
安盛天平个人综合医疗保险（2021版C款）条款

注册号：C00007832512021070605391

第一章 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**（释义一）、**保险单**（释义二）或**批单**（释义三）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（释义四）提出保险申请，经**本公司**（释义五）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有保险利益的其他人。

第四条 被保险人

凡身体健康、能正常工作或生活且符合以下要求的自然人，经本公司同意，可作为本合同的被保险人；本合同的被保险人包括**主被保险人**（释义六）和附属被保险人，主被保险人的**配偶**（释义七）和**子女**（释义八）可作为附属被保险人。除特别指明外，以下各条款中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。

（一）主被保险人在首次投保时**年龄**（释义九）应为18周岁至74周岁。配偶和子女作为附属被保险人的，配偶在首次投保时年龄应为18周岁至74周岁，子女在首次投保时年龄应为出生后15天至18周岁。

（二）投保时，被保险人的**惯常居住地**（释义十）需为中国大陆，即被保险人一年中居住在中国大陆境内超过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签证或拥有中国境内居留证或长期居住权，并且能够提供中国境内固定居住地址。

第五条 受益人

除法律另有规定或者本合同另有约定外，本合同保险金的受益人为被保险人本人。

第六条 保险期间

本合同保险期间以保险单或批单载明的起讫时间为准，最长不超过一年。

第七条 保险金额

保险金额是本公司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、本公

司双方约定，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。

第八条 免赔额和自付比例

免赔额是本公司不承担给付保险金责任的、由被保险人自行承担或支付的额度。本合同的免赔额由投保人、本公司双方约定，并在保险单或批单中详细载明。

自付比例是在扣除免赔额之外被保险人还必须自己承担或支付的医疗费用的比例。

第九条 保险费的支付

保险费金额根据投保的保险期间开始时每个被保险人的周岁年龄，按照相应的保险期间开始时本公司有效适用的费率表和可能对承保风险有实质性影响的因素计算得出。

投保人应按照保险合同的约定，在保险单、批单等载明的保险合同生效日之前，向本公司全额交纳保险费。

投保人未按保险合同约定交纳保险费的，本合同不生效，对保险合同生效前发生的保险事故，本公司不承担保险责任，但因外汇支付审批手续原因，保险费需迟于上述保险合同约定的交费日交纳且经本公司同意的除外。

第十条 续保

(一) 本合同为不保证续保合同。本合同保险期间为一年（或不超过一年）。保险期间届满，投保人需要重新向本公司申请投保本产品，并经本公司同意，交纳保险费，获得新的保险合同。

投保人可于本合同保险期间届满时或之前，向本公司提出续保申请并支付续保保险费以示续保，若本公司同意该续保后签发保险单，且已收取该续保保险费，则新的保险合同成立并生效。

(二) 续保时，投保人可变更保险合同的保障内容或保障区域。

(三) 对于在续保的保险合同的保险期间内发生、确诊或持续的任何疾病（释义十一）或意外伤害（释义十二），若该疾病或意外伤害直接或间接由前一保险期间内确定或持续的病症（释义十三）或意外引起，该病症的保险金额将以前一保险合同的保险金额和续保保险合同的保险金额中较低者为准。

(四) 当发生下列情形之一的，本公司不接受续保：

1. 本保险产品统一停售；
2. 本公司就投保人或者被保险人的有关情况提出的询问，投保人未履行如实告知义务；
3. 续保前的保险合同在保险期间未届满前已终止；
4. 被保险人身故、惯常居住地变更、超过承保年龄范围等不符合本产品承保条件的情形。

第十一条 等待期

投保人和本公司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，最长不超过180天。被保险人在此期间内罹患疾病的，本公司不承担给付保险金的责任。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。

第十二条 犹豫期

投保人在收到本合同之后享有十四（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，可以书面通知本公司撤销本合同，并将保险合同和本公司发放的医疗卡等相关资料以邮寄方式归还给本公司。本公司自收到撤销合同通知书之日起三十（30）日内，无息退还全额保险费，本合同自始无效，本公司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中途，为其他附属被保险人投保的情形。

第二章 保障内容

第十三条 保障区域

本公司提供以下三种保障区域：全球、国际和中国计划；由投保人在投保时与本公司协商确定并在保险单中载明。

（一）全球计划

保障区域为全球任何国家和地区。

（二）国际计划

保障区域为除美国之外的全球任何国家和地区。

（三）中国计划

保障区域为中华人民共和国境内（包括香港、台湾和澳门）。

附属被保险人的保障区域必须等同于或小于主被保险人的保障区域。

第十四条 保险责任

在本合同保险期间内，被保险人遭受意外伤害或罹患疾病，在其保障区域范围内符合本合同约定的**医院**（释义十四）就医的，本公司依据保险合同的约定，在扣除保险单中载明的免赔额和自付比例后，在保险金额内对被保险人实际发生并支付的**合理且必需**（释义十五）的医疗费用承担保险责任，本合同另有约定的除外。

