



请扫描以查询验证条款

复星联合医路相伴高端医疗保险（互联网）条款

阅读指引

本阅读指引有助于您理解复星联合健康保险股份有限公司（以下简称“本公司”）《复星联合医路相伴高端医疗保险（互联网）》（以下简称“本合同条款”）。

👍 拥有的重要权益

- ✧ 被保险人享受的保险保障.....2. 5
- ✧ 投保人有解除合同的权利.....7. 1

👍 应当特别注意的事项

- ✧ 在某些情况下，本公司不承担保险责任.....2. 8
- ✧ 及时向本公司通知保险事故的责任.....3. 2
- ✧ 应当按时交纳保险费.....4. 1
- ✧ 退保会给投保人造成一定的损失，请慎重决策.....5. 1
- ✧ 投保人有如实告知的义务.....8. 1

本公司对可能影响本合同保障的重要内容进行了显著标识，请仔细阅读正文中背景突出显示的内容

👍 条款是保险合同的重要内容，为充分保障您的权益，请仔细阅读本条款

👍 条款目录

1. 合同订立	3. 9 配合调查
1. 1 合同构成	3. 10 保险金的给付
1. 2 合同成立与生效	3. 11 诉讼时效
1. 3 投保范围	4. 保险费交纳
1. 4 犹豫期	4. 1 保险费的交纳
1. 5 保险卡	4. 2 宽限期
2. 提供的保障	5. 现金价值权益
2. 1 保险计划	5. 1 现金价值
2. 2 保障地域	5. 2 保单贷款
2. 3 保险期间	5. 3 保险费自动垫交
2. 4 等待期	6. 合同效力中止和恢复
2. 5 保险责任	6. 1 合同效力中止
2. 6 免赔额	6. 2 合同效力恢复
2. 7 保险金的计算	7. 合同解除
2. 8 责任免除	7. 1 解除合同的手续及风险
2. 9 补偿原则	8. 其他事项
2. 10 未成年人限制	8. 1 明确说明与如实告知
3. 保险金申领	8. 2 本公司合同解除权的限制
3. 1 受益人	8. 3 年龄错误
3. 2 保险事故通知	8. 4 同意提供医疗信息
3. 3 尽快就诊	8. 5 未还款项
3. 4 医疗服务网络	8. 6 合同内容变更
3. 5 通常惯例水平	8. 7 联系方式变更
3. 6 事先授权	8. 8 争议处理
3. 7 保险金申请	附表一：特定疾病病种及定义
3. 8 代理申请及其他	附表二：保障福利表

复星联合医路相伴高端医疗保险（互联网）

（本公司在每页底部对一些专业名词做了释义，这些释义为本条款的重要组成部分。同一专业名词在条款中出现多次的，本公司仅在该专业名词第一次出现的地方做了释义，该释义适用于全文。）

1 合同订立

- | | | |
|-----|---------|--|
| 1.1 | 合同构成 | 本合同条款、投保单或其他投保文件、保险单或其他保险凭证、保障福利表、保险卡、附贴批单和其他约定书，均为投保人与本公司订立的《复星联合医路相伴高端医疗保险（互联网）合同》（以下简称“本合同”）的构成部分。凡涉及本合同的约定，均应当采用书面形式。 |
| 1.2 | 合同成立与生效 | 投保人提出投保申请、本公司同意承保，本合同成立。
合同生效日期在本合同中载明。保单年度、保险费的约定交纳日 ¹ 均以该日期计算。 |
| 1.3 | 投保范围 | 符合本公司承保条件者均可向本公司投保本合同，成为本合同的被保险人。投保年龄按周岁 ² 计算。 |
| 1.4 | 犹豫期 | 自投保人签收本合同或收到本合同电子保险单之日起，有15日的犹豫期。在此期间，请投保人认真阅读本合同，如果投保人认为本合同与投保人的需求不相符，可以在此期间提出解除本合同，本公司向投保人无息退还保险费，本公司支付过保险赔款的，还应扣除相应赔款金额。犹豫期内解除本合同时，投保人须填写解除合同申请书，并提供保险合同和有效身份证件 ³ ，自本公司收到投保人的解除合同申请书起，本合同即被解除，对于合同解除前发生的保险事故，本公司不承担保险责任。 |
| 1.5 | 保险卡 | 本公司承保后，将为被保险人发放保险卡，该保险卡将载明被保险人姓名、保险单号码、保险期间、保险计划、赔付比例、免赔额、医疗服务网络、理赔申请等有关信息。

保险卡，是被保险人在本公司医疗服务网络内的医疗机构（以下简称“网络医疗机构”）享受直接付费服务的凭证。 |

2 提供的保障

- | | | |
|-----|------|---|
| 2.1 | 保险计划 | 被保险人的保险计划，以及保险计划中涉及的保障地域、保险金额、免赔额、医疗机构及赔付比例详见保障福利表。具体由投保人在投保时与本公司约定，并在本合同中载明。 |
| 2.2 | 保障地域 | 本合同的保障地域分设有中国大陆保障、大陆及港澳台保障，具体应当由投 |

¹约定交纳日：指本合同生效日在每月、每季或每半年（根据交费方式确定）的对应日。当月无对应的同一日，则以该月最后一日为对应日。

²周岁：指按有效身份证件中记载的出生日期计算的年龄，自出生之日起为零周岁，每经过一年增加一岁，不足一年的不计。

³有效身份证件：指由中华人民共和国政府主管部门规定的能够证明其身份的证件，如：居民身份证、军官证、警官证、士兵证、户口簿以及中华人民共和国政府主管部门颁发或者认可的有效护照或者其他身份证明文件。

保人在投保时为每一被保险人选择，并载明于本合同中。

对于每一保障区域具体约定如下，本公司仅对被保险人保险期间内在相应保障区域内发生的保险责任范围内的费用，按照本合同的约定给付保险金。

2.2.1	中国大陆保障	保障区域为中国大陆。
2.2.2	大陆及港澳台保障	保障区域为中国大陆及港澳台地区。
2.3	保险期间	本合同的保险期间由投保人与本公司约定并在本合同中载明，自本合同生效之日起零时起至约定的终止日的二十四时止。
2.4	等待期	等待期是指本合同生效后本公司不承担保险责任的一段时间，除另有约定外，本合同生效日起 90 天内（含第 90 天）为等待期。 等待期内被保险人因意外伤害⁴之外的原因导致身故或确诊本合同附表一所述的特定疾病⁵的，本公司不承担给付保险金的责任，但无息退还本合同已交保险费⁶，本公司已给付过门诊医疗保险金的，还应扣除累计给付的相应金额，本合同终止。 等待期内发生下列任一情形的，本公司不承担给付门诊医疗保险金之外的保险金责任，本合同继续有效： 1. 被保险人在等待期内因意外伤害之外的原因导致的治疗； 2. 被保险人在等待期内因意外伤害之外的原因导致的治疗延续至等待期后、或者在等待期后接受与该次治疗原因相同的所有治疗； 3. 被保险人在等待期内确诊疾病，在等待期后接受与该疾病相关的所有治疗。 以下情形无等待期： 1. 被保险人因遭受意外伤害事故而导致治疗的； 2. 投保本合同时，被保险人已享有本公司认可的商业高端医疗保险，并经本公司审核通过的； 3. “2.5.2.3 门诊医疗保险金”无等待期。
2.5	保险责任	保险责任包括一般住院医疗保险金责任、特定疾病住院医疗保险金责任、住院无理赔日额补贴医疗保险金责任、护理保险金责任、特殊疾病和特殊项目医疗保险金责任、医疗及身故援助保险金责任、门诊医疗保险金责任、疾病身故保险金责任，其中一般住院医疗保险金责任、特定疾病住院医疗保险金责任、住院无理赔日额补贴医疗保险金责任、护理保险金责任为必选责任，特殊疾病和特殊项目医疗保险金责任、医疗及身故援助保险金责任、门诊医疗保险金责任、疾病身故保险金责任为可选责任，可选责任仅能在本合同保

⁴意外伤害：指遭受外来的、突发的、非本意的、非疾病的使身体受到的伤害。不包括无明确外来意外伤害导致的后果，且猝死不是意外。

⁵特定疾病：指符合本合同附表一所述的任何一种疾病定义所述条件的疾病。

⁶已交保险费：按照被保险人发生本合同约定的保险事故时，年交保险费乘以保单年度数（交费期满后为交费年度数）计算。

险计划表的范围内组合选择。

投保人在投保时可按照下表为被保险人选择保险计划并载明于本合同中，其中每个保险计划中所对应的除疾病身故保险金之外的其他保险责任，其具体保障内容详见附表二保障福利表。

保险计划	基本医疗保险 ⁷ 身份	疾病身故保险金	其他保险责任
计划 1	无基本医疗保险	不含	保障方案一
计划 2	无基本医疗保险	含	保障方案一
计划 3	无基本医疗保险	不含	保障方案二
计划 4	无基本医疗保险	含	保障方案二
计划 5	无基本医疗保险	不含	保障方案三
计划 6	无基本医疗保险	含	保障方案三
计划 7	无基本医疗保险	不含	保障方案四
计划 8	无基本医疗保险	含	保障方案四
计划 9	无基本医疗保险	不含	保障方案五
计划 10	无基本医疗保险	含	保障方案五
计划 11	有基本医疗保险	不含	保障方案一
计划 12	有基本医疗保险	含	保障方案一
计划 13	有基本医疗保险	不含	保障方案二
计划 14	有基本医疗保险	含	保障方案二
计划 15	有基本医疗保险	不含	保障方案三
计划 16	有基本医疗保险	含	保障方案三
计划 17	有基本医疗保险	不含	保障方案四
计划 18	有基本医疗保险	含	保障方案四
计划 19	有基本医疗保险	不含	保障方案五
计划 20	有基本医疗保险	含	保障方案五

若投保人选择投保了“2.5.2.3门诊医疗保险金”责任，投保人可为本合同最多增加3名附属被保险人，本公司同时为主被保险人和附属被保险人提供“2.5.2.3门诊医疗保险金”保障和“2.5.1.5健康管理服务”（须满足门诊医疗保险金的额度限制要求，该额度限制由主被保险人和所有附属被保险人共享），但仅为主被保险人提供其他责任保障。除另有约定外，本合同被保险人均指主被保险人。

2.5.1 必选责任

2.5.1.1 一般住院医疗保险金

在被保险人年满85周岁后的第一个保单周年日前，被保险人在与其保险计划相对应的保障地域内的本公司指定或认可的医疗机构⁸因遭受意外伤害，或等待期后因特定疾病以外的疾病，接受医师开具处方的、医学必需的一般住

