

招商信诺优享安康高端个人医疗保险条款阅读指引

本阅读指引帮助您理解条款，保险合同的内容以条款为准。

✓ **您所拥有的重要权益**

1. 如果您方自签收本合同之日起 10 天内要求解除本合同，我方将向投保人无息退还已交付的保险费，本合同终止；签收本合同之日起 10 天后，您仍然有解除合同的权利，但可能会存在退保损失。
2. 被保险人可以享受本合同提供的保障。

✓ **您应特别注意的事项**

1. 请您留意保险责任条款中的各计划和保障方案，并根据您方的需求购买。
2. 请您留意保险金的给付条件和范围。
3. 请您留意各项责任的责任免除。各项责任的责任免除中任一情形导致被保险人发生相应责任的保险事故，我方不承担相应事故的赔付责任。
4. 请您留意合同中关于保险期间及合同效力终止的条款。
5. 请您留意续保的条件，如果您方不愿意续保，请在保单周年日前通知我方。
6. 请您留意保险条款中一些重要术语的详细解释。

✓ **条款目录**

第一章 关于本保险合同的说明

1. 保险双方协议
2. 保险合同构成
3. 保险责任生效

第二章 投保的重要事项

4. 投保年龄与年龄误告的处理
5. 常驻地与境外停留时间
6. 被保险人
7. 增减被保险人

第三章 保障的重要事项

8. 保障计划及方案
9. 保障区域
10. 等待期
11. 医院网络
12. 医疗费用项目
13. 受保障医疗费用的审核
14. 赔付比例
15. 赔付限额

第四章 保险责任

16. 基本保险责任
17. 可选保险责任
18. 附加保险责任

第五章 本合同的不保事项

19. 住院门诊的责任免除
20. 其他保险责任的责任免除

第六章 保险费及续保

21. 保险费的交纳

22. 未交纳保险费的处理

23. 续保条件

24. 保险费变更

第七章 解除及终止保险合同

25. 投保人解除合同的手续及风险

26. 合同效力终止

第八章 索赔

27. 预先授权

28. 诉讼时效

29. 保险金申请

30. 保险金给付

31. 其他核定结果

第九章 其他规定

32. 明确说明和如实告知

33. 我方合同解除权的限制

34. 联系您方

35. 联系我方

36. 保险合同变更

37. 保险合同执行人

38. 其他保险

39. 资料保护

40. 申诉

41. 适用的法律法规

42. 争议处理

43. 释义

附件：保险利益表

招商信诺优享安康高端个人医疗保险条款

第一章 关于本保险合同的说明

- | | |
|------------------|---|
| 1. 保险双方协议 | 根据载明于本保险合同（下称“本合同”）的规定， 我方 （见释义）将支付被保险人因遭受伤害、疾病等合同所及事项而产生的治疗费用及相关费用支出。 |
| 2. 保险合同构成 | 本合同包括以下部分： 保险单 （见释义）或其他保险凭证及所附条款、 您方 （见释义）的 投保文件 （见释义）、合法有效的声明、批注、附贴批单及其他协议。

您方须告知我方在申请日至生效日的期间内，您方所发生的任何健康与医疗情况的变化。我方将重新审核您方的投保申请。 |
| 3. 保险责任生效 | 保险责任将于保险单首页所载生效日期的 24 时起生效，该保险单将发送给您方，所对应的 保单周年日 （见释义）也为此日期（如当月无对应的日期，则以该月的最后一日为保单周年日）。

如您方选择为其他被保险人购买本保险责任，该被保险人保障的生效日期为其所在保险单首页载明日期的 24 时，该保险单将发送给您方。 |

第二章 投保的重要事项

- | | |
|------------------------|--|
| 4. 投保年龄与年龄误告的处理 | 本合同接受的被保险人的投保年龄为出生满 30 天至 65 周岁（见释义），并可续保至 75 周岁。

对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。您方在申请投保时，应按照与有效身份证件相符的被保险人的出生日期填写，如果发生错误按照下列方式办理：

i. 如您方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，在保险事故发生之前我们有权解除合同，并向您方退还未满期净保费。我方行使保险合同解除权，自我方知道有解除事由之日起超过 30 日不行使而消灭。

ii. 如您方申报的被保险人年龄不真实，致使实付保险费少于应付保险费的，我们有权更正并要求您方补缴保险费。若已经发生保险事故，我方有权在给付保险金时按实付保险费和应付保险费的比例给付。

iii. 如您方申报的被保险人年龄不真实，致使实付保险费多于应付保险费的，我方会将多收的保险费退还给您。 |
| 5. 常驻地与境外停留时间 | 所有被保险人的 常驻地 （见释义）应为中国大陆境内（不含香港、澳门、台湾）。

所有被保险人在 保险期间 （见释义）内在新加坡或日本停留的时间累计超过 90 天时：

i. 如果该被保险人的保障区域包含该国家，对前 90 天(含)中在该国 |

家发生的医疗，我方按照所选择的保障计划承担相应的赔付责任；

ii. 对 90 天后在该国家发生的医疗，我方不承担赔付责任。

6. 被保险人

您可为满足投保年龄的本人、配偶、子女、父母、孙子女、祖父母进行投保，并添加于投保申请中。经我方审核同意后，该被保险人姓名将载于保险单上，您方将可能承担额外的保险费。

如您方作为投保人为他人投保，经我方审核同意后，将承担交纳本合同保险费及其他所有本合同规定的责任。所有的申请须经医疗核保，我方仅对保险单上列明的被保险人承担保险责任。

7. 增减被保险人

您方可在每一保险期间终止时增加或减少下一保险期间的被保险人。

如果发生**丧失可保性的重大事件**（见释义），您方可在保险期间中途减少受该事件影响的被保险人。

第三章 保障的重要事项

8. 保障计划及方案

您方有三个不同档次的计划可以选择。

您方在选定的计划下，选择该计划的标准保障方案、经典保障方案和至尊保障方案三种保障方案之一进行投保。标准保障方案包括：住院医疗保障、健康管理服务、全球紧急救援；经典保障方案包括：住院医疗保障、健康管理服务、全球紧急救援和门诊医疗保障；至尊保障方案包括：住院医疗保障、健康管理服务、全球紧急救援、门诊医疗保障、生育医疗保障、牙科医疗保障、视力保障和体检保障。具体责任详见本合同附件“保险利益表”。

