



请扫描以查询验证条款

提示：条款正文中背景突出显示的文字内容为免除本公司保险责任的条款，请注意仔细阅读。

平安健康保险股份有限公司 平安全球（2018）团体医疗保险条款

第一条 保险合同构成

本保险合同（以下简称“本合同”）由保险单或其它保险凭证及所附条款、投保单、被保险人名册等与本合同有关的投保文件、合法有效的声明、批注、附贴批单、其它书面协议构成。

第二条 保险合同成立与生效

投保人提出保险申请、本公司同意承保，本合同成立。

本合同自本公司同意承保、并签发保险单开始生效，具体生效日以保险单所载的日期为准。

第三条 投保范围

中国大陆境内的机关、院校以及企事业单位等合法团体可作为投保人，为其所在团体中符合参保资格的成员以及配偶与子女向本公司投保本保险。投保时年龄在 84 周岁以下（含），能正常工作、劳动和生活的团体全职在职人员可作为主被保险人参保；其 84 周岁以下（含）能正常工作、劳动和生活的配偶可以作为连带被保险人参保。主被保险人 19 周岁以下（含）的子女（全日制学校学生至 23 周岁且未婚）可以

作为连带被保险人参保。

主被保险人和连带被保险人统称为被保险人。

被保险人为非中华人民共和国国籍的，需持有中华人民共和国政府部门签发的
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。

第四条 保障区域

本合同保障区域分为中国大陆、中国大陆及港澳台地区、亚洲、全球除美国和加
拿大以及全球区域等，具体由投保人在投保时选定，另有约定的按约定执行。

第五条 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中断投保后重新投保本保险
时，被保险人因疾病需要住院治疗或门诊治疗的，自本合同生效日起 30 日为等待期；
被保险人因疾病需要牙科门诊治疗的，自本合同生效日起 3 个月为等待期。保险单到
期后 30 日内投保人为被保险人重新投保本保险的或被保险人遭受意外伤害事故的无
等待期。被保险人在等待期内发生保险事故，本公司不承担给付保险金的责任。

女性被保险人因妊娠而享有本合同约定的保险责任的，自本合同生效日起 10 个
月为等待期。保险单到期后 30 日内投保人为被保险人重新投保本保险的无等待期。
被保险人在等待期内因怀孕发生的医疗费用，本公司不承担给付保险金的责任。

第六条 保险责任

在本合同有效期内，在等待期结束后，根据投保人与本公司的约定，本公司承担
如下部分或全部保险责任。

保险责任包括基础医疗责任、优选医疗责任及优选健康管理服务。

基础医疗责任包括一般疾病或项目住院医疗保险金以及一般疾病或项目门诊医疗保险金，即对被保险人因特殊疾病或项目、牙科、妊娠以外的疾病或项目在医院发生的住院医疗费用或者门诊医疗费用承担保险责任；

优选医疗责任包括特殊疾病或项目医疗保险金、女性生育医疗保险金、牙科医疗保险金、眼科保险金、紧急医疗保险金、全球紧急救援以及第二诊疗意见；

优选健康管理服务包括健康体检、口腔保健以及其他健康管理服务。

对于被保险人因特殊疾病或项目、牙科、妊娠原因在医院进行住院或门诊治疗的，将根据对应的优选医疗责任保险金的约定进行赔付，不在一般疾病或项目住院医疗保险金、一般疾病或项目门诊医疗保险金项下赔付。

在本合同有效期内，被保险人不论一次或多次在医院进行治疗，本公司均按“第七条 基础医疗责任”、“第八条 优选医疗责任”及“第九条 优选健康管理服务”的约定给付各项保险金，但各项费用的累计给付日、次数不超过各对应项最高给付日、次数，各项费用的累计给付日、次数达到其对应项最高给付日、次数时，本公司对该被保险人该项保险责任终止；各项费用的累计给付金额不超过各对应项最高给付金额，各项费用的累计给付金额达到其各对应项费用最高给付金额时，本公司对该被保险人该项保险责任终止；累计给付金额不超过该被保险人的保险金额，累计给付金额达到被保险人保险金额时，本公司对该被保险人保险责任终止。

如被保险人在约定的优选医院或尊贵医院接受治疗的，本公司将按本合同约定的赔偿范围、免赔额及给付比例计算得出的金额，再乘以约定的优选医院赔付比例或尊贵医院赔付比例，在各项费用的最高给付金额及保险金额内给付保险金。

在本合同有效期内，本公司在本合同保险责任范围内给付保险金，但若被保险人

已从社会医疗保险、公费医疗、工作单位、本公司在内的任何商业保险机构取得补偿的，本公司将按本合同约定的赔偿范围、免赔额、给付比例及各项费用给付限额计算得出的金额给付保险金，且最高给付金额以不超过该被保险人实际发生的医疗费用扣除其所获补偿后的余额为限。

第七条 基础医疗责任

（一）一般疾病或项目住院医疗保险金

被保险人因遭受意外伤害事故、或因一般疾病或项目，经医生确诊必须住院治疗的，本公司就其每次住院发生的约定范围内的合理且必要的住院医疗费用，在扣除被保险人按照社会医疗保险或公费医疗的有关规定取得的医疗费用补偿后，再扣除免赔额后按约定给付比例在各项费用的年限额、每日限额和最高给付日数范围内给付住院医疗保险金：

1. 床位费：住院期间实际发生的中国大陆境内不高于标准单人病房、中国大陆境外不高于标准半私病房的住院床位费用。不包括套房、家庭病房，也不包括在中国大陆境外发生的全私病房床位费用。

