利宝保险有限公司

个人全球医疗保险条款（2026 版 B 款）

注册号：C00006032512026073081793

总则

第一条 合同构成

本保险合同（以下简称为“本合同”）由保险条款、投保单、保险单、保险凭证、保险卡以及与本合同有关的投保文件、合法有效的声明、批单及投保人与**保险人**（见释义1）共同认可的书面或者电子协议等组成。凡涉及本合同的约定，均应采用书面形式。

第二条 投保人

具有完全民事行为能力的被保险人本人或对被保险人有保险利益的其他自然人均可作为本合同的投保人。被保险人为无民事能力或限制民事行为能力人的，应由其法定监护人作为投保人。

第三条 被保险人

凡初次投保时年龄不超过六十九**周岁**（见释义2）（含六十九周岁），能正常工作、生活的自然人，可作为本合同的主被保险人。

凡初次投保时年龄不超过六十九周岁（含六十九周岁），能正常工作、生活的主被保险人的配偶或父母，经保险人同意，可作为本合同的附属被保险人。

凡初次投保时年龄不超过二十一周岁（含二十一周岁）（若为全日制在校学生，年龄应不超过二十六周岁（含二十六周岁））、未婚、经济上完全依赖主被保险人的主被保险人子女，经保险人同意，也可作为本合同的附属被保险人；不满十八周岁子女只能以附属被保险人身份入保。

主被保险人和附属被保险人年龄为七十周岁以上（含七十周岁）的，保险人不接受初次投保，只接受不间断再次投保，最高年龄上限可至九十九周岁（含九十九周岁）。

除另有约定外，本合同所称“被保险人”及任何与被保险人相关的表述均适用于主被保险人和附属被保险人。

第四条 保障类型

根据附属被保险人的有无及其与主被保险人的身份关系，本合同保障类型分为单人型和家庭型，具体由投保人在投保时与保险人协商确定，并在保险单中载明。

（一）单人型：保险合同仅包含主被保险人，而不包含任何附属被保险人。

（二）家庭型：保险合同除包含主被保险人外，还包含一名或多名作为附属被保险人的主被保险人配偶、父母或子女。

第五条 受益人

除另有约定外，本合同的保险金受益人为被保险人本人。

第六条 医疗直付

被保险人在**保险人指定直付医疗机构**（见释义3，下称“直付医疗机构”）就医的，保险人或**保险人委托的第三方医疗管理机构**将提供医疗直付服务，被保险人在直付医疗机构接受治疗的，对于被保险人实际发生的、按照本合同约定应由保险人承担的费用，保险人将直接与直付医疗机构结算，无需被保险人先行垫付。

上述“第三方医疗管理机构”是指由保险人委托的、为被保险人提供与本合同相关的日常就医协助、医疗转运及理赔协助等服务的第三方机构。**被保险人前往直付医疗机构就医前，须与第三方医疗管理机构联系，进行就医预约并获取相应的预先授权和保险理赔指导服务。**

保险人或第三方医疗管理机构将定期或者不定期向投保人和被保险人发布直付医疗机构清单的更新情况，被保险人通过保险人或第三方医疗管理机构的客服热线或网站查询相关信息。

本合同生效后，保险人将为每一被保险人提供保险直付卡（电子卡或实物卡），**保险直付卡将载明**

本合同的保险单号、被保险人姓名、保单生效日期等信息，以及第三方医疗管理机构的联系方式。保险直付卡将作为被保险人在直付医疗机构享受医疗直付服务的凭证。

第七条 预先授权

被保险人拟接受下列医疗项目前，投保人或被保险人应通过电话或书面形式向保险人或第三方医疗管理机构提出预先授权申请：

（一）所有住院治疗（包括生育/分娩的住院）；

（二）任何需要全麻下进行的门诊手术；癌症治疗以及血液或者腹膜透析；

（三）紧急医疗转运；

（四）购买或者租用非一次性耐用医疗设备，包括但不限于胰岛素泵及其配套器械；

（五）牙科意外伤害修补治疗；

（六）超过8,000元的药剂、疫苗、检查检验项目；

（七）任何“康复治疗（限手术后）和专业护理费”、“赴异地就诊交通费”、“睡眠检查和治疗费”、“临终关怀费”责任中包含的项目。

在保险人批准预先授权项目之前，保险人或第三方医疗管理机构有权要求被保险人或投保人提供必需的医疗辅助材料（如病历、检查报告等），且保险人或第三方医疗管理机构有权要求由保险人指定的独立医疗机构或医疗从业人员对被保险人进行医疗检查，检查报告将提供给保险人或第三方医疗管理机构，相关医疗检查费用将由保险人承担。

若被保险人或投保人不能及时向保险人或第三方医疗管理机构提供必需的医疗辅助材料，则被保险人取得预先授权的时间可能会延误。若被保险人或投保人完全不能向保险人或第三方医疗管理机构提供必需的医疗辅助材料，则保险人有权拒绝被保险人的预先授权申请。

紧急情况下，如被保险人在就医前未能及时获得预先授权许可回复的，被保险人或投保人需在开始接受上述医疗项目后四十八小时之内通知保险人或第三方医疗管理机构。

如被保险人在进行上述医疗项目前未获得预先授权许可回复或紧急情况下未能在上述规定时间内通知保险人或第三方医疗管理机构的，针对上述医疗项目产生的属于保险责任范围内的医疗费用，保险人将依据本合同约定，按应给付保险金金额的60%承担保险金给付责任。

被保险人获得预先授权许可回复，不意味着保险人确认被保险人发生的全部或者部分医疗费用属于保险责任范围。

第八条 币种

本合同计价币别为人民币，投保人和保险人也可在投保时协商约定其他计价币别，具体以保险单载明为准。

保险责任

第九条 保障地域范围

本合同的保障地域范围分为中国大陆保障、大中华保障、国际保障、全球保障四类，具体保障地域范围由投保人在投保时与保险人协商确定，并在保险单中载明，**除另有约定外，本合同约定的所有的主被保险人、附属被保险人的保障地域范围应当一致。**

（一）中国大陆保障：保障地域为中国大陆，**不含香港、澳门、台湾地区。**

（二）大中华保障：保障地域为中国大陆、香港、澳门、台湾地区，以及新加坡。

（三）国际保障：保障地域为全球**除美国、加拿大以外**的任何国家和地区。

（四）全球保障：保障地域为全球任何国家和地区。

被保险人在保险单载明的保障地域范围以外的国家和地区产生的费用，保险人不承担给付保险金的责任。但对于被保险人在本合同约定的保障区域以外的国家或地区实际发生的、属于本合同保险责任范围内的**紧急医疗**（见释义5）费用，保险人仍将依据本合同约定承担给付保险金的责任。

除另有约定外，在本合同保险期间内，被保险人在中国大陆境内以及境外非加费承保地区须

累计居住满180日。在本合同保险期间内，若被保险人停留于需加费承保地区累计超过180日，投保人或被保险人应及时告知保险人，保险人对被保险人在需加费承保地区居住累计超过180日后在需加费承保地区产生的任何费用不承担给付保险金的责任。

第十条 等待期

除另有约定外，投保人为被保险人首次投保本保险或非不间断再次投保本保险时，本合同的部分保险责任设定有等待期，具体在保险合同中载明。

被保险人在等待期内确诊罹患疾病，因该疾病导致的费用无论发生在等待期内或等待期后，保险人均不承担给付保险金的责任。

投保人在保险期间届满时申请不间断再次投保本保险且经保险人审核同意后获得的新保险合同，不受等待期的限制。

被保险人因遭受意外伤害事故而接受治疗的，也不受等待期的限制。

第十一条 保险责任

本合同的保险责任分为基本责任和可选责任。在投保人已投保基本责任的前提下，可以选择投保可选责任，**具体保险责任涵盖项目由投保人在投保时与保险人协商确定，并在保险单中载明，若可选责任未在保险单上载明或批注，则本合同有关可选责任的约定不产生任何效力。**

