



请扫描以查询验证条款

工银安盛人寿保险有限公司 工银安盛人寿寰亚医疗保险条款

目录

感谢您⁽¹⁾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 保险责任条款：向您介绍本合同的基本构成，以及您通过本合同所获得的保障及给付利益。

第一条	合同的构成
第二条	投保范围
第三条	保险期间和续保
第四条	保险金额
第五条	保险计划和保障区域
第六条	保险责任
第七条	责任免除

第二章 一般条款：向您介绍您对本合同所拥有的权益和义务，以及保单服务、理赔的具体要求。

第八条	保险费的交付
第九条	合同的解除
第十条	合同效力的终止
第十一条	保险事故的通知
第十二条	保险金的申请
第十三条	保险金的给付
第十四条	医疗机构与直接结算
第十五条	预授权
第十六条	如实告知
第十七条	合同解除权的限制
第十八条	年龄及性别的确定与错误处理
第十九条	连带被保险人的变更

第二十条	职业或工种的变更
第二十一条	联系方式的变更
第二十二条	争议处理
第二十三条	管辖法律

第三章 名词释义：向您解释本合同条款中所提到的一些专用名词，便于您更好的理解本合同。

第一章 保险责任条款

第一条 合同的构成

《工银安盛人寿寰亚医疗保险合同》(以下简称“本合同”)由保险单、保单利益表或其它保险凭证及所附条款、投保单、与本合同有关的投保文件、声明、批注、附贴批单及其它书面或电子协议构成。

若上述构成本合同的文件正本需留我们存档,则其复印件或电子影像印刷件效力与正本相同;若复印件或电子影像印刷件的内容与正本不同,则以正本为准。

本合同的英文简称为 HMA。

第二条 投保范围

凡出生且健康出院,至年满 64 周岁⁽²⁾且身体健康的人,可作为被保险人参加本保险。

对于未满 18 周岁的未成年人,应由其父母作为投保人、且其父母中的至少一方作为被保险人参加本保险,该未满 18 周岁的未成年人才能作为**连带被保险人**⁽³⁾加入本保险合同。对于 18 周岁以上(含 18 周岁)的具有完全民事行为能力人,可由其本人或对其有保险利益的人向我们投保。

被保险人应当在中国大陆,香港、澳门特别行政区,以及台湾地区居住合计满九个月或以上时间。

可选孕产保险责任的投保范围除上述约定外,还须满足:

被保险人最低投保年龄为 18 周岁,最高投保年龄为 44 周岁。

第三条 保险期间和续保

您提出保险申请、经我们同意承保,本合同成立。本合同自我们同意承保、收取足额保险费并签发保险合同开始生效,本合同生效日期在保险单上载明。

本合同的保险期间为 1 年。除非有另外的约定,本合同的保险期间自保险单所载生效日当日 24 时起至本合同约定的任一种终止情况发生时为止。

我们会在每一保险期间届满之前的至少 4 周,向您发送续保的书面通知。若您同意我们的续保条件并缴付续保保险费,在我们收到保险费后,本合同将于保险期间届满的次日起延续一年。

若被保险人年满 45 周岁,则可选孕产保险计划不再接受续保。

若本合同下的连带被保险人符合下述任一条件,则不再接受在本合同下续保。

- 一、 已有婚姻史
- 二、 年满 25 周岁
- 三、 年满 18 周岁,且已终止在全日制学校接受教育

满足上述任一条件的连带被保险人可作为投保人,为自己投保该保险计划。在没有间断的前提下,原保险合同的保险利益可以延续。

本合同为非保证续保合同，若我们不接受续保，将于本合同的保险期间届满前书面通知您。

第四条 保险金额

本合同的保险金额由您在投保时与我们约定，并在保险单上载明。

第五条 保险计划和保障区域

投保人可以在投保时选择保险计划和相应的保障区域并在保险单上载明。每一家庭只能选择统一的保险计划和保障区域。

保险计划一旦确定，在保险期间内被保险人不得变更保险计划。中途退保的被保险人直到下一保险年度才能重新入保。

第六条 保险责任

在本合同有效期内，若被保险人在保障区域内发生保险责任内的**保险事故**⁽⁴⁾，我们将就实际产生的合理且必要的医疗费用，按我们与您约定的给付条件向受益人支付保险金。**各项年度或终身保障利益均以其最高给付额度或最高保障次数为限。**

给付比例、保障利益限额及其他给付条件均由您在投保时选定，并在保险单上载明。

我们在计算下列医疗保险金时，将扣除被保险人从公费医疗、社会基本医疗保险、所有商业性费用补偿型医疗保险、其他政府机构或社会福利机构和第三方所取得的补偿。

一、 住院医疗保险金

被保险人因遭受**意外伤害事故**⁽⁵⁾或因疾病，并在**符合条件的医疗机构**⁽⁶⁾（以下简称“医疗机构”）接受**住院**⁽⁷⁾治疗的，我们就其每次住院实际发生的下列合理且必要的住院医疗费用，按本合同约定给付住院医疗保险金。本合同有效期间届满时，被保险人仍住院治疗的，我们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，但累计给付金额以各对应项费用最高给付额度或最高保障次数为限，且不超过该被保险人的年度或终身保险金额。