⁷基本医疗保险：基本医疗保险包括城镇职工基本医疗保险、城镇居民基本医疗保险、新型农村合作医疗。

⁸本公司指定或认可的医疗机构：本公司指定医疗机构及不予理赔的医疗机构清单可登录本公司官网查询相关信息。不同保险计划对应的医疗机构范围有所不同，详见附表二保障福利表。

院⁹治疗（日间医疗¹⁰视同住院治疗，下同），由此发生的符合通常惯例水平¹¹的以下类型费用，本公司承担一般住院医疗保险金责任，未列出的费用本合同不予承担：

- （一） 床位费。
- （二） 陪床费：未满十八周岁的被保险人住院期间其一父亲或母亲陪同住院加床费，女性被保险人住院期间其出生未满十六周的新生婴儿住院加床费。
- （三） 急诊室费，重症监护病房费，膳食费¹²。
- （四） 手术室和恢复室费，手术敷料费，手术医师费，麻醉医师费等手术相关费用。
- （五） 输血、血浆、血浆扩容药物以及所有相关化验、操作设备和服务费用。
- （六） 药品费。本合同承担给付责任的药品应在医院¹³购买，如医院无法提供该药品（需提供院方书面盖章证明材料或经本公司事先书面许可同意），被保险人可在本公司认可的药店¹⁴购买该药品，但每次的处方剂量不得超过1个月。
- （七） 医师诊疗费。
- （八） 护理费。
- （九） 吸氧费。
- （十） 化验费。
- （十一） 检查检验费。
- （十二） 移植费：被保险人作为受体接受器官、骨髓、干细胞移植费。
- （十三） 特定门诊医疗费用，包含：

1. 门诊肾透析费；

⁹住院：指被保险人完全出于接受医学必需的治疗目的彻夜以占用医疗机构病床的方式接受的医疗。

¹⁰日间医疗：指医疗机构在保障医疗质量安全前提下，为患者提供 24 小时内完成住院全流程诊疗服务的医疗服务模式。

¹¹通常惯例水平：各指以下两者中较低者：提供相应医疗服务的医疗机构对该医疗服务通常收费水平，同一地区其他医疗机构对居住在同一地区的（以邮政编码为准）、病情性质和严重程度类似的人员提供同样医疗服务的平均收费水平。若某医疗服务在当地区不常见或仅当地区少数医疗机构能够提供，保险人将参考下列因素确定通常惯例水平的医疗费用：治疗复杂性，治疗必要的专业程度，必要的医疗专业类型，相应医疗机构提供的医疗服务范围和种类，其他地区通常的收费水平。这里，地区指根据普遍认可的国际标准为取得类似医疗机构或类似医疗服务平均水平所必要的地域范围，可为一个城市、国家或更广的地域。

¹²膳食费：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。膳食费应包含在医疗账单内；根据各医疗机构的惯例，可以作为独立的款项、也可以合并 in 病房费等其他款项内。若一些医疗机构自身不设内部专属的食堂而将病人膳食外包给独立经营的商业餐饮单位、从而膳食费不包含在医疗账单内，按照膳食费发票金额的 50% 作为与医疗相关的膳食费金额进行后续的理赔计算。

¹³医院：指被接受医疗服务所在地国家当地法律或政府认可的、可收治急症病人的医疗机构。该医疗机构应有常住执业医师管理或提供医疗服务，并在专业护士指导下每日二十四小时连续提供护理服务。医院不包括护理机构、疗养机构、康复机构、养老院、家居服务机构、酒精或药物滥用看护机构、以及其他类似目的的机构。

¹⁴本公司认可的药店：本公司认可的药店必须同时满足以下条件：（1）取得国家药品经营许可证；（2）该药店内具有医师、执业药师等专业人员提供服务。

2. 器官移植后的门诊抗排异治疗费；
3. 门诊手术费¹⁵；
4. 住院前后门急诊医疗费用，指被保险人经医疗机构诊断必须接受住院、门诊手术或日间手术治疗的，在治疗前后各60日内（含60日），因与该次治疗相同原因而接受门急诊治疗的，对由此发生的医学必需的合理医疗费用。

（十四） 由医师或注册呼吸治疗师实施的呼吸治疗费。

（十五） 物理治疗、职业疗法费：由医师或具有相应医疗资质的专业医师实施的物理治疗、职业疗法费，这些治疗须为该被保险人医师书面治疗计划一部分，且疗法复杂或被保险人病症使得只有医师、注册物理治疗师或职业治疗师才能安全、有效实施。

（十六） 为治疗吞咽障碍由语言治疗师实施的电子喉镜检查费。

（十七） 住院前或住院期间转诊时发生的同城急救车费。

（十八） 入住本公司指定的康复医疗机构¹⁶接受的康复治疗¹⁷和由专业护士¹⁸实施的专业护理费用。

（十九） 因使用手术机器人技术额外收取的费用，包括手术导航定位机器人（如神经外科脊柱外科ROSA机器人，Mako骨科机器人等）、手术操作机器人（如达芬奇手术机器人等），含手术机器人专用医用耗材费。

（二十） 耐用医疗设备购买或租赁费¹⁹。

（二十一） 临终关怀费²⁰。

（二十二） 精神和心理障碍治疗费：指经医师诊断和要求被保险人在医学认可的精神心理专科医疗机构或设有精神心理科室的医疗机构，为治疗精神和心理障碍接受由具有相应专业资格的医师或心理学家实施的住院或门诊医疗和咨询费用。精神和心理障碍包括但不限于神经性贪食症、神经性厌食症、悲伤辅导和悲伤治疗²¹、注

¹⁵门诊手术费：指当地卫生行政部门规定的手术项目的费用，包括手术费、麻醉费、手术检查检验费、手术材料费、术中用药费、手术设备费。手术检查检验费指门诊手术前7日（含门诊手术当日）和门诊手术后15日（含门诊手术当日）内因该次门诊手术而接受的手术检查检验费。

¹⁶本公司指定的康复医疗机构：本公司指定的康复医疗机构清单将在本公司的官方网站进行展示。本公司保留对上述指定的康复医疗机构进行变更的权利，如有变更，本公司将在官网进行公示。

¹⁷康复治疗：指在既定的疗程内通过设计的维持项目改善病人身体状况，以免恶化并协助康复。被保险人住院接受康复治疗的，应经过本公司许可。

¹⁸专业护士：指国家护士注册机构护士登记名册中登记在案的护士。

¹⁹耐用医疗设备购买或租赁费：指医师处方要求的、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购买或租赁费（以相应符合通常惯例水平的购买价格为上限），以及随后修理、更换费。对于患癌症接受属保险责任范围的乳房切除术的被保险人，两义乳及可放入义乳的胸衣费用也属保险责任范围内的费用。康复设备和矫形支具包括但不限于腿、臂、背和颈支具，人造腿、臂、眼。

²⁰临终关怀费：指被保险人接受具有相应资质的临终关怀机构提供的、由专业人员和志愿者组成的跨学科队伍在医学指导下实施的姑息性、支持性医护设施而发生的费用。被保险人入住临终关怀机构接受临终关怀的，须基于病情和家庭必要。其中，临终关怀机构指对终末期病人提供集成家庭或住院医护服务的机构，该机构应满足下列全部条件：（一）取得了政府相关部门的许可；（二）二十四小时提供服务；（三）有医师直接管理和监控；（四）有注册护士指挥、协调护理服务；（五）被许可从事社会服务指导和协调；（六）主要目的为提供临终关怀服务；（七）有全职管理人员；（八）保存了所提供服务的全部书面记录。

²¹悲伤辅导和悲伤治疗：指由具有相应资格的咨询师、精神科医师、心理医师、牧师针对家人逝世或终末期病人的治疗。

意力缺陷症²²、注意缺陷多动障碍²³，但不包括酒精和药物滥用戒断治疗、智商测试、教育测试、婚姻和家庭心理咨询。

一般住院医疗金不包括“2.5.1.2 特定疾病住院医疗保险金”中约定的特定疾病住院医疗费用责任和“2.5.2.1 特殊疾病和特殊项目医疗保险金”中约定的专业护士家庭护理费、专业护理费、矫形改造手术费、先天性疾病和症状治疗费。

自被保险人年满85周岁后的第一个保单周年日起，本项责任终止。对于因遭受意外或等待期后因疾病发生的一般住院医疗，在被保险人年满85周岁后的第一个保单周年日前发生的且延续至被保险人年满85周岁后的第一个保单周年日后60日内（含60日）的符合本合同约定的一般住院医疗费用，本公司仍然按照约定的方法计算并给付一般住院医疗保险金。

2.5.1.2 特定疾病住院医疗保险金

保险期间内，被保险人在与其保险计划相对应的保障地域内的本公司指定或认可的医疗机构，因意外或等待期后因非意外的原因**确诊初次发生**²⁴本合同列明的特定疾病，接受医师开具处方的、医学必需的特定疾病住院治疗，由此发生的符合通常惯例水平的以下类型费用，本公司承担特定疾病住院医疗费用责任，**未列出的费用本合同不予承担**：

- (一) 床位费。
- (二) 陪床费：未满十八周岁的被保险人住院期间其一父亲或母亲陪同住院加床费，女性被保险人住院期间其出生未满十六周的新生婴儿住院加床费。
- (三) 急诊室费，重症监护病房费，膳食费。
- (四) 手术室和恢复室费，手术敷料费，手术医师费，麻醉医师费等手术相关费用。
- (五) 输血、血浆、血浆扩容药物以及所有相关化验、操作设备和服务费用。
- (六) 药品费。本合同承担给付责任的药品应在医院购买，如医院无法提供该药品（需提供院方书面盖章证明材料或经本公司事先书面许可同意），被保险人可在本公司认可的药店购买该药品，但每次的处方剂量不得超过1个月。
- (七) 医师诊疗费。
- (八) 护理费。
- (九) 吸氧费。

