



请扫描以查询验证条款

复星联合乐健一生团体中端医疗保险（2022 版）条款

阅读指引

本阅读指引助您理解复星联合健康保险股份有限公司（以下简称“本公司”）《复星联合乐健一生团体中端医疗保险（2022版）条款》（以下简称“本保险条款”）

拥有的重要权益

- ◇ 被保险人享有的保险保障.....2. 3
- ◇ 投保人有解除合同的权利.....5. 1

应当特别注意的事项

- ◇ 在某些情况下，本公司不承担保险责任.....2. 4
- ◇ 及时向本公司通知保险事故的责任.....3. 2
- ◇ 应当按时交纳保险费.....4. 1
- ◇ 退保会给投保人造成一定的损失，请慎重决策.....5. 1
- ◇ 投保人有如实告知的义务.....6. 1
- ◇ 本公司对可能影响本合同保障的重要内容进行显著标识，请仔细阅读正文中背景突出显示的内容

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

<p>1. 合同订立</p> <p>1.1 合同构成</p> <p>1.2 合同成立与生效</p> <p>1.3 投保范围</p> <p>2. 提供的保障</p> <p>2.1 保险计划</p> <p>2.2 保险期间</p> <p>2.3 保险责任</p> <p>2.4 责任免除</p> <p>3. 保险金申领</p> <p>3.1 受益人</p> <p>3.2 保险事故通知</p> <p>3.3 保险金申请</p> <p>3.4 代理申请及其他</p> <p>3.5 配合调查</p> <p>3.6 保险金的给付</p> <p>3.7 诉讼时效</p>	<p>4. 保险费交纳</p> <p>4.1 保险费的交纳</p> <p>4.2 不保证续保</p> <p>5. 合同解除</p> <p>5.1 解除合同的手续及风险</p> <p>6. 其他事项</p> <p>6.1 明确说明与如实告知</p> <p>6.2 本公司合同解除权的限制</p> <p>6.3 年龄错误</p> <p>6.4 被保险人变动</p> <p>6.5 未还款项</p> <p>6.6 合同内容变更</p> <p>6.7 联系方式变更</p> <p>6.8 争议处理</p> <p>附表一 恶性肿瘤-重度</p> <p>附表二 甲状腺癌的 TNM 分期</p> <p>附表三 特定疾病</p> <p>附表四 保险计划表</p>
---	---

复星联合乐健一生团体中端医疗保险（2022版）条款

（本公司在每页底部对一些专业名词做了释义，这些释义为本条款的重要组成部分。同一专业名词在条款中出现多次的，本公司仅在该专业名词第一次出现的地方做了释义，该释义适用于全文。）

1 合同订立

- 1.1 **合同构成** 本保险条款、投保单或其他投保文件、保险计划表、被保险人清单、保险单或其他保险凭证、附贴批单和其他约定书，均为投保人与本公司订立的《复星联合乐健一生团体中端医疗保险（2022版）合同》（以下简称“本合同”）的构成部分。凡涉及本合同的约定，均应当采用书面形式。
- 1.2 **合同成立与生效** 投保人提出投保申请、本公司同意承保，本合同成立。
合同生效日期在本合同中载明。保险费的**约定交纳日**¹以该日期计算。
- 1.3 **投保范围** 投保人可为其团体成员及成员配偶、子女、父母、配偶的父母向本公司投保本保险。投保时，参加本保险的团体成员及成员配偶、子女、父母、配偶的父母须符合本公司当时规定的投保条件。投保年龄按**周岁**²计算。

2 提供的保障

- 2.1 **保险计划** 每一被保险人的保险计划，以及保险计划中涉及的各项责任基本保险金额、免赔额及赔付比例由投保人在投保时与本公司约定，并在本合同中载明。
- 2.2 **保险期间** 除另有约定外，本合同的保险期间最长为一年，具体由投保人与本公司约定，并在本合同中载明。
被保险人的保险期间，自本合同中载明的该被保险人责任起始日的零时起，至本合同中载明的该被保险人责任终止日的二十四时止。
- 2.3 **保险责任** 在本合同保险期间内，必选责任含住院及特定门诊医疗保险金责任、**恶性肿瘤-重度**³住院津贴医疗保险金责任，可选责任含一般门急诊医疗保险金责任、生育医疗保险金责任、牙科医疗保险金责任以及健康检查医疗保险金责任。
- 2.3.1 **住院及特定门诊** 被保险人在其保险期间内遭受**意外**⁴，或在本合同**等待期**⁵后罹患疾病，在本

¹**约定交纳日**：指本合同生效日在每月、每季或每半年（根据交费方式确定）的对应日。当月无对应的同一日，则以该月最后一日为对应日。

²**周岁**：指按有效身份证件中记载的出生日期计算的实足年龄，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。

³**恶性肿瘤-重度**：指符合本合同附表一所述的疾病定义的疾病。

⁴**意外**：指外来的、突发的、非本意的、非疾病的使身体受到伤害的客观事件。不包括无明确外来意外伤害导致的后果。

⁵**等待期**：等待期是指本合同生效后本公司不承担保险责任的一段时间。具体时间规定在保障利益表中载明。保险期间届满

医疗保险金

公司指定或认可的医疗机构⁶接受由具有相应资质的医护人员⁷提供的医学必需⁸的治疗的，本公司依照下列约定承担给付住院及特定门诊医疗保险金的责任：

1. 住院医疗费用

被保险人在其保险期间内遭受意外，或在本合同等待期后罹患疾病，在本公司指定或认可的医疗机构经具有相应资质的医护人员诊断必须住院⁹的，对住院期间发生的医学必需的符合通常惯例水平的下列合理医疗费用，本公司将按约定承担保险责任：

- (1) 各类病房（含重症监护病房 ICU、新生儿重症监护病房 NICU）的床位（含新生儿床位、暖箱、陪护床）费或房间（含家庭式套房）费；
- (2) 针对由执业医师提供的诊疗服务收取的住院诊察费/诊疗费/治疗费/医事服务费；
- (3) 针对由执业护士（不含护工）提供的护理服务收取的护理费；
- (4) **膳食费**¹⁰，仅指住院期间根据医生的医嘱，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用；
- (5) 会诊费，包括院内会诊、院际会诊、多学科联合会诊/MDT、远程/互联网会诊（含省外会诊、境外会诊）等；
- (6) 抢救费，包括危重病人抢救、新生儿人工呼吸、新生儿辐射抢救治疗及大抢救、中抢救、小抢救等；
- (7) 其他一般医疗服务费用，包括但不限于医学必需的氧气吸入、注射、清创缝合、换药、鼻饲管置管、胃肠减压、洗胃、灌肠、导尿等；
- (8) 医学影像检查，含 X 线检查、磁共振扫描 MRI、X 线计算机体层 CT 扫描等）、超声检查（含 A 超、B 超、彩色多普勒超声检查、三维超

时投保人需要重新向本公司申请投保本产品，并经本公司同意，获得新的保险合同，新的保险合同无等待期。

⁶**本公司指定或认可的医疗机构：**指本公司指定医疗机构及符合下列所有条件的医疗机构：（1）位于境内（不包括港、澳、台地区），拥有合法经营执照，当地基本医疗保险管理机构最新公布的二级以上（含二级）的基本医疗保险定点医院；（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）有合格的医生和护士提供全日二十四小时的医疗和护理服务；（4）非主要作为康复医院、诊所、护理、疗养、戒酒、戒毒或类似的医疗机构。（5）以上机构中的特需门诊或病房（包含特需医疗、外宾医疗、干部病房、联合病房、国际医疗中心、VIP 部、联合医院）是否开放视具体保险计划而定。**本公司指定的医疗机构范围具体在本合同内载明。**

⁷**医护人员：**包括医生、护士。护士，指在卫生管理机构合法注册的具有护士执业资格且正在执业的护理人员。

⁸**医学必需：**指医疗费用符合下列所有条件：（1）治疗意外伤害或者疾病所必需的项目；（2）不超过安全、足量治疗原则的项目；（3）由医生开具的处方药；（4）非试验性的、非研究性的项目；（5）与接受治疗当地普遍接受的医疗专业实践标准一致的项目。

⁹**住院：**指确因临床需要，正式办理入院及出院手续，并确实入住医疗机构正式病房接受治疗的行为过程，**但不包括入住门诊观察室、家庭病床、挂床住院、以及修养、疗养、身体检查和健康护理等非治疗性行为。**

¹⁰**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、也可以合并病房费等其他款项内。若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，受益人提供证明上述情况属实并经保险人证实后，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。

声检查、心脏超声检查及其他心脏超声诊疗技术)、核医学检查(含核素扫描、伽玛照相、单光子发射计算机断层显像 SPECT、正电子发射计算机断层显像 PET)、核素功能检查;

- (9) 临床检验、临床血液学检查、临床化学检查、临床免疫学检查、临床微生物学检查、临床寄生虫学检查、遗传疾病的分子生物学诊断费用;
- (10) 血型、配血及临床用血费用;
- (11) 病理检查费用,含细胞病理学检查与诊断、组织病理学检查与诊断、冰冻切片与快速石蜡切片检查与诊断、特殊染色诊断技术、电镜病理诊断、分子病理学诊断技术;
- (12) 其他临床必需的检查费用,包括但不限于脑电图、心电图、肺功能检查、胃肠镜检查(含镇痛费用)、穿刺活检、精神心理卫生检查等;
- (13) 一般临床治疗费用;
- (14) 麻醉、手术(含微创手术)治疗费用(包括体外膜肺氧合 ECMO 的安装、运行监测、血泵更换、膜肺更换、撤除及相关材料费用);
- (15) 按卫生和物价部门规定单独收费的医疗器械费用,含一般医用耗材、手术器械、植入材料和人工器官、各类介入器械、医用材料及高分子生物材料、其他如体外支具;
- (16) 手术特殊仪器设备使用费用,含氩气刀、超声刀、高频电刀、静脉转流泵、多功能气钻、手术导航仪、动力钻、可屈性髓内铰刀、微型骨动力系统、内镜碎石器、球囊反搏机、手术显微镜、眼科电凝器、玻璃体切割机、电动取皮机、电动磨皮机、冷凝机、缝皮机、吸脂器、激光心肌血管再造系统、术中超声脑血流监测仪、超声乳化仪、超声眼科乳化治疗仪、体外超声乳化、离心泵、双电极电凝器、手术用内窥镜等;
- (17) 因使用手术机器人技术额外收取的费用,包括手术导航定位机器人(如神经外科脊柱外科 ROSA 机器人, Mako 骨科机器人等)、手术操作机器人(如达芬奇手术机器人等),含手术机器人专用医用耗材费;
- (18) 物理治疗与康复费用;
- (19) 中医及民族医治疗费用,含中医外治、中医骨伤、针刺、灸法、推拿、中医肛肠、中医特殊疗法、中医综合疗法,含**中成药及中药饮片费用¹¹**;

