

中银保险有限公司

个人特定疾病海外医疗保险条款

(注册编号: C00004632512022012901683)

第一部分 总则

第一条 合同构成

本保险合同(以下简称“本合同”)由保险条款、投保单、保险单或其他保险凭证组成。凡涉及本合同的约定,均采用书面形式。

第二条 合同的成立

投保人提出保险申请,经保险人同意承保,本合同成立。

第三条 投保人

本合同的投保人应为具有完全民事行为能力的被保险人本人,或对被保险人依法具有保险利益的其他具有完全民事行为能力的自然人、法人、非法人组织均可作为本合同的投保人。

第四条 被保险人

具有中华人民共和国国籍的,身体健康且能正常工作或正常生活的自然人,可作为本合同的被保险人,且被保险人应在本合同生效日(不含)前的12个月内在中国累计居住时间超过240日,如果被保险人投保时不满1周岁,则被保险人应在中国累计居住时间不少于自出生之日起至投保之日止累计日数的三分之二。

第五条 受益人

除另有约定外,本合同保险金的受益人为被保险人本人。

第二部分 保障内容

第六条 等待期

本合同等待期为自本合同保险期间开始之日起90天(含)。保险人和投保人在投保时可以另行约定等待期,并在保险单上载明,但最长不得超过180天。若投保人为被保险人申请续保本合同并经保险人审核同意的,无等待期。

如果被保险人在等待期内经医院的专科医生确诊罹患疾病并因该疾病需要接受本保险条款第八条列明的医学治疗,由该疾病导致的医疗费用无论是否在等待期内,保险人均不承担给付保险金的责任,并向投保人无息返还已交纳的本合同的保险费,本合同终止。

第七条 保险责任

在保险期间内,被保险人在等待期后,经本合同约定的医院的专科医生初次确诊罹患需进行本保险条款第八条列明的医学治疗的疾病,且经保险人授权的第三方服务提供商(以下简称“授权服务提供商”)安排提供第二诊疗意见评估确认并出具治疗方案授权书,经保险人批准后,由授权服务提供商安排被保险人在中国以外国家和地区的医疗机构进行合理且必要的医学治疗,对于被保险人在治疗期内实际产生的下列各项费用,保险人按照本合同的约定给付保险金。

(一) 医疗费用

根据授权服务提供商在治疗方案授权书中批准的治疗方案,被保险人在授权服务提供商安排的中国以外国家和地区的医疗机构进行医学治疗所实际产生的、合理且必要的下列各项医疗费用,由保险人承担保险金给付责任,保险金给付金额不超过保险单载明的保险金额。

1. 床位费

指被保险人住院期间在病房、重症监护室和观察室治疗期间使用床位的费用。

2. 陪床费

指被保险人住院期间由医疗机构为其陪同人员提供床位产生的费用。

3. 膳食费

指被保险人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的费用。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、也可以合并病房费等其他款项内。

4. 药品费

指被保险人产生的以下费用：

被保险人在中国以外国家和地区接受医学治疗期间使用的，由主治医师开具处方的药品产生的费用；

被保险人住院接受手术治疗的，在手术治疗结束并出院后且返回中国之前，在中国以外国家和地区购买的、由治疗方案授权书约定的治疗期间的主治医生开具的、手术后治疗所需的处方药品产生的药品费用，且该处方药品的剂量在保险期间内以 30 天为限。

5. 材料费

指在手术过程中由医生植入患者体内、术后无法自由取摘、只能由医生进行开创手术才能取出的生物相容性材料的费用。

6. 医生诊疗费

指被保险人接受治疗期间，由医疗机构的医生所实施的病情咨询及检查、各种器械或者仪器检查、诊断、治疗方案拟定等各项医疗服务所收取的费用。

7. 护理费

指被保险人住院期间发生的、由护士对被保险人提供临床护理服务所收取的费用，包括各级护理、重症监护和专项护理费用。

8. 门诊服务费

指被保险人在医疗机构门诊部产生的费用。

9. 检查化验费

指由医生开具的由特定医疗机构专项检查科室的专业检查、检验人员实施的各检查化验项目所收取的费用，包括实验室检查、病理检查、放射线检查、CT、MRI、B 超、血管造影、同位素、心电图、心功能、肺功能、骨密度、基因学检查。

10. 治疗费

指以治疗疾病为目的，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，具体以就诊医院的费用项目划分为准。**本保障范围不包含中医医疗、物理治疗及其他特殊疗法费用。**

11. 手术费

指合理且必要的手术医疗费用，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。

12. 输血费

指被保险人每次输血所实际发生的血浆费用、输血实施费用等。

13. 转运费

指被保险人接受治疗期间遵循医嘱且经授权服务提供商批准使用救护车在同一城市内进行转院或者运送时产生的费用。

14. 器官移植费

指被保险人接受活体捐献者器官移植过程中产生的下列费用：

(1) 为活体捐献者提供的医疗机构服务，包括住院、膳食、一般护理，指定医疗机构工作人员提供的定期服务、化验和其他医疗仪器、设施服务产生的费用（**不包括器官和组织摘除、移植过程中使用的非必需的个人用品产生的费用**）；

(2) 器官或者组织移植的手术和医疗服务产生的费用。

15. 骨髓移植费用

指自治疗方案授权书出具之日起产生的，与被保险人的骨髓移植有关的骨髓培养费用。

16. 治疗直接并发症的费用

指由授权服务提供商安排的海外治疗所引起的直接并发症的费用。**这些费用需同时满足以下两个条件：**

(1) **被保险人需要立即在治疗国的医疗机构进行医疗处置；**

(2) **目的是使被保险人的身体状况满足归国行程所需。**

因接受本合同安排的海外治疗所引起的并发症但并不满足上述条件的相关治疗费用不在本保障范围内。

17. 翻译费

指被保险人在中国以外国家和地区的医疗机构就诊时产生的与治疗相关的医学翻译费用。

(二) 交通费用

本项责任承担被保险人、陪同人员和发生移植情况下的活体器官捐赠者和活体器官捐赠者的一名陪同人以治疗为目的的出国就医产生的交通费用，**该治疗须由授权服务提供商在治疗方案授权书中予以批准。**

所有以治疗为目的的行程、陪同安排必须由授权服务提供商作出，对于被保险人或任何代表被保险人的第三方自行作出的以上各项安排所产生的交通费用，保险人不承担保险责任。

授权服务提供商将根据已批准的治疗方案安排行程。行程日期将提前书面告知被保险人，以便被保险人有足够时间作出一切必要的个人安排。

被保险人变更授权服务提供商告知的行程日期时，需自行承担或补偿授权服务提供商提供新行程的相关费用，授权服务提供商认可的因治疗原因而产生的必须的日期变更除外。

交通费用包括：

1. 被保险人从中国常住地前往指定机场或国际火车站的交通费用；
2. 被保险人到达治疗地城市的飞机或铁路费用，以及到达指定酒店或医疗机构的交通费用；
3. 被保险人从指定酒店或医疗机构到达治疗地指定机场或国际火车站的交通费用；
4. 从治疗地到达中国常住地城市的飞机或铁路费用；
5. 被保险人到达中国常住地或医疗机构的交通费用。

(三) 住宿费用

本项责任承担被保险人、陪同人员、活体器官捐赠者和活体器官捐赠者的一名陪同人员以治疗疾病为目的在中国以外国家和地区产生的由授权服务提供商安排的住宿费用。保险人承担活体器官捐赠者的住宿费用，仅限于被保险人需要进行活体器官移植或骨髓移植、且为了进行活体器官移植或骨髓移植而前往治疗地的情况。

前往治疗地进行治疗须符合本保险条款第八条列明的医学治疗中的一种，且治疗方案须经授权服务提供商批准。授权服务提供商根据已批准的治疗方案安排酒店住宿，并将行程安排提前书面告知被保险人，以便被保险人有足够的时间作出必要的个人安排。

未经授权服务提供商认可的、由被保险人或其代理人自行作出的住宿安排产生的费用或被保险人变更授权服务提供商告知的酒店或安排的住宿日期而产生的相关费用，保险人不承担保险责任。

（四）遗体遣返费用

指如果被保险人或活体器官捐赠者在授权服务提供商安排的医疗机构按照治疗方案授权书的约定进行治疗过程中身故，授权服务提供商将根据死者的遗愿或其陪同人员的意愿，安排运送死者的遗体或骨灰返回中国的费用。遗体遣返费用包括：

1. 进行国际遗体遣返的殡葬公司提供的服务费用，包括在治疗地的防腐处理、当地火葬以及所有行政手续产生的费用；

2. 可容纳死者遗体或骨灰的最小尺寸的灵柩或骨灰盒的费用；

3. 死者骨灰从机场到达中国指定地点的交通服务费用。

对于由于葬礼仪式或宗教仪式所产生的任何费用，保险人不承担保险责任。

（五）住院津贴

在保险期间内，被保险人在保险人授权服务提供商安排的医疗机构按照治疗方案授权书的约定接受住院治疗，对于被保险人每次实际住院日数，保险人按照“每次实际住院日数×日津贴金额”计算给付住院津贴保险金。日津贴金额以本合同约定为准。

保险人给付住院津贴保险金的日数累计以 60 日为上限，当达到该限额时，保险人对被保险人的住院津贴保险责任终止。

（六）归国药品费用

在保险期间内，被保险人在授权服务提供商安排的医疗机构按照治疗方案授权书的约定接受治疗并住院 3 日以上（含 3 日）的，其回到中国后因医疗必需而持续治疗所需的、在中国购买合理且必要的药品所发生的实际费用，保险人将承担保险金给付责任。保险金给付金额不超过保险单上载明的归国药品费用给付限额。

归国药品费用须同时满足以下所有条件方可予以给付保险金：

1. 该药品是由治疗方案授权书约定的指定医疗机构医生开具的、被保险人当前治疗必需的药品；

2. 该药品已被中国政府药品审批机构批准上市，且具有正规处方及用药指南；

3. 该药品为在中国医疗机构继续接受治疗时使用的药物；

4. 需取得中国专科医生出具的处方；

5. 每次处方的药品不超过 60 日的剂量。

下列情形，保险人不承担本项保险责任：

1. 被保险人被安排住院不超过 3 日；

2. 非在中国购买的药品；

3. 药品管理费用及被保险人在中国接受任何诊断、治疗、服务等产生的费用。

（七）归国津贴

在保险期间内，被保险人在授权服务提供商安排的医疗机构，按照治疗方案授权书的约定接受治疗并住院3日以上（含3日）的，在其回到中国后，**保险人按照本合同约定的归国津贴给付限额一次性给付归国津贴保险金，对被保险人的本项保险责任终止。**

若被保险人根据本合同约定被安排在中国以外国家和地区接受“第八条 医学治疗”下“（一）癌症治疗”之2或3，保险人不承担本项保险责任。

在本合同的保险期间内，本合同各项保险金累计给付之和达到本合同约定的总保险金额时，本合同立即终止。

第八条 医学治疗

本合同所述的“医学治疗”包括：

（一）癌症治疗

指以下癌症的治疗：

1. 恶性肿瘤——重度与恶性肿瘤——轻度；
2. 来源并局限于上皮组织，尚未侵及基底膜或周围组织的原位癌；
3. 被细胞学或组织结构学归类为高度发育不良或重度非典型增生的细胞发生的癌前病变。

（二）冠状动脉搭桥术（或称冠状动脉旁路移植术）

指为治疗严重的冠心病，已经实施了切开心包进行的冠状动脉血管旁路移植的手术。

所有未切开心包的冠状动脉介入治疗不在保障范围内。

（三）心脏瓣膜手术

指为治疗心脏瓣膜疾病，已经实施了切开心脏进行的心脏瓣膜置换或修复的手术。

所有未切开心脏的心脏瓣膜介入手术不在保障范围内。

（四）神经外科手术

指以下外科手术：

1. 任何改变脑部或者其他颅内结构的外科手术；
2. 对于位于脊髓部位的良性肿瘤的手术治疗。

（五）活体器官移植

通过外科手术使被保险人接受来自异体配型合适的活体器官捐赠者的肾脏、肝叶、肺叶或部分胰腺器官的移植手术。

下列器官移植不在保障范围内：

1. 因酒精性肝病（如酒精性肝炎、酒精性肝硬化等）导致的活体器官移植；
2. 自体器官移植；
3. 被保险人作为活体捐献者，为其他第三方提供活体器官移植；
4. 来自死亡供体器官捐献者的器官移植；
5. 任何涉及干细胞治疗的活体器官移植；
6. 通过购买获得活体器官或者活体器官移植资格的活体器官移植。

（六）骨髓移植

指骨髓移植（BMT）或者骨髓细胞的外周血干细胞移植（PBSCT），且被保险人从以下任一途径获取骨髓细胞：

1. 被保险人本人（自体骨髓移植）；
2. 配型合适的活体捐献者（异体骨髓移植）。

使用脐带血的造血干细胞移植（HCT）不在保障范围内。

第九条 责任免除

（一）因下列情形之一导致被保险人接受医学治疗的，保险人不承担给付保险金的责任且不提供就医安排服务：

1. 投保人对被保险人的故意杀害、故意伤害；
2. 被保险人自杀或故意自伤，但被保险人自杀或故意自伤时为无民事行为能力人的除外；
3. 被保险人因挑衅或故意行为而导致的打斗、被袭击、被谋杀；
4. 被保险人故意犯罪或者抗拒依法采取的刑事强制措施；
5. 被保险人酒后驾驶、无合法有效驾驶证驾驶或驾驶无合法有效行驶证的机动车；
6. 被保险人在初次确诊罹患需要接受本合同保障的医学治疗的疾病之日（不含初次确诊当日）前 12 个月内在我国累计居住时间未超过 240 日的；
7. 既往症；
8. 被保险人感染艾滋病病毒或患艾滋病、性病、精神和行为障碍疾病（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）分类为精神和行为障碍的疾病）；
9. 被保险人患先天性畸形、变形或染色体异常、先天性恶性肿瘤（BRCA1/BRCA2 基因突变家族性乳腺癌，遗传性非息肉病性结直肠癌，肾母细胞瘤即 Wilms 瘤，李-佛美尼综合症即 Li-Fraumeni 综合症）、遗传性疾病、职业病；
10. 对于并发症的治疗（不包括本合同约定的治疗直接并发症的费用），减缓慢性症状的治疗，或康复治疗（包括但不限于物理治疗、运动功能恢复、语言疗法等）；
11. 医疗咨询和健康预测：如健康咨询、睡眠咨询、性咨询、精神和行为障碍治疗、心理咨询等；
12. 由于接受本合同保障的医学治疗所引起的疾病，除非对该疾病的治疗属于本合同保障的医学治疗；
13. 被保险人在中国以外国家和地区接受治疗完成之后的任何随访；
14. 被保险人酗酒，曾经或正在吸食或者注射毒品；
15. 被保险人为核爆炸、核辐射或核污染、化学污染的受害者；
16. 战争、恐怖主义行为、军事行动、暴乱、武装叛乱、洪水、火山爆发、正式宣布的疫情、任何其他不寻常或者灾难现象。

（二）对于被保险人发生的下列费用，保险人不承担保险责任：

1. 任何发生在精神病院及专供康复、休养、戒毒、戒酒、护理、养老等其他类似的，非以直接诊治病人为目的的医疗机构里的费用；
2. 被保险人在治疗方案授权书出具之前产生的费用；
3. 被保险人接受治疗方案授权书载明的治疗内容以外的治疗所产生的费用；

4. 被保险人在接受治疗过程中购买或者租用任何类型的假体、矫形器具、紧身胸衣、绷带、拐杖、人造部件或者器官、假发（即使化疗过程中有必要使用）、矫形鞋、疝带等其他类似器具用品产生的费用，购买或者租用轮椅、专用床、空调器、空气净化器和其他类似物品或者设备产生的费用，但进行本保险安排的**心脏瓣膜置换或者修复手术所需的心脏瓣膜费用除外**；

5. 任何没有医生处方而购买的药品费用；

6. 滋补类中草药及其泡制的各类酒制剂涉及的药品费用；

7. 任何替代疗法产生的费用；

8. 任何基因疗法、激素疗法、细胞免疫疗法和辅助疗法（如补钙、补充维生素等）产生的医疗费用；

9. 任何与治疗认知障碍相关的费用，无论其疾病发展状况；

10. 被保险人接种预防恶性肿瘤的疫苗、进行基因测试、鉴定恶性肿瘤的遗传性、接受实验性医疗、以及采取未经科学或医学认可的医疗手段所发生的费用。

第十条 保险金额

本合同的保险金额由投保人、保险人双方约定，并在保险单中载明。

第十一条 补偿原则

本合同适用补偿原则。被保险人通过任何途径所获得的医疗费用补偿总和以其实际支出的金额为限。被保险人已经从基本医疗保险、公费医疗和任何第三方（包括任何商业医疗保险）等获得相关医疗费用补偿的，则保险人仅对扣除补偿后的剩余部分医疗费用，按本合同的约定承担给付保险金的责任。社保卡个人账户部分支出视为个人支付，不属于已获得的医疗费用补偿。

第十二条 保险期间

本合同保险期间为一年。以保险单载明的起讫时间为准。

第十三条 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，投保人需要重新向保险人申请投保本产品，并经保险人审核同意，交纳保险费，获得新的保险合同。

若保险期间届满时，本产品已停止销售，保险人不再接受投保人续保。

第十四条 保险方案的变更

在**保险期限内，投保人不能要求变更保险方案**。但在续保时，经保险人同意后，投保人可以选择变更保险方案，但投保人的保险费会随保险方案的改变而有所增减。

第三部分 保险人义务

第十五条 提示和说明

订立本合同时，保险人会向投保人说明本合同的内容。对本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；未作提示或者明确说明的，该条款不产生效力。

第十六条 保险单和保险凭证

本合同成立后，保险人将向投保人签发保险单或其他保险凭证。

第十七条 保险金的给付

保险人收到被保险人或者受益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,但本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或者受益人;对属于保险责任的,在与被保险人或者受益人达成给付保险金的协议后十日内,履行给付保险金义务。本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。

保险人依照前款的约定作出核定后,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或者受益人发出拒绝给付保险金通知书,并说明理由。

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。

第十八条 索赔资料不完整通知

保险人按照本合同的约定,认为投保人、被保险人或受益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、被保险人或受益人补充提供。

第四部分 投保人、被保险人义务

第十九条 交费义务

除另有约定外,投保人应当在本合同成立时交清保险费,投保人未按约定交清保险费的,本合同不生效。

第二十条 如实告知

投保人应如实填写投保单并回答保险人提出的询问,履行如实告知义务。

投保人故意或者因重大过失未履行前款约定的如实告知义务,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。对本合同生效前发生的保险事故,保险人不承担保险责任。

前款约定的本合同解除权,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,不承担给付保险金责任,但应当退还保险费。

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,保险人应当承担给付保险金责任。

第二十一条 国籍、住址或通讯地址变更通知义务

投保人及或被保险人的国籍、住所或通讯地址变更时,应及时以书面形式通知保险人。投保人未通知住所或通讯地址变更的,保险人按本合同所载的最后住所或通讯地址发送的有关通知,均视为已送达投保人。若投保人或被保险人未通知被保险人国籍变更的,保险人有权调整承保条件或终止本合同。

第二十二条 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。

第五部分 保险金申请与给付

第二十三条 保险金的申请

（一）理赔资格审核

在保险期间内,如果被保险人在等待期后经本合同约定的医院的专科医生初次确诊罹患疾病,经授权服务提供商安排的第二诊疗意见评估确认该疾病需要接受本合同保障的医学治疗,且被保险人希望前往中国以外国家和地区的医疗机构接受治疗的,被保险人需提供下列证明和资料,保险人将做理赔资格审核:

1. 保险合同正本;
2. 被保险人的有效身份证件;
3. 本合同约定的医院出具的附有被保险人病理、血液及其他科学方法检验报告等诊断证明文件;
4. 能证明被保险人在经本合同约定的医院的专科医生初次确诊罹患需要接受本合同保障的医学治疗的疾病之日(不含初次确诊当日)前12个月内在中国居住情况的材料(如:护照等);
5. 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。

（二）医疗机构选择及治疗方案授权书签署

被保险人理赔资格审核通过且提交出国就医书面申请后,授权服务提供商将为被保险人推荐3所中国以外国家和地区的医疗机构。被保险人在推荐的3所医疗机构中选定1所接受治疗的医疗机构,并就所选医疗机构以及就医计划等内容与授权服务提供商达成一致并签署治疗方案授权书等相关文件后,授权服务提供商将为被保险人进行就医安排, **就医安排只对治疗方案授权书上约定的医疗机构有效。**

由于被保险人的健康状况随时可能变化,如果在推荐医疗机构给出之后的3个月内,被保险人未选定接受治疗的医疗机构,或在治疗方案授权书出具之后的3个月内,被保险人未在选定医疗机构进行治疗的, **授权服务提供商将根据被保险人的实际健康状况重新推荐医疗机构并重新出具治疗方案授权书。**

保险人不对相关机构或个人提供的医疗及护理质量负责。对医疗机构、护理机构、医生或其他相关主体的医疗护理疏忽或过错,被保险人无权就此向保险人索赔或起诉保险人。

（三）保险理赔核定

保险人按照本合同的约定,对被保险人符合保险金给付条件的费用承担给付责任。

被保险人及其陪同人员及活体器官捐赠者(如适用)须接受授权服务提供商和/或其指派的医务工作人员认为必要的调查,拒绝授权服务提供商的医疗调查将被视为保险金申请人放弃对本合同相关保险金索赔的权利。

第二十四条 保险金的给付

保险金给付申请材料必须包括账单明细和原始发票(如在中国以外国家和地区治疗需提供收据),应包含并不仅限于以下信息:

1. 接受治疗的被保险人姓名;
2. 主治医生或医疗机构名称;
3. 相关病历;
4. 主治医生开具的处方。

若保险人可以从授权服务提供商处得到账单明细和原始发票(如在中国以外国家和地区治疗需提供收据),可豁免对被保险人相关材料的要求。

保险金申请人因特殊原因不能提供以上材料的，应提供其他合法有效的材料。**保险金申请人未能提供有关材料，导致保险人难以确定保险事故的性质、原因、损失程度等的，保险人对无法确定部分不承担给付保险金的责任。**

第二十五条 病史记录

授权服务提供商有权代表保险人在索赔期内检查和/或调查被保险人。被保险人应当提供所有的医学报告、病历以及相关资料，如有需要，应当签署所有的授权文件使保险人可以获得全部完整的病史记录。

第六部分 合同的解除、终止和争议处理

第二十六条 合同的解除

在本合同成立后，投保人可以书面形式通知保险人解除本合同，**但已发生任何保险金给付或已发生本合同约定的保险事故但尚未给付保险金的，投保人不得要求解除本合同。**

投保人解除本合同时，应填写保险合同解除申请书，并提供下列证明文件和资料：

1. 保险单或其他保险凭证原件；
2. 保险费交付凭证；
3. 投保人有效身份证件。

投保人要求解除本合同，自保险人收到保险合同解除申请书之时起，本合同的效力终止。保险人收到上述证明文件和资料之日起三十日内退还保险单的现金价值。

第二十七条 争议处理与法律适用

因履行本合同发生的争议，由当事人协商解决。协商不成的，提交保险单载明的仲裁机构仲裁；保险单未载明仲裁机构且争议发生后未达成仲裁协议的，依法向有管辖权的中华人民共和国（**不包括香港特别行政区、澳门特别行政区和台湾地区**）有管辖权的人民法院起诉。

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（**不包括香港特别行政区、澳门特别行政区和台湾地区法律**）。

第二十八条 效力终止

发生以下情况之一时，本合同效力即时终止：

1. 保险期间届满；
2. 被保险人身故；
3. 其他法律法规规定或本合同约定的情况。

第七部分 释义

第二十九条 本合同涉及下列术语时，适用下列释义：

【保险人】指与投保人签订本合同的中银保险有限公司或其各分支机构。

【中国】指中华人民共和国大陆、香港特别行政区、澳门特别行政区以及台湾地区。

【周岁】指以法定身份证明文件中记载的出生日期为基础计算的实足年龄。

【医院】指经中华人民共和国卫生部门正式评定的**二级或二级以上的公立医院**，**但不包括主要作为诊所、康复、护理、休养、静养、戒酒、戒毒等或类似的医疗机构**。该医院必须具有符合国家有关医院管理规则设置标准的医疗设备，且全天二十四小时有合格医师及护士驻院提供医疗及护理服务。

【专科医生】专科医生应当同时满足以下四项资格条件：1. 具有有效的中华人民共和国《医师资格证书》；2. 具有有效的中华人民共和国《医师执业证书》，并按期到相关部门登记

注册；3. 具有有效的中华人民共和国主治医师或主治医师以上职称的《医师职称证书》；4. 在国家《医院分级管理标准》二级或二级以上医院的相应科室从事临床工作三年以上。

【外科手术】指外科医生为诊断或治疗，通过切口或其他体内介入方法进行的操作。手术通常在手术室进行。

【初次确诊】指自被保险人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、复效或等待期之后第一次经医院确诊患有某种疾病；**

【第二诊疗意见评估】指基于对被保险人医疗信息和相关诊断资料的深度研究，由医疗专家提供的独立诊疗意见评估。

【合理且必要】指同时满足下列要求：

(一) 符合通常惯例：

指以下两者中较低者：

1. 提供相应医疗服务的医疗机构对此医疗服务通常收费水平；

2. 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。若某医疗服务在当地区不常见或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，包括治疗复杂性，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、国家或更广的区域。

(二) 医学必需：

满足以下全部条件的医疗服务及用品：

1. 旨在治疗被保险人的疾病，而非仅为缓解症状或提高被保险人的生活质量；

2. 兼顾成本和医疗质量情况下的最佳医疗方式和医疗服务实施类型；

3. 治疗类型、频率、时长与保险人认可的医学机构、研究机构、医疗保险组织或政府机构所给出的科学的医疗指导一致；

4. 与疾病的诊断情况一致；

5. 不以为被保险人或其医生谋利为目的；

6. 主流医学文献有以下记载之一：

(1) 被论证可对该疾病进行安全有效的诊断或治疗；

(2) 临床对照研究证明可对危及生命的伤害或疾病进行安全有效的治疗。

7. 医生要求、命令、批准或推荐不等同于本合同认可的医学必需。

【住院】指被保险人入住医院之正式病房进行治疗，并正式办理入出院手续，**不包括入住门诊观察室、家庭病床、挂床住院及被保险人未达到入院标准而办理入院手续或者已达到出院标准而不办理出院手续的情形。其中挂床住院指被保险人非治疗需要，一次离开医院12小时以上。**

【陪同人员】指被保险人认可的，在被保险人在中国以外国家和地区接受治疗的过程中陪伴在被保险人身边的人员。若被保险人为未成年人，**陪同人员的上限为两人**，其中一人必须是被保险人的父母或监护人；若被保险人为成年人，**陪同人员的上限为一**人。

【治疗方案授权书】指被保险人在中国以外国家和地区接受与保险责任相关的检查、化验、治疗、用药和其他医疗服务之前，由保险人出具的包含指定医疗机构名称、保险人承担的治疗项目以及治疗开始时间等相关信息的书面文件。

【护士】指在所在国合法注册的具有护士执业资格且正在执业的护理人员。

【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：

（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；

2. TNM 分期为 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；

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

【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，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，但不在“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 Ann Arbor 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 $<10/50\text{HPF}$ 和 $\text{ki-67}\leq 2\%$ ）的神经内分泌肿瘤。

下列疾病不属于“恶性肿瘤——轻度”，不在保障范围内：

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。

【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 指原发肿瘤的大小、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】 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，具体见下：

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

T_{1a}肿瘤最大径≤1cm

T_{1b}肿瘤最大径>1cm, ≤2cm

pT₂: 肿瘤2~4cm

pT₃: 肿瘤>4cm, 局限于甲状腺内或大体侵犯甲状腺外带状肌

pT_{3a}: 肿瘤>4cm, 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

pT₄: 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

pT₀: 无肿瘤证据

pT₁: 肿瘤局限在甲状腺内，最大径≤2cm

T_{1a}肿瘤最大径≤1cm

T_{1b}肿瘤最大径>1cm, ≤2cm

pT₂: 肿瘤2~4cm

pT₃: 肿瘤>4cm, 局限于甲状腺内或大体侵犯甲状腺外带状肌

pT_{3a}: 肿瘤>4cm, 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

pT₄: 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

pN₀: 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。

【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。

【ICD-10 与 ICD-0-3】《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-0-3），是 WHO 发布的针对 ICD 中肿瘤形态学组织学细胞类型、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-0-3 不一致的情况，以 ICD-0-3 为准。

【无合法有效驾驶证】被保险人存在下列情形之一者：

1. 无驾驶证或驾驶证有效期已届满；
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、剧毒或者放射性等危险物品的机动车，实习期内驾驶的机动车牵引挂车；
4. 持未按规定审验的驾驶证，以及在暂扣、扣留、吊销、注销驾驶证期间驾驶机动车；
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. 依照法律法规或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车。

【无合法有效行驶证】指下列情形之一：

1. 机动车被依法注销登记的；
2. 无公安机关交通管理部门核发的行驶证、号牌，或临时号牌或临时移动证的机动车辆；
3. 未在规定检验期限内进行机动车安全技术检验或检验未通过的机动车辆。

【既往症】指被保险人在投保之前已患的已知或应该知道的有关疾病或症状。投保人在投保时告知保险人，经保险人审核同意并在保险单中单独载明不属于既往症的疾病或病症，不属于本合同约定的既往症。

【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。

【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。

【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。

【职业病】指企业、事业单位和个体经济组织的劳动者在职业活动中,因接触粉尘、放射性物质和其他有毒、有害物质等因素而引起的疾病。职业病的认定需遵循现行有效的《中华人民共和国职业病防治法》中的相关规定及鉴定程序。

【随访】指被保险人在没有任何临床疾病体征和阳性医学检查结论的情况下,到医疗机构进行的、为确认其未来是否可能患病或预防未来患病的所有医疗行为(包括问诊、治疗、用药、检查、复查等)。

【酗酒】指酒精摄入过量,包括以下任一情形:1.长期过量饮酒导致身体脏器严重损害;2.一次大量饮酒导致急性酒精中毒或自制力丧失造成自身伤害、斗殴肇事或交通肇事。酒精摄入过量由医疗机构或公安部门判定。

【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。

【假体】能够完全或部分替代某器官,或替代身体无效故障部位行使全部或部分功能的装置。

【替代疗法】指目前传统医学或标准治疗之外的医学和健康管理系统、操作和产品,包括但不限于针灸、芳香疗法、脊椎指压疗法、顺势疗法、自然疗法、整骨疗法、印度韦达养生学和传统中医。

【认知障碍】指个人认知功能严重受损,如果不经过治疗,无法进行正常社会活动。认知障碍是精神疾病的一种,主要影响学习,记忆,感知和解决问题的能力,并依照最新版本的《精神疾病诊断与统计手册》(DSM-V)确定。

【实验性医疗】指未被国际医疗界认可的医学科研组织所普遍接受的对于治疗疾病或者损伤是安全、有效、合适的治疗、医学操作、治疗过程、医疗设备或者药品;以及处于学习、研究、测试或者任何临床试验阶段的治疗、医学操作、治疗过程、医疗设备或者药品。

【不可抗力】指不能预见、不能避免并不能克服的客观情况。

【保险金申请人】指受益人或被保险人的继承人或依法享有保险金请求权的其他自然人。

【保险事故】指本合同约定的保险责任范围内的事故。

【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、军官证、警官证、士兵证等证件。

【现金价值】现金价值 = 保险费 × (1 - m/n), 其中, m 为已生效天数, n 为保险期间的天数, 经过日期不足一日的按一日计算。

中银保险有限公司

个人医疗保险（B款）条款

（注册编号：C00004632512022012901663）

第一部分 总则

第一条 合同构成

本保险合同（以下简称“本合同”）由保险条款、投保单、保险单或其他保险凭证、批单等组成。凡涉及本合同的约定，均采用书面形式。

第二条 合同的成立

投保人提出保险申请，经保险人（释义一）同意承保，本合同成立。

第三条 投保人

本合同的投保人应为具有完全民事行为能力的被保险人本人，或对被保险人依法具有保险利益的其他具有完全民事行为能力的自然人、法人、非法人组织均可作为本合同的投保人。

第四条 被保险人

符合本合同的约定，身体健康，且能正常工作、生活的自然人，可作为本合同的被保险人。

在保险期间内，被保险人应当在中国境内（不包括香港特别行政区、澳门特别行政区和台湾地区）居住合计满三分之二或以上时间。投保时不属此种情形或者保险期间内发生变化的，投保人或被保险人应当在投保前或者发生变化时告知保险人，保险人有权据此调整承保条件、保险费率，或者解除本合同。

第五条 受益人

除本合同另有约定外，本合同保险金的受益人为被保险人本人。

第六条 保障区域

保障区域为中国境内（不包括香港特别行政区、澳门特别行政区和台湾地区）。保险人仅对于被保险人在保险单上载明的保险区域内发生的符合本合同约定的医疗费用承担保险责任。

第二部分 保障内容

第七条 保险责任

（一）一般医疗保险金

在保险期间内，被保险人因遭受意外伤害（释义二）事故或在等待期（释义三）后因患疾病（释义四），在本合同约定的医院（释义五）接受治疗的，保险人依照下列约定给付一般医疗保险金：

1. 住院医疗费用

被保险人经本合同约定的医院诊断必须住院（释义六）治疗的，**保险人对于被保险人需个人支付的、必需且合理的住院医疗费用（释义七），在扣除约定的免赔额后，在对应的给付限额内给付保险金。**住院医疗费用包括床位费（释义八）、膳食费（释义九）、护理费（释义十）、重症监护室床位费、诊疗费、检查检验费（释义十一）、治疗费（释义十二）、药品费（释义十三）、手术费（释义十四）、住院前7天内及出院后30天内的门诊、急诊医疗费等。

2. 特殊门诊医疗费用

被保险人在本合同约定的医院接受特殊门诊治疗的，**保险人对于被保险人需个人支付的、必需且合理的特殊门诊医疗费用，在扣除约定的免赔额后，在对应的给付限额内给付保险金。**特殊门诊医疗费用包括：

(1) 门诊肾透析费；

(2) 门诊恶性肿瘤（释义十五）治疗费，包括化学疗法（释义十六）、放射疗法（释义十七）、肿瘤免疫疗法（释义十八）、肿瘤内分泌疗法（释义十九）、肿瘤靶向疗法（释义二十）治疗费用；

(3) 器官移植后的门诊抗排异治疗费。

3. 门诊手术费用

被保险人经本合同约定的医院诊断必须接受门诊手术治疗时，**保险人对于被保险人需个人支付的、必需且合理的门诊手术费用，在扣除约定的免赔额后，在对应的给付限额内给付保险金。**

保险人对住院医疗费用、特殊门诊医疗费用和门诊手术费用的累计给付之和以本合同约定的一般医疗保险金额为限，当保险人累计给付金额达到一般医疗保险金额时，保险人对被保险人一般医疗保险金给付责任终止。

(二) 重大疾病医疗保险金

在保险期间内，被保险人在等待期后因初次确诊罹患本合同约定的重大疾病（释义二十一），在本合同约定的医院接受治疗的，保险人首先按照本保险条款第七条第（一）款的约定给付一般医疗保险金，当保险人累计给付金额达到一般医疗保险金的保险金额后，保险人依照下列约定给付重大疾病医疗保险金：

