



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重点内容，具体内容详见“工银安盛人寿寰球尊享医疗保险（4.0版）C款”条款表述。

 该条款包含保险责任条款、一般条款两部分内容，并且在正文结尾加注名词释义

- ☒ **保险责任条款**——向您介绍该合同的基本构成、该合同所提供的保险责任以及责任免除事项。
- ☒ **一般条款**——向您介绍您对该合同所拥有的权益和义务，以及保单服务、理赔的具体要求。
- ☒ **名词释义**——向您解释该合同条款中所提到的一些专用名词，便于您更好地理解该合同。

 为帮助您更好地了解该条款，我们先介绍几个保险条款中常用的术语

- ☒ **您**——指保险合同中所载明的投保人。
- ☒ **我们**——指工银安盛人寿保险有限公司。
- ☒ **被保险人**——指受保险合同保障的人。
- ☒ **受益人**——指发生保险事故后享有保险金请求权的人。

 您拥有的重要权益

- ☒ 被保险人享有该合同提供的保障..... 1.7
- ☒ 您有解除合同的权利..... 2.2

 您应承担的主要义务

- ☒ 您需要按期足额交纳保险费..... 2.1
- ☒ 发生保险事故时您应及早通知我们..... 2.7
- ☒ 对于我们的询问，您有如实告知的义务..... 2.12

 您应当特别注意的事项

- ☒ 我们不承担保险金给付的限制..... 1.9

 条款目录

① 保险责任条款	② 一般条款	
1.1 合同的构成	2.1 保险费的交付	2.11 诉讼时效
1.2 投保范围	2.2 合同的解除	2.12 如实告知
1.3 保险期间	2.3 合同效力的终止	2.13 合同解除权的限制
1.4 不保证续保	2.4 受益人的指定	2.14 年龄及性别的确定与错误处理
1.5 基本保险金额	2.5 医疗机构与直接结算	2.15 合同内容的变更
1.6 保障计划和保障区域	2.6 预授权	2.16 连带被保险人的变更
1.7 保险责任	2.7 保险事故的通知	2.17 职业或工种的变更
1.8 紧急救援服务	2.8 保险金的申请	2.18 联系方式的变更
1.9 责任免除	2.9 保险金的给付	2.19 争议处理
	2.10 应追讨款项的处理	附表

工银安盛人寿保险有限公司

工银安盛人寿寰球尊享医疗保险（4.0 版）C 款条款

① 保险责任条款

1.1 合同的构成

《工银安盛人寿寰球尊享医疗保险（4.0 版）C 款合同》（以下简称“本合同”）由保险单、保障利益表或其他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、附贴批单及其他书面协议构成。

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。

本合同的英文代码为 HMW8C。

1.2 投保范围

满足下述投保年龄要求且符合我们承保条件者，均可作为被保险人参加本保险。

投保年龄要求：我们接受首次投保本产品的被保险人年龄为出生满 28 天至 65 周岁¹。如自上一保险期间届满 30 日（含）内您重新向我们申请投保本产品、且经我们审核同意，并完成相关手续的，我们接受投保的被保险人年龄最高可至 74 周岁。

本合同的被保险人可以为单一被保险人，也可以由主被保险人和连带被保险人组成，主被保险人的配偶和符合承保条件的子女²可作为本合同的连带被保险人。单一被保险人或主被保险人必须年满 18 周岁、且已终止在全日制学校接受教育。

在保险期间内，被保险人应当在中国大陆、香港、澳门特别行政区或台湾地区累计居住满 6 个月。

1.3 保险期间

您提出保险申请、经我们同意承保，本合同成立。本合同成立日期在保险单上载明。

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。

除非有另外的约定，本合同的保险期间为 1 年，自保险合同所载生效日当日 24 时起计算。

1.4 不保证续保

本合同的保险期间为 1 年。本合同为不保证续保合同，保险期间届满，您需要重新向我们申请投保本产品，并经我们同意，交纳保险费，获得新的保险合同。

自上一保险期间届满 30 日（含）内、且无新增保险责任的前提下，经我们审核同意，完成重新投保手续并获得新保险合同的，进入新的保险期间，无等待期³。

若被保险人年满 75 周岁，或本产品停售，则本合同不再接受重新投保申请。

若连带被保险人中符合承保条件的子女满足下述任一条件，我们将不再接受您对于该连带被保险人的重新投保申请：

- 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。

1.5 基本保险金额

本合同保险期间内不同保障计划中的**免赔额^{3注2}**、保险责任、以及相应保险责任的日限额/最高给付限额/最高给付比例/最高保障次数/门、**急诊就诊次数⁴**与相应给付比例见“附表”。同一保险期间内本合同的**免赔额^{3注2}**、基本保险金额、各单项保险责任的限额/给付比例由您在投保时与我们约定，并在本合同所附的《保障利益表》（下简称“保障利益表”）上载明，各单项保险责任的**等待期^{注1}**等信息也在保障利益表上载明。

本合同生效后，在同一保险期间内其**免赔额^{3注2}**、基本保险金额及各单项保险责任的限额/给付比例均不得变更。

1.6 保障计划和保障区域

您可以在投保时选择保障计划和相应的保障区域，并在保障利益表上载明。

保障计划及保障区域一旦确定，在同一保险期间内不得变更。

1.7 保险责任

在本合同有效期内，若被保险人发生**保险事故⁵**，我们将就其实际产生的医疗及相关费用，按以下约定向被保险人支付保险金。同一保险期间内，**免赔额^{3注2}**以及相应保险责任的日限额/最高给付限额/最高给付比例/最高保障次数/门、**急诊就诊次数**与相应给付比例均以保障利益表上所载为准，我们一次或累计给付的金额或次数达到被保险人相对应保险责任的最高给付限额/最高保障次数时，该被保险人的该项保险责任终止。

医疗费用补偿原则：本合同的保险责任适用医疗费用补偿原则。若被保险人已从社会医疗保险、公费医疗、其他费用补偿型医疗保险、其他途径获得医疗费用补偿，则我们仅对被保险人实际发生的医疗费用扣除其从前述途径所获医疗费用补偿后的余额按照本合同的约定进行给付。被保险人的社保卡个人账户部分支出视为个人支付，不属于已获得的医疗费用补偿。社会医疗保险是指基本医疗保险（包含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）及其他政府机构举办的基本医疗保障项目和大病医保等补充医疗保障项目。其他途径是指其他社会福利机构或其他任何第三方。

注 1：

等待期：本合同生效日起的一段时间为等待期，具体时间规定在保障利益表中载明。除另有约定外，我们对被保险人在等待期内患疾病导致的医疗费用、津贴不承担保险责任，无论该费用及津贴是否发生在等待期内。以下两种情形下发生的保险事故不受等待期限制：

- 1) 被保险人因遭受**意外伤害事故⁶**所导致的保险事故；
- 2) 本合同第 1.4 条第二款中所指的新的保险期间。

注 2：

免赔额：本合同免赔额指同一保险期间内的年度累计免赔金额，按照您在投保时的选择，经我们同意后确定，并在保障利益表上载明。被保险人从社会医疗保险、公费医疗、其他费用补偿型医疗保险、其他途径已获得的医疗费用补偿、以及被保险人社保卡个人账户部分的支出均可用于抵扣免赔额。免赔额仅针对“住院医疗保险金”、“其他费用补偿后住院津贴保险金”及“其他医疗保险金”中与住院相关的治疗费用的计算。

