



请扫描以查询验证条款

利安人寿保险股份有限公司

尊享人生高端医疗保险（2017版）条款

阅读指引

本阅读指引有助于理解条款，对本合同内容的解释以条款为准。

您拥有的重要权益

- ❖ 签收本合同次日起犹豫期内您若要求退保，我们全额退还保险费 1.4
- ❖ 本合同提供的保障在保险责任条款中列明 2.4
- ❖ 您有退保的权利 5.1

您应当特别注意的事项

- ❖ 本合同有责任免除条款，请您注意 2.7
- ❖ 保险事故发生后，请您及时通知我们 3.2
- ❖ 退保会给您造成一定的损失，请您慎重决策 5.1
- ❖ 您有如实告知的义务 6.1
- ❖ 我们对一些重要术语进行了解释，并作了显著标识，请您注意 7

保险条款是保险合同的重要内容，为充分保障您的权益，请仔细阅读本保险条款。

条款目录

1. 您与我们订立的合同	5. 如何解除保险合同	7.14 境外旅行
1.1 合同构成	5.1 您解除合同的手续及风险	7.15 感染艾滋病病毒或患艾滋病
1.2 合同成立与生效	6. 其他需要关注的事项	7.16 既往疾病
1.3 投保范围	6.1 明确说明与如实告知	7.17 毒品
1.4 犹豫期	6.2 我们合同解除权的限制	7.18 斗殴
2. 我们提供的保障	6.3 年龄和性别确定与错误处理	7.19 酒后驾驶
2.1 保险期间	6.4 合同内容变更	7.20 无合法有效驾驶证驾驶
2.2 保障计划及保障区域	6.5 联系方式变更	7.21 无有效行驶证
2.3 续保	6.6 争议处理	7.22 机动车
2.4 保险责任	7. 释义	7.23 潜水
2.5 增值服务	7.1 周岁	7.24 攀岩
2.6 补偿原则	7.2 同时参保	7.25 探险
2.7 责任免除	7.3 有效身份证件	7.26 武术比赛
2.8 其他免责条款及重点提示	7.4 医院	7.27 特技表演
3. 如何申请领取保险金	7.5 特定医院	7.28 遗传性疾病
3.1 受益人	7.6 住院	7.29 先天性畸形、变形或染色体异常
3.2 保险事故通知	7.7 意外伤害	7.30 直接结算医院
3.3 预授权	7.8 医疗必需且合理	7.31 现金价值
3.4 保险金申请	7.9 住院医疗费用	附表：尊享人生高端医疗保险
3.5 保险金给付	7.10 门（急）诊医疗费用	（2017版）计划表
3.6 诉讼时效	7.11 次限额	
4. 如何支付保险费	7.12 突发急性病	
4.1 保险费的支付	7.13 妊娠并发症	

利安人寿保险股份有限公司

尊享人生高端医疗保险（2017版）条款

“尊享人生高端医疗保险（2017版）”简称“尊享人生高端医疗2017”。在本保险条款中，“您”指投保人，“我们”指利安人寿保险股份有限公司，“本合同”指您与我们之间订立的“尊享人生高端医疗保险（2017版）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、投保单及其他投保文件、合法有效的声明、批注、批单及其他您与我们共同签订的书面协议。电子保险单、电子投保单及其他您与我们共同认可的电子文档具有与纸质文件同等效力。
- 1.2 **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。
本合同自我们同意承保、收取保险费并签发保险单开始生效，具体生效日以保险单所载的日期为准。
- 1.3 **投保范围** 本合同接受的被保险人为投保时年龄范围在出生满28天至75周岁（见7.1）之间，且符合我们当时规定的其他投保条件的人员。被保险人为非中华人民共和国国籍的，需持有中华人民共和国政府部门签发的的工作签证，或拥有中华人民共和国境内居留证或长期居住权，并提供中华人民共和国境内固定居住地址。
被保险人的家庭成员若满足上述条件，可以与被保险人**同时参保**（见7.2）本保险。家庭成员仅指投保时年龄不超过75周岁，身体健康，能在中国正常工作、劳动或者生活的被保险人的配偶，以及投保时年龄不超过18周岁，身体健康，能在中国正常生活、学习，经济上完全依赖被保险人的被保险人的未婚子女（其中被保险人的配偶最高可续保至80周岁，被保险人的未婚子女最高可续保至23周岁）。
- 1.4 **犹豫期** 自您签收本合同次日起，有10日的犹豫期。法律法规、监管规定对犹豫期另有规定的，依照其规定。在此期间，请您认真审视本合同，如果您认为本合同与您的需求不相符，您可以在此期间提出解除本合同，我们将退还您所支付的保险费。
解除合同时，您需要填写申请书，并提供您的保险合同及**有效身份证件**（见7.3）。自我们收到您解除合同的书面申请时起，本合同即被解除，对于本合同解除前发生的保险事故，我们不承担保险责任。

2. 我们提供的保障

- 2.1 **保险期间** 本合同的保险期间为1年，并在保险单上载明。
- 2.2 **保障计划及保障区域** 本合同提供医疗保障计划及孕产保障计划，您仅可在投保时与我们约定其中一种，并在保险单上载明。本合同医疗保障计划、孕产保障计划的年度总限额、各项保险金限额、在各类**医院**（见7.4）治疗给付保险金的给付比例见附表。本合同所称医院分为以下两类：1. **特定医院**（见7.5）；2. 其他医院。
本合同的保障区域分为中国大陆、中国大陆及港澳台、全球除美国和加拿大以及全球。具体计划由您和我们约定并在保险单上载明，在本合同保险期间内不得变更。

2.3	续保	<p>本合同为非保证续保合同，在每一个保险期间届满前，您提出续保申请，我们会审核被保险人是否符合续保条件，如果我们不接受续保的，我们将于保险期间届满前以书面形式通知您。</p> <p>如果我们审核同意且您按续保生效时的年龄对应的当时费率向我们支付续保保险费，则续保合同自上一个保险期间届满后的次日零时起生效，保险期间为1年，但续保时被保险人的年龄超过80周岁，我们不再接受续保。</p>
2.4	保险责任	<p>在本合同保险期间内，且本合同有效的前提下，我们根据投保时您与我们约定的具体保障计划（医疗保障计划或孕产保障计划，两者任选其一），在年度总额范围内按以下约定承担相应的保险责任：</p>
	等待期	<p>您首次投保或非续保本保险时，被保险人因疾病需要住院（见7.6）治疗的，自本合同生效日起15日为等待期；被保险人因疾病接受门诊治疗的，自本合同生效日起7日为等待期；被保险人因怀孕、生育而享有本合同约定的女性生育保险金A保险责任的，自本合同生效日起12个月为等待期，被保险人因妊娠、分娩而享有本合同约定的女性生育保险金B保险责任的无等待期；被保险人因疾病需要牙科门诊治疗的，自本合同生效日起90日为等待期。</p> <p>续保或者因意外伤害（见7.7）进行治疗的无等待期。被保险人在等待期内发生的保险事故，我们不承担给付保险金的责任。</p>
	医疗保障计划—住院医疗费用保险金	<p>被保险人因疾病或意外伤害经医院确诊必须住院治疗的，对于住院期间发生的医疗必需且合理（见7.8）的住院医疗费用（见7.9），我们按被保险人所住医院的类别对应的给付比例，在年限额、日限额和最高给付日数范围内给付住院医疗费用保险金。本项保险金的给付比例、年限额、日限额及最高给付日数见附表。</p> <p>在每一保单年度内，我们仅对被保险人住院累计180日内发生的上述各项费用承担保险责任。</p> <p>对于本合同保险期间届满前发生的且延续至本合同保险期间届满日后30日内的医疗必需且合理的住院医疗费用，我们仍然按照上述给付比例，在各项费用的年限额和日限额范围内给付住院医疗费用保险金，但累计给付日数以各项责任对应的最高给付日数为限，各项费用累计给付金额以各对应项费用最高给付金额为限。</p>
	医疗保障计划—门（急）诊医疗费用保险金	<p>被保险人因疾病或意外伤害需要门诊或急诊治疗的，对于每次在医院治疗发生的医疗必需且合理的门（急）诊医疗费用（见7.10），我们按被保险人所在医院的类别对应的给付比例、约定的各项费用的次免赔额，在年限额、次限额（见7.11）和最高给付次数范围内给付门（急）诊医疗费用保险金。本项保险金的给付比例、次免赔额、年限额、次限额及最高给付次数见附表。</p>
	医疗保障计划—特殊门诊医疗费用保险金	<p>被保险人在医院进行门诊肾透析、门诊恶性肿瘤电疗、放疗或化疗的，对于每次在医院治疗发生的医疗必需且合理的特殊门诊医疗费用，我们按被保险人所在医院的类别对应的给付比例，在年限额范围内给付特殊门诊医疗费用保险金。本项保险金的给付比例及年限额见附表。</p>
	医疗保障计划—牙科医疗费用保险金	<p>被保险人因患牙科疾病，对于每次在医院治疗发生的医疗必需且合理的牙科门诊医疗费用，我们按被保险人所在医院的类别对应的给付比例及接受治疗的类别对应的给付比例，在年限额和最高给付次数范围内给付牙科医疗费用保险金：</p>