1. 重大疾病住院医疗费用

被保险人经本合同约定的医院诊断必须住院治疗的，**保险人对于被保险人需个人支付的、必需且合理的住院医疗费用，在对应的给付限额内给付保险金。**住院医疗费用包括床位费、膳食费、护理费、重症监护室床位费、诊疗费、检查检验费、治疗费、药品费、手术费、住院前7天内及出院后30天内的门诊、急诊医疗费等。

在本合同保险期间结束之日治疗仍未结束的，则对于被保险人该次住院治疗在本合同终止日次日起30日内发生的上述医疗费用，保险人仍在本合同约定的保险责任范围内承担给付医疗保险金的责任，**对于被保险人该次住院治疗在本合同终止日次日起30日后发生的医疗费用，保险人不再承担给付医疗保险金的责任。**

2. 重大疾病特殊门诊医疗费用

被保险人在本合同约定的医院接受特殊门诊治疗的，**保险人对于被保险人需个人支付的、必需且合理的特殊门诊医疗费用，在对应的给付限额内给付保险金。**重大疾病特殊门诊医疗费用包括化学疗法、放射疗法、肿瘤免疫疗法、肿瘤内分泌疗法、肿瘤靶向疗法治疗费用、门诊手术费、器官移植后的门诊抗排异治疗费。

3. 质子重离子治疗费用

被保险人在等待期后因初次确诊罹患恶性肿瘤，在上海市质子重离子医院接受质子重离子放射治疗的，**保险人对于被保险人需个人支付的、必需且合理的医疗费用，在对应的给付限额内给付保险金。**质子重离子治疗费用不包含在上海市质子重离子医院接受的化学疗法、肿瘤免疫疗法、肿瘤内分泌疗法和肿瘤靶向疗法所产生的药品费用。

保险人对重大疾病住院医疗费用、重大疾病特殊门诊医疗费用和质子重离子治疗费用的累计给付之和以本合同约定的重大疾病医疗保险金额为限，当保险人累计给付金额达到重大疾病医疗保险金额时，**保险人对被保险人重大疾病医疗保险金给付责任终止。**

第八条 免赔额

免赔额由投保人与保险人在订立本合同时协商确定，并在本合同中载明。

本合同中所指免赔额均指年免赔额，指在本合同保险期间内，应由被保险人自行承担，本合同不予给付保险金的部分。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（释义二十二）和公费医疗保险获得的补偿，不可用于抵扣免赔额。

若被保险人在等待期后经本合同约定的医院确诊初次罹患本合同约定的重大疾病且在本合同约定的医院接受住院治疗的，对于自确诊重大疾病之日起所发生的符合本合同约定的重大疾病医疗费用，保险人在给付保险金时，不再扣除免赔额。

第九条 补偿原则和给付标准

（一）本合同适用医疗费用补偿原则。若被保险人已经从基本医疗保险、公费医疗和任何第三方（包括任何商业医疗保险）获得医疗费用补偿的，则保险人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剩余部分医疗费用，按本合同的约定承担给付保险金的责任。社保卡个人账户部分支出视为个人支付，不属于已获得的医疗费用补偿。

（二）若被保险人以参加基本医疗保险身份投保，但未以参加基本医疗保险身份就诊并结算的，则保险人按照应给付金额的60%进行给付。

（三）若投保人和保险人另有约定，则对于被保险人实际发生的医疗费用，保险人按照另行约定并在本合同中载明的条件和方式进行给付。

第十条 责任免除

任何在下列期间发生的或因下列情形之一导致被保险人支出医疗费用的，保险人不承担保险金给付责任：

- （一）投保人对被保险人的故意杀害或故意伤害；
- （二）被保险人故意犯罪、抗拒依法采取的刑事、行政强制措施，被司法、行政机关依法拘禁或入狱期间；
- （三）被保险人自杀，但被保险人自杀时为无民事行为能力人的除外；
- （四）被保险人故意自伤或因被保险人挑衅或故意行为而导致的打斗、被袭击、被谋杀；
- （五）被保险人酒后驾驶、无合法有效驾驶证（释义二十三）驾驶或者驾驶无合法有效行驶证（释义二十四）的机动车辆；
- （六）被保险人受酒精、毒品或管制药品的影响，或未遵医嘱，擅自服用、涂用、注射药物；
- （七）被保险人未书面告知保险人的既往症（释义二十五）；
- （八）被保险人在非本合同约定的医院就诊发生的医疗费用；
- （九）被保险人在初次投保或非续保的合同起保之日起一百二十天内接受扁桃腺、甲状腺、疝气、女性生殖系统疾病的检查与治疗；
- （十）被保险人患精神性疾病（依据世界卫生组织《疾病和有关健康问题的国际统计分类》第十次修订版（ICD-10）分类为精神和行为障碍的疾病）；
- （十一）整形手术、美容或整容手术、变性手术及前述手术的并发症或因前述手术导致的医疗事故；
- （十二）被保险人患遗传性疾病（释义二十六），先天性畸形、变形或者染色体异常（释义二十七），但本合同有特别约定的除外；

(十三) 被保险人怀孕(含宫外孕)、流产、分娩(含剖腹产)、避孕、绝育手术、治疗不孕不育症、人工受孕及由此导致的并发症;

(十四) 牙科疾病及相关治疗, 视力矫正手术, 但因意外所致的伤害不受此限;

(十五) 被保险人因预防、康复、保健性或非疾病治疗类项目发生的医疗费用; 眼镜、义齿、义眼、义肢、助听器等康复性器具;

(十六) 被保险人从事职业运动或可获得报酬的运动或竞技, 在训练或比赛中受伤;

(十七) 被保险人从事或参加高风险运动, 如: 潜水(释义二十八)、滑水、冲浪、赛艇、漂流、跳伞或其他高空运动、蹦极、乘坐或驾驶商业民航班机以外的飞行器、攀岩(释义二十九)、攀登海拔3500米以上的独立山峰、滑雪、武术(释义三十)、摔跤、马术、赛马、赛车、特技(释义三十一)表演(含训练)、替身表演(含训练)、脱险表演(含训练)、探险(释义三十二)或考察活动(包括对洞穴、极地、沙漠、火山、冰川等的探险或考察);

(十八) 被保险人感染艾滋病病毒或患艾滋病(释义三十三);

(十九) 战争、军事行动、暴乱或者武装叛乱;

(二十) 核爆炸、核辐射或者核污染;

(二十一) 未经科学或者医学认可的试验性或者研究性检查检验或治疗及其产生的后果。

第十一条 保险金额

本合同的一般医疗保险金额、重大疾病医疗保险金额由投保人、保险人双方约定, 并在保险单上载明。

第十二条 保险期间

本合同保险期间由投保人和保险人双方协商确定, 以保险单载明的起讫时间为准, 但最长不超过一年。

第三部分 保险人的义务

第十三条 提示和说明

对本合同中免除保险人责任的条款, 保险人在订立本合同时应当在投保单、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; 未作提示或者明确说明的, 该条款不产生效力。

第十四条 保险单和保险凭证

本合同成立后, 保险人将及时向投保人签发保险单或其他保险凭证。

第十五条 补充索赔资料通知

保险人按照本合同的约定, 认为投保人、被保险人或受益人提供的有关索赔证明和资料不完整的, 应当及时一次性通知投保人、被保险人或受益人补充提供。

第四部分 投保人、被保险人义务

第十六条 交费义务

除另有约定外, 投保人应当在本合同成立时交清保险费, 投保人未按约定交清保险费的, 本合同不生效。对本合同生效前发生的保险事故, 保险人不承担保险责任。

第十七条 如实告知

投保人应如实填写投保单并回答保险人提出的询问，履行如实告知义务。

投保人故意或者因重大过失未履行前款约定的如实告知义务，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。

前款约定的本合同解除权，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，但应当退还保险费。

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，保险人应当承担给付保险金的责任。

第十八条 联系电话、住址或通讯地址变更通知义务

投保人联系电话、住所或通讯地址变更时，应及时以书面形式通知保险人。投保人未通知的，保险人按本合同所载的最后联系电话、住所或通讯地址发送的有关通知，均视为已发送到投保人。

第十九条 变更批注

在保险期间内，投保人需变更本合同内容的，应以书面形式向保险人提出申请。保险人同意后出具批单，并在本合同中批注。

第二十条 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，并书面说明事故发生的原因、经过和损失情况。**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（释义三十四）而导致的迟延。

第五部分 保险金申请与给付

第二十一条 保险金的申请

保险金申请人（释义三十五）向保险人申请给付保险金时，应提供如下材料：

- （一）保险金给付申请书；
- （二）保险合同凭证；
- （三）保险金申请人的有效身份证件；

（四）支持索赔的全部账单、证明、信息和证据，包括但不限于本合同约定的医院出具的病历资料、医学诊断书、处方、组织病理学检查、化验检查报告、医疗费用原始收据/发票原件等。保险金申请人因特殊原因不能提供上述材料的，应提供其它合法有效的材料；

（五）对于已经从基本医疗保险、公费医疗和任何第三方（包括任何商业医疗保险）获得相关医疗费用补偿的，应提供基本医疗保险机构、商业保险机构或其他第三方的医疗费用分割单或医疗费用结算证明。在此情况下，如无法提供医疗费用收据/发票原件的，需提供医疗费用收据/发票复印件；

（六）保险金申请人所能提供的其他与确认保险事故的性质、原因、损失等有关的其他证明和资料；

（七）若保险金申请人委托他人申请的，还应提供授权委托书原件、委托人和受托人的身份证明等相关证明文件。

保险金申请人未能提供有关材料，导致保险人无法确定保险事故的性质、原因、损失程度等的，保险人对无法确定部分不承担给付保险金的责任。在保险人的理赔审核过程中，保险人有权在合理的范围内对索赔的被保险人进行医疗检查。此外，保险人应有权在法律允许情况下，要求尸检。此类检验费用由保险人承担。在拒赔的情形下，保险人将承担因投保人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。

第二十二条 保险金的给付

保险人收到被保险人或者受益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，但本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或者受益人；对属于保险责任的，在与被保险人或者受益人达成给付保险金的协议后十日内，履行给付保险金义务。本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。

保险人依照前款的约定作出核定后，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或者受益人发出拒绝给付保险金通知书，并说明理由。

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。

第六部分 保险合同的解除、终止、续保和争议处理

第二十三条 保险合同的自动终止

发生下列情形时，本合同自动终止：

- （一）本合同期满；
- （二）被保险人死亡；
- （三）被保险人不再满足本合同的投保资格要求，但被保险人在保险期间起始日满足年龄资格要求的，在保险期间内保险责任不因其年龄的改变而自动终止；
- （四）其他法律规定或本合同约定的情形。

第二十四条 保险合同的解除

在本合同成立后，投保人可以书面形式通知保险人解除本合同，但已发生任何保险金给付或已发生本合同约定的保险事故但尚未给付保险金的，投保人不得要求解除本合同。

投保人解除本合同时，应提供下列证明文件和资料：

- （一）保险合同解除申请书；
- （二）保险合同正本；
- （三）保险费交付凭证；
- （四）投保人身份证明。

投保人要求解除本合同，自保险人收到本合同解除申请书之时起，本合同的效力终止。保险人收到上述证明文件和资料之日起30日内退还保险单的现金价值（释义三十六）。

第二十五条 保险合同的续保

本合同为不保证续保合同。本产品保险期间为不超过一年。保险期间届满，投保人需要重新向保险人申请投保本产品，并经保险人审核同意，交纳保险费，获得新的保险合同。续保不计算等待期。

如被保险人超出本合同约定的承保年龄或本合同统一停售，保险人不再接受投保人续保。

第二十六条 保险合同的争议处理

因履行本合同发生的争议，由当事人协商解决。协商不成的，提交保险单载明的仲裁机构仲裁；保险单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（不包括香港特别行政区、澳门特别行政区以及台湾地区）有管辖权的人民法院起诉。

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（不包括香港特别行政区、澳门特别行政区以及台湾地区的法律）。

本合同约定与《中华人民共和国保险法》等法律规定相悖之处，以法律规定为准。本合同未尽事宜，以法律规定为准。

第七部分 释义

第二十七条 本合同所涉及的下列术语，其含义为：

（一）保险人：

指与投保人签订本合同的中银保险有限公司或其分支机构。

（二）意外伤害：

指因外来的、突发的、非本意的和非疾病的客观事件导致身体受到的伤害。自然死亡、疾病身故、猝死、自杀以及自伤均不属于意外伤害。

（三）等待期：

指自保险期间开始之日起计算的一段时间，具体天数由保险人和投保人在投保时约定并在本合同上载明，但最长不得超过180天。在等待期内被保险人因患疾病在医院接受治疗的，保险人不承担给付保险金的责任。续保不计算等待期。

（四）疾病：

是指本合同保险期间开始之日起，经等待期（续保不受此限）后被保险人所患疾病或症状，但不包括本合同保险期间开始前、等待期内已接受或曾被医生建议需采取诊疗措施的任何疾病或症状。

（五）医院：

是指经国家卫生部门审核的二级或以上的综合性或专科医院，但不包括作为诊所、康复、联合病房、家庭病床、护理、休养或戒酒、戒毒等医疗机构。该医院必须具有系统的、充分的诊断设备，全套外科手术设备及提供二十四小时的医疗与护理服务。

医院类别（是否包含特需/VIP部）根据投保人和保险人约定的保障计划确定，并在保险单上载明。保险人仅对于被保险人在保险单上载明的医院类别内发生的符合本合同约定的医疗费用承担保险责任。

（六）住院：

是指被保险人因意外伤害或疾病而入住医院之正式病房接受全日24小时监护治疗的过程，并正式办理入出院手续。但不包括下列情况：

1. 被保险人在医院的（门）急诊观察室、家庭病床（房）、单人病房入住；
2. 被保险人入住康复科、康复病床或接受康复治疗；
3. 被保险人住院期间一天内未接受与入院诊断相关的检查和治疗，或一天内住院不满二十四小时；但遵医嘱到外院接受临时治疗的除外；
4. 被保险人住院体检；

5. 挂床住院及其他不合理的住院。挂床住院指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。

（七）必需且合理的医疗费用：

1. 符合通常惯例：指与接受医疗服务所在地通行治疗规范、通行治疗方法、平均医疗费用价格水平一致的费用。对是否符合通常惯例由保险人根据客观、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，可由保险人与被保险人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。**

2. 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。

对是否医学必需由保险人根据客观、审慎、合理的原则进行审核；**如果保险金申请人对审核结果有不同意见，可由保险人与被保险人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。**

（八）床位费：

指被保险人使用的医院床位的费用。

（九）膳食费：

指实际发生的、由医院提供的合理的、符合惯常标准的膳食费用，**但不包括购买的个人用品。**

（十）护理费：

指根据医嘱所示的护理等级确定的护理费用。

（十一）检查检验费：

指实际发生的、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、分子生化检验费和血、尿、便常规检验费等。

（十二）治疗费：

指以治疗疾病为目的，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，包括注射费、机疗费、理疗费、输血费、输氧费、体外反搏费等。

（十三）药品费：

指实际发生的合理且必要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。**如需外购药品，仅限住院期间直接治疗使用的处方药，并加盖医院外购专用章。但不包括营养补充类药品，免疫功能调节类药品，美容及减肥类药品，预防类药品，以及下列中药类药品：**

1. 主要起营养滋补作用的单方、复方中药或中成药，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。

（十四）手术费：

指当地卫生行政部门规定的手术项目的费用。包括手术室费、麻醉费、手术监测费、手术材料费、术中用药费、手术设备费；若因器官移植而发生的手术费用，**不包括器官本身的费用和获取器官过程中的费用。**

（十五）恶性肿瘤：

指“恶性肿瘤——重度”（释义二十一，第1条）或“恶性肿瘤——轻度”（释义二十一，第29条）。

（十六）化学疗法：

指针对恶性肿瘤的化学治疗。化学疗法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。本合同所指的化学疗法为被保险人根据医嘱，在医院进行的静脉注射化疗。

（十七）放射疗法：

指针对恶性肿瘤的放射治疗。放射治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的治疗。本合同所指的放射治疗为被保险人根据医嘱，在医院的专门科室进行的放射治疗。

（十八）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。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药品监督管理部门批准用于临床治疗。

（十九）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药品监督管理部门批准用于临床治疗。

（二十）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药品监督管理部门批准用于临床治疗。

（二十一）重大疾病：

被保险人发生符合以下疾病定义所述条件的疾病，应当由专科医生明确诊断。

1. 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（释义三十七）（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（释义三十八）为 I 期或更轻分期的甲状腺癌（释义三十九）；

（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；

（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%）或更轻分级的神经内分泌肿瘤。

2. 较重急性心肌梗死

急性心肌梗死指由于冠状动脉闭塞或梗阻引起部分心肌严重的持久性缺血造成急性心肌梗死。急性心肌梗死的诊断必须依据国际国内诊断标准，符合（1）检测到肌酸激酶同工酶（CK-MB）或肌钙蛋白（cTn）升高和/或降低的动态变化，至少一次达到或超过心肌梗死的临床诊断标准；（2）同时存在下列之一的证据，包括：缺血性胸痛症状、新发生的缺血性心电图改变、新生成的病理性 Q 波、影像学证据显示有新出现的心肌活性丧失或新出现局部室壁运动异常、冠脉造影证实存在冠状动脉血栓。

较重急性心肌梗死指依照上述标准被明确诊断为急性心肌梗死，并且必须同时满足下列至少一项条件：

（1）心肌损伤标志物肌钙蛋白（cTn）升高，至少一次检测结果达到该检验正常参考值上限的 15 倍（含）以上；

（2）肌酸激酶同工酶（CK-MB）升高，至少一次检测结果达到该检验正常参考值上限的 2 倍（含）以上；

（3）出现左心室收缩功能下降，在确诊 6 周以后，检测左室射血分数（LVEF）低于 50%（不含）；

（4）影像学检查证实存在新发的乳头肌功能失调或断裂引起的中度（含）以上的二尖瓣反流；

（5）影像学检查证实存在新出现的室壁瘤；

（6）出现室性心动过速、心室颤动或心源性休克。

其他非冠状动脉阻塞性疾病所引起的肌钙蛋白（cTn）升高不在保障范围内。

3. 严重脑中风后遗症

指因脑血管的突发病变引起脑血管出血、栓塞或梗塞，须由头颅断层扫描（CT）、核磁共振检查（MRI）等影像学检查证实，并导致神经系统永久性的功能障碍。神经系统永久性的功能障碍，指疾病确诊 180 天后，仍遗留下列至少一种障碍：

（1）一肢（含）以上肢体（释义四十）肌力（释义四十一）2 级（含）以下；

(2) 语言能力完全丧失，或严重咀嚼吞咽功能障碍（释义四十二）；

(3) 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（释义四十三）中的三项或三项以上。

4. 重大器官移植术或造血干细胞移植术

重大器官移植术，指因相应器官功能衰竭，已经实施了肾脏、肝脏、心脏、肺脏或小肠的异体移植手术。

造血干细胞移植术，指因造血功能损害或造血系统恶性肿瘤，已经实施了造血干细胞（包括骨髓造血干细胞、外周血造血干细胞和脐血造血干细胞）的移植手术。

5. 冠状动脉搭桥术（或称冠状动脉旁路移植术）

指为治疗严重的冠心病，已经实施了切开心包进行的冠状动脉血管旁路移植的手术。

所有未切开心包的冠状动脉介入治疗不在保障范围内。

6. 严重慢性肾衰竭

指双肾功能慢性不可逆性衰竭，依据肾脏病预后质量倡议（K/DOQI）制定的指南，分期达到慢性肾脏病5期，且经诊断后已经进行了至少90天的规律性透析治疗。规律性透析是指每周进行血液透析或每天进行腹膜透析。

7. 多个肢体缺失

指因疾病或意外伤害导致两个或两个以上肢体自腕关节或踝关节近端（靠近躯干端）以上完全性断离。

8. 急性重症肝炎或亚急性重症肝炎

指因肝炎病毒感染引起肝脏组织弥漫性坏死，导致急性肝功能衰竭，且经血清学或病毒学检查证实，**并须满足下列全部条件：**

- (1) 重度黄疸或黄疸迅速加重；
- (2) 肝性脑病；
- (3) B超或其他影像学检查显示肝脏体积急速萎缩；
- (4) 肝功能指标进行性恶化。

9. 严重非恶性颅内肿瘤

指起源于脑、脑神经、脑被膜的非恶性肿瘤，ICD-0-3肿瘤形态学编码属于0（良性肿瘤）、1（动态未定性肿瘤）范畴，并已经引起颅内压升高或神经系统功能损害，出现视乳头水肿或视觉受损、听觉受损、面部或肢体瘫痪、癫痫等，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，**且须满足下列至少一项条件：**

- (1) 已经实施了开颅进行的颅内肿瘤完全或部分切除手术；
- (2) 已经实施了针对颅内肿瘤的放射治疗，如 γ 刀、质子重离子治疗等。

下列疾病不在保障范围内：

- (1) 脑垂体瘤；
- (2) 脑囊肿；
- (3) 颅内血管性疾病（如脑动脉瘤、脑动静脉畸形、海绵状血管瘤、毛细血管扩张症等）。

10. 严重慢性肝衰竭

指因慢性肝脏疾病导致的肝衰竭，且须满足下列全部条件：

- (1) 持续性黄疸；
- (2) 腹水；
- (3) 肝性脑病；
- (4) 充血性脾肿大伴脾功能亢进或食管胃底静脉曲张。

因酗酒或药物滥用导致的肝衰竭不在保障范围内。

11. 严重脑炎后遗症或严重脑膜炎后遗症

指因患脑炎或脑膜炎导致的神经系统永久性的功能障碍。神经系统永久性的功能障碍，指经相关专科医生（释义四十四）确诊疾病 180 天后，仍遗留下列至少一种障碍：

- (1) 一肢（含）以上肢体肌力 2 级（含）以下；
- (2) 语言能力完全丧失，或严重咀嚼吞咽功能障碍；
- (3) 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；
- (4) 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。

12. 深度昏迷

指因疾病或意外伤害导致意识丧失，对外界刺激和体内需求均无反应，昏迷程度按照格拉斯哥昏迷分级（GCS, Glasgow Coma Scale）结果为 5 分或 5 分以下，且已经持续使用呼吸机及其他生命维持系统 96 小时以上。

因酗酒或药物滥用导致的深度昏迷不在保障范围内。

13. 双耳失聪

指因疾病或意外伤害导致双耳听力永久不可逆（释义四十五）性丧失，在 500 赫兹、1000 赫兹和 2000 赫兹语音频率下，平均听阈大于等于 91 分贝，且经纯音听力测试、声导抗检测或听觉诱发电位检测等证实。

14. 双目失明

指因疾病或意外伤害导致双眼视力永久不可逆性丧失，双眼中较好眼须满足下列至少一项条件：

- (1) 眼球缺失或摘除；
- (2) 矫正视力低于 0.02（采用国际标准视力表，如果使用其他视力表应进行换算）；
- (3) 视野半径小于 5 度。

15. 瘫痪

指因疾病或意外伤害导致两肢或两肢以上肢体随意运动功能永久完全丧失。肢体随意运动功能永久完全丧失，指疾病确诊 180 天后或意外伤害发生 180 天后，每肢三大关节中的两大关节仍然完全僵硬，或肢体肌力在 2 级（含）以下。

16. 心脏瓣膜手术

指为治疗心脏瓣膜疾病，已经实施了切开心脏进行的心脏瓣膜置换或修复的手术。

所有未切开心脏的心脏瓣膜介入手术不在保障范围内。

17. 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中的三项或三项以上。

阿尔茨海默病之外的其他类型痴呆不在保障范围内。

18. 严重脑损伤

指因头部遭受机械性外力，引起脑重要部位损伤，导致神经系统永久性的功能障碍。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。神经系统永久性的功能障碍，**指脑损伤 180 天后，仍遗留下列至少一种障碍：**

（1）一肢（含）以上肢体肌力2级（含）以下；

（2）语言能力完全丧失，或严重咀嚼吞咽功能障碍；

（3）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。

19. 严重原发性帕金森病

是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。

20. 严重III度烧伤

指烧伤程度为III度，且III度烧伤的面积达到全身体表面积的20%或20%以上。**体表面积根据《中国新九分法》计算。**

21. 严重特发性肺动脉高压

指不明原因的肺动脉压力持续性增高，进行性发展而导致的慢性疾病，已经造成永久不可逆性的体力活动能力受限，达到美国纽约心脏病学会（New York Heart Association, NYHA）心功能状态分级（释义四十七）IV级，且静息状态下肺动脉平均压在36mmHg（含）以上。

22. 严重运动神经元病

是一组中枢神经系统运动神经元的进行性变性疾病，包括进行性脊肌萎缩症、进行性延髓麻痹症、原发性侧索硬化症、肌萎缩性侧索硬化症。**经相关专科医生确诊，且须满足下列至少一项条件：**

（1）严重咀嚼吞咽功能障碍；

（2）呼吸肌麻痹导致严重呼吸困难，且已经持续使用呼吸机7天（含）以上；

（3）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。

23. 语言能力丧失

指因疾病或意外伤害导致语言能力完全丧失，经过积极治疗至少12个月（声带完全切除不受此时间限制），仍无法通过现有医疗手段恢复。

精神心理因素所致的语言能力丧失不在保障范围内。

24. 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，且满足下列全部条件：

(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 \geq 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：

①中性粒细胞绝对值 $<0.5 \times 10^9/L$ ；

②网织红细胞计数 $<20 \times 10^9/L$ ；

③血小板绝对值 $<20 \times 10^9/L$ 。

25. 主动脉手术

指为治疗主动脉疾病或主动脉创伤，已经实施了开胸（含胸腔镜下）或开腹（含腹腔镜下）进行的切除、置换、修补病损主动脉血管、主动脉创伤后修复的手术。主动脉指升主动脉、主动脉弓和降主动脉（含胸主动脉和腹主动脉），不包括升主动脉、主动脉弓和降主动脉的分支血管。

所有未实施开胸或开腹的动脉内介入治疗不在保障范围内。

26. 严重慢性呼吸衰竭

指因慢性呼吸系统疾病导致永久不可逆性的呼吸衰竭，经过积极治疗 180 天后满足以下所有条件：

(1) 静息时出现呼吸困难；

(2) 肺功能第一秒用力呼气容积（FEV₁）占预计值的百分比<30%；

(3) 在静息状态、呼吸空气条件下，动脉血氧分压（PaO₂）<50mmHg。

27. 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，且已经造成瘘管形成并伴有肠梗阻或肠穿孔。

28. 严重溃疡性结肠炎

指伴有致命性电解质紊乱的急性暴发性溃疡性结肠炎，病变已经累及全结肠，表现为严重的血便和系统性症状体征，须根据组织病理学特点诊断，且已经实施了结肠切除或回肠造瘘术。

29. 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, 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，但不在“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 Ann Arbor 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 $<10/50$ HPF 和 $ki-67 \leq 2\%$ ）的神经内分泌肿瘤。

下列疾病不属于“恶性肿瘤——轻度”，不在保障范围内：

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：

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。

30. 较轻急性心肌梗死

急性心肌梗死指由于冠状动脉闭塞或梗阻引起部分心肌严重的持久性缺血造成急性心肌坏死。急性心肌梗死的诊断必须依据国际国内诊断标准，符合（1）检测到肌酸激酶同工酶（CK-MB）或肌钙蛋白（cTn）升高和/或降低的动态变化，至少一次达到或超过心肌梗死的临床诊断标准；（2）同时存在下列之一的证据，包括：缺血性胸痛症状、新发生的缺血性心电图改变、新生成的病理性 Q 波、影像学证据显示有新出现的心肌活性丧失或新出现局部室壁运动异常、冠脉造影证实存在冠状动脉血栓。

较轻急性心肌梗死指依照上述标准被明确诊断为急性心肌梗死，但未达到“较重急性心肌梗死”的给付标准。

其他非冠状动脉阻塞性疾病引起的肌钙蛋白（cTn）升高不在保障范围内。

31. 轻度脑中风后遗症

指因脑血管的突发病变引起脑血管出血、栓塞或梗塞，须由头颅断层扫描（CT）、核磁共振检查（MRI）等影像学检查证实，并导致神经系统永久性的功能障碍。神经系统永久性的功能障碍但未达到“严重脑中风后遗症”的给付标准，在疾病确诊 180 天后，仍遗留下列至少一种障碍：

（1）一肢（含）以上肢体肌力为 3 级；

（2）自主生活能力部分丧失，无法独立完成六项基本日常生活活动中的两项。

（二十二）**基本医疗保险**：本合同所称的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、新型农村合作医疗等政府举办的社会基本医疗保障项目。

（二十三）**无合法有效驾驶证**：

被保险人存在下列情形之一者：

1. 无驾驶证或驾驶证有效期已届满；

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、剧毒或者放射性等危险物品的机动车，实习期内驾驶的机动车牵引挂车；

4. 持未按规定审验的驾驶证，以及在暂扣、扣留、吊销、注销驾驶证期间驾驶机动车；

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. 依照法律法规或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车。

(二十四) 无合法有效行驶证：指下列情形之一：

1. 机动车被依法注销登记的；
2. 无公安机关交通管理部门核发的行驶证、号牌，或临时号牌或临时移动证的机动车辆；
3. 未在规定检验期限内进行机动车安全技术检验或检验未通过的机动车辆。

(二十五) 既往症：

指被保险人在投保之前已患的已知或应该知道的有关疾病或症状。投保人在投保时告知保险人，经保险人审核同意并在保险单中单独载明不属于既往症的疾病或病症，不属于本合同约定的既往症。

(二十六) 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。

(二十七) 先天性畸形、变形或者染色体异常：

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。

(二十八) 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或作业。

(二十九) 攀岩：

指攀登悬崖、楼宇外墙、人造悬崖、冰崖、冰山等运动。

(三十) 武术：

指两人或者两人以上对抗性柔道、空手道、跆拳道、散打、拳击等各种拳术及各种使用器械的对抗性比赛。

(三十一) 特技：

指从事马术、杂技、驯兽等特殊技能。

(三十二) 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，而故意使自己置身其中的行为，如江河漂流、徒步穿越沙漠或者人迹罕至的原始森林等活动。

(三十三) 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。

(三十四) 不可抗力：

指不能预见、不能避免并不能克服的客观情况。

(三十五) 保险金申请人：

指被保险人、受益人或被保险人的继承人或依法享有保险金请求权的其他自然人。

(三十六) 现金价值： 现金价值 = 保险费 × (1 - m/ n)，其中，m为已生效天数，n 为保险期间的天数，经过日期不足一日的按一日计算。

(三十七) 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。

(三十八) 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，是目前肿瘤医学期分的国际通用标准。T 指原发肿瘤的大小、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。

(三十九) 甲状腺癌的 TNM 分期：

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，具体见下：

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

T_{1a}肿瘤最大径≤1cm

T_{1b}肿瘤最大径>1cm，≤2cm

pT₂： 肿瘤2~4cm

pT₃： 肿瘤>4cm，局限于甲状腺内或大体侵犯甲状腺外带状肌

pT_{3a}： 肿瘤>4cm，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

pT₄： 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

pT₀： 无肿瘤证据

pT₁： 肿瘤局限在甲状腺内，最大径≤2cm

T_{1a}肿瘤最大径≤1cm

T_{1b}肿瘤最大径>1cm，≤2cm

pT₂： 肿瘤2~4cm

pT₃: 肿瘤>4cm, 局限于甲状腺内或大体侵犯甲状腺外带状肌

pT_{3a}: 肿瘤>4cm, 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

pT₄: 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

pN₀: 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。

（四十）肢体：

肢体是指包括肩关节的整个上肢或包括髋关节的整个下肢。

（四十一）肌力：

指肌肉收缩时的力量。肌力划分为 0-5 级，具体为：

0 级：肌肉完全瘫痪，毫无收缩。

1 级：可看到或者触及肌肉轻微收缩，但不能产生动作。

2 级：肌肉在不受重力影响下，可进行运动，即肢体能在床面上移动，但不能抬高。

3 级：在和地心引力相反的方向中尚能完成其动作，但不能对抗外加阻力。

4 级：能对抗一定的阻力，但较正常人为低。

5 级：正常肌力。

（四十二）语言能力完全丧失或严重咀嚼吞咽功能障碍：

语言能力完全丧失，指无法发出四种语音（包括口唇音、齿舌音、口盖音和喉头音）中的任何三种、或声带全部切除，或因大脑语言中枢受伤害而患失语症。

严重咀嚼吞咽功能障碍，指因牙齿以外的原因导致器质障碍或机能障碍，以致不能作咀嚼吞咽运动，除流质食物外不能摄取或吞咽的状态。

（四十三）六项基本日常生活活动：

六项基本日常生活活动是指：（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。

（四十四）专科医生：

专科医生应当同时满足以下四项资格条件：（1）具有有效的中华人民共和国《医师资格证书》；（2）具有有效的中华人民共和国《医师执业证书》，并按期到相关部门登记注册；（3）具有有效的中华人民共和国主治医师或主治医师以上职称的《医师职称证书》；（4）在国家《医院分级管理标准》二级或二级以上医院的相应科室从事临床工作三年以上。

（四十五）永久不可逆：

指自疾病确诊或意外伤害发生之日起，经过积极治疗 180 天后，仍无法通过现有医疗手段恢复。

（四十六）ICD-10 与 ICD-0-3：

《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-0-3），是 WHO 发布的针对 ICD 中肿瘤形态学组织学细胞类型、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-0-3 不一致的情况，以 ICD-0-3 为准。

（四十七）美国纽约心脏病学会（New York Heart Association, NYHA）心功能状态分级：

美国纽约心脏病学会（New York Heart Association, NYHA）将心功能状态分为四级：

I 级：心脏病病人日常活动量不受限制，一般活动不引起乏力、呼吸困难等心衰症状。

II 级：心脏病病人体力活动轻度受限制，休息时无自觉症状，一般活动下可出现心衰症状。

III 级：心脏病病人体力活动明显受限，低于平时一般活动即引起心衰症状。

IV 级：心脏病病人不能从事任何体力活动，休息状态下也存在心衰症状，活动后加重。

中银保险有限公司

个人银行账户资金安全保险条款

(注册编号: C00004632112022012800373)

总则

第一条 本保险合同由保险条款、投保单、保险单、其他保险凭证以及批单组成。凡涉及本保险合同的约定, 均采用书面形式。

第二条 本保险合同所指的被保险人为存折、银行卡、网银账户的所有人或其他信用卡附属卡的持卡人。

第三条 具有完全民事行为能力的被保险人本人或其他自然人、法人、非法人组织, 可作为本保险合同的投保人。

保险账户

第四条 本保险合同的保险账户为被保险人在保险单载明的银行开立的被保险人的个人账户, 包括:

- (一) 被保险人名下的存折;
- (二) 银行卡, 包括:
 - 被保险人名下的借记卡;
 - 被保险人名下的信用卡主卡及与其关联的附属卡;
 - 以被保险人为持卡人的信用卡附属卡;
- (三) 被保险人名下的网银账户。

保险责任

第五条 由于下列原因造成的保险账户在保险期间内发生的资金损失, 且该损失发生在被保险人向银行申请并完成挂失或冻结操作之前 72 小时内的, 保险人按照本保险合同的约定负责赔偿:

- (一) 保险账户被他人盗刷、盗用、复制;
- (二) 保险账户被他人于银行柜面及 ATM 机器上盗取或转账;
- (三) 被保险人在被胁迫的状态下, 将保险账户交给他人使用, 或将保险账户的账号及密码透露给他人;
- (四) 被保险人名下的信用卡主卡所关联的附属卡的持卡人在被胁迫的状态下, 将附属卡交给他人使用, 或透露该附属卡账号及密码给他人。