该保险金包括：

1. 床位费：住院期间实际发生的、不高于标准单人病房的住院床位费（不包括套房、家庭病床）。包括重症监护室床位费。
2. 膳食费：住院期间实际发生的、由医疗机构提供的合理的、符合惯常标准的膳食费用，但不包括住院期间购买的个人用品。
3. 护理费：住院期间根据医嘱所示的护理等级确定的由**专业护士**⁽⁸⁾对被保险人提供临床护理服务所收取的费用。
4. 检查检验费：住院期间因医生诊断需要而采取必要的医学手段进行检查及检验而发生的费用。

5. 治疗费：住院期间由医疗机构提供必要的医学手段而发生的合理的治疗者技术劳务费、医疗器械使用费以及消耗品费。
6. 医生费：包括外科医生、麻醉师、内科医生、专科医生的费用等。
7. 药品费：住院期间实际发生的符合通常惯例的、合理的且医疗必须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**⁽⁹⁾的费用（如实际发生在中国大陆地区外医疗机构的处方药品费，须符合发生地国家或地区的药品监督管理部门的规定）。
8. 手术费：住院期间因医疗状况而施行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. 加床费：指未满 18 周岁的被保险人在住院期间，我们根据合同约定给付其合法监护人在医疗机构留宿发生的加床费；或女性被保险人在住院期间，我们根据合同约定给付其 1 周岁以下哺乳期婴儿在医疗机构留宿发生的加床费。**加床费仅限 1 张病床**，以不高于被保险人床位费标准为限。
10. 重症监护病房费：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. 精神疾病医疗费：指本合同连续生效满 12 个月且经我们同意续保后，被保险人因患精神疾病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、**注意缺陷症**⁽¹⁰⁾和**注意缺陷多动障碍**⁽¹¹⁾的治疗。**每一保险期间内，该项保险金累计给付住院天数不超过 30 天。**
12. 家庭护理和康复治疗费：家庭护理是指被保险人在出院后一百日内，根据医生的医嘱，需要在其家庭住所接受由专业护士提供的对与住院治疗的保险事故直接相关的康复治疗，包括康复保健、家庭健康指导等卫生咨询服务，以及换药、导尿、测血压、输液、注射、压力性溃疡护理、鼻饲、造瘘等可在居家环境下实施的临床护理技术服务。

康复治疗是指被保险人手术后在具有相应资质的普通医疗机构的康复科诊治或者接受以促进机体各项功能恢复为目的的医疗方法，如理疗、按摩、推拿、生物反馈疗法、康复护理等。

每一保险期间内，该项保险金累计给付天数不超过 90 天。

二、 门诊、急诊医疗保险金

被保险人因遭受意外伤害事故或因疾病，并在医疗机构接受门诊、急诊治疗的，我们就其每次门诊、急诊实际发生的下列合理且必要的医疗费用，按本合同约定给付门诊、急诊医疗保险金。

该保险金包括：

1. 医生诊疗费：指被保险人门诊、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：指门诊、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。
3. 检查检验费：指门诊、急诊时因医生诊断需要而采取必要的医学手段进行检查及检验所发生的合理的医疗费用。
4. 药品费：门诊、急诊期间实际发生的符合通常惯例的、合理的且医疗必须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（如实际发生在中国大陆地区外医疗机构的处方药品费，须符合发生地国家或地区的药品监督管理部门的规定）。

5. 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。

6. 放疗、化疗、肾透析治疗费：指被保险人因疾病在门诊、急诊接受具有相应资格的医生进行放射治疗或化学治疗或肾透析治疗的合理且必要的费用。

7. 物理治疗费：指门诊、急诊发生的由具有相应资格的医生进行物理治疗的费用，物理治疗是指应用人工物理因子（如光、电、磁、声、温热、寒冷等）来治疗疾病。相应的疗法有电疗、光疗、磁疗、热疗、冷疗、水疗，以及超声波疗法等，但须符合以下条件：

（1）在中国大陆地区，具体的项目必须符合全国医疗服务项目规范规定的项目。

（2）在中国大陆地区之外发生的物理治疗是指发生保险事故后，由西医转介并出具证明需要物理治疗并由具有相应资质的物理治疗医生实施的物理治疗方法。

8. 门诊、急诊手术费：指门诊、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。

9. 精神疾病医疗费：指本合同连续生效满 12 个月且经我们同意续保后，被保险人因患精神疾病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、注意缺陷症和注意缺陷多动障碍的治疗。

10. 中医治疗医疗费：在门诊由具有相应资格的医生所开具并提供的、具有治疗发生地所在国家相应监督管理部门批准可以使用的中医治疗服务及药品费用。

三、 艾滋病医疗保险金

本合同连续生效满 48 个月且经我们同意续保后，被保险人因**感染艾滋病毒或患艾滋病**⁽¹²⁾，并在医疗机构接受住院治疗、门诊、急诊治疗的，我们就其每次治疗实际发生的合理且必要的医疗费用，按本合同约定给付艾滋病医疗保险金。

四、 紧急事件当地救护车医疗保险金

被保险人因遭受意外伤害事故或因疾病，并以抢救生命为目的接受当地急救中心派出的救护车救助的，我们就其实际发生的救护车运送被保险人至医疗机构的费用，按本合同约定给付本项保险金。