（一）住院及日间手术/日间治疗

被保险人作为**住院**（释义十六）、**日间手术**（释义十七）或**日间治疗**（释义十八）病人而发生的合理且必需的医疗费用，本公司对以下1-15项医疗费用承担保险责任。

1. 住院床位费及膳食费

以**标准单人病房**（释义十九）为标准的房间住宿、饮食和常规护理服务费用。

2. 重症监护病房费用

入住**重症监护病房**（释义二十）、心监室等类似病房或病区的费用。

3. 医院杂项费用

（1）处方药物费用

由**医师**（释义二十一）在住院期间以及出院日处方开具的药品的费用，且其用量以出院日起一百二十（120）天为限。

（2）住院检查、检验费用

被保险人在住院期间发生的检查、检验费用。

（3）护理费用、手术材料和杂项费用

在住院期间发生的医院内常规护理、手术材料和其它杂项的费用。

（4）手术室费用

外科手术（释义二十二）或日间手术使用手术室的费用。

4. 救护车费用

被保险人因疾病或意外伤害住院时往返医院的医学必要的救护车服务而产生的费用。

5. 住院物理治疗费用

被保险人由疾病或意外伤害引起或与之相关的住院物理治疗费用。

6. 手术相关费用

由**外科医师**（释义二十三）实施的外科手术或日间手术的费用，包括手术费、手术用具、血液与血浆、手术植入物的费用。

7. 麻醉费用

外科手术或日间手术的**麻醉师**（释义二十四）实施麻醉的费用。

8. 住院主诊医师费用

被保险人住院治疗期间主诊医师每日查房费用，以每名医师每日一（1）次查房为限。

9. 家庭看护费用

被保险人接受**注册护士**（释义二十五）提供的家庭看护而产生的同时符合以下条件的费用：

- （1）经主诊医师证明该家庭看护确系**医疗必需**（释义二十六）的；
- （2）没有该家庭看护，则被保险人仍需继续住院；

(3) 该家庭看护是在被保险人家中进行的；

(4) 该家庭看护是在被保险人出院后立即进行的。

本项保障内容以每一病症看护时间九十（90）天为限。

10. 近亲属陪房费用

被保险人**近亲属**（释义二十七）在医院陪宿而产生的同时符合以下条件的费用：

(1) 入院时被保险人在12周岁以下或60周岁以上；

(2) 被保险人因疾病或意外伤害住院时间超过6天；

(3) 经主诊医师书面证明近亲属陪宿是必需的；

(4) 该陪宿费用标准为近亲属在同一病房内加床的费用。

本项保障内容以每一病症看护时间九十（90）天为限。

11. 住院康复治疗（释义二十八）费用

被保险人接受康复治疗而产生的同时符合以下条件的费用，**每一保险年度最高赔付天数以保险单载明的限额为准：**

(1) 导致康复治疗的疾病或机体损伤在本保险合同的保障范围内，且经专科医师书面证明其作为治疗的一部分是医疗必需的；

(2) 由专业的康复治疗医师进行的；

(3) 在被保险人开始康复治疗前已获得本公司书面同意的。

12. 入院前或日间手术前求诊费用

在住院治疗或日间手术前九十（90）天内，就住院或日间手术疾病/意外伤害向医师求诊治疗（包括药物治疗）的费用。

本项保障内容以每一病症入院或日间手术前求诊治疗一次为限。

13. 入院前或日间手术前检查检验费用

在住院治疗或日间手术前九十（90）天内，就住院或日间手术疾病/意外伤害由医师书面推荐进行的检查检验费用。

本项保障内容以每一病症入院前或日间手术前检查检验一次为限。

14. 离院后或日间手术后治疗费用

被保险人自其出院之日或结束日间手术起九十（90）天内发生的由医师提供的后续诊疗的费用，其中的药品费用以药品用量一百二十（120）天（自出院日起算）为限。

15. 住院精神疾病治疗（释义二十九）费用

被保险人在等待期后因精神疾病住院接受**精神科医生**（释义三十）检查和治疗发生的医疗费用。每一保险年度最高赔付天数以保险单载明的限额为准。