2. 膳食费：住院期间根据医生的医嘱，由作为医院内部专属部门的、为住院病人配餐的食堂配送的膳食费用。

膳食费应包含在医疗账单内；根据各医疗机构的惯例，可以作为独立的款项、也可以合并并在病房费等其他款项内。

非医疗账单内的膳食费发票，需要出具医院加盖公章认可的证明，我们对膳食费发票金额的 60% 承担保险责任。

3. 护理费：住院期间根据医嘱所示的护理等级确定的护理费用。

4. 检查检验费：住院期间实际发生的、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。

5. 治疗费：住院期间以治疗疾病为目的，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和医疗器械使用费，以及消耗品的费用，包括放射疗法费、化学疗法费、注射费、输血费、输氧费、体外反搏费等。本项责任不包含临终关怀医疗费。

6. 医生费：包括外科医生、麻醉师、内科医生、专科医生的费用。

7. 药品费：住院期间实际发生的合理且必要的由医生开具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药品的费用。

药品费中不包含中草药费用。

8. 器官移植手术费

住院期间出于医学必要被保险人作为受体接受肾脏、肝脏、心脏、肺以及造血干细胞移植手术产生的合理手术医疗费用，包括手术室费、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。

本项责任不包括：

(1) 除肾脏、肝脏、心脏、肺、造血干细胞以外的器官和组织的手术移植费用；

(2) 供体的所有检查和治疗费用；

(3) 寻找、购买、运输、贮存器官源或组织源的费用；

(4) 与捐献自身组织、器官相关的任何费用。

9. 非器官移植手术费

住院期间为治疗疾病、挽救生命而施行的除器官移植手术以外的其他手术产生的合理手术医疗费用，包括手术室费、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。

本项责任不包括移植手术中的下列费用：

(1) 供体的所有检查和治疗费用；

(2) 寻找、购买、运输、贮存器官源或组织源的费用；

(3) 与捐献自身组织、器官相关的任何费用。

10. 重症监护病房床位费：住院期间出于医学必要被保险人需在重症监护病房进行合理且必要的医疗而产生的床位费。

重症监护病房指配有中心监护台、心电监护仪及其它监护抢救设施、相对封闭管理的单人或多人监护病房，包括重症加强护理病房（ICU）、冠心病重症加强护理病房（CCU）、呼吸疾病重症加强护理病房（RCU）、神经疾病重症加强护理病房（NICU）、急诊重症加强护理病房（RICU）等。

11. 加床费：指未满 18 周岁的被保险人在住院治疗期间，本公司根据合同约定给付其合法监护人（限一人）在医院留宿发生的加床费；或女性被保险人在住院治疗期间，本公司根据合同约定给付其一周岁以下哺乳期婴儿在医院留宿发生的加床费。

12. 家庭护理费：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护理而产生的相关合理且必要的护理费用。

13. 临终关怀医疗费：指被保险人通过医生诊断患有属于保险责任范围内的终末期疾病，并在当地合法注册的临终护理机构或设有临终护理病房的医疗机构进行的由各科医生组成的医疗团队对该被保险人实施以护理为中心而非以治疗疾病为中心的

医疗而产生的相关合理且必要的住院费用。

终末期疾病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 个月以下。

14. 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。

在每一保单年度内，不论因何原因住院，我们仅对被保险人住院累计 180 日内发生的上述 1-14 项住院费用承担保险责任。

本合同有效期间届满时，被保险人仍住院治疗的，本公司承担住院医疗保险责任自保险期间届满次日起最多至 30 日，但累计给付日数不超过各项责任对应的最高给付日数，累计给付金额不超过各对应项费用最高给付金额且不超过该被保险人的保险金额。

（二）一般疾病或项目门诊医疗保险金

被保险人因遭受意外伤害事故、或因一般疾病或项目，每次在医院治疗发生的约定范围内的合理且必要的门诊急诊医疗费用，本公司在扣除被保险人按照社会医疗保险或公费医疗的有关规定取得的医疗费用补偿后，再扣除免赔额后按约定给付比例，在各项费用的年限额、每次限额以及最高给付次数范围内给付门诊医疗保险金：

1. 医生诊疗费：指被保险人门、急诊期间发生的主诊医生或会诊医生的劳务费用，包括挂号费。

2. 检查检验费：指门、急诊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。

3. 治疗费：指门、急诊发生的以治疗疾病为目的，提供必要医学手段而发生的合理的治疗者的技术劳务费和医疗器械使用费，以及消耗品的费用，包括注射费、输血费、输氧费、体外反搏费等。

本项责任不包括激素替代治疗费、意外牙科治疗费。

4. 门诊手术费：指门、急诊发生的合理且必要的手术医疗费用，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。

5. 药品费：被保险人每次门、急诊发生的，合理且必要的由医生开具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药品的费用。

药品费中不包含中草药费用。

6. 意外牙科治疗费：指被保险人因意外伤害事故且在事故之日起 7 日内，在医院牙科门、急诊治疗原本完整无损的、未经过任何治疗的自身牙齿的合理且必要的紧急治疗和修复的费用。

本项责任不包括：

(1) 牙科例行检查和牙病的诊治；

(2) 对曾接受过治疗或有裂缝牙齿的治疗，以及由于咀嚼食物（即使其中包含异物）引起的牙齿伤害的治疗。

7. 激素替代治疗费：指女性被保险人因人工诱发或于 40 周岁之前出现女性更年期综合症而进行激素替代治疗的相关合理且必要的医疗费用。

8. 婴幼儿免疫和检查费：指不满 3 周岁的被保险人在保险期间内进行免疫和检查所产生的相关合理且必要的费用。本项责任不包括被保险人年满 3 周岁后发生的免疫和检查费用。

9. 救护车使用费：指为抢救生命由急救中心派出的救护车运送被保险人至医疗机构的费用。

第八条 优选医疗责任

（一）特殊疾病或项目医疗保险金

被保险人因如下特殊的疾病或项目，每次在医院治疗发生的约定范围内的合理且必要的住院或门诊急诊医疗费用，本公司在扣除被保险人按照社会医疗保险或公费医疗的有关规定取得的医疗费用补偿后，再扣除免赔额后按约定给付比例，在各项费用的年限额、每次限额以及最高给付次数范围内给付保险金：