五、 紧急救援保险金

1. 紧急运送和返回

（1）被保险人因遭受意外伤害事故或突发急性病，若得不到及时治疗将导致身故或严重伤害的，经救援机构的授权医生确认需要医疗援助的，本公司将通过救援机构安排被保险人至距事发地最近的医院就医或安排离事发地最近的医生至事发地为被保险人治疗并承担相应的转送费用。如当地救护车可以满足运送需求，应当优先选用当地救护车运送。

如授权医生认为事发地医院的医疗条件无法满足被保险人治疗的需要时，本公司将通过救援机

构安排被保险人转送到在合理路程范围内更适合其治疗的医院并承担相应的运送费用。如授权医生认为病情需要或事发地法律要求,本公司将通过救援机构派遣医护人员护送并承担由此产生的费用。

如授权医生认为被保险人所在地及其合理路程范围内的医院的医疗条件无法满足被保险人治疗的需要时,本公司将通过救援机构安排被保险人返回其国籍所在国(或地区)或居住国的医院或离目的地最近的医院治疗并承担相应的转送费用。如授权医生认为病情需要或**被保险人所在地法律要求**,本公司将通过救援机构派遣医护人员护送并承担由此产生的费用。根据被保险人病情或伤势,本公司有权决定运送目的地和医疗机构。如果被保险人不在救援机构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转送费用,完全由被保险人自行承担。未经救援机构许可被保险人自行安排转送的,转送费用完全由被保险人承担。

紧急情况下出于医疗必要,被保险人经当地急救机构以专业救护车送往最近医院的,本公司将承担由此产生的费用。

(2) 紧急运送发生后,被保险人返回居住国⁽¹³⁾的经济舱飞机票费用。若被保险人使用其他交通方式的,我们按实际发生的费用给付,并以对应的经济舱飞机票费用为上限。

(3) 紧急运送发生和返回发生时,我们承担一名陪同人员因陪同所发生的如下费用。

- 1) 往返经济舱飞机票费用。若使用其他交通方式的,给付方法参照上款。
- 2) 一晚住宿费用包含住宿第二日的早餐。
- 3) 从机场、港口或其他交通枢纽到住宿地的往返交通费。
- 4) 从住宿地到运送医院的往返交通费,限每日一次。

陪同人员包括连带被保险人或近亲属⁽¹⁴⁾。

2. 遗体送返或安葬

若被保险人在居住国以外的国家或地区身故,从身故地运送遗体至其国籍国或居住国的费用;或在身故地就地埋葬的费用;或在身故地火葬及运送骨灰至国籍国或居住国的费用。

3. 紧急探亲慰问

被保险人在其国籍国或常住国境外旅行时,其在该国或常住国的近亲属身故或病危的,我们可通过救援机构安排并支付被保险人从保障区域国家出发往返国籍国或常住国处理后事或探望的经济舱机票费用。

被保险人在其常住国国内旅行时,其直系亲属身故或病危的,如需返回居住地,我们可通过救援机构安排并支付被保险人往返常住国国内居住地处理后事或探望的经济舱机票费用。

本项保险责任每个被保险人每个保险年度限一次往返旅程。若被保险人使用其他交通方式的,我们按实际发生的费用给付,并以对应的经济舱飞机票费用为上限。

六、 牙科门诊、急诊医疗保险金

被保险人因意外伤害事故或患牙科疾病,并在医疗机构接受牙科门诊、急诊治疗的,我们就其每次治疗实际发生的下列合理且必要的医疗费用,按本合同约定给付牙科门诊、急诊医疗保险金。被保险人首次投保本保险或非连续投保本保险时,被保险人需牙科预防保健和基本牙科治疗,自本合同生效日起三个月为等待期。被保险人需重大牙科治疗,自本合同生效起六个月为等待期。但被保险人遭受意外伤害事故所导致的直接医疗行为无等待期。**若被保险人在等待期内发生牙科医疗的,我们不承担保险责**

任。

该保险金包括：

1. 意外牙科门诊、急诊治疗费：被保险人因遭受意外伤害事故，在牙科门诊、急诊治疗时实际发生的合理且必要的治疗费用。
2. 非意外牙科门诊、急诊治疗费：
 - (1) 牙科预防保健，包括常规牙科 X 光检查、牙齿健康指导、涂氟治疗、洁齿和抛光（预防）费，每一保险期间内，该项保险金累计给付以 2 次为限。
 - (2) 基本牙科治疗，包括牙周疾病的治疗（包括牙龈炎、牙周炎或其他牙龈疾病）、汞合金或树脂复合填充物、简单拔牙。
 - (3) 重大牙科治疗，包括根管充填、牙体修复（冠、桥、嵌体等）、智齿/阻生牙拔除费（包括相关的化验和麻醉费用）。

七、 视力保健保险金：

被保险人发生下列项目费用，我们按本合同约定给付本项保险金：

1. 眼科检查：指眼科常规检查和视力检查所发生的费用。每一保险期间内，该项检查费用给付以 1 次为限。
2. 眼镜费：指根据验光师或眼科医生的医嘱所配置的、以矫正视力为目的或主要目的的框架眼镜或隐形眼镜所发生的费用。每一保险期间内，该项费用给付以 1 次为限。

八、 健康体检和接种保险金

被保险人发生下列项目费用，我们按本合同约定给付本项保险金：

1. 18 周岁及以上成人常规体检⁽¹⁵⁾。
2. 18 周岁及以上成人疫苗接种。
3. 18 周岁以下儿童及未成年人常规体检。
4. 18 周岁以下儿童及未成年人疫苗接种。

