

众安在线财产保险股份有限公司
团体医疗保险条款（B款）
（众安在线）（备-医疗保险）【2020】（主）009号

总则

第一条 本保险合同（以下简称“本合同”）由保险单或其它保险凭证及所附条款、投保单、被保险人名册等与本合同有关的投保文件、合法有效的声明、批注、附贴批单、其它书面协议构成。

第二条 投保人提出保险申请、保险人同意承保，本合同成立。保险人应当及时向投保人签发保险单或者其它保险凭证。

第三条 中华人民共和国（不含港澳台地区）境内的合法团体可作为投保人。投保时年龄在65周岁以下（含），能正常工作、劳动和生活的团体成员可作为主被保险人参保；其65周岁以下（含）能正常工作、劳动和生活的配偶可以作为连带被保险人参保。主被保险人及其配偶可续保至70周岁。主被保险人19周岁以下（含）的子女（如子女为全日制学校在校学生且未婚，投保年龄最高可放宽至23周岁（含））可以作为连带被保险人参保。

主被保险人和连带被保险人统称为被保险人。

被保险人为非中华人民共和国国籍的，需持有中华人民共和国政府部门签发的的工作签证或拥有中华人民共和国境内（不含港澳台地区）居留证或长期居住权，并提供中华人民共和国境内（不含港澳台地区）固定居住地址。

第四条 除另有约定外，本合同保障区域分为中国大陆及港澳台地区、亚洲、全球除美加及全球区域等，具体由投保人在投保时选定。上述“保障区域”的约定不适用于保险责任“第五条”第（十）至（十一）项责任。

保险责任

第五条 投保人为被保险人首次投保本保险或非续保本保险时，被保险人因疾病需要门诊或住院治疗的，自保险人对该被保险人所承担的保险责任开始之日起30日（含）为等待期；被保险人因疾病需要牙科门诊治疗的，自保险人对该被保险人所承担的保险责任开始之日起90日（含）为等待期。投保人为被保险人续保本保险的或被保险人遭受意外伤害事故的无等待期。被保险人在等待期内发生保险事故，保险人不承担给付保险金的责任。

女性被保险人因妊娠而享有本合同约定的保险责任的，自保险人对该被保险人所承担的保险责任开始之日起10个月为等待期。投保人为被保险人续保本保险的无等待期。被保险人在等待期内怀孕的，保险人不承担给付女性生育保险金的责任。

新加入团体的被保险人的等待期超过所剩保险期限的，超过部分的等待期在下一续保的保险期间中继续延续直至等待期届满。

在本合同有效期内，除等待期间依前款约定外，保险人依据与投保人的约定，在下列保险责任范围内，承担以下保险责任：

（一）住院医疗保险金（必选）

被保险人因遭受意外伤害事故或疾病，经医生确诊必须住院治疗的，保险人就其每次住院发生的下列合理且必要的住院医疗费用，在扣除免赔额后按约定给付比例在各项费用的

年限额、每日限额和最高给付日数范围内给付住院医疗保险金：

1. 床位费：住院期间实际发生的、不高于标准单人病房（或私人病房）的住院床位费（不包括套房、家庭病床）。
2. 膳食费：住院期间实际发生的、由医院提供的合理的、符合惯常标准的膳食费用，但不包括住院期间购买的个人用品。
3. 护理费：住院期间根据医嘱所示的护理等级确定的护理费用。
4. 检查检验费：住院期间实际发生的、以诊断疾病为目的，采取必要的医学手段进行检查及检验而发生的合理的医疗费用，包括诊查费、妇检费、X光费、心电图费、B超费、脑电图费、内窥镜费、肺功能仪费、分子生化检查费和血、尿、便常规检查费等。
5. 治疗费：住院期间以治疗疾病为目的，提供必要的医学手段而发生的合理的治疗者的技术劳务费和医疗器械使用费，以及消耗品的费用，包括放射疗法费、化学疗法费、注射费、机疗费、理疗费、输血费、输氧费、体外反搏费等。
6. 医生费：包括外科医生、麻醉师、内科医生、专科医生的费用。
7. 药品费：住院期间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处方药品的费用。
8. 非器官移植手术费：住院期间为治疗疾病、挽救生命而施行的非器官移植手术产生的合理手术医疗费用，包括手术室费、恢复室费、麻醉费、手术监测费、手术辅助费、材料费、一次性用品费、术中用药费、手术设备费。
9. 器官移植手术费：住院期间出于医学必要被保险人接受肾脏、肝脏、心脏、肺以及造血干细胞移植手术产生的合理手术医疗费用，包括手术室费、恢复室费、麻醉费、手术监测费、手术辅助费、材料费、一次性用品费、术中用药费、手术设备费。
10. 重症监护室床位费：住院期间出于医学必要被保险人需在重症监护室进行合理且必要的医疗而产生的床位费。重症监护室指配有中心监护台、心电监护仪及其它监护抢救设施，相对封闭管理，符合ICU、CCU标准的单人或多人监护病房。
11. 加床费：指未满18周岁的被保险人在住院治疗期间，保险人根据合同约定给付其合法监护人（限一人）在医院留宿发生的加床费；或女性被保险人在住院治疗期间，保险人根据合同约定给付其一周岁以下哺乳期婴儿在医院留宿发生的加床费。
12. 精神疾病治疗费：指被保险人因患精神疾病在当地合法注册的精神病专科医疗机构或设有精神病科室的医疗机构进行住院治疗而发生的相关合理且必要的医疗费用。
13. 家庭护理费：指根据医生建议，接受住院治疗的被保险人出院后必须立即在家中接受由专业护士提供的护理而产生的相关合理且必要的护理费用。
14. 临终关怀医疗费：指被保险人通过医生诊断患有属于保险责任范围内的终末期疾病，并在当地合法注册的临终护理机构或设有临终护理病房的医疗机构进行的由各科医生组成的医疗团队，对该被保险人实施以护理为目的而非以治疗疾病为目的的医疗而产生的相关合理且必要的住院费用。
终末期疾病指经医院医生诊断确定已发展到末期的严重疾病，并经医院医生认定所患疾病依现在医疗技术无法治愈，且根据医学及临床经验病人患该病后的平均存活期在6个月以下。