第六条 保险事故发生后, 被保险人为防止或减少保险账户的损失所支付的必要的、合理的费用, 保险人按照本保险合同的约定也负责赔偿。

责任免除

第七条 下列原因造成的损失、费用，保险人不负责赔偿：

(一) 投保人、被保险人及其代表的故意、重大过失或犯罪行为；

(二) 行政行为或司法行为；

(三) 保险账户在借给他人使用期间或被他人诈骗所导致的资金损失；

(四) 在没有被胁迫的情况下，被保险人或被保险人的信用卡主卡所关联的附属卡持有人主动向他人划转资金或付款的行为，以及主动向他人透露个人账户号及密码导致的资金损失；

(五) 被保险人或被保险人的信用卡主卡所关联的附属卡持有人未遵循银行账户使用规范，导致的资金损失；

(六) 银行设备的机械故障、电气故障、软件故障或数据错误，包括但不限于供电中断、电涌、降低电压、停电以及电信、卫星系统故障；

(七) 网络通信故障，包括但不限于：

1. 系统停机维护；

2. 通讯终端或电信设备出现故障不能进行数据传输的；

3. 因台风、地震、海啸、洪水、停电等不可抗力之因素，造成系统障碍不能提供服务的；

4. 由于黑客攻击、电信部门技术调整或故障、网站升级、第三方问题等原因而造成的服务中断或者延迟。

第八条 下列损失、费用，保险人也不负责赔偿：

(一) 被保险人向银行申请并完成挂失或冻结其账户操作之前 72 小时以外的损失；

(二) 利息以及透支利息、手续费、滞纳金、超限费、罚息、罚金、银行卡年费、会员费、补发新卡费等以及任何形式的间接损失或费用；

(三) 账户挂失手续费、冻结手续费、重新补办手续费；

(四) 本保险合同中载明的免赔额以及按本保险合同中载明的免赔率计算的免赔额，两者以高者为准。

保险金额与免赔额（率）

第九条 本保险合同的保险金额由投保人和保险人协商确定，并在保险单中载明。

投保人和保险人也可以协商确定每次事故赔偿限额，并在保险单中载明。

第十条 免赔额（率）由投保人与保险人在订立本保险合同时协商确定，并在保险单中载明。

同时约定了免赔额和免赔率的，免赔金额以免赔额和按免赔率计算的金额二者高者为准。

保险期间

第十一条 除另有约定外，本保险合同的保险期间为一年，以保险单载明的起讫时间为准。

保险人义务

第十二条 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。

第十三条 保险事故发生后，投保人、被保险人提供的有关索赔的证明和资料不完整的，保险人应当及时一次性通知投保人、被保险人补充提供。

第十四条 保险人收到被保险人的赔偿保险金请求后，应当及时作出核定；情形复杂的，应当在三十日内作出核定，但本保险合同另有约定的除外。

第十五条 保险人应当将核定结果通知被保险人；对属于保险责任的，在与被保险人达成赔偿保险金协议后十日内，履行赔偿保险金义务。本保险合同对赔偿保险金的期限有约定的，保险人应当按照约定履行赔偿保险金义务。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赔偿保险金通知书，并说明理由。

第十六条 保险人自收到赔偿保险金的请求和有关证明、资料之日起六十日内，对其赔偿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支付；保险人最终确定赔偿保险金的数额后，应当支付相应的差额。

投保人、被保险人义务

第十七条 除本保险合同另有约定外，投保人应在本保险合同成立时交清保险费，投保人未按约定交清保险费的，本保险合同不生效。对本保险合同生效前发生的保险事故，保险人不承担保险责任。

第十八条 订立本保险合同，保险人就保险账户或者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约定的如实告知义务，足以影响保险人决定是否同意承保或者提高保险费率的，保险人有权解除本保险合同。

前款约定的本保险合同解除权，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，保险人对于本保险合同解除前发生的保险事故，不承担赔偿保险金的责任，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，保险人对于本保险合同解除前发生的保险事故，不承担赔偿保险金的责任，但应当退还保险费。

保险人在本保险合同订立时已经知道投保人未如实告知的情况的，保险人不得解除本保险合同；发生保险事故的，保险人应当承担赔偿保险金的责任。

第十九条 被保险人应当严格遵守国家及政府有关部门的法律和法规，采取合理的预防措施，尽力避免或减少保险事故的发生，维护保险账户的安全。

被保险人未按照约定履行对保险账户的安全应尽责任，保险人有权要求增加保险费或者解除本保险合同。

第二十条 知道保险事故发生后，被保险人应该：

（一）尽力采取必要、合理的措施，防止或减少损失，否则，对因此扩大的损失，保险人不承担赔偿责任；

（二）及时通知保险人，并书面说明事故发生的原因、经过和损失程度等情况；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，不承担赔偿保险金的责任，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除外；

（三）保护事故现场，允许并且协助保险人进行事故调查，对于拒绝或者妨碍保险人进行事故调查导致无法确定事故的性质、原因、损失程度等的，保险人对无法确定的部分，不承担赔偿保险金的责任；

（四）涉及违法、犯罪的，应立即向公安部门报案。否则，对因此扩大的损失，保险人不承担赔偿责任。

第二十一条 被保险人向保险人请求赔偿时，应提交以下单证：

（一）索赔申请书；

（二）保险单原件或其他保险凭证原件；

（三）被保险人的身份证；

（四）与保险账户被盗刷、盗用、盗取、转账等相关的交易记录；

（五）有关损失资金的流向记录，比如涉及转账，需提供收款方姓名及账号等信息；

（六）个人账户挂失或冻结时间证明；

（七）公安机关证明；

（八）投保人、被保险人所能提供的其他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。

投保人、被保险人未履行前款约定的索赔材料提供义务，导致保险人无法确定保险事故的性质、原因、损失程度等情况的，保险人对无法确定的部分不承担赔偿责任。

赔偿处理

第二十二条 保险账户发生保险责任范围内的损失，保险人以支付保险金的方式赔偿。

第二十三条 保险账户发生保险责任范围内的损失时，对于每次事故造成的损失，保险人按照其实际损失扣除本保险合同约定的免赔额或按本保险合同载明的免赔率计算的免赔额后，在每次事故赔偿限额范围内计算赔偿。累计赔偿金额达到保险金额后，本保险合同自动终止。

第二十四条 发生外币损失时，保险人将负责以等价人民币赔付，兑换汇率以保险事故发生当日中国人民银行公布的外汇汇率中间价为准。

第二十五条 因第三者对保险账户的损害而造成保险事故的，保险人自向被保险人赔偿保险金之日起，在赔偿金额范围内代位行使被保险人对第三者请求赔偿的权利，被保险人应当向保险人提供必要的文件和所知道的有关情况。

被保险人已经从第三者取得赔偿的，保险人赔偿保险金时，可以相应扣减被保险人已从第三者取得的赔偿金额。

保险事故发生后，在保险人未赔偿保险金之前，被保险人放弃对第三者请求赔偿权利的，保险人不承担赔偿保险金责任；保险人向被保险人赔偿保险金后，被保险人未经保险人同意放弃对第三者请求赔偿权利的，该行为无效；由于被保险人故意或者因重大过失致使保险人不能行使代位请求赔偿的权利的，保险人可以扣减或者要求返还相应的保险金。

第二十六条 保险事故发生时，如果存在重复保险，保险人按照本保险合同的相应保险金额与其他保险合同及本保险合同相应保险金额总和的比例承担赔偿责任。其他保险人应承担的赔偿金额，本保险人不负责垫付。若被保险人未如实告知导致保险人多支付赔偿金的，保险人有权向被保险人追回多支付的部分。

争议处理和法律适用

第二十七条 因履行本保险合同发生争议的，由当事人协商解决。协商不成的，提交保险单载明的仲裁机构仲裁。保险单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（不包括香港特别行政区、澳门特别行政区以及台湾地区）有管辖权的人民法院起诉。

第二十八条 与本保险合同有关的以及履行本保险合同产生的一切争议处理适用中华人民共和国法律（不包括香港特别行政区、澳门特别行政区以及台湾地区法律）。

其他事项

第二十九条 保险责任开始前，投保人要求解除本保险合同的，应当按照本保险合同约定向保险人支付退保手续费，保险人应当退还剩余部分保险费。除另有约定外，手续费支付标准为保险费的5%。保险责任开始后，投保人要求解除本保险合同的，自通知保险人之日起，本保险合同解除，保险人按照保险责任开始之日起至合同解除之日止期间与保险期间的日比例计收保险费，并退还剩余部分保险费。

第三十条 本保险合同约定与《中华人民共和国保险法》等法律规定相悖之处，以法律规定为准。本保险合同未尽事宜，以法律规定为准。

释义

第三十一条 本保险合同涉及下列术语时，适用下列释义：

（一）胁迫：指他人当场使用暴力相威胁，使被保险人产生恐惧，不敢反抗，被迫当场告知账户或密码、或交出财物、或不敢阻止而由行为人强行劫走财物。其中，暴力是指他人对被保险人实施暴力侵袭或者其他强制力，包括捆绑、殴打、伤害直至杀害等使被保险人处于不能或者不敢反抗状态当即抢走财物或者交出财物的方法。仅有语言的恐吓或威胁不构成本保险中的“胁迫”。

（二）诈骗：指他人以非法占有为目的，用虚构事实或者隐瞒真相的方法，骗取公私财物，即造成被保险人基于错误的认识对其财物进行了主动交付或转移所有权。

中银保险有限公司

航空旅客人身意外伤害保险（一年期）条款

（注册编号：C00004632312022103109751）

总则

第一条 本保险合同（以下简称“本合同”）由保险单和其他保险凭证及所附条款、投保单及与本合同有关的投保文件、合法有效的声明、批注、附贴批单、其他书面文件构成。凡涉及本合同的约定，均应采用书面形式。

第二条 凡身体健康、能正常工作或正常生活的自然人可作为本合同的被保险人。

第三条 具有完全民事行为能力的被保险人本人，或对被保险人依法具有保险利益的其他具有完全民事行为能力的自然人、法人、非法人组织均可作为本合同的投保人。投保人为他人投保的，必须征得被保险人的同意且认可保险金额（投保人为其未成年子女投保的，不受此限）。

第四条 订立本合同时，被保险人或投保人可指定一人或数人为身故保险金受益人。身故保险金受益人为数人时，应确定其受益顺序和受益份额；未确定受益份额的，各身故保险金受益人按照相等份额享有受益权。本合同的残疾保险金的受益人为被保险人本人。

被保险人或投保人可以变更保险金受益人，但需书面通知保险人，由保险人在本合同上批注。**对因保险金受益人变更发生的法律纠纷，保险人不承担任何责任。**

投保人指定或变更保险金受益人的，应经被保险人书面同意。被保险人为无民事行为能力人或限制民事行为能力人的，应由其监护人指定或变更保险金受益人。

受益人故意造成被保险人身故、伤残的，或者故意杀害被保险人未遂的，该受益人丧失受益权。

保险责任

第五条 在保险期间内被保险人持有效客票以乘客身份乘坐合法商业运营的民航班机时遭受意外伤害事故，并因该意外伤害导致其身故、伤残的，保险人依照下列约定给付保险金。

（一）身故保险责任

被保险人遭受意外伤害事故，并自该事故发生之日起一百八十日内因该意外伤害为直接原因身故的，**保险人按意外伤害身故保险金额给付身故保险金，对该被保险人的保险责任终止。**

被保险人因遭受意外伤害事故且自该事故发生日起下落不明，后经人民法院宣告死亡的，保险人按意外伤害身故保险金额给付身故保险金。**但若被保险人被宣告死亡后生还的，保险金受领人应于知道或应当知道被保险人生还后三十日内退还保险人给付的身故保险金。**

（二）残疾保险责任

被保险人遭受意外伤害事故，并自该事故发生之日起一百八十日内因该意外伤害为直接原因造成《人身保险伤残评定标准及代码》（以下简称《评定标准》）所列伤残程度之一的，**保险人按《评定标准》中所对应的保险金给付比例乘以意外伤害残疾保险金额给付残疾保险金。如第一百八十日治疗仍未结束的，按当日的身体情况进行伤残鉴定，并据此给付残疾保险金。**

被保险人如在遭受本次意外伤害事故之前已有残疾的，保险人按合并后的伤残程度在《评定标准》中所对应的保险金给付比例乘以意外伤害残疾保险金额给付残疾保险金，但

应扣减原有伤残程度在《评定标准》中所对应的残疾保险金（即所对应的保险金给付比例与意外伤害残疾保险金额的乘积）。

保险人对被保险人的残疾保险金给付总额以保险单载明的意外伤害残疾保险金额为限。一次或累计给付被保险人的残疾保险金达到意外伤害残疾保险金额时，保险人对被保险人的残疾保险责任终止。

（三）被保险人乘坐民航班机，保险人所承担保险责任期间起讫的界定

从每次被保险人踏入民航班机的舱门起至抵达目的地走出民航班机的舱门止。被保险人在踏入民航班机舱门前或走出民航班机舱门后遭受意外伤害事故导致身故或残疾的，保险人不承担给付保险金责任。

责任免除

第六条 被保险人因下列原因而导致身故或残疾的，保险人不承担给付保险金责任：

- （一）投保人的故意行为；
- （二）被保险人故意自伤或自杀，但被保险人自杀时为无民事行为能力人的除外；
- （三）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；
- （四）被保险人妊娠（含宫外孕）、流产、分娩（含剖宫产）、药物过敏、食物中毒、高原反应、中暑、猝死；
- （五）被保险人未遵医嘱服用、涂用、注射药物；
- （六）疾病；
- （七）非因意外伤害导致的细菌或病毒感染；
- （八）任何生物、化学、原子能武器，原子能或核能装置所造成的爆炸、灼伤、污染或辐射；
- （九）被保险人因遭受意外伤害以外的原因失踪而被法院宣告死亡；
- （十）恐怖袭击；
- （十一）被保险人在机舱内从事危害公共安全的活动，被机上安全人员、乘务人员或乘客采用暴力制止。

第七条 被保险人在下列期间遭受意外伤害导致身故或残疾的，保险人不承担给付保险金责任：

- （一）战争、军事行动、武装叛乱或暴乱期间；
- （二）被保险人从事违法、犯罪活动期间或被依法拘留、服刑、在逃期间；
- （三）被保险人存在精神和行为障碍（以世界卫生组织颁布的《疾病和有关健康问题的国际统计分类》第十次修订版（ICD-10）为准）期间；
- （四）被保险人醉酒或受毒品、管制药物的影响期间。

保险金额

第八条 分项保险金额是保险人承担给付该项保险金责任的最高限额。

本合同的意外伤害身故保险金额、意外伤害残疾保险金额由投保人、保险人双方约定，并在保险单中载明。若被保险人为未成年人，保险金额须符合国务院保险监督管理机构的相

关规定。

保险期间

第九条 除另有约定外，本合同的保险期间为一年，以保险单载明的起讫时间为准。

保险人义务

第十条 订立本合同时，保险人应当向投保人说明本合同的内容。

对本合同中免除保险人责任的条款，保险人在订立本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。

第十一条 本合同成立后，保险人应当及时向投保人签发保险单或其他保险凭证。

第十二条 保险事故发生后，投保人、被保险人或受益人提供的有关索赔的证明和资料不完整的，保险人应当及时一次性通知投保人、被保险人或受益人补充提供。

第十三条 保险人收到被保险人或者受益人的给付保险金请求后，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，但本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或者受益人；对属于保险责任的，在与被保险人或者受益人达成给付保险金的协议后十日内，履行给付保险金义务。本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。

保险人依照前款的约定作出核定后，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或者受益人发出拒绝给付保险金通知书，并说明理由。

第十四条 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支付；保险人最终确定给付保险金的数额后，应当支付相应的差额。

投保人、被保险人义务

第十五条 除本合同另有约定外，投保人应在本合同成立时交清保险费，**投保人未按约定交清保险费的，本合同不生效。对本合同生效前发生的保险事故，保险人不承担保险责任。**

第十六条 投保人应如实填写投保单并回答保险人提出的询问，履行如实告知义务。

投保人故意或者因重大过失未履行前款约定的如实告知义务，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。

前款约定的本合同解除权，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，但应当退还保险费。

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，保险人应当承担给付保险金责任。

第十七条 投保人住所或通讯地址变更时，应及时以书面形式通知保险人。**投保人未通知的，保险人按本合同所载的最后住所或通讯地址发送的有关通知，均视为已送达投保人。**

第十八条 在保险期间内，投保人需变更本合同其他内容的，应以书面形式向保险人提出申请。保险人同意后出具批单，并在本合同中批注。

若被保险人身故，则保险人不接受本合同中有关该被保险人的任何内容的变更申请。

第十九条 发生保险责任范围内的事故后，投保人、被保险人或受益人应及时通知保险人，并书面说明事故发生的原因、经过和损失程度等情况；**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除外。

上述约定，不包括因不可抗力而导致的迟延。

保险金申请与给付

第二十条 保险金申请人向保险人申请给付保险金时，应提交以下材料。保险金申请人因特殊原因不能提供以下材料的，应提供其他合法有效的材料。若保险金申请人委托他人申请的，还应提供授权委托书原件、委托人和受托人的身份证明等相关证明文件。**保险金申请人未能提供有关材料，导致保险人难以确定保险事故的性质、原因、损失程度等的，保险人对无法确定的部分不承担给付保险金的责任。**

（一）身故保险金申请

1. 保险金给付申请书；
2. 保险单或其他保险凭证原件；
3. 保险金申请人的身份证明；
4. 公安部门或司法部门、保险人认可的医疗机构出具的被保险人死亡证明或验尸报告。若被保险人为宣告死亡，保险金申请人应提供法院出具的宣告死亡证明文件；
5. 被保险人的户籍注销证明；
6. 由承运人出具的意外伤害事故证明；
7. 保险金申请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。

（二）残疾保险金申请

1. 保险金给付申请书；
2. 保险单或其他保险凭证原件；
3. 保险金申请人的身份证明；
4. 保险人认可的伤残鉴定机构出具的伤残程度鉴定书；
5. 由承运人出具的意外伤害事故证明；
6. 保险金申请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。

合同的解除和争议处理

第二十一条 在本合同成立后，投保人可以书面形式通知保险人解除本合同，**但已发生任何保险金给付或已发生本合同约定的保险事故但尚未给付保险金的，投保人不得要求解除本合同。**

投保人解除本合同时，应填写保险合同解除申请书，并提供下列证明文件和资料：

- （一）保险单或其他保险凭证原件；

(二) 保险费交付凭证;

(三) 投保人身份证明。

投保人要求解除本合同, 自保险人接到保险合同解除申请书之时起, 本合同的效力终止。保险人收到上述证明文件和资料之日起三十日内退还保险单的现金价值。

第二十二条 因履行本合同发生的争议, 由当事人协商解决。协商不成的, 提交保险单载明的仲裁机构仲裁; 保险单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(不包括香港特别行政区、澳门特别行政区和台湾地区)有管辖权的人民法院起诉。

第二十三条 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法律(不包括香港特别行政区、澳门特别行政区和台湾地区法律)。

第二十四条 本合同约定与《中华人民共和国保险法》等法律规定相悖之处, 以法律规定为准。本合同未尽事宜, 以法律规定为准。

释义

第二十五条 本合同涉及下列术语时, 适用下列释义:

(一) **保险人**: 指与投保人签订本合同的中银保险有限公司及其各分支机构。

(二) **意外伤害**: 指因外来的、突发的、非本意的和非疾病的客观事件导致身体受到的伤害。自然死亡、疾病身故、猝死、自杀以及自伤均不属于意外伤害。

(三) **《人身保险伤残评定标准及代码》**: 指由原中国保险监督管理委员会发布的《人身保险伤残评定标准及代码》(保监发〔2014〕6号、标准编号JR/T0083-2013); 如该标准重新修订, 则以最新修订的文件版本为准。

(四) **猝死**: 外表看似健康的人由于潜在的疾病或者功能障碍所引起的突然的出乎意料的死亡, 猝死的认定以保险人认可的医疗机构的诊断和公安部门、司法部门的鉴定及有资质的鉴定机构出具的鉴定报告为准。

(五) **醉酒**: 指血液中的酒精含量大于或者等于80mg/100mL。

(六) **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。

(七) **管制药物**: 指根据《中华人民共和国药品管理法》及有关法规被列为特殊管理的药品, 包括麻醉药品、精神药品、毒性药品及放射性药品。

(八) **现金价值**: 现金价值 = 保险费 × (1 - m/n), 其中, m 为已生效天数, n 为保险期间的天数, 经过日期不足一日的按一日计算。

(九) **保险金申请人**: 身故保险金申请人是指受益人或被保险人的继承人或依法享有保险金请求权的其他自然人; 残疾保险金申请人是指被保险人本人。

(十) **不可抗力**: 指不能预见、不能避免并不能克服的客观情况。

(十一) **保险人认可的医疗机构**: 在中华人民共和国境内(不包括香港特别行政区、澳门特别行政区和台湾地区)是指经中华人民共和国卫生部门评审确定的二级或以上的公立医院或投保人与保险人协商共同指定的医院或医疗机构。

在中华人民共和国境外及香港特别行政区、澳门特别行政区和台湾地区, 是指保险人认可的根据所在国家或地区法律规定合法成立、运营并符合以下标准的医疗机构:

1. 主要运营目的是向受伤者和患病者提供留院治疗和护理服务；
2. 在一名或若干名医生的指导下为病人治疗，其中最少有一名合法执业资格的驻院医生驻诊；
3. 维持足够妥善的设备为病人提供医学诊断和治疗，并于机构内或由其管理的其他地方提供进行各种手术的设备；
4. 有合法执业的护士提供和指导二十四小时的全职护理服务。

但不包括以下或类似的医疗机构：

1. **精神病院；**
2. **老人院、疗养院、戒毒中心和戒酒中心；**
3. **健康中心或天然治疗所、疗养或康复院。**

（十二）保险人认可的伤残鉴定机构：指经保险人与被保险人或投保人协商同意的、经司法行政机关审核登记，取得《司法鉴定许可证》的鉴定机构。

中银保险有限公司

家庭财产综合保险条款

(注册编号: C00004632112022012800413)

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、保险单或其他保险凭证以及批单组成。凡涉及本保险合同的约定,均采用书面形式。

第二条 家庭财产的所有者、管理者或使用者,可作为本合同的被保险人。

第三条 具有完全民事行为能力的被保险人本人或其他自然人、法人、非法人组织,可作为本合同的投保人。

保险标的

第四条 凡是被保险人自有、管理、使用的,坐落于本保险单所载明地址内的下列家庭财产,可作为本合同的保险标的。

(一) 房屋及其室内附属设备(如固定装置的水暖、气暖、卫生、供水、管道煤气及供电设备、厨房配套的设备等);

(二) 室内装潢;

(三) 室内财产:

1. 家用电器(包括安装在房屋外的空调器和太阳能热水器等家用电器的室外设备)和文体娱乐用品;

2. 衣物和床上用品;

3. 家具及其他生活用具。

第五条 下列财产未经投保人与保险人双方特别约定并在保险单上载明,不属于本合同的保险标的。

(一) 存放于院内、室内的非机动农机具、农用工具及存放于室内的粮食及农副产品;

(二) 无人居住的房屋以及存放在里面的财产;

(三) 经保险人同意的其他财产。

第六条 下列家庭财产不属于本合同的保险标的:

(一) 金银、珠宝、钻石及制品,玉器、首饰、古币、古玩、字画、邮票、艺术品、稀有金属等珍贵财物;

(二) 货币、票证、有价证券、文件、书籍、账册、图表、技术资料、电脑软件及电子存储设备和资料,以及无法鉴定价值的财产;

(三) 日用消耗品、各种交通工具、养殖及种植物;

(四) 用于从事工商业生产、经营活动的财产和出租用作工商业的房屋；

(五) 便携式设备、无线通讯工具、照相器材、摄影(像)器材、数码电子产品、笔、打火机、手表、眼镜，各种磁带、磁盘、影音激光盘；

(六) 用芦席、稻草、油毛毡、麦秆、芦苇、竹竿、帆布、塑料布、纸板等为外墙、屋顶的简陋屋棚及柴房、禽畜棚；与保险房屋不成一体的建筑，如车库、游泳池、厕所、围墙、房屋以及存放在里面的财产；

(七) 政府有关部门征用、占用的房屋，违章建筑、危险建筑、非法占用的财产、处于危险状态下的财产；

(八) 其他不属于本保险条款第四条、第五条所列明的家庭财产。

保险责任

第七条 在保险期间内，由于下列原因造成保险标的的损失，保险人依照本合同的约定负责赔偿：

(一) 火灾、爆炸；

(二) 雷击、台风、龙卷风、暴风、暴雨、洪水、暴雪、冰雹、冰凌、泥石流、崩塌、突发性滑坡、地面突然下陷下沉；

(三) 飞行物体及其他空中运行物体坠落，外来不属于被保险人所有或使用的建筑物和其他固定物体的倒塌。

第八条 下列损失和费用，保险人也负责赔偿：

(一) 在发生保险事故时，为抢救保险标的或防止灾害蔓延，采取必要的、合理的措施而造成保险标的的损失。

(二) 保险事故发生后，被保险人为防止或者减少保险标的的损失所支付的必要的、合理的费用。

责任免除

第九条 由于下列原因造成保险标的的损失和发生的费用，保险人不负责赔偿：

(一) 战争、敌对行为、军事行动、武装冲突、恐怖活动、罢工、暴动、骚乱；

(二) 核辐射、核爆炸、核污染及其他放射性污染；

(三) 地震、海啸及其次生灾害；

(四) 投保人、被保险人及其家庭成员、暂居人员、家政服务人员的故意行为或重大过失行为；

(五) 因计算机病毒造成的直接或间接损失。

第十条 保险人对下列损失和费用也不负责赔偿：

(一) 任何间接损失；

(二) 本合同载明的免赔额或由免赔率计算的免赔金额；

(三) 家用电器因使用过度、超电压、短路、断路、漏电、自身发热、烘烤等原因所造成本身的损毁；

(四) 坐落在蓄洪区、行洪区，或在江河岸边、低洼地区以及防洪堤以外当地常年警戒水位线以下的家庭财产，由于洪水所造成的一切损失；

(五) 保险标的本身缺陷、保管不善导致的损毁；

(六) 保险标的的变质、霉烂、受潮、虫咬、自然磨损、自然损耗、自燃、烘焙所造成本身的损失；

(七) 行政行为、司法行为引起的损失和费用；

(八) 其他不属于本合同责任范围内的损失和费用。

保险金额与免赔额(率)

第十一条 本合同的保险金额由投保人自行确定，并在保险单中载明。其中：

(一) 房屋及室内附属设备、室内装潢的保险金额由投保人根据投保时实际价值自行确定。

(二) 室内财产的保险金额由投保人根据投保时实际价值分项目自行确定。不分项目的：按各大类财产在保险金额中所占比例确定，即室内财产中的家用电器及文体娱乐用品占 40%，衣物及床上用品占 30%，家具及其他生活用具占 30%。

(三) 农机具等财产的保险金额由投保人根据投保时实际价值分项目自行确定。

(四) 其他特约财产的保险金额由投保人和保险人双方约定，并在保险单中载明。

第十二条 每次事故免赔额（率）由投保人与保险人在订立保险合同时协商确定，并在保险单中载明。

同时约定了每次事故免赔额和每次事故免赔率的，每次事故免赔金额以每次事故免赔额和按每次事故免赔率计算的金额二者高者为准。

保险期间

第十三条 除另有约定外，本合同保险期间为一年，以保险单载明的起讫时间为准。

保险人义务

第十四条 本合同成立后，保险人应当及时向投保人签发保险单或其他保险凭证。

第十五条 保险事故发生后，投保人、被保险人提供的有关索赔的证明和资料不完整的，保险人应当及时一次性通知投保人、被保险人补充提供。

第十六条 保险人收到被保险人的赔偿保险金的请求后，应当及时作出核定；情形复杂的，应当在三十日内作出核定，但本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，在与被保险人达成赔偿保险金的协议后十日内，履行赔偿保险金义务。本合同对赔偿或者给付保险金的期限有约定的，保险人应当按照约定履行赔偿保险金的义务。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赔偿保险金通知书，并说明理

由。

第十七条 保险人自收到赔偿保险金的请求和有关证明、资料之日起六十日内，对其赔偿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支付；保险人最终确定赔偿的数额后，应当支付相应的差额。

投保人、被保险人义务

第十八条 除另有约定外，投保人应当在本合同成立时交清保险费，**投保人未按约定交清保险费的，本合同不生效。对本合同生效前发生的保险事故，保险人不承担保险责任。**

第十九条 订立本合同，保险人就保险标的或者被保险人的有关情况提出询问的，投保人应当如实告知。

投保人故意或者因重大过失未履行前款约定的如实告知义务，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。

前款约定的本合同解除权，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，不承担赔偿保险金的责任，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，不承担赔偿保险金的责任，但应当退还保险费。

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，保险人应当承担赔偿保险金的责任。

第二十条 被保险人应当严格遵守国家及政府有关部门的法律和法规，采取合理的预防措施，尽力避免或减少保险事故的发生，维护保险标的的安全。

被保险人未按照约定履行其对保险标的的安全应尽责任的，保险人有权要求增加保险费或者解除本合同。

第二十一条 在合同有效期内，保险标的的危险程度显著增加的，被保险人应当及时通知保险人，保险人可以增加保险费或者解除合同。

被保险人未履行前款约定的通知义务的，因保险标的的危险程度显著增加而发生的保险事故，保险人不承担赔偿保险金的责任。

第二十二条 知道保险事故发生后，被保险人应该：

(一) 尽力采取必要、合理的措施，防止或减少损失，否则，对因此扩大的损失，**保险人不承担赔偿责任；**

(二) 及时通知保险人，并书面说明事故发生的原因、经过和损失情况。**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，不承担赔偿保险金的责任，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除外；**

(三) 保护事故现场，允许并且协助保险人进行事故调查。**对于拒绝或者妨碍保险人进行事故调查导致无法确定事故性质、原因、损失程度等的，保险人对无法确定的部分不承担赔偿责任。**

第二十三条 被保险人向保险人申请赔偿时，应当提供索赔申请书、保险合同、财产损失清单、发票、费用单据、有关部门的证明以及投保人、被保险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。

投保人、被保险人未履行前款约定的单证提供义务，导致保险人无法确定保险事故的性质、原因、损失程度等的，保险人对无法确定的部分不承担赔偿责任。

赔偿处理

第二十四条 保险事故发生时，被保险人对保险标的不具有保险利益的，不得向保险人请求赔偿保险金。

第二十五条 保险标的发生保险责任范围内的损失，应当尽量修复。修复前被保险人须会同保险人检验，确定修复项目、方式和费用。否则，保险人有权重新核定或拒绝赔偿。

受损保险标的在修复过程中，被保险人进行的任何性质、性能上的改善所产生的额外费用，保险人不负责赔偿。

第二十六条 保险标的遭受损失后，如果有残余价值，应由保险人与被保险人双方协商处理。如折归被保险人，由保险人与被保险人双方协商确定其价值，并在保险赔款中扣除。

第二十七条 保险标的遭受保险责任范围内的损失时，保险人按下列规定进行赔偿：

（一）全部损失

按实际价值扣除保险单载明的每次事故免赔额或按每次事故免赔率计算的免赔金额后进行赔偿，但赔偿金额以保险金额为限。

（二）部分损失

按修复费用扣除保险单载明的每次事故免赔额或按每次事故免赔率计算的免赔金额后进行赔偿，但赔偿金额以保险金额和实际价值的低者为限。

第二十八条 被保险人为防止或减少保险标的的损失所支付的必要的、合理的费用，在保险标的的损失赔偿金额之外另行计算，最高不超过保险标的的保险金额或实际价值（二者以低者为准）。

若保险标的的赔偿金额因重复保险的存在而减少时，保险人对于施救费用的赔偿金额也以同样的比例为限。

第二十九条 保险事故发生时，如果存在重复保险，保险人按照本合同的相应保险金额与其他保险合同及本合同相应保险金额总和的比例承担赔偿保险金责任。

其他保险人应承担的赔偿金额，本保险人不负责垫付。若被保险人未如实告知导致保险人多支付赔偿金的，保险人有权向被保险人追回多支付的部分。

第三十条 保险标的发生部分损失，保险人履行赔偿义务后，本合同的保险金额自损失发生之日起按保险人的赔偿金额相应减少，保险人不退还保险金额减少部分的保险费。如投保人请求恢复至原保险金额，应按原约定的保险费率另行支付恢复部分从投保人请求的恢复日期起至保险期间届满之日止按日比例计算的保险费。

第三十一条 因第三者对保险标的的损害而造成保险事故的，保险人自向被保险人赔偿保险金之日起，在赔偿金额范围内代位行使被保险人对第三者请求赔偿的权利，被保险人应当向保险人提供必要的文件和所知道的有关情况。

被保险人已经从第三者取得赔偿的，保险人赔偿保险金时，可以相应扣减被保险人已从第三者取得的赔偿金额。

保险事故发生后，在保险人未赔偿保险金之前，被保险人放弃对第三者请求赔偿权利的，保险人不承担赔偿保险金责任；保险人向被保险人赔偿保险金后，被保险人未经保险人同意放弃对第三者请求赔偿权利的，该行为无效；由于被保险人故意或者因重大过失致使保险人不能行使代位请求赔偿的权利的，保险人可以扣减或者要求返还相应的保险金。

争议处理和法律适用

第三十二条 因履行本合同发生的争议，由当事人协商解决。协商不成的，提交保险单载明的仲裁机构仲裁；保险单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（不包括香港特别行政区、澳门特别行政区以及台湾地区）有管辖权的人民法院起诉。

第三十三条 与本合同有关的以及履行本合同产生的一切争议，适用中华人民共和国法律（不包括香港特别行政区、澳门特别行政区以及台湾地区法律）。

其他事项

第三十四条 投保人和保险人可以协商变更本合同内容。

变更本合同的，应当由保险人在保险单或者其他保险凭证上批注或者附贴批单，或者由投保人和保险人订立变更的书面协议。

第三十五条 保险标的发生部分损失的，自保险人赔偿之日起三十日内，投保人可以申请解除合同；除本合同另有约定外，保险人也可以解除本合同，但应当提前十五日通知投保人。

本合同依据前款规定解除的，保险人应当将保险标的未受损失部分的保险费，扣除自保险责任开始之日起至合同解除之日止期间与保险期间的日比例计算应收的部分后，退还投保人。

第三十六条 保险标的发生全部损失，属于保险责任的，保险人在履行赔偿义务后，本合同终止；不属于保险责任的，本合同终止，保险人按照保险责任开始之日起至本合同终止之日止期间与保险期间的日比例计收保险费，并退还剩余部分保险费。

第三十七条 保险责任开始前，投保人要求解除本合同的，应当向保险人支付手续费，保险人应当退还剩余部分保险费。除另有约定外，手续费支付标准为保险费的5%。

保险责任开始后，投保人要求解除本合同的，自通知保险人之日起，本合同解除，除另有约定外，保险人按照保险责任开始之日起至本合同解除之日止期间与保险期间的日比例计收保险费，并退还剩余部分保险费。

保险责任开始后，保险人要求解除本合同的，可提前十五日向投保人发出解约通知书解除本合同，保险人按照保险责任开始之日起至本合同解除之日止期间与保险期间的日比例计收保险费，并退还剩余部分保险费。

