



# 长城明悦高端医疗保险条款 阅读指引

请扫描以查询验证条款

本阅读指引有助于您理解条款，对本主险合同内容的解释以条款为准。

## 您拥有的重要权益

- ❖ 被保险人可以享受本主险合同提供的保障..... 2.2
- ❖ 您有退保的权利..... 6.1

## 您应当特别注意事项

- ❖ 在某些情况下，我们不承担保险责任..... 2.5
- ❖ 您有及时向我们通知保险事故的责任..... 4.2
- ❖ 退保会给您造成一定的损失，请您慎重决策..... 6.1
- ❖ 您有如实告知的义务..... 7.1
- ❖ 我们对一些重要术语进行了解释，并作了显著标识，请您注意..... 8

条款是保险合同的重要内容，为充分保障您的权益，请您仔细阅读本条款。

## 条款目录

<b>1. 您与我们的合同</b>	4.2 保险事故通知
1.1 合同构成	4.3 保险金申请
1.2 合同成立与生效	4.4 保险金的给付
1.3 投保范围	4.5 诉讼时效
1.4 常住地要求	<b>5. 如何交纳保险费</b>
1.5 投保年龄	5.1 保险费的交纳
1.6 保险期间与不保证续保条款	<b>6. 如何解除保险合同</b>
<b>2. 我们提供的保障</b>	6.1 您解除合同的手续及风险
2.1 保障计划	<b>7. 其他需要关注的事项</b>
2.2 保险责任	7.1 明确说明与如实告知
2.3 补偿原则、赔付限额及比例	7.2 我们合同解除权的限制
2.4 预授权	7.3 年龄错误
2.5 责任免除	7.4 合同内容变更
<b>3. 我们提供的健康管理服务</b>	7.5 联系方式变更
3.1 健康管理服务	7.6 效力终止
<b>4. 如何申请领取保险金</b>	7.7 争议处理
4.1 受益人	<b>8. 释义</b>
	附表 保障计划表

# 长城人寿保险股份有限公司

## 长城明悦高端医疗保险条款

在本条款中，“您”指投保人，“我们”、“本公司”均指长城人寿保险股份有限公司。

### 1 您与我们的合同

- 1.1 **合同构成** 本保险条款、保险单或其他保险凭证、投保书、与保险合同有关的投保文件、合法有效的声明、批注、附贴批单、附加险合同、其他您与我们共同认可的电子或书面协议都是您与我们之间订立的保险合同的构成部分。  
“长城明悦高端医疗保险保险合同”以下简称为“本主险合同”。
- 1.2 **合同成立与生效** 您提出保险申请且本公司同意承保，本主险合同成立。  
**本主险合同的生效日以保险单载明的日期为准，我们自生效日零时起开始承担本主险合同约定的保险责任。**  
保险单满期日以生效日为基础计算。
- 1.3 **投保范围** 在中华人民共和国大陆境内（见 8.1）居住的所有国籍人士均可作为本主险合同的被保险人。非中华人民共和国国籍的被保险人需持有中华人民共和国政府部门签发的的工作签证或拥有中华人民共和国大陆境内居留证或长期居住权。  
若被保险人及其家庭成员均满足前述条件，被保险人的家庭成员可以与被保险人共同投保（见 8.2）本产品。家庭成员具体包括：  
(1) 投保时具有合法婚姻关系的配偶；  
(2) 未满 21 周岁（见 8.3）的未婚子女（若未婚子女为全日制在校学生，可放宽至未满 26 周岁）。
- 1.4 **常住地要求** 在本主险合同保险期间内，若被保险人停留于中华人民共和国大陆境外（见 8.4）的累计日数超过一百八十日，则视为常住地发生变化，您、被保险人应及时告知本公司。被保险人的常住地发生变化后，**本公司对常住地发生变化后的、中华人民共和国大陆境外的任何费用不承担保险责任。**
- 1.5 **投保年龄** 指投保时被保险人的年龄，投保年龄以周岁计算。  
本主险合同接受的首次投保年龄为 0 周岁（指出生满 30 日且已健康出院的婴儿）至 65 周岁（含）。  
若您在被保险人 100 周岁前（含 100 周岁）重新投保本产品的，您需要在上一保险合同届满 60 日内重新向我们申请投保本产品，并经我们同意，交纳保险费，获得新的保险合同。若您在上一保险合同届满 60 日后提出重新投保申请，我们视为首次投保。  
投保时被保险人未满 7 周岁的，应选择与其父母（或其中一人）相同的保险责任和保障计划共同投保本产品。

- 1.6 保险期间与不保证续保条款 本主险合同为不保证续保合同，保险期间为1年。保险期间届满，您需要重新向我们申请投保本产品，并经我们同意，交纳保险费，获得新的保险合同。
- 若保险期间届满，本产品已停止销售，我们不再接受投保申请，但会向您提供投保其他保险产品的合理建议。

## 2 我们提供的保障

- 2.1 保障计划 本主险合同的保障计划以及保障计划中涉及的保障区域、医院范围、免赔额、赔付比例、保险金年度累计赔付总限额、各项费用赔付限额、最高赔付日数及最高赔付次数详见附表，具体由您在投保时与我们约定并在保险单上载明。
- 2.1.1 保障区域 本主险合同的保障区域根据您投保时选择的保障计划确定。本主险合同的保障区域分为以下四类：
- (1) 中国大陆：中华人民共和国大陆境内；
  - (2) 大中华：中华人民共和国大陆境内，以及台湾、香港、澳门地区；
  - (3) 全球除美：除美国以外的全球任何国家和地区；
  - (4) 全球：全球任何国家和地区。
- 我们仅对被保险人在保险单上载明的保障区域内发生的、符合本主险合同约定的保险责任承担给付保险金的责任。*
- 2.1.2 医院 本主险合同中的医院（见 8.5）分为昂贵医院和一般医院，医院范围是否包含昂贵医院，根据您投保时选择的保障计划确定。
- 一、昂贵医院
- 指超出惯常医疗费用水平的医院。由于各医院的收费水平可能发生变化，我们会跟踪分析并适时更新和公布昂贵医院清单。具体以我们提供的清单为准，昂贵医院清单您可以在我们的官网或官微进行查询。*我们保留对上述昂贵医院清单做出适当调整的权利。*
- 二、一般医院
- 符合医院定义但不在昂贵医院清单中的医院，均属于一般医院。
- 我们仅对被保险人在保险单上载明的医院范围内发生的、符合本主险合同约定的保险责任承担给付保险金的责任。*
- 2.1.3 免赔额 本主险合同的免赔额根据您投保时选择的保障计划确定。*本主险合同中的免赔额为年度免赔额，指单一被保险人在本主险合同的保险期间内发生的，虽然属于本主险合同的保险责任范围内，但依照本主险合同约定仍由被保险人自行承担，我们不予赔付的金额。*
- 被保险人从基本医疗保险（见8.6）、公费医疗（见8.7）、城乡居民大病保险（见8.8）和其他途径（包括除本主险合同之外的商业性费用补偿型医疗保险、其他政府机构或者社会福利机构）已获得的医疗费用补偿可用于抵扣免赔额。

基本医疗保险个人账户部分支出视为个人支付，不属于已获得的医疗费用补偿，可用于抵扣免赔额。

在本主险合同保险期间内，被保险人每次理赔申请所抵扣免赔额可进行累计，已从本主险合同获得的医疗费用补偿不可用于抵扣免赔额。

- 2.1.4 **保险金年度累计赔付总限额** 本主险合同的保险金年度累计赔付总限额根据您投保时选择的保障计划确定。本主险合同的保险金年度累计赔付总限额，指我们承担给付保险金责任的最高限额。
- 2.2 **保险责任** 本主险合同的保险责任分为基本部分和可选部分。您具体投保的保险责任以保险单载明的为准。  
在本主险合同保险期间内且在本主险合同有效期内，我们承担如下保险责任：
- 2.2.1 **等待期** 您为被保险人投保本主险合同时，自本主险合同生效日起的一段时间称为等待期。**被保险人在等待期内因意外伤害（见8.9）以外的原因发生保险事故，该保险事故导致的医疗费用无论是否发生在等待期内，我们均不承担给付保险金的责任。且被保险人该次从基本医疗保险、公费医疗、城乡居民大病保险和其他途径已获得的医疗费用补偿不可用于抵扣本主险合同约定的免赔额。**  
除下列情形外，本主险合同的等待期为30日（包含第30日）：  
（1）本主险合同第2.2.5条“特殊项目治疗医疗费用保险金”中的“精神疾病医疗费用”的等待期为180日（包含第180日）；  
（2）本主险合同第2.2.6条“紧急救援保险金”无等待期；  
（3）您在上一保险合同届满60日内重新向我们申请投保本产品，并经我们同意，交纳保险费，获得新的保险合同的，无等待期；  
（4）被保险人因意外伤害进行治疗的，无等待期。  
经我们审核同意，您可选择在重新投保时增加或减少保险责任，增加的保险责任需重新计算等待期，等待期约定同上，原有责任无等待期。

