

工银安盛人寿保险有限公司 工银安盛人寿福满安康医疗保险条款 (2011年版)

目录

感谢您选择了我们-工银安盛人寿保险有限公司。

在您阅读本条款之前,请浏览一下目录,对条款结构有一个大致的了解。

第一章 温馨提示: 向您介绍本保险的承保公司等信息,以及如何阅读本条款。

第二章 核保规则: 向您介绍核保规则。

第三章 服务条款: 向您介绍您对本合同所拥有的权益和义务,以及保单服务的具体要求。

第一条	投保资格
第二条	生效日
第三条	保障区域
第四条	交纳保费
第五条	交纳保费方式
第六条	未付或迟付保费
第七条	增加或删除被抚养人保障
第八条	变更您的保障
第九条	续保
第十条	无索赔折扣
第十一条	解除保险计划
第十二条	死亡

第四章 一般条款: 向您介绍您应该遵守的规定和享受利益的条件。

第五章 保险利益条件及除外条款: 介绍您在本合同中可享受的保险利益和除外的情况。

第十三条	保险利益条件
------	--------

第十四条	保险利益除外
------	--------

第六章 理赔: 向您介绍理赔时所需要的材料和理赔的方法等。

第十五条	理赔方式
------	------

第十六条	会员卡
------	-----

第十七条	保险金的给付
------	--------

第七章 附录: 向您解释本条款和保险利益表中的一些名词。

第十八条	名词释义
------	------

第一章 温馨提示

我们欢迎并感谢您选择工银安盛人寿保险有限公司的福满安康医疗保险计划。我们的目的是为您提供一份值得信赖的高端医疗保险计划。为此，充分了解此保险计划对您来说非常重要。这份福满安康医疗保险计划条款，连同您的保险计划的保险利益表，将解释您能够得到什么保障，不能得到什么保障。

本条款将提供关于您如何管理您的保险计划、如何提出索赔、在遇到医疗紧急事件时该做什么，诸如此类的重要信息。请花一些时间仔细阅读所有这些资料，以确信您对我们提供的保障完全满意并且此保险能够满足您的需求。如果您对此条款中提供的信息有任何问题，或者有此条款中没有回答的问题，请立即与我们联系，我们友善的双语工作组会非常乐意为您提供帮助。

在此保险条款和保险利益表中的一些词语和短语，我们根据您的保险计划作了特定的解释。这些词语和短语的解释列明在 20-24 页名词释义中。

本保险计划由工银安盛人寿保险有限公司承保。

第二章 核保规则

全面医疗核保，是指我们根据您完成的医疗健康声明（该声明能够提供您及其他被保险人的医疗病史详情）来进行核保。

医疗健康声明由我们提供，请仔细考虑并完整回答，您提供的信息将成为我们核保依据，将可能影响承保决定、年度保费金额以及保险利益除外责任。

在某些情况下，我们需要向您及被保险人的医生获取更多的医疗信息或者要求进行相关医学检查，因此产生的费用将由您承担。

您必须确保您在投保时提供的信息资料是充分和准确的。否则我们可能不能接受您和被保险人的理赔，甚至导致您的保单无效。

第三章 服务条款

《工银安盛人寿福满安康医疗保险》（以下简称“保险计划”）由个人投保单、保险利益表、保险凭证、会员卡和本保险条款共同构成，请您一并阅读。

保险计划所列明的所有一般条款、保险责任条款及其他条款对您和所有被保险人均适用。

如果您或被保险人未能履行保险计划所载的条款或条件，可能无法得到保险计划项下的给付。

我们保留在您的保险年度开始时变更和/或修改条款、条件、费率、折扣和/或额外费用的权利。对于任何改动，我们将在您续保前向您告知。

保险计划所提供的保险利益将在保险利益表中列明，与本保险条款一同构成保险计划。

保险利益限额的货币单位及您支付保费所用的货币单位均为人民币（¥）。

第一条 投保资格

投保资格取决于我们是否接受投保。

保险计划适用于所有国籍人士及其被抚养人（但须符合以下的年龄限制），受到外汇管制或受当地许可限制或受当地法律法规禁止的人员除外。

家庭保单中您的子女必须未婚，年龄在 18—24 周岁之间的子女必须自保险生效日起已经在接受持续的全日制教育，必要时我们将要求提供在校证明。

投保人应当年满 18 周岁。

一个家庭如果有 1 个以上未成年人（0—17 周岁）参保，我们只收取一个未成年人的保费。第二个、第三个、和第四个未成年人均免收保费。但是该保险计划中至少有一名被保险人是年龄在 18 周岁以上的成年人。

在保险计划生效日被保险人的年龄最高不得超过 74 周岁。

我们保留根据个人投保单或包括被抚养人的个人投保单上的信息拒保的权利，并无需说明理由。我们也有权利以加入特殊条款并在保险凭证上加注特别约定的形式接受投保人和/或其被抚养人投保。

