

京东安联财产保险有限公司
少儿高端医疗保险条款（2026 互联网版）
（报备文件编号：京东安联发（2026）38 号）
（注册号：C00005032512026020363843）

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，投保时年龄为出生满 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）的所有国籍人士可作为本保险合同的被保险人。

本保险合同的投保人应为具有完全民事行为能力且对被保险人有保险利益的自然人。

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

本保险合同约定的承保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承保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（见释义三），或在等待期（见释义四）后因初次出现症状（见释义五）或体征（见释义六）且确诊罹患疾病，在保险人指定或认可的医疗机构（见释义七，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（见释义八）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（见释义九）的住院或门急诊留观医疗费用（含入院前当日为收治入院而进行的门急诊诊疗和检验检查相关费用），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、**门急诊留观费**：指被保险人因病情需要，根据医生建议留在门急诊的指定区域接受持续医学观察与必要诊疗，自接受医学观察之时起计算，观察时间超过留观当日 24:00 且发生床位费，但总时长不超过 24 小时。
- 3、**床位费**：指被保险人使用医院床位的费用（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，则应按其中收费最低的病房计算床位费）。
- 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**：被保险人在接受住院治疗、特殊门诊治疗或门诊手术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（见释义十）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。
- 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、**医疗耗材/材料费**：指被保险人在医院接受治疗所必需的、符合本保险合同约定的一次性医用消耗品费用。非治疗性质的日常清洁、预防类耗材费用（如日常鼻腔清洁、过敏预防用品），保险人不承担保险责任。
- 15、**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、支具等耐用医疗设备（见释义十一）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。

16、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同一城市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。**

若被保险人在保险期间内已开始住院治疗，且在本保险合同保险期间届满之日仍未出院（即住院状态持续至届满日之后），保险人对本次住院治疗在保险期间届满日后30日内（含第30日）发生的住院医疗费用，继续在本保险合同约定的住院医疗费用保险金范围内承担给付责任，**不包括被保险人本次住院治疗结束再次入院（无论原因是否与本次住院相关）所发生的任何医疗费用。**

（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—重度（见释义十二）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（释义十三）**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初次出现症状或体征且确诊罹患疾病，在保险人指定或认可的医疗机构进行门急诊治疗的（不含本保险合同第八条载明的门急诊留观治疗、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）**门急诊留观费**：指被保险人因病情需要，根据医生建议留在门急诊的指定区域内接受持续医学观察与必要诊疗，自接受医学观察之时起计算，观察时间不超过留观当日 24:00，包括但不限于门急诊雾化治疗、门诊输液等；

（三）**诊疗费及医生费**：指医生为患者提供诊疗服务而收取的技术劳务费用，包括诊疗费，保险人认可的**专家诊疗费（释义十四）**、挂号费等；

（四）**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；

（五）**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。

（六）**处方药品费**：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（不含中草药），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；

（七）**医疗耗材/材料费**：被保险人在医院接受治疗所必需的、符合本保险合同约定的一次性医用消耗品费用。非治疗性质的日常清洁、预防类耗材费用（如日常鼻腔清洁、过敏预防用品），保险人不承担保险责任。

（八）**耐用医疗设备租赁费**

一般门急诊医疗费用保险金的各类型医疗费用的**单次门急诊（释义十五）**限额、给付次数限额、单项赔付限额、累计给付限额由双方约定并载明于保险单，当全年累计给付金额达到保险金额或累计给付次数达到给付次数限额时，保险人对被保险人在本项下的保险责任终止。

第十条 健康检查和疫苗责任（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）**健康检查费**

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（释义十六）**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）**疫苗接种费**

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**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（见释义十七）），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。

上述健康检查、疫苗接种就诊医疗机构须为同一个品牌，且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。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。

保险人仅承担被保险人已选择并前往就医的保险人指定或认可的健康检查及疫苗医疗机构所提供的健康检查和疫苗套餐费用，套餐外的费用保险人不予承担。

若投保人为被保险人选择投保健康检查和疫苗保障责任的，保险人在上述“一般门急诊医疗费用保险金”以及“健康检查和疫苗责任”两项责任项下的累计最高赔偿金额以保险单所载明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，而被保险人凭保险人指定或认可的医疗机构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“健康检查和疫苗责任”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（见释义十八）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