¹¹不包括下列中药类药品:(1) 主要起营养滋补作用的单方、复方中药或中成药品,如花旗参,冬虫草,白糖参,朝鲜红参,玳瑁,蛤蚧,珊瑚,狗宝,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,阿胶珠,血宝胶囊,红桃K口服液,十全大补丸,十全大补膏等;(2) 部分可以入药的动物

- (20) **西药费用**¹²,根据医生处方使用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,不含中成药及中药饮片。本合同承担给付责任的药品应在本公司指定或认可的医疗机构购买,如本公司指定或认可的医疗机构无法提供该药品(需提供院方书面盖章证明材料),被保险人可在本公司指定或认可的药店¹³购买该药品;
- (21) **日间手术**¹⁴费用,包括日间手术住院期间医疗费用,以及日间手术住院前不超过 30 日的门诊费用(指与日间手术治疗直接相关的术前检查和化验等费用),术后不超过 30 日的必要处置费用(如换药、拆线等)等;
- (22) 救护车费、院前急救费。

被保险人在本合同保险期间内开始住院治疗,到本合同满期日时仍未结束本次住院治疗且未重新投保的,本公司将继续承担因本次住院发生的住院医疗费用保险金给付责任,但最长不超过本合同满期日后 30 日。本公司按本合同约定承担的住院医疗保险金不包括因生育原因(分娩¹⁵、先兆流产¹⁶、流产¹⁷、妊娠疾病¹⁸)产生的住院医疗费用。

2. 特定门诊医疗费用

被保险人在其保险期间内遭受意外,或在本合同等待期后罹患疾病,在本公司指定或认可的医疗机构接受由具有相应资质的医护人员提供的特定门诊治疗,对由此发生的符合通常惯例水平的下列合理医疗费用,本公司按本合同有关约定承担给付保险金的责任:

- (1) 门诊肾透析费;
- (2) 恶性肿瘤-重度门诊治疗费,含核素内照射疗法、化学疗法¹⁹、放射疗法²⁰、高端放射治疗(包括螺旋断层放射治疗系统 Tomo、Edge 直线

及动物脏器,如鹿茸,海马,胎盘,鞭,尾,筋,骨等;(3)用中药材和中药饮片炮制的各类酒制剂等。

¹²不包括下列药品:营养补充类药品,免疫功能调节类药品,美容及减肥类药品,预防类药品。

¹³本公司指定或认可的药店:包括本公司指定药店以及符合下列所有条件的药店:(1)取得国家药品经营许可证;(2)具有完善的冷链药品送达能力;(3)提供专业的药品资讯、患者教育、追踪随访;(4)该药店内具有医师、执业药师等专业技术人员提供服务。

¹⁴日间手术:患者按照诊疗计划在 1 日(24 小时)内入、出院完成的手术或操作(不包括门诊手术),因病情需要延期住院的特殊病例,住院时间不超过 48 小时。

¹⁵分娩:妊娠满 28 周以后,通过自然分娩(顺产)或剖宫产,胎儿及附属物从母体全部娩出的过程。

¹⁶先兆流产:妊娠 28 周前,先出现少量的阴道流血、继而出现阵发性下腹痛或腰痛,盆腔检查宫口未开,胎膜完整,无妊娠物排出,子宫大小与孕周相符。

¹⁷流产:妊娠不足 28 周、胎儿体重不足 1000g 而终止妊娠。

¹⁸妊娠疾病:妊娠疾病不包括意外流产、自愿终止妊娠、非选择性剖腹产、假性临产、偶发性起斑、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、妊娠剧吐以及与妊娠困难的有关但医学上并非妊娠独有的类似症状。

¹⁹化学疗法:指针对恶性肿瘤的化学治疗。化疗是使用医学界公认的化疗药物以杀死癌细胞、抑制癌细胞生长繁殖为目的而进行的治疗。本合同所指的化疗为被保险人根据医嘱,在医院进行的化疗。

²⁰放射疗法:指针对恶性肿瘤的放射治疗。放疗是使用各种不同能量的射线照射肿瘤组织,以抑制和杀灭癌细胞为目的而进行

加速器、X线立体定向放射治疗系统 Cyberknife、Versa HD 直线加速器、质子放射治疗系统、重离子放射治疗系统等)、**肿瘤免疫疗法²¹、肿瘤内分泌疗法²²、肿瘤靶向疗法²³**。本合同承担给付责任的药品应在本公司指定或认可的医疗机构购买,如本公司指定或认可的医疗机构无法提供该药品(需提供院方书面盖章证明材料),被保险人可在本公司指定或认可的药店购买该药品。

- (3) 器官移植后的门诊抗排异治疗费;
- (4) **特定疾病²⁴**门诊治疗费用;
- (5) 门诊手术医疗费用;
- (6) 住院前后门急诊医疗费用,含住院前 30 日(含住院当日)和出院后 30 日(含出院当日)内,因与该次住院相同原因而接受门急诊治疗的,对由此发生的医学必需的合理医疗费用。

本公司在保险期间内对每一被保险人累计给付的住院及特定门诊医疗保险金以该被保险人所对应的该项责任的基本保险金额为限。本公司对于以上医疗费用向该被保险人累计给付的住院及特定门诊医疗保险金达到该被保险人所对应的该项责任的基本保险金额时,本公司对该被保险人的住院及特定门诊医疗保险金责任终止。

2.3.2 恶性肿瘤-重度住院津贴医疗保险金

在保险期间内,被保险人在等待期后,因**确诊初次发生²⁵**恶性肿瘤-重度,或在经本公司审核同意的非首次投保的保险期间内,在本公司指定或认可的医疗机构由专科医生确诊仍处于**恶性肿瘤-重度状态²⁶**的,对于被保险人在本公司指定或认可的医疗机构接受由具有相应资质的医护人员提供的医学必需的恶性肿瘤-重度住院治疗的,本公司将依据该被保险人的合理住院天数和本合同项下的恶性肿瘤-重度住院日津贴额,按照约定方式,向该被保险人给付恶性肿瘤-重度住院津贴医疗保险金。

恶性肿瘤-重度住院津贴医疗保险金=住院天数×恶性肿瘤-重度住院日津贴额,在保险期间内,恶性肿瘤-重度住院津贴医疗保险金的累计给付天数最

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。

²¹**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。本合同所指的肿瘤免疫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。

²²**肿瘤内分泌疗法:**指针对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。

²³**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。

²⁴**特定疾病:**指符合本合同附表三所列的任何一种疾病定义所述条件的疾病。

²⁵**确诊初次发生:**指被保险人自出生之日起第一次经医院确诊患有某种疾病,而不是指自本合同生效、复效之后第一次经医院确诊患有某种疾病。

²⁶**恶性肿瘤-重度状态:**与在本公司指定或认可的医疗机构确诊初次发生的恶性肿瘤-重度无关的新发恶性肿瘤-重度;在本公司指定或认可的医疗机构确诊初次发生的恶性肿瘤-重度复发、转移;在本公司指定或认可的医疗机构确诊初次发生的恶性肿瘤-重度仍持续存在。

高以 60 日为限。

本公司在保险期间内对每一被保险人累计给付的恶性肿瘤-重度住院津贴医疗保险金以该被保险人所对应的该项责任的基本保险金额为限。本公司向该被保险人累计给付的恶性肿瘤-重度住院津贴医疗保险金达到该被保险人所对应的该项责任的基本保险金额时，本公司对该被保险人的恶性肿瘤-重度住院津贴医疗保险金责任终止。

2.3.3 一般门急诊医疗保险金

被保险人在其保险期间内遭受意外，或在本合同等待期后罹患疾病，在本公司指定或认可的医疗机构接受由具有相应资质的医护人员提供的医学必需的**门急诊**²⁷医疗，对由此发生的符合通常惯例水平的下列费用，本公司按本合同有关约定承担给付保险金的责任：

- (1) 诊疗服务（含门诊、急诊、互联网医疗）费，包括诊察费、诊疗费、医事服务费、**药事服务费**²⁸等；
- (2) 会诊费，包括院内会诊、院际会诊、多学科联合会诊/MDT、远程/互联网会诊（含省外会诊、境外会诊）等；
- (3) 针对由执业护士（不含护工）提供的护理服务收取的护理费；
- (4) 抢救费，包括危重病人抢救、新生儿人工呼吸、新生儿辐射抢救治疗及大抢救、中抢救、小抢救等；
- (5) 其他一般医疗服务费用，包括但不限于医学必需的氧气吸入、注射、清创缝合、换药、鼻饲管置管、胃肠减压、洗胃、灌肠、导尿等；
- (6) 医学影像检查，含 X 线检查、磁共振扫描 MRI、X 线计算机体层 CT 扫描等）、超声检查（含 A 超、B 超、彩色多普勒超声检查、三维超声检查、心脏超声检查及其他心脏超声诊疗技术）、核医学检查（含核素扫描、伽玛照相、单光子发射计算机断层显像 SPECT、正电子发射计算机断层显像 PET）、核素功能检查；
- (7) 临床检验、临床血液学检查、临床化学检查、临床免疫学检查、临床微生物学检查、临床寄生虫学检查、遗传疾病的分子生物学诊断费用；
- (8) 血型、配血及临床用血费用；
- (9) 病理检查费用，含细胞病理学检查与诊断、组织病理学检查与诊断、冰冻切片与快速石蜡切片检查与诊断、特殊染色诊断技术、电镜病