如您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计划约定投保年龄限制的，在保险事故发生之前我们有权解除保险计划，并向您退还未满期净保费。上述解除权，自我们知道有解除事由之日起，超过 30 日不行使而消灭。

如您申报的被保险人年龄不真实，致使实付保费少于应付保费的，我们有权更正并要求您补交保费。若已经发生保险事故，我们有权在给付保险金时按实付保费和应付保费的比例给付。

如您申报的被保险人年龄不真实，致使实付保费多于应付保费的，我们会将多收的保费无息退还给您。

第二条 生效日

保险计划生效日以我们收到投保人书面接受我们的核保决定之日为准，并以我们收到全额保费为前提。我们将签发保险合同作为承保凭证。我们自保险合同所载生效日当日零时起开始承担保险责任。

在任何情况下，我们均不接受生效日追溯。保险期间为 12 个月或到续保日零时结束，或到由于任何原因的保险计划被取消日零时结束。

保费及保险利益以保险计划生效日当天确定的为准。任何到期保费应当交足。

第三条 保障区域

保险计划所提供的保障区域为中国大陆地理区域，不包括香港、澳门、台湾。

第四条 交纳保费

保险计划是一年期合同，建议您以年交方式提前交纳保费。您也可以选择季度付的交费方式，如果选择季度交费，我们将收取 7.5% 的加费。

保费基于相应的保险年度开始时被保险人的年龄所适用的费率来计算。

您的保费（包括任何适用的税费）必须在保费到期日当日或之前支付。

第五条 交纳保费方式

您可选择如下方式交纳保费：

- 使用本公司提供的POS机刷信用卡或借记卡
- 银行转账

如果您决定用信用卡或借记卡支付保费，您必须到我们的办公室支付。信用卡或借记卡上一定要有银联（Union-Pay）的标志。

银行转账交纳保费。请确认您在转账凭证上使用您的全名并提供保险计划编号。

第六条 未付或迟付保费

为了享有本保险计划中的所有保险利益，您必须保证保费在到期日时已经支付。在逾期未付保费情况下，依据现行法律法规索赔处理将被中止。

如果您未能支付保费或者我们无法从您的银行账户中划款，我们有权解除保险计划。

如我们因此解除了保险计划，您需要重新申请一份保险计划。我们将根据重新申请时的情况计算保费，并用当时的核保规则承保。您以前的保险计划中的无索赔折扣奖励将不再适用。

第七条 增加或删除被抚养人保障

如果您在保险计划生效日之后需要增加一位被抚养人保障，需要得到我们的认可。您必须以信件、传真或电子邮件方式书面递交申请。您可以在保险计划年度中的任何时间增加被抚养人。

保险计划生效日以我们收到投保人书面接受我们的核保决定之日为准，并以我们收到全额保费为前提。我们同时会重新制作您的家庭保险凭证，并通过邮件的方式给您。

如果您在保险计划生效日之后需要删除一位被抚养人保障，您需要以信件、传真或电子邮件方式书面提出申请并得到我们的认可，保障将在我们收到您的通知当日或您指定的某一天终止。您必须向我们退还该被抚养人的会员卡及保险凭证。

您可以在保险计划年度内就新出生的婴儿申请增加被抚养人保障，由我们决定是否认可。如果您在该新生儿满 30 天之前提出申请并递交新生儿出生证明，这个新生儿不需要遵循全面医疗核保的要求。除非您有特殊约定，新生儿的起保日期从新生儿出生日开始。如果您在该新生儿满 30 天之后提出申请，我们将有全面医疗核保的要求并要求您填写相关投保申请材料。我们在任何情况下都不会追溯保障。

保费会根据以上情况做出相应调整。您有责任支付增加的保费。

对于任何的改变，我们将签发经修改的保险凭证和新的会员卡（如适用），载明加入日期及任何可能得到适用的特定条款。

第八条 变更您的保障

如果您及被抚养人的居住国变更，您必须以传真、信件或电子邮件的书面方式通知我们。

如果您要变更您的付费频率，请在保险计划续保日之前以信件、传真或电子邮件书面通知我们并注明变更原因，如果我们接受，变更将从您下一个续保日开始生效。

第九条 续保

您可以每年续保保险计划，我们有权决定是否接受续保。本保险计划不保证续保。每次续保时，您都有义务向我们如实告知任何有关投保所要求提供的 important 重要情况。（具体参见 GC3）。

每次续保都应在保费到期日或之前交纳续保保费，并遵守续保当时有效的定义、一般条款、保险利益条件和保险利益除外条款。我们会在本保险计划的到期日至少四周之前向您签发续保条款和如何续保本保险计划的通知。

