

三星财产保险（中国）有限公司
团体综合医疗保险（2023 版）
(注册号：C00004532512023120809051)

总则

第一条 本保险合同（以下简称“本合同”）由保险条款、投保单、被保险人清单或者其他投保文件、保险单或者其他保险凭证、保险卡、网络医疗机构名册、附贴批单和其他有关书面约定构成。凡涉及本合同的约定，均应当采用书面形式。

第二条 对被保险人具有保险利益的机关、企业、事业单位和社会团体等组织机构，以及不以购买本保险为目的而组成的团体中的自然人，可作为投保人。

第三条 投保时年龄不超过七十周岁（见释义），能正常工作（见释义）、劳动或者生活的自然人，经保险人（见释义）同意，可作为本保险的主被保险人。

主被保险人的配偶投保时年龄不超过七十周岁，能正常地工作、劳动或者生活的，以及主被保险人的未婚子女（见释义）投保时年龄不超过二十一周岁（为全日制在校学生，或者存在身体缺陷或者智力障碍的，年龄不超过二十六周岁），经济上完全依赖主被保险人的，经保险人同意，可作为本保险的附属被保险人。

除另有约定外，投保时年龄满七十一周岁至七十五周岁之间（含）的自然人，同时满足以下三个条件的，可作为本保险的主被保险人或附属被保险人：

- （一）非首次投保本保险；
- （二）上一个保险期间届满，投保人重新向保险人投保本保险；
- （三）本合同的保险期间与上一个保险合同的保险期间之间连续不间断。

除特别指明外，主被保险人和附属被保险人统称或者泛称为“被保险人”，单称或者特称为“每一被保险人”、“该被保险人”或者“被保险人本人”。

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**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。**

第四条 除法律另有规定或者合同另有约定外，保险金受益人为被保险人本人。

第五条 保险人将在自本合同生效之日起十日内为每一被保险人发放保险卡，该保险卡将载明被保险人姓名、保险单号码、保险期间、保障类型、给付比例、免赔额、可选责任、网络医疗机构、第三方医疗服务供应商（以下简称“医疗服务供应商”）、理赔申请等有关信息。

保险卡是被保险人在网络医疗机构享受直接付费服务的凭证。

第六条 除本合同另有约定外，本合同涉及的金额币别为人民币。

保障类型和医疗机构

第七条 本保险的保障类型分为全球保障、国际保障、亚太保障、中国大陆及港澳台保障、中国大陆保障。具体保障类型由投保人在投保时从中选择，并在保险单上载明。

本合同中每一保障类型对应的保障地域具体约定如下：

（一）全球保障

保障地域为全球任何国家和地区。

（二）国际保障

保障地域为除美国、加拿大外的全球任何国家和地区。

（三）亚太保障

保障地域为中国大陆及港澳台、文莱、柬埔寨、印度尼西亚、日本、韩国、老挝、马来西亚、马绍尔群岛、新西兰、澳大利亚、菲律宾、新加坡、泰国、东帝汶、越南。

（四）中国大陆及港澳台保障

保障地域为中国大陆及港澳台。

（五）中国大陆保障

保障地域为中国大陆。

第八条 除特别指明外，保险人仅对被保险人在与其保障类型相对应的保障地域内保险人认可的医疗机构（见释义）发生的保险责任范围内的费用，按照本合同的约定给付保险金。因保险人认可的医疗机构没有被保险人治疗所必需的相关药品、材料或器械，凭保险人认可的医疗机构的主治医生开具的处方或外购单到院外保险人认可的药店或医疗器械机构（见释义）购买而发生的费用，视同被保险人在保险人认可的医疗机构发生的费用。

保险人认可的医疗机构分为以下两类：

（一）昂贵医疗机构

指超出通常惯例水平（见释义）的医疗机构。被保险人在该类医疗机构发生的保险责任范围内的费用，保险人将不承担或者仅承担一定给付比例，具体以保险单载明的为准。

保险人将根据医疗机构的收费水平变化，适时调整该类医疗机构列表。医疗机构发生变更时，保险人将会在保险人官方渠道（包括但不限于官网、官微）公示。

（二）一般医疗机构

指不在昂贵医疗机构列表中的医疗机构。被保险人在该类医疗机构发生的保险责任范围内的费用，保险人按照本合同的约定承担保险金给付责任。

保险责任

第九条 保险责任包括一般疾病（伤害）和一般项目住院医疗保险责任、特殊疾病和特殊项目医疗保险责任、医疗及身故援助保险责任、一般疾病（伤害）和一般项目门诊医疗保

险责任、分娩和新生儿医疗保险责任、眼科责任和牙科责任。其中，一般疾病（伤害）和一般项目住院医疗保险责任、特殊疾病和特殊项目医疗保险责任、医疗及身故援助保险责任为必选责任，其他责任均为可选责任。投保人可以单独投保必选责任，也可以在投保必选责任的同时投保任意一项或多项可选责任，但投保人不能单独投保可选责任。

保险人承担的特殊疾病和特殊项目医疗保险责任、分娩和新生儿医疗保险责任、医疗及身故援助保险责任、眼科责任和牙科责任对应的医疗费用，相应纳入各自保险责任的赔付范围，不纳入一般疾病（伤害）和一般项目住院医疗保险责任、一般疾病（伤害）和一般项目门诊医疗保险责任的赔付范围。

第十条 一般疾病（伤害）和一般项目住院医疗保险责任

（一）住院费用理赔保险责任

保险期间内，被保险人遭受意外伤害（见释义）或者**经过等待期后**（免除等待期的除外）患疾病，因而接受医生推荐的、医学必需（见释义）的一般疾病（伤害）和一般项目住院治疗（日间治疗（见释义）视同住院治疗，下同），由此在保险人认可的医疗机构发生的符合通常惯例水平的以下类型费用，**保险人按照本保险条款“保险金计算和给付”中的相关约定计算给付医疗保险金：**

1. 床位费

指住院（见释义）期间发生的中国大陆内不高于标准单人病房、中国大陆境外不高于标准半私家病房的住院床位费用。**不包括套房、家庭病房，也不包括在中国大陆外发生的全私家病房床位费用。**