- 1、基本牙科治疗：指简单补牙（包括银汞合金或复合树脂充填）、简单拔牙、牙周治疗（包括牙周刮治、牙根平整术等）。
- 2、重大牙科治疗：指根管治疗（包括麻醉和拍片费用）、牙冠修复、桥式义齿（包括化验和麻醉费用）、智齿拔除。
- 3、口腔保健：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）、每一保险期间两次以下（含两次）牙齿清洁检查费。

本项保险金的给付比例、年限额及最高给付次数见附表。

医疗保障计划
—紧急医疗保
险金

被保险人在本合同约定的保障区域以外的全球其他国家和地区旅行时，因遭受意外伤害事故或**突发急性病**（见 7.12）需紧急医疗的，我们对相关紧急医疗产生的医疗必需且合理的医疗费用，在年限额范围内给付紧急医疗保险金。本项保险金的年限额见附表。

本项责任不包括以接受治疗为目的或者违背医嘱前往保障区域以外地区期间发生的任何医疗、常规医疗、可以推迟至被保险人返回保障区域后接受的医疗、被保险人事先计划好的治疗、因被保险人已知或者应该知道的情形而发生的医疗、以及妊娠、分娩及相关病症。

对于上述住院医疗费用保险金、门（急）诊医疗费用保险金、特殊门诊医疗费用保险金、牙科医疗费用保险金、紧急医疗保险金，被保险人不论一次或多次发生保险事故，我们均按上述约定给付各项保险金，但每一保险年度累计给付金额以被保险人的年度总限额为限。上述各项费用的分项累积给付金额达到其对应项给付限额时，我们对被保险人该项保险责任终止；上述各项费用的累计给付金额达到被保险人的年度总限额时，我们对被保险人上述医疗保障计划全部保险责任终止。

医疗保障计划
—女性生育保
险金 A(可选)

若您选择投保女性生育保险 A 责任，女性被保险人每次因怀孕、生育而发生的医疗必需且合理的医疗费用，我们按被保险人所在医院的类别对应的给付比例，在年限额、最高给付日数和最高给付次数范围内给付女性生育保险：

1. 检查及分娩费：包括产前检查、产前医生处方开具的维生素和钙剂、B 超检查、自然分娩、医学必要的手术分娩、流产、产后检查费用，其中 B 超检查每个保单年度最多 2 次。

2. 新生儿费：指新生儿出生后 15 日内未出院期间发生的医疗费用，包括护理费、治疗费和免疫费。

3. 妊娠相关疾病治疗费：指女性被保险人因妊娠导致相关疾病，并接受医生推荐的治疗而发生的检查治疗费用。妊娠导致的相关疾病包括但不限于妊娠高血压综合征、前置胎盘、胎盘早剥、子宫破裂、羊水栓塞、产后出血等。

本项保险金的给付比例、年限额、最高给付日数及最高给付次数见附表。

每一保单年度因流产给付的女性生育保险仅限一次。如果被保险人怀孕、生育延续至下一保单年度，对于在本保单年度以及续保的下一保单年度内发生的与该次怀孕、生育相关的上述费用，累计给付金额以本合同约定的该项责任的年限额为限。

医疗保障计划
—健康体检或
疫苗费用保
险金（可选）

若您选择投保健康体检或疫苗费用保险金责任，我们按被保险人健康体检或疫苗保障计划对应的给付比例，在年限额范围内给付健康体检或疫苗费用保险金。本项保险金的给付比例及年限额见附表。

医疗保障计划
—眼科保险金
(可选)

若您选择投保眼科保险金责任,被保险人因视力维护需要,对于每次在医院治疗发生的约定范围内的医疗必需且合理的眼科费用,我们在年限额和最高给付次数范围内给付眼科保险金:

1. 眼科检查费:指眼科常规检查和视力检查费(每保单年度限一次)。
2. 眼镜费:指购买框架眼镜或隐形眼镜的费用(两者任选其一,每保单年度限一次),不包括太阳镜及相关配件的费用。

本项保险金的年限额及最高给付次数见附表。

孕产保障计划
—女性生育保
险金 B

女性被保险人因意外伤害或每次妊娠、分娩而发生的医疗必需且合理的医疗费用,我们按被保险人所在医院的类别对应的给付比例,在年限额、日限额和最高给付日数范围内给付女性生育保险:

1. 意外住院医疗费:包括床位费、膳食费、护理费、检查检验费、治疗费、医生费、药品费、手术费(非器官移植手术和特定器官移植手术)、重症监护病房床位费、救护车费。

在每一保单年度内,我们仅对被保险人住院累计 180 日内发生的上述各项费用承担保险责任。

2. 新生儿费:指新生儿出生后 15 日内未出院期间发生的医疗费用,包括护理费和治疗费,不含常规检查费和免疫费。

3. 妊娠并发症(见 7.13)治疗费:指女性被保险人因妊娠导致本合同约定的 28 种并发症,并接受医生推荐的治疗而发生的检查治疗费用。

本项保险金的给付比例、年限额、日限额及最高给付日数见附表,累计给付金额以本合同约定的该项责任的年限额为限。

2.5 增值服务

被保险人需要紧急医疗救援时,可拨打 24 小时救援热线电话,我们将通过授权的救援机构提供全球紧急救援服务。全球紧急救援服务分为国际紧急救援服务和国内紧急救援服务。国际紧急救援服务适用于被保险人每次不超过 90 天的境外旅行(见 7.14);国内紧急救援服务适用于被保险人每次不超过 90 天的离开居住地 150 公里以外的境内旅行。

国际紧急救援服务包含以下内容:

1. 电话医疗咨询:被保险人在中国境外旅行时,如身体不适或遇到紧急医疗状况,可拨打救援机构得到救援机构医生的医疗咨询服务。

2. 医疗机构介绍和建议:救援机构可向被保险人提供医生、医院、诊所、牙医和牙医诊所的姓名或名称、地址、电话号码及其工作时间。

3. 协助、安排就医住院:根据被保险人身体状况、病情等,救援机构可协助被保险人在当地尽可能符合治疗要求的、经救援机构审查认证或与救援机构有合作关系的医疗机构(医生、医院、诊所、牙医等)就医。如病情严重,救援机构将协助安排该被保险人住院治疗。

