

附件 1:



请扫描以查询验证条款

阅读指引

本阅读指引有助于您理解条款，对“平安尊优人生全球（2020 版）医疗保险”内容的解释以条款为准。



您拥有的重要权益

- ❖ 签收本主险合同后 10 日内您可以要求全额退还保险费.....1.6
- ❖ 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.....5.1

您应当特别注意的事项

- ❖ 我们对免除保险人责任的条款作了特别提示，详见条款正文中背景突出显示的内容..... 2.1、2.2、2.3、3.2、3.3、4.1、6.1、6.2、7
- ❖ 退保会给您造成一定的损失，请您慎重决策.....5.1
- ❖ 您应当按时支付保险费.....4.1
- ❖ 您在接受部分医疗项目前，应通知我们，并经我们同意后方可就诊或治疗，否则我们承担的保险责任将会减少，详见条款正文中背景突出显示的内容.....2.2
- ❖ 费用型医疗险是适用补偿原则的.....2.2
- ❖ 您有及时向我们通知保险事故的责任3.2
- ❖ 请留意条款所称各类医院的特定含义.....2.1、7.4、7.5、7.50
- ❖ 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7
- ❖ 本主险合同的保险期间为 1 年.....1.7



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。条款目录如下：

1. 您与我们的合同	5. 如何解除保险合同	7.14 物理治疗及其他特殊治疗	7.35 贵金属
1.1 合同构成	5.1 合同解除	7.15 顺势治疗	7.36 《疾病和有关健康问题的国际统计分类》（ICD-10）
1.2 合同成立与生效	6. 其他需要关注的事项	7.16 针灸治疗	7.37 醉酒
1.3 保险对象	6.1 明确说明与如实告知	7.17 精神疾病治疗	7.38 毒品
1.4 投保年龄	6.2 年龄错误	7.18 注意缺陷症	7.39 潜水
1.5 保障区域	6.3 合同内容变更	7.19 注意缺陷多动障碍	7.40 攀岩
1.6 犹豫期	6.4 联系方式变更	7.20 感染艾滋病病毒或患艾滋病	7.41 探险
1.7 保险期间	6.5 效力终止	7.21 耐用医疗设备购买或租赁费	7.42 武术比赛
2. 我们提供的保障	6.6 争议处理	7.22 中医门诊费	7.43 特技表演
2.1 保障计划和医疗机构	7. 释义	7.23 化学疗法	7.44 职业病
2.2 保险责任	7.1 同时参保	7.24 放射疗法	7.45 医疗事故
2.3 责任免除	7.2 周岁	7.25 肿瘤免疫疗法	7.46 酒后驾驶
2.4 其他免责条款	7.3 有效身份证件	7.26 肿瘤内分泌疗法	7.47 无合法有效驾驶证驾驶
3. 如何申请领取保险金	7.4 医院	7.27 肿瘤靶向疗法	7.48 无有效行驶证
3.1 受益人	7.5 特定医院	7.28 次限额	7.49 机动车
3.2 保险事故通知	7.6 住院	7.29 每次治疗	7.50 直接结算医院
3.3 保险金申请	7.7 意外伤害	7.30 保险金额	7.51 现金价值
3.4 保险金的给付	7.8 保险事故	7.31 全球紧急救援	7.52 生育并发症
3.5 诉讼时效	7.9 住院医疗费用	7.32 既往症	附表：平安尊优人生全球（2020 版）医疗保险计划表
4. 如何支付保险费	7.10 医学必要	7.33 遗传性疾病	
4.1 保险费的支付	7.11 专业护士	7.34 先天性畸形、变形或染色体异常	
4.2 重新投保费率调整	7.12 基本医疗保险		
4.3 家庭保单	7.13 门诊急诊医疗费用		
4.4 同时参保情况下的重新投保			

平安尊优人生全球（2020 版）医疗保险条款

在本条款中，“您”指投保人，“我们”、“本公司”均指平安健康保险股份有限公司。

① 您与我们的合同

- 1.1 合同构成** 本保险条款、保险合同、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、批单、附加险合同、其他书面协议都是您与我们之间订立的保险合同的构成部分。
“平安尊优人生全球（2020 版）医疗保险”以下简称为“本主险合同”。
- 1.2 合同成立与生效** 您提出投保申请，我们审核您的投保申请和被保险人健康状况后同意承保，本主险合同成立。
本主险合同自我们同意承保，并签发保险单时开始生效，我们开始承担保险责任的时间以保单记载的起讫时间为准。
- 1.3 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。在保险期间内，被保险人应当在中国大陆、香港、澳门特别行政区及台湾地区（以下简称“大陆及港澳台”）居住合计满三分之二或以上的时间；投保时不属于此种情形或者保险期间内发生变化的，被保险人应当在投保前或者发生变化时告知保险人，保险人有权据此调整承保条件或者保险费率，具体以合同载明的为准。
被保险人的家庭成员若满足上述条件，可以与被保险人**同时参保**（见7.1）本保险。家庭成员仅指投保时具有合法婚姻关系的配偶及被保险人的未成年子女。
- 1.4 投保年龄** 指投保时被保险人的年龄，投保年龄以**周岁**（见7.2）计算。
本产品接受的投保年龄为0周岁至65周岁，投保时被保险人为0周岁的，应当为出生满28日且已健康出院的婴儿。但被保险人年满99周岁前（含99周岁），如您在上一个保险期间届满60日内提出重新投保申请、且经我们审核符合承保条件的，我们仍然同意承保。
如您在上一个保险期间届满60日后提出重新投保申请，视为首次投保，需要重新核保，投保成功的需要重新计算等待期。
投保时被保险人未满18周岁的，应当与其父母（或其中一人）同时参保。
- 1.5 保障区域** 根据您选择的保险计划不同，本主险合同的保障区域以保险合同载明为准。被保险人在保险合同载明的保障区域外就医的，不属于保险责任范围，请您在投保时审慎考虑。
- 1.6 犹豫期** 自您收到本主险合同次日起，有10日的犹豫期。在此期间请您认真审视本主险合同，如果您认为本主险合同与您的需求不相符，您可以在此期间提出解除本主险合同，我们将无息退还您所支付的全部保险费。
解除本主险合同时，您需要填写申请书，并提供您的保险合同及**有效身份**