2. 膳食费

指住院期间根据医生的医嘱，由作为医疗机构内部专属部门的、为住院病人配餐的食堂配送的膳食费用。

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、也可以合并并在病房费等其他款项内。

3. 护理费

指住院期间根据医嘱所示的护理等级确定的护理费用。

4. 检查检验费

指住院期间以诊断疾病为目的，接受医学必需的检查及检验而发生的检查检验费，包括X光费、心电图费、B超费、脑电图费、内窥镜费、肺功能仪费、分子生化检验费和血、尿、便常规检验费等检查检验费。

5. 治疗费

指住院期间以治疗疾病为目的，接受医学必需的治疗而发生的技术劳务费和医疗器械使用费，以及消耗品的费用。**本项费用不包含临终关怀医疗费。**

6. 医生费

指外科医生、麻醉师、内科医生、专科医生的费用。

7. 药品费

指住院期间发生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。**本项费用不包含中草药（见释义）费用。**

8. 器官移植手术费

指住院期间为治疗疾病、挽救生命接受肾脏、肝脏、心脏、肺以及造血干细胞移植手术而发生的相关费用，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. 非器官移植手术费

指住院期间为治疗疾病、挽救生命而施行的**除器官移植手术以外的其他手术**而发生的相关费用，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

指住院期间出于医学必需被保险人需在重症监护病房（见释义）进行医学必需的治疗而发生的床位费。

11. 加床费

指未满 18 周岁的被保险人在住院期间，其合法监护人（**限一人**）在医疗机构留宿发生的加床费；女性主被保险人或者作为配偶的女性附属被保险人在住院期间，其一周岁以下哺乳期婴儿在医疗机构留宿发生的加床费。

12. 家庭护理费

指住院期间根据主治医生建议，被保险人出院后**必需立即在家中接受由专业护士（见释义）提供的护理**而发生的医学必需的护理费用。

13. 住院前后门急诊费

指被保险人出院后在本合同约定的日期内**因与该次住院相同原因**而发生的门急诊医疗费用，包括由主治医生明确要求进行的医学必需的门急诊医生诊疗费、检查化验费、药费和敷料费用。

（二）无费用理赔住院津贴责任

保险期间内，被保险人因遭受意外伤害或者**经过等待期后**（免除等待期的除外）患疾病接受医生推荐的、医学必需的一般疾病（伤害）和一般项目住院治疗，**被保险人放弃此次住院费用索赔的，保险人按照“实际住院天数（见释义）×日津贴金额”计算给付无费用理赔住院津贴保险金。**

保险人已支付住院费用理赔保险责任的医疗保险金的，被保险人不得再申请无费用理赔住院津贴。若被保险人已经获得无费用理赔住院津贴后再申请理赔当次住院费用理赔保险责任的医疗保险金，保险人将在应给付金额中扣除已给付的无费用理赔住院津贴金额。

到本合同有效期间届满时被保险人仍住院治疗的，保险人继续承担因本次住院发生的一般疾病（伤害）和一般项目住院医疗费用，**但最长不超过本合同保险期间届满日起第 30 日。**

第十一条 特殊疾病和特殊项目医疗保险责任

保险期间内，被保险人遭受意外伤害或者**经过等待期后**（免除等待期的除外）患疾病，因而接受医生推荐的、医学必需的下列特殊疾病和特殊项目治疗，由此在保险人认可的医疗机构发生的符合通常惯例水平的以下类型费用，**保险人按照本保险条款“保险金计算和给付”中的相关约定计算给付医疗保险金：**

（一）特殊门诊医疗费

1. 门诊肾透析费；

2. “恶性肿瘤——重度（见释义）”或者“恶性肿瘤——轻度（见释义）”门诊治疗费，包括化学疗法（见释义）、放射疗法（见释义）、肿瘤免疫疗法（见释义）、肿瘤内分泌疗法（见释义）、肿瘤靶向疗法（见释义）和质子重离子放射治疗（见释义）费；

3. 器官移植后的门诊抗排异治疗费。

（二）耐用医疗设备购买或租赁费

指根据医生处方要求的、满足基本医疗需要的康复设备、矫形支具以及其他耐用医疗设备的购买或租赁费，本项责任下承担的耐用医疗设备包括：

1. 外置胰岛素泵；

2. 脚托、臂托、颈背托或束带；

3. 非电动轮椅；

4. 义乳（仅限患乳腺癌并接受属于保险责任范围内的乳房切除术的被保险人）；

5. 助听器；

6. 外置心脏起搏器；

7. 便携式雾化器。

每一保单年度因同一种耐用医疗设备给付保险金仅限一次。

（三）临终关怀费

指被保险人通过医生诊断患有终末期疾病（见释义），并在当地合法注册的临终关怀机构（见释义）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该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**而发生必要的临终关怀费。

（四）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疗机构或设有精神病科室的医疗机构进行住院或门急诊治疗（见释义）而发生的医疗费用（医疗费用包括的科目同本保险条款第十条和第十三条列明的），包括但不限于对贪食症、厌食症、注意力缺陷症（见释义）和注意缺陷多动障碍（见释义）的治疗。

（五）艾滋病治疗费

指被保险人因感染艾滋病病毒或者患艾滋病（见释义）接受住院或门急诊治疗而发生的医疗费用（医疗费用包括的科目同本保险条款第十条和第十三条列明的）。

（六）先天性疾病治疗费

指被保险人因先天性疾病（见释义）接受住院或门急诊治疗而发生的医疗费用（医疗费用包括的科目同本保险条款第十条和第十三条列明的）。

（七）物理治疗、中医理疗及其他特殊疗法费

1. 物理治疗是指应用人工物理因子（如光、电、磁、声等）来治疗疾病，具体疗法包括电疗、光疗、磁疗、热疗；

2. 中医理疗是指以治疗疾病为目的，被保险人接受由具有相应资格的医生实施的针灸治疗（见释义）、推拿治疗、拔罐治疗或刮痧等保险人认同的中医相关治疗；

3. 其他特殊疗法包括顺势疗法（见释义）、职业疗法及语音治疗。

（八）中草药费

指住院或门急诊发生的中草药费。

第十二条 医疗及身故援助保险责任

保险期间内，被保险人遭受意外伤害或者**经过等待期后**（免除等待期的除外）患疾病，因此发生的符合通常惯例水平的以下类型费用，**保险人按照本保险条款“保险金计算和给付”中的相关约定计算给付医疗保险金：**

