

天安财产保险股份有限公司
个人全球医疗保险 C 款 (2022 版)

【注册编号：C00002232512022121287481】

总 则

第一条 合同构成

本保险合同（以下简称为“本合同”）由保险条款、投保单、保险单、保险凭证、保险卡以及与本合同有关的投保文件、合法有效的声明、批单及投保人与**保险人（释义1）**共同认可的书面或者电子协议等组成。凡涉及本保险合同的约定，均应采用书面形式。

第二条 投保人

具有完全民事行为能力的被保险人本人或对被保险人有保险利益的其他自然人均可作为本合同的投保人。

被保险人为限制民事行为能力人的，应由其法定监护人作为投保人。被保险人为无民事行为能力人的，应由其父母作为投保人。

第三条 被保险人

凡初次投保时年龄不超过**64周岁（释义2）**（含），身体健康且能正常工作、生活的自然人，可作为本合同的主被保险人。被保险人为64周岁（不含）以上的，保险人不接受首次投保，只接受续保，最高可续保至75周岁。

凡初次投保时年龄不超过64周岁（含），身体健康且能正常工作、生活的主被保险人的配偶，经保险人同意，可作为本合同的附属被保险人。

凡初次投保时年龄二十一周岁或者以下的全日制在校学生、未婚、经济上完全依赖主被保险人的主被保险人子女，经保险人同意，亦可作为本合同的附属被保险人。

除特别指明外，以下与被保险人相关的表述完全适用于主被保险人和附属被保险人。

第四条 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。

第五条 保障类型

根据附属被保险人的有无及其与主被保险人的身份关系，本合同保障类型分为单人型和家庭型，具体由投保人在投保时与保险人协商确定，并在保险单中载明。

（一）单人型：保险合同仅包含主被保险人，而不包含任何附属被保险人。

（二）家庭型：保险合同除包含主被保险人外，还包含一名或多名作为附属被保险人的主被保险人配偶或子女。

第六条 预先授权

被保险人拟接受下列医疗项目前，投保人或被保险人应通过电话或书面形式向保险人或第三方医疗管理机构提出预先授权申请：

- (一) 所有住院治疗和需全身麻醉的门诊手术治疗；
- (二) 癌症治疗（包括化疗、放疗等）以及血液或者腹膜透析治疗；
- (三) 专业护士的家庭护理；
- (四) 购买或者租用非一次性耐用医疗设备；
- (五) 器官、骨髓、干细胞和其他组织移植；
- (六) 酒精和药物滥用戒断治疗；
- (七) 每次就诊单价超过人民币 8,000 元的项目；
- (八) 紧急医疗运送或转运；
- (九) 对疑为发作性睡眠或者阻塞性呼吸暂停症状的睡眠检查和治疗；
- (十) 虽不符合上述医疗项目，但预期保险期间内累计医疗费用超过人民币 40,000 元的任何诊疗、检查项目。

在保险人批准预先授权保障项目之前，保险人或第三方医疗管理机构有权要求被保险人或投保人提供必需的医疗辅助材料（如病历、检查报告等），且保险人或第三方医疗管理机构有权要求由保险人指定的独立医疗机构或医疗从业人员对被保险人进行医疗检查，并向保险人或第三方医疗管理机构提供医疗检查报告，相关医疗检查费用将由保险人承担。

若被保险人或投保人不能及时向保险人或第三方医疗管理机构提供必需的医疗辅助材料，则被保险人取得预先授权的时间可能会延误。若被保险人或投保人完全不能向保险人或第三方医疗管理机构提供必需的医疗辅助材料，则保险人有权拒绝被保险人的预先授权申请。

紧急情况下，如被保险人在就医前未能及时获得预先授权许可回复的，被保险人或投保人需在开始接受上述医疗项目后四十八小时之内通知保险人或第三方医疗机构。

如被保险人在进行上述医疗项目前未获得预先授权许可回复或紧急情况下未能在上述规定时间内通知保险人或第三方医疗机构的，针对上述医疗项目产生的医疗费用，保险人将依据本合同约定，按应给付保险金金额的 60% 承担保险金给付责任。

被保险人获得预先授权许可回复，不意味着保险人确认被保险人发生的全部或者部分医疗费用属于保险责任范围。

保险责任

第七条 保障类型

本保险的保障类型有全球保障、国际保障、大中华保障、大陆保障，具体保障类型由投保人在投保时为被保险人选择投保并在保险单中载明，保险人对于被保险人未选择的保障不承担赔偿责任。除另有约定外，所有的主被保险人、附属被保险人的保险保障应当一致。

保险人仅针对被保险人选择的保障类型在保险期间内在相应保障地域内发生的保险责

任范围内的费用，按照合同约定承担保险责任：

- (一) 全球保障：保障地域为全球任何国家和地区
- (二) 国际保障：保障地域为全球除美国、加拿大以外的任何国家和地区
- (三) 大中华保障：保险地域为中国大陆，含香港、澳门特别行政区，以及台湾地区
- (四) 大陆保障：保险地域为中国大陆，不含香港、澳门特别行政区，以及台湾地区

第八条 等待期

除另有约定外，投保人为被保险人首次投保本保险或非连续投保本保险时，部分保险责任设定有固定的**等待期（释义 3）**，且保险人将在本合同中进行约定。

被保险人发生以下情形之一时，无论是否延续至等待期后，保险人均不承担给付保险金的责任：

- (1) 等待期内被保险人发生的**保险事故**；
- (2) 等待期内被保险人接受医学检查或治疗，且延续至等待期后确诊的同一种疾病。

第九条 保险责任

本合同的保险责任分为基本责任和可选责任。可选责任在投保人已投保基本责任的前提下才可以选择投保，若可选责任未在保险单上载明或批注，则可选责任不产生任何效力。

本合同基本责任包括：**住院（释义 4）及日间治疗（释义 5）费用责任、门诊医疗费用责任、急救与转运费用责任、限制性疾病治疗费用责任**；

本合同可选责任包括：**体检费用责任、牙科治疗费用责任**。

保险人在本合同项下累计给付各项保险金之和以本合同约定的保险金额为限，当保险人在本合同项下累计给付金额达到本合同项下保险金额时，保险人对被保险人在本合同项下的本项保险责任终止。

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，扣除其已从社会基本医疗保险、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。