证件（见 7.3）。自我们收齐上述资料时起，本主险合同即被解除，犹豫期内解除保险合同的，合同解除前发生的**保险事故**（见 7.8）我们不承担保险责任。

- 1.7 **保险期间** 本主险合同的保险期间为 1 年，**非保证续保**。保险期间届满后，若您要继续享有本产品提供的保障，您需要重新投保以取得新的保险合同。本公司审核同意后为投保人办理承保手续，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。
- 若保险期间届满时，本主险产品已停止销售，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 **保障计划和医疗机构** 本主险合同的保险金赔付总限额、保险责任（详见 2.2 条）中各项保险金的限额、各项保险金范围内的分项限额、各项保险金细分项赔付次数限制、每次保险事故赔付次数限额等本条款未提及的约定，均在保险计划中约定。保险计划由您在投保时与我们确定，并以本条款 1.1 条所列明的形式明确。本主险合同中称**医院**（见 7.4）分为以下两类：
- （一）**全额赔付医院**
- 如被保险人在全额赔付医院就医，对于保险责任范围内的医疗费用，给付比例为 100%。符合医院定义但不属于如下所述特定医院的，皆为全额赔付医院。
- （二）**特定医院**（见 7.5）
- 如被保险人在特定医院就医，对于保险责任范围内的医疗费用，给付比例为 0%、70% 或 100%，具体给付比例由您在投保时选择的保障计划确定。
- 2.2 **保险责任** 在本主险合同有效期内，我们承担如下保险责任：
- 等待期** 被保险人在等待期被确诊罹患疾病、确认怀孕或医学检查检验指标异常，由此而导致的以下各项保险金赔付责任相关的医疗费用，无论此等费用是否发生在等待期内，我们都不承担本主险合同所有赔付保险金的责任。被保险人在等待期内在医院门急诊就医、**住院**（见 7.6）就医或接受检查，无论检查结果是否发生在等待期内，因此等就医和检查结果所导致的所有后续医疗费用，我们都不承担本主险合同所有赔付保险金的责任。本主险合同下不同的保险金赔付责任等待期不同，详情请参见各项保险金相关约定。
- 以下两种情形，无等待期：
- （1）因**意外伤害**（见 7.7）发生上述情形的；
- （2）您在上一保险期间届满 60 日内，在不增加我们保险责任的前提下重新投保本产品的。
- 如果在等待期后发生**保险事故**（见 7.8），我们承担下列保险责任：
- 住院医疗保险金** 被保险人因疾病或意外伤害经医院确诊必须**住院**（见 7.6）治疗的，对于住院期间发生的合理且必要的**住院医疗费用**（见 7.9），在扣除被保险人已按**基本医疗保险**（见 7.12）或公费医疗有关规定取得的的医疗费用补偿后，

我们按被保险人所住医院的类别对应的给付比例，在各项费用的年限额、日限额和最高给付日数范围内给付住院医疗保险金。本项保险金的给付比例、年限额、日限额及最高给付日数由保险计划约定。

在每一保单年度内，我们仅对被保险人住院累计180日内发生的上述各项费用承担保险责任。

对于属于本主险合同“特定治疗项目医疗保险金”、“特殊门诊医疗保险金”保险责任范围内的医疗费用和所有牙科原因发生的医疗费用，均不属于本项住院医疗保险金的赔付范围。

本项保险金的等待期为自本主险合同生效之日起30日。

门诊急诊医疗保险金

被保险人因疾病或意外伤害需要门诊急诊治疗的，对于每次在医院治疗发生的合理且必要的**门诊急诊医疗费用**（见7.13），在扣除被保险人已按基本医疗保险或公费医疗有关规定取得的的医疗费用补偿后，我们按被保险人所在医院的类别对应的给付比例及责任的赔付比例，在各项费用的年限额范围内赔付门诊医疗保险金。本项保险金的给付比例、年限额、日限额及最高给付日数见附表。

对于属于本主险合同“特定治疗项目医疗保险金”、“特殊门诊医疗保险金”保险责任范围内的医疗费用和所有牙科原因发生的医疗费用，均不属于本项门诊急诊医疗保险金的赔付范围。