（一）紧急医疗（见释义）运送费

指在紧急情况下，出于医疗必需以专业救护车将被保险人运至医疗机构发生的费用。

（二）紧急医疗转运费

1. 紧急医疗转运费

指被保险人在与其保障类型相对应的保障地域内遇有生命危险、得不到及时治疗将导致身故或者严重伤害的，如果在当地不能获得适当治疗，被保险人或者相关人员可联系医疗服务供应商，经保险人审核同意，医疗服务供应商负责安排将被保险人及其一位陪同人员转运至其保障类型相对应的保障地域内离被保险人最近、能够提供被保险人所需的医疗服务的医疗机构，由此发生的紧急医疗转运费用。

2. 住宿费

指在该被保险人住院期间，医疗服务供应商安排其陪同人员就近住宿，由此发生的住宿费用。**保险人针对每一被保险人给付的陪同人员的每日住宿费保险金的上限为 800 元人民币，累计给付日数上限为五日。**

3. 交通费

指被保险人治疗完成或者病情稳定后，医疗服务供应商安排被保险人及其陪同人员搭乘公共交通工具（**飞机限经济舱**）返回常住地，由此发生的交通费用。

根据被保险人病情或者伤势，保险人有权核定转运目的地和医疗机构。**如果被保险人不在医疗服务供应商核定的医疗机构接受治疗，或者未经医疗服务供应商审核同意自行安排转运的，上述三项费用保险人有权不承担保险责任。**

（三）遗体运返或者安葬费

指被保险人为除大陆及港澳台保障外的其他保障类型，且被保险人在与其保障类型相对应的保障地域内的国籍国外的国家或地区身故的，在事发地法律法规许可的情况下，根据其遗愿或其近亲属意愿，医疗服务供应商负责运送被保险人遗体至其国籍国或常住地所发生的遗体运返费用，或者安排在事发地安葬所发生的安葬费用。

遗体运返费用仅限于：

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

安葬费用仅限于：

1. 转运费，即遗体转运至当地殡仪馆而发生的转运费；
2. 遗体储存费；
3. 火化费，即殡仪馆对遗体进行火化而发生的火化费用；
4. 骨灰盒费（不包含墓地相关费用或亲属带骨灰盒回国籍国或常住地区发生的相关费用）。

第十三条 一般疾病（伤害）和一般项目门诊医疗保险责任

保险期间内，被保险人遭受意外伤害或者**经过等待期后**（免除等待期的除外）患疾病，因而接受医生推荐的、医学必需的一般疾病（伤害）和一般项目门急诊治疗，由此在保险人认可的医疗机构发生的符合通常惯例水平的以下类型费用，**保险人按照本保险条款“保险金计算和给付”中的相关约定计算给付医疗保险金：**

（一）医生诊疗费

指被保险人门急诊期间发生的主诊医生或会诊医生的劳务费用和挂号费。

（二）检查检验费

指门急诊发生的以诊断疾病为目的而发生的检查检验费，包括X光费、心电图费、B超费、脑电图费、内窥镜费、肺功能仪费、分子生化检验费和血、尿、便常规检验费等检查检验费。

（三）治疗费

指以治疗疾病为目的，接受门急诊治疗而发生的技术劳务费和医疗器械使用费，以及消耗品的费用，包括注射费、输血费、输氧费、体外反搏费。

本项费用不包括激素替代治疗费、意外牙科治疗费。

（四）门诊手术费

指以治疗疾病为目的，接受门急诊手术治疗而发生的医疗费用，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。

（五）药品费

指被保险人每次门急诊发生的、依据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处方购买药品而发生的药品费用。**本项费用不包含中草药费用。**

（六）意外牙科治疗费

指由咀嚼之外的意外伤害导致的原生牙齿受损，**在意外伤害发生之日起 30 日内**接受医学必需的门诊治疗所发生的医疗费用。

本项费用不包括下列费用：

1. 牙科例行检查费用和牙病的诊治费用；

2. 对曾接受过治疗或有裂缝牙齿的治疗，以及由于咀嚼食物（即使其中包含异物）引起的牙齿伤害的治疗费用。

（七）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，接受激素替代治疗而发生的医疗费用。

第十四条 分娩和新生儿医疗保险责任

保险期间内，女性主被保险人或者作为配偶的女性附属被保险人**经过等待期后**（免除等待期的不在此限）妊娠，因此在医疗机构或者生育中心（见释义）发生的符合通常惯例水平的以下类型费用，**保险人按照本保险条款“保险金计算和给付”中的相关约定计算给付医疗保险金：**

（一）孕产费

指按照医生要求发生的产前检查费、维生素和钙剂费、早产费、顺产费、医学必需剖腹产费、麻醉费、产后复查费、医学必需的流产费，以及产后六个月内为治疗尿失禁进行的盆底肌修复费。

（二）妊娠并发症（见释义）治疗费

指被保险人因妊娠并发症接受医生推荐的、医学必需的治疗而发生的医疗费用。

（三）新生儿费

指被保险人保险期间内出生的子女在**出生后 14 日内**发生的专业护理及治疗费用。

（四）子女疫苗接种费

指作为子女的附属被保险人一周岁前（**不含周岁当日**）发生的以下费用：

1. 常规检查和保健费

指六次常规医疗检查和预防性保健费，包括医疗档案、发育评估、体格检查、年龄相关诊断检查。

2. 疫苗接种费

指被保险人接种白喉、乙型肝炎、麻疹、腮腺炎、百日咳、麻疹、破伤风、水痘、嗜血杆菌属、B型流感病毒以及保险人审核同意的其他疫苗而发生的疫苗接种费。

第十五条 眼科责任

保险期间内，被保险人因遭受意外伤害或患疾病在医疗机构或眼科机构发生的眼科检查费（限一次）、近视框架眼镜费或隐形眼镜费（限一副）（以下统称“眼科费用”），保险人按照本保险条款“保险金计算和给付”中相关的约定计算给付眼科保险金。

