

阳光财产保险股份有限公司
阳光团体全球医疗保险（A款）（2010版）条款

总则

第一条

阳光团体全球医疗保险（A款）（2010版）条款（以下简称“本合同”）由保险单、保险卡、对应保险条款、投保单、与本合同相关的其他投保文件、网络医院名册、通知、声明、批注、附贴批单和其他协议构成。

第二条

一、主被保险人资格

凡投保时年龄七十周岁或以下（连续参加本保险的，续保时最高年龄可至七十五周岁），居住在美国以外，每周工作至少 20 小时并能正常工作、劳动或生活的投保人所属人员，经保险人同意，可作为本合同的主被保险人。该成员可能为以下 2 种情况之一：

- 外籍外派人员指居住其国籍国之外的人员
- 本地高管指本地雇佣的本地居民

一旦该团体被保险人接受，每一个符合被保险人资格的员工将成为被保险人而享有保险利益。在被保险人离开其常住地（公司所在地）期间仍可以享受保障。若被保险人长期离开其常住地，保险人保留根据被保险人新的常住地进行保险费调整的权利。

若被保险人在保险期间中途终止保险计划，该被保险人在该保险期间内不得再重新加入。

二、 附属被保险人

1、投保人可为被保险人的以下家属投保本合同：

- 配偶
- 二十一周岁或以下的未婚子女
- 若子女为全日制在校学生，未婚，经济上完全依赖主被保险人，可延迟至二十四周岁以下
- 若子女存在身体缺陷或智力障碍的，未婚，经济上完全依赖主被保险人，可延迟至二十四周岁以下

凡投保时年龄七十周岁或以下（连续参加本保险的，续保时最高年龄可至七十五周岁），能正常工作、劳动或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。

凡投保时年龄二十一周岁或以下（为全日制在校学生，或存在身体缺陷或智力障碍的，年龄应为二十四周岁或以下）、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。

本合同定义的子女包含亲生子女，法律上承认的收养子女以及经济上完全依赖主被保险人并和主被保险人一起生活的继女或继子。

若需承保有身体缺陷或智力障碍的未婚子女，主被保险人需在该子女十九岁生日之前提供有关该残疾的证明， 在此之后根据保险人的要求定时提供该证明。

附属被保险人的被保资格为以下二日的迟者 a)主被保险人获取被保资格之日 b)主被保险人获得附属被保险人之日。附属被保险人在主被保险人获得本保险保障的前提下， 并自缴纳保险费并得到保险人同意后生效。

2、新生儿和领养儿的增加：

本合同自动承保保障范围内怀孕而生产的新生儿在 14 天内发生的医疗费用，以 \$ 5, 000 为限。本合同的免赔额和自付比例同样适用于该保障项目。若满足以下条件， 被保险人可以申请把新生儿或领养儿加入保险计划：

(1) 在出生后 14 天内提交书面申请：如果保险公司在新生儿出生后 14 天内收到正式书面申请， 则保险保障自新生儿出生日或者领养日起生效；

如果保险公司在新生儿出生 14 天后收到正式书面申请， 则保险保障自收到申请之日起生效。

(2) 对在出生后被领养的子女， 在其保障生效 12 个月内， 保险人不承担对既往症的赔付。

(3) 对于在本合同承保范围外的妊娠（如人工授精）而出生的新生儿， 须经过保险人核保同意后方可加入保险计划。

3、常住地：

主被保险人和附属被保险人的常住地默认为公司所在地。若主被保险人/附属被保险人居住在其他地区， 投保人需书面通知保险人该成员的常住地。

如果被保险人常住在自己国籍国或非其公司所在国家， 可能会产生额外的限制或者加费。

在美国上学的全日制学生需提供入学证明。该入学证明需要在申请保障时或者递交理赔时提交。

三、参保类型

根据随主被保险人投保本保险的附属被保险人， 本合同每一主被保险人参保类型分为单人保障、 夫妇保障、 单亲家庭保障、 家庭保障等四种类型， 即： 单人保障， 无附属被保险人； 夫妇保障， 对应的附属被保险人为主被保险人配偶； 单亲家庭保障， 对应的附属被保险人为主被保险人的子女； 家庭保障， 对应的附属被保险人为主被保险人的配偶和子女。

四、保险保障的选定

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。

投保时， 投保人应选择与被保险人对应的保障类型、 可选保险责任、 免赔额、 自付比例确定具体的保险保障， 并载明于本合同中。

(一) 保障类型及相应保险地域

与每一保障类型对应的保险地域具体如下， 保险人仅对被保险人保险期间内在相应保险地域内发生的保险责任范围内的费用承担保险责任。

1、全球保障

保险地域为全球任何国家和地区。

2、国际保障

保险地域为除美国、加拿大外的国家和地区。若被保险人在 GBG 指定的受限国家接受医疗服务，需自付 20% 的相关医疗费用。请参 www.claimssite.com 获取最新的受限地区信息。

3、国际增强保障

保险地域除同国际保障外，保险人对被保险人在美国和加拿大发生的、与紧急医疗对应的保险责任范围内的费用亦提供保险保障。

被保险人在美国和加拿大接受紧急医疗前，须获得保险人医疗服务中心（以下简称“中心”）的许可，该中心将引导该被保险人至最近且合适的网络医疗机构就医；**保险人对被保险人未经中心批准在美国和加拿大接受治疗发生的任何费用不承担保险责任**，被保险人在接受紧急医疗前因不可抗力无法联系中心的情形不在此限，但该被保险人或投保人亦须在该紧急情况发生后四十八小时内联系中心。

这里的“紧急医疗”指：针对突然发生的、为避免严重身体伤害或死亡须立即接受治疗的症状，被保险人立即或因不可抗力因素在症状发作后二十四小时内开始接受的相应医疗，但不包括：

- a. 对于被保险人到达美国和加拿大前已有疾病和症状相关的医疗；
- b. 常规医疗；
- c. 可以推迟至被保险人从美国和加拿大返回后接受的医疗；
- d. 事先计划好的医疗；
- e. 因被保险人已知或应该知道的情形而发生的医疗；
- f. 妊娠、分娩及相关病症医疗。

（二）可选保险责任

投保人可为全部被保险人选择投保健康检查、眼科保障、牙科保障以及战争和恐怖主义活动保障，为全部或部分被保险人选择投保最佳福利套餐。

（三）免赔额

免赔额分年免赔额或次免赔额。

（四）自付比例

自付比例可为 0%、10%、20% 或 30%，该比例仅适用于保险期间内被保险人发生的保险责任范围内的费用累计 \$ 10,000 以内（含）部分，对于超过部分保险人按 100% 比例承担保险责任。

第三条

凡依法设立的机关、企业、事业单位和社会团体等组织，可作为本合同的投保人。

第四条

被保险人或投保人未指定本合同非身故保险金受益人的，非身故保险金受益人为被保险人本人；未指定本合同身故保险金受益人的，身故保险金受益人为被保险人的继承人。

保险责任

第五条

一、住院医疗保险责任

在保险期间内，被保险人在与其保障类型对应的保险地域内因遭受意外伤害或患疾病接受医师推荐的、医学必需的一般疾病（伤害）和一般项目住院治疗，由此发生的、符合通常惯例水平且属保险责任范围内的以下类型费用：