本合同基本责任包括：住院及日间治疗保障责任，住院津贴保障责任，门急诊医疗保障责任，医疗及身故援助保障责任，特殊疾病和特殊项目医疗保障责任，预防性检查保障责任，在线问诊及药品费用保障责任，体检、疫苗接种、眼科、牙科共同保障责任；

本合同可选责任包括：体检和疫苗接种加强保障责任，牙科医疗加强保障责任，生育保障责任。

保险人累计给付各项保险责任保险金之和以本合同约定的保单保险金额为限。当保险人在各项保险责任下的保险金累计给付金额达到该保险责任的分项保险金额时，该项保险责任终止。

（一）住院及日间治疗保障责任

在保险期间内，被保险人因遭受**意外伤害**（见释义6）或在等待期后因罹患疾病，在**本合同约定的医疗机构**（见释义7）经医生诊断必须接受**住院**（见释义8）或**日间治疗**（见释义9）的，对于被保险人治疗期间实际发生的、需个人支付的、**医学必需**（见释义10）且**符合通常惯例水平**（见释义11）的下列医疗费用，保险人**扣除保险单载明的各项费用免赔额后，依据保险单载明的各项费用年限额、日（次）限额和日数（次数）限制给付住院及日间治疗保险金**。**各项费用的免赔额、年限额、日（次）限额和日数（次数）限制由投保人和保险人在投保时协商确定，并在保险单中载明。**

1、 床位费：指被保险人在住院期间实际发生的住院床位费，**本合同约定的住院床位费标准为不高于标准单人病房。**

2、 膳食费：指被保险人在住院期间实际发生的、根据医生的医嘱、由医院内专设的为住院病人配餐的食堂配送的、符合惯常标准的膳食费。**膳食费应包含在医疗账单内。**

3、 重症监护病房费：指被保险人在住院期间实际发生的，因入住针对危重病人配备专门医务人员及各种复杂生命监测设备、且提供不间断密切监视和救治技术的专用病房而产生的床位费。

4、 陪床费：指未满十八周岁的被保险人在住院期间，其父母或法定监护人**（限一人）**陪同住院所发生的加床费；以及女性被保险人在住院期间，其出生未满一周岁的新生婴儿所发生的住院加床费。**陪床费标准以不高于被保险人床位费标准为限。**

5、 医生费：指被保险人在住院期间实际发生的，因医生为患者提供诊疗服务而收取的费用。

6、 护理费：指住院期间由医疗机构对被保险人提供临床护理服务所收取的费用，包括各级护理（根据2023年发布的中华人民共和国国家卫生健康委员会《护理分级标准》确定）、重症监护和专项护理费用**（不包含护工护理费用）**。

7、 治疗费：指被保险人在住院期间实际发生的、由医生或专业医技人员实施的、以治疗疾病为目的的必要医学手段而产生的技术劳务费、医疗器械使用费和消耗品费用，具体以被保险人就诊医疗机构的费用项目划分为准。

8、 检查检验费：指被保险人在住院期间实际发生的、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、便常规检验费以及其它**大型检查检验**（见释义12）费用。

9、 处方药费：指被保险人在住院期间实际发生的、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。

10、 耐用医疗设备费：指被保险人在住院期间实际发生的、因医学必需而购买或租赁**非一次性耐用医疗设备**（见释义13）的费用。

11、 住院手术费：包含在住院手术治疗过程中所涉及的以下常见且必要的费用项目：

（1） 手术操作费、麻醉费、手术室费、恢复室费、手术监测费、手术辅助费和手术设备费等手术相关费用，**但不包括手术植入材料和器官移植费用**。

（2） 手术植入材料费：手术植入材料指医生认为手术中必不可少的通过手术植入人体内，以治疗、诊断或者替换、加强器官功能为目的的物体或材料，包括但不限于：

①植入器材：骨板、骨钉、骨针、骨棒、脊柱内固定器材、结扎丝、聚髌器、骨蜡、骨修复材料、脑动脉瘤夹、银夹、血管吻合夹（器）、心脏或组织修补材料、眼内充填材料、神经补片、义乳（仅限乳腺癌等疾病导致乳房切除术中植入）；

②植入性人工器官：人工食道、人工血管、人工椎体、人工关节、人工尿道、人工瓣膜、人工肾、人工颅骨、人工颌骨、人工心脏、人工肌腱、人工耳蜗、人工肛门封闭器；

③接触式人工器官：人工喉、人工皮肤、人工角膜；

④支架：心脏支架、血管支架、前列腺支架、胆道支架、食道支架；

⑤其它：脑起搏器、心脏起搏器等。

上述手术植入材料不包括任何非手术中医学必需的物体或材料。

（3） 器官移植费：指以被保险人为受体，经相关医生明确诊断，被保险人在具备开展器官移植手术资质的医疗机构内，根据医学必需而接受的肝脏移植、肾脏移植、心脏移植、肺脏移植、胰脏移植、骨髓移植等器官移植产生的手术费、辅助治疗费、排异药品费、检验费等。**但不包括任何寻找器官供体、配型、获取以及从供体切除器官、储藏、运送的相关费用，以及与不孕不育或者生殖医学相关的移植费用。**

12、 日间手术费：指被保险人接受由医生确认为无需住院即可进行的、医学必需且符合通常惯例水平的手术而实际产生的费用，包括手术操作费、麻醉费、手术室费、恢复室费、手术监测费、手术辅助费和手术设备费等手术相关费用，**但不包括手术植入材料和器官移植费用**。

13、 矫形改造手术费：指被保险人接受矫形改造手术恢复机体功能产生的矫形改造手术费用，**但不包括与下颌异常或与颞下颌关节紊乱综合症有关的病症，且手术需满足下列前提条件：**

（1） 手术或治疗旨在恢复或改善功能；

（2） 不包含单纯以改善容貌或美容为目的的矫形改造手术费；

（3） 该手术是由于意外伤害或疾病造成的，且意外伤害或疾病发生时间应在本合同保险期间内。

（二）住院津贴保障责任

在保险期间内，被保险人因遭受意外伤害或在等待期后因罹患疾病，在本合同约定的医疗机构经医生诊断必须接受住院治疗的，保险人依据本合同的约定，**按照每次实际住院日数**（见释义14）**扣除五天后再乘以保险单载明的日保额计算得出的金额给付住院津贴保险金。保险期间内住院津贴累计给付日数上限为三十日。**

（三）门急诊医疗保障责任

在保险期间内，被保险人因遭受意外伤害或在等待期后因罹患疾病，在本合同约定的医疗机构接受门诊或急诊治疗的，对于被保险人治疗期间实际发生的、需个人支付的、医学必需且符合通常惯例水平的下列医疗费用，保险人**扣除保险单载明的各项费用免赔额后，依据保险单载明的各项费用年限额、日（次）限额和日数（次数）限制给付门急诊医疗保险金。各项费用的免赔额、年限额、日（次）限额和日数（次数）限制由投保人和保险人在投保时协商确定，并在保险单中载明。**

1、医生费：指医生为被保险人提供门急诊诊疗服务而收取的费用，包括普通门急诊诊疗费，专家诊疗费、医事服务费、挂号费等。

2、处方药费：指被保险人在接受门急诊治疗期间实际发生的、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。

3、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、便常规检验费以及其它大型检查检验费。

4、治疗费：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、以治疗疾病为目的的必要医学手段而产生的技术劳务费、医疗器械使用费和消耗品的费用，具体以被保险人就诊医疗机构的费用项目划分为准。

