

金盛人寿保险有限公司 金盛全球医疗保险条款

[2008]字第 1-107 号文呈报
中国保险监督管理委员会备案

目录

感谢您选择了我们—金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 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	10 天无条件退款保证
第二条	投保资格
第三条	生效日
第四条	缴纳保费
第五条	缴纳保费方式
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	增加新生儿
第九条	保险计划转换
第十条	变更您的保障和可选附加计划
第十一条	续保
第十二条	无索赔折扣
第十三条	解除保险计划
第十四条	死亡

第三章 一般条款：向您介绍您应该遵守的规定和享受利益的条件。

第四章 保险责任条款：介绍您在本合同中可享受的保险利益和除外的情况。

第十五条	保险利益条件
第十六条	保险利益除外
第十七条	法律费用保险利益除外
第十八条	适用于孕产的保险利益条件
第十九条	适用于孕产的保险利益除外

第五章 理赔：向您介绍理赔时所需要的材料和理赔的方法等。

第二十条	理赔方式
第二十一条	会员卡
第二十二条	理赔款项支付方法

第六章 附录：向您解释本条款和保险利益表中的一些名词。

第二十三条	名词释义
-------	------

第一章 温馨提示

我们欢迎并感谢您选择金盛人寿保险有限公司的全球医疗保险计划。我们的目的是为您提供一份值得信赖的全球医疗保险计划。为此，充分了解此保险计划对您来说非常重要。这份全球医疗保险计划条款，连同您选择的保险计划的保险利益给付表，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给付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 19-24 页名词释义中。

本保险计划由金盛人寿保险有限公司，一家经授权并受中国保险监督管理委员会监管的保险公司承保。

第二章 服务条款

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本保险合同，请您一并阅读。

本条款所列明的所有一般条款，利益条件，除外利益对您和所有被保险人均适用。

如果您或被保险人未能履行本保险计划所载的条款或条件，可能无法得到本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。

所有保险计划所提供的保险利益将在保险利益给付表中列明，与本保险条款一同附于保险计划。

保险利益限额将以人民币（¥）或美元（\$）为单位。您保险计划的货币单位以您支付保费所用的货币单位为准。

第一条 10 天无条件退款保证

如果您认为保险计划不能满足您的需求，您可以解除保险计划而无需承担任何费用。如果您决定解除合同，请在保险计划生效日或收到保险计划资料之日起（以迟者为准）10 日内以信件、传真或电子邮件方式书面确认并退回会员卡和保险凭证。如果您尚未就保险计划提出索赔，我们将及时全额退还您所支付的保费。

第二条 投保资格

您的投保资格取决于我们是否接受您的投保。

保险计划适用于在中国居住的所有国籍包括中国籍在内的人士及被抚养人（但须符合以下的年龄限制），在美国长期居住的美国公民和受到外汇管制的人员除外。

投保人应当为 18 周岁以上。18 周岁以下的独立申请人须由其父母或监护人在投保单上签字，并且由其父母或监护人作为投保人，我们将针对 18 周岁以下的被保险人采用 18-25 周岁保费收费标准。如果一个家庭有超过 1 个以上的 18 周岁以下的被保险人独立投保，所有被保险人都按照 18-25 周岁保费收费标准收费。

被保险人的年龄最高不得超过 74 周岁。

所有在同一张保单项下的投保人必须在同一个保障区域范围内投保。

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申请人和/或其被抚养人。

第三条 生效日

保险计划的生效日以收到投保单之日或您注明的并经我们同意的未来某一天为准，并以收到全额保费为前提。

在任何情况下，我们均不接受生效日追溯。保单周期为 12 个月或到续保日结束，或到由于任何原因的保单被取消日结束。

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。

第四条 缴纳保费

保险计划是一年期合同，建议您以年缴方式提前缴纳保费。您也可以选择月付或季度付的缴费方式。

对于可选附加孕产计划，建议您以年缴方式提前缴纳保费。您也可以选择月付或季度付的缴费方式。

保费应以人民币、美元为单位支付，保险计划的货币单位以支付的保费的货币单位为准。保费基于相应的保险年度开始时根据被保险人的年龄所适用的费率来计算。

您的保费必须以您保险计划的货币单位，在保费到期日当日或之前支付。

第五条 缴纳保费方式

如果您以人民币支付保费，您可选择如下方式缴纳：

- 使用本公司提供的POS机刷信用卡 (Visa 或MasterCard)
- 银行转账

如果您以美元支付保费, 您需要以银行转账方式缴纳。

银行转账必须以保险计划的货币单位缴纳保费。请确认您在转账凭证上使用全名。

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。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。