九、 可选孕产保险金（本可选保险金适用计划以保险利益表所列为准）

您对可选孕产保险金的选择依投保单约定，并在保险单上载明。

本合同连续生效满 12 个月且经我们同意续保后，若被保险人怀孕，我们将就实际产生的费用，根据投保单上约定且在保险单上载明的保障项目、赔付比例等，在各项保障的最高给付限额内支付保险金。

1. 普通孕产保险金

- 1) 分娩费用，包括分娩当次住院期间的食宿及护理费用。
- 2) 本次怀孕相关的产前和产后常规检查费用。
 - (1) 在没有产前并发症的前提下，常规产前检查限 12 次。如被保险人需进行超过 12 次的产前检查，需向我们提供具有相关资质的执业医师所开具的医学证明。

(2) 在没有产前并发症的前提下，产前二维超声波检查限 3 次。如被保险人需进行超过 3 次的二维超声波检查，需向我们提供具有相关资质的执业医师所开具的医学证明。

3) 新生儿费用，指出生后四周内的婴儿所产生的下列费用，包括：

- (1) 新生儿体格检查费。
- (2) 新生儿血常规检查费（包括但不限于甲状腺功能， PKU 和 G6PD 功能检查）。
- (3) 补充维生素 K 费用，乙型肝炎疫苗接种费用，卡介苗疫苗接种费用，各限 1 次。
- (4) 听力测试费，限 1 次。
- (5) 因新生儿母亲产后常规留院所导致的新生儿留院住宿的食宿费用，不超过 4 天。

2. 产前并发症和分娩并发症医疗保险金

被保险人因产前和分娩过程中的并发症所产生的门诊和住院治疗费用，我们就其每次治疗所发生的合理且必要的医疗费用，按约定给付医疗保险金；生育并发症不包括人工不当操作、妊娠期内医生处方要求的休养、抑郁症。

3. 新生儿先天缺陷及先天性畸形医疗保险金

如新生儿出生后 6 个月内被诊断为先天缺陷或先天畸形，并因该先天缺陷或畸形所产生的检查和医疗费用，我们就在诊断确定后的 12 个月内所发生的合理且必要的医疗费用，按约定给付医疗保险金。

先天缺陷指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。

先天畸形指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。

4. 终止怀孕保险金

非选择性终止怀孕所产生的合理且必要的费用，我们按约定给付医疗保险金。

5. 救护车医疗保险金

被保险人或新生儿因孕产紧急情况或者医疗必需，需要将其运送到最近的、合适的当地医院所发生的救护车运输费用，我们按约定给付医疗保险金。

第七条 责任免除

因下列情形之一，导致被保险人发生医疗、健康检查费用或需紧急救援服务的，我们不承担给付保险金责任：

一、 既往症，指在生效日或者在本合同中特别约定的日期前 24 个月内具有以下一个或数个特征的医疗状况：

- 1、 已有明确诊断，无论是否进行治疗。
- 2、 被保险人主动寻求医疗建议或自行购买药物、器械进行治疗。
- 3、 被保险人已因相关症状或体征接受治疗，即便诊断未能明确。
- 4、 被保险人知道或已经意识到其存在。

既往症需要从保险生效后等待连续 24 个月才能获得就既存医疗状况提出索赔的资格。如果在

等待期内出现上述状况，则需重新等待连续 24 个月。

二、 任何因妊娠（包括异位妊娠）、终止妊娠、分娩和产后康复，以及相关并发症所导致的费用，本条责任免除不适用于“可选孕产保险金”。

三、 任何不孕、不育的治疗（包括任何原因造成的阳痿），辅助怀孕（例如人工授精）治疗以及任何由此引起的怀孕（包括代孕），任何避孕。

四、 变性手术。

五、 在治疗所在地属于试验性或任何未经允许的药物或治疗，除非我们事先同意。

六、 因器官移植所产生的器官获取或寻找的费用。为了移植目的而对器官捐赠人进行的器官摘除及与此相关的并发症的治疗费用。

七、 任何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）引起的费用，本条责任免除不适用于“新生儿先天缺陷及先天性畸形医疗保险金”。

八、 被保险人殴斗⁽¹⁶⁾、醉酒⁽¹⁷⁾，主动吸食或注射毒品⁽¹⁸⁾所导致的费用及被保险人在酒精、药物或其他致瘾性物质造成的成瘾状况和由此直接或间接引起的任何医疗状况。

九、 被保险人自杀或故意自伤，故意犯罪或者抗拒依法采取的刑事强制措施导致的费用，但被保险人自杀或自伤时为无民事行为能力人的除外。

十、 故意暴露在不必要的危险中，但以拯救他人生命为目的情形除外。

十一、 被保险人参加或从事潜水⁽¹⁹⁾、跳伞、攀岩⁽²⁰⁾、蹦极、驾驶滑翔机或滑翔伞、探险⁽²¹⁾、武术比赛⁽²²⁾、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。