5、耐用医疗设备费：指被保险人在接受门急诊治疗期间实际发生的、因医学必需而购买或租赁非一次性耐用医疗设备的费用。

6、急诊室费：指被保险人使用急诊室的费用。

7、门诊手术费：指被保险人在门急诊接受的、医学必需且符合通常惯例水平的手术而实际产生的费用，包括手术操作费、麻醉费、手术室费、恢复室费、手术监测费、手术辅助费和手术设备费等手术相关费用，**但不包括手术植入材料和器官移植费用**。

8、睡眠检查和治疗费：指因发作性睡眠或阻塞性呼吸暂停症状而进行的检查和治疗所产生的费用。

9、紧急牙科治疗费：指被保险人由于牙科意外伤害产生的以治疗为目的的修补治疗费用。**但由咀嚼食物或咀嚼其他外物引起的牙齿伤害导致的医疗费用除外，且不包括以下费用：（1）对义齿的损坏导致的修复、重装等治疗、化验、检查、材料等医疗费用。（2）牙齿（包括义齿）的镶装、矫正、种植、包冠等项目的治疗、化验、检查及材料费用。**

10、理疗和中医治疗费：

（1）理疗费：指由具有相应医疗资质的专业医师实施的**物理治疗**（见释义15）、美式脊椎矫正、职业疗法、**顺势疗法**（见释义16）、语音治疗（包括为治疗吞咽障碍由语言治疗师实施的电子喉镜检查）等理疗而产生的费用，**上述“理疗”须为专业医师书面治疗计划的（包含短期和长期目标，并提交保险人评估）一部分，且满足下列全部条件：①在合理的、可预测的时间内症状会明显好转；②疗法复杂或被保险人病症使得只有注册物理治疗师或职业疗师才能安全、有效实施。**

（2）中医治疗费：指由注册中医医师开具处方的中草药费、**针灸治疗**（见释义17）费，以及挂号费、医事服务费、诊疗费等其它相关费用。

（四）医疗及身故援助保障责任

在保险期间内，被保险人遭受意外伤害或在等待期后因罹患疾病，对于被保险人实际发生的、需个人支付的、医学必需且符合通常惯例水平的下列医疗及身故援助费用，保险人依据本合同的约定，**扣除保险单载明的各项费用免赔额后，依据保险单载明的各项费用年限额、日（次）限额和日数（次数）限制给付医疗及身故援助保险金。各项费用的免赔额、年限额、日（次）限额和日数（次数）限制由投保人和保险人在投保时协商确定，并在保险单中载明。**

1、急救与转运费：

（1）救护车费：指紧急情况下，出于医学必需，以专业救护车将被保险人运至最近的医疗机构所发生的费用。

（2）紧急医疗转运费：被保险人遇有生命危险且得不到及时治疗将导致身故或严重伤害的，如果其在当地不能获得适当治疗，保险人安排运送被保险人至距其最近的、能够提供所需服务的医疗机构而发生的费用。前述紧急医疗转运费将由保险人与医疗转运服务商直接结算，无需被保险人先行支付。

根据被保险人病情或伤势，保险人有权决定运送目的地和医疗机构。如果被保险人不在保险人安排的医疗机构接受治疗，自保险人安排的医疗机构前往被保险人自行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。被保险人未经保险人许可自行安排运送的，运送费用也完全由被保险人自行承担。

被保险人治疗完成或病情稳定后，保险人将安排其通过公共交通工具**（飞机限经济舱）**返回常住地，相应交通费用也属于紧急医疗保险金责任范围内。

（3）陪同人员交通费：发生紧急医疗转运时，保险人承担一位被保险人的陪同人员赶往被保险人转运目的地的公共交通工具**（飞机限经济舱）**费用，保险人也承担被保险人和一位其陪同人员在被保险人治疗完成或病情稳定后返回其日常居住地的公共交通工具**（飞机限经济舱）**费用。

（4）陪同人员住宿费：发生紧急医疗转运时，保险人将承担被保险人的一位陪同人员实际发生的住宿费用**（住宿费以每晚800元为限，最长住宿时间不超过十二晚）。**

2、交通费及生活费：

（1）赴异地就诊交通费（限住院治疗，含一名陪同人员）：在保险期间内，被保险人因病情需要须赴异地（异地指日常居住地所在县、县级市、区、旗以外的地区，下同）进行住院治疗的，保险人承担被保险人赴异地住院实际发生的交通费用。交通费用限**民航客机**（见释义18）、**客运轨道交通工具**（见释义19）、**营运汽车**（见释义20）以及**客运轮船**（见释义21）。**具体额度以保单载明为准。**

（2）同城就诊交通费：在保险期间内，被保险人发生本合同约定的保险责任范围内的门诊或住院治疗的，保险人承担被保险人因赴日常居住地医疗机构就诊所实际发生的交通费用。**交通费用限客运轨道交通工具、营运汽车以及客运轮船。具体额度以保单载明为准。**

（3）慰问探访交通费及生活费：在保险期间内，保险人承担被保险人位于其他国家的家人（包括配偶/伴侣、父母、子女、兄弟姐妹）因探访被保险人而实际发生的交通费用**（飞机限经济舱）**及生活费用。**但上述探访须以被保险人因发生意外伤害或罹患疾病而预期住院至少五日，或被保险人因终末期疾病将不久于人世为前提，否则保险人不承担给付保险金的责任。**本项费用包括被保险人的家人返回其原居住地的交通费。**具体额度以保单载明为准。**

3、遗体遣返或就地安葬费

在保险期间内，被保险人在其国籍国以外的地区（但须在保险单载明的保障地域范围内）内身故，在符合事发地法律法规的前提下，保险人承担将被保险人遗体运送至其国籍国或安排当地安葬所发生的合理费用。**但不包括被保险人个人财物退回、宗教或世俗追悼会、神职人员、鲜花、音乐、公告、来客所产生费用和因类似的私人葬礼偏好产生的费用。**

（五）特殊疾病和特殊项目医疗保障责任

在保险期间内，被保险人因遭受意外伤害或在等待期后因罹患疾病，在本合同约定的医疗机构接受下列特殊疾病和特殊项目治疗的，对于被保险人在治疗期间实际发生的、需个人支付的、医学必需且符合通常惯例水平的下列医疗费用，保险人**扣除保险单载明的各项费用免赔额后，依据保险单载明的各项费用年限额、日（次）限额和日数（次数）限制给付特殊疾病和特殊项目医疗保险金。各项费用的免赔额、年限额、日（次）限额和日数（次数）限制由投保人和保险人在投保时协商确定，并在保险单中载明。**

1、既往症医疗费：指被保险人因投保前如实告知的**既往症**（见释义22），在本合同约定的医疗机构接受门急诊或住院治疗时，被保险人需个人支付的、医学必需且符合通常惯例水平的医疗费用。**对于投保人或被保险人未如实告知的既往症导致的任何费用，保险人不承担给付保险金的责任。**

2、先天性疾病医疗费：指被保险人因未被认定为既往症的**先天性疾病**（见释义23），在本合同约定的医疗机构接受门急诊或住院治疗时，被保险人需个人支付的、医学必需且符合通常惯例水平的医疗费用。

3、心理和精神科医疗费：指被保险人因被确诊存在精神和心理障碍而在医学认可的、具有相应资质的精神心理专科医疗机构或者设有精神心理科室的医疗机构，接受由具有相应医疗职业资格的医生或者心理咨询师实施的精神治疗和心理咨询而产生医疗费用和咨询费用。上述“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、注意力缺陷症、注意缺陷多动障碍以及须接受悲伤辅导和悲伤治疗的病症。**但上述“精神治疗和心理咨询”不包括酒精和药物滥用戒断治疗、婚姻家庭咨询、教育咨询、能力倾向检测、教育检测和服务。**