本项保障内容由投保人和本公司在投保时约定，并在保险单中载明。未经双方约定并载明于保险单中的，本公司对上述费用不承担给付保险金的责任。

若被保险人在保障区域外就医而发生上述 1-15 项费用的，本公司仅承担其因意外伤害或急症（释义三十一）而必须进行紧急治疗的医疗费用。

（二）器官移植

被保险人因罹患疾病或遭受意外伤害需要进行的**肾脏、心脏、肝脏、肺或骨髓移植**手术的费用。

（三）义肢/人造假体

被保险人在医疗上必要的，由主诊专科医师推荐的，由手术植入的、非美容目的的晶体、支架（**不包括牙套**）、起搏器、假肢或类似整形外科器具和植入物的费用。

（四）癌症治疗及非住院肾透析治疗

1. 癌症治疗

被保险人因**癌症**（释义三十二）治疗发生的住院(包括手术)、门诊、放化疗及其他相关后续治疗产生的医疗费用。

2. 非住院肾透析治疗

被保险人由专科医师推荐的需要进行医疗上必要的非住院**肾透析**(释义三十三)的费用。

（五）紧急意外门诊牙科治疗

1. 被保险人因遭遇**意外事故**（释义三十四）导致其自然牙齿或牙龈伤害而在意外事故发生后二十四（24）小时内进行的医疗上必要的牙科急症诊疗的费用。

2. 在意外事故发生后三十（30）天内的后续诊疗的费用（包括处方医药用品和药品的费用）。

本项保障内容不受保障区域限制。

（六）紧急意外门诊治疗

1. 被保险人在意外事故发生后二十四（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. 在意外事故发生后三十（30）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）。

本项保障内容不受保障区域限制。

（七）24 小时紧急救援责任

若被保险人离开居住地旅行，在旅行途中遭受重大意外伤害或急症，或需要医疗紧急救援，且该行程不是违背医嘱，也不是以寻求任何海外医疗或外科手术为目的，本公司将指定紧急援助中心提供下述服务，并直接与紧急援助中心结算费用，以保险单中载明的保险金额为限。被保险人或其授权代表可拨打紧急援助中心 24 小时热线获得以下紧急协助服务。

本项保障内容不受保障区域限制。

1. 紧急医疗护理，电话医疗建议，评估和推荐预约

若需要医学建议，被保险人可以拨打紧急援助中心的热线，联系紧急援助中心以获得医学建议和在线医师的评估。被保险人不应将此作为诊断而仅应视为建议。如有医疗必要，被保险人应当寻求其他医师或医学专家进行个人诊断，而紧急援助中心则会协助被保险人进行医疗预约。

2. 紧急医疗运送

若被保险人遭受意外伤害或急症，而本公司指定的紧急援助中心的医疗团队和主诊医师建议被保险人需在或转运至某一医疗机构住院，以便被保险人接受恰当的治疗，本公司将安排将被保险人运送到最近的符合要求的医院并支付由此产生的医疗上合理且必需的费用：

(1) 在医护人员监护下使用各种必需之医疗运送设备（包括但不限于空中救援专机、民航航班及道路救护车）等转送被保险人至更有条件治疗其身体伤害或急症之医院；或

(2) 若其医学状态允许转送，在必要医护监护下经由救护车接送机场及民航航班直接转送至其永久居住地附近的适当医院或其他健康护理机构。医疗小组及主诊医师将共同根据情况决定必要的安排。

3. 治疗后医疗护送

在以上所述紧急医疗运送后，若有医疗必要，紧急援助中心将安排并支付民航航班或其他适当交通手段的经济舱（若被保险人所持回程机票不能使用时）机票费用，并支付任何接送机场的交通费用，以帮助被保险人返回中华人民共和国境内或其国籍所在国的医疗机构。被保险人需将原有机票未用部分交给紧急援助中心处理。任何被保险人治疗后返回的决定均应在持续的医疗监控下，由主诊医师和紧急援助中心共同决定。

