
“卓越” 环球团体医疗保障计划

(安盛天平)(备-健康) [2014] (主) 51 号, (安盛天平)(备-健康) [2014] (附) 702-705 号

本保险条款、保险单、保险凭证、投保单、任何附属协议或附加险以及批单共同组成本合同,
并按同一合同解释方式加以理解

您的“卓越” 环球团体医疗保障计划

欢迎选择“卓越” 环球团体医疗保障计划。

请仔细阅读本保险条款和您的保险单, 确保您已经清楚了解我们提供的保障范围和您所需要的保障内容相符。同时请妥善保管保险合同。

如您阅读了本保险合同后有任何疑问, 请咨询您的保险顾问或致电安盛天平财产保险有限公司 95550。

如果有任何可能影响承保的情势变更, 请立即通知我们。

对客户的服务

专注于客户服务, 是我们一贯的企业宗旨。我们十分乐意并承诺:

- 聆听您的需求;
- 为您提供专业的咨询和支持;
- 有效而准时的为您提供服务。

目录

声明

重要提示

您的保险如何运作

(A) 定义

(B) 基本条款

(C) 保险利益

(D) 责任免除

声明

本保险条款含有中英文两种版本。若两种版本有任何差异，均以中文版本为准。如有必要，英文版本应作为解释中文版本中个别字句的第一参考资料。

重要提示

1. 在我们提供保险保障之前，为避免您/被保险人不能从此保险合同项下获得保险金的风险，您和所有被保险人应在投保单中如实披露所有您/所有被保险人知道的（或应该知道的），关乎我们决定是否承保的重要事实。
2. 此保险合同项下的某些保险计划具有地域限制，也就是说治疗必须限于特定国家之内。您应参看保险凭证、保险单以及批单以确认您保险合同的地域限制。
3. 本保险计划只根据本保险条款的规定就您选择的计划，对您合理且必要的医疗费用提供保障，请认真阅读本条款特别是**责任免除**以及**保险利益**的有关规定，充分了解保障范围。
4. 本保险合同所规定的保险责任是基于您/被保险人在作为合同一部分的投保书中所提供的信息签发的。请仔细阅读保险合同以及投保书，若其中包含任何不正确的信息，请立即告知我们。否则，您/被保险人可能在索赔时无法获得保险金，并且/或者您的保险合同可能会被宣布无效，而您只获得在保险期间内所支付的无息保险费。若您/被保险人在保险合同签发之后提供给我们的信息和先前提供的信息有重要差别，本公司可能会根据您/被保险人提供的新信息重新核保，提供保障。若您/被保险人在本保险合同签发后14个工作日内未联系我们，我们将默认为您/被保险人在投保单中提供的信息是完整无误的。
5. 自保单生效日起，您享有**14个工作日**的**审阅期**。若您在审阅期内决定本保险合同不适合您的需求，您可以以书面形式明确告知我们将该保险合同取消，并将您的AXA医疗卡和保险合同以邮递、归还给我们的业务人员或直接交还本公司的方式归还本公司。若在此期间内您并未提出任何索赔，本公司将无息退还您所付的保险费，同时对于审阅期内发生的承保事故所致的任何费用本公司不负责赔偿。本审阅期不适用于期限小于一年的保险合同，也不适用于续保的保险合同。

您的保险如何运作

您的保险合同是您和本公司之间订立的具有法律效力的合同文件，包括

- 我们要求您/被保险人填写的所有投保书；
- 您/被保险人所作的任何声明或告知；
- 本保险条款；
- 保险单（包括保险利益明细表）；
- 保险凭证；
- 任何附属补充协议、或任何经双方同意的附加文件；
- 任何批单。

以上所有文档将共同组成本合同，并按同一合同解释方式加以理解，任何部分中出现的字句或表述在保险合同中任何其它地方出现时均应表达同样的意义。

本保险合同应自保险单中所载的保险合同生效日00:00分起生效至保险单中所载的保险合同期满日北京时间23:59分时终止。

在本公司收到保险费并确认承保后，您将可根据本条款的规定享有您的保险单中所述的保险利益，以保险单和/或批单中所列的赔偿限额为限。

(A) 定义:

本保险合同（英文版）中凡属阳性的字词均包含阴性字词，单数字词均包含复数字词，反之亦然。下列词语和短语含义如下列所示：

意外事故: 任何外来的、偶然的、突发的、未预料到或无法预见的、非疾病所导致的客观事件，并且此客观事件为直接且单独导致其身体伤害的原因。

年龄: 被保险人的周岁年龄。

麻醉师: 经过麻醉学培训且依法注册执行麻醉的专业人士。

年度总赔偿限额: 保险单和/或批单中所载的额度，是每一年度保险期间中本公司在本保险合同项下对任一被保险人累计支付保险金的最高额度。

若在保险期间中，在本保险合同下对任意被保险人支付的累计总保险金达到了年度总赔偿限额，则在剩余的保险期间中，不会对该被保险人再支付任何保险金。

投保书: 申请本保险保障时，您/被保险人提交的所有的投保申请书、被保险人清单、被保险人加入申请单、以及相关信息、文档和声明。包括：任何医疗检查报告，您/被保险人作出的通信、邮件、表述和声明，您/被保险人完成的任何补充问卷，以及其它包含本公司将用于或已经用于判断是否向各个被保险人提供保险的所有信息。

保险金: 本公司根据本保险合同条款应付的理赔金额。

癌症: 一种恶性肿瘤，特征为恶性细胞的不可控制的生长和扩散，并入侵和破坏正常组织。诊断必须有恶性组织学佐证，并经肿瘤学家或病理学家确认。

子女: 您雇员的亲生子女、继子女或合法收养的子女。投保时年龄为出生15天到18周岁，未婚子女若为全职学生最高可续保至25周岁。

诊所: 合法建立并正式注册，并在其所在地理区域内作为病人和受伤人员的医疗中心，并且

- 1) 拥有完备的诊疗疾病和意外伤害的设施；且
- 2) 在正常营业时间内有全职医师队伍管理指导；且
- 3) 并非精神病院或精神病机构、护理中心或戒酒、戒毒中心、温泉疗养机构或水疗院、护理院、疗养院或康复医院、养老院或类似机构。

先天疾病: 在出生时即具备或确信在出生时即具备，无论是遗传所致或环境因素所致。

自付比率: 保险单和/或批单所载的，用于计算每个被保险人在扣除免赔额之外（如有）还必须自己承担的医疗费用的比率。

保险保障: 根据保险合同的规定适用于每个被保险人的保险赔偿范围。

承保费用: 根据本保险合同条款规定，在保险期间内由主诊医师建议并向被保险人提供的用于治疗任何疾病或意外伤害的必要医疗服务所需的费用。对承保费用的补偿应当包括可能对其征收的任何商品和服务税和/或政府税。

日间治疗: 被保险人在医院内因日间手术占用一张床位但不超过二十四小时的治疗，不包括肾透析和癌症治疗。

日间手术: 由外科医师在医院或诊所为治疗被保险人的疾病或意外伤害对被保险人实施的无需住院的外科手术。

免赔额: 注明属于承保范围的索赔金额中，在依据保单申请相应的理赔款之前，应当由被保险人自己承担的额度。

牙医: 系指与任何相关被保险入无血缘或婚姻关系或业务关联者（如商业合作伙伴、雇员或雇主），并获其行医所在国主管当局颁发的行医执照并在该执照和所受培训范围内提供牙科治疗的适格的从业人员。