释义

第三十八条 本合同涉及下列术语时，适用下列释义：

（一）**火灾**：在时间或空间上失去控制的燃烧所造成的灾害。构成本保险的火灾责任必

须同时具备以下三个条件：

1. 有燃烧现象，即有热、有光、有火焰；
2. 偶然、意外发生的燃烧；
3. 燃烧失去控制并有蔓延扩大的趋势。

因此，仅有燃烧现象并不等于构成本保险中的火灾责任。在生产、生活中有目的用火，如为了防疫而焚毁玷污的衣物，点火烧荒等属正常燃烧，不同于火灾责任。因烘、烤、烫、烙造成焦糊变质等损失，既无燃烧现象，又无蔓延扩大趋势，也不属于火灾责任。电机、电器、电气设备因使用过度、超电压、碰线、弧花、漏电、自身发热所造成的本身损毁，不属于火灾责任。但如果发生了燃烧并失去控制蔓延扩大，才构成火灾责任，保险人对电机、电器、电气设备本身的损失负责赔偿。

(二) 爆炸：爆炸分物理性爆炸和化学性爆炸。

1. 物理性爆炸：由于液体变为蒸汽或气体膨胀，压力急剧增加并大大超过容器所能承受的极限压力，因而发生爆炸。如锅炉、空气压缩机、压缩气体钢瓶、液化气罐爆炸等。关于锅炉、压力容器爆炸的定义是：锅炉或压力容器在使用中或试压时发生破裂，使压力瞬时降到等于外界大气压力的事故，称为“爆炸事故”。

2. 化学性爆炸：物体在瞬息分解或燃烧时放出大量的热和气体，并以很大的压力向四周扩散的现象。如火药爆炸、可燃性粉尘纤维爆炸、可燃气体爆炸及各种化学物品的爆炸等。因物体本身的瑕疵，使用损耗或产品质量低劣以及由于容器内部承受“负压”（内压比外压小）造成的损失，不属于爆炸责任。

(三) 雷击：指由雷电造成的灾害。雷电为积雨云中、云间或云地之间产生的放电现象。雷击的破坏形式分直接雷击与感应雷击两种。

1. 直接雷击：由于雷电直接击中保险标的造成损失，属直接雷击责任。

2. 感应雷击：由于雷击产生的静电感应或电磁感应使屋内对地绝缘金属物体产生高电位放出火花引起的火灾，导致电器本身的损毁，或因雷电的高电压感应，致使电器部件的损毁，属感应雷击责任。

(四) 暴雨：指每小时降雨量达 16 毫米以上，或连续 12 小时降雨量达 30 毫米以上，或连续 24 小时降雨量达 50 毫米以上的降雨。

(五) 洪水：指山洪暴发、江河泛滥、潮水上岸及倒灌。但规律性的涨潮、自动灭火设施漏水以及在常年水位以下或地下渗水、水管爆裂不属于洪水责任。

(六) 暴风：指风力达 8 级、风速在 17.2 米/秒以上的自然风。

(七) 龙卷风：指一种范围小而时间短的猛烈旋风，陆地上平均最大风速在 79 米/秒-103 米/秒，极端最大风速在 100 米/秒以上。

(八) 台风：台风指中心附近最大平均风力 12 级或以上，即风速在 32.6 米/秒以上的热带气旋。

(九) 暴雪：指连续 12 小时的降雪量大于或等于 10 毫米的降雪现象。

(十) 冰雹：指从强烈对流的积雨云中降落到地面的冰块或冰球，直径大于 5 毫米，核

心坚硬的固体降水。

(十一) 冰凌：指春季江河解冻期时冰块飘浮遇阻，堆积成坝，堵塞江道，造成水位急剧上升，以致江水溢出江道，漫延成灾。

陆上有些地区，如山谷风口或酷寒致使雨雪在物体上结成冰块，成下垂形状，越结越厚，重量增加，由于下垂的拉力致使物体毁坏，也属冰凌责任。

(十二) 崩塌：石崖、土崖、岩石受自然风化、雨蚀造成崩溃下塌，以及大量积雪在重力作用下从高处突然崩塌滚落。

(十三) 突发性滑坡：斜坡上不稳的岩土体或人为堆积物在重力作用下突然整体向下滑动的现象。

(十四) 泥石流：由于雨水、冰雪融化等水源激发的、含有大量泥沙石块的特殊洪流。

(十五) 地面突然下陷下沉：地壳因为自然变异，地层收缩而发生突然塌陷。对于因海潮、河流、大雨侵蚀或在建筑房屋前没有掌握地层情况，地下有孔穴、矿穴，以致地面突然塌陷，也属地面突然下陷下沉。但未按建筑施工要求导致建筑地基下沉、裂缝、倒塌等，不在此列。

(十六) 飞行物体及其他空中运行物体坠落：指空中飞行器、人造卫星、陨石坠落，吊车、行车在运行时发生的物体坠落，人工开凿或爆炸而致石方、石块、土方飞射、塌下，建筑物倒塌、倒落、倾倒，以及其他空中运行物体坠落。

(十七) 重大过失行为：指行为人因疏忽或过于自信不但没有遵守法律规范对其较高要求，甚至连一般人都应当注意并能注意的一般标准也未达到的行为。

(十八) 恐怖活动：指任何人以某一组织的名义或参与某一组织使用武力或暴力对任何政府进行恐吓或施加影响而采取的行动。

(十九) 地震：地壳发生的震动。

(二十) 海啸：海啸是指由海底地震，火山爆发或水下滑坡、塌陷所激发的海洋巨波。

(二十一) 次生灾害：指强烈地震或海啸发生后，自然以及社会原有的状态被破坏，造成的山体滑坡、泥石流、水灾、瘟疫、火灾、爆炸、毒气泄漏、放射性物质扩散等一系列的因地震或海啸引起的灾害。

(二十二) 家庭成员：指法律上与被保险人存在近亲属关系并共同生活的成员。

(二十三) 暂居人员：指在本合同载明地址上的被保险房屋内居住超过 5 天的人。

(二十四) 家政服务人员：指经由正规中介机构介绍受雇于被保险人，并按其要求以自身的体力或脑力劳动，完成被保险人日常家庭生活事务，并收取劳动报酬的人员，包括钟点工、半天工、全天工、全天寄宿工等，仅限于保姆、护理人员、清洁卫生人员、家庭教育人员。

(二十五) 行政行为：指行使国家行政权机关在实施行政管理活动、行使行政职权过程中所做出的具有法律意义的行为。

(二十六) 司法行为：指司法机关在司法活动中所实施的行为。

(二十七) 间接损失：指有形财产的直接损坏、损毁后，进而造成的收益的减少或损失、价值的降低以及支出的增加等后果损失。

(二十八) **全部损失**: 指保险标的整体毁损, 无法修复。

(二十九) **部分损失**: 指保险标的受损后未达到全部损失程度的局部损失。

(三十) **实际价值**: 指保险标的的市场价值, 或用重置成本减折旧的方法或其他估价方法确定的价值。重置成本是指重新购置或建造一个全新状态的保险标的所需的全部成本。

(三十一) **修复费用**: 指将受损保险标的修复至其基本恢复到受损前状态所需要的费用。

(三十二) **便携式设备**: 指便携式电脑、移动电话、随身听、数码播放器、耳机、电动剃须刀、电动牙刷、照相机或摄像机。

中银保险有限公司

家庭财产保险附加管道破裂及水渍保险条款

(注册编号: C00004632122022042553891)

总则

第一条 本附加险合同可附加于中银保险有限公司各种家庭财产保险合同(以下简称“主合同”)。主合同效力终止,本附加险合同效力亦同时终止;主合同无效,本附加险合同亦无效。本附加险合同未约定事项,以主合同为准;主合同与本附加险合同相抵触之处,以本附加险合同为准。凡涉及本附加险合同的约定,均采用书面形式。

保险责任

第二条 在保险期间内,因本保险合同承保的标的房屋室内的自来水管、下水管道和暖气管道(含暖气片)突然破裂致使水流外溢,或邻居家及公共区域漏水,造成保险标的的损失,保险人按照本保险合同的约定负责赔偿。

责任免除

第三条 下列损失、费用,保险人不负责赔偿:

- (一) 因私自改动原管道设计致使管道破裂造成保险标的的损失;
- (二) 因管道试水、试压造成管道破裂跑水造成的保险标的的损失;
- (三) 本保险合同约定的免赔额或按本保险合同约定的免赔率计算的免赔额。

保险金额

第四条 本附加险合同的保险金额由投保人和保险人双方约定,并在本保险合同中载明。

中银保险有限公司

家庭财产保险附加家庭雇佣责任保险条款

(注册编号: C00004630922022021609421)

总则

第一条 本附加保险合同(以下简称“本附加险合同”)可附加于各种家庭财产保险合同(以下简称“主险合同”),只有在投保了主险合同的基础上,方可投保本附加险合同。

主险合同与本附加险合同相抵触的,以本附加险合同为准;本附加险合同未约定事项,以主险合同为准。主险合同效力终止,本附加险合同效力亦同时终止;主险合同无效,本附加险合同亦无效。

保险责任

第二条 保险期间内,被保险人合法雇佣的家政服务人员在主险合同载明的房屋内从事被保险人指定的家政服务时,因遭受意外事故所致伤、残或死亡,依照中华人民共和国法律(不包括香港特别行政区、澳门特别行政区和台湾地区法律)应由被保险人承担的下列经济赔偿责任,保险人依照本附加险的约定负责赔偿:

- (一)符合保险单签发地基本医疗保险报销范围的、合理且必要的住院医疗费用;
- (二)死亡或伤残赔偿金。

责任免除

第三条 下列原因造成的损失、费用和责任,保险人不负责赔偿:

- (一)被保险人或其家庭成员的故意行为;
- (二)战争、敌对行为、军事行动、武装冲突、恐怖活动、骚乱、暴动;
- (三)核爆炸、核辐射、核污染及其他放射性污染;
- (四)家政服务员患疾病、传染病、分娩、流产以及因此而施行内外科治疗手术;
- (五)家政服务员自伤、自残、自杀、打架、斗殴、酗酒、服用、吸食或注射毒品、犯罪或拒捕。

责任限额

第四条 本附加险的责任限额由投保人和保险人约定,并在保险单中载明。

被保险人义务

第五条 被保险人收到受害人或其代理人的损害赔偿请求时,应立即通知保险人。未经保险人书面同意,被保险人对受害人或其代理人作出的任何承诺、拒绝、出价、约定、付款或赔偿,保险人不受其约束。对于被保险人自行承诺或支付的赔偿金额,保险人有权重新核定,不属于本附加险合同责任范围或超出应赔偿限额的,保险人不承担赔偿保险金的责任。在处理索赔过程中,经被保险人同意,保险人有权在被保险人授权的情况下自行处理由其承担最终赔偿责任的任何索赔案件,被保险人有义务向保险人提供其所能提供的资料和协助。

第六条 被保险人获悉可能发生诉讼、仲裁时，应立即以书面形式通知保险人；接到法院传票或其他法律文书后，应将其副本及时送交保险人。在被保险人授权范围内，保险人有权以被保险人的名义处理有关诉讼或仲裁事宜，被保险人应提供有关文件，并给予必要的协助。

对因未及时提供上述通知或必要协助引起或扩大的损失，保险人不承担赔偿保险金的责任。

第七条 保险人受理报案、进行现场查勘、核损定价、参与案件诉讼、向被保险人提供建议等行为，均不构成保险人对赔偿责任的承诺。

第八条 被保险人请求赔偿时，应向保险人提供下列证明和资料：

（一）保险单或其他保险凭证；

（二）索赔申请书，包含对事故的原因、经过和损失程度等的详细说明；

（三）受害人或其代理人向被保险人提出索赔的相关材料；

（四）造成受害人人身伤害的，应包括：受害人的病历、诊断证明、医疗费等医疗单据；受害人的伤害程度证明；受害人伤残的，应提供保险人认可的伤残鉴定机构出具的伤残程度证明；受害人死亡的，应提供公安机关或医疗机构出具的死亡证明书，或公安机关出具的户籍注销证明；

（五）事故证明材料；

（六）被保险人与受害人或其代理人所签订的赔偿协议书或和解书；经判决或仲裁的，应提供判决书或仲裁裁决文书；

（七）投保人、被保险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。

投保人、被保险人未履行前款约定的索赔材料提供义务，导致保险人无法确定保险事故的性质、原因、损失程度的，保险人对无法确定部分不承担赔偿责任。

赔偿处理

第九条 保险人的赔偿以下列方式之一确定的被保险人的赔偿责任为基础：

（一）被保险人和受伤害人或其代理人协商并经保险人确认；

（二）仲裁机构裁决；

（三）人民法院判决；

（四）保险人认可的其他方式。

第十条 在保险责任范围内，保险人按照以下方式计算赔偿：

（一）家政服务人员死亡的，保险人按照保险单载明的责任限额赔偿；

（二）家政服务人员残疾的，由保险人认可的伤残鉴定机构依据《劳动能力鉴定 职工工伤与职业病致残等级》鉴定残疾程度，保险人按照本附加险合同所附伤残赔偿比例表约定的百分比，乘以保险单载明的责任限额赔偿；

（三）被保险人承担的符合当地基本医疗保险报销范围的、合理且必要的住院医疗费用，保险人在保险单载明的责任限额内据实赔偿；

(四) 在保险期间内，保险人上述各项赔偿金额之和不超过保险单载明的责任限额。

释义

【住院】指被保险人因疾病或意外伤害事故而入住医院之正式病房接受全日24小时监护治疗的过程，并正式办理入出院手续，不包括入住门诊观察室、其他非正式病房或挂床住院。

挂床住院指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，只收护理费、诊疗费、床位费等情况。

【基本医疗保险】本附加险合同所称的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、新型农村合作医疗等政府举办的社会基本医疗保障项目。

【保险人认可的伤残鉴定机构】指司法鉴定机构以及国家卫生部医院等级分类中的二级以上（含）的医疗机构。

【《劳动能力鉴定 职工工伤与职业病致残等级》】指由国家质量监督检验检疫总局、国家标准化管理委员会发布的《劳动能力鉴定 职工工伤与职业病致残等级》（GB/T16180-2014，中华人民共和国国家标准公告 2014 年第 21 号）；如该标准重新修订，则以最新修订的文件版本为准。

附：《伤残赔偿比例表》

伤残程度	赔偿比例
一级伤残	100%
二级伤残	80%
三级伤残	65%
四级伤残	55%
五级伤残	45%
六级伤残	25%
七级伤残	15%
八级伤残	10%
九级伤残	4%
十级伤残	1%

中银保险有限公司

家庭财产保险附加居家责任保险条款

(注册编号: C00004630922022042553951)

总则

第一条 本附加险合同可附加于中银保险有限公司各种家庭财产保险合同(以下简称“主合同”),依主合同投保人的申请,经保险人同意而订立。主合同效力终止,本附加险合同效力亦同时终止;主合同无效,本附加险合同亦无效。本附加险合同未约定事项,以主合同为准;主合同与本附加险合同相抵触之处,以本附加险合同为准。凡涉及本附加险合同的约定,均应采用书面形式。

保险责任

第二条 在保险期间内,在本保险合同承保的标的房屋内(包括房屋专属的天台、庭院),由于下列原因导致第三者人身伤亡或财产损失,依照中华人民共和国法律(不包括香港特别行政区、澳门特别行政区和台湾地区法律)应由被保险人承担经济赔偿责任的,保险人依照本附加险合同的约定负责赔偿:

- (一) 火灾、爆炸、漏水;
- (二) 房屋附属的安装物、搁置物、悬挂物、管道,因意外事故造成倒塌、脱落、坠落、爆裂;
- (三) 由被保险人所有或看管的、已依法办理有效饲养手续的动物所引起的意外事故;
- (四) 家政服务人员在本保险合同承保的标的房屋内从事被保险人指定服务时引起的意外事故。

责任免除

第三条 下列损失、费用和责任,保险人不负责赔偿:

- (一) 被保险人或其家庭成员、家政服务人员的人身伤亡和财产损失;
- (二) 精神损害赔偿;
- (三) 任何形式的间接损失;
- (四) 行政罚款、刑事罚金及惩罚性赔偿。

责任限额

第四条 本附加险合同的责任限额由投保人和保险人双方约定,并在本保险合同中载明。

被保险人义务

第五条 被保险人收到第三者损害赔偿请求时,应立即通知保险人。未经保险人书面同意,被保险人对第三者及其代理人作出的任何承诺、拒绝、出价、约定、付款或赔偿,保险人不受其约束。对于被保险人自行承诺或支付的赔偿金额,保险人有权重新核定,不属于本附加险合同责任范围或超出应赔偿限额的,保险人不承担赔偿责任。在处理索赔过程中,经被保险人同意,保险人有权介入由其承担最终赔偿责任的任何索赔案件,被保险人有义务向保险人提供其所能提供的资料和协助。

第六条 被保险人获悉可能发生诉讼、仲裁时,应立即以书面形式通知保险人;接到法院传票或

其他法律文书后，应将其副本及时送交保险人。在被保险人授权范围内，保险人有权以被保险人的名义处理有关诉讼或仲裁事宜，被保险人应提供有关文件，并给予必要的协助。

对因未及时提供上述通知或必要协助导致扩大的损失，保险人不承担赔偿责任。

第七条 被保险人向保险人请求赔偿时，应提供下列证明和资料：

- (一) 保险单或其他保险凭证；
- (二) 索赔申请书；
- (三) 第三者或其代理人向被保险人提出索赔的相关证明和资料；
- (四) 造成第三者人身伤亡的，应提供病历、诊断证明、医疗收据、用药清单、司法鉴定机构依法出具的伤残鉴定报告、公安机关或医疗机构出具的死亡证明书等有关证明和资料；
- (五) 造成第三者财产损失的，应提供财产损失清单、费用清单、发票等；
- (六) 保险人认可的被保险人与第三者签订的赔偿协议书或和解书、调解书；经判决或仲裁的，应提供判决书或裁决书；
- (七) 投保人、被保险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。

投保人、被保险人未履行前款约定的索赔材料提供义务，导致保险人无法确定保险事故的性质、原因、损失程度的，保险人对无法确定部分不承担赔偿责任。

赔偿处理

第八条 保险人的赔偿以下列方式之一确定的被保险人的赔偿责任为基础：

- (一) 被保险人和向其提出损害赔偿请求的第三者协商并经保险人确认；
- (二) 仲裁机构裁决；
- (三) 人民法院判决；
- (四) 保险人认可的其他方式。

第九条 发生保险责任范围内的损失，保险人按以下方式计算赔偿：

- (一) 对于每次事故造成的损失，保险人按本附加险合同条款第八条确定的应由被保险人承担的赔偿金额进行赔偿，但以本附加险合同的责任限额为限；
- (二) 在保险期间内，保险人对多次事故损失的累计赔偿金额不超过本附加险合同的责任限额。

中银保险有限公司

家庭财产保险附加室内财产盗抢保险条款

(注册编号: C00004632122022042553961)

总则

第一条 本附加险合同附加于中银保险有限公司各种家庭财产保险合同(以下简称“主合同”),依主合同投保人的申请,经保险人同意而订立。主合同效力终止,本附加险合同效力亦同时终止;主合同无效,本附加险合同亦无效。本附加险合同未约定事项,以主合同为准;主合同与本附加险合同相抵触之处,以本附加险合同为准。凡涉及本附加险合同的约定,均应采用书面形式。

保险责任

第二条 在保险期间内,本保险合同承保的标的房屋内的室内财产因遭受经公安部门证实的、外来人员的入室抢劫或有明显痕迹的盗窃行为所致的丢失或损毁,且自公安部门认定的案发之日起三个月内未能破案,保险人按照本附加险合同的约定负责赔偿。

责任免除

第三条 下列原因之一导致的损失,保险人不负责赔偿:

- (一) 投保人、被保险人的故意或重大过失行为;
- (二) 被保险人的家庭成员、暂居人员、家政服务人员参与的盗窃、抢劫;
- (三) 保险标的存放处所无人居住或无人看管超过十五天的情况下遭受的盗窃、抢劫;
- (四) 门窗未锁而遭受盗窃、抢劫;
- (五) 窗外钩物行为、无明显盗窃痕迹所致的损失;
- (六) 在室外遭受的盗窃、抢劫。

第四条 本保险合同载明的每次事故免赔额或按照本保险合同载明的每次事故免赔率计算的免赔金额,保险人不负责赔偿。

保险金额及免赔额(率)

第五条 本附加险合同的保险金额由投保人和保险人双方约定,并在本保险合同中载明。

第六条 每次事故免赔额(率)由投保人与保险人双方协商确定,并在本保险合同中载明。

同时约定了每次事故免赔额和每次事故免赔率的,每次事故免赔金额以每次事故免赔额和按每次事故免赔率计算的金额二者高者为准。

赔偿处理

第七条 保险标的发生盗窃、抢劫保险事故后,被保险人应立即向公安部门报案,并获得相应书面证明,同时在知道或应当知道事故发生二十四小时内通知保险人,以便保险人核实损失。否则,对于无法确定的损失,保险人不承担赔偿责任。

第八条 被保险人向保险人请求赔偿时,除了提供主合同约定的相关证明材料外,还应当提供以

下材料：

（一） 公安部门的相关书面证明或回执；

（二） 财产损失清单、发票、费用单据；

（三） 投保人、被保险人所能提供的与确定保险事故的性质、原因、损失程度等有关的其他证明和资料。

第九条 保险标的发生本附加险保险责任范围内的损失时，保险人按照其实际损失扣除每次事故免赔额或按照每次事故免赔率计算的免赔金额后，在保险金额范围内计算赔偿。

第十条 保险人承担本附加险合同的赔偿义务以后，被保险人应将权益转让给保险人，如有公安部门破案追回的保险标的，应归保险人所有；被保险人如愿意收回被追回的保险标的，应将已领取该保险标的对应部分的赔款退还保险人，被追回保险标的的如有损毁，保险人对损毁部分按照实际损失进行相应赔偿。

中银保险有限公司

境外留学生意外伤害保险条款

(注册编号: C00004632312023082537231)

总则

第一条 本保险合同(以下简称“本合同”)由保险单和其他保险凭证及所附条款、投保单及与本合同有关的投保文件、合法有效的声明、批注、附贴批单、其他书面文件构成。凡涉及本合同的约定,均采用书面形式。

第二条 凡年满十二周岁(含)至四十五周岁(含),身体健康、能正常工作或正常生活的自然人可作为本合同的被保险人。

第三条 具有完全民事行为能力的被保险人本人,或对被保险人依法具有保险利益的其他具有完全民事行为能力的自然人、法人、非法人组织均可作为本合同的投保人。投保人为他人投保的,必须征得被保险人的同意且认可保险金额(投保人为其未成年子女投保的,不受此限)。

第四条 订立本合同时,被保险人或投保人可指定一人或数人为身故保险金受益人。身故保险金受益人为数人时,应确定其受益顺序和受益份额;未确定受益份额的,各身故保险金受益人按照相等份额享有受益权。本合同的残疾保险金的受益人为被保险人本人。

被保险人或投保人可以变更保险金受益人,但需书面通知保险人,由保险人在本合同上批注。**对因保险金受益人变更发生的法律纠纷,保险人不承担任何责任。**

投保人指定或变更保险金受益人的,应经被保险人书面同意。被保险人为无民事行为能力人或限制民事行为能力人的,应由其监护人指定或变更保险金受益人。

受益人故意造成被保险人身故、伤残的,或者故意杀害被保险人未遂的,该受益人丧失受益权。

保险责任

第五条 在保险期间内,被保险人在境外留学期间或在回国度假期间遭受意外伤害事故,并因该意外伤害导致其身故、残疾的,保险人依照下列约定给付保险金。

(一) 身故保险责任

在保险期间内,被保险人在境外留学期间或在回国度假期间遭受意外伤害事故,并自该事故发生之日起一百八十日内因该意外伤害为直接原因身故的,**保险人按意外伤害身故保险金额给付身故保险金,对该被保险人的保险责任终止。**

被保险人因遭受意外伤害事故且自该事故发生日起下落不明,后经人民法院宣告死亡的,保险人按意外伤害身故保险金额给付身故保险金。**但若被保险人被宣告死亡后生还的,保险金受领人应于知道或应当知道被保险人生还后三十日内退还保险人给付的身故保险金。**

(二) 残疾保险责任

在保险期间内,被保险人在境外留学期间或在回国度假期间遭受意外伤害事故,并自该事故发生之日起一百八十日内因该意外伤害为直接原因造成《人身保险伤残评定标准及代码》(以下简称《评定标准》)所列伤残程度之一的,**保险人按《评定标准》中所对应的保险金给付比例乘以意外伤害残疾保险金额给付残疾保险金。如第一百八十日治疗仍未结束的,按当日的身体情况进行伤残鉴定,并据此给付残疾保险金。**

被保险人如在遭受本次意外伤害事故之前已有残疾的,保险人按合并后的伤残程度在

《评定标准》中所对应的保险金给付比例乘以意外伤害残疾保险金额给付残疾保险金，但应扣减原有伤残程度在《评定标准》中所对应的残疾保险金（即所对应的保险金给付比例与意外伤害残疾保险金额的乘积）。

保险人对被保险人的残疾保险金给付总额以保险单载明的意外伤害残疾保险金额为限。一次或累计给付被保险人的残疾保险金达到意外伤害残疾保险金额时，保险人对被保险人的残疾保险责任终止。

责任免除

第六条 被保险人因下列原因而导致身故或残疾的，保险人不承担给付保险金责任：

- （一）投保人的故意行为；
- （二）被保险人故意自伤或自杀，但被保险人自杀时为无民事行为能力人的除外；
- （三）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；
- （四）被保险人妊娠（含宫外孕）、流产、分娩（含剖宫产）、药物过敏、食物中毒、高原反应、中暑、猝死；
- （五）被保险人接受包括美容、整容、整形手术在内的任何医疗行为而造成的意外；
- （六）被保险人未遵医嘱服用、涂用、注射药物；
- （七）疾病；
- （八）非因意外伤害导致的细菌或病毒感染；
- （九）任何生物、化学、原子能武器，原子能或核能装置所造成的爆炸、灼伤、污染或辐射；
- （十）被保险人因遭受意外伤害以外的原因失踪而被法院宣告死亡；
- （十一）恐怖袭击；
- （十二）被保险人从事高风险运动或参加职业或半职业体育运动。

第七条 被保险人在下列期间遭受意外伤害导致身故或残疾的，保险人不承担给付保险金责任：

- （一）战争、军事行动、武装叛乱或暴乱期间；
- （二）被保险人从事违法、犯罪活动期间或被依法拘留、服刑、在逃期间；
- （三）被保险人存在精神和行为障碍（以世界卫生组织颁布的《疾病和有关健康问题的国际统计分类》第十次修订版（ICD-10）为准）期间；
- （四）被保险人醉酒或受毒品、管制药物的影响期间；
- （五）被保险人酒后驾驶、无合法有效驾驶证驾驶或驾驶无合法有效行驶证的机动车期间；
- （六）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。

第八条 根据本保险条款其他部分内容中的相关约定，保险人应不承担或免除保险责任的各种情形下的损失、费用或责任，或保险人有权予以扣除、减少的部分，保险人不承担给付保险金的责任。

保险金额

第九条 本合同的意外伤害身故保险金额、意外伤害残疾保险金额由投保人、保险人双方约定，并在保险单中载明。若被保险人为未成年人，保险金额须符合国务院保险监督管理机构的相关规定。

保险期间

第十条 除另有约定外，本合同的保险期间为一年，以保险单载明的起讫时间为准。

保险人义务

第十一条 订立本合同时，保险人应当向投保人说明本合同的内容。

对本合同中免除保险人责任的条款，保险人在订立本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。

第十二条 本合同成立后，保险人应当及时向投保人签发保险单或其他保险凭证。

第十三条 保险事故发生后，投保人、被保险人或受益人提供的有关索赔的证明和资料不完整的，保险人应当及时一次性通知投保人、被保险人或受益人补充提供。

第十四条 保险人收到被保险人或者受益人的给付保险金请求后，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，但本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或者受益人；对属于保险责任的，在与被保险人或者受益人达成给付保险金的协议后十日内，保险人履行给付保险金义务。本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。

保险人依照前款的约定作出核定后，对不属于保险责任的，保险人应当自作出核定之日起三日内向被保险人或者受益人发出拒绝给付保险金通知书，并说明理由。

第十五条 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，对其给付的保险金数额不能确定的，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保险金数额后，应当支付相应的差额。

投保人、被保险人义务

第十六条 除本合同另有约定外，投保人应在本合同成立时交清保险费，投保人未按约定交清保险费的，本合同不生效。对本合同生效前发生的保险事故，保险人不承担保险责任。

第十七条 投保人应如实填写投保单并回答保险人提出的询问，履行如实告知义务。

投保人故意或者因重大过失未履行前款约定的如实告知义务，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。

前款约定的本合同解除权，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，但应当退还保险费。

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，保险人应当承担给付保险金责任。

第十八条 投保人住所或通讯地址变更时，应及时以书面形式通知保险人。投保人未通

知的，保险人按本合同所载的最后住所或通讯地址发送的有关通知，均视为已送达投保人。

第十九条 在保险期间内，投保人需变更本合同其他内容的，应以书面形式向保险人提出申请。保险人同意后出具批单，并在本合同中批注。

若被保险人身故，则保险人不接受本合同中有关该被保险人的任何内容的变更申请。

第二十条 发生保险责任范围内的事故后，投保人、被保险人或受益人应及时通知保险人，并书面说明事故发生的原因、经过和损失程度等情况；**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除外。

上述约定，不包括因不可抗力而导致的迟延。

保险金申请与给付

第二十一条 保险金申请人向保险人申请给付保险金时，应提交以下材料。保险金申请人因特殊原因不能提供以下材料的，应提供其他合法有效的材料。若保险金申请人委托他人申请的，还应提供授权委托书原件、委托人和受托人的身份证明等相关证明文件。**保险金申请人未能提供有关材料，导致保险人难以确定保险事故的性质、原因、损失程度等的，保险人对无法确定的部分不承担给付保险金的责任。**

（一）身故保险金申请

1. 保险金给付申请书；
2. 保险单或其他保险凭证；
3. 保险金申请人的身份证明；
4. 公安部门或司法部门、保险人认可的医疗机构出具的被保险人死亡证明或验尸报告。若被保险人为宣告死亡，保险金申请人应提供法院出具的宣告死亡证明文件；
5. 被保险人的户籍注销证明；
6. 被保险人的留学证明，包括录取通知书或学校开具的注册证明；
7. 保险金申请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。

（二）残疾保险金申请

1. 保险金给付申请书；
2. 保险单或其他保险凭证；
3. 保险金申请人的身份证明；
4. 保险人认可的伤残鉴定机构出具的伤残程度鉴定书；
5. 被保险人的留学证明，包括录取通知书或学校开具的注册证明；
6. 保险金申请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。

第二十二条 保险金申请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的规定。

合同的解除和争议处理

第二十三条 在本合同成立后，投保人可以书面形式通知保险人解除本合同，但已发生任何保险金给付或已发生本合同约定的保险事故但尚未给付保险金的，投保人不得要求解除本合同。

投保人解除本合同时，应填写保险合同解除申请书，并提供下列证明文件和资料：

- (一) 保险单或其他保险凭证原件；
- (二) 保险费交付凭证；
- (三) 投保人身份证明。

投保人要求解除本合同，自保险人接到保险合同解除申请书之时起，本合同的效力终止。保险人收到上述证明文件和资料之日起三十日内退还保险单的现金价值。

第二十四条 因履行本合同发生的争议，由当事人协商解决。协商不成的，提交保险单载明的仲裁机构仲裁；保险单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（不包括香港特别行政区、澳门特别行政区和台湾地区）有管辖权的人民法院起诉。

第二十五条 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法律（不包括香港特别行政区、澳门特别行政区和台湾地区法律）。

第二十六条 本合同约定与《中华人民共和国保险法》等法律规定相悖之处，以法律规定为准。本合同未尽事宜，以法律规定为准。

释义

第二十七条 本合同涉及下列术语时，适用下列释义：

- (一) **周岁**：以法定身份证明文件中记载的出生日期为基础计算的实足年龄。
- (二) **保险人**：指与投保人签订本合同的中银保险有限公司及其各分支机构。
- (三) **境外留学期间**：是指被保险人获中华人民共和国境外的国家或地区签发留学签证，往返其中华人民共和国境内（不包括香港特别行政区、澳门特别行政区和台湾地区）日常居住地和留学签证注明的留学所在国家或地区途中，以及身处留学签证注明的留学所在国家或地区进行实际留学的期间。
- (四) **意外伤害**：指因外来的、突发的、非本意的和非疾病的客观事件导致身体受到的伤害。自然死亡、疾病身故、猝死、自杀以及自伤均不属于意外伤害。
- (五) **《人身保险伤残评定标准及代码》**：指由原中国保险监督管理委员会发布的《人身保险伤残评定标准及代码》（保监发〔2014〕6号、标准编号JR/T0083-2013）；如该标准重新修订，则以最新修订的文件版本为准。
- (六) **猝死**：外表看似健康的人由于潜在的疾病或者功能障碍所引起的突然的出乎意料的死亡，猝死的认定以保险人认可的医疗机构的诊断和公安部门、司法部门的鉴定以及有资质的鉴定机构出具的鉴定报告为准。
- (七) **高风险运动**：指比一般常规性的运动风险等级更高、更容易发生人身伤害的运动，在进行此类运动前需有充分的心理准备和行动上的准备，必须具备一般人不具备的相关知识和技能或者必须在接受专业人士提供的培训或训练之后方能掌握。被保险人进行此类运动时须具备相关防护措施或设施，以避免发生损失或减轻损失，包括但不限于潜水、滑水、滑雪、滑冰、驾驶或乘坐滑翔翼、滑翔伞、跳伞、攀岩运动、探险活动、武术比赛、摔跤比赛、柔道、空手道、跆拳道、马术、拳击、特技表演、驾驶卡丁车、赛马、赛车、各种车辆表演、蹦极。

(八) 职业体育运动：指追求竞技比赛票房价值、以商业牟利为目的的竞技体育活动。职业体育运动员指参加职业体育运动，并以此为主要收入来源的人。

(九) 半职业体育运动：指非职业运动员参加职业体育运动赛事、或其他设有奖金或报酬的体育运动，但并不以此为主要收入来源。

(十) 醉酒：指血液中的酒精含量大于或者等于 80mg/100mL。

(十一) 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。

(十二) 管制药物：指根据《中华人民共和国药品管理法》及有关法规被列为特殊管理的药品，包括麻醉药品、精神药品、毒性药品及放射性药品。

(十三) 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《中华人民共和国道路交通安全法》等道路交通相关法律法规的规定认定为饮酒后驾驶或醉酒后驾驶。

(十四) 无合法有效驾驶证：被保险人存在下列情形之一者：

1. 无驾驶证或驾驶证有效期已届满；
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、剧毒或者放射性等危险物品的机动车，实习期内驾驶的机动车牵引挂车；
4. 持未按规定审验的驾驶证，以及在暂扣、扣留、吊销、注销驾驶证期间驾驶机动车；
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. 依照法律法规或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车。

(十五) 无合法有效行驶证：指下列情形之一：

1. 机动车被依法注销登记的；
2. 无公安机关交通管理部门核发的行驶证、号牌，或临时号牌或临时移动证的机动交通工具；
3. 未在规定检验期限内进行机动车安全技术检验或检验未通过的机动交通工具。

(十六) 现金价值：现金价值 = 保险费 × (1 - m/n)，其中，m 为已生效天数，n 为保险期间的天数，经过日期不足一日的按一日计算。

(十七) 保险金申请人：身故保险金申请人是指受益人或被保险人的继承人或依法享有保险金请求权的其他自然人；残疾保险金申请人是指被保险人本人。

(十八) 不可抗力：指不能预见、不能避免并不能克服的客观情况。

(十九) 保险人认可的医疗机构：在中华人民共和国境内（不包括香港特别行政区、澳门特别行政区和台湾地区）是指经中华人民共和国卫生部门评审确定的二级或以上的公立医院或投保人与保险人协商共同指定的医院或医疗机构。

