

太平财产保险有限公司

太平全球癌症医疗保险条款

总则

第一条 本保险合同（以下简称“本合同”）由保险条款、投保单、承保项目表、与本合同有关的其他投保文件、保险单或其他保险凭证、批单等组成。凡涉及本合同的约定，均采用书面形式。

第二条 具有完全民事行为能力的被保险人本人、对被保险人有保险利益的其他人可作为本合同的投保人。

第三条 保险对象：在中华人民共和国境内居住的所有国籍人士均可作为本保险合同的被保险人。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的工作签证或拥有中华人民共和国境内居留证或长期居住权，并提供中华人民共和国境内固定居住地址。被保险人的家庭成员若满足上述条件，可以作为连带被保险人参保本保险。

（一）主被保险人

凡投保时年龄在十九至五十九周岁（连续参加本保险的，续保时最高年龄可放宽至七十五周岁），居住地在中华人民共和国，能正常工作或生活的自然人，经保险人同意，均可作为本合同的主被保险人。

（二）连带被保险人

经保险人同意，并在保险合同中约定，被保险人的以下家属可作为本合同的连带被保险人：

配偶：凡投保时年龄在十九至五十九周岁（连续参加本保险的，续保时最高年龄可放宽至七十五周岁），居住地在中华人民共和国，身体健康、能正常工作或正常生活的主被保险人的合法配偶。

子女：凡年龄在十九周岁及以下，居住地在中华人民共和国、未婚、经济上完全依赖主被保险人的主被保险人子女，或未婚、二十四周岁以下且在正规全日制大学就读的学生。子女包括主被保险人的亲生子女、合法领养子女、经济上依赖于主被保险人并与主被保险人居住和生活在一起的继子继女。

经保险人审核同意并出具保险单或批单，上述人员即可获得被保资格，成为连带被保险人。

第四条 本合同默认主被保险人和连带被保险人的日常居住地 of 投保人所在地。若主被保险人或连带被保险人的日常居住地在其他国家或地区，投保人应在投保前及时以书面形式通知保险人。

如被保险人的日常居住地非投保人所在地，保险人有权提高保险费率或增加限制条件承保。

在被保险人离开其日常居住地的期间仍可以享受保障。但若被保险人长期离开其日常居住地，保险人将保留可根据被保险人新的居住地进行保费调整的权力。

第五条 主被保险人在国外全日制学校上学的子女，在投保申请时提供入学证明后经保险人同意，可以作为本保险的连带被保险人。

第六条 除另有约定外，本合同保险金的受益人为被保险人本人。

保险保障的选定

第七条 在投保时，投保人应确定选择的保障类型、产品方案和免赔额，并由保险人在保险合同中载明。连带被保险人必须与主被保险人在同一保障类型和产品方案中：

（一）保障类型：

本合同可选三种保障类型，具体如下：

- 1、单人保障：仅有主被保险人的保障；
- 2、双人保障：主、连带被保险人为合法夫妻双方，或父母一方加上一名子女的保障；
- 3、家庭保障：包含主被保险人和主被保险人之合法配偶、子女的保障。

（二）保险区域

保险人对被保险人承担保险责任的保险区域为合同列明的国家和地区。

（三）免赔额

本合同的免赔额为年度累计免赔额，具体在保险合同中载明。

（四）产品方案

本合同可选保险方案分为基础方案、中端方案和精英方案，具体在保险合同中载明。

保险责任

第八条 本合同所指癌症，为通常所述“恶性肿瘤”，系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它部位的疾病。包括白血病，**但不包括以下病症：**

- （一）非浸润性皮肤原位癌；
- （二）存在任何人体免疫缺损病毒（HIV）的情况下，所有形式的淋巴瘤；
- （三）存在任何人体免疫缺损病毒（HIV）的情况下，卡波西肉瘤；
- （四）任何类型的皮肤癌，但浸润性恶性黑色素瘤除外；

第九条 保险期间内，被保险人自获得被保资格之日起经过保险合同约定的免责期（免责期 180 天，续保时取消免责期限限制）后，由保险人认可的医疗机构（包括医院、诊所、康复护理机构）专科医生**确诊罹患本合同第八条定义的癌症，并经保险人指定的服务管理机构（以下简称“管理中心”）预授权同意后，保险人在保险金额内按第十条中项目约定赔付。**

除确诊后需申请预授权外，对于以下项目，被保险人需要在进行之前再次获得管理中心就该项目进行的单独预授权：

- （一）专业护理职责；
- （二）家庭护理；
- （三）特殊治疗（假体、植入物、矫形装置、耐用医疗设备，放、化疗，高度专业化药物）；
- （四）空中救护和紧急疏散。

未获得有效预授权许可回复但被保险人接受治疗的，被保险人应在保险责任范围内承担 40% 的自付比例。

首次投保本保险或非连续投保本保险时，被保险人自保险期间开始之日起免责期内，由保险人认可的医疗机构专科医生确诊罹患本合同第八条定义的癌症，保险人对投保人无息返还该被保险人对应的所交保险费，同时对该被保险人的保险责任终止。

