利宝保险有限公司

个人全球医疗保险条款（2026版A款）

注册号：C00006032512026073081813

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六十四**周岁**（见释义2）（含六十四周岁），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六十四周岁（含六十四周岁），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，亦可作为本合同的附属被保险人；不满十八周岁的被保险人子女只能以附属被保险人身份入保。

对于投保时年龄超过六十四周岁（不含六十四周岁）的被保险人，保险人只接受不间断再次投保申请，不接受投保人对该被保险人的初次投保申请。被保险人不间断连续投保的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包含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，保险人将委托第三方医疗管理机构提供医疗直付服务，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通报直付医疗机构清单的更新情况，被保险人亦可登陆第三方医疗管理机构网站或者致电第三方医疗管理机构查询相关信息。

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；

（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）牙科意外伤害的紧急修补性治疗；

（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”、“境内异地就医交通费”、“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保障项目之前，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，并向保险人或第三方医疗管理机构提供医疗检查报告，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。

若保险人或第三方医疗管理机构无法根据预先授权申请人提供的申请材料判断预先授权是否属于保险责任的，则保险人有权拒绝被保险人的预先授权申请，但被保险人仍可以在该次治疗后通过事后申请方式进行保险金申请。

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，投保人和保险人亦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。

对于被保险人在保险单载明的保障地域范围以外的地区产生的任何费用，保险人依据本合同约定，仅在本合同“保障区域外紧急医疗保险责任”项下承担给付保险金的责任，保险人不承担本合同其余保险责任项目项下给付保险金的责任。

除另有约定外，保险合同项下所有的主被保险人、附属被保险人的保障地域范围应当一致。

各保障地域范围所包含的地区具体约定如下：

（一）中国大陆保障：保障地域为中国大陆**（不含港、澳、台地区）**。

（二）大中华保障：保障地域为中国大陆、中国香港、中国澳门以及中国台湾地区。

（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。

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，若分项保险责任未在保险单上载明或批注，则本合同有关该分项保险责任的约定不产生任何效力。**

本合同基本责任包括：住院及日间治疗保险责任；急救与转运保险责任；保障区域外紧急医疗保险责任。

本合同可选责任包括：门急诊医疗保险责任；体检、疫苗接种、眼科、牙科共同保障责任；体检和疫苗接种增值保险责任、牙科治疗增值保险责任。

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总保险金额为限。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、住院及日间治疗保险责任

在保险期间内，被保险人因遭受**意外伤害**（见释义4）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5）的医生诊断必须接受**住院**（见释义6）或**日间治疗**（见释义7）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8）且**符合通常惯例水平**（见释义9）的下列医疗费用或者本合同约定的住院津贴，**保险人在扣除本合同约定的免赔额后，依据各项费用的给付日数限制，在各项费用的赔偿限额内给付住院及日间治疗保险金。各项费用的免赔额、给付日数限制、赔偿限额由投保人在投保时和保险人协商确定，并在保险单中载明。**

（一）一般住院和日间治疗费用：

1、常规住院费：包含在住院和日间治疗过程中所涉及的以下常见且必要的费用项目：

（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。床位费每日赔偿限额以保险单载明为准。**

（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实际发生的，因被保险人的合法监护人**（限一人）**在医院陪护而产生的陪床床位费，**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和医疗器械使用费，以及消耗品的费用，具体以被保险人就诊医疗机构的费用项目划分为准。

2、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费。

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)、内窥镜检查费（如胃镜检查、结肠镜检查、膀胱镜检查等）、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、鼻内镜检查等。

3、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。

4、耐用医疗设备费：指被保险人在住院期间实际发生的、因医学必需而必须购买或租赁非一次性耐用医疗设备的费用。

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。

5、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。**

本项费用也包含被保险人实际产生的与器官移植相关的门诊医疗费用。

6、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手术，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）该手术须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。

7、心理和精神科治疗费用：指被保险人经医生诊断存在精神和心理障碍，并被要求在医学认可的、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。精神和心理障碍包括但不限于神经性贪食症、神经性厌食症、悲伤辅导和悲伤治疗、注意力缺陷症、注意缺陷多动障碍，**但不包括酒精和药物滥用戒断治疗、婚姻家庭咨询、教育咨询、能力倾向检测、教育检测和服务。**

（二）视同住院的治疗费用：包含可置于住院和日间治疗保险责任下的以下费用。

1、特定疾病医疗费：指被保险人接受针对特定疾病的持续性治疗而产生的以下费用项目（被保险人经由门诊或住院接受上述特定疾病治疗而产生的以下费用，均属于本项费用下）：

（1）肾透析费：被保险人在合法注册的透析中心进行的血液透析（指通过血液在体外机器中的循环，将血液中的废物和过量的水去除）或腹膜透析（指透析液流过被保险人的腹腔，通过腹膜内层去除血液中的废物和过量的水）。