一、住院和日间治疗费用责任

在保险期间内，被保险人因遭受**意外伤害（释义 6）**事故或在本合同约定的等待期后因**初次罹患疾病（释义 7）**，在投保双方约定的**医疗机构（释义 8）**接受由具有相应资质的医护人员诊断必须接受住院或日间治疗的，对于被保险人需个人支付的、**医学必需（释义 9）**且符合**通常惯例水平（释义 10）**的下列住院治疗 and 日间治疗费用，保险人在扣除本合同约定的免赔额和自付比例后，在本合同约定的限额内承担给付保险金的责任，具体赔偿项目、免赔额、赔付比例、赔偿限额由投保人和保险人在投保时确认并载于保险单中。

（一）一般住院治疗和日间治疗医疗费用责任

一般住院**治疗和日间治疗**费用责任赔付以下住院费用项目：

1. 常规住院费；

(1) 床位费；

指住院期间实际发生的住院床位费，**被保险人在中国大陆境内（不含香港、澳门、台湾地区）住院床位费标准为不高于标准单人病房。床位费每日赔偿限额以保单载明为准。**

(2) 膳食费；

指被保险人住院期间实际发生的、根据医生的医嘱、由医院内专设的为住院病人配餐的食堂配送的、符合惯常标准的膳食费。

(3) 重症监护病房费；

指被保险人住院期间实际发生的，因入住针对危重病人配备专门医务人员及各种复杂生命监测设备、且提供不间断密切监视和救治技术的专用病房而发生的床位费。

(4) 陪床费；

陪床费是指被保险人住院期间，被保险人的合法监护人（**限一人**）在医院陪伴被保险人而发生的陪床床位费，**陪床费标准以不高于被保险人床位费标准为限。**

(5) 医生费；

医生费指医院的医生为患者提供诊疗服务而收取的费用，包括普通门急诊诊疗费，专家诊疗费、挂号费等，不含中医诊疗费。

(6) 护理费；

指被保险人住院期间，专业护士对被保险人提供临床护理服务而产生的费用。

(7) 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，具体以就诊医疗机构的费用项目划分为准。

2. 检查检验费；

检查检验费包含以下两类费用：

(1) 一般检查检验费；指以诊断疾病为目的，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 X 光费、心电图费、B 超费、分子生化检验费和血、尿、便常规检验费等。

(2) 大型检查费；包括计算机断层扫描 (CT)、正电子发射计算机断层扫描 (PET)、核磁共振检查费 (MRI)、内窥镜检查费 (如，胃镜检查，结肠镜检查，膀胱镜检查)、磁共振血管成像 (MRA)、计算机辅助断层成像 (CTA)、数字减影血管造影 (Digital Subtraction Angiography)、磁共振胰胆管成像 (Magnetic Resonance Cholangio Paneretography)、消化道造影、穿刺活检术、髌关节 B 超、脑电图、心脏彩超、肺功能检查检验、鼻内镜检查等。

3. 处方药费；

指由医生开具的具有国家药品监督管理部门核发的药品批准文号或者进口药品注册证书、医药产品注册证书的国产或进口处方药品的费用。

4. 住院手术费；

包括以下费用项目：

(1) 手术费：包括手术操作费、麻醉费、手术室费、恢复室费、手术监测费、手术辅助费和手术设备费等手术相关费用。

(2) 手术植入材料费；手术植入材料是指医生认为手术中必不可少的通过手术植入人体以治疗、诊断，或者替换、加强器官功能为目的的物体或材料，包括：

① 植入器材：骨板、骨钉、骨针、骨棒、脊柱内固定器材、结扎丝、聚醚器、骨蜡、骨修复材料、脑动脉瘤夹、银夹、血管吻合夹（器）、心脏或组织修补材料、眼内充填材料、神经补片、义乳（仅限乳腺癌等疾病导致乳房切除术中植入）；

② 植入性人工器官：人工食道、人工血管、人工椎体、人工关节、人工尿道、人工瓣膜、人工肾、人工颅骨、人工颌骨、人工心脏、人工肌腱、人工耳蜗、人工肛门封闭器；

③ 接触式人工器官：人工喉、人工皮肤、人工角膜；

④ 支架：心脏支架、血管支架、前列腺支架、胆道支架、食道支架；

⑤ 其他：脑起搏器、心脏起搏器等。

上述手术植入材料不包括任何非手术中医疗必需的物体或材料。

(3) 器官移植费；

指以被保险人为受体，经相关医生明确诊断，被保险人在具备开展器官移植手术资质的医院内，根据医学需要必须进行的肝脏移植、肾脏移植、心脏移植、肺脏移植、胰脏移植、骨髓移植等器官移植而产生的手术费、辅助治疗费、排异药品费、检验费等。但不包括寻找器官供体、配型、获取以及从供体切除器官、储藏、运送的相关费用，以及与不孕不育或者生殖医学相关的移植费用。与器官移植相关的门诊费用也涵盖在本项费用下。

5. 耐用医疗设备费；

指被保险人因遭受意外伤害或罹患疾病而必须购买或租赁非一次性耐用医疗设备的费用，本合同所称“非一次性耐用医疗设备”仅包括外置胰岛素泵、脚托、臂托、颈背托或束带、轮椅（非电动轮椅）、义乳（仅限患乳腺癌并接受属于保险责任范围内的乳房切除术的被保险人）、助听器、外置心脏起搏器、便携式雾化器。不包括任何非医疗必需的设备。保险人也不承担替换或维修上述装置的费用。

(二) 视同住院的治疗项目

在保险期间内，被保险人因遭受意外伤害事故或在本合同约定的等待期后因初次罹患疾病，在投保双方约定的医疗机构接受由具有相应资质的医护人员诊断必须实施以下治疗项目的，按住院和日间治疗责任的赔付标准进行赔付：

1. 特殊疾病治疗费；

指针对特定疾病的后续治疗，经由门诊进行治疗但视同住院进行赔付的费用，具体包含以下费用类型：

(1) 肾透析费；

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

(2) 门诊恶性肿瘤治疗费；

包括化学疗法、放射疗法（**仅限光子放疗**）、免疫疗法、肿瘤内分泌疗法、肿瘤靶向疗法所产生的费用。

(3) 质子重离子医疗费；

指被保险人因接受质子、重离子放射治疗而发生的相关费用，包括定位及制定放疗计划费用以及质子、重离子放射治疗实施费用。

(4) 器官移植后门诊抗排异治疗费；**(5) 恶性肿瘤靶向药物基因检测费；****2. 住院前后门急诊医疗费；**

指被保险人在住院前 30 日（含入院当日）和出院后 30 日（含出院当日）内，因与该次住院相同原因而接受的治疗期间实际发生的符合通常惯例的、医学必需的门诊治疗时，产生的诊疗费，检查检验费和处方药费（**但不包含特殊门诊医疗费和门诊手术医疗费**）。