本项保险金的等待期为自本主险合同生效之日起30日。

特定治疗项目医疗保险金

被保险人在医院进行**物理治疗及其他特殊治疗**（见7.14）、**精神疾病治疗**（见7.17）、因**感染艾滋病病毒或患艾滋病**（见7.20）进行治疗、年满18周岁且在本次怀孕之前已经持续有效地作为本保险合同的被保险人180日或更长时间的女性被保险人在保险期间内因发生**生育并发症**（见7.52）接受医学必要的治疗而发生的**治疗费用**，或者在医院进行治疗时发生**耐用医疗设备购买或租赁费**（见7.21）、**中医门诊费**（见7.22），对于其每次在医院进项上述特殊疾病治疗项目发生的合理且必要的费用或经医院专科医生确认有必要进行上述特殊项目医疗而产生的医疗费用，在扣除被保险人已按基本医疗保险或公费医疗有关规定取得的的医疗费用补偿后，我们按被保险人所在医院的类别对应的给付比例，在各项费用的年限额、**次限额**（见7.28）、最高给付次数以及最高给付日数范围内给付特殊疾病或项目医疗保险金。本项保险金的给付比例、年限额、次限额、最高给付次数以及最高给付日数根据您选择的保险计划确定，详见附表。

精神疾病治疗项目和生育并发症治疗项目的等待期为自本主险合同生效之日起180日，其他特定治疗项目的等待期为自本主险合同生效之日30日。

特殊门诊医疗保险金

被保险人在医院进行门诊肾透析、门诊恶性肿瘤治疗，包括**化学疗法**（见7.23）、**放射疗法**（见7.24）、**肿瘤免疫疗法**（见7.25）、**肿瘤内分泌疗法**（见7.26）、**肿瘤靶向疗法**（见7.27）治疗，对于其每次在医院治疗发生的合理且必要的特殊门诊医疗费用，在扣除被保险人已按基本医疗保险或公费医疗有关规定取得的的医疗费用补偿后，我们按被保险人所在医院的类别对应的给付比例，在年限额范围内给付特殊门诊医疗保险金。本项保险金的给付比例、年限额见附表。

本项保险金等待期为自本主险合同生效之日30日。

牙科意外医疗

被保险人因意外伤害需要牙科治疗的，对于在该意外伤害发生之日起7日

保险金

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而发生的合理且必要的紧急治疗和修复的费用（不包括牙科例行检查和牙病的诊治），在扣除被保险人已按基本医疗保险或公费医疗有关规定取得的医疗费用补偿后，我们按被保险人所在医院的类别对应的给付比例，在年限额范围内给付牙科意外医疗保险金。本项保险金的给付比例、年限额见附表。

可选责任： 牙科疾病医疗 保险金

被保险人因患牙科疾病需要牙科门诊治疗的，对于每次在医院治疗发生的下列合理且必要的牙科门诊医疗费用，在扣除被保险人已按基本医疗保险或公费医疗有关规定取得的医疗费用补偿后，我们按如下责任对应的给付比例，在年限额范围内给付牙科疾病医疗保险金：

（一）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）。

（二）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。

本项保险金的给付比例、年限额根据您选择的可选责任计划确定，详见附表。如您在投保时没有选择本项可选责任，则本项保险责任范围内的相关费用我们不会赔付。

本项保险金基本牙科治疗责任的等待期为本主险合同生效之日起 90 日，重大牙科治疗责任的等待期为本主险合同生效之日起 180 日。

可选责任： 体检及疫苗保 险金

本项责任为可选责任，您可以在投保时选择是否在支付额外保险费的前提下在保险合同中增加本项保险责任。如果您在投保时没有选择本项保险责任并支付额外的保险费，本项责任不在保险责任范围内。对于被保险人发生的约定范围内的合理且必要的体检及疫苗费用，我们在本主险合同约定的年限额范围内给付体检及疫苗保险金：

（一）体检费：被保险人每年一次全身体检费以及相关检查化验费，免疫费，常规检查化验费，属保险责任范围内的医疗费用，在扣除被保险人已按基本医疗保险或公费医疗有关规定取得的医疗费用补偿后，我们按被保险人所在医院的类别对应的给付比例，在各项费用的年限额范围给付门诊医疗保险金。本项保险金的给付比例、年限额、日限额及最高给付日数见附表。

（二）疫苗费：我们将支付被保险人的下列免疫费用：

1. 白百破（白喉、百日咳和破伤风）
2. MMR（麻疹、腮腺炎和风疹）
3. B 型流行感冒嗜血杆菌
4. 脊髓灰质炎
5. 流感
6. 乙肝
7. 水痘
8. 肺炎
9. 脑膜炎
10. 人乳头状瘤病毒
11. 当地医疗监管部门规定的其他计划内疫苗

本项保险金的给付比例、年限额根据您选择的可选责任计划确定，详见附表。如您在投保时没有选择本项可选责任，则本项保险责任范围内的相关费用我们不会赔付。

本项保险金的等待期为本主险合同生效之日起 30 日。

最高给付金额

对于上述各项保险责任，被保险人不论一次或多次在医院进行治疗，我们均按上述约定给付各项保险金，但各项费用的累计给付金额以不超过各对应项最高给付金额为限，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，我们对被保险人的该项保险责任终止；各项费用的累计给付日、次数以不超过各对应项最高给付日、次数为限，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，我们对被保险人的该项保险责任终止；累计给付金额以不超过被保险人的**保险金额**（见 7.30）为限，累计给付金额达到保险金额时，我们对被保险人的保险责任终止。保险金额见附表。

补偿原则

对于上述各项保险金，若被保险人已从基本医疗保险、公费医疗、工作单位、本公司在内的任何商业保险机构以及其他机构或个人取得补偿的，我们将按上述约定的赔偿范围、给付比例、费用限额、最高给付日数及最高给付次数计算得出的金额给付保险金，且最高给付金额不超过被保险人实际发生的医疗费用扣除其所获补偿后的余额。