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：

（一）主观过错与违法违规相关情形

1. 投保人对被保险人的故意杀害、故意伤害；
2. 被保险人故意自伤、故意犯罪或抗拒依法采取的刑事强制措施；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；
3. 被保险人殴斗、醉酒，主动吸食或注射毒品；因酗酒（见释义十九）、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非处方用量药物导致的治疗及并发症费用；被保险人因戒毒、戒酒、戒烟或以戒除成瘾为目的的费用；
4. 被保险人酒后驾驶、无合法有效驾驶证驾驶或驾驶无有效行驶证的机动车；
5. 投保人或被保险人故意行为（含自残、自杀）引起的伤害、病症治疗及相关费用（自伤或自杀时被保险人为无民事行为能力人除外）。

（二）特定疾病与健康相关情形

6. 被保险人投保前已患的既往症（见释义二十）及相关并发症，但投保时如实告知并经保险人审核同意承保的不在此限；
7. 遗传性疾病、先天性畸形、变形或染色体异常，先天性疾病和症状（见释义二十一）及其引起的医疗费用；
8. 被保险人感染艾滋病病毒（HIV）或患艾滋病（AIDS）（见释义二十二）（按世界卫生组织定义，血液样本中发现病毒或抗体即认定感染）；
9. 精神和行为障碍（依 ICD-10 确定）的治疗和康复费用；儿童生长发育（头型检查、髋关节发育检查、姿势异常、发育不良等）和心理发育迟缓、性早熟、学习障碍、行为问题（如多动症、注意力集中缺陷等）的治疗、评估及相关费用；
10. 经投保人告知并已在保险单中载明的除外疾病及其并发症；因疝气、鞘膜积液产生的所有医疗费用；因疲劳、乏力、睡眠紊乱（含鼾症、失眠、睡眠呼吸暂停低通气综合征及睡眠测试）产生的任何费用；
11. 因任何内外科手术或其他医疗行为导致的伤害产生的医疗费用；
12. 口腔科相关所有检查和治疗费用（因意外伤害或疾病导致的治疗性费用）；
13. 所有中医治疗（见释义二十三）和物理治疗（见释义二十四）费用；
14. 基因疗法（见释义二十五）产生的任何医疗费用；基因咨询、筛查、检查及相关费用（恶性肿瘤治疗必需的基因检测费用除外）；
15. 过敏源检测相关费用（经保险人或其授权第三方管理机构批准的除外）。

（三）非医疗必需及特殊诊疗相关情形

16. 美容及健美类：无论是否出于心理目的的美容、整形费用（含非意外牙科治疗、非意外整形，如激光美容、除皱、除眼袋等）；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）、浅表静脉曲张等的治疗及相关费用；为改善身体状况的非必需费用（如中医调理、分子矫正法治疗（见释义二十六））；生长激素治疗及相关费用（经批准的除外）；
17. 养护及矫正类：视力测试、屈光缺陷（近视、远视、散光）的医疗及配镜费用；矫正鞋、脚支撑器材等足部相关预防性诊疗费用（意外伤害引起的除外）；各种自用按摩保健、生活辅助、环境改善等非治疗性与预防性用品的费用；

18. 其他特殊类：包皮环切术及其他包皮切除相关手术、并发症费用；静养疗法、监护及家居照料费，在护理之家、养老院等非约定机构接受的护理与治疗费用；选择性手术和治疗及相关费用；
19. 鉴定及实验类：医疗事故鉴定、亲子鉴定等各类医疗鉴定；未经中国临床医疗管理部门认可的试验性/研究性治疗及相关费用；未获治疗地权威部门批准的治疗、药品及后续费用；
20. 健康与咨询类：各种健康检查或筛查（保险单约定承保的除外）、功能医学检查、免疫费用；行政或管理目的的体格检查费用；医疗咨询、健康预测及相关测试费用（如智能测试、教育测试服务费）；
21. 特殊医疗类：器官移植供体费用、器官来源费用、器官组织或活体细胞低温储藏费用；
22. 舒适与非必需类：因个人舒适或方便产生的费用（如护工费、访客膳食、电视费等）；本保险合同未列明的急救费用及其他非医学必需服务和设备费用；因健康原因被建议不宜旅行仍执意旅行引发的相关治疗费用。