保险期间内不能变更已选定的可选保障。如果您方希望增加或减少可选保障选项，请于保单周年日前及时通知我方。若您方增加新的可选保障选项，请向我方提交一份详细的健康问卷，我方将据此对您方新增的保障选项责任及所对应的特殊规定进行审核。

您方有附属被保险人同时投保时，附属被保险人应该与主被保险人所选择的计划和保障方案保持一致。

9. 保障区域

各计划对应不同的保障区域：神州计划的保障区域是**中国大陆**（见释义）；大中华计划的保障区域是**大中华**（见释义）；亚洲计划的保障区域是**亚洲**（见释义）。

10. 等待期

住院（见释义）的等待期是 60 天，意外伤害和续保无等待期；

门诊（见释义）的等待期是 60 天，意外伤害和续保无等待期；

生育的等待期是 12 个月，续保无等待期；

重大牙科的等待期是 6 个月，意外伤害和续保无等待期；

视力保障和体检无等待期。

11. 医院网络

医疗服务（不包括体检）的服务网络包括：

- i. 中国大陆境内的二级及二级以上公立医院及其门诊部。对住院医疗保障，合格的医疗机构不包括门诊部。
- ii. 满足下面所有条件的中国大陆境内的非公立医院或诊所、中国大陆境外的医疗机构：
 - 1) 拥有所在国家的合法经营执照；
 - 2) 设立的主要目的为向受伤者和患病者提供留院治疗和护理服务；
 - 3) 在所在国合法注册的**医生**（见释义）和**护士**（见释义）常驻执业。
 - 4) 对住院责任，合格的医疗机构还应该提供全年无休的、每日 24 小时的病房医疗和护理服务。

体检服务的服务网络包括：

- i. 满足上款条件的医疗机构；
- ii. 拥有所在国合法的体检服务经营执照的专业体检机构。

但是，所有服务的服务网络均不包括：

- i. 护理机构、矿泉疗养院、水疗所、疗养所、康复机构、戒酒机构、酒精或者药物滥用看护机构、戒毒机构、疗养院或者养老院等其他类似目的的机构。
- ii. 治疗的被保险人或者其家庭拥有全部或者部分所有权的医疗机构。
- iii. **昂贵医院清单**（见释义）列明的医院。

12. 医疗费用项目

本产品保障范围覆盖的医疗费用不受**社保目录**（见释义）中规定的限制。

但是覆盖的各项医疗费用应该符合下面的“保险责任”条款及释义中的定义，并且不包括“责任免除”条款及保险单中特别约定中所免除的项目。

13. 受保障医疗费用的审核

对所发生的医疗费用，由我方负责审核是否符合以下赔付条件：**1)** 发生时间在本合同生效后，且在本合同效力终止前；**2)** 在计划的保障区域内；**3)** 服务的医生和护士满足本条款释义；**4)** 就诊的医疗机构符合前面的“医院网络”条款；**5)** 符合“预先审核”条款的要求；**6)** 属于**医疗必须**（见释义）；**7)** 费用水平符合当地**通常医疗惯例**（见释义）。

对确定的医疗费用，按照“保险责任”条款的界定区分为住院、门诊、生育、牙科、视力、体检各部分的医疗费用，按照下列条款审核各受保障医疗费用的金额。

- i. 对住院费用，经审核 **1)** 符合住院的等待期要求；**2)** 不属于“本合同的不保事项”中“对住院和门诊的责任免除”所列范围；**3)** 费用发生的医疗机构不在当时公布的昂贵医院清单范围内；**4)** 属于“保险责任”条款的“住院”所列范围，并且按照各明细项目的每天限

额、每年所限天数。

- ii. 对门诊费用，经审核 1) 保障计划中包含门诊责任；2) 符合门诊的等待期要求；3) 不属于“本合同的不保事项”中“住院和门诊的责任免除”所列范围或保险单中特别约定中所免除的项目；4) 费用发生的医疗机构不在当时公布的昂贵医院清单范围内；5) 属于“保险责任”条款的“门诊”所列范围，并且按照各明细项目的每年的次数限制或天数限制、每次限额、每天限额。
- iii. 对生育费用，经审核 1) 保障计划中包含生育责任；2) 符合生育的等待期要求；3) 不属于“本合同的不保事项”中“生育的责任免除”所列范围或保险单中特别约定中所免除的项目；4) 属于“保险责任”条款的“生育”所列范围，并且按照各明细项目的每年的次数限制或天数限制、每次限额、每天限额。
- iv. 对牙科费用，经审核 1) 保障计划中包含牙科责任；2) 符合牙科的等待期要求；3) 不属于“本合同的不保事项”中“牙科的责任免除”所列范围或保险单中特别约定中所免除的项目；4) 属于“保险责任”条款的“牙科”所列范围，并且按照各明细项目的每年的次数限制。
- v. 对视力费用，经审核 1) 保障计划中包含视力责任；2) 属于“保险责任”条款的“视力”所列范围；3) 不属于“本合同的不保事项”中“视力的责任免除”所列范围或保险单中特别约定中所免除的项目。
- vi. 对体检费用，经审核 1) 保障计划中包含体检责任；2) 属于“保险责任”条款的“体检”所列范围；3) 不属于“本合同的不保事项”中“体检的责任免除”所列范围或保险单中特别约定中所免除的项目。

14. 赔付比例

- i. 住院和门诊责任的赔付比例：

保障计划中的住院和门诊责任区分公立医院普通部、公立医院非普通部、非公立医院，设定不同的赔付比例。

对 13.确定的住院和门诊费用，区分公立医院普通部发生的费用、公立医院非普通部发生的费用、非公立医院发生的费用。按照所选计划对应的公立医院普通部赔付比例、公立医院非普通部赔付比例、非公立医院赔付比例，计算住院初算赔付金额、门诊初算赔付金额。