3. 康复治疗和专业护理费；**(1) 康复治疗费；**

指被保险人手术后在康复医疗机构、康复中心、普通医疗机构的康复科诊治或者接受以促进机体各项功能恢复为目的的医疗方法，如理疗、按摩、推拿、生物反馈疗法、康复护理等而产生的费用。

(2) 专业护理费；

指被保险人在出院后九十天内，根据医生的医嘱，需要接受由专业护士提供的与住院治疗的疾患直接相关的康复治疗所产生的费用，包括康复保健、换药、导尿、测血压、输液、注射、压力性溃疡护理、鼻饲、造瘘等临床护理技术服务。

4. 门诊或日间手术费手术费；

指被保险人由医院医生诊断无需住院即可进行的符合通常惯例的、医学必需的手术而产生的医疗费用，包括手术操作费、麻醉费、手术室费、恢复室费、手术监测费、手术辅助费和手术设备费等手术相关费用，**但不包括手术植入材料和器官移植费用**。

5. 临终关怀费；

指曾发生本合同保险事故的被保险人因与该事故相应的病症或相关的病症而现被诊断患终末期疾病且存活期二百四十日（含）以下，经本公司许可，该被保险人接受具有相应资质的临终关怀机构提供的、由专业人员和志愿者组成的跨学科队伍在医学指导下实施的姑息性、支持性医护设施而发生的费用（**限 30 日，不包括丧葬费用及保险期间届满后发生的临**

终关怀费用)。被保险人入住临终关怀机构接受临终关怀的,须基于病情和家庭必要。

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

- ①取得了政府相关部门的许可;
- ②二十四小时提供服务;
- ③有医师直接管理和监控;
- ④有注册护士指挥、协调护理服务;
- ⑤被许可从事社会服务指导和协调;
- ⑥主要目的为提供临终关怀服务;
- ⑦有全职管理人员。

二、门诊医疗费用责任

在保险期间内,被保险人因遭受意外伤害事故或经过本合同约定的等待期后因初次罹患疾病,在投保双方约定的医疗机构接受由具有相应资质的医护人员诊断必须接受住院或日间治疗的,对于被保险人需个人支付的、医学必需且符合通常惯例水平的下列住院治疗 and 日间治疗费用,保险人在扣除本合同约定的免赔额和自付比例后,在本合同约定的限额内承担给付保险金的责任,具体赔偿项目、免赔额、给付比例、赔偿限额由投保人和保险人在投保时确认并载于保险单中。门诊医疗费用包括:

1. 医生费;
2. 治疗费;
3. 处方药费;
4. 检查检验费;
5. 耐用医疗设备费;
6. 紧急意外牙科治疗费用;

指被保险人在保险期间由于牙科意外伤害(由咀嚼事物或咀嚼其他外物引起的牙齿伤害导致的医疗费用除外)导致的以治疗为目的的医疗费用。

保险人在本合同项下累计给付各项保险金之和以本合同约定的保险金额为限,当保险人在本合同项下累计给付金额达到本合同项下保险金额时,保险人对被保险人在本合同项下的本项保险责任终止。

三、急救与转运费用责任

在保险期间内,被保险人因遭受意外伤害或在等待期后因罹患疾病,对于被保险人实际发生的、医学必需且符合通常惯例水平的下列急救和医疗转运费用,保险人在扣除本合同约定的免赔额和自付比例后,在本合同约定的限额内承担给付保险金的责任,具体赔偿项目、免赔额、给付比例、赔偿限额由投保人和保险人在投保时确认并载于保险单中。急救转运费用包括:

1. 急救费；

在保险期间内，被保险人在保障地域内，由于紧急情况出于医疗必要以专业救护车将其运至医疗机构期间发生的医疗费用。

2. 境内异地就医交通费；

指被保险人因病情需要，经医院医生确定须赶赴异地（被保险人在中国大陆地区的日常居住地所在省级行政区之外）医院进行治疗，并由转出医院开具转院证明的，被保险人实际发生的医学必需的公共交通费用（公共交通限飞机及火车，且飞机限经济舱及以下，火车限软卧或高铁动车一等座及以下）。

3. 境外紧急医疗转运费：被保险人在境外（含香港、澳门、台湾地区）遇有生命危险、且得不到及时治疗将导致身故或严重伤害，如果其在当地不能获得适当治疗，被保险人或其同行人员可联系保险人，保险人将负责安排运送被保险人至距其最近的、能够提供所需服务的医疗机构，由此产生的费用将由保险人直接支付，无需被保险人先行支付。

根据被保险人病情或伤势，保险人有权决定运送目的地和医疗机构。如果被保险人不在本公司安排的医疗机构接受治疗，自该医疗机构至被保险人选定的其他医疗机构的运送费用，完全由被保险人自行承担。被保险人未经保险人许可自行安排运送的，运送费用完全由被保险人自行承担。

被保险人治疗完成或病情稳定后，保险人将安排其通过公共交通工具（飞机限经济舱）返回常住地，相应交通费用也属于紧急医疗保险金责任范围内。

4. 遗体遣返或就地安葬费：指被保险人因在其保险计划对应的保障区域（不包括被保险人国籍国）内身故，在事发地法律法规许可的情况下，保险人承担其遗体运送至其国籍国或安排当地安葬所发生的合理费用。该费用不包括被保险人个人财物退回、宗教或世俗追悼会、神职人员、鲜花、音乐、公告、客人费用和类似的私人葬礼偏好产生的费用。

四、限制性疾病治疗费用责任

被保险人因以下疾病或治疗项目产生的费用，按保单约定的赔付条件予以赔付：

1. 既往症；

在保险期间内，被保险人因投保前如实告知的既往症，在保险人指定或认可的医疗机构接受门急诊或住院治疗时，被保险人需个人支付的、必需且合理的医疗费用，保险人依据本合同的约定予以承担赔偿责任，具体分项赔偿限额由投保人、保险人在投保时确认并载于保险单。

2. 理疗和中医治疗费；

（1）理疗费；

由具有相应医疗资质的专业医师实施的物理治疗、美式脊椎矫正、职业疗法、顺势疗法、语音治疗（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，理疗治疗须为被保

险人医师书面治疗计划（包含短期和长期目标，并提交保险人评估）一部分，且满足下列全部条件：①在合理的、可预测的时间内症状会明显好转；②疗法复杂或被保险人病症使得只有注册物理治疗师或职业治疗师才能安全、有效实施。