## 基本部分

- 2.2.2 **一般住院医疗费用保险金** 若被保险人因意外伤害或于等待期后因意外伤害以外的原因，经医院明确诊断必须住院或接受日间病房（见8.10）治疗的，对于被保险人在住院或接受日间病房治疗期间发生的、实际支出的、合理且必需（见8.11）的住院医疗费用（见8.12），我们按本主险合同的约定给付一般住院医疗费用保险金。  
**对于属于本主险合同第2.2.5条“特殊项目治疗医疗费用保险金”保险责任范围内的医疗费用，均不属于本项一般住院医疗费用保险金的给付范围。**
- 2.2.3 **无理赔住院津贴保险金** 若被保险人因意外伤害或于等待期后因意外伤害以外的原因，经医院明确诊断必须住院治疗的，且在本主险合同保险期间内未就该次住院治疗向我们申请本主险合同约定的其余各项保险金或者抵扣免赔额，我们按照人民币800元的无理赔住院津贴日额乘以被保险人该次住院的实际住院日数（见8.13），给付无理赔住院津贴保险金，即：

无理赔住院津贴保险金 = 人民币 800 元的无理赔住院津贴日额×该次住院实际住院日数。

**对于该次住院治疗，我们不再承担其余各项保险金的给付责任，且该次住院发生的医疗费用不能抵扣免赔额。本主险合同保险期间内，无理赔住院津贴保险金累计赔付日数最高以 30 日为限。**

无理赔住院津贴保险金不受本主险合同第 2.1.3 条“免赔额”的限制。

#### 2.2.4 特殊门诊医疗费用保险金

若被保险人因意外伤害或于等待期后因意外伤害以外的原因，经医院明确诊断必须在医院接受以下特殊门诊治疗的，对于被保险人在以下特殊门诊治疗期间发生的、实际支出的、合理且必需的特殊门诊医疗费用，我们按本主险合同的约定给付特殊门诊医疗费用保险金：

一、门诊肾透析（见8.14）费用；

二、门诊恶性肿瘤（包含恶性肿瘤——重度（见8.15）和恶性肿瘤——轻度（见8.16），以下简称“恶性肿瘤”）治疗费用，包括化学疗法（见8.17）、放射疗法（见8.18）、肿瘤免疫疗法（见8.19）、肿瘤内分泌疗法（见8.20）和肿瘤靶向疗法（见8.21）的治疗费用；

三、器官移植后的门诊抗排异治疗费用；

四、门诊手术医疗费用

指被保险人经医院明确诊断必须接受门诊手术治疗的，被保险人实际支出的、合理且必需的门诊手术医疗费用。

五、住院前后门急诊医疗费用

指被保险人经医院明确诊断必须住院治疗，在住院前 45 日（含住院当日）和出院后 60 日（含出院当日）内，与该次住院相同原因而接受门急诊治疗的被保险人实际支出的、合理且必需的住院前后门急诊医疗费用（**但不包括本条上述约定的门诊肾透析费用、门诊恶性肿瘤治疗费用、器官移植后的门诊抗排异治疗费用、门诊手术医疗费用**）。

六、意外门急诊医疗费用

指被保险人因遭受意外伤害，且在意外伤害发生后二十四小时内，因该意外伤害经医院明确诊断必须接受普通门急诊治疗的，被保险人实际支出的、合理且必需的意外门急诊医疗费用。

#### 2.2.5 特殊项目治疗医疗费用保险金

若被保险人经医院明确诊断必须在医院接受以下特殊项目治疗的，对于被保险人治疗期间发生的、实际支出的、合理且必需的特殊项目治疗医疗费用，我们按本主险合同的约定给付特殊项目治疗医疗费用保险金：

一、恶性肿瘤院外靶向治疗药品费用

指被保险人因治疗恶性肿瘤而发生的，并同时满足以下条件的恶性肿瘤院外靶向药品费用：

- （1）用于治疗该恶性肿瘤的靶向药的处方是由医院的医生开具，且治疗该恶性肿瘤的靶向药符合就诊地所属国家或地区药品监督管理部门批准的药品说明书中所列明的适应症及用法用量；
- （2）被保险人就诊时的医院没有治疗该恶性肿瘤的靶向药供应，但具有处方药合法销售资质的药房（简称院外药房）提供治疗该恶性肿瘤的靶向药；

(3) 被保险人凭上述处方在院外药房购买的单次靶向药治疗用量不超过 30 天，且不包括为未来治疗提前购买的药物。

**不符合前述定义的药品费不在恶性肿瘤院外靶向治疗药品费用的保障范围内。**

## 二、耐用医疗设备费用

指医院医生处方要求的、满足基本医疗需要的康复设备、矫形支具以及其他耐用医疗设备的购买或者租赁费用（购买价格以符合通常惯例水平的费用（见 8.22）为上限），以及随后修理、更换的费用，本项保险责任下承担的耐用医疗设备仅限：

- (1) 外置胰岛素泵；
- (2) 脚托、臂托、颈背托或束带；
- (3) 轮椅（非电动轮椅）；
- (4) 义乳及可放入义乳的胸衣费用（**仅限患乳腺恶性肿瘤，并接受属于保险责任范围内的乳房切除术的被保险人**）；
- (5) 助听器；
- (6) 外置心脏起搏器；
- (7) 便携式雾化器；
- (8) 家用呼吸机。

## 三、临终关怀医疗费用

### （一）临终关怀住院医疗费用

指被保险人经医院诊断达到疾病终末期状态（见 8.23），并在当地合法注册的临终关怀机构（见 8.24）或设有临终关怀病房的医院住院治疗，且在患者及其家属的要求和医生的同意下一切积极治疗已被放弃，仅接受以减轻痛苦为目的的姑息治疗，而产生的相关合理且必需的住院费用。

**我们承担被保险人的临终关怀住院医疗费用的日数累计以 45 日为限。**

### （二）临终关怀门诊医疗费用

指被保险人经医院诊断达到疾病终末期状态，并在当地合法注册的临终关怀机构或设有临终关怀病房的医院接受门诊治疗，且在患者及其家属的要求和医生的同意下一切积极治疗已被放弃，仅接受以减轻痛苦为目的的姑息治疗，而产生的相关合理且必需的门诊费用。

**我们承担被保险人的临终关怀门诊医疗费用累计以人民币 40000 元为限。**

## 四、精神疾病医疗费用

### （一）精神疾病住院医疗费用

若被保险人经医院明确诊断患精神疾病（见 8.25），且必须住院治疗的，对于被保险人在住院期间发生的、实际支出的、合理且必需的住院医疗费用，我们按本主险合同的约定给付精神疾病住院医疗费用。

**我们承担被保险人的精神疾病住院医疗费用累计以人民币 50000 元为限。本项费用的等待期为 180 日（包含第 180 日）。**

### （二）精神疾病门诊医疗费用

若被保险人经医院明确诊断患精神疾病，且必须接受门诊治疗的，对于被保险人在门诊期间发生的、实际支出的、合理且必需的门诊医生诊疗费、治疗费、检查检验费以及药品费，我们按本主险合同的约定给付精神疾病门诊医疗费用。