4. 住院期间医疗费用的担保或垫付,及住院期间医疗情况的跟踪、观察和监控:被保险人在中国境外旅行途中因突发疾病或者意外原因需要住院治疗时,在被保险人的要求下,救援机构会协助被保险人并担保其住院期间的相关医疗费用,在为被保险人担保了住院期间的相关医疗费用的情况下,并且在符合保密及授权条件和可能的情况下,救援机构医生会联系被保险人的主治医生,在被保险人住院期间对其医疗情况进行跟踪监控,在可能的情况下,救援机构可尽力协助获取被保险人的医疗报告、出院小结、账单和收据等文件,方便被保险人索赔。救援机构向被保险人提供住院费用的财务担保需基于如下前提:救援机构

需事先从被保险人的信用卡或者从被保险人家属处获得充分的财务支付的保证后方可进行。

5. 递送必需药物和医疗用品：在有医疗必要且救援机构尽可能的情况下，救援机构可安排为被保险人递送该被保险人护理、治疗所必需的而在被保险人所在地无法获得的药物、药品及医疗用品。

6. 紧急医疗翻译服务：救援机构可安排为被保险人提供通过电话方式的紧急医疗翻译服务。

7. 安排并支付紧急医疗转送：若被保险人在中国境外旅行时，一旦处于严重病情并经救援机构的医师判断所在医院无法提供适当处理时，救援机构将安排适当的通讯、交通工具及医疗护送小组将被保险人转移至可提供适当医疗保健服务的最近医院，但最近医院不一定位于被保险人国内。救援机构将支付必要的与紧急医疗转送有关的交通费用以及在其安排的该服务过程中通常发生的附属费用。

8. 安排并支付医疗转运回国：当被保险人于中国境外接受了由救援机构提供的紧急医疗转送并住院和初步治疗后，经救援机构的医师从医疗角度判断需转运回国，救援机构将安排并支付正常航班或其它救援机构认为适当的交通工具转移被保险人返回国内继续治疗。救援机构将提供适当的通讯和语言翻译支持，移动医疗器材，轮椅、担架及其它辅助设备，及专业医疗护理人员。救援机构将支付必要的与医疗转送回国有关的交通费用以及在其安排的该服务过程中通常发生的附属费用。

9. 安排并支付遗体/骨灰运送回国：若被保险人在中国境外因意外事故或突发疾病不幸身故，救援机构将根据被保险人的遗愿或其直系亲属的愿望，安排并支付运送其遗体或骨灰返回国内的费用，或安排在当地礼葬的费用。棺木/骨灰坛规格必须符合国际航空运输标准。

10. 安排并支付直系亲属探病及住宿：若被保险人在中国境外单独旅行，因连续住院七天以上而需其直系亲属前往探视时，救援机构可代为安排并支付该被保险人的一位直系亲属一张往返经济舱机票从国内到被保险人入住的医院探望并同时代为安排并支付其在当地的住宿。将为该探病直系亲属支付每日不超过美金 250 元之住宿费，且每次事件最高支付金额不超过美金 1,000 元。

11. 安排并支付未满十六周岁（含）未成年子女回国：若被保险人因遭受意外伤害、突发疾病、紧急医疗转运或遭遇身故而导致随行未满十六周岁（含）之未成年子女无人照料，救援机构将安排并支付其未成年子女经最近途径的一张单程经济舱机票返回国内，但其原有之机票应交由救援机构处理。必要时，救援机构将安排护送人员随行返国并支付费用。

12. 紧急口讯传递：被保险人发生紧急情况或伤病事故时，救援机构可按要求将情况尽快通知其亲属和雇主。

国内紧急救援服务包含以下内容：

1. 电话医疗咨询：当被保险人在国内旅行或出差时，如身体不适或遇到紧急医疗状况，可拨打救援机构电话得到救援机构医生的医疗咨询服务。

2. 医疗机构介绍和建议：被保险人如在国内旅途中身体不适或生病，经被保险人请求，救援机构可向被保险人提供医生、医院、诊所、牙医和牙医诊所的姓名或名称、地址、电话号码及其工作时间。

3. 协助、安排就医住院：根据被保险人身体状况、病情等，救援机构可协助被保险人在当地尽可能符合治疗要求的、经救援机构审查认证或与救援机构有合

作关系的医疗机构（医生、医院、诊所、牙医等）就医。如病情严重，救援机构将协助安排该被保险人住院治疗。

4. 安排并支付紧急医疗转送：当被保险人在国内旅行或出差时，一旦处于严重病情并经救援机构的医师判断所在医院无法提供适当处理时，救援机构将安排适当的通讯、交通工具及医疗护送小组将被保险人转移至可提供适当医疗保健服务的位于国内的最近医院。救援机构应当支付必要的与紧急医疗转送有关的交通费用以及在其安排的该服务过程中通常发生的附属费用。

5. 安排并支付医疗转运回居住地：当被保险人于国内接受了由救援机构提供的紧急医疗转送并住院和初步治疗后，经救援机构的医师从医疗角度判断需转运回居住地，救援机构将安排并支付正常航班或其它救援机构认为适当的交通工具转移该被保险人返回居住地内继续治疗。救援机构将提供适当的通讯和语言翻译支持，移动医疗器材，轮椅、担架及其它辅助设备，及专业医疗护理人员。

6. 安排并支付遗体/骨灰运送回居住地：若被保险人在国内旅行时因意外事故或突发疾病不幸身故，救援机构将根据被保险人的遗愿或其直系亲属的愿望，安排并支付运送其遗体或骨灰返回居住地的费用，或安排在当地礼葬的费用。棺木/骨灰坛规格必须符合航空运输标准者为限。

7. 安排并支付直系亲属探病及住宿：若保险人在国内单独旅行，因连续住院七天以上而需其直系亲属前往探视时，救援机构可代为安排并支付该被保险人的一位直系亲属一张往返经济舱机票从居住地到被保险人入住的医院探望并同时代为安排并支付其在当地的住宿。每次事件住宿费最高支付金额不超过人民币3,000元。

8. 安排并支付未满十六周岁（含）未成年子女回居住地：若被保险人因遭受意外伤害、突发疾病、紧急医疗转运或遭遇身故而导致随行未满十六周岁（含）之未成年子女无人照料，救援机构将安排并支付其未成年子女经最近途径的一张单程经济舱机票返回居住地。必要时，救援机构将安排并支付护送人员随行返回。

9. 紧急口讯传递：被保险人发生紧急情况或伤病事故时，救援机构可按要求将情况尽快通知其亲属和雇主。

其他关于本项增值服务涉及的被保险人享受服务资格、服务项目相关费用收取以及服务费用除外责任等方面的具体内容，您可以通过我们的客户服务热线或官网查询。

本项增值服务的救援服务限额见附表。

2.6 补偿原则

我们在向受益人给付保险金时，若被保险人所发生的属于本合同保险责任范围内的医疗费用已通过工作单位、本公司在内的任何商业保险机构获得了补偿或赔偿，且该补偿或赔偿金额与我们按本合同约定给付的保险金之和超过了被保险人实际发生的医疗费用，我们将按被保险人实际发生的医疗费用扣除被保险人从其他途径获得的补偿或赔偿金额后的余额向受益人给付保险金，即包括本合同在内的各种途径所给付的所有补偿或赔偿金额之和不得超过被保险人实际发生的医疗费用。