（2）中医治疗费：

指中草药费、注册中医医师挂号费及诊察费、由注册中医医师实施的针灸、按摩、推拿等中医专属治疗方法所产生的费用。

3. 心理和精神科治疗费：

指经医师诊断和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。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、悲伤辅导和悲伤治疗、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。

二、可选责任

（一）体检费用责任

在保险期间内，保险人对于被保险人在该项保险责任范围内的全身体检费以及相关检查化验费、常规检查化验费，在保险单载明的限额内予以承担，具体承担项目、承担次数及赔偿限额以保险单载明的为准。

（二）牙科治疗费用责任

在保险期间内，保险人对于被保险人发生的下述牙科治疗费用，在保险单载明的限额内予以承担，具体承担项目、承担次数及赔偿限额以保险单载明的为准：

（1）预防治疗费：包括常规牙科检查、牙齿健康指导、涂氟治疗、洁齿和抛光（预防）、每一保险期间两次以下（含）牙齿清洁检查费、、医生问诊费、口腔档案建立、儿童刷牙指导及口腔护理指导口腔全景片、小牙片、口腔检查及牙齿清洁（限 2 次）、口腔涂氟（限 1 次）、窝沟封闭（限 1 次）等。

（2）基础治疗费：包括汞合金或复合树脂充填、简单拔牙、牙周刮治、根面平整费，以及相关口腔 X 光费、多生牙及乳牙拔除、龋齿补牙及填充术、根管治疗及预成冠等。

（3）重大治疗费：包括根管充填、根管治疗、牙冠和嵌体、桥式义齿（包括化验和麻醉费用）、智齿拔除费，以及相关括口腔 X 光费、儿童正畸、肌功能矫正等。

与牙科治疗费用责任对应的保险责任范围内的费用不包括以美容为目的牙齿处理、义齿、高嵌体、种植牙、贴面及相关费用，保单另有约定的除外。

具体牙科治疗费用赔偿限额项目、给付比例、赔偿限额由投保人与保险人在投保时候约定，并载明于保险单中。

三、医疗费用保险补偿原则

1、本合同为医疗费用保险，适用补偿原则，即被保险人通过任何途径（包括社会基本

医疗保险、公费医疗、工作单位、保险人在内的任何商业保险机构等) 所获得的医疗费用补偿金额总和不得超过被保险人实际支出的医疗费用总金额。

2、如被保险人通过其他途径获得的医疗费用补偿之后, 保险人可予以扣除后对剩余的医疗费用按本合同规定予以给付。

针对以下三种情况, 投保人和保险人分别约定免赔额和给付比例, 并在保险单中载明:

(1) 有医保: 被保险人享有社会基本医疗保险或公费医疗保障, 且在申请理赔时已经从社会基本医疗保险或公费医疗保障中获得医疗费用补偿的;

(2) 无医保: 被保险人申请理赔时未享有社会基本医疗保险或公费医疗保障, 或没有从社会基本医疗保险或公费医疗保障中获得医疗费用补偿的。

(3) 若被保险人以参加医保身份投保, 但未以参加医保身份就诊并结算的, 保险人按照保险单上单独约定的给付比例进行赔付。

责任免除

第十条 原因及期间除外

对因下列情形之一导致被保险人支出医疗费用的或发生如下列明的医疗费用, 保险人不承担保险金给付责任:

- 1、投保人对被保险人的故意杀害或故意伤害;
- 2、被保险人故意犯罪、抗拒依法采取的刑事强制措施期间或被政府依法拘禁或入狱期间;
- 3、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;
- 4、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;
- 5、被保险人酒后驾驶、无有效驾驶证(释义 11) 驾驶, 或驾驶无有效行驶证(释义 12) 的机动车辆期间;
- 6、被保险人斗殴(释义 13)、醉酒(释义 14), 服用、吸食或注射毒品(释义 15), 或未遵医嘱, 擅自服用、涂用、注射药物;
- 7、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;
- 8、被保险人从事或参加高风险运动, 如: 潜水(释义 16)、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 17)、攀登海拔 3500 米以上的独立山峰、滑雪、武术(释义 18)、摔跤、马术、赛马、赛车、特技表演(释义 19)(含训练)、替身表演(含训练)、探险(释义 20) 或考察活动(洞穴、极地、沙漠、火山、冰川等等);
- 9、战争、军事行动、暴乱或者武装叛乱;
- 10、因参与非法活动引起的损伤或疾病;
- 11、核爆炸、核辐射或者核污染。

第十一条 疾病及费用除外

1、被要求健康告知的被保险人未告知的既往症（释义 21）的治疗费；

2、被保险人因先天性畸形、先天性疾病（释义 22）、遗传性疾病、染色体异常（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（ICD-10）》为准）或因职业病直接或间接引起的医疗费用，但被保险人告知并经本公司书面同意承保的不在此限；

3、由被保险人或者被保险人家庭成员拥有全部或者部分所有权的机构提供的医疗、药品、设备或者服务而发生的费用；

4、被保险人在非本合同约定的医院就诊产生的医疗费用，以及被保险人未按事先预约时间按时就诊而发生的预约费用损失；无原始发票的费用，非医师处方要求的服务费用，不在执业范围的医疗服务费用；不符合专业认可标准或者非医学必需的费用，超过通常惯例水平的费用；不符合国内医学界认可实践的治疗方法、手段、设备、药品等所有实验性治疗产生的医疗费；未经被保险人医师推荐的治疗费用。

5、咨询费：电话、电子邮件和线上医疗咨询以及远程医疗、错过预约导致的诊所下班后加时费用。

6、为个人舒适或者方便而产生的费用，包括但不限于电视、住院套房、房屋打扫、访客膳食和住宿、电话、家庭设备、旅行费、本合同没有列明的急救费以及其他非医学必需的服务和设备；

7、非处方设备、非处方服务产品的医疗费用；购买各种用于按摩、保健的医疗器械产生的费用及下列中药类药品费用：

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。

8、耐用医疗设备使用和保养指导费，定制或者改造任何交通工具、洗浴设备或者住宅设备费，所有非处方医疗器械费；非手术中必需的假体、矫正器具或者相似的器具费，医师认为治疗必不可少的假体或者耐用医疗设备不在此限；器官移植供体费用、运输费用、器官来源费用、低温储藏费用；与不孕不育症或者生育治疗相关的移植费用；