对于逾期未付保费我们将书面通知。如果保费在到期日后 30 天内仍未得到支付，我们保留解除保险计划的权利。

在此情况下，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奖励将不再适用。

注意：在逾期未付保费情况下，索赔处理将中止。

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为子女增加保障，需要得到我们的认可。您可以在保险年度内的任何时间以书面方式递交申请。我们将签发经修改的保险凭证，载明加入日期及任何可能得到适用的特定条款。

如果您在保险计划生效日之后需要删除一项子女保障，您需要书面提出申请，保障将在我们收到您的通知并得到我们的认可时终止。我们将签发载有详细变更内容的经修改的保险凭证。

保费会根据以上情况作出相应调整。您有责任支付增加的保费。我们在任何情况下都不会追溯生效日。

第八条 增加新生儿

您可以在保险单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。新生儿的起保日期从新生儿出生日开始。如果您在该被抚养人满 30 天之前提出申请，我们可不作等待期的要求。我们将向您签发载有详细变更内容的保险凭证，保费将作相应调整。您有责任支付任何增加的保费。

如果您在该被抚养人满 30 天之后提出申请，我们将有等待期的要求。在任何情况下我们都不会追溯生效日。

第九条 保险计划转换

如果您要将其它公司的保险计划转为本保险计划，我们需要您提供您原来保险公司签发的保险凭证原件，其中载有原先的保险生效日、核保条款和其它可能适用的特殊条款。您还需要填写个人投保单和个人健康状况申明书。任何转换必须得到我们的认可并支付额外保费。

如果您原来的保险计划满期日与您申请保险计划的日期之间有间断，我们将不接受您原有核保条款的转换。从而，保险计划将适用 24 个月的等待期。

提醒：本公司的保障条款可能会与同类公司有所区别。

第十条 变更您的保障和可选附加计划

●变更保险计划类型

如果您要提高或降低您的保险计划的级别，请书面通知我们。如果我们接受，变更将从您下一个续保日开始生效。您不能在同一个保险年度中作出变更。

●变更付款币种

如果您要变更付款币种，请书面通知我们，如果我们接受，变更将从您下一个续保日开始生效。您不能在同一个保险年度内作出变更。

●变更保障区域

如果您要变更保障区域，请书面通知我们并注明变更原因，您可以在保险年度内任何时间提出变更，我们有权决定是否接受。如果我们接受，变更将从我们收到通知之日或您指定的将来某一日开始生效。

●变更免赔额（免赔额或共保）

如果您要变更免赔额，请书面通知我们，如果我们接受，变更将从您下一个续保日开始生效。您不能在同一个保险年度内作出变更。

●增加或删除可选附加保险计划

如果您要增加或删除可选附加保险计划，请书面通知我们，如果我们接受，变更将从您下一个续保日开始生效。您不能在同一个保险年度内作出变更。只有主保险计划有效的前提下，您的附加保险计划才能生效。

您的保费和保险利益限额取决于保障区域和支付的币种。可选附加保险计划的保费建议以年缴方式提前支付。附加保险计划不得单独成立。

第十一条 续保

本保险计划保险期间为一年，您可以每年续保该保险计划。每次续保都应在保费到期日或之前缴纳续保保费，并遵守续保当时有效的定义、保险利益、条款和条件。我们会在本保险计划的到期日至少六周之前向您签发如何续保本计划的条款和通知。

请注意：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、健康状况、医疗费用通货膨胀、被抚养人的数目、保障区域、保险计划类型和适用