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

被保险人不论一次或多次住院治疗，住院医疗保险金的各项费用累计给付日数以各对应项费用最高给付日数为限，各项费用累计给付金额以各对应项费用最高给付金额为限，且累计给付金额以被保险人的保险金额为限。

本合同有效期间届满时，被保险人仍住院治疗的，保险人承担住院医疗保险责任自保险期间届满次日起最多至30日，但累计给付日数以各项责任对应的最高给付日数为限，各项费用累计给付金额以各对应项费用最高给付金额为限，且累计给付金额以被保险人的保险金额为限。

（二）住院无理赔每日津贴(必选)

被保险人因遭受意外伤害事故或疾病进行住院治疗而发生的本合同约定责任范围内的医疗费用，如被保险人已通过其它途径（包括社会医疗保险机构、工作单位及商业保险机构等）取得全部补偿的，保险人在本合同约定的范围内按被保险人实际住院日数乘以每日津贴进行给付无理赔每日津贴，且给付日数以该项最高给付日数为限。

每一保单年度内发生的住院医疗保险事故，已申请本合同的住院医疗保险金的，不能再申请住院无理赔每日津贴。若受益人在获得住院无理赔每日津贴后申请住院医疗保险金，保险人将在应给付金额中扣除已给付的住院无理赔每日津贴后给付住院医疗保险金。

（三）门诊医疗保险金(可选)

被保险人因遭受意外伤害事故或疾病，每次在医院治疗发生的下列合理且必要的门诊急诊医疗费用，保险人扣除免赔额后按约定给付比例，在各项费用的年限额、每次限额以及最高给付次数范围内给付门诊医疗保险金：

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

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

3. 治疗费：指门、急诊发生的以治疗疾病为目的，提供必要医学手段而发生的合理的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、输血费、输氧费、体外反搏费等。

4. 门诊手术费：指门、急诊发生的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。

5. 药品费：被保险人每次门、急诊发生的，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处方药品的费用。

6. 物理治疗及其它特殊疗法费用：指被保险人在门、急诊由具有相应资格的医生进行物理治疗、脊柱推拿、顺势疗法、针灸疗法、职业疗法、语音治疗的相关合理且必要的费用。

7. 精神疾病治疗：指被保险人因患精神疾病在当地合法注册的精神病专科医疗机构或设有精神病科室的医疗机构进行门、急诊治疗而发生的相关合理且必要的医疗费用，包括但

不限于对贪食症、厌食、注意缺陷症和注意缺陷多动障碍的治疗。

8. 意外牙科治疗费：指被保险人因意外伤害事故且在事故之日起7日内，在医院牙科门、急诊治疗原本完整无损的、未经过任何治疗的自身牙齿的合理且必要的紧急治疗和修复的费用（不包括牙科例行检查和牙病的诊治）。

9. 激素替代治疗费：指女性被保险人因人工诱发或于40周岁之前出现女性更年期综合症而进行激素替代治疗的相关合理且必要的医疗费用。

10. 糖尿病治疗用品费：指被保险人因患有糖尿病，为治疗或控制糖尿病使用的医疗用品而产生的相关合理且必要的医疗费用，包括胰岛素泵及相关用品。

11. 婴儿免疫和检查费：指子女作为被保险人时2周岁以下进行免疫和检查所产生的相关合理且必要的费用。

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

被保险人不论一次或多次接受门诊急诊治疗，门诊医疗保险金的各项费用累计给付次数以各对应项最高给付次数为限，各项费用累计给付金额以各对应项费用最高给付金额为限，且累计给付金额以门诊医疗保险金的最高给付金额为限。

（四）特殊门诊医疗保险金(可选)

被保险人不论一次或多次到医院进行门诊肾透析、门诊恶性肿瘤电疗、化疗或放疗的，保险人就其门诊发生的合理且必要的医疗费用，**在扣除免赔额后按约定给付比例给付特殊门诊医疗保险金，且累计给付金额以特殊门诊医疗保险金的最高给付金额为限。**

（五）女性生育保险金(可选)

女性被保险人在妊娠期间、流产和分娩住院期间发生的下列合理且必要的医疗费用，**保险人在扣除免赔额后按约定给付比例在年限额范围内给付女性生育保险金：**

1. 新生儿出生后14日内护理费、免疫费和治疗费。新生儿护理费指住院期间根据医嘱所示的护理等级确定的费用。

2. 产前检查、产前处方补充维生素和钙剂、自然分娩、医学必要的手术分娩、流产、产后检查、孕产期并发症治疗费用。**每一保单年度因流产给付的女性生育保险金仅限一次。**

3. 每次妊娠期内两次B超检查费。对于高危或伴有并发症的妊娠，可以给付超过两次的B超检查费用，但须提供医生出具的该项检查的医学必要性证明。

被保险人不论一次或多次接受孕产期检查治疗的，累计给付金额以女性生育保险金的最高给付金额为限。

（六）牙科医疗保险金(可选)