1、辅助性住院医疗服务：

- 手术室和恢复室费；
- 药品费；
- 输血、血浆、血浆扩容药物以及所有相关化验、操作设备和服务费用；
- 手术敷料费；
- 化验费；
- 耐用医疗设备；
- X光检查；
- 由放疗师实施的为治疗肿瘤的放射治疗；
- 由医师或注册呼吸治疗师实施的呼吸治疗费；
- 由医师或护士在医师指导下实施的化学治疗；
- 由医师或具有相应资质的专业医师实施的物理治疗、职业疗法费。这些治疗须为该被保险人

医师书面治疗计划一部分，且满足下列全部条件：

第一，在合理的、可预测的时间内使得症状明显好转；

第二，疗法复杂或被保险人病症使得只有医师、注册物理治疗师或职业治疗师才能安全、有效实施。

- 为治疗吞咽障碍由语言治疗师实施的电子喉镜检查费；

以上所有保障利益根据保险单利益表上所载进行赔付。

2、专业护理和康复治疗服务。

二、门诊保险责任

当被保险人在医院或者其他医疗机构接受门诊医疗，则可获得本项保险金给付。保险人按照保障利益表上记载的限额对以下项目进行赔付：

- 因意外伤害在 48 小时内发生的治疗费用
- 小型手术
- 医疗必须的急症费

注意：小型手术包含穿刺检查，如结肠镜检查 and 内窥镜检查，并必须获得预授权。如果该手术发生在美国则必须使用医疗服务网络。

三、手术和医疗保险责任

1、手术费

本合同承担在医院，医师办公室或其他经保险人同意的医疗机构发生的手术费。助理手术医生给付金额以主治手术医生合理费用的 50%为限。

2、麻醉师费

除了手术医生和其助手之外，本合同对麻醉师支付麻醉师费， 给付金额以主治手术医生合理费用的 25%为限。

3、 HIV（人类免疫缺陷病毒）, AIDS（获得性免疫缺陷综合症）和 ARC（艾滋相关综合症）

若非既往症，治疗 HIV（人类免疫缺陷病毒）, AIDS（获得性免疫缺陷综合症）， ARC（艾滋相关综合症）和性病的医疗必须的，非实验的费用属于本合同范围。

4、巡房费

本合同承担被保险人在住院或者入住经保险人同意的住院后康复机构期间内的每日医师巡房费。 若该医师巡房费已经在手术费下取得赔偿，则本项目不进行重复赔付。若为医疗需要在一天有多个科室的医师进行巡房，保险人可以支付相应费用。 若因病情严重需要延长或者多次巡房的，保险人需获得有关的记录并决定是否赔付。

5、住院期间

住院需满足以下条件方能得到本合同的保险金给付：

- 住院前需经过保险人指定的医疗服务中心授权同意或者为紧急住院；
- 被保险人身体状况确实需要住院，看护，复健。保险人指定的医疗服务中心将对此作出决定。如果住院仅是为长期看护，慢性病的疗养或者帮助被保险人日常寝食活动，则保险不给与赔付。

6、门诊诊疗费

保险人对被保险人医疗必须的门诊医师诊疗费将按合同约定进行赔付，每日限一次。若被保险人因医疗必须在一日内在不同科室就诊，保险人也将给予赔付。若无特别约定，保险人不承担非治疗为目的的常规体检。

7、紧急医疗

这里的“紧急医疗”指：针对突然发生的、为避免严重身体伤害或死亡须立即接受治疗的状况，被保险人立即或因不可抗力因素在症状发作后二十四小时内开始接受的相应医疗。

8、妊娠和生育保险责任

保险人按照约定承担女性主被保险人或作为配偶的女性附属被保险人，在保险期间内在医院或生育中心发生的任何与妊娠有关的费用，包括但不限于生育费、产前产后检查费、流产和早产费。

- 妊娠期内医师处方开具的维生素和钙剂费；
- 妊娠期内 2 次超声波检查费。如因为高危妊娠或并发症而需要额外的超声波检查，需经过医师书面证明后提交保险人做审核批准。

9、新生儿费

女性主被保险人或作为配偶的女性附属被保险人保险期间内生育的婴儿在其出生后十四日内发生的住院看护和其它医疗费用属于保险责任。该新生儿责任将做单独计算并需要满足保险单的免赔额，不计入产妇的生育保险责任。

10、先天性疾病

保险人仅对自出生即日起加入本合同，并保持被保险人状态至今的被保险人子女承担因先天性疾病产生的医疗费用。

11、针灸和顺势疗法

由具有相应资质的专业医师实施的针灸治疗、顺势疗法费。保险人对每一被保险人支付的与本项费用对应的保险金累计以 \$ 500 为上限。

12、睡眠检查和治疗费

睡眠检查和治疗费，指中心许可的、对疑为发作性睡眠或阻塞性呼吸暂停症状的检查和治疗费，但不包括对失眠、多动腿综合症的睡眠检查和治疗费。

13、器官移植（人体器官、骨髓、血干细胞移植）

被保险人作为受体接受器官、骨髓、血干细胞移植费需要向保险人医疗服务中心提交事先授权。**器官移植供体费用、器官储藏费用不属于保险范围。**

四、精神和心理障碍治疗费

精神和心理障碍治疗费，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专业资格的医师或心理学家实施的住院或门诊医疗和咨询费用。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、失眠症、注意力缺陷障碍、注意缺陷多动障碍，**但不包括智能测试、教育测试、婚姻和家庭心理咨询。**

每一保险年度，保险人对每一被保险人承担精神和心理障碍住院治疗保险责任的住院日数累计以 180 日为上限，对每一被保险人承担精神和心理障碍门诊治疗的次数累计以 20 次为上限，对每一被保险人给付的与酒精和药物滥用门诊和住院戒断治疗费对应的保险金累计以 \$ 2,500 为上限。对于同一被保险人，所有保险年度保险人对其支付的与精神和心理障碍住院治疗费用对应的保险金累计以 \$ 25,000 为上限。

五、临终关怀费

临终关怀费，指曾发生保险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以下（含），经中心批准，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（**不包括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。

保险人对每一被保险人承担临终关怀费的入住临终关怀机构日数累计以 45 日为上限，对其给付的、与除入住临终关怀机构以外其他情形相应的临终关怀费用对应的保险金累计以 \$5,000 为上限。

六、专业护士家庭护理费

专业护理费，指为在一定程度上治疗或减缓病症，医师处方要求的、仅专业护士才能提供的、每日至少持续四个小时的住院或门诊护理费。

专业护士家庭护理费，指曾住院接受治疗的被保险人出院后随即在其家中接受医师要求的、医学必需的专业护士护理费用（**不包括保险期间届满后发生的家庭护理费用**）。该护理一般不少于 4 小时每天。保险人对每一被保险人承担家庭护理费的护理日数累计以 100 日为上限。

专业护士家庭护理属医学必需，须满足以下全部条件：

第一，被保险人对专业护士护理确有需要，非出于方便家庭成员目的。

第二，每日专业护士护理时间不超过十二小时，但下列情形不在此限：住院治疗的被保险人被运送回家当日；被保险人病情急重，须接受十二小时以上专业护士护理以免入院接受治疗；根据医疗实践和标准被保险人需要在专业护理机构接受护理，但专业护理机构没有空余床位。

接受鼻饲或胃造口管喂养的被保险人无其他对专业护士护理需要而在家接受的专业护士护理，不属医学必需，保险人对此不承担保险责任。

七、处方药

在保险期间内，被保险人在与其保障类型对应的保险地域内因遭受意外伤害或患疾病接受医师推荐的、医学必需的每次门诊治疗，由此发生的、符合通常惯例水平和下列约定的门诊处方药费用，属保险责任范围内的费用：