²²注意力缺陷症：是一种生物学方面改变所致的病理状态，症状表现为：注意力涣散、活动过多、冲动任性等。

²³注意缺陷多动障碍：一种常见的儿童精神障碍，主要表现为超出了儿童年龄和发育正常范围的注意力集中困难、活动过多、冲动任性等状况。

²⁴确诊初次发生：指被保险人自出生之日起第一次经医院诊断符合本合同所列的疾病定义，而不是指自本合同生效之后第一次经医院诊断符合本合同所列的疾病定义。

- (十) 化验费。
- (十一) 检查检验费。
- (十二) 移植费：被保险人作为受体接受器官、骨髓、干细胞移植费。
- (十三) 特定门诊医疗费用，包含：
1. 门诊肾透析费；
 2. 恶性肿瘤门诊治疗费，含核素内照射疗法、化学疗法、放射疗法、高端放射治疗（包括螺旋断层放射治疗系统Tomo、Edge直线加速器，X线立体定向放射治疗系统Cyberknife、Versa HD直线加速器，**质子、重离子放射治疗**²⁵等）、肿瘤免疫疗法、肿瘤内分泌疗法、肿瘤靶向疗法；
 3. 器官移植后的门诊抗排异治疗费；
 4. 特定疾病门诊治疗费用；
 5. 门诊手术医疗费；
 6. 住院前后门急诊医疗费用，指被保险人经医疗机构诊断必须接受住院、门诊手术或日间手术治疗的，在治疗前后各60日内（含60日），因与该次治疗相同原因而接受门急诊治疗的，对由此发生的医学必需的合理医疗费用。
- (十四) 由医师或注册呼吸治疗师实施的呼吸治疗费。
- (十五) 物理治疗、职业疗法费：由医师或具有相应医疗资质的专业医师实施的物理治疗、职业疗法费，这些治疗须为该被保险人医师书面治疗计划一部分，且疗法复杂或被保险人病症使得只有医师、注册物理治疗师或职业治疗师才能安全、有效实施。
- (十六) 为治疗吞咽障碍由语言治疗师实施的电子喉镜检查费。
- (十七) 住院前或住院期间转诊时发生的同城急救车费。
- (十八) 入住本公司指定的康复医疗机构接受的康复治疗 and 由专业护士实施的专业护理费用。
- (十九) 因使用手术机器人技术额外收取的费用，包括手术导航定位机器人（如神经外科脊柱外科ROSA机器人，Mako骨科机器人等）、手术操作机器人（如达芬奇手术机器人等），含手术机器人专用医用耗材费。
- (二十) 耐用医疗设备购买或租赁费。
- (二十一) 临终关怀费。

2.5.1.3 住院无理赔 日额补贴医 疗保险金

在被保险人年满85周岁后的第一个保单周年日前，被保险人在与其保险计划相对应的保障地域内因遭受意外伤害或等待期后因疾病进行住院治疗而发生的本合同约定责任范围内的医疗费用，如被保险人已通过其他途径（包括基本医疗保险、工作单位及商业保险机构等）取得全部补偿的，本公司仅在本合同约定的范围内按被保险人实际住院日数乘以住院补贴日额给付住院

²⁵ **质子、重离子放射治疗**：指利用质子和重离子对肿瘤进行放射治疗的技术。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，在指定的医疗机构的专门治疗室内接受的质子和重离子放射治疗。

日额补贴，且每一保单年度内的给付日数不超过30天。

就每一保单年度内发生的同一住院医疗保险事故，已获得本合同的一般住院医疗保险金、特定疾病住院医疗保险金、特殊疾病和特殊项目医疗保险金、医疗及身故援助保险金中任意一项赔偿的，本公司不再给付住院无理赔日额补贴。

若受益人在获得住院无理赔日额补贴后，就同一住院医疗保险事故申请一般住院医疗保险金、特定疾病住院医疗保险金、特殊疾病和特殊项目医疗保险金、医疗及身故援助保险金，本公司将在应给付金额中扣除已给付的住院无理赔日额补贴后给付对应责任保险金。若应给付的对应责任保险金不够扣除已给付的住院无理赔日额补贴，则不再给付对应责任保险金，但不影响下一次住院医疗事故的保险金申请。

自被保险人年满 85 周岁后的第一个保单周年日起，本项责任终止。

2.5.1.4 护理保险金

自被保险人年满 85 周岁后的第一个保单周年日起，被保险人经本公司指定或认可的评估机构²⁶参照《老年人能力评估规范》²⁷的评估指标及评分、能力等级划分要求进行评估，能力等级达到 1 至 4 级的，本公司将给付护理保险金，给付后本项责任终止，同时本合同门诊医疗保险金责任终止。

若投保人未选择投保“2.5.2.3 门诊医疗保险金”责任，护理保险金的给付额度为：本合同的已交保险费×110%。

若投保人选择投保了“2.5.2.3 门诊医疗保险金”责任，护理保险金的给付额度为：（本合同的已交保险费-本合同门诊医疗保险金的累计已给付金额）×110%。

2.5.1.5 健康管理服务

在本合同的保险期间内，本公司通过指定的合作医疗机构和指定的服务供应商为被保险人提供健康管理服务，具体服务内容和指定服务供应商以最新版健康服务手册为准。被保险人可以在投保时获取并查看健康服务手册。健康服务手册后续调整的（若有），被保险人可登录本公司官方网站进行查阅。

若投保人选择投保了“2.5.2.3 门诊医疗保险金”责任，被保险人通过指定的合作医疗机构和指定的服务供应商使用健康服务手册规定范围之外的健康管理服务，所产生的费用将计入“2.5.2.3 门诊医疗保险金”的年度给付限额和总限额中，本公司根据“2.5.2.3 门诊医疗保险金”和“2.5.1.5 健康管理服务”合计给付的总金额不得超过“2.5.2.3 门诊医疗保险金”中约定的额度限制。

若投保人未投保“2.5.2.3 门诊医疗保险金”责任，被保险人通过指定的合作医疗机构和指定的服务供应商使用健康服务手册规定范围之外的健康管

²⁶本公司指定或认可的评估机构：包括本公司指定的评估机构，以及符合下列所有条件的机构：（1）开展评估工作的机构应为依法登记的企业单位或社会组织；（2）开展评估工作的机构应至少配置 5 名专/兼职评估人员；（3）评估人员应具有全日制高中或中专以上学历，有 5 年以上从事医疗护理、健康管理、养老服务、老年社会工作等实务经历并具有相关专业背景，理解评估指标内容，掌握评估要求；（4）应保护被评估人员和评估人员的尊严、安全和个人隐私。

²⁷《老年人能力评估规范》：是用于开展老年人能力评估的中国国家标准，由国家市场监督管理总局、国家标准化管理委员会发布，其标准编号为 GB/T 42195-2022。若被保险人开展能力评估时，该规范已调整、更新或不再有效，本公司将采用同等效力的其他相关规范作为评估标准。

理服务，所产生的费用本公司不予承担。

2.5.2 可选责任

2.5.2.1 特殊疾病和特殊项目医疗费用保险金

在被保险人年满85周岁后的第一个保单周年日前，被保险人在与其保险计划相对应的保障地域内因遭受意外伤害或等待期后因疾病接受医师开具处方的、医学必需的下列特殊疾病和特殊项目医疗，由此发生的、符合通常惯例水平的费用，本公司承担特殊疾病和特殊项目医疗费用责任，**未列出的费用本合同不予承担：**

（一）专业护士家庭护理费

指曾住院接受治疗的被保险人出院后随即在其家中接受医师要求的、医学必需的专业护士护理费用（不包括被保险人年满85周岁后的第一个保单周年日后发生的家庭护理费用）。

专业护士家庭护理属医学必需，须满足以下全部条件：

1. 被保险人对专业护士护理确有需要，非出于方便家庭成员目的；
2. 每日专业护士护理时间不超过十二小时，但下列情形不在此限：住院治疗的被保险人被运送回家当日；被保险人病情急重，须接受十二小时以上专业护士护理以免入院接受治疗；根据医疗实践和标准被保险人需要在专业护理机构接受护理，但专业护理机构没有空余床位。

接受鼻饲或胃造口管进食供养的被保险人无其他对专业护士护理需要而在家接受的专业护士护理，不属医学必需，本公司对此不承担保险责任。

（二）专业护理费

指为在一定程度上治疗或减缓病症，医师处方要求的、仅专业护士才能提供的、每日至少持续四个小时的护理费。

（三）矫形改造手术费

指旨在恢复相应意外伤害或疾病发生前肢体自然的功能或外观的矫形改造手术费。

（四）先天性疾病和症状治疗费

指在保险期间内，被保险人于等待期后在与其保险计划相对应的保障地域内的本公司指定或认可的医疗机构**初次确诊**的先天性疾病和症状²⁸的检查和治疗费。

自被保险人年满85周岁后的第一个保单周年日起，本项责任终止。对于因遭受意外或等待期后因疾病发生的特殊疾病和特殊项目医疗，在被保险人年满85周岁后的第一个保单周年日前发生的且延续至被保险人年满85周岁后的第一个保单周年日后60日内（含60日）的符合本合同约定的特殊疾病和

²⁸**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其他因素导致的、出生时即存在的遗传性疾病和症状、出生缺陷、身体残疾、智障等发育不完全正常的疾病和症状，这些疾病和症状可能在出生时显现或在出生后逐步显现。

特殊项目医疗费用，本公司仍然按照约定的方法计算并给付特殊疾病和特殊项目医疗保险金。

2.5.2.2 医疗及身故援助保险金

在**被保险人年满85周岁后的第一个保单周年日前**，被保险人在与其保险计划相对应的**保障地域内**因遭受意外伤害或等待期后因疾病而发生的、符合通常惯例水平的以下费用，本公司承担医疗及身故援助保险金责任，**未列出的费用本合同不予承担**：

（一）紧急医疗运送费用

指在与被保险人保险计划相对应的保障地域内，紧急情况下出于医疗必要以专业救护车将其运至医疗机构发生的费用，属保险责任范围内的费用。

（二）紧急医疗转运费

被保险人在与其保险计划相对应的保障地域内遇有生命危险、得不到及时治疗将导致身故或严重伤害的，如果在当地不能获得适当治疗，被保险人或相关人员可联系本公司，经本公司许可，本公司将负责安排运送被保险人至离被保险人最近、能够提供所需服务且在与其保险计划相对应的保障地域内的医疗机构，由此发生的费用属保险责任范围内的费用。根据被保险人病情或伤势，本公司有权决定运送目的地和医疗机构。**如果被保险人不在本公司安排的医疗机构接受治疗，自该医疗机构至被保险人选定的其他医疗机构的运送费用，完全由被保险人自行承担。未经本公司许可被保险人自行安排运送的，运送费用完全由被保险人承担。**被保险人治疗完成或病情稳定后，本公司将安排其以公共交通工具（飞机限经济舱）返回常住地，相应交通费用也属保险责任范围内的费用。

同时，本公司将安排该被保险人一位陪同人员陪同医疗转运，并在该被保险人住院期间安排陪同人员就近住宿，由此发生的公共交通工具费用（飞机限经济舱）和住宿费用属保险责任范围内的费用。

（三）异地就医交通费用

保险期间内，由于医疗条件限制等原因，经第三方医疗服务供应商授权，被保险人前往外地医疗机构进行住院治疗，由此产生的交通费用属保险责任范围内的费用，具体福利上限以保险合同约定并载明的内容为准。