被保险人因患牙科疾病，每次在医院治疗发生的下列合理且必要的牙科门诊医疗费用，**保险人在扣除免赔额后按约定给付比例在年限额范围内给付牙科医疗保险金：**

1. 基本牙科治疗：简单补牙（包括银汞合金或复合树脂充填）、简单拔牙、牙周治疗（包括牙周刮治、牙根平整术等）。

2. 重大牙科治疗：指根管治疗（包括麻醉和拍片费用）、牙冠修复、义齿（包括化验和麻醉费用）、智齿拔除。**被保险人不论一次或多次进行基本牙科治疗或重大牙科治疗，累计给付金额以牙科医疗保险金的最高给付金额为限。**

（七）眼科保险金(可选)

被保险人在本合同有效期内，发生的下列合理且必要的眼科费用，保险人在扣除免赔额后，在合同约定的各项费用年限额范围内给付眼科保险金：

1. 眼科检查费：指眼科常规检查和视力检查费（每保单年度限一次）。

2. 眼镜费：指购买框架眼镜或隐形眼镜的费用（每保单年度限一次），不包括太阳镜及相关配件的费用。

（八）紧急医疗保险金(可选)

在本合同有效期内，被保险人在合同约定的保障区域以外的全球其它国家和地区旅行时，因下列意外伤害事故或突发急性病需紧急医疗的，保险人对相关紧急医疗产生的合理且必要的医疗费用，在扣除免赔额后按约定给付比例在年限额范围内给付紧急医疗保险金：

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、烫伤或其它急性外伤；

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. 其它给予危、急、重病者的紧急治疗。

被保险人不论一次或多次接受紧急医疗治疗的，累计给付紧急医疗费用以紧急医疗保险金的最高给付金额为限。

（九）预防保健保险金(可选)

被保险人在本合同有效期内，在体检机构或医院发生的体检费用与疫苗接种费用，保险人在合同约定的各项费用年限额范围内给付预防保健保险金。

对于上述一至九项责任，被保险人不论一次或多次在医院进行治疗，保险人均按本合同的约定给付各项保险金，但累计给付金额以该被保险人的保险金额为限，累计给付金额达到被保险人保险金额时，保险人对该被保险人保险责任终止；各项费用的累计给付金额以各对应项最高给付金额为限，各项费用的累计给付金额达到其各对应项费用最高给付金额时，保险人对该被保险人该项保险责任终止；各项费用的累计给付日/次数以各对应项最高给付日/次数为限，各项费用的累计给付日/次数达到其对应项最高给付日/次数时，保险人对该被保险人该项保险责任终止。

对于上述一至九项责任，如被保险人在约定的特定医院接受治疗的，保险人将按上述约定的赔偿范围、免赔额、给付比例及费用限额计算得出的金额，再乘以约定特定医院给付比例后给付保险金。

对于上述第一项责任和第三至第九项责任,保险人在本合同保险责任范围内给付保险金,但若被保险人已从其它途径(包括社会医疗保险机构、工作单位、保险人在内的商业保险机构等)取得补偿的,保险人将按上述约定的赔偿范围、免赔额、赔付比例及费用限额计算得出的金额给付保险金,且最高给付金额以该被保险人实际发生的医疗费用扣除其所获补偿后的余额为限。

(十) 全球紧急救援(可选)

在本合同有效期内,被保险人需要紧急救援的,可拨打24小时救援热线电话,保险人将通过授权的救援机构(以下简称“救援机构”)提供国际紧急救援和国内紧急救援。被保险人在其国籍国或常住国境外旅行,且每次行程不超过连续90日的,可以使用国际紧急救援;被保险人在其常住国国内旅行,离开其居住地100公里以外,且每次行程不超过连续90日的,可以使用国内紧急救援。**被保险人每次行程超过连续90日,或在国籍国(在国籍国不等同于常住国的情况下)旅行,或在其常住国国内居住地100公里以内旅行的,保险人不提供紧急救援。**

保险人通过救援机构提供以下紧急救援,保险人就每次保险事故承担的各项紧急救援责任的金额达到本合同规定的各项紧急救援责任的最高给付金额时,保险人对被保险人该项责任终止,超过的部分由被保险人自行承担。

1. 紧急医疗转送

被保险人在其国籍国或常住国境外旅行,因遭受意外伤害事故或突发急性病住院治疗的,经救援机构的授权医生判断所在医院无法提供适当处理时,保险人将通过救援机构安排适当的通讯、交通工具及医疗护送小组将被保险人转移至可提供适当医疗保健服务的最近医院(不限于国内的医院),并承担与紧急医疗转送有关的交通费用及转送过程中发生的必要的附属费用。

被保险人在其常住国国内旅行,因遭受意外伤害事故或突发急性病住院治疗的,经救援机构的授权医生判断所在医院无法提供适当处理时,保险人将通过救援机构安排适当的通讯、交通工具及医疗护送小组将被保险人转移至可提供适当医疗保健服务的国内最近医院,并承担与紧急医疗转送有关的交通费用及转送过程中发生的必要的附属费用。

2. 直系亲属探病及住宿

被保险人在无直系亲属陪同情况下旅行时因遭受意外伤害事故或突发急性病连续住院7日以上的,保险人可通过救援机构安排并支付被保险人的一位直系亲属以经济的交通方式前往被保险人所在医院探病,同时安排其在当地的住宿并支付住宿费用。