的免赔额为基础做出。您有义务向保险公司告知任何其有关投保所需要的事实情况。

如果在续保日，您保险计划下的子女成婚、满 18 周岁、停止在全日制学校学习、或者虽然仍在全日制学习，但已年满 25 周岁，他们将不再有资格在您的保险计划下获得保障。

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。

如果您用信用卡支付保费，并且如果在续保时我们持有的相关信用卡信息在续保时仍旧有效，您的续保保费将从信用卡或您的授权账户中划取，同时您的保险计划将获得续保。如果您的信用卡有效期将在续保日前 3 个月到期，请您向我们提供续卡的新信息。如您需要新的信用卡授权书，请您和我们联系并索取。

如果您决定不再续保，请您务必通过书面、邮件、传真或 E-Mail 的方式在续保日前通知我们。

第十二条 无索赔折扣

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：

- 第一年：0%折扣
- 第二年：10%保费折扣
- 第三年：15%保费折扣
- 第四年：20%保费折扣

从第四年开始，最高的无索赔折扣为 20%

如果在一个保险年度内提交了索赔，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第一年的状态。

如果我们已经给予下一年度的无索赔折扣，而您随后递交上一保险年度的索赔并被我们接受，我们将从索赔款项中扣除相应的无索赔折扣金额。

请注意，对于健康状态、孕产、可选附加保险计划的索赔不影响无索赔折扣的给予。无索赔折扣不适用于任何您所选择的附加保险计划的保费。

第十三条 解除保险计划

如果您决定取消保险计划，请您以信件、传真或电子邮件的方式书面告知我们。我们将在收到申请的当日按照您的指定终止保险计划。我们不追溯保险计划终止日。

在保险计划终止日，您应退回所有会员卡和保险凭证。

我们将按实际已投保天数计算退还保费，基于无理赔的基础上。如果提出了理赔的申请同时被我公司认可，则退保的申请将不予受理。如果您是按月或是按季度付款，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，我们将按年缴保费的金额收取尚未支付的保费，并不受理退费事宜。

我们向您退还扣除手续费后的未到期保险费，手续费等于本期应交保险费的35%。

第十四条 死亡

如果该保单的投保人身故，保单将继续对其他受益人有效，但其他受益人将会被要求重新填写一张新的申请表。

如果保单中的其他受益人不想继续投保，他们需要在您身故后四周内提出书面申请包括以信件，传真，电邮的方式。我们将提供按投保期限比例的退款，基于无理赔的前提。如果提出了理赔的申请同时被我公司认可，则退保的申请将不予受理。

在退款前，我们需要其他受益人提供相应的投保人死亡证明。

第三章 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服从所有规定的一般条款和利益条件。

GC1 所有有关本保单的通知以及和理赔有关的通知将被寄给您。

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，您必须立即以书面形式通知我们，这些变更是指：

- 您/被保险人的居住地址或居住国
- 被保险人的姓名
- 被保险人的职业
- 被保险人在居住国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取消本保险计划的权利。

GC3 在我们接受承保之前，任何有关保单所要求提供的情况和信息，您或被保险人必须如实提供。否则，将会影响到被保险人的权益。被保险人如实提供相关信息有助于我们接受我们作为保险人应该履行的义务。如果您对信息没有把握是否属实，我们建议您告知我们。请注意：告知我们被保险人的既往病症情况并不能使我们取消您的 24 个月等待期。我们保留在发现不如实告知和隐瞒事实情况下解除保单的权利。

GC4 在发生理赔申请的情况下，我们有权从您的医生、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 您保险计划的最高保障金额所使用的货币单位与您支付保费所使用的货币单位相同。

GC7 保单保费已包括本地政府机构征收的税务。

GC8 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。

GC9 在门诊费用申请理赔的情况下，除非您的保单就门诊费用理赔有提供“免现金服务”的功能，否则您必须填写完整“理赔申请单”，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。

