

燕赵财产保险股份有限公司

个人全球医疗保险条款

总则

第一条 本保险合同（以下简称“本合同”）由保险条款、投保单或者其他投保文件、保险单或者其他保险凭证、保险卡、网络医院名册、附贴批单和其他有关约定书构成。凡涉及本合同的约定，均应当采用书面形式。

第二条 被保险人本人或者对被保险人具有保险利益的其他自然人和组织，可作为投保人。

第三条 凡投保时年龄不超过七十周岁，能正常地工作、劳动或者生活的自然人，经保险人同意，可作为主被保险人。

凡投保时年龄不超过七十周岁，能正常地工作、劳动或者生活的主被保险人的配偶，经保险人同意，可作为附属被保险人。

凡投保时年龄不超过二十一周岁（为全日制在校学生，或者存在身体缺陷或者智力障碍的，年龄不超过二十六周岁），经济上完全依赖主被保险人的主被保险人的未婚子女，经保险人同意，也可作为附属被保险人。

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，以及台湾地区（以下简称“大陆及港澳台”）居住合计满三分之二或以上时间；投保时不属此种情形或者保险期间内发生变化的，被保险人应当在投保前或者发生变化时告知保险人，保险人有权据此调整承保条件或者保险费率，具体以合同载明的为准。

第四条 除特别指明外，以下各条中与被保险人相关的表述完全适用于主被保险人和附属被保险人。

第五条 按照主被保险人与附属被保险人关系，设置以下投保类型，具体应当由投保人在投保时选择，并载明于本合同中。

- （一）单人型，主被保险人；
- （二）夫妇型，主被保险人及其配偶。
- （三）亲子型，主被保险人及其子女
- （四）家庭型，主被保险人、主被保险人配偶及其子女。

第六条 投保人应当为被保险人选择适用的保障类型、可选责任、免赔额、一般自付比例（总览见下表，具体见有关条目）予以投保，确定具体的保险保障。主被保险人、附属被保险人的保险保障应当一致，本合同另有约定的不受此限。

选择项目	可选项
保障类型	全球保障、国际保障、国际增强保障、大陆及港澳台保障、大陆及港澳台增强保障、中国大陆保障
可选责任	健康检查责任、牙科责任
免赔额	次免赔额与年免赔额以保险合同载明的为准
一般自付比例	一般自付比例以保险合同载明的为准

第七条 除法律另有规定或者合同另有约定外，保险金受益人为被保险人本人。

第八条 保险人将为每一被保险人发放保险卡，该保险卡将载明被保险人姓名、保险单号码、保险期间、保障类型、一般自付比例、次免赔额或者年免赔额、可选责任、医疗服务网络、第三方医疗服务供应商（以下简称“医疗服务供应商”）、理赔申请等有关信息。

第九条 本保险条款涉及的责任限额以人民币表示，经投保人、保险人双方约定，也可为其币别。

保障类型

第十条 本保险的保障类型分设有全球保障、国际保障、国际增强保障、大陆及港澳台保障、大陆及港澳台增强及中国大陆保障，具体应当由投保人在投保时选择，并载明于本合同中，本合同项下被保险人的保障类型应当一致。

第十一条 对与每一保障类型对应的保障地域具体约定如下，保险人仅对被保险人保险期间内在相应保障地域内发生的保险责任范围内的费用，按照本合同的约定给付保险金：

（一）全球保障

保障地域为全球任何国家和地区。

（二）国际保障

保障地域为除美国、加拿大外的全球任何国家和地区。

（三）国际增强保障

保障地域同国际保障，同时保险人对被保险人在美国和加拿大地区发生的、与紧急医疗对应的保险责任范围内的费用提供保险保障。

（四）大陆及港澳台保障

保障地域为大陆及港澳台。

（五）大陆及港澳台增强保障

保障地域同大陆及港澳台保障，同时保险人对被保险人在大陆及港澳台以外地区发生的、与紧急医疗对应的保险责任范围内的费用提供保险保障。

（六）中国大陆保障

保障地域为大陆。

国际增强保障和大陆及港澳台增强保障中，被保险人在与其保障类型相对应的保障地域以外地区接受紧急医疗前，须获得医疗服务供应商的许可，该医疗服务供应商将引导该被保

险人至最近且合适的网络医疗机构就医；保险人对被保险人未经医疗服务供应商批准在与其保障类型相对应的保障地域以外地区接受治疗发生的任何费用不承担保险责任，被保险人在接受紧急医疗前无法联系医疗服务供应商的情形不在此限，但该被保险人须在该紧急情况发生后四十八小时内联系医疗服务供应商。

保险责任

第十二条 保险责任包括一般疾病（伤害）和一般项目门诊医疗保险责任、一般疾病（伤害）和一般项目住院医疗保险责任、特殊疾病和特殊项目医疗保险责任、分娩和新生儿医疗保险责任、医疗及身故援助保险责任、可选责任。其中，一般疾病（伤害）和一般项目门诊医疗保险责任、分娩和新生儿医疗保险责任及可选责任应当由投保人在投保时选择，并载明于本合同中，本合同项下被保险人的保障类型应当一致。

对被保险人发生的第十三条至第十七条列明的保险责任范围内的费用，根据适用的免赔额种类分别按以下方式计算医疗保险金：被保险人适用次免赔额的，保险人按照“（每次治疗保险责任范围内的费用—一次免赔额）×（1—一般自付比例）”给付医疗保险金；被保险人适用年免赔额的，保险人按照“（保险期间内发生的保险责任范围内的费用—一年免赔额）×（1—一般自付比例）”给付医疗保险金。

第十三条 一般疾病（伤害）和一般项目门诊医疗保险责任如下：

保险期间内，被保险人在与其保障类型相对应的保障地域内因遭受意外伤害或者患疾病接受医师推荐的、医学必需的一般疾病（伤害）和一般项目门诊医疗，由此发生的、符合通常惯例水平的、属保险责任范围内的以下类型费用：

（一）医师诊疗费。

（二）检查费。包括但不限于超声波检查、超声波心动描记术、计算机断层扫描、正电子发射计算机断层扫描、核磁共振检查。

（三）手术室和恢复室费。

（四）急诊室费。

（五）手术医师费和麻醉师费。

（六）放射治疗、化学治疗、肿瘤靶向疗法、肿瘤免疫疗法、肿瘤内分泌疗法、质子重离子治疗费。

（七）由具有相应医疗资质的专业医师实施的针灸治疗、顺势疗法费。保险人对每一被保险人给付的与本项费用对应的医疗保险金累计上限以保险合同载明的为准。

（八）被保险人发生牙科意外伤害产生的医疗费用。保险人就发生在本保险期间的牙科意外伤害（由咀嚼食物或者咀嚼其他外物引起的牙齿伤害的治疗费、咨询费、检查费除外），对每一被保险人给付的与本项费用对应的医疗保险金累计上限以保险合同载明的为准。对于该牙科意外伤害延续至续保期间的医疗费用，仍然适用本保险期间的年度上限。

（九）物理治疗、美式脊椎矫正、职业疗法、语音治疗费。

由具有相应医疗资质的专业医师实施的物理治疗、美式脊椎矫正、职业疗法、语音治疗费（包括为治疗吞咽障碍由语言治疗师实施的电子喉镜检查），属保险责任范围内的医疗费用。这些治疗须为被保险人医师书面治疗计划（包含短期和长期目标，并提交保险人评估）的一部分，且满足下列全部条件：

1. 在合理的、可预测的时间内症状会明显好转；
2. 疗法复杂或者被保险人病症使得只有注册物理治疗师或者职业治疗师才能安全、有效实施。

保险人对每一被保险人承担的门诊治疗次数累计上限，每次纳入保险责任范围内的费用上限以保险合同载明的为准。

（十）由注册中医医师处方开具的中草药费用，挂号费，诊察费及相关费用。其中，在非公立医疗机构发生的以上费用，保险人对每一被保险人承担的门诊治疗次数累计上限，每次纳入保险责任范围内的费用上限均以保险合同载明的为准。

（十一）门诊处方药。保险期间内，被保险人在与其保障类型相对应的保障地域内因遭受意外伤害或者患疾病接受医师推荐的、医学必需的门诊治疗（每次），并由此发生的、符合通常惯例水平的门诊处方药费用，属保险责任范围内的费用。**被保险人在美国发生门诊处方药费用的，每次门诊可纳入保险责任范围内的门诊处方药用量以一百八十日用量为上限；被保险人在美国以外地区发生门诊处方药费用的，以九十日用量为上限。**门诊处方药开药量应与开药时间间隔相匹配。**保险人对超过限量部分不承担保险责任。**

（十二）入院前或日间手术前医生诊疗费及相关检查费和化验费，出院后或者日间手术后医生诊疗费及相关检查费和化验费，本项费用累计上限以保险合同载明的为准。

第十四条 一般疾病（伤害）和一般项目住院医疗保险责任如下：

保险期间内，被保险人在与其保障类型相对应的保障地域内因遭受意外伤害或者患疾病接受医师推荐的、医学必需的一般疾病（伤害）和一般项目住院治疗（日间住院治疗视同住院治疗，下同），在保险责任范围内，由此发生的符合通常惯例水平的以下类型费用：