保险人承担的此项责任的费用不包括食物、饮料、通讯及其它服务费用。前往探病的直系亲属需自己负责获得护照及签证。

3. 随行未成年子女回国或返回居住地

被保险人在其国籍国或常住国境外旅行时,因遭受意外伤害事故或突发急性病导致其随行的未满16周岁(含)的子女无人照料的,被保险人可通过救援机构安排经济的交通方式送其一名子女返回国籍国或常住国(但其子女原有的返程机票应交由救援机构处理),必要时还可安排护送人员随行并承担相应的费用。

被保险人在其常住国国内旅行时,因遭受意外伤害事故或突发急性病导致其随行的未满16周岁(含)的子女无人照料的,被保险人可通过救援机构安排经济的交通方式送其一名子

女返回其常住国国内居住地（但其子女原有的返程机票应交由救援机构处理），必要时还可安排护送人员随行并承担相应的费用。

4. 医疗转送回国或返回居住地

被保险人在其国籍国或常住国境外旅行时遭受意外伤害事故或突发急性病，在进行了初步治疗后，经救援机构的授权医生从医疗角度判断可以转送回国的，保险人将通过救援机构安排并支付被保险人以经济的交通方式返回国籍国或常住国，必要时还将提供适当的通讯和语言支持、移动医疗器材、轮椅或担架等辅助设备以及专业医疗护理人员。

被保险人在其常住国国内旅行时遭受意外伤害事故或突发急性病，在进行了初步治疗后，经救援机构的授权医生从医疗角度判断可以转送回其常住国国内居住地的，保险人将通过救援机构安排并支付被保险人以经济的交通方式返回居住地，必要时还将提供适当的通讯和语言支持、移动医疗器材、轮椅或担架等辅助设备以及专业医疗护理人员。

5. 紧急回国或返回居住地料理直系亲属后事

被保险人在其国籍国或常住国境外旅行时，其在国籍国或常住国的直系亲属身故的，保险人可通过救援机构安排并支付被保险人以经济的交通方式返回国籍国或常住国处理后事。

被保险人在其常住国国内旅行时，其在常住国的直系亲属身故的，保险人可通过救援机构安排并支付被保险人以经济的交通方式返回常住国国内居住地处理后事。

6. 直系亲属前往处理后事

被保险人旅行时因遭受意外伤害事故或突发急性病不幸身故的，保险人将通过救援机构安排并支付被保险人的一位直系亲属或指定代理人以经济的交通方式前往身故地处理后事。

7. 遗体安排

被保险人在其国籍国或常住国境外旅行时因遭受意外伤害事故或突发急性病不幸身故的，根据被保险人的遗愿或其直系亲属的愿望，保险人将通过救援机构安排并支付运送其遗体或骨灰返回其国籍国或常住国国内的费用，或者在当地礼葬的费用。

被保险人在其常住国国内旅行时因遭受意外伤害事故或突发急性病不幸身故的，根据被保险人的遗愿或其直系亲属的愿望，保险人将通过救援机构安排并支付运送其遗体或骨灰返回其常住国国内居住地的费用，或者在当地礼葬的费用。

棺木或骨灰盒的规格必须符合国际航空运输标准。**上述费用不包括购买墓地、宗教仪式、鲜花、告别仪式或其它任何非必需的费用。**

（十一）第二诊疗意见(可选)

被保险人被确诊初次罹患的本合同约定的在保险单上载明的疾病或症状,可通过保险人联系全球相关领域的医学专家提供疾病诊断咨询及治疗意见。

第六条 被保险人拟接受下列医疗项目前，应通过服务热线向保险人提出预授权：

- （一）所有住院治疗和手术治疗；**
- （二）单价在5000元以上的检查；**
- （三）保障区域外的紧急医疗。**

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

被保险人在进行上述（一）至（二）项治疗前若未获得事先授权或紧急情况下未能在规定时间内通知保险人的，对于被保险人发生的合理且必要的医疗费用，保险人将按合同

约定的赔偿范围、免赔额、赔付比例及费用限额计算得出的金额，再乘以60%的比例给付保险金。

被保险人在进行上述第（三）项治疗前若未获得事先授权或紧急情况下未能在规定时间内通知本公司的，本公司对被保险人未经许可的治疗而发生的医疗费用不承担给付保险金的责任。

责任免除

第七条 因下列情形之一，造成被保险人医疗费用支出的或发生紧急救援费用的，保险人不承担给付保险金或提供相应服务的责任：

（一）非疾病治疗类

1. 各种美容整形项目：如皮肤色素沉着、对皮肤表面无囊肿形成或无脓肿的痤疮治疗、红斑痤疮治疗；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（雀斑、老年斑、痣、疣等）的治疗和去除；对浅表静脉曲张、蜘蛛脉、除瘢痕疙瘩型外的其它瘢痕、纹身去除、皮肤变色的治疗或手术；激光美容、除皱、除眼袋、开双眼皮、治疗白发、秃发、脱发、植毛、脱毛、隆鼻、隆胸等费用；

2. 各种矫形及生理缺陷的手术和检查治疗项目：如平足、鼻鼾及各种非功能性整容、矫形手术等费用；

3. 各种健美治疗项目：如营养、减肥、增胖、增高等项目费用；

4. 合同中未列明的各种健康体检项目；

5. 各种预防保健性项目：如保健按摩、自动按摩床治疗、药物蒸气治疗、药浴、体疗健身、各种疫苗预防接种（合同约定属于保险责任范围内的除外）、预防注射及疾病普查（合同约定属于保险责任范围内的除外）等费用；