GC10 如果理赔出现造假现象，已赔付的款项在可能的情况下应被追回。尚未赔付的款项应停止处理。并且我们有权利立即取消保单的有效性。

GC11 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、全国性健康计划或任何其他以被保险人名义参加的国家或雇主保障项目）中也有涵盖，我们只按比例承担应付部分。

GC12 如果我们确信一索赔事件属于保险利益除外范围，从而不被保险计划承保，被保险人承担论证该索赔事件应为保险计划承保范围内的举证责任。

GC13 您或被保险人必须通过书面的方式及时通知我们任何有关“法律费用”利益项下涉及第三方责任从而引起的理赔申请，并履行我们提出的合理的建议。

GC14 我们有权利以你或被保险人的名义向其他相关人士进行必要的求偿行为，但对任何不在承保范围内的损失一概不负责。

GC15 您或被保险人需与我们保持信息的沟通，包括任何与另一方有关的涉及理赔的协商或沟通。没有我们的同意，您不可与第三方私下结束案件。

GC16 被保险人在理赔裁定后的2年内，有权向我公司采取相关的法律行动。

GC17 凡因本保险计划引起的或与本保险计划有关的任何争议，均应提交中国国际经济贸易仲裁委员会上海分会，按照申请仲裁时该会现行有效的仲裁规则进行仲裁。仲裁裁决是终局的，对双方均有约束力。

GC18 承保范围内的国家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，正常的符合实际情况的理赔金额。

第四章 保险责任条款

第十五条 保险利益条件

您享有您所选择的保险计划下的保险利益。这些保险利益须遵从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事先授权。一旦被保险人得到事先授权，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。

BC3 所有住院治疗、日间护理治疗或紧急遣送治疗费用在实际发生前需由专业人员检查并协商。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，我们仅提供假设我们先前参与协商原本可达成的费用。

BC4 住院膳宿保障限于含有床位、膳食和清扫服务在内的医院单人病房。

BC5 在投保单上需要填写被保险人的家庭执业医师诊疗在过去 2 年内的详细信息。如果被保险人未告知其家庭执业医师的详细信息，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，我们将拒绝赔付。

BC6 如果被保险人选择的保障为“全球”区域，而在任一保险年度内在美国停留的时间超过 180 天，此保险计划自动终止。

BC7 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。

BC8 如果局部地方的情况造成极大的危险 或条件不允许进入该地区或国家，本公司将有可能不予安排紧急撤离。

BC9 如果您选择用“上门服务医生”而非“在院医生”到您家中就诊，我们将赔付合理的，常规的费用。如果“上门服务医生”收费不合理或者不在我们在院医生通常收费标准的情况下，您将支付差额。

BC10 我们将支付必要的，合理的和常规的所有费用。此支付费用不超过保单载明的每一被保险人每一保险年度的总保额。

BC11 如果您选择了孕产计划，在正常怀孕和正常分娩的前提下，我们会考虑承保 3 次常规产前超声波检查（怀孕前、中、后期各一次）。如果您不得不需要超过 3 次的超声波检查，您的医生必需在理赔申请单中举证足够的治疗理由。我们会考虑承保 12 次常规产前检查。如果您需要超过 12 次的产前检查，您的医生必需在理赔申请单中举证足够的治疗理由。

在“正常分娩”承保项下，我们为新生儿承保以下内容：

- 一次新生儿体格检查，包括 Vitamin K，B 型肝炎 和卡介苗疫苗接种
- 一次听力测试
- 新生儿血常规检查，先天性甲状腺功能，PKU 和 G6PD 功能检查
- 新生儿医院住宿—如果母亲产后出院(但并非由于产后感染原因)，新生儿可最多留院住宿 4 个晚上。

第十六条 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给付表或任何书面批注中注明，或经本公司书面同意，以下情况为我们的除外责任：