第十条 对于以下项目所产生的费用，保险人承担保险责任：

（一）住院医疗保险责任

被保险人经保险人认可的医疗机构专科医生确诊罹患本保险合同定义的癌症而必须住院治疗的，对由此发生的、符合通常惯例水平的下列费用，保险人承担住院医疗费给付责任。

1、住院护理保障

保险人根据医嘱或认为医学上必要的住院护理进行下列项目赔付：

- 1.1 膳宿费用；
- 1.2 重症监护病房及监护服务费用。

2、住院辅助医疗保障

保险人对被保险人住院期间根据医嘱或认为医学上必要的诊断和治疗，进行下列项目赔付：

- 2.1 手术室、恢复室的使用费用；
- 2.2 所有列入中国、美国药典或住院治疗所在国家处方集的药品费用；
- 2.3 输血、血浆、血浆膨胀剂和所有相关的测试、组件、设备和服务费用；
- 2.4 外科包扎用品及外科包扎医疗费用；
- 2.5 化验费用；
- 2.6 耐用医疗设备使用费用；
- 2.7 X光检查费用；
- 2.8 由放射科医师为已确证的恶性肿瘤或肿瘤性疾病进行的放射治疗费用；
- 2.9 由医生或注册呼吸治疗师进行的呼吸治疗费用；
- 2.10 由医师进行的化疗，或由护士在医生的指导下进行的化疗费用；
- 2.11 主治医师书面治疗计划中明确包含的物理及职业治疗费用，并满足以下条件：
 - 2.11.1 在合理和可预见的时间内明显改善被保险人的情况；
 - 2.11.2 治疗需符合医学必要；
 - 2.11.3 必须由医生或注册的物理或职业治疗师安全、有效地执行，或有必要建立有效的维持疗法。但维持疗法本身发生的费用不予赔付。

3、手术相关保障

3.1 外科手术服务费用

外科手术服务包括手术和切割程序、骨折与脱位的治疗费用，以及医学上必要的手术师、助理手术师费用。

3.2 麻醉服务费用

外科手术前根据治疗要求进行麻醉的麻醉师的费用，不包括外科医生及其助理的费用。

4、医师服务保障

4.1 被保险人在保险人认可的医疗机构或者经管理中心批准的康复护理机构治疗期间，保险人承担一名医师每天的诊疗费用。

4.2 根据医嘱或保险人认为根据医学上的必要的诊断和治疗，被保险人确定需要不同专科医生的，可以在同一天选择不同的医师进行一次以上的诊疗，保险人根据单独的病历分别支付医师服务保障费用，但保险人会要求提交相关服务的医疗必要性的记录和其他文件。

5、住院康复保障

被保险人出现下列情况之一的，保险人对被保险人膳宿费、病房费或床位费进行赔付：

5.1. 根据医嘱或被保险人医疗状况需要继续急性或亚急性水平的医学治疗、专业护理、物理治疗或康复服务；

6、康复护理机构住院康复保障

出院后，被保险人因可保疾病在保险人予以认可的康复护理机构内接受的康复治疗 and 照护。该类康复治疗和照护须达到治疗性目的且按承保项目与额度赔付。过渡性设施、代理监护设施、休息和家庭健康护理服务发生的费用不予赔付。

予以赔付的服务包括但不限于住院情形下发生的治疗性护理及其附属服务、康复类治疗、理疗。其中，被保险人进行该疗法必须满足以下条件：

- 6.1 在合理和可预见的时间内明显改善被保险人的情况；
- 6.2 需符合医学必要，必须由注册的物理或职业治疗师来安全、有效地执行要求的此等疗法；
- 6.3 有必要建立有效的维持程序。维持本身不在承保范围内。

如果保险人认为必要，有权审查被保险人的住院情况以确定住院从医疗角度而言是否必须。

（二）门诊医疗服务

被保险人经保险人认可的医疗机构、专科医生确诊罹患本保险合同定义的癌症，且被保险人因该项癌症住院治疗，保险人对该被保险人该次住院治疗结束后内发生的限一天一次、符合通常惯例水平的以下类型项目，承担门诊医疗费给付责任。

- 1、急救室费用；
- 2、急诊医疗服务费用；
- 3、门诊医生诊疗费（限 90 天）；
- 4、专家会诊费（限 90 天）；
- 5、超声波心动描记术、超声波费用；
- 6、化验费和检查费（断层扫描、PET 扫描或 MRI、X 射线和实验室租用费用）；
- 7、内镜检查（比如胃镜检查、结肠镜检查和膀胱镜检查）；
- 8、化疗/放射治疗；
- 9、门诊手术费（含穿刺检查）；
- 10、门诊外科医生费用；

11、门诊透析报告费用；

12、替代疗法的治疗服务，包括但不限于物理疗法、职业疗法、言语疗法、顺势疗法和针灸，保单年度内一次或多次累计以合同载明约定次数为限；

13、家庭健康护理赔付额包括专业护理服务、治疗性护理、探访护士和家庭健康护理，保单年度内累计以合同载明约定天数为限。

14、用于治疗保单合同中癌症和疾病而使用的处方药物费用（限出院后 90 天内）；

（三）特殊项目保障

1、移植手术费（人体器官、骨髓、血液、干细胞移植）

2、器官移植费（含人体器官、骨髓、血干细胞移植）

被保险人经保险人认可的医疗机构专科医生确诊罹患本保险合同定义的癌症、并作为受体需要进行上述移植，并经管理中心批准次日零时起，保险人对以下类型项目承担特殊项目费给付责任。

