



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、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 合同的成立和生效

投保人提出保险申请，经**保险人**同意承保，本合同成立。如投保人与保险人无其他特殊约定，本合同自成立之日起生效。保险合同的成立日即生效日。

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

凡身体健康且能正常工作、生活的自然人，经保险人同意，可作为本保险的主被保险人；主被保险人的配偶和子女身体健康的，经保险人同意，可作为本保险的附属被保险人。

本保险的被保险人应满足如下要求；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）主被保险人在投保时年龄应为18周岁至74周岁。

配偶和子女作为附属被保险人的，配偶在投保时年龄应为18周岁至74周岁，子女在投保时年龄应为出生后15天至18周岁。

经保险人同意，连续投保本保险的，续保时主被保险人及其配偶最高年龄可至99周岁；主被保险人的未婚子女为全日制在校学生的，续保时最高年龄可至25周岁。

任何出生未满15天或已满99周岁的人均不能作为本保险的被保险人或附属被保险人。

（二）投保时，被保险人的惯常居住地为中国大陆，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的工作签证或拥有中国境内居留证或长期居住权，并提供中国境内固定居住地址。

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。

第七条 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。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。

第八条 年度总赔偿限额

保险单或批单中所载的额度，是每一年度保险期间中保险人在本合同项下对任一被保险人累计支付保险金的最高额度。

若在保险期间中，在本合同下对任一被保险人支付的累计总保险金达到了年度总赔偿限额，则在剩余的保险期间中，不会对该被保险人再支付任何保险金。

第九条 免赔额和自付比率

免赔额：在保险单或批单中详细载明的，在依据保险单申请相应的理赔款之前，需要被保险人自己承担的或者支付的金额。

自付比率：在保险单或批单中详细载明的，用于计算被保险人在扣除免赔额之外（如有）还必须自己承担的医疗费用的比率。

第十条 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保险人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。保险人有权变更费率表并将其适用于投保人与保险人在费率表变更后订立的保险合同。

投保人应按照保险合同的约定，在保险单、续保批单、临时保险合同或批单等载明的保险合同生效日、续保日之前，向保险人全额交纳保险费。

投保人未按保险合同约定交纳保险费的，则保险合同不生效，保险人在任何情况下均不承担保险责任。投保人在保险合同约定的交费日期之后的任何付款，均不能使该保险合同重新产生效力，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保险人同意的除外。

第十一条 犹豫期

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决定本合同不适合其需求，可以以书面形式明确告知保险人将该保险合同解除，并将保

险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。若在此期间内被保险人并未提出任何索赔，保险人将无息退还其所付的保险费，同时对于犹豫期内发生的保险事故所致的任何费用不负责赔偿。本犹豫期不适用于保险期间中途增加被保险人的情形，也不适用于续保的保险合同。

第二章 保障内容

第十二条 保障区域

保险人提供以下提供三种承保区域：全球、国际和中国计划；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）全球计划

全球计划的承保区域为全球任何国家和地区。

（二）国际计划

国际计划的承保区域为除美国之外的全球任何国家和地区。

（三）中国计划

中国计划的承保区域为中华人民共和国境内（不包括香港、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。

第十三条 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就医的，保险人在保险单中载明的年度总赔偿限额、各保险责任的分项赔偿限额内，对被保险人实际发生并支付的医疗必需、合理且惯常的医疗费用，按本合同约定承担保险责任，本合同另有约定除外。

门诊责任

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. 物理治疗和脊柱推拿治疗费用

由医生或专科医生转诊，接受物理治疗或脊柱推拿治疗的医疗费用。

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

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上必要的医药用品和药品费用。

7. 常规体检、健康检查、接种疫苗费用和视力护理

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、支付配戴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合理且必须的费用。