²⁷**门急诊**：指确因临床需要，正式办理挂号手续，并确实在医疗机构的门诊部或急诊部接受治疗的行为过程，但不包括休养、疗养、身体检查和健康护理等非治疗性行为。

²⁸**药事服务费**：药事服务费是指对医生和药剂师的处方、处方审核、药品调剂、管理等工作所应给予的报酬，是为合理弥补医院药事服务成本、维持医院药房正常运转而设立的收费项目。药事服务费保证的是药事服务的成本，也就是药物管理的基本成本和医务人员药事服务的技术劳动价值。

理诊断、分子病理学诊断技术；其他临床必需的检查费用，包括但不限于心电图、心电图、肺功能检查、胃肠镜检查（含镇痛费用）、穿刺活检、精神心理卫生检查等；

- (10) 一般临床治疗费用；
- (11) 按卫生和物价部门规定单独收费的医疗器械费用，含一般医用耗材、手术器械、植入材料和人工器官、各类介入器械、医用材料及高分子生物材料、其他如体外支具；
- (12) 物理治疗与康复费用；
- (13) 中医及民族医治疗费用，含中医外治、中医骨伤、针刺、灸法、推拿、中医肛肠、中医特殊疗法、中医综合疗法，含中成药及中药饮片费用等；
- (14) 西药费用，根据医生处方使用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，不含中成药及中药饮片。本合同承担给付责任的药品应在本公司指定或认可的医疗机构购买，如本公司指定或认可的医疗机构无法提供该药品（需提供院方书面盖章证明材料），被保险人可在本公司指定或认可的药店购买该药品；
- (15) 在具有疫苗接种资质的医疗卫生机构接种流感疫苗的费用，包括流感疫苗费用和疫苗接种服务费用。

本公司在保险期间内按上述约定承担给付保险金责任的急诊药品用量以 3 天为限，一般门诊药品用量以 7 天为限，符合当地基本医疗保险规定的门诊慢性病、门诊特殊病、门诊大病的药品用量以一个月为限。

本公司按本合同约定承担的一般门急诊医疗保险金不包括因生育原因（分娩、先兆流产、流产、妊娠疾病）产生的门急诊费用。

本公司在保险期间内对每一被保险人累计给付的一般门急诊医疗保险金以该被保险人所对应的该项责任的基本保险金额为限。本公司向该被保险人累计给付的一般门急诊医疗保险金达到该被保险人所对应的该项责任的基本保险金额时，本公司对该被保险人的门急诊医疗保险金责任终止。

2.3.4 生育医疗保险金

被保险人在其保险期间内在本合同约定的等待期后因生育原因在本公司指定或认可的生育医疗机构²⁹发生的下列生育医疗费用，本公司按照约定方式

²⁹本公司指定或认可的生育医疗机构：指本公司指定医疗机构及符合下列所有条件的医疗机构：(1) 位于境内（不包括港、澳、台地区），拥有合法经营执照且开设产科，国家卫健委最新公布的二级以上（含二级）的基本医疗保险定点医院；(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) 有合格的医生和护士提供全日二十四小时的医疗和护理服务；(4) 非主要作为康复医院、诊所、护理、疗养、戒酒、戒毒或类似的医疗机构。(5) 以上机构中的特需门诊或病房（包含特需医疗、外宾医疗、干部病房、联合病房、国际医疗中心、VIP 部、联合医院）是否开放视具体保险计划而定。本公司指定的医疗机构范围具体在本合同内载明。

给付生育医疗保险金。

2.3.4. 产前检查、产前筛查及产前诊断医疗保险金

被保险人在其保险期间内按照国家和地方卫生主管部门孕产期保健要求和临床需要开展的下列产前检查、产前筛查及产前诊断医疗费用，本公司按照约定方式给付产前检查、产前筛查及产前诊断医疗保险金：

- (1) 针对由执业医师提供的诊疗服务收取的诊察费/诊疗费/治疗费/医事服务费；
- (2) 血清学产前筛查费用；
- (3) 绒毛穿刺检查费用、羊膜腔穿刺检查费用、脐静脉穿刺检查费用；
- (4) 胎儿染色体非整倍体无创基因检测费用/脱氧核糖核酸（DNA）测序费用；
- (5) 超声检查（含胎儿畸形筛查）费用；
- (6) 检验费用；
- (7) 其他按照国家和地方卫生主管部门孕产期保健要求和临床需要开展的产前检查项目费用，包括但不限于全身体格检查（身高、体重、血压等）、心电图、血糖测定、妊娠期糖尿病筛查、胎心监护等。

本公司按本合同承担的产前检查、产前筛查及产前诊断医疗保险金不包括因非生育原因产生的门急诊医疗费用。

2.3.4. 生育住院医疗保险金

被保险人在其保险期间内因生育原因住院发生的下列生育住院医疗费用，本公司按照约定方式给付生育住院医疗保险金：

- (1) 救护车费、院前急救费；
- (2) 各类病房（含重症监护病房 ICU、新生儿重症监护病房 NICU）的床位（含新生儿床位、暖箱、陪护床）费或房间（含家庭式套房、LDR 一体化产房）费；
- (3) 针对由执业医师提供的诊疗服务收取的住院诊察费/诊疗费/治疗费/医事服务费（不含新生儿诊查费用）；
- (4) 针对由执业护士（不含护工）提供的护理服务收取的护理费（不含新生儿护理费用）；
- (5) 产科手术（各类接生、剖宫产术、各类流产及刮宫术、麻醉）费；
- (6) 膳食费，仅指住院期间根据医生的医嘱，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用；
- (7) 顺产无痛分娩费（含镇痛泵费、分娩镇痛术费、麻醉药品费）；
- (8) 水中分娩费，因采用水中分娩额外收取的费用；

- (9) 全程一对一陪伴分娩/导乐分娩费用，包含包房费；
- (10) 按卫生和物价部门规定单独收费的医疗器械费用，含一般医用耗材、手术器械、植入材料和人工器官、各类介入器械、医用材料及高分子生物材料、其他如体外支具；
- (11) 物理治疗与康复费用；
- (12) 因生育原因住院期间其他临床必需的费用，包括但不限于抢救费、检查费、检验费等；
- (13) 保险期间内出生的新生儿在出生后十四日内发生的专业护理及治疗费用（包含住院期间的免疫接种费用）。

本公司按本合同承担的生育住院医疗保险金不包括因非生育原因产生的住院医疗费用。

2.3.4. 产后复查医疗保险金

被保险人在其保险期间内按照国家 and 地方卫生主管部门孕产期保健要求和临床需要开展的下列产后复查医疗费用，本公司按照约定方式给付产后复查医疗保险金：

- (1) 针对由执业医师提供的诊疗服务收取的诊察费/诊疗费/治疗费/医事服务费；
- (2) 其他按照国家 and 地方卫生主管部门孕产期保健要求和临床需要开展的产后复查项目费用，包括但不限于全身体格检查（身高、体重、血压等）、血常规、尿常规、超声检查、妇科检查、盆底检查、乳房检查等。

产后复查医疗保险金给付以一次为限。本公司按本合同承担的产后复查医疗保险金不包括因非生育原因产生的门急诊医疗费用。

2.3.4. 计划生育医疗保险金

被保险人在其保险期间内发生的下列计划生育医疗费用，本公司按照约定方式给付计划生育医疗保险金：

- (1) 计划生育门诊费用；
- (2) 输卵管绝育术、宫内节育器放置术、避孕药皮下埋植术，含植入器材费用。

2.3.4. 中医及民族医治疗、西药医疗保险金

被保险人在其保险期间内因生育原因发生的下列医疗费用，本公司按照约定方式给付中医及民族医治疗、西药医疗保险金：

- (1) 中医及民族医治疗费用，含中医外治、中医骨伤、针刺、灸法、推拿、中医肛肠、中医特殊疗法、中医综合疗法，含中成药及中药饮片费用；
- (2) 西药费用，根据医生处方使用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，不含中成药及中药饮片。

本合同承担给付责任的药品应在本公司指定或认可的医疗机构购买，如本公司指定或认可的医疗机构无法提供该药品（需提供院方书面盖章证明材料），被保险人可在本公司指定或认可的药店购买该药品。

本公司在保险期间内对每一被保险人累计给付的生育医疗保险金以该被保险人所对应的该项责任的基本保险金额为限。本公司对于以上费用向该被保险人累计给付的生育医疗保险金达到该被保险人所对应的该项责任的基本保险金额时，本公司对该被保险人的生育医疗保险金责任终止。

2.3.5 牙科医疗保险金

被保险人在其保险期间内，在本公司指定或认可的牙科医疗机构³⁰发生下列牙科医疗保险责任范围内的费用，本公司依照约定给付牙科医疗保险金。牙科医疗保险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）、每一保险期间两次以下（含）牙齿清洁检查费；
- （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、以及相关口腔X光费。

本公司在保险期间内对每一被保险人累计给付的牙科医疗保险金以该被保险人所对应的该项责任的基本保险金额为限。本公司向该被保险人累计给付的牙科医疗保险金达到该被保险人所对应的该项责任的基本保险金额时，本公司对该被保险人的牙科医疗保险金责任终止。

2.3.6 健康检查医疗保险金

被保险人在其保险期间内，在本公司指定或认可的健康检查医疗机构³¹发生的健康检查医疗费用，本公司按约定给付健康检查医疗保险金。

本公司在保险期间内对每一被保险人累计给付的健康检查医疗保险金以该被保险人所对应的该项责任的基本保险金额为限。本公司向该被保险人累计给付的健康检查医疗保险金达到该被保险人所对应的该项责任的基本保险金额时，本公司对该被保险人的健康检查医疗保险金责任终止。