2.7 责任免除

因下列情形之一造成被保险人医疗费用支出或发生符合下列情形描述的费用，我们不承担给付保险金的责任：

（一）非疾病治疗类

1. 各种美容整形项目和整形手术：包括但不限于皮肤色素沉着、对皮肤表面无

囊肿形成或无脓肿的痤疮治疗、红斑痤疮治疗；良性皮肤损害（雀斑、老年斑、痣、疣等）的治疗和去除；对浅表静脉曲张、蜘蛛脉、除瘢痕疙瘩型外的其它瘢痕、纹身去除、皮肤变色的治疗或手术；激光美容、除皱、除眼袋、开双眼皮、治疗斑秃、白发、秃发、脱发、植毛、脱毛、隆鼻、隆胸费用；

2. 各种矫形及生理缺陷的手术和检查治疗项目，包括但不限于平足及各种非功能性整容、矫形手术费用；

3. 各种健美治疗项目，包括但不限于营养、减肥、增胖、增高费用；

4. 各种预防保健性项目，包括但不限于保健按摩、自动按摩床治疗、药物蒸气治疗、药浴、体疗健身、各种疫苗预防接种（合同约定属于保险责任范围内的除外）、预防注射以及疾病普查费用；

5. 各种医疗咨询和健康预测，包括但不限于健康咨询、家庭咨询、婚姻咨询、性咨询、婚前咨询、心理咨询（如果精神疾病治疗费用按合同约定属于保险责任范围，因精神疾病治疗进行心理咨询的除外）费用；

6. 各种医疗鉴定，包括但不限于医疗事故鉴定、精神病鉴定、孕妇胎儿性别鉴定、各种验伤鉴定、亲子鉴定、遗传基因鉴定费用。

（二）生殖治疗类

1. 人工辅助生殖（分娩费用除外）、男女节育；

2. 输精管或输卵管结扎等绝育术；

3. 性功能障碍治疗；

4. 非紧急情况下的堕胎，因心理或社会原因实施的堕胎及造成的相关并发症，以及选择性手术分娩；

5. 不育症的检查和治疗；

6. 绝育恢复手术；

7. 变性手术；

8. 用于提高性功能的药物；

9. 生育、分娩前的培训；

10. 与不育或生育相关的任何活细胞冷冻贮藏、植入和再植入费用。

（三）治疗项目类

1. 除心脏瓣膜、人工晶体、人工关节之外的人工器官材料费、安装和置换等费用；

2. 性病治疗相关费用，被保险人**感染艾滋病病毒或患艾滋病**（见 7.15）期间因所有疾病所导致的医疗费用；

3. 依据具有相应资格的医生判断，无医学必要性的检查和治疗；

4. 在健康水疗院、自然治疗诊所或类似疗养机构接受的治疗，或以隶属于该类机构、登记为“护理病房”的私人病床形式接受的治疗；

5. 为休息、观察而实施的环境疗法，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治疗；

6. 近视、斜视矫形术费用，包皮环切术、包皮剥离术、包皮气囊扩张术；

7. 睡眠呼吸暂停，睡眠相关的呼吸异常、鼾症或失眠；

8. 与牙科责任对应的保险责任范围内的费用不包括以美容为目的牙齿处理费（包含全口义齿、高嵌体、种植牙、贴面、牙齿矫正治疗及其他相关费用）。牙齿矫正治疗及其他相关费用包括模型研究（包括口腔 X 光片）、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。

(四) 服务设施及医学材料类

1. 使用电话、电炉、煤气、食品保温箱等费用;
2. 遗体料理费、遗体冷藏费(本合同约定属于保险责任范围内的除外);
3. 陪护费、加床费(本合同约定属于保险责任范围内的除外)、护工费、洗理费及各种与诊疗无直接关系的费用(包括但不限于脸盆、卫生塑料及卫生纸费);
4. 耐用医疗设备的购买或租赁费;
5. 定制或改造任何交通工具、洗浴设备或者住宅设备;
6. 所有非处方医疗器械;
7. 非必需的假体、矫正器具、支具或相似的器具。

(五) 药品费用

1. 自购药品(自购药品指被保险人未经过医院所属的具有执业医师资格的医生开具医嘱,自行至药房、超市、医院所属商业药房等地点购买的药品);
2. 营养性复合维生素,矿物质、中草药(本合同约定属于保险责任范围内的除外)、膏方及其它营养保健药费,试验或研究性质的药物费用;
3. 医生开具的、超过90天部分的药品(包含维生素)费用。

(六) 特定医疗费用

1. 超出通常惯例的医疗费用;
2. 为获得治疗发生的交通费,本合同列明的本地救护车费及紧急医疗运送除外;
3. 保险期间届满后发生的医疗费用,包括在此后按疗程使用的处方药品费用(本合同约定属于保险责任范围内的除外)。

(七) 其它

1. 被保险人所患**既往疾病**(见 7.16)引起的医疗费用,但在投保时已告知我们并经我们书面同意承保的不在其限;
2. 被保险人因精神疾病引起的医疗费用(本合同约定属于保险责任范围内的除外),保险单中特别约定的其他除外疾病引起的医疗费用;
3. 被保险人**殴斗**、醉酒,主动吸食或注射**毒品**(见 7.17)导致的医疗费用;
4. 投保人对被保险人的故意杀害、故意伤害;
5. 被保险人故意自伤、故意犯罪、**斗殴**(见 7.18)或者抗拒依法采取的刑事强制措施导致的医疗费用;
6. 被保险人**酒后驾驶**(见 7.19)、**无合法有效驾驶证驾驶**(见 7.20)或**驾驶无效行驶证**(见 7.21)的**机动车**(见 7.22)导致交通意外引起的医疗费用;
7. 被保险人参加或从事**潜水**(见 7.23)、跳伞、**攀岩**(见 7.24)、蹦极、驾驶滑翔机或滑翔伞、**探险**(见 7.25)、**武术比赛**(见 7.26)、摔跤、**特技表演**(见 7.27)、赛马、赛车等高风险运动导致的伤害引起的治疗;
8. 被保险人**遗传性疾病**(见 7.28)、**先天性畸形、变形或染色体异常**(见 7.29)引起的医疗费用;
9. 由于职业病、医疗事故引起的医疗费用;
10. 核爆炸、核辐射或核污染、化学污染;战争、军事冲突、暴乱或武装叛乱;
11. 冒名住院、不符合入院标准、挂床住院或住院病人应当出院而拒不出院(从医院确定出院之日起发生的一切医疗费用)。其中挂床住院指被保险人办理正式住院手续的被保险人,在住院期间每日非24小时在床、在院。具体表现包括在住院期间连续若干日无任何治疗,只发生护理费、诊疗费、床位费等情况;
12. 被保险人接受实验性治疗,即未经科学或医学认可的医疗。

及重点提示

重点提示，详见本合同中背景突出显示的内容。

3. 如何申请领取保险金

3.1 受益人 除另有指定外，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 您或受益人知道保险事故后应当在 10 日内通知我们。

如果您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 预授权 被保险人拟接受下列医疗项目前，应通过客户服务热线向我们提出预授权申请：

(一) 每次住院治疗和手术治疗（含门诊手术）；

(二) 首次特殊门诊治疗；

(三) 首次精神疾病治疗；

(四) 家庭护理，临终关怀；

(五) 全球医疗紧急救援以及遗体遣送及安葬；

(六) 单项检查费用超过 5,000 元；

(七) 每剂超过人民币 8,000 元的处方药；

(八) 不符合上述条件但保险期间内预期累计医疗费用超过人民币 40,000 元的任何治疗；

(九) 保障区域外的紧急医疗。

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

被保险人在进行上述第（一）至（八）项治疗前若未获得事先授权或紧急情况下未能在规定时间内通知我们的，对于被保险人发生的医疗必需且合理的医疗费用，我们将按本合同约定的赔偿范围、赔付比例及费用限额计算得出的金额，再乘以 60% 的比例给付保险金。