2.1 移植前护理费：包括与移植需求评估、移植手术对被保险人适宜性评估以及被保险人术前准备和稳定直接相关的医疗服务费用。

2.2 术前病情检查费：包括所有实验室和 X 射线检查、断层扫描、核磁共振、超声波、活组织检查、扫描、药物治疗和用品费用。

2.3 器官、骨髓或干细胞的运输和采集（包括骨髓和干细胞的存放或贮藏）成本，保额以保单所列的最高赔付额为限，并纳入移植的最高赔付额。包含捐赠者身体检查费及潜在捐赠者匹配检查费。

2.4 住院、手术、医生费用、麻醉、用药和在移植手术过程中必要的任何其他治疗费用。

2.5 移植后护理费：包括但不限于移植引发和移植术后出现的任何并发症（不论是否与移植有直接关联）而在医学上必须进行的定期随诊治疗费用，确保被移植器官活性和耐久性所用的药品或治疗费用，与移植相关的家庭医疗保健、专业护理（比如伤口护理、输液和验伤等）、紧急运输、医疗照顾、门诊或诊室就医、输血、用品或药品费用。

（四）临终关怀服务

被保险人经保险人认可的医疗机构专科医生确诊罹患本保险合同定义的癌症，并被确诊为终末期疾病且存活期在二百四十日以下（含）的，经保险人指定的医疗服务管理机构（以下简称“管理中心”），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、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（不包括保险期间届满后发生的临终关怀费用），保险人承担临终关怀费给付责任。就承保范围内的疾病而产生临终关怀的费用按承保项目表列出的限额和方式赔付。此服务可在家中、门诊或院内完成，须提供主治医生出具的终末诊断证明，于一次住院治疗完成之后实施。被保险人或其家属应提出服务需求。

（五）专业护理服务

被保险人经保险人认可的医疗机构专科医生确诊罹患本保险合同定义的癌症，并因此住院治疗，对其出院后随即在家中根据医嘱、且医学必需的专业护士护理（不包括保险期间届满后发生的家庭护理费用）费用，保险人承担专业护理费给付责任。

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为目的；
- 2、每日专业护士护理至少持续 4 个小时及以上；
- 3、每日专业护士护理时间不超过 12 小时，但下列情形不在此限：
 - 3.1 住院治疗的被保险人被运送回家当日；
 - 3.2 被保险人病情急重，须接受 12 小时以上专业护士护理以免入院接受治疗；
 - 3.3 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。

被保险人在接受鼻饲或胃造口管喂养的同时，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，保险人对此不承担保险责任。

（六）处方药

被保险人经保险人认可的医疗机构专科医生确诊罹患本保险合同定义的癌症，并因此治疗而使用的处方药，保险人承担处方药品费给付责任。

下列药品不属于本保险合同处方药范围：

- 1、中药类不包括主要起调理身体、营养滋补作用的药品如：花旗参，冬虫草，海马等；十全大补膏等滋补类中药；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；用中药材和中药饮片炮制的各类酒制剂等；
- 2、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，如维生素、草药、阿司匹林、感冒药、处方药、实验性或研究性药品等；
- 3、在科学或医学上不是公认的用于具体诊断或被认为是超范围使用、实验性药物，或不是普遍使用的药物，即使医生开出此处方；
- 4、美容和减肥药品；
- 5、预防类药品。

（七）特殊治疗和高度专业化药品费

被保险人经保险人认可的医疗机构专科医生确诊罹患本保险合同定义的癌症，并因此治疗而使用以下治疗和药物的，在事先经过管理中心授权后，保险人承担给付责任，同时，高度专业化药品费用赔偿不受处方药责任限制。

- 1、保险责任范围内的化学治疗、放射治疗及相关专业化药品；
- 2、处方镇痛药及处方止吐药；

3、作为癌症治疗方案一部分的免疫治疗药物，将按照逐案审查的基准进行评估。这类药物必须是经中国药监局、美国联邦药品管理局或其它类似的监管机构批准，并且在使用时有适当的医学治疗指征。在适应病症外使用此类药品不予承保；

4、假肢、装置、矫正类耐用医疗设备和植入物

（八）耐用医疗设备购买或租赁费

被保险人经保险人认可的医疗机构专科医生确诊罹患本保险合同定义的癌症，并根据医师处方要求购买或租赁耐用医疗设备的，保险人对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、更换的费用，承担耐用医疗设备购买或租赁费给付责任。其中，保险人就修理、更换费用按 50%比例承担保险责任。

对于患有癌症并接受保险责任范围内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亦属保险责任范围。

康复设备和矫形支具包括但不限于腿、臂、背和颈支具。

（九）医疗及身故援助保险服务

1、紧急医疗运送费用

对于在紧急情况下，出于医疗必要，以专业救护车将被保险人运至医疗机构所发生的费用，属保险责任范围内的费用。

2、紧急医疗转运费

被保险人遇有生命危险、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管理中心，经中心许可，中心将负责安排运送被保险人至离被保险人最近且能够提供所需服务的医疗机构，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，保险人有权决定运送目的地和医疗机构。如果被保险人不在中心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。未经中心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。紧急医疗转运完成 90 天内，保险人将安排其以公共交通工具（飞机限经济舱）返回其日常居住地，相应交通费用亦属保险责任范围内的费用。

3、遗体运返或安葬费用

保险期间内被保险人在其国籍国以外国家或地区身故，在事发地法律法规许可的情况下，保险人将负责运送其遗体至其国籍国或安排当地安葬，由此发生的费用属保险责任范围内的费用。但不包括下列情形所产生的费用：送返私人物品、宗教或风俗悼念仪式、神职人员、鲜花、音乐仪式、发布公告、宾客费用及其他类似的个人定制葬礼。

