

中意臻享世家医疗保险 产品说明书

一、 产品基本特征

	1. 交费方式： 一次性付清。
	2. 投保年龄： 本合同接受的投保年龄为出生至65周岁，可选责任孕产医疗保险金的投保年龄为18周岁至45周岁。 若您在被保险人66周岁至100周岁期间投保本产品，需要满足以下两个条件： （1）非首次投保；（2）您需在上一个保险期间届满前提出重新投保申请。 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。单一被保险人或主被保险人须年满18周岁。经本公司审核同意，主被保险人年龄在65周岁（含）以下的配偶，以及主被保险人年龄在17周岁（含）以下的未婚子女（若子女尚在接受全日制学校教育，则可延长至26周岁）可作为本合同的连带被保险人。
	3. 投保范围 在 中国境内 居住的中华人民共和国国籍人士可作为本合同的被保险人。持有中华人民共和国政府部门颁发的工作签证或拥有中华人民共和国境内居留证或长期居留权，并提供中国境内固定居住地址的非中华人民共和国国籍人士亦可作为本合同的被保险人。
	4. 保险期间：本合同为不保证续保合同。 本产品保险期间为一年。 您重新申请投保本产品时，若连带被保险人中的被保险人子女符合下列条件之一，我们将不再接受此连带被保险人的投保： （1）已有婚姻史； （2）年满27周岁； （3）年满18周岁，且已终止全日制学校教育。
	5. 保险责任： 在本合同保险期间内，我们承担如下保险责任
住院医疗保险金	若被保险人因意外伤害或在等待期后因意外伤害以外的原因，经医院诊断必须住院治疗的，对于被保险人实际发生的医疗必需的住院医疗费用，我们将按照本合同的约定给付住院医疗保险金。 住院医疗费用包括： 1. 床位费和膳食费 指被保险人住院或日间留院期间的床位费和膳食费。被保险人所接受的治疗需由专科医生负责，病房规格的选择和住院时长需符合医疗必需的原则。 2. 重症监护和加护费用 指被保险人使用重症监护室（ICU）、加护病房（HDU）或冠心病重症监护病房（CCU）的费用。 3. 医生诊疗费 指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。 4. 护士护理费 指住院期间由护士对被保险人提供临床护理服务所收取的费用。 5. 治疗费 指由医生或者护士对患者进行的除手术外的各种治疗项目所收取的费用。 6. 手术费 指手术前、手术中和手术后发生的医疗必需的治疗费用，包括外科手术和麻醉师费用。 7. 药物、敷料及内部假体费 指手术室、恢复室或手术治疗中不可或缺的内部器械、药物或敷料，以及住院过程中使

	用的药物、敷料以及耐用医疗器材的费用。 8. 检查化验费 指由医生开具的由医院专项检查科室的专业检查、检验人员实施的各检查化验项目产生的费用，检查化验项目包括实验室检查、病理检查、放射线检查、CT、MRI、PET、B超、血管造影、同位素、心电图、心功能、肺功能、骨密度、基因学检查等。 9. 外部假体费 指在被保险人手术过程中属于医疗必需的初始假体的费用，不包括任何替换假体的费用。 10. 矫形改造手术费 指因意外伤害事故、疾病或手术所需进行的用于恢复自然机能或外貌的手术所产生的手术费，需在意外事故、疾病或手术发生后 12 个月内进行。除因医疗必需的原因需进行多次手术的，对于同一次意外伤害事故、同一种疾病或同一次手术，我们仅承担一次矫形改造手术的手术费。 11. 陪同床位费 指未满 18 周岁的被保险人在住院期间，其合法监护人在医院留宿发生的床位费。陪同床位费仅限 1 张病床，以不高于被保险人床位费标准为限。 12. 家庭护理费 指根据医生医嘱，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、可在居家环境下实施的医疗必需的临床护理技术服务而产生的护理费用。 13. 康复治疗费 指根据医生医嘱，接受住院治疗的被保险人出院后在具有相应资质的康复医疗机构、康复中心、医院的康复科诊治或接受以促进机体各项功能恢复为目的的医疗方法，如物理疗法、职业疗法、营养师或言语疗法而产生的包括病房食宿费用在内的治疗费用。康复治疗需与接受住院治疗的保险事故直接相关，在住院治疗后 30 天内开始，且不包括以疼痛管理为目的的治疗。康复治疗仅包含物理疗法时，我们不给付康复治疗相关的病床食宿费用。 14. 精神疾病治疗费 指被保险人经专科医生确诊患本合同第 9.4 条约定的精神疾病，在医疗卫生监管部门认可的精神卫生专科医疗机构或者设有精神卫生科室的医院接受住院治疗而产生的治疗费用。 15. 慢性疾病急性发作治疗费 指被保险人因慢性疾病急性发作在医院接受住院治疗而产生的治疗费用。 16. 临终关怀医疗费 指被保险人被医院确诊为终末期疾病，在医疗卫生监管部门合法注册的临终护理机构或在设有临终护理病房的医院接受以实施护理为中心，而非以治疗疾病为中心的医疗而产生的住院费用。 17. 重大器官移植费 指被保险人经专科医生确诊，需在医院接受肝脏移植、肾脏移植、心脏移植、肺脏移植、胰脏移植、角膜移植或骨髓移植而发生的手术费、辅助治疗费、检验费等。除本合同另有约定外，不包括因器官供体寻找、获取以及从供体切除、储藏、运送器官而发生的相关费用。 18. 先天性疾病医疗费 指被保险人被医院确诊为先天性疾病，在医院接受住院治疗而产生的治疗费用。 若被保险人住院治疗永久性神经损伤到达连续 90 天以上，我们仅对前 90 天住院实际发生的医疗必需的住院费用给付住院医疗保险金。 在本合同保险期间内，对于上述每项费用，我们累计给付的金额以本合同约定的单项年度给付限额为限。 若登记为连带被保险人的新生儿经医院诊断必须住院治疗的，我们将按照本合同第2.4.5条的约定给付新生儿医疗保险金，不再给付住院医疗保险金。
--	---