**我们承担被保险人的精神疾病门诊医疗费用累计以 10 次为限，每次医疗费用以人民币 800 元为限。本项费用的等待期为 180 日（包含第 180 日）。**

## 五、矫形改造手术费用

指被保险人因遭受意外伤害或因疾病手术后造成伤害而产生的，同时符合以下条件的初次矫形改造手术费用：

- (1) 该手术是为了恢复功能而进行的；
- (2) 导致矫形改造手术的意外伤害或疾病必须是在本主险合同有效期内发生的；
- (3) 该手术应当是在意外伤害或因疾病手术后，且于医学上恰当的阶段实施的；
- (4) 该手术实施前已获得我们事先授权的。

## 2.2.6 紧急救援保险金

被保险人在中华人民共和国大陆境外或在离被保险人的日常居住地（见 8.26）100 公里外的中华人民共和国大陆境内旅行、探亲、出差期间，遭受意外伤害或突发急性病的，我们通过授权的救援机构提供约定的紧急救援服务并承担所产生的费用，包括紧急医疗运送或送返费用（见 8.27）、陪同人员住宿及交通费用（见 8.28）、身故遗体/骨灰运返或安葬费用（见 8.29）。

**我们对以下情况或者费用不承担给付紧急救援保险金的责任：**

- (1) **被保险人前往的国家或者地区被联合国、出发地所在国政府或者目的地所在国政府明确告知不建议前往；**
- (2) **在山区、海上、沙漠、丛林或者类似的偏僻的地方进行搜寻及援救被保险人而发生的费用，包括从船只或者海上撤离到岸边的空中或者海上搜寻费用；**
- (3) **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救援费用；**
- (4) **未通过我们或者我们授权的救援机构安排的紧急救援服务。**

紧急救援保险金不受本主险合同第 1.4 条“常住地要求”、第 2.1.1 条“保障区域”的限制。

## 可选部分

### 2.2.7 一般门急诊医疗费用保险金

若被保险人因意外伤害或于等待期后因意外伤害以外的原因，经医院明确诊断必须接受门急诊治疗的，对于被保险人在门急诊治疗期间发生的、实际支出的、合理且必需的门急诊医疗费用（见 8.30），我们按本主险合同的约定给付一般门急诊医疗费用保险金。

**对于属于本主险合同第 2.2.4 条“特殊门诊医疗费用保险金”、第 2.2.5 条“特殊项目治疗医疗费用保险金”保险责任范围内的医疗费用，均不属于本项一般门急诊医疗费用保险金的给付范围。**

### 2.3 补偿原则、赔付限额及比例

- (一) 本主险合同适用医疗费用补偿原则。若被保险人已从基本医疗保险、公费医疗、城乡居民大病保险和其他途径获得医疗费用补偿，**则我们仅对被保险人实际发生的、合理且必需的符合本主险合同保险责任范围内的费用，扣除其所获医疗费用补偿和免赔额后的余额，按本主险合同的约定进行给付。基本医疗保险个人账户部分支出视为个人支付，不属于已获得的医疗费用补偿。**
- (二) 在本主险合同保险期间内，对于本主险合同的各项保险责任，被保险人不论一次或多次进行治疗，我们均按上述约定给付保险金。**但各项**

保险金保险责任的累计赔付金额以不超过各对应项的保险金赔付限额为限，各项保险金保险责任的累计赔付金额达到其对应项的年度赔付限额时，我们对被保险人的该项保险责任终止。

各项保险金保险责任的累计赔付日、次数以不超过各对应项的保险金最高赔付日、次数为限，各项保险金保险责任的累计赔付日、次数达到其对应项年度最高赔付日、次数时，我们对被保险人的该项保险责任终止。

- (三) 在本主险合同保险期间内，累计给付的保险金以本主险合同约定的年度累计赔付总限额为限，累计给付的保险金达到本主险合同约定的年度累计赔付总限额时，本公司对该被保险人的各项保险责任均终止。
- (四) 对于发生在美国地区的、属于本主险合同保险责任范围内的医疗费用，我们按照附表保障计划中赔付比例的约定进行给付。
- (五) 若被保险人以参加基本医疗保险、公费医疗身份投保，但在保险事故发生时未以参加基本医疗保险、公费医疗身份就诊并结算，本主险合同约定的医疗费用赔付比例为 50%。

## 2.4 预授权

被保险人拟接受下列医疗项目前，应于检查或治疗前至少 2 天通过服务热线或其他指定渠道向我们提出预授权申请，并提供门急诊病历、住院或检查书面通知、检查报告以及既往的相关住院凭证等材料：

- (1) 单价大于人民币 5000 元的单项检查，每剂大于人民币 5000 元的药品；
- (2) 所有住院及日间病房治疗；
- (3) 需全身麻醉的门诊手术；
- (4) 首次化学疗法、放射疗法、肿瘤免疫疗法、肿瘤内分泌疗法、肿瘤靶向疗法的治疗；
- (5) 出院后的家庭护理；
- (6) 康复治疗；
- (7) 临终关怀；
- (8) 肾衰血液透析和腹膜透析治疗；
- (9) 购买或租用符合本主险合同约定的耐用医疗设备；
- (10) 紧急救援；
- (11) 保障区域之外的紧急救援相关医疗；
- (12) 意外牙科门急诊治疗。

紧急情况下，如被保险人未能事先申请预授权的，被保险人需在开始接受上述医疗项目后 48 小时之内通知我们。

被保险人在进行上述治疗前，若未事先申请预授权或紧急情况下未能在规定时间内通知我们的，对于被保险人发生的合理且必需的医疗费用，我们对于符合本主险合同保险责任范围内的费用，按照本主险合同约定的赔付比例、费用限额、最高赔付日数及最高赔付次数等计算得出的金额，再乘以 50% 的比例给付保险金。

## 2.5 责任免除

发生下列情形之一导致被保险人发生任何费用的，我们不承担给付保险金的责任，且该次从其他途径已获得的医疗费用补偿不可用于抵扣免赔额。

- (一) 投保人对被保险人的故意杀害、故意伤害；
- (二) 被保险人故意自伤、故意犯罪、抗拒依法采取的刑事强制措施或自杀，但被保险人自杀时为无民事行为能力人的除外；



- (三) 被保险人斗殴，酗酒，服用、吸食或注射毒品（见 8.31）；
- (四) 被保险人酒后驾驶（见 8.32），无合法有效驾驶证驾驶（见 8.33），或驾驶无合法有效行驶证（见 8.34）的机动车（见 8.35）；
- (五) 被保险人感染艾滋病病毒或患艾滋病（见 8.36），因职业关系导致感染艾滋病病毒或患艾滋病（见 8.37）不受此条限制；
- (六) 被保险人未遵医嘱，私自服用、涂用、注射药物；
- (七) 被保险人从事潜水（见 8.38）、跳伞、攀岩（见 8.39）、蹦极、驾驶滑翔机或滑翔伞、探险（见 8.40）、摔跤、武术比赛（见 8.41）、特技表演（见 8.42）、赛马、赛车等高风险运动；
- (八) 战争、军事冲突、暴乱或武装叛乱；
- (九) 核爆炸、核辐射或核污染；
- (十) 本主险合同生效时未如实告知的现患疾病或既往症（见 8.43），及本主险合同特别约定除外的疾病和治疗；
- (十一) 不孕不育治疗、人工受精、怀孕、分娩（含难产）、流产、堕胎、节育（含绝育）、代孕、产前产后检查、生育咨询、变性以及由以上原因引起的并发症；
- (十二) 本主险合同约定的医院以外的其他医疗机构产生的医疗费用；
- (十三) 一般健康检查、预防性治疗、保健性治疗、心理治疗、康复治疗（符合本主险合同第 2.2.2 条“一般住院医疗费用保险金”中的“家庭护理和康复治疗费用”不受此条限制）、物理治疗（符合本主险合同第 2.2.2 条“一般住院医疗费用保险金”中的“物理治疗费用”不受此条限制）或以捐献身体器官为目的的医疗行为；
- (十四) 性病、精神疾患（见 8.44，符合本主险合同第 2.2.5 条“特殊项目治疗医疗费用保险金”中的“精神疾病医疗费用”不受此条限制）、遗传性疾病（见 8.45）、先天性畸形、变形或染色体异常（见 8.46）、职业病（见 8.47）；
- (十五) 疗养、视力矫正手术、美容、减肥、非意外事故所致整容手术、变性手术、健美治疗、矫形（符合本主险合同第 2.2.5 条“特殊项目治疗医疗费用保险金”中的“矫形改造手术费用”不受此条限制）；
- (十六) 包皮环切术、包皮气囊扩张术、性功能障碍治疗；
- (十七) 牙科保健与牙科疾病的治疗、口腔科保健与口腔科疾病的治疗，种植牙、修复、整形、嵌体、正畸治疗、贴面、美白牙齿，以美容为目的的牙齿处理（符合本主险合同第 2.2.7 条“一般门急诊医疗费用保险金”中的“意外牙科门急诊医疗费用”，不受此条限制）；
- (十八) 器官移植或器官捐献过程中发生的费用，包括如下情形：
  - (1) 使用机械性人工器官、或动物器官（在等待移植过程中为维持身体机能而临时使用的机械设备不受此条限制）；
  - (2) 寻找、购买、运输、贮存器官源或组织源；
  - (3) 针对未来可能出现的疾病而预先保存干细胞。
- (十九) 各种康复治疗器械、假体、义肢、轮椅、自用的按摩保健和治疗用品、所有非处方医疗器械的购买、租赁和置换等费用（符合本主险合同第 2.2.5 条“特殊项目治疗医疗费用保险金”中的“耐用医疗设备费用”，不受此条限制）；
- (二十) 被保险人接受实验性治疗（即未经科学或医学认可的治疗），或接受未被治疗所在地权威部门批准的治疗；未经医生建议自行进行的任何治疗或未经医生处方自行购买的药品；未获得治疗所在地政府许