9、在政府当局指导下，实施的与传染病相关的治疗、药品、设备、服务和紧急医疗运送费；

10、因任何医疗意外和/或医疗事故所引起的治疗；任何未遵医嘱服用处方药导致的伤害；

11、选择性手术和治疗费用，仅为改善或者提高目前身体状况而发生的、非医学必需

的费用；包皮切除术；无论是否出于心理目的而进行的美容、整容（包括牙科治疗）费用；常规足部治疗费，因意外伤害或者疾病引起的足部治疗情形不在此限；

12、对未表现出可疑细胞行为（如近期大小、形状、颜色发生改变）的良性皮肤损害（包括但不限于黄褐斑、皮肤白斑、色素沉着、痣、疣等）的治疗、祛除及其他相关费用；对无症状的浅表静脉曲张、蜘蛛脉、除瘢痕疙瘩型外的其他瘢痕、白癜风、纹身去除、皮肤变色的治疗、手术、并发症的治疗及其他相关费用；

13、视觉治疗及检查相关费用，激光角膜切开术，准分子激光原位角膜磨镶术，屈光不正（包括近视、远视）校正手术费；眼镜、隐形眼镜配置费用；

14、对完全或者部分由服用酒精、非法药物、非医师处方要求药物或者非医师处方要求用量药物引起的伤害的治疗费；对由酒精、溶剂或者毒品滥用引起的伤害或者疾病的治疗费；

15、分娩、剖宫产、流产、异位妊娠、宫外孕、避孕、节育绝育（含绝育以及绝育恢复手术）、治疗不孕不育症、性功能障碍、变性手术，或由前述情形导致的并发症的治疗；

16、因健康原因被医师建议不宜旅行的被保险人执意旅行引起的伤害或者病症的治疗费、从事因其健康状况而不适宜进行的活动或运动所导致的意外伤害或病症；

17、对属于既往症的获得性免疫缺陷综合症（AIDS，艾滋病）、艾滋相关综合征（ARCS）和其他与 HIV 病毒相关的性传染病或者症状的治疗费用；

18、性病（释义 23）、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）的任何治疗或检查费用；

19、非治疗必须的常规体检费用以及相关检查化验费，选购了可选体检保障的不在此限；

20、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；

21、牙科治疗费，选购了可选牙科保障的不在此限；

22、由于非疾病引起的用于缓解身体或生理变化的治疗费用；如衰老，更年期，青春期的非疾病症状；

23、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。包括但不限于生长激素治疗及其他相关费用；过敏原检测费用；与基因检测相关的咨询、筛查、检查或治疗（但癌症靶向治疗用药基因检测的不受此限）；

24、本合同约定的免赔额及自付比例。

保险金额和保险费

第十二条 保险金额

保险金额是保险人承担给付保险金责任的最高限额。保险金额由投保人在投保时与保险人约定，并在保险单中载明。

第十三条 保险费

保险费按被保险人的投保年龄和选择保障计划所对应的费率标准计收。

保险费=(基本责任基准保费+可选责任基准保费)×费率调整系数乘积×投保人数×投保天数/365 天

保险期间

第十四条 保险期间

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。

第十五条 续保

本保险为非保证续保合同，保险期间届满，投保人需要重新向保险人申请投保本产品，并经保险人同意，交纳保险费，获得新的保险合同。如投保人未按照约定提出续保申请并缴纳续保保险费，或保险人审核后不同意续保，则本合同在保险期间届满时责任终止。

当被保险人年龄超过75周岁或者当本产品停售时，保险人将不再接受投保人的重新投保申请。

保险人义务

第十六条 明确说明义务

订立保险合同时，采用保险人提供的格式条款的，保险人向投保人提供的投保单应当附格式条款，保险人应当向投保人说明保险合同的内容。对保险合同中免除保险人责任的条款，保险人在订立合同时应当在投保单、保险单或者其他保险凭证上作出足以引起投保人注意的提示，并对该条款的内容以书面或者口头形式向投保人作出明确说明；未作提示或者明确说明的，该条款不产生效力。

第十七条 签发保单义务

本保险合同成立后，保险人应当及时向投保人签发保险单或其他保险凭证。

第十八条 保险合同解除权行使期限

保险人依据第二十三条所取得的保险合同解除权，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。

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。

第十九条 补充索赔证明和资料的通知

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投保人、被保险人补充提供。

第二十条 及时核定、赔付义务

保险人收到保险金申请人给付保险金的请求后，应当及时作出是否属于保险责任的核定；

情形复杂的，应当在三十日内作出核定，但保险合同另有约定的除外。

保险人应当将核定结果通知保险金申请人。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，履行赔偿保险金义务。保险合同对给付保险金的期限有约定的，保险人应当按照约定履行给付保险金的义务。保险人依照前款约定作出核定后，对不属于保险责任的，应当自作出核定之日起三日内向保险金申请人发出拒绝给付保险金通知书，并说明理由。

第二十一条 先行赔付义务

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

投保人、被保险人义务

第二十二条 缴纳保险费义务

投保人应当在保险合同成立时缴清保险费，若投保人未在合同规定时间内缴纳保险费的，保险人有权解除保险合同。

第二十三条 如实告知义务

(一) 订立保险合同，保险人就保险标的或者被保险人的有关情况提出询问的，投保人应当如实告知。

(二) 投保人故意或者因重大过失未履行如实告知义务的，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。

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

(四) 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，不承担给付保险金责任，但应当退还保险费。

第二十四条 住所或通讯地址变更通知义务

投保人或被保险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，保险人按本保险合同所载的最后住所或通讯地址发送的有关通知，均视为已发送给投保人。

第二十五条 职业或工种的变更通知义务

当被保险人变更职业或工种时，投保人或被保险人应在10日内以书面形式通知保险人。

被保险人所变更的职业或工种依照保险人职业分类在拒保范围内的，保险人在接到通知后有权解除本保险合同并按照接到通知之日退还原职业或工种所对应的未到期净保费（释义 24）。被保险人所变更的职业或工种依照保险人职业分类仍可承保的或在拒保范围内但保险人认定可以继续承保的，保险人按照接到通知之日计算并退还原职业或工种所对应的未到期净保费，投保人补缴按照保险人接到通知之日计算的新职业或工种所对应的保费。

被保险人所变更的职业或工种，依照保险人职业分类其危险性增加，且未依本条约定通知保险人而发生保险事故的，保险人按其原交保险费比新职业或工种所对应的保险费率计算并给付保险金。被保险人所变更的职业或工种依照保险人职业分类在拒保范围内，保险人不承担给付保险金的责任。