在中华人民共和国境外及香港特别行政区、澳门特别行政区和台湾地区，是指保险人认可的根据所在国家或地区法律规定合法成立、运营并符合以下标准的医疗机构：

1. 主要运营目的是向受伤者和患病者提供留院治疗和护理服务；
2. 在一名或若干名医生的指导下为病人治疗，其中最少有一名具备合法执业资格的驻院医生驻诊；
3. 维持足够妥善的设备为病人提供医学诊断和治疗，并于机构内或由其管理的其他地方提供进行各种手术的设备；
4. 有合法执业的护士提供和指导二十四小时的全职护理服务。

但不包括以下或类似的医疗机构：

1. **精神病院；**
2. **老人院、疗养院、戒毒中心和戒酒中心；**
3. **健康中心或天然治疗所、疗养或康复院。**

（二十）保险人认可的伤残鉴定机构：指经保险人与被保险人或投保人协商同意的、经司法行政机关审核登记,并取得《司法鉴定许可证》的鉴定机构。

中银保险有限公司
境外留学生意外伤害保险
附加学业中断学费损失保险条款

(注册编号: C00004631922022021609731)

总则

第一条 本条款是《境外留学生意外伤害保险》(以下简称“主险”)的附加险条款。

本附加险合同与主险合同相抵触之处,以本附加险合同为准。本附加险合同未约定事项,以主险合同为准。主险合同效力终止,本附加险合同效力亦同时终止;主险合同无效,本附加险合同亦无效。

第二条 凡涉及本附加险合同的约定,均采用书面形式。

保险责任

第三条 在保险期间内,被保险人在境外留学期间因下列原因而不能继续其在就读学校的学业并造成该学期学业中断,保险人将以保险单上载明的本附加险的保险金额为限,给付被保险人已经支付并不能退还的该学期学费:

- (一) 被保险人身故;
- (二) 被保险人因遭受严重意外伤害事故或罹患严重疾病连续住院超过三十天,或被保险人委托的救援机构从医疗角度认定有送返境内的必要并被送返回境内;
- (三) 被保险人的直系亲属身故。

如被保险人从就读学校、任何政府机构或任何保险机构获得任何有关学费的补偿,则保险人从保险金中扣减上述补偿,仅给付剩余部分学费。

责任免除

第四条 因下列原因导致被保险人学业中断的,保险人不承担赔偿责任:

- (一) 被保险人遭受主险合同免除保险人责任的意外伤害;
- (二) 既往病症及其并发症;
- (三) 先天性疾病和先天性畸形。

保险金申请

第五条 保险金申请人向保险人申请给付保险金时,应填写保险金给付申请书,并提交以下材料。保险金申请人因特殊原因不能提供以下材料的,应提供其他合法有效的材料。若保险金申请人委托他人申请的,还应提供授权委托书原件、委托人和受托人的身份证明等相关证明文件。保险人按照本保险合同的约定,认为有关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。**保险金申请人未能提供有关材料,导致保险事故的性质、原因、损失程度等难以确定的,保险人对无法确定部分不承担给付保险金的责任。**

(一) 如被保险人或其直系亲属身故，须提供：

1. 保险单原件；
2. 该名直系亲属的身份证明及与被保险人关系证明；
3. 警方或司法部门认可的医疗机构出具的被保险人或其直系亲属死亡证明或验尸报告。
若被保险人或其直系亲属为宣告死亡，应提供人民法院出具的宣告死亡证明文件；
4. 被保险人或其直系亲属的户籍注销证明；
5. 被保险人就读学校开具的学业中断证明或退学证明；
6. 被保险人就读学校开具的交付学费证明；
7. 保险金申请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。

(二) 如被保险人因遭受严重意外伤害或罹患严重疾病连续住院超过三十天，或被保险人被救援机构从医疗角度认定有送返必要并被送返回境内，须提供：

1. 保险金给付申请书；
2. 保险单原件；
3. 被保险人身份证明；
4. 医院出具的病历记录及主管医师出具的病重证明；
5. 被保险人就读学校开具的学业中断证明、或退学证明；
6. 被保险人就读学校开具的交付学费证明；
7. 保险人所需的其他与本项索赔相关的证明和资料；
8. 保险金申请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。

释义

第六条 本附加险合同中下列用语的含义：

(一) 学费

是指被保险人在投保单上载明的境外学校就读课程时所收取的入学和注册费用，包括参加上述课程的实验费用和使用设施的费用，**但不包括被保险人在就读上述课程过程中发生的住宿费用，膳食费用和书本费用。**

(二) 严重意外伤害或罹患严重疾病

是指经由医生检查被保险人的身体状况后，认为可危及被保险人生命、使被保险人不能继续其学业的意外伤害或疾病。

(三) 住院

是指被保险人确因临床需要，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，且入住医疗机构必须达二十四小时以上且由医疗机构收取病房或床位费用。

（四）直系亲属

是指被保险人的配偶、父母、子女、兄弟姐妹、（外）祖父母、（外）孙子女。

（五）既往病症

指被保险人在投保之前已患的已知或应该知道的有关疾病或症状。

（六）境内

指中华人民共和国大陆地区，不含香港特别行政区、澳门特别行政区及台湾地区。

中银保险有限公司

境外留学生住院医疗救援保险条款

(注册编号：C00004632512021042750432)

总则

第一条 本保险合同（以下简称“本合同”）由保险单和其他保险凭证及所附条款、投保单及与本合同有关的投保文件、合法有效的声明、批注、附贴批单、其他书面文件构成。凡涉及本合同的约定，均应采用书面形式。

第二条 年龄在十二周岁至四十五周岁、身体健康、能正常工作或正常劳动的自然人可作为本合同的被保险人。

第三条 具有完全民事行为能力的人可作为本合同的投保人，为本人或他人投保本保险。投保人为他人投保的，必须对该被保险人具有保险利益。

保险责任

第四条 在保险期间内，如被保险人在境外留学期间或在回国度假期间遭受意外伤害或患急性病，应立即通过保险人提供的 24 小时救援电话联系保险人委托的救援机构（以下简称“救援机构”），**保险人将通过该救援机构向被保险人提供下列医疗救援服务并在相应的保险金额内承担相关费用：**

（一）住院医疗

救援机构根据被保险人的病情、伤势等，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院就医；如病情或伤势严重，救援机构将协助安排被保险人住院治疗（包括返回国内继续治疗），保险人将通过救援机构支付其住院医疗费用。

保险人所承担的住院医疗费用，以保险单上载明的住院医疗保险金额为限。

（二）医疗运送

救援机构的授权医生（以下称“授权医生”）认为当地医院的医疗条件不能保证被保险人得到及时充分的医疗救援时，被保险人将被转运到其他医疗条件适合的所在国家的医院或者邻近国家的医院。若授权医生认为病情需要，救援机构将派遣医护人员在转运过程中护送被保险人。**对被保险人的紧急医疗转运手段，以在事发当地能够提供的最合适的运送手段为限。若以空运为转运方式，救援机构将使用正常航班。**若授权医生认为必要，救援机构将雇用包机或者使用医疗救护专用飞机运送被保险人。

在对被保险人的救护措施结束后，或者当授权医生认为被保险人的病情或伤势已稳定并可视作正常乘客时，经授权医生从医疗角度判断需运送回国，救援机构将安排被保险人乘坐正常航班（**仅限经济舱**）返回国内居住地。若授权医生认为需要的话，救援机构将在运送被保险人返回国内居住地的过程中安排医疗护送。若授权医生认为被保险人回到国内仍需入院治疗，被保险人将被送到北京、上海、广州或国内居住地之中被保险人指定的任意一家医院；**若被保险人未指定或者不能指定有关医院，被保险人将被送至救援机构指定的医院。**

对于上述救援机构在安排被保险人进行医疗转运和运送回国过程中发生的交通费用以及通常发生的附属费用，由保险人通过救援机构来支付，但以保险单上载明的医疗运送保险金额为限。

（三）亲属探病

被保险人连续住院七天以上而于所在地又没有当地的亲友能给予照料，需要其直系亲属前往探视时，救援机构安排并支付一位成年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，同时安排其在当地住宿，并承担住宿费用（不包括食物、饮料、通讯及其他服务费用）。

保险人通过救援机构所承担的上述费用，以保险单上载明的亲属探病保险金额为限。

（四）后事处理

如被保险人在境外遭受意外伤害或患急性病不幸身故的，根据其直系亲属的要求，救援机构安排将被保险人的遗体或骨灰在事发地进行安葬或送返回国内居住地（棺木或骨灰盒规格必须符合国际航空运输标准），并支付相应的费用（不包括购买墓地、鲜花，举行告别仪式、宗教仪式，或任何其他非必要的费用）。若当时未有直系亲属与被保险人同行，及有关后事需由直系亲属直接处理，救援机构将协助被保险人在国内的一名直系亲属前往境外处理后事，并承担往返经济舱机票及住宿费用（不包括食物、饮料、通讯及其他服务费用）。

保险人通过救援机构所承担的上述费用，以保险单上载明的后事处理保险金额为限。

责任免除

第五条 被保险人因下列原因遭受意外伤害或患下列疾病的，保险人不承担保险责任：

- （一）投保人的故意行为；
- （二）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；
- （三）被保险人自致伤害或自杀，但被保险人自杀时为无民事行为能力人的除外；
- （四）被保险人接受美容、整容、整形手术；
- （五）被保险人未遵医嘱服用、涂用、注射药物；
- （六）被保险人醉酒或受毒品、管制药物的影响（但遵医嘱使用药物的情形不在此限）；
- （七）被保险人从事高风险运动或参加职业或半职业体育运动；
- （八）任何生物、化学、原子能武器，原子能或核能装置所造成的爆炸、灼伤、污染或辐射；
- （九）恐怖袭击；
- （十）怀孕、分娩、流产、不孕症、避孕及绝育手术以及由以上原因引起的并发症；
- （十一）既往症及其并发症、精神和行为障碍（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）、性传播疾病、感染艾滋病病毒或患艾滋病、遗传性疾病、先天性畸形、变形和染色体异常。

第六条 被保险人在下列期间遭受意外伤害或患急性病的，保险人不承担保险责任：

- （一）战争、军事行动、武装叛乱或暴乱期间；
- （二）被保险人从事违法、犯罪活动期间或被依法拘留、服刑、在逃期间；

(三) 被保险人存在精神和行为障碍（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）期间；

(四) 被保险人驾驶或搭乘非商业航班期间；

(五) 被保险人酒后驾驶、无合法有效驾驶证驾驶或驾驶无合法有效行驶证的机动车辆期间。

第七条 对于下列各项，保险人不承担保险责任：

(一) 被保险人在非救援机构安排的医院接受治疗；

(二) 未经救援机构事先同意的医疗救援费用；

(三) 搜寻和营救。

保险金额

第八条 保险金额由投保人、保险人双方约定，并在保险单中载明。

保险期间

第九条 保险期间由保险人和投保人协商确定，以保险单载明的起讫时间为准，但最长不超过一年。

保险人义务

第十条 订立本合同时，保险人应当向投保人说明合同的内容。

对本合同中免除保险人责任的条款，保险人在订立本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。

第十一条 本合同成立后，保险人应当及时向投保人签发保险单或其他保险凭证。

第十二条 保险人依据本保险条款第十三条所取得的本合同解除权，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。发生保险事故的，保险人承担赔偿责任。

保险人在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，保险人应当承担赔偿责任。

投保人、被保险人义务

第十三条 投保人应如实填写投保单并回答保险人提出的询问，履行如实告知义务。

投保人故意或者因重大过失未履行前款约定的如实告知义务，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，但应当退还保险费。

第十四条 除另有约定外，投保人应当在本合同成立时交清保险费，投保人未按约定交清保险费的，本合同不生效。

第十五条 投保人住所或通讯地址变更时，应及时以书面形式通知保险人。投保人未通知的，保险人按本合同所载的最后住所或通讯地址发送的有关通知，均视为已送达投保人。

第十六条 在保险期间内，投保人需变更合同其他内容的，应以书面形式向保险人提出申请。保险人同意后出具批单，并在本合同中批注。

若被保险人身故，则保险人不接受本合同中有关该被保险人的任何内容的变更申请。

保险事故的通知

第十七条 被保险人发生保险事故需要救援时，应立即通过保险人提供的救援电话联系救援机构，由救援机构安排提供救援服务，被保险人应按照救援机构安排的救援程序接受救援。在异常紧急情形下，被保险人本人因健康状况需急救而无法与救援机构立即联系的，应于保险事故发生后 24 小时之内通知救援机构。

如果被保险人未能遵守上述约定，救援机构有权终止服务，且保险人不负责承担任何费用。

合同的解除

第十八条 在本合同成立后，投保人可以书面形式通知保险人解除合同，但保险人已根据本合同约定给付保险金的除外。

投保人要求解除本合同时，应提供下列证明和材料：

- (一) 保险合同解除申请书；
- (二) 保险单正本或其它保险凭证；
- (三) 保险费交付凭证；
- (四) 投保人身份证明。

投保人要求解除本合同的，自保险人接到保险合同解除申请书之时起，本合同的效力终止。保险人收到上述证明文件和资料之日起三十日内退还保险单的现金价值。

争议处理和法律适用

第十九条 因履行本合同发生的争议，由当事人协商解决。协商不成的，提交保险单载明的仲裁机构仲裁；保险单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（不包括香港特别行政区、澳门特别行政区以及台湾地区）有管辖权的人民法院起诉。

第二十条 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法律（不包括香港特别行政区、澳门特别行政区以及台湾地区法律）。

第二十一条 本合同约定与《中华人民共和国保险法》等法律规定相悖之处，以法律规定为准。本合同未尽事宜，以法律规定为准。

释义

第二十二条 本合同中下列用语的含义：

- (一) **保险人**：指与投保人签订本合同的中银保险有限公司各分支机构。
- (二) **周岁**：以法定身份证明文件中记载的出生日期为计算基础的实足年龄。
- (三) **境外留学期间**：指被保险人获境外的国家或地区签发留学签证，往返其国内居住地和留学签证注明的留学所在国家或地区途中，以及身处留学签证注明的留学所在国家或地区进行实际留学的期间。
- (四) **境外**：指中华人民共和国大陆以外的国家或地区，包括香港特别行政区、澳门特

别行政区和台湾地区。

(五) 国内：指中华人民共和国大陆范围内，不包括香港特别行政区、澳门特别行政区和台湾地区。

(六) 国内居住地：指被保险人在国内的居住地。

(七) 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。自然死亡、疾病身故、猝死、自杀以及自伤均不属于意外伤害。

(八) 急性病：指被保险人在本合同生效之前未曾接受治疗或诊断，在保险期间突然发生的、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，不包括既往症及其并发症、精神和行为障碍、性传播疾病、感染艾滋病病毒或患艾滋病、遗传性疾病、先天性畸形、变形和染色体异常、牙齿治疗、预防性手术等非必须紧急治疗的手术、器官移植。

(九) 既往症：指被保险人在本合同生效日之前已经确诊罹患的、或知道（应当知道）的有关疾病或症状。包括但不限于以下情况：本合同生效日之前，医生已有明确诊断，长期治疗未间断的；医生已有明确诊断，治疗后症状未完全消失，有间断用药情况的；未经医生诊断和治疗，但症状明显且持续存在，以普通人医学常识应当知道的。投保人在投保时告知保险人，经保险人审核同意并在保险单中单独载明不属于既往症的疾病或病症，不属于本合同约定的既往症。

(十) 医院：在境外，是指根据国家法律规定合法成立、运营并符合以下标准的医疗机构：1. 主要运营目的是向受伤者和患病者提供留院治疗和护理服务；2. 在一名或若干名医生的指导下为病人治疗，其中最少有一名合法执业资格的驻院医生驻诊；3. 维持足够妥善的设备为病人提供医学诊断和治疗，并于机构内或由其管理的其他地方提供进行各种手术的设备；4. 有合法执业的护士提供和指导二十四小时的全职护理服务。但不包括以下或类似的医疗机构：1. 精神病院；2. 老人院、疗养院、戒毒中心和戒酒中心；3. 健康中心或天然治疗所、疗养或康复院。

在国内，是指经中华人民共和国卫生部门评审确定的二级或以上的公立医院或投保人与保险人协商共同指定的医院或医疗机构。

(十一) 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。

(十二) 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。

(十三) 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。

(十四) 醉酒：指血液中的酒精含量大于或者等于 80mg/100mL。

(十五) 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它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。

(十六) 管制药物：指根据《中华人民共和国药品管理法》及有关法规被列为特殊管理的药品，包括麻醉药品，精神药品，毒性药品及放射性药品。

(十七) 高风险运动：指比一般常规性的运动风险等级更高、更容易发生人身伤害的运动，在进行此类运动前需有充分的心理准备和行动上的准备，必须具备一般人不具备的相关知识和技能或者必须在接受专业人士提供的培训或训练之后方能掌握。被保险人进行此类运动时须具备相关防护措施或设施，以避免发生损失或减轻损失，包括但不限于潜水、滑水、滑雪、滑冰、驾驶或乘坐滑翔翼、滑翔伞、跳伞、攀岩运动、探险活动、武术比赛、摔跤比赛、柔道、空手道、跆拳道、马术、拳击、特技表演、驾驶卡丁车、赛马、赛车、各种车辆表演、蹦极。

(十八) 职业体育运动：指追求竞技比赛票房价值、以商业牟利为目的竞技体育活动。职业体育运动员指参加职业体育运动，并以此为主要收入来源的人。

(十九) 半职业体育运动：指非职业运动员参加职业体育运动赛事或其他设有奖金或报酬的体育运动，但并不以此为主要收入来源。

(二十) 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。

(二十一) 无合法有效驾驶证：指被保险人存在下列情形之一者：

1. 无驾驶证或驾驶证有效期已届满；
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、剧毒或者放射性等危险物品的机动车，实习期内驾驶的机动车牵引挂车；
4. 持未按规定审验的驾驶证，以及在暂扣、扣留、吊销、注销驾驶证期间驾驶机动车；
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. 依照法律法规或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车。

(二十二) 无合法有效行驶证：指下列情形之一：

1. 机动车被依法注销登记的；
2. 无公安机关交通管理部门核发的行驶证、号牌，或临时号牌或临时移动证的机动交通工具；
3. 未在规定检验期限内进行机动车安全技术检验或检验未通过的机动交通工具。

(二十三) 直系亲属：指被保险人的配偶、父母、岳父母、子女、兄弟姐妹、(外)祖父母、(外)孙子女。

(二十四) 现金价值：现金价值 = 净保费 × (1 - m/n)，其中，m为已生效天数，n为保险期间的天数，经过日期不足一日的按一日计算。

净保费 = 保险费 × (1 - 费用比例)。除另有约定外，费用比例为25%。

中银保险有限公司

境外旅行意外伤害保险条款

(注册编号: C00004632312022103109741)

总则

第一条 本保险合同(以下简称“本合同”)由保险单和其他保险凭证及所附条款、投保单及与本合同有关的投保文件、合法有效的声明、批注、附贴批单、其他书面文件构成。凡涉及本合同的约定,均采用书面形式。

第二条 拥有中华人民共和国国籍的公民,或在境内拥有居留证或长期居住权或持有中华人民共和国(不含香港特别行政区、澳门特别行政区以及台湾地区)政府部门签发的签证的非中华人民共和国国籍居民,身体健康,赴境外旅游、探亲访友、继承遗产以及从事商务活动或公务活动(不包括出国劳务或就业)的自然人均可作为本合同的被保险人。

第三条 具有完全民事行为能力的被保险人本人,或对被保险人依法具有保险利益的其他具有完全民事行为能力的自然人、法人、非法人组织均可作为本合同的投保人。投保人为他人投保的,必须征得被保险人的同意且认可保险金额(投保人为其未成年子女投保的,不受此限)。

第四条 订立本合同时,被保险人或投保人可指定一人或数人为身故保险金受益人。身故保险金受益人为数人时,应确定其受益顺序和受益份额;未确定受益份额的,各身故保险金受益人按照相等份额享有受益权。本合同的残疾保险金的受益人为被保险人本人。

被保险人或投保人可以变更保险金受益人,但需书面通知保险人,由保险人在本合同上批注。**对因保险金受益人变更发生的法律纠纷,保险人不承担任何责任。**

投保人指定或变更保险金受益人的,应经被保险人书面同意。被保险人为无民事行为能力人或限制民事行为能力人的,应由其监护人指定或变更保险金受益人。

受益人故意造成被保险人身故、伤残的,或者故意杀害被保险人未遂的,该受益人丧失受益权。

保险责任

第五条 在保险期间内,被保险人在境外旅游、探亲访友、继承遗产以及从事商务活动或公务活动期间遭受意外伤害事故,并因该意外伤害导致其身故、残疾的,保险人依照下列约定给付保险金。

(一) 身故保险责任

被保险人遭受意外伤害事故,并自该事故发生之日起一百八十日内因该意外伤害为直接原因身故的, **保险人按意外伤害身故保险金额给付身故保险金,对该被保险人的保险责任终止。**

被保险人因遭受意外伤害事故且自该事故发生日起下落不明,后经人民法院宣告死亡的,保险人按意外伤害身故保险金额给付身故保险金。**但若被保险人被宣告死亡后生还的,保险金受领人应于知道或应当知道被保险人生还后三十日内退还保险人给付的身故保险金。**

(二) 残疾保险责任

被保险人遭受意外伤害事故,并自该事故发生之日起一百八十日内因该意外伤害为直接原因造成《人身保险伤残评定标准及代码》(以下简称《评定标准》)所列伤残程度之一的,

保险人按《评定标准》中所对应的保险金给付比例乘以意外伤害残疾保险金额给付残疾保险金。如第一百八十日治疗仍未结束的，按当日的身体情况进行伤残鉴定，并据此给付残疾保险金。

被保险人如在遭受本次意外伤害事故之前已有残疾的，保险人按合并后的伤残程度在《评定标准》中所对应的保险金给付比例乘以意外伤害残疾保险金额给付残疾保险金，但应扣减原有伤残程度在《评定标准》中所对应的残疾保险金（即所对应的保险金给付比例与意外伤害残疾保险金额的乘积）。

保险人对被保险人的残疾保险金给付总额以保险单载明的意外伤害残疾保险金额为限。一次或累计给付被保险人的残疾保险金达到意外伤害残疾保险金额时，保险人对被保险人的残疾保险责任终止。

责任免除

第六条 被保险人因下列原因而导致身故或残疾的，保险人不承担给付保险金责任：

- （一）投保人的故意行为；
- （二）被保险人故意自伤或自杀，但被保险人自杀时为无民事行为能力人的除外；
- （三）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；
- （四）被保险人妊娠（含宫外孕）、流产、分娩（含剖宫产）、药物过敏、食物中毒、高原反应、中暑、猝死；
- （五）被保险人接受包括美容、整容、整形手术在内的任何医疗行为而造成的意外；
- （六）被保险人未遵医嘱服用、涂用、注射药物；
- （七）疾病；
- （八）非因意外伤害导致的细菌或病毒感染；
- （九）任何生物、化学、原子能武器，原子能或核能装置所造成的爆炸、灼伤、污染或辐射；
- （十）被保险人因遭受意外伤害以外的原因失踪而被法院宣告死亡；
- （十一）恐怖袭击；
- （十二）被保险人从事高风险运动或参加职业或半职业体育运动。

第七条 被保险人在下列期间遭受意外伤害导致身故或残疾的，保险人不承担给付保险金责任：

- （一）战争、军事行动、武装叛乱或暴乱期间；
- （二）被保险人从事违法、犯罪活动期间或被依法拘留、服刑、在逃期间；
- （三）被保险人存在精神和行为障碍（以世界卫生组织颁布的《疾病和有关健康问题的国际统计分类》第十次修订版（ICD-10）为准）期间；
- （四）被保险人醉酒或受毒品、管制药物的影响期间；
- （五）被保险人酒后驾驶、无合法有效驾驶证驾驶或驾驶无合法有效行驶证的机动车辆期间；
- （六）被保险人驾驶或搭乘非商业航班期间；
- （七）被保险人在保单载明的国家或地区以外的国家或地区旅游、探亲访友、继承遗

产以及从事商务活动或公务活动期间。

保险金额

第八条 分项保险金额是保险人承担给付该项保险金责任的最高限额。

意外伤害身故保险金额、意外伤害残疾保险金额由投保人、保险人双方约定，并在保险单中载明。若被保险人为未成年人，保险金额须符合国务院保险监督管理机构的相关规定。

保险期间

第九条 本合同的保险期间由保险人和投保人协商确定，以保单载明的起讫时间为准，最长不超过一年。保险人承担保险责任的时间自被保险人登上离境交通工具开始至被保险人离开入境交通工具时为止，但不超过保单载明的保险期间。

保险人义务

第十条 订立本合同时，保险人应当向投保人说明本合同的内容。

对本合同中免除保险人责任的条款，保险人在订立本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。

第十一条 本合同成立后，保险人应当及时向投保人签发保险单或其他保险凭证。

第十二条 保险事故发生后，投保人、被保险人或受益人提供的有关索赔的证明和资料不完整的，保险人应当及时一次性通知投保人、被保险人或受益人补充提供。

第十三条 保险人收到被保险人或者受益人的给付保险金请求后，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，但本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或者受益人；对属于保险责任的，在与被保险人或者受益人达成给付保险金的协议后十日内，保险人履行给付保险金义务。本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。

保险人依照前款的规定作出核定后，对不属于保险责任的，保险人应当自作出核定之日起三日内向被保险人或者受益人发出拒绝给付保险金通知书，并说明理由。

第十四条 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支付；保险人最终确定给付保险金的数额后，应当支付相应的差额。

投保人、被保险人义务

第十五条 除本合同另有约定外，投保人应在本合同成立时交清保险费，投保人未按约定交清保险费的，本合同不生效。对本合同生效前发生的保险事故，保险人不承担保险责任。

第十六条 投保人应如实填写投保单并回答保险人提出的询问，履行如实告知义务。

投保人故意或者因重大过失未履行前款约定的如实告知义务，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。

前款约定的本合同解除权，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，但应当退还保险费。

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，保险人应当承担给付保险金责任。

第十七条 投保人住所或通讯地址变更时，应及时以书面形式通知保险人。投保人未通知的，保险人按本合同所载的最后住所或通讯地址发送的有关通知，均视为已送达投保人。

第十八条 在保险期间内，投保人需变更本合同其他内容的，应以书面形式向保险人提出申请。保险人同意后出具批单，并在本合同中批注。

若被保险人身故，则保险人不接受本合同中有关该被保险人的任何内容的变更申请。

第十九条 发生保险责任范围内的事故后，投保人、被保险人或受益人应及时通知保险人，并书面说明事故发生的原因、经过和损失程度等情况；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除外。

上述约定，不包括因不可抗力而导致的迟延。

保险金申请与给付

第二十条 保险金申请人向保险人申请给付保险金时，应提交以下材料。保险金申请人因特殊原因不能提供以下材料的，应提供其他合法有效的材料。若保险金申请人委托他人申请的，还应提供授权委托书原件、委托人和受托人的身份证明等相关证明文件。保险金申请人未能提供有关材料，导致保险人难以确定保险事故的性质、原因、损失程度等的，保险人对无法确定的部分不承担给付保险金的责任。

（一）身故保险金申请

1. 保险金给付申请书；
2. 保险单或其他保险凭证；
3. 保险金申请人的身份证明；
4. 公安部门或司法部门、保险人认可的医疗机构出具的被保险人死亡证明或验尸报告。若被保险人为宣告死亡，保险金申请人应提供法院出具的宣告死亡证明文件；
5. 被保险人的户籍注销证明；
6. 保险金申请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。

（二）残疾保险金申请

1. 保险金给付申请书；
2. 保险单或其他保险凭证；
3. 保险金申请人的身份证明；
4. 保险人认可的伤残鉴定机构出具的伤残程度鉴定书；
5. 保险金申请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。

合同的解除和争议处理

第二十一条 在本合同成立后，投保人可以书面形式通知保险人解除本合同，但已发生

任何保险金给付或已发生本合同约定的保险事故但尚未给付保险金的，投保人不得要求解除本合同。

投保人解除本合同时，应填写保险合同解除申请书，并提供下列证明文件和资料：

- (一) 保险单或其他保险凭证原件；
- (二) 保险费交付凭证；
- (三) 投保人身份证明。

投保人要求解除本合同，自保险人接到保险合同解除申请书之时起，本合同的效力终止。保险人收到上述证明文件和资料之日起三十日内退还保险单的现金价值。

第二十二条 因履行本合同发生的争议，由当事人协商解决。协商不成的，提交保险单载明的仲裁机构仲裁；保险单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（不包括香港特别行政区、澳门特别行政区和台湾地区）有管辖权的人民法院起诉。

第二十三条 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法律（不包括香港特别行政区、澳门特别行政区和台湾地区法律）。

第二十四条 本合同约定与《中华人民共和国保险法》等法律规定相悖之处，以法律规定为准。本合同未尽事宜，以法律规定为准。

释义

第二十五条 本合同涉及下列术语时，适用下列释义：

- (一) **保险人**：指与投保人签订本合同的中银保险有限公司及其各分支机构。
- (二) **境内**：指中华人民共和国大陆范围内，不包括香港特别行政区、澳门特别行政区和台湾地区。
- (三) **境外**：指中华人民共和国大陆以外的国家或地区，包括香港特别行政区、澳门特别行政区和台湾地区。
- (四) **意外伤害**：指因外来的、突发的、非本意的和非疾病的客观事件导致身体受到的伤害。自然死亡、疾病身故、猝死、自杀以及自伤均不属于意外伤害。
- (五) **《人身保险伤残评定标准及代码》**：指由原中国保险监督管理委员会发布的《人身保险伤残评定标准及代码》（保监发〔2014〕6号、标准编号JR/T0083-2013）；如该标准重新修订，则以最新修订的文件版本为准。
- (六) **猝死**：外表看似健康的人由于潜在的疾病或者功能障碍所引起的突然的出乎意料的死亡，猝死的认定以保险人认可的医疗机构的诊断和公安部门、司法部门的鉴定以及有资质的鉴定机构出具的鉴定报告为准。
- (七) **高风险运动**：指比一般常规性的运动风险等级更高、更容易发生人身伤害的运动，在进行此类运动前需有充分的心理准备和行动上的准备，必须具备一般人不具备的相关知识和技能或者必须在接受专业人士提供的培训或训练之后方能掌握。被保险人进行此类运动时须具备相关防护措施或设施，以避免发生损失或减轻损失，包括但不限于潜水、滑水、滑雪、滑冰、驾驶或乘坐滑翔翼、滑翔伞、跳伞、攀岩运动、探险活动、武术比赛、摔跤比赛、柔道、空手道、跆拳道、马术、拳击、特技表演、驾驶卡丁车、赛马、赛车、各种车辆表演、蹦极。
- (八) **职业体育运动**：指追求竞技比赛票房价值、以商业牟利为目的的竞技体育活动。

职业体育运动员指参加职业体育运动，并以此为主要收入来源的人。

(九) 半职业体育运动：指非职业运动员参加职业体育运动赛事、或其他设有奖金或报酬的体育运动，但并不以此为主要收入来源。

(十) 醉酒：指血液中的酒精含量大于或者等于 80mg/100mL。

(十一) 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。

(十二) 管制药物：指根据《中华人民共和国药品管理法》及有关法规被列为特殊管理的药品，包括麻醉药品、精神药品、毒性药品及放射性药品。

(十三) 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《中华人民共和国道路交通安全法》等道路交通相关法律法规的规定认定为饮酒后驾驶或醉酒后驾驶。

(十四) 无合法有效驾驶证：被保险人存在下列情形之一者：

1. 无驾驶证或驾驶证有效期已届满；
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、剧毒或者放射性等危险物品的机动车，实习期内驾驶的机动车牵引挂车；
4. 持未按规定审验的驾驶证，以及在暂扣、扣留、吊销、注销驾驶证期间驾驶机动车；
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. 依照法律法规或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车。

(十五) 无合法有效行驶证：指下列情形之一：

1. 机动车被依法注销登记的；
2. 无公安机关交通管理部门核发的行驶证、号牌，或临时号牌或临时移动证的机动车交通工具；
3. 未在规定检验期限内进行机动车安全技术检验或检验未通过的机动车交通工具。

(十六) 现金价值：现金价值 = 保险费 × (1 - m/n)，其中，m 为已生效天数，n 为保险期间的天数，经过日期不足一日的按一日计算。

(十七) 保险金申请人：身故保险金申请人是指受益人或被保险人的继承人或依法享有保险金请求权的其他自然人；残疾保险金申请人是指被保险人本人。

(十八) 不可抗力：指不能预见、不能避免并不能克服的客观情况。

(十九) 保险人认可的医疗机构：在中华人民共和国境内（不包括香港特别行政区、澳门特别行政区和台湾地区）是指经中华人民共和国卫生部门评审确定的二级或以上的公立医院或投保人与保险人协商共同指定的医院或医疗机构。

在中华人民共和国境外及香港特别行政区、澳门特别行政区和台湾地区，是指保险人认可的根据所在国家或地区法律规定合法成立、运营并符合以下标准的医疗机构：

1. 主要运营目的是向受伤者和患病者提供留院治疗和护理服务；
2. 在一名或若干名医生的指导下为病人治疗，其中最少有一名合法执业资格的驻院医生驻诊；
3. 维持足够妥善的设备为病人提供医学诊断和治疗，并于机构内或由其管理的其他地方提供进行各种手术的设备；
4. 有合法执业的护士提供和指导二十四小时的全职护理服务。

但不包括以下或类似的医疗机构：

1. **精神病院；**
2. **老人院、疗养院、戒毒中心和戒酒中心；**
3. **健康中心或天然治疗所、疗养或康复院。**

（二十）保险人认可的伤残鉴定机构：指经保险人与被保险人或投保人协商同意的、经司法行政机关审核登记，并取得《司法鉴定许可证》的鉴定机构。

中银保险有限公司

境外旅行急性病身故保险条款

(注册编号: C00004631912021042750422)

总则

第一条 本保险合同(以下简称“本合同”)由保险单和其他保险凭证及所附条款、投保单及与本合同有关的投保文件、合法有效的声明、批注、附贴批单、其他书面文件构成。凡涉及本合同的约定,均应采用书面形式。

第二条 拥有中华人民共和国国籍的公民,或在境内拥有居留证或长期居住权或持有中华人民共和国政府部门签发的非中华人民共和国国籍居民,年龄在二十八日以上七十五周岁以下,身体健康,赴境外旅行(包括旅游、探亲访友、继承遗产以及从事商务活动或公务活动,但不包括出国劳务或就业)的自然人均可作为本合同的被保险人。

第三条 具有完全民事行为能力的被保险人本人、对被保险人有保险利益的其他人可作为投保人。投保人为他人投保的,必须征得被保险人的同意且确认保险金额(投保人为其未成年子女投保的,不受此限)。

第四条 订立本合同时,被保险人或投保人可指定一人或数人为身故保险金受益人。身故保险金受益人为数人时,应确定其受益顺序和受益份额;未确定受益份额的,各身故保险金受益人按照相等份额享有受益权。

被保险人或投保人可以变更保险金受益人,但需书面通知保险人,由保险人在本合同上批注。对因保险金受益人变更发生的法律纠纷,保险人不承担任何责任。

投保人指定或变更保险金受益人的,应经被保险人书面同意。被保险人为无民事行为能力人或限制民事行为能力人的,应由其监护人指定或变更身故保险金受益人。

受益人故意造成被保险人身故、伤残的,或者故意杀害被保险人未遂的,该受益人丧失受益权。

保险责任

第五条 在保险期间内,被保险人在境外旅行期间突发急性病,并自该急性病发生之日起三十日内因该急性病身故的,保险人按本合同载明的保险金额给付身故保险金,对该被保险人的保险责任终止。