2.3.7 免赔额与赔付比例

免赔额与赔付比例均由投保人与本公司约定，并在本合同中载明。

本合同中的免赔额，是指在本合同保险期间内，约定应由每一被保险人自行承担的、本公司不予赔付的部分。被保险人从其他途径已获得的医疗费用补偿可用于抵扣免赔额，但通过基本医疗保险³²和公费医疗保险获得的补偿，不可用于抵扣免赔额。

³⁰本公司指定或认可的牙科医疗机构：中国大陆地区具有牙科资质的医疗机构。

³¹本公司指定或认可的健康检查医疗机构：中国大陆地区具有健康检查资质的医疗机构。

³²基本医疗保险：基本医疗保险包括城镇职工基本医疗保险、城镇居民基本医疗保险、新型农村合作医疗。

赔付比例指每一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本公司负担的比例。

2.3.8 补偿原则

若被保险人已从其他途径（包括基本医疗保险、公费医疗、工作单位、本公司在内的任何商业保险机构等）获得医疗费用补偿，则本公司仅对被保险人实际发生的医疗费用扣除其所获医疗费用补偿后的余额按照本合同的约定进行赔付。基本医疗保险个人账户支出部分视为个人支付，不属于已获得的医疗费用补偿。

若被保险人以参加基本医疗保险身份投保，但住院及特定门诊医疗未以参加基本医疗保险身份就诊并**结算**³³的，则本公司按照应赔付金额的 60%进行赔付；

若被保险人以参加基本医疗保险身份投保，但一般门急诊医疗未以参加基本医疗保险身份就诊的，则本公司按照应赔付金额的 60%进行赔付（其中接种流感疫苗的费用本公司按照应赔付金额的 100%进行赔付），但若被保险人基本医疗保险参保地无普通门诊统筹待遇，本公司按照应赔付金额的 100%进行赔付；

若被保险人以参加基本医疗保险身份投保，但生育医疗、牙科医疗、健康检查医疗未以参加基本医疗保险身份就诊的，本公司按照应赔付金额的 100%进行赔付；

若被保险人以参加基本医疗保险身份投保，但在以下指定医疗机构未以参加基本医疗保险身份就诊的，本公司按照应赔付金额的 100%进行赔付：

- (1) 上海市质子重离子医院
- (2) 甘肃省武威肿瘤医院重离子中心
- (3) 淄博崑山万杰医院质子治疗中心

2.4 责任免除

2.4.1 通用责任免除

对于被保险人发生的以下费用，本公司不承担给付保险金的责任：

- (1) 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；
- (2) 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；
- (3) 根据工伤补偿、职业病或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、其他福利计划或医疗保险计

³³ **结算**：指基本医疗保险或生育保险统筹基金支付金额大于 0。

划获得补偿的费用；

- (4) 代诊费，电话咨询费，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；
- (5) 对由被保险人从事违法犯罪行为或故意行为(包括但不限于自残、自杀)引起的或在这一过程中发生的伤害、病症治疗及其他相关费用；
- (6) 仅为个人舒适或方便而产生的费用，包括但不限于电视、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；
- (7) 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 30 日后服用的处方药品费用；
- (8) 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，出于行政或管理事务目的(包括但不限于与投保保险、招聘、入学或运动相关的体格检查)发生的检查费，但若选择了“健康检查医疗”责任，则相关费用不受此条限制；
- (9) 非处方药品和设备，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、抗老化药物、美容用品、大剂量维生素和维他命、健康滋补类中草药、膏方费，本合同另有约定的不在此限；
- (10) 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；
- (11) 视力检查、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)校正手术及其他相关费用；
- (12) 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治疗及其他相关费用，医疗机构已实际成为或倾向作为被保险人住家或常住住情形下发生的费用，完全或部分因为家庭原因的住院医疗费用；
- (13) 选择性手术和治疗及其他相关费用，仅为改善或提高目前身体状况(包括但不限于中医调理)而发生的、非医学必需的费用；
- (14) 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。

- 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，非医学必需的对白癫风、浅表静脉曲张的治疗及其他相关费用；
- (15) 丰胸或缩胸手术及其并发症治疗及其他相关费用；
- (16) 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其他种类秃发的治疗，以激光、电解、蜡或其他方法祛除毛发，发生男性型脱发、女性与年龄相关脱发、疾病或意外伤害导致的脱发等情形时的头发移植；
- (17) 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；
- (18) 器官移植供体费用、器官来源费用、低温储藏费用，与不孕不育症或生育治疗相关的移植费用；
- (19) 被保险人感染艾滋病病毒或患艾滋病；
- (20) 基因咨询、筛查、检查和治疗及其他相关费用，但以下两项费用不在此限：1. 因恶性肿瘤-重度治疗需要而发生的基因检测费用不在此限；2. 若选择了“生育医疗”责任，医学必需的产前筛查与产前诊断费用不在此限；
- (21) 对不孕不育症的检查、治疗及其他相关费用；孕前准备、检查、治疗及其他相关费用，若选择了“生育医疗”责任，为查明流产原因而发生的费用不在此限；
- (22) 产后盆底肌修复（尿失禁除外）及其相关费用，若选择了“生育医疗”责任，产后盆底检查（限一次）发生的费用不在此限；
- (23) 男性或女性绝育恢复手术，性别转换症、性障碍治疗，生育前培训，用于提高性功能的药物费；
- (24) 对因溶剂滥用、毒品滥用、酒精、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；对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；
- (25) 眼镜、隐形眼镜费用；
- (26) 定制或改造任何交通工具、洗浴设备或住宅设备费，所有非处方医

疗器械费，自动轮椅或自动床、助听器、人工耳蜗、血压计、体温计、听诊器、舒适设备（如电话托臂和床上多用桌）、空气质量或温度调控设备（如空调、湿度调节器、除湿器和空气净化器）、健身脚踏车、太阳能或加热灯、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，非手术中必需的假体、矫正器具或相似的器具费，医师认为治疗必不可少的假体或耐用医疗设备不在此限；

- (27) 矫正鞋或其他脚支撑器材（包括但不限于足弓支撑器、矫正器或任何其他预防性的服务或器材）费，任何用于治疗弱足、矫形足、不稳足、扁平足或足弓塌陷的器材费，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、肌腱或韧带的手术不在此限）费；
- (28) 常规足部医疗及其他相关费用，因意外伤害或疾病引起的足部治疗情形不在此限；
- (29) 生长激素治疗及其他相关费用，医学必需情形不在此限；
- (30) 智商测试、教育测试、婚姻和家庭心理咨询费；对非心理障碍或疾病的医疗服务费，超出合理心理缺陷或心理发育迟缓评估、诊断周期的医疗服务费，对精神障碍或疾病无改善的医疗服务费；
- (31) 任何牙科医疗费用，若选择了“牙科医疗”责任，则不在此限；
- (32) 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病症的治疗及其他相关费用；
- (33) 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：参加或受训职业体育运动，战争和恐怖活动，放射材料辐射或核燃料燃烧，无必要但主动置身于风险（抢救他人性命情形不在此限）；
- (34) 未提供本公司指定或认可的医疗机构出具的书面证明材料的院外购药费用；
- (35) 遗传性疾病³⁴，先天性畸形、变形或染色体异常³⁵。

2.4.2 生育医疗保险金责任免除 对被保险人发生的非因生育原因产生的医疗费用，本公司不承担给付生育医疗保险金的责任。

2.4.3 健康检查医疗保 对被保险人发生的因意外或疾病进行治疗产生的医疗费用，本公司不承担给

³⁴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。

³⁵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》第十次修订版（ICD-10）确定。

险金责任免除 付健康检查医疗保险金的责任。

2.4.4 其他免责条款 除“2.4.1 通用责任免除”、“2.4.2 生育医疗保险金责任免除”、“2.4.3 健康检查医疗保险金责任免除”外，本合同还有一些免除本公司责任的条款，详见“2.3 保险责任”、“3.2 保险事故通知”、“3.3 保险金申请”、“6.1 明确说明与如实告知”、“6.3 年龄错误”、“附表一”、“附表三”中背景突出显示的内容；“2.3 保险责任”中脚注背景突出显示的内容。

3 保险金申领

3.1 受益人 除另有约定外，受益人为被保险人本人。

3.2 保险事故通知 投保人、被保险人或受益人应当在知道保险事故发生后 10 日内通知本公司。若投保人、被保险人或受益人故意或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，本公司对无法确定的部分，不承担给付保险金的责任，但本公司通过其他途径已经及时知道或应当及时知道保险事故发生或虽未及时通知但不影响本公司确定保险事故的性质、原因、损失程度的除外。

3.3 保险金申请 受益人向本公司申请给付保险金时，应当填写保险金给付申请书，并以书面形式提交下列证明和资料。受益人未能提供有关证明和资料，导致本公司无法核实事故的性质、原因、损失程度的，本公司对无法核实部分不承担给付保险金的责任。

须提供的证明和资料：

- (1) 受益人**有效身份证件**³⁶；
- (2) 本公司指定或认可的医疗机构出具的被保险人诊断证明、门急诊病历、出院小结或出院病历、医疗费用发票及明细；
- (3) 所能提供的与确认事故的性质、原因等有关的其他证明和资料；
- (4) 受益人首次申请“特定门诊医疗”保险金，还需提供特定门诊待遇认定申请表。

以上证明和资料不完整的，本公司将及时一次性通知补充提供有关的证明和资料。

3.4 代理申请及其他 受益人委托他人申请给付保险金的，还应当提供受托人身份证明、授权委托书。保险金作为被保险人的遗产时，还应当提供可证明合法继承权的相关权

³⁶**有效身份证件**：指由政府主管部门规定的证明个人身份的证件，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、户口簿等证件。

利文件。受益人为未成年人或无民事行为能力人时，由其合法监护人代其申请领取保险金，并提供未成年人或无民事行为能力证明和合法监护权证明。

3.5 配合调查 被保险人遭受事故的，除法律禁止的情况外，本公司有权对投保人、被保险人、受益人等，就事故的性质、原因、结果等，进行调查、检查、评估和鉴定，投保人、被保险人、受益人等应当予以充分配合。

