



请扫描以查询验证条款

阅读提示

本阅读提示是为了帮助您更好理解条款，对本合同内容的解释以条款正文为准。

→ 您拥有的重要权益

- ◆ 被保险人可以享有本合同提供的保障利益2.4
- ◆ 您有权解除合同5

→ 您应当特别注意的事项

- ◆ 在某些情况下，我们不承担保险责任2.3、2.4、2.7、3.2、7.1、9
- ◆ 您应及时向我们通知保险事故3.2
- ◆ 保险金的申请权应在一定期间内行使3.5
- ◆ 您应按时支付保险费4.1
- ◆ 解除合同会给您造成一定的损失，请您慎重决策5.1
- ◆ 在某些情况下，本合同效力终止6.1
- ◆ 您有如实告知的义务7.1
- ◆ 我们对一些重要术语进行了解释，请您注意9

→ 条款是保险合同的重要内容，为充分保障您的权益，请您仔细阅读本条款。

→ 条款目录

1 您与我们订立的合同	2.6 预授权	6 合同效力的终止
1.1 合同构成	2.7 责任免除	6.1 合同效力的终止
1.2 保险合同成立与生效	3 保险金的申请	7 如实告知
1.3 投保范围	3.1 受益人	7.1 明确说明与如实告知
1.4 投保年龄	3.2 保险事故通知	7.2 本公司合同解除权的限制
1.5 合同的签收	3.3 保险金的申请	8 其他需要关注的事项
2 我们提供的保障	3.4 保险金的给付	8.1 连带被保险人的变更
2.1 保障计划	3.5 诉讼时效	8.2 年龄错误
2.2 保险期间	4 保险费的支付	8.3 合同内容变更
2.3 等待期	4.1 保险费的支付	8.4 联系方式变更
2.4 保险责任	5 合同解除	8.5 争议处理
2.5 补偿原则及给付标准	5.1 解除合同的手续及风险	9 释义



中意人寿保险有限公司
GENERALI CHINA LIFE INSURANCE CO., LTD.

中意臻享世家医疗保险条款

在本条款中，“您”指投保人，“我们”、“本公司”均指中意人寿保险有限公司，“本合同”指您与我们之间订立的“中意臻享世家医疗保险”保险合同。

1 您与我们订立的合同

- 1.1 **合同构成** 本合同是您与我们约定保险权利义务关系的协议，包括本保险条款、保险单或其他保险凭证、投保单、与保险合同有关的投保文件、合法有效的声明、批注、批单及其他您与我们共同认可的书面协议。
- 1.2 **保险合同成立与生效** 您提出保险申请、我们同意承保，本合同成立。
除另有约定外，本合同自我们同意承保并签发保险单后开始生效，合同生效日期在保险单上载明。
- 1.3 **投保范围** 在**中国境内**（见9.1）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。
- 1.4 **投保年龄** 指您投保时被保险人的年龄，年龄以**周岁**（见9.2）计算。

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。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。
- 1.5 **合同的签收** 在您收到本合同时，您应当签署本合同的签收回执。

2 我们提供的保障

2.1	保障计划	本合同的保障计划由您在投保时与我们约定，并在保险单上载明。连带被保险人的保障计划须与主被保险人一致。 各保障计划的保障区域、基本保险金额、医院网络（见9.3）、保险责任、年度给付限额和给付比例见附表。 除另有约定外，我们仅对您和我们约定的保障计划对应的保障区域和医院网络内发生的医疗费用按照本合同的约定承担给付保险金的责任。
2.2	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。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。 若保险期间届满时本产品已停止销售，我们不再接受投保申请，但会向您提供投保其他保险产品的建议。 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。
2.3	等待期	（1）被保险人接受除精神疾病（见9.4）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（见9.5）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（见9.6）作为新增连带被保险人时无等待期。
2.4	保险责任	在本合同保险期间内，我们承担如下保险责任：
2.4.1	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（见9.7）诊断必须住院治疗的，对于被保险人实际发生的医疗必需（见9.8）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**（见 9.9）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**（见 9.10）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（见 9.11）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**（见 9.12），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**（见 9.13），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。