1. 特殊门诊医疗费：指被保险人在医院进行门诊肾透析、门诊恶性肿瘤电疗、化疗或放疗发生的合理且必要的医疗费用。

2. 耐用医疗设备购买或租赁费：指根据医生处方要求的、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购买或租赁费，本项责任下承担的耐用医疗设备包括：

（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（仅限患乳腺癌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。

每一保单年度因同一种耐用医疗设备给付保险金仅限一次。

3. 精神疾病治疗费：指被保险人因患精神疾病在当地合法注册的精神病专科医院或设有精神病科室的医疗机构进行住院或门诊治疗而发生的相关合理且必要的医疗费用，包括但不限于对贪食症、厌食症、注意缺陷症和注意缺陷多动障碍的治疗。承担的医疗费用的种类及释义同一般疾病或项目住院医疗保险金和一般疾病或项目门诊医疗保险金。

在每一保单年度内，我们仅对被保险人因精神疾病住院累计 30 日内发生的住院医疗费用承担保险责任。

4. 物理治疗、中医理疗及其他特殊疗法费：(1) 物理治疗是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；(2) 中医理疗是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；(3) 其他特殊疗法包括顺势治疗、职业疗法及语音治疗。

5. 中草药费用：指住院或门急诊发生的中草药费用，不包括滋补类中草药。

滋补类中草药是指以提高人体免疫力为主要用途的单味使用的中草药及成药，包括但不限于人参、阿胶、鹿角胶、龟鹿二仙胶、龟板胶、鳖甲胶、马宝、珊瑚、玳瑁、冬虫夏草、藏红花、羚羊、犀角、牛黄、麝香、鹿茸、铁皮枫斗。

(二) 女性生育保险金

在保单年度内，对于女性被保险人每次怀孕发生的约定范围内的合理且必要的医

疗费用，本公司在扣除被保险人按照社会医疗保险或公费医疗的有关规定取得的医疗费用补偿后，按约定的给付比例在每次生育费用给付限额内给付女性生育保险金：

1. 检查及分娩费：包括产前检查、产前医生处方开具的维生素和钙剂、B 超检查、自然分娩、医学必要的手术分娩、流产、产后检查费用。

2. 妊娠相关疾病治疗费：指女性被保险人因妊娠导致相关疾病，并接受医生推荐的、医学必需的治疗而发生的检查治疗费用。妊娠导致的相关疾病包括但不限于妊娠期高血压、前置胎盘、胎盘早剥、子宫破裂、产后出血、胎膜早破、羊水栓塞、脐带异常。

3. 新生儿婴儿费：新生儿出生后 14 日内未出院期间发生的医疗费用，包括护理费、免疫费和治疗费。

每一保单年度因流产给付的女性生育保险金仅限一次。

如果被保险人怀孕延续至下一保单年度，对于在本保单年度以及连续的下一保单年度内发生的与该次怀孕相关的上述费用，累计给付金额以本合同约定的每次生育费用给付限额为限。

（三）牙科医疗保险金

被保险人因患牙科疾病，每次在医院治疗发生的约定范围内的合理且必要的牙科医疗费用，本公司在扣除被保险人按照社会医疗保险或公费医疗的有关规定取得的医疗费用补偿后，按约定给付比例在年限额范围内给付牙科医疗保险金：

1. 基本牙科治疗：简单补牙（包括银汞合金或复合树脂充填）、简单拔牙、牙周治疗（包括牙周刮治、牙根平整术等）。

2. 重大牙科治疗：指根管治疗（包括麻醉和拍片费用）、牙冠修复、义齿（包括

化验和麻醉费用)、智齿拔除。

牙科责任不包括：上述约定范围以外的牙科医疗费用，包括但不限于美白牙齿、牙科治疗过程中使用的贵金属材料的相关费用，以及非治疗必需的、以美容为目的的牙齿处理、种植牙、嵌体、正畸治疗、贴面的相关费用，本合同另有约定的不在此限。

(四) 眼科保险金

在本合同有效期内，被保险人发生的约定范围内的合理且必要的眼科费用，本公司在合同约定的各项费用年限额范围内给付眼科保险金：

1. 眼科检查费：指眼科常规检查和视力检查费（每保单年度限一次）。
2. 眼镜费：指购买框架眼镜或隐形眼镜的费用（每保单年度限一次），不包括太阳镜及相关配件的费用。

(五) 紧急医疗保险金

在本合同有效期内，被保险人在合同约定的保障区域以外的全球其它国家和地区旅行时，因下列意外伤害事故或突发急性病需紧急医疗的，本公司对相关紧急医疗产生的合理且必要的医疗费用，按约定给付比例在年限额范围内给付紧急医疗保险金：

1. 小儿高热惊厥；
2. 休克；
3. 昏迷；
4. 癫痫发作；
5. 急性心梗、急性心力衰竭、急性脑梗伴肢体活动能力受限；
6. 急性内脏出血，内脏包括心、肝、脾、肺、肾、消化道；
7. 各种急性中毒；

8. 意外导致的骨折、脱位、烧伤；
9. 五官及呼吸道或食道异物，意外导致的失明、眼部伤害。

本项责任不包括：

1. 常规医疗；
2. 可以推迟至被保险人返回保障区域后再接受的医疗；
3. 被保险人事先计划好的治疗；
4. 被保险人预料到或应该预料到的治疗；
5. 怀孕或生育出现的并发症和分娩。