6. 各种医疗咨询和健康预测：如健康咨询、家庭咨询、婚姻咨询、性咨询、婚前咨询等费用（合同约定属于保险责任范围内的除外）；

7. 各种医疗鉴定：医疗事故鉴定、精神病鉴定、孕妇胎儿性别鉴定、各种验伤鉴定、亲子鉴定、遗传基因鉴定等费用。

（二）生殖治疗类

1. 人工辅助生殖、男女节育；

2. 输精管或输卵管结扎等绝育术；

3. 性功能障碍治疗；

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

5. 不育症的检查和治疗；

6. 绝育恢复手术；

7. 变性手术；

8. 用于提高性功能的药物；

9. 生育/分娩前的培训；

10. 与不育或生育相关的任何活细胞冷冻贮藏、植入和再植入费用。

（三）器官移植类

1. 除肾脏、肝脏、心脏、肺、造血干细胞以外的器官和组织的手术移植费用；
2. 供体的所有检查和治疗费用；
3. 寻找、购买、运输、贮存器官源或组织源的费用；
4. 与捐献自身组织、器官相关的任何费用。

（四）牙科治疗类

1. 不属于本合同约定保险责任范围内的牙科医疗费用，如非治疗必需的、以美容为目的的牙齿处理、美白牙齿、种植牙、嵌体、正畸治疗、贴面以及任何牙科治疗过程中使用的贵金属材料的相关费用；

2. 对于意外牙科保险责任，对曾接受过治疗或有裂缝牙齿的治疗，以及由于咀嚼食物（即使其中包含异物）引起的牙齿伤害的治疗。

（五）治疗项目类

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

2. 被保险人患性病、艾滋病或感染艾滋病病毒期间因疾病所导致的医疗费用；

3. 依据具有相应资格的医生判断，无医学必要性的手术和治疗，包括近视和斜视矫正手术费用；

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

5. 为休息、观察而实施的环境疗法，在任何长期护理机构、矿泉疗养地、水疗院门诊、康复机构、疗养院、养老院等非本合同规定的医疗机构接受的服务或治疗；

6. 包皮环切术。

（六）紧急医疗类

1. 对于被保险人到达保障区域以外的国家和地区前已有的疾病和症状，在保障区域以外的国家和地区进行相关治疗的；

2. 可以推迟至被保险人从保障区域以外的国家和地区返回后接受的医疗；

3. 被保险人事先计划好的治疗；

4. 被保险人预料到或应该预料到的治疗；

5. 怀孕或生育出现的并发症和分娩。

紧急医疗类的免责事项仅针对紧急医疗保险金，但紧急医疗保险金的责任免除不限于此项。

（七）服务设施及医学材料类

1. 使用电话、电炉、煤气、食品保温箱等费用；

2. 遗体料理费、遗体冷藏费（本合同约定属于保险责任范围内的除外）；

3. 陪护费、陪床费（本合同约定属于保险责任范围内的除外）、护工费、洗理费及各种与诊疗无直接关系的费用（如脸盆、卫生塑料费、卫生纸费等）；

4. 各种康复治疗器械：如矫形器、助听器、眼镜（本合同约定属于保险责任范围内的除外）、义眼、义肢等费用；

5. 各种自用的按摩保健和治疗用品：颈托、腰托、胃托、肾托、阴囊托、子宫托、疝气带、护膝带、钢头颈、足部矫正鞋、矫正器具、药带、药枕、拐杖、轮椅、健身按摩器和各种磁疗用品及家用检测治疗仪器等费用；

6. 定制或改造任何交通工具、洗浴设备或者住宅设备；
7. 所有非处方（OTC）医疗器械；
8. 非手术中必需的假体、矫正器具、支具或相似的器具，但医生确认此假体或耐用医疗设备为治疗过程中必不可少的除外。

（八）药品费用

1. 自购药品

自购药品指被保险人未经过医院所属的具有执业医师资格的医生开具医嘱，自行至药房、超市、医院所属商业药房等地点购买的药品；

2. 所有非处方药及中草药制品；
3. 维生素（本合同约定属于保险责任范围内的除外）、矿物质、膏方及其它营养保健药费；
4. 医生开具的、超过90天部分的药品费用。

（九）特定医疗费用

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

（十）紧急救援类

1. 被保险人所患既往症引起的救援费用；
2. 本合同中未包含的救援费用，以及未经救援机构事先认可或未经救援机构安排的紧急救援而产生的费用；
3. 被保险人不顾医生的劝告外出旅行期间发生的救援费用，以获得医学治疗为目的的旅行期间发生的救援费用，以及因之前已发生的意外伤害、疾病或既往症需要进一步休养或康复而外出旅行期间发生的救援费用；
4. 被保险人未出现严重医疗状况，或根据救援机构的医生的意见，治疗可以被合理地延期至被保险人返回国籍国、常住国或国内居住地之后进行，由此情况发生的救援费用；
5. 根据救援机构的医生的意见，被保险人不需要医疗护送而坚持要求救援发生的费用；
6. 因被保险人接受未经登记注册的医疗服务机构所实施的与国家规定的治疗标准不一致的治疗措施或所开具的医嘱而发生的救援费用。