2.4.2 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**（见 9.14）、**公费医疗**（见 9.15）、**城乡居民大病保险**（见 9.16）、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（见9.17）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（见9.18）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。

2.4.3 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**（见9.19）、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（见 9.20）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（见 9.21）；
- 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。

2.4.4 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（见 9.22）治疗费

指被保险人因确诊恶性肿瘤在门诊接受化学疗法（见 9.23）、放射疗法（见 9.24）、肿瘤免疫疗法（见 9.25）、肿瘤内分泌疗法

（见 9.26）、**肿瘤靶向疗法**（见 9.27）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。

2.4.5 **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。

2.4.6 **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**（见9.28）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**（见9.29）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**（见9.30）或**居住国**（见9.31），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。

2.4.7 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。

2.4.8 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（见 9.32）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。

2.4.9 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。

2.4.10 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。

2.5 补偿原则及给付标准

2.5.1 补偿原则 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）获得医疗费用补偿，则我们仅对被保险人实际发生的医疗必需的医疗费用扣除其已获得的医疗费用补偿后的余额按本合同的约定进行给付。包括本合同在内的各种途径所给付的所有补偿金额之和不得超过被保险人实际发生的医疗费用。社保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。

2.5.2 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。

2.5.3 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。

2.5.4 给付比例 本合同约定的给付比例见附表。

2.6	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。
2.7	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（见 9.33）或未经医师（见 9.34）处方使用处方药品； (5) 被保险人酒后驾驶（见 9.35）、无合法有效驾驶证驾驶（见 9.36），或驾驶无有效行驶证（见 9.37）的机动车（见 9.38）； (6) 被保险人感染艾滋病病毒或患艾滋病（见 9.39）； (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（见 9.40）、跳伞、攀岩（见 9.41）、蹦极、驾驶滑翔机或滑翔伞、探险（见 9.42）、摔跤、武术比赛（见 9.43）、特技表演（见 9.44）、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（见 9.45）、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（见 9.46）； (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。

3 保险金的申请

3.1	受益人	除另有约定外，本合同保险金的受益人为被保险人本人。
3.2	保险事故通知	您、被保险人或受益人知道或应当知道保险事故后应当在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。
3.3	保险金的申请	受益人或者其他有权领取保险金的人（简称“保险金申请人”）可以申请保险金。 保险金申请人须填写保险金给付申请书，并须提供下列证明和资料： （1）保险合同； （2）保险金申请人的有效身份证件（见9.47）； （3）医院出具的门、急诊医疗手册或病历，诊断书，医疗费用原始收据或发票，医疗费用清单，住院还应提供住院病历、出院小结； （4）若已从其他途径获得了医疗费用补偿，须提供从其他途径报销的凭证； （5）所能提供的与确认保险事故的性质、原因等有关的其他证明和资料。 若以上申请资料和证明不完整的，我们将及时一次性通知保险金申请人补充提供有关资料和证明。
3.4	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个工作日内作出核定；情形复杂的，在30日内作出核定。 对属于保险责任的，我们在与保险金申请人达成给付保险金的协议后10日内，履行给付保险金义务；若我们在收到保险金给付申请书及上述有关证明和资料后第30日仍未作出核定，除支付保险金外，我们将从第31日起按超过天数赔偿保险金申请人因此受到的利息损失。利息按照中国人民银行公布的同期金融机构人民币一年期定期存款利率单利计算。若我们要求保险金申请人补充提供有关证明和资料的，则上述的30日不包括补充提供有关证明和资料的期间。

3.5 **诉讼时效** 保险金申请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。

4 保险费的支付

5 合同解除

自我们收到解除合同申请书时起，本合同效力终止。当您申请解除本合同时，若本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 日内向您退还未满期净保险费（见 9.48）。若本合同已发生保险金给付，我们不退还未满期净保险费。您解除合同会遭受一定损失。

6.1 **合同效力的终止** 发生下列情况之一时，本合同效力终止：

- (1) 我们收到解除合同申请书；
- (2) 被保险人身故；
- (3) 保险期间届满；
- (4) 因本合同其他条款所列情况而终止。

7.1 **明确说明与如实告知** 订立本合同时，我们应向您说明本合同的内容。

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。

- | | | |
|-----|--------------------|---------------------------------------|
| 7.2 | 本公司合同解除权的限制 | 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。 |
|-----|--------------------|---------------------------------------|