无理赔住院津贴保险金	被保险人因意外伤害或在等待期后因意外伤害以外的原因，经医院诊断必须住院治疗，且产生本合同第2.4.1条约定责任范围内的医疗费用的，若被保险人已从其他途径（包括基本医疗保险、公费医疗、城乡居民大病保险、工作单位、公益慈善机构，以及任何商业保险机构等）获得所有医疗费用补偿，我们将按照本合同约定的每日住院津贴金额乘以实际住院天数给付无理赔住院津贴保险金。 在本合同保险期间内，无理赔住院津贴保险金的累计给付天数以30日为限。 对于本合同保险期间内发生的同一次住院治疗，已申请本合同第2.4.1条约定的住院医疗保险金的，不能再申请无理赔住院津贴保险金。若在获得无理赔住院津贴保险金后申请住院医疗保险金，我们将在给付住院医疗保险金时扣除已给付的无理赔住院津贴保险金。
门急诊医疗保险金	若被保险人因意外伤害或在等待期后因意外伤害以外的原因，经医院诊断必须接受门急诊治疗的，对于被保险人实际发生的医疗必需的门诊急诊医疗费用，我们将按照本合同的约定给付门急诊医疗保险金。 门急诊医疗费用包括： 1. 医生诊疗费 指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，不包括医生外出出诊费。 2. 治疗费 指由医生或者护士对患者进行的除手术外的各种治疗项目所收取的费用。 3. 药物和敷料费 指由医生开具的药物和敷料费用。 4. 检查化验费 指由医生开具的由医院专项检查科室的专业检查、检验人员实施的各检查化验项目产生的费用，检查化验项目包括实验室检查、病理检查、放射线检查、CT、MRI、PET、B超、血管造影、同位素、心电图、心功能、肺功能、骨密度、基因学检查等。 5. 中医治疗、补充治疗或物理治疗费 中医治疗费指被保险人接受由具有相应资格的医生提供的，治疗发生地相应监督管理部门批准可以使用的中医治疗服务而产生的治疗费用。 补充治疗费指被保险人接受在治疗发生地取得资质且有从业资格的从业人员提供的顺势治疗、整骨疗法或整脊疗法而产生的治疗费用。 物理治疗指被保险人接受具有相应资格的医生提供的电疗、光疗、磁疗、热疗等。 若被保险人在本合同保险期间内已接受 10 次或以上中医治疗、补充治疗或物理治疗，在继续接受中医治疗、补充治疗或物理治疗前需向我们进行预授权申请。 6. 耐用医疗器材费 指家庭护理过程中使用医疗必需的医疗用品、供应品、器材或设备而产生的费用，包括整形外科支撑物和支架（含足弓支撑物）、拐杖、轮椅、助听器和任何医疗或手术用品。 7. 精神疾病治疗费 指被保险人经专科医生确诊患本合同第 9.4 条约定的精神疾病，在医疗卫生监管部门认可的精神卫生专科医疗机构或者设有精神卫生科室的医院接受门急诊治疗而产生的治疗费用。 8. 常规慢性疾病管理费 指被保险人在专科医生处接受慢性疾病管理，进行持续或长期的监测，包括检查、检验、开具药物和敷料处方而产生的治疗费用。 9. 营养师咨询费 指被保险人因疾病原因，在膳食学家或营养学家指导下实施饮食控制计划以控制体重而产生的营养师咨询费。