4、康复治疗（限手术后）和专业护理费

（1）康复治疗**（限手术后）**费：指被保险人接受手术后在康复医疗机构、康复中心、普通医疗机构的康复科诊治或者接受以促进机体各项功能恢复为目的的医疗方法（如理疗、按摩、推拿、生物反馈疗法、康复护理等）而产生的费用。

（2）专业护理费：指被保险人在出院后九十天内（含第九十天），根据医生的医嘱，在居所接受由专业护士提供的、与住院治疗的疾患直接相关的护理服务（包括康复保健、换药、导尿、测血压、输液、注射、压力性溃疡护理、鼻饲、造瘘等临床护理技术服务）所产生的费用。**上述“专业护理”须满足以下全部条件：**

①被保险人对专业护士的护理确有需要，并非出于方便家庭成员的目的；

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：1）住院治疗的被保险人被运送回家当日；2）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；3）根据医疗实践和标准被保险人本应当在专业护理机构接受护理，但专业护理机构没有空余床位。

对于接受鼻饲或者胃造口管喂养的被保险人，无其他对专业护士护理的需要而在家接受专业护士护理所产生的费用，保险人不承担给付保险金的责任。

5、临终关怀费：指被保险人因遭受意外伤害或罹患疾病而被医生诊断为终末期疾病且预估存活期在二百四十日以下（含二百四十日）的，该被保险人接受具有相应资质的**临终关怀机构**（见释义24）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、支持性医疗护理行为和医护设施所产生的费用**（但不包括丧葬费用及保险期间届满后发生的临终关怀费用）。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。**

（六）预防性检查保障责任

在保险期间内，对于被保险人在本合同约定的医疗机构实际发生的、需个人支付的、医学必需且符合通常惯例水平的下列预防性检查费用，保险人**扣除保险单载明的各项费用免赔额后，依据保险单载明的各项费用年限额、日（次）限额和日数（次数）限制给付预防性检查保险金。各项费用的免赔额、年限额、日（次）限额和日数（次数）限制由投保人和保险人在投保时协商确定，并在保险单中载明。**

1、成年女性、男性特定筛查费：包括十八周岁以上女性被保险人的常规乳腺钼靶测试和子宫颈抹片检查费用，以及十八周岁以上男性被保险人的前列腺特异性抗原检查费用。**以上各项检查限每保单年度每个项目检查一次。**

2、新生儿健康检查费：未满一周岁的未成年被保险人发生的常规医疗检查和预防性保健费，包括医疗档案，发育评估，体格检查，年龄相关诊断检查等。

3、儿童疫苗接种费： 七周岁（含七周岁）以下的未成年被保险人因接种当地政府主管部门批准认证的、非实验性质的疫苗而产生的疫苗和接种费用。包括但不限于：白喉、肝炎、麻疹、腮腺炎、百日咳、小儿麻痹症、卡介苗、破伤风、水痘、嗜血杆菌属、B型流感病毒疫苗等。

（七）家庭互联网医院在线问诊及药品费用保障责任

在保险期间内，被保险人或其配偶、子女（无论配偶、子女是否作为本合同的附属被保险人）因遭受意外伤害或在等待期后因罹患疾病，在本合同**指定互联网医院**（见释义25）接受由**注册医生**（见释义26）提供的**在线问诊**（见释义27）服务和治疗的，对于被保险人实际发生的、需个人支付的、医学必需且符合通常惯例水平的健康咨询费用、在线问诊费用以及在线问诊药品费用，保险人依据本合同的约定，**在保险单载明的各项费用年限额内给付在线问诊及药品费用保险金。各项费用的年限额由投保人和保险人在投保时协商确定，并在保险单中载明。**

上述“在线问诊药品费用”须同时满足下列全部条件：

1、须由本合同指定互联网医院的注册医生开具电子处方，且药品电子处方与中国国家药品监督管理部门批准的该药品说明书中所列明的适应症及用法用量相符；

2、治疗需符合国家《临床技术操作规范》；

3、每次开具的电子处方药品剂量不超过三十日；

4、药品须通过本合同指定互联网医院购买。

（八）体检、疫苗接种、眼科、牙科共同保障责任

在保险期间内，对于被保险人在本合同约定的医疗机构内实际发生的、医学必需且符合通常惯例水平的下列体检、疫苗接种、眼科、牙科医疗费用，保险人依据本合同的约定，**在保险单载明的本项保障年限额内给付体检、疫苗接种、眼科、牙科共同保障保险金，本项保障年限额由投保人和保险人在投保时协商确定，并在保险单中载明。**

1、体检费：指被保险人实际发生的全身体检费**（限一次）**及相关检查化验费、常规检查化验费。

2、疫苗接种费：指被保险人实际发生的、因接种国家批准认证的、非实验性质的疫苗而产生的疫苗及接种费用。

3、眼科基础医疗费：指眼科检查费，以及矫正镜片**（需有医师或验光配镜师处方）**、镜框和隐形眼镜**（不包含美容目的的隐形眼镜）**所产生的费用，**但不包括太阳镜及相关配件的费用。**

4、牙科医疗费：

（1）预防治疗费：指被保险人接受牙科预防治疗而产生的费用。上述“牙科预防治疗”包括常规牙科检查、医生问诊、口腔档案建立、牙齿健康指导、儿童刷牙指导及口腔护理指导、口腔全景片、小牙片、涂氟治疗、洁齿和抛光（预防性）、牙齿清洁检查**（保险期间内限两次）**、口腔涂氟**（限一次）**、窝沟封闭**（限一次）**等。

（2）基础治疗费：指被保险人接受牙科基础治疗而产生的费用。上述“牙科基础治疗”包括汞合金或复合树脂充填、简单拔牙、牙周刮治、根面平整、多生牙及乳牙拔除、龋齿补牙及填充术、根管治疗及预成冠，以及相关口腔X光等。

（3）重大治疗费：指被保险人接受牙科重大治疗而产生的费用。上述“牙科重大治疗”包括桥式义齿（包括化验和麻醉费）、牙冠和嵌体、智齿拔除、儿童正畸、肌功能矫正，以及相关口腔X光等。

保险人不承担单纯以美容为目的的牙齿修整（不包括儿童正畸治疗）**、美白、义齿**（不包括以治疗为目的的义齿）**、高嵌体、种植牙、假牙、贴面等产生的费用。**

（九）体检和疫苗接种加强保障责任（可选责任）

在保险期间内，对于被保险人在本合同约定的医疗机构内实际发生的、需个人支付的、医学必需且符合通常惯例水平的体检费和疫苗接种费，在前述第（八）款约定的年限额之外，保险人依据本合同的约定，**在保险单载明的本项保障年限额内给付体检和疫苗接种加强保障保险金。本项保障的年限额由投保人和保险人在投保时协商确定，并在保险单中载明。**本项保障约定的“体检费”和“疫苗接种费”定义以前述第（八）款中所载定义为准。

（十）牙科医疗加强保障责任（可选责任）

在保险期间内，对于被保险人在本合同约定的医疗机构内实际发生的、需个人支付的、医学必需且符合通常惯例水平的牙科医疗费，在前述第（八）款约定的年限额之外，保险人依据本合同的约定，**在保险单载明的本项保障年限额内给付牙科医疗加强保障保险金。本项保障的年限额由投保人和保险人在投保时协商确定，并在保险单中载明。**本项保障约定的“牙科医疗费”定义以前述第（八）款中所载定义为准。

（十一）生育医疗保障责任（可选责任）

在保险期间内，对于被保险人在本合同约定的医疗机构实际发生的、需个人支付的、医学必需且符合通常惯例水平的下列生育及相关费用，保险人**扣除保险单载明的各项费用免赔额后，依据保险单载明的各项费用年限额、赔付比例、日（次）限额和日数（次数）限制给付生育医疗保险金。各项费用的免赔额、年限额、赔付比例、日（次）限额和日数（次数）限制由投保人和保险人在投保时协商确定，并在保险单中载明。**