被保险人在进行上述第（九）项治疗前若未获得事先授权或紧急情况下未能在规定时间内通知我们的，我们对被保险人未经许可的治疗而发生的医疗费用不承担给付保险金的责任。

3.4 保险金申请 在申请保险金时，请按照下列方式办理：

保险金申请方式 对于住院医疗费用保险金、门（急）诊医疗费用保险金、特殊门诊医疗费用保险金、牙科医疗费用保险金、紧急医疗保险金、女性生育保险金 A（可选）、健康体检或疫苗费用保险金（可选）、眼科保险金（可选）、女性生育保险金 B，受益人可通过以下两种方式向我们申请保险金：

(一) 医疗费用直接结算

对于被保险人在本合同中的**直接结算医院**（见 7.30）发生的属于本合同保险责任范围内的医疗费用，我们将与直接结算医院直接结算。此方式仅限于住院医疗费用保险金和门（急）诊医疗费用保险金的申请。

被保险人在直接结算医院就诊并进行直接结算的，对于不属于保险责任范围内的医疗费用，或超过相应限额应由被保险人负担但该医院未向其收取的，在接到我们通知后被保险人应当将上述相应款项退还我们。

(二) 保险事故发生后申请给付保险金

不满足上述医疗费用直接结算条件的，受益人可于保险事故发生后向我们申请给付保险金。

保险金申请所需材料

对于住院医疗费用保险金、门（急）诊医疗费用保险金、特殊门诊医疗费用保险金、牙科医疗费用保险金、紧急医疗保险金、女性生育保险金 A、健康体检或疫苗费用保险金、眼科保险金、女性生育保险金 B，受益人须填写保险金给付申请书，并提供下列证明和资料：

- (1) 本合同；
- (2) 受益人的有效身份证件；
- (3) 医院出具的入出院证明或门诊证明；
- (4) 医院出具的医疗诊断书及住院或门诊发生医疗费用的原始凭证、医疗费用结算清单、病历；
- (5) 检查化验报告及药品明细和处方；
- (6) 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。

以上各项保险金申请的证明和资料不完整的，我们将及时一次性通知受益人补充提供有关证明和资料。

3.5 保险金给付

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 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，我们在与受益人达成给付保险金的协议后 10 日内，履行给付保险金义务。

我们未及时履行前款规定义务的，除支付保险金外，应当赔偿受益人因此受到的损失。前述“损失”是指根据中国人民银行公布的同时期的人民币活期存款基准利率计算的利息损失。

对不属于保险责任的，我们自作出核定之日起 3 日内向受益人发出拒绝给付保险金通知书并说明理由。

我们在收到保险金给付申请书及有关证明和资料之日起 60 日内，对给付保险金的数额不能确定的，根据已有证明和资料可以确定的数额先予支付；我们最终确定给付保险金的数额后，将支付相应的差额。

被保险人在境外发生医疗费用，我们的各项保险金均按医疗费用结算清单中最早账单日期对应的中华人民共和国国家外汇管理局公布的人民币汇率中间价换算成人民币支付。我们不对任何由于货币兑换汇率的浮动可能造成的经济损失负责。

3.6 诉讼时效

受益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. 如何支付保险费

4.1 保险费的支付 您应于投保时一次性支付全部保险费。

5. 如何解除保险合同

5.1 您解除合同的手续及风险 如您申请解除本合同，请填写解除合同申请书并向我们提供下列资料：
(1) 保险合同；

(2) 您的有效身份证件。

自我们收到解除合同申请书时起，本合同终止。我们自收到解除合同申请书之日起 30 日内向您退还保险单的**现金价值**（见 7.31）。对已发生过保险金给付，

或已发生本合同约定的保险事故但尚未支付保险金，或者已提供过救援服务的，我们不退还保险单的现金价值。
犹豫期后，您解除合同会遭受一定损失。

6. 其他需要关注的事项

- 6.1 **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。
对保险条款中免除我们责任的条款，我们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您注意的提示，并对该条款的内容以书面或者口头形式向您作出明确说明，未作提示或者明确说明的，该条款不产生效力。我们就您和被保险人的有关情况提出询问，您应当如实告知。
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，并且不退还保险费。
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。
- 6.2 **我们合同解除权的限制** 本保险条款“明确说明与如实告知”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。
- 6.3 **年龄和性别确定与错误处理** 您在申请投保时，应将与有效身份证件相符的被保险人的出生日期和性别在投保单上填明，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，在保险事故发生之前我们有权解除合同，并向您退还本合同的现金价值。我们行使合同解除权适用“我们合同解除权的限制”的规定。
(2) 您申报的被保险人年龄或性别不真实，致使您实付保险费少于应付保险费的，我们有权作相应的更正并要求您补交保险费差额。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或性别不真实，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。
- 6.4 **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。
- 6.5 **联系方式变更** 为了保障您的合法权益，您的住所、通讯地址或电话等联系方式变更时，请及时以书面形式或双方认可的其他形式通知我们。若您未以书面形式或双方认可的其他形式通知我们，我们按本合同载明的最后住所、通讯地址或电话等联系方式发送的有关通知，均视为已送达给您。
- 6.6 **争议处理** 本合同履行过程中，双方发生争议不能协商解决的，可以依法向法院提起诉讼。

7. 释义

- 7.1 周岁 指按有效身份证件中记载的出生日期计算的年龄，自出生之日起为零周岁，每经过一年增加一岁，不足一年的不计。
- 7.2 同时参保 指两名或两名以上家庭成员作为被保险人，填写同一张投保单申请本合同，且被我们同意承保的情况。同时参保的家庭成员应当选择相同保障责任和同一档次的保障水平。
- 7.3 有效身份证件 指由政府主管部门规定的证明其身份的证件，如：居民身份证、按规定可使用的有效护照、军官证、警官证、士兵证等证件。
- 7.4 医院 指本合同约定的全球范围内在当地合法注册的医疗机构。但不包括疗养院、护理院、康复中心、戒酒或戒毒中心、精神心理治疗中心以及无相应医护人员或设备的二级或三级医院的联合医院或联合病房。
- 7.5 特定医院 指超出该地区惯常医疗费用水平的昂贵医院。被保险人在该类医院就医时，我们将不承担或者按一定比例承担保险责任范围内的医疗费用。我们可以指定和变更特定医院。特定医院发生变更时，我们会通知您，您也可以通过我们的客户服务热线或官网查询。
- 7.6 住院 指被保险人确因临床需要入住医疗机构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、挂床住院及以及休养、疗养、身体检查和健康护理等非治疗性行为导致的住院。我们仅对离开日及以前属于保险责任范围内的住院治疗承担保险金给付责任。
- 7.7 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。
- 7.8 医疗必需且合理 指合理的、符合通常惯例且医疗必须的医疗费用。符合通常惯例指被保险人接受的医疗服务满足以下条件：
1) 该服务满足医疗需要而且根据治疗当地通行治疗规范、采用了通行治疗方法；
2) 医疗费用没有超过当地对类似情形治疗的常规费用，类似情形是指在同一地区、对相同性别、近似年龄的人所患的同类疾病或身体伤害实施的类似治疗或服务。
医疗必需指针对意外伤害或疾病本身的医疗服务及医疗费用满足以下条件：
1) 治疗意外伤害或疾病合适且必须的、有医生处方的项目；
2) 与接受治疗当地普遍接受的医疗专业实践标准一致；
3) 非为了医师或其他医疗提供方的方便；
4) 接受的医疗服务范围是合适的而且经济有效的。
对是否医疗必需由我们理赔人员根据客观、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。
- 7.9 住院医疗费用 被保险人住院期间发生的医疗费用，包括：
1、床位费：住院期间实际发生的、不高于标准单人病房（或私人病房）的住院床位费（不包括套房、家庭病床）。
2、膳食费：住院期间实际发生的、由医院提供的合理的、符合惯常标准的膳食费用，但不包括住院期间购买的个人用品。
3、护理费：住院期间根据医嘱所示的护理等级确定的护理费用。