	10. 激素替代治疗费 指被保险人在医院接受子宫切除术或经医院确诊为早发型停经而产生的门急诊医疗费用。 11. 疫苗接种或健康体检费 此项费用包括就诊和疫苗接种的费用。疫苗必须已经完成临床试验，在进行治疗的国家内获准使用。 健康体检包括： ① 常规健康体检； ② 耳科检查（本合同保险期间内以 1 次为限）。 在本合同保险期间内，对于上述每项费用，我们累计给付的金额以本合同约定的单项年度给付限额为限。 在本合同保险期间内，我们累计给付的门急诊医疗保险金以本合同约定的门急诊医疗保险金年度给付限额为限。
特定门急诊医疗保险金	若被保险人因意外伤害或在等待期后因意外伤害以外的原因，经医院诊断必须接受特定门急诊治疗的，对于被保险人实际发生的医疗必需的特定门急诊医疗费用，我们将按照本合同的约定给付特定门急诊医疗保险金。 特定门急诊医疗费用包括： 1. 门急诊手术费 指门诊手术室、医院门诊部或诊所进行外科手术而产生的治疗费。 2. 门诊肾透析治疗费 指被保险人因肾功能衰竭在门诊接受治疗而产生的治疗费用，包括肾透析费用。 3. 门诊恶性肿瘤治疗费 指被保险人因确诊恶性肿瘤在门诊接受化学疗法、放射疗法、肿瘤免疫疗法、肿瘤内分泌疗法、肿瘤靶向疗法而产生的治疗费用。 在本合同保险期间内，我们累计给付的特定门急诊医疗保险金以本合同约定的特定门急诊医疗保险金年度给付限额为限。
新生儿医疗保险金	若新生儿经医院诊断必须住院治疗的，对于新生儿出生后30日内实际发生的医疗必需的治疗费用（包含先天性疾病治疗费用），我们将按照本合同的约定给付新生儿医疗保险金。 新生儿需按照本合同的约定登记为本合同的连带被保险人。 在本合同保险期间内，我们累计给付的新生儿医疗保险金以本合同约定的新生儿医疗保险金年度给付限额为限。
紧急救援服务保险金	我们通过授权的救援机构（以下简称“救援机构”）按以下约定给付紧急救援服务保险金： （1）当地救护车 若被保险人遭受意外伤害事故或患突发急性病需运送至最近的合适医院治疗的，对于因此而产生的医疗必需的当地救护车费用，我们将按照本合同的约定给付紧急救援服务保险金。 我们不承担在山区、海上、沙漠、丛林或者类似的偏僻的地方进行搜寻及援救被保险人而产生的救护车费用。 （2）紧急医疗转运 若被保险人遭受意外伤害事故或患突发急性病，经救援机构的授权医生确认当地医院无法提供适当处理的，我们将通过救援机构安排被保险人转运至最近的合适医院进行治疗，对于因此而产生的下列医疗必需的转运费用，我们将按照本合同的约定给付紧急救援服务保险金。

	① 转运产生的交通费用，包括在医疗必需的情况下一名当地陪护人员的交通费用； ② 被保险人接受住院治疗的，当地陪护人员探视被保险人的交通费用，限每日一次； ③ 若被保险人在出院后须接受 7 天以内的专科医生护理，转运费用包括被保险人出院后入住 4 星级酒店或我们所认可的同等级酒店标准间的费用； ④ 若紧急医疗转运发生后，救援机构的授权医生确认被保险人因医疗必需的原因需返回居住地，或被保险人的病情或伤势已稳定且可以送返居住地，转运费用包括被保险人返回居住地以及一名当地陪护人员陪护被保险人返回居住地的交通费用，以对应的经济舱飞机票费用为上限。 我们不承担在山区、海上、沙漠、丛林或者类似的偏僻的地方进行搜寻及援救被保险人而产生的紧急医疗转运费用。 (3) 直系亲属陪同 若被保险人因遭受意外伤害事故或患突发急性病发生紧急医疗转运的，我们可通过救援机构安排被保险人的一名直系亲属陪同，对于因此而产生的陪同费用，我们将按照本合同的约定给付紧急救援服务保险金。 陪同费用包括： ① 往返的交通费用，以对应的经济舱飞机票费用为上限； ② 从住宿地到转运医院的往返交通费用，限每日一次； ③ 4 星级酒店或我们所认可的同等级酒店标准间的费用。 (4) 遗体送返 若被保险人因遭受意外伤害事故或患突发急性病身故的，根据被保险人的遗愿或其直系亲属的愿望，我们将通过救援机构安排运送被保险人的遗体或骨灰返回其国籍国或居住国，或安排被保险人在身故地就地安葬，对于因此而产生的费用（不包括购买骨灰盒、墓地、鲜花、花圈和举行任何仪式的费用），我们将按照本合同的约定给付紧急救援服务保险金。 (5) 紧急探亲服务 若被保险人在其国籍国的直系亲属病危，我们将通过救援机构安排被保险人从其居住国往返其国籍国，对于因此而产生的往返交通费用（以对应的经济舱飞机票费用为上限），我们将按照本合同的约定给付紧急救援服务保险金。 (6) 非紧急医疗转运 若经专科医生及救援机构的授权医生确认被保险人的居住国无法提供合适治疗，且被保险人适合旅行的，对于被保险人往返最近的可以提供合适治疗的医院而产生的医疗必需的往返交通费用（以对应的经济舱飞机票费用为上限），我们将按照本合同的约定给付紧急救援服务保险金。 在本合同保险期间内，对于上述每项费用，我们累计给付的金额以本合同约定的单项年度给付限额为限。
紧急医疗保险金	我们按以下约定给付紧急医疗保险金： (1) 保障区域外的紧急医疗 若被保险人在保障区域外旅行期间（每次行程不超过连续90日）因遭受意外伤害事故或患突发急性病在保障区域外接受紧急治疗的，对于从开始治疗到被保险人病情稳定能够转移期间实际发生的医疗必需的医疗费用（不包括被保险人返回至国籍国或居住国的交通费用），我们将按照本合同的约定给付紧急医疗保险金。 我们对于以下情形不承担保障区域外的紧急医疗责任： ① 非紧急医疗； ② 对于被保险人到达保障区域外的国家和地区前已有疾病或者症状进行治疗；