公司将按照事先公布的职业分类表确定被保险人的职业分类，投保人可通过本公司服务场所工作人员、服务热线或有关互联网查询到此表。

第二十六条 保险事故通知义务

投保人、被保险人或者保险金受益人应于知道或者应当知道保险事故发生之日起 10 日内通知保险人。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（释义 25）而导致的迟延。

保险金申请与给付

第二十七条 保险金申请

本合同保险金的申请方式包括事后申请方式和医疗直付方式。

（一）采用事后申请的方式申请保险金时，保险金申请人须填写保险金给付申请书，并须提供下列证明和资料原件：

- 1、保险单或保险凭证；
- 2、被保险人的有效身份证件；
- 3、如果被保险人住院，则须提供医院出具的被保险人的入出院记录；
- 4、医院出具的被保险人的诊断证明、医疗费用清单以及处方、检查化验明细清单、病历等；
- 5、医院出具的被保险人的医疗费用收据或者发票；
- 6、如果被保险人从其它途径获得了医疗费用补偿，则须提供从其他途径报销的凭证；
- 7、与确认保险事故的性质、原因等有关的其他证明和资料。

以上证明和资料不完整的，保险人将及时一次性通知保险金申请人补充提供有关的证明和资料。

委托他人领取保险金时，受托人还必须提供本人的有效身份证件及委托人亲笔签名的授权委托书。

本合同保险金作为被保险人遗产时，继承人还必须提供可证明其合法继承权的相关权利文件。

受益人或者继承人为无民事行为能力人或者限制民事行为能力人时，由其合法监

护人代其申请领取保险金，其合法监护人还必须提供受益人或者继承人为无民事行为能力人或者限制民事行为能力人的证明和监护人具有合法监护权的证明。

(二) 被保险人在**保险人指定**直付医疗机构(释义 26)接受治疗的，可以采用医疗直付方式申请保险金，保险人将委托第三方医疗管理机构提供医疗直付服务，对于被保险人实际发生的、按照本合同约定应由保险人承担的医疗费用，保险人将与直付医疗机构直接结算，无需被保险人先行垫付。保险金申请人不可在就医后再向保险人申请该部分医疗费用对应的保险金。

对于被保险人在直付医疗机构实际发生的、按照本合同约定应由其个人负担，但直付医疗机构未向其本人收取的医疗费用，在接到保险人或者第三方医疗机构通知后，被保险人应在三十日内支付相应款项；未在三十日内支付的，本合同对该被保险人保险责任终止，保险人仍然有权向其继续追讨相应费用。

上述“第三方医疗管理机构”是指由保险人委托的、为被保险人提供与本合同相关的日常就医协助、医疗转运及理赔协助等服务的第三方机构。**被保险人前往直付医疗机构就医前，须与第三方医疗管理机构联系，进行就医预约并获取相应的预先授权和保险理赔指导服务。**

保险人或第三方医疗管理机构将定期或者不定期向投保人和被保险人通报直付医疗机构清单的更新情况，被保险人亦可登陆第三方医疗管理机构网站或者致电第三方医疗管理机构查询相关信息。本合同生效后，保险人将为每一被保险人提供保险直付卡(电子卡或实物卡)，该卡将载明保险单号、保障计划、保障地域范围、保障类型、各项保障项目的保障明细(包括免赔额、赔付比例、赔偿限额、等待期、特别约定等信息)，以及第三方医疗管理机构的热线电话、服务流程、理赔流程等信息。保险直付卡将作为被保险人在**保险人指定直付医疗机构享受医疗直付服务的凭证。**

第二十八条 诉讼时效期间

保险金申请人向保险人请求给付保险金的诉讼时效期间为二年，自其知道或者应当知道保险事故发生之日起计算。

争议处理和法律适用

第二十九条 争议处理

因履行本保险合同发生的争议，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，依法向人民法院起诉。

第三十条 法律适用

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、澳门特别行政区和台湾地区法律)。

其他事项

第三十一条 合同解除

在本保险合同成立后，投保人可以通过书面形式通知保险人解除合同。投保人解除本保险合同同时，应提供下列申请材料：

- 1、保险合同解除申请书；
- 2、保险单原件；
- 3、保险费交付凭证；
- 4、投保人身份证明。

投保人要求解除本保险合同，自保险人接到保险合同解除申请书之时起，本保险合同的效力终止。保险人收到上述证明文件和资料之日起30日内退还保险单的未满期净保费，**但保险人根据本合同约定已给付保险金的，不退还未满期净保费。**

第三十二条 合同的终止

发生下列情形时，本合同终止：

- (1) 保险合同期满；
- (2) 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。

第三十三条 年龄的确定与错误的处理

被保险人投保年龄，应以法定身份证明文件确定的周岁年龄为准。本合同所承保的被保险人的投保年龄必须符合年龄要求。投保人在申请投保时，应按被保险人的周岁年龄填写。若发生错误，保险人按照以下规定处理：

- (1) 投保人申报的被保险人的年龄不真实，并且其真实年龄不符合本保险合同约定的投保年龄限制的，保险人有权解除合同，并向投保人退还未满期保险费；
- (2) 投保人申报的被保险人的年龄不真实，并且按照真实年龄所需收取的保费较高，保险人有权更正并要求投保人补交差额的保险费；
- (3) 投保人申报的被保险人年龄不真实，导致投保人实付保险费多于应付保险费的，保险人应将多收的保险费无息退还投保人。

释义

- 1、保险人：**指与投保人签订本保险合同的天安财产保险股份有限公司及其分支机构。
- 2、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。0周岁：指出生满30日且已健康出院的婴儿。
- 3、等待期：**指自本合同生效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。
- 4、住院：**是指被保险人因意外伤害或疾病，经医生诊断正式办理住院手续，须住医院

接受治疗超过二十四小时。但不包括下列情况：(1) 被保险人在医院的急诊室或急诊观察室入住；(2) 被保险人入住康复科、康复病床或接受康复治疗，但本合同必选保险责任之术后康复住院医疗费用不受此限；(3) 被保险人住院期间未接受与入院诊断相关的检查和治疗，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、日间治疗：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。

6、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。

7、初次罹患疾病：指被保险人自保险合同生效之日起经过保险合同约定的等待期之后，初次发现并未曾诊治的、经区、县级以上医院首次诊断的疾病。

8、约定的医疗机构：是指符合下列所有条件的机构，包含以下机构中的特需门诊或病房（包含特需医疗、外宾医疗、干部病房、联合病房、国际医疗中心、VIP 部、联合医院），具体以保险单载明的医疗机构覆盖范围为准：