我们提供的服务：

在本主险合同有效期内，我们为被保险人提供以下服务：

1. 私家医生
2. 网络医院门诊预约
3. 驻点导诊
4. 住院绿通
5. 国内外网络医院直接结算
6. 慢病送药
7. 国内外二次诊疗
8. **全球紧急救援**（见 7.31）

本项服务的详细内容及次数限制以合同及服务手册载明为准。

预授权

被保险人拟接受下列医疗项目前，应通过服务热线或指定的其他途径向我们提出预授权申请：

- （一）单价大于 5000 元的单项检查；
- （二）所有住院治疗；
- （三）全麻门诊手术；

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 小时之内通知我们。

被保险人在进行上述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我们的，对于被保险人发生的合理且必要的医疗费用，我们将按合同约定的赔偿范围、赔付比例、费用限额、最高给付日数及最高给付次数计算得出的金额，再乘以 60%的比例给付保险金。

2.3 责任免除

因下列情形之一，造成被保险人医疗费用支出的，我们不承担给付保险金的责任：

- （一）被保险人所患**既往症**（见 7.32）及保险单中特别约定的除外疾病引起的相关费用；
- （二）**遗传性疾病**（见 7.33），**先天性畸形、变形或染色体异常**（见 7.34）引起的医疗费用；

(三) 疗养、视力矫正手术、本主险合同中未列明的健康体检项目、非意外事故所致整容手术；

(四) 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；

(五) 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；

(六) 各种健美治疗项目，包括但不限于营养、减肥、增胖、增高费用；

(七) 包括不孕不育治疗、人工受精在内的所有助孕治疗、怀孕、分娩（含难产）、任何原因的流产、堕胎、节育（含绝育）、产前产后检查以及由以上原因引起的并发症（但本主险合同7.52条约定的并发症除外）；

(八) 包皮环切术、包皮气囊扩张术、性功能障碍治疗；

(九) 美白牙齿，以美容为目的的牙齿处理、种植牙、嵌体、正畸治疗、贴面以及任何牙科治疗过程中使用的**贵金属**（见 7.35）材料的相关费用；

(十) 除心脏瓣膜、人工晶体、人工关节之外的其他人工器官材料费、安装和置换等费用、各种康复治疗器械、假体、义肢、自用的按摩保健和治疗用品、所有非处方医疗器械；

(十一) 本主险合同中未列明的耐用医疗设备的购买或租赁费用；

(十二) 被保险人患性病引起的医疗费用；

(十三) 未经医生处方自行购买的药品、滋补类中草药及其泡制的各类酒制剂、医生开具的超过 90 天部分的药品费用；

(十四) 各种医疗咨询和健康预测：如健康咨询、睡眠咨询、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**》（ICD-10）（见 7.36）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）等费用；

(十五) 超出通常惯例的医疗费用；

(十六) 投保人对被保险人的故意杀害、故意伤害；

(十七) 被保险人故意自伤、故意犯罪或抗拒依法采取的刑事强制措施；

(十八) 被保险人殴斗、**醉酒**（见 7.37），主动吸食或注射**毒品**（见 7.38）；

(十九) 被保险人在进行符合以下一项或多项标准的高风险运动过程中发生意外事故导致的医疗：

- 运动过程中必然涉及 2 米以上水深的水面或水下运动，包括但不限于各类、各级别的**潜水**（见 7.39）、自然水域游泳（包括人工湖或人工水库）、跳水运动；
- 运动过程中必然涉及距离普通正常理解的地面超过 10 米的高空的运动，包括但不限于跳伞、蹦极、非商业性的驾驶飞机飞行、滑翔机或滑翔伞、**攀岩**（见 7.40）等；
- 运动过程中必然涉及冰面高速运动或雪地高速运动的业余或职业运动竞赛，包括但不限于各类竞速滑冰运动或花样滑冰运动、冰球、滑雪运动；
- 运动过程中进入未经人工开发的区域，包括但不限于各类**探险**（见 7.41）运动和除商业航线飞行外的航空航天活动
- 各类搏击或军事运动，如**武术比赛**（见 7.42）、摔跤比赛、彩弹射击等仿真枪战运动；
- 各类**特技表演**（见 7.43）

· 除竞走、跑步以外的竞速运动，如赛马、赛车等

(二十) 由于**职业病**（见 7.44）、**医疗事故**（见 7.45）引起的医疗费用；

(二十一) 被保险人**酒后驾驶**（见 7.46）、**无合法有效驾驶证驾驶**（见 7.47）或驾驶**无有效行驶证**（见 7.48）的**机动车**（见 7.49）导致交通意外引起的医疗费用；

(二十二) 核爆炸、核辐射或核污染、化学污染；恐怖袭击、战争、军事冲突、暴乱或武装叛乱；

(二十三) 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）；

(二十四) 被保险人接受实验性治疗，即未经科学或医学认可的医疗；

(二十五) 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批准的药品或药物。

(二十六) 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。

(二十七) 代诊，无原始发票的费用，电话咨询费，没有按时就诊的预约费用，非医师处方要求的服务费用，不在执业范围的医疗服务费用，不符合专业认可标准或者为进行适当治疗所不必要的医疗和牙科服务费用，非医学必需的费用，超过通常惯例水平的费用；

2.4 其他免责条款

除“2.3 责任免除”外，本主险合同中还有一些免除保险人责任的条款，详见“2.2 保险责任”、“3.2 保险事故通知”、“6.2 年龄错误”、“7 释义”及附表中背景突出显示的内容。