（四）不符合约定的就医及用药相关情形

23. 就医机构不符：未在本保险合同约定医疗机构就医（如护理之家、疗养院、精神病院等）；非被保险人本人就医、冒用他人身份就医、未亲自就医产生的费用；
24. 就医行为不符：不符合入院标准、挂床住院，或应当出院而拒不出院的后续费用；电话咨询费、未按时就诊的预约挂号费；
25. 用药及器械不符：未经医嘱自行购药、超30天剂量的药品费用；戒烟戒酒药物、美容用品、维生素等营养保健药品和食品、营养滋补类中草药；非处方医疗器械及部分耐用医疗设备的购买/租赁费用；
26. 非处方药或营养补给类药品：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。
27. 票据及范围不符：无原始发票的费用；不在执业范围的医疗服务费用。

（五）高风险及不可抗力相关情形

28. 高风险运动类：潜水（深度>18米或借助水下供气瓶）、跳伞、蹦极、攀岩、探险活动（见释义二十七）（含非固定路线洞穴探险）、滑翔翼、滑翔伞、特技表演（见释义二十八）；海拔6000米以上户外运动；需借助绳索/向导的登山活动；参与职业体育或有奖金报酬的体育运动训练、比赛期间；
29. 不可抗力类：战争、军事冲突、暴乱、武装叛乱、恐怖主义活动；核爆炸、核辐射、核污染；化学污染；
30. 其他高风险情形：无必要但主动置身于风险的情况。

六、等待期及其他免责情形

31. 等待期相关：等待期内罹患的疾病，或等待期内接受检查但等待期后确诊的疾病；等待期内出现疾病症状、接受检查（无论确诊时间），等待期内的药物过敏、感染（意外伤口感染除外）；

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**（见释义二十九）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。

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。

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（见释义三十）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”）接受治疗并出示有效的保险卡的，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、 购买或者租用耐用医疗设备，不包括雾化器；
- 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**未满期净保险费**（见释义三十一）。若保险人已给付过任何保险金，则**未满期净保险费为零**。

争议处理和法律适用

第二十二条 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

第二十三条 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】长期居住：指在投保前 1 年内以及在保险期间内，在中国大陆境内（不含港澳台）累计居住时间不少于相应时间段的三分之二。新生儿则指自出生之日起至投保时，累计居住的时间不少于该时间段的三分之二。

【释义三】意外伤害：指以外来的、突发的、非本意的和非疾病的客观事件为直接且单独的原因致使身体受到的伤害。自然死亡、疾病身故、猝死、自杀以及自伤均不属于意外伤害。

【释义四】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。

【释义五】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。

【释义六】体征：指被保险人的体表或内部结构发生可以察觉的改变。

【释义七】保险人指定或认可的医疗机构：指在中国大陆境内（不含港澳台）合法的公立医院，及保险人指定的私立医院和有互联网医院资质的医疗机构。保险人指定的私立医院和有互联网医院资质的机构清单

将在保险单上载明，保险人保留保险期间调整该医院清单的权利，被保险人可登录保险人指定的互联网网站或致电查询相关信息。

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。

【释义八】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，并正式办理入院手续。但不包括下列情况：

- 1、 被保险人入住康复科、康复病床或接受康复治疗；
- 2、 被保险人住院期间未曾接受过与本次入院诊断相关的检查和治疗；
- 3、 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；
- 4、 被保险人住院体检；
- 5、 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。

【释义九】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。

【释义十】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。

【释义十一】耐用医疗设备：包括腿、臂、腰背和颈等支具，以及人造腿、臂、眼等设备。不包括以下用品：（1）保健与舒适用品：各种自用的按摩、保健器具（如健身按摩器、磁疗用品、加热垫、桑拿设备）、太阳能或加热灯；（2）生活辅助及居家检测用品：拐杖、轮椅或自动床、升降机、坐浴盆、盥洗凳、浴缸凳、电话托臂、床上多用桌、血压监测仪、家用制氧机或呼吸机。（3）环境改善设备：空气净化器、除湿器、加湿器、空调、升降椅、涡流浴缸。（4）与先天性疾病诊疗相关的设备：助听器、人工耳蜗、疝气带、矫形器具；（5）其他类似设备。

【释义十二】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（见释义三十二）（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—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（见释义三十三）为 I 期或更轻分期的甲状腺癌（甲状腺癌的 TNM 分期，见释义三十四）；