1、生育费用：指被保险人因妊娠住院或入住**生育中心**（见释义28）所产生的费用，包括：

（1）分娩费：指自然分娩或剖腹生产的医院费用、产科医生费用、助产士费用及其他医疗费用。

（2）常规产科医疗费：指产前及产后的常规产科检查、护理及治疗等产生的费用。

（3）流产费：指由医生进行的**医学必要的人工流产**（见释义29）或主动终止妊娠**（限一次）**所产生的费用。

2、新生儿护理费：指女性被保险人在本合同保险期间内成功生产的活产新生儿，在出生后**十四日**内发生的住院护理费，包括常规的体格检查、器官检查等产生的费用。

3、妊娠并发症治疗费：指被保险人因发生**妊娠并发症**（见释义30）而接受住院治疗所产生的费用。**该费用须为被保险人接受产科专科医生推荐的治疗所直接发生的治疗费用。**

对于被保险人单胎跨越两个保单年度的，则该胎的累计赔偿限额以续保限额为限；若被保险人

上一保险年度已生育，或上一保险年度的保障责任不含生育保障，则续保保单的生育保障按新保单计算。

第十二条 费用补偿原则

本合同适用费用补偿原则，被保险人通过任何途径所获得的医疗费用补偿金额总和应以其实际支出的医疗费用总额为限。若被保险人已经从其它途径（包括但不限于社会基本医疗保险、公费医疗、工作单位、保险人在内的任何商业保险机构、其它责任方等）获得相关医疗费用补偿，保险人仅对被保险人实际发生的医疗费用扣除其所获得医疗费用补偿后的剩余部分，按照本合同的约定承担给付保险金的责任。投保人或被保险人不得就已经获得补偿的医疗费用再次向保险人申请保险金。社会基本医疗保险个人账户部分支出不属于已获得的医疗费用补偿。

针对以下情况，投保人和保险人在投保时分别商定给付比例，并在保险单中载明：

（一）被保险人享有社会基本医疗保险或公费医疗保障，且在申请理赔时已经从社会基本医疗保险或公费医疗保障中获得医疗费用补偿的；

（二）投保时被保险人享有社会基本医疗保险或公费医疗保障，但申请理赔时未享有社会基本医疗保险或公费医疗保障，或没有从社会基本医疗保险或公费医疗保障中获得医疗费用补偿的。

责任免除

第十三条 对因下列情形之一导致被保险人发生的费用或下列医疗费用，保险人不承担保险金给付责任：

（一） 投保人对被保险人的故意杀害或故意伤害；

（二） 被保险人故意犯罪、抗拒依法采取的刑事强制措施期间或被政府依法拘禁或入狱期间；

（三） 被保险人故意自伤或自杀，但被保险人自伤或自杀时为无民事行为能力人的除外；

（四） 因被保险人挑衅或故意行为而导致的打斗、被袭击、被谋杀；

（五） 被保险人从事职业运动或可获得报酬的运动或竞技时，在训练或比赛中受伤；

（六） 被保险人从事或参加高风险运动，如：潜水（见释义31）、滑水、冲浪、赛艇、漂流、跳伞或其他高空运动、蹦极、乘坐或驾驶商业民航班机以外的飞行器、攀岩（见释义32）、攀登海拔3500米以上的独立山峰、滑雪（室内和室外）、极限/特技轮滑、武术（见释义33）、摔跤、马术、赛马、赛车、特技表演（含训练）、替身表演（含训练）、探险或考察活动（洞穴、极地、沙漠、火山、冰川等）等；

（七） 战争、军事行动、暴乱或者武装叛乱；

（八） 核爆炸、核辐射或者核污染；

（九） 因参与非法活动引起的损伤或疾病；

（十） 被保险人主动吸食或注射毒品（见释义34）、酒精中毒或任何上瘾或依赖于形成习惯的药物或物质而导致的伤害或疾病；

（十一） 被保险人酒后驾驶（见释义35）、无合法有效驾驶证驾驶（见释义36）或驾驶无合法有效行驶证（见释义33）的机动车；

（十二） 被保险人因健康原因被医生建议不宜旅行而执意进行旅行引起的意外伤害或病症，或被保险人从事因其健康状况而不适宜进行的活动或运动所导致的意外伤害或病症；

（十三） 无原始发票的费用，远程医疗（电话/网络）咨询费（在线问诊及药品费用保险责任不在此限），在非本合同约定的医疗机构就诊产生的费用，没有按时就诊的预约费用，非医师处方要求的费用，不在执业范围的费用，不符合专业认可标准或者为进行适当治疗所不必要的费用，非医学必需的费用，不符合通常惯例水平的费用，不符合国内医学界认可实践的治疗方法、手段、设备、药品等试验性医疗费用，健康状态下仅为改善或者提高目前身体状况而发生的费用（预防性检查责任、体检、疫苗接种、眼科、牙科共同保障责任、体检和疫苗接种责任、牙科医疗保险责任不在此限）；

（十四） 被保险人未如实告知的既往症，但投保时如实告知并经保险人书面同意承保的既往症不

在此限；

（十五） 在本合同生效前、等待期内、保险期间届满后、合同失效或无效后发生的费用，但本合同其他条款另有约定的除外；

（十六） 由被保险人或者被保险人家庭成员拥有全部或者部分所有权的机构提供的医疗、药品、设备或者服务；

（十七） 为个人舒适或者方便而产生的项目，包括但不限于电视、住院套房、房屋打扫、访客膳食和住宿、电话、家庭设备、旅行费、以及其他非医学必需的服务和设备；

（十八） 购买各种用于按摩、保健的医疗器械产生的费用，以及下列中药费用：1、主要起营养滋补作用的单方、复方中药或中成药品，如花旗参，冬虫草，白糖参，朝鲜红参，玳瑁，蛤蚧，珊瑚，狗宝，红参，琥珀，灵芝，羚羊角尖粉，马宝，玛瑙，牛黄，麝香，西红花，血竭，燕窝，野山参，移山参，珍珠（粉），紫河车，阿胶，阿胶珠，血宝胶囊，红桃K口服液，十全大补丸，十全大补膏等；2、部分可以入药的动物及动物脏器，如鹿茸，海马，胎盘，鞭，尾，筋，骨等；3、用中药材和中药饮片炮制的各类酒制剂等。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、膏方费，中草药代加工成粉剂、药丸、胶囊、胶或者其他制剂发生的加工费；

（十九） 非手术中必需的假体、矫正器具或者相似的器具，定制或者改造任何交通工具、洗浴设备或者住宅设备费，耐用医疗设备的使用和保养指导费，但出于医学必需，由医生出具处方的耐用医疗设备不在此限；

（二十） 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；

（二十一） 因任何医疗意外或医疗事故所引起的治疗，任何未遵医嘱服用处方药导致的伤害；

（二十二） 选择性手术和治疗的医疗费用；包皮切除术；丰胸或者缩胸手术;，无论是否出于心理目的而进行的美容、整容（包括牙齿整形）费用，及相应并发症医疗费用；

（二十三） 常规足部医疗费，但因意外伤害或者疾病引起的足部治疗情形不在此限；

（二十四） 矫正鞋或者其他脚支撑器材（包括但不限于足弓支撑器、矫正器或者任何其他预防性的服务或者器材）费，任何用于治疗弱足、矫形足、不稳足、扁平足或者足弓塌陷的器材费，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）相关的医疗（但有关骨外露、肌腱或者韧带的手术不在此限）费；