	③ 可以推迟至被保险人返回保障区域后再接受的治疗； ④ 被保险人前往的国家或地区被联合国、出发地所在国政府或者目的地所在国政府明确告知不建议前往； ⑤ 因健康原因被医生建议不宜旅行的被保险人执意旅行引起的伤害或疾病的治疗。 (2) 紧急牙科治疗 若被保险人因意外伤害且在意外伤害发生之日起7日内，在医院对原本完整无损的、未经过任何治疗的自身牙齿进行医疗必需的紧急治疗和修复，包括必要的清创处理、紧急牙体处理、口腔含漱液、口服或者静脉滴注抗生素，对于因此而产生的医疗费用，我们将按照本合同的约定给付紧急医疗保险金。 在本合同保险期间内，对于上述每项费用，我们累计给付的金额以本合同约定的单项年度给付限额为限。
孕产医疗保险金	若被保险人在等待期后怀孕，我们将按照以下约定给付孕产医疗保险金： (1) 一般孕产医疗费用 本项责任为可选责任，若您未选择，则我们不承担相应的保险责任。 若被保险人在等待期后怀孕的，对于因此而产生的医疗必需的一般孕产医疗费用，我们将按照本合同的约定给付孕产医疗保险金。 一般孕产医疗费用包括： ① 被保险人正常妊娠和顺产期间发生的医疗必需的费用，包括 B 超等必要的超声波检查、医院或家中分娩的费用和因生育治疗或人工受精（IVF）引起的妊娠并发症费用； ② 非医疗必需剖腹产而产生的费用，以及因前次妊娠中非医疗必需剖腹产而导致的此次妊娠剖腹产费用； ③ 本次怀孕相关的产前和产后 42 天常规检查费用； ④ 新生儿分娩后 24 小时内进行的体检和检查检验费用。 (2) 孕产并发症医疗费用 对于部分保障计划，本项责任为可选责任，若您未选择，则我们不承担相应的保险责任。 若被保险人在等待期后怀孕，且因孕产并发症在医院接受住院治疗的，对于因此而产生的医疗必需的孕产并发症医疗费用，我们将按照本合同的约定给付孕产医疗保险金。 孕产并发症医疗费用包括： ① 被保险人在产前阶段或分娩期间出现孕产并发症而导致的治疗费用，包括但不限于：异位妊娠、死产、子宫内异常细胞生长（葡萄胎）、胎盘滞留或前置胎盘、胎盘早剥、先兆子痫或子痫和/或血毒症、妊娠糖尿病、产后出血、需立即手术治疗的流产、顺产无进展、妊娠相关的维生素和矿物质缺乏症以及妊娠胆汁淤积； ② 因医疗必需的剖腹产而产生的费用，以及因前次妊娠中医疗必需剖腹产而导致的此次妊娠剖腹产费用。 在本合同保险期间内，对于上述每项费用，我们累计给付的金额以本合同约定的单项年度给付限额为限。