第十四条 责任免除

下述费用或因下列情形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：

1. 在保障区域之外就医产生的医疗费用。
2. 中国铂金计划和国际铂金计划不保障您在昂贵医疗机构就医的费用，也就是说我们将不会为您在昂贵医疗机构就医的费用支付保险金。昂贵医疗机构以保险单中载明的清单为准。
3. 受保前病症或任何相关的或后续的病症，但被保险人已在投保单中向保险人披露并被保险人书面认可者除外。
4. 购置个人用品及使用电话、电视、广播、报纸、访客餐饮等非医疗费用。
5. 妊娠、分娩、流产、人工终止妊娠、不孕症和由此引发的所有并发症。
6. 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后果。
7. 包皮环切、阳痿或勃起障碍和由此引发或与此相关的任何后果。
8. 性病，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）和/或其任何突变、衍化或变异）的任何治疗或检查。
9. 变性手术。
10. 任何先天疾病、先天性畸形或缺陷。
11. 非医院内护理、休养治疗或疗养院治疗，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、酗酒和滥用药物、物质滥用引起的治疗。
12. 自杀或自杀未遂，自残伤害或任何此类尝试，无论精神是否正常。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。
13. 视力测试、屈光度缺陷（诸如近视与散光）、医疗器材和用作假体的器械（包括眼镜、单片眼镜，隐形眼镜，助听器、轮椅等）。
14. 隐形眼镜本身的检查费用及维护费用、无处方的眼镜或隐形眼镜、眼镜维修费用、新置换的眼镜框架费用、或因意外导致的眼镜器械的重置费用；美容目的的隐形眼镜，任何形式的太阳眼镜（包括有处方的太阳眼镜）。
15. 从事任何竞赛（除徒步外）、专业运动或职业竞赛、降落伞、跳伞、滑翔、蹦极跳、潜水、赛马、赛车、登山、攀岩、武术比赛、拳击、摔跤和特技表演等，或者以任何

身份参与的任何形式的探险、户外探险、竞技娱乐、极限运动、高风险运动等所导致的意外伤害或疾病。

16. 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治疗费用。
17. 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。
18. 使用任何未经用药所在国家官方批准的药物，或因未按照用药说明用药以及由此引起的任何治疗。
19. 实验性治疗。
20. 儿童发育迟缓和/或学习障碍。
21. 修复手术以外的整容或整形外科手术或治疗，或与以前整容或整形外科手术或治疗相关或因此而需要的任何治疗，但因意外事故或外科手术后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。
22. 从身体任何部分抽除脂肪或多余组织，无论是否存在医学或心理需要；治疗肥胖、减轻或增加体重。
23. 被保险人故意犯罪或抗拒依法采取的刑事强制措施。
24. 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。
25. 由肾透析引发或与之有关的并发症；以及购置任何肾透析用设备、仪器、器材、机器以及用品的费用。
26. 酒精依赖综合症或毒瘾的治疗。
27. 睡眠紊乱治疗，包括但不限于失眠、睡眠呼吸暂停低通气综合征及睡眠测试。

第三章 保险合同的变更、解除及连续投保

第十五条 保险合同的变更

在本合同的保险期间内，经投保人书面申请，保险人可按本合同的约定增加或减少被保险人，但投保人不得在保险期间内变更被保险人的保障利益和保障区域。

第十六条 续保

（一）本合同可连续投保。在保险合同的保险期间届满之前，投保人征得保险人同意后，可以继续投保本合同。本条不适用于保险合同的保险期间已届满，或保险合同已经终止或被撤销的情况。

（二）续保时，根据投保人的书面要求，保险人可能会同意变更其保险合同的保障利益或保障区域，但此类变更仅在续保时方可提出申请，续保的保险费金额也可能随保险合同的改变而有所增减。

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或意外伤害，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或意外引起，保险人的赔偿限额将以前一保险合同赔偿限额和续保保险合同赔偿限额较低的为准。

第十七条 附属被保险人的连续投保（续保）

保险合同下作为附属被保险人的主被保险人子女在保险合同的保险期间届满时已结婚或已年满18周岁或已非全日制在校学生，均不能继续成为本保险的附属被保险人。他们将不再有权在投保人的保险合同下享受保障。上述主被保险人子女可以与保险人另行订立保险合同；如果其在与保险人订立新的保险合同之前的保险保障并无中断，那么保险人将继续承保其在新的保险合同成立之前已存在病症。

第十八条 保险责任的自动终止

本合同针对各个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. 保险责任期间届满；
2. 该被保险人死亡；