（十）假肢费用

被保险人经保险人认可的医疗机构专科医生确诊罹患本保险合同定义的癌症，并因此需要安装、修理或更换假肢（包括假臂、手、腿和脚）的，在事先经过管理中心授权并符合如下条件时，

保险人承担相关流程的所有费用，包括与使用新义肢相关的任何治疗费用：

1、当被保险人未患有那些预计会对假体装置的使用产生不利影响或会因假体装置的使用而产生不利影响的重大心血管、神经肌肉，或肌肉骨骼疾病时，保险人承担购买假肢的费用。

2、仅当解剖上或功能上的改变或合理的磨损和破损导致项目不具备功能性，且通过修理设备能恢复使用时，保险人承担假肢的修复费用。

3、仅当解剖上或功能上的改变或合理的磨损和破损导致项目不具备功能性，且无法修理时，保险人承担假肢的更换费用。

运动用或用于提高运动成绩的高性能专用假肢不属于本合同保险范围。

（十一）就医安排费用

对于出于医疗必要，由管理中心安排被保险人及一名陪同人员至医疗机构所产生的费用，属保险责任范围内费用，具体项目如下：

1. 从居住地到接受治疗所在地的往返机票，火车票或其他公共交通费用
2. 从海外治疗地的机场和医院之间的地面接送服务产生的费用
3. 接受门诊治疗时的住宿费，每次旅程最多 30 天，标准不低于 3 星级酒店，对于精英计划不低于 4 星级酒店。

责任除外

第十一条 对于以下所有项目及相关费用，保险人不承担保险责任：

（一）超过通常惯例水平的医疗费用；

（二）本保单下未明确承保的疾病或事件产生的费用；

（三）投保前已有的显著医学病症，包括在本保单生效日期之前或免责期结束之前发生的任何显著症状或显著病痛，以及身体或精神疾病，且已接受过任何诊断、医学建议、咨询或治疗，或已服用过任何处方药，或这些疾病具有明显的独家症状；

（四）保单生效日期之前和失效日期之后（包括免责期）发生的各项费用，包括由保单期间发生的事故、疾病所引起的医疗服务，在保单截止日后持续使用的药品或医疗服务；

（五）由以下提供或支付的医疗服务、医疗用品及治疗（包括药物治疗和紧急服务）：

- 1、根据工伤补偿、职业病或其他与各国职业疾病相关的法律法规可从中获得补偿的费用；
- 2、由被保险人或被保险人家庭成员拥有全部或部分所有权的机构提供的医疗、药品、设备或服务而发生的费用；

3、已从政府、其他保险公司获得补偿的费用；

（六）在政府当局指导下，实施的与传染病相关的费用；

（七）就某一诊断，未经现代科学和医学认可或未经批准其普遍临床使用的治疗、药品、耗材和服务。

（八）任何以下情况的医疗服务、医疗用品或治疗方法，包括药物和紧急空中服务；

（九）非医学必要，未经医生建议或批准的，或不属于医生法定行医范围内的治疗；或不符合

公认的医疗行业标准或保险人认定其不属于合理治疗范围内的责任。

(十) 化学污染及任何核材料或核燃料引起的放射性污染；

(十一) 电话咨询费、没有按时就诊产生的预约费用、因超过医院/医师正常工作时间产生的费用；

(十二) 为个人舒适或方便而产生的费用，包括但不限于电视、房屋打扫、访客膳食和住宿、特殊饮食、电话、携带医疗用品；因满足个人舒适需求而发生的救护车运送费以及其他非医学必需的服务和设备产生的费用，包括但不限于旅行费及住宿费（保单中列明的服务项目除外）；

(十三) 如下住院、护理治疗或机构：

1、静息疗法、监护、家庭健康护理、对日常生活起居（ADL）的援助、情境疗法，无论是否医嘱；

2、入住疗养院、养老院、长期护理或康复设施、疗养所、水疗或水疗诊所或不符合保单的医院定义的类似机构；

3、被保险人出于非治疗性的目的入住医疗或康复机构作为临时或永久居住。

(十四) 由酒精或药物滥用或成瘾直接或间接引起的任何疾病的治疗，包括但不限于被保险人因使用酒精、毒品，或不按剂量或医嘱服用任何药物或药品所引起的任何伤害；

(十五) 事先已经收到由任何医疗机构作出的因健康原因反对旅行的医学建议，但仍然坚持旅行并由此引发疾病或伤害的治疗；

(十六) 助听器、听力设备和植入式骨导助听装置；

(十七) 获得性免疫缺陷综合征（艾滋病）、艾滋病相关综合征（ARCS）和所有由 HIV 病毒引起的或与其有关的疾病。

(十八) 本保单将不承担在任何中国、美国、联合国、欧盟法律禁止或制裁的国家接受的任何服务。

(十九) 以下物品及项目：

1、电机驱动的轮椅或病床；

2、轮椅备用轮；

3、舒适化项目，如放置电话的搁架、定制或改造任何交通工具或者住宅设备费；

4、用于改变或改进空气质量或者调节温度的器件，如空调、加湿器、除湿器、净化剂、空气过滤器等；各种一次性用品；健身脚踏车、紫外线灯或保温灯、加热垫；坐浴盆、盥洗凳、浴缸凳、马桶座圈；桑拿房、涡流按摩浴、升降机、健身器材等类似用品器材；