4. 遗体或骨灰的送返

无论被保险人是否离开居住地旅行，若其在国籍所在国以外身故，本公司指定的紧急援助中心将安排一切符合当地手续的事宜，并支付：

(1) 被保险人遗体或骨灰送返中华人民共和国或被保险人国籍所在国或享有永久居住权的国家或地区的费用，或

(2) 应被保险人之继承人或其家属代表要求，在当地安葬或火化的费用；**但当地安葬费用不应超过遗体或骨灰送返所需之费用且不包括棺椁费用。**

特别注意： 本公司提供的紧急救援服务不包括将被保险人从诸如船只、石油钻塔平台或类似离岸场所转移出来的服务，以及上述条款约定范围以外的服务。

（八）门诊治疗

1. 普通门诊费用

由注册医师提供医疗服务而产生的医疗费用。

2. 专科门诊费用

由专科医师提供医疗服务而产生的医疗费用。

3. 物理治疗和脊柱指压治疗费用

由医师或专科医师转诊，接受物理治疗或脊柱指压治疗的医疗费用。

4. 中医、整骨及针灸治疗费用

由注册中医医师开具中草药处方，或由注册整骨师提供整骨治疗，或由注册针灸师提供针灸治疗的医疗费用。

5. X光和其他检查检验费用

被保险人接受X光和其他检查检验的医疗费用。

6. 处方药物费用

由主诊医师书面处方的医疗必需的药品费用。

7. 常规体检、健康检查、接种疫苗和视力护理费

进行预防性的常规体检、健康检查和接种疫苗的医疗费用，以及视力检查、由眼科医生处方或由配镜师处方的眼镜或隐形眼镜而产生的医疗费用。

本项保障内容不可单独享有，仅限与第（一）至（七）项保障内容同时享有。本项保障内容由投保人和本公司在投保时约定并在保险单中载明。未经双方约定并载明于保险单中的，本公司对上述费用不承担给付保险金的责任。同一病症每天仅限求诊一次。

（九）牙科治疗

被保险人在保险期间内接受注册牙医（释义三十五）施行的以下治疗的医疗费用。

1. 牙齿治疗费用

对自然牙齿或牙龈、牙周病的治疗，包括充填、补牙、拔牙（智齿除外）、X光、根面平整、根管治疗。

2. 口腔检查和洗牙费用

口腔检查和洗牙治疗（包括刮治、抛光）、涂氟、窝沟封闭，以保险单中规定的每保险期间就医次数为限。

3. 镶牙费用

采用人工材料替换缺失的自然牙齿，包括该替换后的义齿的修补。

本项保障内容在本公司持续有效 1 年之后，适用下列针对**投保前已存在牙科病症**（释义三十六）的特别条款：

1. 若被保险人的牙科保障已经持续有效一整年，在本公司投保的第二个和第三个保险年度期间（**不同年度保险期间之间必须无中断**）：本公司对充填、拔牙（**智齿除外**）的治疗费用承担保险责任，但在任何情况下不超过其续保时所适用的保险单所载的牙科保障保险金额，且以每年人民币 6000 元为限。

2. 若被保险人的牙科保障自第一个保险年度起已经持续有效三年，在本公司投保第四个和第五个保险年度期间（**不同年度保险期间之间必须无中断**），本公司对下列治疗费用承担保险责任：充填、补牙、根桩、桩核、拔牙（**智齿除外**）、烤瓷冠、高嵌体、低嵌体、义齿桥、假牙、牙周深刮、根面平整、根管治疗、牙周治疗、缺牙替换、保存治疗以及旧义齿冠、义齿桥、活动假牙的修补，但在任何情况下不超过其续保时所适用的保险单所载的牙科保障保险金额，且以每年人民币 6000 元为限。

3. 若被保险人的牙科保障自第一个保险年度起已经持续有效五年，自在本公司投保第六个保险年度及以后（**不同年度保险期间之间必须无中断**），本公司对被保险人所有因投保前已存在牙科病症或伤害而直接、单独引起的牙科专项医疗费用均承担保险责任，但在任何情况下不超过其续保时所适用的保险单所载的牙科保障保险金额。

本项保障内容不可单独享有，仅限与第（一）至（八）项保障内容同时享有。本项保障内容由投保人和本公司在投保时约定，并在保险单中载明。未经双方约定的并载明于保险单中的，本公司对上述费用不承担给付保险金的责任。

（十）生育保障

被保险人在等待期后怀孕而产生的下述医疗费用。若根据专科医师出具的孕周证明推算被保险人在等待期内怀孕的，那么即使医疗费用实际发生在等待期后，本公司亦不承担给付保险金的责任。

1. 妊娠实际发生的分娩、产前并发症和分娩时并发症费用、医疗必需的救护车费用以及医疗必需的人工终止妊娠、自然流产的费用，包括所有产前和产后 42 天内的检查费用。其中产前并发症是指：宫颈机能不全、异位妊娠、妊娠期糖尿病、妊娠期高血压、葡萄胎、妊娠剧吐、妊娠期胆汁淤积症、先兆流产、前置胎盘、胎盘早剥、胎儿窘迫。

2. 婴儿出生后 15 天内的医疗费用，包括新生儿体检费、住院费、护理及其他医疗必需的费用，但不包含任何先天疾病、先天性畸形或缺陷的医疗费用。

本项保障内容不可单独享有，仅限与第（一）至（八）项保障内容同时享有。本项保障内容由投保人和本公司在投保时约定，并在保险单中载明。未经双方约定的并载明于保险单中的，本公司对上述费用不承担给付保险金的责任。