一、住院医疗保险金

在本合同约定的保障区域内，被保险人因遭受意外伤害事故或**等待期^{注1}**后因非意外伤害事故患疾病，

经医生⁷确诊必须在医疗机构⁸住院⁹治疗的，我们就其实际发生的以下合理且必要¹⁰的医疗费用，根据医疗费用补偿原则并在扣除免赔额¹¹后按约定给付“住院医疗保险金”。**对于本合同保险期间届满前入住医疗机构的，且住院延续至保险期间届满后 30 日内发生的实际住院医疗费用，我们仍承担保险责任，该“住院医疗保险金”计入入院日期所属的保险期间，且累计给付金额以该被保险人对应的各项保险责任最高给付限额/最高给付比例为限。**

1、床位费：

指住院期间在病房、重症监护室治疗时发生的、不高于标准单人病房¹¹的住院床位费。

2、膳食费：

指住院期间根据医生的医嘱、且由医疗机构内设的专门为住院病人配餐的食堂配送的、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及非在该医疗机构产生的餐饮费用。**

3、护理费：

指住院期间根据医嘱所示的护理等级确定的由专业护士¹²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：

指住院期间以诊断疾病为目的，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、医生诊疗费：

指住院期间由医生所实施的病情咨询及检查、各种器械或者仪器检查、诊断、治疗方案拟定等各项医疗服务所收取的费用。

7、药品费：

指住院期间发生的符合通常惯例的、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（如发生在中国大陆地区以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）。

但不包括：

(1) 中成药和中草药¹³；

(2) 非病情必须的调节免疫功能药品以及未经医生处方开具的药品；

(3) 美容和减肥药品；

(4) 预防类药品。

8、手术费：

指住院期间因医疗状况而施行的非器官移植手术产生的合理且必要的手术医疗费用，包括手术室费、麻醉恢复室费、麻醉费、手术监测费、术中用药费、手术辅助费、手术材料费、一次性用品费、手术设备使用费和手术操作费用的总和。**不包括重建手术医疗费用。**

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、物理治疗¹⁴费：

指住院期间由具有相应资格的医生进行物理治疗所发生的合理且必要的费用。

11、脊柱推拿、顺势疗法¹⁵、针灸疗法¹⁶费：

指住院期间由具有相应资格的医生进行脊柱推拿、顺势疗法、针灸疗法所发生的合理且必要的治疗费用。

12、 中医治疗费：

指住院期间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中成药和中草药等药品费用。

13、 重建手术医疗费：

指被保险人因遭受意外伤害事故而需恢复身体外观，在医生建议下于意外事故发生后十二个月内进行重建手术，或被保险人因疾病而进行乳房切除手术的同时或乳房切除手术后十二个月内进行的重建乳房手术的床位费、膳食费、护理费、医生诊疗费、检查检验费、药品费、治疗费、护理费、手术室费、手术材料费、术中用药费、麻醉费、手术监测费、手术设备使用费、手术操作费及住院陪床费的总和。**不包括重建材料/重建装置费。**

14、 外置医疗设备费：

指于手术期间或手术后，在医生建议下立即使用且符合通常医疗惯例的修复性设备所发生的合理且必要的费用。外置医疗设备包括矫形器、关节固定器、脚托、臂托、颈托、背托或束带和外置心脏起搏器。

我们不承担外置医疗设备的维修、更换、租赁和保养指导费用。

15、 重建材料/重建装置费：

指因实施本合同上述“重建手术医疗费”中所列的重建手术而需要使用的医疗装置/材料所发生的合理且必要的费用。

我们不承担重建材料/重建装置的维修、更换、租赁和保养指导费用。

16、 **精神疾病¹⁷**治疗费：

指被保险人在该项保险责任**等待期¹⁸**后被医生首次确诊为精神疾病，在医疗卫生监管部门认可的精神病专科医院或者设有精神病科室的医疗机构住院治疗该精神疾病而发生的治疗费。

同一保险期间内，我们最多承担被保险人累计 30 天内（含）住院时发生的精神疾病治疗费用。

注：对于被保险人因疫苗接种、健康体检、牙科疾病、其他医疗在医疗机构进行住院治疗的，如我们根据本合同约定的相应保险责任予以承担，则不再给付“住院医疗保险金”。

二、其他费用补偿后住院津贴保险金

在本合同约定的保障区域内，被保险人因遭受意外伤害事故或**等待期¹⁸**后因非意外伤害事故患疾病，并进行住院治疗而产生的本合同约定责任范围内的医疗费用，如被保险人已从社会医疗保险、公费医疗、其他费用补偿型医疗保险、其他途径获得全部补偿的，我们按本合同约定的每日住院津贴基本保险金额乘以其**实际住院日数¹⁸**在扣除**免赔额²**后给付“其他费用补偿后住院津贴保险金”。

同一保险期间内，我们承担被保险人“其他费用补偿后住院津贴保险金”的累计给付日数以 30 日为限。

就同一保险期间内发生的同一次住院，已申请本合同的“住院医疗保险金”的，不能再申请“其他费用补偿后住院津贴保险金”；若被保险人在获得“其他费用补偿后住院津贴保险金”后申请“住院医疗保险金”，则我们在给付相应“住院医疗保险金”时将扣除已给付的“其他费用补偿后住院津贴保险金”。

三、门、急诊医疗保险金

在本合同约定的保障区域内，被保险人因遭受意外伤害事故或**等待期¹⁸**后因非意外伤害事故患疾病，在医疗机构接受门、急诊治疗的，我们就其实际发生的以下合理且必要的医疗费用，根据医疗费用补偿原则按约定给付“门、急诊医疗保险金”：

1、 医生诊疗费：

指在门、急诊治疗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：

指在门、急诊治疗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所发生的合理的医疗费用。

3、 治疗费：

指在门、急诊治疗期间以治疗疾病为目的，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。

4、 药品费：

指在门、急诊治疗期间发生的符合通常惯例的、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（如发生在中国大陆地区以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）。

但不包括：

(1) 中成药和中草药；

(2) 非病情必须的调节免疫功能药品以及未经医生处方开具的药品；

(3) 美容和减肥药品；

(4) 预防类药品。

5、 核磁共振、正电子发射计算机断层扫描、X 线断层计算机电子扫描费：

指在门、急诊治疗期间以诊断疾病为目的，采取必要的医学手段进行检查及检验而发生的合理的核磁共振、正电子发射计算机断层扫描、X 线断层计算机电子扫描检查费。

6、 门诊手术费：

指在门、急诊治疗期间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、麻醉恢复室费、麻醉费、手术监测费、术中用药费、手术辅助费、手术材料费、一次性用品费、手术设备使用费和手术操作费用的总和。