（一）双人病房床位费（在中国大陆接受住院治疗的，可为标准单人病房），急诊室费，重症监护病房费，医院提供并出具发票的膳食和营养配餐费。

（二）未满十八周岁附属被保险人住院期间其一父亲或者母亲（**限一人**）陪同住院加床费，女性被保险人住院期间其出生未满十六周的新生婴儿住院加床费。

（三）手术室和恢复室费，手术敷料费。

（四）输血、血浆、血浆扩容药物以及所有相关化验、操作设备和服务费用。

（五）药品费。

（六）医师诊疗费及相关治疗费。

（七）手术医师费和麻醉师费。

（八）护理费。

（九）吸氧费。

（十）化验费。

（十一）检查费。包括但不限于X光检查、超声波检查、超声波心动描记术、计算机断层扫描、正电子发射计算机断层扫描、核磁共振检查费。

（十二）被保险人作为受体接受器官、骨髓移植费。

（十三）放射治疗、化学治疗、肿瘤免疫疗法、肿瘤内分泌疗法、质子重离子治疗费。

（十四）由医师或者注册呼吸治疗师实施的呼吸治疗费。

（十五）由医师或者具有相应医疗资质的专业医师实施的物理治疗、职业疗法费。这些治疗须为该被保险人医师书面治疗计划一部分，且满足下列全部条件：

1. 在合理的、可预测的时间内症状会明显好转；
2. 疗法复杂或者被保险人病症使得只有医师、注册物理治疗师或者职业治疗师才能安全、有效实施。

（十六）为治疗吞咽障碍由语言治疗师实施的电子喉镜检查费。

（十七）在经医疗服务供应商批准的机构接受的康复治疗和由专业护士实施的专业护理费用，保险人对每一被保险人承担本项费用日数累计以九十日为上限。

第十五条 特殊疾病和特殊项目医疗保险责任如下：

保险期间内，被保险人在与其保障类型相对应的保障地域内因遭受意外伤害或者患疾病接受医师推荐的、医学必需的、下列特殊疾病和特殊项目医疗，由此发生的、符合通常惯例水平的、属保险责任范围内的以下类型费用：

（一）特殊检查费

包括女性主被保险人或者作为配偶的女性附属被保险人常规乳房X线照片或乳房B超费用（**限一次**），子宫颈抹片或液基薄层细胞检测（**限一次**）。男性主被保险人或者作为配偶的男性附属被保险人前列腺特异抗原检查费、医师向被保险人推荐的家族疾病筛查费（**限一次**）。保险人对每一被保险人给付的与家族疾病筛查费用对应的医疗保险金累计上限以保险合同载明的为准。

（二）专业护士家庭护理费

指曾住院接受治疗的被保险人出院后随即在其家中接受医师要求的、医学必需的专业护士护理费用（**不包括保险期间届满后发生的家庭护理费用**）。保险人对每一被保险人承担家庭护理费的护理日数累计以一百日为上限。

专业护士家庭护理属医学必需，须满足以下全部条件：

1. 被保险人对专业护士护理确有需要，非出于方便家庭成员目的；
2. **每日专业护士护理时间不超过十二小时**，但下列情形不在此限：

住院治疗的被保险人被运送回家当日；被保险人病情急重，须接受十二小时以上专业护

士护理以免入院接受治疗；根据医疗实践和标准被保险人需要在专业护理机构接受护理，但专业护理机构没有空余床位。

接受鼻饲或者胃造口管喂养的被保险人无其他对专业护士护理需要而在家接受的专业护士护理，不属医学必需，保险人对此不承担保险责任。

（三）专业护理费

为在一定程度上治疗或者减缓病症，医师处方要求且仅专业护士才能提供的每日至少持续四个小时的住院或者门诊护理费。

（四）耐用医疗设备购买或者租赁费

医师处方要求并满足基本医疗需要的康复设备、矫形支具以及其他耐用医疗设备购买或者租赁费（以相应符合通常惯例水平的购买价格为上限），以及后期修理、更换费，属保险责任范围内的费用。对于患癌症并接受属保险责任范围的乳房切除术的被保险人，两义乳及可放入义乳的胸衣费用属于保险责任范围内的费用。

康复设备和矫形支具包括但不限于腿、臂、背和颈支具，人造腿、臂、眼。

耐用医疗设备不包括自动轮椅或者自动床、舒适设备（如电话托臂和床上多用桌）、空气质量或者温度调控设备（如空调、湿度调节器、除湿器和空气净化器）、太阳能或者加热灯、加热垫、坐浴盆、盥洗凳、浴缸凳、桑拿浴、升降机、涡流按摩浴、健身器材及其他类似设备。

（五）临终关怀费

指曾发生本合同保险事故的被保险人因与该事故相应的病症或者相关的病症而现被诊断患终末期疾病且存活期二百四十日以下（含），经医疗服务供应商批准，该被保险人接受具有相应资质的临终关怀机构提供的、由专业人员和志愿者组成的跨学科队伍在医学指导下实施的姑息性、支持性医护设施而发生的费用（**不包括保险期间届满后发生的临终关怀费用**）。**被保险人入住临终关怀机构接受临终关怀的，须基于病情和家庭必要。**

保险人对每一被保险人承担临终关怀费的入住临终关怀机构日数累计以四十五日为上限，对其给付的与除入住临终关怀机构以外其他情形相应的临终关怀费用对应的医疗保险金累计上限以保险合同载明的为准。

（六）精神和心理障碍治疗费

指经医师诊断和要求被保险人在医学认可的精神心理专科医疗机构或者设有精神心理科室的医疗机构，为治疗精神和心理障碍接受由具有相应专业资格的医师或者心理学家实施的住院或者门诊医疗和咨询费用。精神和心理障碍包括但不限于神经性贪食症、神经性厌食症、悲伤辅导和悲伤治疗、注意力缺陷症、注意缺陷多动障碍，**但不包括酒精和药物滥用戒断治疗、智能测试、教育测试、婚姻和家庭心理咨询。**

保险人对每一被保险人承担给付的与精神和心理障碍住院治疗费用对应的保险金累计上限，对每一被保险人承担精神和心理障碍门诊治疗的次数累计上限以保险合同载明的为

准。

（七）睡眠检查和治疗费

医疗服务供应商许可的、对疑为发作性睡眠或者阻塞性呼吸暂停症状的检查和治疗费。

（八）先天性疾病和症状治疗费

保险人对每一被保险人给付的、与先天性疾病和症状医疗费用对应的医疗保险金累计上限以保险合同载明的为准。

（九）重大疾病医疗费用

未被认定为既往症的重大疾病，保险人对每一被保险人给付的、与重大疾病医疗费用对应的医疗保险金累计上限以本合同载明的为准。

对精神和心理障碍、睡眠检查和治疗、先天性疾病和症状、重大疾病保障，根据被保险人具体情况，保险人可对其适用等待期或者既往症限制条款，并载明于本合同中。

第十六条 分娩和新生儿医疗保险责任如下：

保险期间内，被保险人经过一百八十天等待期（续保的不在此限）后受孕，等待期结束后（连续参加本保险并超过合同约定等待期长度的不受此限），在与该被保险人保障类型相对应的保障地域内的医院或者生育中心发生的、符合通常惯例水平的、属保险责任范围内的以下类型费用：

（一）分娩费

指女性主被保险人或者作为配偶的女性附属被保险人发生的产前检查费、妊娠期内医师处方开具的维生素和钙剂费、超声波检查费、早产费、顺产费、医学必需剖腹产费、麻醉费、产后复查费、医学必需的流产费以及产后 6 个月内（含）为治疗尿失禁进行的盆底肌修复费。保险人针对被保险人每次怀孕给付的与本项费用对应的医疗保险金累计上限以本合同载明为准。

（二）妊娠并发症治疗费

女性主被保险人或者作为配偶的女性附属被保险人因发生妊娠并发症接受医师推荐的、医学必需的治疗而发生的治疗费用。**因为生育并发症所导致的的流产，引产或其他分娩方式及其相关治疗费用，不在本保险责任范围内。**

（三）新生儿费用

指女性主被保险人或者作为配偶的女性附属被保险人在保险期间内出生的子女出生后十四日内（含）发生的专业护理及治疗费用。

另外，在保险期间内出生的子女经过保险人同意后可以作为附属被保险人，其在与其保障类型相对应的保障地域内发生的以下费用也属保险责任范围内的费用：常规医疗检查和预防性保健费（**限六次**），包括医疗档案，发育评估，体格检查，年龄相关诊断检查；白喉、乙型肝炎、麻疹、腮腺炎、百日咳、麻疹、破伤风、水痘、嗜血杆菌属、B 型流感病毒、肝

炎以及医疗服务供应商批准的其他免疫费，但以其满一周岁为限。

如果女性主被保险人或者作为配偶的女性附属被保险人在投保本保险前已怀孕或者在等待期内怀孕，保险人不承担与生育相关的医疗费用。

第十七条 医疗及身故援助保险责任如下：

（一）紧急医疗运送费用

指保险期内在与被保险人保障类型相对应的保障地域内，紧急情况下出于医疗必要以专业救护车将其运至医疗机构发生的费用，属保险责任范围内的费用。

（二）紧急医疗转运费

被保险人在与其保障类型相对应的保障地域内遇有生命危险、得不到及时治疗将导致身故或者严重伤害的，如果在当地不能获得适当治疗，被保险人或者相关人员可联系医疗服务供应商，经医疗服务供应商许可，医疗服务供应商将负责安排运送被保险人至离被保险人最近、能够提供所需服务且在与其保障类型相对应的保障地域内的医疗机构，由此发生的、属保险责任范围内的费用。根据被保险人病情或者伤势，保险人有权决定转运的目的地和医疗机构。**如果被保险人不在医疗服务供应商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运费用，完全由被保险人自行承担。未经医疗服务供应商许可被保险人自行安排转运的，转运费用完全由被保险人承担。**被保险人治疗完成或者病情稳定后，保险人将安排其以公共交通工具（**飞机限经济舱**）返回常住地，相应交通费用也属保险责任范围内的费用。