可或批准的药品或药物；

- (二十一) 被保险人进行免疫接种、疫苗接种或预防接种(但狂犬疫苗除外)；
- (二十二) 因检查、麻醉、手术治疗、药物治疗而导致的医疗意外，或医疗事故所产生的医疗费用；
- (二十三) 接受各类医疗鉴定，包括但不限于医疗事故鉴定、精神病鉴定、孕妇胎儿性别鉴定、验伤鉴定、亲子鉴定、遗传基因鉴定费用；
- (二十四) 冒名住院、被保险人未到达医院就诊即代诊、不符合入院标准、挂床住院或住院病人应当出院而拒不出院(从医院确定出院之日起发生的一切医疗费用)；
- (二十五) 虽然有医生处方，但剂量超过 30 天部分的药品费用；
- (二十六) 精神和行为障碍治疗、医疗咨询和健康预测：如健康咨询、睡眠咨询、营养咨询、性咨询、心理咨询(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)(见 8.52)确定的精神和行为障碍以外的一般心理问题，如职场问题、家庭问题、婚恋问题、个人发展、情绪管理等)；
- (二十七) 治疗肥胖或其并发症，包括但不仅限减肥课程、减肥指导或药物减肥。但当被保险人符合如下全部情况时，我们将支付胃束带或胃旁路外科手术费用：
  - (1) 体重指数(BMI)达到 40 或以上并被诊断为病态肥胖；
  - (2) 能够提供文件证明：过去 24 个月内已经尝试过其他减肥方法；
  - (3) 在外科手术前已经历了心理评估，并确认被保险人适宜进行这样的外科手术。

除上述责任免除外，本主险合同中还有一些免除本公司责任的条款，详见“2.1 保障计划”、“2.2 保险责任”、“2.3 补偿原则、赔付限额及比例”、“2.4 预授权”、“8 释义”中以粗斜形式显示的内容。

## 3 我们提供的健康管理服务

- 3.1 健康管理服务
- 在本主险合同有效期内，我们为被保险人提供如下健康管理服务，包括：
- 1、就医服务：
    - (1) 一年一次门诊及住院绿通；
    - (2) 慢性病药品配送；
    - (3) 私立医院就医药品配送。
  - 2、健康咨询：
    - (1) 视频医生；
    - (2) 海内外专家二诊意见；
    - (3) 一对一私人医生；
    - (4) 互动手环。
- 健康管理服务的详细内容及次数限制详见服务手册，您可以在投保时获取并查看服务手册。*

## 4 如何申请领取保险金

- 4.1 受益人 除另有约定外，在本主险合同各项保险金的受益人均为被保险人本人。
- 4.2 保险事故通知 您、被保险人或其监护人、保险金申请人应在知道保险事故发生之日起 10 日内通知我们。  
**如果您、被保险人或其监护人、保险金申请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，我们对无法确定的部分，不承担给付保险金的责任，**但我们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或者虽未及时通知但不影响我们确定保险事故的性质、原因、损失程度的除外。  
本主险合同各项保险金申请人包括保险金受益人或其监护人，若保险金作为被保险人遗产时保险金申请人为被保险人的继承人或继承人的监护人。
- 4.3 保险金申请
- 4.3.1 保险金申请方式 对于被保险人在直付医院（见 8.48）接受治疗发生的、保险责任范围内的医疗费用中应当由我们承担的部分，我们通过与直付医院直接结算的方式承担给付保险金责任的，不再接受向受益人直接给付该部分保险金的申请。  
**对于不属于保险责任范围内的医疗费用、超过相应费用限额的医疗费用、应当由被保险人按比例自付的医疗费用，或者应从保险金中扣减的欠交保费等应由被保险人自行承担但该医院未向其收取的，在接到我们通知后 10 日内，被保险人应当将上述相应款项退还我们，未退还期间我们有权中止医疗费用直接结算服务。您未退还上述相应款项的，我们有权不再接受您的重新投保申请。**
- 其他情形，保险金申请人可根据本主险合同约定向我们申请保险金。
- 4.3.2 保险金申请 一、在申请保险金时，请按照下列方式办理：  
由保险金申请人填写理赔申请书，并须提供下列证明和资料：  
(一) 保险合同；  
(二) 保险金申请人的有效身份证件（见 8.49），当保险金申请人为监护人时，还须提供能够证明监护关系的证明文件；  
(三) 被保险人的门急诊医疗手册或病历、门诊处方、诊断书、出院小结或住院病历、病理检查、化验检查、医疗费用原始收据或医疗保险分割单、医疗费用明细表及处方，医院出具的被保险人的医疗费用收据或者发票；  
(四) 若被保险人已从其他途径获得了医疗费用补偿，则须提供从其他途径报销的凭证；  
(五) 被保险人的出入境记录、签证、交通工具和住宿预定证明等中华人民共和国大陆境外居住和短期旅行证明；  
(六) 所能提供的与确认保险事故性质、原因等有关的其他证明和资料。
- 二、保险金作为被保险人遗产时，必须提供可证明合法继承权的相关文件。  
三、如果保险金申请人委托他人代为申请，则除上述证明和资料外，受托人还应提供授权委托书、委托人和受托人的有效身份证件等相关证明文件。

- 四、以上各项理赔申请所需证明和资料不完整的，我们将及时一次性书面通知保险金申请人补充提供有关的证明和资料。
- 五、对于非直接结算保险金，我们将按照支付保险费的币种赔付保险金。如果发生的医疗费用的币种和本公司应赔付的币种不同，本公司将按医疗费用清单中最早账单日期对应的中华人民共和国国家外汇管理局公布的汇率中间价换算成应赔付的币种后，计算并支付保险金。

- 4.4 保险金的给付
- 一、我们在收到保险金申请人的理赔申请书及有关证明和资料后，将在 5 日内作出核定；情况复杂的，在 30 日内作出核定。对属于保险责任的，我们在与保险金申请人达成给付保险金的协议后 10 日内，履行给付保险金义务。
- 二、我们未及时履行前款规定义务的，对属于保险责任的，除支付保险金外，应当赔偿保险金申请人因此受到的损失，其中利息损失按照我们确定的利率按单利计算，且我们确定的利率不低于当时中国人民银行公布的金融机构人民币活期存款基准利率。
- 三、对不属于保险责任的，我们自作出核定之日起 3 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。
- 四、我们在收到理赔申请书及有关证明和资料之日起 60 日内，对给付保险金的数额不能确定的，根据已有证明和资料可以确定的数额先予支付；我们最终确定给付保险金的数额后，将支付相应的差额。
- 4.5 诉讼时效
- 保险金申请人向我们申请给付保险金的诉讼时效期间为 2 年，自其知道或者应当知道保险事故发生之日起计算。