紧急救援类的免责事项仅针对全球紧急救援责任，但因其它的责任免除事项引起的救援费用，本公司不承担紧急救援费用的责任。

（十一）其它

1. 被保险人所患既往症及保险单中特别约定的除外疾病引起的医疗费用；
2. 被保险人殴斗、醉酒，主动吸食或注射毒品导致的医疗费用；
3. 投保人对被保险人的故意杀害、故意伤害；
4. 被保险人故意自伤、故意犯罪或者抗拒依法采取的刑事强制措施导致的医疗费用；
5. 被保险人参加或从事潜水、跳伞、攀岩、蹦极、驾驶滑翔机或滑翔伞、探险、武术比赛、摔跤、特技表演、赛马、赛车等高风险运动导致的伤害引起的治疗；
6. 被保险人先天性畸形、先天性疾病、遗传性疾病或染色体异常（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）引起的医疗费用；

7. 由于职业病、医疗事故引起的医疗费用；

8. 被保险人酒后驾驶、无合法有效驾驶证驾驶或驾驶无有效行驶证的机动车导致交通事故意外引起的医疗费用；

9. 核爆炸、核辐射或核污染、化学污染；战争、军事冲突、暴乱或武装叛乱；

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

11. 被保险人接受实验性治疗，即未经科学或医学认可的医疗。

保险金额和保险费

第八条 本合同的保险金额，保险费和各项保险责任的最高给付金额由投保人和保险人在投保时约定并于保险单上载明。

保险期间与续保

第九条 除另有约定外，本保险合同的保险期间为一年，具体以保险合同载明的起讫时间为准。

本合同为非保证续保合同。本合同保险期间届满时，投保人可向保险人申请续保本保险。保险人审核同意后为投保人办理续保手续，并按续保当时被保险人的风险性质重新厘定费率并收取保险费。

保险人、投保人、被保险人义务

第十条 明确说明与如实告知

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会在投保单、保险单或者其它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。

保险人就投保人和被保险人的有关情况提出询问，投保人应当如实告知。

如果投保人故意或者因重大过失未履行前款规定的如实告知义务，足以影响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或取消该被保险人的保险资格。

如果投保人故意不履行如实告知义务的，对于解除本合同或取消该被保险人的保险资格前发生的保险事故，保险人不承担给付保险金的责任，并不退还保险费。

如果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，对于解除本合同或取消该被保险人的保险资格前发生的保险事故，保险人不承担给付保险金的责任，但应当退还保险费。

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或取消该被保险人的保险资格；发生保险事故的，保险人承担给付保险金的责任。

第十一条 保险人合同解除权的限制：前条规定的合同解除权，自保险人知道有解除事由之日起，超过30日不行使而消灭。

受益人

第十二条 被保险人未身故且具有完全民事行为能力的，保险金的受益人为其本人。

被保险人未身故但被保险人为无民事行为能力人或限制民事行为能力人的，保险金的受益人为其监护人。

被保险人身故的，保险人依照《中华人民共和国继承法》的规定履行给付保险金的义务，受益人故意造成被保险人身故、伤残、疾病的，或者故意杀害被保险人未遂的，该受益人丧失受益权。

保险金申请与给付

第十三条 保险事故通知

除另有约定外，投保人或被保险人应当在知道保险事故后10日内通知保险人。

如果投保人或被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，但保险人通过其它途径已经及时知道或者应当及时知道保险事故发生或者虽未及时通知但不影响保险人确定保险事故的性质、原因、损失程度的除外。

第十四条 保险金申请

(一) 住院医疗保险金、住院无理赔每日津贴、门诊医疗保险金、特殊门诊医疗保险金、紧急医疗保险金、牙科医疗保险金、眼科保险金和预防保健保险金由受益人填写保险金给付申请书，并提供下列证明和资料：

- (1) 保险单或其它保险凭证；
- (2) 受益人的有效身份证件；
- (3) 医院出具的医疗费用原始凭证；
- (4) 医疗费用结算清单；
- (5) 医疗病历；
- (6) 检查检验报告及药品明细和处方；
- (7) 所能提供的与确认保险事故的性质、原因等有关的其它证明和资料。

(二) 女性生育保险金的申请

受益人对女性生育保险金的申请在被保险人生育（包括分娩和流产）过程结束后提供上述1-4项证明和资料申请女性生育保险金。

(三) 境外医疗费用的申请

由受益人填写保险金给付申请书，除提供上述1-6项证明和资料外还需提供出入境证件，包括但不限于护照、签证、通行证、旅行证。

除另有约定外，被保险人在境外发生医疗费用，保险人的各项保险金均按医疗费用结算清单中最早账单日期对应的中华人民共和国国家外汇管理局公布的人民币汇率中间价换算成人民币支付。

(四) 全球紧急救援服务或第二诊疗意见

被保险人需要全球紧急救援服务或第二诊疗意见的，可由保险人按合同约定提供有关服务，不直接向受益人给付保险金。

保险金作为被保险人遗产时，必须提供可证明合法继承权的相关权利文件。以上证明和

资料不完整的，保险人将及时一次性通知受益人补充提供有关证明和资料。

第十五条 保险金给付

保险人收到被保险人或者受益人的赔偿或者给付保险金的请求后，将在 5 日内作出核定；情形复杂的，应当在三十日内作出核定，但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赔偿或者给付保险金的协议后十日内，履行赔偿或者给付保险金义务。保险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或者给付保险金义务。保险人依照前款的规定作出核定后，对不属于保险责任的，应当自作出核定之日起 3 日内向被保险人发出拒绝赔偿保险金通知书，并说明理由。

保险人在收到保险金给付申请书及有关证明和资料之日起60日内，对给付保险金的数额不能确定的，根据已有证明和资料可以确定的数额先予支付，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。