同时，保险人将安排该被保险人一位陪同人员陪同医疗转运，并在该被保险人住院期间安排陪同人员就近住宿，由此发生的、属保险责任范围内的公共交通工具费用（**飞机限经济舱**）和住宿费用，具体费用上限以保险合同载明的为准。

（三）异地就医交通费用

保险期间内，由于医疗条件限制等原因，经医疗服务供应商授权，被保险人前往外地医疗机构进行住院治疗，由此产生的属保险责任范围内的交通费用，具体费用上限以保险合同载明的为准。

（四）遗体运返或者安葬费用

保险期间内被保险人在其国籍国以外的国家或地区身故的，根据被保险人的保障类型，发生下列情形的，由此发生的、合理且必需的、属保险责任范围内的费用。保险人对每一被保险人给付的与本项费用对应的医疗保险金上限以保险合同载明的为准：

1. 保障类型为**全球保障、国际增强保障或者大陆及港澳台增强保障**的，若保险期间内被保险人在**国籍国外国家或者地区**身故，在事发地法律法规许可的情况下，根据其遗愿或者近亲属意愿，保险人负责运送其遗体至其国籍国，或者安排当地安葬；

2. 保障类型为**国际保障**的，若保险期间内被保险人在**除美国、加拿大以及国籍国以外的国家或者地区**身故，在事发地法律法规许可的情况下，根据其遗愿或者近亲属意愿，保险人

负责运送其遗体至其国籍国（美国、加拿大除外），或者安排当地安葬；

3. 保障类型为大陆及港澳台保障的，若保险期间内被保险人在常住地区外的大陆及港澳台地区身故，在事发地法律法规许可的情况下，根据其遗愿或者近亲属意愿，保险人负责运送其遗体至其常住地区（限于大陆及港澳台地区，且大陆地区内的遗体转运不在本保险责任范围内），或者安排当地安葬。

遗体运返具体费用项目如下：

- （1）公证文件费用。包括尸检报告、死亡证明等相关公证文件费用；
- （2）转运公司为转运遗体而发生的相关服务费。

当地安葬具体费用项目如下：

- （1）转运费，即遗体从医院/警察局转运至当地殡仪馆而发生的转运费；
- （2）遗体储存费；
- （3）火化费，即殡仪馆对遗体进行火化而发生的火化费用（不包含化妆，装饰以及遗体告别仪式的相关费用）；
- （4）骨灰盒费用，即通常水平、符合惯例的骨灰盒（不包含墓地相关费用或亲属带骨灰盒回国籍国发生的相关费用）。

第十八条 可选责任包括健康检查责任、牙科责任，具体如下：

（一）健康检查责任

被保险人每年一次全身体检费以及相关检查化验费，免疫费，常规检查化验费，属保险责任范围内的医疗费用，保险人对此按照 100%的比例给付医疗保险金。每一保险期间保险人对每一被保险人给付的与本项费用对应的医疗保险金累计上限以保险合同中载明的为准。

（二）牙科责任

牙科责任范围内的费用包括：

- 1. 预防治疗费，包括常规牙科检查、牙齿健康指导、涂氟治疗、洁齿和抛光（预防）、牙齿清洁检查费（限两次）；
- 2. 基础治疗费，包括汞合金或复合树脂充填、简单拔牙、牙周刮治、根面平整费，以及相关口腔 X 光费；
- 3. 重大治疗费，包括根管充填、根管治疗、牙冠和嵌体、桥式义齿（包括化验和麻醉费用）、智齿拔除费、牙齿矫正治疗费，以及相关口腔 X 光费。牙齿矫正治疗费包括模型研究、牙齿印模、活动矫治器、固定矫治器（包括调整）、正畸拔牙、托槽的粘接费。

牙科责任范围内的费用不包括以美容为目的牙齿处理费，义齿、高嵌体、种植牙、贴面，以及相关费用。

对于被保险人发生的、与本项责任对应的保险责任范围内的费用，保险人按本合同所载对应的给付比例给付医疗保险金。每一保险期间保险人对每一被保险人给付的与本项费用对应的医疗保险金累计上限以保险合同中载明的为准。

责任免除

第十九条 对于被保险人发生的以下费用，保险人不承担给付保险金的责任：

（一）对本合同中特别约定除外疾病和症状、被要求健康告知的被保险人未告知的既往症的治疗及其他相关费用；

（二）在本合同约定等待期内对约定的相应病症的治疗及其他相关费用；

（三）未取得就诊地所属国家的法律法规及该国家相关监管机关批准的检查、治疗、药品、及相关医疗服务的所有费用，和被认定为试验性治疗的所有费用；

（四）根据工伤补偿、职业病或者其他与职业疾病相关的法律法规可从中获得补偿的费用，已从政府、慈善机构、其他福利计划或者医疗保险计划获得补偿的费用；

（五）代诊，无原始发票的费用，电话咨询费（经由医疗服务供应商指定并授权的机构除外），没有按时就诊的预约费用，非医师处方要求的服务费用，不在执业范围的医疗服务费用，不符合专业认可标准或者为进行适当治疗所不必要的医疗和牙科服务费用，非医学必需的费用，超过通常惯例水平的费用；

（六）对由被保险人从事违法犯罪行为或者故意行为（包括但不限于自残、自杀）引起的或者在这一过程中发生的伤害、病症治疗及其他相关费用；

（七）为个人舒适或者方便而产生的费用，包括但不限于电视、单人病房、雇佣护工、房屋打扫、访客膳食和住宿、电话、家庭设备、旅行费、本合同没有列明的急救费以及其他非医学必需的服务和设备，本合同另有约定的不在此限；

（八）保险期间届满后发生的费用，按疗程将在保险期间届满之日起第九十日后（美国）或者第三十日后（全球除美国以外地区）服用的处方药品费用；

（九）健康检查费、功能医学检查（包括但不限于全套个人化营养评估、抗氧化维生素分析、氧化压力分析、营养与毒性元素分析、肠道免疫功能分析）费，免疫费，出于行政或者管理事务目的（包括但不限于与投保保险、招聘、入学或者运动相关的体格检查）发生的检查费，旅行和宾馆住宿费用，本合同另有约定的不在此限；

（十）非药品准字号的药品和非（食）药监械号的设备，包括但不限于保健品、膳食补充剂、药妆、戒烟药物、食欲抑制剂、头发再生药物、抗光老化药物、美容用品、大剂量维生素、维他命、健康滋补类中草药（包括但不限于：1. 单味或复方均不予支付费用的中药饮片及药材：鹿茸、猴枣、狗宝、海马、海龙、玛瑙、玳瑁、冬虫夏草、马宝、牛黄、珊瑚、麝香、羚羊角尖粉、犀角、燕窝、人参（生晒参除外），以及各种可以药用的动物脏器（鸡内金除外）和胎、鞭、尾、筋、骨。2. 单味使用不予支付费用的中药饮片及药材：阿胶、阿胶珠、鹿角胶、鳖甲胶、三七、龟角胶、龟鹿二仙胶、龟板胶、藏红花、生晒参、羚羊角粉。3. 以上所列药品包括生药及炮制后的饮片及药材、中药敷贴、中药熏蒸、膏方费，中草药代加工成粉剂、药丸、胶囊、胶或者其他制剂发生的加工费，本合同另有约定的不在此限；

（十一）未经被保险人医师推荐的放射治疗、化学治疗、物理治疗、美式脊椎矫正、职业疗法和语音治疗及其他相关费用，但紧急情况下被保险人医师完全了解相应治疗后同意如此治疗的情形不在此限；

（十二）视觉治疗及其他相关费用，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，老视，屈光不正（近视、远视、散光）校正手术及相关费用；

（十三）静养疗法、监护及家居照料费，在护理之家、养老院接受护理费，为休息、观察而实施的环境疗法费，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者治疗及其他相关费用，医疗机构已实际成为或者倾向作为被保险人住家或者常住处情形下发生的费用，完全或者部分因为家庭原因的住院医疗费用；

（十四）选择性手术和治疗及其他相关费用，仅为改善或者提高目前身体状况（包括但不限于中医调理）而发生的、非医学必需的费用；

（十五）无论是否出于心理目的而进行的美容、整容（包括牙科治疗）费用；

（十六）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（包括但不限于黄褐斑、皮肤白斑、色素沉着）的治疗、祛除及其他相关费用，蜘蛛脉、除瘢痕疙瘩型外的其他瘢痕、纹身去除、皮肤变色治疗及其他相关费用，非医学必需的对白癜风、浅表静脉曲张的治疗及其他相关费用；

（十七）丰胸或者缩胸手术及其并发症治疗及其他相关费用；

（十八）与脱发相关的治疗及其他相关费用，包括但不限于男性型脱发或者其他种类秃发的治疗，以激光、电解、蜡或者其他方法祛除毛发，发生男性型脱发、女性与年龄相关脱发、疾病或者意外伤害导致的脱发等情形时的头发移植；