自被保险人年满85周岁后的第一个保单周年日起，本项责任终止。对于因遭受意外或等待期后因疾病发生的医疗及身故援助，在被保险人年满85周岁后的第一个保单周年日前发生的且延续至被保险人年满85周岁后的第一个保单周年日后60日内（含60日）的符合本合同约定的医疗及身故援助费用，本公司仍然按照约定的方法计算并给付医疗及身故援助保险金。

2.5.2.3 门诊医疗保险金

被保险人（含附属被保险人）因遭受意外或罹患疾病在**指定或认可的医疗机构发生医学必需的门诊费用**，或经医生开具处方在药店发生医学必需的购药费用，或因健康检查需要在指定医疗机构发生的**健康检查费用²⁹**，本公司在

²⁹健康检查费用：被保险人全身体检费以及相关检查化验费，免疫费，常规检查化验费。

按照如下约定的方法给付门诊医疗保险金：

1. 被保险人年满 85 周岁之后的第一个保单周年日之前，本公司在每个保单年度内的给付限额为合同约定的本项责任年限额。
2. 自被保险人年满 85 周岁之后的第一个保单周年日起，本公司在每个保单年度内的给付限额为 0。

上述给付限额在相应保单年度内未使用完的，可累积至后续保单年度使用，且在本合同有效期内终身有效。

门诊医疗金不包括“2.5.1.1 一般住院医疗保险金”、“2.5.1.2 特定疾病住院医疗保险金”、“2.5.2.1 特殊疾病和特殊项目医疗保险金”中约定的住院医疗费用。

当主被保险人发生“2.5.1.4 护理保险金”约定的保险事故而导致本公司给付护理保险金时，门诊医疗保险金可用额度降低为 0，本项责任终止。

若投保人选择投保了“2.5.2.4 疾病身故保险金”责任，当主被保险人发生“2.5.2.4 疾病身故保险金”约定的保险事故而导致本公司给付疾病身故保险金时，门诊医疗保险金可用额度降低为 0，本项责任终止。

若投保人未选择投保“2.5.2.4 疾病身故保险金”责任，当主被保险人身故而导致本合同终止时，若该次保险事故所在保单年度及以往保单年度的门诊医疗保险金给付限额尚未使用完毕的，本公司将按照未使用完的额度进行一次性给付，同时门诊医疗保险金可用额度降低为 0，本项责任终止。

2.5.2.4 疾病身故保险金

在本合同的等待期后，至被保险人年满 85 周岁后的第一个保单周年日前，被保险人因罹患疾病而身故的，本公司按以下方式给付疾病身故保险金，同时本合同终止。

1. 如果被保险人疾病身故时尚未年满 18 周岁，本公司按以下金额给付疾病身故保险金：

本合同的已交保险费-本合同门诊医疗保险金的累计已给付金额(如有)

2. 如果被保险人疾病身故时已年满 18 周岁，本公司按以下金额给付疾病身故保险金：

(本合同的已交保险费-本合同门诊医疗保险金的累计已给付金额(如有)) $\times$ 110%。

自被保险人年满 85 周岁后的第一个保单周年日起，本项责任终止。

2.6 免赔额

免赔额由投保人与本公司在订立本合同时协商确定，并在本合同中载明。

本合同中的免赔额，是指在本合同保险期间的每一个保单年度中，约定应由被保险人自行承担，本合同不予赔付的部分。

从基本医疗保险、公费医疗³⁰和城乡居民大病保险³¹之外的其他途径，获得的

³⁰公费医疗：公费医疗制度，是国家为保障国家工作人员身体健康而实行的一项社会保障制度。国家通过医疗卫生部门向享受

属于保险责任范围内的医疗费用补偿（包括通过基本医疗保险个人账户支付的费用），可抵扣免赔额。

2.7 保险金的计算

对于符合本保险条款“2.5.1.1 一般住院医疗保险金”、“2.5.1.2 特定疾病住院医疗保险金”、“2.5.2.1 特殊疾病和特殊项目医疗保险金”、“2.5.2.2 医疗及身故援助保险金”、“2.5.2.3 门诊医疗保险金”约定条件的医疗费用，本公司按以下公式计算并赔付保险金：

本公司赔付的保险金=（被保险人发生的符合保险责任范围内的医疗费用金额总和-被保险人从公费医疗、基本医疗保险、城乡居民大病保险取得的医疗费用补偿金额总和-被保险人从其他第三方³²取得的医疗费用补偿金额总和-该保单年度内未抵扣完毕的免赔额）×赔付比例。

（1）对于“2.5.1.1 一般住院医疗保险金”、“2.5.1.2 特定疾病住院医疗保险金”、“2.5.2.1 特殊疾病和特殊项目医疗保险金”、“2.5.2.2 医疗及身故援助保险金”：

- ① 如果医疗费用是由治疗既往症³³产生的，在前五个保单年度内，一般情况下赔付比例为 80%，若被保险人在投保时选择以有公费医疗或基本医疗保险身份投保，且在就诊时未经过公费医疗、基本医疗保险或城乡居民大病保险结算的，则赔付比例为 76%；从第六个保单年度起，一般情况下赔付比例为 100%，若被保险人在投保时选择以有公费医疗或基本医疗保险身份投保，且在就诊时未经过公费医疗、基本医疗保险或城乡居民大病保险结算的，则赔付比例为 95%；
- ② 如果医疗费用不是由治疗既往症产生的，一般情况下赔付比例为 100%，若被保险人在投保时选择以有公费医疗或基本医疗保险身份投保，且在就诊时未经过公费医疗、基本医疗保险或城乡居民大病保险结算的，则赔付比例为 95%。

（2）对于“2.5.2.3 门诊医疗保险金”，赔付比例为 100%。

2.8 责任免除

2.8.1 一般责任免除

因下列任何情形直接或间接导致被保险人发生本合同约定的保险事故的，本公司不承担给付相应保险金的责任：

- （1）投保人对被保险人故意杀害、故意伤害；
- （2）被保险人故意自伤，故意犯罪以及抗拒依法采取的刑事强制措施；
- （3）被保险人主动服用、吸食或注射毒品³⁴；
- （4）被保险人酒后驾驶³⁵、无合法有效驾驶证驾驶³⁶，或驾驶无有效行驶证³⁷

人员提供制度规定范围内的免费医疗预防。

³¹城乡居民大病保险：为提高城乡居民医疗保障水平，在基本医疗保障的基础上，对城乡居民患大病发生的高额医疗费用给予进一步保障的一项制度性安排。

³²其他第三方：指除公费医疗、基本医疗保险和城乡居民大病保险以外的，被保险人的工作单位、本公司在内的商业保险机构等其他任何途径。

³³既往症：指在本合同生效日之前被保险人已患且已知晓的疾病。

³⁴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。

³⁵酒后驾驶：指经检测或鉴定，发生事故时车辆驾驶人员每百毫升血液中的酒精含量达到或超过一定的标准，公安机关交通管理部门依据《道路交通安全法》的规定认定为饮酒后驾驶或醉酒后驾驶。

³⁶无合法有效驾驶证驾驶：指下列任何情形：（1）没有取得驾驶资格；（2）驾驶与驾驶证准驾车型不相符合的车辆；（3）持审验不合格的驾驶证驾驶；（4）在驾驶证有效期内未按照中华人民共和国法律、行政法规的规定，定期对机动车驾驶证实施审

的机动车³⁸；

(5) 核爆炸、核辐射或核污染；

(6) 被保险人感染艾滋病病毒或患艾滋病³⁹；

(7) 战争⁴⁰、军事冲突⁴¹、恐怖主义活动⁴²、暴乱⁴³或武装叛乱；

(8) 被保险人斗殴⁴⁴、醉酒⁴⁵；被保险人从事潜水⁴⁶、跳伞、攀岩⁴⁷、蹦极、驾驶滑翔机或滑翔伞、探险⁴⁸、摔跤、武术比赛⁴⁹、特技表演⁵⁰、赛马、赛车等高风险运动；被保险人参与任何水、陆、空交通工具的竞赛，或作为职业运动员参与任何体育竞赛。

发生上述第（1）项情形导致被保险人身故的，本合同终止，本公司向投保人以外的被保险人的继承人退还本合同终止时的现金价值；

发生上述第（1）项情形以外的其他情形导致被保险人身故的，本合同终止，本公司向投保人退还本合同终止时的现金价值。

2.8.2 一般住院医疗保险金责任、特定疾病住院医疗保险金责任、住院无理赔日额补贴医疗保险金责任、特殊疾病和特殊项目医疗保险金责任

对于被保险人发生的以下费用，本公司不承担给付一般住院医疗保险金、特定疾病住院医疗保险金、住院无理赔日额补贴医疗保险金、特殊疾病和特殊项目医疗保险金、医疗及身故援助保险金的责任：

（1）对本合同中特别约定除外的疾病，以及经本公司审核应除外的既往症的治疗及其相关费用。

（2）在本合同约定等待期内对约定的相应病症的治疗及其他相关费用。

（3）未取得就诊地所属国家的法律法规及该国家相关监管机关批准的检查、治疗、药品、及相关医疗服务的所有费用，和被认定为试验性治疗的所有费用。

验的；(5) 持学习驾驶证学习驾车时，无教练员随车指导，或不按指定时间、路线学习驾车；(6) 驾驶证已过有效期的。

³⁷无有效行驶证：指下列任何情形：(1) 未取得行驶证；(2) 机动车被依法注销登记的；(3) 未依法按时进行或通过机动车安全技术检验。

³⁸机动车：指以动力装置驱动或者牵引，上道路行驶的供人员乘用或者用于运送物品以及进行工程专项作业的轮式车辆。

³⁹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人类免疫缺陷综合征，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。

⁴⁰战争：指国家与国家、民族与民族、政治集团与政治集团之间为了一定的政治、经济目的而进行的武装斗争，以政府宣布为准。

⁴¹军事冲突：指国家或民族之间在一定范围内的武装对抗，以政府宣布为准。

⁴²恐怖主义活动：指以制造社会恐慌、危害公共安全或胁迫国家机关、国际组织为目的，采取暴力、破坏、恐吓等手段，造成或意图造成人员伤亡、重大财产损失、公共设施损坏、社会秩序混乱等严重社会危害的行为，以及煽动、资助或以其他方式协助实施上述活动的行为。

⁴³暴乱：指破坏社会秩序的武装骚动，以政府宣布为准。

⁴⁴斗殴：指双方或多方通过拳脚、器械等武力以求制胜的行为。斗殴的认定，如有司法机关、公安部门的有关法律文件，则以上述法律文件为准。

⁴⁵醉酒：指因饮酒而表现出动作不协调、意识紊乱、舌重口吃或其他不能清醒地控制自己行为的状态。醉酒的认定，如有司法机关、公安部门的有关法律文件、医院的诊断书等，则以上述法律文件、诊断书等为准。