在每一保单年度内，我们仅对被保险人住院累计 180 日内发生的床位费、膳食费、护理费承担保险责任。

4、检查检验费：住院期间实际发生的，以诊断疾病为目的，采取必要的医学手段进行检查及检验而发生的合理的医疗费用，包括诊查费、妇检费、X 光费、心电图费、B 超费、脑电图费、内窥镜费、肺功能仪费、分子生化检查费和血、尿、便常规检查费等。

5、治疗费：住院期间以治疗疾病为目的，提供必要的医学手段而发生的合理的治疗者的技术劳务费和医疗器械使用费，以及消耗品的费用，包括放射疗法费、化学疗法费、注射费、机疗费、理疗费、输血费、输氧费、体外反搏费等。

6、药品费：住院期间实际发生的医疗必需且合理的由医生开具的具有国家药品监督管理部门核发的药品批准文号或者进口药品注册证书、医药产品注册证书的国产或进口药品的费用。

7、医生费：包括外科医生、麻醉师、内科医生、专科医生的费用。

8、非器官移植手术费：住院期间为治疗疾病、挽救生命而施行的非器官移植手术产生的合理的手术医疗费用，包括手术室费、恢复室费、麻醉费、手术监测费、手术辅助费、材料费、一次性用品费、术中用药费、手术设备费。

9、特定器官移植手术费：住院期间出于医学必要被保险人接受肾脏、肝脏、心脏、肺以及造血干细胞移植手术产生的合理手术医疗费用，包括手术室费、恢复室费、麻醉费、手术监测费、手术辅助费、材料费、一次性用品费、术中用药费、手术设备费。

10、重症监护病房床位费：住院期间出于医学必要被保险人需在重症监护室进行医疗必需且合理的医疗而产生的床位费。重症监护室指配有中心监护台、心电监护仪及其他监护抢救设施，相对封闭管理，符合重症监护病房（ICU）、冠心病重症监护病房（CCU）标准的单人或多人监护病房。

11、住院加床费：指未满 18 周岁的被保险人在住院治疗期间，我们根据合同约定给付其合法监护人（限一人）在医院留宿发生的加床费；或女性被保险人在住院治疗期间，我们根据合同约定给付其一周岁以下哺乳期婴儿在医院留宿发生的加床费。

12、精神疾病治疗费：指被保险人因患精神疾病在当地合法注册的精神病专科医院或设有精神病科室的医疗机构进行住院治疗而发生的相关医疗必需且合理的医疗费用，包括但不限于对贪食症、厌食、注意缺陷症和注意缺陷多动障碍的治疗。

在每一保单年度内，我们仅对被保险人住院累计 90 日内发生的精神疾病治疗费承担保险责任。

13、家庭护理费：指根据医生建议，接受住院治疗的被保险人出院后必须立即在家中接受由专业护士提供的护理而产生的医疗必需且合理的护理费用。

在每一保单年度内，我们仅对被保险人家庭护理累计 100 日内发生的家庭护理费承担保险责任。

14、临终关怀医疗费：指被保险人通过医生诊断患有属于保险责任范围内的终末期疾病，并在当地合法注册的临终护理机构或设有临终护理病房的医疗机构进行的由各科医生组成的医疗团队对被保险人实施以护理为中心而非以治疗疾病为中心的医疗而产生的相关医疗必需且合理的住院费用。终末期疾病指经医院医生诊断确定已发展到末期的严重疾病，并经医院医生认定所患疾病依现在

医疗技术无法治愈，且根据医学及临床经验病人患该病后的平均存活期在 6 个月以下。

在每一保单年度内，我们仅对被保险人住院累计 45 日内发生的临终关怀医疗费承担保险责任。

15、救护车费：指住院期间以抢救生命或治疗疾病为目的，根据医生建议，被保险人需医院转诊过程中的医院用车费用，且救护车的使用仅限于同一城市中的医疗运送。

7.10 门（急）诊医疗费用

指被保险人在医院进行门诊急诊发生的医疗费用，包括：

1、医生诊疗费：指被保险人门诊急诊期间发生的主诊医生或会诊医生的劳务费用，包括挂号费。

2、治疗费：指门诊急诊发生的以治疗疾病为目的，提供必要医学手段而发生的合理的技术劳务费和医疗器械使用费，以及消耗品的费用，包括放射疗法费、化学疗法费、注射费、机疗费、理疗费、输血费、输氧费、体外反搏费等。

3、检查检验费：指门诊急诊发生的以诊断疾病为目的，采取必要的医学手段进行检查及检验而发生的合理的医疗费用，包括诊查费、妇检费、X 光费、心电图费、B 超费、脑电图费、内窥镜费、肺功能仪费、分子生化检查费和血、尿、便常规检查费等。

4、药品费：被保险人每次门诊急诊发生的，医疗必需且合理的由医生开具的具有国家药品监督管理部门核发的药品批准文号或者进口药品注册证书、医药产品注册证书的国产或进口处方药品的费用。

5、门诊手术费：指门诊急诊发生的医疗必需且合理的手术医疗费用，包括外科医生费、手术室费、恢复室费、麻醉费、手术监测费、手术辅助费、材料费、一次性用品费、术中用药费、手术设备费。

6、物理治疗及其他特殊疗法费：指被保险人在门诊由具有相应资格的医生进行物理治疗、脊柱推拿、顺势治疗、针灸治疗、职业疗法、语音治疗的相关医疗必需且合理的费用。

7、精神疾病治疗费：指被保险人因患精神疾病在当地合法注册的精神病专科医院或设有精神病科室的医疗机构进行门诊治疗而发生的相关医疗必需且合理的医疗费用，包括但不限于对贪食症、厌食、注意缺陷症和注意缺陷多动障碍的治疗。

8、意外牙科治疗费：指因遭受意外伤害（不包括由于咀嚼食物造成的牙齿损伤）而受损的、原未经过任何治疗的完整无损的自身牙齿，在自意外伤害发生日起三十日内发生的紧急治疗和修复费。被保险人在遭受意外伤害事故后除了为对创面进行修复、缝合进行的基本手术治疗外任何牙齿修补、使用贵金属材料填充、镶装、任何牙齿矫正治疗或在医院进行的其它牙科手术均不属于此项保险责任范围。

9、激素替代治疗费：指女性被保险人因人工诱发或于 40 周岁之前出现女性更年期综合症而进行激素替代治疗的相关医疗必需且合理的医疗费用。

10、救护车费：指为抢救生命由急救中心派出的救护车运送被保险人至医疗机构的费用，救护车的使用仅限于同一城市中的医疗运送。

7.11 次限额

被保险人每次医疗发生的保险责任范围内的费用的最高赔付限额。其中对于门诊急诊治疗，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

同一个科室就诊的门诊或者急诊；对于住院治疗，每次治疗指一次入出院。

7.12 突发急性病

指被保险人在本合同生效前未曾接受治疗或诊断，突然发生的、并且必须立即接受治疗方能避免身体或生命受到伤害的疾病，包括休克、昏迷、癫痫发作、急性中毒以及意外导致的骨折、脱位和烧伤等。