1、在美国以外发生的药费：

- 80% 报销比例；
- 以 90 日用量为上限；
- 没有自付额上限。

2、美国以内发生的药费：

在美国发生的药费必须使用保险人指定的美国药店网络购买。被保险人可以在保险卡找到相关的内容并在购买药品时出示该保险卡。如果被保险人选择购买品牌药而非同类普通药，被保险人应首先自付二者价格的差额，即超过通常惯例水平部分的门诊处方药费用。被保险人医师书面要求必须使用品牌药的情形不在此限。

3、药房折扣计划

- 80%报销在美国之外购买的药物；
- 80%报销在美国指定网络内购买的药物；
- 60%报销在美国非指定网络内购买的药物。

4、剂量限制：

- 在美国以 180 日用量为上限；
- 非美国以 90 日用量为上限。

八、耐用医疗设备购买或租赁费

耐用医疗设备购买或租赁费，指医师处方要求的、满足基本医疗需要的康复设备、矫形支具以及其他耐用医疗设备购买或租赁费（以相应符合通常惯例水平的购买价格为上限），以及随后修理、更换费，但仅修理、更换费的 50%属保险责任范围内的费用。对于患癌症接受属保险责任范围的乳房切除术的被保险人，两义乳及可放入义乳的胸衣费用亦属保险责任范围内的费用。

康复设备和矫形支具包括但不限于腿、臂、背和颈支具，还包括人造腿、臂、眼。

耐用医疗设备不包括自动轮椅或自动床、额外的牙科切磨器、舒适设备（如电话托臂和床上多用桌）、空气质量或温度调控设备（如空调、湿度调节器、除湿器和空气净化器）、健身脚踏车、太阳能或加热灯、加热垫、坐浴盆、盥洗凳、浴缸凳、桑拿浴、升降机、涡流按摩浴、健身器材及其他类似设备。

九、医疗及身故援助保险责任

1、紧急医疗运送费

紧急医疗运送费用指紧急情况下出于医疗必要以专业救护车将被保险人运至医疗机构发生的费用，属保险责任范围内的费用。

2、紧急医疗转运费

被保险人遇有生命危险、得不到及时治疗将导致身故或严重伤害的，如果在当地不能获得适当治疗，被保险人或相关人员可联系保险人医疗服务中心，经中心许可，中心将负责安排运送被保险人至离被保险人最近且能够提供所需服务的医疗机构，由此发生的费用属保险责任范围内的费用。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。**如果被保险人不在中心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。未经中心许可被保险人自行安排运送的，运送费用完全由被保险人承担。**被保险人治疗完成或病情稳定后，保险人将安排其以公共交通工具（飞机限经济舱）返回常住地，相应交通费用亦属保险责任范围内的费用。

3、紧急牙科治疗费

本合同项下对因遭受意外伤害而受损的、原未经过任何治疗的、完整无损的自身牙齿的紧急治疗和修复费承担保险责任。保险人对每一被保险人支付的与紧急牙科治疗费对应的保险金累计以 \$5,000 为上限。

4、遗体运返或安葬费用

保险期间内被保险人在其国籍国以外国家或地区身故，在事发地法律法规许可的情况下，保险人将负责运送其遗体至其国籍国或安排当地安葬，由此发生的费用属保险责任范围内的费用。保险人对每一被保险人支付的与本项费用对应的保险金以 \$20,000 为上限。

十、战争和恐怖主义活动保险责任

本合同承保因“战争和恐怖主义活动”直接或间接引起的医疗费用并以下列标准为限：

每次事故每个被保险人： \$ 250,000

每次事故所有被保险人： \$ 1,000,000

保险责任，保险人对被保险人治疗由战争和恐怖主义活动引起的伤害发生的医疗费用，按本合同约定承担保险责任，但不包括下列情形：

第一，被保险人主动参加或受训于战争和恐怖主义活动；

第二，核、化学、生物大规模杀伤性武器引起的伤害。

十一、 可选保险保障

在投保本条上述保障基础上，投保人可为全体被保险人选择投保健康检查、眼科保障或牙科保障，为全体或部分被保险人选择投保最佳福利套餐。

1、预防性健康检查

被保险人每年一次全身体检费以及相关检查化验费，免疫费，常规检查化验费，属保险责任范围内的医疗费用，保险人按“保险责任范围内的费用×（1-自付比例）”支付健康检查保险金。保险人对每一被保险人支付的与本项费用对应的保险金累计以 \$ 200 或 \$ 400 为上限，具体由投保人与保险人约定并载明于本合同中。

2、齿科保障

对被保险人发生的属于以下保险范围内的齿科费用，保险人按类别进行赔付，并按约定的每年最高赔付为限。

齿科治疗服务：类别 1 - 预防性治疗费。 保险人按照约定比例支付该项目保险金，费用包括：

- 常规牙科检查，每年限 2 次；
- 咬翼片 X 光片检查，每年限制 1 次；
- 牙齿预防治疗；
- 洁齿，每年限 2 次；
- 涂氟治疗，限 19 周岁以下。

齿科治疗服务：类别 2 - 基础修补性治疗费。 保险人按照约定比例支付该项目保险金，费用包括：

- 牙齿填充；
- 拔牙；
- 牙根管治疗；
- 牙周病治疗；
- 口腔手术以及相关的麻醉师费；
- 紧急止痛；
- 抗生素注射。

齿科治疗服务：类别 3 - 重大修复性治疗费用。 保险人按照约定比例支付该项目保险金，费用包括：

- 根管填充；
- 牙冠和嵌体；
- 桥式义齿（包括化验和麻醉费用）；
- 智齿拔除费。

牙齿矫正治疗费：类别 3 - 重大修复性治疗费用。仅适用于 19 岁及以下被保险人
保险人按照合同约定的比例对被保险人牙齿矫正费用给付保险金，并以约定的最大赔付金额为限。

与齿科保障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。

3. 眼科保障

对于眼科保障，保险责任范围内的费用包括：

- 每一保险期间内的一次眼科检查费，以 \$ 75 为上限。
- 眼镜框架费，以 \$ 75 为上限。
- 每一保险期间内的一幅镜片费：
 - 该镜片为单焦片的，镜片费以 \$ 90 为上限；
 - 该镜片为双焦片的，以 \$ 125 为上限；
 - 该镜片为三焦片的，以 \$ 150 为上限；
 - 该镜片为隐形眼镜的，以 \$ 150 为上限。

与眼科保障对应的保险责任范围内的费用不包括太阳镜及相关配件的费用。

责任免除

第六条

对于被保险人发生的以下费用，保险人不承担保险责任：

1. 不符合医学界认可实践的治疗方法、手段、设备、药品等试验性医疗费。
2. 根据工伤补偿、职业病或其他与职业疾病相关的法律法规可从中获得补偿的费用。
3. 由被保险人或被保险人家庭成员拥有全部或部分所有权的机构提供的医疗、药品、设备或服务而发生的费用。
4. 复印及其它非医学必需的费用。
5. 已从政府、慈善机构、其他福利计划或医疗保险计划获得补偿的费用。
6. 超过通常惯例水平的费用。
7. 非医师处方要求的服务费用，不符合专业认可标准或为进行适当治疗所不必要的医疗和牙科服务费用。