BE1 既存医疗状况，并且在加入日期或者被保险人保险凭证中以特别的条款章节注明的日期前 24 个月的医疗状况，其具有以下一个或数个特征：

- 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

保险计划连续生效 24 个月后，如果被保险人未发生以下情况，则既存医疗状况可以得到承保：

- 出现症状
- 寻求医疗建议
- 需要治疗、医疗或特殊饮食
- 接受治疗、医疗或特殊饮食

如果被保险人出现上述状况，则需要从治疗的最后一天开始继续等待 24 个月，并满足上述标准，才能获得就既存医疗状况提出索赔的资格。本规定构成等待期的有效部分。

BE2 超过您保单的保险金额，该金额已经详细的列在你的保单利益表上。

BE3 您保单所不承保的范围。

BE4 您保单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你的保单利益表上。

BE5 怀孕、分娩和产后的费用，无论是正常的还是带有并发症，除非被保险人已经选择“可选附加孕产保障”或者在团体保险计划下享有孕产保障。

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

BE7 非紧急事件运送，医院间医疗上必需的救护车运送除外。

BE8 被保险人在其国籍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从事的任何旅行、活动或行为。

BE10 接受与被保险人有任何程度的亲属关系的执业医师、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 任何不孕治疗、避孕、不孕或多孕，性疾病的治疗（包括任何原因造成的阳痿）、变性、辅助怀孕（例如，人工授精治疗），除非保险计划中另有说明。

BE14 性病和性传播疾病。

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，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 活细胞或组织的冷冻保存、移植或再移植，无论是自体移植还是捐赠。

BE18 胎儿治疗。

BE19 终止妊娠。

BE20 先天畸形或先天缺陷。

BE21 自杀、自杀倾向和/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、军队、篡夺武力或任何非法/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）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 精神病的/心理的治疗、休养治疗、习惯性治疗、孤立治疗、隔离、疗养院治疗，除非在保险计划条款条件另行作出规定。

BE33 预防性听力及视力检查。

BE34 近视、斜视、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，除非在保险计划条款条件另行作出规定

BE35 耳朵或身体穿刺和纹身以及由此引起的治疗

BE36 牙科治疗、预防性牙科检查、预防性治疗、刮牙、洁牙，牙齿美白，假牙和/或畸齿矫正，半金属或金属牙冠替换。

BE37 强制性或成瘾性的进食紊乱和/或思乡症

BE38 肥胖症，特殊饮食、体重控制、幼儿饮食、婴儿供应品、维生素、矿物质或有机物补充。

BE39 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。

BE40 填写医疗索赔申请表产生的收费或费用。

BE41 任何间接损失。

BE42 保险计划满期日或被保险人的保险利益满期日之后的治疗（以较早发生者为准），除非保险计划或被保险人的保险利益得到续保并支付续期保费，而且治疗属于承保范围。

BE43 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。

BE44 任何被保险人于生效日当日已经作出的入院计划，而该入院计划未向我们告知并被我们接受。

BE45 任何不被国家承认的药物处理，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。

BE46 任何由于已证实的医疗事故而需要的治疗。

第十七条 法律费用保险利益除外

BEL1 任何不经过我们事先同意而产生的法律费用。

BEL2 任何我们认为取得诉讼成功概率不高的案例并由此而产生的法律费用。

BEL3 任何起诉我们的法律费用。

适用于孕产保障的保险利益条件和保险利益除外

以下附加保险利益条件和/或保险利益除外适用于您选择的可选附加保险计划。您选择的可选附加计划会在保险凭证上载明。

第十八条 适用于孕产的保险利益条件

BCM1 被保人最低年龄为 18 周岁。

被保险人最高年龄为 44 周岁。被保险人年龄达到 46 周岁后，本保险计划将在续保日终止。

第十九条 适用于孕产的保险利益除外

可选孕产附加计划不承保第 12-15 页的保险利益除外条款所述情况和下列情况所引起的费用：

BEM1 可选孕产附加计划最初生效后十二个月内受孕。

BEM2 保险计划生效之前胎儿其父或其母已知道的、身受的或经过治疗 / 药物处理的先天缺陷或畸形，或者知道在直系亲属中已经发生的先天缺陷或先天畸形。

BEM3 胎记的治疗和 / 或手术。

第五章 理赔

第二十条 理赔方式

1. 如何在住院情况下申请索赔。您必需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. 如果您的医生或专科医生安排您住院，您需要和我们的国际救援中心取得联系。我们的服务中心是 24 小时，365 天运转机构。当您取得联系后，您要提供给服务中心人员以下信息：
 - 您的会员卡
 - 您的就诊医生的名字
 - 住院医院的联系方式
- c. 救援服务中心的人员会在之后和您的医生取得联系，安排住院事宜
- d. 救援服务中心的人员然后会及时给您回复，向您确认住院手续等事宜均已妥善安排。除非您的计划中针对住院有免赔额，您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。您不需要填写理赔申请单。