（十一）昂贵医疗机构治疗

被保险人在**昂贵医疗机构**（释义三十七）发生的合理且必需的医疗费用。昂贵医疗机构以保险单中载明的清单为准。

本项保障内容由投保人和本公司在投保时约定，并在保险单中载明。未经双方约定并载明于保险单中的，本公司对上述费用不承担给付保险金的责任。

第十五条 责任免除

(一) 下列原因导致被保险人支出的医疗费用，本公司不承担给付保险金的责任：

1. 在保障区域之外就医，但本合同第十四条保险责任项下第（五）部分紧急意外门诊牙科治疗、第（六）部分紧急意外门诊治疗以及第（七）部分24小时紧急救援责任保障内容不受保障区域的限制。

2. 在限制医疗机构（释义三十八）就医，限制医疗机构以保险单载明的清单为准。

3. 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。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。

4. 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；生物或化学污染。

5. 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。

(二) 下列费用，本公司不承担给付保险金的责任：

1. 投保前病症（释义三十九）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向本公司披露并经本公司书面认可者除外。

2. 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。

3. 妊娠、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，但由投保人和本公司约定的并在保险单中明确列明承保的除外。

4. 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。

5. 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。

6. 性病（释义四十）、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。

7. 变性手术及其任何相关治疗费用。

8. 任何先天疾病（释义四十一）、先天性畸形或缺陷及其任何相关治疗费用。

9. 不符合本合同家庭看护约定的非医院内护理费用、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引起的治疗费用，但保险单中明确为本保险合同承保的精神病治疗除外。

10. 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、眼镜护理液、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。但由投保人和本公司约定的并在保险单中明确列明承保的除外。

11. 医疗辅助器械、设施或耐用医疗设备费用，包括但不限于胰岛素泵，血糖监测仪及试纸、足部矫形拱形支架、压力袜、助听器、助听器(电子喉)、轮椅、拐杖、医用夹板和医用矫形支架费用。

12. 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二十（20）米、徒步行至海拔三千五百米（3500）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十（10）米但小于二十（20）米、徒步行至海拔两千五百米（2500）但低于海拔三千五百米（3500）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。

13. 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）期间发生的意外引起的医疗费用。

14. 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。

15. 任何实验性检查、治疗费用，任何未经公开权威机构证实安全有效的检查、治疗费用。

16. 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。

17. 脱发的相关治疗费用。美容、整容或整形外科手术/治疗，或与以前美容、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，且在手术前已得到本公司批准用于恢复功能或外形的手术或治疗除外。

18. 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。

19. 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。

20. 购置任何肾透析用设备、仪器、器材、机器以及用品的费用。

21. 因药物或成瘾品（包括但不限于毒品、酒精）滥用或依赖而产生的任何费用。

22. 因疲劳、乏力而产生的任何费用；因睡眠紊乱而产生的任何费用，包括但不限于鼾症、失眠、睡眠呼吸暂停低通气综合征及睡眠测试。

23. 因进食导致的牙齿意外损坏引发的任何费用。

24. 对于永久性神经损伤或持续性植物人状态超过九十（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，该状态持续超过四（4）周且无好转或康复迹象。

25. 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。

26. 任何预防或预测性质的基因检测费用。

27. 除紧急意外门诊牙科治疗外的其他牙科相关医疗费用，但由投保人和本公司约定的并在保险单中明确列明承保的除外。

第三章 投保人、被保险人义务

第十六条 投保人、被保险人义务

（一）交费义务

投保人应按照保险合同的约定，在保险单、批单等载明的保险合同生效日之前，向本公司全额交纳保险费。

（二）如实告知义务

订立保险合同，本公司就投保人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。

投保人故意或因重大过失未履行如实告知义务，足以影响本公司决定是否同意承保或者提高保险费率的，本公司有权解除本合同。该合同解除权，自本公司知道有解除事由之日起，超过三十（30）天不行使而消灭。

投保人故意不履行如实告知义务的，本公司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。

投保人因重大过失未履行如实告知义务，对保险事故的发生有严重影响的，本公司对于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。

（三）保险事故通知义务

投保人、被保险人或者受益人知道保险事故发生后，应当及时通知本公司。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，本公司对无法确定的部分，不承担给付保险金的责任，但本公司通过其他途径已经及时知道或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。

（四）投保人、被保险人信息变化通知义务

发生以下所列情形，投保人应及时书面通知本公司：

1. 被保险人职业/职务变化。

2. 投保人通讯地址变更。投保人未通知的，本公司按投保人最近一次通知的通讯地址发送的有关通知，均视为已送达给投保人。

3. 被保险人惯常居住地变更。惯常居住地为中国大陆境内是决定本公司是否承保的重要条件。如果任何被保险人的惯常居住地已经发生改变，投保人或被保险人需要及时通知本公司。对该被保险人，本公司保留变更承保条件、停止承保或不予以续保的权利。