## 5 如何交纳保险费

---

- 5.1 保险费的交纳 您应当按照本主险合同的约定向我们一次性交纳保险费。

## 6 如何解除保险合同

---

- 6.1 您解除合同的手续及风险
- 一、您可以书面通知要求解除本主险合同，并向我们提供下列证明和资料：
- (一) 保险合同；
  - (二) 解除合同的申请书；
  - (三) 您的有效身份证件。
- 二、自我们收到解除合同的申请书时起，本主险合同终止。若本主险合同在保险期间内尚未发生保险金赔付，则我们在收到上述证明和资料之日起 30 日内向您退还本主险合同的现金价值（见 8.50）；若本主险合同在保险期间内已发生保险金赔付，则我们不退还现金价值。
- 三、**您解除本主险合同会遭受一定损失。**

## 7 其他需要关注的事项

---

- 7.1 明确说明与如实 一、订立本主险合同时，我们应向您说明本主险合同的内容。

## 告知

二、对保险条款中免除我们责任的条款，我们在订立本主险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您注意的提示，并对该条款的内容以书面或者口头形式向您作出明确说明，未作提示或者明确说明的，该条款不产生效力。

三、我们就您和被保险人的有关情况提出询问，您应当如实告知。

**四、如果您故意或者因重大过失未履行前款规定的如实告知义务，足以影响我们决定是否同意承保或者提高保险费率的，我们有权解除本主险合同。**

**五、如果您故意不履行如实告知义务，对于本主险合同解除前发生的保险事故，我们不承担给付保险金的责任，并不退还保险费。**

**六、如果您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，对于本主险合同解除前发生的保险事故，我们不承担给付保险金的责任，但应当退还保险费（无息）。**

七、我们在本主险合同订立时已经知道您未如实告知的情况的，我们不得解除本主险合同；发生保险事故的，我们承担给付保险金的责任。

- 7.2 **我们合同解除权的限制** 前条规定的合同解除权，自我们知道有解除事由之日起，超过 30 日不行使而消灭。
- 7.3 **年龄错误** 您在申请投保时，应将与有效身份证件相符的被保险人的出生日期在投保书上填明，如果发生错误按照下列方式办理：  
**（一）您申报的被保险人年龄不真实，并且其真实年龄不符合本主险合同约定投保年龄限制的，我们有权解除本主险合同。我们行使合同解除权适用“我们合同解除权的限制”的规定。对于解除合同的，我们向您退还本主险合同的现金价值；**  
**（二）您申报的被保险人年龄不真实，致使您支付的保险费少于应交保险费的，我们有权更正并要求您补交保险费。若已经发生保险事故，在给付保险金时按实交保险费和应交保险费的比例给付。**  
**（三）您申报的被保险人年龄不真实，致使您支付的保险费多于应交保险费的，我们会将多收的保险费无息退还给您。**
- 7.4 **合同内容变更** 在本主险合同有效期内，经您与我们协商一致，可以变更本主险合同的有关内容。变更本主险合同的，由我们对保险合同批注或者附贴批单，或者由您与我们订立书面的变更协议。
- 7.5 **联系方式变更** 为了保障您的合法权益，您的住所、通讯地址或电话等联系方式变更时，请及时以书面形式或双方认可的其他形式通知我们。若您未以书面形式或双方认可的其他形式通知我们，我们按本主险合同载明的最后住所或联系地址发送的有关通知，均视为已送达给您。
- 7.6 **效力终止** 发生下列情况之一时，本主险合同效力终止：  
**（一）您申请解除本主险合同；**  
**（二）被保险人身故；**  
**（三）本主险合同有效期届满；**  
**（四）其他导致本主险合同效力终止的情形。**

7.7 争议处理 本主险合同履行过程中，双方发生争议不能协商解决的，依法向具有管辖权的人民法院提起诉讼。

## 8 释义

- 8.1 中华人民共和国大陆境内 指中国大陆地区，不含台湾、香港、澳门地区。
- 8.2 共同投保 指您在同一次投保行为中，申请为两名或两名以上家庭成员作为被保险人投保本产品，经我们审核同意承保并按投保时对应的费率收取保险费。
- 8.3 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。
- 8.4 中华人民共和国大陆境外 指除中国大陆以外的国家和地区，包括台湾、香港、澳门地区。
- 8.5 医院 指符合下列条件的医疗机构：  
(1) 在该医疗机构所在地合法注册或登记，且具备有效行医资质或经营执照；  
(2) 必须具有符合所在地有关医院管理规则设置标准的医疗设备；  
(3) 以直接诊治病人为目的；  
(4) 有所在地区合法注册的医生和护士（以下简称合法医护人员）常驻执业。若该医疗机构为医院，则应由合法医护人员提供全日 24 小时的医疗和护理服务；若该医疗机构为诊所，则应在正常营业时间内由合法医护人员提供医疗和护理服务。  
**上述医院均不包括康复、休养、戒毒、戒酒、护理、养老等非以直接诊治病人为目的的医疗机构。**
- 8.6 基本医疗保险 指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。
- 8.7 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人员提供制度规定范围内的免费医疗及预防服务。
- 8.8 城乡居民大病保险 城乡居民大病保险是基本医疗保障制度的拓展和延伸，是对大病患者发生的高额医疗费用给予进一步保障的制度性安排。
- 8.9 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伤害的客观事件并以此客观事件为直接且单独原因导致身体蒙受伤害或身故。
- 8.10 日间病房 指下列两种情况之一：  
(1) 有入住日间病房收入院的正式手续，被保险人在医院专设的日间病房部进行护理并使用床位但不过夜；

(2) 由于使用专科医疗设施的治疗部门在治疗过程中需要持续监控，被保险人需占用医院病床但不过夜，如肾透析、高压氧治疗等。在美国发生的日间病房护理也包含专科医生在外科手术中进行的术中监护。

#### 8.11 合理且必需

指合理的、符合通常惯例且医疗必需的医疗费用。

符合通常惯例指被保险人接受的医疗服务满足以下条件：

- (1) 该服务满足医疗需要而且根据治疗当地通行治疗规范、采用了通行治疗方法；
- (2) 医疗费用没有超过当地对类似情形治疗的常规费用，类似情形是指在同一地区、对相同性别、近似年龄的人所患的同类疾病或身体伤害实施的类似治疗或服务。

医疗必需指针对意外伤害或疾病本身的医疗服务及医疗费用满足以下条件：

- (1) 治疗意外伤害或疾病合适且必须的、有医生处方的项目；
- (2) 非试验性的、非研究性的项目；
- (3) 不超过安全、足量治疗原则的项目；
- (4) 与接受治疗当地普遍接受的医疗专业实践标准一致；
- (5) 接受的医疗服务范围是合适的而且经济有效的。

对是否合理且医疗必需由我们根据客观、审慎、合理的原则进行核定，若被保险人对核定结果有不同意见，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，**但我们不承担因此产生的审核鉴定费用。**

#### 8.12 住院医疗费用

指被保险人住院期间发生的医疗费用，包括：

##### 1、床位费

指被保险人在住院期间发生的不超过标准单人病房标准的费用。**不包括重症监护室床位、套房、家庭病房。**标准单人病房指每一病房设一张病床加独立卫生间的单人病房，**若某一医院的病房拥有两种或两种以上符合上述定义的病房，则应按其中最低收费标准的病房计算床位费。若被保险人住院的病房的级别高于标准单人病房的级别，则床位费以标准单人病房的收费标准为最高限额。**

##### 2、膳食费

指根据医生的医嘱且由医院内设的专门为住院病人配餐的食堂配送的并符合通常惯例的膳食费用。膳食费应包含在医疗账单内。

**膳食费不包括：**

- (1) **所住医院外其他营利性餐饮服务机构提供的餐饮费用；**
- (2) **不是根据医嘱配送的、在医院对外营业的餐厅或者食堂的餐饮费用；**
- (3) **不在医院开具的医疗费用清单上的餐饮费用。**