（二十五） 对未表现出可疑细胞形态（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、痣等）的治疗、祛除及其他相关费用；对无症状的浅表静脉曲张、蜘蛛脉、除瘢痕疙瘩型外的其它瘢痕、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；

（二十六） 与脱发相关的医疗费用，包括但不限于男性型脱发或者其他种类秃发的医疗，以激光、电解、蜡或者其他方法祛除毛发，发生男性型脱发、女性与年龄相关脱发、疾病或者意外伤害导致的脱发等情形时的头发移植；

（二十七） 戒烟相关的医疗费用；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）及相应并发症医疗费用；

（二十八） 视力医疗相关费用，包括激光角膜切开术，准分子激光原位角膜磨镶术；所有眼科矫正手术、治疗及其他相关费用；干眼症治疗及其他相关费用；

（二十九） 任何类型助孕费（包括受胎药、不孕不育症药、人工授精、试管授精、配子输卵管内移植、受精卵输卵管植入术、代理怀孕以及其他费用），以及与此相关的怀孕、妊娠并发症、分娩、产后护理费等；

（三十） 优生优育咨询、筛查、检查和相关医疗费用；

（三十一） 不孕不育症有关的医疗费用；

（三十二） 男女生育控制，输精管切除术和绝育术，男性或者女性绝育恢复手术，性别转换症，性障碍治疗，生育前培训，伟哥以及其他用于提高性功能的药物费；

（三十三） 变性手术，包括在变性手术、手术流程的准备阶段或之后的医学或心理咨询和荷尔蒙治疗，以及其他和变性及其并发症有关的费用；

（三十四） 对属于既往症的获得性免疫缺陷综合症（AIDS，艾滋病）、艾滋相关综合征（ARCS）和其他与HIV病毒相关的性传染病或者症状的医疗费用；

（三十五） 对非心理障碍或者疾病的医疗费用，超出合理心理缺陷或者心理发育迟缓评估、诊断周期的医疗费用，对精神障碍或者疾病无改善的医疗费用；

（三十六） 身体和心理生长发育异常、性早熟、学习障碍、行为问题的治疗、评估和评级费用；

（三十七） 生长激素治疗及其他相关费用；过敏原检测费用；与基因检测相关的咨询、筛查、检查或治疗（但癌症靶向治疗用药基因检测的不受此限）和相关医疗费用；功能医学检查（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、肠道免疫功能分析等）费用；所有免疫调节剂及其他相关费用；

（三十八） 由于非疾病引起的用于缓解身体或生理变化的医疗费用，如衰老，更年期，青春期的非疾病症状；

（三十九） 非因牙科意外伤害导致的牙科医疗费，但牙科医疗保险责任不在此限；

（四十） 与生育相关的医疗费用，包括但不限于怀孕、分娩、流产以及由此导致的并发症治疗以及其他相关费用，但生育医疗保险责任不在此限；

（四十一） 被保险人先天性畸形、先天性疾病、遗传性疾病、染色体异常或因职业病直接或间接引起的医疗费用，但先天性疾病医疗费不在此限。

保险金额和保险费

第十四条 保险金额

保险金额是保险人承担给付保险金责任的最高限额。本合同的保险金额由投保人在投保时与保险人协商确定，并在保险单中载明。

第十五条 保险费

本合同的保险费由投保人在投保时和保险人确定，并在保险单中载明。

保险期间

第十六条 保险期间

本合同的保险期间为一年，自保险单载明的保险合同生效日起，至保险单载明的保险期间期满日止。

第十七条 不保证续保

本合同为不保证续保合同。本合同期满，投保人需要重新向保险人申请投保本合同，并经保险人同意，交纳保险费，获得新的保险合同。

发生下列情形之一的，保险人不再接受投保人为被保险人再次投保本保险的申请：

（一）申请时被保险人的年龄已超过本合同约定的不间断再次投保年龄上限；

（二）被保险人身故；

（三）本合同在申请时已因其他条款所列情况而导致效力终止；

（四）投保人或被保险人发生不如实告知、欺诈等情形；

（五）本保险统一停售。

保险人义务

第十八条 明确说明义务

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。**

第十九条 签发保单义务

本合同成立后，保险人应当及时向投保人签发纸质保险单或其他保险凭证。

第二十条 保险合同解除权行使期限

保险人依据第二十五条和第三十五条所取得的保险合同解除权，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。

保险人在合同订立时已经知道投保人未如实告知的情况的，保险人不得解除合同；发生保险事故的，保险人应当承担给付保险金责任。

第二十一条 补充索赔证明和资料的通知

保险人认为保险金申请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。

投保人、被保险人义务

第二十二条 缴纳保险费义务

投保人应当在保险合同成立时交清保险费，保险费交清前，本合同不生效。保险人对保险费交清之前发生的保险事故不承担保险责任。

第二十三条 如实告知义务

（一）订立本合同时，保险人就被保险人的有关情况提出询问的，投保人应当如实告知。

（二）投保人故意或者因重大过失未履行如实告知义务的，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。

（三）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。

（四）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。

第二十四条 住所或通讯地址变更通知义务

投保人或被保险人住所、通讯地址或数据电文地址变更时，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、通讯地址或数据电文地址发送的有关通知，均视为已发送给投保人。

第二十五条 职业或工种的变更通知义务

当被保险人变更职业或工种时，投保人或被保险人应在十日内以书面形式通知保险人。

被保险人所变更的职业或工种依照保险人职业分类在拒保范围内的，保险人在接到通知后有权解除本合同，并按照接到通知之日退还原职业或工种所对应的未满期净保费（见释义38）。被保险人所变更的职业或工种依照保险人职业分类仍可承保的或在拒保范围内但保险人认定可以继续承保的，保险人按照接到通知之日计算并退还原职业或工种所对应的未满期净保费，投保人补缴按照保险人接到通知之日计算的新职业或工种所对应的保费。

被保险人所变更的职业或工种，依照保险人职业分类其危险性增加，且未依本合同约定通知保险人而发生保险事故的，保险人按其原交保险费与新职业或工种所对应的保险费的比例计算并给付保险金。被保险人所变更的职业或工种依照保险人职业分类在拒保范围内，保险人不承担给付保险金的责任。

第二十六条 保险事故通知义务

投保人、被保险人或者保险金受益人应于知道或者应当知道保险事故发生之日起十日内通知保险人。**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39）而导致的延迟。

保险金申请与给付

第二十七条 保险金申请与给付

本合同保险金的申请方式包括事后申请方式和医疗直付方式。

（一）采用事后申请的方式申请保险金时，**保险金申请人须填写保险金给付申请书，并须提供下列证明和资料原件：**

1、保险单或保险凭证；

2、被保险人的有效身份证件；

3、如果被保险人住院，则须提供医院出具的被保险人的入出院记录；

4、医院出具的被保险人的诊断证明、医疗费用清单以及处方、检查化验明细清单、病历等；

5、医院出具的被保险人的医疗费用收据或者发票；

6、如果被保险人从其它途经获得了医疗费用补偿，则须提供从其它途径报销的凭证；

7、与确认保险事故的性质、原因等有关的其他证明和资料。

以上证明和资料不完整的，保险人将及时一次性通知保险金申请人补充提供有关的证明和资料。

委托他人领取保险金时，受托人还必须提供本人的有效身份证件及委托人亲笔签名的授权委托书。

本合同保险金作为被保险人遗产时，继承人还必须提供可证明其合法继承权的相关权利文件。

受益人或者继承人为无民事行为能力人或者限制民事行为能力人时，由其合法监护人代其申请领取保险金，**其合法监护人还必须提供受益人或者继承人为无民事行为能力人或者限制民事行为能力人的证明和监护人具有合法监护权的证明。**

