列、尼康控优点、蔡司小乐圆镜片、奥拉镜片等）；

(2) 角膜塑形镜（包括所有相关角膜塑形镜镜片、诊疗费、检查费、治疗费）。

4. 防控近视未达预期近视镜费用。

若被保险人根据上述验光及眼轴检查结果，并经保险人指定的医疗机构或指定的眼镜连锁机构评估必须配置防控近视镜，且在该医疗机构配置了防控近视镜，随后在保险单载明的第二次**检验时效**（见释义五）内进行第二次验光和检查时，确诊其任意一只眼睛的**等效球镜度**（见释义六）的增长幅度达到保险单约定的标准，且被保险人因等效球镜度的增长在保险人指定的医疗机构或指定的眼镜连锁机构置了近视镜（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），对于被保险人实际产生的购置近视镜的费用，保险人**扣除免赔额后按照保险单上约定的比例**进行赔付。

以上1-4项费用保障的免赔额、赔付比例、责任限额、分项限额以保险单所载为准，本合同项下保险人对被保险人在保险期间内的各项保障责任的累计赔偿金额以保险单所载眼科责任限额为限。当保险人对被保险人的累计总赔偿金额达到眼科责任限额时，保险人对被保险人在本合同项下的保险责任终止。

第七条 补偿原则

本合同适用费用补偿原则。若被保险人已从其他途径（包括公费医疗、社会医疗保险、其他费用补偿型医疗保险等）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剩余部分按本合同约定负责赔偿。社会医疗保险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。

第八条 责任免除

存在下列任一情形，或者发生下列任一情形导致保险事故发生的，保险人不承担保险金给付责任：

- (1) 被保险人申请理赔时提供的任一份等效球镜度检验报告的日期不在保险期间内的；
- (2) 投保人对被保险人的故意杀害、故意伤害；
- (3) 被保险人自致伤害或自杀；
- (4) 被保险人故意犯罪、拒捕、挑衅或故意行为引发的打斗而导致视网膜脱落的；
- (5) 被保险人接受包括美容、整容、整形手术在内的任何医疗行为而造成眼睛的伤害；
- (6) 被保险人在投保时或保险责任生效后的7日内被确诊视网膜脱落的；
- (7) 任何生物、化学、原子能武器，原子能或核能装置所造成的爆炸、灼伤、污染或辐射；
- (8) 战争、军事冲突、武装叛乱或暴乱、恐怖袭击；
- (9) 被保险人因遗传性疾病，先天性畸形、先天性疾病、变形或染色体异常引起的医疗费用（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）；
- (10) 非在保险人指定的医疗机构或指定的眼镜连锁机构进行检查、治疗或配镜而产生的任何费用。

第九条 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。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。

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交清保险费。**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**（见释义七）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延长期内补缴保险费，如

被保险人在延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延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。如投保人在延长期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。

延长期由投保人和保险人协商确定，并在保险单中载明。

第十条 保险期间

除双方另有约定外，本保险合同的保险期间为一年，自保险单或其他保险凭证上记载的合同生效日零时起至保险期间期满日的二十四时止。具体以保险单载明的起讫时间为准。

第十一条 不保证续保

本保险合同为不保证续保合同，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公司申请投保本产品，并经保险人同意，交纳保险费，获得新的保险合同。

第十二条 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（见释义八）、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支付；保险人最终确定给付的数额后，应当支付相应的差额。

第十三条 投保人、被保险人义务

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。

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。

如保险单载明对被保险人等效球镜度检验有时效要求的，被保险人在保险合同成立后，应到保险人认

可的医疗机构或经保险人指定的眼镜连锁机构，经验光师（见释义九）进行首次验光和眼轴检查，并由验光师出具被保险人双眼的等效球镜度检验报告。

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。

第十四条 保险金申请

本保险合同仅限指定的医疗机构或指定眼镜连锁机构直付就医，由指定的医疗机构或指定眼镜连锁机构直接收集相应的索赔单证后，与保险人进行结算，对于赔付金额超过1万元的，需提供被保险人身份证明类资料。对于被保险人实际发生的超过保险单载明的保险金额部分的费用以及被保险人需自付的部分费用，由被保险人自行与接诊的机构结算。

若被保险人通过非本保险合同约定的指定的医疗机构或指定的眼镜连锁机构就医的，不属于本保险合同的赔偿责任范围，保险人将不给付任何保险金。

第十五条 合同解除

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到期净保险费（见释义十）。

第十六条 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）。

第十七条 释义

释义一：保险人

指与投保人签订本合同的京东安联财产保险有限公司（含其分支机构）。

释义二：长期居住

指保险期间内在中国大陆境内（不含港澳台）累计居住的时间不少于三分之二。

释义三：指定的医疗机构

保险人指定的合作网络医院清单，以保险单载明的名单为准，保险人保留调整医院清单的权利，被保险人可登陆保险人指定的互联网站或致电查询相关信息。被保险人首次就诊选定一个机构品牌并前往就医后，不得再转至其他品牌。

释义四：指定的眼镜连锁机构

指由保险人指定的、具有合法开展眼镜的验光、配镜服务的连锁经营机构。保险人指定的眼镜连锁机构以在保险单中载明的名单为准，保险人保留调整机构清单的权利，被保险人可登陆保险人指定的互联网站或致电查询相关信息。被保险人首次就诊选定一个机构品牌并前往就医后，不得再转至其他品牌。

释义五：检验时效

保险人对被保险人等效球镜度检验有时效要求的，以保险单载明的要求为准。如保险单载有时效要求的，被保险人需要在约定的时效内进行检验，否则保险人将不承担保险责任。如保险单无相关检验时效要求的，被保险人可在保险期间内任一时间进行检验。

释义六：等效球镜度

等效球镜度=球镜屈光度+1/2 柱镜屈光度。屈光度是屈光力的大小单位，以 D 表示，即指平行光线经过该屈光物质，以焦点在 1m 时该屈光物质的屈光力为 1 屈光度或 1.00D。

释义七：保险费约定缴纳日

指保险合同生效日在每个缴费期的对应日。如果当期无对应的同一日，则以该期最后一日为对应日。

释义八：不可抗力

指不能预见、不能避免并不能克服的客观情况。

释义九：验光师

指使用验光仪器及辅助设备，对眼睛进行视力检查和屈光度检测，并开具矫正处方的人员。

释义十：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)]×(1-10%)。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)]×(1-10%)。经过天数不足一天的按一天计算。

若本保险合同已发生过保险金给付，则未满期净保险费为零。

(本页结束)

京东安联财产保险有限公司
旅行人身意外伤害保险条款（互联网版）
（报备文件编号：京东安联发（2023）264号）
（注册号：C00005032312023080122111）

一、合同构成

本保险合同由保险条款、投保单、保险单、保险凭证以及批单等组成。凡涉及本保险合同的约定，均应采用书面形式。

二、被保险人

应为符合本保险合同规定的**年龄**（见释义1）范围、身体健康、能正常工作或正常生活，法定住所地或经常居住地居于中华人民共和国**境内**（见释义2），其旅行行程开始和终止于中华人民共和国境内的自然人。本保险合同的被保险人可以为一人或数人，以保险单上所载的为准。

三、被保险人的减少

保险人（见释义3）将按以下约定减少本保险合同项下的被保险人：

1. 若保险人因承保风险发生重大变更而不接受某被保险人继续成为本保险合同的被保险人或投保人申请减少某一被保险人，则自其被取消被保资格之时起，本保险合同项下的被保险人将不再包含该被保险人，其被保资格将于当日二十四时丧失。除本保险合同另有约定外，保险人将退还按日计算的该被保险人项下相应的**未到期净保费**（见释义4）。
2. 当保险期间为一年时，则自某一被保险人达到本保险合同所约定的最高承保年龄后的首个保险单满期日的二十四时起，本保险合同项下的被保险人将不再包含该被保险人。
3. 若被保险人身故或本保险合同项下对被保险人的累计给付金额达到保险单所载该被保险人所对应的保险金额，则自其身故之日起或于本保险合同项下对其累计给付金额达其保险金额之日起，保险人对该被保险人的保险责任终止，本保险合同项下的被保险人将不再包含该被保险人。