- ii. 生育责任的赔付比例：

保障计划中的生育责任设定统一的赔付比例。对 13.确定的生育费用，按照所选计划对应的赔付比例计算生育初算赔付金额。

- iii. 牙科责任的赔付比例：

保障计划中的牙科责任区分预防性牙科、基础牙科、重大牙科，设定不同的赔付比例。

对 13.确定的牙科费用，按照“保险责任”的“牙科”区分预防性牙科费用、基础牙科治疗费用、重大牙科治疗费用。按照所选计划对应的预防性牙科赔付比例、基础牙科赔付比例、重大牙科赔付比例，计算牙科初算赔付金额。

iv. 视力责任的赔付比例：

保障计划中的视力责任设定统一的赔付比例。对 13.确定的视力费用，按照所选计划对应的赔付比例计算视力初算赔付金额。

v. 体检责任的赔付比例：

保障计划中的体检责任设定统一的赔付比例。对 13.确定的体检费用，按照所选计划对应的赔付比例计算体检初算赔付金额。

15. 赔付限额

保障计划中对住院、门诊、生育、牙科、眼科、体检分别设定每年赔付限额。另外对住院、门诊中一些分项费用还可能设有该项费用的每年分项赔付限额。

对 14.所确定的各项责任的初算赔付金额，根据下列两项计算各项责任的最终应赔付金额：1) 所选计划对应的住院、门诊、生育、牙科、视力、体检各项责任的实际每年总赔付不超过计划中规定的各项的每年赔付限额；2) 住院、门诊中一些分项费用的实际每年总赔付不超过计划中规定的各分项的每年分项赔付限额。

第四章 保险责任

16. 基本保险责任

i. 住院

- 1) 与住院直接相关的入院前一次门诊费用：a) 入院前为了明确诊断导致住院之疾病而发生的门诊；b) 或作为住院前准备进行治疗的门诊。
- 2) 与住院直接相关的救护车费用，包括：a) 从紧急状态发生地运送到医院；b) 转院。
- 3) 综合住院治疗费用，包括：
 - a) 病房费、**膳食费**（见释义）及护理费；
 - b) **重症监护**（见释义）病房费用；
 - c) **手术费用**（见释义）；
 - d) **处方药**（见释义）费；
 - e) **检查化验费**（见释义）；
 - f) 癌症治疗费用：不仅包括因癌症导致的住院费用，另外因癌症进行诊断、随诊、复查、化疗、放疗而进行的门诊费用也包含在本项中；
 - g) 器官移植费用，是指经相关专科医生明确诊断，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、获取以及从供体切除、储藏、运送器官的相关费用，也不包括支付给供方的费用。
 - h) 其他住院杂项费：包括在医疗账单上列明的**治疗费**（见释义）和材料费、医生费、**物理治疗**（见释义）费、住院期间医疗机构拥有的医疗设备使用费

用等。

- 4) 手术植入材料费用：指手术过程中由手术医生植入体内的、在医疗账单中单独记账的组织相容性人工材料的费用。手术结束后如不经再次外科手术，该材料无法去除或重置。包括：a) 塑形性植入器材：骨板/骨钉等组织固定材料、钛网/支架等组织成型材料、义乳/骨蜡等组织缺损的充填材料等；b) 功能性植入材料：人工器官、脑起搏器、心脏起搏器等。
- 5) 耐用医疗设备费用：指由专科医生明确诊断并开具医嘱、需要被保险人购买并长期使用的的下列医疗设备而产生的费用，包括：a) 外置胰岛素泵；b) 外置心脏起搏器；c) 外置性矫正器，包括义眼、义肢、非急救中使用的颈托夹板；4)助听器。
- 6) **家庭护理**（见释义）费用：指被保险人出院时，经专业医生建议出院后需在家继续接受与该治疗相关的护理费用。每一保险期间内最长以 30 天为限。
- 7) 临终关怀费用：指如果被保险人已获得最终诊断并确认无法通过接受治疗以使其康复（包括植物人状态），而进行临终住院的病房费、护理费、处方药费用及身心护理服务费。每一保险期间内最长以 90 天为限。
- 8) 父母陪同未成年人住院费用：指接受住院治疗的被保险人为未满 18 周岁的未成年人时，父母亲其中一位或一位法定监护人在同一医院中陪同治疗的住宿费用，本保障于被保险人满 18 周岁时为终止。
- 9) 住院津贴：每住院一天，按照所选计划对应的住院津贴每日金额给付住院津贴；

上面费用项目中，其他项目均从属于第 3) 项所对应的住院，如果某次住院经审核不属于受保障的医疗费用（见 13.），与该次住院有关的其他项目也不属于受保障的医疗费用。

ii. 健康管理服务

- 1) 第二诊疗意见；
- 2) 在线健康评估、远程健康管理。

iii. 全球紧急援助服务

- 1) 紧急医疗撤离；
- 2) 医疗转运。

17. 可选保险责任

i. 门诊

- 1) 综合门诊医疗费用，包括在门诊发生的如下费用：
 - a) 挂号费、诊疗费；
 - b) 治疗费；

- c) 处方药费;
 - d) 检查化验费;
 - e) 门诊发生的手术费用;
 - f) 非正式住院的留院观察费用;
 - g) 物理治疗费, 经专科医生明确建议采用物理治疗;
 - h) **紧急牙科** (见释义) 治疗费, 被保险人因遭受紧急牙科情况, 并于该情况发生之日起 30 天内接受牙科门诊治疗。
- 2) 康复治疗费用, 由专科医生确诊并且开具医嘱需要接受康复治疗, 包括中风后的物理治疗、**职业治疗** (见释义)。每天康复治疗费用的给付以 200 元为限。
 - 3) **顺势治疗、正骨治疗、针灸或中医治疗** (见释义) 费用, 经专科医生明确建议采用顺势治疗、正骨治疗、针灸或中医治疗以帮助被保险人恢复正常的生理机能。每次治疗的给付以 1,000 元为限。
 - 4) 言语治疗费用, 被保险人由于遭受本合同范围内的疾病 (例如中风) 须进行治疗, 在专科医生的建议下, 被保险人于治疗期间或紧接治疗之后接受短期的言语治疗。

18. 附加保险责任

i. 生育

包括与妊娠和分娩有关的下列所有费用: 1) 产前检查; 2) 正常分娩; 3) 剖腹产; 4) 生育并发症; 5) 医学原因的流产或终止妊娠; 6) 产后复查; 7) 出生后 15 天内的新生儿护理。

ii. 就诊协助

- 1) 常规就诊协助;
- 2) 紧急就医安排;
- 3) 全程导医服务;
- 4) 病情康复跟踪。

iii. 牙科

- 1) 牙科预防治疗: 1) 口腔检查, 洁牙及抛光; 2) 预防性颌间咬合垫。
- 2) 基本牙科治疗: 1) 牙体充填; 2) 根管治疗; 3) 拔牙; 4) 牙科手术; 5) 铸造牙冠修复; 6) 活动牙桥、活动牙托; 7) 临时牙冠修复。
- 3) 重大牙科治疗: 1) 烤瓷牙; 2) 烤瓷桥; 3) 全口义齿; 4) 正畸治疗; 5) 种植牙治疗; 6) 颞下颌关节镜治疗; 7) 牙周治疗。

iv. 视力

视力检查: 每一保险期间一次验光师或眼科专家实施的眼科检查;