（十九）戒烟治疗及其他相关费用，减肥和任何为减肥接受的治疗、咨询、饮食费，减肥代餐费，与单纯性肥胖和病理性肥胖相关治疗（包括但不限于胃旁路术、胃球置放术、胃分隔术、空肠回肠旁路术）及相应并发症治疗及其他相关费用；

（二十）器官移植供体费用、器官来源费用、低温储藏费用，与不孕不育症或者生育治疗相关的移植费用；

（二十一）任何类型助孕费（包括受胎药、不孕不育症药、人工授精、试管授精、配子输卵管内移植、受精卵输卵管植入术、代理怀孕以及其他费用），以及与此相关的妊娠并发症医疗费；

（二十二）基因咨询、筛查、检查和治疗及其他相关费用；

（二十三）流产或不孕不育症检查、治疗及其他相关费用，孕前准备、检查、治疗及其他相关费用；

（二十四）选择性流产及并发症治疗及其他相关费用，产后盆底肌修复（尿失禁除外）及其相关费用；

（二十五）男女生育控制，输精管切除术和绝育术，男性或者女性绝育恢复手术，性别转换症、性障碍治疗，生育前培训，选择性剖腹产，伟哥以及其他用于提高性功能的药物费；

（二十六）作为子女的附属被保险人怀孕及相关症状医疗费；

（二十七）因溶剂滥用、毒品滥用、酒精（酒精过敏、误服酒精除外）、或者任何成瘾物直接或间接引起的伤害或者疾病的诊断、检查、治疗及其他相关费用；因使用违反当地法律的疫苗和药物、非医师处方要求药物或者非医师处方要求用量直接或间接引起的伤害或者疾病的诊断、检查、治疗及其他相关费用；

（二十八）除牙科意外伤害治疗外的其他牙科医疗及其他相关费用（包括对咀嚼食物或者咀嚼其他外物引起的牙齿伤害的治疗费、咨询费、检查费），被保险人享有牙科责任情形不在此限；

（二十九）耐用医疗设备使用和保养指导费，定制或者改造任何交通工具、洗浴设备或者住宅设备费，所有非（食）药监械号的医疗器械费，助听器、人工耳蜗、血压计、体温计、听诊器及其他类似设备费；非手术中必需的假体、矫正器具或者相似的器具费，医师认为治疗必不可少的假体或者耐用医疗设备不在此限；

（三十）矫正鞋或者其他脚支撑器材（包括但不限于足弓支撑器、矫正器或者其他其他预防性的服务或者器材）费，任何用于治疗弱足、畸形足、不稳足、扁平足或者足弓塌陷的器材费，任何与跗骨、跖骨相关的医疗费，对脚表面损害（如鸡眼、老茧、角质化）医疗（但有关骨外露、肌腱或者韧带的手术不在此限）费；

（三十一）常规足部医疗及其他相关费用，因意外伤害或者疾病引起的足部治疗情形不在此限；

（三十二）在政府当局指导下，实施的与传染病相关的治疗、药品、设备、服务和紧急医疗运送费；

（三十三）生长激素治疗及其他相关费用，经医疗服务供应商批准的医学必需情形不在此限；

（三十四）对非心理障碍或者疾病的医疗服务费，超出合理心理缺陷或者心理发育迟缓评估、诊断周期的医疗服务费，对精神障碍或者疾病无改善的医疗服务费；

（三十五）因健康原因被医师建议不宜旅行的被保险人执意旅行引起的伤害或者病症的治疗及其他相关费用；

（三十六）对由下列任何异常风险引起的伤害的治疗及其他相关费用：参加或者受训职业体育运动、高风险运动，战争和恐怖主义活动，放射材料辐射或者核燃料燃烧，无必要但主动置身于风险（抢救他人性命情形不在此限）。

免赔额

第二十条 免赔额分设有年免赔额、次免赔额。免赔额应由投保人在投保时选择，并载明于本合同中，具体金额以本合同载明的为准。对于参保方式为家庭型，无论被保险人总人数多少，每一家庭年免赔额为所选择的个人年免赔额的三倍。

以下情况可抵扣免赔额：

（一）被保险人通过社保个人账户或使用社保挂号后，现金（银行卡）支付的费用，可用作保险理赔或抵扣本保险的免赔额。

（二）被保险人通过社保统筹支付、社保附加支付和其他支付的费用，可用作抵扣本保险的免赔额，但不可用作保险理赔。

（三）本合同责任范围内，但是已由其他商业保险赔付的，可用作抵扣本保险的免赔额。

一般自付比例

第二十一条 一般自付比例具体由投保人在投保时选择，并载明于本合同中。

保险金额和保险费

第二十二条 保险金额由投保人在投保时选择，并载明于本合同中。

第二十三条 被保险人的保险费由保险人在承保时计算确定。

保险期间

第二十四条 本合同保险期间为一年，具体起讫时间由投保人、保险人双方约定，并载明于本合同中。

续保

第二十五条 本保险为非保证续保保险。

保险期间届满，投保人需要重新向保险人申请投保本产品，并经保险人同意，交纳保险费，获得新的保险合同。

若本合同统一停售，保险人将不再接受投保人的续保申请或重新投保。

医疗服务网络直付和事先授权

第二十六条 本合同医疗服务网络如下：

（一）保险人直接付费

保险人建立了医疗服务网络，并将定期或者不定期向投保人和被保险人通报，被保险人也可登陆保险人指定的互联网站或者致电查询相关信息。被保险人在保险人医疗服务网络内的医疗机构（以下简称“网络医疗机构”）接受治疗并出示保险卡的，对于被保险人发生的保险责任范围内的费用中应当由保险人承担部分，保险人将直接与相关医疗机构结算，无需

被保险人先行给付。被保险人在美国接受治疗的，被保险人须在网络医疗机构内接受治疗（详见本条第（二）项）；在其他地区接受治疗的，保险人有权要求被保险人在网络医疗机构内接受治疗。

被保险人在网络医疗机构接受治疗的，对其发生的不属保险责任范围、应当由其负担但医疗机构未向其本人收取的医疗费用，在接到保险人或者其授权机构通知后，被保险人应当在三十日内退还相应款项；未在三十日内退还相应款项的，保险人有权向其继续追偿相应费用。

（二）美国医疗服务网络及非网络自付比例

在美国，被保险人应当在网络医疗机构内接受治疗；未在网络医疗机构内接受治疗的，依据与当地网络医疗机构平均价格水平一致的价格水平确定通常惯例水平的费用，且被保险人应当额外自付一定比例（即非网络自付比例）的保险责任范围内的费用，即保险人按“根据本保险条款‘保险责任’部分计算的医疗保险金数额×（1－非网络自付比例）”给付医疗保险金。美国网络医疗机构和非网络自付比例如下：

1. 网络医疗机构

网络医疗机构，包括第一医疗网（First Heath Providers）以及保险人指定的美国其他医疗机构。被保险人在网络医疗机构接受治疗的，非网络自付比例为 0%。

2. 非网络医疗机构

被保险人本可在位于其居住地方圆三十英里/五十公里内的网络医疗机构接受治疗却自行在非网络医疗机构接受治疗的，非网络自付比例为 20%。

3. 无网络医疗机构

被保险人因其居住地方圆三十英里/五十公里内无网络医疗机构而在非网络医疗机构接受治疗的，非网络自付比例为 0%。

第二十七条 有关事先授权事项如下：

（一）事先授权

接受下列治疗前，被保险人须在预定开始治疗日期前至少五个工作日向医疗服务供应商提交事先授权申请表：

1. 住院；
2. 需全身麻醉的门诊手术，化学治疗，放射治疗，血液或者腹膜透析；
3. 购买或者租用非一次性耐用医疗设备，包括但不限于胰岛素泵及其配套器械；
4. 紧急医疗转运；
5. 牙科意外伤害修补治疗；
6. 每剂超过人民币八千元的药剂或者疫苗。

对于被保险人事先授权申请，医疗服务供应商将予以书面回复并有权要求被保险人在医疗服务网络内接受治疗。被保险人应当在收到书面许可回复后开始接受治疗，保险人要求被

保险人在医疗服务网络接受治疗的，被保险人应当予以配合。**未获得医疗服务供应商书面许可回复擅自接受治疗的，保险人保留不承担相关保险责任的权力。**

发生紧急情况的，被保险人可在就近网络或者非网络医疗机构接受治疗，但须在开始接受治疗后四十八小时内通知医疗服务供应商。保险人将对该次治疗是否属紧急情况予以审核。

（二）其他

1. 被保险人、相关人员或者医疗机构可致电医疗服务供应商，了解事先授权、网络医疗机构相关情况。

2. 被保险人获得医疗服务供应商许可回复，不意味着其发生的全部或者部分医疗费用属保险责任范围，保险人按照本合同约定承担保险责任。

保险人义务

第二十八条 保险人同意承保的，应当及时向投保人签发保险单或者其他保险凭证。

第二十九条 保险人认为保险金申请人提供的有关索赔的证明和资料不完整的，应当及时一次性通知保险金申请人补充提供。

第三十条 保险人收到保险金申请人提供的本保险条款“保险金申请与给付”部分约定的保险金申请证明和资料后，应当及时作出是否属于保险责任的核定；情形复杂的，应当在三十日内作出核定。