7、 脊柱推拿、顺势疗法、针灸疗法费：

指在门、急诊治疗期间由具有相应资格的医生进行脊柱推拿、顺势疗法、针灸疗法所发生的合理且必要的治疗费用。

8、 中医治疗费：

指在门、急诊治疗期间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中成药和中草药等药品费用。

9、 物理治疗费：

指在门、急诊治疗期间由具有相应资格的医生进行物理治疗所发生的合理且必要的费用。

10、 精神疾病治疗费：

指被保险人在该项保险责任**等待期^{註1}**后被医生首次确诊为精神疾病，在医疗卫生监管部门认可的精神病专科医院或者设有精神病科室的医疗机构进行门、急诊治疗该精神疾病而发生的治疗费。

注：对于被保险人因疫苗接种、健康体检、牙科疾病、其他医疗在医疗机构进行门、急诊治疗的，如我们根据本合同约定的相应保险责任予以承担，则不再给付“门、急诊医疗保险金”。

四、牙科门、急诊医疗保险金

在本合同约定的保障区域内，被保险人因意外伤害事故或在**等待期^{註1}**后因非意外伤害事故患牙科疾病，在医疗机构牙科接受以下门、急诊治疗的，我们就其实际发生的合理且必要的医疗费用，根据医疗费用补偿原则按约定给付“牙科门、急诊医疗保险金”。

1、 预防性牙科治疗：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。**同一保险期间内，我们最多承担两次预防性牙齿清洁费。**

2、 常规牙科治疗：包括常规牙科治疗、汞合金或树脂复合填充物、简单拔牙费。

3、 重大牙科治疗：包括根管填充、牙体修复（冠、桥、嵌体等）、智齿/阻生牙拔除费（含相关的化验和麻醉费用）。

五、疫苗接种或健康体检保险金

在本合同约定的保障区域内，被保险人在医疗机构进行以下项目的，我们就其实际发生的相关合理费用，根据医疗费用补偿原则按约定给付相应“疫苗接种或健康体检保险金”：

- 1、18 周岁及以上成年人的**常规健康体检¹⁹**或疫苗接种。
- 2、18 周岁以下未成年人的常规健康体检或疫苗接种。

注：同一保险期间内，被保险人的年龄从不足 18 周岁到年满 18 周岁，若当年度我们已给付过上述第 2 项保险金的，则给付上述第 1 项保险金时将扣除累计已给付的第 2 项保险金。

六、其他医疗保险金

被保险人因意外伤害事故或**等待期²¹**后因非意外伤害事故患疾病，在医疗机构进行治疗，我们就其实际发生的以下合理且必要的费用，根据医疗费用补偿原则按约定给付“其他医疗保险金”，**对于与住院治疗相关的费用，需先扣除免赔额²²**：（注：下列 1 至 7 项费用须发生在本合同约定的保障区域内。）

1、家庭护理费和康复治疗费：

家庭护理费是指根据医生的医嘱，接受住院治疗的被保险人出院后必须在其家庭住所接受由专业护士提供的、与住院治疗的保险事故直接相关的护理，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，并由此产生的合理且必要的护理费用。

康复治疗费是指根据医生的医嘱，被保险人手术后在具有相应资质的康复医疗机构、康复中心、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，并由此产生的合理且必要的治疗费用。

同一保险期间内，我们承担被保险人累计 100 天内（含）发生的合理且必要的家庭护理和康复治疗费用。

对于被保险人因终末期疾病而需进行家庭护理的，我们根据相应的项目承担保险责任，不给付由此产生的家庭护理和康复治疗费。

2、激素替代治疗费：

指进行激素替代治疗所发生的合理且必要的医疗费用。

3、艾滋病治疗费：

指被保险人在**等待期²¹**后被医生首次确诊为**感染艾滋病病毒或患艾滋病²⁰**，每次在医疗机构治疗所发生的合理且必要的医疗费用。

4、救护车费：

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所产生的用车费用。

5、**终末期疾病²¹**治疗费：

指被保险人被医生确诊为终末期疾病，每次在医疗机构、或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以护理为中心，用于延缓病症的治标治疗所发生的合理且必要的医疗费用，包括住院、门急诊治疗期间的医生诊疗费，治疗费，手术费，物理治疗费，脊柱推拿、顺势疗法、针灸疗法费，检查检验费，药品费，中医治疗费，以及住院期间的床位费、加床费、膳食费、护理费和门急诊治疗中的核磁共振、正电子发射计算机断层扫描、X 线断层计算机电子扫描费。

6、器官移植治疗费：

指以被保险人为受体，经相关专科医生明确诊断，在符合开展器官移植手术资质的医疗机构内，根据医学需要必须进行的肝脏移植、肾脏移植、心脏移植、肺脏移植、胰脏移植或骨髓移植的手术费、辅助治疗费、排异药品费、检验费等，**但不包括器官供体寻找、配型、获取以及从供体切除、储藏、运送器官的相关费用。**

7、**癌症²²**治疗费：

指被保险人被医生确诊为癌症，每次在医疗机构治疗所发生的合理且必要的医疗费用。

8、紧急医疗费：

指被保险人在本合同约定的保障区域外的国家或地区旅行时，因遭受意外伤害事故或**突发性病²³**需紧急医疗，由此产生的合理且必要的医疗费用。

注：同一保险期间内，其他医疗保险金中的各项保险责任均以保障利益表上所载的最高给付限额/最高给付比例/最高保障次数为限，超出部分不能通过住院医疗保险金责任或门、急诊医疗保险金责任进行给付。

1.8 紧急救援服务

被保险人在旅行时遭受意外伤害事故或突发急性病，我们通过授权的救援机构（以下简称“救援机构”）提供紧急救援服务并承担所产生的费用，具体以如下所述及服务手册所载为准：

一、紧急运送和返回：

- 1、被保险人若得不到及时治疗将导致身故或严重伤害，经救援机构的授权医生确认需要医疗援助的，我们将通过救援机构安排被保险人至适合的医疗机构进行治疗，并承担由此产生的相应转送费用。

根据被保险人病情或伤势，救援机构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，完全由被保险人负担。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疗机构的，我们将承担由此产生的费用。

- 2、紧急运送发生后，被保险人返回居住地的经济舱飞机票费用。**若被保险人使用其他交通方式的，我们承担实际发生的费用，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，我们承担被保险人的一名直系亲属因陪同所发生的如下费用：
 - 往返经济舱飞机票费用。**若使用其他交通方式的，我们承担实际发生的费用，并以对应的经济舱飞机票费用为上限；**
 - 一晚住宿费用（包含住宿第二日的早餐）；
 - 从机场、港口或其他交通枢纽到住宿地的往返交通费；
 - 从住宿地到运送医疗机构的往返交通费，**限每日一次。**

二、遗体送返：

若被保险人在旅行时因遭受意外伤害事故或突发急性病身故的，根据被保险人的遗愿或其直系亲属的愿望，我们通过救援机构安排并承担运送被保险人的遗体或骨灰返回至**国籍国²⁴或居住国²⁵**的费用（**不包含国籍国或居住国国内不同地区间的遗体或骨灰运送费用**），或承担被保险人在身故地就地埋葬、火葬的费用（**但不包括购买骨灰盒、灵柩、鲜花、花圈、墓地及举行任何仪式等费用**）。

三、紧急探亲：

被保险人在旅行时，在其国籍国或居住国的直系亲属身故或病危的，我们通过救援机构安排并承担被保险人从旅行所在地出发直接往返该直系亲属事发地处理后事或探望的经济舱机票费用。