③

如何申请领取保险金

3.1 受益人

除另有约定外，本主险合同的受益人为被保险人本人。

3.2 保险事故通知

请您或受益人在知道保险事故发生后 10 日内通知我们。

如果您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，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。

3.3 保险金申请

在申请保险金时，请按照下列方式办理：

保险金申请方式

受益人可通过以下两种方式向我们申请保险金：

（一）医疗费用直接结算

被保险人向我们申请直接结算，经我们同意的，对于被保险人在**直接结算医院**（见 7.50）发生的保险责任范围内的医疗费用，我们将与该医院直接结算。

被保险人在直接结算医院就诊并进行直接结算的，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，上述费用应由被保险人负担但该院未向其收取的，在接到本公司通知后十日内，被保险人应当将上述相应款项退还本公司，**未退还期间本公司有权中止医疗费用**

直结结算服务。

(二) 保险事故发生后申请给付保险金
受益人还可于保险事故发生后向我们申请给付保险金。

保险金申请所需材料

由受益人填写保险金给付申请书，并提供下列证明和资料：

- (一) 保险合同；
 - (二) 受益人的有效身份证件；
 - (三) 医院出具的入出院证明或门诊证明；
 - (四) 医院出具的医疗诊断书及住院或门诊发生医疗费用的原始凭证、医疗费用结算清单、病历（若申请手术费用保险金还需提供手术费用的原始凭证）；
 - (五) 检查检验报告及药品明细和处方；
 - (六) 所能提供的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，我们将及时一次性通知受益人补充提供有关证明和资料。

3.4 保险金的给付

我们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。

对属于保险责任的，我们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；若我们在收到保险金给付申请书及上述有关证明和资料后第 30 日仍未作出核定，除支付保险金外，我们将从第 31 日起按超过天数赔偿受益人因此受到的利息损失。如我们要求投保人、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，扣除期间自我们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保险人之日止。利息按照我们公示的利率按单利计算，且保证该利率不低于中国人民银行公布的同期金融机构人民币活期存款基准利率。

对不属于保险责任的，我们自作出核定之日起 3 日内向受益人发出拒绝给付保险金通知书并说明理由。

我们在收到受益人的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；我们最终确定给付保险金的数额后，将支付相应的差额。

被保险人在境外发生医疗费用，我们的各项保险金均按医疗费用结算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人民币汇率中间价换算成人民币支付。

被保险人需要全球紧急救援的，可由我们按合同约定提供有关服务。

3.5 诉讼时效

受益人向我们请求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。

4

如何支付保险费

4.1 保险费的支付

本主险合同的费率按照被保险人年龄、是否有基本医疗保险或公费医疗及投保时您所选计划确定。您应当在保险期间开始前一次性全额支付保险费，否则我们对您未支付保险费期间发生的保险事故不承担保险责任。

- 4.2 **重新投保费率调整** 您的保费会随着您的年龄增长而变化。同时，根据您投保时前 365 天内单个被保险人在门诊急诊医疗保险金项下理赔的次数，我们将在您针对该被保险人重新投保时的保险费作如下调整：
- 1、门诊急诊医疗保险金责任范围内理赔超过 10 次且未超过 15 次，您重新投保的保险费将在被保险人对应年龄的基准保险费基础上上浮 10%。
 - 2、门诊急诊医疗保险金责任范围内理赔超过 15 次，您重新投保的保险费将在被保险人对应年龄的基准保险费基础上上浮 30%。
- 被保险人在同一天内于同一家医院进行一次门诊或急诊就诊，且我们支付了门诊急诊医疗保险金，即视为一次理赔。
- 我们进行保险费率调整后，您须按调整后重新投保当时的保险费率支付保险费，保险费率调整前您已经支付的保险费不受影响。
- 如果您不同意费率调整的，您可以放弃重新投保本保险。
- 4.3 **家庭保单** 被保险人的家庭成员若与被保险人**同时参保**本保险，且投保人数在 2 人及以上时，可享受家庭费率，家庭费率为各被保险人基准费率的 95%。家庭成员仅指主被保险人在投保时具有合法婚姻关系的配偶及其未成年子女。
- 4.4 **同时参保情况下的重新投保** 同时参保情况下，您可以为同时参保的所有被保险人或者部分被保险人申请重新投保。
- 若您为同时参保的所有被保险人或部分被保险人申请重新投保，且符合“4.3 家庭保单”人数规定的，我们按照家庭费率收取保费。对于不符合“4.3 家庭保单”人数规定的，我们按照本主险合同重新投保当时对应的个人费率收取保费，不再享受家庭费率。

5 如何解除保险合同

- 5.1 **合同解除** 您可以申请解除本主险合同，请填写解除合同申请书并向我们提供下列资料：
- (一) 保险合同；
 - (二) 您的有效身份证件。
- 自我们收到解除合同申请书时起，本主险合同终止。我们自收到解除合同申请书之日起 30 日内向您退还本主险合同的**现金价值**（见 7.51）。
- 您申请解除合同会遭受一定损失。
- 解除合同后，您会失去原有的保障。
- 同时参保情况下的合同解除** 同时参保情况下，您可以为同时参保的所有被保险人或者部分被保险人申请解除保险合同。
- 若您为同时参保的所有被保险人申请解除保险合同，则整个合同解除，我们对同时参保的所有被保险人的保险责任全部终止，并退还本主险合同的**现金价值**。
- 若您为同时参保的部分被保险人申请解除保险合同，我们对这部分被保险人的保险责任终止，并退还其主险合同的**现金价值**。若剩余的被保险人中有不符合“1.4 投保年龄”限制的，我们对这部分被保险人的保险责任终止，并退还其主险合同的**现金价值**；对于符合“1.4 投保年龄”限制的被保险人，我们仍承担保险责任。**若剩余的被保险人不符合 4.3 条家庭保单**