##### 3、重症监护室床位费

指住院期间出于**医学必需**被保险人需在重症监护室进行合理且必需的医疗而产生的床位费。

重症监护室指配有中心监护台、心电监护仪及其他监护抢救设施，相对封闭管理，符合重症监护病房（ICU）、冠心病重症监护病房（CCU）标准的单人或者多人监护病房。

**医学必需**，指被保险人接受治疗或服务、使用医疗器械或服用药品符合以下全部条件：

- (1) 医师处方要求且对治疗被保险人疾病或伤害合适且必需；
- (2) 在范围、持续期、强度、护理上不超过为被保险人提供安全、恰当、合适的诊断或治疗所需的水平；
- (3) 与接受治疗当地普遍接受的医疗专业实践标准一致；
- (4) 非主要为了个人舒适或为了被保险人父母、家庭、医师或其他医疗提供方的方便；
- (5) 非病人学术教育或职业培训的一部分或与之相关；
- (6) 非试验性或研究性。

#### 4、陪床费

指被保险人在住院治疗期间，我们根据本主险合同约定给付其陪护人（限1人）在医院留宿发生的陪护床位费；或者女性被保险人在住院治疗期间，我们根据本主险合同约定给付其1周岁以下哺乳期婴儿在医院留宿发生的加床费。

#### 5、手术费

指住院期间发生的合理且必需的治疗性手术医疗费用，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。**若因器官移植而发生手术费用，则不包括器官本身的费用和获取器官过程中的费用。**

#### 6、药品费

指实际发生的、合理且必需的、由医生开具的具有就诊地所属国家或地区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药品的费用。**但不包括：**

- (1) **非病情必须的调节免疫功能药品以及未经医生处方开具的药品；**
- (2) **美容、减肥药品；**
- (3) **预防类药品。**

#### 7、医生诊疗费

指包括外科医生、麻醉师、内科医生、专科医生的诊疗费用。

#### 8、护理费

指住院期间由该医院执业护士根据医嘱所示的护理等级提供医疗护理所发生的护理费用。

#### 9、检查检验费

指实际发生的，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合理的医疗费用，包括X光费、心电图费、B超费、脑电图费、内窥镜费、肺功能仪费、分子生化检验费和血、尿、便常规检验费等。

#### 10、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以及相关消耗品的费用，具体以就诊医院的费用项目划分为准。

#### 11、器官移植费

指经医院明确诊断，根据医学需要必须进行的、合法来源的肝脏移植、肾脏移植、心脏移植、肺脏移植或者骨髓移植而发生的手术费、辅助治疗费、检验费等住院医疗费用。**但不包括因器官供体寻找、获取以及从供体切除、储藏、运送器官而发生的相关费用。**

#### 12、物理治疗、中医理疗及其他特殊疗法费用

物理治疗，指应用人工物理因子（如光、电、磁、声等）来治疗疾病，具体疗法包括电疗、光疗、磁疗、热疗等；

中医理疗，指以治疗疾病为目的，被保险人接受由具有相应资格的医生实



施的针灸治疗、推拿治疗、拔罐治疗或刮痧治疗等；

其他特殊疗法包括顺势治疗、职业疗法及语音治疗（包括为治疗吞咽障碍由语言治疗师实施的电子喉镜检查所发生的合理且必需的费用）。

### 13、家庭护理和康复治疗费用

家庭护理费用，指根据医生建议，接受住院治疗的被保险人出院后必须立即在家中接受由专业护士提供的与住院治疗的病症直接相关的护理而发生的护理费用包括康复保健、家庭健康指导等卫生咨询服务，以及换药、导尿、测血压、输液、注射、压力性溃疡护理、鼻饲、造瘘等可在居家环境下实施的临床护理技术服务而发生的相关医疗费用。**若提供家庭护理的人员与被保险人在同一居所居住，或为被保险人的家庭成员，则我们不承担家庭护理相关费用。**

康复治疗费用，指被保险人在本主险合同保险期间内，因与前一次住院相同的原因再次住院治疗，接受由专科医生进行的康复功能评估、确定康复目标、制定康复计划、实施治疗方案以实现被保险人最大程度的功能康复治疗费用。

**我们承担家庭护理和康复治疗费用累计赔付日数最高以 90 日为限。**

### 14、转院救护车使用费

指住院期间以抢救生命或治疗疾病为目的，根据医生建议，被保险人需医院转诊过程中的医院用车费用。**救护车的使用权限仅限于同一城市中的医疗运送。**

8.13 实际住院日数 指被保险人入住医院住院部病房进行治疗，并正式办理入出院手续，一日二十四小时住在医院的日数，不包括挂床等不合理住院日数。挂床是指被保险人虽然办理了住院手续，但在住院过程中一日内未接受与住院诊断相关的检查和治疗，或一日内住在医院不满二十四小时的情形，遵医嘱到外院接受临时诊疗的除外。

8.14 肾透析 指根据半透膜的膜平衡原理，使用一定浓度的电解质和葡萄糖组成的透析液和血液中积累的代谢产物、水及电解质进行渗透交换，从而达到治疗终末期肾病目的的治疗方式。

8.15 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8.51）（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8.52）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-0-3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8.53）为I期或更轻分期的甲状腺癌；**

- (3) TNM分期为T<sub>1</sub>N<sub>0</sub>M<sub>0</sub>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。

**8.16 恶性肿瘤——轻度**

指恶性细胞不受控制的进行性增长和扩散，浸润和破坏周围正常组织，可以经血管、淋巴管和体腔扩散转移到身体其他部位，病灶经组织病理学检查（涵盖骨髓病理学检查）结果明确诊断，临床诊断属于世界卫生组织（WHO, World Health Organization）《疾病和有关健康问题的国际统计分类》第十次修订版（ICD-10）的恶性肿瘤类别及《国际疾病分类肿瘤学专辑》第三版（ICD-O-3）的肿瘤形态学编码属于3、6、9（恶性肿瘤）范畴，但不在“恶性肿瘤——重度”保障范围的疾病。且特指下列六项之一：

- (1) TNM分期为I期的甲状腺癌；
- (2) TNM分期为T<sub>1</sub>N<sub>0</sub>M<sub>0</sub>期的前列腺癌；
- (3) 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；
- (4) 相当于Binet分期方案A期程度的慢性淋巴细胞白血病；
- (5) 相当于Ann Arbor分期方案I期程度的何杰金氏病；
- (6) 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%）的神经内分泌肿瘤。

下列疾病不属于“恶性肿瘤——轻度”，不在保障范围内：

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（原位瘤和非侵袭性癌）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。

**8.17 化学疗法**

指对于恶性肿瘤的化学疗法。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。本主险合同所指的化疗为被保险人根据医嘱，在医院进行的化疗。化学疗法需符合法律、法规要求并经过就诊地所属国家或地区药品监督管理部门批准用于临床治疗。

**8.18 放射疗法**

指对于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。本主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。放射疗法需符合法律、法规要求并经过就诊地所属国家或地区药品监督管理部门批准用于临床治疗。

**8.19 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。本主险合同所指的肿瘤免疫疗法使用的药物需符合法律、法规要求并经过就诊地所属国家或地区药品监督管理部门批准用于临床治疗。

- 8.20 **肿瘤内分泌疗法** 指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。本主险合同所指的内分泌疗法使用的药物需符合法律、法规要求并经过就诊地所属国家或地区药品监督管理部门批准用于临床治疗。
- 8.21 **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。本主险合同所指的靶向疗法使用的药物需符合法律、法规要求并经过就诊地所属国家或地区药品监督管理部门批准用于临床治疗。
- 8.22 **符合通常惯例水平的费用** 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我们理赔人员根据客观、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，**但我们不承担因此产生的审核鉴定费用。**
- 8.23 **疾病终末期状态** 指经医院医生诊断确定已发展到末期的严重疾病，并经医院医生认定所患疾病依现在医疗技术无法治愈，且根据医学及临床经验病人患该病后的平均存活期在6个月及以下。
- 8.24 **临终关怀机构** 指满足以下条件的机构：  
(1) 取得政府相关部门批准；  
(2) 二十四小时提供服务；  
(3) 有医生直接管理和监控；  
(4) 有注册护士指挥、协调护理服务；  
(5) 被批准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。
- 8.25 **精神疾病** 指被保险人经当地合法注册的精神专科医疗机构或设有精神病科室的医疗机构确诊罹患《疾病和有关健康问题的国际统计分类》第十次修订版（ICD-10）所列精神疾病。包括但不限于对抑郁症、躁狂症、贪食症、厌食、注意缺陷症和注意缺陷多动障碍的治疗。**但不包括酒精戒断治疗、智能测试、教育测试、婚姻和家庭心理咨询。**其中：  
**注意缺陷症**，指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。  
**注意缺陷多动障碍**，指一种常见的儿童精神障碍，主要表现为注意力涣散、活动过多和冲动任性等问题或伴有其他相关精神障碍，但只有当这些表现超出了儿童年龄和发育的正常范围才能诊断为注意缺陷多动障碍。
- 8.26 **日常居住地** 指被保险人最后确定的位于中华人民共和国大陆境内的居住城市。