⁴⁶潜水：指使用辅助呼吸器材在江、河、湖、海、水库、运河等水域进行的水下运动。

⁴⁷攀岩：指攀登悬崖、楼宇外墙、人造悬崖、冰崖、冰山等运动。

⁴⁸探险：指明知在某种特定的自然条件下有失去生命或使身体受到伤害的危险，而故意使自己置身于其中的行为，如：江河漂流、登山、徒步穿越沙漠或人迹罕至的原始森林等活动。

⁴⁹武术比赛：指两人或两人以上对抗性柔道、空手道、跆拳道、散打、拳击等各种拳术及使用器械的对抗性比赛。

⁵⁰特技表演：指进行马术、杂技、驯兽等表演。

任、医疗及身故援助保险金责任免除

(4) 根据工伤补偿、职业病或其他与职业疾病相关的法律法规可从中获得补偿的费用，已从政府、慈善机构、其他福利计划或医疗保险计划获得补偿的费用。

(5) 代诊费，电话咨询费（经由医疗服务供应商指定并授权的机构除外），没有按时就诊的预约费用，非医师处方要求的服务费用，不在执业范围的医疗服务费用，不符合专业认可标准或为进行适当治疗所不必要的医疗和牙科服务费用，非医学必需的费用，超过通常惯例水平的费用。

(6) 对由被保险人从事犯罪行为或故意行为（包括但不限于自残、自杀）引起的或在这一过程中发生的伤害、病症治疗及其他相关费用。

(7) 为个人舒适或方便而产生的费用，包括但不限于电视、单人病房、雇佣工、房屋打扫、访客膳食和住宿、电话、家庭设备、旅行费、本合同没有列明的急救费以及其他非医学必需的服务和设备。

(8) 保险期间届满后发生的费用，按疗程将在保险期间届满之日起第 30 日后服用的处方药品费用。

(9) 健康检查费、功能医学检查费（包括但不限于全套个性化营养评估、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），疫苗费；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，旅行和宾馆住宿费用。

(10) 非处方药品和设备，包括但不限于保健品、膳食补充剂、药妆、戒烟药物、食欲抑制剂、头发再生药物、抗光老化药物、美容用品、大剂量维生素、维他命、健康滋补类中草药⁵¹、膏方费，中草药代加工成粉剂、药丸、胶囊、胶或其他制剂发生的加工费，本合同另有约定的不在此限。

(11) 未经被保险人医师开具处方的放射疗法、化学疗法、物理治疗、美式脊椎矫正、职业疗法和语音治疗及其他相关费用，但紧急情况下被保险人医师完全了解相应治疗后同意如此治疗的情形不在此限。

(12) 视觉检查、治疗及其他相关费用，包括但不限于激光角膜切开术，准分子激光原位角膜磨镶术，老视，屈光不正（近视、远视、散光）检查费、治疗费、校正手术及其他相关费用，因眼科疾病导致的医疗费用除外。

(13) 静养疗法、监护⁵²及家居照料费，在护理之家、养老院接受护理费，为休息、观察而实施的环境疗法费，在任何长期护理机构、矿泉疗养地、水疗院门诊、康复机构、疗养院、养老院等非本合同规定的医疗机构接受的服务或治疗及其他相关费用，医疗机构已实际成为或倾向作为被保险人住家或

⁵¹健康滋补类中草药：包括但不限于：1. 单味或复方均不予支付费用的中药饮片及药材：鹿茸、猴枣、狗宝、海马、海龙、玛瑙、玳瑁、冬虫夏草、马宝、牛黄、珊瑚、麝香、羚羊角尖粉、犀角、燕窝、人参（生晒参除外），以及各种可以药用的动物脏器（鸡内金除外）和胎、鞭、尾、筋、骨。2. 单味使用不予支付费用的中药饮片及药材：阿胶、阿胶珠、鹿角胶、鳖甲胶、三七、龟角胶、龟鹿二仙胶、龟板胶、藏红花、生晒参、羚羊角粉。3. 以上所列药品包括生药及炮制后的饮片及药材、中药敷贴、中药熏蒸。

⁵²监护：包括以下情形：（一）对其治疗医师认为已达到最大限度康复但仍存在身体或智力残疾人员提供的床位、护理等服务；（二）对预计医疗或手术已不能使其在医疗机构外生活人员提供的床位、护理等服务；（三）休养疗法、喘息照护，以及家庭成员提供的家庭看护。

常住情形下发生的费用，完全或部分因为家庭原因的住院医疗费用。

(14) 选择性手术和治疗及其他相关费用，仅为改善或提高目前身体状况（包括但不限于中医调理）而发生的、非医学必需的费用。

(15) 无论是否出于心理目的而进行的美容、整容（包括牙科治疗）费用。

(16) 对未表现出可疑细胞行为（如近期大小、形状、颜色发生改变）的良性皮肤损害（包括但不限于黄褐斑、皮肤白斑、色素沉着）的治疗、祛除及其他相关费用，蜘蛛脉、除瘢痕疙瘩型外的其他瘢痕、纹身去除、皮肤变色治疗及其他相关费用，非医学必需的对白癜风、浅表静脉曲张的治疗及其他相关费用。

(17) 丰胸或缩胸手术及其并发症治疗及其他相关费用。

(18) 与脱发相关的治疗及其他相关费用，包括但不限于男性型脱发或其他种类秃发的治疗，以激光、电解、蜡或其他方法祛除毛发，发生男性型脱发、女性与年龄相关脱发、疾病或意外伤害导致的脱发等情形时的头发移植。

(19) 戒烟治疗及其他相关费用，减肥和任何为减肥接受的治疗、咨询、饮食费，减肥代餐费，与单纯性肥胖和病理性肥胖相关治疗（包括但不限于胃旁路术、胃球置放术、胃分隔术、空肠回肠旁路术）及相应并发症治疗及其他相关费用。

(20) 器官移植供体费用、器官来源费用、低温储藏费用，与不孕不育症或生育治疗相关的移植费用。

(21) 基因咨询、基因筛查、基因检查和基因治疗及其他相关费用，经本公司许可的医学必需情形不在此限。

(22) 对流产或不孕不育症的检查、治疗及其他相关费用；孕前准备、检查、治疗及其他相关费用。但在初次投保时对不孕不育症不知悉且未采取过任何形式的辅助生育措施的，为查明不孕不育症或流产原因而发生的费用不在此限。

(23) 选择性流产及并发症治疗及其他相关费用，产后盆底肌修复（尿失禁除外）及其相关费用。

(24) 男女生育控制（包括但不限于女性放置或者取出节育环和男性结扎术等），输精管切除术和绝育术，男性或女性绝育恢复手术，性别转换症、性障碍治疗，生育前培训，选择性剖腹产，伟哥以及其他用于提高性功能的药物费。

(25) 对因溶剂滥用、毒品滥用、酒精、或者任何成瘾物直接或间接引起的伤害或者疾病的诊断、检查、治疗及其他相关费用；对因使用违反当地法律的疫苗和药物、非医师处方要求药物或者非医师处方要求用量直接或间接引起的伤害或者疾病的诊断、检查、治疗及其他相关费用。

(26) 眼镜、隐形眼镜。

(27) 除牙科意外伤害治疗外的其他牙科医疗及其他相关费用（包括对咀嚼

		食物或咀嚼其他外物引起的牙齿伤害的医疗费、咨询费、检查费)。
		(28) 耐用医疗设备使用 and 保养指导费, 定制或改造任何交通工具、洗浴设备或住宅设备费, 所有非处方医疗器械费, 自动轮椅或自动床、助听器、人工耳蜗、血压计、体温计、听诊器、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, 非手术中必需的假体、矫正器具或相似的器具费, 医师认为治疗必不可少的假体或耐用医疗设备不在此限。
		(29) 矫正鞋或其他脚支撑器材 (包括但不限于足弓支撑器、矫正器或任何其他预防性的服务或器材) 费, 任何用于治疗弱足、矫正足、不稳足、扁平足或足弓塌陷的器材费, 任何与跗骨、跖骨相关的医疗费, 对脚表面损害 (如鸡眼、老茧、角质化) 医疗 (但有关骨外露、肌腱或韧带的手术不在此限) 费。
		(30) 在政府当局指导下, 实施的与传染病相关的治疗、药品、设备、服务和紧急医疗运送费。
		(31) 生长激素治疗及其他相关费用, 经本公司许可的医学必需情形不在此限。
		(32) 智商测试、教育测试、婚姻和家庭心理咨询费; 对非心理障碍或疾病的医疗服务费, 超出合理心理缺陷或心理发育迟缓评估、诊断周期的医疗服务费, 对精神障碍或疾病无改善的医疗服务费。
		(33) 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病症的治疗及其他相关费用。
2.8.3	门诊医疗保险金责任免除	因下列任何情形直接或间接导致被保险人 (含附属被保险人) 发生医疗费用的, 本公司不承担给付门诊医疗保险金的责任: (1) 未经科学或者医学认可的试验性或者研究性治疗及其导致的后果所产生的费用; (2) 未经医师开具处方自行购买药品发生的费用; (3) 无论是否出于心理目的而进行的美容、整容费用, 丰胸或缩胸手术及其并发症治疗及其他相关费用, 因治疗疾病或意外伤害而产生的上述费用除外; (4) 保健品、膳食补充剂、药妆、戒烟药物、食欲抑制剂、头发再生药物、抗光老化药物、美容用品、大剂量维生素、维他命、健康滋补类中草药、膏方费, 中草药代加工成粉剂、药丸、胶囊、胶或其他制剂发生的加工费。若本公司指定医疗机构的医生开具的处方包含上述用品的, 则不受本条责任免除限制。
2.8.4	其他免责条款	除 “2.8.1 一般责任免除”、“2.8.2 一般住院医疗保险金责任、特定疾病住院医疗保险金责任、住院无理赔日额补贴医疗保险金责任、特殊疾病和特殊

项目医疗保险金责任、医疗及身故援助保险金责任免除”、“2.8.3 门诊医疗保险金责任免除”外，本合同还有一些免除本公司责任的条款，详见“2.1 保险计划”、“2.5 保险责任”、“3.2 保险事故通知”、“3.6 事先授权”、“3.7 保险金申请”、“8.1 明确说明与如实告知”、“8.3 年龄错误”、“8.6 合同内容变更”中背景突出显示的内容；“2.5.1.1 一般住院医疗保险金”、“2.5.1.2 特定疾病住院医疗保险金”、“2.5.1.4 护理保险金”“2.5.2.1 特殊疾病和特殊项目医疗保险金”、“2.5.2.2 医疗及身故援助保险金”、“2.5.2.3 门诊医疗保险金”及中脚注背景突出显示的内容。