除另有约定外，保险人的各项保险金以人民币支付。

诉讼时效期间

第十六条 诉讼时效

被保险人向保险人请求给付保险金的诉讼时效期间为2年，自其知道或应当知道保险事故发生之日起计算。

保险合同的变更

第十七条 年龄确定与错误处理

(一) 被保险人的年龄以周岁计算。

(二) 投保人在申请投保时，应将有效身份证件相符的被保险人的出生日期在投保单上填明，如果发生错误应按照下列方式办理：

1. **投保人申报的被保险人年龄不真实，并且其真实年龄不符合本合同约定投保年龄限制的，保险人有权解除本合同或取消该被保险人的保险资格，并向投保人退还该被保险人的未到期净保险费。保险人行使合同解除权适用“第十一条保险人合同解除权的限制”的规定。**

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

若已经发生保险事故，在给付保险金时按实付保险费和应付保险费的比例给付。

3. 投保人申报的被保险人年龄不真实，致使投保人应付保险费多于应付保险费的，保险人会将多收的保险费退还给投保人。

第十八条 被保险人变动

(一) 投保人因参保的团体成员变动需增加被保险人的，应书面通知保险人，保险人审核同意并收取相应保险费后，开始承担保险责任。

(二) 本合同有效期内，投保人因参加本保险的团体成员离职、丧失保险资格或身故需退保的，应书面通知保险人，保险人对相应被保险人（含该成员及其配偶和子女）的保险责任自该成员离职、丧失保险资格或身故之日起终止。保险人对投保人退还相应被保险人的未

满期净保险费。

(三) 本合同有效期内，本合同的被保险人少于具有参加本保险资格人数的75%时，保险人有权解除本合同，并对投保人退还未满期净保险费。

第十九条 联系方式变更

投保人的住所、通讯地址或电话等联系方式变更时，应及时以书面形式或双方认可的其它形式通知保险人，若投保人未以书面形式或双方认可的其它形式通知的，保险人按本合同载明的最后住所或通讯地址所发送的有关通知，均视为已送达。

第二十条 合同内容变更

在本合同有效期内，经投保人和保险人协商同意，可以变更本合同的有关内容。变更本合同的，应当由保险人在原保险单或者其它保险凭证上批注或附贴批单，或由投保人和保险人订立变更的书面协议。

保险合同的解除

第二十一条 在本保险合同成立后，投保人可以书面形式通知保险人解除合同，但保险人已根据本保险合同约定给付保险金的除外。

投保人解除本保险合同时，应提供下列证明文件和资料：

- (1) 保险合同解除申请书；
- (2) 保险合同凭据；
- (3) 保险费交付凭证；
- (4) 投保人身份证明或投保单位证明。

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 日内退还保险合同的未满期净保险费。

争议处理和法律适用

第二十二条 争议处理

本合同履行过程中，双方发生争议不能协商解决的，可以通过仲裁解决，也可依法直接向有管辖权的中华人民共和国法院提起诉讼。与本合同有关的争议，应由中华人民共和国法律管辖，并应根据中华人民共和国法律（不包括香港、澳门及台湾地区法律）予以解释。

释义

第二十三条

保险人：指众安在线财产保险股份有限公司。

团体：指中华人民共和国境内具有3名以上（含3名）成员且非因购买保险而组织的合法团体。包括机关、企事业单位和社会团体等。

成员：团体为机关或企事业单位的，成员指该团体中身体健康、正常工作的全职在职员工；团体为社会团体的，成员指该团体的会员以及正式工作人员。

配偶：指投保时与参加本保险的团体成员存在合法婚姻关系的丈夫或妻子。

子女：指投保时参加本保险的团体成员的出生30日以上（并且已健康出院），19周岁以下（含）（全日制学校学生至23周岁且未婚）的子女，包括婚生子女、非婚生子女、合法收

养的子女和有扶养关系的继子女。

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。

有效身份证件：指由政府主管部门规定的证明其身份的证件，如：居民身份证、按规定可使用的有效护照、军官证、警官证、士兵证等证件。

被保险人：指本合同所附被保险人名册中所载人员。

在职员工：每周正常工作时间不少于30小时的全职员工，不包括临时工。

续保：指投保人为被保险人续保同一险种，且该续保保单的生效日为原保单到期日的次日。

保险金额：指保险人承担相应赔偿或者给付保险金责任的最高限额。

保险事故：指保险合同约定的保险责任范围内的事故。

意外伤害事故：指外来的、突发的、非本意的、非疾病的使身体受到伤害的客观事件。

医院：指全球范围内在当地合法注册的医疗机构。**但不包括疗养院、护理院、康复中心、戒酒或戒毒中心、精神心理治疗中心以及无相应医护人员或设备的二级或三级医院的联合医院或联合病房。**

体检机构：指全球范围内在当地合法注册的体检机构。

特定医院：指超出该地区惯常医疗费用水平的昂贵医院。被保险人在该类医院就医时，本公司将不承担或者按一定比例承担保险责任范围内的医疗费用。具体特定医院由保险人另行约定。

住院：指被保险人因疾病或意外伤害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，只发生护理费、诊疗费、床位费等情况。