保险人应当将核定结果通知保险金申请人。对属于保险责任的，在与保险金申请人达成给付保险金的协议后十日内，履行给付保险金的义务；对不属于保险责任的，应当自作出核定之日起三日内向保险金申请人发出拒绝给付保险金通知书，并说明理由。

第三十一条 保险人自收到保险金申请人提供的本保险条款“保险金申请与给付”部分约定的保险金申请证明和资料之日起六十日内，对其给付保险金的数额不能确定的，应当根据已有证明和资料可以确定的数额先予给付；保险人最终确定给付保险金的数额后，给付相应的差额。

投保人、被保险人义务

第三十二条 除本合同另有约定外，投保人应当在订立本合同时一次交清保险费。投保人未按照本合同的约定交清保险费的，保险人有权解除本合同。

第三十三条 订立本合同时，保险人就被保险人的有关情况提出询问的，投保人、被保险人应当如实告知。

投保人、被保险人故意或者因重大过失未履行前款规定的义务，足以影响保险人决定是否同意承保或者提高保险费率的，保险人有权解除本合同。

投保人、被保险人故意不履行如实告知义务的，保险人对于本合同解除前发生的保险

事故，不承担给付保险金的责任，并不退还保险费。

投保人、被保险人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，保险人对于本合同解除前发生的保险事故，不承担给付保险金的责任，但退还保险费。

第三十四条 成为本合同的主被保险人，即表示主被保险人及其代表的附属被保险人同意任何医疗机构、医师、药剂师等向保险人提供保险人认为处理本合同相关事宜所必要的医疗信息（包括完整医疗病历和诊断）。保险人将对这些信息保密。

成为本合同的主被保险人，同样表示主被保险人及其代表的附属被保险人同意保险人将所有医疗信息提供给相关机构以处理本合同相关事宜。

第三十五条 投保时，被要求填写健康问卷调查表的被保险人须如实告知既往症及保险人要求的其他医疗、症状等信息，保险人将进行医疗核保。根据投保人、被保险人具体情况，保险人对本合同约定的既往症承担一定保险责任或者不承担保险责任，并具体载明于本合同。

第三十六条 在保险期间内，投保人可申请变更被保险人，保险人按下列约定予以受理：

（一）因主被保险人婚姻状态发生变化需要增加附属被保险人的，投保人应当在三十日内书面通知保险人，保险人进行医疗核保。经保险人同意，保险人自通知书载明的起始日开始按相关约定对其承担保险责任，并根据加人前后不同参保方式保险费差额按日收取相应保险费。

（二）因主被保险人婚姻状态发生变化或者其他原因需要减少附属被保险人的，投保人应当立即书面通知保险人，并向保险人退还保险卡。保险人自收到通知之日起次日零时或者通知书载明的终止日期（以较晚者为准）起终止对相应附属被保险人的保险保障，并根据减人前后不同参保方式保险费差额按日退还保险费。

（三）保险期间内被保险人（子女除外）在保险期间内生育的子女，投保人或者被保险人可为该婴儿投保本保险，并递交将本合同参保方式更改为家庭型或者亲子型的申请。在该婴儿出生后三十日内通知保险人的，保险人从婴儿出生之日起对该婴儿承担保险责任；在该婴儿出生三十日后通知保险人的，经保险人同意，保险人自通知书载明的起始日期起对该婴儿承担保险责任，**但该婴儿既往症将适用为期一百八十天等待期，保险人对该婴儿在此期间内发生的既往症医疗费用不承担保险责任。**同时，保险人根据加保该婴儿前后不同参保方式保险费差额按日收取相应保险费。

非自然受孕情形生育婴儿，须经保险人核保同意方可成为被保险人。**该婴儿既往症可适用一定期限的等待期，具体由投保人与保险人约定并载明于本合同中，保险人对该婴儿在此期间内发生的既往症医疗费用不承担保险责任。**

（四）经政府相关机构批准被保险人保险期间内合法收养子女的，投保人或者被保险人可为该子女投保本保险，并递交将本合同参保方式更改为家庭型或者亲子型的申请。在该子女被批准收养之日起三十日内通知保险人的，保险人从该子女被批准收养之日起对该子女承

担保险责任；在该子女被批准收养之日起三十日后通知保险人的，经保险人同意，保险人自通知书载明的起始日期起对该子女承担保险责任。无论何种情形，该子女既往症可适用一定期限的等待期，具体由投保人与保险人约定并载明于本合同中，保险人对该子女在此期间内发生的既往症医疗费用不承担保险责任。同时，保险人根据加保该子女前后不同参保方式保险费差额按日收取相应保险费。

（五）被保险人发生变化的，保险人有权调整保费率。

第三十七条 如果被保险人住址、婚姻状态以及投保本保险时提供的其他信息等发生重大变化，或者身故，投保人或者被保险人应当及时通知保险人。保险人有权调整承保条件或者解除本合同。

第三十八条 保险人仅对被保险人发生的符合通常惯例水平的医疗费用承担保险责任。对于除保障类型为全球保障外的被保险人，根据医疗机构价格水平，保险期间内保险人将定期或者不定期向投保人及相应被保险人通报不符合通常惯例水平的医疗机构，供被保险人就诊参考。

第三十九条 投保人、被保险人或者保险金申请人知道保险事故发生后，应当及时通知保险人。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，保险人对无法确定的部分，不承担给付保险金的责任，但保险人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的不在此限。

第四十条 投保人住所或者通讯地址变更时，应当及时以书面形式通知保险人。投保人未及时通知的，保险人按本合同所载的最后住所或者通讯地址发送的有关通知，均视为已发送给投保人。

理赔条件

第四十一条 除另有约定外，本所承保的保险责任均由投保人在投保时选择，并载明于本合同中。触发合同载明的保险责任时，在核实非责任免除后，按照约定的理赔条件（免赔额、赔付比例等）进行处理。

保险金申请与给付

第四十二条 保险金申请人向保险人申请给付保险金时，应提供如下材料：

- （一）保险金给付申请书；
- （二）保险合同凭证；
- （三）申请人的有效身份证件；

（四）支持索赔的全部账单、证明、信息和证据，包括但不限于医院出具的病历资料、医学诊断书、处方、组织病理学检查报告、化验检查报告、医疗费用原始单据、费用明细单据等。保险金申请人因特殊原因不能提供上述材料的，应提供其它合法有效的材料；

(五) 申请人所能提供的其他与确认保险事故的性质、原因等有关的其他证明和资料;

(六) 若保险金申请人委托他人申请的, 还应提供授权委托书原件、委托人和受托人的身份证明等相关证明文件。

保险金申请人未能提供有关材料, 导致保险人无法核实该申请的真实性的, 保险人对无法核实部分不承担给付保险金的责任。

在保险人的理赔审核过程中, 保险人有权在合理的范围内对索赔的被保险人进行医疗检查。此外, 保险人应有权在法律允许情况下要求尸检, 此类检验费用由保险人承担, 在拒赔的情形下, 保险人将承担因投保人提供索赔要求所必需的证明、收据、信息和证据而产生的费用。

第四十三条 被保险人在网络医疗机构接受治疗, 该医疗机构受保险人委托免向被保险人收取与保险人根据本合同本应向保险金申请人给付的保险金数额对应的医疗费用的, 或者保险人已承担相应费用的, 保险金申请人不得就此向保险人申请保险金。其他情形, 保险金申请人可根据本合同向保险人申请保险金。

向保险人申请保险金时, 保险金申请人可从保险人指定网站下载保险金申请表; 经保险金申请人要求, 保险人也可通过传真或者电子邮件向其发送申请表。保险金申请人应完整地填写申请表的第一部分, 并请被保险人主治医师完整填写申请表的第二部分, 且在当次治疗完成后一百八十日内与医疗费用原始收据一并寄至本合同指定地址。被保险人提供的所有保险金申请资料归保险人所有。

第四十四条 保险人有权对被保险人进行身体检查或者理赔问卷调查。被保险人有义务向保险人提供保险人要求的所有医疗报告、记录及相关资料, 若为处理本合同相关事宜, 经保险人要求, 被保险人应当授权许可保险人取得其完整全面的医疗病历。被保险人身故的, 保险人有权要求对该被保险人进行尸检, 法律和宗教禁止情形不在此限。

第四十五条 收到保险金后六十个工作日内, 如果保险金申请人对理赔结果有争议, 可通过邮寄或者发送电子邮件方式向保险人提交书面申诉书及相关资料, 并自行承担获取资料有关费用, 保险人将及时予以处理。

第四十六条 保险金申请人向保险人请求给付保险金的诉讼时效期间为二年, 自其知道或者应当知道保险事故发生之日起计算。

年龄的计算及年龄错误的处理

第四十七条 被保险人的投保年龄以周岁计算。

第四十八条 投保人在投保时, 应当如实告知被保险人的年龄。若被保险人年龄发生错误, 按照下列约定办理:

(一) 投保人申报的被保险人年龄不真实, 并且其真实年龄不符合本保险条款第三条所约定条件的, 保险人有权解除本合同, 并退还保险费, 对于本合同解除前发生的事故, 保险