（六）全球紧急救援

在本合同有效期内，被保险人需要紧急救援的，可拨打 24 小时救援热线电话，本公司将通过授权的救援机构提供如下紧急救援服务：

1. 紧急医疗转运
2. 未成年子女护送
3. 遗体安排
4. 电话医疗咨询
5. 本合同约定的其他服务项目

全球紧急救援的具体服务细则由本公司另行约定。

（七）第二诊疗意见

在本合同有效期内，被保险人初次罹患本合同中约定的疾病，可通过本公司联系全球相关领域的医学专家咨询疾病诊断及治疗意见。

第九条 优选健康管理服务

（一）健康体检

在本合同有效期内，被保险人可在指定医疗、体检机构就指定项目进行一次健康体检。

（二）口腔保健

在本合同有效期内，被保险人可在指定医疗机构就指定项目进行一次口腔保健。

（三）其他健康管理服务

本公司针对心电、血压、血糖等约定的项目提供疾病管理服务或提供其他健康管理服务，具体服务细则由本公司另行约定。

第十条 预授权

被保险人拟接受下列医疗项目前，应通过服务热线向本公司提出预授权：

- （一）所有住院治疗和手术治疗（含门诊手术）；
- （二）单价在 5000 元以上的检查；
- （三）购买或租用胰岛素泵及其配套器械；
- （四）首次门诊肾透析、门诊恶性肿瘤电疗、化疗或放疗；
- （五）牙科治疗（如需要牙科医疗费用直接结算）；
- （六）保障区域外的紧急医疗。

紧急情况下，如被保险人未能及时获得预授权的，被保险人需在开始接受上述医疗项目后 48 小时之内通知本公司。

被保险人在进行上述第（一）至（四）项治疗前若未获得事先授权或紧急情况下未能在规定时间内通知本公司的，对于被保险人发生的合理且必要的医疗费用，本公司将按合同约定的赔偿范围、免赔额、给付比例及各项费用给付限额计算得出的金额，

再乘以 60% 的比例给付保险金。

被保险人在进行上述第（六）项治疗前若未获得事先授权或紧急情况下未能在规定时间内通知本公司的，本公司对被保险人未经许可的治疗而发生的医疗费用不承担给付保险金的责任。

第十一条 责任免除

因下列情形之一造成被保险人医疗费用支出或发生符合下列情形描述的费用，本公司不承担给付保险金的责任：

（一）非疾病治疗类

1. 各种美容整形项目：包括但不限于皮肤色素沉着、对皮肤表面无囊肿形成或无脓肿的痤疮治疗、红斑痤疮治疗；良性皮肤损害（雀斑、老年斑、痣、疣等）的治疗和去除；对浅表静脉曲张、蜘蛛脉、除瘢痕疙瘩型外的其它瘢痕、纹身去除、皮肤变色的治疗或手术；激光美容、除皱、除眼袋、开双眼皮、治疗斑秃、白发、秃发、脱发、植毛、脱毛、隆鼻、隆胸费用；
2. 各种矫形及生理缺陷的手术和检查治疗项目，包括但不限于平足及各种非功能性整容、矫形手术费用；
3. 各种健美治疗项目，包括但不限于营养、减肥、增胖、增高费用；
4. 合同中未列明的各种健康体检项目；
5. 各种预防保健性项目，包括但不限于保健按摩、自动按摩床治疗、药物蒸气治疗、药浴、体疗健身、各种疫苗预防接种（合同约定属于保险责任范围内的除外）、预防注射以及疾病普查费用；
6. 各种医疗咨询和健康预测，包括但不限于健康咨询、家庭咨询、婚姻咨询、

性咨询、婚前咨询、心理咨询（如果精神疾病治疗费按合同约定属于保险责任范围，因精神疾病治疗进行心理咨询的除外）费用；

7. 各种医疗鉴定，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、各种验伤鉴定、亲子鉴定、遗传基因鉴定费用。

（二）生殖治疗类

1. 人工辅助生殖（之后的分娩费用除外）、男女节育；

2. 输精管或输卵管结扎等绝育术；

3. 性功能障碍治疗；

4. 非紧急情况下的堕胎，因心理或社会原因实施的堕胎及造成的相关并发症，以及选择性手术分娩；

5. 不育症的检查和治疗；

6. 绝育恢复手术；

7. 变性手术；

8. 用于提高性功能的药物；

9. 生育/分娩前的培训；

10. 与不育或生育相关的任何活细胞冷冻贮藏、植入和再植入费用。

（三）治疗项目类

1. 除心脏瓣膜、人工晶体、人工关节之外的人工器官材料费、安装和置换等费用；

2. 性病治疗相关费用，被保险人患艾滋病或感染艾滋病病毒期间因所有疾病所导致的医疗费用；

3. 依据具有相应资格的医生判断，无医学必要性的检查和治疗；

4. 在健康水疗院、自然治疗诊所或类似疗养机构接受的治疗，或以隶属于该类机构、登记为“护理病房”的私人病床形式接受的治疗；

5. 为休息、观察而实施的环境疗法，在任何长期护理机构、矿泉疗养地、水疗院门诊、康复机构、疗养院、养老院等非本合同规定的医疗机构接受的服务或治疗；

6. 近视、斜视矫形术费用，包皮环切术、包皮剥离术、包皮气囊扩张术。

（四）服务设施及医学材料类

1. 使用电话、电炉、煤气、食品保温箱等费用；

2. 遗体料理费、遗体冷藏费（本合同约定属于保险责任范围内的除外）；

3. 陪护费、陪床费（本合同约定属于保险责任范围内的除外）、护工费、洗理费及各种与诊疗无直接关系的费用（包括但不限于脸盆、卫生塑料及卫生纸费）；

4. 耐用医疗设备的购买或租赁费（本合同约定属于保险责任范围内的除外）；

5. 定制或改造任何交通工具、洗浴设备或者住宅设备；

6. 所有非处方医疗器械；

7. 非必需的假体、矫正器具、支具或相似的器具（本合同约定属于保险责任范围内的除外）。

（五）药品费用

1. 自购药品

自购药品指被保险人未经过医院所属的具有执业医师资格的医生开具医嘱，自行至药房、超市、医院所属商业药房等地点购买的药品；

2. 营养性复合维生素，矿物质、中草药（本合同约定属于保险责任范围内的除

外)、膏方及其它营养保健药费, 试验或研究性质的药物费用;