8. 电话咨询费，没有按时就诊的预约费用。
9. 非医疗必须的医疗费用，没有经过医师批准或建议的费用及不在执业范围的医疗服务费用。
10. 对由被保险人从事违法活动或故意行为导致的伤害、病症治疗费用。
11. 因超过办公时间而产生的费用。
12. 为个人舒适或方便而产生的费用，包括但不限于电视、单人病房、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，本合同另有约定的不在此限。
13. 保险期间届满后发生的费用（包括在此后按疗程使用的处方药品费用）。
14. 健康检查费，出于行政或管理事务目的（比如与投保保险、招聘、入学或运动相关的体格检查）发生的体检，本合同另有约定的不在此限。
15. 疫苗费，本合同另有约定的不在此限。
16. 旅行和宾馆住宿费用。
17. 非处方药品和设备、戒烟药物、食欲抑制剂、头发再生药物、抗光老化药物、美容用品、大剂量维生素、维他命费，中草药代加工成粉剂、药丸、胶囊、胶、膏或其他制剂发生的加工费，本合同另有约定的不在此限。
18. 未经被保险人医师推荐的放射治疗、化学治疗、物理治疗、美式脊椎矫正、职业疗法和语音治疗费，但紧急情况下被保险人医师完全了解相应治疗后同意如此治疗的情形不在此限。
19. 视觉治疗相关费用，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。
20. 静养疗法、监护及家居照料费，在护理之家、养老院接受护理费。
21. 为休息、观察而实施的环境疗法费，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费。
22. 医疗机构已实际成为或倾向作为被保险人住家或常住情形下发生的费用，完全或部分因为家庭原因的住院医疗费用。
23. 选择性手术和治疗费用，被合格医师鉴定为非医疗必须的费用。
24. 仅为改善或提高目前身体状况而发生的、非医学必需的费用。
25. 美容，整容手术，除因为非工伤引起的并符合本合同约定的手术。
26. 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。
27. 对皮肤表面非囊肿粉刺的治疗。
28. 对未表现出可疑细胞行为（如近期大小、形状、颜色发生改变）的良性皮肤损害的治疗。
29. 美容性质的白癜风治疗费。
30. 对浅表静脉曲张、蜘蛛脉、除瘢痕疙瘩型外的其他瘢痕、纹身去除、皮肤变色的治疗或手术费。
31. 丰胸或缩胸手术及其并发症治疗费用。

32. 与脱发相关的治疗费用，包括但不限于男性型脱发或其他种类秃发的治疗，以激光、电解、蜡或其他方法祛除毛发，发生男性型脱发、女性与年龄相关脱发、疾病或意外伤害导致的脱发等情形时的头发移植。

33. 睡眠呼吸暂停治疗，除本合同另作规则经医疗中心预授权的睡眠呼吸暂停治疗除外。

34. 戒烟治疗费。

35. 减肥和任何为减肥接受的治疗、咨询、饮食费，减肥代餐费。

36. 与单纯性肥胖和病理性肥胖相关治疗（包括但不限于胃旁路术、胃球置放术、胃分隔术、空肠回肠旁路术）及相应并发症治疗费。

37. 器官移植供体费用、器官来源费用、低温储藏费用。

38. 与不孕不育症或生育治疗相关的移植费用。任何类型助孕费（包括受胎药、不孕不育症药、人工授精、试管授精、配子输卵管内移植、受精卵输卵管植入术、代理怀孕以及其他费用），以及与此相关的怀孕、妊娠并发症、分娩、产后护理费等。

39. 优生优育咨询、筛查、检查和治疗费用。

40. 选择性流产及并发症费用。

41. 男女生育控制。

42. 输精管切除术和绝育术。

43. 男性或女性绝育恢复手术，性别转换症、性障碍治疗。

44. 伟哥以及其他用于提高性功能的药物费。

45. 作为子女的附属被保险人怀孕及相关症状治疗费。

46. 生育前培训，选择性剖腹产。

47. 包皮环切术，除非确为医疗必须并取得医疗中心的授权同意。

48. 对由酒精、溶剂或毒品滥用引起的伤害或疾病的治疗费。对完全或部分由服用酒精、非法药物、非医师处方要求药物或非医师处方要求用量药物引起的伤害的治疗费。

49. 所有自残，自杀或者企图自杀（无论被保险人精神正常与否）。

50. 眼镜、隐形眼镜，被保险人享有眼科保障情形不在此限。

51. 除紧急牙科外的其他牙科治疗费（包括对咀嚼食物或其他外物引起的牙齿伤害的治疗费），本合同另有约定的不在此限。

52. 任何治疗颞下颌关节紊乱综合征的费用。

53. 耐用医疗设备使用和保养指导费。

54. 定制或改造任何交通工具、洗浴设备或者住宅设备费

55. 所有非处方医疗器械费。

56. 非手术中必需的假体、矫正器具或相似的器具费，医师认为治疗必不可少的假体或耐用医疗设备不在此限。

57. 耐用医疗设备不包括电动轮椅，电动床，为个人舒适或者方便的器材如电话，桌板，空调，加湿器，除湿器，桑拿房，电梯，健身脚踏车等。

58. 矫正鞋或其他脚支撑器材（包括但不限于足弓支撑器、矫正器或任何其他预防性的服务或器材）费，任何用于治疗弱足、畸形足、不稳足、扁平足或足弓塌陷的器材费，任何与跗骨、跖骨相关的治疗费，对脚表面损害（如鸡眼、老茧、角质化）治疗（但有关骨外露、肌腱或韧带的手术不在此限）费。

59. 常规足部治疗费，因意外伤害或疾病引起的足部治疗情形不在此限。

60. 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。

61. 生长激素治疗费，经保险人医疗服务中心批准的医学必需情形不在此限。

62. 在本合同约定等待期内对约定的相应病症的治疗费。

63. 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病症的治疗费。

64. 对由下列任何异常风险引起的伤害的治疗费用：参加或受训职业体育运动，战争和恐怖主义活动，化学污染，放射材料辐射或核燃料燃烧，无必要但主动置身于风险（抢救他人性命情形不在此限）。

65. 保障区域限制。某些保险单有保障区域的限制，被保险人可参考保险卡来获取相关信息。被保险人可以在 www.claimssite.com 查询有关区域限制的信息。

66. 对于被保险人领养的子女，本合同在其被收养后 12 个月之内不承担对既往症的赔付。除非子女自出生起就加入保险计划，否则本合同不承担对先天性疾病的赔付。

67. 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症状的治疗费用。

68. 对本合同中特别约定除外疾病和症状、被要求健康告知的被保险人未告知的既往症的治疗费。

保险金额和保险费

第七条

保险金额是保险人承担给付保险金责任的最高限额。

保险金额以本合同所载为准。

投保人应按本合同约定交纳保险费。投保人未按约定交纳保险费的，保险人对被保险人在投保人未按约定交纳保险费期间发生的事故有权不承担或中止承担保险责任。

续保时，保险人将重新审核保险责任和保险费率。

保险期间

第八条

除本合同另有约定外，保险期间为一年，具体起始、终止时间由投保人、保险人双方约定，并于本合同中载明。

保险人义务

第九条

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。

第十条

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。

第十一条

保险人依据本合同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。自保险合同成立之日起超过二年的，保险人不得解除合同；发生保险事故的，保险人承担给付保险金责任。

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。

第十二条

保险人认为被保险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。

第十三条

保险人收到被保险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；对属于保险责任的，在与被保险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发出拒绝给付保险金通知书，并说明理由。

第十四条

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

第十五条

订立本合同时，保险人有权就投保人、被保险人的有关情况提出询问，投保人、被保险人应当如实告知。

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，保险人有权解除合同。

投保人故意不履行如实告知义务的，保险人对于本合同解除前发生的事故，不承担赔偿或者给付保险金的责任，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，保险人对于本合同解除前发生的事故，不承担赔偿或者给付保险金的责任，但应退还未满期保险费，并从中扣除佣金。