3.6 保险金的给付 收到保险金给付申请书及有关证明和资料后，本公司将在 10 个工作日内作出核定；情形复杂的，在 30 日内作出核定。

本公司应当将核定结果通知受益人。对属于保险责任的，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；对不属于保险责任的，本公司自作出核定之日起 3 日内向受益人发出拒绝给付保险金通知书，并说明理由。对属于保险责任情形，本公司未履行前两款约定的义务的，除履行给付保险金的义务外，还应当赔偿受益人因此受到的利息损失。利息按照中国人民银行公布的金融机构人民币活期存款基准利率，就超过日数以单利方式计算。

自收到保险金给付申请书及有关证明和资料之日起 60 日内，本公司对给付保险金的数额不能确定的，本公司应当按照根据已有证明和资料可以确定的数额先予支付；最终确定给付保险金的数额后，本公司支付相应的差额。

3.7 诉讼时效 受益人向本公司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。

4 保险费交纳

4.1 保险费的交纳 除另有约定外，本合同的保险费应当在投保时一次交清。

4.2 不保证续保 本合同为不保证续保合同。本产品保险期间为一年，保险期间届满，投保人需要重新向本公司申请投保本产品，并经本公司同意，交纳保险费，获得新的保险合同。

若本产品统一执行停售，本公司将不再接受投保人的投保申请，但本公司会向投保人提供投保其他产品的合理建议。

5 合同解除

5.1 解除合同的手续及风险 本合同成立后，投保人可申请解除合同。

投保人申请解除本合同时，应当向本公司送达：

-
- (1) 解除合同申请书；
 - (2) 本合同；
 - (3) 投保人的有效身份证明。

本合同的效力至本公司接到解除合同申请书之日的次日零时或解除合同申请书上载明的合同终止时间（二者中以较晚者为准）终止。本公司自收到完整的证明和资料之日起 30 日内向投保人退还本合同项下各被保险人名下的**未到期净保费**³⁷。但不包含已领取或即将领取保险金的被保险人对应的未到期净保费。

投保人解除合同会遭受一定损失。

6 其他事项

- 6.1 明确说明与如实告知** 订立本合同时，本公司会向投保人明确说明本合同的内容。对本合同中免除本公司责任的条款，本公司在订立合同时会在投保单、保险单或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口头形式向投保人作出明确说明，未作提示或明确说明的，该条款不产生效力。
- 本公司就投保人、被保险人的有关情况提出询问，投保人应当如实告知。
- 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，足以影响本公司决定是否同意承保或提高保险费率的，本公司有权解除或部分解除本合同。
- 投保人故意不履行如实告知义务的，本公司对于本合同解除或部分解除前发生的保险事故，对本合同解除或部分解除所涉及的全部或部分被保险人不承担给付保险金的责任，并不退还保险费。
- 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，本公司对于本合同解除或部分解除前发生的保险事故，对本合同解除或部分解除所涉及的全部或部分被保险人不承担给付保险金的责任，但会退还保险费。
- 本公司在本合同订立时已经知道投保人未如实告知的情况的，本公司不得解除合同；发生保险事故的，本公司承担给付保险金的责任。
- 6.2 本公司合同解除权的限制** 6.1 款规定的合同解除权，自本公司知道有解除事由之日起，超过 30 日不行使而消灭。
- 6.3 年龄错误** 投保人在申请投保时，应将与有效身份证件相符的被保险人的出生日期或周岁年龄在投保单或其他投保文件上填明，若发生错误按照下列方式办理：

³⁷**未到期净保费**：指“(保险费-手续费) * (1- (保单当期已经过天数/当期已交保险费对应的保险期间))”。经过天数不足一天的按一天计算。手续费指本公司对本合同平均承担的营业费用及佣金的总和，等于保险费的 25%。

- (1) 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合同约定投保年龄限制的，本公司有权取消该被保险人的被保资格，并向投保人退还相应未到期净保费。本公司行使被保险人的被保资格取消权适用“6.2 本合同解除权的限制”的规定；
- (2) 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，本公司有权更正并要求投保人补交保险费，但若已经发生保险事故，本公司有权按实收保险费占应交保险费的比例给付第2部分“提供的保障”约定的保险金；
- (3) 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，本公司会将多收的保险费无息退还给投保人。

- 6.4 被保险人变动** 在保险期间内，投保人可以书面或投保人与本公司约定的其他形式，按本合同有关约定及时向本公司提出申请，增加被保险人（简称“加保”）或减少被保险人（简称“减保”）。本公司审核同意后出具批单。
- 6.4.1 加保** 本公司自收到申请之日起次日或申请载明的生效日期（以较晚者为准）零时起承担对相应被保险人的保险责任。
- 6.4.2 减保** 本公司自收到申请之日起次日零时或申请载明的终止日期（以较晚者为准）二十四时起终止对相应被保险人的保险责任，并退还相应未到期净保费，但本公司已根据本合同给付保险金或已发生保险事故但尚未给付保险金的按照约定方式进行保费退还。
- 6.5 未还款项** 本公司在给付各项保险金、退还未到期净保费或保险费等款项时，若投保人有欠交或未还清款项，本公司会在投保人清偿款项后给付。
- 6.6 合同内容变更** 在本合同有效期内，经投保人与本公司协商一致，可以变更本合同的有关内容，并由本公司在保险单或其他保险凭证上批注或附贴批单，或由投保人与本公司订立书面的变更协议。
- 6.7 联系方式变更** 为保障投保人的合法权益，投保人的住所、通讯地址或电话等联系方式变更时，请及时以书面形式或投保人与本公司约定的其他形式通知本公司。若投保人未通知本公司，本公司按本合同载明的最后住所或通讯地址所发送的有关通知，均视为已送达。
- 6.8 争议处理** 因履行本合同发生的争议，由当事人协商解决。协商不成的，可向本合同载明的仲裁机构提交仲裁；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，依法向人民法院起诉。
- 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法律（不包括港、澳、台地区法律）。

附表一 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它部位，病灶经**组织病理学检查**³⁸（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，World Health Organization）《疾病和有关健康问题的国际统计分类》第十次修订版（ICD-10³⁹）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：
 - a. 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；
 - b. 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**⁴⁰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 Ann Arbor 分期方案 I 期程度的何杰金氏病；

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 HPF 和 ki-67 ≤ 2%）或更轻分级的神经内分泌肿瘤。

附表二 甲状腺癌的 TNM 分期 甲状腺乳头状癌、滤泡癌、低分化癌、Hürthle 细胞癌和未分化癌

pT_x: 原发肿瘤不能评估

pT₀: 无肿瘤证据

pT₁: 肿瘤局限在甲状腺内，最大径 ≤ 2cm

³⁸**组织病理学检查**：组织病理学检查是通过局部切除、钳取、穿刺等手术方法，从患者机体采取病变组织块，经过包埋、切片后，进行病理检查的方法。通过采集病变部位脱落细胞、细针吸取病变部位细胞、体腔积液分离病变细胞等方式获取病变细胞，制成涂片，进行病理检查的方法，属于细胞病理学检查，不属于组织病理学检查。

³⁹**ICD-10**：《疾病和有关健康问题的国际统计分类》第十次修订版（ICD-10），是世界卫生组织（WHO）发布的国际通用的疾病分类方法。《国际疾病分类肿瘤学专辑》第三版（ICD-O-3），是 WHO 发布的针对 ICD 中肿瘤形态学组织学细胞分类、动态、分化程度的补充编码。其中形态学编码：0 代表良性肿瘤；1 代表动态未定性肿瘤；2 代表原位癌和非侵袭性癌；3 代表恶性肿瘤（原发性）；6 代表恶性肿瘤（转移性）；9 代表恶性肿瘤（原发性或转移性未肯定）。如果出现 ICD-10 与 ICD-O-3 不一致的情况，以 ICD-O-3 为准。

⁴⁰**TNM 分期**：TNM 分期采用 AJCC 癌症分期手册标准。该标准由美国癌症联合委员会与国际抗癌联合会 TNM 委员会联合制定，是目前肿瘤医学分期的国际通用标准。T 指原发肿瘤大小、形态等；N 指淋巴结的转移情况；M 指有无其他脏器的转移情况。甲状腺癌的 TNM 分期采用目前现行的 AJCC 第八版定义标准，我国国家卫生健康委员会 2018 年发布的《甲状腺癌诊疗规范（2018 年版）》也采用此定义标准，具体见本条款附表二。