第十六条 牙科责任

保险期间内，被保险人因遭受意外伤害或患疾病在医疗机构发生的下列牙科费用，保险人按照本保险条款“保险金计算和给付”中相关的约定计算给付牙科保险金：

（一）基础治疗费，包括简单补牙（汞合金或者复合树脂充填）、简单拔牙、牙周刮治、根面平整费，以及相关口腔X光费；

（二）重大治疗费，包括根管充填、根管治疗、牙冠和嵌体、桥式义齿（包括化验和麻醉费用）、智齿拔除费、牙齿矫正治疗费，以及相关口腔X光费。牙齿矫正治疗费包括模型研究、牙齿印模、活动矫治器、固定矫治器（包括调整）、正畸拔牙、托槽的粘接费。

健康管理服务

第十七条 指在保险期间内，保险人将为被保险人提供全球紧急救援服务、第二诊疗意见服务、特殊项目检查和陪诊服务等健康管理服务内容，具体服务内容、流程和要求以保险单载明的为准。

责任免除

第十八条 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，保险人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：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. 本合同中未列明的各种健康体检项目；

5. 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、药物蒸汽治疗、药浴、体疗健身、各种疫苗预防接种（本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；

6. 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按本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；

7. 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（之后的分娩费用除外）、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，以及非医学必需剖腹产费；

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，被保险人患艾滋病或感染艾滋病病毒期间因所有疾病所导致的医疗费用（本合同约定属于保险责任范围内的除外）；

3. 依据具有相应资格医生的判断，非医学必需的检查和治疗；

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、养老院等非本合同认可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. 法定传染病治疗费用（本合同另有约定的除外）。

（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、陪床费（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（本合同约定属于保险责任范围内的除外）；
5. 定制或改造任何交通工具、洗浴设备或者住宅设备；
6. 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（本合同约定属于保险责任范围内的除外）。

（五）药品费用

1. 自购药品（指被保险人未经过医疗机构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、治疗时长超过 90 天部分的药品（包含维生素）费用。

（六）特定医疗费用

1. 为获得治疗发生的交通费（本合同约定属于保险责任范围内的除外）；
2. 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. 被保险人所患既往症（见释义）及其并发症引起的医疗费用，但在投保时已告知保险人并经保险人书面同意承保的不在此限；
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）；
3. 被保险人发生殴斗、醉酒，主动吸食或注射毒品（见释义）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. 被保险人参加或从事潜水、跳伞、攀岩、蹦极、驾驶滑翔机或滑翔伞、探险、武术比赛、摔跤、特技表演、赛马、赛车等高风险运动导致的伤害引起的治疗；
7. 遗传性疾病、先天性疾病（本合同约定属于保险责任范围内的除外）、先天性畸形、变形或者染色体异常（以世界卫生组织（WHO，World Health Organization）颁布的《疾病和有关健康问题的国际统计分类》第十次修订版（ICD-10）为准）引起分医疗费用；
8. 由于职业病、医疗事故引起的医疗费用；

9. 被保险人酒后驾驶（见释义）、无合法有效驾驶证驾驶（见释义）或驾驶无合法有效行驶证（见释义）的机动车导致交通意外引起的医疗费用；

10. 任何生物武器、化学武器、核武器、核能装置造成的爆炸、灼伤、污染或者辐射，恐怖活动（见释义），邪教组织活动，战争（见释义）、军事行动、暴动或者武装叛乱；

11. 冒名住院、不符合入院标准、挂床（见释义）住院或住院病人应当出院而拒不出院（从医疗机构确定出院之日起发生的一切医疗费用）；

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；

13. 被保险人作为器官移植供体发生的医疗费用；

14. 墓地相关费用或亲属带骨灰盒回国籍国或常住地区发生的相关费用；

15. 非医学必需的费用或超过通常惯例水平的费用；

16. 没有提前通知保险人或者得到保险人批准，就接受需事先授权的医疗服务所产生的自付责任；

17. 被保险人在不符合本合同约定的保险人认可的医疗机构就诊。

日津贴金额、累计给付限额、最高给付日（次）数、每日（次）给付限额、保险金额和保险费

第十九条 日津贴金额由投保人与保险人协商确定，并在保险单上载明。

第二十条 投保人和保险人可就各项保险责任和各项保险责任中的分项费用分别协商确定累计给付限额、最高给付日（次）数或每日（次）给付限额，并在保险单上载明。

第二十一条 保险金额是保险人承担给付保险金责任的最高限额。每一被保险人的保险金额由投保人在投保时选择，并在保险单上载明。

第二十二条 保险费由保险人在承保时计算确定。

免赔额和给付比例

第二十三条 免赔额指每一保险期间被保险人发生的保险责任范围内的累计费用中须由被保险人自行负担、本合同不予赔偿的那部分金额，由投保人投保时选择，并在保险单上载明。

第二十四条 给付比例具体由投保人在投保时选择，并在保险单上载明。

（一）被保险人如果违反本保险条款第三十二条有关美国医疗服务网络内就医的约定，则给付比例为约定给付比例的 80%。

（二）被保险人如果违反本保险条款第三十三条有关授权的约定，未经医疗服务供应商书面同意而自行接受治疗，则给付比例为约定给付比例的 60%。

保险期间和等待期

第二十五条 本合同保险期间为一年，具体起讫时间由投保人与保险人协商确定，并在保险单上载明。

第二十六条 除本合同另有约定外，分娩和新生儿医疗保险责任等待期为一百八十日，其他保险责任等待期为三十日。同时满足以下三个条件的，免除等待期，但非首次投保本保险的保险期间内新增的被保险人不免除等待期：