(二十) 非急性的长期监护、长期维持护理、对日常生活活动(ADL)进行援助，或在门诊进行的护理。

保险期间

第十二条 以保险人和投保人协商确定，以保险单载明的起讫时间为准。除另有约定外，本合同的保险期间为一年。

若保险人同意，投保人可于每个保险期间届满时或之前，按照续保当时保险人执行的条款和费率向保险人交纳续保保险费的，则本保险合同的保险期间将延续一年。本合同可按前述续保方式连续续保至被保险人已达到本合同所约定的最高承保年龄后的首个保险单满期日。

保险人不可以根据续保时被保险人的健康情况决定单独调整续保费率，但可能在续保时针对所有新承保和续保人员整体调整保费率。本保险首次投保前投保人、被保险人应将其已知或已患的疾病或其它情况以书面形式告知保险人。

保险金额和保险费

第十三条 保险金额是保险人承担给付保险金责任的最高限额。保险金额由投保人、保险人双方约定，并在保险单中载明。

本合同的保险金额分年限额和终身限额两种。年限额是保险人在有效保险合同期间累计承担赔偿责任的最高限额，终身限额是保险人累计承担赔偿责任的终身最高赔偿限额。**本保单中被保险人在年满 60 岁之后续保，终身限额最高为 150 万。**

第十四条 投保人应按照合同约定向保险人交纳保险费。

第十五条 保险期间内被保险人身故的，保险人对该被保险人保险责任终止，并退还该被保险人的当期未到期净保费。

医疗服务网络和预授权

第十六条 保险人在全球建立了医疗服务网络，客户可致电 95589 向被保人进行查询。被保险人在保险人医疗服务网络内的医疗机构（以下简称“网络医疗机构”）接受治疗的，对于被保险人发生的、保险人与投保人约定类型的保险责任范围内的费用中应由保险人承担的部分，保险人将直接与网络医疗机构结算。

第十七条 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、应由被保险人负担但医疗机构未向被保险人收取的医疗费用，在接到保险人或其授权机构通知后，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，且保险人有权向其继续追偿相应费用。

第十八条 在美国地区，被保险人须在保险人指定的网络医疗机构接受治疗，在指定网络医疗机构治疗、由被保险人自行承担的比例以保险合同所列为准；被保险人若在保险人指定的网络医疗机构之外接受治疗的，保险人不予赔付任何保险金。

第十九条 保险人在美国地区之外未建立医疗服务网络，被保险人治疗不受到医疗服务网络限制。若保险人新增或更新全球医疗服务网络，须定期或不定期向投保人和被保险人予以通报，被保险人亦可登陆保险人指定的网站或致电查询相关信息。

第二十条 预授权是被保险人在被确诊患有承保疾病或进行指定治疗项目前通知保险人的一项程序。保险人将必要的预授权程序告知被保险人，以便于被保险人提前准备和及时申请并获得应有批准。在拟议的医学治疗开始前进行某些非紧急救助、医疗程序或治疗时，被保险人必须至少在拟议的程序或治疗日期 **5 个工作日前** 将填好的预授权请求表提交到管理中心，该中心将审查事件并在

5个工作日内回复被保险人。为了保证全额赔付承保服务，被保险人必须在收到管理中心的批准后再进行拟议的医学治疗。

对于被保险人预授权申请，管理中心将予以明确回复并有权要求被保险人在医疗服务网络内接受治疗。被保险人应在收到有效预授权许可回复后开始接受治疗，保险人要求被保险人在医疗服务网络接受治疗的，被保险人应予以配合。

未获得有效预授权许可回复但被保险人接受治疗的，被保险人应在保险责任范围内承担40%的自付比例。

发生紧急情况的，被保险人可在就近有医疗资质的医院接受治疗，但须在开始接受治疗后四十八小时内通知保险人或管理中心。保险人将对该次治疗是否属紧急情况予以审核。

第二十一条 被保险人、相关人员或医疗机构可致电保险人或管理中心，了解预授权、网络医疗机构相关情况。被保险人获得管理中心有授权许可回复，不意味着其发生的全部或部分医疗费用必定属保险责任范围，保险人按照本合同约定承担保险责任。

保险人义务

第二十二条 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。

第二十三条 本保险合同成立后，保险人应当及时向投保人签发保险单或其他保险凭证。

第二十四条 保险人依据第二十九条、第三十条所取得的合同解除权，自保险人知道有解除事由之日起，超过三十日不行使而失效。

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。

第二十五条 保险人按照第三十四条的约定，认为投保人、被保险人或者受益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、被保险人或者受益人补充提供。

第二十六条 保险人收到被保险人或者受益人的赔偿保险金的请求后，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。但保险责任的核定必须依赖于特定证明、鉴定、判决、裁定或其他证据材料的，保险人应在被保险人或者受益人提供或自行取得上述证据材料起三十日内做出核定。本保险合同另有约定的除外。

保险人应当将核定结果通知被保险人或者受益人；对属于保险责任的，在与被保险人或者受益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被保险人或者受益人发出拒绝给付保险金通知书，并说明理由。