本项服务每个被保险人同一保险期间限一次往返旅程。若被保险人使用其他交通方式的，我们承担实际发生的费用，并以对应的经济舱飞机票费用为上限。

1.9 责任免除

因下列第一至第二十七项情形之一导致被保险人发生相关费用支出的，我们不承担给付本合同第 1.7 条任何保险金责任；因下列第二十八项情形之一导致被保险人发生相关费用支出的，我们不承担给付本合同第 1.7 条除“重建手术医疗费”、“外置医疗设备费”及“重建材料/重建装置费”外的其他各项保险金责任；因下列第二十九项情形导致被保险人发生相关费用支出的，我们不承担给付本合同第 1.7 条除第五项外的其他各项保险金责任；因下列情形之一导致被保险人发生紧急救援服务的，我们不承担本合同第 1.8 条紧急救援服务所产生的费用：

- 一、**投保人对被保险人的故意杀害、故意伤害。**
- 二、**被保险人故意犯罪或者抗拒依法采取的刑事强制措施。**

- 三、 被保险人自杀或故意自伤，但被保险人自杀或故意自伤时为无民事行为能力人的除外。
- 四、 被保险人服用、吸食或注射毒品²⁶。
- 五、 被保险人酒后驾驶²⁷，无合法有效驾驶证驾驶²⁸，或驾驶无合法有效行驶证²⁹的机动车³⁰。
- 六、 战争、军事冲突、恐怖主义行为、暴乱或武装叛乱。
- 七、 核爆炸、核辐射或核污染。
- 八、 被保险人醉酒³¹。
- 九、 被保险人遭遇医疗事故或职业病³²。
- 十、 既往症³³（但您或被保险人在投保时如实告知且我们同意承保的既往症除外）。
- 十一、 被保险人参加或从事潜水³⁴、跳伞、攀岩运动³⁵、蹦极、驾驶滑翔机或滑翔伞、探险活动³⁶、武术比赛³⁷、摔跤比赛、特技表演³⁸、赛马、赛车等高风险运动导致的伤害引起的治疗。
- 十二、 被保险人遗传性疾病³⁹，先天性畸形、变形或染色体异常⁴⁰。
- 十三、 视觉（近视、远视、散光、老视）咨询、检查、治疗、矫正及其他相关费用，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、验光配镜。
- 十四、 在治疗所在地属于试验性或任何未经允许的药物或治疗。
- 十五、 因器官移植所产生的供体的所有检查费、治疗费、手术费等任何医疗费用；获得该供体所需要的费用（包括但不限于寻找、获取、运送、贮存器官源或组织源的费用）。
- 十六、 各种非意外伤害事故所致的非功能性整容、整形和矫形：如皮肤色素沉着、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；胎记、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。
各种健美或美容相关的咨询、检查和治疗：如营养、减肥、增胖、增高、胃减容术（包括但不限于：可调节式束带手术、袖状胃切除手术、胃旁路手术、胃内水囊手术、胃肠转流术）等。
- 十七、 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与疗养、特别护理、静养相关的服务或治疗。
- 十八、 因纹身、非治疗目的的穿刺、变性手术。
- 十九、 任何牙科治疗过程中使用的含贵金属⁴¹的材料，以及非治疗必需的、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。
- 二十、 幼儿饮食、婴儿供应品、维生素、矿物质或有机物补充，以及没有医生处方即可购买的物品（例如，漱口水、牙膏、止咳糖或杀菌喷雾、洗发水或防晒霜等）。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、处方指示的药物处理、药物和敷料。
- 二十一、 因填写医疗索赔申请表产生的费用，包括但不限于医疗机构（或医生）收取的管理费、登记费等。
- 二十二、 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。
- 二十三、 与性传播疾病⁴²相关的咨询、检查和治疗。
- 二十四、 任何原因引起的性功能障碍的咨询、检查和治疗，如阳痿治疗或其他性方面问题。
- 二十五、 不孕不育、任何辅助生育（包括人工受精）以及由此引起的并发症；任何妊娠（包括异位妊娠）及其并发症；输卵管阻塞、分娩（含难产）、流产、堕胎、节育（含避孕及绝育）、产前后检查以及由前述原因引起的并发症。
- 二十六、 发育问题，包括但不限于：
 - (1) 精神或智力发育迟缓；
 - (2) 学习困难或阅读障碍；
 - (3) 行为问题，如注意力缺陷或多动症（ADHD）；
 - (4) 身体发育问题，如身材矮小。

二十七、耐用医疗设备、非手术中必需的假体：

耐用医疗设备包括但不限于：

- (1) 外置胰岛素泵；
- (2) 轮椅；
- (3) 助听器；
- (4) 便携式雾化器；
- (5) 家用呼吸机；
- (6) 拐杖；
- (7) 肿瘤电场治疗仪及电场贴片；
- (8) 各种康复治疗器械或保健按摩用品的租赁或购买。

二十八、外置医疗设备、材料：

- (1) 脚托、臂托、颈背托或束带；
- (2) 义乳、义齿；
- (3) 外置心脏起搏器；
- (4) 矫形器、关节固定器。

二十九、常规健康体检。

除上述责任免除款项外，本合同其他免除责任的条款，详见本合同“1.7 保险责任”、“1.8 紧急救援服务”、“2.6 预授权”、“2.7 保险事故的通知”、“2.12 如实告知”、“2.14 年龄及性别的确定与错误处理”、“2.17 职业或工种的变更”以及尾注释义中相关字体加粗内容。

② 一般条款**2.1 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。

2.2 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：

- 一、保险合同原件；
- 二、会员卡；
- 三、您的有效身份证件⁴³。

自我们收到完整的解除合同申请材料之日 24 时起或在您指定的合同解除日，本合同效力终止。指定的合同解除日不得早于申请收到日。合同解除后，我们向您退还本合同的**未满期净保险费**⁴⁴。

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，则退费为零。

2.3 合同效力的终止

发生下列情况之一时，本合同效力终止：

- 一、保险期间届满；
- 二、您于合同有效期内向我们申请解除本合同的；
- 三、本合同约定的其他效力终止的情况。

2.4 受益人的指定

除有特殊约定，本合同保险金的受益人为被保险人本人。

2.5 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优先医疗机构、昂贵医疗机构两类。除昂贵医疗机构列表上载明的，其他医疗机构均属于优先医疗机构。**不同类别、不同性质（指私立/其他）的医疗机构对于各项保险责任的给付比例在保障利益表上载明。**

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核对最新的医疗机构列表，最新列表您可以登录我们的网站，微信公众号或拨打我们的服务热线进行查询。

被保险人在上述医疗服务网络内的医疗机构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，被保险人无需向医疗机构支付。其他不属于保险责任范围内的费用，被保险人仍需就诊后向医疗机构支付。

2.6 预授权

被保险人接受下列医疗或服务项目 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、手术治疗或日间护理或分娩；
- 二、任何单价在 8000 元（含）以上的门急诊检查及治疗项目；
- 三、保障区域外的紧急医疗；
- 四、首次接受化学治疗、放射治疗、血液或者腹膜透析治疗、器官移植后抗排异治疗、康复治疗；
- 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或服务项目后 48 小时之内通知我们。