3. 医生开具的、超过 90 天部分的药品 (包含维生素) 费用。

(六) 特定医疗费用

1. 超出通常惯例的医疗费用;

2. 为获得治疗发生的交通费, 本合同列明的本地救护车费及紧急医疗运送除外;

3. 保险期间届满后发生的医疗费用, 包括在此后按疗程使用的处方药品费用 (本合同约定属于保险责任范围内的除外)。

(七) 其它

1. 被保险人所患既往症引起的医疗费用, 但在投保时已告知本公司并经本公司书面同意承保的不在其限;

2. 被保险人因精神疾病引起的医疗费用 (本合同约定属于保险责任范围内的除外), 保险单中特别约定的其他除外疾病引起的医疗费用;

3. 被保险人殴斗、醉酒, 主动吸食或注射毒品导致的医疗费用;

4. 投保人对被保险人的故意杀害、故意伤害;

5. 被保险人故意自伤、故意犯罪或者抗拒依法采取的刑事强制措施导致的医疗费用;

6. 被保险人参加或从事潜水、跳伞、攀岩、蹦极、驾驶滑翔机或滑翔伞、探险、武术比赛、摔跤、特技表演、赛马、赛车等高风险运动导致的伤害引起的治疗;

7. 被保险人先天性畸形、先天性疾病、遗传性疾病或染色体异常 (依照世界卫生组织《疾病和有关健康问题的国际统计分类》(ICD-10) 确定) 引起的医疗费用;

8. 由于职业病、医疗事故引起的医疗费用;

9. 被保险人酒后驾驶、无合法有效驾驶证驾驶或驾驶无有效行驶证的机动车导致交通意外引起的医疗费用；

10. 核爆炸、核辐射或核污染、化学污染；战争、军事冲突、暴乱或武装叛乱；

11. 冒名住院、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）；

12. 被保险人接受实验性治疗，即未经科学或医学认可的医疗。

第十二条 保险金额和保险费

本合同的保险金额和保险费由投保人和本公司在投保时约定并于保险单上载明。

第十三条 保险期间与重新投保

本合同保险期间为一年。

本合同保险期间届满前，投保人可向本公司申请重新投保本保险，本公司审核同意后为投保人办理投保手续，并按重新投保当时被保险人的风险性质重新厘定费率并收取保险费。

第十四条 明确说明与如实告知

订立本合同时，本公司会向投保人说明本合同的内容。对本合同中免除本公司责任的条款，本公司在订立合同时会在投保单、保险单或者其它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。

本公司就投保人和被保险人的有关情况提出询问，投保人应当如实告知。

如果投保人故意或者因重大过失未履行前款规定的如实告知义务，足以影响本公司决定是否同意承保或者提高保险费率的，本公司有权解除本合同或取消该被保险人

的保险资格。

如果投保人故意不履行如实告知义务的，对于解除本合同或取消该被保险人的保险资格前发生的保险事故，本公司不承担给付保险金的责任，并不退还保险费。

如果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，对于解除本合同或取消该被保险人的保险资格前发生的保险事故，本公司不承担给付保险金的责任，但应当退还保险费。

本公司在合同订立时已经知道投保人未如实告知的情况的，本公司不得解除合同或取消该被保险人的保险资格；发生保险事故的，本公司承担给付保险金的责任。

第十五条 本公司合同解除权的限制

前条规定的合同解除权，自本公司知道有解除事由之日起，超过 30 日不行使而消灭。

第十六条 受益人

除另有约定外，本合同的各项保险金受益人为被保险人本人。

第十七条 保险事故通知

投保人或受益人应当在知道保险事故后 10 日内通知本公司。

如果投保人或受益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，本公司对无法确定的部分，不承担给付保险金的责任，但本公司通过其它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本公司确定保险事故的性质、原因、损失程度的除外。

第十八条 医疗机构

本合同中医疗机构分为三类：标准医院、优选医院和尊贵医院。

标准医院：如果被保险人在该类医院就诊，对于责任范围内的医疗费用，我们全额赔付。

优选医院：如果被保险人在该类医院就诊，对于责任范围内的医疗费用，我们按照 80% 比例赔付，剩余的部分由被保险人自己承担。

尊贵医院：如果被保险人在该类医院就诊，对于责任范围内的医疗费用，我们不予赔付，或者按照 60% 比例赔付，被保险人需要自己承担全部医疗费用或者剩余部分医疗费用。

如有特殊要求，可与本公司对赔付比例另作约定。

第十九条 保险金申请

（一）保险金申请方式

受益人可通过以下两种方式向本公司申请保险金：

1. 医疗费用直接结算

符合直接结算适用标准的被保险人在本合同中的直接结算医院进行住院或门诊治疗时，对于实际发生的属于保险责任范围的医疗费用，由本公司与该医院进行直接结算。

被保险人在直接结算医院就诊并进行直接结算，对于不属于保险责任范围内的医疗费用、超过相应限额的医疗费用、应当由被保险人按比例自付的医疗费用，上述费用应当由被保险人负担但该医院未向其收取的，在接到本公司通知后，被保险人应当将上述相应款项退还本公司。