（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。

【释义十三】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。

【释义十四】专家诊疗费：指由具备副主任医师及以上高级职称的专家提供诊疗服务时，收取的技术劳务费用，该费用标准通常高于同一医疗机构普通医师的诊疗收费水平。

【释义十五】单次门急诊：指被保险人同一自然日内，在同一医院的同一科室所进行的门诊或急诊治疗。

【释义十六】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院机构，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。

【释义十七】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。

【释义十八】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，病理经组织病理学检查（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（见释义三十五）肌力（见释义三十六）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（见释义三十七）；

（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（见释义三十八）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、脑动静脉畸形、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）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（见释义三十九）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（见释义四十）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，且已经造成瘻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。

【释义十九】酗酒：指非依赖性过度饮酒行为，满足以下任一条：

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

【释义二十】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。

【释义二十一】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。

【释义二十二】感染艾滋病病毒（HIV）或患艾滋病（AIDS）：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。

【释义二十三】中医治疗：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。

【释义二十四】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。

【释义二十五】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。

【释义二十六】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。

【释义二十七】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。

【释义二十八】特技表演：指马术、杂技、驯兽等特殊技能。

【释义二十九】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。

【释义三十】**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。

【释义三十一】**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。

【释义三十二】**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。

【释义三十三】**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。

【释义三十四】**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≤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：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。

【释义三十五】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。

【释义三十六】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。

【释义三十七】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。

【释义三十八】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。

【释义三十九】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。

【释义四十】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
附加少儿特定疾病保险条款（互联网版）
（报备文件编号：京东安联发（2024）320号）
（注册号：C00005032622024092000523）

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受益人为被保险人本人。

二、保险责任

本附加合同的保险责任分为基础责任和可选责任，在已选择投保基础责任的前提下，投保人和保险人可约定投保可选责任或不投保可选责任，具体由投保人与保险人在投保时约定并载明于保险单。

（一）基础责任

若被保险人因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）后因首次出现症状或体征并经境内医疗机构（见释义2）的专科医生（见释义3）首次确诊罹患本附加合同约定的一种或多种少儿特定疾病（见释义4），保险人将按保险单载明的保险金额向被保险人给付保险金。保险金给付后，保险人对该被保险人该项保险责任终止。

（二）可选责任

若被保险人在等待期后因首次出现症状或体征并经境内医疗机构的专科医生首次确诊罹患白血病的，保险人将按照保险单载明的白血病保险金额向被保险人给付保险金。保险金给付后，保险人对该被保险人该项保险责任终止。

三、责任免除

因下列情形之一，导致被保险人发生疾病、达到疾病状态或进行手术的，或存在下列情形/行为的，或在下列期间的，保险人不承担保险责任：

1. 投保人对被保险人的故意杀害、故意伤害；
2. 被保险人故意犯罪或抗拒依法采取的刑事强制措施；
3. 被保险人故意自伤或自杀，但被保险人自杀时为无民事行为能力人的不在此限；
4. 被保险人服用、吸食或注射毒品；
5. 被保险人酒后驾驶（见释义5）、无合法有效驾驶证（见释义6）驾驶，或驾驶无有效行驶证（见释义7）的机动车；
6. 被保险人感染艾滋病病毒或患艾滋病（见释义8）；
7. 战争、军事冲突、暴乱、武装叛乱；
8. 核爆炸、核辐射或核污染；
9. 遗传性疾病（见释义9），先天性畸形、变形或染色体异常（见释义10）；
10. 被保险人的既往病症（见释义11）及其并发症，但投保时已如实告知并经保险人审核同意承保的不在此限。

四、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。保险金额包括所有特定疾病的累计最高保额及单个疾病的保险金额。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。

投保人应该按照合同约定向保险人交纳保险费。

五、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。

六、保险金申请

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有关材料。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. 监护人的身份证复印件及与被保险人的关系证明复印件（未成年人适用）；
 4. 本次医疗资料，如门诊/住院病历、医疗费用发票、费用清单、诊断证明、检查检验单据、社会医疗保险结算单、第三方保险公司结算单等；
 5. 其它与本项索赔有关的证明文件；
 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，**保险人有权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。

七、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。

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。解除合同的具体约定和退保计算方式以主保险合同为准。

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：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。等待期自本附加合同生效之日起计算，在等待期内发生保险事故的，保险人不承担给付保险金的责任。