人不承担保险责任；

（二）投保人申报的被保险人年龄不真实，致使投保人实交保险费少于应交保险费的，若发生保险事故，保险人按实交保险费与应交保险费的比例给付保险金；

（三）投保人申报的被保险人年龄不真实，致使投保人实交保险费多于应交保险费的，保险人应当退还多收的保险费。

保险合同的解除

第四十九条 未发生保险事故，被保险人或者受益人谎称发生了保险事故，向保险人提出赔偿或者给付保险金请求的，保险人有权解除合同，并不退还保险费。

投保人、被保险人故意制造保险事故的，保险人有权解除合同，不承担赔偿或者给付保险金的责任，并不退还保险费。

保险事故发生后，投保人、被保险人或者受益人以伪造、变造的有关证明、资料或者其他证据，编造虚假的事故原因或者夸大损失程度的，保险人对其虚报的部分不承担赔偿或者给付保险金的责任。

发生前三款约定的任何情形致使保险人给付保险金或者支出费用的，投保人、被保险人或者保险金申请人应当退回或者赔偿。

第五十条 除法律另有规定或本合同另有约定外，投保人可以书面形式通知保险人解除本合同，但保险人根据本合同约定已给付保险金的，不得解除本合同。

投保人解除本合同时，应当提供下列证明和资料：

- （一）解除合同通知书；
- （二）保险合同原件；
- （三）投保人身份证明；
- （四）保险费发票或者收据；
- （五）保险人要求的其他有关证明和资料。

本合同的效力至保险人接到解除合同通知书之日二十四时或者通知书上载明的合同终止时间（以较晚者为准）终止。自收到前款约定的证明和资料之日起三十日内，保险人退还相应现金价值。

第五十一条 发生以下情况之一时，本合同效力即时终止：

- （一）保险期间届满；
- （二）被保险人身故；
- （三）因本合同其他条款所约定的情况而终止效力。

争议处理与法律适用

第五十二条 因履行本合同发生的争议，由当事人协商解决。协商不成的，提交本合同载明的仲裁机构仲裁；本合同未载明仲裁机构或者争议发生后未达成仲裁协议的，依法向中

华人民共和国人民法院起诉。

第五十三条 与本合同有关的以及履行本合同产生的一切争议处理适用中华人民共和国（不包括港澳台地区）法律。

第五十四条 保险金申请人向保险人请求给付保险金的诉讼时效期间为二年，自其知道或者应当知道保险事故发生之日起计算。

释义

紧急医疗：指针对突然发生的、为避免严重终身伤害或者死亡须立即接受药物或者手术治疗的状况，被保险人立即或者因不可抗力因素在症状发作后二十四小时内开始接受的相应医疗。**紧急医疗不包括：**

（一）以接受治疗为目的或者违背医嘱前往与其保障类型相对应的保障地域以外地区期间发生的任何医疗；

（二）常规医疗；

（三）可以推迟至被保险人返回与其保障类型相对应的保障地域后接受的医疗；

（四）被保险人事先计划好的治疗；

（五）因被保险人已知或者应该知道的情形而发生的治疗；

（六）妊娠、分娩及相关病症。

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

周岁：以法定身份证明文件中记载的出生日期为基础计算的实足年龄。

子女：指与主被保险人存在父母—子女关系的婚生或者非婚生子女、养子女和抚养关系的继子女。

每次治疗：对于门诊治疗，每次治疗指被保险人在一日（零时起至二十四时止）在同一所医院同一个科室就一个医师就诊的门诊或者急诊；对于住院治疗，每次治疗指一次入出院。

次免赔额：指被保险人每次治疗发生的保险责任范围内的费用中须先由被保险人自行负担的金额，保险人对此不负责给付保险金。

年免赔额：指每一保险期间被保险人发生的保险责任范围内的累计费用中须先由被保险人自行负担的金额，保险人对此不负责给付保险金。

一般自付比例：指被保险人发生的保险责任范围内的费用扣除免赔额后剩余部分中须由被保险人自行负担的比例。

一般自付额上限：指每一保险期间每一被保险人因相应的一般自付比例非 0%而按该比例承担的保险责任范围内的费用。

放射治疗：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。

化学治疗：指针对于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。

肿瘤靶向疗法：指在细胞分子水平上，针对已经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。本合同所指的靶向治疗药物需符合法律、法规要求并经过国家食品药品监督管理局批准用于临床治疗。

肿瘤内分泌疗法：指针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需符合法律、法规要求并经过国家食品药品监督管理局批准用于临床治疗。

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需符合法律、法规要求并经过国家食品药品监督管理局批准用于临床治疗。

医学必需：指被保险人接受、使用或者服用的治疗、服务、器械或者药品符合以下条件：

（一）医师处方要求且对治疗被保险人疾病或者伤害合适且必需。

（二）与接受治疗当地普遍接受的医疗专业实践标准一致。

（三）非为了个人舒适或者为了被保险人父母、家庭、医师或者其他医疗提供方的方便。

（四）最恰当、合适水平；住院接受治疗时，无法以门诊的方式对相应疾病和症状提供安全的医疗，且当前病症处于急性或者亚急性状态需要持续接受治疗、专业护理或者康复治疗。主要出于接受慢性病治疗、长期看护、喘息照护、慢性病维持、协助从事日常生活活动目的而住院的，不属医学必需。

（五）非病人学术教育或者职业培训的一部分或者与之相关。

（六）非试验性或者研究性。该治疗手段如获当地国家政府法律批准通过的，在当地国家就诊手术发生的费用，且并未在责任免除中列出的。

通常惯例水平的医疗费用：指以下两者中较低者：提供相应医疗服务的医疗机构对该医疗服务通常收费水平，同一地区其他医疗机构对居住在同一地区的（以邮政编码为准）、病情性质和严重程度类似的人员提供同样医疗服务的平均收费水平。若某医疗服务在当地区不常见或者仅当地区少数医疗机构能够提供，保险人将参考下列因素确定通常惯例水平的医疗费用：治疗复杂性，治疗必要的专业程度，必要的医疗专业类型，相应医疗机构提供的医疗服务范围和种类，其他地区通常的收费水平。这里，地区指根据普遍认可的国际标准为取得类似医疗机构或者类似医疗服务平均水平所必要的地域范围，可为一个城市、国家或者更

广的地域。

意外伤害：指遭受外来的、突发的、非本意的、非疾病的使身体受到的伤害。

紧急：指突然发生的、会导致立即死亡或者长期健康问题的疾病或伤害。

牙科意外伤害医疗：指对被保险人原本完整无损、未经过任何医疗的牙齿因遭受意外伤害而受损或者缺失而接受的紧急治疗、修复和置换。被保险人必须在自意外伤害发生日起三十日内接受首次治疗。

针灸治疗：针法和灸法的合称。针法是把毫针按一定穴位刺入患者体内，用捻、提等手法来实施治疗。灸法是把燃烧着的艾绒按一定穴位熏灼皮肤，利用热的刺激实施治疗。针灸治疗应当由具有相应资格的医师实施。

急性：指疾病病程短、病情相对严重（特别是严重急性病或者外伤），需要短期治疗。

慢性病：指满足下列条件之一的伤害、疾病或者症状：

- （一）持续接受三个月以上的医学必需的治疗；
- （二）预期病程长久且无可合理预计的康复日期，可能复发、需要连续或者定期护理。

亚急性：指病情具有急性病一些特征，处于急性和慢性之间。

等待期：指自本合同保险期间开始时间或者被保险人成为本合同的被保险人首日（以较晚者为准）起保险人与投保人约定长度的期间，保险人对被保险人在此时间段内发生的对约定病症的治疗和诊断费用不承担保险责任。等待期以保险合同载明的为准。

日常生活活动：指与个人生活自理基本行为相关的活动，包括但不限于行走、个人卫生、睡眠、如厕（控制大小便的能力）、穿衣、做饭、进食、上下床。

高风险运动：指各种危险性较高、技巧与体能需求较高的运动项目。包括：滑翔翼、跳伞、海拔六千米以上的户外运动、十八米深以上的潜水、悬崖跳水、徒步穿越无人区（沙漠、戈壁等）、远海漂流、蹦极、野外攀岩、跑酷等。

监护：包括以下情形：

- （一）对其治疗医师认为已达到最大限度康复但仍存在身体或者智力残疾人员提供的床位、护理等服务；
- （二）对预计医疗或者手术已不能使其在医疗机构外生活人员提供的床位、护理等服务；
- （三）修养疗法、喘息照护，以及家庭成员提供的家庭看护。

喘息照护：指出于减轻患慢性或者终末期疾病病人护理提供者负担目的，病人住院接受的照料和护理。

先天性疾病和症状：指由于基因因素、先天性新陈代谢异常或者其他因素导致的、出生时即存在的遗传性疾病和症状、出生缺陷、身体残疾、智障等发育不完全正常的疾病和症状，这些疾病和症状可能在出生时显现或者在出生后逐步显现。

顺势疗法：一种通过小剂量药物治疗以使病人症状渐渐接近常人的治疗方法，比如通过给予小剂量的放松剂治疗腹泻。

悲伤辅导和悲伤治疗：指由具有相应资格的咨询师、精神科医师、心理医师、牧师针对家人逝世或者终末期病人的治疗。

康复治疗：指在既定的疗程内通过设计的维持项目改善病人身体状况，以免恶化并协助康复。被保险人住院接受康复治疗的，保险人仅对处于急性或者亚急性阶段的病人住院承担保险责任，且应经过医疗服务供应商批准。