- 8.27 **紧急医疗运送或送返费用** 在下列条件同时满足时，我们承担紧急医疗运送或送返费用：
- (1) 属于紧急医疗；
  - (2) 被保险人得不到及时治疗将导致身故或者严重伤害的；
  - (3) 被保险人在保险事故发生地不能获得适当治疗；
  - (4) 被保险人或者其代表人应联系我们或者我们授权的救援机构；
  - (5) 根据被保险人的病情或者伤势，由我们或者我们授权的救援机构审核许可、决定运送的目的地和医疗机构；
  - (6) 由我们或者我们授权的救援机构负责安排最合适的交通工具运送被保险人至离被保险人事故发生地最近且能够提供所需服务的医疗机构；
  - (7) 在被保险人接受我们授权的救援机构提供的紧急医疗转送并住院和初步治疗后，经授权的救援机构的医生从医疗角度判断需运送回被保险人的日常居住地，救援机构将把被保险人转运至被保险人的日常居住地。
- 我们不承担因到达我们或者我们授权的救援机构决定的目的地和医疗机构之外其他目的地和医疗机构而发生的运送或送返费用。**
- 8.28 **陪同人员住宿及交通费用** 我们承担紧急医疗运送或送返过程中陪同被保险人的一位陪同人员（必须由被保险人在运送或送返前指定，在被保险人因紧急状况不能在运送或送返前指定时，须经被保险人追认同意）的住宿及交通费用。
- 我们承担陪同人员陪同被保险人就诊所发生的住宿费用的前提是被保险人满足下列条件之一：
- (1) 运送或送返前我们或者我们授权的救援机构判断认为被保险人处于生命危急的状态中；
  - (2) 运送至医疗机构后被保险人发生不少于 7 日的住院；
  - (3) 最终导致被保险人身故的住院。
- 被保险人上述三个条件均不符合的，我们不承担陪同人员陪同被保险人就诊所发生的住宿费用。陪同人员每日住宿费用以人民币 800 元为限，累计赔付日数最高以 12 日为限。**
- 陪同人员的交通费用给付标准按照中华人民共和国民航经济舱标准执行，**我们承担陪同人员的交通费用累计以人民币 5000 元为限。**
- 8.29 **身故遗体/骨灰运返或安葬费用** 若被保险人在国籍国以外的国家或地区因遭受意外伤害或突发急性病身故的，根据被保险人的遗愿或其直系亲属的意愿，我们将通过医疗服务供应商安排并承担运送被保险人的遗体或骨灰返回至国籍国的费用（不包含国籍国国内不同地区间的遗体或骨灰运送费用），或承担被保险人在身故地就地埋葬、火葬的费用（但不包括购买骨灰盒、灵柩、鲜花、花圈、墓地及举行任何仪式等费用）。
- 我们承担被保险人的身故遗体/骨灰运返或安葬费累计以人民币 160000 元为限。**
- 8.30 **门急诊医疗费用** 指被保险人门急诊期间发生的医疗费用，包括：
- 1、意外牙科门急诊医疗费用
- 指被保险人因遭受意外伤害导致牙齿损伤（见 8.54），**且在意外伤害发生之日起 14 日内**，在医院牙科门急诊对健康自体牙（见 8.55）进行合理且必需的紧急治疗，包括清创、止血、止痛、拔残根的门急诊医疗费用。
- 意外牙科门诊治疗不包括：**

**(1) 牙科例行检查和牙病的诊治;**

**(2) 任何种植牙、牙桥、冠修复体、义齿的修补与更换、正畸治疗以及以美容整形为目的的牙科治疗。**

**我们承担被保险人的意外牙科门急诊医疗费用累计以人民币 40000 元为限。**

## 2、医生诊疗费

指门急诊治疗期间发生的主诊医生或会诊医生的劳务费用，包括挂号费。

## 3、检查检验费

指实际发生的，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合理的医疗费用，包括 X 光费、心电图费、B 超费、脑电图费、内窥镜费、肺功能仪费、分子生化检验费和血、尿、便常规检验费等。

## 4、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以及相关消耗品的费用，具体以就诊医院的费用项目划分为准。

## 5、药品费

指实际发生的、合理且必需的、由医生处方开具的具有就诊地所属国家或地区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费用。**但不包括：**

**(1) 非病情必须的调节免疫功能药品以及未经医生处方开具的药品；**

**(2) 美容、减肥药品；**

**(3) 预防类药品。**

## 6、理疗费

指由具有相应资格的医生进行物理治疗、职业疗法、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）等所发生的合理且必需的费用。

**我们承担被保险人的理疗费累计以人民币 4000 元为限。**

## 7、顺势疗法费

指在门急诊治疗期间，由具有相应资格的医生进行的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。

**我们承担被保险人的顺势疗法费累计以人民币 4000 元为限。**

## 8、中医治疗费

指被保险人在医院进行中医门急诊治疗期间，由注册中医医生处方开具的中草药费用以及中医门急诊的针灸治疗费、诊疗费、治疗费、化验费与检查费。

其中，中草药指中医理论指导下应用的天然药物及其制品，包括中药材和中药饮片。**不含主要起营养滋补作用的药品。**

**我们承担被保险人的中医治疗费累计以人民币 4000 元为限。**

## 8.31 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。

## 8.32 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《中华人民共和国道路

交通安全法》的规定认定为饮酒后驾驶或醉酒后驾驶。

- 8.33 无合法有效驾驶证驾驶 指下列情形之一：  
(1) 未依法取得驾驶证资格；  
(2) 驾驶证被依法扣留期间驾驶；  
(3) 驾驶与驾驶证准驾车型不相符合的车辆；  
(4) 持未经审验或者超过有效期限的驾驶证驾驶；  
(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) 公安交通管理部门认定的其他无有效驾驶证驾驶的情况。
- 8.34 无合法有效行驶证 指下列情形之一：  
(1) 机动车被依法注销登记的；  
(2) 未依法按时进行或通过机动车安全技术检验。
- 8.35 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，以交通管理部门认定为准。
- 8.36 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。  
在人体血液或其它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。
- 8.37 因职业关系导致感染艾滋病病毒或患艾滋病 被保险人在其常规职业工作过程中遭遇外伤，或职业需要处理血液或其它体液时感染上人类免疫缺陷病毒（HIV）。必须满足下列全部条件：  
(1) 感染必须是在被保险人正在从事其职业工作中发生，该职业必须属于下列限定职业范围内的职业；  
(2) 血清转化必须出现在事故发生后的 6 个月以内；  
(3) 必须提供被保险人在所报事故后发生的 5 天以内进行的检查报告，该报告必须显示被保险人血液人类免疫缺陷病毒（HIV）阴性和/或人类免疫缺陷病毒（HIV）抗体阴性；  
(4) 必须在事故发生后的 12 个月内证实被保险人体内存在人类免疫缺陷病毒（HIV）或人类免疫缺陷病毒（HIV）抗体。  
限定职业：  
医生和牙科医生、护士、医院化验室工作人员、医院护工、医生助理和牙医助理、救护车工作人员、助产士、消防队员、警察、狱警。  
**在任何治愈艾滋病或阻止人类免疫缺陷病毒病毒作用的疗法被发现以后，或能防止艾滋病发生的医疗方法被研究出来以后，本保障将不再予以赔付。**  
**任何因其他传播方式（包括：性传播或静脉注射毒品）导致的人类免疫缺陷病毒感染不在保障范围内。**  
我们拥有获得使用被保险人的血液样本的权利和能够对这些样本进行独立检验的权利。
- 8.38 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。