牙科医疗保险金	本项责任为可选责任，若您未选择，则我们不承担相应的保险责任。 若被保险人因意外伤害或在等待期后因意外伤害以外的原因患牙科疾病，在医院接受以下治疗的，对于被保险人实际发生的医疗必需的费用，我们将按照本合同的约定给付牙科医疗保险金。 (1) 预防性或常规性牙科治疗：包括口腔检查、常规牙科X光检查、洁牙和抛光、牙齿健康指导、根管治疗、简单拔牙（不含智齿）、汞合金或树脂复合填充物； (2) 重大牙科治疗：包括复杂手术拔牙（含智齿）、牙体修复（冠、桥、嵌体等）、假牙、非美容目的的牙科植入。 在本合同保险期间内，我们累计给付的牙科医疗保险金以本合同约定的牙科医疗保险金年度给付限额为限。
眼科医疗保险金	本项责任为可选责任，若您未选择，则我们不承担相应的保险责任。 若被保险人在等待期后接受以下眼科检查或进行以下配镜项目，对于其中医疗必需的费用，我们将按照本合同的约定给付眼科医疗保险金。 (1) 眼科检查：指眼科常规检查和视力检查； (2) 隐形眼镜配镜费：指根据验光师或专科医生的医嘱所配置的、以矫正视力为主要目的隐形眼镜所发生的费用。本合同保险期间内，该项费用给付以1次为限。若配置的是一次性隐形眼镜，1次申请的隐形眼镜用量不得超过90天； (3) 框架眼镜配置费：指根据验光师或专科医生的医嘱所配置的、以矫正视力为主要目的框架眼镜所发生的费用。本合同保险期间内，该项费用给付以1副框架眼镜为限。 在本合同保险期间内，我们累计给付的眼科医疗保险金以本合同约定的眼科医疗保险金年度给付限额为限。
6. 保障计划：见附表。	
7. 给付限额： 在本合同保险期间内，我们对各项保险责任的累计给付金额之和以本合同的基本保险金额为限。当我们对各项保险责任的累计给付金额之和达到本合同的基本保险金额时，我们对被保险人的保险责任终止。	
8. 免赔额： 本合同的免赔额由您在投保时与我们约定，并在保险单上载明。 本合同中所指免赔额均为年度免赔额，指被保险人自行承担，本合同不予赔偿的部分。被保险人从其他途径已获得的医疗费用补偿不可用于抵扣免赔额。 免赔额将按照每一被保险人单独计算。	
8. 给付比例：见附表。	
9. 预授权： 被保险人在接受下列医疗项目前，应通过服务热线向我们提出预授权申请： (1) 在美国进行的任何治疗； (2) 恶性肿瘤治疗； (3) 矫形改造手术、家庭护理、康复治疗、精神疾病住院治疗、临终关怀、重大器官移植； (4) 紧急医疗转运、直系亲属陪同、遗体送返、紧急探亲服务、保障区域外的紧急医疗、紧急牙科治疗；	

- (5) 肾透析；
- (6) 新生儿住院治疗；
- (7) 被保险人在本合同保险期间内已接受 10 次或以上中医治疗、补充治疗或物理治疗后继续接受中医治疗补充治疗或物理治疗。

紧急情况下被保险人未能及时获得预授权的，需在被保险人开始接受上述医疗项目后48小时之内通知我们。

10. 责任免除：

因下列情形之一导致被保险人发生医疗费用支出的，我们不承担给付各项保险金的责任：

- (1) 投保人对被保险人的故意杀害、故意伤害；
- (2) 被保险人酗酒、故意犯罪或者抗拒依法采取的刑事强制措施；
- (3) 被保险人故意自伤或自杀，但被保险人自杀时为无民事行为能力人的除外；
- (4) 被保险人服用、吸食或注射毒品或未经医师处方使用处方药品；
- (5) 被保险人酒后驾驶、无合法有效驾驶证驾驶，或驾驶无有效行驶证的机动车；
- (6) 被保险人感染艾滋病病毒或患艾滋病；
- (7) 战争、军事冲突、暴乱或武装叛乱；
- (8) 核爆炸、核辐射、核污染、化学污染或生物污染；
- (9) 被保险人从事潜水、跳伞、攀岩、蹦极、驾驶滑翔机或滑翔伞、探险、摔跤、武术比赛、特技表演、赛马、赛车等高风险运动；
- (10) 避孕、绝育、终止妊娠、不孕不育治疗、辅助生育治疗（含人工受精）、性功能障碍治疗、变性手术、性传播疾病、胎儿宫内手术；
- (11) 美容手术、非意外事故所致的外科整形手术、牙龈疾病导致的相关疾病、肥胖、进食障碍、视力矫正手术；
- (12) 被保险人未按照说明书所示内容使用非处方药物或有毒物质，或被保险人未遵医嘱就诊或治疗；
- (13) 未以书面形式或者双方认可的其他形式告知的既往症；
- (14) 学习困难、自闭症、多动症、注意力缺失症、语言障碍、阅读障碍、睡眠障碍、社交或行为问题、儿童发育和体格发育问题、言语治疗（以创伤后恢复正常言语或治疗急性病为目的的言语治疗除外）；
- (15) 被保险人接受试验性治疗（即未经科学或医学认可的医疗）或未被治疗所在地权威部门批准的治疗，或接受由未获得治疗所在地权威部门资质认可的医生、医疗机构提供的治疗；
- (16) 人工维持生命，包含仪器辅助呼吸，除非此治疗有使被保险人复原或恢复到患病前健康状况的合理预期；
- (17) 膳食补充剂、蛋白质补充剂、婴儿食品和补充物质；
- (18) 仅用于确定是否具有某种疾病患病基因的基因检测，采集干细胞、精子、卵子或脐带血；
- (19) 在任何水疗院、疗养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；
- (20) 因检查、麻醉、手术治疗、药物治疗而导致的医疗意外或者医疗事故所产生的医疗费用；
- (21) 被保险人怀孕28周以上进行航空旅行，或被保险人前往其政府或其居住国大使馆建议的不宜旅行的国家或特定区域；
- (22) 被保险人陷入持续性植物状态。