配镜: 为纠正视力异常, 经验光师或眼科专家许可所配的眼镜费

用、隐形眼镜费用；每一保险期间限一次。

v. 体检

- 1) 不满 18 周岁儿童的体检福利：
 - a) 儿童常规疫苗接种；
 - b) 每年限一次儿童常规体检暨发育状况评估；
 - c) 15 周岁以下儿童每年限一次听力检测。
- 2) 18 周岁及以上成人的体检福利：
 - a) 旅行必需的或医学所必需的疫苗接种；
 - b) 常规成人体检；
 - c) 每年一次帕帕尼科拉乌检查，通常被称为巴氏涂片（检查）；
 - d) 每年一次针对 50 周岁及以上男性被保险人进行的前列腺筛查，通常称为前列腺特异性抗原（PSA）检查；
 - e) 每年一次针对 35 周岁及以上女性被保险人进行的乳腺癌筛查或诊断目的进行的乳腺 X 线摄影检查；
 - f) 每年一次针对 55 周岁及以上被保险人进行的肠癌筛查。
 - g) 每年一次的骨密度扫描。

第五章 本合同的不保事项

19. 住院和门诊的责任免除

i. 对下列疾病除外

- 1) 在本合同生效日之前被保险人已患疾病或已有症状；除非被保险人告知并经我们书面同意承保；
- 2) 精神疾病或心理疾病、遗传性疾病、先天性疾病、发育异常、法定传染病、职业病、性传播性疾病、艾滋病（AIDS）或感染艾滋病病毒（HIV）及因上述原因并发的其他疾病；上述疾病的具体定义和范围以世界卫生组织颁布的《疾病和有关健康问题的国际统计分类（ICD-10）》为准；
- 3) 脱发、痤疮、良性皮肤损害（如痣、皮赘、疣、色素沉着、黄褐斑、胎记）、白癜风、非瘢痕疙瘩型瘢痕、鸡眼、灰指甲、手癣脚癣、失眠、鼾症、颞下颌关节疾病；
- 4) 妊娠及妊娠并发症、分娩、流产、不孕不育症、避孕、节育绝育、性功能相关问题、变性手术；
- 5) 所有牙科疾病、所有视力曲光异常问题。

ii. 对下列治疗除外

- 1) 治疗所在的医疗机构或治疗的医生不符合本条款释义；
- 2) 非医学必需的治疗，如仅有不适症状，入院诊断和出院诊断均不是明确疾病的住院；

- 3) 超过通常惯例水平之外的治疗；
 - 4) 美容整容治疗、没有专科医生明确要求或不在符合定义的医疗机构进行的康复治疗、疗养、包皮环切、非医学必需的激素治疗、减肥治疗、营养咨询、丰胸或缩胸治疗、戒烟治疗、戒酒治疗、其他成瘾性物质戒断治疗；
 - 5) 对遗体或供体实施的任何活细胞冷冻贮藏、植入和再植入等；
 - 6) 器官移植中与器官提供者有关的所有费用。
- iii. 对下列原因导致的疾病或意外除外
- 1) 医疗事故；未遵医嘱私自服用/涂用/注射药物；服用、吸毒、吸食或注射违禁药品或成瘾性物质、物质依赖、醉酒或斗殴；从事其健康状况不适宜的活动或运动；前往出发地所在国政府、目的地所在国政府或者联合国明确告知不建议前往的国家或者地区；
 - 2) 故意自伤、犯罪或拒捕；投保人、受益人对被保险人的故意杀害、故意伤害；
 - 3) 酒后驾驶（见释义）、无合法有效驾驶证驾驶（见释义），或驾驶无有效行驶证（见释义）的机动车（见释义）；
 - 4) 潜水（见释义）、滑水、跳伞、攀岩（见释义）、蹦极跳、赛马、赛车、摔跤、武术比赛（见释义）、探险活动（见释义）及特技表演（见释义）等高风险活动；
 - 5) 战争、军事冲突、暴乱或武装叛乱；核爆炸及化学污染。
- 20. 其他保险责任的
责任免除**
- i. 生育的责任免除
- 1) 非医学原因的选择性终止妊娠及其并发症；
 - 2) 医生认为非医疗必要的选择性剖腹产，以及因此产生的治疗费用及其并发症；
 - 3) 产前辅导课程，与生产无关的助产士等费用；
 - 4) 计划在家中分娩导致或引起的并发症；
 - 5) 避孕、节育绝育（含绝育以及绝育恢复手术）、治疗不孕不育症、性病、性功能相关治疗、变性手术，或由前述情形导致的并发症的治疗；
 - 6) 因健康原因被医师建议不宜旅行的被保险人执意旅行或怀孕 28 周以上乘坐飞机旅行引起的伤害或病症的治疗。
- ii. 牙科的责任免除
- 1) 非治疗必需的、以美容为目的的牙齿处理、美白、义齿、高嵌体、种植牙、贴面以及相关费用；
 - 2) 除保险单特别约定外，牙齿种植以及任何牙科治疗过程中所使用的贵金属材料、假牙；
 - 3) 被保险人违法行为导致的牙科治疗；
 - 4) 非医疗必须的情况下，更换已有的义齿；

5) 满 19 周岁的被保险人进行的正畸治疗。

iii. 视力的责任免除

- 1) 屈光不正的激光手术治疗，包括 PRK、LASIK、LASEK、PEC-LASIK 等；
- 2) 不是以矫正曲光异常为目的的各种眼镜，包括太阳镜、变色镜、各种防护眼镜、手术眼镜等专业用途眼镜等。

iv. 体检的责任免除

- 1) 出于行政或管理事务目的（比如与投保保险、招聘、入学或运动相关的体格检查）的体检、婚前体检、旅游体检、出境体检、疾病普查等；
- 2) 家庭咨询、性咨询、婚前咨询、医疗事故鉴定、精神病鉴定、孕妇胎儿性别鉴定、各种验伤鉴定、亲子鉴定、遗传基因鉴定等。