十二、 核爆炸、核辐射或核污染、化学污染、生物污染；战争、军事冲突、暴乱或武装叛乱或恐怖主义行动。

十三、 您对被保险人的故意杀害、故意伤害。

十四、 被保险人酒后驾驶⁽²³⁾、无合法有效驾驶证驾驶⁽²⁴⁾或驾驶无有效行驶证⁽²⁵⁾的机动车导致交通意外引起的费用。

十五、 各种美容整形项目：如皮肤色素沉着、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；对未表现出可疑细胞行为（如近期大小、形状、颜色发生改变）的良性皮肤损害（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他瘢痕、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、治疗白发、秃发、脱发、植毛、脱毛、隆鼻、隆胸、缩乳等费用。

十六、 各种健美治疗项目：如营养、减肥、增胖、增高等项目费用。

十七、 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；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。

十八、 各项视力治疗和视力训练费用，包括但不限于激光角膜切开术、准分子激光原位角膜磨镶术、屈光不正（包括近视、远视）外壳矫正术等费用。

十九、 因美容需要而配置的隐形眼镜、因任何需要而配置的太阳镜及相关配件、防风沙镜等的费用，与隐形眼镜配镜相关的眼药水或滴眼液费用。

二十、 非诊疗目的的穿刺、纹身费用以及由此引起的治疗。

二十一、 非治疗必需的、以美容为目的的牙齿处理、美白牙齿、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材料的相关费用。

二十二、 中药类主要起调理身体、营养滋补作用的药品如：1) 花旗参，冬虫草，海马等；2) 十全大补膏等滋补类中药；3) 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；4) 用中药材和中药饮片炮制的各类酒制剂等。

二十三、 没有医生处方即可自行购买的物品（例如，漱口水、牙膏、止咳糖或杀菌喷雾、洗发水或防晒霜等），非病情必须的调节免疫功能药品、美容和减肥药品、预防类药品，

二十四、 物理治疗中因接受泥疗、蜡敷治疗、气泡治疗和药物浸浴治疗产生的费用。

二十五、 非手术中必需的假体、矫正器具、支具或相似的器具，但医生确认此假体或耐用医疗设备为治疗过程中必不可少的除外。拐杖、轮椅及各种康复理疗器械或保健按摩用品的租赁或购买，无论是否属于治疗性质。

二十六、 因获取索赔必需资料产生的费用，包括但不限于医院（或医生）收取的管理费、登记费等。

二十七、 任何因已证实的医疗事故⁽²⁶⁾或职业病⁽²⁷⁾而需要的治疗。

二十八、 与性传播疾病相关的检查和治疗。

二十九、 本合同《保险利益表》中所不承保的项目；超过《保险利益表》中各项保障限额的医疗费用。

三十、 被保险人前往投保时被告知的不予承保的地域范围。

以下责任免除项仅适用于可选孕产保险金：

一、 可选孕产保险责任最初生效后十二个月内的任何孕产相关费用。

二、 可选孕产保险责任生效之前胎儿直系亲属已经发生的先天缺陷或先天畸形。

三、 胎记的治疗。

四、 人工受孕所导致的并发症。

五、 产前培训。

第二章 一般条款

第八条 保险费的交付

您应当按照本合同约定向我们一次性支付保险费。

第九条 合同的解除

如您在本合同有效期内申请解除本合同，请填写解除合同申请书并向我们提供下列资料：

1. 保险合同原件；
2. 会员卡
3. 您的有效身份证件。

自我们收到完整的解除合同申请材料之日 24 时起，本合同效力终止。合同解除后，我们向您退还本合同未到期保险费⁽²⁸⁾扣除一定比例的手续费⁽²⁹⁾后的余额，若未到期保险费不足以扣除手续费，则退费金额为零。

您解除合同会受到一定损失。

若本合同已发生任何保险金给付或已发生保险事故但尚未给付保险金的，您不得申请解除本合同。

第十条 合同效力的终止

发生下列情况之一时，本合同效力终止：

1. 1 年保险期间届满且本合同未续保；
2. 您于本合同有效期内向我们申请解除本合同的；
3. 被保险人身故时；
4. 本合同约定的其它效力终止的情况。

第十一条 保险事故的通知

您、被保险人或者受益人应于知道保险事故发生之日起 10 日内通知我们。如果您、被保险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，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。

第十二条 保险金的申请

作为获得保险金的先决条件，您需要遵守以下时间限制和索赔流程：

一、 在本合同有效期内，被保险人发生保险事故的，由受益人（或受益人的委托代理人或法定代理人）作为申请人自保险事故发生之日起 60 天内填写保险索赔申请表，并凭下列证明、资料向我们申请给付保险金：

- 1) 医院出具的原始收费凭证及费用清单
- 2) 医疗病历及医疗诊断书
- 3) 各类检验检查报告
- 4) 药品明细及处方
- 5) 申请人的有效身份证明
- 6) 其他所能提供的与确认保险事故的性质、原因等有关的证明和资料

二、 在理赔审核过程中，我们有权并在合理的范围内对索赔的被保险人进行医疗检查。

三、 以上证明和资料不完整的，我们将及时一次性通知申请人补充提供有关证明和资料。

四、 受益人未满 18 周岁的，由其父母或监护人作为申请人向我们申请给付保险金。

五、 受益人向我们请求给付保险金的诉讼时效期间为 2 年，自其知道或应该知道保险事故发生之日起计算。

第十三条 保险金的给付

一、 我们在收到理赔申请书及保险计划约定的证明和资料后，将在 5 日内做出核定；情形复杂的，在 30 日内做出核定（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。