责任免除

第六条 因下列原因造成被保险人身故的,保险人不承担给付保险金责任:

- (一) 投保人或被保险人的故意行为;
- (二) 既往症及其并发症、精神和行为障碍(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)、性传播疾病、感染艾滋病病毒或患艾滋病、遗传性疾病、先天性畸形、变形和染色体异常;
- (三) 怀孕、分娩、流产、不孕症、避孕及绝育手术以及由以上原因引起的并发症;
- (四) 药物过敏或其他医疗行为导致的伤害;
- (五) 被保险人醉酒或受毒品、管制药物的影响(但遵医嘱使用药物的情形不在此限);
- (六) 被保险人犯罪或拒捕。

第七条 下列情形下，被保险人身故的，保险人不承担给付保险金责任：

- (一) 被保险人违背医嘱而进行旅行；
- (二) 被保险人旅行的目的是寻求或接受医疗。

保险金额

第八条 本合同的保险金额由投保人、保险人双方约定，并在保险单中载明。

保险金额一经确定，在保险期间内不得变更。

保险期间

第九条 本合同的保险期间由保险人和投保人协商确定，以保险单载明的起讫时间为准，最长不超过一年。保险人承担保险责任的时间自被保险人登上离境交通工具开始至被保险人离开入境交通工具时为止，但不超过保险单载明的保险期间。

保险人义务

第十条 订立本合同时，保险人应当向投保人说明合同的内容。

对本合同中免除保险人责任的条款，保险人在订立本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。

第十一条 本合同成立后，保险人应当及时向投保人签发保险单或其他保险凭证。

第十二条 保险人依据本保险条款第十六条所取得的本合同解除权，自保险人知道有解除本合同事由之日起，超过三十日不行使而消灭。发生保险事故的，保险人承担给付保险金责任。

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，保险人应当承担保险责任。

第十三条 保险人认为保险金申请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保险金申请人补充提供。

第十四条 保险人收到保险金申请人的给付保险金的请求后，应当及时就是否属于保险责任作出核定，并将核定结果通知保险金申请人。情形复杂的，应当在三十日内作出核定，但本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，履行给付保险金义务。本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保险金申请人发出拒绝给付保险金通知书，并说明理由。

第十五条 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支付；保险人最终确定给付保险金的数额后，应当支付相应的差额。

投保人、被保险人义务

第十六条 投保人应如实填写投保单并回答保险人提出的询问，履行如实告知义务。

投保人故意或者因重大过失未履行前款约定的如实告知义务，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，保险人对于合同解除前发生的保险事故，不承担给付保险金的责任，但应当退还保险费。

第十七条 投保人申请投保时，应按被保险人的周岁年龄填写。

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的年龄限制的，保险人可以解除合同，并向投保人退还未满期保险费。

第十八条 除另有约定外，投保人应当在本合同成立时交清保险费，投保人未按约定交清保险费的，本合同不生效。

第十九条 投保人住所或通讯地址变更时，应及时以书面形式通知保险人。投保人未通知的，保险人按本合同所载的最后住所或通讯地址发送的有关通知，均视为已送达投保人。

第二十条 在保险期间内，投保人需变更合同其他内容的，应以书面形式向保险人提出申请。保险人同意后出具批单，并在本合同中批注。

若被保险人身故，则保险人不接受本合同中有关该被保险人的任何内容的变更申请。

第二十一条 发生保险责任范围内的事故后，投保人、被保险人或受益人应及时通知保险人，并书面说明事故发生的原因、经过和损失情况；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除外。

上述约定，不包括因不可抗力而导致的迟延。

保险金申请与给付

第二十二条 保险金申请人向保险人申请给付保险金时，应填写保险金给付申请书，并提交以下材料。保险金申请人因特殊原因不能提供以下材料的，应提供其它合法有效的材料。若保险金申请人委托他人申请的，还应提供授权委托书原件、委托人和受托人的身份证明等相关证明文件。保险金申请人未能提供有关材料，导致保险人无法确定保险事故的性质、原因、损失程度等的，保险人对无法确定部分不承担给付保险金的责任。

- (一) 保险单原件或其他保险凭证原件；
- (二) 保险金申请人、被保险人的身份证明；
- (三) 保险人认可的医疗机构出具的疾病诊断书；

(四) 被保险人在境内身故的，需提供公安部门或保险人认可的医疗机构出具的被保险人死亡证明书；被保险人在境外身故的，需提供事故发生地中华人民共和国使领馆或保险人认可的医疗机构出具的包含死亡原因的书面证明材料；

- (五) 被保险人的户籍注销证明；

(六) 保险金申请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。

第二十三条 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。

合同的解除

第二十四条 在本合同成立后，投保人可以书面形式通知保险人解除本合同，但保险人已根据本合同约定给付保险金的除外。

投保人要求解除本合同时，应提供下列证明和材料：

- （一）保险合同解除通知书；
- （二）保险单或其他保险凭证原件；
- （三）保险费交付凭证；
- （四）投保人身份证明。

投保人要求解除本合同的，自保险人接到保险合同解除通知书之时起，本合同的效力终止。保险人收到上述证明文件和资料之日起三十日内退还保险单的未到期保险费。

争议处理和法律适用

第二十五条 因履行本合同发生的争议，由当事人协商解决。协商不成的，提交保险单载明的仲裁机构仲裁；保险单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（不包括香港特别行政区、澳门特别行政区以及台湾地区）有管辖权的人民法院起诉。

第二十六条 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法律（不包括香港特别行政区、澳门特别行政区以及台湾地区法律）。

第二十七条 本合同约定与《中华人民共和国保险法》等法律规定相悖之处，以法律规定为准。本合同未尽事宜，以法律规定为准。

释义

第二十八条 本合同涉及下列术语时，适用下列释义：

- （一）**周岁**：以法定身份证明文件中记载的出生日期为基础计算的实足年龄。
- （二）**保险人**：指与投保人签订本合同的中银保险有限公司及各分支机构。
- （三）**境内**：指中华人民共和国大陆范围内，不包括香港特别行政区、澳门特别行政区和台湾地区。
- （四）**境外**：指中华人民共和国大陆以外的国家或地区，包括香港特别行政区、澳门特别行政区和台湾地区。
- （五）**急性病**：指被保险人在本合同生效之前未曾接受治疗或诊断，在保险期间突然发生的、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，不包括既往症及其并发症、精神和行为障碍、性传播疾病、感染艾滋病病毒或患艾滋病、遗传性疾病、先天性畸形、变形和染色体异常、牙齿治疗、预防性手术等非必须紧急治疗的手术、器官移植。
- （六）**既往症**：指被保险人在本合同生效日之前已经确诊罹患的、或知道（应当知道）的有关疾病或症状。包括但不限于以下情况：本合同生效日之前，医生已有明确诊断，长期治疗未间断的；医生已有明确诊断，治疗后症状未完全消失，有间断用药情况的；未经医生诊断和治疗，但症状明显且持续存在，以普通人医学常识应当知道的。投保人在投保时告知保险人，经保险人审核同意并在保险单中单独载明不属于既往症的疾病或病症，不属于本合同约定的既往症。
- （七）**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。

(八) 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。

(九) 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。

(十) 醉酒：指血液中的酒精含量大于或者等于 80mg/100mL。

(十一) 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它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。

(十二) 管制药物：指根据《中华人民共和国药品管理法》及有关法规被列为特殊管理的药品，包括麻醉药品，精神药品，毒性药品及放射性药品。

(十三) 认可的医疗机构：在境内，是指经中华人民共和国卫生部门评审确定的二级或以上的公立医院或投保人与保险人协商共同指定的医院或医疗机构。

在境外，是指保险人认可的根据所在国家法律规定合法成立、运营并符合以下标准的医疗机构：1. 主要运营目的是向受伤者和患病者提供留院治疗和护理服务；2. 在一名或若干名医生的指导下为病人治疗，其中最少有一名合法执业资格的驻院医生驻诊；3. 维持足够妥善的设备为病人提供医学诊断和治疗，并于机构内或由其管理的其他地方提供进行各种手术的设备；4. 有合法执业的护士提供和指导二十四小时的全职护理服务。但不包括以下或类似的医疗机构：1. 精神病院；2. 老人院、疗养院、戒毒中心和戒酒中心；3. 健康中心或天然治疗所、疗养或康复院。

(十四) 未到期保险费：未到期保险费 = 保险费 × (1 - m/n)，其中，m为已生效天数，n为保险期间的天数，经过日期不足一日的按一日计算。

(十五) 不可抗力：指不能预见、不能避免并不能克服的客观情况。

(十六) 保险金申请人：指受益人或被保险人的继承人或依法享有保险金请求权的其他自然人。

中银保险有限公司

境外旅行住院医疗救援保险条款

(注册编号: C00004632512021042750412)

总则

第一条 本保险合同(以下简称“本合同”)由保险单和其他保险凭证及所附条款、投保单及与本合同有关的投保文件、合法有效的声明、批注、附贴批单、其他书面文件构成。凡涉及本合同的约定,均应采用书面形式。

第二条 拥有中华人民共和国国籍的公民,或在境内拥有居留证或长期居住权或持有中华人民共和国政府部门签发的非中华人民共和国国籍居民,年龄在二十八日以上七十五周岁以下,身体健康,赴境外旅行(包括旅游、探亲访友、继承遗产以及从事商务活动或公务活动,但不包括出国劳务或就业)的自然人均可作为本合同的被保险人。

第三条 具有完全民事行为能力的人可作为本合同的投保人,为本人或他人投保本保险。投保人为他人投保的,必须对该被保险人具有保险利益。

保险责任

第四条 在保险期间内,如被保险人在境外旅行期间遭受意外伤害或罹患急性病,应立即通过保险人提供的24小时救援电话联系保险人委托的救援机构或其授权代表(以下简称“救援机构”),保险人将通过该救援机构向被保险人提供下列医疗救援服务并在相应的保险金额内承担相关费用:

(一) 住院医疗

救援机构根据被保险人的病情、伤势等,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院就医;如病情或伤势严重,救援机构将协助安排被保险人住院治疗(包括返回国内继续治疗),保险人将通过救援机构支付其住院医疗费用。

保险人所承担的住院医疗费用,以保险单上载明的住院医疗保险金额为限。

(二) 医疗运送

救援机构的授权医生(以下称“授权医生”)认为当地医院的医疗条件不能保证被保险人得到及时充分的医疗救援时,被保险人将被转运到其他医疗条件适合的所在国家的医院或者邻近国家的医院。若授权医生认为病情需要,救援机构将派遣医护人员在转运过程中护送被保险人。**对被保险人的紧急医疗转运手段,以在事发当地能够提供的最合适运送手段为限。若以空运为转运方式,救援机构将使用正常航班。**若授权医生认为必要,救援机构将雇用包机或者使用医疗救护专用飞机运送被保险人。

在对被保险人的救护措施结束后,或者当授权医生认为被保险人的病情或伤势已稳定并可视视为正常乘客时,经授权医生从医疗角度判断需运送回国,救援机构将安排被保险人乘坐正常航班(仅限经济舱)返回国内居住地。若授权医生认为需要的话,救援机构将在运送被保险人返回国内居住地的过程中安排医疗护送。若授权医生认为被保险人回到国内仍需入院治

疗，被保险人将被送到北京、上海、广州或国内居住地之中被保险人指定的任意一家医院；**若被保险人未指定或者不能指定有关医院，被保险人将被送至救援机构指定的医院。**

对于上述救援机构在安排被保险人进行医疗转运和运送回国过程中发生的交通费用以及通常发生的附属费用，由保险人通过救援机构来支付，**但以保险单上载明的医疗运送保险金额为限。**

（三）亲属探病

被保险人连续住院七天以上而于所在地又没有当地的亲友能给予照料，需要其直系亲属前往探视时，救援机构安排并支付一位成年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，同时安排其在当地住宿，并承担住宿费用（**不包括食物、饮料、通讯及其他服务费用**）。

保险人通过救援机构所承担的上述费用，以保险单上载明的亲属探病保险金额为限。

（四）后事处理

如被保险人在境外遭受意外伤害或患急性病不幸身故的，根据其直系亲属的要求，救援机构安排将被保险人的遗体或骨灰在事发地进行安葬或送返回国内居住地（**棺木或骨灰盒规格必须符合国际航空运输标准**），并支付相应的费用（**不包括购买墓地、鲜花，举行告别仪式、宗教仪式，或任何其他非必要的费用**）。若当时未有直系亲属与被保险人同行，及有关后事需由直系亲属直接处理，救援机构将协助被保险人在国内的一名直系亲属前往境外处理后事，并承担往返经济舱机票及住宿费用（**不包括食物、饮料、通讯及其他服务费用**）。

保险人通过救援机构所承担的上述费用，以保险单上载明的后事处理保险金额为限。

（五）治疗后转送回国内居住地

在当地治疗后，根据被保险人的主治医生和救援机构的授权医生共同认定，被保险人的病情不会影响被保险人作为正常乘客，救援机构将安排被保险人返回国内居住地。若救援机构的授权医生认为需要的话，救援机构可在转送过程中安排医护人员护送被保险人。

对于上述救援机构在安排被保险人返回国内居住地过程中发生的交通费用以及通常发生的附属费用，由保险人通过救援机构来支付，**但以保险单上载明的医疗后转送回国内居住地保险金额为限。**

（六）协助未满十六岁儿童返回国内居住地

因被保险人在境外因意外伤害或突发疾病住院或身故造成随行的未满十六岁儿童无人照顾时，救援机构将安排该儿童返回国内居住地。如救援机构认为有必要，将为该儿童安排一位随行人员陪同返回国内居住地。

对于上述救援机构在安排被保险人未满十六岁儿童返回国内居住地过程中发生的交通费用以及通常发生的附属费用，由保险人通过救援机构来支付，**但以保险单上载明的协助未满十六岁儿童返回国内居住地保险金额为限。**

责任免除

第五条 被保险人因下列原因遭受意外伤害或患下列疾病的，保险人不承担保险责任：

（一）被保险人旅行的目的是寻求或接受医疗；

- (二) 投保人的故意行为;
- (三) 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;
- (四) 被保险人自致伤害或自杀, 但被保险人自杀时为无民事行为能力人的除外;
- (五) 被保险人接受美容、整容、整形手术;
- (六) 被保险人未遵医嘱服用、涂用、注射药物;
- (七) 被保险人醉酒或受毒品、管制药物的影响(但遵医嘱使用药物的情形不在此限);
- (八) 被保险人从事高风险运动或参加职业或半职业体育运动;
- (九) 任何生物、化学、原子能武器, 原子能或核能装置所造成的爆炸、灼伤、污染或辐射;
- (十) 恐怖袭击;
- (十一) 怀孕、分娩、流产、不孕症、避孕及绝育手术以及由以上原因引起的并发症;
- (十二) 既往症及其并发症、精神和行为障碍(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)、性传播疾病、感染艾滋病病毒或患艾滋病、遗传性疾病、先天性畸形、变形和染色体异常。

第六条 被保险人在下列期间遭受意外伤害或患急性病的, 保险人不承担保险责任:

- (一) 战争、军事行动、武装叛乱或暴乱期间;
- (二) 被保险人从事违法、犯罪活动期间或被依法拘留、服刑、在逃期间;
- (三) 被保险人存在精神和行为障碍(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)期间;
- (四) 被保险人驾驶或搭乘非商业航班期间;
- (五) 被保险人酒后驾驶、无合法有效驾驶证驾驶或驾驶无合法有效行驶证的机动车辆期间;
- (六) 被保险人在保单载明的国家或地区以外的国家或地区旅行期间。

第七条 对于下列各项, 保险人不承担保险责任:

- (一) 被保险人在非救援机构安排的医院接受治疗;
- (二) 未经救援机构事先同意的医疗救援费用;
- (三) 搜寻和营救。

境外旅行救援服务

第八条 被保险人在境外旅行期间若遇紧急情况或需要, 可以通过拨打保险单或保险凭证所载的救援热线电话, 在救援机构提供的下列协助范围内, 获得免费的信息提供, 但被保险人使用以下协助服务所提供信息对应之服务所需支付给任何服务提供者的费用都由被保险人自行承担。救援机构对该第三方服务提供者的服务质量不承担保证责任, 最终的服务选择权在于被保险人。

- (一) 电话医疗咨询

在境外旅行途中如遇紧急医疗情况时，被保险人可以拨打 24 小时服务电话获得紧急医疗咨询，**此医疗咨询属建议性质，并不构成诊断。**

（二）医疗服务机构转介

救援机构提供当地的医生、医院的名称、地址及电话。**但被保险人可以自行选择医疗机构提供服务，救援机构对该医疗机构的治疗效果不承担法律责任。**

（三）门诊服务安排

应被保险人的要求，救援机构将为被保险人在境外安排预约医生，并协助被保险人安排因门诊所需的酒店住宿及其后的复诊。

（四）医疗监控

被保险人住院时，救援机构医生协同被保险人的主治医生视察其治疗情况，并及时通知被保险人家属。

（五）旅行前的咨询服务

被保险人在境外旅行出发前可拨打咨询电话咨询天气、海关、汇率、机场税等目的地国家或地区的情况。

（六）使领馆资料

救援机构提供旅行目的地国家使领馆在中国的地址、电话及中国驻当地使领馆的地址、电话。

（七）法律援助转介

救援机构可向被保险人提供当地享有盛誉的律师事务所的名称、地址和电话。**但是服务提供者的最终选择应当由被保险人决定并自行承担费用，救援机构不向被保险人提供任何法律建议。**

（八）紧急口讯传递

被保险人或其亲属发生紧急伤病事故时，可以要求救援机构将情况尽快通知被保险人或其亲属。

（九）紧急翻译援助

救援机构可提供免费的紧急电话翻译服务。如被保险人要求寻找陪同翻译，救援机构可提供译员介绍及联系方式，**但是服务提供者的最终选择应当由被保险人决定并自行承担费用。**救援机构在服务提供者的选择过程中将尽其谨慎和勤勉的职责。

（十）紧急路线安排

如被保险人因紧急情况不能按原计划的线路继续旅行，救援机构将帮助被保险人重新安排旅行交通计划，**但所有变更线路所产生的费用由被保险人承担。**

（十一）丢失旅行文件的行政援助

如被保险人丢失或被盗重要的文件或身份证件，如护照、签证等，救援机构将向被保险人提供与补发手续相关信息，并介绍适当的当地部门或机构，以便补办相关文件。**补办费用由被保险人自行承担。**

(十二) 代寻并传送行李

当被保险人乘坐普通商业航班或火车旅行时，如在旅行中丢失行李或行李被送至其他航线，救援机构将负责与有关单位联络，如航空公司、火车站、海关官员等，如能找到，将负责安排将行李送到被保险人指定的地点，**但行李转送费用由被保险人承担。**

保险金额

第九条 保险金额由投保人、保险人双方约定，并在保险单中载明。

保险期间

第十条 保险期间由保险人和投保人协商确定，以保险单载明的起讫时间为准，但最长不超过一年。**保险人承担保险责任的时间自被保险人登上离境交通工具开始至被保险人离开入境交通工具时为止，但不超过保单载明的保险期间。**

保险人义务

第十一条 订立本合同时，保险人应当向投保人说明本合同的内容。

对本合同中免除保险人责任的条款，保险人在订立本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。

第十二条 本合同成立后，保险人应当及时向投保人签发保险单或其他保险凭证。

第十三条 保险人依据本保险条款第十四条所取得的本合同解除权，自保险人知道有解除本合同事由之日起，超过三十日不行使而消灭。发生保险事故的，保险人承担给付保险金责任。

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，保险人应当承担保险责任。

投保人、被保险人义务

第十四条 投保人应如实填写投保单并回答保险人提出的询问，履行如实告知义务。

投保人故意或者因重大过失未履行前款约定的如实告知义务，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，但应当退还保险费。

第十五条 除另有约定外，投保人应当在本合同成立时交清保险费，投保人未按约定交清保险费的，本合同不生效。

第十六条 投保人住所或通讯地址变更时，应及时以书面形式通知保险人。投保人未通知的，保险人按本合同所载的最后住所或通讯地址发送的有关通知，均视为已送达投保人。

第十七条 在保险期间内，投保人需变更本合同其他内容的，应以书面形式向保险人提出申请。保险人同意后出具批单，并在本合同中批注。

若被保险人身故，则保险人不接受本合同中有关该被保险人的任何内容的变更申请。

第十八条 被保险人发生保险事故需要救援时，应立即通过保险人提供的救援电话联系救援机构，由救援机构安排提供救援服务，被保险人应按照救援机构安排的救援程序接受救援。在异常紧急情形下，被保险人本人因健康状况需急救而无法与救援机构立即联系的，应于保险事故发生后 24 小时之内通知救援机构。

如果被保险人未能遵守上述约定，救援机构有权终止服务，且保险人不负责承担任何费用。

合同的解除

第十九条 在本合同成立后，投保人可以通过书面形式通知保险人解除本合同，但保险人已根据本合同约定给付保险金的除外。

投保人要求解除本合同时，应提供下列证明和材料：

- (一) 保险合同解除通知书；
- (二) 保险单正本或其它保险凭证正本；
- (三) 保险费交付凭证；
- (四) 投保人身份证明。

投保人要求解除本合同的，自保险人接到保险合同解除通知书之时起，本合同的效力终止。保险人收到上述证明文件和资料之日起三十日内退还保险单的现金价值。

争议处理和法律适用

第二十条 因履行本合同发生的争议，由当事人协商解决。协商不成的，提交保险单载明的仲裁机构仲裁；保险单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（不包括香港特别行政区、澳门特别行政区以及台湾地区）有管辖权的人民法院起诉。

第二十一条 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法律（不包括香港特别行政区、澳门特别行政区以及台湾地区法律）。

第二十二条 本合同约定与《中华人民共和国保险法》等法律规定相悖之处，以法律规定为准。本合同未尽事宜，以法律规定为准。

释义

第二十三条 本合同涉及下列术语时，适用下列释义：

- (一) **保险人**：指与投保人签订本合同的中银保险有限公司各分支机构。
- (二) **周岁**：以法定身份证明文件中记载的出生日期为计算基础的实足年龄。
- (三) **境外**：指中华人民共和国大陆以外的国家或地区，包括香港特别行政区、澳门特别行政区和台湾地区。
- (四) **国内**：指中华人民共和国大陆范围内，不包括香港特别行政区、澳门特别行政区和台湾地区。
- (五) **国内居住地**：指被保险人或其随行人员在国内的居住地。
- (六) **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。自然死亡、疾病身故、猝死、自杀以及自伤均不属于意外伤害。

(七) 医院：在境外，是指根据所在国家法律规定合法成立、运营并符合以下标准的医疗机构：1. 主要运营目的是向受伤者和患病者提供留院治疗和护理服务；2. 在一名或若干名医生的指导下为病人治疗，其中最少有一名合法执业资格的驻院医生驻诊；3. 维持足够妥善的设备为病人提供医学诊断和治疗，并于机构内或由其管理的其他地方提供进行各种手术的设备；4. 有合法执业的护士提供和指导二十四小时的全职护理服务。**但不包括以下或类似的医疗机构：1. 精神病院；2. 老人院、疗养院、戒毒中心和戒酒中心；3. 健康中心或天然治疗所、疗养或康复院。**

在国内，是指经中华人民共和国卫生部门评审确定的二级或以上的公立医院或投保人与保险人协商共同指定的医院或医疗机构。

(八) 急性病：指被保险人在本合同生效之前未曾接受治疗或诊断，在保险期间突然发生的、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，**不包括既往症及其并发症、精神和行为障碍、性传播疾病、感染艾滋病病毒或患艾滋病、遗传性疾病、先天性畸形、变形和染色体异常、牙齿治疗、预防性手术等非必须紧急治疗的手术、器官移植。**

(九) 既往症：指被保险人在本合同生效日之前已经确诊罹患的、或知道（应当知道）的有关疾病或症状。包括不限于以下情况：本合同生效日之前，医生已有明确诊断，长期治疗未间断的；医生已有明确诊断，治疗后症状未完全消失，有间断用药情况的；未经医生诊断和治疗，但症状明显且持续存在，以普通人医学常识应当知道的。

(十) 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。

(十一) 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。

(十二) 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。

(十三) 醉酒：指血液中的酒精含量大于或者等于 80mg/100mL。

(十四) 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它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。

(十五) 管制药物：指根据《中华人民共和国药品管理法》及有关法规被列为特殊管理的药品，包括麻醉药品，精神药品，毒性药品及放射性药品。

(十六) 高风险运动：指比一般常规性的运动风险等级更高、更容易发生人身伤害的运动，在进行此类运动前需有充分的心理准备和行动上的准备，必须具备一般人不具备的相关知识和技能或者必须在接受专业人士提供的培训或训练之后方能掌握。被保险人进行此类运动时须具备相关防护措施或设施，以避免发生损失或减轻损失，包括但不限于潜水、滑水、滑雪、滑冰、驾驶或乘坐滑翔翼、滑翔伞、跳伞、攀岩运动、探险活动、武术比赛、摔跤比赛、柔道、空手道、跆拳道、马术、拳击、特技表演、驾驶卡丁车、赛马、赛车、各种车辆表演、蹦极。

(十七) 职业体育运动：指追求竞技比赛票房价值、以商业牟利为目的的竞技体育活动。

职业体育运动员指参加职业体育运动，并以此为主要收入来源的人。

(十八) 半职业体育运动：指非职业运动员参加职业体育运动赛事或其他设有奖金或报酬的体育运动，但并不以此为主要收入来源。

(十九) 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。

(二十) 无合法有效驾驶证：指被保险人存在下列情形之一者：

- 1、无驾驶证或驾驶证有效期已届满；
- 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、剧毒或者放射性等危险物品的机动车，实习期内驾驶的机动车牵引挂车；
- 4、持未按规定审验的驾驶证，以及在暂扣、扣留、吊销、注销驾驶证期间驾驶机动车；
- 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、依照法律法规或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车。

(二十一) 无合法有效行驶证：指下列情形之一：

- 1、机动车被依法注销登记的；
- 2、无公安机关交通管理部门核发的行驶证、号牌，或临时号牌或临时移动证的机动交通工具；
- 3、未在规定检验期限内进行机动车安全技术检验或检验未通过的机动交通工具。

(二十二) 直系亲属：指被保险人的配偶、父母、岳父母、子女、兄弟姐妹、(外)祖父母、(外)孙子女。

(二十三) 现金价值：现金价值 = 净保费 × (1 - m/ n)，其中，m为已生效天数，n为保险期间的天数，经过日期不足一日的按一日计算。

净保费 = 保险费 × (1 - 费用比例)。除另有约定外，费用比例为25%。

中银保险有限公司

老年人骨折住院护理津贴保险条款

(注册编号: C00004632512021042750552)

总则

第一条 本保险合同(以下简称“本合同”)由保险单和其他保险凭证及所附条款、投保单及与本合同有关的投保文件、合法有效的声明、批注、附贴批单、其他书面文件构成。凡涉及本合同的约定,均采用书面形式。

第二条 除另有约定外,凡五十周岁(含)以上,身体健康、能正常工作或正常生活的自然人可作为本合同的被保险人。

第三条 具有完全民事行为能力的人可作为本合同的投保人,为本人或他人投保本保险。投保人为他人投保的,必须对该被保险人具有保险利益。

第四条 除另有约定外,本合同的骨折住院护理津贴保险金的受益人为被保险人本人。

保险责任

第五条 本合同等待期为自本合同生效日起30天(含)。保险人和投保人在投保时可以另行约定等待期,并在保险单上载明,但最长不得超过180天。

被保险人因遭受意外伤害导致骨折的,或保险期间届满续保的,无等待期。

被保险人在等待期内因疾病导致骨折,并因此住院治疗的,无论住院治疗在等待期内或等待期后,保险人均不承担给付保险金的责任。

第六条 在保险期间内,除等待期期间依本保险条款第五条约定外,保险人依照下列约定给付保险金:

(一)在保险期间内,被保险人发生骨折,并因该次骨折经本合同约定的医院诊断必须住院治疗的,保险人按被保险人的住院天数(实际住院天数扣除住院免赔天数)和本合同约定的骨折住院津贴日额向被保险人给付骨折住院津贴保险金,骨折住院津贴保险金的计算公式为:

骨折住院津贴保险金=(实际住院天数-住院免赔天数)×骨折住院津贴日额

除非投保人、保险人另有约定,住院免赔天数为3天。

(二)被保险人因同一次骨折多次住院治疗的,如果累计的实际住院天数大于约定的住院免赔天数,保险人在计算骨折住院津贴保险金时对累计的实际住院天数扣除一次住院免赔天数,如果累计的实际住院天数小于约定的住院免赔天数,保险人不承担给付保险金的责任。被保险人因不同次骨折多次住院治疗的,保险人在每次计算骨折住院津贴保险金时均会扣除一次住院免赔天数。

(三)被保险人在保险期间内因骨折在本合同约定的医院住院治疗,且在本合同保险期间届满日治疗仍未结束的,对于在本合同保险期间届满日次日起30日内的住院治疗,保险人仍在本合同约定的保险责任范围内承担给付保险金的责任,对于本合同保险期间届满日次日起30日后的住院治疗,保险人不再承担给付保险金的责任。

(四) 本合同的骨折住院津贴保险金的累计给付天数最高以180天为限。

责任免除

第七条 因下列原因导致被保险人骨折并住院治疗的，保险人不承担给付保险金的责任：

- (一) 投保人的故意行为；
- (二) 被保险人故意自伤或自杀，但被保险人自杀时为无民事行为能力人的除外；
- (三) 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；
- (四) 被保险人醉酒或受毒品、管制药物的影响（但遵医嘱使用药物的情形不在此限）；
- (五) 被保险人从事高风险运动或参加职业或半职业体育运动；
- (六) 投保前已有骨折的治疗和康复；
- (七) 任何生物、化学、原子能武器，原子能或核能装置所造成的爆炸、灼伤、污染或辐射；
- (八) 恐怖袭击。

第八条 被保险人在下列期间内因骨折住院治疗的，保险人不承担给付保险金的责任：

- (一) 战争、军事行动、武装叛乱或暴乱期间；
- (二) 被保险人从事违法、犯罪活动期间或被依法拘留、服刑、在逃期间；
- (三) 被保险人存在精神和行为障碍（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）期间；
- (四) 被保险人酒后驾驶、无合法有效驾驶证驾驶或驾驶无合法有效行驶证的机动车辆期间。

第九条 下列情形，保险人不承担给付保险金的责任：

- (一) 被保险人在家自设病床治疗；
- (二) 被保险人在非本合同约定的医院住院治疗（本保险条款第二十三条约定的情形不在此限）。

骨折住院津贴日额

第十条 骨折住院津贴日额由投保人、保险人双方约定，并在保险单中载明，该金额一经确定，在保险期间内不得变更。

保险期间

第十一条 除另有约定外，本合同保险期间为一年，以保险单上载明的起讫时间为准。

续保

第十二条 本合同为不保证续保合同。本产品保险期间为不超过一年。保险期间届满，投保人需要重新向保险人申请投保本产品，并经保险人审核同意，交纳保险费，获得新的保险合同。

保险人义务

第十三条 订立本合同时，保险人应当向投保人说明本合同的内容。

对本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。

第十四条 本合同成立后，保险人应当及时向投保人签发保险单或者其他保险凭证。

第十五条 保险人依据本保险条款第二十一条所取得的本合同解除权，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。发生保险事故的，保险人承担给付保险金责任。

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，保险人应当承担给付保险金责任。

第十六条 保险人按照本合同的约定，认为投保人、被保险人或受益人提供的有关索赔证明和资料不完整的，应当及时一次性通知投保人、被保险人或受益人补充提供。

第十七条 保险人收到保险金申请人的给付保险金请求后，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，但本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，履行给付保险金义务。本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。

保险人依照前款的约定作出核定后，对不属于保险责任的，应当自作出核定之日起三日内向保险金申请人发出拒绝给付保险金通知书，并说明理由。

第十八条 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支付；保险人最终确定给付的数额后，应当支付相应的差额。

投保人、被保险人义务

第十九条 除另有约定外，投保人应当在本合同成立时交清保险费，投保人未按约定交清保险费的，本合同不生效。

第二十条 投保人申请投保时，应按被保险人的周岁年龄填写。

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的年龄限制的，保险人有权解除本合同，并向投保人退还保险单的现金价值。

第二十一条 订立本合同，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约定的义务，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，不承担给付保险金责任，但应当退还保险费。

第二十二条 在保险期间内，投保人需变更合同其他内容的，应以书面形式向保险人提出申请。保险人同意后出具批单，并在本合同中批注。

若被保险人已身故，则保险人不接受本合同中有关该被保险人的任何内容的变更申请。

第二十三条 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。

被保险人应在本合同约定的医院住院，若因急诊未在本合同约定的医院住院的，应在办理入院手续之日起3日内通知保险人，并根据病情好转情况及时转入本合同约定的医院。若确需在非约定的医院住院的，应向保险人提出书面申请，保险人在接到申请后3日内给予答复，对于保险人同意在非约定的医院住院的，保险人按约定承担给付保险金的责任。

第二十四条 投保人住所或通讯地址变更时，应及时以书面形式通知保险人。投保人未按上述约定及时通知保险人的，保险人按本合同所载的最后住所或通讯地址发送的有关通知，均视为已送达投保人。

保险金申请与给付

第二十五条 保险金申请人向保险人申请给付保险金时，应填写保险金给付申请书，并提交以下材料。保险金申请人因特殊原因不能提供以下材料的，应提供其它合法有效的材料。若保险金申请人委托他人申请的，还应提供授权委托书原件、委托人和受托人的身份证明等相关证明文件。

- (一) 保险单或其他保险凭证的原件；
- (二) 保险金申请人的身份证明；
- (三) 本合同约定的医院出具的病历、骨折摄片及报告、诊断证明、住院证明；
- (四) 保险金申请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材料，导致保险人难以确定保险事故的性质、原因、损失程度等的，保险人对无法确定部分不承担给付保险金的责任。

第二十六条 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。

合同的争议处理和法律适用

第二十七条 因履行本合同发生的争议，由当事人协商解决。协商不成的，提交保险单载明的仲裁机构仲裁；保险单未载明仲裁机构或者争议发生后未达成仲裁协议的，依法中华人民共和国（不包括香港特别行政区、澳门特别行政区以及台湾地区）有管辖权的人民法院起诉。

第二十八条 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法律（不包括香港特别行政区、澳门特别行政区以及台湾地区法律）。

第二十九条 本合同约定与《中华人民共和国保险法》等法律规定相悖之处，以法律规定为准。本合同未尽事宜，以法律规定为准。

其他事项

第三十条 在本合同成立后，投保人可以书面形式通知保险人解除本合同，但保险人已根据本合同约定给付保险金的除外。

投保人解除本合同时，应填写保险合同解除申请书，并提供下列证明文件和资料：

- (一) 保险单或其他保险凭证原件；
- (二) 保险费交付凭证；

(三) 投保人身份证明。

投保人要求解除本合同，自保险人接到保险合同解除申请书之时起，本合同的效力终止。保险人收到上述证明文件和资料之日起三十日内退还保险单的现金价值。

释义

第三十一条 本合同涉及下列术语时，适用下列释义：

(一) **保险人**：指与投保人签订本合同的中银保险有限公司各分支机构。

(二) **周岁**：以法定身份证明文件中记载的出生日期为计算基础的实足年龄。

(三) **骨折**：指以意外伤害或疾病为直接原因导致骨的完整性及连续性的破坏且相应骨的完全断裂，包括发生于椎体的压缩性骨折，但不包括骨的不完全断裂（如骨裂）。

(四) **意外伤害**：指以外来的、突发的、非本意的和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。自然死亡、疾病身故、猝死、自杀以及自伤均不属于意外伤害。