的条件，我们将在退还本主险合同现金价值时扣除您应补缴的保险费。

⑥ 其他需要关注的事项

- 6.1 **明确说明与如实告知** 订立本主险合同时，我们会向您说明本主险合同的内容，对本主险合同中免除我们责任的条款，我们在订立合同时会在投保书、保险单或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。我们会就您和被保险人的有关情况提出询问，您应当如实告知。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。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。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，但会退还保险费。我们在合同订立时已经知道您未如实告知的情况的，我们不得解除合同；发生保险事故的，我们承担给付保险金的责任。
- 6.2 **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单上填明，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，我们有权解除合同，并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，致使您实付保险费少于应付保险费的，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付保险费和应付保险费的比例给付。
(三) 您申报的被保险人年龄不真实，致使您实付保险费多于应付保险费的，我们会将多收的保险费退还给您。
- 6.3 **合同内容变更** 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，应当由我们在保险单或者其他保险凭证上批注或者附贴批单，或者由您与我们订立变更的书面协议。
- 6.4 **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通讯地址发送的有关通知，均视为已送达给您。
- 6.5 **效力终止** 当发生下列情形之一时，本主险合同效力终止：
(一) 被保险人身故；
(二) 本主险合同中列明的其他合同解除的情形。
- 6.6 **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，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法院提出诉讼。

- 7.1 **同时参保** 指两名或两名以上家庭成员作为被保险人，填写同一张投保单申请本主险合同，且被我们同意承保的情况。同时参保的家庭成员应当选择相同保障责任和同一档次的保障水平。
- 7.2 **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。
- 7.3 **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。
- 7.4 **医院** 指全球范围内在当地合法注册的医疗机构。但不包括疗养院、护理院、康复中心、戒酒或戒毒中心、精神心理治疗中心以及无相应医护人员或设备的二级或三级医院的联合医院或联合病房。
- 7.5 **特定医院** 指超出保障区域惯常医疗费用水平的昂贵医院。根据您在投保时选择的保险计划，被保险人在特定医院就医时，**本公司将不承担或按约定的比例承担特定医院产生的医疗费用相关的保险责任。**由于各医疗机构的收费水平可能发生变化，我方会跟踪分析并适时更新和公布特定医院名单。特定医院名单发生变更时，我们会通知您，您也可以通过我们的服务电话或网站查询。
- 7.6 **住院** 指被保险人因疾病或意外伤害而入住医院的正式病房进行治疗，并正式办理入出院手续，**不包括入住门诊观察室、家庭病床、挂床住院或其他不合理的住院。**
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。
- 7.7 **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。
- 7.8 **保险事故** 指保险合同约定的保险责任范围内的事故。
- 7.9 **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间（不包括套房）标准的费用。标准单人间病房指：病房为单间设计，除独立卫生间外无其他隔间。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本合同上述定义的病房，则应按其中最便宜的病房计算床位费。若被保险人住院病房超过上述标准，我们最多承担的床位费标准为 3000 元/日。被保险人在住院治疗期间，我们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。
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**：指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，具体以就诊医院费用项目划分为准。
- 6、**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。
- 7、**医生费**：包括外科医生、麻醉师、内科医生、专科医生的费用。
- 8、**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的手术医疗费用，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。
- 9、**器官移植手术费**：住院期间出于**医学必要**（见 7.10）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。**不包括器官本身的费用和获取器官过程中的费用。**
- 10、**重症监护室床位费**：住院期间出于医学必要被保险人需在重症监护室进行合理且必要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）标准的单人或多人监护病房。
- 11、**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**（见 7.11）提供的护理而产生的相关合理且必要的护理费用。**每个保单年度内家庭护理费的最高给付日数见附表，不受住院最高给付日数 180 日的限制。**
- 12、**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。
- 13、**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，且**救护车的使用权限仅限于同一城市中的医疗运送。**

7.10 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：

- 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。

7.11	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。
7.12	基本医疗保险	本主险合同所称的基本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。
7.13	门诊急诊医疗费用	<p>指被保险人在医院进行门诊急诊发生的医疗费用，包括：</p> <p>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。</p> <p>2、治疗费：指门、急诊发生的以治疗疾病为目的，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，具体以就诊医院的费用项目划分为准。</p> <p>3、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。</p> <p>4、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处方药品的费用。</p> <p>5、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。</p> <p>6、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。</p> <p>7、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，救护车的使用权限仅限于同一城市中的医疗转送。</p>
7.14	物理治疗及其他特殊治疗	指被保险人在医院由具有相应资格的医生进行物理治疗、推拿、 顺势治疗 （见 7.15）、 针灸治疗 （见 7.16）、职业疗法或语音治疗。
7.15	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。
7.16	针灸治疗	由具有相应资格的医生以针（包括激光）为工具实施的治疗。
7.17	精神疾病治疗	被保险人因患精神疾病（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）在当地合法注册的精神病专科医疗机构或设有精神病科室的医疗机构进行治疗，包括但不限于对贪食症、厌食、 注意缺陷症 （见 7.18）和 注意缺陷多动障碍 （见 7.19）的治疗。
7.18	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。
7.19	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。