第十六条

投保时，被要求填写健康问卷调查表的被保险人须如实告知既往症及保险人要求的其他医疗、症状等信息，保险人将进行医疗核保。根据投保人、被保险人具体情况，保险人对本合同约定的既往症承担一定保险责任或不承担保险责任。

第十七条

（一）被保险人员变更

保险期间内，投保人可申请变更被保险人，保险人按下列约定予以受理：

1、对于本合同成立时可参加而未参加本保险的人员，在保险期间内投保人不得加保该人员，该人员可于续保时参加本保险。对于在本合同成立时因其他原因而未参加本保险人员，投保人可书面通知保险人加保该人员，并按照保险人的要求提供其健康问卷调查表及保险人要求的其他材料，保险人将根据该健康问卷调查表及其推迟加入本保险的具体原因确定承保与否和承保条件。

2、投保人因人员变动需要增加主被保险人的，应在其符合第二条“主被保险人和附属被保险人”约定的条件之日起三十日内书面通知保险人，并按照保险人的要求提供该人员雇佣日期或开始符合本合同被保险人资格日期、工作情况以及保险人认为必要的其他文件。拟增加人员原拥有与本合同等效的医疗保险的，经保险人同意，保险人可对其既往症按约定承担一定额度的保险责任；拟增加人员无与本合同等效的医疗保险的，保险人将对其进行医疗核保。经保险人审核同意后，保险人自通知书载明的起始日期开始按相关约定对其承担保险责任，并按日收取相应保险费。

3、因主被保险人婚姻状态发生变化需要增加附属被保险人的，投保人应在三十日内书面通知保险人，保险人进行医疗核保。经保险人同意，保险人自通知书载明的起始日期开始按相关约定对其承担保险责任，并根据加入前后不同参保类型保险费差额按日收取相应保险费。

4、投保人因离职、停薪留职、长期缺勤或其他原因需要减少主被保险人的，投保人应立即通知保险人，并向保险人退还保险卡。保险人将自收到通知之日起次日零时或通知书载明的终止日期（以较晚者为准）起终止对该主被保险人及相应附属被保险人的保险保障，并退还相应未到期净保险费。

5、因主被保险人婚姻状态发生变化或其他原因需要减少附属被保险人的，投保人应立即书面通知保险人，并向保险人退还保险卡。保险人自收到通知之日起次日零时或通知书载明的终止日期

(以较晚者为准)起终止对相应附属被保险人的保险保障,并根据减人前后不同参保类型保险费差额按日退还未满期保险费。

6、被保险人发生变化的,保险人有权调整保险费率。

(二) 保险期间内生育婴儿或收养子女

1、生育婴儿

保险期间内女性主被保险人或作为配偶的女性附属被保险人生育婴儿的,投保人或被保险人可为该婴儿投保本保险,并递交将本合同参保类型更改为家庭保障或亲子保障的申请。在该婴儿出生后十四日内通知保险人的,保险人从婴儿出生之日起对婴儿承担保险责任;在该婴儿出生十四日后通知保险人的,经保险人同意,保险人自通知书载明的起始日期起对该婴儿承担保险责任, **但该婴儿既往症将适用为期十二个月等待期,保险人对该婴儿在此期间内发生的既往症医疗费用不承担保险责任。**同时,保险人根据加保该婴儿前后不同参保类型保险费差额按日收取相应保险费。

2、收养子女

经政府相关机构批准被保险人保险期间内合法收养子女的,投保人或被保险人可为该子女投保本保险,并递交将本合同参保类型更改为家庭保障或亲子保障的申请。在该子女被批准收养之日起十四日内通知保险人的,保险人从该子女被批准收养之日起对该子女承担保险责任;在该子女被批准收养之日起十四日后通知保险人的,经保险人同意,保险人自通知书载明的起始日期起对该子女承担保险责任。**无论何种情形,该子女既往症将适用为期十二个月等待期,保险人对该子女在此期间内发生的既往症医疗费用不承担保险责任。**同时,保险人根据加保该子女前后不同参保类型保险费差额按日收取相应保险费。

(三) 被保险人风险信息变化

如果被保险人住址、工作、婚姻状态以及投保本保险时提供的其他信息等发生重大变化,或者身故,投保人或被保险人应及时通知保险人。保险人有权调整承保条件或终止对相关被保险人的保险责任。

第十八条

一、符合通常惯例水平的医疗机构

保险人仅对被保险人发生的符合通常惯例水平的医疗费用承担保险责任。对于享有除全球保障外的其他保障类型的被保险人,根据医疗机构价格水平,保险期间内保险人将定期或不定期向被保险人及相应投保人通报不符合通常惯例水平的医疗机构,供被保险人就诊参考。

二、及时就诊

患疾病或遭受意外伤害后,被保险人应尽快前往医院、诊所、医师等处接受治疗,尤其是意外伤害,应在意外发生后四十八小时内接受治疗,以免伤情恶化、损害身体健康。

第十九条

申请成为本合同的主被保险人，即意味着主被保险人及其代表的附属被保险人同意任何医疗机构、医师、药剂师等向保险人提供保险人认为处理本合同相关事宜所必要的医疗信息（包括完整医疗病历和诊断）。保险人将对这些信息保密。

申请成为本合同的主被保险人，亦意味着主被保险人及其代表的附属被保险人同意保险人将所有医疗信息提供给相关机构以处理本合同相关事宜。

第二十条

本合同所载的投保人住所或通讯地址变更时，投保人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，均视为已送达。

保险金的申请

第二十一条

一、保险金申请

被保险人在网络医疗机构接受治疗，受保险人委托，该医疗机构向被保险人免收与保险人根据本合同本应向受益人支付的保险金数额对应的医疗费用的，或保险人已承担相应费用的，受益人不得就此向保险人申请保险金。其他情形，受益人可根据本合同向保险人申请保险金。

向保险人申请保险金时，申请人（即受益人或其受托人）可从保险人指定网站下载保险金申请表；经申请人要求，保险人亦可通过传真或电子邮件向其发送申请表。申请人应完整地填写申请表的第一部分，并请被保险人主治医师完整填写申请表的第二部分，且在当次治疗完成后一百八十日内与医疗费用原始收据一并寄至本合同指定地址。被保险人提供的所有保险金申请资料归保险人所有。

保险人有权对被保险人进行身体检查。被保险人有义务向保险人提供所有医疗报告和记录，若为处理本合同相关事宜，经保险人要求，被保险人应授权许可保险人取得其完整全面的医疗病历。被保险人身故的，保险人有权要求对该被保险人进行尸检，法律和宗教禁止情形不在此限。

二、保险金欺诈

受益人向保险人提出虚假理赔申请的，保险人有权追回已支付的保险金；受益人故意就非本合同保障事项申请保险金或与第三方串通侵害保险人利益的，保险人有权取消该被保险人的资格、终止对该被保险人的保险责任，或对其保险责任施加限制。

第二十二条

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

第二十三条

一切产生于本合同或与本合同有关的争议，应由中华人民共和国法律管辖（不包括港澳台地区法律）。

因履行本合同发生的争议，由当事人协商解决；协商不成的，根据本合同载明的仲裁条款进行仲裁；本合同未载明仲裁条款、仲裁条款被有权机关认定无效或者争议发生后未能达成仲裁协议的，依法向中华人民共和国人民法院起诉。