若被保险人在保险期间开始时满足年龄资格要求，在保险期间内，保险责任不因其年龄的改变而自动终止。

第十九条 保险合同的解除和变更

（一）在保险期间内，投保人有权提前14天书面通知保险人解除本合同。若在保险期间内任一被保险人已有理赔记录，则该被保险人的退还保费为零。若在保险期间内所有被保险人均未有理赔记录，保险人将按照下述“保险费退费表”以投保人支付保险费时所选择的货币类型退还已付保险费：

已经过的保险期间	退还已付保险费
不超过 60 天	60%
不超过 90 天	50%
不超过 120 天	40%
不超过 180 天	25%
超过 180 天	无

（二）在保险期间内，投保人有权提前14天书面通知保险人终止任何附属被保险人的保障。若在保险期间内该附属被保险人已有理赔记录，退还保费为零。若该附属被保险人在保险期间内未有理赔记录，将按照下述“保险费退费表”并以投保人支付保险费时所选择的货币类型退还相应的已付保险费：

已经过的保险期间	退还已付保险费
不超过 60 天	60%

不超过 90 天	50%
不超过 120 天	40%
不超过 180 天	25%
超过 180 天	无

(三) 投保人、被保险人未履行如下第二十三条所述如实告知义务时, 保险人有权提前至少30天书面通知投保人解除本合同。若在保险期间内任一被保险人已有理赔记录, 则退还保费为零。若在保险期间内被保险人均未有理赔记录, 保险人将按下述计算公式扣除承保期间应缴保险费后, 返还保险费余额予投保人。

退还保险费金额=已缴纳保险费×(原定保险期间-已经过的保险期间)/原定保险期间。保险期间按日计算。

第四章 保险金的申请与给付

第二十条 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、任何商业医疗保险保障计划等)获得医疗费用补偿或赔偿, 保险人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。

(二) 在保险期间内, 保险人对被保险人每次申请的医疗保险金的给付金额计算公式如下:

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-免赔额)×(1-自付比例)

(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保险合同中载明的条件和方式进行给付。

第二十一条 保险金的申请

(一) 被保险人须自保险事故发生之日起的三十(30)天内向保险人或委托他人代其向保险人尽快提出索赔申请。

(二) 保险人提供索赔申请表, 被保险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被保险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保险人, 包括但不限于医院出具的原始凭证, 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、信息和证据均应由被保险人负责提供。

(三) 若被保险人身故, 其应获保险金将作为被保险人的遗产, 由继承人申请领取保险

金。

在任何情况下，保险人对继承人给付保险金均应视为保险人对该保险责任的完全和最终履行。继承人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。

第二十二条 保险金的给付

（一）在保险人的理赔审核过程中，保险人有权并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，要求尸检检验。此类检验费用由保险人承担。

（二）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，即美元或人民币结算。以任何其他货币支付的费用应根据医疗服务费用发生日的汇率，以美元或人民币结算。

（三）保险人可以指定独立管理机构代表保险人办理理赔。本保险条款第十二条保险责任下第七部分“紧急救援服务责任”下产生的保险金将直接支付给保险人指定的紧急救援服务机构。

保险人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支付行为，视为保险人已经对被保险人承担了保险金给付义务。

第五章 保险人、投保人、被保险人义务

第二十二条 保险人义务

（一）签发保险单

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。

（二）补充索赔证明和资料的通知

保险人认为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。

（三）及时核定、赔付义务

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，但保险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。

（四）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。

第二十三条 投保人、被保险人义务

（一）交费义务

除另有约定外，投保人应当在保险合同成立时交清保险费。

（二）如实告知义务

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。

投保人未履行如实告知义务，包括但不限于未如实向保险人告知被保险人的当前疾病或既往病史、年龄、职业/职务、惯常居住国等，保险人有权解除本合同并提前至少三十（30）天书面通知投保人。在合同解除时，若在保险期间内任一被保险人已有理赔记录，则退还保费为零。若在保险期间内被保险人均未有理赔记录，保险人将按下述计算公式扣除承保期间应缴保险费后，返还保险费余额予投保人。

退还保险费金额=已缴纳保险费 x (原定保险期间-已经过的保险期间)/原定保险期间。
保险期间按日计算。

投保人故意或者因重大过失未履行前款规定的义务，足以影响保险人决定是否同意承保或者提高保险费率的，保险人有权解除本合同。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。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。