每次续保保费将以您及您的被抚养人在新的保险年度开始当时的年龄、居住地、医疗费用通货膨胀、被抚养人的数目为基础计算。

如果在续保日，在保险计划下的子女满足以下任一情况，他们将不再有资格在您的保险计划下获得保障：

- 成婚
- 满 18 周岁，且已停止在全日制学校学习
- 满 25 周岁

如保险计划下的子女满足以上任一情况，他们可以填写保险计划的投保单并拥有他们自己的保险计划。在他们的前后保险计划没有间断的前提下，新的保险计划的加入日期仍以他们加入您的保险计划的加入日期为准。投保申请将遵守转换当时的有效定义、保险利益、条款和条件。

第十条 无索赔折扣

如果您的保险计划没有出现过索赔，您将在续保时享受无索赔折扣。该折扣基于您的保险计划下有多少年没出现过索赔。如果在一个保险年度内任何被保险人（包括被抚养人）索赔获得赔付，所有被保险人将会丧失已获得的无索赔折扣，您所适用的折扣率将回复到保险计划第一年的状态。

如果您的保险计划没有出现过索赔，下列无索赔折扣将适用于您的续保保费：

- 保险计划第一年：0% 折扣
- 第一年续保：10% 保费折扣

- 第二年续保：15% 保费折扣
- 第三年续保：20% 保费折扣

从第三年续保开始，最高的无索赔折扣为 20%。

如果我们已经给予您无索赔折扣，而您随后递交上一保险年度的索赔并被我们接受，我们有权限要求您支付相应的无索赔折扣金额。

第十一条 解除保险计划

如果您决定解除保险计划，您必须以信件、传真或电子邮件的方式书面告知我们并确认将不会再有索赔产生。我们将在收到申请的当日或按照您的指定的未来某一天终止保险计划。我们不追溯保险计划终止日。

基于无理赔的基础上，我们将根据下列公式向您支付保费的账户退还已扣除手续费的未满期净保费（手续费等于本期应交保费的 35%，再按实际已投保天数计算退还未满期净保费）。如果任何被保险人已提出理赔申请并被我们认可，则退保的申请将不予受理。请您在申请解除保险计划时书面确认没有未决的理赔申请。如果您是按季交方式付款，并且在提出退保申请前已有提出理赔申请或已经有理赔赔付记录，我们将按年交保费的金额收取尚未支付的保费，并不受理退费事宜。

$$\text{未满期净保费} = \text{本期应交保费} \times (1 - 35\%) \times \frac{\text{本期保险费未经过天数}}{\text{本期保险费承保天数}}$$

保险计划解除后我们不再接受任何索赔。

所有的会员卡和保单凭证必须在保险计划解除日及时退还给我们。

第十二条 死亡

如果保险计划的投保人身故，保险计划将继续对保险计划内其他被抚养人有效，但其他被抚养人将被要求在投保人身故后的四周内重新填写一张新的申请表。

如果保险计划中的其他被抚养人或投保人的遗产执行人不想继续投保，他们需要在投保人身故后以信件、传真或电子邮件的方式提出书面申请。我们将基于无理赔的前提下解除保险计划并退还未满期净保费。如果提出了理赔的申请同时被我们认可，则退保申请将不予受理。

在退保前，我们要求提供相应的投保人死亡证明。

第四章 一般条款

我们将履行我们作为保险人的义务，前提是您和所有的被保险人必须遵守所有规定的一般条款和保险责任条款。

GC1 所有有关保险计划的通知以及和理赔有关的通知将寄送给您。

GC2 如果影响保障或者被保险人的投保资格的情况发生了任何变更，您必须立即以信件、传真或电子邮件的书面形式通知我们，这些变更包括：

- 被保险人的地址
- 被保险人的姓名
- 被保险人的职业
- 被保险人的家庭医生的详细信息
- 投保人

我们保留因情形变更而变更条款或解除本保险计划的权利。

GC3 如实告知

订立保险计划时，我们应向您说明保险计划的内容。

对保险计划中免除我们责任的条款，我们在订立保险计划时应当在投保单、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。

在我们接受承保或续保之前，任何有关保险计划所要求提供的 important 情况和信息，您必须如实提供，否则，可能会影响到您和被保险人的权益。重要的信息和情况是指可能影响我们对于核保判断的信息和情况。如您对信息和情况的重要程度有疑问，为保障您的权益，请您务必告知我们。

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费费率的，我们有权解除保险计划。

如果您故意不履行如实告知义务，对于保险计划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，对于保险计划解除前发生的保险事故，我们不承担给付保险金的责任，但应当退还保费。如已发生理赔，已赔付的保险金应退还我们。

我们在保险计划订立时已经知道您未如实告知的情况的，我们不得解除保险计划；发生保险事故的，我们承担给付保险金的责任。

前款规定的保险计划解除权，自我们知道有解除事由之日起，超过 30 日不行使而消灭。

GC4 如果我们要求您提供更多对我们开展理赔工作有帮助的信息，您有责任提供，否则我们对无法作出理赔核定的部分不予给付保险金。我们有权从被保险人的医生、专家医生、医生顾问、理疗师和注册护士方面随时得到相关对我们开展理赔工作有帮助的信息。