家属: 任一下列人员：

- 1) 您雇员的配偶；
- 2) 您雇员的子女。

病症: 指疾病或意外伤害及其引起的任何症状、后遗症或并发症。对于意外伤害来说，仅指外来的，非本意的、突

发的、非疾病的同一事件或同一系列关联事件引起的伤害。

生效日期: 在保险单或批单中记载的（以较迟者为准），表示对具体被保险人开始适用保险保障的起始日。

急症: 被保险人遭受必须经医师紧急治疗以避免生命或健康永久性伤害的突发症状。

批单: 本公司签发的书面声明或通知，以确认和记录对本保险合同的任何修正，包括任何用词变化或本保险合同保障范围的变化，或在限制条件下承保时的限制条件。

全额赔付: 全额赔付仍然受限于年度总赔偿限额。

承保区域: 在您的保险单和/或批单中指明的全球、国际和中国计划中承保的国家和地区。

昂贵医疗机构: 在保险单和/或批单中注明的，其医疗费用较高的医疗机构。对被保险人在此类医疗机构就诊的费用本公司仅在保险单和/或批单明确规定承保的情况下负责赔偿。

祖国: 指被保险人的护照签发国。当被保险人拥有多国护照的情形下，以其在投保单中列明号码的护照的签发国为准。对于拥有多国护照的家属，以雇员的祖国为其家属的祖国。

医院: 在其营业所在地合法建立并正式注册，能为付费住院患者提供护理与治疗的医疗和手术机构，并且

- 1) 拥有完备的诊断与正规全身手术设施；
- 2) 由医师管理指导，全职医师队伍提供24小时昼夜服务；
- 3) 并非诊所、精神病院或精神病机构、护理中心或戒酒、戒毒中心、温泉疗养机构或水疗院、护理院、疗养院或康复医院、养老院或类似机构。

本保险合同中提到医院时应理解为指公立医院或私立医院。

疾病: 就病理学而言偏离正常健康状态的身体状况。

近亲属: 具有与被保险人有血缘、婚姻或收养关系的下列人员：

- 1) 父母和岳父母；
- 2) 兄弟姐妹、配偶的兄弟姐妹；
- 3) 配偶；和
- 4) 子女。

意外伤害: 被保险人所遭受的外在的、可见的单独直接由意外引起的身体伤害，该伤害由意外事故所导致不包括任何疾病或自然发生的医学状态或退化过程。

住院: 被保险人被登记为住院病人在某一医院内接受住院治疗，且医院按日收取房间和膳食费用。

重症监护病房: 对危重病人的生命机能实施不间断密切监视的专用病房，这类病房的护理人员多于病人，并配有全套的病人复生设施。重症病房也包括其设施的全面性不低于上述设施的 cardiac 重症监护病房。

终身赔偿限额: 在保险单和/或批单中列明的（如有），在此合同项下本公司对任一被保险人在累计保险年度内累计支付保险金的最高额度。

医疗上必要: 是指由主诊医师推荐或配方，对诊断或治疗被保险人的疾病或意外伤害合理且必需的治疗、服务、补给、或药物，同时符合下列条件的可视为合理且必需的：

- 未超出为提供安全、适当和合理的诊断或治疗所需的范围、时间、强度或护理水平；且
- 同广泛认可的专业医学操作标准相一致；且
- 主要目的不是为了患者、患者家庭、医师或其他服务提供者的个人舒适或方便；且
- 不是患者的学院教育或职业培训的一部分且与之无关；且
- 并非实验性或调查性；且
- 对于住院情况，须是单纯门诊诊疗无法安全实施的情况

被保险人: 在保险单和/或批单中载明的雇员以及记名的雇员的家属。

门诊: 指被保险人在依法注册的医疗机构获得治疗, 不包括住院、日间手术、和日间治疗。

保险期间: 最新的保险单和/或批单中列出的适用于各个被保险人的保障期限。

医师/医生: 并非被保险人或其近亲属或其业务关联者(如商业合作伙伴、雇员或雇主), 且已获得其所执业国家的医疗卫生当局核发的行医执照的执业医师, 其提供的治疗服务内容应在其执照和业经培训范围内。

本保险合同中凡提及“医师/医生”应在适用的情况下理解为全科医师和/或专科医师。

保险计划: 任一“卓越”环球医疗保障计划。

保险合同: 指您和本公司之间订立约定保险权利义务关系的协议, 包括记载具体保障范围的保险单或批单、适用的基本条款、保险利益和责任免除等条件的保单文件。

受保前病症: 是指疾病或意外伤害, 被保险人在本保险合同首次承保前:

- 1) 根据广泛接受的病理发展学, 该被保险人就已存在的疾病或意外伤害, 或症状、体征; 或
 - 2) 被保险人已经知道或应该知道其存在;
- 不管是否已寻求, 接受医疗, 药疗, 医师建议或诊断。

事先授权: 被保险人在采取治疗或产生费用之前预先获得本公司批准的程序。如果随后有新的信息证明该治疗或费用不属于承保范围, 授予的事先授权可被撤销。

处方药: 必须凭医师处方获得的医药用品和药品。

精神与精神病情: 指由任何已知或未知的生理原因引起的精神性、心理性、情感性的精神或行为失调。

精神疾病治疗: 由精神病医生实施的, 针对其确诊的精神疾病进行的治疗。

精神病医生: 对精神疾病有诊断及治疗经验, 并获得精神病治疗或类似资格的医生。

合理且必需的医疗费用: 根据广泛接受的医疗标准, 该医疗费用不超过当地其他类似专业机构为同一性别, 相似年龄, 类似疾病的病患提供同等医疗服务收取的费用, 且该费用是为了不对被保险人的身体状况产生负面影响所必须花费不可省去的费用。

我们可能根据本公司医学顾问的专业意见, 相应扣减索赔金额中非合理且非必需的医疗费用。

护士: 具有护士资格(并非被保险人或其近亲或其业务关联者, 包括商业合作伙伴、雇员或雇主), 且已获得其所执业国家的医疗卫生当局核发的执业执照, 其提供的服务内容应在其执照和业经培训范围内。

保险单: 是记载投保人、所有被保险人的详情, 被保险人在本保险合同项下可以享有的保险利益、包括年度总赔偿限额在内的各项保险利益的赔偿限额、保险费金额以及可能适用于本保险合同项下的任何其他详情的表格文件。

配偶: 由法律承认的婚姻形成的您雇员的丈夫或妻子, 年龄在18至75周岁之间。年龄为66至75周岁者仅可续保。

标准私人病房: 本保险合同所指的病房为每一病房设一张病床的单间。

如果某一医院的病房拥有两种或两种以上符合本合同上述定义的病房, 则应按该医院该等级病房中最便宜的病房计算保险金。

外科医师: 有资格实施外科手术的专业医师。

外科手术: 进行外科操作的医疗手段。

传统中医从业者: 具有传统中医行医资格的从业者(并非被保险人或其近亲或其业务关联者, 包括商业合作伙伴、

雇员或雇主），从事中医治疗，且已获得其所执业国家的医疗卫生当局核发的行医执照的执业医师，其提供的治疗服务内容应在其执照和业经培训范围内。包括中草药医生、接骨医生和针灸医生。