- 7.20 **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。
- 7.21 **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。
每一个保单年度因同一种耐用医疗设备给付保险金仅限一次。
- 7.22 **中医门诊费** 指被保险人在医院进行中医门急诊发生的医疗费用，包括：
1、**医生诊疗费**：指被保险人中医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、**治疗费**：指中医门急诊发生的以治疗疾病为目的，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，具体以就诊医院的费用项目划分为准。
3、**检查检验费**：指中医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。
4、**药品费**：被保险人每次中医门急诊发生的，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处方药品的费用。
5、**中草药费用**：指中医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。
- 7.23 **化学疗法** 指对于恶性肿瘤的化学治疗。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，在医院进行的静脉注射化疗、服用药物等方式的化疗。
- 7.24 **放射疗法** 指针对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。

7.25	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治疗药物需符合法律、法规要求并经过国家食品药品监督管理局批准用于临床治疗。
7.26	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治疗药物需符合法律、法规要求并经过国家食品药品监督管理局批准用于临床治疗。
7.27	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治疗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。
7.28	次限额	被保险人 每次治疗 （见 7.29）发生的保险责任范围内的费用的最高赔付限额。
7.29	每次治疗	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的就诊。
7.30	保险金额	指我们在本主险合同保险责任范围内承担赔付保险金责任的最高总限额。
7.31	全球紧急救援	指国际紧急救援和国内紧急救援，您可以通过我们的服务电话或网站查询最新的国际和国内紧急救援服务内容。
7.32	既往症	指在本主险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、本主险合同生效前，医生已有明确诊断，长期治疗未间断； 2、本主险合同生效前，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、本主险合同生效前发生，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。
7.33	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。
7.34	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》（ICD-10）确定。
7.35	贵金属	指在牙科填充、镶牙、烤瓷牙以及治疗中使用的贵金属元素的材料，包括金、银和铂族金属（钨、铼、钯、铱、铑、铂）材料或贵金属合金，如金铂钯系合金，金铂系合金及铂银系合金等。
7.36	《疾病和有关健	指世界卫生组织（WHO）制定的国际统一的疾病分类方法，它根据疾病的

	康问题的国际统计分类》(ICD-10)	病因、病理、临床表现和解剖位置等特性，用一种系统有序的组合编码的方法对疾病进行分类。目前世界通用的是第 10 次修订本《疾病和有关健康问题的国际统计分类》，(ICD-10) 是该分类第 10 次修订本的简称。
7.37	醉酒	指每百毫升血液的酒精含量大于或等于 100 毫克。
7.38	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。
7.39	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。
7.40	攀岩	指攀登悬崖、楼宇外墙、人造悬崖、冰崖、冰山等运动。
7.41	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。
7.42	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。
7.43	特技表演	指进行马术、杂技、驯兽等表演。
7.44	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。
7.45	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。
7.46	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。
7.47	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、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。
7.48	无有效行驶证	指下列情形之一： 1、未取得行驶证； 2、机动车被依法注销登记的； 3、未依法按时进行或通过机动车安全技术检验。
7.49	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。

- 7.50 直接结算医院** 在本主险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。
- 7.51 现金价值** 现金价值的计算分两种情况：
(1) 首次投保或在上一保险期间届满 60 日后重新投保的：
如果保险经过天数 ≤ 30 天，现金价值=已交保险费 $\times (1-35\%)$ ；
如果保险经过天数 > 30 天，现金价值=已交保险费 $\times (1-35\%) \times [1 - (\text{保险经过天数} - 30) / (\text{本合同生效日至保险费交至日的天数} - 30)]$ ，经过天数不足 1 天的按 1 天计算。
(2) 上一保险期间届满 60 日内重新投保的：
现金价值=已交保险费 $\times (1-35\%) \times (1 - \text{保险经过天数} / \text{本合同生效日至保险费交至日的天数})$ ，经过天数不足 1 天的按 1 天计算。
- 7.52 生育并发症** 指由医院的专科医生明确诊断，被保险人发生的符合以下定义的生育并发症：
- 1-子痫症** 又称“重度妊娠高血压综合症”，指血压持续高于 160mmHg/110mmHg、蛋白尿 $\geq 5\text{g}/24\text{h}$ 或者尿常规中蛋白(++) - (++++)和(或者)伴水肿，有头痛等自觉症状，并且有抽搐或者昏迷。需经专科医生确诊，并提供同时具有下列条件中的至少两项的医学证明：
(1) 血肌酐升高 ($> 1.6\text{mg}\%$)；
(2) 少尿 (24 小时总尿量少于 500 毫升)；
(3) 出现神经系统的异常或者视力异常；
(4) 肺水肿；
(5) 黄疸进行性加重；
(6) 胎儿宫内死亡；
(7) 血小板减少，凝血症。
- 2-羊水栓塞** 指在分娩过程中羊水突然进入母体血循环引起急性肺栓塞、过敏性休克、弥散性血管内凝血 (DIC)、肾功能衰竭等一系列病理改变的严重分娩并发症。分娩过程中，出现下列不能用其他原因解释的情况之一，即可诊断：
(1) 血压骤降或心脏骤停；
(2) 急性缺氧或呼吸困难、发绀或呼吸停止；
(3) 凝血机制障碍，或无法解释的严重出血。
- 3-产后出血并发休克** 是指胎儿娩出后 24 小时内阴道流血量过多，并满足下列所有指标：
(1) 24 小时内阴道流血量超过 500ml；
(2) 出现休克症状，如头晕、脸色苍白、脉搏细数、血压下降；
(3) 休克指数 (SI) ≥ 1.5 。
- 4-弥漫性血管内** 指因凝血功能障碍导致全身性出血不止及器官损伤，是一种妊娠所并发的致命性疾病，须经专科医生确诊，并提供同时具有下列条件中的至少三项的检验报告：