被保险人在进行上述治疗或接受上述服务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或服务费用，我们有权将按合同约定的办法计算得出的金额，再乘以 60%的比例给付保险金或承担服务费用。

2.7 保险事故的通知

您、被保险人或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。

2.8 保险金的申请

一、申请与住院治疗相关的保险金，由被保险人作为申请人填写保险金给付申请书，并向我们提供下列证明文件、资料原件：

- 1、被保险人的有效身份证件；
- 2、医疗机构出具的医疗材料（包括完整的门急诊病历卡、出院小结等）；
- 3、被保险人的住院医疗费用单证（包括医疗费用正式发票、住院费用清单等）；
- 4、各类检验检查报告；
- 5、药品明细及处方；
- 6、被保险人所能提供的与确认保险事故的性质、原因、伤害程度等有关的其他证明和资料。

二、申请与门、急诊治疗相关的保险金、疫苗接种或健康体检保险金的，由被保险人作为申请人填写保险金给付申请书，并向我们提供下列证明文件、资料原件：

- 1、被保险人的有效身份证件；
- 2、医疗机构出具的医疗材料（包括完整的门急诊病历卡、检查报告、影像资料等）；
- 3、被保险人的门急诊费用单证（包括医疗费用正式发票、门诊费用单等）；
- 4、药品明细及处方；
- 5、被保险人所能提供的与确认保险事故的性质、原因、伤害程度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申请人补充提供有关证明和资料。

受益人为无民事行为能力人或限制民事行为能力人的，由其父母或其他监护人作为申请人向我们申请给付保险金。

2.9 保险金的给付

我们在收到保险金给付申请书及合同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，计算期间将扣除您、被保险人或者受益人补充提供有关证明和资料的期间）。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。

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。

汇率：如果被保险人申请理赔的币种和我们应给付币种不同，我们将按照保险事故发生日当天官方公布的汇率进行兑换。

我们不对任何由于货币兑换的浮动而可能对被保险人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。

2.10 应追讨款项的处理

对于不属于保险责任范围或我们不应承担的费用，若已由本合同约定的医疗服务网络内的医疗机构直接支付的，我们保留追讨该款项的权利，您或被保险人须在我们规定的期限内退回该款项，逾期未退回的，我们将按以下方式处理：

- 一、在后续保险金给付、退还保险费时扣除；
- 二、我们保留暂停提供预授权服务的权利，待上述款项结清后予以恢复；
- 三、在上述款项未结清的情形下，我们保留暂不接受您重新投保本产品的权利。

2.11 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。

2.12 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。

2.13 合同解除权的限制

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。

2.14 年龄及性别的确定与错误处理

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，并按本合同第 2.2 条退还未满期净保险费。我们行使合同解除权时，适用于本合同第 2.13 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：

- 1、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。
- 2、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。

2.15 合同内容的变更

在本合同有效期内，您申请变更本合同的有关内容，经我们审核同意后，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，或者由您和我们订立变更合同内容的书面协议。

2.16 连带被保险人的变更

在本合同有效期内，如您需要增加连带被保险人，您必须向我们提出书面申请，经我们审核同意并收取本合同项下该新增连带被保险人相应的**不足期保险费**⁴⁵后，该连带被保险人的保障计划将于我们收到书面申请的当日 24 时或您指定的时间生效。该生效日期不得早于书面申请收到日。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。

在本合同有效期内，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障计划将于我们收到书面申请的当日 24 时或您指定的时间终止，我们将退还本合同项下该连带被保险人相应的未到期净保险费，**若该连带被保险人在保险期间内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，则退费为零**。保障计划终止时，您必须向我们退还该连带被保险人的保险单和会员卡。

2.17 职业或工种的变更

我们将按照事先公布的职业分类表确定被保险人的职业分类，您可以通过我们的官方网站查询到此表。

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承担的保险责任自其职业或工种变更之日起终止，并退还该被保险人项下的**未到期保险费**⁴⁶。

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且发生保险事故的，我们不承担给付保险金的责任。**

2.18 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，我们按保险单/附贴批单所载最后住所、通讯地址或电话等联系方式发送的有关通知，均视为已送达您。

2.19 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，提交双方共同选择的仲裁委员会仲裁；

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。

¹ **周岁**：以有效身份证件中记载的出生日期为计算基础，满一年为一周岁，不足一年的不计。

² **符合承保条件的子女**：

指主被保险人的：

(1) 18 周岁以下的未婚子女；

(2) 18 周岁（含）—25 周岁（含）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书面证明）。

³ **免赔额**：指保险合同中约定的被保险人需自己承担损失的金额。

⁴ **门、急诊就诊次数**：指就诊日在本合同有效期内、且我们实际支付理赔款的门急诊就医次数。**同一自然日在同一家医疗机构的同一诊断视为 1 次就诊。**我们基于收到理赔申请的日期进行门诊次数排序。

⁵ **保险事故**：指保险合同约定的保险责任范围内的事件。

⁶ **意外伤害事故**：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。

⁷ **医生**：指在所在国合法注册的具有医师执业资格和诊断处方权且正在执业的医师。

⁸ **医疗机构**：

境内：由国家卫生行政部门评定的二级或二级以上医院（包含普通部、外宾医疗、特需部、国际医疗部及干部病房）及本公司指定的直付医疗机构。

境外：指中华人民共和国大陆地区以外，包括台湾地区、香港及澳门特别行政区符合下列所有条件之机构：

- (1) 拥有医疗机构所在地医疗行政管理机构颁发的合法经营执照；
- (2) 设立的主要目的为向受伤者和患病者提供治疗；
- (3) 有合格的医生和护士提供医疗和护理服务；
- (4) 设立目的非主要作为康复、护理、疗养、戒毒、戒毒、或类似的医疗机构。

⁹ **住院**：指被保险人因疾病或意外伤害而入住医疗机构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**⁴⁷。

¹⁰ **合理且必要**：指同时满足下列要求：

- (1) 治疗所必需的；
- (2) 非试验性、研究性项目所产生的；
- (3) 符合接受治疗当地通行的医疗标准。

对是否合理且必要由我们根据客观、审慎、合理的原则进行核定，若被保险人对核定结果有不同意见，可委托双方认可的权威医学机构或者权威医学专家进行审核鉴定。

¹¹ **标准单人病房**：指每一病房设一张病床加独立卫生间的单人病房，若某一医疗机构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。若被保险人住院的病房的级别高于标准单人间病房的级别，则床位费的标准单人间的收费标准为最高限额。

¹² **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。

¹³ **中草药**：指住院或门、急诊发生的中草药费用，**不包括调理身体、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方、复方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、藏红药、羚羊、犀角、牛黄、麝香、鹿茸、铁皮枫斗。

¹⁴ **物理治疗**：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、牵引等。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，但不包括泥疗，蜡敷治疗，气泡浴与药物浸浴治疗；
- (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，由医生出具书面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。

¹⁵ **顺势疗法**：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。

¹⁶ **针灸疗法**：指由具有相应资格的医生以针（包括激光）为工具实施的治疗。

¹⁷ **精神疾病**：指《疾病和有关健康问题的国际统计分类》（ICD-10）中所列明的编码为 F00 至 F99 疾病，或者《中国精神病分类方案和诊断标准》（CCDM-3）所定义的精神疾病。