2. 保险事故发生后申请给付保险金

不满足上述医疗费用直接结算条件的，受益人可于保险事故发生后向本公司申请

给付保险金。

（二）保险金申请所需材料

1. 基础医疗责任和优选医疗责任各项保险金的申请（除全球紧急救援和第二诊疗意见外）

由受益人填写保险金给付申请书，并提供下列证明和资料：

- （1）保险单或其它保险凭证；
- （2）受益人的有效身份证件；
- （3）医院出具的医疗费用原始凭证；
- （4）医疗费用结算清单；
- （5）医疗病历，包括但不限于病史描述、检查检验报告及药品明细和处方；
- （6）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。

2. 境外医疗费用的申请

由受益人填写保险金给付申请书，除提供上述第（1）至（6）项证明和资料外还需提供出入境证明，包括但不限于护照、签证、通行证、旅行证。

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权利文件。

以上证明和资料不完整的，本公司将及时一次性通知受益人补充提供有关证明和资料。

第二十条 保险金给付

本公司在收到保险金给付申请书及上述有关证明和资料后，将在5日内作出核定；情形复杂的，在30日内作出核定。另有约定的按约定内容执行。

对属于保险责任的，本公司在与受益人达成给付保险金的协议后10日内，履行

给付保险金义务。

本公司未及时履行前款规定义务的，除支付保险金外，会赔偿受益人因此受到的损失。如本公司要求投保人、被保险人或者受益人补充提供有关证明和资料的，上述 30 日期间会扣除投保人、被保险人或者受益人补充提供有关证明和资料期间，扣除期间自本公司作出的通知到达投保人、被保险人或者受益人之日起，至投保人、被保险人或者受益人按照通知要求补充提供的有关证明和资料到达本公司之日止。

对不属于保险责任的，本公司自作出核定之日起 3 日内向申请人发出拒绝给付保险金通知书并说明理由。

本公司在收到保险金给付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，本公司最终确定给付保险金的数额后，将支付相应的差额。

本公司按照支付保险费的币种给付保险金。如果发生的医疗费用的币种和本公司应给付的币种不同，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给付的币种后，计算并支付保险金。本公司不对任何由于货币兑换汇率的浮动可能造成的经济损失负责。

被保险人需要全球紧急救援、第二诊疗意见或优选健康管理服务的，可由本公司按合同约定提供有关服务，不直接向受益人给付保险金。

第二十一条 诉讼时效

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

第二十二条 年龄确定与错误处理

(一) 被保险人的年龄以周岁计算。

(二) 投保人在申请投保时，应将有效身份证件相符的被保险人的出生日期在投保单上填明，如果发生错误应按照下列方式办理：

1. 投保人申报的被保险人年龄不真实，并且其真实年龄不符合本合同约定投保年龄限制的，本公司有权解除本合同或取消该被保险人的保险资格，并向投保人退还该被保险人的现金价值。本公司行使合同解除权适用“第十五条 本公司合同解除权的限制”的规定。

2. 投保人申报的被保险人年龄不真实，致使投保人实付保险费少于应付保险费的，本公司有权更正并要求投保人补交保险费。若已经发生保险事故，在给付保险金时按实付保险费和应付保险费的比例给付。

3. 投保人申报的被保险人年龄不真实，致使投保人应付保险费多于应付保险费的，本公司会将多收的保险费退还给投保人。

第二十三条 被保险人变动

(一) 投保人因参保的团体成员变动需加保的，应书面通知本公司，本公司审核同意并收取相应保险费后，开始承担保险责任。

(二) 本合同有效期内，投保人因参加本保险的团体成员离职、丧失保险资格或身故需退保的，应书面通知本公司，本公司对相应被保险人（含该成员及其配偶和子女）的保险责任自该成员离职、丧失保险资格或身故之日起终止。本公司对投保人退还相应被保险人的现金价值。

第二十四条 联系方式变更

投保人的住所、通讯地址或电话等联系方式变更时，应及时以书面形式或双方认

可的其它形式通知本公司，若投保人未以书面形式或双方认可的其它形式通知的，本公司按本合同载明的最后住所或通讯地址所发送的有关通知，均视为已送达。

第二十五条 合同内容变更

在本合同有效期内，经投保人和本公司协商同意，可以变更本合同的有关内容。变更本合同的，应当由本公司在原保险单或者其它保险凭证上批注或附贴批单，或由投保人和本公司订立变更的书面协议。

第二十六条 投保人解除合同的手续

在本合同有效期内，投保人可以申请解除本合同。

(一) 投保人要求解除本合同时，须填写解除合同申请书并向本公司提供下列资料：

1. 保险单或其它保险凭证；
2. 投保人的有效身份证件或有效身份证明。

(二) 投保人要求解除本合同的，自本公司收到解除合同申请书时起，本合同终止。本公司于收到解除合同申请书之日起 30 日内对投保人退还本合同的现金价值。

第二十七条 争议处理

本合同履行过程中，双方发生争议不能协商解决的，可以达成仲裁协议通过仲裁解决，也可依法直接向有管辖权的中华人民共和国法院提起诉讼。与本合同有关的争议，应由中华人民共和国法律管辖，并应根据中华人民共和国法律予以解释。

第二十八条 释义

【本公司】指平安健康保险股份有限公司。

【团体】指中华人民共和国境内具有符合保险监管机构规定人数的成员的法人、

非法人组织以及其他不以购买保险为目的而组成的团体。

【成员】团体为机关或企事业单位的，成员指该团体中身体健康、正常工作的在职员工；团体为社会团体的，成员指该团体的会员以及正式工作人员；团体为其他不以购买保险为目的而组成的团体的，成员指团体中的各自然人。

【在职员工】指每周正常工作时间不少于 30 小时、且与投保单位存在劳动关系的全职员工，不包括临时工。

【配偶】指投保时与参加本保险的团体成员存在合法婚姻关系的丈夫或妻子。

【子女】指投保时参加本保险的团体成员的出生 28 日以上（并且已健康出院），19 周岁以下（含）（全日制学校学生至 23 周岁）且未婚的子女，包括婚生子女、非婚生子女、合法收养的子女和有扶养关系的继子女。