- （一）非首次投保本保险；
- （二）上一个保险期间届满，投保人重新向保险人投保本保险；
- （三）本合同的保险期间与上一个保险合同的保险期间之间连续不间断。

保险金计算和给付

第二十七条 本保险为费用补偿型医疗保险。保险人每次仅对被保险人实际发生的属于第十条至第十四条中列明的保险责任范围内的费用（以下简称“合理费用”）扣除其已从社保途径（见释义）和非社保途径获得补偿后的余额部分，按照本合同的约定计算给付保险金。无论如何，被保险人通过各个途径所获得的合理费用补偿金额总和不得超过其实际发生的合理费用金额。

第二十八条 保险期间内，保险人按照如下公式计算医疗保险金：

医疗保险金=（合理费用-被保险人从社保途径和非社保途径获得补偿-免赔额）×给付比例

被保险人实际发生的合理费用可用于扣减免赔额。免赔额经上述扣减至零时，保险人不再扣减免赔额。

第二十九条 眼科保险金计算公式如下：

眼科保险金=眼科费用×给付比例

第三十条 牙科保险金计算公式如下：

牙科保险金=牙科费用×给付比例

第三十一条 本合同中某一保险责任或某项费用约定了累计给付限额、最高给付日（次）数或每日（次）给付限额的，且保险人在本合同项下针对被保险人累计给付的该项保险责任或该项费用保险金的数额达到本合同约定的累计给付限额、最高给付日（次）数或每日（次）给付限额的，保险人不再给付本项保险责任或本项费用保险金。

保险人在本合同项下针对被保险人给付的各项保险金累计以本合同约定的保险金额为上限，当达到该保险金额时，本合同约定的各项保险责任终止。

医疗服务网络和事先授权

第三十二条 医疗服务网络约定如下：

（一）医疗服务网络

本合同约定了医疗服务网络，被保险人可登陆保险人官方网站或者致电医疗服务供应商查询相关信息。被保险人在医疗服务网络内的医疗机构（以下简称“网络医疗机构”）接受治疗并出示保险卡的，对于被保险人发生的保险责任范围内的费用中应当由保险人承担的部分，保险人将直接与相关医疗机构结算，无需被保险人先行给付。

被保险人所在地有网络医疗机构的，在不影响被保险人治疗的前提下，被保险人应当优先在网络医疗机构内接受治疗。发生紧急情况的，被保险人可在就近的非网络医疗机构接受治疗，但须在开始接受治疗后四十八小时内通知医疗服务供应商。保险人将对该次治疗是否属紧急情况予以审核。

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

（二）美国医疗服务网络

本合同约定的美国网络医疗机构包括 UnitedHealthcare Global 以及保险人指定的其他医疗机构。

在不影响被保险人治疗的前提下，**被保险人本可在位于其居住地方圆三十英里/五十公里内的网络医疗机构接受治疗却自行在非网络医疗机构接受治疗的，保险人依据与当地网络医疗机构平均价格水平一致的价格水平确定通常惯例水平的费用，且降低给付比例。**

第三十三条 有关事先授权事项如下：

被保险人应当根据保险单约定，在接受指定治疗前，于预定开始治疗日期前约定的工作日内向医疗服务供应商提交事先授权申请表。

被保险人应当在收到书面许可回复后开始接受治疗，保险人要求被保险人在医疗服务网络接受治疗的，被保险人应当予以配合。

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

保险人义务

第三十四条 保险人同意承保的，应当及时向投保人签发保险单或者其他保险凭证。

第三十五条 订立保险合同时，采用保险人提供的格式条款的，保险人向投保人提供的投保单应当附格式条款，保险人应当向投保人说明保险合同的内容。对保险合同中免除保险人责任的条款，保险人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。

第三十六条 保险人认为保险金申请人（见释义）提供的有关索赔的证明和资料不完整的，应当及时一次性通知保险金申请人补充提供。

第三十七条 保险人收到保险金申请人提供的本保险条款“保险金申请与给付”部分约定的证明和资料后，应当及时作出是否属于保险责任的核定；情形复杂的，应当在三十日内作出核定，但保险合同另有约定的除外。

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

第三十八条 保险人自收到保险金申请人提供的本保险条款“保险金申请与给付”部分约定的证明和资料之日起六十日内，对其给付保险金的数额不能确定的，应当根据已有证明和资料可以确定的数额先予给付；保险人最终确定给付保险金的数额后，给付相应的差额。

投保人、被保险人义务

第三十九条 除另有约定外，投保人应当在订立本合同时一次交清保险费。投保人未按照本合同的约定交清保险费的，本合同不生效。

第四十条 订立本合同时，保险人就被保险人的有关情况提出询问的，投保人应当如实告知。

投保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。

前款规定的合同解除权，自保险人知道有解除事由之日起，超过三十日不行使而消灭。

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

投保人因重大过失未履行如实告知义务，对保险事故的发生有严重影响的，保险人对于本合同解除前发生的保险事故，不承担给付保险金的责任，但退还保险费。

保险人在本合同订立时已经知道投保人未如实告知的情况的，保险人不得解除本合同；发生保险事故的，保险人承担给付保险金的责任。

第四十一条 在保险期间内，投保人因人员变动，需增加、减少被保险人时，应当以书面形式向保险人提出申请，经保险人审核同意后出具批单，或在本合同中批注。

（一）对于本合同成立时可参加而未参加本保险人员，在保险期间内投保人不得加保该人员。对于在本合同成立时因其他原因而未参加本保险的人员，投保人可书面通知保险人加保该人员，保险人自通知书载明的起始日期或保险人审核通过日期次日（以较晚者为准）零时起承担保险责任，并按日收取相应保险费。

（二）投保人因人员变动需要增加主被保险人的，应在符合本保险条款第三条约定的条件之日起三十日内书面通知保险人，保险人自通知书载明的起始日期或保险人审核通过日期次日（以较晚者为准）零时起承担保险责任，并按日收取相应保险费。

（三）因主被保险人婚姻状态发生变化需要增加附属被保险人的，投保人应在婚姻状态发生变化三十日内书面通知保险人，保险人自通知书载明的起始日期或保险人审核通过日期次日（以较晚者为准）零时起承担保险责任，并按日收取相应保险费。