(1) 拥有合法经营执照的定点公立医院，私立医院，包含超出该地区惯常医疗费用水平的昂贵医院；

(2) 设立的主要目的为向受伤者和患病者提供留院治疗和护理服务；

(3) 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能够提供二十四小时的医疗与护理服务的能力或资质。且非主要作为康复医院、诊所、护理、疗养、戒酒、戒毒或类似的医疗机构。

其中，昂贵医院是指保险单载明的医疗费用水平较高的医疗机构。对被保险人在此类医疗机构产生的费用，保险人仅在保险单明确规定承保的情况下承担保险金给付责任。

9、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) 医师处方要求且对治疗被保险人疾病或者伤害合适且必需；

(2) 与接受治疗当地普遍接受的医疗专业实践标准一致；

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

(4) 最恰当、合适水平；住院接受治疗时，无法以门诊的方式对相应疾病和症状提供安全的医疗，且当前病症处于急性或者亚急性状态需要持续接受治疗、专业护理或者康复治疗。主要出于接受慢性病治疗、长期看护、喘息照护、慢性病维持、协助从事日常生活活动目的而住院的，不属医学必需；

(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。

10、通常惯例水平的医疗费用：指以下两者中较低者：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，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、国家或者更广的区域。

11、无有效驾驶证驾驶：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。

12、无有效行驶证：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、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。

13、斗殴：指双方或多方通过拳脚、器械等武力以求制胜的行为。斗殴的认定，如有司法机关、公安部门的有关法律文件，则以上述法律文件为准。

14、醉酒：指因饮酒而表现出动作不协调、意识紊乱、舌重口吃或其他不能清醒地控制自己行为的状态。醉酒的认定，如有司法机关、公安部门的有关法律文件、医院的诊断书等，则以上述法律文件、诊断书等为准。

15、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。

16、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。

17、攀岩：指攀登悬崖、楼宇外墙、人造悬崖、冰崖、冰山等运动。

18、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。

19、特技表演：指进行马术、杂技、驯兽等表演。

20、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。

21、既往症：指在保险责任生效前被保险人已就此接受诊断、医学咨询或者治疗，或者服用药物，或者显现症状的疾病或者损伤。包括以下任何情形：

①本合同生效前，医生已有明确诊断，长期治疗未间断；

②本合同生效前，医生已有明确诊断，治疗后症状未完全消失，有间断用药情况；

③本合同生效前，医生已有明确诊断，但未予治疗；

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

22、先天性疾病：指被保险人一出生时就具有的缺陷畸形或疾病（病症或体征）。这些缺陷畸形或疾病是指因人的遗传物质（包括染色体以及位于其中的基因）发生了对人体有害的改变而引起的，或因母亲怀孕期间受到内外环境中某些物理、化学和生物等因素的作用，使胎儿局部体细胞发育不正常，导致婴儿出生时有关器官、系统在形态或功能上呈现异常。

23、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。

24、未到期净保险费：未到期净保费=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 20%。

25、不可抗力：指不能预见、不能避免并不能克服的客观情况。

26、保险人指定直付医疗机构：指保险人指定的可提供直付服务的合法运营的医疗机构，具体以第三方医疗管理机构最新发布的直付医疗机构清单为准。如清单有更新，第三方医疗管理机构将会及时对外公布更新。

天安财产保险股份有限公司
个人全球医疗保险 C 款 (2022 版) 费率规章

一、保险责任

(一) 基本责任

计划类型		计划一	计划二	计划三	计划四
年度最高保额		8,000,000			16,000,000
地理涵盖范围		默认：中国大陆；可选：大中华/全球除美加/全球			
紧急医疗（地理涵盖范围以外地区）		500,000			
默认赔付比例（具体福利另有约定的，以福利约定为准）		100%			
医院涵盖范围（在涵盖范围之外的医疗机构发生的费用不予赔付）		默认： 公立医院及非昂贵私立医院 可选： 仅公立医院/包含昂贵医院	默认：仅公立医院； 可选：公立医院及非昂贵私立医院/包含昂贵医院	默认：公立医院及非昂贵私立医院 可选：仅公立医院/包含昂贵医院	
(一) 住院及日间治疗费用责任					
住院免赔额		默认：0 元，可选：10,000 元/20,000 元			
等待期		30 天/意外伤害及连续投保无等待期			
一般住院及日间治疗费用		同保单限额			
视同住院的一般医疗费用		同保单限额			
部分住院福利限制	床位费及膳食费	中国大陆限标准单人病房， 其他地区限双人病房	中国大陆限标准单人病房， 其他地区限双人病房， 且不超过 2500 元/天	中国大陆限标准单人病房， 其他地区限双人病房	
	康复治疗和专业护理费	限 30 天			
	临终关怀	限 30 天			
	住院前后门急诊医疗费	住院相同疾病，住院前后各 30 天（含入院和出院当天）			
	恶性肿瘤靶向药物基因检测费	30,000			
(二) 门诊医疗费用责任					
一般门诊医疗费用（包含医生费、处方药费、检查检验费、治疗费、耐用医疗设备费、紧急牙科费）		不涵盖	限额 25,000 元	限额 40,000 元	限额 60,000 元
部分门诊福利限制	医生费		每次限额 1,000 元	每次限额 1,500 元	不限
	耐用医疗设备费		限额 20,000 元		
(三) 急救与转运费责任					

急救与转运医疗费用包含急救费、境内异地就医交通费、境外紧急医疗转运费用、遗体遣返或就地安葬费	限额 10,000 元		限额 20,000 元
(四) 限制性疾病治疗费用责任 (受限于门诊和住院及其分项上限)			
如实告知的既往症 (不赔付任何未如实告知的既往症)	限额 2,000 元		限额 3,000 元 限额 4,000 元
理疗和中医治疗费	不涵盖	门诊限额 2,000 元, 单一原因的住院治疗不涵盖	门诊限额 5,000 元, 单一原因的住院治疗不涵盖 门诊限额 10,000 元, 单一原因的住院治疗不涵盖
心理和精神科治疗		限 5 次, 每次限额 800 元	限 5 次, 每次限额 1500 元 限 5 次, 每次限额 2,500 元

(二) 可选责任

计划类型	计划一	计划二	计划三	计划四
(一) 体检费用责任				
体检费用	限额 1,000 元/2,000 元			
(二) 牙科治疗费用责任				
包括预防治疗、基础治疗、重大治疗费用	责任限额	限额 3,000 元/5,000 元		
	基础治疗费	80%		
	重大治疗费	50%		