其他事项

第二十四条

保险事故由第三者造成且保险人已就此承担保险责任的，保险人有权在其支付的保险金或承担的保险责任额度内取代被保险人向第三者申请赔偿。

被保险人应以书面形式授予保险人以被保险人名义向第三者索赔或提起诉讼的权利，并持续以书面形式告知保险人相关信息，采取必要的、合理的措施协助保险人向第三者索赔，且不得私自放弃对第三者请求赔偿的权利。保险人有权决定向第三者申请赔偿的方式。

第二十五条

一、医疗服务网络

（一）保险人直接付费

保险人建立了医疗服务网络，并将定期或不定期向投保人和被保险人予以通报，被保险人亦可登陆保险人指定的网站或致电查询相关信息。被保险人在保险人医疗服务网络内的医疗机构（以下简称“网络医疗机构”）接受治疗的，对于被保险人发生的、保险人与投保人约定类型的保险责任范围内的费用中应由保险人承担部分，保险人将直接与相关医疗机构结算，毋需被保险人先行支付。被保险人在美国和加拿大接受治疗的，被保险人须在网络医疗机构内接受治疗（详见本款第二项）；在其他地区接受治疗的，保险人有权要求被保险人在网络医疗机构内接受治疗。

被保险人在网络医疗机构接受治疗的，对其发生的不属保险责任范围、应由其负担但医疗机构未向其本人收取的医疗费用，在接到保险人或其授权机构通知后，被保险人应在三十日内支付相应款项；未在三十日内支付相应款项的，本合同对该被保险人保险责任终止且不退还保险费，且保险人有权向其继续追偿相应费用。

（二）美国和加拿大医疗服务网络和非网络自付比例

在美国和加拿大，被保险人应在网络医疗机构内接受治疗，未在网络医疗机构内接受治疗的，被保险人应额外自付一定比例（即非网络自付比例）的保险责任范围内的费用，保险人依据与当地网络医疗机构平均价格水平一致的价格水平确定通常惯例水平的费用，并按“根据第五条计算的保险金×（1-非网络自付比例）”支付保险金。美国和加拿大网络医疗机构和非网络自付比例如下：

1、网络医疗机构

网络医疗机构，包括第一医疗网（First Health Providers）以及保险人指定的美国和加拿大地区其他医疗机构。被保险人在首选网络医疗机构接受治疗的，非网络自付比例为0%。

2、非网络医疗机构

被保险人本可在位于方圆五十公里内的网络医疗机构接受治疗却自行在非网络医疗机构接受治疗的，非网络自付比例为 20%。

3、无网络医疗机构

被保险人因方圆五十公里内无网络医疗机构而在非网络医疗机构接受治疗的，非网络自付比例为 0%。

二、事先授权

（一）事先授权

接受下列治疗前，被保险人须在预定开始治疗日期前至少五个工作日向保险人医疗服务中心提交事先授权申请表：

- 1、住院治疗；
- 2、需全身麻醉的门诊手术；
- 3、化学治疗和放射治疗；
- 4、癌症治疗；
- 5、专业护士家庭护理；
- 6、肾衰血液透析和腹膜透析治疗；
- 7、购买或租用非一次性耐用医疗设备，包括但不限于胰岛素泵及其配套器械；
- 8、器官、骨髓、干细胞和其他组织移植；
- 9、紧急医疗转运；
- 10、紧急牙科治疗；
- 11、每剂超过 \$ 1,000 的药剂或疫苗；
- 12、酒精和药物滥用戒断治疗；
- 13、对疑为发作性睡眠或阻塞性呼吸暂停症状的睡眠检查和治疗；
- 14、不符合本款第 1 至 13 项约定但保险期间内预期累计医疗费用超过 \$ 5,000 的任何治疗。

对于被保险人事先授权申请，中心将予以书面回复并有权要求被保险人在医疗服务网络内接受治疗。被保险人应在收到书面许可回复后开始接受治疗，保险人要求被保险人在医疗服务网络接受治疗的，被保险人应予以配合。未获得书面许可回复被保险人接受治疗，或保险人要求被保险人在医疗服务网络接受治疗但被保险人未在医疗服务网络内接受治疗的，被保险人应额外自付相应全部治疗保险责任范围内的医疗费用的 40%，即保险人按照“根据第五条计算的保险金×（1-非网络自付比例）×（1-40%）”支付医疗保险金；**未获得书面许可回复被保险人接受紧急医疗转运的，保险人不承担保险责任。**

发生紧急情况的，被保险人可在开始治疗后通知保险人中心，但须在开始接受治疗后四十八小时内，并可在就近网络或非网络医疗机构接受治疗。保险人将对该次治疗是否属紧急情况予以审核。

（二）其他

1、被保险人、相关人员或医疗机构可致电中心，了解事先授权、网络医疗机构相关情况。

2、被保险人获得中心许可回复，不意味着其发生的全部或部分医疗费用属保险责任范围，保险人按照本合同约定承担保险责任。

第二十六条

除本合同另有约定外，经投保人、保险人双方协商同意后，可变更本合同的有关内容，在本合同保险单或其他保险凭证上加以批注或附贴批单后生效，或由投保人和保险人订立合同变更书面协议后生效。

第二十七条

在本合同保险期间届满前，投保人可以书面形式通知保险人解除本合同，并提供下列证明和材料：

1. 解除合同通知书；
2. 本合同原件；
3. 投保人证明文件；
4. 保险费发票或收据；
5. 保险人要求的其他有关证明和材料。

本合同的效力至保险人接到解除合同通知书之日二十四时或通知书上载明的合同终止时间（以较晚者为准）终止。自收到本条上述证明和材料之日起三十日内，保险人退还未满期保险费，并从中扣除佣金。

第二十八条

保险人将为每一被保险人发放保险卡，该保险卡将载明以下信息：保险单号码、次免赔额或年免赔额、自付比例、保障类型、是否享有健康检查、是否享有牙科保障、是否享有眼科保障、是否享有最佳福利套餐、特别约定、医疗服务中心号码、如何联系医疗服务网络、如何申请理赔等信息。

保险卡，是被保险人在网络医疗机构享受直接付费服务的凭证。

第二十九条

本合同所涉及人民币汇率中间价计算标准为：

- 1、保险费计算以合同签发当月 1 日中华人民共和国国家外汇管理局公布的汇价为准；
- 2、理赔金计算以保险金支付当月 1 日中华人民共和国国家外汇管理局公布的汇价为准。

释义

保险人：指与投保人签订本保险合同的阳光财产保险股份有限公司。

GBG：指美国全球员工福利集团（Global Benefit Group）。

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他国家公民，其国籍国家以本合同载明的国家或地区为准。

周岁：指按法定身份证明文件中记载的出生日期计算的年龄，自出生之日起为零周岁，每经过一年增加一岁，不足一年的不计。

正常工作：指全职，能够以惯常的方式履行其全部日常职责，且每周工作时间不少于二十小时。

子女：指与主被保险人存在父母—子女关系的婚生或非婚生子女、养子女和抚养关系的继子女。

每次治疗：对于门诊治疗，每次治疗指被保险人在一日（零时起至二十四时止）在同一所医院同一个科室就一个医师就诊的门诊或急诊；对于住院治疗，每次治疗指一次入出院。

次免赔额：指被保险人每次治疗发生的保险责任范围内的费用中须首先由被保险人自行负担的金额。

年免赔额：指每一保险期间被保险人发生的保险责任范围内的累计费用中须首先由被保险人自行负担的金额。

自付比例：指被保险人发生的保险责任范围内的费用扣除免赔额后剩余部分中须由被保险人自行负担的比例。

保险金额：指保险人承担相应保险责任的最大限额。

医学必需：指被保险人接受、使用或服用的治疗、服务、器械或药品符合以下条件：第一，医师处方要求且对治疗被保险人疾病或伤害合适且必需。第二，与接受治疗当地普遍接受的医疗专业实践标准一致。第三，非为了个人舒适或为了被保险人父母、家庭、医师或其他医疗提供方的方便。第四，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亚急性状态需要持续接受治疗、专业护理或康复治疗。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。第五，非病人学术教育或职业培训的一部分或与之相关。第六，非试验性或研究性。