二、 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。

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

四、 除有特殊约定，本保险计划受益人为被保险人本人。

五、 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。

六、 我们将根据被保险人提供的银行账号信息转账给被保险人。

汇率：如果被保险人申请理赔的币种和我们应赔付币种不同，我们将按照我们理赔核定日当天的官方公布汇率进行兑换。

我们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。

若有不属于保险责任范围内费用，被保险人应当支付但未予支付的，我们有权要求或协助相关机构要求被保险人进行支付。

第十四条 医疗机构与直接结算

为便于就诊，我们建立了医疗服务网络。医疗服务网络内的医疗机构分为三类，优先医院，昂贵医

院和强制共保额医院。

优先医院：如果被保险人去该类医院就诊，无论是门诊、急诊费用还是住院费用，赔付比例为 100%。除了昂贵医院列表和强制共保额医院列表中列明的医院外，其他医院均被认为是优先医院。

昂贵医院：如果被保险人去该类医院就诊，无论是门诊、急诊费用还是住院费用，赔付比例为 80%。但是如果您选择的是零共保额计划，并支付了额外保险费，赔付比例为 100%。

强制共保额医院：如果被保险人去该类医院就诊，无论是门诊、急诊费用还是住院费用，赔付比例均为 80%。

我们保留对医疗机构列表更新的权利，请确保被保险人就诊前登录我们的网站，或拨打我们的服务热线查询最新的医院列表。

被保险人在上述医疗服务网络内的医疗机构门诊、急诊就诊并发生医疗费用时，属于约定保险责任范围内的费用，我们将直接与医疗机构结算，您无需向医疗机构支付。其他不属于保险责任范围内的费用，您仍需在就诊后向医疗机构支付。

第十五条 预授权

被保险人接受下列医疗项目 48 小时前，应通过服务热线向我们提出预授权申请：

- 一、 任何住院治疗、手术治疗、日间护理或分娩；
- 二、 任何单价在 8000 元以上的门诊检查及治疗项目；
- 三、 保障区域外的紧急医疗；
- 四、 化学治疗，放射治疗，血液或者腹膜透析；
- 五、 紧急救援

紧急情况下未能及时申请预授权的，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，我们有权将按合同约定的给付办法计算得出的金额，再乘以 60% 的比例给付保险金。

第十六条 如实告知

订立本合同时，我们应向您说明本合同的内容。

对保险条款中免除我们责任的条款，我们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。

我们就您和被保险人的有关情况提出询问，您应当如实告知。

申请变更时，您也应当如实告知您和被保险人的有关情况。

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，我们有权解除本合同。

如果您故意不履行如实告知义务，对于本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，但应当退还保险费。

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。

第十七条 合同解除权限制

前条规定的合同解除权，自我们知道有解除事由之日起，超过 30 日不行使而消灭。

第十八条 年龄及性别确定与错误处理

一、被保险人的年龄以周岁计算。

二、您在申请投保时，应将与有效身份证件相符的被保险人的年龄及性别在投保单上写明。

三、如果您申报的被保险人年龄不真实，并且其真实年龄不符合我们规定的投保年龄限制的，我们可以解除合同，并退还未满期保险费。我们行使合同解除权时，适用于本合同第十七条的规定。

四、如果您申报的被保险人年龄或性别不真实，我们可以根据其真实年龄或性别进行如下调整：

- (一) 您申报的被保险人年龄或性别不真实，致使实交保险费少于应交保险费的，我们有权更正并要求您补交保险费。若已发生保险事故，我们有权在给付保险金时按实交保险费和应交保险费的比例给付。
- (二) 您申报的被保险人年龄或性别不真实，致使实交保险费多于应交保险费的，我们将多收的保险费无息退还给您。若已发生保险事故，我们将多收的保险费无息退还给您，并按本合同约定的保险金额给付保险金。

第十九条 连带被保险人的变更

本合同生效后，如您需要增加连带被保险人，您必须向我们提出书面申请，经我们审核并同意后，该连带被保险人的保险计划将于我们收到书面申请的当日 24 时或您指定的未来某一天生效。若增加的连带被保险人为新生儿，则经我们同意，该连带被保险人的保险计划之生效日期可追溯至其出生日期。我们有权不接受或附条件接受您增加连带被保险人的申请。

本合同生效后，如您需要减少连带被保险人，您必须向我们提出书面申请。经我们审核并同意后，该连带被保险人的保险计划将于我们收到书面申请的当日 24 时终止。保险计划终止时，您必须向我们退还该连带被保险人的保险单和会员卡。

第二十条 职业或工种变更

被保险人变更其职业或工种时，您或被保险人应于 10 日内以书面形式通知我们。被保险人所变更的职业或者工种依照我们职业分类在拒保范围内者，我们对该被保险人所负保险责任自其职业或工种变更之日起终止，并退还未满期保险费。

被保险人所变更的职业或工种，依照我们职业分类在我们拒保范围内而未依前项约定通知我们而发生保险事故的，我们不承担给付保险金的责任。

第二十一条 联系方式的变更

您的住所、通讯地址或电话等联系方式变更时，应及时以书面或双方认可的其他形式通知我们；您未以书面或双方认可的其他形式通知的，我们按本合同所载最后住所或通讯地址发送的有关通知，均视为已送达您。

第二十二条 争议处理

在本合同履行过程中发生任何争议，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：

- 一、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；
- 二、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。