释义 2：医疗机构

指中国大陆境内（不包括香港、澳门、台湾地区）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。

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、疗养或康复医院。

释义 3：专科医生

专科医生应当同时满足以下四项资格条件：（1）具有有效的中华人民共和国《医师资格证书》；（2）具有有效的中华人民共和国《医师执业证书》，并按期到相关部门登记注册；（3）具有有效的中华人民共和国主治医师或主治医师以上职称的《医师职称证书》；（4）在国家《医院分级管理标准》二级或二级以上医院的相应科室从事临床工作三年以上。

释义 4：少儿特定疾病

1、良恶性脑肿瘤

指脑部恶性或良性肿瘤，包括：

- 1) 脑脊膜或脑恶性肿瘤，符合“**恶性肿瘤——重度（见释义 12）**”的定义标准，经组织病理学检查结果明确诊断，临床诊断属于世界卫生组织《疾病和有关健康问题的国际统计分类》第十次修订版（ICD-10）的恶性肿瘤 C70、C71 范畴，**但继发性（转移性）恶性肿瘤不在保障范围内**。
- 2) 脑良性肿瘤，已经引起颅内压增高，临床表现为视神经乳头水肿、精神症状、癫痫及运动感觉障碍等，并危及生命。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，并须满足下列至少一项条件：
 - ①实际实施了开颅进行的脑肿瘤完全切除或部分切除的手术；

②实际实施了对脑肿瘤进行的放射治疗。

脑垂体瘤、脑囊肿、颅内血管性疾病（如脑动脉瘤、脑动静脉畸形、海绵状血管瘤、毛细血管扩张症等）不在保障范围内。

2、淋巴瘤（重度）

指符合“恶性肿瘤——重度”的定义标准，经组织病理学检查结果明确诊断，临床诊断属于世界卫生组织《疾病和有关健康问题的国际统计分类》第十次修订版（ICD-10）的恶性肿瘤 C81-C85 范畴。

下列疾病不在保障范围内：

1) 继发性（转移性）恶性肿瘤；

2) 相当于 Ann Arbor 分期方案 I 期程度的何杰金氏病

3、骨恶性肿瘤（重度）

指符合“恶性肿瘤——重度”的定义标准，经组织病理学检查结果明确诊断，起源于骨和关节软骨的恶性肿瘤（重度）。

4、神经母细胞瘤（重度）

指符合“恶性肿瘤——重度”的定义标准，经组织病理学检查结果明确诊断，起源于肾上腺髓质及椎旁交感神经系统的恶性肿瘤（重度）。

5、肾母恶性肿瘤（重度）

指符合“恶性肿瘤——重度”的定义标准，经组织病理学检查结果明确诊断，起源于胚胎性生肾组织（后肾胚基）的肾恶性肿瘤（重度）。

6、肝部恶性肿瘤（重度）

指符合“恶性肿瘤——重度”的定义标准，经组织病理学检查结果明确诊断，起源于肝脏和肝内胆管的恶性肿瘤（重度）

7、白血病

一种造血系统的恶性肿瘤，其主要表现为白血病细胞在骨髓或其他造血组织中大量克隆、异常增生，大量聚集的白细胞抑制正常造血并浸润全身器官和组织。周围白细胞有质和量的变化，出现相应临床表现。被保险人所患白血病必须根据骨髓的活组织检查和周围血象由专科（儿科、血液科或肿瘤科）医生确诊，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）及《国际疾病分类肿瘤学专辑》第三版（ICD-O-3）的白血病范畴。

继发性（转移性）恶性肿瘤及相当于 Binet 分期方案 A 期程度的慢性淋巴细胞白血病不在保障范围内。

8、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（释义 13）肌力（释义 14）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（释义 15）中的三项或三项以上。

9、严重骨生长不全症Ⅲ型

是一种胶原病，特征为骨易碎，骨质疏松和易骨折。该病有 4 种类型：I 型、II 型、III 型、IV 型。本合同只保障 III 型成骨不全的情形，其主要临床特点有：发展迟缓、多发性骨折、进行性脊柱后侧凸及听力损害。III 型成骨不全的诊断必须根据身体检查，家族史，X 线检查和皮肤活检报告资料确诊。