7.13 妊娠并发症

本合同女性生育保险金 B 承担的妊娠并发症仅包括以下 28 种：

1、妊娠高血压综合征：怀孕 20 周后出现高血压。高血压是指收缩压 \geq 140mmHg，或舒张压 \geq 90mmHg。如果有些孕妇在怀孕前就患有高血压，或在怀孕 20 周之前被诊断出高血压，此为妊娠合并高血压病，而非妊娠高血压综合征。

2、妊娠肝内胆汁淤积症：一种由妊娠引起的疾病。它是指妊娠期反复黄疸、胆汁淤积性肝功能异常、以及黄疸性子痫，以瘙痒、黄疸或二者均有为临床特征。

3、前置胎盘：妊娠 28 周后，胎盘附着于子宫下段，甚至胎盘下缘达到或覆盖宫颈内口，其位置低于胎先露部，称为前置胎盘。

4、胎盘早剥：妊娠 20 周后或分娩期，正常位置的胎盘在胎儿娩出前，部分或全部从子宫壁剥离，称为胎盘早剥。

5、母婴血型不合：因孕妇与胎儿之间的血型不合，引起的胎儿或新生儿同族免疫性溶血。

6、妊娠糖尿病：在妊娠期间首次发生或发现的糖耐量减低或糖尿病称为妊娠期糖尿病或妊娠期间的糖尿病，诊断标准符合《中国 2 型糖尿病防治指南（2013 年版）》中对妊娠糖尿病的诊断标准。

7、子宫破裂：因分娩导致的子宫完全性破裂（子宫壁全层分开），或不完全性破裂（子宫肌肉分开但是脏层腹膜尚完整）。

8、羊水栓塞：大量羊水进入母体血循环后继发引起母亲肺栓塞、休克、弥散性血管内凝血（DIC）、肾功能衰竭或猝死的严重的分娩期并发症。

9、产后出血：胎儿娩出后 24 小时内，母亲出血多于 500 毫升为产后出血。

10、产褥期感染：分娩时及产褥期（产后 6-8 周内）生殖道受病原体感染，引起的局部和全身的炎性变化。

11、产后尿潴留：产后 6~8 小时不能自己排尿或排尿不畅致尿液在膀胱内积聚不能排出。

12、产褥期乳腺炎：产褥期（产后 6-8 周内），因哺乳而发生的乳房的急性化脓性感染。

13、妊娠剧吐：孕妇因早孕反应严重，恶心呕吐频繁，不能进食，伴发电解质失衡及酮尿，且排除其他引起恶心、呕吐的疾病。

14、轮廓胎盘：胎盘的胎儿面中央稍有凹陷，周边部分或完整地围绕一圈略高起的黄白色环形皱褶。

15、血管前置：脐血管穿过胎膜覆盖在宫颈内口。

16、羊水过多：在妊娠任何时期羊水量超过 2000ml 者。

17、羊水过少：在妊娠晚期羊水量少于 300ml 者。

18、胎膜早破：妊娠 37 周前，胎膜在临产前自发性破裂。

19、胎儿宫内发育迟缓：胎儿受各种不利因素影响，未能达到其潜在所应有的生长速率，表现为胎儿出生体重小于 2500g（胎龄 \geq 37 周时）或出生体重低于同孕龄平均体重的两个标准差，或低于同孕龄正常体重的第 10 百分位数。

20、子宫内翻：子宫体的内膜向外翻出，通过子宫颈进入阴道或脱出阴道口外。

21、产科休克：与妊娠、分娩有直接关系而发生的休克。产科休克以失血性休

克为主，次为感染性休克和其他特殊原因所致的休克。

22、产科弥散性血管内凝血：与妊娠、分娩有直接关系而发生的弥散性血管内凝血（DIC）。DIC 是在各种致病因素的作用下，在毛细血管、小动脉、小静脉内广泛纤维蛋白沉积和血小板聚集，形成广泛的微血栓。

23、羊膜腔感染综合征：在妊娠期和分娩期，病原微生物进入羊膜腔引起感染的总称，包括羊水、胎膜（绒毛膜、羊膜和蜕膜）、胎盘甚至子宫感染。

24、产褥期精神异常：一组在产褥期（产后 6-8 周内）发病的精神障碍，临床表现不符合其他分类精神障碍的诊断标准，或者由于无法获得充足资料或者具有其他特殊的临床特征而难以归类于其他分类的精神障碍。临床常见的类型有产褥期抑郁（产后抑郁）、产褥期精神病。

25、妊娠期急性脂肪肝：特发于妊娠晚期，造成急性肝衰竭，致死性严重的并发症，表现为急性肝细胞微滴性脂肪浸润变性所引起的肝功能障碍，常伴肾、胰、脑、心等多脏器微滴性脂肪浸润变性损害及功能障碍。

26、围产期心肌病：在妊娠最后 1 个月或产后前 5 个月内产生临床心力衰竭表现的一种心肌病。必须同时满足下列条件：无心力衰竭的确切原因；无先前存在的心肌疾病；疾病发生在特定的时间内；**妊娠期间导致充血性心衰竭的其他原因除外。**

27、妊娠期甲状腺功能亢进症：妊娠 8-10 周发病，心悸、焦虑、多汗等高代谢症状，符合甲状腺功能亢进症的临床诊断标准。

28、妊娠期贫血：妊娠前并无贫血病史，妊娠后出现贫血现象，并符合贫血的临床诊断标准。

- 7.14 境外旅行 指以旅游、商务、探亲等为目的，前往中华人民共和国以外的国家和地区旅行。但前往中华人民共和国香港特别行政区、澳门特别行政区和台湾地区的，也按“境外旅行”处理。
- 7.15 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。
- 7.16 既往疾病 指在本合同生效之前已经确诊，或虽未经确诊但已经出现典型症状或已接受治疗，或合同生效后确诊的疾病根据相关诊治资料说明或在医学上判定无法在保险合同开始后的短期内形成的疾病或症状。
- 7.17 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，但不包括由医生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。
- 7.18 斗殴 指双方或多方通过拳脚、器械等武力以求制胜的行为。关于斗殴的认定，如有司法机关、公安部门的有关法律文件，则以上述法律文件为准。
- 7.19 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》的规定认定为饮酒后驾驶或醉酒后驾驶。

- 7.20 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；
(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。
- 7.21 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) 未依法按时进行或通过机动车安全技术检验。
- 7.22 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。
- 7.23 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。
- 7.24 攀岩 指攀登悬崖、楼宇外墙、人造悬崖、冰崖、冰山等运动。
- 7.25 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，而故意使自己置身于其中的行为，如：江河漂流、徒步穿越沙漠或人迹罕见的原始森林、携带特殊攀登设备从事户外登山等活动。
- 7.26 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。
- 7.27 特技表演 指进行马术、杂技、驯兽等表演。
- 7.28 遗传性疾病 指生殖细胞或受精卵的遗传物质（染色体和基因）发生突变或畸变所引起的疾病，通常具有由亲代传至后代的垂直传递的特征。
- 7.29 先天性畸形、变形或染色体异常 指被保险人出生时就具有的畸形、变形或染色体异常。先天性畸形、变形和染色体异常依照世界卫生组织《疾病和有关健康问题的国际统计分类》（ICD-10）确定。
- 7.30 直接结算医院 指在本合同中列明的可提供直接结算服务的医院，不同的保障责任可能会对应不同的直接结算医院。直接结算医院发生变更时，我们会通知您，您也可以通过我们的客户服务热线或官网查询。对部分直接结算医院我们还可提供门诊预约服务，您可通过服务电话并进行预约。
- 7.31 现金价值 指本合同保险单所具有的价值，通常体现为解除合同时，根据精算原理计算的，由我们退还的那部分金额。现金价值 = 本合同的保险费 × 65% × (1 - n/m)，其中 n 为本合同已生效的天数，m 为本合同保险期间的天数。合同已生效的天数不足一天的不计。