GC5 无论任何原因造成保障中断，我们保留变更保险计划条款并采用特别约定的权利。

GC6 您保险计划的保险利益限额所使用的货币单位为人民币。

GC7 在保险合同及资料更换/重新签发的情况下，我们保留就更换/重新签发保单资料和/或会员卡收取手续费的权利。

GC8 在门诊费用申请理赔的情况下，您必须根据理赔流程填写完整“理赔申请表”，并由就诊医生签名，同时附上就诊费用发票原件，包括各项就诊项目明细单及每项所收费用收据原件。

GC9 如果理赔出现造假现象，已赔付的款项应被追回，尚未赔付的款项将停止处理。我们有权依据现行的法律法规解除保险计划。

GC10 如果属于保险计划承保范围内的索赔在其他保单或保险计划（如健康互助安排、全国性健康计划等）中也有涵盖，我们只按比例承担应付部分。

GC11 您或被保险人应于知道保险事故发生之日起的六个月内及时通知我们。如您、被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，我们对无法确定的部分，不承担赔偿或者给付保险金的责任，但若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。

GC12 凡因保险计划引起的或与保险计划有关的任何争议，其解决方式由当事人根据合同约定从下列两种方式中选择一种：

1. 因履行本合同发生的争议，由当事人协商解决，协商不成的，提交XX仲裁委员会仲裁。
2. 因履行本合同发生的争议，由当事人协商解决，协商不成的，依法向人民法院起诉。

本保险计划受中华人民共和国法律约束。

GC13 如果由于政治和经济的不稳定，货币兑换率可能和正常的经济市场脱节，在这种情况下我们会支付合理的、正常的、符合常规的理赔金额。

GC14 任何翻译的文件仅供参考，如有任何不一致或争议以中文版本为准。

第五章 保险利益条件及除外条款

第十三条 保险利益条件

您享有保险计划下的保险利益须遵从一般条款、保险利益条件和保险利益除外条款。请仔细阅读以下内容：

BC1 所有治疗必须由执业医师、专科医师、专科顾问和注册护士实施，且应当以治愈或有效、实质上地减轻急性医疗状况为唯一目的。

BC2 所有为医疗目的所需的住院治疗、日间护理治疗或遣送治疗必须经我们同意才能进行。一旦被保险人得到我们同意，我们将直接向有关治疗提供者支付所有承保范围内的治疗费用。**如果被保险人或其代理人未经事先授权即进行住院治疗或日间护理治疗，我们仅承担我们认可的、必要且合理的费用。**

BC3 住院膳宿保障限于含有床位、膳食在内的医院单人病房。

BC4 对于在保险计划生效日后提出的索赔，如我们认为此索赔由既存医疗状况引起且该既存医疗状况未在投保申请上声明，我们将拒绝赔付（“既存医疗状况”的定义详见 BE1）。

BC5 如果我们收到新的符合事实的有关理赔事宜的信息和确凿的证据，而这些信息和证据足以驳回对相关理赔索赔批准的决定，我们有权撤回该索赔批准的决定，并保留追回任何相关费用的权利。

BC6 **如果当地局势使我们无法进入该地区或国家、或进入该地区或国家有极大危险，我们可能无法安排紧急撤离。**

BC7 如果被保险人选择用“上门服务医生”而非“住院医生”到家中就诊，我们将赔付合理的、常规的费用。如果“上门服务医生”收费不合理或者不符合住院医生通常收费标准的情况下，被保险人需要支付差额部分。

BC8 我们将支付合理的所有费用。此支付费用不超过保险计划载明的保险利益限额，该限额已经详细的列在您的保险利益表上。

BC9 补充、辅助治疗必须由执业医师、专科医师/顾问推荐转诊。

第十四条 保险利益除外

尽管我们承保大多数医疗状况，但由下列保险利益除外情况所引起的费用不属于保险计划承保范围，除非在您的保险利益表或任何书面批注中注明，或经我们书面同意。以下情况为我们的除外责任：