¹⁸ **实际住院日数**：指被保险人在住院病房内实际接受治疗的日数，以医疗机构收费凭证上实际收取的住院费对应的日数为准，并扣除请假外出、挂床住院以及不合理住院的日数。

¹⁹ **常规健康体检**：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。

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。

²¹ **终末期疾病**：指经医疗机构医生诊断确定已发展到末期的严重疾病，并经医疗机构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。

²² **癌症**：

(1) **恶性肿瘤——重度**

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他部位，病灶经**组织病理学检查**⁴⁸（涵盖骨髓病理学检查）结果明确诊断，临床诊断属于世界卫生组织（WHO, World Health Organization）《疾病和有关健康问题的国际统计分类》第十次修订版（**ICD-10**）⁴⁹的恶性肿瘤类别及《国际疾病分类肿瘤学专辑》第三版（**ICD-O-3**）⁴⁹的肿瘤形态学编码属于

3、6、9（恶性肿瘤）范畴的疾病。

下列疾病不属于“恶性肿瘤——重度”，不在保障范围内：

I ICD-O-3 肿瘤形态学编码属于 0（良性肿瘤）、1（动态未定性肿瘤）、2（原位癌和非侵袭性癌）范畴的疾病，如：

- a. 原位癌，癌前病变，非浸润性癌，非侵袭性癌，肿瘤细胞未侵犯基层，上皮内瘤变，细胞不典型性增生等；
- b. 交界性肿瘤，交界恶性肿瘤，肿瘤低度恶性潜能，潜在低度恶性肿瘤等；

II TNM 分期⁵⁰为 I 期或更轻分期的甲状腺癌；

III TNM 分期为 T₁N₀M₀ 期或更轻分期的前列腺癌；

IV 黑色素瘤以外的未发生淋巴结和远处转移的皮肤恶性肿瘤；

V 相当于 Binet 分期方案 A 期程度的慢性淋巴细胞白血病；

VI 相当于 Ann Arbor 分期方案 I 期程度的何杰金氏病；

VII 未发生淋巴结和远处转移且 WHO 分级为 G1 级别（核分裂像<10/50 HPF 和 ki-67≤2%）或更轻分级的神经内分泌肿瘤。

（2）恶性肿瘤——轻度

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，病灶经组织病理学检查（涵盖骨髓病理学检查）结果明确诊断，临床诊断属于世界卫生组织（WHO，World Health Organization）《疾病和有关健康问题的国际统计分类》第十次修订版（ICD-10）的恶性肿瘤类别及《国际疾病分类肿瘤学专辑》第三版（ICD-O-3）的肿瘤形态学编码属于 3、6、9（恶性肿瘤）范畴，但不在“恶性肿瘤——重度”保障范围的疾病。且特指下列六项之一：

I TNM 分期为 I 期的甲状腺癌；

II TNM 分期为 T₁N₀M₀ 期的前列腺癌；

III 黑色素瘤以外的未发生淋巴结和远处转移的皮肤恶性肿瘤；

IV 相当于 Binet 分期方案 A 期程度的慢性淋巴细胞白血病；

V 相当于 Ann Arbor 分期方案 I 期程度的何杰金氏病；

VI 未发生淋巴结和远处转移且 WHO 分级为 G1 级别（核分裂像<10/50 HPF 和 ki-67≤2%）的神经内分泌肿瘤。

下列疾病不属于“恶性肿瘤——轻度”，不在保障范围内：

ICD-O-3 肿瘤形态学编码属于 0（良性肿瘤）、1（动态未定性肿瘤）、2（原位癌和非侵袭性癌）范畴的疾病，如：

I 原位癌，癌前病变，非浸润性癌，非侵袭性癌，肿瘤细胞未侵犯基层，上皮内瘤变，细胞不典型性增生等；

II 交界性肿瘤，交界恶性肿瘤，肿瘤低度恶性潜能，潜在低度恶性肿瘤等。

（3）原位癌

指恶性细胞局限于上皮内尚未穿破基底膜浸润周围正常组织的癌细胞新生物。原位癌必须经对固定活组织的组织病理学检查明确诊断，临床诊断属于世界卫生组织（WHO，World Health Organization）《疾病和有关健康问题的国际统计分类》第十次修订版（ICD-10）的原位癌范畴及《国际疾病分类肿瘤学专辑》第三版（ICD-O-3）属于原位癌范畴的疾病。被保险人必须已经接受了针对原位癌病灶的积极治疗。细胞学检查结果不能作为确诊原位癌的证据。

癌前病变，宫颈上皮内瘤样病变 CIN-1、CIN-2，细胞不典型性增生、交界性肿瘤，交界恶性肿瘤，肿瘤低度恶性潜能，潜在低度恶性肿瘤等不在保障范围内。

²³ 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，包括：

- （1）高热（成人摄氏 38.5 度、小儿摄氏 39 度以上）；
- （2）急性腹痛、剧烈呕吐、严重腹泻；
- （3）各种原因的休克；
- （4）昏迷；

- (5) 癫痫发作；
- (6) 严重喘息、呼吸困难；
- (7) 急性胸痛、急性心力衰竭、严重心律失常；
- (8) 高血压危象、高血压脑病、脑血管意外；
- (9) 各种原因所致急性出血；
- (10) 急性泌尿道出积血、尿闭、肾绞痛；
- (11) 各种急性中毒（如食物或药物中毒），各种意外（如触电、溺水）；
- (12) 脑外伤、骨折、脱位、撕裂、烧伤、烫伤或其他急性外伤；
- (13) 各种有毒动物或昆虫咬伤或者急性过敏性疾病；
- (14) 五官及呼吸道或食道异物，急性眼痛、眼红或眼肿，突然视力障碍以及眼外伤；
- (15) 其他给予危、急、重病者的紧急治疗。

²⁴ **国籍国**：指被保险人持有相应护照的国家或者地区。对于拥有多于一个护照的美国公民，其国籍国默认为美国。对于拥有多于一个护照的其他公民，其国籍国以本合同载明的国家或者地区为准。

²⁵ **居住国**：指被保险人在一个保险期间的大部分时间内（通常至少9个月以上）居住的国家。

²⁶ **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。

²⁷ **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》或道路交通相关法规的规定认定为饮酒后驾驶或醉酒后驾驶。

²⁸ **无合法有效驾驶证驾驶**：

指下列情形之一：

- (1) 没有取得中华人民共和国有关主管部门颁发或者认可的驾驶资格证书；
- (2) 驾驶与驾驶证准驾车型不相符合的车辆；
- (3) 持审验不合格或过期的驾驶证驾驶；
- (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。

²⁹ **无合法有效行驶证**：

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。

³⁰ **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或履带车辆。

³¹ **醉酒**：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。

³² **职业病**：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。

³³ **既往症**：指在保单生效之前被保险人已患有的且已知晓的有关疾病或症状。

³⁴ **潜水**：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。

³⁵ **攀岩运动**：指攀登悬崖、楼宇外墙、人造悬崖、冰崖、冰山等运动。

³⁶ **探险活动**：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，而故意使自己置身其中的行为。如江河漂流、登山、徒步穿越沙漠或者人迹罕见的原始森林等活动。