- | | | |
|------|--------|--|
| 2.9 | 补偿原则 | 若被保险人已从其他途径（包括基本医疗保险、公费医疗、工作单位、本公司在内的任何商业保险机构等）获得医疗费用补偿，则本公司仅对被保险人实际发生的医疗费用扣除其所获得的医疗费用补偿后的余额，按照“2.7 保险金的计算”约定的方式进行赔付。基本医疗保险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。 |
| 2.10 | 未成年人限制 | 对未成年子女投保的人身保险，因被保险人身故给付的保险金总和不得超过国务院保险监督管理机构规定的限额，身故给付的保险金额总和约定也不得超过前述限额。 |

3 保险金申领

- | | | |
|-----|-----|--|
| 3.1 | 受益人 | <p>投保人或者被保险人可以指定一人或多人为身故保险金受益人。</p> <p>身故保险金受益人为多人时，可以确定受益顺序和受益份额；如果没有确定份额，各受益人按照相等份额享有受益权。</p> <p>被保险人为无民事行为能力人或限制民事行为能力人的，可以由其监护人指定受益人。</p> <p>投保人或者被保险人可以变更身故保险金受益人并书面通知本公司。本公司收到变更受益人的通知后，在保险单或其他保险凭证上批注或附贴批单。</p> <p>投保人在指定和变更身故保险金受益人时，必须经过被保险人同意。</p> <p>被保险人身故后，有下列情形之一的，保险金作为被保险人的遗产，由本公司依照《中华人民共和国民法典》的规定履行给付保险金的义务：</p> <ul style="list-style-type: none">（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身故，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。 <p>受益人与被保险人在同一事件中身故，且不能确定身故先后顺序的，推定受益人身故在先。</p> <p>受益人故意造成被保险人身故、伤残、疾病的，或者故意杀害被保险人未遂的，该受益人丧失受益权。</p> <p>除身故保险金外的其他保险金的受益人为被保险人本人。</p> |
|-----|-----|--|

3.2	保险事故通知	投保人、被保险人或受益人应当在知道保险事故发生后 10 日内通知本公司。 若投保人、被保险人或受益人故意或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，本公司对无法确定的部分，不承担给付保险金的责任，但本公司通过其他途径已经及时知道或应当及时知道保险事故发生或虽未及时通知但不影响本公司确定保险事故的性质、原因、损失程度的除外。
3.3	尽快就诊	患疾病或遭受意外伤害后，被保险人应当尽快前往医院、诊所、医师等处接受治疗，尤其是意外伤害情形，应当在意外发生后四十八小时内接受治疗，以免伤情恶化、损害身体健康。
3.4	医疗服务网络	本公司建立了医疗服务网络，并将定期或不定期向投保人和被保险人予以通报，被保险人也可登录本公司指定的互联网站或致电查询相关信息。被保险人在本公司医疗服务网络内的医疗机构接受治疗的，对于被保险人发生的、本公司与投保人约定类型的保险责任范围内的费用中应当由本公司承担部分，本公司将直接与相关医疗机构结算，毋需被保险人先行给付。被保险人在其他地区接受治疗的，本公司有权要求被保险人在网络医疗机构内接受治疗。 被保险人在网络医疗机构接受治疗的，对其发生的不属保险责任范围、应当由其负担但医疗机构未向其本人收取的医疗费用，在接到本公司或其授权机构通知后，被保险人应当在三十日内退还相应款项；未在三十日内退还相应款项的，本合同对该被保险人保险责任终止且不退还保险费，且本公司有权向其继续追偿相应款项。
3.5	通常惯例水平	本公司仅对被保险人发生的符合通常惯例水平的医疗费用承担保险责任。根据医疗机构价格水平，保险期间内本公司将定期或不定期向投保人及相应被保险人通报不符合通常惯例水平的医疗机构，供被保险人就诊参考。
3.6	事先授权	有关事先授权事项如下： （一）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本公司提交事先授权申请表： 1. 住院； 2. 需全身麻醉的门诊手术，化学疗法，放射疗法，血液或腹膜透析； 3. 购买或租用非一次性耐用医疗设备，包括但不限于胰岛素泵及其配套器械； 4. 紧急医疗转运； 5. 牙科意外伤害修补治疗； 6. 每剂超过人民币 8,000 元的药剂或疫苗。 对于被保险人事先授权申请，本公司将予以书面回复并有权要求被保险人在医疗服务网络内接受治疗。被保险人应当在收到书面许可回复后开始接受治

疗，本公司要求被保险人在医疗服务网络接受治疗的，被保险人应当予以配合。**未获得本公司书面许可回复被保险人接受上述 1~6 项中任一类医疗的，本公司有权不承担保险责任。**

发生紧急情况的，被保险人可在就近网络或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本公司。本公司将对该次治疗是否属紧急情况予以审核。

(二) 其他

1. 被保险人、相关人员或医疗机构可致电本公司，了解事先授权、网络医疗机构相关情况。

2. 被保险人获得本公司许可回复，不意味着其发生的全部或部分医疗费用属保险责任范围，本公司按照本合同约定承担保险责任。

3.7 保险金申请

3.7.1 除门诊医疗
保险金责任、
护理保险金
责任、疾病身
故保险金责
任外的其他
保险金申请

被保险人在网络医疗机构接受治疗，该医疗机构受本公司委托免向被保险人收取与本公司根据本合同本应向受益人给付的保险金数额对应的医疗费用的，或本公司已承担相应费用的，受益人不得就此向本公司申请保险金。其他情形，受益人可根据本合同向本公司申请保险金。

受益人向本公司申请给付保险金时，应当填写保险金给付申请书，并以书面形式提交下列证明和资料。受益人因特殊原因不能提供下列证明和资料的，应当提供其他合法、有效的证明和资料。**受益人未能提供有关证明和资料，导致本公司无法核实事故的性质、原因、损失程度的，本公司对无法核实部分不承担给付保险金的责任。**

须提供证明和资料：

- (1) 保险合同、保险凭证或投保人证明；
- (2) 被保险人及受益人有效身份证件；
- (3) 医院出具的支持索赔的账单明细、证明、信息和证据，包括但不限于医院出具的病历资料、医学诊断书、处方、病理检查报告、化验检查报告、医疗费用原始单据、费用明细单据等。受益人因特殊原因不能提供上述材料的，应提供其它合法有效的材料，如被保险人诊断证明、门急诊病历、出院小结或出院病历（加盖医院病历专用章）、医疗费用发票及明细；
- (4) 所能提供的与确认事故的性质、原因等有关的其他证明和资料。

3.7.2 门诊医疗保
险金申请

须提供证明和资料：

- (1) 受益人有效身份证件；
- (2) 指定医疗机构出具的被保险人诊断证明、病历、医疗费用发票及明细，若发生健康检查费用的，则仅需提供指定医疗机构出具的被保险人的医疗费

用发票；

(3) 所能提供的与确认保险事故的性质、原因等有关的其他证明、资料。

3.7.3 护理保险金申请 护理保险金受益人需作为申请人填写保险金给付申请书，并提供下列证明文件、资料原件：

(1) 受益人有效身份证件；

(2) 经本公司指定或认可的评估机构参照《老年人能力评估规范》的评估指标及评分、能力等级划分要求进行评估所出具的能力等级评估结果；

(3) 所能提供的与确认保险事故的性质、原因、伤害程度等有关的其他证明和资料。

3.7.4 疾病身故保险金申请 须提供的证明和资料：

(1) 受益人有效身份证件；

(2) 公安部门及国务院卫生行政部门规定的医疗机构或其他有权机构出具的被保险人死亡证明书；

(3) 所能提供的与确认事故的性质、原因等有关的其他证明和资料。

对于“3.7.1 除门诊医疗保险金责任、护理保险金责任、疾病身故保险金责任外的其他保险金申请”、“3.7.2 门诊医疗保险金申请”、“3.7.3 护理保险金申请”和“3.7.4 疾病身故保险金申请”中约定所提供的证明和资料不完整的，本公司将及时一次性通知补充提供有关的证明和资料。如未能提供有关材料，导致本公司无法核实该申请的真实性的，本公司对无法核实部分不承担给付保险金的责任。

3.8 代理申请及其他 受益人委托他人申请给付保险金的，还应当提供受托人身份证明、授权委托书。保险金作为遗产时，还应当提供可证明合法继承权的相关权利文件。受益人或继承人为未成年人或无民事行为能力人时，由其合法监护人代其申请领取保险金，并提供未成年人或无民事行为能力证明和合法监护权证明。

3.9 配合调查 被保险人遭受事故的，除法律禁止的情况外，本公司有权对投保人、被保险人、受益人等，就事故的性质、原因、结果及被保险人的损伤程度和身体情况等，进行调查、检查、评估和鉴定，投保人、被保险人、受益人等应当予以充分配合。

3.10 保险金的给付 被保险人未使用本合同医疗服务网络提供的直付医疗服务情况下，在收到保险金给付申请书及有关证明和资料后，本公司将在 10 个工作日内作出核定；情形复杂的，在 30 日内作出核定。

本公司应当将核定结果通知受益人。对属于保险责任的，在与受益人达成给付保险金的协议后 10 日内履行给付保险金义务；对不属于保险责任的，本公司自作出核定之日起 3 日内向受益人发出拒绝给付保险金通知书，并说明理由。对属于保险责任情形，本公司未履行前两款约定的义务的，除履行给

付保险金的义务外，还应当赔偿受益人因此受到的利息损失。利息按照中国人民银行公布的金融机构人民币活期存款基准利率，就超过日数以单利方式计算。

自收到保险金给付申请书及有关证明和资料之日起 60 日内，本公司对给付保险金的数额不能确定的，本公司应当按照根据已有证明和资料可以确定的数额先予支付；最终确定给付保险金的数额后，本公司支付相应的差额。

- | | | |
|------|-------------|--|
| 3.11 | 诉讼时效 | 受益人向本公司请求给付相应保险金的诉讼时效期间为 2 年。诉讼时效期间自其知道或应当知道保险事故发生之日起计算。 |
|------|-------------|--|

4 保险费交纳

- | | | |
|-----|---------------|--|
| 4.1 | 保险费的交纳 | 本合同的交费方式和交费期间由投保人和本公司约定，并在保单上载明。

分期支付保险费的，在交纳首期保险费后，投保人应当在每个保险费的约定交纳日交纳其余各期保险费。 |
|-----|---------------|--|

- | | | |
|-----|------------|--|
| 4.2 | 宽限期 | 分期支付保险费的，投保人在支付首期保费后，除本合同另有约定外，若到期未支付保险费，自保险费的约定交纳日的次日零时起 60 日为宽限期。宽限期内发生保险事故的，本公司仍会承担保险责任，但在给付保险金时会扣减欠交保险费。 |
|-----|------------|--|