（二）被保险人在保险人指定直付医疗机构接受治疗的，可以采用医疗直付方式申请保险金，对于依据本合同约定应由保险人承担的医疗费用，保险人将与直付医疗机构直接结算。**保险金申请人不可在就医后再向保险人申请该部分医疗费用对应的保险金。**

对于被保险人实际发生的、不属于本合同保险责任范围、应由被保险人自己负担但在就医时医疗机构未向其本人收取的医疗费用，被保险人在接到保险人或者第三方医疗管理机构通知后，应在三十日内退还相应款项；未在三十日内退还相应款项的，本合同保险责任终止且保险人不退还未满期净保险费，保险人有权向其继续追偿相应款项。

第二十八条 诉讼时效

保险金申请人向保险人请求给付保险金的诉讼时效期间为二年，自其知道或者应当知道保险事故发生之日起计算。

第二十九条 及时核定、赔付

保险人收到保险金申请人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，但保险合同另有约定的除外。

保险人应当将核定结果通知保险金申请人。对属于保险责任的，在与保险金申请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保险金申请人发出拒绝给付保险金通知书，并说明理由。

第三十条 先行赔付

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。

争议处理和法律适用

第三十一条 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，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。

第三十二条 法律适用

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（不包括香港、澳门特别行政区和台湾地区法律）。

其他事项

第三十三条 合同解除

在本合同生效后，**发生以下任何情形的，保险人有权解除合同，并不退还保险费：**

（一）未发生保险事故，但投保人、被保险人或受益人谎称发生了保险事故，提出给付保险金请求；

（二）投保人或者被保险人或者受益人故意制造保险事故。

上述约定的任何情形致使保险人给付保险金的，被保险人或受益人应当退回保险金。

在本合同生效后，投保人可以书面形式通知保险人解除合同，投保人解除本合同时，应提供下列申请材料：

（一）保险合同解除申请书；

（二）保险单原件和保险费发票；

（三）保险费交付凭证；

（四）投保人身份证明。

投保人要求解除本合同，自保险人接到保险合同解除申请书之时起，本合同的效力终止。保险人收到上述证明文件和资料之日起三十日内退还保险单的未满期净保费。**若被保险人已领取过保险金，保险人将不退还未满期净保费。**

第三十四条 合同的终止

发生下列情形时，本合同终止：

（一）保险合同的保险期间届满；

（二）被保险人不再满足本合同的投保资格要求，但被保险人在保险期间起始日满足年龄资格要求的，在保险期间内保险责任不因其年龄的改变而自动终止。

第三十五条 年龄的确定与错误的处理

被保险人投保年龄，应以法定身份证明文件确定的周岁年龄为准。本合同所承保的被保险人的投保年龄必须符合年龄要求。投保人在申请投保时，应按被保险人的周岁年龄填写。若发生错误，保险人按照以下规定处理：

（一）投保人申报的被保险人的年龄不真实，并且其真实年龄不符合本合同约定的投保年龄限制的，保险人有权解除合同，并向投保人退还未满期净保费；

（二）**投保人申报的被保险人的年龄不真实，并且按照真实年龄所需收取的保费较高，保险人有权更正并要求投保人补交差额的保险费；**

（三）投保人申报的被保险人年龄不真实，导致投保人实付保险费多于应付保险费的，保险人应将多收的保险费无息退还投保人。

释义

1、保险人：指与投保人签订本合同的利宝保险有限公司。

2、周岁：以法定身份证明文件中记载的出生日期为基础计算的实足年龄。**0周岁指出生满十五日且已健康出院的新生儿。**

3、保险人指定直付医疗机构：指保险人指定的可提供直付服务的合法运营的医疗机构，具体以保

险人委托的第三方医疗管理机构最新发布的直付医疗机构清单为准。如清单有更新，上述第三方医疗管理机构将会及时对外公布更新。

4、紧急医疗：指针对突然发生的、为避免严重终身伤害或者死亡须立即接受药物或者手术治疗的症状，被保险人立即或者因不可抗力因素在症状发作后二十四小时内开始接受的相应医疗。**紧急医疗不包括：**

（1）以接受治疗为目的或者违背医嘱前往与其保障类型相对应的保障地域以外地区期间发生的任何医疗；

（2）常规医疗；

（3）被保险人事先计划好的治疗；

（4）因被保险人已知或者应该知道的情形而发生的治疗；

（5）妊娠、分娩及相关病症。

5、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。**

6、本合同约定的医疗机构：是指符合下列所有条件的医疗机构，包含以下机构中的特需门诊或病房（包含特需医疗、外宾医疗、干部病房、联合病房、国际医疗中心、VIP部、联合医院），具体以保险单载明的医疗机构覆盖范围为准：

（1） 拥有合法经营执照的定点公立医院，私立医院，包含超出该地区惯常医疗费用水平的昂贵医院；

（2） 设立的主要目的为向受伤者和患病者提供留院治疗和护理服务；

（3） 该医院必须具有系统的、充分的诊断设备，全套外科手术设备及能够提供二十四小时的医疗与护理服务的能力或资质。**且非主要作为康复医院、诊所、护理、疗养、戒酒、戒毒或类似的医疗机构。**

（4） **非保险人指定的除外的医院、机构、设施、诊所（包含其机构成员在其他医疗机构的驻诊）等和医生（统称除外医疗网络）**，具体以第三方医疗管理机构最新发布的除外医疗网络清单为准。如清单有更新，第三方医疗管理机构将会及时对外公布更新。

其中，昂贵医院是指保险单载明的医疗费用水平较高的医疗机构。对被保险人在此类医疗机构产生的费用，保险人仅在保险单明确规定承保的情况下承担保险金给付责任。

7、住院：是指被保险人因意外伤害或罹患疾病，经医生诊断正式办理住院手续，须住医院接受治疗超过二十四小时。**但不包括下列情况：（1）被保险人在医院的急诊室或急诊观察室入住；（2）被保险人入住康复科、康复病床或接受康复治疗，**但符合本合同基本保险责任之术后康复住院医疗费用不受此限；**（3）被保险人住院期间一天内未接受与入院诊断相关的检查和治疗，或一天内住院不满二十四小时，**遵医嘱到外院接受临时治疗的除外；**（4）被保险人住院体检。**

8、日间治疗：指完全出于医学必需的治疗目的，被保险人以占用医疗机构病床超过六小时但不过夜的方式接受的医疗服务。

9、医学必需：指被保险人接受、使用或者服用的治疗、服务、器械或者药品符合以下条件：

（1） 医师处方要求且对治疗被保险人疾病或者伤害合适且必需；

（2） 与接受治疗当地普遍接受的医疗专业实践标准一致；

（3） 非为了个人舒适或者为了被保险人父母、家庭、医师或者其他医疗提供方的方便。

（4） 最恰当、合适水平；住院接受治疗时，无法以门诊的方式对相应疾病和症状提供安全的医疗，且当前病症处于急性或者亚急性状态需要持续接受治疗、专业护理或者康复治疗。**主要出于接受慢性病治疗、长期看护、喘息照护、慢性病维持、协助从事日常生活活动目的而住院的，不属医学必需；**

（5） 非病人学术教育或者职业培训的一部分或者与之相关；

（6） 非试验性或者研究性。

10、符合通常惯例水平：指以下两者中较低者：（1）提供相应医疗服务的医疗机构对此医疗服务

通常收费水平；（2）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者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：（1）治疗复杂性；（2）治疗必要的专业程度；（3）必要的医疗专业类型；（4）相应医疗机构提供的医疗服务范围和种类；（5）其他地区通常的收费水平。上述“地区”指根据普遍认可的国际标准为取得类似医疗机构或者类似医疗服务平均水平所必要的地域范围，可为一个城市、国家或者更广的区域。