第二十七条 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，对其赔偿保

险金的给付的数额不能确定的，应当根据已有证明和资料可以确定的数额先予支付；保险人最终确定给付的数额后，应当支付相应的差额。

投保人、被保险人义务

第二十八条 除另有约定外，投保人应当在保险合同成立时交清保险费。**保险费未按约定及时足额交付前发生的保险事故，保险人不承担赔偿责任。**

第二十九条 订立保险合同，保险人就保险标的或者被保险人的有关情况提出询问的，投保人应当如实告知。

投保人故意或者因重大过失未履行前款规定的义务，足以影响保险人决定是否同意承保或者提高保险费率的，保险人有权解除本保险合同。

投保人故意不履行如实告知义务的，保险人对于合同解除前发生的保险事故，不承担给付保险金责任，并不退还保险费。

投保人因重大过失未履行如实告知义务，对保险事故的发生有严重影响的，保险人对于合同解除前发生的保险事故，不承担给付保险金责任，但应当退还保险费。

第三十条 投保人申请投保时，应按被保险人的实际出生年月日填写。

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保险合同约定的年龄限制的，保险人有权解除保险合同，保险人应当在扣除手续费后，向投保人退还保险费。

第三十一条 投保时，被要求填写健康问卷调查表的被保险人须如实告知既往症及保险人要求的其他医疗、症状等信息，保险人将进行医疗核保。根据投保人、被保险人告知的具体情况，保险人对本合同约定的既往症承担一定保险责任或不承担保险责任。对于要求填写健康问卷的被保险人未如实告知的既往症将不在本保单的承保责任范围内。

第三十二条 投保人住所或通讯地址变更时，应及时以书面形式通知保险人。投保人未通知的，保险人按本保险合同所载的最后住所或通讯地址发送的有关通知，均视为已发送给投保人。

第三十三条 投保人、被保险人或者保险金受益人知道保险事故发生后，应当在 48 小时内或经保险人书面同意延长的期限内及时通知保险人。**故意或者因重大过失未及时通知，致使保险事故的性质、原因、损失程度等难以确定的，保险人对无法确定的部分，不承担给付保险金责任，但保险人通过其他途径已经及时知道或者应当及时知道保险事故发生的除外。**

上述约定，不包括因不可抗力而导致的迟延。

保险金的申请

第三十四条 被保险人在网络医疗机构接受治疗，受保险人委托，该医疗机构对被保险人免收本合同约定的应向受益人支付的保险金数额对应的医疗费用的，若保险人已承担相应费用的，则受益人不得就此向保险人申请保险金。其他情形，受益人可根据本合同向保险人申请保险金。

向保险人申请保险金时，申请人（即受益人或其受托人）可从保险人指定网站下载保险金申请表；经申请人要求，保险人亦可通过传真或电子邮件向其发送申请表。申请人应完整地填写申请表的第一部分，并请被保险人主治医师完整填写申请表的第二部分，且须在当次治疗完成后一百八十

日内与医疗费用原始收据一并寄至本合同指定地址。被保险人提供的所有保险金申请资料归保险人所有。

保险金申请所需材料：

（一）保险单或其它保险凭证；

（二）理赔申请表；

（三）受益人的有效身份证件；

（四）医院出具的医疗费用原始凭证、医疗费用结算清单；医疗病历，包括但不限于病史描述、诊断证明、检查检验报告及药品明细和处方；

（五）所能提供的与确认保险事故的性质、原因等有关的其它证明和资料。

保险人有权对被保险人进行身体检查。被保险人有义务向保险人提供所有医疗报告和记录，若为处理本合同相关事宜，经保险人要求，被保险人应授权许可保险人取得其完整全面的医疗病历。被保险人身故的，除法律和宗教禁止的情形外，保险人有权要求对该被保险人进行尸检。

第三十五条 受益人向保险人提出虚假理赔申请的，保险人有权追回已支付的保险金；受益人与第三方串通侵害保险人利益的，保险人有权取消该被保险人的资格、终止对该被保险人的保险责任。

医疗费用第三者追偿

第三十六条 发生保险责任范围内的损失，应由有关责任方负责赔偿的，保险人自向被保险人赔偿保险金之日起，在赔偿金额范围内代位行使被保险人对有关责任方请求赔偿的权利，被保险人应当向保险人提供必要的文件和所知道的有关情况。

被保险人已经从有关责任方取得赔偿的，保险人赔偿保险金时，可以相应扣减被保险人已从有关责任方取得的赔偿金额。

保险事故发生后，在保险人未赔偿保险金之前，被保险人放弃对有关责任方请求赔偿权利的，保险人不承担赔偿责任；保险人向被保险人赔偿保险金后，被保险人未经保险人同意放弃对有关责任方请求赔偿权利的，该行为无效；由于被保险人故意或者因重大过失致使保险人不能行使代位请求赔偿的权利的，保险人可以扣减或者要求返还相应的保险金。

被保险人变更

第三十七条 保险期间内，投保人可申请变更被保险人人员，保险人按下列约定予以受理：

（一）因主被保险人婚姻状态发生变化需要增加连带被保险人人员的，投保人应在三十日内书面通知保险人，保险人进行医疗核保。经保险人同意，保险人自通知书载明的起始日期开始按相关约定对其承担保险责任，并根据加入前后不同参保类型保险费差额按日收取相应保险费。

（二）因主被保险人婚姻状态发生变化需要减少连带被保险人人员的，投保人应立即书面通知保险人。保险人自收到通知之日次日零时起或通知书载明的终止日期次日零时（以较晚者为准）起终止对相应连带被保险人的保险保障，并根据减人前后不同参保类型保险费差额按日退还保险费。