（四）投保人因离职、停薪留职、长期缺勤或者其他原因需要减少主被保险人的，投保人应在人员变动三十日内通知保险人，并向保险人退还保险卡。保险人针对减保的主被保险人及其附属被保险人承担保险责任至保险人收到通知书之日二十四时或通知书载明的终止时间（以较晚者为准）止，并退还相应现金价值（见释义）。

（五）因主被保险人婚姻状态发生变化或者其他原因需要减少附属被保险人的，投保人应在人员变动三十日内书面通知保险人，并向保险人退还保险卡。保险人针对减保的附属被保险人承担保险责任至保险人收到通知之日二十四时或通知书载明的终止时间（以较晚者为准）止，并退还相应现金价值。

（六）因被保险人（子女除外）在保险期间内生育子女需要增加附属被保险人的，投保人需书面通知保险人，保险人自通知书载明的起始日期或保险人审核通过日期次日（以较晚者为准）零时起对该婴儿承担保险责任，并按日收取相应保险费。

（七）因保险期间内主被保险人经政府相关机构批准合法收养子女需要增加附属被保险人的，投保人需书面通知保险人，保险人自通知书载明的起始日期或保险人审核通过日期次日（以较晚者为准）零时起对该子女承担保险责任，并按日收取相应保险费。

第四十二条 投保人、被保险人或者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，不承担给付保险金的责任，但保险人通过其他途径已经及时知道或者应当及时知道保险事故发生的不在此限。

第四十三条 投保人住所或者通讯地址变更时，应当及时以书面形式通知保险人。投保人未及时通知的，保险人按本合同所载的最后住所或者通讯地址发送有关通知，均视为正确送达。

第四十四条 被保险人的年龄以周岁计算。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在投保单上填明，如果发生错误应按照下列方式办理：

（一）投保人申报的被保险人年龄不真实，并且其真实年龄不符合本合同约定投保年龄限制的，保险人有权解除本合同或取消该被保险人的保险资格，并向投保人退还该被保险人的现金价值（见释义）。

（二）投保人申报的被保险人年龄不真实，致使投保人实付保险费少于应付保险费的，保险人有权更正并要求投保人补交保险费。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。

（三）投保人申报的被保险人年龄不真实，致使投保人实付保险费多于应付保险费的，保险人应将多收的保险费退还给投保人。

保险金申请与给付

第四十五条 保险金申请方式及要求如下

（一）直接结算

被保险人在网络医疗机构接受治疗的，该医疗机构受保险人委托免向被保险人收取与保险人根据本合同本应向保险金申请人给付的保险金数额对应且符合直接结算要求（具体要求以保险单载明的为准）的医疗费用，保险金申请人不得就此向保险人申请保险金。

属于本合同保险责任范围内的紧急医疗转运费和遗体运返或者安葬费，由医疗服务供应商与保险人直接结算，保险金申请人不得就此向保险人申请保险金。

（二）事后报销

被保险人未在网络医疗机构接受治疗的或该医疗费用不符合直接结算要求（具体要求以保险单载明的为准）的，保险金申请人向保险人请求给付保险金时，应当提交下列证明和资料：

1. 保险金给付申请书；
2. 保险单或者其他保险凭证、批单；
3. 保险金申请人的身份证明，若保险金申请人系受托申请，还应当提供授权委托书和授权委托人的身份证明；
4. 支持索赔的全部账单、证明、信息和证据，包括但不限于医疗机构出具的病历资料、医学诊断书、处方、病理检查、化验报告、医疗费用原始单据、费用明细单据等；
5. 投保人、被保险人或者受益人所能提供的与确认保险事故的性质、原因、损失程度等有关的其他证明和资料。

保险金申请人未能提供有关证明和资料，导致保险人无法核实保险事故的性质、原因、损失程度的，保险人对无法核实部分不承担给付保险金的责任。

所有本合同的损失计算和保险金支付在涉及外国货币时，均折合人民币计算，并以人民币赔偿。有关汇率以医疗费用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汇率中间价为准。保险人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。

第四十六条 收到保险事故发生的通知或信息的，保险人有权对投保人、被保险人、受益人和有关医疗机构等进行调查和检查，投保人、被保险人、受益人等应当尽量予以配合。

第四十七条 被保险人或受益人向保险人请求给付保险金的诉讼时效适用现行有效法律规定，自其知道或者应当知道保险事故发生之日起计算。

保险合同的变更与解除

第四十八条 除本合同另有约定外，投保人和保险人双方经协商同意后，在不违反法律和监管规定的前提下，可变更本合同的有关内容，在保险单或者其他保险凭证上加以批注或者附贴批单后生效，或者在订立合同变更书面协议后生效。

第四十九条 除法律另有规定或者本合同另有约定外，投保人可以书面形式通知保险人解除本合同。保险人根据本合同的约定已给付保险金，或者已发生本合同约定的保险事故但是尚未给付保险金的，投保人不得解除本合同，但是受益人放弃保险金请求权的不在此限。

投保人解除本合同时，应当提交下列证明和资料：

- （一）保险合同解除申请书；
- （二）保险单或其他保险凭证、批单；
- （三）投保人的有效身份证明；
- （四）保险费发票或者收据；
- （五）保险人要求的其他有关证明和资料。

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

争议处理与法律适用

第五十条 因履行本合同发生的争议，由当事人协商解决。协商不成的，提交本合同载明的仲裁机构仲裁；本合同未载明仲裁机构且争议发生后未达成仲裁协议的，依法向中华人民共和国（**不包括港澳台地区**）人民法院起诉。

第五十一条 与本合同有关的以及履行本合同产生的一切争议处理适用中华人民共和国（**不包括港澳台地区**）法律。

释义

第五十二条 本保险合同涉及下列术语时，适用以下释义。

1、保险人：指与投保人签订本保险合同的三星财产保险（中国）有限公司及各分支机构。

2、周岁：指按法定身份证明文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。

3、正常工作：指全职，能够以惯常的方式履行其全部日常职责，且每周工作时间不少于二十小时。

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

5、医疗机构：指经所在地国家或者地区当地法律或者政府认可的、有常驻执业医师、执业护士，提供住院、门诊、急诊医疗服务的机构。**不包括护理机构（本合同约定的临终护理机构除外）、疗养机构、康复机构、养老院、家居服务机构、酒精或者药物滥用看护机构以及其他类似目的的机构。**

