
安盛天平个人住院综合医疗保险条款（2019版D款）

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，均应采用书面形式。

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和附属被保险人，主被保险人的配偶和子女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**（释义六）在首次投保时**年龄**（释义七）应为18周岁至65周岁。**配偶**（释义八）和**子女**（释义九）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65周岁，子女在首次投保时年龄应为出生后15天至18周岁。

经本公司同意，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合同的主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**（释义十）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**工作签证**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，以保险单或批单载明的起讫时间为准。

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。本公司有权根据被保险人的年龄、医疗费用水平变化、本合同整体经营状况调整费率表。费率调整适用于本合同的所有被保险人或同一投保年龄段的所有被保险人，本公司不会因为某一被保险人的健康状况变化或历史理赔情况而单独调整该被保险人的费率。

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，对保险费交清前发生的保险事故，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 连续投保

(一) 本合同可连续投保。在每个保险期间届满时或之前，经本公司同意后，投保人可以继续投保本合同。

投保人可于每个保险期间届满时或之前向本公司支付续保保险费以示连续投保，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，则本合同将延续有效一年。

本合同保险期间届满后三十（30）天内，经投保人申请，本公司同意后签发保险单，且投保人已缴纳连续投保保险费，视同为连续投保。连续投保保险单和上年度保险单的保险期间在时间上不间断。

本合同保险期间届满后三十（30）天内投保人未申请连续投保，或未缴纳连续投保保险费，或经本公司审核不同意承保的，不属于连续投保。投保人需另外申请投保，经本公司审核同意后签发保险单。

(二) 连续投保时，根据投保人的书面申请，经本公司同意后，可以变更保险合同的保障内容或保障区域，但此类变更仅在续保时可由投保人提出申请，保险费金额也可能随保险

合同的变更而有所增减。

(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，**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) 本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，在本合同保险期间届满后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本公司另行订立保险合同；如果其在与本公司订立新的保险合同之前的保险保障并无中断，那么本公司将继续承保其在新的保险合同成立之前已存在病症。

(五) 本合同为非保证续保合同，当发生下列情形之一的，本公司不接受连续投保：

1. 被保险人超过本合同约定的承保年龄范围；
2. 被保险人身故；
3. 本保险产品统一停售；
4. 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；
5. 续保前的保险合同在保险期间未届满前已终止；
6. 不符合本公司关于连续投保要求的其他情形。

第十一条 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，可以以书面通知本公司解除本合同，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。对于犹豫期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；对于犹豫期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**，**无息全额退还保险费**，**不收取手续费**。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

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（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**合理且必需的医疗费用**（释义十五）承担保险责任，本合同另有约定的除外。

（一）住院治疗

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1-14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

为了医治疾病必要的，由**医师**（释义二十一）处方的住院期间及出院日一定期间的药品和敷料，出院后的药品和敷料以出院日起一百二十（120）天为限。

（2）住院诊疗费用

被保险人在住院期间发生的检查、检验费用。

（3）看护/护理，手术材料和杂项费用

合理且必需的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. 住院物理治疗费用

由疾病或意外伤害引起或与之相关的合理必要的住院物理治疗费用。

5. 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。

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，以及外科医生术前、后续门诊的诊疗费用。

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，限于每名医师每日一（1）次查房。

9. 家庭看护费用

本公司对每一病症最多承担不超过九十（90）天的被保险人已实际支付的由**注册护士**（释义二十五）向被保险人提供的家庭看护的费用，且该费用须同时满足以下条件：

- （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。

10. 近亲属陪宿费用

本公司对每一病症最多承担不超过九十（90）天的被保险人已实际支付的由被保险人**近亲属**（释义二十七）在医院陪宿而产生的费用，且该费用须同时满足以下条件：

- （1）入院时被保险人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。

11. 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/伤害向医师求诊治疗（包括药物治疗）的费用。每一病症以一次为限。

12. 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/伤害由医师书面推荐进行的检查检验费用。每一病症以一次为限。

13. 离院后治疗费用

若被保险人因承保病症住院或进行日间手术，则本公司赔付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，且在此期间的医药用品和药品以一百二十（120）天用量为限。

14. 住院精神疾病治疗（释义二十八）费用

（1）对被保险人因精神疾病住院接受**精神科医生**（释义二十九）治疗发生的费用，在本合同生效日起的12个月内（等待期），本公司不承担保险责任。上述等待期仅对初次投保时适用；

（2）本公司对同一被保险人在每一年度保险期间内就本保障所承担保险金给付责任的天数以本合同约定并载明于保险单的天数为限；

（3）本公司对同一被保险人在各保险年度下就本保障所承担保险金给付责任的终身累计给付天数以本合同约定并载明于保险单的天数为限；

（4）本公司对直接或间接由故意自残或企图自杀导致的治疗不承担保险责任；

（5）本公司对由酗酒、药物滥用或成瘾品滥用引起或与之有任何关联的治疗不承担保险责任。

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。

（二）器官移植治疗

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，本公司对被保险人实际发生并支付的医疗必需、合理且惯常的住院(包括手术)、门诊及其他相关后续治疗产生的医疗费用在保险金额内承担保险责任。

（三）义肢/人造假体治疗

被保险人在医疗上必要的，由主诊专科医生推荐的，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，本公司对被保险人实际发生并支付的医疗必需、合理且惯常的住院(包括手术)、门诊及其他相关后续治疗产生的医疗费用在保险金额内承担保险责任。