四、投保人

应为具有完全民事行为能力的被保险人本人、对被保险人有保险利益的其他人。

五、受益人

（一）身故保险金受益人

订立本保险合同时，被保险人或投保人可指定一人或数人为身故保险金受益人。身故保险金受益人为数人时，应确定其受益顺序和受益份额；未确定受益份额的，各身故保险金受益人按照相等份额享有受益权。投保人指定受益人时须经被保险人同意。

被保险人死亡后，有下列情形之一的，保险金作为被保险人的遗产，由保险人依照相关法律的规定履行给付保险金的义务：

1. 没有指定受益人，或者受益人指定不明无法确定的；
2. 受益人先于被保险人死亡，没有其他受益人的；
3. 受益人依法丧失受益权或者放弃受益权，没有其他受益人的。

受益人与被保险人在同一事件中死亡，且不能确定死亡先后顺序的，推定受益人死亡在先。

被保险人或投保人可以变更身故保险金受益人，但需书面通知保险人，由保险人在本保险合同上批注。**对因身故保险金受益人变更发生的法律纠纷，保险人不承担任何责任。**

投保人指定或变更身故保险金受益人的，应经被保险人书面同意。被保险人为无民事行为能力人或限制民事行为能力人的，应由其监护人指定或变更身故保险金受益人。

（二）伤残保险金受益人

除另有约定外，本保险合同的伤残保险金的受益人为被保险人本人。

六、保险责任

在保险期间内，被保险人持有有效证件在境外（见释义 5）或境内旅行（见释义 6）时，因遭受意外伤害（见释义 7）事故（包含进行初级户外运动（见释义 8）时遭受的意外伤害事故）导致身故、伤残的，保险人依照下列约定给付保险金。

（一）身故保险责任

被保险人自事故发生之日起 180 日内因该事故身故的，保险人按保险金额给付身故保险金，对该被保险人的保险责任终止。

被保险人自该事故发生日起下落不明，后经人民法院宣告死亡的，保险人按保险金额给付身故保险金。但若被保险人被宣告死亡后生还的，保险金受领人应于知道或应当知道被保险人生还后 30 日内退还保险人给付的身故保险金。

被保险人身故前保险人已给付本条第（二）款保险金的，身故保险金应扣除已给付的保险金。

（二）伤残保险责任

被保险人自该事故发生之日起 180 日内因该事故造成《人身保险伤残评定标准及代码》（标准编号为 JR/T 0083-2013，以下简称《伤残评定标准》）（见释义 9）所列伤残之一的，保险人按该《伤残评定标准》所列给付比例乘以意外伤害保险金额给付伤残保险金。如第 180 日治疗仍未结束的，按当日的身体情况进行伤残鉴定，并据此给付伤残保险金。

1. 当同一保险事故造成两处或两处以上伤残时，应首先对各处伤残程度分别进行评定，如果几处伤残等级不同，以最重的伤残等级作为最终的评定结论；如果两处或两处以上伤残等级相同，伤残等级在原评定基础上最多晋升一级，最高晋升至第一级。同一部位和性质的伤残，不应采用《伤残评定标准》条文两条以上或者同一条文两次以上进行评定。

2. 被保险人如在本次意外伤害事故之前已有伤残，保险人按合并后的伤残程度在《伤残评定标准》中所对应的给付比例给付伤残保险金，但应扣除原有伤残程度在《伤残评定标准》所对应的伤残保险金。

保险人对于每一被保险人的身故保险金和伤残保险金的给付总额，以保险单载明的该被保险人的意外伤害保险金额为限。一次或累计给付的保险金的总额达到意外伤害保险金额时，本保险对该被保险人的上述各项保险责任终止。

七、责任免除

因下列任一情形造成被保险人身故或伤残的，或具备下列任一情形/行为的，或在下列期间的，保险人不承担给付保险金责任：

1. 投保人或被保险人的故意行为；
2. 被保险人自致伤害或自杀，但被保险人自杀时为无民事行为能力人的除外；
3. 被保险人实施或企图实施违法行为、犯罪行为或拒捕；
4. 因被保险人挑衅或故意行为而导致的打斗、殴斗、被袭击或被谋杀；
5. 被保险人因精神错乱或失常而导致的意外；
6. 任何生物、化学、原子能武器，原子能或核能装置所造成的爆炸、灼伤、污染或辐射；
7. 被保险人妊娠、流产、分娩、不孕不育；
8. 被保险人疾病、药物过敏、猝死（见释义 10）；
9. 被保险人任何因整容、整形手术、内外科手术或其他医疗行为导致的伤害；
10. 被保险人未遵医嘱，私自服用、涂用、注射药物；
11. 保险合同生效前已存在的受伤及其并发症；
12. 被保险人进行滑翔翼、滑翔伞、跳伞、探险活动（见释义 11）、非固定路线洞穴探险、特技表演（见释义 12），任何海拔 6,000 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，不受本责任免除的限制；
13. 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（但除外在旅游景点的专业潜水教练指导下进行的休闲潜水活动）；
14. 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；
15. 被保险人参与执行军警任务或以执法身份执行任务；
16. 被保险人受雇于商业船舶并执行职务；于海军、空军、陆军服军役；职业性操作或测试任何种类交通工具；从事石油或化工业、森林砍伐业、建筑工程业、运输业、采掘业、采矿业、空中摄影、处理爆炸物、水上作业、高空作业（见释义 13）等职业活动期间；或任何涉及体力劳动或与操作、使用机器有关的工作期间；
17. 非法搭乘交通工具或搭乘未经保险事故发生地相关政府部门登记许可的交通工具；

18. 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；
19. 被保险人以接受医生（见释义 14）治疗或疗养为目的而进行旅行；被保险人违反医生的嘱咐而旅行或当被保险人在其身体条件不适宜于旅行时进行旅行；
20. 被保险人身体状况尚适宜旅行情况下未遵循主治医生建议立即返回中国境内或被保险人日常居住地或日常工作地做进一步治疗而导致病情恶化所引致的损失；
21. 战争（无论宣战与否）、军事行动、暴动或武装叛乱期间；
22. 被保险人醉酒或受毒品、管制药品（见释义 15）的影响期间；
23. 被保险人酒后驾车、无有效驾驶证驾驶（见释义 16）或驾驶无有效行驶证（见释义 17）的机动车期间；
24. 被保险人因受当地司法当局拘禁或被判入狱期间；
25. 投保本保险时被保险人已置身于中华人民共和国境外；
26. 被保险人食物中毒、中暑、高原反应特定疾病（见释义 18）及其并发症、潜水特定疾病（见释义 19）及其并发症；
27. 被保险人受细菌、病毒或寄生虫感染（包含流行疫病（见释义 20），及大规模流行疫病（见释义 21），但因受伤以致伤口脓肿者除外）。

八、保险金额和保险费

保险金额是保险人对保险单载明的被保险人在保险期间内承担给付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。投保人应该按照合同约定向保险人交纳保险费。

九、保险期间

本保险合同保险期间以保险人和投保人协商确定，以保险单载明的起讫时间为准。二十四小时为一日，以北京时间为准。

如投保全年多次往返保障计划，保险责任的开始时间为在保险期间内，被保险人每次离开其境内日常居住地或日常工作地所在的市级行政区域直接前往旅行目的地，终止于以下最先发生的时间：（1）该被保险人完成该次旅行后返回其境内日常居住地或日常工作地；（2）保险单或保险凭证所载保险期间届满；（3）保险人和投保人在本保险合同项下约定的保险人对被保险人每次旅行最长承保期间届满日。