（三）被保险人发生变化的，保险人有权调整保险费率。

第三十八条 保险期间内女性主被保险人或作为配偶的女性连带被保险人生育婴儿的，且该婴儿是在本保险合同承担保险责任期间出生的，投保人或被保险人可为该婴儿投保本保险，并递交将本合同参保类型更改为家庭保障或亲子保障的申请。投保人须在该婴儿出生后三十一日内通知保险人，保险人进行医疗核保，经保险人同意，保险人自保险合同载明日期的零时起对该婴儿承担保险责任；该婴儿同样适用免责期条款，保险人对该婴儿在免责期内发生的医疗费用不承担保险责任。同时，保险人根据加保该婴儿前后不同参保类型保险费差额按日收取相应保险费。

（一）经政府相关机构批准被保险人保险期间内合法收养子女的，投保人或被保险人可为该子女投保本保险，并递交本合同参保类型更改为家庭保障或亲子保障的申请。在该子女被批准收养之日起三十一日内书面通知保险人的，经保险人同意，保险人从该子女被批准收养之日次日零时起对该子女承担保险责任；但该子女同样适用免责期条款，保险人对该子女在免责期内发生的医疗费用不承担保险责任，同时，保险人根据加保该子女前后不同参保类型保险费差额按日收取相应保险费。

（二）如果被保险人住址、工作、婚姻状态以及投保本保险时提供的其他信息等发生重大变化，或者身故，投保人或被保险人应及时通知保险人。保险人有权调整承保条件或终止对相关被保险人的保险责任。

医疗机构就诊

第三十九条 保险人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，保险期间内保险人将定期或不定期向被保险人及相应投保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。

第四十条 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连带被保险人同意任何医疗机构、医师、药剂师等向保险人提供保险人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），保险人将对这些信息保密。

申请成为本合同的主被保险人，亦意味着主被保险人及其代表的连带被保险人同意保险人将所有医疗信息提供给相关机构以处理本合同相关事宜。

争议处理和法律适用

第四十一条 因履行本保险合同发生的争议，由当事人协商解决。协商不成的，提交保险单载明的仲裁机构仲裁；保险单未载明仲裁机构或者争议发生后未达成仲裁协议的，依法向中华人民共和国境内（不包括港澳台地区）人民法院起诉。

第四十二条 与本保险合同有关的以及履行本保险合同产生的一切争议处理适用中华人民共和国法律（不包括港澳台地区法律）。

其他事项

第四十三条 除本合同另有约定外，经投保人和保险人协商同意后，可变更本合同的有关内容。变更本合同时，投保人应填写变更合同申请书，经保险人审核同意，并在本合同的保险单或其它保险凭证上加以批注，或由投保人和保险人订立变更的书面协议后生效。

第四十四条 在本保险合同成立后，投保人可以书面形式通知保险人解除合同，但保险人已根

据本保险合同约定给付保险金的除外。

投保人解除本保险合同时，应提供下列证明文件和资料：

- （一）保险合同解除申请书；
- （二）保险单原件；
- （三）保险费交付凭证；
- （四）投保人身份证明；
- （五）保险人需要的其它有关文件和资料。

投保人在保单生效后 14 天（犹豫期）内要求解除保险合同，自保险人接到保险合同解除申请书之时起，本保险合同的效力终止。保险人收到上述证明文件和资料之日起 30 日内全额退还已交保险费，保险人对在犹豫期内发生的事故将不承担保险责任。

投保人在犹豫期后要求解除本保险合同，自保险人接到保险合同解除申请书之时起，本保险合同的效力终止。保险人收到上述证明文件和资料之日起 30 日内退还保险单的未满期净保费。

第四十五条 本保险合同涉及的外币与人民币的汇率，以服务结算当日中国人民银行公布的外汇汇率为准。

释义

国籍国：指被保险人持有相应护照的国家或地区。对于拥有多于一个护照的美国公民，其国籍国家默认为美国。对于拥有多于一个护照的其他国家公民，其国籍国家以本合同载明的国家或地区为准。

周岁：指按法定身份证明文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。

正常工作：指全职，能够以惯常的方式履行其全部日常职责，且每周工作时间不少于二十小时。

子女：指与主被保险人存在父母与子女关系的婚生或非婚生子女、养子女和抚养关系的继子女。

居住地：是指被保险人在一个自然年度中，居住超过 180 天的国家和地区。

每次治疗：对于门诊治疗，每次治疗指被保险人在一日（零时起至二十四时止）在同一所医院同一个科室就一个医师就诊的门诊或急诊；对于住院治疗，每次治疗指一次入出院。

免赔额：指每一保险期间被保险人发生的保险责任范围内的累计费用中须首先由被保险人自行承担的金额。

保险金额：指保险人承担相应保险责任的最大限额。

管理中心：Global Benefits Group 全球福利集团是保险人指定的管理中心。保险人增加其他管理中心的，须在官方网站上予以公示。

医学必需：指被保险人接受、使用或服用的治疗、服务、器械或药品符合以下条件：第一，医师处方要求且对治疗被保险人疾病或伤害合适且必需。第二，与接受治疗当地普遍接受的医疗专业实践标准一致。第三，并非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便。第四，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亚急性状态需要持续接受治疗、专业护理或康复治疗。主要出于接受慢性病治疗、长期看护、喘息照护、慢性病维持、协助日常生活活动的目的而住院的，不属医学必需。第五，非病人学术教育或职业培训的一部分或与之相关。第六，非试验性或研究性。

通常惯例水平的医疗费用：指以下（1）与（2）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仅当地区少数医疗机构能够提供，保险人将参考治疗复杂性、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综合确定通常惯例水平的医疗费用。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、国家或更广的区域。