若投保人在宽限期结束后仍未支付保险费，则本合同自宽限期满次日零时起中止。

5 现金价值权益

- | | | |
|-----|-------------|---|
| 5.1 | 现金价值 | 本合同保单年度末的现金价值会在保险合同中载明，保单年度之内的现金价值可向本公司查询。 若本公司已按本合同的约定给付过除护理保险金之外的其他保险金，本合同保险单的现金价值将根据保险金已给付情况相应减少。 |
|-----|-------------|---|

- | | | |
|-----|-------------|--|
| 5.2 | 保单贷款 | 在本合同有效期内，投保人可以申请并经本公司审核同意后办理保单贷款。 投保人申请保单贷款必须取得被保险人的书面同意。 贷款金额不得超过本合同保险单的现金价值扣除各项欠款后余额的 80%，每次贷款期限最长不超过 6 个月，贷款利息按投保人申请保单贷款时 本合同约定利率⁵³ 、以日复利的方式计算，且该利率在该次保单贷款期限内保持不变。贷款本息在贷款到期时一并归还。若投保人到期未能足额偿还贷款本息，则投保人所欠的贷款本金及利息将作为新的贷款本金，按照当时本合同约定利率合并计息。 |
|-----|-------------|--|

自贷款本金及利息加上其他各项欠款达到本合同保险单的现金价值的当日

⁵³**本合同约定利率：**由本公司每年宣布两次，宣布时间为每年的 1 月和 7 月，该利率将根据公司自身情况并参照中国人民银行公布的同期人民币贷款基准利率来确定。在利率环境发生变化的情况下，本公司保留修改该利率计算方法的权利。

24 时起，本合同效力中止。

本公司给付各项保险金、退还现金价值或退还保险费时，应先扣除保单贷款及贷款利息、欠交保险费。

- 5.3 **保险费自动垫交** 投保人在投保时选择保险费自动垫交方式的，若分期交付的保险费超过宽限期仍未交付，且此时保险合同现金价值扣除未还款项及其利息后的余额足以垫交当期保险费，本公司将以本合同现金价值扣除未还款项及其利息后的余额自动垫交应交付的保险费，本合同继续有效。垫交的保险费视作保单贷款。若保险合同现金价值扣除未还款项及其利息后的余额不足以垫交当期保险费，本合同自宽限期满的次日零时起中止。

6 合同效力中止和恢复

- 6.1 **合同效力中止** 本合同效力中止期间本公司不承担保险责任。
- 6.2 **合同效力恢复** 本合同效力中止后 2 年内，投保人可以申请恢复合同效力（即复效）。申请恢复合同效力时，投保人应履行如实告知义务（有关如实告知义务的具体内容及相应责任，请参照本合同 8.1）。经与本公司协商并达成协议，自投保人补交复效时应交纳的全部保险费及其利息（自保险费的约定交纳日的次日开始计算）、贷款本息和其他未还款项及其利息的次日零时起，本合同效力恢复。
- 自本合同效力中止之日起满 2 年投保人与本公司未达成协议的，本公司有权解除合同。若解除合同的，本公司向投保人退还合同效力中止时本合同的现金价值。

7 合同解除

- 7.1 **解除合同的手续及风险** 本合同成立后，投保人可申请解除合同。
- 投保人申请解除本合同时，应当向本公司送达：
- （1）解除合同申请书；
 - （2）本合同；
 - （3）投保人有效身份证件。
- 本合同的效力至本公司接到解除合同申请书之日的次日零时或解除合同申请书上载明的合同终止时间（二者中以较晚者为准）终止。本公司自收到完整的证明和资料之日起 30 日内向投保人退还本合同的现金价值。
- 投保人在犹豫期后解除合同会遭受一定损失。

8 其他事项

8.1	明确说明与如实告知	订立本合同时，本公司会向投保人明确说明本合同的内容。对本合同中免除本公司责任的条款，本公司在订立合同时会在投保单、保险单或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口头形式向投保人作出明确说明，未作提示或明确说明的，该条款不产生效力。 本公司就投保人、被保险人的有关情况提出询问，投保人应当如实告知。 投保人故意或因重大过失未履行前款规定的如实告知义务，足以影响本公司决定是否同意承保或提高保险费率的，本公司有权解除本合同。 投保人故意不履行如实告知义务的，本公司对于本合同解除前发生的保险事故，不承担给付保险金的责任，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，本公司对于本合同解除前发生的保险事故，不承担给付保险金的责任，但会退还保险费。 本公司在本合同订立时已经知道投保人未如实告知的情况的，本公司不得解除合同；发生保险事故的，本公司承担给付保险金的责任。
8.2	本公司合同解除权的限制	8.1 款规定的合同解除权，自本公司知道有解除事由之日起，超过 30 日不行使而消灭。
8.3	年龄错误	投保人在申请投保时，应将与有效身份证件相符的被保险人的出生日期或周岁年龄在投保单或其他投保文件上填明，若发生错误按照下列方式办理： （1）投保人申报的被保险人年龄不真实，并且其真实年龄不符合本合同约定投保年龄限制的，本公司有权取消该被保险人的被保资格，并向投保人退还相应现金价值。本公司行使被保险人的被保资格取消权适用“8.2 本公司合同解除权的限制”的规定。 （2）投保人申报的被保险人年龄不真实，致使投保人实交保险费少于应交保险费的，本公司有权更正并要求投保人补交保险费，但若已经发生保险事故，本公司有权按实收保险费占应交保险费的比例折扣给付第 2 部分“提供的保障”约定的保险金。 （3）投保人申报的被保险人年龄不真实，致使投保人实交保险费多于应交保险费的，本公司会将多收的保险费无息退还给投保人。
8.4	同意提供医疗信息	申请成为本合同的主被保险人，即意味着主被保险人及其代表的附属被保险人同意任何医疗机构、医师、药剂师等向本公司提供本公司认为处理本合同相关事宜所必要的医疗信息（包括完整医疗病历和诊断）。本公司将对这些信息保密。 申请成为本合同的主被保险人，也意味着主被保险人及其代表的附属被保险人同意本公司将所有医疗信息提供给相关机构以处理本合同相关事宜。

- 8.5 **未还款项** 本公司在给付各项保险金、退还现金价值或保险费等款项时，若投保人有欠交的保险费或其他未还清款项，本公司会在投保人偿清款项后给付。
- 8.6 **合同内容变更** 在本合同有效期内，经投保人与本公司协商一致，可以变更本合同的有关内容，并由本公司在保险单或其他保险凭证上批注或附贴批单，或由投保人与本公司订立书面的变更协议。
- 如果被保险人住址、工作、婚姻状态以及投保本合同时提供的其他信息等发生重大变化，或身故，投保人或被保险人应当及时通知本公司。**本公司有权调整承保条件或终止对相关被保险人的保险责任。**
- 8.7 **联系方式变更** 为保障投保人的合法权益，投保人的住所、通讯地址、电子邮箱或电话等联系方式发生变更时，请及时以书面形式或投保人与本公司约定的其他形式通知本公司。本公司将按本公司最后收到的投保人的联系方式发送有关通知，且将通知发送日视为通知送达日。
- 8.8 **争议处理** 因履行本合同发生的争议，由当事人协商解决。协商不成的，可向本合同载明的仲裁机构提交仲裁；本合同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。
- 与本合同有关的以及履行本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**）。

[本页内容结束]

附表一 特定 疾病病种及定义

1	恶性肿瘤	指恶性细胞不受控制的进行性增长和扩散，浸润和破坏周围正常组织，可以经血管、淋巴管和体腔扩散转移到身体其他部位。
2	心肌炎导致的严重心功能衰竭	指心肌局限性或弥漫性的急性或慢性炎症病变，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， 心功能衰竭程度须达到美国纽约心脏病学会（New York Heart Association, NYHA）心功能状态分级 IV 级，且超声心动图结果提示左室射血分数（LVEF）<40%。
3	较重急性心肌梗死及其他严重冠心病治疗	冠心病即冠状动脉粥样硬化性心脏病，是指冠状动脉粥样硬化导致心肌缺血、缺氧而引起的心脏疾病。本合同承担被保险人确诊冠心病后因下列一个或多个情形引起的保险事故或造成的费用支出： （1）冠状动脉闭塞或梗阻引起的较重急性心肌梗死 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。冠状动脉闭塞或梗阻引起的较重急性心肌梗死指依据国际国内诊断标准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： a. 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； b. 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； c. 出现左心室收缩功能下降，检测左室射血分数（LVEF）低于 50%（不含）； d. 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； e. 影像学检查证实存在新出现的室壁瘤； f. 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。 （2）其他严重冠心病 其他严重冠心病指经冠状动脉造影检查明确诊断为主要血管严重狭窄性病变，须满足下列至少一项条件： a. 左冠状动脉主干和右冠状动脉中，一支血管管腔堵塞 75%以上，另一支血管管腔堵塞 60%以上； b. 左前降支、左旋支和右冠状动脉中，至少一支血管管腔堵塞 75%以上，其他两支血管管腔堵塞 60%以上。 左前降支的分支血管、左旋支的分支血管及右冠状动脉的分支血管的狭窄不在保障范围内。
4	严重原发性心肌病	严重原发性心肌病指确诊以下一种或多种心肌病：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，且需满足下列条件： 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，且心功能衰竭程度达到美国纽约心脏病学会（New York Heart Association, NYHA）心功能状态分级 IV 级。