如投保单次保障计划，保险责任的开始时间以下列情况中最迟发生的时间为准：（1）保险单所载的保险期间起始日；（2）被保险人在保险期间内离开其境内日常居住地或日常工作地所在的市级行政区域直接前往旅行目的地。该保险责任的终止时间以下列情况中最先发生的时间为准：（1）保险单或保险凭证所载保险期间届满；（2）该被保险人完成旅行后直接返回其境内日常居住地或日常工作地；但在境外旅行情形中，若该被保险人非因中转原因未直接返回境内日常居住地或日常工作地而在境内其它地方短暂停留的，则为该被保险人到达该暂时停留处。

十、保险期间的延长

如任何被保险人于本保险合同有效期内因不可抗力的原因，包括但不限于恶劣的天气情况、自然灾害、因罹患疾病或遭受意外事故而致严重身体伤害入住当地医疗机构并因此而导致其旅程延长，而本保险合同的保险期间已届满并逾期，保险人将按合理情况及需要免费自动延长本保险合同的保险期间，最长可至上述造成该被保险人旅程延长的原因不再对被保险人行程造成影响，被保险人直接返回其日常居住地或日常工作地结束旅程。

十一、保险人义务

1. 签发保单义务

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。

2. 补充索赔证明和资料的通知

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。

3. 及时核定、赔付义务

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、被保险人原因、情形异常复杂、需要等待第三方意见的除外。

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。

4. 先行赔付义务

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。

十二、投保人、被保险人义务

1. 交费义务

除另有约定外，投保人应当在保险合同成立时交清保险费。

2. 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。

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。

3. 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。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，均视为已发送给投保人。

4. 保险事故通知义务

投保人、被保险人或者保险金受益人知道保险事故发生后，应当在及时通知保险人。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（见释义 22）而导致的迟延。

十三、保险金申请

保险金申请人（见释义 23）向保险人申请给付保险金时，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。

（一）身故保险金申请

1. 保险金申请人的身份证明；

2. 警方出具的被保险人户籍注销证明、二级以上（含二级）和保险人认可的**医疗机构**（见释义 24）或警方出具的被保险人死亡证明书。若被保险人为宣告死亡，保险金申请人应提供人民法院出具的宣告死亡证明文件。如被保险人在境外身故的，需要提供中华人民共和国驻所在国使、领馆或保险事故发生地政府有关机构出具的被保险人死亡证明或验尸报告；

3. 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；

4. 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；

5. 若被保险人投保时未指定身故受益人，保险金申请人应提供法定继承人公证书；

6. 若是**商务旅行**（见释义 25），需被保险人的雇主提供的加盖公章的被保险人商务旅行的证明。

（二）伤残保险金申请

1. 被保险人身份证明；
2. 二级以上（含二级）或保险人认可的医疗机构或司法鉴定机构出具的伤残鉴定意见书；
3. 保险金申请人所能提供的其他与本项申请相关的材料；
4. 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；
5. 若是商务旅行，需被保险人的雇主提供的加盖公章的被保险人商务旅行的证明。

十四、身体伤残鉴定

被保险人因遭受意外伤害造成身体残疾，应在治疗结束后，由保险人认可的通过司法行政机关审批取得《司法鉴定许可证》的鉴定机构进行鉴定。

如果被保险人自遭受意外伤害之日起一百八十日治疗仍未结束，按第一百八十日的身体情况进行鉴定。

十五、身体检查及身故鉴定

在申请索赔期内，保险人有权要求被保险人作身体检查或提供有关检验报告。如被保险人身故，保险人有权要求对保险事故进行鉴定。

十六、特别赔偿限定

被保险人在同一旅程中就同一保险人的若同一个被保险人就同一旅行同时投保本保险公司 2 份（或以上）任何旅行险或航意险产品（不包括团体保险），且在不同产品中有相同保险利益的，则保险人仅按所投保产品中保额最高的一份保险合同承担该险别项下的赔偿责任；若各保险合同的保险金额相同，即只对其中一份做赔偿。对于其余保险合同给予退还保险费。

十七、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按法律规定，自其知道或者应当知道保险事故发生之日起计算。

十八、合同的解除

在本保险合同成立后，投保人可以书面形式通知保险人解除合同。投保人解除本保险合同时，应提供下列证明文件和资料：

1. 保险合同解除通知书；
2. 投保人身份证明。

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日二十四时或通知书上载明的合同终止时间（以较晚者为准）起，本保险合同的效力终止。但对于投保单次旅行保障计划的情形，如投保人按前述约定申请退保，应经保险人同意，并提供被保险人相应的未出行的证明。对于保险期间内无已发生保险金给付的被保险人，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费。但本保险合同已发生保险金给付的，未满期保险费为零。

十九、合同的争议处理

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。

二十、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）。

二十一、释义

释义 1：年龄

指被保险人在保单生效日期的上一个生日时的年龄。

释义 2：境内

指中华人民共和国大陆地区，不含香港特别行政区、澳门特别行政区及台湾地区。

释义 3：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 4：未到期净保费

未到期净保费=保险费×[1-(保险合同已生效的天数/保险合同保险期限的天数)]×(1-10%)。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，则未到期净保费为零。

释义 5：境外

指中华人民共和国大陆地区以外的国家和地区，包括香港特别行政区、澳门特别行政区及台湾地区。

释义 6：旅行

指被保险人出于休闲、商务或其他目的，到户籍所在地或经常居住地市级区域以外的地方，不超过一年的游览和逗留活动。

释义 7：意外伤害

指外来的、突发的、非本意的和非疾病的使身体受到伤害的客观事件。

释义 8：初级户外运动

包括户外旅游、远足徒步、健身娱乐登山、露营、山地和非山地定向运动、人工场地攀岩和下降、山地穿越、划船、游泳、拓展运动、自行车观景、人工场地轮滑、浮潜。

释义 9：《人身保险伤残评定标准及代码》

标准标号为 JR/T0083-2013，是由原中国保险监督管理委员会发布（保监发[2014]6 号）并经国家标准化委员会备案的中华人民共和国金融行业标准。

释义 10：猝死

外表看似健康的人由于潜在的疾病或者功能障碍所引起的突然的出乎意料的死亡，且医疗机构出具的被保险人死亡诊断为猝死。

释义 11：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 12：特技

指马术、杂技、驯兽等特殊技能。

释义 13：高空作业

二米或以上的高处作业（以中华人民共和国国家标准 GB/T3608-2008《高处作业分级》为准）的职业活动。

释义 14：医生

指除被保险人本人、其家庭成员或与被保险人有直接利益关系的人员以外的任何持有被认可并依据其执业国家之法律，正式注册及提供其认可执业医疗范围内之医生。

释义 15：管制药品

指根据有关法律法规被列为特殊管理的药品，包括但不限于麻醉药品，精神药品，毒性药品及放射性药品。

释义 16：无有效驾驶证

指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 17：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交通工具
- (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交通工具。未依法按时进行或通过机动车安全技术检验。