惯常居住地变更是指被保险人在目前的惯常居住地（中国大陆）以外的地区连续居住超过三个月时间。

4. 被保险人姓名或证件变更。

5. 投保人姓名或证件变更。

第十七条 年龄的确定和错误的处理

被保险人的年龄，应以法定身份证件登记的周岁年龄为准，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，则按以下约定处理。

（一）投保人申报的被保险人年龄不真实，并且其真实年龄不符合本合同约定投保年龄要求的，本公司有权解除本合同，该合同解除权自本公司知道有解除事由之日起超过三十（30）日不行使而消灭。本公司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，但应当退还保险期间内剩余天数按日计算的保险费。

（二）投保人申报的被保险人年龄不真实，致使其实付的保险费少于应付保险费的，本公司有权更正并要求投保人补交差额保险费。

（三）投保人申报的被保险人年龄不真实，致使其实付保险费多于应付保险费的，本公司会将多收的保险费无息退还给投保人。

第四章 保险金的申请与给付

第十八条 保险金计算方法

（一）**本合同适用医疗费用补偿原则。**若被保险人已从其他途径（包括社会医疗保险、公费医疗、工作单位、本公司在内的任何商业保险机构等）获得医疗费用补偿或赔偿，则本公司仅按被保险人实际发生的医疗费用扣除被保险人从其他途径获得的补偿或赔偿金额后的余额，根据本合同的约定给付保险金，即包括本合同在内的各种途径所给付的所有补偿或赔偿金额之和不得超过被保险人实际发生的医疗费用。被保险人从社会医疗保险、公费医疗、工作单位、本公司在内的任何商业保险机构等已获得的医疗费用补偿，可以抵扣保险单载明的免赔额。

（二）在保险期间内，本公司对被保险人申请的医疗保险金的给付金额计算公式如

下：

1. 当被保险人从各种途径已获得的医疗费用补偿或赔偿金额大于合同约定的免赔额时：

给付保险金=（相应医疗费用个人支付部分之和-从各种途径已获得的医疗费用补偿或赔偿）x（1-自付比例）

2. 当被保险人从各种途径已获得的医疗费用补偿或赔偿金额小于或等于合同约定的免赔额时：

给付保险金=（相应医疗费用个人支付部分之和-免赔额）x（1-自付比例）

（三）若投保人和本公司另有约定，则对于被保险人实际发生的医疗费用，本公司按照另行约定并在保险合同中载明的条件和方式进行给付。

第十九条 保险金的申请

（一）保险金申请人须自保险事故发生之日起的三十（30）日内向本公司或委托他人代其向本公司尽快提出索赔申请。

（二）本公司提供索赔申请表，保险金申请人须自保险事故发生之日起六十（60）天内填写申请表，连同所有必要的表明保险金申请人身份的有关证件以及支持索赔的全部账单、证明信息和证据递交给本公司，包括但不限于医疗诊断书、病理检查、化验检查报告、门诊及住院医疗费用等原始单据、费用、账单结算明细表及处方。所有证明索赔要求所必需的证明、收据、信息和证据均应由保险金申请人负责提供。

（三）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。

继承人作为保险金申请人申请保险金时，还必须提供可证明其合法继承权的相关权利文件。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。

第二十条 保险金的给付

（一）在本公司的理赔审核过程中，本公司有权在合理的范围内要求索赔的被保险人进行医疗检查。此外，本公司有权在法律允许情况下，要求尸体检验。此类检验费用由本公司承担。

（二）本公司收到保险金申请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（30）天内作出核定，但保险合同另有约定的除外。

本公司依照前款约定作出核定后，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（10）天内，履行给付保险金义务。对不属于保险责任的，应当自作出核定之日起三（3）天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。

（三）保险金将按照投保人支付保险费的币种及国家外汇及人民币管理的有关规定，以

保险单中列明的货币种类结算。以任何其他货币支付的医疗费用应根据医疗费用发生日的汇率，以人民币结算。

（四）本公司可以指定独立管理机构代表本公司办理理赔。本合同保险条款第十四条保险责任下第七部分“24 小时紧急救援责任”下产生的保险金将直接支付给本公司指定的紧急救援服务机构。

（五）本公司直接向医疗机构支付被保险人应付的医疗费用及其他有关费用的行为，视为本公司已经对被保险人承担了保险金给付义务。

第五章 保险合同的变更、解除和终止

第二十一条 保险合同的变更

在本合同的保险期间内，投保人需变更保险合同的，应以书面形式向本公司提出申请，经本公司同意后出具批单。

第二十二条 保险责任的自动终止

本合同针对被保险人的保险责任将在发生下列任一情形时自动终止且无需另行通知，以当中最早发生者为准：

1. 保险期间届满；
2. 被保险人死亡；
3. 保险期间内累计给付的保险金达到保险金额。

第二十三条 保险合同的解除

（一）保险责任开始前，投保人有权书面通知本公司解除本合同，本合同的效力自本公司接到解除合同通知书之日二十四时或者通知书上载明的合同终止时间（以较晚者为准）终止。本公司自收到解除合同通知书之日起三十（30）日内，全额退还保险费，不收取手续费。