（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）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，本公司对被本公司实际发生并支付的医疗必需、合理且惯常的医疗费用在保险金额内承担保险责任。

2. 非住院肾透析治疗

被保险人因非住院肾透析，由专科医师推荐的需要进行的治疗上必要的肾透析的费用，本公司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在保险金额内承担保险责任。对于本合同，“肾透析”指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）。

（五）紧急意外门诊牙科治疗

1. 被保险人因遭遇**意外事故**（释义三十一）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**（释义三十二）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）昂贵医疗机构治疗

被保险人在**昂贵医疗机构**（释义三十三）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。

（八）24 小时紧急救援服务

若被保险人离开惯常居住地（中国大陆）旅行，或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服务，并直接与紧急援助中心结算费用，以保险单或批单上所载明的保险金额为限。被保险人或其个人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和利益。

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，本公司将安排并支付将被保险人运送到最近的符合要求的医院和医疗上合理且必须的费用：

(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）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

若被保险人在中国大陆境外身故，本公司指定的紧急救援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。

第十四条 责任免除

下述费用或在下列情形下不论任何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：

(一) 在保障区域之外就医，但本合同第十三条保险责任项下第（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（八）部分24小时紧急救援服务保障内容不受保障区域的限制。

(二) 投保前病症（释义三十四）或任何相关的或后续的病症，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。

(三) 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。

(四) 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。

(五) 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。

(六) 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。

(七) 性病(释义三十五)、人乳头瘤病毒(HPV)、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。

(八) 变性手术及其任何相关治疗。

(九) 任何先天疾病(释义三十六)、先天性畸形或缺陷及其任何相关治疗。

(十) 不符合本合同家庭看护约定的非医院内护理、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, 但保险单中明确为本保险合同承保的精神病治疗除外。

(十一) 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。

(十二) 视力测试、屈光缺陷(包括近视、远视及散光)的任何治疗; 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。医疗辅助器械、设施或耐用医疗设备, 包括但不限于足部矫形拱形支架、压力袜、助听器、助讲器(电子喉)、轮椅、拐杖、医用夹板和医用矫形支架费用。

(十三) 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、徒步行至海拔两千五百米(2500)或以上的高度、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是采取所有合理的防御措施并使用适当的设备。

(十四) 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。

(十五) 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。

(十六) 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；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。

(十七) 任何实验性治疗，任何未经公开权威机构证实安全有效的治疗。

(十八) 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。

(十九) 脱发的相关治疗，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。

(二十) 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。

(二十一) 被保险人故意犯罪或抗拒依法采取的刑事强制措施。

(二十二) 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。

(二十三) 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。

(二十四) 酒精依赖综合症或毒瘾的治疗。

(二十五) 睡眠紊乱治疗，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。

(二十六) 因进食导致的牙齿意外损坏。

(二十七) 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。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。

第三章 投保人、被保险人义务

第十五条 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，不承担给付保险金责任，但应当扣除手续费后退还保险期间内按日计算的保险费。

（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保险人。对该被保险人，本公司保留不予以续保的权利。

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. 被保险人姓名变更。
5. 投保人姓名变更。

第十六条 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

第十七条 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，本公司对被保险人每次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。

第十八条 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。

第十九条 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，要求尸检检验。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。本合同保险条款第十三条保险责任下第八部分“24 小时紧急救援服务”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

第二十条 保险合同的变更

在本合同的保险期间内，投保人需约定增加或减少被保险人，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。

第二十一条 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. 保险期间届满；
2. 该被保险人死亡；
3. 保险期间内累计给付的保险金达到保险金额。

第二十二条 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(1-手续费比例)x(原保险期间-已经过的保险期间)/原保险期间。手续费比例为25%,保险期间按日计算。

(三)在保险期间内,投保人有权书面通知本公司终止任何附属被保险人的保险合同。该附属被保险人的保障自本公司接到终止附属被保险人保障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附属被保险人,本公司对该附属被保险人不退还保险费;对于保险期间内无理赔记录的附属被保险人,本公司自收到通知书之日起三十(30)日内,按照下述计算公式退还保险费:

退还保险费金额=已缴纳保险费x(1-手续费比例)x(原定保险期间-已经过的保险期间)/原定保险期间。手续费比例为25%,保险期间按日计算。

(四)投保人、被保险人未履行如上第十五条所述如实告知义务时,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,本公司应当扣除手续费后退还保险期间内按日计算的保险费。本公司自本合同终止之日起三十(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(1-手续费比例)x(原保险期间-已经过的保险期间)/原保险期间。手续费比例为25%,保险期间按日计算。

第六章 争议处理及其他

第二十三条 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。

第二十四条 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。

第二十五条 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；或者
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。

第二十六条 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：投保人填写的向本公司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；以上材料均包含了本公司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险利益、包括保险金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。

三、批单：本公司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：安盛天平财产保险股份有限公司。

六、主被保险人：指在投保单中列明为主被保险人的人。

七、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。

八、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。

九、子女：主被保险人的自然子女、继子女或合法收养的子女。

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。

本公司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。

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的执业执照。

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须的：

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。

二十八、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。

二十九、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、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。

三十一、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。

三十二、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。

三十三、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。

三十四、投保前病症：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。

三十五、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。

三十六、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。

(以下无正文)