8 其他需要关注的事项

- | | | |
|-----|------------------|---|
| 8.1 | 连带被保险人的变更 | 除发生 重大人生事件 （见9.49）外，您只能在申请投保时向我们申请增加或减少连带被保险人。 |
|-----|------------------|---|

您需要增加连带被保险人时，可向我们提出书面申请，我们审核同意并收取保险费后，将按照约定的保险责任生效日开始对该连带被保险人承担保险责任。

您需减少连带被保险人时，可向我们提出书面申请，并可以与约定减少的连带被保险人的保险责任终止日；对申请减少连带被保险人但没有约定对应的保险责任终止日的，我们以收到减少连带被保险人书面申请日为该连带被保险人的保险责任终止日。我们自保险责任终止日24时起终止对该连带被保险人的保险责任，同时我们将按下列方式退还保险费或未满期净保险费：

- （1）若本合同对该连带被保险人的保险责任尚未开始，我们将向您退还该连带被保险人对应的保险费；
- （2）若本合同对该连带被保险人的保险责任已经开始且在保险责任终止前未发生保险事故，我们将向您退还该连带被保险人对应的未满期净保险费；
- （3）若本合同对该连带被保险人的保险责任已经开始且在保险责任终止前已发生保险事故，我们将不退还该连带被保险人对应的未满期净保险费。

若被保险人分娩且在新生儿出生前的10个月或更长的时间内，已经持续有效地作为本合同的被保险人，您可以申请增加该新生儿为本合同的连带被保险人。若我们在该新生儿出生后30天（含）内收到该申请，经我们审核同意后，该新生儿的保险责任生效日为其出生之日；若我们在该新生儿出生后30天后收到该申请，经我们审核同意后，该新生儿的保险责任生效日为我们审核通过之日。

保险费的计算以保险合同生效时保险合同下被保险人的数目确定。在保险期间内增加或减少被保险人不改变原保险费的计算。

- | | | |
|-----|-------------|---|
| 8.2 | 年龄错误 | 本合同中被保险人的投保年龄以有效身份证件登记的周岁年龄为准，如果发生错误按照下列方式办理： |
|-----|-------------|---|

- （1）您申报的被保险人年龄不真实，并且其真实年龄不符合本合同约定投保年龄限制的，我们有权解除合同，并向您退

还本合同的未到期净保险费。我们行使合同解除权适用“本公司合同解除权的限制”的规定；

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

(3) 您申报的被保险人年龄不真实，致使您实付保险费多于应付保险费的，我们会将多收的保险费退还给您。

8.3	合同内容变更	在本合同有效期内，经您与我们协商一致，可以变更本合同的有关内容。变更本合同的，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，或者由您与我们订立书面的变更协议。
8.4	联系方式变更	为了保障您的合法权益，您的住所、通讯地址、电子邮件或电话变更时，请及时以书面形式或双方认可的其他形式通知我们。 否则我们按本合同载明的最后住所、通讯地址、电子邮件或电话发送的有关通知，均视为已送达给您。
8.5	争议处理	本合同争议解决方式由当事人约定从下列二种方式中选择一种： (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，提交双方共同选择的仲裁委员会仲裁； (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。

9 释义

9.1	中国境内	指除香港特别行政区、澳门特别行政区以及台湾地区之外的中华人民共和国领土。
9.2	周岁	指按有效身份证件文件中记载的出生日期计算的年龄，自出生之日起为零周岁，每经过1年增加1岁，不足1年的不计。
9.3	医院网络	本合同的医院网络包括： (1) 昂贵医院； (2) 除昂贵医院以外的其他医院。 您可通过我们的官方网站查询昂贵医院清单，我们保留对此清单做出适当调整的权利。
9.4	精神疾病	指世界卫生组织《疾病和有关健康问题的国际统计分类》（ICD-10）中列明的编码为F00至F99的疾病，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。
9.5	意外伤害	指遭受外来的、突发的、非本意的、非疾病的客观事件直接致使身体受到的伤害， 猝死不属于意外伤害。
9.6	新生儿	指出生后16周龄内的婴儿。
9.7	医院	指具备由所在地政府卫生行政管理部门颁发的、合法有效的医疗机构执业许可证的医疗机构。
9.8	医疗必需	指针对伤害或疾病本身的医疗服务以及治疗，必须符合下列特征：