（2）门诊恶性肿瘤治疗费：包括被保险人接受化学疗法、**放射疗法**（见释义10）**（仅限光子放疗）**、**免疫疗法**（见释义11）、**肿瘤内分泌疗法**（见释义12）、**肿瘤靶向疗法**（释义13）所产生的费用。

（3）质子重离子治疗费：指被保险人因接受质子、重离子放射治疗而发生的相关费用，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。

（4）器官移植后抗排异治疗费、抗排异药品费。

（5）恶性肿瘤靶向治疗用药基因检测费。

2、住院前后门急诊医疗费：指被保险人在住院前九十日（含入院当日）和出院后九十日（含出院当日）内，因与该次住院相同原因而接受的治疗期间实际发生的符合通常惯例水平的、医学必需的门急诊治疗而产生的诊疗费、检查检验费和处方药费**（但不包含特殊疾病医疗费和门诊或日间手术医疗费）。**

3、 康复治疗（限手术后）和专业护理费：

（1）康复治疗费（限手术后）：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，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。

专业护理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：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。

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需要而在家接受的专业护士护理所产生的费用，保险人对此不承担保险责任。

4、门诊或日间手术费：指被保险人由医生诊断无需住院即可进行的医学必需的、符合通常惯例水平的手术而产生的费用，包括手术操作费、麻醉费、手术室费、恢复室费、手术监测费、手术辅助费和手术设备费等手术相关费用，**但不包括手术植入材料和器官移植费用。**

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产生的费用**（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。**

上述“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。**

6、住院津贴：被保险人因遭受意外伤害或在等待期后因罹患保险责任范围内的疾病或病症在**中国大陆公立医院普通部**住院治疗的，保险人按照被保险人**实际住院天数**（见释义14），以保险单载明的每日津贴标准及保险期间内累计住院津贴最高给付天数为限承担保险责任。

二、门急诊医疗保险责任（可选责任）

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，**保险人在扣除本合同约定的免赔额后，在各项费用的赔偿限额内给付门急诊医疗保险金。各项费用的免赔额、赔偿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、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、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，且由医生开具处方的、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。

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)、内窥镜检查费（如胃镜检查、结肠镜检查、膀胱镜检查等）、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、鼻内镜检查等。

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和医疗器械使用费，以及消耗品的费用，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、因医学必需而必须购买或租赁非一次性耐用医疗设备的费用。

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），不包括任何非医学必需的设备。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。

6、紧急牙科治疗费用：指被保险人由于牙科意外伤害**（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）**导致的以治疗为目的的修补治疗费用，**但不包括以下费用：（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**。

7、睡眠检查和治疗费：指被保险人因发作性睡眠或阻塞性呼吸暂停症状的检查和治疗而产生的费用。

8、心理和精神科治疗：指被保险人经医生诊断存在精神和心理障碍，并被要求在医学认可的、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。精神和心理障碍包括但不限于神经性贪食症、神经性厌食症、悲伤辅导和悲伤治疗、注意力缺陷症、注意缺陷多动障碍，**但不包括酒精和药物滥用戒断治疗、婚姻家庭咨询、教育咨询、能力倾向检测、教育检测和服务。**

9、 理疗和中医治疗费：

（1）理疗费：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，理疗治疗须为专业医师书面治疗计划**（包含短期和长期目标，须提交保险人评估）**的一部分，**且满足下列全部条件：**

①在合理的、可预测的时间内被保险人相关症状会明显好转；

②因疗法复杂或被保险人病症原因，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：由注册中医医师处方开具的中草药费、**针灸治疗**（见释义17）费、挂号费、诊察费及相关费用。

三、急救与转运保险责任

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，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急救和医疗转运费用，**保险人依据本合同的约定在各项费用的赔偿限额内给**

付急救与转运保险金。各项费用的赔偿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、急救费：指在本合同保障地域内，由于被保险人发生紧急情况，基于医学必需以专业地面救护车将其运至医疗机构而产生的费用。

2、境内异地就医交通费：指被保险人在本合同约定的医疗机构接受首诊后，因病情需要经医生确定须赶赴异地**（被保险人在中国大陆地区的日常居住地所在省级行政区之外）**医院进行治疗，并由转出医院开具转院证明的，被保险人实际发生的公共交通费用**（公共交通限飞机及火车，且飞机限经济舱及以下，火车限软卧或高铁动车一等座及以下）**。

3、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、能够提供所需医疗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。被保险人未经保险人许可自行安排运送的，运送费用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。

4、同行人员交通费：被保险人发生前述“紧急医疗转运”时，保险人承担被保险人的一位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，保险人也承担该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。