释义 18：高原反应特定疾病

指急性高原脑水肿、急性高原肺水肿、高原反应、和平原反应，其成立必须由医院相应专科医师确诊。

释义 19：潜水特定疾病

指潜水减压病、氮醉、及二氧化碳中毒，其成立必须由医院相应专科医师确诊。

释义 20：流行疫病

是指在某国家、地区或区域突然爆发并快速传播的传染性疾病。

释义 21：大规模流行疫病

指在整个洲际大陆或整个人类中流行的传染性疾病。

释义 22：不可抗力

指不能预见、不能避免并不能克服的客观情况。

释义 23：保险金申请人

指受益人或被保险人的继承人或依法享有保险金请求权的其他自然人。

释义 24：医疗机构

在中国大陆境内（不包括香港、澳门、台湾地区）的医疗机构是指合法的二级或二级以上公立医院或投保人与保险人协商共同指定的医院或医疗机构。

在中国大陆境外（包括香港、澳门、台湾地区）的医疗机构是指保险人认可的，根据所在国家法律合法成立、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其他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) 精神病院；
- (2) 老人院、疗养院、戒毒中心和戒酒中心；
- (3) 健康中心或天然治疗所、疗养或康复院。

释义 25：商务旅行

指被保险人经其雇主委派，从事以商务为目的的旅行。该旅行并不包括被保险人往来其日常居住地与日常工作地或被保险人的个人旅游或旅行。

（本页结束）

京东安联财产保险有限公司
附加仅承保境外旅行保险条款（互联网版）
（报备文件编号：京东安联发（2023）264号）
（注册号：C00005032322023080122211）

兹经双方理解并同意，本保险合同仅承保中国境外（包括港、澳、台地区，下同）旅行，保险责任开始时间和终止时间按照本附加合同约定如下：

一、全年多次往返保障计划

如投保全年多次往返保障计划，保险责任的开始时间：

在保险期间内，被保险人每次离开其境内日常居住地或日常工作地所在的地级市或直辖市市级行政区域或搭乘公共交通工具直接前往其境内日常居住地或日常工作地之外的境外旅行目的地。

保险责任终止于以下最先发生的时间：

1. 该被保险人完成该次旅行后直接返回其境内日常居住地或日常工作地，若被保险人非因中转原因未直接返回境内日常居住地或日常工作地而在境内其它地方短暂停留的，则为该被保险人到达该暂时停留处；
2. 保险单或保险凭证所载保险期间届满；
3. 投保人和保险人在本附加合同项下约定的保险人对被保险人每次旅行承担保险责任的最多天数届满。

二、单次保障计划

如投保单次保障计划，保险责任的开始时间以下列情况中最迟发生的时间为准：

1. 保险单或保险凭证所载的保险期间起始日；
2. 被保险人在本合同有效期内离开其中国境内（港、澳、台地区除外）日常居住地或日常工作地所在的地级市或直辖市市级行政区域或搭乘公共交通工具直接前往其境内日常居住地或日常工作地之外的境外旅行目的地。

保险责任的终止时间以下列情况中最先发生的时间为准：

1. 保险单或保险凭证所载保险期间届满；
2. 该被保险人完成旅行后出发离开旅行目的地直接返回其境内日常居住地或日常工作地，若被保险人非因中转原因未直接返回境内日常居住地或日常工作地而在境内其它地方短暂停留的，则为该被保险人到达该暂时停留处。

除非本附加合同另有约定，保险合同的所有其它约定均保持不变。

（本页结束）

京东安联财产保险有限公司
附加旅行医疗运送和送返保险条款（互联网专属版）
（报备文件编号：京东安联发（2024）203号）
（注册号：C00005031922024053011503）

一、附加保险合同订立

本附加保险合同（以下简称“本附加合同”）须附加于保险人主保险合同使用。本附加合同仅用于互联网渠道销售。除另有约定外，本附加合同的保险金受益人为被保险人本人。

二、保险责任

在保险期间内，被保险人持有有效证件在境内或境外旅行（见释义1）时，遭受主保险合同约定的意外伤害事故或罹患突发性疾病（见释义2）时，经保险人委托的救援机构或其授权代表（以下简称“救援机构”）从医疗角度认为有运送必要的，则将该被保险人运送至当地或其他就近地区符合治疗条件的医院；经救援机构从医疗角度认为有送返必要的，则将被保险人送返至其中国大陆境内的日常居住地或日常工作地。救援机构根据该被保险人身体状况或治疗需要，并参考医生建议，有权决定运送和送返手段和运送目的地。运送和送返手段包括配备专业医生、护士和必要的运输工具，运输工具可能包括空中救护机、救护车、普通民航班机、火车或其他适合的运输工具。

运送和送返费用包括救援机构安排的运输、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救援机构，费用总数最高以保险单所载明本附加合同项下该被保险人相应的保险金额为限。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负责支付。

任何未经救援机构批准并安排所发生的费用，保险人不负责支付。若在紧急医疗情况下，投保人、被保险人及其旅伴无法及时通知救援机构，保险人将有权根据投保人所选择的保险计划，以及在相同情况下由救援机构提供或安排服务所需要的合理费用标准就被保险人实际支出的相关费用进行赔偿。

被保险人拒绝救援机构所建议的救援程序，保险人将不承担因此而带来的任何后果。

三、责任免除

（一）主保险合同中所有责任免除（不包括责任免除（一）第26、27项）均适用于本附加合同，若主保险合同中责任免除与本附加合同有相抵触之处，则应以本附加合同为准。

（二）因下列情形之一，直接或间接导致被保险人需要医疗运送及送返的，或具备任一下列情形/行为的，保险人不承担赔偿责任：

1. 被保险人康复性治疗、物理治疗、安胎及分娩（包括剖腹产、流产及引产）、不孕不育治疗、妊娠、避孕及绝育手术；
2. 被保险人任何因整容、整形手术、内外科手术或其他医疗行为导致的伤害；
3. 被保险人健康护理（含体检、健康体检、疗养、特别护理或静养）等非治疗性的行为及无客观病征证明其不健康及以捐献身体器官或接受器官移植为目的的医疗行为；
4. 非意外伤害事故导致的任何牙科相关费用，包括但不限于洗牙、洁齿、牙齿镶补、牙齿修复、牙齿种植、牙齿整形矫形、牙科疾病、牙科治疗或手术；对非自然牙进行的任何治疗；被保险人先天性疾病（见释义3）和症状、遗传性疾病、先天性畸形或缺陷的治疗和康复；
5. 被保险人的既往病症（见释义4）及其并发症；
6. 精神疾病、错乱、失常；受酒精、毒品、管制药物影响或滥用、误用药物；
7. 药物过敏或其他医疗导致的伤害；
8. 未能取得医院或医生证明；
9. 根据救援机构的意见，可以不需医疗运送或送返而被保险人坚持进行的医疗运送或送返；
10. 任何因第三者提供服务而被保险人不需负责给付的费用或任何已包含在旅行收费中的费用；
11. 任何未经救援机构批准并安排的运送和送返费用；
12. 根据被保险人的主诊医生的意见，可以被合理延迟至被保险人返回境内后进行而被保险人坚持在境外进行的治疗或手术；
13. 非法搭乘交通工具或搭乘未经保险事故发生地相关政府部门登记许可的交通工具；
14. 被保险人以接受医生（见释义5）治疗或疗养为目的而进行旅行；被保险人违反医生的嘱咐而旅行或当被保险人在其身体条件不适宜于旅行时进行旅行；

京东安联财产保险有限公司
附加旅行医疗费用保险条款（互联网 A 版）
（报备文件编号：京东安联发〔2023〕264 号）
（注册号：C00005032522023080121731）

一、附加保险合同订立

本附加保险合同（以下简称“本附加合同”）须附加于保险人主保险合同使用。除另有约定外，本附加合同的保险金的受益人为被保险人本人。

二、保险责任

在保险期间内，被保险人持有有效证件在旅行期间，遭受主保险合同约定的意外伤害事故或在等待期（见释义 1）后罹患疾病，到本附加合同约定的医疗机构（见释义 2）进行治疗的，保险人按照本附加合同约定、在扣除保险单所载的免赔额后，按照保险单所载的赔付比例负责赔偿下述医疗费用：