治疗：指为诊断、减缓或治疗某一医学状态所提供的手术或医疗服务（包括诊断测试）。

常住国：被保险人长期工作和生活的国家。对于经常旅行的被保险人而言，常住国是其保有主要居住场所的国家，或者是其最新固定居所的所在国。

性病：系指通过性接触的疾病或下列不论是否通过性接触传播的任何疾病：梅毒、淋病、生殖器疣，包括生殖器官人乳头状瘤病毒、生殖器官疱疹、性病性肉芽肿、软下疳、毛滴虫、阴虱侵扰与衣原体。

我公司，本公司（我们），保险人：安盛天平财产保险有限公司。

您/投保人：在保险单和/或批单中列名的与本公司订立保险合同且负有支付保险费义务的机关、企业、事业单位和社会团体。

(B) 基本条款：

1. 被保险人资格

本保险合同项下保障的被保险人均应满足如下要求：

(i) 投保年龄

- 雇员及其配偶在投保时应为18周岁至65周岁，最高可续保至75周岁；
- 雇员的子女在投保时应为出生后15天至18周岁，未婚子女若为全职学生最高可续保至25周岁；
- 任何未满出生15天或已满75周岁的人员均不得纳入本保险合同的保障中。

(ii) 属于投保人的雇员：雇员是指投保人合法雇佣的与投保人形成劳动关系的自然人。

(iii) 如果有任何被保险人患有受保前病症，或投保时已患病住院的，或是投保前因病假或其他原因不在岗位达10个工作日的，均必须按保险人的要求，如实详细告知。我司对此有权进行保费或承保条件的调整。

2. 保险费的支付

本保险合同为一年期合同。保险费必须在保险单、续保批单、临时保险合同或批单所约定之保险合同生效日、续保日之前，全额付清给本公司（或本公司指定的中介）。

您支付的货币种类将在您的保险单中注明。保险费金额是根据该保险年度开始时每个被保险人的周岁年龄，按照您投保时或续保时适用的费率表计算得出的。

若应付保险费未能在上述生效日期或之前，全额付清给本公司（或本公司指定的的中介），则保险合同或批单将被视为未生效，本公司在任何情况下均不支付任何保险金。在其后收到的任何付款均不能使该保险合同或批单重新产生效力，但因外汇支付审批手续原因，应付保险费需迟于上述生效日收到且为保险公司接受的除外。

3. 有关保障的其它条件

若在保险合同生效之日，被保险人仍在住院状态中，则保险责任顺延至批单上所载的被保险人离开医院之日起方可生效。

4. 承保区域

1) 我公司提供三种承保区域供选择：全球、国际和中国计划。您的保险单和/或批单将说明您的计划所涵盖的承保区域。

对于被保险人在承保区域之外的医疗机构就医产生的承保费用，本公司不提供赔偿。本保险条款（C）保险利益项下第五部分（紧急意外门诊牙科治疗）、第六部分（紧急意外门诊治疗）以及第八部分（24小时紧急支援服务）的保障利益不受本条款承保区域的限制。

(i) 全球计划

全球计划的承保地域为全球任何国家和地区。

(ii) 国际计划

国际计划的承保地域为除美国之外的全球任何国家和地区。

(iii) 中国计划

中国计划的承保地域为中华人民共和国境内（不包括香港、台湾和澳门）。

2) 下述附加条款适用于国际和中国保障：

如被保险人在承保区域外就医，本保险条款（C）保险利益项下第一部分（住院保障）的保障利益仅限于因意外伤害或急症而必须进行的紧急医疗，以保险单和/或批单列明的赔偿限额为限。

3) 家属的承保地域必须等同于或小于被雇员的承保地域。

5. 附则

1) 若新员工或雇员的家属满足本保险条款（B）基本条款项下第1条（被保险人资格）的资格要求，他（她）们也可成为保险合同中的被保险人。

2) 如果您希望新员工或雇员的家属也被包括为本保险合同的被保险人，您必须：

(i) 递交要求包含新员工或雇员家属为被保险人的书面请求，以及新员工和雇员家属确认同意您为其提供保障的证明并提供我们所要求的其他完整无误的信息；且

(ii) 支付额外的保险费。新增被保险人的保费根据其实际的保障期限按天收取。

新加入被保险人的保障将于保险单和/或批单上载明的生效之日起开始，同时仍然受限于本保险条款（B）基本条款项下第3条（有关保障的其它条件）。

6. 保险计划的升级/降级

根据您的书面要求，本公司可能会同意变更您保险合同的保险利益或承保区域，但此类变更仅在您续保时方可生效，您的保险费金额也可能随计划的改变而有所增减。

对于在计划升级生效日期后十二（12）个月内发生、确诊或持续的任何疾病或意外伤害，若该疾病或意外伤害直接或间接由前一保险期间内确定或持续的条件或意外引起，本公司的赔偿限额将不超过前一保险期间中适用的赔偿限额。

对于在计划降级生效日期后十二（12）个月内发生、确诊或持续的任何疾病或意外伤害，即使该疾病或意外伤害直接或间接由前一保险期间内确定或持续的条件或意外引起，本公司的责任限额将不超过降级后适用的赔偿限额。

7. 续保/续保保险费

1) 本保险合同可每年续保。在您的保险合同到期时或之前，征得本公司同意后，您可以续保本保险合同并支付续保时适用的保险费。本条不适用于保险合同已期满，或根据本保险条款已经终止或撤销的情况。此种情况下，您可尝试重新申请本保险合同下的保险保障。

2) 每一保险期间的保险费确定均以该保险期间起保日期时被保险人的年龄、当时有效费率表和可能对承保风险有实质性影响的其他因素为依据。在续保时，本公司有权根据承保风险变更费率表。

3) 若您的保险合同下任何雇员的子女在续保日时已结婚，年满18周岁，不再接受全日制教育，或虽接受全日制教育但已年满25周岁，他们将不再有权在附加在您的雇员的保险合同下继续享受保障。

8. 保险责任的自动终止

1) 本保险合同针对各个被保险人的保险责任将在发生下列任一情形时自动终止且无需另行通知，以当中最早发生者为准：

(i) 保险合同期满；

(ii) 该被保险人的保险责任期满；

(iii) 未按照保险条款规定缴纳保险费;

(iv) 被保险人死亡;

(v) 被保险人不再满足本保险合同的投保资格要求;

若被保险人在生效日期时满足年龄资格要求, 在保险期间内, 保险责任不因其年龄的改变而自动终止。

2) 雇员的保险责任的终止将同时自动终止其所有家属的保险责任。

9. 保险责任的取消/终止

1) 在保险期间内, 您可以随时取消本保险合同但需提前14天书面通知本公司。若在保险期间内本保单有过任何理赔记录, 则退还保费为零。若在保险期间内未有任何理赔记录, 本公司将按照下述“保险费退费表”以您支付保险费时所选择的的货币类型退还已付保险费:

已经过的保险期间	退还已付保险费的
不超过 2 个月	60%
不超过 3 个月	50%
不超过 4 个月	40%
不超过 6 个月	25%
超过 6 个月	无

注: 上述的已付保费为在合同取消之日我们实际收取到的保费, 如期间有因下列2) 情形发生退费的, 以退费后的余额为准。

2) 在保险期间内, 您有权随时终止您保险合同项下任何被保险人的保障, 但需提前14天书面通知本公司。本公司将按下述计算公式扣除已承保天数的应缴保险费后, 返还保险费余额。退还保险费余额=已缴纳保险费x(原定保险天数-已经过的保险天数)/原定保险天数。退还保费的货币类型与支付时的货币类型相同。同时医疗卡必须归还本公司。