第六章 保险费及续保

21.	保险费的交纳	保险费及其应支付的时间与方式均已载明于您方的保险单中。您方应准时交纳保险单详细载明的保险费及任何其他费用，支付货币为人民币。
22.	未交纳保险费的 处理	<p>投保人未支付首期保险费，本合同自始无效。</p> <p>投保人支付首期保险费后，在保险费到期日未交纳本合同规定的续期保险费的，自保险费到期日的 24 时起 60 日为宽限期。宽限期内发生的保险事故，我方仍会承担保险责任，但在给付保险金时会扣减欠交的各期保险费。</p> <p>如果投保人宽限期结束之后仍未交付保险费，则本合同自宽限期满的 24 时起终止效力。</p>
23.	续保条件	<p>本合同在每一个保单周年日将自动续保，但我方拒绝续保或本合同终止的除外。</p> <p>在每一个保单周年日前，我方将向您方发出自动续保通知，如果您方不愿意续保，应在保单周年日前通知我方。</p>
24.	保险费的变更	我方将在保单周年日前书面通知您方关于下一保险期间内将发生的保险费的变更信息。请注意每年的保险费可能有所不同。

第七章 解除及终止保险合同

25.	投保人解除合同的 手续及风险	<p>投保人自签收本合同之日起的 10 天内称为犹豫期，如果投保人在犹豫期内要求解除本合同，在我方收到解除合同申请书且审核通过后，我方将向投保人无息退还已交付的保险费，本合同自始无效。</p> <p>如投保人在犹豫期后申请解除本合同，请填写解除合同申请书并向我方提供下列资料：</p> <ol style="list-style-type: none"> i. 保险合同； ii. 投保人的有效身份证件。
------------	---------------------------	--

- iii. 自我方收到解除合同申请书且审核通过之日起，本合同终止。如您方在此保险期间内无理赔或无付款担保（见释义），我方自收到解除合同申请书且审核通过之日起 30 天内向投保人退还本合同在退保申请审核通过之日的**未到期净保费**（见释义）。

投保人犹豫期后解除合同会遭受一定损失。

26. 合同效力终止

本合同在发生下列任一情况时终止：

- i. 被保险人身故；
- ii. 您方或我方按本合同或相关法律法规的规定解除本合同；
- iii. 本合同保险期间届满；
- iv. 本合同因法律规定或本合同约定的其他情况而终止；
- v. 由于风险状况的变更，我方在到期日前书面通知您方本合同不予续保。

第八章 索赔

27. 预先授权

下述所有治疗前均需取得我方的预先授权。若您方未取得我方的预先授权，将可能对您方的理赔造成延迟，也有可能我方拒绝向您方给付全部或部分理赔款项。

- i. 被保险人必须在每次住院前联系我方

如果主持被保险人治疗的执业医师决定需要延长留院治疗时间并超出我方的预先批准时长，或者已或我方审核同意的治疗方案将有所变动，必须尽快向我方寄送治疗的专科医生出具的医疗报告，并载明下列全部信息：

 - 1) 被保险人预期需要留院治疗的时长；
 - 2) 被保险人的诊断信息（如果诊断发生了变更）；以及
 - 3) 被保险人所接受过的治疗和未来需要接受的治疗。
- ii. 被保险人必须在每次所有手术（包括器官移植、骨髓移植或外周血干细胞移植）及操作性治疗前联系我方，包括在门诊、住院或日间病房发生的上述治疗；
- iii. 被保险人必须在每次生育就诊前联系我方，包括住院和门诊；
- iv. 被保险人必须在每次计算机断层扫描（CT）、核磁共振成像（MRI）或正电子发射断层扫描（PET）前联系我方；
- v. 被保险人必须在每次物理治疗、职业治疗、言语治疗或任何以康复为目的的治疗前通知我方，包括在门诊、住院或日间病房发生的上述治疗；

因需要物理治疗、职业治疗、言语治疗或任何康复治疗的疾病往往较为复杂，您方通知我方时必须提交主持该次治疗的专科医生的医疗报告，该报告须载明：

 - 1) 被保险人的诊断信息；
 - 2) 被保险人已接受的治疗详情和后续的治疗安排；
 - 3) 预计的出院日期。
- vi. 被保险人必须在每次家庭护理前联系我方；

vii. 被保险人必须在每次临终关怀前联系我方；

某些情况下，若被保险人确实无法预先联系我方取得批准（如发生紧急事件，或突然生病必须立刻接受治疗），在这样的情况下，如条件允许，您方应在接受治疗后尽快联系我方，以便我方决定是否应承担后续的治疗费用。在这种情况下，您方须向我方说明需立即接受治疗的原因，并且我方有可能请您方举证。若我方确定您方确实无法事先联系我方，即使未经预先授权，我方仍将承担在本合同规定范围内的第一次紧急治疗费用（包括任何处方药物）。

尽管紧急治疗不需要经过我方的预先授权，若被保险人在紧急情况下被送往医院治疗，应该安排医院或其家庭成员在其入院后 48 小时内联系我方（或者在入院 48 小时后尽早联系我方），以使我方能确认被保险人合理使用了相关的保障。

若被保险人被送往的医院、医生或诊所不属于我方医疗网络范围内的机构，在确认不影响医治的情况下，经被保险人同意，我方将安排被保险人转至我方医疗网络范围内的医院、医生或诊所继续接受治疗。您可以通过拨打客户服务热线查询被保险人被送往的医院、医生或诊所是否属于我方医疗网络范围，客户服务热线电话号码载于您方持有的成员身份卡上。

若您方已提交该治疗预先授权申请，但尚未取得我方的书面答复，我方将按照预先授权程序应予批准的额度进行支付。若您方无法证明曾提交过关于该治疗的预先授权申请，我方将按照治疗费用的 80% 作为我们认可的费用，进行理赔计算。

对于每一次的理赔，被保险人必须严格按照本节所述的理赔流程执行，否则我方将不予支付理赔款项。

28. 诉讼时效

被保险人向我方请求给付保险金的诉讼时效期间为 2 年，自其知道或应当知道保险事故发生之日起计算。

29. 保险金申请

被保险人在向我方申请理赔时，应详细填写理赔申请表的具体内容。理赔申请表请您在网站下载，并在填写完成后寄送至您方持有的会员卡上的地址。

如有必要，我方会要求您方或被保险人额外提供以下资料来核定理赔，例如：

- i. 医疗报告或关于被保险人状况的其他资料；
- ii. 任何我方要求提供并予承担费用的独立医疗体检报告

理赔申请可以通过电邮的形式发送给我方，但同时也必须将书面资料寄送我方。

30. 保险金给付

i. 提前给付

在某些情况下，若我方同意提前批准为某种特殊治疗支付部分或全部款项，我方将会向被保险人或医院、医生或诊所提供付款保证担保，待治疗结束，在收到相关的申请和发票复印件后，我方将按照付款保证证明向该被保险人或该医院、医生或诊所支付担