本附加合同责任免除条款的第 9 项不适用于此病种。

10、严重全身性（型）重症肌无力

重症肌无力是一种神经肌肉接头传递障碍所致的疾病，表现为局部或全身骨骼肌（特别是眼外肌）极易疲劳。疾病可以累及呼吸肌、上肢或下肢的近端肌群或全身肌肉，必须满足下列全部条件：

（1）经药物治疗和胸腺切除治疗一年以上仍无法控制病情；

（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。

11、严重心肌炎

指被保险人因严重心肌炎性病变导致心功能损害造成持续的永久不可逆性的心功能衰竭。必须满足所有以下条件：

（1）心功能衰竭程度达到纽约心脏病学会的心功能分级标准之心功能 IV 级，或左室射血分数低于 30%；

(2) 持续不间断 180 天以上；

(3) 被保险人永久不可逆性的体力活动能力受限，不能从事任何体力活动。

12、严重婴儿进行性脊肌萎缩症

一种累及脊髓前角细胞及延髓运动核的神经元退行性变性病。在出生后两年内出现的脊髓和脑干前神经前细胞进行性技能障碍，伴随肌肉无力和延髓技能障碍。

13、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。

14、严重川崎症

一种血管炎综合征，临床表现为急性发热，皮肤粘膜病损和淋巴结肿大。本病须专科医生明确诊断，且同时由血管造影或超声心动图检查证实，满足下列至少一项条件：

(1) 伴有管状动脉瘤，且管状动脉瘤于最初急性发病后持续至少 180 天；

(2) 伴有管状动脉瘤，且实际接受了对冠状动脉瘤进行的手术治疗。

15、重症手足口病

指由肠道病毒引起的急性传染病，主要症状表现为手、足、口腔等部位的斑丘疹、疱疹。经保险人认可的医疗机构的儿科专科医生确诊为患有手足口病，并伴有下列三项中的任意一项并发症：

(1) 有脑膜炎或脑炎并发症，且导致意识障碍或瘫痪的临床表现及实验室检查证据；

(2) 有肺水肿并发症，且导致呼吸衰竭的临床表现及实验室检查证据；

(3) 有心肌炎并发症，且导致心脏扩大或心力衰竭的临床表现及实验室检查证据。

16、严重癫痫

本病的诊断须由神经科或儿科专科医生根据典型临床症状和脑电图及 MRI、PET、CT 等影相学检查做出。理赔时必须提供 6 个月以上的相关病历记录证明被保险人存在经抗癫痫药物治疗无效而反复发作的强直阵挛性发作或癫痫大发作，且已行神经外科手术以治疗反复发作的癫痫。

发热性惊厥以及没有全身性发作的失神发作（癫痫小发作）不在本保障范围内。

17、严重幼年类风湿性关节炎

指少儿及青少年期间的一种全身结缔组织病。可表现为弛张热、皮疹、关节炎、脾肿大、淋巴结肿大、浆膜炎、体重减轻、中性粒细胞增多等，全身症状可以先于关节炎出现。本项疾病须儿科风湿病专家出具医学诊断证明，且仅限于症状持续 6 个月以上，并因病情严重在专科医生的建议下已接受以治疗为目的的膝或髋关节的置换手术。

18、严重哮喘

指一种反复发作的严重支气管阻塞性疾病，经保险人认可的专科医生确诊，且必须同时符合下列所有标准：

(1) 过去两年中曾因哮喘持续状态（指哮喘持续发作 24 小时以上不能缓解）住院治疗；

(2) 因慢性过度换气导致胸廓畸形；

(3) 在家中需要医生处方的氧气治疗法；

(4) 持续日常服用口服类固醇激素治疗持续至少六个月。

19、严重瑞氏综合征

瑞氏综合征是线粒体功能障碍性疾病。导致脂肪代谢障碍，引起短链脂肪酸、血氨升高，造成脑水肿。主要临床表现为急性发热、反复呕吐、惊厥及意识障碍等等。肝脏活检是确诊的重要手段。瑞氏综合征需由三级医院的儿科专科医生确诊，并符合下列所有条件：

(1) 有脑水肿和颅内压升高的脑脊液检查和影像学检查证据；

(2) 血氨超过正常值的 3 倍；

(3) 临床出现昏迷，病程至少达到疾病分期第 3 期。

20、严重 1 型糖尿病

1 型糖尿病的特征为由于胰岛素分泌绝对不足引起严重胰岛素缺乏导致慢性血糖升高，需要依赖外源性胰岛素进行机体的葡萄糖代谢和维持生命。被保险人的 1 型糖尿病必须明确诊断，而且有血胰岛素测定及血 C 肽或尿 C 肽测定结果支持诊断，并且满足下列全部条件：