3) 本公司有权随时终止本保险合同或本保险合同项下被保险人的保障, 但需提前至少三十(30)天书面通知您。在终止时, 若在保险期间内保险合同下有过任何理赔记录, 则退还保费为零。若在保险期间内未发生任何理赔, 本公司将按下述计算公式扣除已承保期间应缴保险费后, 返还保险费余额予您。退还保险费金额=已缴纳保险费x(原定保险期间-已经过的保险期间)/原定保险期间。

10. 保险费确定

每一保险期间的保险费均以生效日时的被保险人的周岁年龄计算, 且任何本公司提供的保险费率表或其它材料均应照此解读。

11. 保险费调整

本公司有权对现有保险合同的保险费进行调整。我们会在每年对费率进行审查。我们有义务在续保前至少三十天前书面通知投保人。

12. 保险金的支付

除非被保险人身故, 否则任何应付保险金将支付给被保险人。若被保险人身故, 其应获保险金将按照被保险人的遗产, 由我们依照《中华人民共和国继承法》的规定履行给付保险金义务。

在任何情况下, 被保险人或其遗产继承人接收本保险合同下的任何应付保险金均应视为本公司对该保险责任的完全和最终履行。

本公司可以指定独立管理机构代表本公司办理理赔。本保险条款(C) 保险利益下第8部分“24小时紧急支援服务”下产生的保险金将直接支付给本公司指定的紧急救援服务机构。

本公司直接向医疗机构垫付被保险人应付的医疗费用及其他有关费用的支付行为, 视为本公司已经对被保险人承担了保险金支付义务。

13. 免赔额/自付额

在您保险单和/或批单中详细列明的，在承保费用中需要被保险人自己承担的或者支付的金额。

14. 保险人义务

1) 签发保单义务

本保险合同成立后，保险人应当及时向投保人签发保险单或其他保险凭证。

2) 补充索赔证明和资料的通知

保险人认为被保险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投保人、被保险人补充提供

3) 及时核定、赔付义务

保险人收到被保险人的给付保险金的请求后，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，但保险合同另有约定的除外。保险人应当将核定结果通知被保险人；对属于保险责任的，在与被保险人达成给付保险金的协议后十日内，履行赔偿保险金义务。保险合同对给付保险金的期限有约定的，保险人应当按照约定履行给付保险金的义务。保险人依照前款约定作出核定后，对不属于保险责任的，应当自作出核定之日起三日内向被保险人发出拒绝给付保险金通知书，并说明理由。

4) 先行赔付义务

保险人自收到给付保险金的请求和有关证明、资料之日起六十日内，对其给付的数额不能确定的，应当根据已有证明和资料可以确定的数额先予支付；保险人最终确定给付的数额后，应当支付相应的差额。

15. 投保人、被保险人义务

1) 交费义务。

除另有约定外，投保人应当在保险合同成立时交清保险费

2) 如实告知义务。

订立保险合同，保险人就保险标的或者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，保险人对于合同解除前发生的保险事故，不承担给付保险金责任，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，保险人对于合同解除前发生的保险事故，不承担给付保险金责任，但应当退还保险费。**

3) 保险事故通知义务。

投保人、被保险人或者保险金受益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除外。**上述约定，不包括因不可抗力而导致的迟延。

16. 被保险人信息变化

对于以下所列可能影响本公司承保决定，保险责任，或被保险人投保资格的信息变化，投保人应及时书面通知本公司：

1) 被保险人职业/职务变化；

2) 投保人或被保险人住址或通讯地址变更；投保人未通知的，保险人按本保险合同所载的最后住所或通讯地址发送的有关通知，均视为已发送给投保人。

3) 被保险人惯常居住国家变更

4) 被保险人姓名变更；

5) 投保人名称/姓名变更。

17. 居住地变更

做为本保险保障的先决条件，如被保险人的惯常居住国发生变化，被保险人需要立即通知我们。惯常居住国变更是指被保险人停止在目前的惯常居住国居住超过连续三个月时间，或者被保险人定居，或者打算定居至另一个国家超过连续三个月时间。

如果惯常居住国已经发生改变（与投保单上的不同），被保险人需要及时通知本公司。本公司保留改变保险费或拒绝承保该被保险人的权利。本公司亦保留在续期中更改保险费、或拒绝该被保险人续保的权利。

18. 年龄的确定和错误的处理

被保险人的投保年龄，以有效身份证件（如居民身份证、护照、户口簿、出生证明等）登记的周岁年龄为准。若发

生错误，则按以下规定处理。

若按被保险人的周岁年龄所需收取的保险费较高，则任何本保险合同下应付的索赔均应按照实际支付的保险费和该保险期间下应付的保险费之比例按比例支付。

若按被保险人的周岁年龄所需收取的保险费较低，则所有多缴保险费将无息退还。若被保险人的真实年龄不能满足本保险合同的投保资格，则本公司将有权取消该被保险人的资格，其相应的已缴纳的保险费将无息退还。

19. 其他赔偿来源

本保险合同保险金的支付是基于补偿原则的。若您或任何被保险人从任何其他来源（如其它商业保险机构、社会保险机构、负有赔偿责任的第三方）处已取得了部分赔偿，或有类似的保险保障，则本公司仅在保险单规定限额内就属于保险责任且被保险人从上述来源中未获得赔偿的部分支付相应的保险金。

如被保险人受保于任何职业保险，被保险人应先在其职业保险项下索赔，尚存在无法获得赔偿部分的，可在本保险合同下索赔。

无论何种情况下，本公司仅在保险单规定限额内负责支付属于保险责任的被保险人在上述来源下未获得赔偿部分的保险金。

20. 追偿权

如果本公司授权第三方支付了或直接支付了或者为被保险人利益直接对第三方支付了非本合同项下承保的费用或者支付额超出了相应的责任限额，或者额外支付了被保险人有权从其他来源处获得的赔偿，则本公司有权向被保险人追索上述金额或超额支付部分。

21. 适用法律/法规

本合同的订立、效力、解释、履行及合同争议的解决，均受中华人民共和国（“中国”）法律管辖。投保人、被保险人、受益人与本公司之间因保险合同引起的或与保险合同有关的任何争议，如协商不成的，按下述方式之一解决：

- 1) 中国国际经济贸易仲裁委员会上海分会，按照申请仲裁时该会现行有效的仲裁规则进行仲裁。该仲裁应按照中华人民共和国的法律执行。仲裁裁决是终局的，对双方均有约束力；或者
- 2) 具有司法管辖权的中国法院裁判。

投保人、被保险人、受益人与保险人在保险合同签署时应确定上述方式之一作为争议解决方式。如果没有特别约定，则第二种方式为本合同默认的争议解决方式。

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。

22. 不可转让

本保险合同不可转让。本公司不接受任何对本保险合同进行诸如信托、托管、抵押、转让等的交易。

23. 索赔流程

作为获得理赔的先决条件，您需要遵守以下时间限制和索赔流程：

- 1) 被保险人须自保险事故发生之日起的三十（30）天内向本公司或委托他人代其向本公司尽快提出索赔申请。
- 2) 本公司应向被保险人提供索赔申请表。被保险人须自保险事故发生之日起六十（60）天内将索赔申请表，连同所有必要的表明被保险人身份的有关证件以及支持索赔的全部帐单、证明、信息、和证据递交给本公司，包括但不限于医院出具的原始凭证，医疗诊断书、病理检查、化验检查报告、门诊及住院医疗费用等原始单据、费用、账单结算明细表及处方。所有证明索赔要求所必需的证明、收据、信息和证据均应由您负责提供，并以认可的形式免费提供给本公司。
- 3) 在本公司的理赔审核过程中，本公司有权并在合理的范围内对索赔的被保险人进行医疗检查。此外，本公司应有权在法律允许情况下，要求尸检检验。此类检验费用由本公司承担。在拒赔的情形下，我们将承担因您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。