保的款项。

ii. 收到发票后付款

- 1) 有些医院、医生或诊所倾向于直接与我方结算。若该项治疗确属本合同保障范围，该医院、医生或诊所应将原始发票提供给到我方，一经收到发票，我方将直接向该医院、医生或诊所支付款项。
- 2) 如果医院、医生或诊所直接与被保险人结算，但并未收到付款，被保险人必须将该原始发票提供给我方，我方将根据本合同的约定责任向该医院、医生或诊所支付应付款项。
- 3) 如果医院、医生或诊所直接与被保险人结算，且已收到付款，被保险人应将该原始发票以及该医院、医生或诊所的收款回执一并提供给我方，我方将根据本合同的约定责任向被保险人支付应付款项。
- 4) 任何情况下，我方仅赔付治疗费用中属于本合同约定责任的部分，如果所发生的治疗费用中有任何不属于本合同所约定的责任范围，我方将向您说明。

31. 其它核定结果

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，向我方提出索赔申请的，我方有权解除合同，并不退还保险费。

您方故意制造保险事故的，我方有权解除合同，不承担给付保险金的责任；自合同成立之日起超过 2 年的，我方向投保人退还保险单的现金价值；自合同成立之日起不满 2 年的，我方不退还保险费；但是本合同另有约定的除外。

保险事故发生后，您方或者受益人以伪造、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，我方对虚报的部分不承担给付保险金的责任。

您方或者受益人有以上规定行为之一，致使我方支付保险金或者支出费用的，应当在收到我方相关通知后之日起 30 日内向我方退回或者赔偿。

第九章 其他规定

32. 明确说明和如实告知

订立本合同时，我方应向投保人明确说明本合同的条款内容。

对保险条款中免除责任的条款，我方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投保人注意的提示，并对该条款的内容以书面或者口头形式向投保人作出明确说明，未作提示或者明确说明的，该条款不产生效力。

订立本合同时，我方就投保人和被保险人的有关情况提出询问，投保人应当如实告知。

如果投保人故意或因重大过失未履行前款规定的如实告知义务，足以影响我方决定是否同意承保或者提高保险费率的，我方有权解除本合

同。

如果投保人故意不履行如实告知义务的，我方对于本合同解除前发生的保险事故，我方不承担给付保险金的责任，并不退还保险费。

如果投保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，对于本合同解除前发生的保险事故，我方不承担给付保险金的责任，但应当无息退还保险费。

我方在合同订立时已经知道投保人未如实告知的情况的，不会解除合同；发生保险事故的，我方承担给付保险金的责任。

- 33. 我方合同解除权的限制** 前条规定的合同解除权，自我方知道有解除事由之日起，超过 30 日不行使而消灭。
- 34. 联系您方** 如果我方需要就本合同的有关事宜联系您方，或通知将终止或修改本合同，我方将依据您方所提申请载明的地址寄送书面通知。
- 35. 联系我方** 在本规则所述中的某些情况下，如果您方需要书面联系我方，请按照您方持有的成员身份卡上的地址或电子邮箱地址向我方寄送相关资料。
- 如果在其他情况下您方需要联系我方，请您方发送电子邮件至您方持有的成员身份卡上的电子邮箱地址，您方也可拨打客户服务热线，客户服务热线电话号码载于您方持有的成员身份卡上。
- 36. 保险合同变更** 除我方授权代表以外，任何人均无权更改本合同或取消其中的任意条款，例如：销售代表、经纪人及其他中介方均无权擅自变更或拓展本合同的任何规定。
- 我方保留依照相关法律法规变更本合同的权利，在发生变更时将书面通知您方。
- 我方同时保留变更续保条件的权利，变更将于保单周年日起生效，我方将至少提前 28 天书面通知您方。
- 37. 保险合同执行人** 本合同仅对您方与我方具有法律权益，只有您方或我方可以执行本协议。
- 38. 其他保险** 如果其他保险公司也为您方提供了保障，我方将与其协商具体的赔付比例。
- 39. 资料保护** 我方需要收集及处理与您有关的个人资料以管理合同及提供保障，您方对我方出于必要而合理的需求而收集及处理您的个人资料予以认可。
- 我方将会记录来电或去电以控制质量。依据相关法规，我方会对持有的个人资料严格管控。我方将在运营过程中使用这些资料，并有可能需要与我方授权的第三方分享，在某些情况下需要传输资料到中国大

陆之外的地区。该进程除须在保护数据的基础上执行外，还须符合契约中关于机密性及安全性方面的规定。如果您方需要一份我方持有的您方个人资料复印件，请书面告知我方您的成员编号。我方将会对提供的信息收取合理的费用。

为更好地防范与核查欺骗行为，我方有可能需要与其他保险商或机构分享信息，但仅限于关于欺骗或试图欺骗行为的信息分享，不涉及任何被保险人医疗信息的泄露。

- 40. 申诉** 任何申诉请第一时间寄送我方，具体地址载明于您方持有的成员身份卡上：
- 如果申诉未能解决，将会按照下面的“争议处理”条款解决。
- i. 任何申诉请第一时间寄送我方，具体地址载明于您方持有的成员身份卡上：
 - ii. 如果申诉未能解决，将会按照下面的“争议处理”条款解决。
- 41. 适用的法律法规** 本合同依据中华人民共和国法律制定，并严格遵循该法律。
- 关于本合同的任何争议，包括合同的有效性、构成及终止条款，将适用中华人民共和国法律。
- 42. 争议处理** 本合同履行过程中发生争议时，可以从下列两种方式中选择一种争议处理方式：
- i. 因履行本合同发生的争议，由当事人协商解决，协商不成的，提交当事人届时共同选择的仲裁委员会仲裁；
 - ii. 因履行本合同发生的争议，由当事人协商解决，协商不成的，向依法对本合同有管辖权的中华人民共和国人民法院提起诉讼。
- 43. 释义** 在本合同中，下列用语具有如下特定的含义：
- 43.1 我方、信诺、保险人 指招商信诺人寿保险有限公司。
- 43.2 保险单 指投保人所有的证明文件，上面载明有保险合同编号、生效时间、保障方案、被保险人等必要的信息。
- 43.3 您、您方 指投保人。
- 43.4 投保文件 指投保人的投保申请（不管是邮寄申请表还是在线申请的形式），以及在保障期内投保人及被保险人所作的信息变更或补充信息告知。