11. 等待期：

- (1) 被保险人接受除精神疾病治疗以外的住院治疗或门急诊治疗的，等待期指该被保险人保险责任生效日起30天内的期间；
- (2) 被保险人因精神疾病接受住院治疗或门急诊治疗的，等待期指该被保险人保险责任生效日起180天内的期间；
- (3) 被保险人接受牙科治疗的，等待期指该被保险人牙科医疗保险金责任生效日起180天内的期间；
- (4) 被保险人接受眼科治疗的，等待期指该被保险人眼科医疗保险金责任生效日起180天内的期间；
- (5) 孕产医疗保险金的等待期指该被保险人孕产医疗保险金责任生效日起180天内的期间。

若被保险人在等待期内接受上述第（1）至（4）条所述治疗，我们不承担给付保险金的责任，本合同继续有效。

若被保险人在孕产医疗保险金等待期内怀孕，我们不承担给付此次妊娠相关的孕产医疗保险金的责任，孕产医疗保险金责任继续有效，本合同继续有效。

因意外伤害事故引起的保险事故无等待期。除新增的保险责任外，您在上一个保险期间届满前重新投保本产品的无等待期，新生儿作为新增连带被保险人时无等待期。

二、 保单预期利益演示

意先生，30 周岁，以参加基本医疗保险、公费医疗或城乡居民大病保险身份投保中意臻享世家医疗保险，选择全面保障钻石计划，不含可选责任，保险期间 1 年，基本保险金额 1000 万元，一次性付清保险费 61,730 元。意先生在保险期间内享受的保险利益如下：

保险责任		给付比例	单项给付限额
全面保障钻石计划			
住院医疗保险金	床位费和膳食费	100%	无单项年度给付限额
	重症监护和加护费用	100%	无单项年度给付限额
	医生诊疗费	100%	无单项年度给付限额
	护士护理费	100%	无单项年度给付限额
	治疗费	100%	无单项年度给付限额
	手术费	100%	无单项年度给付限额
	药物、敷料及内部假体费	100%	无单项年度给付限额
	检查化验费	100%	无单项年度给付限额
	外部假体费	100%	无单项年度给付限额
	矫形改造手术费	100%	无单项年度给付限额
	陪同床位费	100%	无单项年度给付限额
	家庭护理费	100%	无单项年度给付限额
	康复治疗费	100%	无单项年度给付限额
	精神疾病治疗费	100%	无单项年度给付限额
	慢性疾病急性发作治疗费	100%	无单项年度给付限额
	临终关怀医疗费	100%	无单项年度给付限额
	重大器官移植费	100%	无单项年度给付限额
	先天性疾病医疗费	100%	无单项年度给付限额
无理赔住院津贴	无理赔住院津贴	100%	1700 元/天
门急诊医疗保险金	医生诊疗费	100%	无单项年度给付限额
	治疗费	100%	无单项年度给付限额
	药物和敷料费	100%	无单项年度给付限额
	检查化验费	100%	无单项年度给付限额
	中医治疗、补充治疗或物理治疗费	100%	无单项年度给付限额
	耐用医疗器材费	100%	无单项年度给付限额
	精神疾病治疗费	100%	3.5 万元
	常规慢性疾病管理费	100%	无单项年度给付限额
	营养师咨询费	100%	无单项年度给付限额
	激素替代治疗费	100%	无单项年度给付限额

	疫苗接种或健康体检费	100%	1 万元
特定门急诊医疗保险金	特定门急诊医疗保险金	100%	无单项年度给付限额
新生儿医疗保险金	新生儿医疗保险金	100%	无单项年度给付限额
紧急救援服务保险金	当地救护车	100%	无单项年度给付限额
	紧急医疗转运	100%	无单项年度给付限额
	直系亲属陪同	100%	无单项年度给付限额
	遗体送返	100%	15 万元
	紧急探亲服务	100%	两次往返经济舱机票
	非紧急医疗转运	100%	一次往返经济舱
紧急医疗保险金	保障区域外的紧急医疗	100%	无单项年度给付限额
	紧急牙科治疗	100%	无单项年度给付限额

三、 退保

如投保人申请解除合同，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；（2）投保人的有效身份证件。自我们收到解除合同申请书时起，合同效力终止。当投保人申请解除合同时，若合同尚未发生保险金给付，我们自收到解除合同申请书之日起 30 日内向投保人退还未满期保险费。若合同已发生保险金给付，我们不退还未满期保险费。投保人解除合同会遭受一定损失。

附表

中意臻享世家医疗保险保障计划表

(以下金额均以人民币计算, 单位为元)