11、大型检查检验：本合同约定的大型检查检验项目包括计算机断层扫描（CT）、正电子发射计算机断层扫描（PET-CT）、计算机辅助断层成像（CTA）、核磁共振检查费（MRI）、磁共振血管成像（MRA）、磁共振胰胆管成像(Magnetic Resonance Cholangio Paneretography)、内镜检查（如胃镜检查、结肠镜检查、膀胱镜检查、鼻内镜检查等）、数字减影血管造影(Digital Subtraction Angiography)、消化道造影、穿刺活检术、髋关节B超、脑电图、心脏彩超、肺功能检查检验等。

12、非一次性耐用医疗设备：本合同所称“非一次性耐用医疗设备”仅包括外置胰岛素泵、脚托、臂托、颈背托或束带、轮椅（非电动轮椅）、义乳（仅限患乳腺癌并已经接受属于保险责任范围内的乳房切除术的被保险人）、助听器、外置心脏起搏器、便携式雾化器**（仅包含便携式雾化器的租赁费用，不包含便携式雾化器购买费用）**，不包括任何非医疗必需的设备**。保险人也不承担替换或维修上述非一次性耐用医疗设备的费用。**

13、实际住院日数：指被保险人在住院病房内实际接受治疗的日数，以医疗机构收费凭证上实际收取的床位费对应的日数为准，**但须扣除请假外出、挂床住院以及不合理住院的日数。**

14、物理治疗：指由具有相应资质的专业医生实施的、应用人工物理因子（如光、电、磁、声、温热、寒冷、力等）来治疗疾病的治疗方式，包括电疗、光疗、磁疗、热疗、冷疗、水疗，超声波疗法、功能训练和手法治疗，**但不包括泥疗、蜡敷治疗、气泡浴与药物浸浴治疗。**

15、顺势疗法：指一种通过小剂量药物治疗以使病人症状逐渐缓解或消除的治疗方法，比如对于腹泻的顺势疗法是给予小剂量的放松剂。

16、针灸治疗：由具有相应资格的医生以针（包括激光）为工具实施的治疗。

17、民航客机：民航客机指经相关政府部门登记许可，以收费方式合法运载乘客，有固定营运时间和营运线路，以客运为目的的飞机。

18、客运轨道交通工具：经相关政府部门登记许可，以收费方式合法运载乘客，有固定营运时间和营运线路，以客运为目的的火车或城市轨道交通工具，包括火车、地铁、轻轨、有轨电车、磁悬浮等。

19、营运汽车：指经相关政府部门登记许可，以收费方式合法运载乘客，有固定营运时间和营运线路，以客运为目的的汽车、出租车或网约车，但出租车和网约车不要求有固定的营运时间和营运线路。

上述“网约车”指网络预约出租汽车，同时符合以下规定：

（1）领有适格政府主管部门依法颁发的行驶证，且行驶证上登记的名字是合法汽车租赁企业或私人；符合汽车分类国家标准（GB/T3730，1-2001）中的乘用车定义；

（2）主要用于载运乘客及其随身行李或临时物品，包括驾驶员座位在内最多不超过9个座位且获得《网络预约出租汽车运输证》；

（3）车主为合法汽车租赁企业或个人；

（4）驾驶人员具备《网络预约出租汽车驾驶员证》且与网约车平台公司正式签署服务合同。

登记为非营业性运输（非营运）的机动车，不视为网约车运输，不在保障范围内。

（5）政府主管部门或法律对网约车另有规定的，从其规定。

20、客运轮船：指经相关政府部门登记许可，以收费方式合法运载乘客，有固定营运时间和营运线路，以客运为目的、核定载客人数为12人以上的轮船（含渡轮）。

21、既往症：指在保险合同生效之前被保险人已患有的且已知晓的有关疾病或症状。

22、先天性疾病：指由于基因因素、先天性新陈代谢异常或者其他因素导致的、出生时即存在的遗传性疾病和症状、出生缺陷、身体残疾、智障等发育不完全正常的疾病和症状，这些疾病和症状可能在

出生时显现或者在出生后逐步显现。

23、临终关怀机构：指对终末期疾病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：1、取得了政府相关部门的许可；2、二十四小时提供服务；3、有医师直接管理和监控；4、有注册护士指挥、协调护理服务；5、被许可从事社会服务指导和协调；6、主要目的为提供临终关怀服务；7、有全职管理人员；8、保存了所提供服务的全部书面记录。**

24、指定互联网医院：指根据医疗机构管理法律法规、国家医疗监管机构有关规定合法取得《医疗机构执业许可证》的互联网医疗机构，包括作为实体医疗机构第二名称的互联网医院，以及依托实体医疗机构独立设置的互联网医院，具体以第三方医疗管理机构最新发布的指定互联网医院清单为准。如清单有更新，第三方医疗管理机构将会及时对外公布更新。

25、注册医生：指根据互联网诊疗相关法律法规、规定，可通过互联网等信息技术提供医疗服务的执业医生，**且应当同时满足以下条件：**

（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》，并按期到人民政府卫生行政部门登记注册；

（3）具有三年以上独立临床工作经验；

（4）经其执业注册的医疗机构同意开展互联网诊疗活动。

26、在线问诊：指互联网医院的注册医生，在满足法律法规、国家医疗监管机构有关规定的情况下，通过互联网等信息技术开展的互联网诊疗活动。

27、生育中心：指主要目的为供怀孕期末期孕妇生产婴儿，**并同时满足下列条件的合法机构：**

（1）根据当地相关法律许可成立；

（2）配备了全部必要的诊断和化验设备，有经过培训的人员和设备处理孕妇和新生儿可能发生的紧急情况，二十四小时在医生或注册护士监控下营运，并保存有所有书面记录。该机构应与至少一家医院有书面协议以在发生分娩并发症时立即转运病人入院，并通常在分娩后四十八小时内为孕妇办理转离手续。

28、医学必要的人工流产：指非被保险人自愿的，在胎儿无法存活时所必须采取的人工流产治疗。

29、妊娠并发症：指由妊娠引起或者加剧的症状，该症状与分娩不同，包括但不限于急性肾炎、肾变病、心代偿失调、异位妊娠终止、妊娠期内无法继续妊娠时终止妊娠。**本合同约定的“妊娠并发症”不包括非选择性剖腹产、人工不当操作、先兆流产、偶发点滴性出血、妊娠期内医师处方要求的休养、孕妇恶心、妊娠剧吐以及其他不属疾病分类学上妊娠并发症类的难产相关症状。**

30、潜水：指以辅助呼吸器材在江、河、湖、海、水库、运河等水域进行的水下运动或作业。

31、攀岩：指攀登悬崖、楼宇外墙、人造悬崖、冰崖、冰山等运动。

32、武术：指两人或者两人以上对抗性柔道、空手道、跆拳道、散打、拳击等各种拳术及各种使用器械的对抗性运动。

33、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。

34、酒后驾驶：指经检测或者鉴定，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者超过一定的标准，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者醉酒后驾驶。

35、无合法有效驾驶证驾驶：

指下列情形之一：

（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法律、行政法规的规定，定期对机动车驾驶证实施审验；

（5）驾驶证已过有效期的。

36、无合法有效行驶证：指发生保险事故时没有按照公安机关交通管理部门机动车登记制度的规定进行登记领取机动车行驶证或者临时通行牌证等法定证件。包括下列情形之一：

（1）未办理行驶证或者行驶证在申办过程中的；

（2）机动车行驶证被依法注销登记的；

（3）未在行驶证检验有效期内依法按时进行或者未通过机动车安全技术检验的。

37、未满期净保费：未满期净保费=净保险费×（1-m/n），其中，m为已生效天数，n为保险期间的天数，经过日期不足一日的按一日计算。

38、不可抗力：指不能预见、不能避免并不能克服的客观情况。