(五) **医院**：指保险人与投保人约定的定点医院，未约定定点医院的，则指经中华人民共和国卫生部门评审确定的二级或以上的公立医院。但不包括主要作为诊所、康复、疗养、戒酒、戒毒等或类似的医疗机构。该医院必须具有符合国家有关医院管理规则设置标准的医疗设备，且全天二十四小时有合格医师及护士驻院提供医疗及护理服务。

(六) **住院**：指被保险人因骨折而入住医院之正式病房接受全日24小时监护治疗的过程，并正式办理入出院手续，不包括入住门诊观察室、其它非正式病房、挂床住院及不合理的住院。

挂床住院指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，只收护理费、诊疗费、床位费等情况。

不合理住院指被保险人未达到入院标准而办理入院手续或已达到出院标准而不办理出院手续的情形，入出院标准按当地卫生部门规定的《病种质量管理标准》执行。

(七) **醉酒**：指血液中的酒精含量大于或者等于 80mg/100mL。

(八) **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它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。

(九) **管制药物**：指根据《中华人民共和国药品管理法》及有关法规被列为特殊管理的药品，包括麻醉药品，精神药品，毒性药品及放射性药品。

(十) **高风险运动**：指比一般常规性的运动风险等级更高、更容易发生人身伤害的运动，在进行此类运动前需有充分的心理准备和行动上的准备，必须具备一般人不具备的相关知识和技能或者必须在接受专业人士提供的培训或训练之后方能掌握。被保险人进行此类运动时须具备相关防护措施或设施，以避免发生损失或减轻损失，包括但不限于潜水、滑水、滑雪、滑冰、驾驶或乘坐滑翔翼、滑翔伞、跳伞、攀岩运动、探险活动、武术比赛、摔跤比赛、柔道、空手道、跆拳道、马术、拳击、特技表演、驾驶卡丁车、赛马、赛车、各种车辆表演、蹦极。

(十一) **职业体育运动**：指追求竞技比赛票房价值、以商业牟利为目的竞技体育活动。职业体育运动员指参加职业体育运动，并以此为主要收入来源的人。

(十二) 半职业体育运动：指非职业运动员参加职业体育运动赛事或其他设有奖金或报酬的体育运动，但并不以此为主要收入来源。

(十三) 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。

(十四) 无合法有效驾驶证：指下列情形之一：

1. 无驾驶证或驾驶证有效期已届满；

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、剧毒或者放射性等危险物品的机动车，实习期内驾驶的机动车牵引挂车；

4. 持未按规定审验的驾驶证，以及在暂扣、扣留、吊销、注销驾驶证期间驾驶机动车；

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. 依照法律法规或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车。

(十五) 无合法有效行驶证：指下列情形之一：

1. 机动车被依法注销登记的；

2. 无公安机关交通管理部门核发的行驶证、号牌，或临时号牌或临时移动证的机动交通工具；

3. 未在规定检验期限内进行机动车安全技术检验或检验未通过的机动交通工具。

(十六) 现金价值：现金价值 = 净保费 × (1 - m/n)，其中，m为已生效天数，n为保险期间的天数，经过日期不足一日的按一日计算。

净保费 = 保险费 × (1 - 费用比例)。除另有约定外，费用比例为25%。

(十七) 不可抗力：指不能预见、不能避免并不能克服的客观情况。

(十八) 保险金申请人：指受益人或被保险人的继承人或依法享有保险金请求权的其他自然人。

中银保险有限公司

医疗保险条款

(注册编号: C00004632512022111128101)

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约定书构成。凡涉及本合同的约定,均应当采用书面形式。

第二条 被保险人本人或者对被保险人依法具有保险利益的其他具有完全民事行为能力的自然人、法人、非法人组织,可作为投保人。

第三条 凡身体健康、能正常工作或生活且符合以下要求的自然人,申请投保后经保险人同意,可作为本合同的被保险人;本合同的被保险人可以为单一被保险人,也可以由主被保险人和附属被保险人组成,主被保险人在投保时的配偶和符合承保条件的子女可作为附属被保险人。

(一)单一被保险人或主被保险人年龄应为18周岁(含)至100周岁(含),且已终止在全日制学校接受教育。作为附属被保险人的配偶年龄要求与主被保险人相同。

(二)投保时,被保险人的惯常居住地需为中国大陆,即被保险人一年中居住在中国大陆超过185天。被保险人为非中国国籍的,需持有中国政府部门签发的**工作签证或拥有中国大陆居留证或长期居住权,并且能够提供中国大陆固定居住地址且一年中居住在中国大陆超过185天。**

第四条 除特别指明外,本保险条款中与被保险人相关的表述适用于每一被保险人(即:包括单一被保险人或主被保险人和附属被保险人)。

第五条 除法律另有规定或者本合同另有约定外,保险金受益人为被保险人本人。

第六条 保险人将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、一般自付比例、年免赔额、可选责任、医疗服务网络、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。

第七条 本保险条款涉及的给付限额币种为人民币表示,经投保人、保险人双方约定,也可为其他币别,并在本合同中载明。

保险责任

第八条 保障区域

保险人提供以下四种保障区域:全球计划、国际计划、中国计划和中国大陆计划,由投保人在投保时与保险人协商确定并在本合同中载明。

- (一)全球计划:保障地域为全球任何国家和地区。
- (二)国际计划:保障地域为**除美国外的**全球任何国家和地区。
- (三)中国计划:保障区域为中国。
- (四)中国大陆计划:保障区域为中国大陆。

附属被保险人的保障区域必须等同于主被保险人的保障区域,并在本合同中载明。

保险人对符合本合同约定的被保险人在**保障区域外地区发生的紧急医疗费用**也承担保险责任。

被保险人在与其保障类型相对应的保障地域以外地区接受紧急医疗前，应当获得医疗服务供应商的许可，该医疗服务供应商将引导该被保险人至最近且合适的网络医疗机构就医。保险人对被保险人未经医疗服务供应商许可，在与其保障类型相对应的保障地域以外地区接受治疗发生的任何费用不承担保险责任，被保险人在接受紧急医疗前根本无法联系医疗服务供应商的情形不在此限，但该被保险人应当在开始接受治疗后四十八小时内联系医疗服务供应商。

第九条 保险责任

在本合同保险期间内，被保险人遭受意外伤害或在等待期后罹患疾病，在本合同中约定的保障区域范围内符合本合同约定的医疗机构就医的，保险人依据本合同的约定承担保险责任。

对于被保险人发生的本条第（一）至（六）列明的保险责任范围内的费用，保险人根据被保险人适用的免赔额类型，分别按照以下公式计算保险金：**被保险人适用无免赔额的，保险人按照“保险期间内累计发生的保险责任范围内的费用×（1—一般自付比例）”计算给付保险金；被保险人适用年免赔额的，保险人按照“（保险期间内累计发生的保险责任范围内的费用—一年免赔额）×（1—一般自付比例）”计算给付保险金。**

（一）一般疾病（伤害）和一般项目门诊医疗保险责任如下：

保险期间内，被保险人在与其保障类型相对应的保障地域内因遭受意外伤害或者在等待期后罹患疾病接受医师推荐的、医学必需的一般疾病（伤害）和一般项目门诊治疗，由此发生的、符合通常惯例水平的以下类型费用：

1. 医师诊疗费：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，包括挂号费。

2. 治疗费和检查检验费：治疗费指门急诊中为治疗疾病而提供必要的医学手段所产生的技术劳务费和医疗器械使用费，以及消耗品的费用，具体以就诊医疗机构和诊所的费用项目划分为准。检查检验费指门急诊中为诊断疾病而采取必要的医学手段进行检查及检验所导致的医疗费用，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。

3. 手术室和恢复室费。

4. 急诊室费。

5. 手术医师费和麻醉师费。

6. 放射治疗、化学治疗、肿瘤靶向疗法、肿瘤免疫疗法、肿瘤内分泌疗法、质子重离子治疗费。

7. 理疗及中医治疗费。具体包括下列三项类型费用：

(1) 由具有专业理疗资格的医师实施的针灸治疗、顺势疗法费。

(2) 由具有相应医疗职业资格的医师实施的物理治疗、脊椎矫正、职业疗法、语言治疗（包括为治疗吞咽障碍由语言治疗师实施的电子喉镜检查）费。

该类治疗应当满足下列全部条件：

i. 应当为被保险人的主治医师书面治疗计划（包括短期和长期目标，并提交保险人评估）的一部分；

ii. 在合理的、可预测的时间内症状会明显好转；

iii. 疗法复杂或者被保险人病症使得只有具有相应医疗职业资格的医师（包括注册物理治疗师或者职业治疗师）才能安全、有效实施。

(3) 依据注册中医医师的处方开具的中草药费用，中医挂号费、诊察费及相关费用。

保险人对每一被保险人给付的每年治疗发生的理疗及中医治疗费总保险金和每次治疗就诊金额的上限以本合同载明的为准。

8. 药品费。指依据医师的处方开具的药品费用。每次治疗门诊开药量以 30 日用量为上限。每次治疗门诊开药量应当与开药时间间隔相匹配。

9. 指定药房自购药服务：被保险人可以在指定的药房自行购买（或者由医疗服务商提供的送药上门服务中提供的）保险单约定限额内的药品及其他相关医疗用品（**但由既往症导致的除外**）。被保险人购买药品需为医疗合理且必需的，并需同时提交病历或处方供保险人审核，保险人对于审批通过符合保险责任的，**对每一被保险人在指定药房购药（包括医疗服务商送药上门的药品）的药品及其他相关医疗用品给付的保险金上限以本合同载明的为准。**

10. 救护车费用。被保险人因疾病或意外伤害就医往返医疗机构的医学必须的救护车服务而产生的费用。

11. 紧急意外门诊牙科治疗（本项保障内容不受保障区域限制，但应符合本合同约定条件）

(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 24 小时内进行医学必须的牙科急症诊疗的费用。

(2) 在意外事故发生后 7 天内的后续诊疗的费用（包括处方医药用品和药品的费用）。

12. 紧急意外门诊治疗（本项保障内容不受保障区域限制，但应符合本合同约定条件）

(1) 被保险人在意外事故发生后 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) 在意外事故发生后 7 天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）。

一般疾病（伤害）和一般项目门诊医疗保险责任范围内，保险人对每一被保险人给付的门诊医疗保险金及就诊次数上限以本合同载明的为准。保险人对每位被保险人给付的门诊医疗保险金或就诊次数达到上限（以累计给付总金额低者为限）时，对该被保险人的门诊医疗责任终止，不再承担门诊医疗保险责任。

（二）一般疾病（伤害）和一般项目住院医疗保险责任如下：

保险期间内，被保险人在与其保障类型相对应的保障地域内因遭受意外伤害或者在等待期后罹患疾病接受医师推荐的、医学必需的一般疾病（伤害）和一般项目住院治疗（日间住院治疗视同住院治疗，下同），由此发生的、符合通常惯例水平的以下类型费用：

1. 标准单人间床位费，急诊室费，重症监护病房费，医疗机构提供并出具发票的膳食和营养配餐费。保险人对每一被保险人给付的每日住院床位费保险金的上限以本合同载明的为准。

2. 未满十八周岁的附属被保险人住院期间其父亲或者母亲（限一人）陪同住院的加床费；女性主被保险人或者作为配偶的女性附属被保险人住院期间其出生未满 16 周的新生婴儿住院的加床费。

3. 手术室和恢复室费，手术敷料费。

4. 输血、血浆、血浆扩容药物以及所有相关化验、操作设备和服务费用。

5. 药品费。

6. 医师诊疗费。

7. 手术医师费和麻醉师费。

8. 护理费。

9. 吸氧费。

10. 化验费。

11. 检查费。包括但不限于 X 光检查、超声波检查、超声波心动描记术、计算机断层扫描、正电子发射计算机断层扫描、核磁共振检查费。

12. 被保险人作为受体接受器官、骨髓移植费。

13. 放射治疗、化学治疗、肿瘤免疫疗法、肿瘤内分泌疗法、质子重离子治疗费、物理治疗。

14. 救护车费用。被保险人因疾病或意外伤害就医往返医疗机构的医学必须的救护车服务而产生的费用。

本合同的保险期间届满，被保险人因意外伤害或者疾病接受合理且必需的住院治疗仍未结束的，保险人所负给付保险金的期限，自保险期满次日起计算，至出院之日止，最长不得超过 30 日。

一般疾病（伤害）和一般项目住院医疗保险责任范围内，保险人对每一被保险人给付的住院医疗保险金上限以本合同载明的为准，保险人对每一被保险人给付的住院医疗保险金达到上限时，对该被保险人的住院医疗责任终止，不再承担住院医疗保险责任。

（三）特定严重疾病医疗保险责任如下：

指被保险人因未被认定为既往症的特定严重疾病接受医师推荐的、医学必需的治疗，由此发生的、符合通常惯例水平的医疗费用。

在本合同保险期间内，被保险人在与其保障类型相对应的保障地域内因遭受意外伤害或者在等待期后罹患特定严重疾病接受医师推荐的、医学必需的门诊治疗和住院治疗（日间住院治疗视同住院治疗，下同），由此发生的、符合通常惯例水平的以下类型费用：

1. 医师诊疗费：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，包括挂号费。

2. 治疗费和检查检验费：治疗费指门急诊中为治疗疾病而提供必要的医学手段所导致的技术劳务费和医疗器械使用费，以及消耗品的费用，具体以就诊医疗机构和诊所的费用项目划分为准。检查检验费指门急诊中为诊断疾病而采取必要的医学手段进行检查及检验所导致的医疗费用，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。

3. 手术室和恢复室费。

4. 急诊室费。

5. 手术医师费和麻醉师费。

6. 放射治疗、化学治疗、肿瘤靶向疗法、肿瘤免疫疗法、肿瘤内分泌疗法、质子重离子治疗费。

7. 理疗及中医治疗费。具体包括下列三项类型费用：

(1) 由具有专业理疗资格的医师实施的针灸治疗、顺势疗法费。

(2) 由具有相应医疗职业资格的医师实施的物理治疗、脊椎矫正、职业疗法、语言治疗（包括为治疗吞咽障碍由语言治疗师实施的电子喉镜检查）费。

该类治疗应当满足下列全部条件：

i. 应当为被保险人的主治医师书面治疗计划（包括短期和长期目标，并提交保险人评估）的一部分；

ii. 在合理的、可预测的时间内症状会明显好转；

iii. 疗法复杂或者被保险人病症使得只有具有相应医疗职业资格的医师（包括注册物理治疗师或者职业治疗师）才能安全、有效实施。

（3）依据注册中医医师的处方开具的中草药费用，中医挂号费、诊察费及相关费用。

保险人对每一被保险人给付的每年治疗发生的理疗及中医治疗费总保险金和每次治疗就诊金额的上限以本合同载明的为准。

8. 药品费。指依据医师的处方开具的药品费用。每次治疗门诊开药量以 30 日用量为上限。每次治疗门诊开药量应当与开药时间间隔相匹配。

9. 标准单人间床位费，急诊室费，重症监护病房费，医疗机构提供并出具发票的膳食和营养配餐费。保险人对每一被保险人给付的每日住院床位费保险金的上限以本合同载明的为准。

10. 未满十八周岁的附属被保险人住院期间其父亲或者母亲（限一人）陪同住院的加床费；女性主被保险人或者作为配偶的女性附属被保险人住院期间其出生未满 16 周的新生婴儿住院的加床费。

11. 手术室和恢复室费，手术敷料费。

12. 输血、血浆、血浆扩容药物以及所有相关化验、操作设备和服务费用。

13. 药品费。

14. 医师诊疗费。

15. 手术医师费和麻醉师费。

16. 护理费。

17. 吸氧费。

18. 化验费。

19. 检查费。包括但不限于 X 光检查、超声波检查、超声波心动描记术、计算机断层扫描、正电子发射计算机断层扫描、核磁共振检查费。

20. 被保险人作为受体接受器官、骨髓移植费。

21. 放射治疗、化学治疗、肿瘤免疫疗法、肿瘤内分泌疗法、质子重离子治疗费、物理治疗。

22. 救护车费用。被保险人因疾病或意外伤害就医往返医疗机构的医学必须的救护车服务而产生的费用。

本合同的保险期间届满，被保险人因意外伤害或者疾病接受合理且必需的住院治疗仍未结束的，保险人所负给付保险金的期限，自保险期满次日起计算，至出院之日止，最长不得超过 30 日。

特定重大疾病医疗保险责任范围内，保险人对每一被保险人给付的特定重大疾病医疗保险金及就诊次数上限以本合同载明的为准，保险人对每位被保险人给付的特定重大疾病医疗保险金或就诊次数达到上限（以累计给付总金额低者为限）时，对该被保险人的特定重大疾病医疗责任终止，不再承担特定重大疾病医疗保险责任。但若同时符合特定重大疾病医疗保险责任和本条款（四）特殊疾病和特殊项目医疗保险责任中约定的情况，该责任的赔偿范围应当以特殊疾病和特殊项目医疗保险责任中约定为准。

（四）特殊疾病和特殊项目医疗保险责任如下：

在本合同的保险期间内，被保险人在与其保障类型相对应的保障地域内因遭受意外伤害或者在等待期后罹患疾病接受医师推荐的、医学必需的下列特殊疾病和特殊项目治疗，由此发生的、符合通常惯例水平的以下类型费用：

1. 专业护士家庭护理费

指被保险人出院后随即在其家中接受医师推荐的、医学必需的专业护士护理费用。专业护士家庭护理费应当满足以下全部条件：

(1) 被保险人对专业护士护理确有需要，非出于方便家庭成员目的；

(2) 每日专业护士护理时间不超过 12 小时，但下列情形不在此限：住院治疗的被保险人被运送回家当日；被保险人病情急重，应当接受 12 小时以上专业护士护理以免入院接受治疗；根据医疗实践和标准被保险人需要在专业护理机构接受护理，但专业护理机构没有空余床位。

保险人仅对每一被保险人累计 90 日内发生的专业护士家庭护理费承担保险责任。

保险人对每一被保险人累计给付的专业护士家庭护理费用保险金累计上限为以本合同约定为准。

2. 耐用医疗设备购买或者租赁费

指医师医嘱要求的、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购买或者租赁费（以相应符合通常惯例水平的购买价格为上限），以及随后修理、更换费。对于患癌症且接受属于保险责任范围的乳房切除术的被保险人，两义乳及可放入义乳的胸衣费用也属于保险责任范围内的费用。

康复设备和矫形支具包括但不限于腿、臂、背和颈支具，人造腿、臂、眼。

耐用医疗设备不包括自动轮椅或者自动床、舒适设备（如电话托臂和床上多用桌）、空气质量或者温度调控设备（如空调、湿度调节器、除湿器和空气净化器）、太阳能或者加热灯、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。

保险人对每一被保险人累计给付的耐用医疗设备购买或者租赁费用保险金累计上限为以本合同约定为准。

3. 精神和心理障碍医疗费用

指在经过等待期后，经医师诊断并要求被保险人在医学认可的精神心理专科医疗机构或者设有精神心理科室的医疗机构，为治疗精神和心理障碍接受由具有相应医疗职业资格的医师或者心理学家实施的医疗费用和咨询费用。

保险人对每一被保险人累计给付的精神和心理障碍医疗费用保险金累计上限为以本合同约定为准。

4. 人体免疫缺陷病毒/艾滋病的治疗费用

指在保险期间内且经过等待期后，被保险人由于以下所列范围的因从事合法职业导致的意外事故或输血导致的人体免疫缺损病毒(HIV 艾滋病病毒)、及获得性免疫缺损综合症(艾滋病)的治疗费用。艾滋病病毒/艾滋病的迹象或症状是在等待期后首次出现并被医师确诊的，方可适用本保障。

(1) 若被保险人由于输血感染艾滋病病毒，则必须同时满足以下全部条件：

i. 输血是医疗上合理且必需的医学治疗；

ii. 输血是在本合同保险期间开始后进行的；

iii. 由医疗机构证实感染源来自医疗机构，且医疗机构有能力追踪并找出艾滋病病毒血液的来源；

iv. 被保险人未患有重型地中海贫血或血友病。

(2) 若由于被保险人在惯常居住地从事正当职业所遭受意外事故导致的人体免疫缺陷病毒(HIV)感染, 必须向保险人提供如下令人信服的证明:

i. 事故发生之日起 30 天内必须通知保险人并提交事故证明;

ii. 事故证明必须明确感染艾滋病病毒血液的来源;

iii. 事故发生之日起 180 天内提供由阴性转化为阳性的艾滋病抗体血清检测证明。该证明必须包括事故发生之日起 5 天内进行的结果为阴性的艾滋病病毒检测;

iv. 艾滋病病毒感染不是由于任何其他方式(包括性行为 and 静脉注射毒品)而导致的。

保险人对每一被保险人累计给付的人体免疫缺陷病毒/艾滋病的治疗费用保险金累计上限为以本合同约定为准。

5. 康复治疗费用

指被保险人入住经医疗服务供应商许可的机构接受康复治疗所发生的康复费用。

保险人仅对每一被保险人累计 90 日内发生的康复治疗费用承担保险责任。

保险人对每一被保险人累计给付的康复治疗费用保险金累计上限为以本合同约定为准。

6. 先天性疾病和症状医疗费用

指被保险人因未被认定为既往症的先天性疾病和症状接受医师推荐的、医学必需的治疗, 由此发生的、符合通常惯例水平的医疗费用。

保险人对每一被保险人累计给付的先天性疾病和症状医疗费用保险金累计上限为以本合同约定为准。

7. 既往症医疗费用

指投保人、被保险人投保前如实告知的既往症, 经保险人审核通过后, 在保险期间内, 被保险人自本合同生效之日起经过一百八十日等待期(经保险人同意续保的不在其限)后, 因该既往症接受医师推荐的、医学必需的治疗, 由此发生的医疗费用。

保险人对每一被保险人累计给付的既往症医疗费用保险金的上限以本合同载明的为准。

(五) 齿科医疗保险责任

保险期间内, 被保险人在自本合同生效之日起经过 90 日的等待期后在医疗机构发生的下列齿科医疗费用, 保险人按照“齿科医疗费用×80%”计算给付齿科医疗保险金:

1. **常规齿科治疗费用**, 包括涂氟治疗、治疗性洗牙费、窝沟封闭治疗、简单补牙(包括银汞合金或复合树脂充填)、简单拔牙和牙周治疗(包括牙周刮治、牙根平整术等)以及相关口腔 X 光费;

2. **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)、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。

保险人对每一被保险人累计给付的附加齿科医疗保险金的上限以本合同载明的为准, 当达到该限额时, 该被保险人的附加齿科医疗保险责任终止, 保险人不再承担齿科医疗保险责任。

本项保障内容不可单独享有, 仅限与本条第(一)至(四)项保障内容同时享有。本项保障内容由投保人和保险人在投保时约定并在保险单中载明。未经投保人与被保险人双方约定并载明于本合同中的, 保险人对上述费用不承担给付保险金的责任。

(六) 医疗及身故紧急援助保险责任如下:

被保险人发生的、符合通常惯例水平的以下类型费用:

1. 紧急医疗运送费用

指在本合同的保险期间内在与被保险人保障类型相对应的保障地域内，紧急情况下出于医学必需以专业救护车将其运送至医疗机构而发生的紧急医疗运送费用。

2. 紧急医疗转运费

指下列三项费用：

(1) 在本合同的保险期间内，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，经医疗服务供应商许可，医疗服务供应商负责安排将被保险人以及该被保险人的一位陪同人员转运至其保障类型相对应的保障地域内距离被保险人最近的、能够提供其所需医疗服务的医疗机构，由此发生的紧急医疗转运费；

(2) 在该被保险人住院期间，医疗服务供应商将安排该陪同人员就近住宿，由此发生的住宿费。

(3) 被保险人治疗完成或者病情稳定后，保险人将根据医嘱安排被保险人以及该被保险人的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。

根据被保险人病情或者伤势，保险人可结合被保险人意见决定转运的目的地和医疗机构。如果被保险人不在医疗服务供应商安排的医疗机构接受治疗，或者未经医疗服务供应商许可被保险人自行安排转运的，保险人不承担保险责任。

3. 遗体运返或者安葬费用

指保险期间内被保险人在其国籍国以外的国家和地区身故的，在事发地等涉及遗体运送国家及地区的法律法规许可的情况下，根据被保险人其遗愿或者其近亲属意愿（在被保险人没有遗愿或该遗愿无法实现时），医疗服务供应商安排将其遗体运送至其国籍国所花费的费用，或者安排其死亡当地安葬发生的费用。

遗体运返费用仅限于：

- (1) 公证文件费用，包括尸检费用和尸检报告、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相关服务费。

安葬费用仅限于：

- (1) 转运费，即遗体从医疗机构(含生育中心)或者警察局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) 骨灰盒费用，即符合通常惯例水平的骨灰盒（不包含墓地相关费用或亲属带骨灰盒回国籍国发生的相关费用）。

健康管理服务

第十条 健康管理服务

在保险期间内，可由保险人认可并委托的第三方服务机构向被保险人提供健康体检、健康咨询、健康促进、疾病预防、就医服务等，其中健康体检服务属于健康体检类别、健康咨询服务属于健康咨询类别、健康促进服务属于健康促进类别、疾病预防服务属于疾病预防类别、就医服务属于就医服务类别。具体健康管理服务内容、流程、标准、期限、注意事项、可能发生的风险及指定服务机构等，保险人在订立本合同时告知投保人并取得投保人知情同意。

（一）健康体检服务

由专业医务人员，综合被保险人的健康状况提供专业化的健康检查服务建议及安排。

（二）健康咨询服务

由医学专业的人员，向被保险人提供和其病症相关的问题、疑问等的解答，增加被保险人对其病症的了解，并采取积极有效的措施防治疾病发生。服务包括图文健康咨询、电话健康咨询、视频健康咨询、三甲专家电话/视频咨询等。

（三）健康促进服务

通过关注和预防导致疾病的起因，促进被保险人维护和提高自身健康，防范和及早发现伤害或疾病发生，保护被保险人的健康和生活质量，如中医调理安排、儿童附加服务（儿童眼科检查服务安排、儿童成长发育安排）等。

（四）疾病预防服务

由专业医疗人员，综合被保险人的健康状况、生活习惯和风险因素，结合被保险人需求和权益提供例如女性妇科癌症早筛（TCT 检查和/或 HPV 检查）、肺部低剂量 CT、胃肠镜检查等重疾专项预防检查服务安排及检后报告解读服务。

（五）就医服务

由专业医疗人员，根据被保险人临床表现和检查结果，给予诊前就诊的合理化建议，推荐最适合的医疗机构、就诊科室或就诊专家，或者需要入院治疗的，尽量缩短入院时间，或为被保险人预约专家进行手术。如绿色通道（就诊预约，含齿科、眼科）、专家预约、多学科会诊、陪诊/异地代诊/送药服务、手术、住院安排、全球紧急救援、影像服务等。

责任免除

第十一条 下列原因之一导致被保险人支出的医疗费用，保险人不承担给付保险金的责任：

（一）被保险人在保障区域之外就医，但符合释义中“在保障区域外地区发生的紧急医疗费用”的情形除外；

（二）被保险人在限制医疗机构就医，限制医疗机构以本合同载明的清单为准；

（三）被保险人自杀或自杀未遂，自残伤害或任何此类尝试，无论自杀或自残时精神是否正常；

（四）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；

（五）战争、军事冲突、暴乱或武装叛乱、核爆炸、核辐射或核污染、恐怖主义行为；

（六）被保险人违反法律或试图违反法律或抗拒依法采取的刑事强制措施。

第十二条 下列费用，保险人不承担给付保险金的责任：

（一）被保险人罹患的既往症或任何相关的或后续的病症由此引发的任何费用，但被保险人已在投保单中载明的、经保险人书面认可承保的既往症除外；

（二）购置个人用品及使用电话、电视、广播、报纸、访客餐饮、报告费、打印费以及任何非医疗的行政费用；

（三）妊娠、人工受孕、分娩、流产、人工终止妊娠、宫外孕、不孕症和由此引发的所有并发症或由此引发的任何费用，但由投保人和保险人约定的并在保险单中明确列明承保的除外；

（四）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费用；

（五）包皮环切、阳痿或勃起障碍和由此引发或与此相关的任何费用；

(六) 性病、人乳头瘤病毒 (HPV) 感染、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) 及其任何突变、衍化或变异, 但本保险条款第九条保险责任项下第 (四) 部分第 4 项约定和本合同特别约定的除外) 的任何治疗或检查费用;

(七) 变性手术及其任何相关治疗费用;

(八) 不符合本合同中关于先天性疾病和症状医疗费用责任约定的任何先天性疾病、先天性畸形或缺陷及其任何相关治疗费用, 但本保险单中明确为本合同承保的先天性疾病治疗除外;

(九) 不符合本合同中关于专业护士家庭护理费责任约定的非医疗机构内护理费用、休养治疗或疗养院治疗费用, 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、酗酒和药物滥用、成瘾品滥用引起的治疗费用, 但保险单中明确为本合同承保的精神病治疗除外;

(十) 视力测试、屈光缺陷 (包括近视、远视及散光) 的任何治疗费用; 眼镜、单片眼镜、隐形眼镜、太阳眼镜、激光援助屈光角膜层状重塑术、激光眼科手术或类似的产品或矫正手术费用;

(十一) 由于以下运动导致意外伤害或疾病而产生的医疗费用: 专业运动或职业竞赛、定点跳伞、悬崖跳水、乘坐或学习驾驶无飞行许可证的飞行器、潜水深度达到或超过 20 米、徒步行至海拔 3500 米或以上的高度、乘坐热气球、徒手攀岩、使用或不使用绳索的登山、蹦极、峡谷漂流、滑翔、空中滑翔跳伞运动、驾乘机动滑翔伞、跳伞或洞穴探险;

由于以下运动导致意外伤害或疾病而产生的医疗费用: 武术、水肺潜水深度达到或超过 10 米但小于 20 米、徒步行至海拔 2500 米但低于海拔 3500 米的高度、在滑雪道外的滑雪或进行的任何其他冬季运动, 除非该活动同时满足如下条件:

1. 被保险人不是单独行动的;

2. 被保险人是在获得当地认证的合格的导游或教练的陪同下, 或被保险人本身拥有资质且在相关机构或组织的允许范围内进行的;

3. 被保险人没有违背医嘱;

4. 被保险人没有违背当地政府等的严令警告或劝导;

5. 被保险人在进行活动时采取所有合理的防御措施并使用适当的设备。

(十二) 使用任何未经用药所在国家官方批准的药物或因未按照医嘱或用药说明用药的费用以及由此引起的任何治疗费用; 任何维生素及营养品费用, 任何滋补类中药费用, 包括但不限于膏方、人参、阿胶、鹿角胶、龟鹿二仙胶、龟板胶、鳖甲胶、马宝、珊瑚、玳瑁、冬虫夏草、藏红花、羚羊、犀角、牛黄、麝香、鹿茸、铁皮枫斗;

(十三) 任何实验性治疗费用, 任何未经公开权威机构证实安全有效的治疗费用;

(十四) 儿童身体和心理发育迟缓、性早熟、学习障碍、行为问题的治疗、评估和评级费用;

(十五) 脱发的相关治疗费用。整容或整形外科手术/治疗, 或与以前整容或整形外科手术/治疗相关的任何治疗费用, 但因意外事故或外科手术后在恰当的医学阶段实施的, 且在手术前已得到保险人批准用于恢复功能或外形的手术或治疗除外;

(十六) 从身体任何部分抽除脂肪或多余组织引发的任何费用, 无论是否存在医学或心理需要; 治疗肥胖、减轻或增加体重的费用;

(十七) 获得器官所需要的费用 (包括但不限于交通费用) 或捐献者引起的任何费用;

(十八) 购置任何肾透析用设备、仪器、器材、机器以及用品的费用;

(十九) 酒精依赖综合症或毒瘾的治疗费用；

(二十) 睡眠紊乱治疗费用，包括但不限于鼾症、疲劳、失眠、睡眠呼吸暂停低通气综合征及睡眠测试；

(二十一) 因进食导致的牙齿意外损坏引发的任何费用；

(二十二) 对于永久性神经损伤或持续性植物人状态超过 90 天的住院治疗费用。持续性植物人状态为：对周围环境无反应，完全丧失对自身和周围的认知能力，即使病人能够睁开双眼和自主呼吸，该状态持续超过 4 周且无好转或康复迹象；

(二十三) 由正常生理变化（如衰老、更年期、青春期等）的非疾病症状引起的用于缓解身体或生理变化的医疗费用；

(二十四) 任何预防或预测性质的基因检测费用；

(二十五) 除紧急意外门诊牙科治疗外的其他牙科相关医疗费用，但由投保人和保险人约定的并在保险单中明确列明承保的除外；

(二十六) 在非本合同载明的医疗机构发生的就诊费用。

等待期

第十三条 等待期是指投保人和保险人双方约定并在保险单中载明的，自本合同保险期间开始时间或者被保险人成为本合同的被保险人首日（以较晚者为准）起计算的一段时间。本合同除精神和心理障碍医疗费用的等待期为 180 天，人体免疫缺陷病毒/艾滋病的治疗费用的等待期为 180 天，既往症医疗费用的等待期为 180 天以及牙科医疗保险责任的等待期为 90 天以外，其他责任的等待期为 30 天，但因意外伤害导致的不受此限。

被保险人在此期间内罹患疾病的，保险人不承担给付保险金的责任。经保险人同意续保后的新保险合同与上一年度保险合同的保险期间在时间上连续未间断的，续保后的新保险合同不再计算等待期；否则，重新计算等待期。

犹豫期

第十四条 投保人在收到本合同之后享有 14 个工作日的犹豫期以审阅本合同。若投保人在犹豫期内认为本合同不符合其需求，可以书面通知保险人解除本合同，并将本合同和保险人发放的医疗卡等相关资料以邮寄方式归还给保险人。保险人自收到解除合同通知书之日起 30 日内，无息退还全额保险费，本合同自始无效，保险人不承担任何保险责任。

本犹豫期不适用于投保人在主被保险人的保险期间内，增加其他附属被保险人投保的情形。

免赔额

第十五条 免赔额是保险人不承担给付的部分，由被保险人自行承担或支付的金额。本合同的免赔额由投保人、保险人双方约定，并在保险单或批单中详细载明。

(一) 投保人有选择免赔额的权利，选择有免赔额的保险费将低于选择无免赔额的保险费。若投保人选择有免赔额，请在投保申请中注明。

(二) 本保险合同所指免赔额均指年免赔额，如果投保人在保障中选择了免赔额，保险人将对保险期间内的理赔扣除免赔额，直到累积扣除的额度达到了该保险期间内的年免赔额。

(三) 免赔额将按每一被保险人、每个保险期间单独计算。

一般自付比例

第十六条 自付比例是在扣除免赔额后，被保险人还必须自己承担或支付的医疗费用的比例。一般自付比例具体由投保人、保险人双方约定，并在保险单或批单中详细载明。

保险金额

第十七条 保险金额是保险人承担给付保险金责任的最高限额。本合同的保险金额由投保人、保险人双方约定，并在保险单中载明。保险金额一经确定，保险期间内不能进行变更。

保险费的支付

第十八条 投保人应按照本合同的约定，在本合同保险期间起始日前，向保险人全额一次性交纳保险费。

投保人未按本合同约定交纳保险费的，本合同不生效，对本合同生效前发生的保险事故，保险人不承担保险责任。

保险期间

第十九条 本合同保险期间为一年，具体起讫时间由投保人、保险人双方约定，并在保险单中载明。

续保

第二十条 本保险为非保证续保保险。本产品保险期间为一年。保险期间届满，投保人需要重新向保险人申请投保，经保险人审核通过并交纳保险费后，方可获得新的保险合同。

重新申请投保时，投保人可变更保险合同的保障内容或保障区域。

若保险期间届满时，本产品已统一停止销售，保险人将不再接受投保申请。

医疗服务网络和事先授权

第二十一条 本合同医疗服务网络如下：

（一）保险人直接付费

保险人建立了医疗服务网络，并将定期或者不定期向投保人和被保险人通报，被保险人也可登陆保险人指定的互联网站或者致电查询相关信息。被保险人在保险人医疗服务网络内的医疗机构（即“网络医疗机构”）接受治疗，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部分，被保险人可向保险人申请直接与相关医疗机构结算。