³⁷ **武术比赛**：指两人或者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。

³⁸ **特技表演**：指从事马术、杂技、驯兽等特殊技能的表演。

³⁹ **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。

⁴⁰ **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。

⁴¹ **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（钌、铑、钇、钼）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。

⁴² **性传播疾病**：指通过性接触、类似性行为及间接接触所感染的一组传染性疾病：梅毒、淋病、非淋病性尿道炎、尖锐湿疣、生殖器疱疹、软下疳、性病性淋巴肉芽肿。

⁴³ **有效身份证件**：指由中华人民共和国政府主管部门规定的能够证明其身份的证件，如：有效期内的居民身份证、港澳台居民居住证、户口簿以及中华人民共和国政府主管部门颁发或者认可的有效护照或者其他身份证明文件。

⁴⁴ **未到期净保险费**：其计算公式为：未到期净保险费 = 本期应交已交保险费 × (1-30%) × (1-m/n) 其中，30%为**手续费**⁵¹，m为本期保险费已经过日数，n为本期保险费应承保日数，经过日数不足一日的按一日计算。

⁴⁵ **不足期保险费**：其计算公式为：不足期保险费 = 本期应交保险费 × (1-m/n) 其中，m为本期保险费已经过日数，n为本期保险费应承保日数，经过日数不足一日的按一日计算。

⁴⁶ **未到期保险费**：其计算公式为：未到期保险费 = 本期应交已交保险费 × (1-m/n) 其中，m为本期保险费已经过日数，n为本期保险费应承保日数，经过日数不足一日的按一日计算。

⁴⁷ **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。

⁴⁸ **组织病理学检查**：组织病理学检查是通过局部切除、钳取、穿刺等手术方法，从患者机体采取病变组织块，经过包埋、切片后，进行病理检查的方法。

通过采集病变部位脱落细胞、细针吸取病变部位细胞、体腔积液分离病变细胞等方式获取病变细胞，制成涂片，进行病理检查的方法，属于细胞病理学检查，不属于组织病理学检查。

⁴⁹ **ICD-10与ICD-O-3**：《疾病和有关健康问题的国际统计分类》第十次修订版（ICD-10），是世界卫生组织（WHO）发布的国际通用的疾病分类方法。《国际疾病分类肿瘤学专辑》第三版（ICD-O-3），是WHO发布的针对ICD中肿瘤形态学组织学细胞类型、动态、分化程度的补充编码。其中形态学编码：0代表良性肿瘤；1代表动态未定性肿瘤；2代表原位癌和非侵袭性癌；3代表恶性肿瘤（原发性）；6代表恶性肿瘤（转移性）；9代表恶性肿瘤（原发性或转移性未肯定）。

如果出现ICD-10与ICD-O-3不一致的情况，以ICD-O-3为准。

⁵⁰ **TNM分期**：TNM分期采用AJCC癌症分期手册标准。该标准由美国癌症联合委员会与国际抗癌联合会TNM委员会联合制定，是目前肿瘤医学分期的国际通用标准。T指原发肿瘤的大小、形态等；N指淋巴结的转移情况；M指有无其他脏器的转移情况。

甲状腺癌的TNM分期采用目前现行的AJCC第八版定义标准，我国国家卫生健康委员会2018年发布的《甲状腺癌诊疗规范（2018年版）》也采用此定义标准，具体见下：

甲状腺乳头状癌、滤泡癌、低分化癌、Hürthle细胞癌和未分化癌

pT_x：原发肿瘤不能评估

pT₀：无肿瘤证据

pT₁：肿瘤局限在甲状腺内，最大径≤2cm

T_{1a} 肿瘤最大径≤1cm

T_{1b} 肿瘤最大径>1cm，≤2cm

pT₂：肿瘤2~4cm

pT₃：肿瘤>4cm，局限于甲状腺内或大体侵犯甲状腺外带状肌

pT_{3a}：肿瘤>4cm，局限于甲状腺内

pT_{3b}：大体侵犯甲状腺外带状肌，无论肿瘤大小

带状肌包括：胸骨舌骨肌、胸骨甲状肌、甲状舌骨肌、肩胛舌骨肌

pT₄：大体侵犯甲状腺外带状肌外

pT_{4a}：侵犯喉、气管、食管、喉反神经及皮下软组织

pT_{4b}：侵犯椎前筋膜，或包裹颈动脉、纵隔血管

甲状腺髓样癌

pT_x: 原发肿瘤不能评估pT₀: 无肿瘤证据pT₁: 肿瘤局限在甲状腺内, 最大径≤2cmT_{1a} 肿瘤最大径≤1cmT_{1b} 肿瘤最大径>1cm, ≤2cmpT₂: 肿瘤 2~4cmpT₃: 肿瘤>4cm, 局限于甲状腺内或大体侵犯甲状腺外带状肌pT_{3a}: 肿瘤>4cm, 局限于甲状腺内pT_{3b}: 大体侵犯甲状腺外带状肌, 无论肿瘤大小

带状肌包括: 胸骨舌骨肌、胸骨甲状肌、甲状舌骨肌、肩胛舌骨肌

pT₄: 进展期病变pT_{4a}: 中度进展, 任何大小的肿瘤, 侵犯甲状腺外颈部周围器官和软组织, 如喉、气管、食管、喉反神经及皮下软组织pT_{4b}: 重度进展, 任何大小的肿瘤, 侵犯椎前筋膜, 或包裹颈动脉、纵隔血管

区域淋巴结: 适用于所有甲状腺癌

pN_x: 区域淋巴结无法评估pN₀: 无淋巴结转移证据pN₁: 区域淋巴结转移pN_{1a}: 转移至VI、VII区(包括气管旁、气管前、喉前/Delphian 或上纵隔)淋巴结, 可以为单侧或双侧。pN_{1b}: 单侧、双侧或对侧颈淋巴结转移(包括I、II、III、IV或V区)淋巴结或咽后淋巴结转移。

远处转移: 适用于所有甲状腺癌

M₀: 无远处转移M₁: 有远处转移

乳头状或滤泡状癌(分化型)			
年龄<55 岁			
	T	N	M
I 期	任何	任何	0
II 期	任何	任何	1
年龄≥55 岁			
I 期	1	0/x	0
	2	0/x	0
II 期	1~2	1	0
	3a~3b	任何	0
III 期	4a	任何	0
IVA 期	4b	任何	0
IVB 期	任何	任何	1
髓样癌(所有年龄组)			
I 期	1	0	0
II 期	2~3	0	0
III 期	1~3	1a	0
IVA 期	4a	任何	0
	1~3	1b	0
IVB 期	4b	任何	0
IVC 期	任何	任何	1
未分化癌(所有年龄组)			

IVA 期	1~3a	0/x	0
IVB 期	1~3a	1	0
	3b~4	任何	0
IVC 期	任何	任何	1

注：以上表格中“年龄”指患者病理组织标本获取日期时的年龄。

⁵¹ **手续费：**手续费比例为本合同保险费的 30%。

[本页内容结束]