（二）在保险期间内，投保人有权书面通知本公司解除本合同。本合同的效力自本公司接到解除合同通知书之日二十四时或者通知书上载明的合同终止时间（以较晚者为准）终止。对于保险期间内已有理赔记录的被保险人，本公司对该被保险人不退还保险费；对于保险期间内无理赔记录的被保险人，本公司自收到解除合同通知书之日起三十（30）日内，按照下述计算公式退还保险费：

退还保险费金额=已交保险费x（原保险期间-已经过的保险期间）/原保险期间。保险期间按日计算。

（三）投保人未履行如上第十六条所述如实告知义务，足以影响本公司决定是否同意承保或者提高保险费率的，本公司有权书面通知投保人解除本合同。本合同的效力自投保人接到解除合同通知书之日二十四时或者通知书上载明的合同终止时间（以较晚者为准）终止。投保人故意不履行如实告知义务的，本公司对该被保险人不退还保险费；投保人因重大过失未履行如实告知义务，对保险事故的发生有严重影响的，本公司应当退还保险费。

第六章 争议处理及其他

第二十四条 追偿权

本公司直接支付或授权合作伙伴，向保险金申请人或医疗机构直接支付本合同项下发生的医疗费用时，若已经支付的费用不属于保险责任范围或超出了相应的保险责任范围，则本公司有权追索。

第二十五条 法律适用

本合同的订立、效力、解释、履行及合同争议的解决，均适用中华人民共和国（“中国”）法律。

第二十六条 争议的解决方式

投保人、被保险人、受益人与本公司之间因保险合同引起的或与保险合同有关的任何争议，如协商不成的，按下述方式之一解决：

1. 中国国际经济贸易仲裁委员会，按照申请仲裁时该会现行有效的仲裁规则进行仲裁。该仲裁应按照中华人民共和国的法律执行。仲裁裁决是终局的，对双方均有约束力；

2. 具有司法管辖权的中国法院裁判。

投保人与本公司在保险合同签署时应确定上述方式之一作为争议解决方式。如果没有特别约定，则第二种方式为本合同默认的争议解决方式。

第二十七条 合同的语言

本合同某些文件可能含有中英文两种版本。若两种版本有任何差异，均以中文版本为准。如有必要，英文版本应作为解释中文版本中个别字句的第一参考资料。

第七章 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赔偿限额、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：是指有权与本公司订立保险合同并按照保险合同负有支付保险费义务的人。

五、本公司：安盛天平财产保险有限公司。

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，年龄在18至99周岁之间。

八、子女：主被保险人的自然子女、继子女或合法收养的子女。

九、年龄：有效身份证件（如居民身份证、护照、户口簿、出生证明等）登记的周岁年龄。

十、惯常居住地：被保险人一年中居住时间超过185天的国家。被保险人的惯常居住地和居住地址将在保险单中载明。

十一、疾病：就病理学而言偏离正常健康状态的身体状况。

十二、意外伤害：被保险人所遭受的外在的、可见的单独直接由意外引起的身体伤害，该伤害由意外事故所导致不包括任何疾病或自然发生的医学状态或退化过程。

十三、病症：指疾病或意外伤害及其引起的任何症状、后遗症或并发症。

十四、医院：在其营业所在地合法建立并正式注册，能为付费住院或门诊患者提供护理与治疗的医疗和手术机构，并且满足以下条件：拥有完备的诊断、治疗和手术的设施；由全职医师队伍管理指导并提供24小时昼夜服务；**并非医务室、精神病院或精神病机构、护理中心或戒酒、戒毒中心、温泉疗养机构或水疗院、护理院、疗养院或康复医院、养老院或类似机构。**

本合同中提到医院时应理解为指定的公立医院或私立医院。

十五、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。

十六、住院：被保险人被登记为住院病人在某一医院内接受住院治疗，且医院按日收取房间和膳食费用。

十七、日间手术：由外科医师在医院或诊所为治疗被保险人的疾病或意外伤害对被保险人实施的无需住院的外科手术。

十八、日间治疗：被保险人在医院内因日间手术占用一张床位但不超过二十四小时的治疗，**不包括肾透析和癌症治疗。**

十九、标准单人病房：本合同所指的病房为每一病房设一张病床的单间。

如果某一医院的病房拥有两种或两种以上符合本合同上述定义的病房，则应按该医院该等级病房中最便宜的病房计算保险金。

二十、重症监护病房：对危重病人的生命机能实施不间断密切监视的专用病房，这类病房的护理人员多于病人，并配有全套的病人复生设施。重症病房也包括其设施的全面性不低

于上述设施的**心脏科重症监护病房**。

二十一、医师：并非被保险人或其近亲属或其业务关联者（如商业合作伙伴、雇员或雇主），且已获得其所执业国家的医疗卫生当局核发的行医执照的执业医师，其提供的治疗服务内容应在其执照和业经培训范围内。