每次住院：指被保险人因意外伤害或疾病住院治疗，自入院日起至出院日止之期间；但若因同一原因再次住院，且前次出院与下次住院之间间隔未超过30日，视为同一次住院。

医生：指具有医疗职业资格的人员，包括内科医生、全科医生、专业医生、医学顾问以及其它任何在相应准许和训练范围内从事医疗服务的人员。

处方药：指凭医生处方才能获得的药物，**但不包括以下药物（即使为医生所推荐）：维生素、钙剂、膏方、中草药、试验或研究性质的药物。**

针灸疗法：由具有相应资格的医生以针（包括激光）为工具实施的治疗。

顺势疗法：一种通过小剂量药物治疗以使病人症状逐渐缓解或消除的治疗方法，比如对于腹泻的顺势疗法是给予小剂量的放松剂。

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。

注意缺陷症：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。

注意缺陷多动障碍：一种常见的儿童精神障碍，主要表现为注意力涣散、活动过多和冲动任性等问题或伴有其它相关精神障碍，但只有当这些表现超出了儿童年龄和发育的正常范围才能诊断为注意缺陷多动障碍。

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。

医学必要:指被保险人接受治疗或服务、使用器械或服用药品符合以下条件:

- (一) 医师处方要求且对治疗被保险人疾病或伤害合适且必需;
- (二) 在范围、持续期、强度、护理上不超过为被保险人提供安全、恰当、合适的诊断或治疗所需的水平;
- (三) 与接受治疗当地普遍接受的医疗专业实践标准一致;
- (四) 非主要为了个人舒适或为了被保险人父母、家庭、医师或其它医疗提供方的方便;
- (五) 非病人学术教育或职业培训的一部分或与之相关;
- (六) 非试验性或研究性。

国籍国:指被保险人持有相应护照的国家或地区, 对于拥有多于一个护照的美国公民, 其国籍国家默认为美国。对于拥有多于一个护照的其它国家公民, 其国籍国家以本合同载明的国家或地区为准。

常住国:指中华人民共和国境内(不包括台湾地区、香港和澳门特别行政区)。

国内:同“常住国”。

居住地:指被保险人最后确定的并经本公司最后确认的位于中华人民共和国境内(不包括台湾地区、香港和澳门特别行政区)的居住城市, 如未指定则默认为本合同签发城市。

直系亲属:是指被保险人的配偶, 父母, 配偶父母, 子女, 兄弟姐妹, (外)祖父母, (外)孙子女。

艾滋病:指人类免疫缺陷病毒引起的获得性免疫力缺乏综合症, 英文缩写为AIDS。

艾滋病病毒:指人类免疫缺陷病毒, 英文缩写为HIV。在人体血液或其它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。

贵金属:指在牙科填充、镶牙、烤瓷牙以及治疗中使用的贵金属元素的材料, 包括金、银和铂族金属(钨、铈、钇、钺、铀、钼)材料或贵金属合金, 如金铂钯系合金, 金铂系合金及铂银系合金等。

通常惯例的医疗费用:是指与接受医疗服务所在地平均医疗费用价格水平一致的医疗费用。

药品:符合以下条件:

- (一) 医师处方要求且对治疗被保险人疾病或伤害合适且必需;
- (二) 在范围、持续期、强度、护理上不超过为被保险人提供安全、恰当、合适的诊断或治疗所需的水平;
- (三) 与接受治疗当地普遍接受的医疗专业实践标准一致;
- (四) 非主要为了个人舒适或为了被保险人父母、家庭、医师或其它医疗提供方的方便;
- (五) 非病人学术教育或职业培训的一部分或与之相关;
- (六) 非试验性或研究性。

既往症:指被保险人在本主险合同生效日之前已患的、被保险人已知或应当知道的有关疾病或症状。

职业病:指企业、事业单位和个体经济组织(以下统称为用人单位)的劳动者在职业活动中, 因接触粉尘、放射性物质和其它有毒、有害物质等因素而引起的疾病。职业病的认定需遵循《中华人民共和国职业病防治法》中的相关规定及鉴定程序。

医疗事故:指医疗机构及其医务人员在医疗活动中,违反医疗卫生管理法律、行政法规、部门规章和诊疗护理规范及常规,过失造成患者人身损害的事故。

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。

殴斗:指因被保险人挑衅或故意行为而导致的打斗。

潜水:指使用辅助呼吸器材在江、河、湖、海、水库、运河等水域进行的水下运动。

攀岩:指攀登悬崖、楼宇外墙、人造悬崖、冰崖、冰山等运动。

探险:指明知在某种特定的自然条件下有失去生命或使身体受到伤害的危险,而故意使自己置身于其中的行为,如:江河、漂流、登山、徒步穿越沙漠或人迹罕至的原始森林等活动。

武术比赛:指两人或两人以上对抗性柔道、空手道、跆拳道、散打、拳击等各种拳术及使用器械的对抗性比赛。

醉酒:指每百毫升血液的酒精含量大于或等于100毫克。

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,属于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。

无合法有效驾驶证驾驶:指下列情形之一:

- (一) 没有取得驾驶证资格;
- (二) 驾驶与驾驶证准驾车型不相符合的车辆;
- (三) 持审验不合格的驾驶证驾驶;
- (四) 持学习驾驶证学习驾车时,无教练员随车指导,或不按指定时间、路线学习驾车。

无有效行驶证:指下列情形之一:

- (一) 未取得行驶证;
- (二) 机动车被依法注销登记的;
- (三) 未依法按时进行或通过机动车安全技术检验。

机动车:指以动力装置驱动或者牵引,上道路行驶的供人员乘用或者用于运送物品以及进行工程专项作业的轮式车辆。

未满期净保险费:除另有约定外,未满期净保险费=保险费×[1-(保险单已经过天数/保险期间天数)]×(1-30%)。经过天数不足一天的按一天计算。

离职:指投保人与被保险人解除劳动关系、投保人与被保险人的劳动合同到期终止以及其它被保险人不在投保人处从事工作,且投保人同意解除劳动关系或劳动关系终止处理的情形。