T_{1a} 肿瘤最大径 $\leq 1\text{cm}$

T_{1b} 肿瘤最大径 $> 1\text{cm}$, $\leq 2\text{cm}$

pT_2 : 肿瘤 2~4cm

pT_3 : 肿瘤 $> 4\text{cm}$, 局限于甲状腺内或大体侵犯甲状腺外带状肌

pT_{3a} : 肿瘤 $> 4\text{cm}$, 局限于甲状腺内

pT_{3b} : 大体侵犯甲状腺外带状肌, 无论肿瘤大小

带状肌包括: 胸骨舌骨肌、胸骨甲状肌、甲状舌骨肌、肩胛舌骨肌

pT_4 : 大体侵犯甲状腺外带状肌外

pT_{4a} : 侵犯喉、气管、食管、喉反神经及皮下软组织

pT_{4b} : 侵犯椎前筋膜, 或包裹颈动脉、纵隔血管

甲状腺髓样癌

pT_x : 原发肿瘤不能评估

pT_0 : 无肿瘤证据

pT_1 : 肿瘤局限在甲状腺内, 最大径 $\leq 2\text{cm}$

T_{1a} 肿瘤最大径 $\leq 1\text{cm}$

T_{1b} 肿瘤最大径 $> 1\text{cm}$, $\leq 2\text{cm}$

pT_2 : 肿瘤 2~4cm

pT_3 : 肿瘤 $> 4\text{cm}$, 局限于甲状腺内或大体侵犯甲状腺外带状肌

pT_{3a} : 肿瘤 $> 4\text{cm}$, 局限于甲状腺内

pT_{3b} : 大体侵犯甲状腺外带状肌, 无论肿瘤大小

带状肌包括: 胸骨舌骨肌、胸骨甲状肌、甲状舌骨肌、肩胛舌骨肌

pT_4 : 进展期病变

pT_{4a} : 中度进展, 任何大小的肿瘤, 侵犯甲状腺外颈部周围器官和软组织, 如喉、气管、食管、喉反神经及皮下软组织

pT_{4b} : 重度进展, 任何大小的肿瘤, 侵犯椎前筋膜, 或包裹颈动脉、纵隔血管

区域淋巴结: 适用于所有甲状腺癌

pN_x : 区域淋巴结无法评估

pN_0 : 无淋巴结转移证据

pN₁: 区域淋巴结转移

pN_{1a}: 转移至VI、VII区（包括气管旁、气管前、喉前/Delphian 或上纵隔）淋巴结，可以为单侧或双侧。

pN_{1b}: 单侧、双侧或对侧颈淋巴结转移（包括I、II、III、IV或V区）淋巴结或咽后淋巴结转移。

远处转移：适用于所有甲状腺癌

M₀: 无远处转移

M₁: 有远处转移

乳头状或滤泡状癌（分化型）			
年龄 < 55 岁			
	T	N	M
I 期	任何	任何	0
II 期	任何	任何	1
年龄 ≥ 55 岁			
I 期	1	0/x	0
	2	0/x	0
II 期	1~2	1	0
	3a~3b	任何	0
III 期	4a	任何	0
IVA 期	4b	任何	0
IVB 期	任何	任何	1
髓样癌（所有年龄组）			
I 期	1	0	0
II 期	2~3	0	0
III 期	1~3	1a	0
IVA 期	4a	任何	0
	1~3	1b	0
IVB 期	4b	任何	0

IVC 期	任何	任何	1
未分化癌（所有年龄组）			
IVA 期	1~3a	0/x	0
IVB 期	1~3a	1	0
	3b~4	任何	0
IVC 期	任何	任何	1

注：以上表格中“年龄”指患者病理组织标本获取日期时的年龄。

附表三 特定疾病

(1) 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, Clinical Dementia Rating）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⁴¹中的三项或三项以上。

阿尔茨海默病之外的其它类型痴呆不在保障范围内。

(2) 严重原发性帕金森病：

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。

(3) 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。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：

⁴¹六项基本日常生活活动：(1) 穿衣：自己能够穿衣及脱衣；(2) 移动：自己从一个房间到另一个房间；(3) 行动：自己上下床或上下轮椅；(4) 如厕：自己控制进行大小便；(5) 进食：自己从已准备好的碗或碟中取食物放入口中；(6) 洗澡：自己进行淋浴或盆浴。六项基本日常生活活动能力的鉴定不适用于 0-3 周岁幼儿。

3) 中性粒细胞绝对值 $<0.5 \times 10^9/L$;

4) 网织红细胞计数 $<20 \times 10^9/L$;

5) 血小板绝对值 $<20 \times 10^9/L$ 。

(4) 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。

(5) 系统性硬皮病:

指一种全身性的胶原血管性疾病，可以导致皮肤、血管及内脏器官进行性弥漫性纤维化。诊断必须经活检及血清学检查证实，疾病必须是全身性，且须满足下列至少一项条件：

- 1) 肺脏：肺部病变进而发展为肺间质纤维化和肺动脉高压；
- 2) 心脏：心功能受损达到美国纽约心脏病学会心功能状态分级IV级；
- 3) 肾脏：肾脏受损导致双肾功能慢性不可逆衰竭，达到尿毒症期。

(6) 重症肌无力:

指一种神经肌肉接头传递障碍所致的疾病，表现为局部或全身骨骼肌（特别是眼外肌）极易疲劳。疾病可以累及呼吸肌、上肢或下肢的近端肌群或全身肌肉，必须满足下列全部条件：

- 1) 经药物治疗和胸腺切除治疗一年以上仍无法控制病情；
- 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。

(7) 肝豆状核变性 (Wilson 病):

指一种常染色体隐性遗传的铜代谢缺陷病，以不同程度的肝细胞损害、脑退行性病变和角膜边缘有铜盐沉着环为其临床特征，并须满足下列全部条件：

- 1) 典型症状；
- 2) 角膜色素环（K-F 环）；
- 3) 血清铜和血清铜蛋白降低，尿铜增加；
- 4) 经皮做肝脏活检来定量分析肝脏铜的含量。

本项疾病责任不受合同责任免除中“遗传性疾病，先天性畸形、变形或染色体异常”的限制。

(8) 严重的类风湿性关节炎:

类风湿性关节炎为广泛分布的慢性进行性多关节病变，表现为关节严重变形，侵犯至少三个主要关节或关节组（如：双手（多手指）关节、双足（多足趾）关节、双

腕关节、双膝关节和双髋关节)。类风湿性关节炎必须明确诊断并且已经达到类风湿性关节炎功能分级III级以上的功能障碍(关节活动严重限制,不能完成大部分的日常工作和活动)并且满足下列全部条件:

- 1) 晨僵;
- 2) 对称性关节炎;
- 3) 类风湿性皮下结节;
- 4) 类风湿因子滴度升高;
- 5) X线显示严重的关节(软骨和骨)破坏和关节畸形。

(9) 严重甲型及乙型血友病:

被保险人必须是患上严重甲型血友病(缺乏VIII凝血因子)或严重乙型血友病(缺乏IX凝血因子),而凝血因子VIII或凝血因子IX的活性水平少于百分之一。诊断必须由本公司指定或认可的医疗机构的血液病专科医生确认。

本公司承担本项疾病责任不受本合同责任免除中“遗传性疾病、先天性畸形、变形或染色体异常”的限制。

(10) 严重强直性脊柱炎:

强直性脊柱炎指一种慢性、全身性、炎性疾病,主要侵犯脊柱导致脊柱畸形。严重强直性脊柱炎须经本公司认可的医院的专科医生明确诊断,并须满足下列全部条件:

- 1) 严重脊柱畸形;
- 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。

(11) 银屑病:

银屑病是一种遗传与环境共同作用诱发的免疫介导的慢性、复发性、炎症性、系统性疾病,典型临床表现为鳞屑性红斑或斑块,局限或广泛分布,无传染性,治疗困难,常罹患终身。银屑病的病因涉及遗传、免疫、环境等多种因素,通过以T淋巴细胞介导为主、多种免疫细胞共同参与的免疫反应引起角质形成细胞过度增殖或关节滑膜细胞与软骨细胞发生炎症。

(12) 地中海贫血:

是一组遗传性溶血性贫血疾病。由于遗传的基因缺陷致使血红蛋白中一种或一种以上珠蛋白链合成缺如或不足所导致的贫血或病理状态。缘于基因缺陷的复杂性与多样性,使缺乏的珠蛋白链类型、数量及临床症状变异性较大。根据所缺乏的珠蛋白链种类及缺乏程度予以命名和分类。

本公司承担本项疾病责任不受本合同责任免除中“遗传性疾病、先天性畸形、变形或染色体异常”的限制。

(13) 丙型肝炎:

一种由丙型肝炎病毒（HCV）感染引起的病毒性肝炎。

(14) 慢性阻塞性肺炎:

慢性阻塞性肺炎又称阻塞性肺气肿，系终末细支气管远端部分（包括呼吸性细支气管、肺泡管、肺泡囊和肺泡）膨胀，并伴有气腔壁的破坏。

(15) 肺动脉高压:

指肺动脉压力升高超过一定阈值的一种血流动力学和病理生理状态，可导致右心衰竭，可以是一种独立的疾病，也可以是并发症，还可以是综合征。其血流动力学诊断标准为：海平面静息状态下，右心导管检测肺动脉平均压 $\geq 25\text{mmHg}$ 。

(16) 多发性硬化症:

指被保险人因脑及脊髓内的脱髓鞘病变而出现神经系统多灶性（多发性）多时相（至少六个月以内有一次以上（不包含一次）的发作）的病变，须由计算机断层扫描（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，且已经造成自主生活能力严重丧失，无法独立完成六项基本日常生活活动中的二项或二项以上，持续至少 180 天。

(17) C 型尼曼匹克氏症:

是一种遗传、不可逆性然而可治疗的慢性恶化性脑脊髓交感神经疾病。本公司承担本项疾病责任不受本合同责任免除中“遗传性疾病、先天性畸形、变形或染色体异常”的限制。

(18) 特发性肺纤维化:

是一种病因未明，以弥漫性肺泡炎和肺泡结构紊乱，最终导致肺间质纤维化为特征的疾病。临床上以进行性呼吸困难，限制性通气功能障碍和弥散功能降低为特征。最终发展为呼吸衰竭和右心衰竭。

(19) 戈谢病:

戈谢病即葡糖脑苷脂病，是一种家族性糖脂代谢疾病，为染色体隐性遗传，是溶酶体沉积病中最常见的一种。本公司承担本项疾病责任不受本合同责任免除中“遗传性疾病、先天性畸形、变形或染色体异常”的限制。

(20) 肺结核:

结核病是由结核杆菌感染引起的慢性传染病，肺结核指结核菌侵入肺脏的疾病。

附表四 保险计划表

复星联合乐健一生团体中端医疗保险（2022版）								
计划	1	2	3	4	5	6	7	8
保险金额	30万	60万	100万	200万	60万	100万	150万	200万
等待期	由投保人与保险人约定							
1、住院及特定门诊医疗保险								
本公司指定或认可的医疗机构	中国大陆地区二级以上（含二级）的基本医疗保险定点医院（不含特需部、VIP部、国际部、外宾部等）				中国大陆地区二级以上（含二级）的基本医疗保险定点医院（含特需部、VIP部、国际部、外宾部等）及其他保险人指定的医疗机构			
保险期间内赔付限额	30万	60万	100万	200万	60万	100万	150万	200万
1.1、住院								
各类病房（含重症监护病房ICU、新生儿重症监护病房NICU）的床位（含新生儿床位、暖箱、陪护床）费或房间（含家庭式套房）费	每次住院就诊期间累计限额=400元/天*住院天数	每次住院就诊期间累计限额=400元/天*住院天数	每次住院就诊期间累计限额=400元/天*住院天数	每次住院就诊期间累计限额=400元/天*住院天数	每次住院就诊期间累计限额=1000元/天*住院天数	每次住院就诊期间累计限额=1500元/天*住院天数	每次住院就诊期间累计限额=2500元/天*住院天数	每次住院就诊期间累计限额=4500元/天*住院天数
针对由执业医师提供的诊疗服务收取的住院诊察费/诊疗费/医事服务费								
针对由执业护士（不含护工）提供的护理服务收取的护理费								
膳食费，仅指住院就诊期间根据医生的医嘱，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用。								
会诊费，含院内会诊、院际会诊、多学科联合会诊/MDT、远程/互联网会诊（含省外会诊、境外会诊）	无单项限额，其中远程/互联网境外会诊保险期间内限1次	无单项限额，其中远程/互联网境外会诊保险期间内限1次	无单项限额，其中远程/互联网境外会诊保险期间内限1次	无单项限额，其中远程/互联网境外会诊保险期间内限1次	无单项限额，其中远程/互联网境外会诊保险期间内限1次	无单项限额，其中远程/互联网境外会诊保险期间内限1次	无单项限额，其中远程/互联网境外会诊保险期间内限1次	无单项限额，其中远程/互联网境外会诊保险期间内限1次
抢救费，包括危重病人抢救、新生儿人工呼吸、新生儿辐射抢救治疗及大抢救、中抢救、小抢救等	无单项限额	无单项限额	无单项限额	无单项限额	无单项限额	无单项限额	无单项限额	无单项限额

其他一般医疗服务费用，包括但不限于医学必需的氧气吸入、注射、清创缝合、换药、鼻饲管置管、胃肠减压、洗胃、灌肠、导尿等	无单项限额	无单项限额	无单项限额	无单项限额	无单项限额	无单项限额	无单项限额	无单项限额
医学影像检查，含 X 线检查、磁共振扫描 MRI、X 线计算机体层 CT 扫描等）、超声检查（含 A 超、B 超、彩色多普勒超声检查、三维超声检查、心脏超声检查及其他心脏超声诊疗技术）、核医学检查（含核素扫描、伽玛照相、单光子发射计算机断层显象 SPECT、正电子发射计算机断层显像 PET）、核素功能检查	无单项限额，其中正电子发射计算机断层显像 PET 检查（含 PET-CT 及 PET-MRI）自付比例均为 50%	无单项限额，其中正电子发射计算机断层显像 PET 检查（含 PET-CT 及 PET-MRI）自付比例均为 40%	无单项限额，其中正电子发射计算机断层显像 PET 检查（含 PET-CT 及 PET-MRI）自付比例均为 30%	无单项限额，其中正电子发射计算机断层显像 PET 检查（含 PET-CT 及 PET-MRI）自付比例均为 20%	无单项限额	无单项限额	无单项限额	无单项限额
临床检验、临床血液学检查、临床化学检查、临床免疫学检查、临床微生物学检查、临床寄生虫学检查、遗传疾病的分子生物学诊断费用	无单项限额	无单项限额	无单项限额	无单项限额	无单项限额	无单项限额	无单项限额	无单项限额
血型、配血及临床用血费用	无单项限额	无单项限额	无单项限额	无单项限额	无单项限额	无单项限额	无单项限额	无单项限额
病理检查费用，含细胞病理学检查与诊断、组织病理学检查与诊断、冰冻切片与快速石蜡切片检查与诊断、特殊染色诊断技术、电镜病理诊断、分子病理学诊断技术	无单项限额	无单项限额	无单项限额	无单项限额	无单项限额	无单项限额	无单项限额	无单项限额
其他临床必需的检查费用，包括但不限于脑电图、心电图、肺功能检查、胃肠镜检查（含镇痛费用）、穿刺活检、精神心理卫生检查等	无单项限额	无单项限额	无单项限额	无单项限额	无单项限额	无单项限额	无单项限额	无单项限额
一般临床治疗费用	无单项限额	无单项限额	无单项限额	无单项限额	无单项限额	无单项限额	无单项限额	无单项限额
手术（含微创手术）治疗费用（含麻醉、手术等费用，包括体外膜肺氧合 ECMO 安装、运行监测、血泵更换、膜肺更换、撤除及相关材料费用）	无单项限额	无单项限额	无单项限额	无单项限额	无单项限额	无单项限额	无单项限额	无单项限额

按卫生和物价部门规定单独收费的医疗器械费用，含一般医用耗材、手术器械、植入材料和人工器官、各类介入器械、医用材料及高分子生物材料、其他如体外支具	住院就诊期间保单累计限额 20000 元	住院就诊期间保单累计限额 40000 元	住院就诊期间保单累计限额 50000 元	住院就诊期间保单累计限额 60000 元	住院就诊期间保单累计限额 80000 元	住院就诊期间保单累计限额 100000 元	住院就诊期间保单累计限额 150000 元	住院就诊期间保单累计限额 200000 元
手术特殊仪器设备使用费用	无单项限额	无单项限额	无单项限额	无单项限额	无单项限额	无单项限额	无单项限额	无单项限额
因使用手术机器人技术额外收取的费用，包括手术导航定位机器人（如神经外科脊柱外科 ROSA 机器人，Mako 骨科机器人等）、手术操作机器人（如达芬奇手术机器人等），含手术机器人专用医用耗材费	无单项限额，自付比例 30%	无单项限额，自付比例 20%	无单项限额，自付比例 10%	无单项限额	无单项限额	无单项限额	无单项限额	无单项限额
物理治疗与康复费用	住院就诊期间保单累计限额 1000 元	住院就诊期间保单累计限额 1500 元	住院就诊期间保单累计限额 2000 元	住院就诊期间保单累计限额 4000 元	住院就诊期间保单累计限额 2000 元	住院就诊期间保单累计限额 3000 元	住院就诊期间保单累计限额 4000 元	住院就诊期间保单累计限额 6000 元
中医及民族医治疗费用，含中医外治、中医骨伤、针刺、灸法、推拿、中医肛肠、中医特殊疗法、中医综合疗法，含中成药及中药饮片费用	住院就诊期间保单累计限额 500 元	住院就诊期间保单累计限额 800 元	住院就诊期间保单累计限额 1000 元	住院就诊期间保单累计限额 1200 元	住院就诊期间保单累计限额 800 元	住院就诊期间保单累计限额 1000 元	住院就诊期间保单累计限额 1200 元	住院就诊期间保单累计限额 1600 元
西药费用	无单项限额，其中院外药店购买药品自付比例 30%	无单项限额，其中院外药店购买药品自付比例 20%	无单项限额，其中院外药店购买药品自付比例 10%	无单项限额	无单项限额	无单项限额	无单项限额	无单项限额
日间手术费用，包括日间手术住院就诊期间医疗费用，以及日间手术住院前不超过 30 日的门诊费用（指与日间手术治疗直接相关的术前检查和化验等费	无单项限额	无单项限额	无单项限额	无单项限额	无单项限额	无单项限额	无单项限额	无单项限额

用)，术后不超过 30 日的必要处置费用（如换药、拆线等）等								
救护车、院前急救费	保单累计限额 500 元	保单累计限额 800 元	保单累计限额 1000 元	保单累计限额 1200 元	保单累计限额 800 元	保单累计限额 1000 元	保单累计限额 1200 元	保单累计限额 1600 元
1.2、特定门诊医疗								
门诊肾透析费	无单项限额	无单项限额	无单项限额	无单项限额	无单项限额	无单项限额	无单项限额	无单项限额
恶性肿瘤-重度门诊治疗费，含核素内照射疗法、化学疗法、放射疗法、高端放射治疗（包括螺旋断层放射治疗系统 Tomo、Edge 直线加速器、X 线立体定向放射治疗系统 Cyberknife、Versa HD 直线加速器、质子放射治疗系统、重离子放射治疗系统等）、肿瘤免疫疗法、肿瘤内分泌疗法、肿瘤靶向疗法。本合同承担给付责任的药品应在本公司指定或认可的医疗机构购买，如本公司指定或认可的医疗机构无法提供该药品（需提供院方书面盖章证明材料），被保险人可在本公司指定或认可的药店购买该药品。	无单项限额	无单项限额	无单项限额	无单项限额	无单项限额	无单项限额	无单项限额	无单项限额
器官移植后的门诊抗排异治疗费	无单项限额	无单项限额	无单项限额	无单项限额	无单项限额	无单项限额	无单项限额	无单项限额
特定疾病门诊治疗费用	无单项限额	无单项限额	无单项限额	无单项限额	无单项限额	无单项限额	无单项限额	无单项限额
门诊手术医疗费用	无单项限额	无单项限额	无单项限额	无单项限额	无单项限额	无单项限额	无单项限额	无单项限额
住院前后门急诊医疗费用，含住院前 30 日（含住院当日）和出院后 30 日（含出院当日）内，因与该次住院相同原因而接受门急诊治疗的，对由此发生的医学必需的合理医疗费用	无单项限额	无单项限额	无单项限额	无单项限额	无单项限额	无单项限额	无单项限额	无单项限额
2、恶性肿瘤-重度住院津贴医疗保险								
本公司指定或认可的医疗机构	中国大陆地区二级以上（含二级）的基本医疗保险定点医院（含特需部、VIP 部、国际部、外宾部等）及其他保险人指定的医疗机构							
保险期间内赔付限额	6000 元	6000 元	9000 元	9000 元	9000 元	12000 元	12000 元	18000 元
恶性肿瘤-重度住院日津贴额	每天 100 元，保险期	每天 100 元，保险期	每天 150 元，保险期	每天 150 元，保险期	每天 150 元，保险期	每天 200 元，保险期	每天 200 元，保险期	每天 300 元，保险期