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、国家或更广的区域。

意外伤害：指遭受外来的、突发的、非本意的、非疾病的使身体受到的伤害。

针灸治疗：由具有相应资格的医师以针或激光为工具实施的治疗。

急性：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。

慢性病：指符合下列条件的伤害、疾病或症状：不需要住院治疗，预期病程长久且无可合理预计的康复日期，可能复发、需要连续或定期护理。

亚急性：指病情具有急性病一些特征，处于急性和慢性之间。

等待期：指自本合同保险期间开始时间或被保险人成为本合同的被保险人首日（以较晚者为准）起保险人与投保人约定长度的期间，保险人对被保险人在此时间段内发生的对约定病症的治疗和诊断费用不承担保险责任。

日常生活活动：指与个人生活自理基本行为相关的活动，包括但不限于行走、个人卫生、睡眠、如厕（控制大小便的能力）、穿衣、做饭、进食、上下床。

监护：包括以下情形：

（1）对其治疗医师认为已达到最大限度康复但仍存在身体或智力残疾人员提供的床位、护理等服务；

（2）对预计医疗或手术已不能使其在医疗机构外生活人员提供的床位、护理等服务；

（3）修养疗法、喘息照护，以及家庭成员提供的家庭看护。

喘息照护：指出于减轻患慢性或终末期疾病病人护理提供者负担目的，病人住院接受的照料和护理。

先天性疾病和症状：指由于基因因素、先天性新陈代谢异常或其他因素导致的、出生时即存在的遗传性疾病和症状、出生缺陷、身体残疾、智障等发育不完全正常的疾病和症状，这些疾病和症状可能在出生时显现或在出生后逐步显现。

不可抗力：指不能预见、不能避免并不能克服的客观情况。

顺势疗法：一种通过小剂量药物治疗以使病人症状渐渐接近常人的治疗方法，比如通过给予小剂量的放松剂治疗腹泻。

悲伤辅导和悲伤治疗：指由具有相应资格的咨询师、精神科医师、心理医师、牧师针对家人逝世或终末期病人的治疗。

康复治疗：指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，保险人仅对处于急性或亚急性阶段的病人住院承担保险责任，且应经过保险人医疗服务中心批准。

医院：指被接受医疗服务所在地国家当地法律或政府认可的、可收治急症病人的医疗机构。该医疗机构应有常住执业医师管理或提供医疗服务，并在专业护士指导下每日二十四小时连续提供护理服务。医院不包括护理机构、疗养机构、康复机构、养老院、家居服务机构、酒精或药物滥用看护机构、以及其他类似目的的机构。

生育中心：指主要目的为供怀孕期末期孕妇生产婴儿，并满足下列条件之一：（1）根据当地相关法律批准成立；（2）配备了全部必要的诊断和化验设备，有经过培训的人员和设备处理孕妇和新生儿可能发生的紧急情况，二十四小时在医师或注册护士监控下营运，并保存有所有书面记录的合法机构，该机构应与至少一家医院有书面协议以在发生分娩并发症时立即转运病人入院，并通常在分娩后四十八小时内为孕妇办理转离手续。

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：第一，取得了政府相关部门的批准；第二，二十四小时提供服务；第三，有医师直接管理和

监控；第四，有注册护士指挥、协调护理服务；第五，被批准从事社会服务指导和协调；第六，主要目的为提供临终关怀服务；第七，有全职管理人员；第八，保存了所提供服务的全部书面记录。

住院：指完全出于接受医学必需的治疗目的被保险人彻夜占用医疗机构病床的行为。

门诊：指以除在医院住院、彻夜治疗以外的其他方式接受的治疗。

医师：指具有医疗职业资格的任何人员，包括内科医师、全科医师、专业医师、医学顾问以及其他任何在相应准许和训练范围内从事医疗服务的人员，但不包括实习人员、在训人员。

既往症：指在保险人对其保险责任生效前被保险人已就此接受诊断、医学咨询或治疗，或服用药物，或显现症状的疾病或损伤。

妊娠并发症：指需要住院接受治疗的、由分娩引起或加剧的症状，该症状与分娩不同，包括但不限于急性肾炎、肾病变、心代偿失调、意外流产；非选择性剖腹产，异位妊娠终止，妊娠期内无法分娩时主动终止妊娠。妊娠并发症不包括人工不当操作、偶发点滴性出血、妊娠期内医师处方要求的修养、孕妇恶心、妊娠剧吐以及其他不属疾病分类学上妊娠并发症类的难产相关症状。

处方药：指医师处方开具的药物。

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。

重大疾病：

- (1) 心血管疾病—包括冠心病、先天性心脏病、心肌梗塞、主动脉瘤。
- (2) 神经疾病—包括脑卒中、脑动脉瘤、阿尔茨海默病、帕金森病、脊髓空洞症、多发性硬化症。
- (3) 血液疾病—包括白血病、淋巴瘤、再生障碍性贫血、血小板减少性紫癜、血友病。
- (4) 肺部疾病—慢性阻塞性肺病、原发性肺动脉高压。
- (5) 消化疾病—肝硬化、重症肝炎。
- (6) 自身免疫性疾病—包括系统性红斑狼疮、系统性硬皮病。
- (7) 其他—包括所有肿瘤、主要器官衰竭或移植、囊性纤维化、黑斑息肉病、III度烧伤。

注意力缺陷症：是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，主要表现为超出了儿童年龄和发育正常范围的注意力集中困难、活动过多、冲动任性等症状。

肾衰竭：指两侧肾脏长期不可逆转功能丧失。肾衰竭的判定，须有定期接受肾透析或肾移植的证明。

艾滋病：指获得性免疫缺陷综合症的简称。

艾滋病病毒：指获得性免疫缺陷病毒的简称。

获得性免疫缺陷综合症（AIDS）：其定义以世界卫生组织制定的定义为准。如果在被保险人的血液样本中发现艾滋病病毒或其抗体，则认定被保险人已被艾滋病病毒感染或患艾滋病。

与本合同等效的医疗保险：该医疗保险在保险责任范围、程度上应与本保险等同，保险期间至少十二个月，且保险期间届满日与被保险人参加本保险日间隔不超过三十日。

战争：包括入侵、内战、敌对国家行为、叛乱、革命、武装叛变、武装夺权、战争武器爆炸等。类似战争的行为视为战争。

恐怖主义活动：指任何人或团伙出于政治、宗教、思想意识或类似目的，为对政府施加影响和（或）使全体或部分公众处于恐惧、不安状态的行为。恐怖主义活动包括但不限于实际使用或威胁使用武力或暴力。恐怖主义活动，可仅为实施该活动者本身行为，或代表某一机构、政府，或与某一机构、政府相关。