BE1 投保前的既存医疗状况，但并未在投保申请表上陈述。

既存医疗状况 指任何具有以下情况的医疗状况或相关的医疗状况：

- 可以预见
- 自然显现
- 被保险人有其体征或症状
- 被保险人为其寻求医疗建议
- 被保险人为其接受治疗
- 被保险人知道或已经意识到其存在

BE2 超过您保险计划的保险利益限额，该限额已经详细的列在您的保险利益表上。

BE3 您保险计划所不承保的范围。

BE4 您保险计划在等待期内产生的任何治疗和就诊，该等待期已经详细的列在您的保险利益表上。

BE5 怀孕、分娩和产后的费用，无论是正常的还是带有并发症。

BE6 从居住国出发以治疗疾病为目的旅行费用，除非根据紧急运送或遣返保障经过我们事先授权。

BE7 非紧急事件运送。

BE8 被保险人在其祖国死亡而发生的丧葬、火化或运输费用。

BE9 违背执业医师、专科医师/顾问、注册护士或治疗专家的建议进行的任何旅行、活动或行为。

BE10 接受与被保险人本人或与被保险人有任何亲属、同事关系的执业医师、专科医师或专科顾问的治疗。

BE11 酒精、药物或任何其他致瘾性物质的滥用或任何成瘾状况和由此直接或间接引起的任何医疗状况。

BE12 被保险人在酒精、药物或其他致瘾性物质影响下造成的医疗状况。

BE13 从女性到男性或男性到女性的性别转变。

BE14 性传播疾病的检查和治疗。

BE15 试验性或未证实的治疗，除非我们给予事先授权。

BE16 骨髓移植、器官获取或寻找的费用，为了移植目的而进行的对捐赠人或被保险人进行的器官摘除及与此相关的并发症的治疗。

BE17 活细胞或活体组织的冷冻保存、移植或再移植，无论是自体移植还是捐赠移植。

BE18 胎儿治疗。

BE19 终止妊娠。

BE20 先天畸形或先天缺陷。

BE21 自杀、试图自杀和/或任何有意、自己造成的医疗状况。

BE22 故意暴露在不必要的危险中，除非是为拯救他人生命为目的。

BE23 陆军、海军或空军人员由于参加军队、海军或空军军事行动或训练造成的医疗状况。

BE24 参与战争、暴乱、罢工、封锁、骚乱、叛乱、革命、起义、恐怖主义、军事或武力篡夺、或任何非法/犯罪行为，包括其引起的入狱。

BE25 大规模杀伤性武器（包括核、生物或化学武器）的泄漏，无论是否造成破坏性后果。

BE26 核、生物或化学物质的污染，包括核燃料燃烧造成的废物。

BE27 参加职业运动造成的医疗状况或使用武器、枪支引起的医疗状况。

BE28 睡眠呼吸暂停，睡眠相关的呼吸异常、鼾症、或失眠。

BE29 学习困难和/或失常，成长问题和语言和/或发声问题。

BE30 无论是否由心理原因造成的美容、整形或修复治疗及引起的并发症，除非因加入日期后发生的在承保范围内的医疗状况造成的直接后果而必须进行该类治疗。

BE31 身体任何部位的脂肪去除，隆乳或缩乳。

BE32 在隔离治疗、水疗、疗养中心或类似设施进行的治疗。

BE33 预防性听力及视力检查。

BE34 近视、远视、散光、自然的/非医疗的退化性视力缺陷、自然的/非医疗的退化性听力缺陷、视力和听力的辅助性治疗，隐形眼睛配镜、眼药水或滴眼液治疗费用。

BE35 耳朵或身体穿刺和纹身以及由此引起的治疗。

BE36 牙科相关检查和治疗费用。

BE37 强制性或成瘾性的进食紊乱或思乡症。

BE38 肥胖症，特殊饮食，体重控制。

BE39 幼儿饮食、婴儿供应品、维生素、矿物质或有机物补充，以及没有医生处方所购买的物品（例如，漱口水、牙膏、止咳糖或杀菌喷雾、洗发水或防晒霜等）。

BE40 外部义肢或用具的供应、保养或装置，拐杖、轮椅或其他设备的租赁或购买，无论是否属于治疗性质。

BE41 填写医疗理赔申请表产生的收费或费用。

BE42 任何间接损失。

BE43 保险计划满期日或被保险人的保险利益满期日（以较早发生者为准）之后的治疗，除非保险计划或被保险人的保险利益得到续保并支付续保保费，而且治疗属于承保范围。

BE44 任何被保险人于生效日当日入院接受的治疗，而该治疗未向我们告知并被我们接受。

BE45 任何与被保险人于生效日当日已经作出的入院计划有关的治疗，而该入院计划未向我们告知并被我们接受。

BE46 任何不被国家药品管理部门认可的药物治疗，药物和敷料或非经执业医师、专科医师/顾问、注册护士或治疗专家开处方或指示的药物处理，药物和敷料。

BE47 任何由于已证实的医疗事故而需要的治疗。

BE48 任何不孕、避孕、不育或多孕、性疾病的治疗（包括任何原因造成的阳痿），辅助怀孕（例如，人工授精治疗）治疗以及任何由此引起的怀孕（包括代孕）。

BE49 通过人工受孕出生的新生儿所接受的任何治疗。例如，早产新生儿需到特殊护理病房或重症监护病房接受治疗。

BE50 任何适用于您保险计划的共保额。

BE51 任何在“除外医院列表”中的医院就诊而产生的费用。

BE52 常规体检，包括但不仅限于癌症普查，心血管系统检查，神经系统检查，重要指标测试（如：血压，胆固醇）。

第六章 理赔

第十五条 理赔方式

1. 如何在住院或日间护理情况下申请理赔:

被保险人必须在安排住院或日间护理前得到我们的预先授权。

- a. 和往常一样去就诊。
- b. 如果被保险人的医生或专科医生安排被保险人住院或日间护理, 您或被保险人需要通过您会员卡上的电话号码和我们的国际救援中心取得联络。
- c. 我们的国际救援服务中心是 24 小时, 365 天运转机构。当您或被保险人取得联系后, 您或被保险人需要提供给服务中心人员以下信息:
 - 被保险人的会员卡号;
 - 被保险人的就诊医生的名字;
 - 就诊医院或诊所的名称和电话。
- d. 救援服务中心的人员会在之后和被保险人的医生及有关医院或诊所取得联络, 安排住院事宜。
- e. 救援服务中心的人员然后会及时给您或被保险人回复, 确认有关授权事项及住院手续等事宜是否已经妥善安排。如果医院或诊所接受我们的费用担保, 被保险人一般都不需要向医院支付任何费用。任何在承保范围内的住院费用, 我们会直接向医院支付。被保险人不需要填写理赔申请表。

请注意:

1、若被保险人至“医院列表B”中的医院就诊, 我们对共保额部分不提供费用担保;

2、如果医院或诊所不接受我们的费用担保, 您需要先与医院进行结算, 再向我们申请理赔 (申请流程参见门诊项下的申请理赔流程)。

- f. 在医院或诊所接受治疗。

2. 如何在紧急援助遣送项下申请理赔:

只有在紧急情况下或者在我们认为该地区内没有任何完善的医疗设施的情况下, 我们才会安排紧急援助遣送。紧急援助遣送必须是医疗必需的, 并得到我们的认可, 且在您保障区域范围内。

在任何紧急情况下, 您和您的代表人必须通过会员卡上的电话号码和我们的国际救援中心取得联络。

请注意: 依照 BC6, 如果当地局势使我们无法进入该地区或国家、或进入该地区或国家有极大危险我们可能无法安排紧急撤离。

3. 如何在门诊项下申请理赔:

如果您或被保险人在周一到周五 9: 00-17: 30 之间需要帮助, 请拨打我们健康险理赔部门电话联系。此项理赔无需和国际救援中心联系。

3.1 在非免现金直付网络中的医院门诊就诊的理赔流程:

- a. 和往常一样去就诊;
- b. 对就诊项目产生的任何费用进行付款;
- c. 请确认被保险人得到所有账目明细原件和发票原件 (请参见 f.) , 并确保一张理赔申请表适用于一种病症;
- d. 请填写完整理赔申请表 (理赔申请表可从 www.icbc-axalife.com/medical 下载) ;
- e. 请确保被保险人的医生在“医疗信息或齿科治疗”部分签字。请注意: 由理疗师、专科医师或顾问进行的治疗必须通过被保险人的执业医师推荐;
- f. 请将完整的理赔申请资料寄到健康险理赔部门 (地址请参见理赔申请表) 。理赔资料包括:
 - 就诊账目明细原件;
 - 正式发票原件;
 - 完整的理赔申请表。

请在就诊后尽快将理赔申请资料寄给我们。

如提供的以上证明和资料不完整, 我们将及时一次性通知申请人补充有关证明和资料。

3.2 在免现金直付网络中的医院门诊就诊的理赔流程:

如果被保险人申请了免现金直付服务, 我们会给被保险人提供一张免现金直付网络医院列表 (该列表将可在我们的网站上 www.icbc-axalife.com/medical 下载并被实时更新)。被保险人可至该网络医院列表上的医院就诊并享受门诊免现金直付服务。

- a. 去我们免现金直付网络医院列表所列的医院就诊;
- b. 出示被保险人的会员卡;
- c. 接受治疗;
- d. 支付任何适用的共保额。

重要提示:

如果被保险人选择“除外医院列表”的医院或诊所接受治疗, 我们将不接受任何理赔 (包括在紧急事件中, 被保险人主动或被动去“除外医院列表”名列中任何一家医院或诊所进行治疗, 我们均不接受任何理赔。 请被保险人仔细阅读本合同对“紧急事件”的定义)。

如果被保险人在“医院列表 B”中的医院或诊所就诊, 适用 30% 的共保额比例, 被保险人就承保范围内的合理理赔将需要自行支付 30% 的费用; 相应的我们将根据保险利益表上最高赔付限额, 承担每次合理理赔总额 70% 的费用。

如果被保险人就诊的医院或诊所不在我们的医院列表中, 被保险人将需要支付 30% 的共保额。

我们的医院列表可在我们的网站上 www.icbc-axalife.com/medical 下载。我们将保留对以上医院列表随时进行更新的权利，请您及被保险人务必在就诊前登陆我们的网站进行查阅。