药物滥用：指反复、大量服用具有依赖性特性或者依赖性潜力的药品、物质或者溶剂。严格遵守医嘱服用处方药物导致上述情况不在此限。

医院：指被接受医疗服务所在地国家当地法律或者政府认可的、可收治急症病人的医疗机构。该医疗机构应有常住执业医师管理或者提供医疗服务，并在专业护士指导下每日二十四小时连续提供护理服务。**医院范围不包括护理机构、疗养机构、康复机构、养老院、家居服务机构、酒精或者药物滥用看护机构、以及其他类似目的的机构。**

生育中心：指主要目的为供怀孕期末期孕妇生产婴儿，并同时满足下列条件的合法机构：

- （一）根据当地相关法律批准成立；
- （二）配备了全部必要的诊断和化验设备，有经过培训的人员和设备处理孕妇和新生儿可能发生的紧急情况，二十四小时在医师或者注册护士监控下营运，并保存有所有书面记录。该机构应与至少一家医院有书面协议以在发生分娩并发症时立即转运病人入院，并通常在分娩后四十八小时内为孕妇办理转离手续。

临终关怀机构：指对终末期病人提供集成家庭或者住院医护服务的机构，该机构应满足下列全部条件：

- （一）取得了政府相关部门的批准；
- （二）二十四小时提供服务；
- （三）有医师直接管理和监控；
- （四）有注册护士指挥、协调护理服务；
- （五）被批准从事社会服务指导和协调；
- （六）主要目的为提供临终关怀服务；
- （七）有全职管理人员；
- （八）保存了所提供服务的全部书面记录。

住院：指完全出于接受医学必需的治疗目的被保险人以彻夜占用医疗机构病床的方式接受的医疗。

日间住院治疗：指完全出于接受医学必需的治疗目的被保险人以占用医疗机构病床但不过夜的方式接受的医疗。

门诊：指以除占用病床方式外的其他方式在医疗机构接受的治疗。

医师：指具有医疗职业资格的任何人员，包括内科医师、全科医师、专业医师、医学顾问以及其他任何在相应准许和训练范围内从事医疗服务的人员，但不包括实习人员、在训人员。

既往症：指在保险人对其保险责任生效前被保险人已就此接受诊断、医学咨询或者治疗，或者服用药物，或者显现症状的疾病或者损伤。

妊娠并发症：指由妊娠引起或者加剧的症状，该症状与分娩不同，包括但不限于急性肾炎、肾变病、心代偿失调、异位妊娠终止、妊娠期内无法继续妊娠时终止妊娠。妊娠并发症不包括非选择性剖腹产、人工不当操作、先兆流产、偶发点滴性出血、妊娠期内医师处方要求的休养、孕妇恶心、妊娠剧吐以及其他不属疾病分类学上妊娠并发症类的难产相关症状。

处方药：指医师处方开具的药物。

中草药：中医理论指导下应用的天然药物及其制品，包括中药材和中药饮片。不含主要起营养滋补作用的药品，包括但不限于：

（一）单味或复方均不予支付费用的中药饮片及药材：

鹿茸、猴枣、狗宝、海马、海龙、玛瑙、玳瑁、冬虫夏草、马宝、牛黄、珊瑚、麝香、羚羊角尖粉、犀角、燕窝、人参（生晒参除外），以及各种可以药用的动物脏器（鸡内金除外）和胎、鞭、尾、筋、骨。

（二）单味使用不予支付费用的中药饮片及药材：

阿胶、阿胶珠、鹿角胶、鳖甲胶、三七、龟角胶、龟鹿二仙胶、龟板胶、藏红花、生晒参、羚羊角粉。

（三）以上所列药品包括生药及炮制后的饮片及药材、中药敷贴、中药熏蒸。

物理治疗：是指由具有相应资质的专业医生实施的、应用人工物理因子（如光、电、磁、声、温热、寒冷、力等）来治疗疾病，包括电疗、光疗、磁疗、热疗、冷疗、水疗，超声波疗法以及功能训练和手法治疗；但不包括泥疗、蜡敷治疗、气泡浴与药物浸浴治疗。具有相应资质的专业医生必须开具处方和书面的治疗计划，并在合理的、可预测的时间内使得症状明显好转。

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。

重大疾病：符合《重大疾病保险的疾病定义使用规范（2020 年修订版）》文件要求的 28 种重疾，具体如下：

（一）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（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, WorldHealthOrganization）《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）范畴的疾病。

下列疾病不属于“恶性肿瘤——重度”，不在保障范围内：

1. 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：

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

（2）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；

2. TNM 分期为 I 期或更轻分期的甲状腺癌；

3. TNM 分期为 T1N0M0 期或更轻分期的前列腺癌；

4. 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；

5. 相当于 Binet 分期方案 A 期程度的慢性淋巴细胞白血病；

6. 相当于 AnnArbor 分期方案 I 期程度的何杰金氏病；

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

（二）较重急性心肌梗死

急性心肌梗死指由于冠状动脉闭塞或梗阻引起部分心肌严重的持久性缺血造成急性心肌坏死。急性心肌梗死的诊断必须依据国际国内诊断标准，符合

1. 检测到肌酸激酶同工酶（CK-MB）或肌钙蛋白（cTn）升高和/或降低的动态变化，至少一次达到或超过心肌梗死的临床诊断标准；

2. 同时存在下列之一的证据，括：缺血性胸痛症状、新发生的缺血性心电图改变、新生成的病理性 Q 波、影像学证据显示有新出现的心肌活性丧失或新出现局部室壁运动异常、冠脉造影证实存在冠状动脉血栓。

较重急性心肌梗死指依照上述标准被明确诊断为急性心肌梗死，并且必须同时满足下列至少一项条件：

1. 心肌损伤标志物肌钙蛋白（cTn）升高，至少一次检测结果达到该检验正常参考值上限的 15 倍（含）以上；

2. 肌酸激酶同工酶（CK-MB）升高，至少一次检测结果达到该检验正常参考值上限的 2 倍（含）以上；

3. 出现左心室收缩功能下降，在确诊 6 周以后，检测左室射血分数（LVEF）低于 50%（不含）；

4. 影像学检查证实存在新发的乳头肌功能失调或断裂引起的中度（含）以上的二尖瓣反流；

5. 影像学检查证实存在新出现的室壁瘤；

6. 出现室性心动过速、心室颤动或心源性休克。

其他非冠状动脉阻塞性疾病所引起的肌钙蛋白（cTn）升高不在保障范围内。

（三）严重脑中风后遗症

指因脑血管的突发病变引起脑血管出血、栓塞或梗塞，须由头颅断层扫描（CT）、核磁共振检查（MRI）等影像学检查证实，并导致神经系统永久性的功能障碍。神经系统永久性的功能障碍，指疾病确诊 180 天后，仍遗留下列至少一种障碍：

1. 一肢（含）以上肢体肌力 2 级（含）以下；
2. 语言能力完全丧失，或严重咀嚼吞咽功能障碍；
3. 自主生活能力完全丧失，无法独立完成六项基本日常生活活动中的三项或三项以上。

（四）重大器官移植术或造血干细胞移植术

重大器官移植术，指因相应器官功能衰竭，已经实施了肾脏、肝脏、心脏、肺脏或小肠的异体移植手术。

造血干细胞移植术，指因造血功能损害或造血系统恶性肿瘤，已经实施了造血干细胞（包括骨髓造血干细胞、外周血造血干细胞和脐血造血干细胞）的移植手术。

（五）冠状动脉搭桥术（或称冠状动脉旁路移植术）

指为治疗严重的冠心病，已经实施了切开心包进行的冠状动脉血管旁路移植的手术。

所有未切开心包的冠状动脉介入治疗不在保障范围内。

（六）严重慢性肾衰竭

指双肾功能慢性不可逆性衰竭，依据肾脏病预后质量倡议（K/DOQI）制定的指南，分期达到慢性肾脏病 5 期，且经诊断后已经进行了至少 90 天的规律性透析治疗。规律性透析是指每周进行血液透析或每天进行腹膜透析。

（七）多个肢体缺失

指因疾病或意外伤害导致两个或两个以上肢体自腕关节或踝关节近端（靠近躯干端）以上完全性断离。

（八）急性重症肝炎或亚急性重症肝炎

指因肝炎病毒感染引起肝脏组织弥漫性坏死，导致急性肝功能衰竭，且经血清学或病毒学检查证实，并须满足下列全部条件：

1. 重度黄疸或黄疸迅速加重；
2. 肝性脑病；
3. B 超或其他影像学检查显示肝脏体积急速萎缩；

4. 肝功能指标进行性恶化。

（九）严重非恶性颅内肿瘤

指起源于脑、脑神经、脑被膜的非恶性肿瘤，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）范畴，并已经引起颅内压升高或神经系统功能损害，出现视乳头水肿或视觉受损、听觉受损、面部或肢体瘫痪、癫痫等，须由头颅断层扫描（CT）、核磁共振检查（MRI）或正电子发射断层扫描（PET）等影像学检查证实，且须满足下列至少一项条件：