		(1) 必须满足被保险人的基本健康需要; (2) 与接受治疗当地通行治疗规范、通行治疗方法、平均医疗费用价格水平一致; (3) 提供的治疗范围、强度和持续时间应符合医学研究机构或健康护理组织类似情况的标准; (4) 应由医师出具处方、诊断证明; (5) 非主要为了个人舒适或为了被保险人父母、家庭、医师或其它医疗提供方的方便而提供的项目; (6) 不属于病人学术教育或职业培训; (7) 非实验性或研究性的项目。
9.9	专科医生	指根据治疗所在地的国家、政府、或其他监管区域的法律，合法承认、注册或登记的医生，并且其所提供的治疗必须在其合法资质的范围内， 不包括本保险合同保障下的被保险人或其任何近亲属。
9.10	专业护士	指在所在国合法注册的具有护士执业资格且正在执业的护理人员。
9.11	慢性疾病	指满足下列条件之一的伤害、疾病或症状： (1) 持续接受3个月以上的医学必要的治疗; (2) 预期病程长久且无可合理预计的康复日期，可能复发、需要连续或定期护理。
9.12	终末期疾病	被保险人被医院确诊为疾病的终末期状态。疾病已经无法以现有的医疗技术医治缓解，并且根据临床医学经验判断被保险人将于未来六个月内死亡。在家属及患者的要求和医师的同意下积极治疗已被放弃，所有治疗措施仅以减轻患者痛苦为目的。此疾病状态必须在被保险人生前已经确诊并且具有医疗证明文件和临床检查依据。
9.13	先天性疾病	出生时出现的异常、畸形、疾病、病态或伤害，无论是否在出生时诊断出来。
9.14	基本医疗保险	包括城镇职工基本医疗保险、城镇居民基本医疗保险、新型农村合作医疗等政府举办的基本医疗保障项目。
9.15	公费医疗	指国家为保障国家工作人员身体健康而实行的一项社会保障制度。国家通过医疗卫生部门向享受人员提供制度规定范围内的免费医疗。
9.16	城乡居民大病保险	城乡居民大病保险是基本医疗保障制度的拓展和延伸，是对大病患者发生的高额医疗费用给予进一步保障的一项新的制度性安排。主要保障对象为城镇居民基本医疗保险、新型农村合作医疗或者城乡居民基本医疗保险的参保（合）人以及部分地区建立的覆盖城镇职工、城镇居民、农村居民的统一的大病保险制度参保人。
9.17	住院天数	本合同所称的住院天数，指被保险人作为住院病人在医院接受连续治疗的期间，住院每满24小时为一个整数天。 被保险人在住院期间请假或外出的，我们将扣减该日的住院天数，并扣除相应保险金。
9.18	同一次住院	与前次住院原因相同，且前次出院与下次入院间隔未超过30日的