(1) 已经持续性地接受外源性胰岛素注射治疗连续 180 天以上；

(2) 因需要已经接受了下列治疗：因严重心律失常植入了心脏起搏器；或因坏疽自趾趾关节或以上切除了一趾或多趾。

21、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。

22、严重脊髓灰质炎

脊髓灰质炎是由于脊髓灰质炎病毒感染所致的瘫痪性疾病，临床表现为运动功能损害或呼吸无力。脊髓灰质炎必须明确诊断。本保单仅对脊髓灰质炎造成的神经系统功能损害导致被保险人一肢或一肢以上肢体机能永久完全丧失的情况予以理赔。肢体机能永久完全丧失，指疾病确诊 180 天后，每肢三大关节中的两大关节仍然完全僵硬，或不能随意活动。

23、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。

24、疾病或外伤所致智力障碍

因严重头部创伤或疾病造成被保险人智力低常（智力低于常态）。根据智商（IQ），智力低常分为中度（IQ35-50）、重度（IQ20-35）和极重度（IQ <20）。智商的检测必须由保险人认可的专职心理测验工作者进行，心理测验工作者必须持有心理测量专业委员会资格认定书。根据被保险人年龄采用对应的智力量表如韦克斯勒智力量表（儿童智力量表或成人智力量表）。必须满足下列全部条件：

- (1) 造成被保险人智力低常（智力低于常态）的严重头部创伤或疾病（以入院日期为准）发生在被保险人 6 周岁以后；
- (2) 专科医师确诊被保险人由于严重头部创伤或疾病造成智力低常；
- (3) 专职合格心理检测工作者适时做的心理检测证实被保险人智力低常（中度、重度或极重度）；
- (4) 被保险人的智力低常自确认日起持续 180 天以上。

25、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 $\geq$ 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 $< 20 \times 10^9/L$ 。

26、严重原发性心肌病

指不明原因引起的一类心肌病变，包括原发性扩张型心肌病、原发性肥厚型心肌病及原发性限制型心肌病三种，病变必须已造成事实上心室功能障碍而出现明显的心功能衰竭（指按照美国纽约心脏病学会提出的新功能状态分级的标准判定，心功能状态已达Ⅳ级），且Ⅳ级心功能衰竭状态已持续至少 180 日。本病须经专科医生明确诊断。继发于全身性疾病或其他器官系统疾病造成的心肌病变不在保障范围内。

27、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。

28、严重原发性骨髓纤维化

原发性骨髓纤维化为原因不明的骨髓中成纤维细胞增殖，伴有髓外造血，表现为进行性贫血、脾肿大等症状。本疾病须根据骨髓的活组织检查和周围血象检查由保险人认可的医院血液科专科医生明确诊断，并至少符合下列条件中的三项，且符合条件的状态持续 180 天及以上，并已经实际实施了针对此症的治疗：

- (1) 血红蛋白<100g/L;
- (2) 白细胞计数>25*10⁹/L;
- (3) 外周血原始细胞≥ 1%;
- (4) 血小板计数<100*10⁹/L。

任何其它病因导致的继发性骨髓纤维化不在保障范围内。

29、结核性脊髓炎

因结核杆菌引起的脊髓炎，导致永久性神经系统功能中度障碍，即：疾病首次确诊 180 天后，仍遗留下列一种或一种以上障碍：

- (1) 一侧或一侧以上肢体肌力Ⅲ级或Ⅲ级以下的运动功能障碍；
- (2) 自主生活能力部分丧失，无法独立完成六项基本日常生活活动中的二项或二项以上。

该诊断必须由保险人认可医院的神经专科医生证实，并必须由适当的检查证明为结核性脊髓炎。

30、重度器官移植术或造血干细胞移植术

重度器官移植术，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。

释义 5： 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，被当地交通管理部门依法认定为饮酒后驾驶或醉酒后驾驶。

释义 6： 无合法有效驾驶证

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) 依照法律法规或当地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 7： 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) 无当地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；
- (4) 依照法律法规或当地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 8： 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 9： 遗传性疾病