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

6、保险人认可的药店或医疗器械机构：指依法取得《药品经营许可证》或《医疗器械经营企业许可证》的机构。

7、意外伤害：指以外来的、突发的、非本意的、非疾病的客观事件为直接且单独的原因致使身体受到的伤害。

8、住院：指入住医疗机构的正式病房接受全日二十四小时监护治疗的过程，并办理入院出院手续，不包括门（急）诊观察室诊疗、家庭病床、挂床住院、其他非正式的病床住院及不合理住院。被保险人因非医疗目的自行离开病房十二小时以上（含）的，视为自动出院。

9、挂床：指住院过程中一日内未接受与入院诊断相关的检查和治疗或者一日内住院不满二十四小时，遵医嘱到外院接受临时诊疗的不在此限。

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

（1）医师处方要求且对治疗被保险人疾病或者伤害合适且必需。

（2）与接受治疗当地普遍接受的医疗专业实践标准一致。

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

（4）最恰当、合适水平；住院接受治疗时，无法以门诊的方式对相应疾病和症状提供安全的医疗，且当前病症处于**急性**或者**亚急性**状态需要持续接受治疗、专业护理或者康复治疗。主要出于接受慢性病治疗、长期看护、喘息照护、慢性病维持、协助从事日常生活活动目的而住院的，不属医学必需。接受鼻饲或者胃造口管喂养的被保险人无其他对专业护士护理需要而在家接受的专业护士护理，不属医学必需。

（5）非患者学术教育或者职业培训的一部分或者与之相关。

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

急性指疾病病程短、病情相对严重（特别是严重急性病或者外伤），需要短期治疗。

亚急性指病情具有急性病一些特征，处于急性和慢性之间。

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

慢性病指满足下列条件之一的伤害、疾病或者症状：

（1）持续接受三个月以上的医学必需的治疗；

（2）预期病程长久且无可合理预计的康复日期，可能复发、需要连续或者定期护理。

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

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

11、日间治疗：指在医疗机构内因日间手术占用一张床位但不超过 24 小时的治疗，不包括肾透析和恶性肿瘤放化疗。

12、通常惯例水平：指以下两者中较低者：

(1) 提供相应医疗服务的医疗机构对该医疗服务通常收费水平，同一地区其他医疗机构对居住在同一地区的（以邮政编码为准）、病情性质和严重程度类似的人员提供同样医疗服务的平均收费水平。

(2) 若某医疗服务在当地区不常见或者仅当地区少数医疗机构能够提供，保险人将参考下列因素确定通常惯例水平的医疗费用：治疗复杂性，治疗必要的专业程度，必要的医疗专业类型，相应医疗机构提供的医疗服务范围和种类，其他地区通常的收费水平。这里，地区指根据普遍认可的国际标准为取得类似医疗机构或者类似医疗服务平均水平所必要的地域范围，可为一个城市、国家或者更广的地域。

13、重症监护病房：指配有中心监护台、心电监护仪及其它监护抢救设施、相对封闭管理的单人或多人监护病房，包括重症加强护理病房（ICU）、冠心病重症加强护理病房（CCU）、呼吸疾病重症加强护理病房（RCU）、神经疾病重症加强护理病房（NICU）、急诊重症加强护理病房（RICU）等。

14、专业护士：指国家护士注册机构护士登记名册中登记在案的护士。

15、实际住院天数：指自该次住院的入院之日起至出院前一日止期间的日数，不包括未经办理出院手续擅自离院的日数。

16、门急诊治疗：指以除占用病床方式外的其他方式在医疗机构接受的治疗。

17、恶性肿瘤——重度：指恶性细胞不受控制的进行性增长和扩散，浸润和破坏周围正常组织，可以经血管、淋巴管和体腔扩散转移到身体其他部位，病灶经组织病理学检查（涵盖骨髓病理学检查）结果明确诊断，临床诊断属于世界卫生组织（WHO，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-10）的恶性肿瘤类别及《国际疾病分类肿瘤学专辑》第三版（ICD-O-3）的肿瘤形态学编码属于 3、6、9（恶性肿瘤）范畴的疾病。

下列疾病不在“恶性肿瘤——重度”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 分期为 I 期或者更轻分期的甲状腺癌；

(3) TNM 分期为 T₁N₀M₀ 期或者更轻分期的前列腺癌；

(4) 黑色素瘤以外的未发生淋巴结和远处转移的皮肤恶性肿瘤；

(5) 相当于 Binet 分期方案 A 期程度的慢性淋巴细胞白血病；

(6) 相当于 AnnArbor 分期方案 I 期程度的何杰金氏病；

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

18、恶性肿瘤——轻度：指恶性细胞不受控制的进行性增长和扩散，浸润和破坏周围正常组织，可以经血管、淋巴管和体腔扩散转移到身体其他部位，病灶经组织病理学检查（涵盖骨髓病理学检查）结果明确诊断，临床诊断属于世界卫生组织（WHO，WorldHealthOrganization）《疾病和有关健康问题的国际统计分类》第十次修订版（ICD-10）的恶性肿瘤类别及《国际疾病分类肿瘤学专辑》第三版（ICD-O-3）的肿瘤形态学编码属于3、6、9（恶性肿瘤）范畴，但是不在“恶性肿瘤——重度”保障范围的疾病。且特指下列六项之一：

- （1）TNM分期为I期的甲状腺癌；
- （2）TNM分期为T₁N₀M₀期的前列腺癌；
- （3）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；
- （4）相当于Binet分期方案A期程度的慢性淋巴细胞白血病；
- （5）相当于AnnArbor分期方案I期程度的何杰金氏病；
- （6）未发生淋巴结和远处转移且WHO分级为G1级别（核分裂像<10/50HPF和ki-67≤2%）的神经内分泌肿瘤。