- 8.39 **攀岩** 指攀登悬崖、楼宇外墙、人造悬崖、冰崖、冰山等运动。
- 8.40 **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。
- 8.41 **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。
- 8.42 **特技表演** 指进行马术、杂技、飞车、驯兽等特殊技能的表演。
- 8.43 **既往症** 指在本主险合同生效日之前被保险人已患有的且已知晓的有关疾病或症状。
- 8.44 **精神疾患** 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》第十次修订版（ICD-10）确定。
- 8.45 **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。
- 8.46 **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。
- 8.47 **职业病** 指企业、事业单位和个体经济组织的劳动者在职业活动中，因接触粉尘、放射性物质和其他有毒、有害物质等因素而引起的疾病。职业病的认定需遵循《中华人民共和国职业病防治法》中的相关规定及鉴定程序。
- 8.48 **直付医院** 指本产品可提供直接结算服务的医院，不同的保障责任可能会对应不同的直付医院，具体以我们提供的清单为准。您可以在我们的官网或官微进行查询。**我们保留对上述直付医院清单做出适当调整的权利。**
- 8.49 **有效身份证件** 指证明其身份的证件，如：居民身份证、按规定可使用的有效护照、军官证、警官证、士兵证、居民户口簿等证件。
- 8.50 **现金价值** 其计算公式为“本主险合同当个保险期间内已交保险费×（1-34%）×（1-经过天数/保险期间天数）”，经过天数不足一天的按一天计算。“经过天数”是指本主险合同从生效之日至终止之日实际经过的天数。本主险合同在成立日之后至生效日之前的，经过天数为零。
- 8.51 **组织病理学检查** 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。**

**8. 52 ICD-10 与 ICD-0-3** 《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-0-3），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-0-3 不一致的情况，以 ICD-0-3 为准。

**8. 53 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。

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

pT<sub>0</sub>：无肿瘤证据

pT<sub>1</sub>：肿瘤局限在甲状腺内，最大径≤2cm

T<sub>1a</sub>肿瘤最大径≤1cm

T<sub>1b</sub>肿瘤最大径>1cm，≤2cm

pT<sub>2</sub>：肿瘤2~4cm

pT<sub>3</sub>：肿瘤>4cm，局限于甲状腺内或大体侵犯甲状腺外带状肌

pT<sub>3a</sub>：肿瘤>4cm，局限于甲状腺内

pT<sub>3b</sub>：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

pT<sub>4</sub>：大体侵犯甲状腺外带状肌外

pT<sub>4a</sub>：侵犯喉、气管、食管、喉反神经及皮下软组织

pT<sub>4b</sub>：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

pT<sub>0</sub>：无肿瘤证据

pT<sub>1</sub>：肿瘤局限在甲状腺内，最大径≤2cm

T<sub>1a</sub>肿瘤最大径≤1cm

T<sub>1b</sub>肿瘤最大径>1cm，≤2cm

pT<sub>2</sub>：肿瘤2~4cm

pT<sub>3</sub>：肿瘤>4cm，局限于甲状腺内或大体侵犯甲状腺外带状肌

pT<sub>3a</sub>：肿瘤>4cm，局限于甲状腺内

pT<sub>3b</sub>：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

pT<sub>4</sub>：进展期病变

pT<sub>4a</sub>：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<sub>4b</sub>: 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<sub>x</sub>: 区域淋巴结无法评估

pN<sub>0</sub>: 无淋巴结转移证据

pN<sub>1</sub>: 区域淋巴结转移

pN<sub>1a</sub>: 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<sub>1b</sub>: 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

M<sub>0</sub>: 无远处转移

M<sub>1</sub>: 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。

## 8.54 牙齿损伤

指口腔受外部打击而导致健康自体牙的损伤。

8.55

健康自体牙

指咀嚼、语言等功能完全正常的牙齿、且非种植牙。但不得存在下列任何情况之一：

- (1) 龋齿或牙科填充；
- (2) 伴随牙槽骨丧失的牙龈牙周疾病；
- (3) 根管治疗。

## 附表

## 保障计划表

(单位: 人民币元)

保障区域	中国大陆	大中华	全球除美	全球
医院范围	不包含或包含昂贵医院, 由您在投保时选择确定	不包含或包含昂贵医院, 由您在投保时选择确定	不包含或包含昂贵医院, 由您在投保时选择确定	不包含或包含昂贵医院, 由您在投保时选择确定
免赔额	0元、1万元或3万元, 由您在投保时选择确定	0元、1万元或3万元, 由您在投保时选择确定	0元、1万元或3万元, 由您在投保时选择确定	0元、1万元或3万元, 由您在投保时选择确定
赔付比例	100%	100%	100%	(1) 美国地区: 直付医院 100%, 非直付医院 80%; (2) 其余地区: 100%
<b>保险责任</b>				
保险金年度累计赔付总限额	800万	1000万	1000万	1000万
<b>一般住院医疗费用保险金 (基本部分)</b>				
床位费	全额赔付	全额赔付	全额赔付	全额赔付
膳食费				
重症监护室床位费				
陪床费				
手术费				
药品费				
医生诊疗费				
护理费				
检查检验费				
治疗费				
器官移植费				
物理治疗、中医理疗及其他特殊疗法费用				
转院救护车使用费				
家庭护理和康复治疗费用	限 90 日/年	限 90 日/年	限 90 日/年	限 90 日/年

无理赔住院津贴保险金（基本部分）				
无理赔住院津贴	800 元/日，限 30 日/年	800 元/日，限 30 日/年	800 元/日，限 30 日/年	800 元/日，限 30 日/年
特殊门诊医疗费用保险金（基本部分）				
门诊肾透析费用	全额赔付	全额赔付	全额赔付	全额赔付
门诊恶性肿瘤治疗费用				
器官移植后的门诊抗排异治疗费用				
门诊手术医疗费用				
住院前后门诊急诊医疗费用				
意外门急诊医疗费用				
特殊项目治疗医疗费用保险金（基本部分）				
恶性肿瘤院外靶向治疗药品费用	全额赔付	全额赔付	全额赔付	全额赔付
耐用医疗设备费用				
临终关怀住院医疗费用	限 45 日/年	限 45 日/年	限 45 日/年	限 45 日/年
临终关怀门诊医疗费用	年限额 40000 元	年限额 40000 元	年限额 40000 元	年限额 40000 元
精神疾病住院医疗费用	年限额 50000 元	年限额 50000 元	年限额 50000 元	年限额 50000 元
精神疾病门诊医疗费用	限 800 元/次，限 10 次/年	限 800 元/次，限 10 次/年	限 800 元/次，限 10 次/年	限 800 元/次，限 10 次/年
矫形改造手术费用	全额赔付	全额赔付	全额赔付	全额赔付
紧急救援保险金（基本部分）				
紧急医疗运送或送返费用	全额赔付	全额赔付	全额赔付	全额赔付
陪同人员住宿及交通费用	(1) 住宿费用：限 800 元/日，限 12 日/年；(2) 交通费用：年限额 5000 元	(1) 住宿费用：限 800 元/日，限 12 日/年；(2) 交通费用：年限额 5000 元	(1) 住宿费用：限 800 元/日，限 12 日/年；(2) 交通费用：年限额 5000 元	(1) 住宿费用：限 800 元/日，限 12 日/年；(2) 交通费用：年限额 5000 元

身故遗体/ 骨灰运返或 安葬费用	年限额 160000 元	年限额 160000 元	年限额 160000 元	年限额 160000 元
<b>一般门急诊医疗费用保险金（可选部分）</b>				
意外牙科门 急诊医疗费 用	年限额 40000 元	年限额 40000 元	年限额 40000 元	年限额 40000 元
医生诊疗费	全额赔付	全额赔付	全额赔付	全额赔付
检查检验费				
治疗费				
药品费				
理疗费	年限额 4000 元	年限额 4000 元	年限额 4000 元	年限额 4000 元
顺势疗法费	年限额 4000 元	年限额 4000 元	年限额 4000 元	年限额 4000 元
中医治疗费	年限额 4000 元	年限额 4000 元	年限额 4000 元	年限额 4000 元

注：

- （1）若您选择投保一般门急诊医疗费用保险金（可选）责任，则不可选择 0 元档次的免赔额；
- （2）保障计划表中的“年”，指保险单年度，即本主险合同保险期间内。