（二）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本人收取的医疗费用，在接到保险人或者医疗机构服务商的通知后，被保险人应当在 30 日内支付相应款项；未在 30 日内支付相应款项的，保险人或者医疗机构服务商有权向其追偿相应费用。

第二十二条 有关事先授权事项如下：

（一）事先授权接受下列治疗前，被保险人应当在预定开始治疗日期前至少 5 个工作日内向医疗服务供应商提交事先授权申请表：

1. 住院治疗；
2. 接受全身麻醉的门诊手术、化学治疗、放射治疗、肿瘤免疫疗法、肿瘤内分泌疗法、质子重离子治疗、血液或者腹膜透析；
3. 购买或者租用非一次性耐用医疗设备，包括但不限于胰岛素泵及其配套器械；
4. 紧急医疗转运；
5. 牙科意外伤害修补治疗；
6. 购买或者接种每剂超过人民币 8 千元的药剂。

对于被保险人事先授权申请，医疗服务供应商将予以书面回复并有权要求被保险人在医疗服务网络内接受治疗。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网络医疗机构接受治疗的，被保险人应当予以配合。**未获得医疗服务供应商书面许可回复擅自接受治疗的，保险人保留不承担相关保险责任的权利。**

发生紧急情况的，被保险人可在就近网络或者非网络医疗机构接受治疗，但应当在开始接受治疗后四十八小时内联系医疗服务供应商。保险人将对该次治疗是否属紧急情况予以审核。

（二）其他

1. 被保险人、相关人员或者医疗机构可致电医疗服务供应商，了解事先授权、网络医疗机构相关情况；

2. **被保险人获得医疗服务供应商许可回复，不意味着其发生的全部或者部分医疗费用均属于保险责任范围内，保险人按照本合同约定承担保险责任。**

保险人义务

第二十三条 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。

第二十四条 保险人认为投保人、被保险人或者受益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、被保险人或者受益人补充提供。

第二十五条 保险人收到投保人、被保险人或者受益人提供给付保险金请求后，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 30 日内作出核定。

保险人应当将核定结果通知被保险人或受益人。对属于保险责任范围内的，在与被保险人或受益人达成给付保险金的协议后 10 日内，履行给付保险金的义务；对不属于保险责任范围内的，应当自作出核定之日起 3 日内向被保险人或受益人发出拒绝给付保险金通知书，并说明理由。

第二十六条 保险人自收到给付保险金的请求和有关证明、资料之日起 60 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。

第二十七条 保险期间内保险人将定期或者不定期向投保人及相应被保险人通报不符合通常惯例水平的医疗机构，供被保险人就诊参考。

投保人、被保险人义务

第二十八条 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、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约定的义务，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。**

前款约定的合同解除权，自保险人知道有解除事由之日起，超过 30 日不行使而消灭。

投保人、被保险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、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、被保险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。

第二十九条 投保时，被要求填写健康问卷调查表的投保人或者被保险人应当如实告知既往症及保险人要求的其他医疗、症状等信息，保险人将进行医疗核保。**根据被保险人具体情况，保险人对本合同约定的既往症承担一定保险责任或者不承担保险责任，并具体载明在保险单上。**

第三十条 保险期间内，投保人可申请增减被保险人，保险人按下列（一）至（二）项的约定予以受理：

（一）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，投保人应当在 30 日内书面通知保险人，经保险人同意，保险人自通知书载明的起始时间开始按照相关约定对其承担保险责任，并根据加人前后不同参保方式保险费的差额乘以未满期天数收取相应保险费。

（二）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，投保人应当在 10 日内书面通知保险人，并向保险人退还保险卡。保险人自收到通知书之日起次日零时或者通知书载明的终止时间（以较晚者为准）起终止对相应附属被保险人的保险保障，并根据减人前后不同参保方式保险费的差额乘以未满期天数退还保险费。

第三十一条 如果被保险人住址、婚姻状态以及投保本保险时提供的其他信息等发生重大变化，或者身故，投保人或者被保险人（身故则由保险金申请人）应当及时通知保险人。保险人有权调整承保条件或者解除本合同。

第三十二条 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。

前款约定的未及时通知，不包括因不可抗力而导致的通知迟延。

第三十三条 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的有关通知，均视为已发送到投保人。

保险金申请与给付

第三十四条 被保险人在网络医疗机构接受治疗，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的医疗费用的，或者保险人已承担相应费用的，保险金申请人不得就此向保险人申请保险金。除前述描述情况以外的，被保险人在网络医疗机构接受治疗，由被保险人事先自行承担相应费用的其他情形，保险金申请人可根据本合同向保险人申请保险金。

向保险人申请保险金时，保险金申请人可在本合同中载明的网站下载保险金申请表；经保险金申请人要求，保险人也可通过传真或者电子邮件向其发送申请表。保险金申请人应当完整地填写申请表的第一部分，并请被保险人主治医师完整填写申请表的第二部分，且在当次治疗完成后 180 日内与医疗费用原始收据一并寄至本合同指定地址。被保险人提供的所有保险金申请资料归保险人所有。

对于已从其他途径(包括且不限于基本医疗保险、公费医疗、互助保险、除本保险外的其他商业保险、公益慈善机构、第三方责任人等)取得医疗费用补偿的，应提供医疗费用分割单或医疗费用结算证明。在此情况下，如无法提供医疗费用原始收据的，需提供医疗费用原始收据复印件。

第三十五条 保险人可对被保险人进行身体检查或者理赔问卷调查，但需经被保险人同意。被保险人同意后有义务向保险人提供保险人要求的所有医疗报告、记录及相关资料，若为处理本合同相关事宜，经保险人要求，被保险人应当授权许可保险人取得其完整全面的医疗病历。被保险人身故的，保险人可要求对该被保险人进行尸检，法律和宗教禁止情形不在此限。

第三十六条 收到保险金后 60 个工作日内，如果保险金申请人对理赔结果有争议，可通过邮寄或者发送电子邮件方式向保险人提交书面申诉书及相关资料，并自行承担获取资料有关费用，保险人将及时予以处理。

医疗费用补偿原则

第三十七条 本保险为医疗费用补偿型保险，被保险人因遭受意外或者患疾病而接受治疗，由此发生的保险责任范围内的费用，扣除其已从其他途径(包括且不限于基本医疗保险、公费医疗、互助保险、除本保险外的其他商业保险、公益慈善机构、第三方责任人等)获得的补偿后剩余的费用，保险人按照本合同的约定承担保险责任。

年龄的计算及年龄错误的处理

第三十八条 被保险人的投保年龄以周岁计算。

第三十九条 投保人在投保时，应当如实告知被保险人的年龄。若被保险人年龄发生错误，按照下列约定办理：

(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条款第三条所约定条件的，保险人有权解除本合同，并退还保险费，对于本合同解除前发生的事故，保险人不承担保险责任；

(二) 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，若发生保险事故，保险人按实交保险费与应交保险费的比例给付保险金；

(三) 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，保险人应当退还多收的保险费。

保险合同的变更与解除

第四十条 除本合同另有约定外，经投保人、保险人双方协商同意后，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，或者由投保人和保险人订立合同变更书面协议后生效。

第四十一条 未发生保险事故，被保险人或者受益人谎称发生了保险事故，向保险人提出赔偿或者给付保险金请求的，保险人有权解除本合同，并不退还保险费。

投保人、被保险人故意制造保险事故的，保险人有权解除本合同，不承担赔偿或者给付保险金的责任，并不退还保险费。

保险事故发生后，投保人、被保险人或者受益人以伪造、变造的有关证明、资料或者其他证据，编造虚假的事故原因或者夸大损失程度的，保险人对其虚报的部分不承担赔偿或者给付保险金的责任。

发生前三款约定的任何情形致使保险人给付保险金或者支出费用的，投保人、被保险人或者受益人应当退回或者赔偿。

第四十二条 在本合同成立后，投保人可以书面形式通知保险人解除本合同，但已发生任何保险金给付或已发生本合同约定的保险事故但尚未给付保险金的，投保人不得要求解除本合同。

投保人解除本合同时，应当提供下列证明和资料：

- (一) 解除合同通知书；
- (二) 保险单或者其他保险凭证、批单；
- (三) 投保人身份证明；
- (四) 保险费发票或者收据；
- (五) 保险人合理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起次日零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 30 日内，保险人退还保险单的现金价值。

争议处理与法律适用

第四十三条 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或者争议发生后未达成仲裁协议的，依法向中华人民共和国（不包括香港特别行政区、澳门特别行政区和台湾地区）有管辖权的人民法院起诉。

第四十四条 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（不包括香港特别行政区、澳门特别行政区和台湾地区）法律。

释义

第四十五条 本合同涉及下列术语时，适用下列释义：

(一) 投保单：投保人填写的向保险人申请保险保障的表格，连同被保险人提交的信息、文档和声明，包括任何医疗检查报告和表格、被保险人的书面表述和声明及其完成的任何补充问卷；以上材料均包含了保险人将用于或已经用于判断是否接受投保人的申请并向各个被保险人提供保险保障的信息。

(二) 保险单：是记载投保人、被保险人的详情，被保险人在本合同项下可以享有的保障内容、包括保险金额在内的各项保障内容的给付限额、保险费金额以及可能适用于本合同项下的任何其他详情的表格文件。

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

(四) 投保人：是指有权与保险人订立本合同并按照保险合同负有支付保险费义务的人。

(五) 保险人：指与投保人签订本合同的中银保险有限公司或其各分支机构。

(六) 主被保险人：指在投保单中列明为主被保险人的人。

(七) 配偶：由法律承认的婚姻形成的丈夫或妻子。

(八) 符合承保条件的子女：指主被保险人的符合以下条件的亲生子女、继子女或合法收养的子女。

1. 18 周岁以下的未婚子女；

2. 18 周岁（含）—25 周岁（含）的未婚子女，限于尚在接受全日制学校教育（需提供其就读教育机构书面证明）。

(九) 周岁：指以法定身份证明文件中记载的出生日期为基础计算的实足年龄。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。

(十) 合理且必需：指符合通常惯例且属于医疗必需。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. 该服务是为了满足医疗需要且符合治疗当地的通行治疗规范、采用了治疗当地的通行治疗方法；

2. 医疗费用没有超过治疗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。

(十一) 中国：指中华人民共和国大陆、香港特别行政区、澳门特别行政区以及台湾地区。

(十二) 中国大陆：指中华人民共和国大陆，不包括香港特别行政区、澳门特别行政区以及台湾地区。

(十三) 惯常居住地：被保险人一年中居住时间超过 185 天的国家或地区。被保险人的惯常居住地和居住地址将在保险单中载明。

(十四) 一般自付比例：指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应由被保险人自行负担的比例，保险人对此不负责给付保险金。

(十五)年免赔额：指保险期间被保险人发生的保险责任范围内的累计费用中应由被保险人自行负担的金额，保险人对此不负责给付保险金。

(十六)在保障区域外地区发生的紧急医疗费用：指被保险人在本合同约定的保障区域外的国家或地区旅行时，因遭受意外伤害事故或突发急性病需紧急医疗，由此产生的合理且必需的医疗费用。

(十七)急性病：指疾病病程短、病情相对严重（特别是严重急性病或外伤），需要短期治疗的疾病，包括：

1. 高热（成人摄氏 38.5 度、小儿摄氏 39 度以上）；
2. 急性腹痛、剧烈呕吐、严重腹泻；
3. 各种原因的休克；
4. 昏迷；
5. 癫痫发作；
6. 严重喘息、呼吸困难；
7. 急性胸痛、急性心力衰竭、严重心律失常；
8. 高血压危象、高血压脑病、脑血管意外；
9. 各种原因所致急性出血；
10. 急性泌尿道出积血、尿闭、肾绞痛；
11. 各种急性中毒（如食物或药物中毒），各种意外（如触电、溺水）；
12. 脑外伤、骨折、脱位、撕裂、烧伤、烫伤或其他急性外伤；
13. 各种有毒动物或昆虫咬伤或者急性过敏性疾病；
14. 五官及呼吸道或食道异物，急性眼痛、眼红或眼肿，突然视力障碍以及眼外伤；
15. 其他给予危、急、重病者的紧急治疗。

(十八)紧急医疗：指针对突然发生的、为避免严重终身伤害或者死亡应立即接受药物或者手术治疗的症候，被保险人立即或者因不可抗力因素在症状发作后 24 小时内开始接受的相应医疗。以下情形不属于紧急医疗范围：

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治疗；
5. 因被保险人已知或者应该知道的情形而发生的治疗；
6. 妊娠、分娩、流产及相关情况。

(十九)等待期：指自本合同保险期间开始时间或者被保险人成为本合同的被保险人首日（以较晚者为准）起保险人与投保人约定长度的期间。保险人对被保险人在此时间段内发生的对约定病症的治疗和诊断费用不承担保险责任。等待期的具体时间规定参照本合同第十三条。

(二十)罹患疾病：被保险人于本合同相关各项保险责任对应的等待期后首次就诊的病症，不包括本合同生效前已存在的任何病症（但符合投保前已告知且保险人同意承保的既往症除外）。

(二十一) 门诊：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。

(二十二) 住院：指完全出于接受医学必需的治疗目的被保险人以彻夜占用医疗机构病床的方式接受治疗的过程。

(二十三) 疾病：就病理学而言偏离正常健康状态的身体状况

(二十四) 意外伤害：指遭受外来的、突发的、非本意的、非疾病的客观事件导致身体受到的伤害。自然死亡、疾病身故、猝死、自杀以及自伤均不属于意外伤害。

(二十五) 医师：指具有医疗职业资格的任何人员，包括内科医师、全科医师、专科医师、医学顾问以及其他任何在相应准许和训练范围内从事医疗服务的人员。**不包括实习人员、在训人员。**

(二十六) 医学必需：指被保险人接受、使用或者服用的治疗、服务、器械或者药品符合以下条件：

1. 医师医嘱要求且对治疗被保险人疾病或者意外伤害合适且必需。
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、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的，不属医学必需。

5. 非病人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。

(二十七) 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。

(二十八) 亚急性：指病情具有急性病一些特征，处于急性和慢性之间。

(二十九) 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。

(三十) 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。

(三十一) 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。

(三十二) 通常惯例水平的医疗费用：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。

(三十三)放射治疗：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的治疗。**本合同所指的放疗为被保险人根据医嘱，在医疗机构的专门科室进行的放疗。**

(三十四)化学治疗：指对于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，在医疗机构进行的静脉注射化疗。**

(三十五)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，将药物或者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。**

(三十六)肿瘤内分泌疗法：指对于恶性肿瘤的内分泌疗法，用药物抑制激素生成和激素反应，杀死癌细胞或者抑制癌细胞的生长。**本合同所指的内分泌疗法需符合法律、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。**

(三十七)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。**本合同所指的肿瘤免疫疗法需符合法律、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。**

(三十八)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。**

(三十九)顺势疗法：指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。

(四十)物理治疗：指由具有相应医疗职业资格的专业医师实施的、应用人工物理因子（如光、电、磁、声、温热、寒冷、力等）来治疗疾病，包括电疗、光疗、磁疗、热疗、冷疗、水疗，超声波疗法以及功能训练和手法治疗。**不包括泥疗、蜡敷治疗、气泡浴与药物浸浴治疗。具有相应医疗职业资格的专业医师必须开具处方和书面的治疗计划，并在合理的、可预测的时间内使得症状明显好转。**

(四十一)中草药：指在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。

(四十二)日间住院治疗：指完全出于接受医学必需的治疗目的被保险人以占用医疗机构病床但不过夜的方式接受的医疗。

(四十三)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，**应先经过医疗服务供应商批准，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。**

(四十四)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。

(四十五)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。

(四十六)注意力缺陷症：指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。

(四十七)注意缺陷多动障碍：指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。

(四十八) 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、物质或者溶剂。**严格遵守医嘱服用处方药物导致上述情况不在此限。**

(四十九) 先天性疾病和症状：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。

(五十) 特定严重疾病：本合同约定的特定严重疾病包含以下种类：

1. 严重冠状动脉粥样硬化性心脏病

指经冠状动脉造影检查明确诊断为主要血管严重狭窄性病变，**须满足下列至少一项条件：**

(1) 左冠状动脉主干和右冠状动脉中，一支血管管腔堵塞 75%以上，另一支血管管腔堵塞 60%以上；

(2) 左前降支、左旋支和右冠状动脉中，至少一支血管管腔堵塞 75%以上，其他两支血管管腔堵塞 60%以上。

2. 严重心肌病

指不明原因引起的一类心肌病变，包括原发性扩张型心肌病、原发性肥厚型心肌病及原发性限制型心肌病三种，病变必须已造成事实上心室功能障碍而出现明显的心功能衰竭达到美国纽约心脏病学会心功能状态分级达 IV 级，且有相关住院医疗记录显示 IV 级心功能衰竭状态持续至少 180 天。

3. 严重心肌炎

指心肌局限性或弥漫性的急性或慢性炎症病变，导致心脏功能障碍，达到美国纽约心脏病学会（New York Heart Association, NYHA）心功能状态分级 IV 级，且需持续至少 90 天。

4. III度房室传导阻滞

指心房激动在房室交界区、房室束及其分支内发生阻滞，不能正常地传到心室的心脏传导性疾病，**须满足下列所有条件：**

(1) 心电图显示房室搏动彼此独立，心室率<50 次/分钟；

(2) 出现阿-斯综合征或心力衰竭的表现；

(3) 必须持续性依赖心脏起搏器维持心脏正常功能，且已经放置心脏起搏器。

5. 感染性心内膜炎

指因细菌、真菌和其他微生物（如病毒、立克次体、衣原体、螺旋体等）直接感染而产生心瓣膜或心室壁内膜的炎症，须经心脏专科医生确诊，并符合以下所有条件：

(1) 血液培养测试结果为阳性，**并至少符合以下条件之一：**

① 微生物：在赘生物，栓塞的赘生物或心脏内脓肿培养或组织检查证实有微生物；

② 病理性病灶：组织检查证实赘生物或心脏内脓肿有活动性心内膜炎；

③ 分别两次血液培养证实有典型的微生物且与心内膜炎符合；

④ 持续血液培养证实有微生物阳性反应，且与心内膜炎符合。

(2) 心内膜炎引起中度心瓣膜关闭不全（指返流指数 20%或以上）或中度心瓣膜狭窄（指心瓣膜开口范围小于或等于正常的 30%）；

(3) 心内膜炎及心瓣膜损毁程度需经由心脏专科医生确诊。

6. 肺源性心脏病

指由于各种胸肺及支气管病变而继发的肺动脉高压，最后导致以右室肥大为特征的心脏病。须经呼吸专科医生确诊，且必须同时满足如下诊断标准：

- (1) 左心房压力增高（不低于 20 个单位）；
- (2) 肺血管阻力高于正常值 3 个单位（Pulmonary Resistance）；
- (3) 肺动脉血压不低于 40 毫米汞柱；
- (4) 肺动脉楔压不低于 6 毫米汞柱；
- (5) 右心室心脏舒张期末压力不低于 8 毫米汞柱；
- (6) 右心室过度肥大、扩张，出现右心衰竭和呼吸困难。

7. 严重慢性缩窄性心包炎

由于慢性心包炎症导致心包脏层和壁层广泛瘢痕粘连、增厚和钙化，心包腔闭塞，形成一个纤维瘢痕外壳，使心脏和大血管根部受压，阻碍心脏的舒张。

被保险人被明确诊断为慢性缩窄性心包炎且必须满足以下所有条件：

- (1) 心功能衰竭达到美国纽约心脏病学会心功能状态分级 IV 级，并持续 180 天以上；
- (2) 实际接受了以下任何一种手术路径的心包剥脱或心包切除手术；手术路径：胸骨正中切口；双侧前胸切口；左前胸肋间切口。

经胸腔镜、胸壁打孔进行的手术、心包粘连松解手术不在保障范围内。

8. 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；

(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%）或更轻分级的神经内分泌肿瘤。

9. 急性心肌梗塞

指因冠状动脉阻塞导致的相应区域供血不足造成部分心肌坏死。须满足下列至少三项条件：

- (1) 典型临床表现，例如急性胸痛等；
- (2) 新近的心电图改变提示急性心肌梗塞；
- (3) 心肌酶或肌钙蛋白有诊断意义的升高，或呈符合急性心肌梗塞的动态性变化；
- (4) 发病 90 天后，经检查证实左心室功能降低，如左心室射血分数低于 50%。

10. 严重脑中风后遗症

指因脑血管的突发病变引起脑血管出血、栓塞或梗塞，须由头颅断层扫描（CT）、核磁共振检查（MRI）等影像学检查证实，并导致神经系统永久性的功能障碍。神经系统永久性的功能障碍，指疾病确诊 180 天后，仍遗留下列至少一种障碍：

- (1) 一肢（含）以上肢体肌力 2 级（含）以下；
- (2) 语言能力完全丧失，或严重咀嚼吞咽功能障碍；
- (3) 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. 重大器官移植术或造血干细胞移植术

重大器官移植术，指因相应器官功能衰竭，已经实施了肾脏、肝脏、心脏、肺脏或小肠的异体移植手术。

造血干细胞移植术，指因造血功能损害或造血系统恶性肿瘤，已经实施了造血干细胞（包括骨髓造血干细胞、外周血造血干细胞和脐血造血干细胞）的移植手术。

12. 冠状动脉搭桥术（或称冠状动脉旁路移植术）

指治疗严重的冠心病，已经实施了切开心包进行的冠状动脉血管旁路移植的手术。

所有未切开心包的冠状动脉介入治疗不在保障范围内。

13. 严重慢性肾衰竭

指双肾功能慢性不可逆性衰竭，依据肾脏病预后质量倡议（K/DOQI）制定的指南，分期达到慢性肾脏病 5 期，且经诊断后已经进行了至少 90 天的规律性透析治疗。规律性透析是指每周进行血液透析或每天进行腹膜透析。

14. 急性重症肝炎或亚急性重症肝炎

指因肝炎病毒感染引起肝脏组织弥漫性坏死，导致急性肝功能衰竭，且经血清学或病毒学检查证实，并须满足下列全部条件：

- (1) 重度黄疸或黄疸迅速加重；
- (2) 肝性脑病；
- (3) B 超或其他影像学检查显示肝脏体积急速萎缩；
- (4) 肝功能指标进行性恶化。

15. 严重非恶性颅内肿瘤

指起源于脑、脑神经、脑被膜的非恶性肿瘤，ICD-0-3 肿瘤形态学编码属于 0（良性肿瘤）、1（动态未定性肿瘤）范畴，并已经引起颅内压升高或神经系统功能损害，出现视乳头水肿或视觉受损、听觉受损、面部或肢体瘫痪、癫痫等，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，且须满足下列至少一项条件：

- (1) 已经实施了开颅进行的颅内肿瘤完全或部分切除手术；
- (2) 已经实施了针对颅内肿瘤的放射治疗，如 γ 刀、质子重离子治疗等。

下列疾病不在保障范围内：

- (1) 脑垂体瘤；
- (2) 脑囊肿；
- (3) 颅内血管性疾病（如脑动脉瘤、脑动静脉畸形、海绵状血管瘤、毛细血管扩张症等）。

16. 慢性肝功能衰竭失代偿期

指因慢性肝脏疾病导致肝功能衰竭。须满足下列全部条件：

- (1) 持续性黄疸；
- (2) 腹水；
- (3) 肝性脑病；
- (4) 充血性脾肿大伴脾功能亢进或食管胃底静脉曲张。

因酗酒或药物滥用导致的肝功能衰竭不在保障范围内。

17. 严重脑炎后遗症或严重脑膜炎后遗症

指因患脑炎或脑膜炎导致的神经系统永久性的功能障碍。神经系统永久性的功能障碍，指经相关专科医生确诊疾病 180 天后，仍遗留下列至少一种障碍：

- (1) 一肢（含）以上肢体肌力 2 级（含）以下；
- (2) 语言能力完全丧失，或严重咀嚼吞咽功能障碍；
- (3) 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；
- (4) 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。

18. 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中的三项或三项以上。

阿尔茨海默病之外的其他类型痴呆不在保障范围内。

19. 严重脑损伤

指因头部遭受机械性外力，引起脑重要部位损伤，导致神经系统永久性的功能障碍。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。神经系统永久性的功能障碍，指脑损伤 180 天后，仍遗留下列至少一种障碍：

- (1) 一肢（含）以上肢体肌力 2 级（含）以下；
- (2) 语言能力完全丧失，或严重咀嚼吞咽功能障碍；
- (3) 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。

20. 严重原发性帕金森病

是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。

21. 严重特发性肺动脉高压

指不明原因的肺动脉压力持续性增高，进行性发展而导致的慢性疾病，已经造成永久不可逆性的体力活动能力受限，达到美国纽约心脏病学会（New York Heart Association, NYHA）心功能状态分级 IV 级，且静息状态下肺动脉平均压在 36mmHg（含）以上。

22. 系统性红斑狼疮 —（并发）III型或以上狼疮性肾炎

系统性红斑狼疮是由多种因素引起，累及多系统的自身免疫性疾病。其特点是生成自身抗体对抗多种自身抗原。多见于育龄妇女。

本合同所指的系统性红斑狼疮仅限于累及肾脏（经肾脏活检确认的，符合 WHO 诊断标准定义 III 型至 V 型狼疮性肾炎）的系统性红斑狼疮并引起肾功能损害，且肾脏病理诊断符合以下列明的世界卫生组织（WHO）对狼疮性肾炎所分类中的第 III、IV、V、VI 型。**其他类型的红斑性狼疮，如盘状狼疮、仅累及血液及关节的狼疮不在保障范围内。**

本病必须由免疫和风湿科专家医师确诊。

世界卫生组织（WHO）狼疮性肾炎分型：

I 型（微小病变型）：镜下阴性，尿液正常

II 型（系膜病变型）：中度蛋白尿，偶有尿沉渣改变

III 型（局灶及节段增生型）：蛋白尿，尿沉渣改变

IV 型（弥漫增生型）：急性肾炎伴有尿沉渣改变及/或肾病综合征

V 型（膜型）：肾病综合征或重度蛋白尿

VI 型（肾小球硬化型）：肾小球硬化，并发肾功能衰竭

23. 重症急性坏死性筋膜炎

坏死性筋膜炎的诊断须同时符合下列要求：

- （1）符合坏死性筋膜炎的一般临床表现；
- （2）细菌培养检出致病菌；
- （3）出现广泛性肌肉及软组织坏死，并确实实施了坏死组织和筋膜以及肌肉的切除手术。

清创术不在保障范围内。

24. 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并由专科医生明确诊断，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。

以下情况不在保障范围内：

(1) 局限性硬皮病（带状硬皮病或斑状损害）；

(2) 嗜酸性筋膜炎；

(3) CREST 综合征。

25. 严重Ⅲ度烧伤

指烧伤程度为Ⅲ度，且Ⅲ度烧伤的面积达到全身体表面积的 20% 或 20% 以上。体表面积根据《中国新九分法》计算。

26. 原发性硬化性胆管炎

指一种胆汁淤积综合征，其特征是肝内、肝外胆道因纤维化性炎症逐渐狭窄，并最终导致完全阻塞而发展为肝硬化。本病须经内镜逆行胰胆管造影等影像学检查证实，**并须满足下列全部条件：**

(1) 总胆红素和直接胆红素同时升高，血清 ALP>200U/L；

(2) 持续性黄疸病史；

(3) 出现胆汁性肝硬化或门脉高压。

因肿瘤或胆管损伤等继发性的硬化性胆管炎不在保障范围内。

27. 严重自身免疫性肝炎

自身免疫性肝炎是一种原因不明的慢性肝脏的坏死性炎性疾病，机体免疫机制被破坏，产生针对肝脏自身抗原的抗体导致自身免疫反应，从而破坏肝细胞造成肝脏炎症坏死，进而发展为肝硬化。**必须满足所有以下条件：**

(1) 高 γ 球蛋白血症；

(2) 血液中存在高水平的自身免疫抗体，如 ANA（抗核抗体）、SMA（抗平滑肌抗体）、抗 LKM1 抗体或抗-SLA/LP 抗体；

(3) 肝脏活检证实免疫性肝炎；

(4) 临床已经出现腹水、食道静脉曲张和脾肿大等肝硬化表现。

28. 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。**诊断必须由保险人认可医院的血液病专科医生确认。**

29. 多个肢体缺失

指因疾病或意外伤害导致两个或两个以上肢体自腕关节或踝关节近端（靠近躯干端）以上完全性断离。

30. 多发性硬化

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 6 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，持续至少 180 天。**

(五十一) 艾滋病病毒：指人类免疫缺陷病毒，英文缩写为 HIV。

(五十二) 精神和心理障碍：包括但不限于神经性贪食症、神经性厌食症、注意力缺陷症、注意缺陷多动障碍。**但不包括酒精和药物滥用戒断治疗、智能测试、教育测试、婚姻和家庭心理咨询。**

(五十三)既往症：指在保单生效之前被保险人已患有的且已知晓的有关疾病或症状。

(五十四)医疗机构：指被接受医疗服务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、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。医疗机构以医疗费用价格水平分为昂贵医院和非昂贵医院。昂贵医院指超出通常惯例水平的医疗机构（以本合同列明为准）。非昂贵医院指除昂贵医院和限制医疗机构以外的医疗机构。除本合同另有约定外，本合同涵盖的医疗机构包含昂贵医院和非昂贵医院。但对于投保时未选择包含昂贵医院保险责任的被保险人，保险人认可的医疗机构仅为中华人民共和国（但不包括香港特别行政区、澳门特别行政区以及台湾地区）的非营利性医院，包括且不限于非营利性医院内的普通病区、特需病区及国际病区。

(五十五)限制医疗机构：在保险单中载明的，其诊疗水平和医疗费用严重背离同业的医疗机构。保险人不承担被保险人在限制医疗机构发生的任何费用。

(五十六)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感染）、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、支原体感染。

(五十七)国籍国：指被保险人持有相应护照的国家或者地区。对于拥有多个护照的美国公民，其国籍国默认为美国；对于拥有多个护照的其他国家公民，其国籍国以本合同载明的国家或者地区为准。

(五十八)监护：包括以下任何情形：

1. 对其治疗医师认为已达到最大限度康复但仍存在身体或者智力残疾人员提供的床位、护理等服务；
2. 对预计医疗或者手术已不能使其在医疗机构外生活人员提供的床位、护理等服务；
3. 修养疗法、喘息照护，以及家庭成员提供的家庭看护。

(五十九)战争：指包括入侵、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。

(六十)恐怖主义行为：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。

(六十一)保险金申请人：指受益人、被保险人的继承人或者依法享有保险金请求权的其他人。

(六十二)不可抗力：指不能预见、不能避免并不能克服的客观情况。

(六十三)基本医疗保险：本合同所称的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、新型农村合作医疗等政府举办的社会基本医疗保障项目。

(六十四)现金价值：现金价值=保险费×(1-m/n)，其中，m为已生效天数，n为保险期间的天数，经过日期不足一日的按一日计算。

(六十五)学术释义

1. 原位癌：指恶性细胞局限于上皮内尚未突破基底膜浸润周围正常组织的癌细胞新生物，且须满足全部以下两个条件：（1）必须经对固定活组织的组织病理学检查明确诊断，属于世界卫生组织《疾病和有关健康问题的国际统计分类》（ICD-10）的原位癌范畴（D00-D09）；（2）被保险人必须已经接受了针对原位癌病灶的手术治疗。

2. 专科医生：专科医生应当同时满足以下四项资格条件：1. 具有有效的中华人民共和国《医师资格证书》；2. 具有有效的中华人民共和国《医师执业证书》，并按期到相关部门登记注册；3. 具有有效的中华人民共和国主治医师或主治医师以上职称的《医师职称证书》；4. 在国家《医院分级管理标准》二级或二级以上医院的相应科室从事临床工作三年以上。

3. 肢体：指包括肩关节的整个上肢或包括髋关节的整个下肢。

4. 肌力：指肌肉收缩时的力量。肌力划分为0-5级，具体为：

0级：肌肉完全瘫痪，毫无收缩。

1级：可看到或者触及肌肉轻微收缩，但不能产生动作。

2级：肌肉在不受重力影响下，可进行运动，即肢体能在床面上移动，但不能抬高。

3级：在和地心引力相反的方向中尚能完成其动作，但不能对抗外加阻力。

4级：能对抗一定的阻力，但较正常人为低。

5级：正常肌力。

5. 语言能力完全丧失或严重咀嚼吞咽功能障碍：

语言能力完全丧失，指无法发出四种语音（包括口唇音、齿舌音、口盖音和喉头音）中的任何三种、或声带全部切除，或因大脑语言中枢受伤害而患失语症。

严重咀嚼吞咽功能障碍，指因牙齿以外的原因导致器质障碍或机能障碍，以致不能作咀嚼吞咽运动，除流质食物外不能摄取或吞咽的状态。

6. 六项基本日常生活活动：六项基本日常生活活动是指：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。

7. 永久不可逆：指自疾病确诊或意外伤害发生之日起，经过积极治疗180天后，仍无法通过现有医疗手段恢复。

8. ICD-10与ICD-0-3：

《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-0-3），是WHO发布的针对ICD中肿瘤形态学组织学细胞类型、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-0-3不一致的情况，以ICD-0-3为准。

9. 美国纽约心脏病学会（New York Heart Association, NYHA）心功能状态分级：

美国纽约心脏病学会（New York Heart Association, NYHA）将心功能状态分为四级：

I级：心脏病病人日常活动量不受限制，一般活动不引起乏力、呼吸困难等心衰症状。

II级：心脏病病人体力活动轻度受限制，休息时无自觉症状，一般活动下可出现心衰症状。

III级：心脏病病人体力活动明显受限，低于平时一般活动即引起心衰症状。

IV级：心脏病病人不能从事任何体力活动，休息状态下也存在心衰症状，活动后加重。

10. 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 指原发肿瘤的大小、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。

11. 甲状腺癌的 TNM 分期：

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，具体见下：

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

T_{1a}肿瘤最大径≤1cm

T_{1b}肿瘤最大径>1cm，≤2cm

pT₂：肿瘤2~4cm

pT₃：肿瘤>4cm，局限于甲状腺内或大体侵犯甲状腺外带状肌

pT_{3a}：肿瘤>4cm，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

pT₄：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

pT₀：无肿瘤证据

pT₁：肿瘤局限在甲状腺内，最大径≤2cm

T_{1a}肿瘤最大径≤1cm

T_{1b}肿瘤最大径>1cm，≤2cm

pT₂：肿瘤2~4cm

pT₃：肿瘤>4cm，局限于甲状腺内或大体侵犯甲状腺外带状肌

pT_{3a}：肿瘤>4cm，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

pT₄：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

pN₀: 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。

12. 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。