佣金：指每张保险单的保险公司营业费用，佣金为保险费的 20%。

未到期保险费：指与每一主被保险人参保类型对应的保险费×未过日数/相应保险期间日数。

保障一览表	
Group health insurance schedule of benefits	
被保险人	员工和附属被保险人
保单年度每人最高赔偿限额	\$1,000,000
个人年免赔额	0 至 \$5,000 (见费率表)
家庭年免赔额	3×个人年免赔额
自付比例	0%、10%、20%或 30%
保障区域	全球保障、国际保障、国际增强保障 3 款选择
可选保障	
一、齿科保障	保单年度最高赔偿限额
保单年度最高赔偿限额（包含类别 1、类别 2 和类别 3 保障项目）	\$ 250、\$ 500、\$ 1000、\$ 1200 （见费率表）
年度免赔额(适用于类别 2 和类别 3 保障项目)	\$ 50 或 \$ 100
牙齿矫正治疗（仅限于 19 岁以下被保险人）	\$500
类别 1 保障项目：预防性治疗类	100%
年免赔额不适用于类别 1 保障项目	
<i>保险公司对被保险人进行牙齿检查，洁齿等牙齿预防保健的费用 100%赔付。 常规牙齿检查一年限 2 次，洁牙一年限 2 次</i>	
类别 2 保障项目：基础修补性治疗类	80%
<i>保险公司在扣除年度免赔额后，按 80%对被保险人进行基本牙齿修复（如拔发补牙），牙周病治疗，牙科手术产生的费用进行赔付。</i>	
类别 3 保障项目：重大修复性治疗类	50%
<i>保险公司在扣除免赔额后，按 50%对被保险人进行牙冠治疗，根管填充，嵌体安装，桥式义齿等大型项目治疗费进行赔付。</i>	
正畸研究模型制作(包括全景 x 片, 印模, 牙套, 托槽, 拔牙)	不予赔付

二、眼科保障	保单年度最高赔偿限额
1、眼科检查（每年一次）	\$75
2、眼镜框架费	\$75
3、镜片费（被保险人可在每个保单年度从以下内任选一项）：	
●单焦点镜片费	\$90
●双焦点镜片费	\$125
●三焦点镜片费	\$150
●隐形眼镜费	\$150
4、太阳眼镜和其他眼镜附件不属于赔付范围	
三、预防性健康体检 (包含体检费和疫苗费)	\$ 200 或者 \$ 400
事先授权	
<i>接受下列治疗前，被保险人须在预定开始治疗日期前至少五个工作日向保险人医疗服务中心提交事先授权申请表。否则，被保险人应额外自付相应保险责任范围内医疗费用的 40%。另外，未获得书面许可回复被保险人接受紧急医疗转运的，保险人不承担保险责任。</i>	
1、住院治疗	
2、需全身麻醉的门诊手术	
3、化学治疗和放射治疗	
4、癌症治疗	
5、专业护士家庭护理	
6、肾衰血液透析和腹膜透析治疗	
7、购买或租用非一次性耐用医疗设备，包括但不限于胰岛素泵及其配套器械	
8、器官、骨髓、干细胞和其他组织移植	
9、紧急医疗转运	
10、紧急牙科治疗	
11、每剂超过 \$ 1,000 的药剂或疫苗	
12、酒精和药物滥用戒断治疗	
13、对疑为发作性睡眠或阻塞性呼吸暂停症状的睡眠检查和治疗	
14、不符合本项第 1 至 13 目约定但保险期间内预期累计医疗费用超过 \$ 5,000 的任何治疗。	
既往病	
<i>投保时，被要求填写健康问卷调查表的被保险人须如实告知既往症及保险人要求的其他医疗、症状等信息，保险人将进行医疗核保。根据投保人、被保险人具体情况，保险人对本合同约定的既往症承担一定保险责任或不承担保险责任。</i>	
保险责任明细一览表	
1、住院医疗保险保障	
双人病房（中国大陆公立医院可为单人病房）	100%
重症监护病房（医疗必须）	100%
治疗费，检查费，化验费，药费	100%
住院医师诊疗费	100%
住院手术费	100%

住院外科医生诊疗	100%
2、门诊医疗保险保障	
急诊室费	100%
非紧急情况下使用急诊室	50%给付, 最高自付额为 \$ 1, 000
急诊医疗服务费	100%
门诊医生诊疗费	100%
专科医生诊疗费	100%
心电图, 超声波检查费	100%
CAT 检查, PET 检查及磁共振检查费	100%
内窥镜检查 (如胃镜检查, 肠镜检查, 膀胱镜检查)	100%
X 光检查	100%
化验费	100%
门诊手术费	100%
门诊外科医生诊疗费	100%
3、妊娠和生育	
<i>女性主被保险人或配偶发生的产前, 产后费用以及妊娠引起的并发症。任何有关人工生育/节育费用不予报销。</i>	
顺产或剖宫产	每次生育 \$ 7, 500 以下部分 100%赔付; 超过 \$ 7, 500 部分 50%赔付。
4、早产儿, 先天性疾病, 畸形儿	
如果该新生儿自出生起即成为本合同的附属被保险人, 保险人则承担治疗早产儿, 先天性疾病, 畸形儿的费用	若该次生育属于赔付范围内
5、处方药	
<i>在美国需使用美国药房网络, 否则会增加被保险的自付比例。</i>	
处方药 - 美国 以外	其他医院, 80% 赔付
6、门诊理疗	
物理治疗, 脊椎推拿疗法, 职业疗法, 语言障碍治疗	\$5, 000
顺势疗法, 针灸治疗	\$500
7、器官移植 (包括人体器官, 骨髓, 血干细胞等移植费)	
移植费 (不包括器官移植供体费)	全额保障
8、出院后康复治疗	

出院后康复治疗	需获得中心预授权
9、临终关怀费	
由临终关怀机构实施的临终关怀服务	门诊限 \$ 5,000/住院限 45 天
10、紧急运送	
救护车费	100%
空中紧急运送 (详见保单定义)	全额赔付
遗体运返	\$20,000
空中紧急运送需中心的预授权	
11、耐用医疗设备	
购买或租赁费	100%
12、专业护士家庭护理费	
专业护士家庭护理费	每年 100 天
13、精神和心理疾病，酒精和药物滥用戒断治疗费 (含门诊和住院)	
精神和心理疾病住院治疗	每年 180 天，终身限额 \$ 25,000
精神和心理疾病门诊治疗	每年 20 次
酒精和药物滥用戒断治疗费，含门诊和住院	\$2,500
14、AIDS (获得性免疫缺陷综合征), HIV (人类免疫缺陷病毒携带者) 和其并发症以及其他性传染疾病	
治疗费	全额赔付 (仅限非既往症)
15、紧急牙科治疗	
紧急牙齿治疗费	\$ 5,000 (仅限意外引起的伤害)
16、特殊健康检查	
儿童健康检查包括常规门诊检查和疫苗费用。具体项目包括医疗档案、发育评估，体格检查、年龄相关诊断检查；白喉、乙型肝炎、麻疹、腮腺炎、百日咳、麻疹、破伤风、水痘、嗜血杆菌属、B 型流感病毒、肝炎以及中心批准的其他免疫费用。	
儿童健康检查 (年龄不超过 2 周岁)	一年 6 次
成人健康检查 (含 2 周岁以上儿童)	不予赔付 (除已购买预防性健康体检保障外)。
女性主被保险人或配偶： 一次常规乳房 X 线照片或子宫颈抹片检查	
男性主被保险人或配偶： 每一保险期间一次前列腺检查	
17、特殊风险保障	
战争和恐怖组织活动	每次事件每人最高赔偿限额：\$ 250,000
	每次事故最高赔偿限额：\$ 1,000,000