（一）如意外伤害事故或罹患疾病发生在境外的，在意外伤害事故或罹患疾病发生之日起九十日内，被保险人在事故发生地所在国家或地区的医疗机构进行治疗所发生的、符合本附加合同的、实际支出的合理且必需的（见释义 3）医疗费用。

（二）如意外伤害事故或罹患疾病发生在境内的，在意外伤害事故或罹患疾病发生之日起九十日内，被保险人在境内医疗机构进行治疗所发生的、符合本附加合同的、实际支出的合理且必需的医疗费用。境内旅行期间罹患疾病的情况下发生的医疗费用以保险单或保险凭证中所载“境内旅行疾病医疗费用”保险金额为限。

（三）被保险人在境外旅行中遭受意外伤害或罹患疾病，并因此在境外接受了合格的专业医师诊治，直接导致被保险人回国后需在境内继续治疗的，则对于被保险人自意外伤害事故或罹患疾病发生之日起九十日内在境内医疗机构进行后续治疗所发生的、符合本附加合同的、实际支出的合理且必需的医疗费用，且同时适用以下约定：

1. 若被保险人没有公费医疗、社会医疗保险、其他费用补偿型医疗保险或被保险人未从公费医疗、社会医疗保险、其他费用补偿型医疗保险取得医疗费用补偿，则保险人按其在医疗机构内已支出的、合理且必需的医疗费用补偿被保险人，但以保险单所载本附加合同项下该被保险人相应的保险金额的 15%为限。

2. 若被保险人拥有且已从公费医疗、社会医疗保险或其他费用补偿型医疗保险取得医疗费用补偿，保险人按如下公式补偿，但以保险单所载本附加合同项下该被保险人相应的保险金额的 20%为限。

医疗费用保险金 = 在医疗机构内已支出的、合理且必需的医疗费用 - 任何已获得的医疗费用补偿

上述“任何已获得的医疗费用补偿”包括从公费医疗、社会医疗保险、所有商业性费用补偿型医疗保险、其他政府机构或社会福利机构等所取得的医疗费用补偿。

3. 保险人按上述规定赔付被保险人于境内发生的上述医疗费用为保险单上所载本附加合同项下的保险金额的一部分，而非增加该保险金额。

本附加合同承担的牙科治疗费用仅限于因遭受意外伤害事故导致的牙齿伤害，经本附加合同约定的医疗机构医生诊断，初次就诊而支付的合理紧急牙科治疗费用，包括医生诊断费、手术费、药费（仅限医生处方中用于减轻疼痛的药品）。

本附加合同项下保险人所负赔偿保险金的责任以保险单或保险凭证中所载的医疗费用保险金额为限，对被保险人一次或者累计赔偿的保险金达到该保险金额时，保险人对该被保险人在本附加合同项下的保险责任终止。

三、补偿原则和标准

本附加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附加合同的约定进行给付。经社保卡个人账户支出的部分视为个人支付，不属于已获得的医疗费用补偿。

四、责任免除

(一) 主保险合同中责任免除条款第 1 项至第 25 项均适用于本附加合同, 若主保险合同中责任免除与本附加条款有相抵触之处, 则应以本附加条款为准。

(二) 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/行为之一的, 保险人不承担赔偿责任:

1. 任何被保险人已从公费医疗、社会医疗保险、所有商业性费用补偿型医疗保险、其他政府机构或社会福利机构等已获得补偿的医疗费用;
2. 接种疫苗、安胎及分娩(含剖腹产)、流产(含任何原因所导致的流产和人工流产及引产)、不孕不育、妊娠(含宫外孕)、避孕或绝育手术等所产生的费用;
3. 脊椎病、疝气、痔疮、药物过敏;
4. 扁桃腺(体)、腺样体、生殖器官疾病手术;
5. 护理(陪护)费、伙食费、误工费及装配假眼、假牙、假肢、用于矫形、整容、安装残疾用具、聘用特别看护或私家看护的费用;
6. 任何因整容、整形手术、内外科手术或其他医疗行为导致的伤害所产生的医疗费用;
7. 健康护理(含体检、健康体检、疗养、特别护理、康复性治疗、物理治疗、心理治疗或静养)等非治疗性的行为及无客观病征证明其不健康及以捐献身体器官或组织为目的的医疗行为所产生的费用;
8. 移植人工器官或组织;
9. 非意外伤害事故导致的任何牙科相关费用, 包括但不限于洗牙、洁齿、牙齿镶补、牙齿修复、牙齿种植、牙齿整形矫形、牙科疾病、牙科治疗或手术; 对非自然牙进行的任何治疗;
10. 先天性疾病(见释义 4) 和症状、遗传性疾病、先天性畸形或缺陷的治疗和康复所产生的费用;
11. 精神病、精神分裂症、心理疾病、性病等的治疗和康复所产生的费用;
12. 既往病症(见释义 5) 及其并发症;
13. 若被保险人在保险合同生效前患有心脑血管疾病、高血压或糖尿病中的任一种疾病, 则此次旅行中出现的下列任一病症所产生的费用均不属于赔偿范围:
 - i. 脑溢血(含脑出血)及其并发症;
 - ii. 心肌梗塞、脑梗塞、肺栓塞、下肢静脉栓塞及其并发症;
 - iii. 心脏衰竭、呼吸衰竭及其并发症;
 - iv. 高血压、糖尿病及其并发症;
 - v. 冠心病或心绞痛(即心肌缺血)及其并发症;
14. 根据被保险人的主治医生或救援机构的意见, 可以被合理延迟至被保险人返回其原出发地(见释义 6) 后进行, 而被保险人坚持在当地进行治疗或手术所产生的费用;
15. 任何因当地急救组织或第三方提供服务而被保险人不需负责给付的费用或任何已包含在旅行收费中的费用;
16. 无当地医院出具原始发票或收据及医疗证明的费用;
17. 被保险人在境外遭受意外伤害事故或罹患疾病, 但未在当地经过医生诊治, 而在回原出发地后进行的任何门急诊及住院治疗所发生的费用, 经保险人同意的除外;
18. 被保险人遭受意外伤害事故或罹患疾病, 经过当地医生诊治, 但在回原出发地后进行的与本次意外伤害事故或疾病没有直接关系的门急诊及住院治疗所发生的费用;
19. 被保险人患艾滋病(AIDS)或感染艾滋病病毒(HIV 阳性)所发生的费用;
20. 受酒精、毒品、管制药物影响或滥用、误用药物所引起的医疗费用;
21. 被保险人旅行的目的是为了进行治疗或该旅行违背医嘱所发生的医疗费用;
22. 在境外进行的物理治疗、中医理疗、其他特殊疗法或中草药治疗(中草药治疗/中药材治疗).
 - i. 物理治疗是指应用人工物理因子(如光、电、磁、声等)来治疗疾病, 具体包括电疗、光疗、磁疗、热疗等;
 - ii. 中医理疗是指以治疗疾病为目的, 被保险人接受具有相应资格的医生实施的针灸治疗、推拿治疗、拔罐治疗或刮痧治疗;
 - iii. 其他特殊疗法包括顺势治疗、职业疗法、语音治疗、正骨治疗、足科治疗、营养治疗、脊椎指压治疗。

五、医疗押金担保服务

当被保险人在境外旅行中遭受意外伤害事故或罹患疾病时, 被保险人或其旅行同伴通知保险人委托的救援机构或其授权代表(以下简称“救援机构”)提供医疗服务咨询或安排住院时, 对于符合保险责任约定的担保住院期间发生的医疗押金, 在保险人授权的条件下, 救援机构在保险金额内负责为被保险人住院期间医疗费用进行担保。如果救