1. 已经实施了开颅进行的颅内肿瘤完全或部分切除手术；
2. 已经实施了针对颅内肿瘤的放射治疗，如 γ 刀、质子重离子治疗等。

下列疾病不在保障范围内：

1. 脑垂体瘤；
2. 脑囊肿；
3. 颅内血管性疾病（如脑动脉瘤、脑动静脉畸形、海绵状血管瘤、毛细血管扩张症等）。

（十）严重慢性肝衰竭

指因慢性肝脏疾病导致的肝衰竭，且须满足下列全部条件：

1. 持续性黄疸；
2. 腹水；
3. 肝性脑病；
4. 充血性脾肿大伴脾功能亢进或食管胃底静脉曲张。

因酗酒或药物滥用导致的肝衰竭不在保障范围内。

（十一）严重脑炎后遗症或严重脑膜炎后遗症

指因患脑炎或脑膜炎导致的神经系统永久性的功能障碍。神经系统永久性的功能障碍，指经相关专科医生确诊疾病 180 天后，仍遗留下述至少一种障碍：

1. 一肢（含）以上肢体肌力 2 级（含）以下；
2. 语言能力完全丧失，或严重咀嚼吞咽功能障碍；
3. 由具有评估资格的专科医生根据临床痴呆评定量表（CDR, Clinical Dementia Rating）

评估结果为 3 分；

4. 自主生活能力完全丧失，无法独立完成六项基本日常生活活动中的三项或三项以上。

（十二）深度昏迷

指因疾病或意外伤害导致意识丧失，对外界刺激和体内需求均无反应，昏迷程度按照

格拉斯哥昏迷分级（GCS，GlasgowComaScale）结果为 5 分或 5 分以下，且已经持续使用呼吸机及其他生命维持系统 96 小时以上。

因酗酒或药物滥用导致的深度昏迷不在保障范围内。

（十三）双耳失聪

指因疾病或意外伤害导致双耳听力永久不可逆性丧失，在 500 赫兹、1000 赫兹和 2000 赫兹语音频率下，平均听阈大于等于 91 分贝，且经纯音听力测试、声导抗检测或听觉诱发电位检测等证实。

（十四）双目失明

指因疾病或意外伤害导致双眼视力永久不可逆性丧失，双眼中较好眼须满足下列至少一项条件：

1. 眼球缺失或摘除；
2. 矫正视力低于 0.02（采用国际标准视力表，如果使用其他视力表应进行换算）；
3. 视野半径小于 5 度。

（十五）瘫痪

指因疾病或意外伤害导致两肢或两肢以上肢体随意运动功能永久完全丧失。肢体随意运动功能永久完全丧失，指疾病确诊 180 天后或意外伤害发生 180 天后，每肢三大关节中的两大关节仍然完全僵硬，或肢体肌力在 2 级（含）以下。

（十六）心脏瓣膜手术

指为治疗心脏瓣膜疾病，已经实施了切开心脏进行的心脏瓣膜置换或修复的手术。

所有未切开心脏的心脏瓣膜介入手术不在保障范围内。

（十七）严重阿尔茨海默病

指因大脑进行性、不可逆性改变导致智能严重衰退或丧失，临床表现为严重的认知功能障碍、精神行为异常和社交能力减退等，其日常生活必须持续受到他人监护。须由头颅断层扫描（CT）、核磁共振检查（MRI）或正电子发射断层扫描（PET）等影像学检查证实，并经相关专科医生确诊，且须满足下列至少一项条件：

1. 由具有评估资格的专科医生根据临床痴呆评定量表（CDR，ClinicalDementiaRating）评估结果为 3 分；
2. 自主生活能力完全丧失，无法独立完成六项基本日常生活活动中的三项或三项以上。

阿尔茨海默病之外的其他类型痴呆不在保障范围内。

（十八）严重脑损伤

指因头部遭受机械性外力，引起脑重要部位损伤，导致神经系统永久性的功能障碍。须由头颅断层扫描（CT）、核磁共振检查（MRI）或正电子发射断层扫描（PET）等影像学检查证实。神经系统永久性的功能障碍，指脑损伤 180 天后，仍遗留下列至少一种障碍：

1. 一肢（含）以上肢体肌力 2 级（含）以下；
2. 语言能力完全丧失，或严重咀嚼吞咽功能障碍；
3. 自主生活能力完全丧失，无法独立完成六项基本日常生活活动中的三项或三项以上。

（十九）严重原发性帕金森病

是一种中枢神经系统的退行性疾病，临床表现为运动迟缓、静止性震颤或肌强直等，经相关专科医生确诊，且须满足自主生活能力完全丧失，无法独立完成六项基本日常生活活动中的三项或三项以上。

继发性帕金森综合征、帕金森叠加综合征不在保障范围内。

（二十）严重Ⅲ度烧伤

指烧伤程度为Ⅲ度，且Ⅲ度烧伤的面积达到全身体表面积的 20% 或 20% 以上。体表面积根据《中国新九分法》计算。

（二十一）严重特发性肺动脉高压

指不明原因的肺动脉压力持续性增高，进行性发展而导致的慢性疾病，已经造成永久不可逆性的体力活动能力受限，达到美国纽约心脏病学会（New York Heart Association, NYHA）心功能状态分级 IV 级，且静息状态下肺动脉平均压在 36mmHg（含）以上。

（二十二）严重运动神经元病

是一组中枢神经系统运动神经元的进行性变性疾病，包括进行性脊肌萎缩症、进行性延髓麻痹症、原发性侧索硬化症、肌萎缩性侧索硬化症，经相关专科医生确诊，且须满足下列至少一项条件：

1. 严重咀嚼吞咽功能障碍；
2. 呼吸肌麻痹导致严重呼吸困难，且已经持续使用呼吸机 7 天（含）以上；
3. 自主生活能力完全丧失，无法独立完成六项基本日常生活活动中的三项或三项以上。

（二十三）语言能力丧失

指因疾病或意外伤害导致语言能力完全丧失，经过积极治疗至少 12 个月（声带完全切除不受此时间限制），仍无法通过现有医疗手段恢复。

精神心理因素所致的语言能力丧失不在保障范围内。

（二十四）重型再生障碍性贫血

指因骨髓造血功能慢性持续性衰竭导致的贫血、中性粒细胞减少及血小板减少，且须满足下列全部条件：

1. 骨髓穿刺检查或骨髓活检结果支持诊断：骨髓细胞增生程度<正常的 25%；如≥正常的 25%但<50%，则残存的造血细胞应<30%；

2. 外周血象须具备以下三项条件中的两项：

（1）中性粒细胞绝对值 $<0.5 \times 10^9/L$ ；

（2）网织红细胞计数 $<20 \times 10^9/L$ ；

（3）血小板绝对值 $<20 \times 10^9/L$ 。

（二十五）主动脉手术

指为治疗主动脉疾病或主动脉创伤，已经实施了开胸（含胸腔镜下）或开腹（含腹腔镜下）进行的切除、置换、修补病损主动脉血管、主动脉创伤后修复的手术。主动脉指升主动脉、主动脉弓和降主动脉（含胸主动脉和腹主动脉），不包括升主动脉、主动脉弓和降主动脉的分支血管。

所有未实施开胸或开腹的动脉内介入治疗不在保障范围内。

（二十六）严重慢性呼吸衰竭

指因慢性呼吸系统疾病导致永久不可逆性的呼吸衰竭，经过积极治疗 180 天后满足以下所有条件：

1. 静息时出现呼吸困难；

2. 肺功能第一秒用力呼气容积（FEV1）占预计值的百分比 $<30\%$ ；（3）在静息状态、呼吸空气条件下，动脉血氧分压（PaO₂） $<50\text{mmHg}$ 。

（二十七）严重克罗恩病

指一种慢性肉芽肿性肠炎，具有特征性的克罗恩病（Crohn 病）病理组织学变化，须根据组织病理学特点诊断，且已经造成瘻管形成并伴有肠梗阻或肠穿孔。

（二十八）严重溃疡性结肠炎

指伴有致命性电解质紊乱的急性暴发性溃疡性结肠炎，病变已经累及全结肠，表现为严重的血便和系统性症状体征，须根据组织病理学特点诊断，且已经实施了结肠切除或回肠造瘘术。

注意力缺陷症：是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：一种常见的儿童精神障碍，主要表现为超出了儿童年龄和发育正常

范围的注意力集中困难、活动过多、冲动任性等症状。

艾滋病：指获得性免疫缺陷综合症的简称。

艾滋病病毒：指获得性免疫缺陷病毒的简称。

获得性免疫缺陷综合症（AIDS）：其定义以世界卫生组织制定的定义为准。如果在被保险人的血液样本中发现艾滋病病毒或者其抗体，则认定被保险人已被艾滋病病毒感染或者患艾滋病。

与本合同等效的医疗保险：该医疗保险在保险责任范围、程度上应当与本保险等同，保险期间至少十二个月，且保险期间届满日与被保险人参加本保险日不超过三十日。

战争：包括入侵、内战、敌对国家行为、叛乱、革命、武装叛变、武装夺权、战争武器爆炸等。类似战争的行为视为战争。

恐怖主义活动：指任何人或者团伙出于政治、宗教、思想意识或者类似目的，为对政府施加影响和（或者）使全体或者部分公众处于恐惧、不安状态的行为。恐怖主义活动包括但不限于实际使用或者威胁使用武力或者暴力。恐怖主义活动，可仅为实施该活动者本身行为，或者代表某一机构、政府，或者与某一机构、政府相关。

保险金申请人：指受益人、被保险人的继承人或者依法享有保险金请求权的其他人。

不可抗力：指不能预见、不能避免并不能克服的客观情况。

现金价值：现金价值=净保险费×[1-（对该被保险人保险责任已经过日数/该被保险人保险期间日数）]。已经过日数不足一日的，按一日计算。本合同另有约定的，以约定为准。