43.5	保单周年日	指每年与本合同生效日所对应的公历日期，如当年无相同的公历日期，则以该公历月的最后一个公历日为保单周年日。
43.6	周岁	出生日为零岁，每个公历生日的次日零时长一岁。 公历生日是指：出生后每年与出生日的公历日期相同日，如当年无相同的公历日期，则以该公历月的最后一个公历日作为当年的公历日期相同日。公历生日不包含出生日。
43.7	常驻地	本人作为户主或租户在当地有固定居住地址，且在过去一年内至少居住不少于六个月。
43.8	保险期间	指被保险人受到本合同保障的期限，由生效日至到期日或本合同效力终止。
43.9	丧失可保性的重大事件	对于所有被保险人，包括身故、失踪、被通缉、被监禁或进入其他司法强制状态、常驻地变更等导致该被保险人不再适合投保本保险的事件。 另外，对于附属被保险人，还包括离婚、终止法律关系、中止抚养等导致与投保人法律关系中止的事件。
43.10	中国大陆	指中华人民共和国领土范围内除香港、澳门、台湾地区外的全部地区。
43.11	大中华	指中华人民共和国全部领土范围的地区，含香港、澳门、台湾地区。
43.12	亚洲	指政治意义上的亚洲。按照各国家和地区的国际公认的归属确定。不包括大洋洲。
43.13	住院	指因疾病或者意外伤害而入住医院之正式病房进行治疗，并正式办理入出院手续，不包括入住门诊观察室、家庭病床、挂床住院等非正式病房及不合理的住院。 挂床住院是指名义上进行了入出院手续，实际未入住病房、未在病房接受检查、治疗的情况。
43.14	门诊	指病人在医院门诊、诊疗室、外派门诊部进行的就诊和治疗。
43.15	医生	指在所在国合法注册的具有医生资格的、拥有处方权、且正在执业的医疗服务人员，需要满足下列条件： i. 对其从事的医疗操作经过培训和训练从而具有相应的治疗资格； ii. 其从事的医疗操作在其执业医师资格允许的范围； iii. 不是被保险人的家庭成员； iv. 与被保险人没有商业联系。
43.16	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。
43.17	昂贵医院清单	根据我方对目前保障区域医疗市场的医疗机构进行的收费水平分析，一些医疗机构收费水平明显高于其他医疗机构的通常收费水平。对此我方列出了此类机构的清单。此类机构在本合同订立时有效的清单附于本保险合同中，如果续保时清单已经更新，续保时有效的清单将作为批单发送您方。

由于各医疗机构的收费水平将发生变化，我方将跟踪分析并及时对此清单在我方网站[www.cigna-cmc.com]上进行必要的更新和公布。

- 43.18 社保目录 指中国社会医疗保险法规中所规定的属于社会医疗保险保障范围的药品及其他医疗项目清单。
- 43.19 医疗必须 符合下列全部标准：
- i. 被保险人有明确诊断的疾病或意外伤害，或者被保险人有明确的症状且就诊后发现了与该症状有医学上可解释的联系的检查化验异常结果；
 - ii. 被保险人接受的护理、检查、治疗及手术与上述疾病、意外伤害、症状有医学上可解释的直接关系；
 - iii. 根据治疗当地普遍接受的医疗实践标准，采用的医疗服务、设施符合其具体病情；并且为达到同样治疗目的，如不采用该项服务、设施，没有其他效价比更佳的服务、设施。
- 我方医疗团队会在比较可选择服务、设施或供给的成本效率后决定性价比最佳的医疗服务和设施。
- 43.20 通常医疗惯例 指接受的医疗服务、设施与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。
对此，我方医疗团队将根据客观、审慎、合理的原则进行审核；如果被保险人对审核结果有不同意见，可由双方认同的权威医学机构或者权威医学专家进行审核鉴定。
- 43.21 膳食费 根据医生的医嘱，由作为医院内部专属部门的、为住院病人配餐的食堂配送的膳食费。
膳食费应包含在医疗账单内；根据各医疗机构的惯例，可以作为独立的款项、也可以合并 in 病房费等其他款项内。
如果一些医疗机构自身不设内部专属的食堂而将病人膳食外包给独立经营的商业餐饮单位、从而膳食费不包含在医疗账单内的，被保险人提供证明上述情况属实并经我方证实后，将按照膳食费发票金额的50%作为与医疗相关的膳食费金额进行后续的理赔计算。
- 43.22 重症监护 包括：
- i. 高度医护病室（HDU）：指提供高级别医疗护理及监督的病室，如单一组织系统衰竭。
 - ii. 深切治疗室/重症监护室（ITU/ICU）：指提供最高级别护理的病室，如多器官功能衰竭或出于插管机械通气的情况；以及
 - iii. 冠心病监护病室（CCU）：指提供较高级别心脏监控的病室。
- 43.23 手术费用 包括手术费（不包括手术中使用的、在医疗账单中单列的药剂费、材料费、设备费）、麻醉费（不包括麻醉中使用的、在医疗账单中单列的药剂费、材料费、设备费）、手术室费。
在医疗帐单中单列的药剂费、材料费、设备费如果满足“医疗必须”、“通常医疗惯例”的，则包含在药费或杂项费内进行承担。
手术费用不包含手术植入材料和耐用医疗设备。