第二十三条 管辖法律

本合同受中华人民共和国（不含台湾地区以及香港、澳门特别行政区）法律管辖。

第三章 名词释义

- 您⁽¹⁾ : 保险合同中所载明的投保人。
- 周岁⁽²⁾ : 以有效身份证件中记载的出生日期为计算基础。
- 连带被保险人⁽³⁾ : 是指被保险人的:
- (一) 配偶;
 - (二) 18 周岁以下的未婚子女、继子女或合法收养的子女;
 - (三) 25 周岁以下的未婚子女, 限于尚在接受全日制学校教育 (需提供其就读教育机构书面证明)。
- 保险事故⁽⁴⁾ : 指保险合同约定的保险责任范围内的事故。
- 意外伤害事故⁽⁵⁾ : 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。
- 符合条件的医疗机构⁽⁶⁾ : 指符合下列所有条件之机构:
- (一) 拥有合法经营执照;
 - (二) 设立的主要目的为向受伤者和患病者提供住院治疗;
 - (三) 有合格的医生和护士提供全日 24 小时的医疗和护理服务;
 - (四) 非主要作为康复、护理、疗养、戒酒、戒毒、或类似的医疗机构。
- 住院⁽⁷⁾ : 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、其他非正式病房或挂床住院⁽³⁰⁾。
- 专业护士⁽⁸⁾ : 指国家护士注册机构护士登记名册中登记在案的护士。
- 处方药品⁽⁹⁾ : 指必须凭执业医师或执业助理医师处方才可调配、购买和使用的药品。
- 注意缺陷症⁽¹⁰⁾ : 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⁽¹¹⁾ : 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。
- 感染艾滋病病毒或患艾滋病⁽¹²⁾ : 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。
- 居住国⁽¹³⁾ : 指被保险人和其连带被保险人在一个保险年度的大部分时间内 (通常至少 9 个月以上) 居住的国家。
- 近亲属⁽¹⁴⁾ : 指连带被保险人、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。
- 常规体检⁽¹⁵⁾ : 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。
- 殴斗⁽¹⁶⁾ : 指因被保险人挑衅或故意行为而导致的打斗。
- 醉酒⁽¹⁷⁾ : 即急性乙醇 (酒精) 中毒, 是指人体因摄入过量乙醇而引起中枢神经由兴奋转入抑制的毒性生理反应现象, 导致醉酒人辨认和控制行为的能力有所降低、严重削弱或已经丧失。

毒品 ⁽¹⁸⁾	: 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。
潜水 ⁽¹⁹⁾	: 指以辅助呼吸器材在江、河、湖、海、水库、运河等水域进行的水下运动或作业。
攀岩 ⁽²⁰⁾	: 指攀登悬崖、楼宇外墙、人造悬崖、冰崖、冰山等运动。
探险 ⁽²¹⁾	: 指明知在某种特定的自然条件下有失去生命或者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、徒步穿越沙漠或者人迹罕见的原始森林等活动。
武术比赛 ⁽²²⁾	: 指两人或两人以上对抗性柔道、空手道、跆拳道、散打、拳击等各种拳术及各种使用器械的对抗性比赛。
酒后驾驶 ⁽²³⁾	: 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 ⁽²⁴⁾	: 指下列情形之一： (一) 没有取得驾驶证资格； (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 ⁽²⁵⁾	: 是指下列情形之一： (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。
医疗事故 ⁽²⁶⁾	: 是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。
职业病 ⁽²⁷⁾	: 在生产环境或劳动过程中，一种或几种对健康有害的因素引起的疾病。对健康有害的因素称为职业性危害。职业病范围以保险事故发生时国家正式颁布的种类为准。
未满期保险费 ⁽²⁸⁾	: 按本期应交保险费乘以本期保险费未经过日数除以本期保险费应承保日数计算的保险费。 公式：未满期保险费 = 本期应交保险费 × $\frac{\text{本期保险费未经过日数}}{\text{本期保险费应承保日数}}$
手续费 ⁽²⁹⁾	: 指每份保险合同平均承担管理费用（含营业费用、各项税金、保险保障基金）和代理费用之和。手续费比例为本合同保险费的 35%。
挂床住院 ⁽³⁰⁾	: 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。

[本页内容结束]