急性：指发病急剧、病情变化很快、症状较重且不治疗会危机生命或造成永久性身体伤害的疾病。

急性护理：指为解决发作迅速、症状严重、持续时间短暂的伤疾，包括任何激烈的症状（如严重疼痛），在医学上必须采取的短期护理。

慢性病：不需要住院治疗，预期病程长久且无可合理预计的康复日期，可能复发、需要连续或定期护理的伤害、疾病或症状。

耐用医疗设备，指矫形架、取代身体部位的人工装置和其他设备，通常只用于生病或受伤的人身上，并由保险人确定是否为医学上必要，包括电机驱动的轮椅或病床；轮椅备用轮；舒适化项目，如带电话的扶手和跨床桌；用于改变空气质量或温度的设备，如空调、加湿器、除湿机、净化器（空气净化器）；一次性用品；运动自行车、太阳灯或加热灯、加热垫、坐浴盆、马桶座、浴缸座、桑拿浴缸、电梯、涡旋式浴缸，健身器材以及指导、说明如何使用和保管耐用医疗设备的费用等类似服务，但不包括任何定制的车辆、浴室设施或住宅设施。

亚急性：指病情具有急性病一些特征，处于急性和慢性之间。

免责期：指自被保险人首次投保成为本合同的被保险人首日起保险人与投保人约定长度的期间，保险人对被保险人在此时间段内发生的保险合同责任约定疾病的首次诊断或相关治疗，保险人不承担任何保险责任，保险合同自动终止，并退还全额保费。对于正常合同续保的被保险人不适用免责期，但对于中断保险之后重新投保的被保险人适用 180 天新的免责期。

专业护理服务，是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住院或门诊护理服务。

日常生活活动：指与个人生活自理基本行为相关的活动，包括但不限于行走、个人卫生、睡眠、如厕（控制大小便的能力）、穿衣、做饭、进食、上下床。

监护：包括以下情形：

1、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的人员提供的床位、护理等服务；

- 2、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；
- 3、静息疗法、临终关怀服务，以及家庭成员提供的家庭看护。

临终关怀服务：指出于减轻患慢性病或终末期疾病病人护理负担的目的，病人住院接受的照料和护理。

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。

不可抗力：指不能预见、不能避免并不能克服的客观情况。

康复护理机构：是指经保险人批准的，向已出院的，或以此代替住院的患者提供专业服务和康复服务的护理与/或康复中心。康复护理机构一词不包括护养院、养老院、疗养度假村和敬老院，为吸毒或酗酒者提供家居照顾、监护、照顾的医院或类似的机构。

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。

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：第一，取得了政府相关部门的批准；第二，二十四小时提供服务；第三，有医师直接管理和监控；第四，有注册护士指挥、协调护理服务；第五，被批准从事社会服务指导和协调；第六，主要目的为提供临终关怀服务；第七，有全职管理人员；第八，保存了所提供服务的全部书面记录。

住院：指从投保人作为病人进入医院、康复护理机构或其它经批准的健康护理机构，直到出院为止的时期。

门诊：指以除在医院住院、彻夜治疗以外的其他方式接受的治疗。

医师：指具有医疗职业资格的任何人员，包括内科医师、全科医师、专业医师、医学顾问以及其他任何在相应准许和训练范围内从事医疗服务的人员，但不包括实习人员、在训人员。

家庭健康护理是指符合下列条件的机构或组织，或其分支提供的专业护理服务：1) 主要在被保险人的家中提供专业护理服务和其他治疗服务；2) 由相关许可审批部门正式颁发执照（如需要）；3) 由与该机构或组织关联的一支专业团队（至少包括一名医生和一名注册护士）制定服务管理政策；4) 一名医生和一名注册护士对这些服务实施全天候的监督；5) 保存了每位患者的完整病历；6) 有全职管理人员。

既往症：指在保险人对其保险责任生效前被保险人已就此接受诊断、医学咨询或治疗，或服用药物，或显现症状的疾病或损伤。

处方药：简称 Rx, 是由国家卫生行政部门规定或审定的，必须由医生处方开据，并且无处方无法从医院药房或药店获得药物。对于某些药物，如维生素类，草药，阿司匹林，感冒药，以及实验

性用药，医疗器具等，不需医生处方即可从医院药房或药店获得的，即使是由医生建议，也不能归类于处方药。

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。

艾滋病：指获得性免疫缺陷综合症的简称。

获得性免疫缺陷综合症（AIDS）：其定义以世界卫生组织制定的定义为准。如果在被保险人的血液样本中发现艾滋病病毒或其抗体，则认定被保险人已被艾滋病病毒感染或患艾滋病。

紧急医疗运输，指在有生命危险的紧急情况下，在当地无法获得适当治疗时，本保单提供紧急医疗运输，将投保人送往能够提供必要护理的最近的医疗机构。若能在当地获得治疗，但投保人却选择在其他地方治疗，交通费应由投保人自行承担。

与本合同等效的医疗保险：该医疗保险在保险责任范围、程度上应与本保险等同，保险期间至少十二个月，且保险期间届满日与被保险人参加本保险日不超过三十日。

战争：包括入侵、内战、敌对国家行为、叛乱、革命、武装叛变、武装夺权、战争武器爆炸等。类似战争的行为视为战争。

未到期净保费=指与每一主被保险人参保类型对应的保险费 $\times$ [1-(保险单已经过天数/保险期间天数)] $\times$ (1-25%)。经过天数不足一天的按一天计算。