24. 变更

本公司保留变更本保险合同的保险利益、保险责任和修改条款的权力。本公司会在续保日前至少提前三十（30）日将修改内容通知您。除非特别说明，此类修改不应影响任何在保险期间生效的任何特殊条款或批单。对于本保险合同的修改必须经本公司书面同意并反映在批单中方可生效。任何经纪人或代理商均无权修订或放弃本保险合同的任何条款。

25. 货币汇率

理赔保险金将按照投保人支付保险费的币种及国家外汇及人民币管理的有关规定，以美元或人民币结算。以任何其他货币支付的费用应根据医疗服务费用支付发生日的汇率，以美元或人民币结算。

26. 笔误

本公司所发生的笔误不应使原应有效的保险责任失效，也不应使原应无效的保险责任有效。

27. 欺诈事件

未发生事故，而投保人/被保险人谎称发生了事故，并向我们提出赔偿请求的，我们有权解除本保险单，并不退还保险费。

投保人/被保险人若故意制造事故，我们有权解除本保险单，且不负责赔偿损失，包括法律成本和费用。

事故发生后，投保人/被保险人以伪造、编造的有关证明、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，我们对投保人/被保险人虚报的部分不承担赔偿的责任。

投保人/被保险人有前三款规定行为之一，致使我们支付赔偿或者支出费用的，该投保人/被保险人或受益人应当退回或者赔偿。

(C) 保险利益

重要提示及规定：

1. 下述保险利益可能受到年度赔偿限额、终身赔偿限额、免赔额和/或自付比例的限制，详情请查阅保险单和/或批单。根据本保险合同的条款，受限于赔偿限额，免赔额和自付比例，本保险合同项下的保险利益仅对被保险人所负担的合理且必要的医疗费用承担保险责任。
2. 若被保险人在保险期间内产生了承保费用，本公司将根据保险单或任何批单所列保险利益支付下述保险金。若在保险期间内发生了本保险合同承保的保险事故，但在保险期间外仍然继续或延伸，则本公司仅就此事故首次发生时所适用的保险责任对该被保险人进行赔付。此外，无论何种情况下，对在保险合同或被保险人的保险责任终止或取消后产生的费用均不会支付任何保险金，无论该费用是否是由于终止或取消前发生疾病或伤害引起的。
3. 除非另有说明，本保险合同签发期限均为一年。若在最近的保险单或批单中规定的保险期间小于一年，本保险合同应付的保险金应按比例扣减。

■ 补偿和赔偿依据

本公司根据适用于您的保险单所列明的保障范围将依据以下条件，按照以下两种标准中较低者支付所对应的保障部分下规定的保险金，但各部分保险金均不超过各自赔偿限额（见保险单和/或批单）：

- 1) 被保险人实际产生的承保费用；或
- 2) 合理且必需的医疗费用；

且本保险合同项下所有应付保险金（除第8部分外）均受到各个被保险人的任一保险期间中年度总赔偿限额限制。

第1部分 住院保障

下列保险金1-14项适用于被保险人罹患疾病或遭受意外伤害，并且因此：

- 1) 住院；或
- 2) 日间手术/日间治疗。

为避免疑义，在此明确部分保险金仅适用于被保险人住院且仅在其作为住院病人的情况下支付。

1. 住院病房费用

以标准私人病房为标准的房间住宿、饮食和常规护理服务费用。
住院期间购置的个人用品不在承保范围内。

2. 重症监护病房

入住重症监护病房，心监室等类似病房或病区的费用。

3. 医院杂项费用

1) 处方药物

为了医治疾病必要的，由医师处方的住院期间的医药用品和药品，及自出院日或日间手术日起120天内的医药用品和药品。

2) 住院诊疗费用

住院期间，因治疗疾病或意外事故所导致的身体伤害而发生的合理且必需的诊疗费用。

3) 看护/护理，病房消耗材料，和杂项费用

医疗上合理且必需的在住院期间发生的医院内常规护理，病房消耗材料和其它杂项的费用。

4) 手术室费用

外科手术或日间手术使用手术室的费用。

4. 住院物理治疗

由疾病或意外伤害引起或与之相关的合理必要的住院物理治疗费用。

5. 救护车费用

被保险人因疾病或意外伤害住院时往返医院的医学必要的救护车服务而产生的费用。

6. 手术相关费用

由外科医师实施的外科手术或日间手术的费用包括手术费，手术用具，血液与血浆，手术植入物，以及外科医生术前、后续门诊的诊疗费用。

7. 麻醉费用

外科手术或日间手术的麻醉师实施麻醉的费用。

8. 住院主诊医师费用

被保险人住院治疗期间主诊医师每日查房费用，限于每名医师每日一（1）次查房。

9. 家庭看护

本公司补偿最多同一病症不超过90天的实际支付的由注册护士向被保险人提供的家庭看护的费用，且满足以下条件：

- 1) 经主诊医师证明该家庭看护确系医疗上必需的；且
- 2) 没有该家庭看护，则被保险人仍需继续住院；且
- 3) 该家庭看护是在被保险人家中进行的；且
- 4) 该家庭看护是在被保险人出院后立即进行的。

10. 近亲属陪宿费用

本公司补偿每一病症不超过90天的实际支付的由被保险人近亲属在医院陪宿而产生的费用，且满足以下条件：

- 1) 入院时被保险人12周岁以下或60周岁以上；且
- 2) 被保险人因疾病或意外伤害住院时间将超过6天；且
- 3) 经主诊医师书面证明家属陪宿是必需的。

该陪宿费用标准为家属在同一病房内加床。

11. 入院前或日间手术前求诊费用

在住院治疗或日间手术前九十（90）天内，就住院或日间手术疾病/伤害向全科医师，或专科医师求诊治疗（包括药物治疗）的费用。每一病症以一次为限。

12. 入院前或日间手术前检查检验费用

每一病症，在住院治疗或日间手术前九十（90）天内，就住院或日间手术疾病/伤害由主诊医师书面推荐进行的检查检验费用。每一病症以一次为限。

13. 离院后治疗

若被保险人因承保病症住院或进行日间手术，则本公司赔付自其出院之日或结束日间手术起九十（90）天内发生的由专科医师提供的后续诊疗的费用，且在此期间的医药用品和药品以120日用量为限。

14. 住院精神疾病治疗

- 1) 对因精神疾病住院治疗发生的费用,在保险单生效日起的12个月内（等待期），对本部分保障下的保险利益本公司不负责赔偿。上述等待期仅对初次投保时适用。
- 2) 本公司对同一被保险人在每一保险年度就本保障所承担的给付天数以保险单和/或批单所列的天数为限；
- 3) 各保险年度下对同一被保险人在本保障所承担的终身累计给付天数以保险单和/或批单中所列的天数为限；
- 4) 直接或间接由故意自残或企图自杀导致的治疗不在承保范围内；
- 5) 由酗酒、滥用药物或物质滥用引起或与之有任何关联的治疗均不在承保范围。

您选择的保险计划可能对住院精神疾病治疗有不同的规定：

- 1) 中国经典计划和中国精英计划不保障您的住院精神疾病治疗。也就是说我们将不会为您的住院精神疾病治疗的费用支付保险金。
- 2) 国际经典计划，国际精英计划及全球计划则保障住院精神疾病治疗。