(三) 基准保费 (元)

1、基本责任基准保费

年龄 (周岁)	计划一	计划二	计划三	计划四
0	4,787	6,277	12,448	14,563
1	4,787	6,277	12,448	14,563
2	4,027	5,896	11,826	13,289
3	4,027	5,880	11,790	13,660
4	3,788	5,778	11,648	13,417
5	3,788	5,762	11,611	13,417
6	3,859	5,723	11,552	12,672
7	3,859	5,691	11,478	12,672
8	3,859	5,462	10,962	12,672
9	3,859	5,432	10,893	12,672
10	3,859	5,372	10,757	11,772
11	3,859	5,372	10,757	11,772
12	3,859	5,311	10,621	11,772
13	3,859	5,185	10,336	11,772
14	3,859	5,185	10,336	11,772
15	3,859	5,185	10,336	11,772
16	4,214	5,293	10,453	12,119

17	4,290	5,427	10,629	11,966
18	4,622	5,647	11,000	12,312
19	4,751	5,777	11,170	12,813
20	5,281	5,978	11,497	12,445
21	5,614	6,192	11,855	12,791
22	5,945	6,415	12,233	13,136
23	6,017	6,456	12,296	13,291
24	6,089	6,495	12,358	13,444
25	6,161	6,518	12,381	13,621
26	6,235	6,567	12,464	13,781
27	6,306	6,627	12,573	14,085
28	6,507	6,774	12,830	14,825
29	6,712	6,918	13,077	15,367
30	6,845	7,010	13,233	15,956
31	6,977	7,110	13,410	16,680
32	7,214	7,283	13,710	17,363
33	7,442	7,566	14,022	17,721
34	7,699	7,735	14,546	18,086
35	7,984	8,164	15,407	18,458
36	8,300	8,407	15,836	18,845
37	8,645	8,681	16,325	19,245
38	9,019	9,100	16,794	19,668
39	9,423	9,500	17,492	20,115
40	9,856	10,060	18,979	20,593
41	10,318	10,415	19,605	22,113
42	10,808	10,762	20,204	22,820
43	11,329	11,170	20,926	23,432
44	11,879	11,590	21,667	24,102
45	12,543	12,174	22,734	24,853
46	13,116	12,805	23,941	25,660
47	13,783	13,263	24,720	26,560
48	14,675	13,900	25,821	27,592
49	15,435	14,441	26,754	28,698
50	16,274	15,187	28,121	29,922
51	16,909	15,745	29,141	31,352
52	18,125	16,853	31,181	32,949
53	19,120	17,655	32,613	34,575
54	20,168	18,759	34,709	36,279
55	21,274	19,727	36,476	38,069
56	22,440	20,704	38,240	39,947
57	23,670	21,724	40,076	41,918
58	24,968	22,789	41,989	43,984
59	26,337	23,903	43,985	46,156
60	27,781	25,067	46,065	48,433
61	29,303	26,110	47,843	50,821

62	30,909	27,211	49,718	53,329
63	32,605	28,372	51,695	55,962
64	34,392	29,593	53,776	58,722
65	36,277	30,882	55,969	62,365
66	38,268	32,241	58,283	64,916
67	40,365	33,673	60,719	68,070
68	42,578	35,182	63,287	71,361
69	44,912	36,790	66,032	74,805
70	47,375	38,629	69,250	78,410
71	49,972	40,593	72,699	82,281
72	52,710	42,657	76,320	86,342
73	55,600	44,827	80,123	90,606
74	58,649	47,109	84,117	95,081
75	61,864	49,506	88,309	99,777

注：65 周岁及以上仅适用续保

2、可选责任基准保费（元）

可选责任	保额	18 岁以上成人	0-17 岁未成年人
体检责任	1,000	800	800
	2,000	1,600	1,600
牙科责任	3,000	1,998	1,599
	5,000	2,916	2,333

二、费率调整系数（各调整系数之间为连乘关系）

(1) 等待期

等待期(天)	调整系数
0	1.0
30	0.9
30 天以上	0.8

注：等待期在两档之间的，采用线性插值方法计算等待期调整系数（下同）

(2) 家庭折扣

家庭投保人数	调整系数
1 人	1.0
包含 1 位成人	0.95
包含 2 位成人	0.9

(3) 免赔额

免赔额（元）	调整系数
0	1.0
10000	0.82
20000	0.75

(4) 给付比例

给付比例 (%)	调整系数
100%	1.0
90%	0.9
80%	0.8
70%	0.7

(5) 居住地区

居住地区	调整系数
北上广深津地区	1.0
非北上广深津地区	0.9

(6) 投保情况

投保次数	调整系数
首年投保	1.0
第一年重新投保	0.95
第二年重新投保	0.9
第三年及以上重新投保	0.85

(7) 有无医保

医保情况	调整系数
有	0.95
无	1.0

(8) 被保险人健康状况

被保险人风险状况	调整系数
较好	[0.9, 1.0)
中等	[1.0, 1.05)
较差	[1.05, 1.1]

较好：指被保险人健康状况很好，生活方式健康，风险意识较强

中等：指被保险人健康状况中等，生活方式中等，风险意识中等

较差：指被保险人健康状况较差，生活方式较差，风险意识较差

(9) 保障区域

保障区域	调整系数
大陆保障（不含港澳台）	1.0
大中华保障（大陆及港澳台区域）	1.1
国际保障（全球除美国、加拿大以外的任何国家和地区）	1.2
全球保障	2.0

(10) 医疗机构类型

医疗机构类型	调整系数			
仅公立医院	0.7	1.0	0.9	0.9
公立+非昂贵私立医院	1.0	1.2	1.0	1.0
公立+私立+昂贵医院	1.3	1.5	1.3	1.3

(11) 多险种投保

多险种投保	调整系数
只投保基本责任	1.0
投保基本责任+1个可选责任	0.95
投保基本责任+2个可选责任	0.9

(12) 销售渠道

销售渠道	调整系数
直销渠道	0.8
其他渠道	1.0

四、保费计算公式

保险费= (基本责任基准保费+可选责任基准保费) × 费率调整系数之积 × 投保天数/365 天

附件：医疗机构清单，不定期更新，详见网址：

直付医疗机构网址（手机端）：

<http://provider.medilink-global.com.cn/m/zjd/hospitalList>

昂贵医疗机构网址（PC 端）：

https://midesk.ssish.com/visitor/material/materialDetail/_-JpzDEZ_UB9pOPlghK_KA
==