- 5 **心脏瓣膜病变手术** 心脏瓣膜病变指因感染、黏液变性、退行性变、创伤等原因导致的心脏单个或多个瓣膜病变。
心脏瓣膜病变手术是指被保险人经本公司指定或认可的医疗机构专科医生实施切开心脏或介入进行的心脏瓣膜置换或修复的手术。
所有因先天性心脏病或其他先天性原因引发的心脏瓣膜手术不在保障范围内。
- 6 **严重主动脉疾病手术** 严重主动脉疾病手术是指被保险人为治疗主动脉疾病或创伤或急性主动脉夹层血肿，经本公司指定或认可的医疗机构专科医生实施切除、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。**
- 7 **因完全性房室传导阻滞进行永久性起搏器植入手术** 完全性房室传导阻滞又称三度房室传导阻滞，指心房的激动不能正常地传导到心室，造成心室率过于缓慢，出现心力衰竭和因大脑供血不足导致的晕厥、阿-斯综合征。
本合同仅对被保险人因确诊完全性房室传导阻滞在本公司指定或认可的医疗机构经专科医生进行的永久性起搏器植入手术承担相应的保险责任。
- 8 **布鲁加达综合征永久性心脏除颤器安装手术** 指被保险人经本公司指定或认可的医疗机构的心脏科专科医生确诊布鲁加达综合征，并**进行了永久性心脏除颤器的安装手术。**
- 9 **严重慢性缩窄性心包炎手术** 严重慢性缩窄性心包炎指由于慢性心包炎症导致心包脏层和壁层广泛瘢痕粘连、增厚和钙化，心包腔闭塞，形成一个纤维瘢痕外壳，使心脏和大血管根部受压，阻碍心脏的舒张，**心功能衰竭达到美国纽约心脏病学会（New York Heart Association, NYHA）心功能状态分级 IV 级。**
严重慢性缩窄性心包炎手术是指被保险人因确诊严重慢性缩窄性心包炎，在本公司指定或认可的医疗机构**接受经心包剥离手术或心包切除手术。**
- 10 **心脏粘液瘤切除手术** 指为了治疗心脏粘液瘤，实际**实施了心脏粘液瘤切除手术。**
- 11 **左心室室壁瘤切除手术** 指被明确诊断为左室室壁瘤，并实际**接受了室壁瘤切除手术治疗。**
- 12 **头臂动脉型多发性大动脉炎移植手术** 多发性大动脉炎（高安氏动脉炎）是一种发生在主动脉和其主要分支的慢性炎症性动脉疾病，表现为受累动脉狭窄或闭塞。头臂动脉型多发性大动脉炎是指多发性大动脉炎头臂动脉型（I 型），又称为无脉症。
头臂动脉型多发性大动脉炎移植手术是指被保险人因确诊头臂动脉型多发性大动脉炎，在本公司指定或认可的医疗机构**接受无名动脉（头臂干）、颈总动脉、锁骨下动脉旁路移植手术。**

[本页内容结束]

附表二 保障福利表

对于除疾病身故保险金之外的其他保险责任，本合同共包括 5 个保障方案，每个保障方案对应的保障内容如下：

保障方案	保障方案一	保障方案二	保障方案三	保障方案四	保障方案五
保障区域	中国大陆	中国大陆	中国大陆	中国大陆	中国大陆及港澳台地区
医疗机构	本公司指定或认可的医疗机构 (不含昂贵医院)	本公司指定或认可的医疗机构 (不含昂贵医院)	本公司指定或认可的医疗机构 (不含昂贵医院)	本公司指定或认可的医疗机构 (不含昂贵医院)	本公司指定或认可的医疗机构 (含昂贵医院)
每个保单年度的免赔额	一般住院医疗保险金免赔额 2 万元，其他责任无免赔额	无免赔额	无免赔额	无免赔额	无免赔额
赔付比例	本合同“2.7 保险金的计算”约定的赔付比例				
每个保单年度的年赔付限额	200 万元 (其中，因既往症治疗产生的医疗费用在前 5 个保单年度的年赔付限额为 2 万元)	300 万元 (其中，因既往症治疗产生的医疗费用在前 5 个保单年度的年赔付限额为 5 万元)	300 万元 (其中，因既往症治疗产生的医疗费用在前 5 个保单年度的年赔付限额为 5 万元)	500 万元 (其中，因既往症治疗产生的医疗费用在前 5 个保单年度的年赔付限额为 10 万元)	500 万元 (其中，因既往症治疗产生的医疗费用在前 5 个保单年度的年赔付限额为 20 万元)
	门诊医疗保险金、护理保险金和疾病身故保险金不计入以上赔付限额				
保险期间内的总赔付限额	400 万元	600 万元	600 万元	1000 万元	1000 万元
	门诊医疗保险金、护理保险金和疾病身故保险金不计入以上赔付限额				
一般住院医疗保险金	保至被保险人年满 85 周岁后的第一个保单周年日	保至被保险人年满 85 周岁后的第一个保单周年日	保至被保险人年满 85 周岁后的第一个保单周年日	保至被保险人年满 85 周岁后的第一个保单周年日	保至被保险人年满 85 周岁后的第一个保单周年日
床位费	限 2500 元/日	限 2500 元/日	限 2500 元/日	无单项限额	无单项限额
陪床费	限 600 元/日	限 600 元/日	限 600 元/日	无单项限额	无单项限额
急诊室费、重症监护病房费、膳食费，手术室和恢复室费、手术敷料费、手术医师费、麻醉医师费等手术相关费用，输血、血浆、血浆扩容药物以及所有相关化验、操作设备和服务费用，药品费，医师诊疗费，护理费，吸氧费，化验费，检查费，移植费	无单项限额	无单项限额	无单项限额	无单项限额	无单项限额
特定门诊医疗费用： 1. 门诊肾透析费； 2. 器官移植后的门诊抗排斥治疗费； 3. 门诊手术医疗费用； 4. 住院前后 60 天门急诊医	无单项限额	无单项限额	无单项限额	无单项限额	无单项限额

疗费用					
呼吸治疗费，物理治疗、职业疗法费，电子喉镜检查费，手术机器人费用	无单项限额	无单项限额	无单项限额	无单项限额	无单项限额
同城急救车费	无单项限额	无单项限额	无单项限额	无单项限额	无单项限额
康复治疗和专业护理费	限 90 日/保单年度	限 90 日/保单年度	限 90 日/保单年度	限 90 日/保单年度	限 90 日/保单年度
耐用医疗设备购买或租赁费	无单项限额	无单项限额	无单项限额	无单项限额	无单项限额
临终关怀费	累计限 30 日	累计限 30 日	累计限 30 日	累计限 30 日	累计限 30 日
精神和心理障碍治疗费	限 5 万元/保单年度	限 5 万元/保单年度	限 5 万元/保单年度	限 10 万元/保单年度	限 10 万元/保单年度
特定疾病住院医疗保险金	保至终身	保至终身	保至终身	保至终身	保至终身
床位费	限 2500 元/日	限 2500 元/日	限 2500 元/日	无单项限额	无单项限额
陪床费	限 600 元/日	限 600 元/日	限 600 元/日	无单项限额	无单项限额
急诊室费、重症监护病房费、膳食费，手术室和恢复室费、手术敷料费、手术医师费、麻醉医师费等手术相关费用，输血、血浆、血浆扩容药物以及所有相关化验、操作设备和服务费用，药品费，医师诊疗费，护理费，吸氧费，化验费，检查费，移植费	无单项限额	无单项限额	无单项限额	无单项限额	无单项限额
特定门诊医疗费用： 1. 门诊肾透析费； 2. 恶性肿瘤门诊治疗费； 3. 器官移植后的门诊抗排斥治疗费； 4. 特定疾病门诊治疗费用 5. 门诊手术医疗费用； 6. 住院前后 60 天门诊急诊医疗费用	无单项限额	无单项限额	无单项限额	无单项限额	无单项限额
呼吸治疗费，物理治疗、职业疗法费，电子喉镜检查费，手术机器人费用	无单项限额	无单项限额	无单项限额	无单项限额	无单项限额
康复治疗和专业护理费	限 90 日/保单年度	限 90 日/保单年度	限 90 日/保单年度	限 90 日/保单年度	限 90 日/保单年度
住院无理赔日额补贴医疗保险金	保至被保险人年满 85 周岁后的第一个保单周年日	保至被保险人年满 85 周岁后的第一个保单周年日	保至被保险人年满 85 周岁后的第一个保单周年日	保至被保险人年满 85 周岁后的第一个保单周年日	保至被保险人年满 85 周岁后的第一个保单周年日
给付额度	1000 元/日，每保单年度限 30 日	1500 元/日，每保单年度限 30 日	1500 元/日，每保单年度限 30 日	2000 元/日，每保单年度限 30 日	2000 元/日，每保单年度限 30 日
特殊疾病和特殊项目医疗保险金	不含	不含	不含	保至被保险人年满 85 周岁后的第一个保单周	保至被保险人年满 85 周岁后的第一个保单周

				年日	年日
专业护士家庭护理费	——	——	——	限 100 日/保单年度	限 100 日/保单年度
专业护理费	——	——	——	无单项限额	无单项限额
矫形改造手术费	——	——	——	无单项限额	无单项限额
先天性疾病和症状治疗费	——	——	——	限 5 万元/保单年度	限 5 万元/保单年度
医疗及身故援助保险金	不含	不含	不含	保至被保险人年满 85 周岁后的第一个保单周年日	保至被保险人年满 85 周岁后的第一个保单周年日
紧急医疗运送费用	——	——	——	无单项限额	无单项限额
紧急医疗转运费	——	——	——	无单项限额 其中陪同人员住宿费限 800 元/日，每保单年度限 12 日	无单项限额 其中陪同人员住宿费限 800 元/日，每保单年度限 12 日
异地就医交通费用	——	——	——	限 5000 元/保单年度	限 5000 元/保单年度
门诊医疗保险金	不含	保至给付护理保险金	保至给付护理保险金	保至给付护理保险金	保至给付护理保险金
年限额	——	85 周岁前：2000 元/年	85 周岁前：10000 元/年	85 周岁前：20000 元/年	85 周岁前：50000 元/年
给付限额在相应保单年度内未使用完的，可累积至后续保单年度使用，且在本合同有效期内终身有效；但本公司给付护理保险金后，门诊医疗保险金可用额度降低为 0					
护理保险金	自被保险人年满 85 周岁后的第一个保单周年日起，保至终身	自被保险人年满 85 周岁后的第一个保单周年日起，保至终身	自被保险人年满 85 周岁后的第一个保单周年日起，保至终身	自被保险人年满 85 周岁后的第一个保单周年日起，保至终身	自被保险人年满 85 周岁后的第一个保单周年日起，保至终身
给付额度	（本合同的已交保险费）×110%	（本合同的已交保险费-本合同门诊医疗保险金的累计已给付金额）×110%	（本合同的已交保险费-本合同门诊医疗保险金的累计已给付金额）×110%	（本合同的已交保险费-本合同门诊医疗保险金的累计已给付金额）×110%	（本合同的已交保险费-本合同门诊医疗保险金的累计已给付金额）×110%
健康管理服务	含，具体服务内容和指定服务供应商以最新版健康服务手册为准	含，具体服务内容和指定服务供应商以最新版健康服务手册为准	含，具体服务内容和指定服务供应商以最新版健康服务手册为准	含，具体服务内容和指定服务供应商以最新版健康服务手册为准	含，具体服务内容和指定服务供应商以最新版健康服务手册为准

注：昂贵医院指超出惯常医疗费用水平的医院。对于被保险人在昂贵医院内发生的医疗费用，本合同仅保障方案五可承担保险责任范围内的医疗费用。由于各医疗机构的收费水平可能发生变化，本公司会跟踪分析并适时更新和公布昂贵医院列表，可登录本公司官网查询相关信息。

[本页内容结束]