本合同中凡提及“医师”应在适用的情况下理解为全科医师和/或专科医师。

二十二、外科手术：进行外科操作的医疗手段。

二十三、外科医师：有资格实施外科手术的专业医师。

二十四、麻醉师：经过麻醉学培训且依法注册执行麻醉的专业人士。

二十五、注册护士：并非被保险人或其近亲属或其业务关联者（如商业合作伙伴、雇员或雇主），且已获得其所执业国家的医疗当局核发执业执照的护士。

二十六、医疗必需：是指由主诊医师推荐或配方，对诊断或治疗被保险人的疾病或意外伤害合理且必需的治疗、服务、补给、或药物，同时符合下列条件的可视为合理且必需的：

1. 未超出为提供安全、适当和合理的诊断或治疗所需的范围、时间、强度或护理水平；
2. 同广泛认可的专业医学操作标准相一致；
3. 主要目的不是为了患者、患者家庭、医师或其他服务提供者的个人舒适或方便；
4. 不是患者的学院教育或职业培训的一部分且与之无关；
5. 并非实验性或调查性；
6. 对于住院情况，须是单纯门诊诊疗无法安全实施的情况。

二十七、近亲属：具有血缘、婚姻或收养关系的下列人员：

1. 父母和岳父母；
2. 兄弟姐妹、配偶的兄弟姐妹；
3. 配偶；
4. 子女；
5. 祖父母、外祖父母、孙子女、外孙子女。

二十八、康复治疗：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，本公司仅对处于急性或亚急性阶段的病人住院承担保险责任，且应经过本公司许可。

二十九、精神疾病治疗：由精神科医生实施的，针对其确诊的精神疾病进行的治疗。

三十、精神科医生：对精神疾病有诊断及治疗经验，并获得精神病治疗或类似资格的医生。

三十一、急症：被保险人遭受必须经医师紧急治疗以避免生命或健康永久性伤害的突发症状。

三十二、癌症：一种恶性肿瘤，特征为恶性细胞的不可控制的生长和扩散，并入侵和破坏正常组织。诊断必须有恶性组织学佐证，并经肿瘤学家或病理学家确认。

三十三、肾透析：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）。

三十四、意外事故：任何外来的、偶然的、突发的、未预料到或无法预见的、非疾病所导致的客观事件，并且此客观事件为直接且单独导致其身体伤害的原因。

三十五、注册牙医：在其执业区域内被准许提供牙科服务的具有合法资格的牙医。

三十六、投保前已存在牙科病症：投保前已存在牙科病症包括但不限于下列牙科状况：

1. 保险合同生效日期之前的牙齿缺失；

2. 保险合同生效日期之前被拔除或损坏的牙齿；

3. 保险合同生效日期之前由意外导致的，或保险合同生效日期之前开始的病变而导致的任何治疗，例如补牙、烤瓷冠、义齿桥托、活动假牙、根桩、高嵌体、低嵌体、保存治疗，即使该病变状态在保险合同生效日期并未显现；

4. 任何在保险合同生效日期之前出现的需要深度清洁、牙根平整、牙周护理和治疗等的状态，即使该状态在保险合同生效日期并未显现；

5. 任何在保险合同生效日期之前由意外导致的，或保险合同生效日期之前开始的病变而导致的需要牙科或口腔外科手术的治疗，即使该病变状态在保险合同生效日期时并未显现。

三十七、昂贵医疗机构：在保险单中载明的，其医疗费用较高的医疗机构。

三十八、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。本公司不承担被保险人在限制医疗机构发生的任何费用。

三十九、投保前病症：在保险合同首次生效日前已有的意外伤害或疾病。不管被保险人是否已寻求或接受医师建议、诊断或治疗，符合如下任何情况之一者，均认定为投保前病症：

1. 根据广泛接受的疾病发展过程，该被保险人已存在的意外伤害或疾病，或已有症状、体征；

2. 被保险人已经知道或应该知道其存在的。

四十、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、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。

四十一、先天疾病：在出生时即具备或确信在出生时即具备的疾病，无论是遗传所致或环境因素所致。

(以下无正文)