5、同行人员住宿费：被保险人发生前述“紧急医疗转运”时，保险人承担被保险人的一位陪同人员实际发生的住宿费用。**住宿费每日给付限额和给付天数限制以保险单载明为准。**

6、遗体遣返或就地安葬费：指被保险人在其保险单载明的保障地域范围**（不包括被保险人国籍国）**内身故，在事发地法律法规许可的情况下，保险人承担其遗体运送至其国籍国或安排当地安葬所发生的合理费用。**该费用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、客人费用和类似的私人葬礼偏好产生的费用。**

四、保障区域外紧急医疗保险责任

对于被保险人在保险单载明的保障地域范围以外的国家或地区实际发生的、需个人支付的、医学必需且符合通常惯例水平的**紧急医疗**（见释义18）费用，保险人依据本合同的约定，**在本项保险金的赔偿限额内按照本合同约定的给付比例给付保障区域外紧急医疗保险金。**

以下情况下，保险人不承担给付保障区域外紧急医疗保险金的责任：

1、非紧急医疗；

2、保险人每次在保险单载明的保障地域范围以外的国家或地区连续停留超过九十日；

3、对被保险人到达保险单载明的保障地域范围以外的国家或地区前已有疾病进行的相关治疗；

4、可以推迟至被保险人返回保障地域范围后再接受的治疗；

5、被保险人前往的国家或地区被联合国、出发地所在国政府或目的地所在国政府明确告知不建议前往；

6、因健康原因被医生建议不宜旅行的被保险人执意旅行引起的伤害或者疾病的治疗。

五、体检、疫苗接种、牙科、眼科基础保障、家庭互联网医院问诊保障及既往症保险责任（可选责任）

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以下治疗的，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各项医疗费用，**保险人在扣除本合同约定的免赔额后，在各项费用的赔偿限额内给付保险金。各项费用的免赔额、赔偿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、既往症医疗费用：指被保险人因投保前如实告知的既往症，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。

2、健康体检费：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，以及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、疫苗接种费：指被保险人实际发生的、因接种国家批准认可的、非实验性质的疫苗而产生的疫苗及接种费用。

4、家庭互联网医院问诊医疗费用：指被保险人及其配偶、子女（无论配偶、子女是否作为本合同的附属被保险人）在保险人指定互联网医院接受线上问诊而产生的诊疗费和药品费。

上述“药品费”须同时满足下列全部条件：

（1）须由保险人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）药品须通过保险人指定互联网医院购买。

5、牙科医疗费：

（1）牙科预防治疗费：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、口腔检查及牙齿清洁**（保险期间内限两次）**、口腔涂氟**（限一次）**、窝沟封闭**（限一次）**等。

（2）牙科基础治疗费：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）牙科重大治疗费：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正（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。**

6、眼科医疗费：指被保险人实际发生的眼科检查费，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。**

六、体检和疫苗接种增值保险责任（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健康体检费和疫苗接种费，在前述第五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险责任年限额内给付体检和疫苗接种增值保险金。**本项保险责任约定的“健康体检费”和“疫苗接种费”定义以前述第五款中所载定义为准。

七、牙科治疗增值保险责任（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治疗费，在前述第五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险责任年限额内给付牙科治疗费用保险金。**本项保险责任约定的“牙科医疗费”定义以前述第五款中所载定义为准。

第十二条 费用补偿原则

本合同适用费用补偿原则，被保险人因遭受意外伤害或罹患疾病而接受治疗，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、城乡居民大病保险、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支出医疗费用的或发生如下列明的医疗费用，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）被保险人故意犯罪或者抗拒依法采取的刑事强制措施；

（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）因被保险人醉酒（见释义19）、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20）、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21）、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22）、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）被保险人主动吸食或注射毒品（见释义23）、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）被保险人酒后驾驶（见释义24）、无合法有效驾驶证驾驶（见释义25）或驾驶无合法有效行驶证（见释义26）的机动车；

（十一）被保险人执意进行因健康原因而被医生建议不宜进行的活动、运动、旅行所引起的意外伤害或病症；

（十二）非医学必需的、不符合通常惯例水平的，以及在健康状态下仅为改善或者提高目前身体状况而发生的医疗费用；

（十三）任何医生不在执业范围情况下产生的医疗费用、不符合专业认可标准或者治疗过程中不必要的医疗和服务费用；

（十四）任何非处方药品、非处方医疗设备、非处方服务产生的费用；

（十五）被保险人未如实告知的既往症（见释义27），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；

（十六）被保险人先天性畸形、先天性疾病、遗传性疾病（见释义28）、染色体异常或因职业病直接或间接引起的医疗费用；

（十七）在本合同等待期内、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；

（十八）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；

（十九）被保险人在非本合同约定的医疗机构就诊产生的医疗费用，以及被保险人未按事先预约时间按时就诊而发生的预约费用损失；

（二十）任何无原始发票的费用，任何远程医疗（电话/网络）咨询费；

（二十一）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、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；