再次住院视为同一次住院。

9.19	顺势治疗	指一种通过小剂量药物治疗以使病人症状逐渐缓解或者消除的治疗方法，比如对于腹泻的顺势疗法是给予小剂量的放松剂。
9.20	早发型停经	指初次发病时的年龄未满40周岁。
9.21	常规健康检查	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。
9.22	恶性肿瘤	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。
9.23	化学疗法	指针对恶性肿瘤的化学治疗。化疗是使用医学界公认的化疗药物以杀死癌细胞、抑制癌细胞生长繁殖为目的而进行的治疗。本合同所指的化疗为被保险人根据医嘱，在医院进行的静脉注射化疗。
9.24	放射疗法	指针对恶性肿瘤的放射治疗。放疗是使用各种不同能量的射线照射肿瘤组织，以抑制和杀灭癌细胞为目的而进行的治疗。本合同所指的放疗为被保险人根据医嘱在医院的专门科室进行的放疗。
9.25	肿瘤免疫疗法	指应用免疫学原理和方法，使用肿瘤免疫治疗药物提高肿瘤细胞的免疫原性和对效应细胞杀伤的敏感性，激发和增强机体抗肿瘤免疫应答，并应用免疫细胞和效应分子输注宿主体内，协同机体免疫系统杀伤肿瘤、抑制肿瘤生长。本合同所指的肿瘤免疫疗法使用的药物需符合法律、法规要求并经过治疗所在地国家或地区的药品监督管理部门批准用于临床治疗。
9.26	肿瘤内分泌疗法	指对于恶性肿瘤的内分泌疗法，用药物抑制激素生成和激素反应，杀死癌细胞或抑制癌细胞的生长。本合同所指的内分泌疗法使用的药物需符合法律、法规要求并经过治疗所在地国家或地区的药品监督管理部门批准用于临床治疗。
9.27	肿瘤靶向疗法	指在细胞分子水平上，针对已明确的致癌点来设计相应的靶向治疗药物，利用具有一定特异性的载体，将药物或其他杀伤肿瘤细胞的活性物质选择性地运送到肿瘤部位攻击癌细胞的疗法。本合同所指的靶向疗法使用的药物需符合法律、法规要求并经过治疗所在地国家或地区的药品监督管理部门批准用于临床治疗。
9.28	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。
9.29	直系亲属	包括配偶、父母（公婆、岳父母）、子女及其配偶、祖父母、外祖父母、孙子女（外孙子女）及其配偶、曾祖父母、曾外祖父母
9.30	国籍国	指被保险人持有相应护照的国家或地区。对于拥有多于一个护照的美国公民，其国籍国家默认为美国。对于拥有多于一个护照的其他国公民，其国籍国家以本合同载明的国家或地区为准。
9.31	居住国	指中华人民共和国境内（不包括台湾地区、香港和澳门特别行政区）。
9.32	家中分娩	使用自然分娩方法在具有管理家中分娩经验的助产士的参与下，在非临床环境中分娩儿童。

9.33	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，但不包括由医师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。
9.34	医师	指在医院内行医并拥有处方权的医师，亦指在被保险人接受诊断、医疗、处方或手术的地区内合法注册且有行医资格的医师。 不包括投保人、受益人、被保险人本人及其近亲属。
9.35	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》及其他相关法律法规的规定认定为饮酒后驾驶或醉酒后驾驶。
9.36	无合法有效驾驶证驾驶	指下列情形之一： （1）没有取得驾驶资格或被吊销驾驶证； （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； （5）其他公安交通管理部门规定的属于无有效驾驶证的情况。
9.37	无有效行驶证	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）未依法按时进行或者未通过机动车安全技术检验的。
9.38	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。
9.39	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。 在人体血液或其他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。
9.40	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。
9.41	攀岩	指攀登悬崖、楼宇外墙、人造悬崖、冰崖、冰山等运动。
9.42	探险	指明知在某种特定的自然条件下有失去生命或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、徒步穿越沙漠或人迹罕至的原始森林等活动。
9.43	武术比赛	指两人或两人以上对抗柔道、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。
9.44	特技表演	指从事马术、杂技、驯兽等特殊技能的表演。
9.45	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。

9.46	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。
9.47	有效身份证件	指依据法律规定，由有权机构制作颁发的证明身份的证件、文件等，如：居民身份证、户口簿、护照、军人证等。
9.48	未满期净保险费	其计算公式为：未满期净保险费=最后一期已付保险费× $(1-25\%) \times \left(1 - \frac{\text{该保险费所保障的已经过天数}}{\text{该保险费所保障的天数}}\right)$ ，经过天数不足一天的按一天计算。
9.49	重大人生事件	指结婚、离婚、生育儿女、收养子女、配偶或子女去世。

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
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
药物和敷料费	不保障	不保障	不保障	不保障	无单项年度给付限额	年度给付限额 3 万元	无单项年度给付限额
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
直系亲属陪同	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
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	无单项年度 给付限额	无单项年度 给付限额	无单项年度 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

(完)