凝血

- (1) 血小板计数 $<100 \times 10^9/L$ 或者呈进行性下降;
- (2) 血浆纤维蛋白原含量 $<1.5g/L$ 或者 $>4g/L$ 或者呈进行性下降;
- (3) 3P 试验阳性或者血浆 FDP $>20mg/L$;
- (4) 凝血酶原时间 >15 秒或者超过对照组 3 秒以上。

6-妊娠期糖尿病

指妊娠 24 周后首次出现糖代谢异常, 并满足下列标准:

诊断标准符合《中国 2 型糖尿病防治指南 (2013 年版)》中对妊娠糖尿病的诊断标准

7-异位妊娠

受精卵在子宫体腔以外着床称为异位妊娠, 包括: 输卵管妊娠、宫颈妊娠、卵巢妊娠、腹腔妊娠、

8-先兆子痫

在妊娠 20 周以后出现血压收缩 $\geq 140mmHg$, 或舒张压 $\geq 90 mmHg$, 且伴有下列任一项:

1. 蛋白尿 $\geq 0.3g/24h$;
2. 尿蛋白/肌酐比值 ≥ 0.3 ;
3. 随机尿蛋白 $\geq (+)$ (无法进行尿蛋白定量时的检查方法)。

附表：

平安尊优人生全球（2020 版）医疗保险计划表

单位：人民币元

基本责任			
保障内容	计划一	计划二	计划三
保障区域	中国（港澳台除外） 境内及保单列明的其 他地区指定医院	亚洲	全球
总保险金额	400 万	800 万	800 万
全额赔付医院赔付比例	100%	100%	100%
特定医院赔付比例	0%	70%	100%
直接结算服务	在直接结算医院内提供		
住院医疗保险责任			
住院医疗保险金	400 万	800 万	800 万
床位费	不超过标准单人间（不包括套房）标准的费用		
膳食费	年限额内全额理赔	年限额内全额理赔	年限额内全额理赔
	注：根据条款约定，我们可能不承担膳食费或按 60%承担膳食费，请 留意条款中详细约定。		
护理费、检查检验费、治疗费、 药品费、医生费、手术费、重 症监护室床位费、救护车使用 费	年限额内全额理赔	年限额内全额理赔	年限额内全额理赔
家庭护理费	限 90 日/年	限 90 日/年	限 90 日/年
临终关怀医疗费	限 45 日/年	限 45 日/年	限 45 日/年

门急诊责任			
门急诊医疗保险金	年限额 3 万	年限额 10 万	年限额 50 万
医生诊疗费、检查检验费、治疗费、药品费、门诊手术费、救护车使用费、激素替代治疗费	前 5 次(含 5 次)100% 赔付 5 次以上 80%赔付	年限额内全额理赔	年限额内全额理赔
特殊门诊医疗保险金			
门诊肾透析,门诊恶性肿瘤电疗、化疗或放疗	年限额内全额理赔	年限额内全额理赔	年限额内全额理赔
特殊疾病或项目医疗保险金 (根据其门诊或住院属性, 同时受限于门诊和住院限制)			
物理治疗及其他特殊治疗费	800 元/次, 限 8 次/年	1000 元/次, 限 10 次/年	年限额内全额理赔
中医门诊费	800 元/次, 限 8 次/年	1000 元/次, 限 10 次/年	年限额内全额理赔
精神疾病门诊治疗费	800 元/次, 限 8 次/年	1000 元/次, 限 10 次/年	年限额内全额理赔
精神疾病住院治疗费 (限 30 日/年)	年限额 10 万	年限额 20 万	年限额 20 万
艾滋病治疗费	不承担	年限额 10 万	年限额 20 万
耐用医疗设备购买或租赁费	年限额 20 万	年限额 30 万	年限额 50 万
生育并发症	年限额内全额理赔	年限额内全额理赔	年限额内全额理赔
牙科意外医疗保险金			
因意外伤害导致的牙科治疗	年限额内全额理赔	年限额内全额理赔	年限额内全额理赔
医疗服务			
私家医生	不限次		

网络医院门诊预约	不限次
驻点导诊	不限次
住院绿通	限一次
国内外网络医院直接结算	不限次
慢病送药	不限次
国内外二次诊疗	中国内地和境外各一次
全球紧急救援	不限次

可选责任		
保障内容	可选计划一	可选计划二
牙科疾病医疗保险金	年限额 5000 元	年限额 1 万
	基本牙科治疗按 80%比例赔付，重大牙科治疗按 50%比例赔付	
体检及疫苗保险金	年限额 3000 元	年限额 5000 元
<p>1、投保计划一的（即特定医院赔付比例为 0%），可选责任在特定医院的赔付比例亦为 0%；</p> <p>2、投保计划二的（即特定医院赔付比例为 70%），可选责任在特定医院的赔付比例不超过 70%；</p> <p>3、投保计划三的（即特定医院赔付比例为 100%），可选责任中牙科疾病责任的赔付比例仍为上表中的 80%或 50%，体检及疫苗责任的赔付比例为 100%。</p>		