第十六条 会员卡

您在收到您的保险计划文件的同时，还会收到会员卡。当被保险人需要前往经事先授权的医院或诊所就诊、住院或获取日间护理时，需要出示其会员卡。

如您申请了免现金直付服务，被保险人在免现金直付的医院就诊时应当出示其会员卡。

请注意：

- 会员卡不是被保险人住院治疗时的身份证明。
- 被保险人必须同时出示以下任何一种证件作为身份证明：护照，驾驶证，身份证或者工作证。
- 会员卡不得转让。
- 会员卡在终止保险计划保障后必需退还给我们。
- 会员卡不是信用卡或付款保证。

第十七条 保险金的给付

1. 我们在收到理赔申请表及保险计划约定的证明和资料后，将在 10 日内作出核定；情形复杂的，在 30 日内作出核定（若需补充资料，以我们收到补充资料之日起算）。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。

我们未及时履行前款规定义务的，除支付保险金外，应当赔偿受益人因此受到的损失。

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。

除有特殊约定，本合同受益人为被保险人本人。

2. 我们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；我们最终确定给付保险金的数额后，将支付相应的差额。
3. 我们将根据您提供的银行账号信息转账给您。

第七章 附录

第十八条 名词释义

滥用 指物质的过量使用，包括但不限于酒精和药物。就药物而言，包括非为医疗目的或根据医疗机构的指导或处方的用法用量而使用药物的情况。

意外 是指遭受外来的、突发的、非本意的、不可预见的、使被保险人身体受到伤害的客观事件。

急性的 指对治疗产生反应的医疗状况，该治疗的目的在于使您恢复到先前的健康状态或使您痊愈。

保险利益 指本保险计划提供的保障，及保险计划指南、保险凭证和保险利益表中列明的任何额外保障或限制。

先天缺陷 在怀孕期间发生的或在生产期间导致的任何缺陷、异常、畸形或残疾。

身体伤害 指可辨认的机体伤害。

癌症 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。经病理学检查结果明确诊断，临床诊断属于世界卫生组织《疾病和有关健康问题的国际统计分类》（ICD-10）的恶性肿瘤范畴。

慢性的 指具有至少以下一个特征的医疗状况：

- 没有已知的能够治愈的方法
- 有可能复发
- 需要治标治疗
- 需要长期监护/治疗
- 是永久性的
- 需要专科医师恢复练习/机能恢复
- 由身体的无法逆转的改变所引起的

索赔/理赔 指被保险人或其代理人、个人代表、破产时的受让人或托管人根据保险计划的条款和条件要求支付或处理。

近亲属 指被抚养人、父母、继父母、配偶的父母、祖父母、孙子女、兄弟姐妹、配偶的兄弟姐妹、配偶的子女或监护人。

共保额 指每个保险年度，您或被保险人就承保范围内的索赔需要按比例支付的、保险公司不予承担的费用部分。

先天畸形 指的是自出生就存在或被认为自出生就存在的，由遗传或环境因素导致的医疗状况。

间接损失 由保障范围内的损失或损害引起的间接经济损失，如因医疗状况引起的收入损失。

顾问 请参考治疗专家的定义。

居住国 指您和您的被抚养人在一个保险年度的大部分时间内（通常至少 6 个月以上）居住的国家。

危急的 指不稳定、严重的医疗状况，其结果在医学上无法预测，治疗结果不确定或有可能导致死亡的。

加入日期 指在保险凭证中注明的保险计划对于被保险人的承保开始生效的日期。

日间护理治疗 指被保险人入院并占有床位后接受的治疗，但不过夜。

牙科 指影响牙齿和牙龈的情况。

被抚养人 指投保人的：

- 配偶
- 18 周岁以下的未婚子女、继子女或合法收养的子女
- 25 周岁以下的未婚子女，限于尚在接受全日制学校教育（需提供其在读教育机构的书面证明）

诊断试验/程序 指为调查造成被保险人的症状的原因，在医学上必须进行的试验或检查。

紧急事件 指突发的、预料之外的急性医疗状况或慢性疾病预料之外的急剧恶化，如果在该情况发生后四十八（48）小时内不进行治疗，可能引起被保险人死亡或身体机能的严重损害。