援机构无法安排住院医疗费用的担保事宜，当被保险人回到境内或原出发地后，经保险人批准确认，保险人将向被保险人支付相应的保险赔偿金。

六、保险金额和保险费

保险金额是保险人对被保险人每次旅行承担给付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。投保人应该按照本附加条款约定向保险人交纳保险费。

七、保险期间

除另有约定外，本附加合同的“保险期间”同主保险合同一致。

八、不保证续保

本附加合同为不保证续保合同，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。

九、保险金申请

（一）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。保险金申请人向保险人申请给付保险金时，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. 索赔申请表；
2. 被保险人户籍证明或身份证明；
3. 医院出具的附有病理检查、化验检查及其他医疗仪器检查报告的医疗诊断证明、急诊、门诊、住院病历及医疗、费清单以及原始收费单据、出院小结原件；
4. 保险人认可的意外事故证明文件；
5. 若是商务旅行，需被保险人的雇主提供的加盖公章的被保险人商务旅行的证明；
6. 其他与确认保险事故的性质、原因、损失程度等有关的证明和资料。

（二）所有本附加合同的损失计算和保险金支付在涉及外国货币时，均折合人民币计算，并以人民币赔偿。有关汇率以保险事故发生日的中国银行挂牌外汇中间价为准。

（三）当赔付金额未达实际支出住院医疗费用的金额时，索赔申请人可以书面形式向保险人申请退还原始单据，保险人在加盖印章并注明已赔付金额后退还原始单据。

十、本附加合同效力终止

本附加合同所附属的主保险合同效力终止，本附加合同效力即行终止。主保险合同无效，本附加合同亦无效。

十一、其他条款的适用

本附加合同与主保险合同不一致之处，以本附加合同为准；本附加合同未尽之处，以主保险合同为准。

十二、释义

释义 1：等待期

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 2：医疗机构

在中国大陆境内（不包括香港、澳门、台湾地区）的医疗机构是指合法的二级或二级以上公立医院或投保人与保险人协商共同指定的医院或医疗机构。

在中国大陆境外（包括香港、澳门、台湾地区）的医疗机构是指保险人认可的，根据所在国家法律合法成立、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其他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。

本附加合同中所指医疗机构不包括以下或类似的医疗机构：

- (1) 精神病院；
- (2) 老人院、疗养院、戒毒中心和戒酒中心；
- (3) 健康中心或天然治疗所、疗养或康复院。

释义 3：合理且必需的

(1) 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。

(2) 医学必需：指医疗费用符合下列所有条件：

- 2.1) 治疗意外伤害或者疾病所必需的项目；
- 2.2) 不超过安全、足量治疗原则的项目；
- 2.3) 由医生开具的处方药；
- 2.4) 非试验性的、非研究性的项目；
- 2.5) 与接受治疗当地普遍接受的医疗专业实践标准一致的项目。

对是否医学必需由保险人根据客观、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 4：先天性疾病

指被保险人一出生就具有的疾病（症状或体征）。这些疾病是因人的遗传物质（包括染色体以及位于其中的基因）发生了对人体有害的改变而引起的，或因母亲怀孕期间受到内外环境中某些物理、化学和生物等因素的作用，使胎儿局部体细胞发育异常，导致婴儿出生时有关器官系统在结构或功能上呈现异常。

释义 5：既往病症

在本附加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：

- (1) 本附加合同生效前，医生已有明确诊断，长期治疗未间断；
- (2) 本附加合同生效前，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；
- (3) 本附加合同生效前，医生已有明确诊断，但未接受任何治疗；
- (4) 本附加合同生效前，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 6：原出发地

若被保险人进行的旅行目的地为中国大陆境内(不包括香港、澳门及台湾地区)，则原出发地指被保险人在中国大陆境内的日常居住地地级市；若被保险人进行的旅行目的地为中国大陆境外(包括香港、澳门及台湾地区)，则原出发地指中国大陆境内。

(本页结束)

15. 被保险人身体状况尚适宜旅行情况下未遵循主治医生建议立即返回中国境内或被保险人日常居住地或日常工作地做进一步治疗而导致病情恶化所引致的损失；

16. 投保本保险时被保险人已置身于中华人民共和国境外。

四、保险金额和保险费

保险金额是对被保险人每次旅行保险人承担给付保险金责任的最高限额。本附加合同的保险金额由投保人、保险人双方约定，并在保险单中载明。投保人应该按照本附加合同约定向保险人交纳保险费。缴费途径为通过互联网线上支付。

五、保险期间

本附加合同的“保险期间”同主保险合同一致。

六、被保险人义务

在保险期间内，被保险人发生保险责任范围内的保险事故需要紧急医疗运送和送返时，应立即拨打指定的救援电话与救援机构联系。

七、其他事项

（一）由于保险人及救援机构无法控制的原因，直接或间接造成无法履行或延误履行紧急救援责任的，保险人不承担相应责任。保险人无法控制的原因包括（但不限于）自然灾害、罢工、航班条件、战争、保险事故发生地或运送所在地的政府或国际组织行为以及其他不可抗力因素。

（二）保险人根据救援机构意见对紧急救援做出安排，有权拒绝任何不利于被保险人健康状况和安全的请求。

（三）对被保险人所进行的任何救助和服务都要遵守有关国际公约，以及相关国家和地区的法律规定。

八、本附加合同效力终止

本附加合同所附属的主保险合同效力终止，本附加合同效力即行终止。主保险合同无效，本附加合同亦无效。

九、其他条款的适用

本附加合同与主保险合同不一致之处，以本附加合同为准；本附加合同未尽之处，以主保险合同为准。

十、释义

释义 1：旅行

指被保险人出于休闲、商务或其他目的，到法定住所地或经常居住地市级区域以外的地方，不超过一年的游览和逗留活动。

释义 2：突发性疾病

指被保险人在保险期间内，在旅行时首次罹患的突发性疾病或出现的症状，并经医院医生诊断及证实被保险人罹患的疾病不适宜继续原定行程，但不包括本附加合同生效前罹患的任何疾病或出现的任何症状及任何慢性疾病。

释义 3：先天性疾病

指被保险人一出生就具有的疾病（症状或体征）。这些疾病是因人的遗传物质（包括染色体以及位于其中的基因）发生了对人体有害的改变而引起的，或因母亲怀孕期间受到内外环境中某些物理、化学和生物等因素的作用，使胎儿局部体细胞发育异常，导致婴儿出生时有关器官系统在结构或功能上呈现异常。

释义 4：既往病症

在本附加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：

- （1）本附加合同生效前，医生已有明确诊断，长期治疗未间断；
- （2）本附加合同生效前，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；
- （3）本附加合同生效前，医生已有明确诊断，但未接受任何治疗；

(4) 本附加合同生效前，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 5：医生

指除被保险人本人、其家庭成员或与被保险人有直接利益关系的人员以外的任何持有被认可并依据其执业国家之法律，正式注册及提供其认可执业医疗范围内之医生。

(本页结束)

京东安联财产保险有限公司

个人齿科医疗费用补偿保险条款（互联网版）

第一条 保险合同构成

本保险合同由保险条款、投保单及其他投保文件、保险单、批单等组成。凡涉及本保险合同的约定，均应采用书面形式。

第二条 保险合同的成立

投保人提出投保申请，经保险人（见释义一）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

经保险人同意，凡投保时年龄在出生满 30 天至 14 周岁、身体健康、在中华人民共和国大陆境内（不包括港澳台）长期居住（见释义二）的所有自然人均可作为本保险合同的被保险人。

投保人应为被保险人的监护人。

第四条 受益人

除另有约定外，本保险合同保险金的受益人均为被保险人本人。

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 保险责任

在保险期间内，保险人承担以下保险责任：

（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保险人指定医疗机构（见释义三）接受预防治疗的，保险人对被保险人由此发生的必需且合理（见释义四）的医疗费用，扣除约定的每次事故免赔额后按保险单载明的比例赔付预防治疗保险金。预防治疗的具体项目以保险单约定为准。