保障计划	住院方案 A 计划	住院方案 至尊计划	住院方案 铂金计划	住院方案 钻石计划	全面保障 至尊计划	全面保障 铂金计划	全面保障 钻石计划
保障区域	中国大陆	中国(含港 澳台)	全球除美 国	全球	中国(含港 澳台)	全球除美 国	全球
基本保险金额	300 万	600 万	800 万	1000 万	600 万	800 万	1000 万
医院网络	仅限非昂 贵医院	所有医院	所有医院	所有医院	所有医院	所有医院	所有医院
一、住院医疗保险金(给付比例 100%)							
床位费和膳食费	无单项年度给付限额	无单项年度给付限额	无单项年度给付限额	无单项年度给付限额	无单项年度给付限额	无单项年度给付限额	无单项年度给付限额
重症监护和加护费用	无单项年度给付限额	无单项年度给付限额	无单项年度给付限额	无单项年度给付限额	无单项年度给付限额	无单项年度给付限额	无单项年度给付限额
医生诊疗费	无单项年度给付限额	无单项年度给付限额	无单项年度给付限额	无单项年度给付限额	无单项年度给付限额	无单项年度给付限额	无单项年度给付限额
护士护理费	无单项年度给付限额	无单项年度给付限额	无单项年度给付限额	无单项年度给付限额	无单项年度给付限额	无单项年度给付限额	无单项年度给付限额
治疗费	无单项年度给付限额	无单项年度给付限额	无单项年度给付限额	无单项年度给付限额	无单项年度给付限额	无单项年度给付限额	无单项年度给付限额
手术费	无单项年度给付限额	无单项年度给付限额	无单项年度给付限额	无单项年度给付限额	无单项年度给付限额	无单项年度给付限额	无单项年度给付限额
药物、敷料及内部假体费 (含耐用医疗器材费)	无单项年度给付限额	无单项年度给付限额	无单项年度给付限额	无单项年度给付限额	无单项年度给付限额	无单项年度给付限额	无单项年度给付限额
检查化验费	无单项年度给付限额	无单项年度给付限额	无单项年度给付限额	无单项年度给付限额	无单项年度给付限额	无单项年度给付限额	无单项年度给付限额
外部假体费	无单项年度给付限额	无单项年度给付限额	无单项年度给付限额	无单项年度给付限额	无单项年度给付限额	无单项年度给付限额	无单项年度给付限额
矫形改造手	无单项年	无单项年	无单项年	无单项年	无单项年	无单项年	无单项年

术费	度给付限 额	度给付限 额	度给付限 额	度给付限 额	度给付限 额	度给付限 额	度给付限 额
陪同床位费	不保障	不保障	无单项年 度给付限 额	无单项年 度给付限 额	不保障	无单项年 度给付限 额	无单项年 度给付限 额
家庭护理费	不保障	不保障	不保障	无单项年 度给付限 额	不保障	不保障	无单项年 度给付限 额
康复治疗费	不保障	不保障	年度给付 限额 6 万 元	无单项年 度给付限 额	不保障	年度给付 限额 6 万 元	无单项年 度给付限 额
精神疾病治 疗费	不保障	不保障	年度给付 限额 3 万 元	无单项年 度给付限 额	不保障	年度给付 限额 3 万 元	无单项年 度给付限 额
慢性疾病急 性发作治疗 费	无单项年 度给付限 额	无单项年 度给付限 额	无单项年 度给付限 额	无单项年 度给付限 额	无单项年 度给付限 额	无单项年 度给付限 额	无单项年 度给付限 额
临终关怀医 疗费	不保障	不保障	不保障	无单项年 度给付限 额	不保障	不保障	无单项年 度给付限 额
重大器官移 植费	无单项年 度给付限 额 (不含捐 献者医疗 费)	无单项年 度给付限 额 (不含捐 献者医疗 费)	无单项年 度给付限 额 (不含捐 献者医疗 费)	无单项年 度给付限 额(附加捐 献者医疗 费 30 万)	无单项年 度给付限 额 (不含捐 献者医疗 费)	无单项年 度给付限 额 (不含捐 献者医疗 费)	无单项年 度给付限 额(附加捐 献者医疗 费 30 万)
先天性疾病 医疗费	不保障	不保障	年度给付 限额 60 万 元	无单项年 度给付限 额	不保障	年度给付 限额 60 万 元	无单项年 度给付限 额
二、无理赔住院津贴							
每日住院津 贴金额	不保障	不保障	1400 元/天	1700 元/天	不保障	1400 元/天	1700 元/天
三、门急诊医疗保险金（给付比例 100%）							
门急诊医疗 保险金年度 给付限额	不保障	不保障	不保障	不保障	年度给付 限额 3 万 元	年度给付 限额 10 万 元	无年度给 付限额
医生诊疗费	不保障	不保障	不保障	不保障	无单项年 度给付限 额	无单项年 度给付限 额	无单项年 度给付限 额
治疗费	不保障	不保障	不保障	不保障	无单项年 度给付限 额	无单项年 度给付限 额	无单项年 度给付限 额
药物和敷料	不保障	不保障	不保障	不保障	无单项年	年度给付	无单项年