第 2 部分：器官移植

本公司赔付被保险人因罹患疾病或遭受意外伤害需要进行的肾脏、心脏、肝脏、肺或骨髓移植手术的全部合理且必需费用，但不包含获得该器官所需要的费用（包括但不限于交通费用）或捐献者引起的任何费用。

第 3 部分：义肢/人造假体

本公司以保险单所列赔偿限额为限，赔付为治疗被保险人疾病或意外伤害在医疗上必要的，由主诊专科医生推荐的，由手术植入的、非美容目的的晶体、支架（不包括牙套）、起搏器、假肢或类似整形外科器具和植入物的费用。

第 4 部分：癌症治疗及非住院肾透析

本保险利益受限于保险单和/或批单中注明的年度赔偿限额和终身赔偿限额。

1. 癌症治疗

被保险人在合法注册的医疗机构因癌症治疗发生的住院(包括手术)、门诊、放化疗及其他相关后续治疗产生的医疗费用。

2. 非住院肾透析

由专科医师推荐的被保险人需要进行的医疗上必要的肾透析的费用。下列费用不包含在非住院肾透析保险金内：

- 1) 由肾透析引发或与之有关的并发症；以及
- 2) 购置任何肾透析用设备、仪器、器材、机器以及用品的费用。在不与前文冲突的前提下，本公司不负责腹膜透析体外循环机或类似设备的购置费用。

对于本合同，“肾透析”指下列两种治疗中的一种：

- 1) 在合法注册的透析中心进行的血液透析（通过血液在体外机器中的循环，将血液中的废物和过量的水去除）；
或
- 2) 腹膜透析（透析液流过被保险人的腹腔，通过腹膜内层去除血液中的废物和过量的水）。

第 5 部分：紧急意外门诊牙科治疗

1. 被保险人因遭遇意外事故导致其自然牙齿或牙龈伤害而在意外事故发生后二十四（24）小时内进行的医疗上必要的牙科急症诊疗的费用。
2. 同一牙医在意外事故发生后三十（30）日内提供的后续诊疗的费用（包括处方医药用品和药品的费用）。

第6部分：紧急意外门诊治疗

1. 被保险人在意外事故发生后二十四（24）小时内对其因该意外事故造成的伤害进行急症诊疗的费用。
2. 同一医师在意外事故发生后三十（30）日内提供的后续诊疗的费用（包括处方医药用品和药品的费用）。

第7部分：昂贵医疗机构

您选择的保险计划可能对昂贵医疗机构的使用有不同的规定。

1. 中国经典计划和国际经典计划不保障被保险人在昂贵医疗机构就医的费用。也就是说我们将不会为被保险人在昂贵医疗机构就医的费用支付保险金。
2. 中国精英计划，国际精英计划及全球计划则对被保险人就医的医疗机构无任何限制。

第8部分：24小时紧急支援服务

本部分的保险利益是由本公司指定的紧急援助中心-安盛旅行援助提供的。所有的以下服务的费用将由本公司直接支付给安盛旅行援助，以保险单和/或批单上所列的最高限额为限。

若被保险人因旅行，或在其旅行途中，遭受重大意外伤害或急症，或需要医疗紧急救助，且该行程不是：

- 违背医嘱，并且/或
- 出于获得或寻求任何海外医疗或外科手术目的。

则被保险人或其个人代表可拨打安盛旅行援助中心 24 小时热线从安盛紧急援助中心获得以下紧急协助服务和利益。但安盛旅行援助中心是一个服务供应商而非保险公司，因此安盛旅行援助中心不会提供任何财务赔偿，或处理任何形式的任何理赔，被保险人不能直接向安盛旅行援助中心要求补偿被保险人支付的或由此引发的任何类似费用。

1. 紧急医疗护理，电话医疗建议，评估和推荐预约

若需要医学建议，被保险人可以拨打安盛旅行援助中心的热线，联系安盛旅行援助中心以获得医学建议和在线医师的评估。然而，应当强调的是，被保险人不应将此作为诊断而仅应视为建议。如有医疗必要，被保险人应当寻求其他医师或医学专家进行个人诊断，而安盛旅行援助中心则会协助被保险人进行医疗预约。

2. 紧急医疗运送

若被保险人遭受意外伤害或急症，而安盛旅行援助中心的医疗团队和主诊医师建议被保险人需在，或转运至某一医疗机构，住院以便被保险人接受恰当的治疗，安盛旅行援助中心将安排并支付以下费用：

- 将被保险人运送到最近的符合要求的医院；
 - 基于医疗上的需要，
- 1) 在医护人员监护下使用各种必需之医疗运送设备（包括但不限于空中救难专机、定期班机及道路救护车）等转送被保险人至更有条件治疗其身体伤害或急症之医院；或
 - 2) 若其医学状态允许转送，在必要医护监护下经由救护车接送机场及定期班机直接转送至其永久居住地附近的适当医院或其他健康护理机构。医疗小组及主诊医师将共同根据情况决定必要的安排。

3. 治疗后医疗护送

在 8.2 节所述医疗运送后，若有医疗必要，安盛旅行援助中心将安排并支付定期航班或其他适当交通手段的经济舱（若被保险人所持回程机票不能使用时）机票费用，并支付任何接送机场的交通费用，以帮助被保险人返回中华人民共和国境内或其祖国/常住地的医疗机构。被保险人需将原有机票未用部分交给安盛旅行援助中心处理。任何被保险人治疗后返回的决定均应在持续的医疗监控下，由主诊医师和安盛旅行援助中心共同决定。

4. 遗体或骨灰的送返

倘若被保险人在其居住国家外身故，安盛旅行援助中心将安排一切所需（包括任何符合当地手续的步骤和安排），并支付 (i) 被保险人遗体或骨灰送返中华人民共和国或被保险人祖国/永久居住地的费用，或 (ii) 应被保险人之继承人或其合法代表人要求，在当地安葬的费用；但安盛旅行援助中心所支付之当地安葬费用不应超过遗体或骨灰送返所需之费用。不包括棺椁费用。

特别注意： 以上所列的紧急救援服务将不包括将被保险人从诸如船只，石油钻塔平台或类似离岸场所转移出来的服务。被保险人应当按照本保险单规定的标准使用服务，对任何超过安盛紧急救援中心服务标准及限额而产生的费用，本公司不负责赔偿。