（二十二）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；

（二十三）定制或者改造任何交通工具、洗浴设备或者住宅设备费；

（二十四）非手术中必需的假体、矫正器具或者相似的器具，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；

（二十五）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；

（二十六）因任何医疗意外和/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；

（二十七）选择性手术和治疗费用；包皮切除术费用；脱发相关的医疗费用；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；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）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；矫形鞋或其他脚支撑器材（包括但不限于足弓支撑器，矫形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；

（二十九）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；

（三十）视力治疗相关费用，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；

（三十一）分娩、剖宫产、产前产后检查、流产、异位妊娠、宫外孕、避孕、节育绝育（含绝育以及绝

育恢复手术）、不孕不育症、性病（见释义29）、性功能障碍、变性手术，或由前述情形导致的并发症的医疗费用；

（三十二）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；

（三十三）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；

（三十四）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**）；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；**

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

（三十六）未经科学或者医学认可的试验性或者研究性医疗及其产生的后果所产生的费用；

（三十七）未被治疗所在地权威部门批准的治疗，未获得治疗所在地政府许可或者批准的药品或者药物；

（三十八）因疝气和鞘膜积液产生的所有医疗费用；

（三十九）在公立医院普通部以外的医疗机构发生的与腺样体切除术以及扁桃体切除术有关的医疗费用。

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。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

本合同的保险费在保险单中载明。投保人在投保时应一次性交纳本合同的保险费。

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的再次投保本保险的申请：

（1）提出申请时主被保险人的年龄已超过本合同约定的最大投保年龄；

（2）主被保险人身故；

（3）本合同在申请时已因其他条款所列情况而导致效力终止；

（4）投保人发生不如实告知、欺诈等情形；

（5）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 签发保险单义务

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，若投保人未在本合同规定时间内交纳保险费的，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。

（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或通讯地址变更时，应及时以书面形式通知保险人。投保人未通知的，保险人按本合同所载的最后住所、通讯地址或数据电文联系方式发送的有关通知，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30）。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比新职业或工种所对应的保险费率计算并给付保险金。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31）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。

对于被保险人在直付医疗机构实际发生的、按照本合同约定应由其个人负担，但直付医疗机构未向其本人收取的医疗费用，在接到保险人或者第三方医疗管理机构通知后，被保险人应在三十日内支付相应款项；未在三十日内支付的，本合同对该被保险人保险责任终止，保险人仍然有权向其继续追讨相应费用。

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，但保险人已根据本合同的约定给付过保险金的除外。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。**若保险人已向被保险人给付保险金的，保险人将不退还保险费。**

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年龄不真实，导致投保人实付保险费少于应付保险费的，保险人有权更正并要求投保人补交保险费，或在给付保险金时按照实付保险费与应付保险费的比例支付；

（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婴儿。**

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，第三方医疗管理机构将会及时对外公布更新。

4、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。**

5、本合同约定的医疗机构：是指符合下列所有条件的机构，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。

6、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。**

7、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。

8、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。

9、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。

10、放射疗法：指针对恶性肿瘤的放射治疗（下称“放疗”）。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，**不包括质子重离子治疗。**

11、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。**上述肿瘤免疫治疗药物需符合法律、法规要求并经过治疗所在国（地区）药品主管部门批准用于临床治疗。**

12、肿瘤内分泌疗法：指针对于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。**本合同所指的内分泌治疗药物需符合法律、法规要求并经过治疗所在国（地区）药品主管部门批准用于临床治疗。**

13、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。**本合同所指靶向疗法的药物需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，或治疗所在国（地区）药品主管部门核准上市的证明。**

14、实际住院天数：指被保险人在住院病房内实际接受治疗的天数，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，**并扣除请假外出、挂床住院以及不合理住院的日数。**

15、物理治疗；指由具有相应资质的医生实施的、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。**

16、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。

17、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。

18、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）已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；

19、醉酒：指酒精摄入过量。长期过量饮酒导致身体脏器严重损害，或一次大量饮酒导致急性酒精中毒或自制力丧失导致自身伤害、斗殴肇事或交通肇事。酒精摄入过量由医疗机构或公安部门判定。

20、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。

21、攀岩：指攀登悬崖、楼宇外墙、人造悬崖、冰崖、冰山等运动。

22、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。

23、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。

24、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。

25、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。

26、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。

27、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。

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

29、性病：指通过性接触的疾病或下列不论是否通过性接触传播的任何疾病：梅毒、淋病、生殖器疣、生殖器官疱疹、性病性肉芽肿、软下疳、毛滴虫、阴虱侵扰与衣原体、支原体感染。

30、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。

31、不可抗力：指不能预见、不能避免并不能克服的客观情况。