附表：

《工银安盛人寿寰球尊享医疗保险（4.0版）C款》保障计划表

保障项目		精选计划	标准计划	基本计划
年度总限额		RMB8,000,000	RMB8,000,000	RMB6,000,000
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
1.2	膳食费			
1.3	护理费			
1.4	检查检验费			
1.5	治疗费			
1.6	医生诊疗费			
1.7	药品费			
1.8	手术费			
1.9	加床费			
1.10	物理治疗费	保障最高为 RMB50,000	保障最高为 RMB50,000	保障最高为 RMB50,000
1.11	脊柱推拿、顺势疗法、针灸疗法费			
1.12	中医治疗费			
1.13	重建手术医疗费	保障最高为 RMB100,000	保障最高为 RMB100,000	保障最高为 RMB100,000
1.14	外置医疗设备费	保障最高为 RMB50,000	保障最高为 RMB50,000	保障最高为 RMB50,000
1.15	重建材料/重建装置费	保障最高为 RMB50,000	保障最高为 RMB50,000	保障最高为 RMB50,000
1.16	精神疾病治疗费（指被保险人在 等待期180天 后被医生首次确诊为精神疾病，在医疗卫生监管部门认可的精神病专科医院或者设有精神病科室的医疗机构住院治疗该精神疾病而发生的治疗费。同一保险期间内，我们承担被保险人累计30天内（含）发生的住院精神疾病治疗费用。）	保障最高为 RMB30,000	保障最高为 RMB30,000	保障最高为 RMB30,000
第2部分	其他费用补偿后住院津贴保险金			
2.1	同一保险期间内，我们承担被保险人其他费用补偿后住院津贴保险金的累计给付日数30日为限。	每晚支付 RMB500	每晚支付 RMB500	每晚支付 RMB500
第3部分	门、急诊医疗保险金	保障最高为 RMB100,000	保障最高为 RMB50,000	住院医疗之后90天内的 延续治疗保障最高为 RMB5,000
请注意：此项利益适用于门、急诊医疗保险金，私立医院和诊所给付比例：1-10次：100%；11-20次：70%；第21次及以上：50%；其他医院和诊所给付比例：100%。				

3.1	医生诊疗费	全额保障至门、急诊医疗保险金最高给付限额	全额保障至门、急诊医疗保险金最高给付限额	住院医疗之后 90 天内的 延续治疗保障最高为 RMB5,000
3.2	检查检验费			
3.3	治疗费			
3.4	药品费			
3.5	核磁共振,正电子发射计算机断层扫描,X 线断层计算机电子扫描费			
3.6	门诊手术费	保障最高为 RMB6,000	保障最高为 RMB4,500	不保障
3.7	脊柱推拿、顺势疗法、针灸疗法费			
3.8	中医治疗费			
3.9	物理治疗费			
3.10	精神疾病治疗费（指被保险人在 等待期 180 天 后被医生首次确诊为精神疾病,在医疗卫生监管部门认可的精神病专科医院或者设有精神病科室的医疗机构进行门、急诊治疗该精神疾病而发生的治疗费。）	保障最高为 RMB5,000	保障最高为 RMB5,000	
第 4 部分	牙科门、急诊医疗保险金			
请注意: 此项利益适用于门、急诊牙科医疗, 给付比例为 75%。				
4.1	预防性牙科治疗（ 等待期 90 天 ），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，同一保险期间内，我们最多承担两次预防性牙齿清洁费。	保障最高为 RMB6,000	不保障	不保障
4.2	常规牙科治疗（ 等待期 90 天 ），包括：常规牙科治疗、汞合金或树脂复合填充物、简单拔牙费。			
4.3	重大牙科治疗（ 等待期 180 天 ），包括：根管填充、牙体修复（冠、桥、嵌体等）、智齿/阻生牙拔除费（含相关的化验和麻醉费用）。			
第 5 部分	疫苗接种或健康体检保险金			
请注意: 此项利益适用于疫苗接种或健康体检保险金, 给付比例为 75%。				
5.1	18 周岁及以上成年人的常规健康体检或疫苗接种	保障最高为 RMB3,000	不保障	不保障
5.2	18 周岁以下未成年人的常规健康体检或疫苗接种	保障最高为 RMB3,000		
第 6 部分	其他医疗保险金			
6.1	家庭护理费和康复治疗费	保障最高为 RMB30,000	保障最高为 RMB30,000	保障最高为 RMB20,000
	请注意： 1、同一保险期间内，我们承担被保险人累计 100 天内（含）发生的合理且必要的家庭护理和康复治疗费用。 2、对于被保险人因终末期疾病而需进行家庭护理的，我们根据相应的项目承担保险责任，不给付由此产生的家庭护理和康复治疗费。			
6.2	激素替代治疗费	保障最高为 RMB2,000	保障最高为 RMB2,000	住院医疗全额保障；住院医疗后 90 天的门诊延续治疗最高保障为

				RMB2, 000
6. 3	艾滋病治疗费（指被保险人在等待期180天后被医生首次确诊为感染艾滋病病毒或患艾滋病，每次在医疗机构治疗所发生的合理且必要的医疗费用。）	保障最高为 RMB300, 000	保障最高为 RMB200, 000	不保障
6. 4	救护车费	全额保障	全额保障	全额保障
6. 5	终末期疾病治疗费	保障最高为 RMB300, 000	保障最高为 RMB200, 000	不保障
6. 6	器官移植治疗费	全额保障	保障最高为 RMB3, 000, 000	保障最高为 RMB3, 000, 000
6. 7	癌症治疗费	全额保障	全额保障	住院医疗全额保障；住院医疗后 90 天的门诊延续治疗最高保障受 3.1-3.4 项保额限制
6. 8	紧急医疗费	保障最高为 RMB360, 500	保障最高为 RMB238, 000	不保障
	请注意：紧急医疗费保障保障区域外的合理且必需的紧急医疗费用。			
第 7 部分	紧急救援服务			
请注意：紧急救援服务的服务范围为全球。				
7. 1	紧急运送和返回	全额保障	全额保障	全额保障
7. 1. 1	安排被保险人至适合的医疗机构进行治疗，并承担由此产生的相应转送费用。			
7. 1. 2	紧急运送发生后，被保险人返回居住地的经济舱飞机票费用。若被保险人使用其他交通方式的，我们承担实际发生的费用，并以对应的经济舱飞机票费用为上限。			
7. 1. 3	紧急运送发生和返回发生时，我们承担被保险人的一名直系亲属因陪同所发生的如下费用： -往返经济舱飞机票费用 -一晚住宿费用（包含住宿第二日早餐） -从机场、港口或其他交通枢纽到住宿地的往返交通费 -从住宿地到运送医疗机构的往返交通费，限每日一次			
7. 2	遗体送返			
7. 3	紧急探亲			不保障
第 8 部分	住院/门、急诊给付比例/住院年免赔额			
8. 1	优先医院给付比例（针对第 1、3、6 部分保障）	100%	100%	住院 100%；门急诊不保障
8. 2	昂贵医院给付比例（针对第 1、3、6 部分保障）	100%/80%/不保障	100%/80%/不保障	不保障

8.3	住院年免赔额（针对第1、2、6部分保障）	RMB0/15000/30000	RMB0/15000/30000	RMB0/15000/30000
-----	----------------------	------------------	------------------	------------------

注：以上为本产品保障项目概览，具体保障项目以您投保时所选责任及保险合同所附《保障利益表》为准，
详细内容及相关事宜以保险条款为准。