43.24 处方药	<p>是指根据由医生开具处方的西药、中成药和中草药。但不包括如下：</p> <ul style="list-style-type: none"> i. 主要起营养滋补作用的药品如，花旗参，冬虫夏草，海马等，十全大补膏等滋补类中药，白糖参，朝鲜红参，玳瑁，蛤蚧，珊瑚，狗宝，海马，红参，琥珀，灵芝，羚羊角尖粉，马宝，玛瑙，牛黄，麝香，西红花，血竭，燕窝，野山参，移山参，珍珠(粉)，紫河车，阿胶，血宝胶囊、红桃 K 口服液、十全大补丸等； ii. 部分可以入药的动物及动物脏器，如鹿茸，海马，胎盘，鞭，尾，筋，骨等，以及用中药材和中药饮片炮制的各类酒制剂等； iii. 主要以美容、美白、减肥等非治疗性目的的药品。
43.25 检查化验费	<p>指由医生开具医嘱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，包括：1) 实验室检查；2) 病理检查；3) 影像学检查（X 线、CT、MRI、B 超、血管造影、同位素、PET 等）；4) 功能检测（心电图、心功能、肺功能、骨密度等）。</p>
43.26 治疗费	<p>指由医生或护士对患者进行的、除手术外的各种治疗项目费用；包括清创、换药、拆线、脓肿切开引流、瘘管烧灼、血管穿刺、输血、输液、注射、肌肉封闭、吸氧、冷冻、激光、急救治疗、心肺复苏等，具体以就诊医院的费用项目划分为准。</p>
43.27 物理治疗	<p>是指由具有相应资质的专业医生实施的物理治疗，有书面的治疗计划，并在合理的、可预测的时间内使得症状明显好转。</p> <p>在中国大陆地区发生的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，包括电疗、光疗、磁疗、热疗、冷疗、水疗，以及超声波疗法等；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。</p> <p>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，有执照的物理治疗医生出于医疗目的推荐的物理治疗方法。</p>
43.28 家庭护理	<p>指专职护士至被保险人家中提供的专业护理服务，仅限于为被保险人提供治疗的专业医师所要求。</p> <ul style="list-style-type: none"> i. 因医疗必要所进行的住院治疗后的护理；或 ii. 因医疗必要由正规医院所提供的治疗。
43.29 紧急牙科	<p>指拔牙后止痛药无法遏制的剧痛或面部浮肿或流血不止，且出于被保险人日常牙科医生的非营业时间或被保险人正处于远离日常牙科治疗的地方。该情况下的治疗仅以稳定病况及缓解剧痛为目的。</p>
43.30 职业治疗	<p>指使因疾病或损伤使被保险人的职业能力（如职业需要的语言、运动等能力）受损，使用特定的职业能力康复手段对其能力受损进行治疗。</p>
43.31 顺势治疗、正骨治疗、针灸或中医治疗	<p>是指只能由具有相应资质的专业医生实施的相应治疗，对该治疗需要有书面的治疗计划，并在合理的、可预测的时间内使得症状明显好转。</p>

43.32	酒后驾驶	指经检测或鉴定，发生保险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道路交通安全法规规定的标准。
43.33	无合法有效驾驶证驾驶	指下列情形之一： <ul style="list-style-type: none"> i. 没有驾驶证驾驶； ii. 驾驶与驾驶证准驾车型不相符合的车辆； iii. 驾驶员持审验不合格的驾驶证驾驶； iv. 未经公安交通管理部门同意，持未审验的驾驶证驾驶； v. 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； vi. 公安交通管理部门规定的其他无有效驾驶证驾驶的情况。
43.34	无有效行驶证	指下列情形之一： <ul style="list-style-type: none"> i. 没有机动车行驶证； ii. 未在法律定期限内按时进行或通过安全技术检验。
43.35	机动车	指以动力装置驱动或者牵引，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。
43.36	潜水	指使用辅助呼吸器材在江、河、湖、海、水库、运河等水域进行的水下运动。
43.37	攀岩	指攀登悬崖、楼宇外墙、人造悬崖、冰崖、冰山等运动。
43.38	武术比赛	指两人或两人以上对抗性柔道、空手道、跆拳道、散打、拳击等各种拳术及使用器械的对抗性比赛。
43.39	探险活动	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，而故意使自己置身于其中的行为，如：江河漂流、登山、徒步穿越沙漠或人迹罕至的原始森林等活动。
43.40	特技表演	指进行马术、杂技、驯兽等表演。
43.41	付款担保	指我方对被保险人或治疗方提供关于特殊治疗保证支付的协议费用。
43.42	未到期净保费	指未满期的保险费扣除与保险合同相关的手续费后的剩余保费。其计算公式为：最近所支付的保险费 X (1 - 该保险费所保障的已经过天数 / 该保险费所保障的期间天数) X (1 - 35%)。

附件：保险利益表

	亚洲计划	大中华计划	神州计划
保障区域	亚洲	大中华	中国大陆

住院、门诊赔付比例

中国大陆公立医院普通部、其他地区公立医疗普通病房、港澳台地区普通病房	100% 赔付	100% 赔付	100% 赔付
中国大陆公立医院非普通部、其他地区公立医院半私\私人病房、港澳台地区半私病房和门诊	100% 赔付	90% 赔付	75% 赔付
非公立医院、港澳台地区全私病房	100% 赔付	80% 赔付	50% 赔付

基本保险责任

住院	每年赔付限额	200 万	100 万	50 万
	综合住院治疗费用	全额保障	全额保障	全额保障
	手术植入体每年限额	20 万	15 万	10 万
	耐用医疗设备每年限额	5 千	2 千	1 千
	家庭护理每年限额	5 万	3 万	2 万
	临终关怀每年限额	8 万	5 万	3 万
	父母陪护住院每天限额	2000 元	1000 元	500 元
健康管理服务	住院津贴	1000 元/天	800 元/天	500 元/天
	第二诊疗意见	提供	提供	提供
全球紧急救援	在线健康评估、健康管理干预	提供	提供	提供
	紧急医疗撤离；医疗转运。	提供	提供	提供

可选保险责任

门诊	每年赔付限额	10 万	5 万	3 万
	综合门诊治疗费用	全额保障	全额保障	全额保障
	康复治疗每年限就诊次数/天数	60	30	15
	顺势治疗、正骨治疗、针灸或中医治疗每年限就诊次数	50	20	10
	言语治疗每年限额	5 万	2 万	1 万

附加保险责任

生育	常规生育、剖腹产、新生儿护理	4 万/年	2 万/年	无
就诊协助服务	常规就诊协助、紧急就医安排、全程导医服务、病情康复跟踪	提供	提供	提供
牙科	预防性牙科赔付比例 100%； 基础牙科赔付比例 80%； 重大牙科赔付比例 50%。	每年总赔付限额 8000 元； 预防性牙科限 就诊 2 次	每年总赔付限额 5000 元； 预防性牙科限 就诊 2 次	每年总赔付限额 3000 元； 预防性牙科限 就诊 1 次
视力	包括：验光、配框架眼镜或隐形眼镜一付	3,000 / 年	2,000 / 年	1,000 / 年
体检	儿童体检：详见条款； 成人体检：详见条款。	3,000 / 年	2,000 / 年	1,000 / 年