（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保险人指定医疗机构接受基础治疗的，保险人对被保险人由此发生的必需且合理的医疗费用，扣除约定的每次事故免赔额后按保险单载明的比例补偿基础治疗保险金。基础治疗的具体项目以保险单约定为准。

（三）正畸治疗保险责任

在保险期间内，被保险人罹患齿科疾病并在保险人指定医疗机构接受正畸治疗的，保险人对被保险人由此发生的必需且合理的医疗费用，扣除约定的每次事故免赔额后按保险单载明的比例补偿正畸治疗保险金。正畸治疗的具体项目以保险单约定为准。

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，一次或累计补偿各项保险金数额达到各自保险金额时，该项保险责任终止。

第七条 补偿原则

本保险合同为费用补偿型保险合同，适用医疗费用补偿原则。若被保险人已从其他途径（包括但不限

于社会基本医疗保险、公费医疗、工作单位、包括保险人在内的任何商业保险机构等）获得本保险合同责任范围内医疗费用补偿，保险人仅对被保险人实际发生的医疗费用扣除其从上述途径所获医疗费用补偿后的余额按照本保险合同的约定进行赔付。被保险人社保卡个人账户支出部分视为个人支付，不属于已获得的医疗费用补偿，不进行前述扣除。

对于保险人直付的费用，保险人将不再重复支付至被保险人。

第八条 责任免除

因下列情形之一，直接或间接导致被保险人发生牙科医疗费用的，或具备下列情形/行为的，或在下列期间的，保险人不承担补偿保险金责任：

- （一） 非被保险人本人就医时发生的牙科医疗费用；
- （二） 无论任何情形（包括紧急情形），被保险人在非保险人指定医疗机构就诊发生的牙科医疗费用；
- （三） 被保险人未按要求进行预约而直接就诊，导致保险人指定医疗机构未以被保险人身份接诊情形下发生的牙科医疗费用；
- （四） 被保险人未携带有效身份证件就诊，导致保险人指定医疗机构无法确认被保险人身份情形下发生的牙科医疗费用；
- （五） 被保险人自致伤害、挑衅或故意行为而导致的殴斗、从事违法犯罪活动或抗拒司法机关依法采取的强制措施而发生的牙科医疗费用；
- （六） 被保险人酗酒、主动吸食或者注射毒品（见释义五）期间发生的牙科疾病、损伤导致的牙科医疗费用；
- （七） 被保险人因未遵照保险人指定医疗机构医嘱而发生的牙科医疗费用；
- （八） 被保险人从事或参与恐怖主义活动、邪教组织活动而发生的牙科医疗费用；
- （九） 因意外伤害事故所致的任何牙科治疗。

第九条 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。本保险合同的保险金额分为预防治疗保险金额、基础治疗保险金额、正畸治疗保险金额，各项保险金额由投保人、保险人双方在本保险合同订立时协商确定，并在保险单中载明。

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。

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交清保险费。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延长期内补缴保险费，如被保险人在延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延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。如投保人在延长期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。

延长期由投保人和保险人协商确定，并在保险单中载明。

第十条 免赔额

免赔额由投保人与保险人在订立保险合同时协商确定，并在保险单中载明。被保险人应自行承担保险

单载明的免赔额范围内的损失。

第十一条 保险期间

除双方另有约定外，本保险合同的保险期间为一年，自保险单或其他保险凭证上记载的合同生效日零时起至保险期间期满日的二十四时止。

第十二条 不保证续保

本保险合同为不保证续保合同，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。

第十三条 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（见释义七）、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支付；保险人最终确定给付的数额后，应当支付相应的差额。

第十四条 投保人、被保险人义务

投保人应该按照合同约定向保险人交纳保险费。

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。

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。

第十五条 保险金申请

本保险实行直付制。被保险人应当在保险人指定医疗机构接受齿科治疗。**就诊时，被保险人应将本保险合同项下的保险金申请权和受领保险金的权利委托给保险人指定的第三方管理机构（见释义八）或实际接诊医疗机构，由保险人自行或通过指定第三方管理机构与医疗机构结算，被保险人无需另行向医疗机构支付保险责任范围内的医疗费用，因此保险人不接受任何被保险人向医疗机构支付后再向我司直接索赔。若被保险人实际发生的医疗费用超过本保险合同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医疗机构结算。**

第十六条 合同解除

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**未到期净保险费**（见释义九）。

第十七条 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）。

第十八条 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（含其分支机构）。

释义二：长期居住

指保险期间内在中国大陆境内（不含港澳台）累计居住的时间不少于三分之二。

释义三：指定医疗机构

指保险人所列医疗网络所包括的各网点机构。**保险人有权作调整并通知投保人、被保险人。具体以保单约定或保险人的书面通知为准，被保险人可登陆保险人指定的互联网站或致电查询相关信息。**

释义四：必需且合理

1. 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。

2. 医学必需：指医疗费用符合下列所有条件：

- （1）不超过安全、足量治疗原则的项目；
- （2）由医生开具的处方药；
- （3）非试验性的、非研究性的项目；
- （4）与接受治疗当地普遍接受的医疗专业实践标准一致的项目。

对是否医学必需由保险人根据客观、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。

释义五：毒品

指中华人民共和国刑法规定的鸦片、海洛因、甲基苯丙胺（冰毒）、吗啡、大麻、可卡因以及国家规定管制的其他能够使人形成瘾癖的麻醉药品和精神药品，但不包括由医生开具并遵医嘱使用的用于治疗疾病但含有毒品成分的处方药品。

释义六：保险费约定缴纳日

指保险合同生效日在每个缴费期的对应日。如果当期无对应的同一日，则以该期最后一日为对应日。

释义七：不可抗力

指不能预见、不能避免并不能克服的客观情况。

释义八：第三方管理机构

指保险人授权的为被保险人接受齿科治疗而提供咨询、预约就诊、与医疗机构结算医疗费用服务的机构。

释义九：未到期净保险费

若保险费为一次性缴付的：未到期净保险费=保险费×[1-(保险单已经过天数/保险期间天数)]×(1-10%)。经过天数不足一天的按一天计算。

若保险费为分期缴付的：未到期净保险费=当期保险费×[1-(当期保障已过天数/当期保障总天数)]×(1-10%)。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，则未到期净保险费为零。

(本页内容结束)

京东安联财产保险有限公司
近视眼医疗保险条款（互联网版）

总则

第一条 保险合同构成

本保险合同由保险条款、投保单及其他投保文件、保险单、批单等组成。凡涉及本保险合同的约定，均应采用书面形式。

第二条 保险合同的成立

投保人提出投保申请，经**保险人**（见释义一）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

经保险人同意，凡投保时年龄在出生满 30 天至 14 周岁、身体健康、在中华人民共和国大陆境内（不包括港澳台）**长期居住**（见释义二）的所有自然人均可作为本保险合同的被保险人。

投保人应为被保险人的监护人。

第四条 受益人

除另有约定外，本保险合同保险金的受益人均为被保险人本人。

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 保险责任

在保险期间内，被保险人因近视、散光等屈光不正等原因需要进行**首次**近视检查及防控治疗，并经**保险人指定的医疗机构**（见释义三）或**指定的眼镜连锁机构**（见释义四）（**首次就诊选定一个诊所品牌并前往就医后，不得再转至其他品牌**）进行**首次**验光和眼轴检查以及相应的近视防控治疗，对于被保险人在**指定的医疗机构或指定的眼镜连锁机构**发生的以下费用，保险人按以下规定进行赔偿：