附表：尊享人生高端医疗保险（2017版）计划表

单位：人民币元

医疗保障计划（包括住院医疗费用保险金、门（急）诊医疗费用保险金、特殊门诊医疗费用保险金、牙科医疗费用保险金、紧急医疗保险金、女性生育保险金A（可选）、健康体检或疫苗费用保险金（可选）、眼科保险金（可选））						
	计划 1	计划 2	计划 3	计划 4	计划 5	计划 6
保障区域	中国大陆	中国大陆	中国大陆	中国大陆及港澳台	中国大陆及港澳台	全球除美国和加拿大/全球
年度总限额	800000	2800000	1800000	2800000	5800000	10000000
特定医院赔付比例	0%	100%	0%/100%	0%/100%	0%/100%	100%
其他医院赔付比例	100%	100%	100%	100%	100%	100%
直接结算服务	在直接结算医院内提供	在直接结算医院内提供	在直接结算医院内提供	在直接结算医院内提供	在直接结算医院内提供	在直接结算医院内提供
1. 住院医疗费用保险金						
床位费、膳食费、护理费 (最多 180 日/年)	2500/日	同年度总限额	2500/日	同年度总限额	同年度总限额	同年度总限额
检查检验费、治疗费	200000/年	同年度总限额	300000/年	同年度总限额	同年度总限额	同年度总限额
药品费	200000/年	同年度总限额	200000/年	同年度总限额	同年度总限额	同年度总限额
医生费	200000/年	同年度总限额	200000/年	同年度总限额	同年度总限额	同年度总限额
非器官移植手术费	100000/年	同年度总限额	100000/年	同年度总限额	同年度总限额	同年度总限额
特定器官移植手术费	300000/年	同年度总限额	300000/年	同年度总限额	同年度总限额	同年度总限额
重症监护病房床位费	5000/日	同年度总限额	5000/日	同年度总限额	同年度总限额	同年度总限额
住院加床费		2000/日	1000/日	1000/日	同年度总限额	同年度总限额
精神疾病治疗费(最多 90 日/年)		50000/年	30000/年	30000/年	100000/年	100000/年
家庭护理费(最多 100 日/年)	—				1500/日	1500/日
临终关怀医疗费(最多 45 日/年)		—	—	—	100000/年	100000/年
救护车费	同年度总限额	同年度总限额	同年度总限额	同年度总限额	同年度总限额	同年度总限额
2. 门(急)诊医疗费用保险金						

年限额			20,000/年	50,000/年	同年度总限额	同年度总限额
次免赔额			0 (10次内); 500/次 (10次及以上)	0	0	0
医生诊疗费、治疗费、检查检验费、门诊手术费			10000/年	30000/年	同年度总限额	同年度总限额
药品费			10000/年	30000/年	同年度总限额	同年度总限额
物理治疗及其他特殊疗法(最多10次/年)			500/次	1,500/次	同年度总限额	同年度总限额
精神疾病治疗费(最多20次/年)			—	1,500/次	同年度总限额	同年度总限额
意外牙科治疗费			5000/年	20000/年	同年度总限额	同年度总限额
激素替代治疗费			—	—	同年度总限额	同年度总限额
救护车费			同年度总限额	同年度总限额	同年度总限额	同年度总限额
3. 特殊门诊医疗费用保险金						
门诊肾透析、门诊恶性肿瘤电疗、放疗和化疗	100000/年	100000/年	100000/年	100000/年	100000/年	同年度总限额
4. 牙科医疗费用保险金						
年限额			2000/年	5000/年	8000/年	10000/年
基本牙科治疗(包括简单补牙、简单拔牙、牙周治疗)赔付比例			80%	80%	80%	100%
重大牙科治疗(包括根管治疗、牙冠修复、桥式义齿、智齿拔除)赔付比例			50%	50%	50%	100%
口腔保健(最多2次/年)赔付比例			100%	100%	100%	100%
5. 紧急医疗保险金						

保障区域以外国家和地区旅行时的紧急治疗，包括休克、昏迷、癫痫发作、急性中毒、意外导致的骨折、脱位、烧伤等。	—	100000/年	100000/年	100000/年	100000/年	500000/年
6. 女性生育保险金 A (可选)						
检查及分娩费 (其中 B 超检查最多 2 次/年)、新生儿婴儿费 (出生 15 天内护理费、治疗费、免疫费)、妊娠相关疾病治疗费	—	—	30000/年	68000/年	100000/年	200000/年

7. 健康体检或疫苗费用保险金 (可选)	档次 1	档次 2	档次 3	档次 4
健康体检或疫苗费用	1000/年	3000/年	6000/年	10000/年

注：该项保险责任档次 1-4 可附加于医疗保障计划 1-6。

8. 眼科保险金 (可选)	档次 1	档次 2	档次 3
眼科检查费 (限一年一次)	1000/年	3000/年	5000/年
眼镜费 (框架眼镜或隐形眼镜任选其一) (限一年一次)			

注：该项保险责任档次 1-3 可附加于医疗保障计划 1-6。

孕产保障计划 (女性生育保险金 B)			
	计划 1	计划 2	计划 3
保障区域	中国大陆及港澳台	中国大陆及港澳台	全球
年度总限额	1000000	1000000	1000000
特定医院赔付比例	0%	100%	0%
其他医院赔付比例	100%	100%	100%
1. 意外住院医疗费			
床位费、膳食费、护理费 (最多 180 日/年)	2,500/日	2,500/日	2,500/日
检查检验费、治疗费	同年度总限额	同年度总限额	同年度总限额
医生费	同年度总限额	同年度总限额	同年度总限额

药品费	同年度总限额	同年度总限额	同年度总限额
手术费（非器官移植手术和特定器官移植手术）	同年度总限额	同年度总限额	同年度总限额
重症监护病房床位费	同年度总限额	同年度总限额	同年度总限额
救护车费	同年度总限额	同年度总限额	同年度总限额
2. 新生儿费			
新生儿费（出生 15 天内护理费、治疗费）	500000 (试管婴儿母体投保时, 保额为 300000)	500000 (试管婴儿母体投保时, 保额为 300000)	500000 (试管婴儿母体投保时, 保额为 300000)
3. 妊娠并发症治疗费			
妊娠并发症治疗费（限定 28 种）	500000	500000	500000

增值服务限额（全球紧急救援服务）	
1. 国际紧急救援服务	
紧急医疗转送, 医疗转运回国, 遗体/骨灰运送回国服务	每次最高上限为美金 1,000,000 元
直系亲属探病	一张经济舱往返机票
未满十六周岁（含）未成年同行子女回国	一张经济舱单程机票
亲友探病住宿	每日不超过美金 250 元且每次事件该项目最高上限为美金 1,000 元
除上述紧急医疗转送, 医疗转运回国, 遗体/骨灰运送回国服务以外在任一事故下任一被保险人的救援服务限额	最高上限为美金 10,000 元
2. 国内紧急救援服务	
紧急医疗转送, 医疗转运回国内居住地, 遗体/骨灰运送回国内居住地服务	每次最高上限为人民币 600,000 元
直系亲属探病	一张经济舱往返机票
未满十六周岁（含）未成年同行子女返回国内居住地	一张经济舱单程机票
直系亲属探病住宿	每次事件最高上限为人民币 3,000 元