(D) 责任免除

下列治疗，项目，疾病，活动，以及相关（无论直接或间接、部分或完全）或后续的费用均不属于本保险合同的承保范围，本公司不负任何赔偿责任：

1. 任何期限的住院，除非该住院和所有因此提供和实施的医疗服务均经过医师推荐和批准，且符合被保险人所罹患疾病或遭受意外伤害的诊断和治疗的需求。
2. 受保前病症或任何相关的或后续的病症，但被保险人已在投保单中向本公司披露并被本公司书面认可者除外。
3. 未在本保险合同明确列明承保的任何非医疗必要的就診治疗、检查检验、X-光检查、常规体检、健康检查，或任何无医疗必要的预防性治疗包括接种疫苗，针刺疗法。
4. 住院期间，日间手术期间，日间治疗期间的电话、电视、广播、报纸、访客餐饮等非医疗费用。
5. 未在本保险合同明确列明承保的门诊治疗，牙科护理和牙科治疗。
6. 未在本保险合同明确列明承保的妊娠、分娩、流产、人工终止妊娠、不孕症和由此引发的所有并发症。
7. 节育措施，辅助生育措施、绝育或任何由此引发或与此相关的任何后果。
8. 包皮环切、阳痿或勃起障碍和由此引发或与此相关的任何后果。
9. 性病，人体免疫缺损病毒（HIV）相关疾病（包括艾滋病及与艾滋病相关的综合症状（ARC）和/或其任何突变、衍化或变异）的任何治疗或检查。
10. 变性手术。
11. 由强制工伤保险或其它保险承担赔偿责任的因工死亡、意外伤害、疾病和病患。
12. 任何先天疾病、先天性畸形或缺陷。
13. 非医院内护理、休养治疗或疗养院治疗，任何老年精神病学、或任何因精神性、心理性、精神或神经混乱及其任何生理或身心原因或表现、酗酒和滥用药物、物质滥用引起的治疗，但保险单中明确为本保险合同承保的家庭看护，精神病治疗除外。
14. 自杀或自杀未遂，自残伤害或任何此类尝试，无论精神是否正常。因被保险人挑衅或故意行为而导致的打斗、被袭击或被谋杀。
15. 视力测试、屈光度缺陷（诸如近视与散光）、医疗器材和用作假体的器械（包括眼镜、单片眼镜，隐形眼镜，助听器、轮椅等），除非在保险单中明确为本保险合同承保的。
16. 从事任何竞赛（除徒步外）、专业运动或职业竞赛、降落伞、跳伞、滑翔、蹦极跳、潜水、赛马、赛车、登山、攀岩、武术比赛、拳击、摔跤和特技表演等，或者以任何身份参与的任何形式的探险、户外探险、竞技娱乐、极限运动、高风险运动等所导致的意外伤害或疾病。
17. 被保险人置身于任何飞机或空中运输工具（以乘客身份搭乘民用或商业航班者除外）期间。
18. 核或化学污染、战争、入侵、使用化学和/或生物物质的恐怖活动造成的损失、外敌行动、敌对状态（无论是否宣战）、内战、叛乱、革命、直接参与暴乱、罢工和市民暴动、起义或军事或夺权力量、或在武装力量中现役。

19. 使用任何未经用药所在国家官方批准的药物，或因未按照用药说明用药以及由此引起的任何治疗。
20. 实验性治疗。
21. 儿童发育迟缓和/或学习障碍。
22. 除以下所列修复手术以外的整容或整形外科手术或治疗，或与以前整容或整形外科手术或治疗相关或因此而需要的任何治疗：
 - 1) 被保险人在保险期间因本保险合同定义的意外事故造成的伤害后，或外科手术后，进行的用于恢复功能或外形的手术或治疗；且
 - 2) 在意外事故或外科手术后恰当的医学阶段实施的；且
 - 3) 治疗费用在手术前已得到本公司批准。
23. 从身体任何部分抽除脂肪或多余组织，无论是否存在医学或心理需要；治疗肥胖、减轻或增加体重。
24. 违反法律或试图违反法律，拒捕或试图拒捕。
25. 将角膜、骨髓、骨骼、人体器官或组织从某一供体移植到某一受体的全部费用，以及所有与器官移植（包括需要或可能需要移植的疾病和移植手术后的状态）直接或间接有关的全部费用，除非在保险单中明确为本保险合同承保的。
26. 酒精依赖综合症或毒瘾的治疗。
27. 呼吸睡眠暂停综合症

(以下无正文)

附加险： 门诊保障

本附加险不可独立投保、承保，仅在您选择投保“卓越”环球团体医疗保障计划主险时，可投保本附加险。本附加险条款有规定的，该规定优先适用；本附加险无规定的，适用主险条款的规定。

被保险人因下列门诊医疗服务而产生的合理且必需的医疗费用将按照保险单和/或批单中的赔付比例和赔偿限额进行支付。

1. 根据您选择的不同计划，针对门诊治疗有不同额度的免赔额。
2. 同一病症每天的就诊次数限于一次。
3. 您选择的保险计划可能对昂贵医疗机构的使用有不同的规定：
 - 1) 中国经典计划和国际经典计划不保障您在昂贵医疗机构就医的费用。也就是说我们将不会为被保险人在昂贵医疗机构就医的费用支付保险金。
 - 2) 中国精英计划，国际精英计划及全球计划则对被保险人在就医的医疗机构无任何限制。
4. 按保单和/或批单所载明的自付比率，每个被保险人在支付免赔额之外（如有），还必须自己按自付比率承担部分医疗费用。

1. 普通门诊费用

补偿因疾病或意外伤害，由注册医师提供医疗服务而产生的合理且必需的医疗费用，以保险单和/或批单中所载赔偿限额为限。

2. 专科门诊费用

补偿因疾病或意外伤害，由专科医师提供医疗服务而产生的合理且必需的医疗费用，以保险单和/或批单中所载赔偿限额为限。

3. 物理治疗

若被保险人于保险期间内因疾病或意外伤害由注册主诊医生建议接受物理治疗的，本公司将以保险单和/或批单所载赔偿限额为限补偿该被保险人因此而支付的合理且必需的医疗费用。

4. 脊骨治疗

若被保险人于保险期间内因疾病或意外伤害接受脊骨指压治疗师的脊骨治疗，本公司将以保险单和/或批单所载赔偿限额为限补偿该被保险人因此而支付的合理且必需的医疗费用。

5. 中医草药医师

若被保险人于保险期间内因疾病或意外伤害接受由注册中医草药医师提供的治疗或服务，本公司将以保险单和/或批单所载赔偿限额为限补偿该被保险人因此而支付的合理且必需的医疗费用。

6. 跌打治疗

若被保险人于保险期间内因疾病或意外伤害接受由医师提供的跌打治疗或服务，本公司将以保险单和/或批单所载赔偿限额为限补偿该被保险人因此而支付的合理且必需的医疗费用。

7. 针灸治疗

若被保险人于保险期间内因疾病或意外伤害接受由医师提供的针灸治疗或服务，本公司将以保险单和/或批单所载赔偿限额为限补偿该被保险人因此而支付的合理且必需的医疗费用。

8. X-光 & 其他检查检验费用

若被保险人于保险期间内因疾病或意外伤害接受 X-光和其他检查检验，本公司将以保险单和/或批单所载赔偿限额为限补偿该被保险人因此而支付的合理且必需的医疗费用。

9. 处方药物

补偿主诊医师根据被保险人疾病或意外伤害情况书面处方的医疗上必要的医药用品和药品费用，以保险单和/或批单中所载赔偿限额为限。

(以下无正文)

附加险：牙科保障

本附加险不可独立投保、承保，仅在您选择投保“卓越”环球团体医疗保障计划主险时，可投保本附加险。本附加险条款有规定的，该规定优先适用；本附加险无规定的，适用主险条款的规定。

被保险人因下列项目由注册牙医推荐和批准而产生的合理且必需的医疗费用将按照保险单和/或批单中的免赔额、赔付比例和赔偿限额进行支付。

1. 您选择的保险计划可能对昂贵医疗机构的使用有不同的规定：

1) 中国经典计划和国际经典计划不保障您在昂贵医疗机构就医的费用。也就是说我们将不会为被保险人在昂贵医疗机构就医的费用支付保险金。

2) 精英计划，国际精英计划及全球计划则对被保险人在就医的医疗机构无任何限制。

2. 按保单和/或批单所载明的自付比率，每个被保险人在支付免赔额之外（如有），还必须自己按自付比率承担医疗费用。

1. 牙齿治疗

若被保险人于保险期间内接受牙科医生施行的对自然牙齿或牙龈的治疗，本公司将以保险单和/或批单所载赔偿限额为限补偿该被保险人因此而支付的合理且必需的费用（不包括镶牙费用）。