1. 防控近视检查费用。

对于被保险人实际发生的防控近视检查费用，包括建立屈光发育档案费用、眼科医生诊费、眼视光相关检查费用（包含视力检查、眼底检查、主觉验光、电脑验光、角膜曲率、眼压、裂隙灯、眼轴测量，但不包括散瞳验光、三棱镜、视功能检查、角膜地形图、角膜内皮细胞等非常规视力检查项目），保险人**扣除免赔额后按照保险单上约定的比例及赔付次数**进行补偿。

2. 近视镜配镜费用。

若被保险人根据上述验光及眼轴检查结果而必须配置近视镜，且在**保险人指定的医疗机构或指定的眼镜连锁机构**配置了近视镜（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**）的，对于被保险人实际产生的配置近视镜的费用，保险人**扣除免赔额后按照保险单上约定的比例**进行赔付。

3. 防控近视镜配置费用。

若被保险人根据上述验光及眼轴检查结果，并经**保险人指定的医疗机构或指定的眼镜连锁机构**评估必须配置**防控近视镜**，且在**该医疗机构**配置了以下**防控近视镜**的，对于被保险人实际产生的配置**防控近视镜**的费用，保险人**扣除免赔额后按照保险单上约定的比例**进行赔付：

(1) 特殊设计近视防控框架镜片（包含依视路星趣控系列、豪雅新乐学系列、尼康控优点、蔡司小乐圆镜片、奥拉镜片等）；

(2) 角膜塑形镜（包括所有相关角膜塑形镜镜片、诊疗费、检查费、治疗费）。

4. 防控近视未达预期近视镜费用。

若被保险人根据上述验光及眼轴检查结果，并经保险人指定的医疗机构或指定的眼镜连锁机构评估必须配置防控近视镜，且在该医疗机构配置了防控近视镜，随后在保险单载明的第二次**检验时效**（见释义五）内进行第二次验光和检查时，确诊其任意一只眼睛的**等效球镜度**（见释义六）的增长幅度达到保险单约定的标准，且被保险人因等效球镜度的增长在保险人指定的医疗机构或指定的眼镜连锁机构置了近视镜（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），对于被保险人实际产生的购置近视镜的费用，保险人**扣除免赔额后按照保险单上约定的比例**进行赔付。

以上1-4项费用保障的免赔额、赔付比例、责任限额、分项限额以保险单所载为准，本合同项下保险人对被保险人在保险期间内的各项保障责任的累计赔偿金额以保险单所载眼科责任限额为限。当保险人对被保险人的累计总赔偿金额达到眼科责任限额时，保险人对被保险人在本合同项下的保险责任终止。

第七条 补偿原则

本合同适用费用补偿原则。若被保险人已从其他途径（包括公费医疗、社会医疗保险、其他费用补偿型医疗保险等）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剩余部分按本合同约定负责赔偿。社会医疗保险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。

第八条 责任免除

存在下列任一情形，或者发生下列任一情形导致保险事故发生的，保险人不承担保险金给付责任：

- (1) 被保险人申请理赔时提供的任一份等效球镜度检验报告的日期不在保险期间内的；
- (2) 投保人对被保险人的故意杀害、故意伤害；
- (3) 被保险人自致伤害或自杀；
- (4) 被保险人故意犯罪、拒捕、挑衅或故意行为引发的打斗而导致视网膜脱落的；
- (5) 被保险人接受包括美容、整容、整形手术在内的任何医疗行为而造成眼睛的伤害；
- (6) 被保险人在投保时或保险责任生效后的7日内被确诊视网膜脱落的；
- (7) 任何生物、化学、原子能武器，原子能或核能装置所造成的爆炸、灼伤、污染或辐射；
- (8) 战争、军事冲突、武装叛乱或暴乱、恐怖袭击；
- (9) 被保险人因遗传性疾病，先天性畸形、先天性疾病、变形或染色体异常引起的医疗费用（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）；
- (10) 非在保险人指定的医疗机构或指定的眼镜连锁机构进行检查、治疗或配镜而产生的任何费用。

第九条 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。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。

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交清保险费。**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**（见释义七）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延长期内补缴保险费，如

被保险人在延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延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。如投保人在延长期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。

延长期由投保人和保险人协商确定，并在保险单中载明。

第十条 保险期间

除双方另有约定外，本保险合同的保险期间为一年，自保险单或其他保险凭证上记载的合同生效日零时起至保险期间期满日的二十四时止。具体以保险单载明的起讫时间为准。

第十一条 不保证续保

本保险合同为不保证续保合同，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公司申请投保本产品，并经保险人同意，交纳保险费，获得新的保险合同。

第十二条 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（见释义八）、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支付；保险人最终确定给付的数额后，应当支付相应的差额。

第十三条 投保人、被保险人义务

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。

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。

如保险单载明对被保险人等效球镜度检验有时效要求的，被保险人在保险合同成立后，应到保险人认

可的医疗机构或经保险人指定的眼镜连锁机构，经验光师（见释义九）进行首次验光和眼轴检查，并由验光师出具被保险人双眼的等效球镜度检验报告。

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。

第十四条 保险金申请

本保险合同仅限指定的医疗机构或指定眼镜连锁机构直付就医，由指定的医疗机构或指定眼镜连锁机构直接收集相应的索赔单证后，与保险人进行结算，对于赔付金额超过1万元的，需提供被保险人身份证明类资料。对于被保险人实际发生的超过保险单载明的保险金额部分的费用以及被保险人需自付的部分费用，由被保险人自行与接诊的机构结算。

若被保险人通过非本保险合同约定的指定的医疗机构或指定的眼镜连锁机构就医的，不属于本保险合同的赔偿责任范围，保险人将不给付任何保险金。

第十五条 合同解除

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到期净保险费（见释义十）。

第十六条 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）。

第十七条 释义

释义一：保险人

指与投保人签订本合同的京东安联财产保险有限公司（含其分支机构）。

释义二：长期居住

指保险期间内在中国大陆境内（不含港澳台）累计居住的时间不少于三分之二。

释义三：指定的医疗机构

保险人指定的合作网络医院清单，以保险单载明的名单为准，保险人保留调整医院清单的权利，被保险人可登陆保险人指定的互联网站或致电查询相关信息。被保险人首次就诊选定一个机构品牌并前往就医后，不得再转至其他品牌。

释义四：指定的眼镜连锁机构

指由保险人指定的、具有合法开展眼镜的验光、配镜服务的连锁经营机构。保险人指定的眼镜连锁机构以在保险单中载明的名单为准，保险人保留调整机构清单的权利，被保险人可登陆保险人指定的互联网站或致电查询相关信息。被保险人首次就诊选定一个机构品牌并前往就医后，不得再转至其他品牌。

释义五：检验时效

保险人对被保险人等效球镜度检验有时效要求的，以保险单载明的要求为准。如保险单载有时效要求的，被保险人需要在约定的时效内进行检验，否则保险人将不承担保险责任。如保险单无相关检验时效要求的，被保险人可在保险期间内任一时间进行检验。

释义六：等效球镜度

等效球镜度=球镜屈光度+1/2 柱镜屈光度。屈光度是屈光力的大小单位，以 D 表示，即指平行光线经过该屈光物质，以焦点在 1m 时该屈光物质的屈光力为 1 屈光度或 1.00D。

释义七：保险费约定缴纳日

指保险合同生效日在每个缴费期的对应日。如果当期无对应的同一日，则以该期最后一日为对应日。

释义八：不可抗力

指不能预见、不能避免并不能克服的客观情况。

释义九：验光师

指使用验光仪器及辅助设备，对眼睛进行视力检查和屈光度检测，并开具矫正处方的人员。

释义十：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)]×(1-10%)。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)]×(1-10%)。经过天数不足一天的按一天计算。

若本保险合同已发生过保险金给付，则未满期净保险费为零。

(本页结束)