2. 如何在紧急援助遣送项下申请索赔

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。任何遣送目的地必需得到我们的认可并且必需在您承保地区范围内。

在任何紧急情况下，您和您的代表人必需和我们的国际援救中心取得联系。联系方式将在本条款的“联系方式”中列明。

3. 如何在门诊项下申请索赔

请注意，门诊不在计划 D 承保范围内。此项理赔无需和国际救援中心联系。如果您需要帮助，请和我们的理赔部门取得联系。联系方式将在本条款的“联系方式”中列明。

- a. 和往常一样去就诊
- b. 就您的就诊项目产生的任何费用进行付款
- c. 请保存好所有账目明细原件和发票原件。请确保一张理赔申请单用于一种医疗症状
- d. 填写完整理赔申请单中的 A-G 部分
- e. 您必须确保您的医生在理赔申请单中的 H 部分签字。（或/和理赔申请单中的 I 部分--适用于牙科理赔申请部分签字）
- f. 把您的理赔申请寄往我们理赔部门。理赔资料包括有：

- 就诊账目明细原件
- 发票原件
- 完整理赔申请单

第二十一条 会员卡

您在收到您的保单的同时，还会收到会员卡。当您需要就诊住院时，您需要出示您的会员卡。

您的会员卡不是您住院时唯一需要出示的证明

您必须同时出示以下任何一种证件：护照，驾驶证，身份证或者工作证

您的会员卡不得转让

您的会员卡在您中断保险计划后必需退还给保险公司

您的会员卡不是信用卡。

第二十二条 理赔款项支付方法

银行转账—我们将根据您提供的银行账号信息汇款给您

请注意：我们将不对任何由于货币兑换的浮动而可能对您造成的经济损失负责

第六章 附录

第二十三条 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，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除外。

意外 是指遭受外来的、突发的、非本意的、非疾病的、使身体受到伤害且作为直接且单独原因导致被保险人伤害或死亡的客观事件。

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。

保障区域 指的是保险计划发生效力的世界地理区域，其在保险凭证中有所详述。

Area 2 全球，不包括美国

Area 3 全球

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给付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。

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
- 需要专家培训/机能恢复
- 由身体的无法逆转的改变所引起的

索赔 指被保险人或受益人根据保险计划的条款和条件要求支付或处理。

联系密切的商业伙伴 指与被保险人受雇于同一家公司的被保险人的合作伙伴。

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，其最高年龄为 75 岁。

共保 指每个保险年度，您/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。

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续保日。

未到期保险费 按本期应交保险费乘以本期保险费未经过天数除以本期保险费承保天数（年交：365 天；半年交：180 天；季交：90 天；月交：30 天）计算的保险费。

$$\text{公式：未到期保险费} = \text{本期应交保险费} \times \frac{\text{本期保险费未经过天数}}{\text{本期保险费承保天数}}$$

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。

顾问 请参考专家/顾问的定义。

既往医疗除外责任的沿用 指原使用其它保险公司的产品的被保险人转为投保保险计划，我们将愿意沿用其原先的核保除外条款或等待期。我们将不会要求被保险人遵守任何新的核保除外条款或等待期（如适用）。然而，转换后的保险合同仍应遵守保险计划的所有其它的保险利益、条款条件（BE1 项除外）。

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关个人可能死亡的。

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。

牙科的 指影响牙齿和牙龈的情况。

被抚养人 指被保险人的：

● **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（保险计划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，可能引起死亡或身体机能的严重损害。