工银安盛人寿寰亚医疗保险保险利益表

单位：元

保障项目		计划一	计划二	计划三	计划四	计划五
保障区域		亚洲	大中华（包括中国大陆及港澳台）	大陆	大陆	大陆
年度总限额		15,000,000	8,000,000	8,000,000	5,000,000	3,000,000
第1部分. 住院医疗保险金						
1.1	床位费	全额保障	全额保障	全额保障	全额保障	全额保障
1.2	膳食费					
1.3	护理费					
1.4	检查检验费					
1.5	治疗费					
1.6	医生费					
1.7	药品费					
1.8	手术费(含器官移植手术, 不含供体)					
1.9	加床费(陪同未成年人住院)					
1.10	重症监护病房费					
1.11	精神疾病医疗费(等待期12个月, 每一保单年度最高以30天为限)	最高保障50,000	最高保障50,000	最高保障30,000	最高保障20,000	
1.12	家庭护理和康复治疗费(每一保单年度最高以90天为限)	全额保障	全额保障	全额保障	全额保障	
第2部分. 门诊急诊医疗保险金						
2.1	医生诊疗费	全额保障	最高保障50,000	最高保障50,000	最高保障20,000	住院前后30日内与住院相关的门诊急诊费用, 每一保单年度最高以5,000元为限
2.2	治疗费					
2.3	检查检验费					
2.4	药品费					
2.5	激素替代治疗医疗费	最高保障20,000	最高保障10,000	最高保障10,000	不保障	不保障
2.6	放疗、化疗、肾透析治疗费	全额保障	全额保障	全额保障	最高保障500,000	最高保障300,000
2.7	物理治疗医疗费	最高保障15,000(每一保单年度以就诊20次为限)	最高保障10,000(每一保单年度以就诊15次为限)	最高保障10,000(每一保单年度以就诊15次为限)	最高保障5,000(每一保单年度以就诊10次为限)	不保障
2.8	门诊急诊手术费	全额保障	全额保障	全额保障	全额保障	
2.9	精神疾病医疗费(等待期12个月)	最高保障20,000	最高保障10,000	最高保障10,000	不保障	
2.10	中医治疗医疗费	最高保障20,000(每一保单年度以就诊20次为限)	最高保障10,000(每一保单年度以就诊15次为限)	最高保障10,000(每一保单年度以就诊15次为限)	最高保障3,950(每一保单年度以就诊10次为限)	
第3部分. 艾滋病医疗保险金						
3.1	艾滋病治疗医疗费(等待期48个月)	终身最高保障500,000	终身最高保障300,000	终身最高保障300,000	不保障	不保障
第4部分. 紧急事件当地救护车医疗保险金						
4.1	救护车医疗保险金	全额保障	全额保障	全额保障	全额保障	全额保障

第5部分：紧急救援保险金						
5.1	紧急运送和送返					
5.1.1	将被保险人运往最近的拥有足够医疗设施和服务的治疗中心的运送费用	全额保障	全额保障	全额保障	全额保障	全额保障
5.1.2	紧急医疗运送后返回居住国的回程经济舱飞机票费用					
5.1.3	陪同人员包括被抚养人、近亲属因医疗运送而产生的以下费用：					
	(1)往返经济舱机票					
	(2)一晚住宿含早餐					
	(3)从机场到宾馆的往返出租车费					
	(4)从宾馆到医院的往返出租车费，每天一次					
5.2	遗体送返或安葬	全额保障	全额保障	全额保障	全额保障	全额保障
5.3	紧急探亲慰问：往返经济舱机票费用	全额保障	全额保障	全额保障	全额保障	全额保障
第6部分：牙科门诊急诊医疗保险金						
6.1	意外牙科治疗	全额保障	全额保障	全额保障	全额保障	全额保障
6.2	非意外牙科治疗					
6.2.1	-牙科预防保健（等待期3个月，每一保单年度给付以2次为限）	最高保障8,000	最高保障5,000	最高保障5,000	不保障	不保障
6.2.2	-基本牙科治疗（等待期3个月）					
6.2.3	-重大牙科治疗（含牙齿正畸，等待期6个月）					
第7部分：视力保健保险金						
7.1	眼科检查（每一保单年度给付以1次为限）	最高保障2,000	不保障	不保障	不保障	不保障
7.2	眼镜费（框架眼镜或隐形眼镜，每一保单年度给付以1次为限）					
第8部分：健康体检和接种保险金						
8.1	成年人常规体检和预防接种	最高保障3,000	最高保障3,000	最高保障3,000	最高保障3,000	不保障
8.2	未成年人常规体检和预防接种	最高保障2,000	最高保障2,000	最高保障2,000	最高保障2,000	不保障
第9部分：赔付比例						
9.1	优先医院赔付比例（针对第1、2部分）	100%	100%	100%	100%	100%
9.2	昂贵医院赔付比例（针对第1、2部分）	100%/80%	100%/80%	100%/80%	100%/80%	0%
9.3	强制性共保医院赔付比例（针对第1、2部分）	80%	80%	80%	80%	0%
9.4	牙科门诊急诊赔付比例（针对第6部分）	其中： 6.2.1，100% 6.2.2，80% 6.2.3，50%	其中： 6.2.1，100% 6.2.2，80% 6.2.3，50%	其中： 6.2.1，100% 6.2.2，80% 6.2.3，50%	不适用	不适用

可选保障项目

单位：元

孕产保险金（仅计划一、计划二、计划三、计划四可选）		
年度总限额		5,000,000
第1部分：普通孕产保险金		
1.1	分娩费用	最高保障60,000
1.2	本次怀孕相关的产前和产后常规检查费用	
1.3	新生儿费用	
第2部分：产前并发症和分娩并发症医疗保险金		
2.1	产前并发症和分娩并发症医疗保险金	全额保障
第3部分：新生儿先天缺陷及先天畸形医疗保险金		
3.1	新生儿先天缺陷及先天畸形医疗保险金	全额保障
第4部分：终止怀孕保险金		
4.1	终止怀孕保险金	全额保障
第5部分：救护车医疗保险金		
5.1	被保险人或新生儿因孕产紧急情况或者医疗必需而将其运送至最近的、合适的当地医院所发生的救护车费用	全额保障
第6部分：其他		
6.1	赔付比例（针对第1部分）	100%/80%
6.2	强制性共保医院赔付比例（针对第1、2、3、4、5部分）	80%
6.3	仅对本可选计划连续生效满12个月后发生的治疗提供保障	