	间内最多 60 天	间内最多 60 天	间内最多 60 天	间内最多 60 天	间内最多 60 天	间内最多 60 天	间内最多 60 天	间内最多 60 天	间内最多 60 天
3、可选责任：一般门急诊医疗保险（不含特定门诊医疗）									
本公司指定或认可的医疗机构	中国大陆地区二级以上（含二级）的基本医疗保险定点医院（不含特需部、VIP 部、国际部、外宾部等），其中流感疫苗预防接种指定医疗机构为中国大陆地区具有预防接种资质的医疗机构		中国大陆地区二级以上（含二级）的基本医疗保险定点医院（含特需部、VIP 部、国际部、外宾部等）及其他保险人指定的医疗机构，其中流感疫苗预防接种指定医疗机构为中国大陆地区具有预防接种资质的医疗机构						
保险期间内赔付限额	10000 元	15000 元	20000 元	35000 元					
诊疗服务（含门诊、急诊、互联网医疗）费，包括诊察费、诊疗费、医事服务等	限额 100 元/次	限额 100 元/次	限额 500 元/次	限额 900 元/次					
会诊费，含院内会诊、院际会诊、多学科联合会诊/MDT、远程/互联网会诊（含省外会诊、境外会诊）	无单项限额，其中远程/互联网境外会诊保险期间内限 1 次	无单项限额，其中远程/互联网境外会诊保险期间内限 1 次	无单项限额，其中远程/互联网境外会诊保险期间内限 1 次	无单项限额，其中远程/互联网境外会诊保险期间内限 1 次					
针对由执业护士（不含护工）提供的护理服务收取的护理（含新生儿护理）费	限额 80 元/次	限额 80 元/次	无单项限额	无单项限额					
抢救费，包括危重病人抢救、新生儿人工呼吸、新生儿辐射抢救治疗及大抢救、中抢救、小抢救等	无单项限额	无单项限额	无单项限额	无单项限额					
其他一般医疗服务费用，包括但不限于医学必需的氧气吸入、注射、清创缝合、换药、鼻饲管置管、胃肠减压、洗胃、灌肠、导尿等	无单项限额	无单项限额	无单项限额	无单项限额					

医学影像检查，含 X 线检查、磁共振扫描 MRI、X 线计算机断层 CT 扫描等）、超声检查（含 A 超、B 超、彩色多普勒超声检查、三维超声检查、心脏超声检查及其他心脏超声诊疗技术）、核医学检查（含核素扫描、伽玛照相、单光子发射计算机断层显象 SPECT、正电子发射计算机断层显像 PET）、核素功能检查	无单项限额，其中正电子发射计算机断层显像 PET 检查（含 PET-CT 及 PET-MRI）自付比例均为 50%	无单项限额，其中正电子发射计算机断层显像 PET 检查（含 PET-CT 及 PET-MRI）自付比例均为 40%	无单项限额，其中正电子发射计算机断层显像 PET 检查（含 PET-CT 及 PET-MRI）自付比例 30%	无单项限额，其中正电子发射计算机断层显像 PET 检查（含 PET-CT 及 PET-MRI）自付比例 20%
临床检验、临床血液学检查、临床化学检查、临床免疫学检查、临床微生物学检查、临床寄生虫学检查、遗传疾病的分子生物学诊断费用	无单项限额	无单项限额	无单项限额	无单项限额
血型、配血及临床用血费用	无单项限额	无单项限额	无单项限额	无单项限额
病理检查费用，含细胞病理学检查与诊断、组织病理学检查与诊断、冰冻切片与快速石蜡切片检查与诊断、特殊染色诊断技术、电镜病理诊断、分子病理学诊断技术	无单项限额	无单项限额	无单项限额	无单项限额
其他临床必需的检查费用，包括但不限于脑电图、心电图、肺功能检查、胃肠镜检查（含镇痛费用）、穿刺活检、精神心理卫生检查等	无单项限额	无单项限额	无单项限额	无单项限额
一般临床治疗费用	无单项限额	无单项限额	无单项限额	无单项限额
按卫生和物价部门规定单独收费的医疗器械费用，含一般医用耗材、手术器械、植入材料和人工器官、各类介入器械、医用材料及高分子生物材料、其他如体外支具	门急诊期间无单项限额	门急诊期间无单项限额	门急诊期间无单项限额	门急诊期间无单项限额
物理治疗与康复费用	门急诊就诊期间保单累计限额 2000 元	门急诊就诊期间保单累计限额 2000 元	门急诊就诊期间保单累计限额 4000 元	门急诊就诊期间保单累计限额 4000 元

中医及民族医治疗费用，含中医外治、中医骨伤、针刺、灸法、推拿、中医肛肠、中医特殊疗法、中医综合疗法，含中成药及中药饮片费用	门急诊限额 200元/次 (含中医及民族医诊察费/诊疗费/治疗费/医事服务费)，保险期间内限5次	门急诊限额 200元/次 (含中医及民族医诊察费/诊疗费/治疗费/医事服务费)，保险期间内限5次	门急诊限额 400元/次 (含中医及民族医诊察费/诊疗费/治疗费/医事服务费)，保险期间内限5次	门急诊限额 400元/次 (含中医及民族医诊察费/诊疗费/治疗费/医事服务费)，保险期间内限5次
西药费用，根据医生处方使用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，不含中成药及中药饮片。 本合同承担给付责任的药品应在本公司指定或认可的医疗机构购买，如本公司指定或认可的医疗机构无法提供该药品（需提供院方书面盖章证明材料），被保险人可在本公司指定或认可的药店购买该药品。	无单项限额	无单项限额	无单项限额	无单项限额
每年一次流感疫苗预防接种费用	累计限额 100元	累计限额 150元	累计限额 200元	累计限额 400元
4、可选责任：生育医疗保险				
本公司指定或认可的生育医疗机构	中国大陆地区二级以上（含二级）的基本医疗保险定点医院（含特需部、VIP部、国际部、外宾部等）及其他保险人指定的医疗机构			
保险期间内赔付限额	可选累计给付限额 5000元/10000元/15000元/20000元/25000元/35000元/40000元			
4.1 产前检查、产前筛查及产前诊断医疗保险				
针对由执业医师提供的诊疗服务收取的诊察费/诊疗费/医事服务费	无单项限额			
血清学产前筛查费用	无单项限额			

绒毛穿刺检查费用、羊膜腔穿刺检查费用、脐静脉穿刺检查费用	无单项限额
胎儿染色体非整倍体无创基因检测费用/脱氧核糖核酸(DNA)测序费用	无单项限额
超声检查(含胎儿畸形筛查)费用	无单项限额
检验费用	无单项限额
其他按照国家和地方卫生主管部门孕产期保健要求和临床需要开展的产前检查项目费用,包括但不限于全身体格检查(身高、体重、血压等)、心电图、血糖测定、妊娠期糖尿病筛查、胎心监护等	无单项限额
4.2 生育住院医疗保险	
救护车费、院前急救费	无单项限额
各类病房(含重症监护病房 ICU、新生儿重症监护病房 NICU)的床位(含新生儿床位、暖箱、陪护床)费或房间(含家庭式套房、LDR 一体化产房)费	无单项限额
针对由执业医师提供的诊疗服务收取的住院诊察费/诊疗费/医事服务费(不含新生儿诊查费用)	无单项限额
针对由执业护士(不含护工)提供的护理服务收取的护理费(不含新生儿护理费用)	无单项限额
产科手术(各类接生、剖宫产术、各类流产及刮宫术、麻醉)费	无单项限额
膳食费,仅指住院期间根据医生的医嘱,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用	无单项限额
顺产无痛分娩费(含镇痛泵费、分娩镇痛术费、麻醉药品费)	无单项限额
水中分娩费,因采用水中分娩额外收取的费用	无单项限额
全程一对一陪伴分娩/导乐分娩费用,包含包房费(如有)	无单项限额

按卫生和物价部门规定单独收费的医疗器械费用，含一般医用耗材、手术器械、植入材料和人工器官、各类介入器械、医用材料及高分子生物材料、其他如体外支具	无单项限额
物理治疗与康复费用	无单项限额
因生育原因住院期间其他临床必需的费用，包括但不限于抢救费、检查费、检验费等	无单项限额
保险期间内出生的新生儿出生后十四日内发生的专业护理及治疗费用（包含住院期间的免疫接种费用）	无单项限额
4.3 产后复查医疗保险，以一次为限，不包括非因生育原因产生的门急诊医疗费用	
针对由执业医师提供的诊疗服务收取的诊察费/诊疗费/医事服务费	无单项限额
其他按照国家和地方卫生主管部门孕产期保健要求和临床需要开展的产后复查项目费用，包括但不限于全身体格检查（身高、体重、血压等）、血常规、尿常规、超声检查、妇科检查、盆底检查、乳房检查等	无单项限额
4.4 计划生育医疗保险	
计划生育门诊费用	无单项限额
输卵管绝育术、宫内节育器放置术、避孕药皮下埋植术，含植入器材费用	无单项限额
4.5 中医及民族医治疗、西药医疗保险	
中医及民族医治疗费用，含中医外治、中医骨伤、针刺、灸法、推拿、中医肛肠、中医特殊疗法、中医综合疗法，含中成药及中药饮片费用	无单项限额
西药费用，根据医生处方使用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，不含中成药及中药饮片。 本合同承担给付责任的药品应在本公司指定或认可的医疗机构购买，如本公司指定或认可的医疗机构无法	无单项限额

提供该药品（需提供院方书面盖章证明材料），被保险人可在本公司指定或认可的药店购买该药品。	
5、可选责任：牙科医疗保险	
本公司指定或认可的牙科医疗机构	中国大陆地区具有牙科资质的医疗机构
保险期间内赔付限额	可选累计给付限额 200 元/500 元/2000 元/4000 元/8000 元/9600 元/12000 元
预防治疗费 ，包括包括常规牙科检查、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）牙齿清洁检查费	给付比例：100%
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	给付比例：80%
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，以及相关口腔 X 光费	给付比例：50%
6、可选责任：健康检查医疗保险	
本公司指定或认可的健康检查医疗机构	中国大陆地区具有健康检查资质的医疗机构
保险期间内赔付限额	可选累计给付限额 300 元/500 元/800 元/1000 元/1500 元/3200 元/5000/8000/10000 元
健康检查医疗费用	给付次数以 1 次为限，给付比例 100%

[本页内容结束]