【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。

【有效身份证件】指政府有权机关颁发的能够证明其合法真实身份的证件或文件等，如居民身份证、按规定可使用的有效护照、营业执照等。

【被保险人】指本合同所附被保险人名册中所载人员。

【社会医疗保险】本合同所称的社会医疗保险包括城镇职工基本医疗保险、城镇居民基本医疗保险、新型农村合作医疗等政府举办的基本医疗保障项目。

【住院】指被保险人因疾病或意外伤害而入住医院之正式病房接受全日 24 小时监护治疗的过程，并正式办理入出院手续，**不包括入住门诊观察室、其它非正式病房或挂床住院。**

【挂床住院】指办理正式住院手续的被保险人，在住院期间每日非 24 小时在床、

在院。具体表现包括在住院期间连续若干日无任何治疗，只发生护理费、诊疗费、床位费等情况。

【保险事故】指保险合同约定的保险责任范围内的事故。

【意外伤害事故】指外来的、突发的、非本意的、非疾病的使身体受到伤害的客观事件。

【保险金额】指本公司承担相应赔偿或者给付保险金责任的最高限额。

【每次住院】指被保险人因意外伤害或疾病住院治疗，自入院日起至出院日止之期间；但若因同一原因再次住院，且前次出院与下次住院之间间隔未超过 30 日，视为同一次住院。

【医生】指具有医疗职业资格的人员，包括内科医生、全科医生、专业医生、医学顾问以及其它任何在相应准许和训练范围内从事医疗服务的人员。

【医疗机构】指在本合同中列明的医院。由于各医院的收费水平会发生变化，我方将跟踪分析并及时更新和公布医院。医院发生变更时，我们会通知您，您可以通过我们的服务电话或网站查询。

【医学必要】指被保险人接受治疗或服务、使用器械或服用药品符合以下条件：

（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；

（二）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；

（三）与接受治疗当地普遍接受的医疗专业实践标准一致；

（四）非主要为了个人舒适或为了被保险人父母、家庭、医师或其它医疗提供方的方便；

(五) 非病人学术教育或职业培训的一部分或与之相关;

(六) 非试验性或研究性。

【专业护士】指国家护士注册机构护士登记名册中登记在案的护士。

【处方药】指凭医生处方才能获得的药物。

【精神疾病】依照世界卫生组织《疾病和有关健康问题的国际统计分类》(ICD-10)确定属于精神及行为障碍的疾病。

【注意缺陷症】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】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它相关精神障碍, 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。

【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。

【顺势治疗】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。

【急性病】指疾病病程短、病情相对严重(特别是严重急性病或外伤), 需要短期治疗的疾病。

【艾滋病】指人类免疫缺陷病毒引起的获得性免疫力缺乏综合症, 英文缩写为 AIDS。

【艾滋病病毒】指人类免疫缺陷病毒, 英文缩写为 HIV。

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。

【既往症】指在本合同生效之前罹患的被保险人已知或应该知道的有关疾病或症状。通常有以下情况：

(1) 本合同生效前，医生已有明确诊断，长期治疗未间断；

(2) 本合同生效前，医生已有明确诊断，治疗后症状未完全消失，有间断用药情况；

(3) 本合同生效前发生，医生已有明确诊断，但未予治疗；或者未经医生诊断和治疗，但症状明显且持续存在，以普通人医学常识应当知晓。

【殴斗】指因被保险人挑衅或故意行为而导致的打斗。

【醉酒】指每百毫升血液的酒精含量大于或等于 100 毫克。

【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它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。

【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。

【攀岩】指攀登悬崖、楼宇外墙、人造悬崖、冰崖、冰山等运动。

【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。

【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。

【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、放射性物质和其它有毒、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。

【医疗事故】指医疗机构及其医务人员在医疗活动中，违反医疗卫生管理法律、行政法规、部门规章和诊疗护理规范及常规，过失造成患者人身损害的事故。

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

【无合法有效驾驶证驾驶】指下列情形之一：

（一）没有取得驾驶资格；

（二）驾驶与驾驶证准驾车型不相符合的车辆；

（三）持审验不合格的驾驶证驾驶；

（四）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。

【无有效行驶证】指下列情形之一：

（一）未取得行驶证；

（二）机动车被依法注销登记的；

（三）未依法按时进行或通过机动车安全技术检验。

【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。

【直接结算医院】指本合同中列明的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接结算医院。直接结算医院发生变更时，我们会通知您，您也

可以通过我们的服务电话或网站查询。对部分直接结算医院我们还可提供门诊预约服务，您可通过服务电话查询并进行预约。

【现金价值】 现金价值 = 净保险费 × (1 - 保险经过日数/保险期间的日数)，经过日数不足 1 日的按 1 日计算，且计算时应考虑等待期的影响。

净保险费指投保人所支付的保险费扣除每张保险单平均承担的本公司各项费用（含营业费用、代理费、各项税金、保险保障基金等）后的余额，扣除部分占所支付保险费的 25%。

对保险费中的优选健康管理服务的费用另有约定的，按约定执行。

【离职】 指投保人与被保险人解除劳动关系、投保人与被保险人的劳动合同到期终止以及其它被保险人不在投保人处从事工作，且投保人同意解除劳动关系或劳动关系终止处理的情形。