费					度给付限 额	限额 3 万 元	度给付限 额
检查化验费	不保障	不保障	不保障	不保障	无单项年 度给付限 额	无单项年 度给付限 额	无单项年 度给付限 额
中医治疗、 补充治疗或 物理治疗费	不保障	不保障	不保障	不保障	年度给付 限额 3000 元	年度给付 限额 1.2 万 元	无单项年 度给付限 额
耐用医疗器 材费	不保障	不保障	不保障	不保障	不保障	年度给付 限额 6000 元	无单项年 度给付限 额
精神疾病治 疗费	不保障	不保障	不保障	不保障	不保障	年度给付 限额 1.2 万 元	年度给付 限额 3.5 万 元
常规慢性疾 病管理费	不保障	不保障	不保障	不保障	无单项年 度给付限 额	无单项年 度给付限 额	无单项年 度给付限 额
营养师咨询 费	不保障	不保障	不保障	不保障	不保障	年度给付 限额 3000 元	无单项年 度给付限 额
激素替代治 疗费	不保障	不保障	不保障	不保障	不保障	无单项年 度给付限 额	无单项年 度给付限 额
疫苗接种或 健康体检费	不保障	不保障	不保障	不保障	年度给付 限额 1500 元	年度给付 限额 5000 元	年度给付 限额 1 万 元
四、特定门急诊医疗保险金（给付比例 100%）							
特定门急诊 医疗保险金 年度给付限 额	无单项年 度给付限 额	无单项年 度给付限 额	无单项年 度给付限 额	无单项年 度给付限 额	无单项年 度给付限 额	无单项年 度给付限 额	无单项年 度给付限 额
五、新生儿医疗保险金（给付比例 100%）							
新生儿医疗 保险金年度 给付限额	不保障	不保障	年度给付 限额 60 万 元	无单项年 度给付限 额	不保障	年度给付 限额 60 万 元	无单项年 度给付限 额
六、紧急救援服务保险金（给付比例 100%）							
当地救护车	不保障	不保障	无单项年 度给付限 额	无单项年 度给付限 额	不保障	无单项年 度给付限 额	无单项年 度给付限 额
紧急医疗转 运	不保障	不保障	无单项年 度给付限 额	无单项年 度给付限 额	不保障	无单项年 度给付限 额	无单项年 度给付限 额
直系亲属陪	不保障	不保障	无单项年	无单项年	不保障	无单项年	无单项年

同			度给付限 额	度给付限 额		度给付限 额	度给付限 额
遗体送返	不保障	不保障	年度给付 限额 10 万 元	年度给付 限额 15 万 元	不保障	年度给付 限额 10 万 元	年度给付 限额 15 万 元
紧急探亲服 务	不保障	不保障	一次往返 经济舱机 票	两次往返 经济舱机 票	不保障	一次往返 经济舱机 票	两次往返 经济舱机 票
非紧急医疗 转运	不保障	不保障	不保障	一次往返 经济舱	不保障	不保障	一次往返 经济舱
七、紧急医疗保险金（给付比例 100%）							
保障区域外 的紧急医疗	不保障	不保障	年度给付 限额 30 万 元	无单项年 度给付限 额	不保障	年度给付 限额 30 万 元	无单项年 度给付限 额
紧急牙科治 疗	不保障	不保障	无单项年 度给付限 额	无单项年 度给付限 额	不保障	无单项年 度给付限 额	无单项年 度给付限 额
八、孕产医疗保险金							
一般孕产医 疗费用（给 付比例 80%）	不保障	不保障	不保障	不保障	可选，年度 给付限额 3 万元	可选，年度 给付限额 6 万元	可选，年度 给付限额 10 万元
孕产并发症 医疗费用 （给付比例 100%）	不保障	不保障	无单项年 度给付限 额	无单项年 度给付限 额	可选，年度 给付限额 10 万元	无单项年 度给付限 额	无单项年 度给付限 额
九、牙科医疗保险金（可选）							
牙科医疗保 险金年度给 付限额	不保障	不保障	不保障	不保障	年度给付 限额 4500 元	年度给付 限额 8000 元	年度给付 限额 1.2 万 元
预防性或常 规性牙科治 疗（给付比 例 100%）	不保障	不保障	不保障	不保障	无单项年 度给付限 额	无单项年 度给付限 额	无单项年 度给付限 额
重大牙科治 疗（给付比 例 75%）	不保障	不保障	不保障	不保障	无单项年 度给付限 额	无单项年 度给付限 额	无单项年 度给付限 额
十、眼科医疗保险金（可选，给付比例 80%）							
眼科医疗保 险金年度给 付限额	不保障	不保障	不保障	不保障	年度给付 限额 3000 元或 6000 元	年度给付 限额 3000 元或 6000 元	年度给付 限额 3000 元或 6000 元
眼科检查	不保障	不保障	不保障	不保障	无单项年	无单项年	无单项年

					度给付限 额	度给付限 额	度给付限 额
隐形眼镜配 镜费	不保障	不保障	不保障	不保障	无单项年 度给付限 额	无单项年 度给付限 额	无单项年 度给付限 额
框架眼镜配 置费	不保障	不保障	不保障	不保障	无单项年 度给付限 额	无单项年 度给付限 额	无单项年 度给付限 额