下列疾病在“恶性肿瘤——轻度”保障范围内：

ICD-O-3肿瘤形态学编码属于0（良性肿瘤）、1（动态未定性肿瘤）、2（原位癌和非侵袭性癌）范畴的疾病，如：

- （1）原位癌，癌前病变，非浸润性癌，非侵袭性癌，肿瘤细胞未侵犯基底层，上皮内瘤变，细胞不典型性增生等；
- （2）交界性肿瘤，交界恶性肿瘤，肿瘤低度恶性潜能，潜在低度恶性肿瘤等。

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治疗。

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治疗，**但不包括质子重离子放射治疗**。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，并应用免疫细胞和效应分子输注宿主体内，协同机体免疫系统杀伤肿瘤、抑制肿瘤生长。

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。

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。

24、质子重离子放射治疗：指利用质子和重离子对恶性肿瘤进行放射治疗。

25、终末期疾病：指经医疗机构医师诊断确定已发展到末期的严重疾病，并经医疗机构医师认定所患疾病依现在医疗技术无法治愈，且根据医学以及临床经验，病人患该病后的平均存活期在六个月以下。

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

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

27、注意力缺陷症：是一种生物学方面改变所致的病理状态，症状表现为注意力涣散、活动过多、冲动任性等。

28、注意缺陷多动障碍：一种常见的儿童精神障碍，主要表现为超出了儿童年龄和发育正常范围的注意力集中困难、活动过多、冲动任性等症状。

29、感染艾滋病病毒或者患艾滋病：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。

在人体血液或者其它样本中检测到艾滋病病毒或者其抗体呈阳性，没有出现临床症状或者体征的，为感染艾滋病病毒；如果同时出现了明显临床症状或者体征的，为患艾滋病。

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

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

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

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

- (1) 单味或复方均不予支付费用的中药饮片及药材：

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

(2) 单味使用不予支付费用的中药饮片及药材：

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

(3) 以上所列药品包括生药及炮制后的饮片及药材、中药敷贴、中药熏蒸。

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

(1) 根据当地相关法律批准成立；

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

35、妊娠并发症：产前、生产时、产后需要接受治疗的、在妊娠以后才出现的疾病，包括但不限于妊娠合并糖尿病、妊娠合并肾病、妊娠合并甲状腺功能亢进、心代偿失调、意外流产、异位妊娠终止。不包括非医学必需剖腹产、人工不当操作、偶发点滴性出血、妊娠期内医生处方要求的休养、孕妇恶心、妊娠剧吐，抑郁症以及其他不属疾病分类学上妊娠并发症类的难产相关症状。

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

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

(2) 常规医疗；

(3) 可以推迟至被保险人返回与其保障类型相对应的保障地域后接受的医疗；

(4) 被保险人事先计划好的医疗；

(5) 因被保险人已知或者应该知道的情形而发生的医疗；

(6) 妊娠、分娩及相关病症医疗。

37、既往症：指在本合同生效前罹患的被保险人已知或应该知道的有关疾病。通常有以下情况：

(1) 本合同生效前，医生已有明确诊断，长期治疗未间断；

(2) 本合同生效前，医生已有明确诊断，治疗后症状未完全消失，有间断用药情况；

(3) 本合同生效前，医生已有明确诊断，但未予治疗；

(4) 本合同生效前，未经医生诊断和治疗，但症状或体征明显且持续存在，以普通人医学常识应当知晓。

38、并发症：一种是指一种疾病在发展过程中引起另一种疾病或症状的发生，后者即为前者的并发症；另一种并发症是指在诊疗护理过程中，病人由患一种疾病合并发生了与这种疾病有关的另一种或几种疾病。

39、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。

40、酒后驾驶：指经检测或者鉴定，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者超过道路交通安全法规或相关国家标准中规定的饮酒后驾驶标准。

41、无合法有效驾驶证驾驶：包括下列任何情形：

- （1）无驾驶证驾驶或者持有效期已届满的驾驶证驾驶；
- （2）驾驶的机动车与驾驶证载明的准驾车型不符；
- （3）实习期内驾驶公共汽车、营运客车或者载有爆炸物品、易燃易爆化学物品、剧毒或者放射性物品等危险物品的机动车，实习期内驾驶机动车牵引挂车；
- （4）持未按规定审验的驾驶证驾驶，以及驾驶证被暂扣、扣留、吊销或者注销期间驾驶机动车；
- （5）使用各种专用机械车、特种车的人员无国家有关部门核发的有效操作证，驾驶营业性客车的驾驶人无国家有关部门核发的有效资格证书；
- （6）在依照法律法规或者公安机关交通管理部门有关规定不允许驾驶机动车的其他情况下驾驶机动车。

42、无合法有效行驶证：包括下列任何情形：

- （1）机动车被依法注销登记；
- （2）机动车无公安机关交通管理部门核发的行驶证、号牌，或者临时号牌或者临时移动证；
- （3）机动车未在规定检验期限内进行安全技术检验或者检验未通过，未依法按时进行或者通过安全技术检验。

43、恐怖活动：指恐怖主义性质的下列行为：

- （1）组织、策划、准备实施、实施造成或者意图造成人员伤亡、重大财产损失、公共设施损坏、社会秩序混乱等严重社会危害的活动的；
- （2）宣扬恐怖主义，煽动实施恐怖活动，或者非法持有宣扬恐怖主义的物品，强制他人在公共场所穿戴宣扬恐怖主义的服饰、标志的；
- （3）组织、领导、参加恐怖活动组织的；
- （4）为恐怖活动组织、恐怖活动人员、实施恐怖活动或者恐怖活动培训提供信息、资金、物资、劳务、技术、场所等支持、协助、便利的；
- （5）其他恐怖活动。

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

45、社保途径：指包括社会基本医疗保险、公费医疗、大病保险，以及政府举办的其他补充医疗保险的途径。

46、保险金申请人：指受益人、被保险人的继承人或者依法享有或行使保险金请求权的其他人。

47、现金价值：指本合同保险单所具有的价值，通常体现在解除或终止合同时，根据精算原理计算的，由保险人退还的那部分金额。现金价值=净保费 $\times$ [1-m/n]。其中，m 为已生效天数，n 为保险期间的天数，已经过天数不足一天的，按一天计算。