指生殖细胞或受精卵的遗传物质（染色体和基因）发生突变或畸变所引起的疾病，通常具有由亲代传至后代的垂直传递的特征。

释义 10： 先天性畸形、变形或染色体异常

指被保险人出生时就具有的畸形、变形或染色体异常。先天性畸形、变形和染色体异常依照世界卫生组织《疾病和有关健康问题的国际统计分类》第十次修订版（ICD-10）确定。

释义 11： 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 12: 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(见注 1)(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)(见注 2)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:

I 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:

1. 原位癌(见注 3), 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;

2. 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;

II TNM 分期(见注 4)为 I 期或更轻分期的甲状腺癌;

III TNM 分期为 T1N0M0 期或更轻分期的前列腺癌;

IV 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;

V 相当于 Binet 分期方案 A 期程度的慢性淋巴细胞白血病;

VI 相当于 Ann Arbor 分期方案 I 期程度的何杰金氏病;

VII 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 $ki-67 \leq 2\%$)或更轻分级的神经内分泌肿瘤。

注 1: 组织病理学检查是通过局部切除、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。

注 2: 《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。

注 3: 指恶性细胞局限于上皮内尚未穿破基底膜浸润周围正常组织的癌细胞新生物。原位癌必须经对固定活组织的组织病理学检查明确诊断。被保险人必须已经接受了针对原位癌病灶的积极治疗, 所谓的积极治疗包含手术、化疗或放疗等治疗方式。

注 4: 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。甲状腺癌的 TNM 分期采用目前现行的 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, 具体见附表。

附表:

甲状腺乳头状癌、滤泡癌、低分化癌、Hürthle 细胞癌和未分化癌

pT_x: 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 ≤ 2 cm

T_{1a} 肿瘤最大径 ≤ 1 cm

T_{1b} 肿瘤最大径 > 1 cm, ≤ 2 cm

pT₂: 肿瘤 2~4cm

pT₃: 肿瘤 > 4 cm, 局限于甲状腺内或大体侵犯甲状腺外带状肌

pT_{3a}: 肿瘤 > 4 cm, 局限于甲状腺内

pT_{3b}: 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外

pT_{4a}：侵犯喉、气管、食管、喉反神经及皮下软组织

pT_{4b}：侵犯椎前筋膜，或包裹颈动脉、纵隔血管

甲状腺髓样癌

pT_x：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

T_{1a} 肿瘤最大径≤1cm

T_{1b} 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

pT_{3a}：肿瘤>4cm，局限于甲状腺内

pT_{3b}：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

pT_{4a}：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

pT_{4b}：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

pN_x：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

pN_{1a}：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。

pN_{1b}：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 13：肢体

指包括肩关节的整个上肢或包括髋关节的整个下肢。

释义 14：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 15：六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。

（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）
（报备文件编号：京东安联发〔2023〕262号）
（注册号：C00005032512023073113221）

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，凡投保时年龄出生在出生满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齿科医疗费用的，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齿科医疗费用；
- （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齿科医疗费用；
- （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齿科医疗费用；
- （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齿科医疗费用；
- （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齿科医疗费用；
- （六） 被保险人酗酒、主动吸食或者注射毒品（见释义五）期间发生的齿科疾病、损伤导致的齿科医疗费用；
- （七） 被保险人因未遵照保险人指定医疗机构医嘱而发生的齿科医疗费用；
- （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齿科医疗费用；
- （九） 因意外伤害事故所致的任何齿科治疗。

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 $\times$ [1-(保险单已经过天数/保险期间天数)] $\times$ (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 $\times$ [1-(当期保障已过天数/当期保障总天数)] $\times$ (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）
（报备文件编号：京东安联发〔2023〕262号）
（注册号：C00005032512023073113241）

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，且在指定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。社会医疗保险个人帐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**未满期净保险费**（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。如保险单载明有时效要求的，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： $\text{未满期净保险费} = \text{保险费} \times [1 - (\text{保险单已经过天数} / \text{保险期间天数})] \times (1 - 10\%)$ 。
经过天数不足一天的按一天计算。

若保险费为分期缴付的： $\text{未满期净保险费} = \text{当期保险费} \times [1 - (\text{当期保障已过天数} / \text{当期保障总天数})] \times (1 - 10\%)$ 。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。