平安全球（2018）团体医疗保险保障计划表

（示例表）

单位：人民币 CNY/港币 HKD/美元 USD

保险金额	CNY1,000,000	CNY 2,000,000/ HKD2,500,000	CNY 8,000,000/ USD1,333,000	CNY 8,000,000/ USD1,333,000
保障区域范围	中国大陆	中国大陆及港澳台地区/亚洲	全球除美国和加拿大	全球
优选医院赔付比例	80%	80%	100%	100%
尊贵医院赔付比例	0%	0%	60%	60%
各项保险责任	最高给付金额/最高给付次数			
基础医疗责任				
一、一般疾病或项目住院医疗保险金（限180日每年）				
1. 床位费、护理费	中国大陆境内： 标准单人病房 中国大陆境外： 标准半私病房	中国大陆境内： 标准单人病房 中国大陆境外： 标准半私病房	中国大陆境内： 标准单人病房 中国大陆境外： 标准半私病房	中国大陆境内： 标准单人病房 中国大陆境外： 标准半私病房
2. 膳食费	CNY200 每日	CNY 200 每日/ HKD250 每日	CNY 400 每日/ USD67 每日	CNY 500 每日/ USD83 每日
3. 检查检验费、治疗费	全额理赔	全额理赔	全额理赔	全额理赔
4. 医生费				
5. 药品费				
6. 非器官移植手术费				
7. 器官移植手术费				
8. 加床费				
9. 重症监护室床位费				
10. 家庭护理费（限100日每年）	不提供	不提供	全额理赔	全额理赔
11. 临终关怀医疗费（限45日每年）	不提供	不提供	CNY 50,000 每年 / USD8,333 每年	CNY 50,000 每年 / USD8,333 每年
12. 救护车使用费	全额理赔	全额理赔	全额理赔	全额理赔
二、一般疾病或项目门诊医疗保险金	CNY20,000 每年	CNY 50,000 每年 /	无限额	无限额

		HKD62,500 每年		
1. 医生诊疗费	全额理赔	全额理赔	全额理赔	全额理赔
2. 检查检验费、治疗费				
3. 门诊手术费				
4. 药品费	CNY 10,000 每年	CNY 20,000 每年 / HKD25,000 每年	全额理赔	全额理赔
5. 意外牙科治疗费	不提供	CNY 5,000 每年/ HKD6,250 每年	CNY 20,000 每年 / USD3,333 每年	CNY 40,000 每年 / USD6,667 每年
6. 激素替代治疗费	不提供	CNY 50,000 每年 / HKD62,500 每年	全额理赔	全额理赔
7. 婴幼儿免疫和检查费	CNY 2,000 每年	CNY 2,000 每年/ HKD2,500 每年	CNY 3,000 每年/ USD500 每年	CNY 4,000 每年/ USD667 每年
8. 救护车使用费	全额理赔	全额理赔	全额理赔	全额理赔
优选医疗责任				
三、特殊疾病或项目 医疗保险金				
1. 特殊门诊医疗费	CNY 100,000 每年	CNY 150,000 每年/ HKD187,500 每年	CNY 200,000 每年/ USD33,300 每年	CNY 200,000 每年/ USD33,300 每年
2. 耐用医疗设备购买 或租赁费	不提供	CNY 20,000 每年/ HKD25,000 每年	CNY 30,000 每年/ USD5,000 每年	CNY 30,000 每年/ USD5,000 每年
3. 精神疾病治疗费 (住院限 30 日每年)	不提供	不提供	CNY 100,000 每年/ USD16,150 每年 门诊 20 次每年	CNY 200,000 每年/ USD32,300 每年 门诊 40 次每年
4. 物理治疗、中医疗 疗及特殊疗法费, 中 草药费用	不提供	15 次每年、 CNY600 每次/ HKD750 每次	15 次每年、 CNY1,000 每次/ USD167 每次	15 次每年、 CNY1,000 每次/ USD167 每次
四、女性生育保险金 (每次生育的费用给 付限额)	不提供	CNY 40,000 / HKD50,000	CNY 80,000 / USD13,330	CNY 80,000 / USD13,330
1. 检查及分娩费: 包	不提供	全额理赔	全额理赔	全额理赔

括产前产后检查、产前维生素和钙剂、B超检查、分娩、流产的费用				
2. 妊娠相关疾病治疗费	不提供	CNY 20,000 / HKD25,000	CNY 40,000 / USD6,667	CNY 40,000 / USD6,667
3. 新生儿 14 日护理费、免疫费、治疗费	不提供	全额理赔	全额理赔	全额理赔
五、牙科医疗保险金	CNY 2,000 每年	CNY 2,000 每年/ HKD2,500 每年	CNY 6,000 每年/ USD1,000 每年	CNY 8,000 每年/ USD1,333 每年
1. 基本牙科治疗	80% 赔付	80% 赔付	80% 赔付	80% 赔付
2. 重大牙科治疗	50% 赔付	50% 赔付	50% 赔付	50% 赔付
六、眼科保险金				
1. 眼科检查费	不提供	不提供	CNY 600 每年/ USD100 每年 限一次	CNY 600 每年/ USD100 每年 限一次
2. 眼镜费	不提供	不提供	CNY 1,000 每年/ USD167 每年 限一次	CNY 1,000 每年/ USD167 每年 限一次
七、紧急医疗保险金	CNY 500,000 每年	CNY 500,000 每年/ HKD625,000 每年	CNY 500,000 每年/ USD83,300 每年	—
八、全球紧急救援	按合同约定提供	按合同约定提供	按合同约定提供	按合同约定提供
九、第二诊疗意见	按合同约定提供	按合同约定提供	按合同约定提供	按合同约定提供
优选健康管理服务				
十、健康体检	不提供	1 次每年	1 次每年	1 次每年
十一、口腔保健	不提供	1 次每年	1 次每年	1 次每年
十二、其他健康管理服务	按合同约定提供	按合同约定提供	按合同约定提供	按合同约定提供

注：全球紧急救援、第二诊疗意见及优选健康管理服务由本公司按照合同约定提供服务，不受医院赔付比例限制。