（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保险人：

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，保险人按投保人最近一次通知的通讯地址发送的有关通知，均视为已发送给投保人。
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保险人是否承保的重要条件。如果被保险人的惯常居住地已经发生改变（与投保单上的不同），被保险人需要及时通知保险人。保险人有提前解除保险合同的权利。

惯常居住地变更是指被保险人停止在目前的惯常居住地（中国大陆）居住超过连续三个月时间。

4. 被保险人姓名变更；
5. 投保人名称/姓名变更。

第六章 其他需要关注的事项

第二十四条 年龄的确定和错误的处理

被保险人的年龄，应以有效身份证件（如居民身份证、护照、户口簿、出生证明等）登记的周岁年龄为准在投保单上填明。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限制的，保险人有权解除本合同，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。对于解除本合同的，本合同自解除之日起终止，保险人向投保人退还未满期净保险费。对于本合同解除前发生的保险事故，保险人不承担给付保险金的责任。

（二）保险人申报的被保险人年龄不真实，致使其实交风险保险费少于应交风险保险费的，保险人有权更正并要求投保人补交风险保险费。如果已经发生保险事故，在给付保险金时按实交风险保险费和应交风险保险费的比例给付。

（三）投保人申报的被保险人年龄不真实，致使其实交风险保险费多于应交风险保险费的，保险人会将多收的风险保险费无息退还给投保人。

第二十五条 追偿权

保险人直接支付或授权合作伙伴，向被保险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，则保险人有权向投保人或被保险人追索。

第二十六条 适用法律/法规

（一）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。投保人、被保险人、受益人与保险人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；或者
2. 具有司法管辖权的中国法院裁判。

（二）投保人与保险人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 不可转让

本合同不可转让。保险人不接受任何对本合同进行诸如信托、托管、抵押、转让等的交易。

第二十八条 笔误

保险人所发生的笔误不应使原应有效的保险责任失效，也不应使原应无效的保险责任有效。

第七章 释义

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。

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险利益、包括年度总赔偿限额在内的各项保险利益的赔偿限额、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。

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。

保险人：安盛天平财产保险股份有限公司。

保险期间：最新的保险单或批单中列出的适用于各个被保险人的保障期限。

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。

投保人：是指有权与保险人订立保险合同并按照保险合同负有支付保险费义务的人。

主被保险人：指在投保单中列明为主被保险人的人。

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。

子女：主被保险人的自然子女、继子女或合法收养的子女。

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。

医院：在其营业所在地合法建立并正式注册，能为付费住院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。

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。

门诊：指被保险人在依法注册的医疗机构获得治疗，**不包括住院、日间手术和日间治疗。**

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。

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。

医师/医生：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/医生”应在适用的情况下理解为全科医师和/或专科医师。

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。

疾病：就病理学而言偏离正常健康状态的身体状况。

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。

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。**

受保前病症：是指疾病或意外伤害，在本合同首次承保前：

- 1) 根据广泛接受的病理发展学，该被保险人就已存在的疾病或意外伤害，或症状、体征；或
- 2) 被保险人已经知道或应该知道其存在；
不管是否已寻求，接受医疗，药疗，医师建议或诊断。

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

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。

医疗上必要：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。

合理且必需的医疗费用：根据广泛接受的医疗标准，该医疗费用不超过当地其他类似专业机构为同一性别、相似年龄、类似疾病的病患提供同等医疗服务收取的费用，且该费用是为了不对被保险人的身体状况产生负面影响所必须花费不可省去的费用。

保险人可能根据其医学顾问的专业意见，相应扣减索赔金额中非合理且非必需的医疗费用。

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。对被保险人在此类医疗机构就诊的费用保险人仅在保单明确约定承保的情况下负责赔偿。

处方药：必须凭医师处方获得的医药用品和药品。

外科医师：有资格实施外科手术的专业医师。

外科手术：进行外科操作的医疗手段。

治疗：指为诊断、减缓或治疗某一医学状态所提供的手术或医疗服务（包括诊断测试）。

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、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。

（以下无正文）