2. 洗牙和口腔检查

若被保险人于保险期间内接受口腔检查和包括刮治，抛光在内的洗牙治疗，本公司将以保险单和/或批单所载赔偿限额为限补偿该被保险人因此而支付的合理且必需的费用，且不超过保险单和/或批单中规定的每年就医次数。

3. 镶牙费用

我公司应补偿被保险人采用人工材料替换缺失的自然牙齿而产生的合理且必需的费用，包括对该替换后的义齿进行合理且必需的修补费用，每颗牙赔偿额度以保险单和/或批单上的赔偿限额为限。

针对受保前已存在牙科病症的特别条款：

保险合同及本牙科保障在本公司连续续保后，下列针对受保前已存在牙科病症的特别条款适用：

- 1) 若被保险人的牙科保障已经持续有效一整年，自在本公司连续续保第二个保险年度及以后，被保险人每年可享受人民币 6,000 元（或 882 美元）以内的下列治疗费用：充填、拔牙（智齿除外），但在任何情况下不超过其续保时所适用的保险单和/或批单所载的牙科保障下规定的年度总赔偿限额。
- 2) 若被保险人的牙科保障自第一个保险年度起已经持续有效三年，自在本公司连续续保第四个保险年度及以后，被保险人每年可享受人民币 6,000 元（或 882 美元）以内的下列治疗费用：充填、补牙、根桩、桩核、拔牙（智齿除外）、烤瓷冠、高嵌体、低嵌体、义齿桥、假牙、牙周深刮、根面平整、根管治疗、牙周治疗、缺牙替换、保存治疗以及旧义齿冠、义齿桥、活动假牙的修补，但在任何情况下不超过其续保时所适用的保险单和/或批单所载的牙科保障下规定的年度总赔偿限额。
- 3) 若被保险人的牙科保障自第一个保险年度起已经持续有效五年，自在本公司连续续保第六个保险年度及以后，被保险人所有因投保前已存在牙科疾病或伤害而直接、单独引起的牙科专项医疗费用均可在保险单和/或批单所载赔偿限额内获得补偿。

牙科定义

1. 受保前已存在牙科病症：

投保前已存在牙科病症包括但不限于下列牙科状况：

- 1) 保险合同生效日期之前的牙齿缺失。
- 2) 保险合同生效日期之前被拔除或损坏的牙齿。
- 3) 保险合同生效日期之前由意外导致的，或保险合同生效日期之前开始的病变而导致的任何治疗，例如补牙、烤瓷冠、义齿桥托、活动假牙、根桩、高嵌体、低嵌体、保存治疗，即使该病变状态在保险合同生效日期并未显现。
- 4) 任何在保险合同生效日期之前出现的需要深度清洁、牙根平整、牙周护理和治疗等的状态，即使该状态在保险

合同生效日期并未显现。

- 5) 任何在保险合同生效日期之前由意外导致的，或保险合同生效日期之前开始的病变而导致的需要牙科或口腔外科手术的治疗，即使该病变状态在保险合同生效日期时并未显现。

2. 注册牙医:

在其执业区域内被准许提供牙科服务的具有合法资格的牙医。

牙科责任免除

本公司对以下所列疾病、伤害、治疗不承担保险责任:

- 1) 如前所述的受保前已存在牙科病症, 除非另有特别条款的规定。
- 2) 未在保险期间开始和完成的牙科治疗。
- 3) 用于矫正、美容目的或纯粹为美容目的矫正先天畸形的相关费用。
- 4) 口腔卫生指导、菌斑控制和饮食指导引起的费用。
- 5) 任何无医疗必要的预防性治疗。

(以下无正文)

附加险：生育保障

本附加险不可独立投保、承保，仅在您选择投保“卓越”环球团体医疗保障计划主险时，可投保本附加险。本附加险条款有规定的，该规定优先适用；本附加险无规定的，适用主险条款的规定。

被保险人因下列项目由注册医师推荐和批准而产生的合理且必需的医疗费用将按照保险单和/或批单中的免赔额、赔付比例和赔偿限额进行支付。

1. 您选择的保险计划可能对昂贵医疗机构的使用有不同的规定：

1) 中国经典计划和国际经典计划不保障您在昂贵医疗机构就医的费用。也就是说我们将不会为被保险人在昂贵医疗机构就医的费用支付保险金。

2) 精英计划，国际精英计划及全球计划则对被保险人在就医的医疗机构无任何限制。

2. 按保单和/或批单所载明的自付比率，每个被保险人在支付免赔额之外（如有），还必须自己按自付比率承担医疗费用。

对本保障，自保险合同生效日起 12 个月（等待期）内本公司不承担责任，上述等待期仅对初次投保时适用。如果等待期有所变动，请详细参阅您的保险单和/批单。

对于等待期满后开始的首次妊娠，本公司补偿该次妊娠实际发生的分娩、产前并发症和分娩时并发症、医疗必要的救护车费以及医学上必要的人工终止妊娠、流产的费用，包括所有产前和产后检查及服务费用，最高以保险单和/或批单所载赔偿限额为限。

本公司将承担婴儿出生后 15 天内的婴儿的医疗费用，包括新生儿体检费、住宿费、护理及有医疗必要的医疗费用，但不包含先天性或遗传性疾病。

（以下无正文）

附加险：常规健康护理保障

本附加险不可独立投保、承保，仅在您选择投保“卓越”环球团体医疗保障计划主险时，可投保本附加险。本附加险条款有规定的，该规定优先适用；本附加险无规定的，适用主险条款的规定。

被保险人因下列项目而产生的合理且必需的医疗费用将按照保险单和/或批单中的免赔额、赔付比例和赔偿限额进行支付。

1. 您选择的保险计划可能对昂贵医疗机构的使用有不同的规定：

1) 中国经典计划和国际经典计划不保障您在昂贵医疗机构就医的费用。也就是说我们将不会为被保险人在昂贵医疗机构就医的费用支付保险金。

2) 精英计划，国际精英计划及全球计划则对被保险人在就医的医疗机构无任何限制。

2. 按保单和/或批单所载明的自付比率，每个被保险人在支付免赔额之外（如有），还必须自己按自付比率承担医疗费用。

1. 常规体检及接种疫苗

补偿被保险人于保险期限内于正规医疗机构进行预防性的常规体检、健康检查和接种疫苗而产生的医疗费用，以保险单和/或批单中所载赔偿限额为限。

2. 视力护理

补偿被保险人于保险期限内进行的视力检查、支付配戴有眼科医生处方或有配镜师处方的眼镜或隐形眼镜而产生的合理且必须的费用，以保险单和/或批单所载赔偿限额为限。

3. 听力护理

补偿被保险人于保险期限内进行的听力检查、支付有医生处方的助听器而产生的合理且必须的费用，以保险单和/或批单所载赔偿限额为限。

视力护理除外条款：

本公司对于以下的服务、产品或情况不承担保险责任：

1. 隐形眼镜本身的检查费用及维护费用、无处方的眼镜或隐形眼镜、眼镜维修费用、新置换的眼镜框架费用、或因意外导致的眼镜器械的重置费用。

2. 美容目的的隐形眼镜，任何形式的太阳眼镜（包括有处方的太阳眼镜）。

（以下无正文）