满期日 保险计划的承保的最后日期。

可预知的 可以合理预期的医疗情况。

祖国 投保单上“祖国”栏所申明的国家。

关怀机构 向晚期病症患者提供服务的机构。关怀机构服务包括在家或在控制病痛以及其它症状的机构中心内为门诊或住院病人提供的服务。

医院 指根据所在国家法律获得执照，提供治疗的机构。

直系亲属 指有血缘关系的直系亲属。

住院医生 指由医院长期或永久雇佣，在医院履行其义务的专业医生。

住院治疗 指被保险人被接收入医院，占有床位的过夜治疗。

被保险人 指有效保险凭证列明的，符合本保险计划投保条件的个人。

自然显现 指已经表明或显示得非常清楚的医疗状况。

医疗状况 指任何损伤、病患、不适、疾病、体征或症状。

执业医师 指在世界卫生组织出版的全世界医学院目录中所列的受认可的医科学校就读，取得内科和外科学位，并经进行治疗的国家颁发执照获准行医的人士。

医疗（学）上必要 / 必要医疗 指被保险人的执业医师、专科医师 / 顾问开具处方的适合于医疗状况并符合认可的医疗标准的治疗。

等待期 指保险利益表中以特别注明的期间，您及被保险人仅可对等待期届满后发生的医疗费用才可在保险计划下提出索赔。

自然牙 指原始的、有机的，而并非人工移植或替换的牙齿。

除外医院列表 是指任何情况下不被我们认可的医疗机构之列表。我们将不承担被保险人在“除外医院列表”中的医院接受治疗所产生的费用。

医院列表 A 在此医院列表中的任何一家医院或诊所就诊，您或被保险人不需要支付任何共保额。被保险人可以通过工银安盛人寿保险有限公司网站了解我们随时更新的网络医院名单。

医院列表 B 在此医院列表中的任何一家医院或诊所就诊，您或被保险人需要支付承保范围内 30% 的合理费用。

家庭护理 指由于某种医疗状况，被保险人接受在本保险计划承保范围内的治疗，经由执业医师、顾问或专家处方并在其指导下，由注册护士在被保险人家中提供与该种医疗状况直接相关的服务。

畸齿 指影响牙齿、上下颌或口腔的结构，功能，生长，外观的情况。

门诊治疗 指被保险人在医院、咨询室或门诊部进行的治疗，无需占用床位。

治标治疗 指的是主要为暂时减轻和/或控制症状的治疗，而不是为了治愈产生症状的治疗。

理疗师 在提供治疗的国家拥有执照并有资格施行物理治疗的人士。

保险计划 指您和我们之间的合同，提供与您保险计划资料中所含载的保险利益表、一般条款、保险利益条件和保险利益除外条款相一致的保障。

保险年度 指在有效的保险凭证中注明的，自生效日起 12 个月的期间。

投保人 指列名于保险凭证中我们已向其签发保险计划的个人。

事先授权 指被保险人在接受治疗或发生费用之前征求我们同意的程序。如事后出现新的资料否定索赔，我们可以撤销该项事先授权。

预防性治疗 指没有病症出现的情况下进行的预防性治疗。

专业体育运动 指被保险人作为专业人士 受雇于某机构而参加的体育活动并是其主要的经济收入来源。

精神病学的 指由器质性、创伤性的或反应性的原因造成被保险人思维、情绪或大脑功能障碍的情况。

合理的费用 指在同一国家或地区内针对治疗或任何服务符合常规的收费标准。

注册护士 指治疗时在其提供治疗的国家的专业注册处中具名的、具有资格的护士。

康复 指旨在恢复被保险人的健康和/或活动能力，以使其能更加独立地生活而进行的治疗。

相关的 指从我们和被保险人的执业医师、专科医师/顾问的角度来看，由另一种医疗状况：

- 直接导致或由其引起的；
- 与其相关的；或
- 相关联的危险因素的医疗状况。

续保日 指在有效保险凭证中列明的保险计划生效日的周年日。

常规体检 指在没有任何医疗状况表现的情况下而进行的常规的体格检查。

专科医师/顾问 指在提供治疗的国家治疗被保险人疾病相关的医学领域持有以下执照并执业的医疗人员：

- 医师/顾问任命书或其同等证书；
- 高等专科医师培训的认可证书。

生效日 指在有效保险凭证上注明的加入日期或与某一保险计划年度有关的之后的续保日。

晚期 指末期的或快速恶化而无法医治的医疗状况，以被保险人的执业医师、专科医师/顾问的观点认为被保险人即将死亡的。

治疗专家 指在提供治疗的国家拥有执照的脊椎指压治疗医师、整骨疗法医师、顺势疗法医师、针灸医师或中医师。

治疗 指为诊断、减轻或治愈医疗状况，在医学上必要进行的任何外科或内科医疗服务（包括诊断试验）。

未满期净保费 按本期应交保费乘以本期保费未经过天数除以本期保费承保天数（年交：365 天；季交：90 天）并扣除手续费后计算出的保费。

$$\text{公式：未满期净保费} = \text{本期应交保费} \times (1-35\%) \times \frac{\text{本期保费未经过天数}}{\text{本期保费承保天数}}$$

上门服务医生 指该医生并非受雇于某医院，但签约于该医院，并可以使用该医院的设施和资源。 上门服务医生的收费标准不同于医院的一般收费标准。

我们 指列在保险凭证上的保险公司。

您 指投保人。