免赔额 指每个保险年度，您/被保险人就索赔需要自行支付的费用部分。有以下三种方式的免赔额：

每次门诊就诊免赔额—这种方式支付的免赔额指一天之内每一次就诊看病，即使是就诊于不同的医生，被保险人需要自行支付的费用。

每一个保险年度，每个医疗状况下的就诊免赔额—指每个保险年度，被保险人对每个医疗状况下就索赔需要自行支付的费用部分。如果有 2 个医疗状况，需支付 2 次免赔额。

每一个保险年度，每个被保险人应支付的免赔额—指不管每一保险年度索赔几次，被保险人只支付一次免赔额。

截止日期 保单的承保的最后期限

可预知的 可以提早发现的医疗情况

国籍国 投保单上申明的国家

关怀机构 向晚期病症患者提供服务的机构。收容服务包括门诊和住院病人，和控制病痛以及其它症状。

医院 指根据国家法律获得执照，提供治疗的机构。

直系亲属 指有血缘关系的亲属。

保单有效开始 指在保单凭证上列明的保单初始日

在院医生 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。

法定代表 指具有合法身份的个人代表（由授权书所授权或作为遗嘱执行人）。

当地救护车 指由于紧急事件或必要医疗而需要运送到最近的、合适的当地医院所需要的道路救护运输工具。

显状 指医疗状况已经表明或显示得非常清楚。

医疗状况 指任何损伤、病患、不适、疾病、体征或症状。

忽略的病史 指对于加入日期之前已知已经存在的不适用特殊核保条款和除外条款的医疗状况，但仍需符合除 BE1 之外的保险利益，条款和条件。

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 指自加入日期起二十四（24）个月的期间或保险凭证中以特别条款章节注明的日期，等待期过后才可就既存医疗状况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。

非偿付病人 指被保险人作为住院病人或日间治疗病人收入医院接受治疗，但保险人无需偿付的情况。

家庭护理 指由于某种医疗状况，被保险人接受在本保险合同承保范围内的治疗，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。

牙齿矫正 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。

治表 指的是主要为暂时减轻和/或控制症状的治疗，而不是治愈产生症状的医疗状况。

永久性全部残疾 指的是残疾的严重程度使被保险人完全无法从事与其教育背景，培训或经验相适应的任何商业活动或职业，并且残疾状态在持续 12 个月后仍无望得到改善。

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给付表，一般条款，保险利益条款和保险利益除外条款相一致的承保条件。

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并有缴付保费义务的个人。

出院后治疗 指由被保险人在出院以后，在被专业医生引荐接受专科医师或顾问的进一步治疗之前所接受的医疗护理费用，诊断费用，和医药费。

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。

既存 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
- 被保险人为其寻求建议
- 被保险人为其接受治疗
- 就被保险人所知，已经意识到其存在

防御性治疗 指没有病症出现的情况下进行的预防性治疗。

初步治疗 指被保险人首次联系医疗专业人士（例如普通医疗从业人员）时，在被引荐转诊接受专科医师或顾问的进一步治疗之前所接受的医疗护理。

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。

合理常规收费标准 指在某一地区内针对住院，就诊和任何医疗服务符合常规的收费标准。

注册护士 指当前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；
- 与其相关；或
- 相关联的危险因素的医疗状况。

续保日 指列在有效保险凭证中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被保险人所需要的治疗相关的医学领域，持有以下执照：

- 顾问委派书或其同等证书；
- 高等专科医师培训的认可证书，施行会诊约见（或其他类似形式）的医疗人员。

末期 指晚期的或快速恶化而无法医治的医疗状况，以被保险人的主治执业医师、专科医师/顾问的观点，预计生命维持不超过 12 个月。

治疗专家 指在提供治疗的国家拥有执照的脊椎指压治疗者、整骨疗法家、同种疗法医师或针灸医生。

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）。

非在院医生 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。非在院医生的收费标准不同于医院的一般收费标准

我们/我们的 指金盛人寿保险有限公司或是列在保险凭证上代表保险公司的指定代表。

您/您们 指投保人。