

金盛人寿保险有限公司

金盛全球团体医疗保险条款

[2010]字第 1-34 号文呈报
中国保险监督管理委员会备案

目录

感谢您选择了我们-金盛人寿保险有限公司。

在您阅读本条款之前，请浏览一下目录，对条款结构有一个大致的了解。

第一章 温馨提示：向您介绍本保险的承保公司等信息，以及如何阅读本条款。

第二章 服务条款：向您介绍您对本合同所拥有的权益和义务，以及保单服务的具体要求。

第一条 投保团险的资格

第二条 生效日

第三条 团体保费

第四条 交纳保费方式

第五条 未付保费

第六条 增加或减少被保险人

第七条 增加新生儿

第八条 保险计划转换

第九条 被保险人脱离团体保险后保障的继续

第十条 变更您的保障

第十一条 团险续保

第十二条 解除保险计划

第三章 一般条款：向您介绍您应该遵守的规定和享受利益的条件。

第四章 保险责任条款：介绍您在本合同中可享受的保险利益和除外的情况。

第十五条 保险利益条件

第十六条 保险利益除外

第十七条 适用于孕产的保险利益条件

第十八条 适用于孕产的保险利益除外

第五章 理赔：向您介绍理赔时所需要的材料和理赔的方法等。

第十九条 理赔方式

第二十条 会员卡

第二十一条 保险金的给付

第六章 附录：向您解释本条款和保险利益表中的一些名词。

第二十二条 名词释义

第一章 温馨提示

我们欢迎并感谢您选择金盛人寿保险有限公司的全球团体医疗保险计划。我们的目的是为您提供一份值得信赖的全球医疗保险计划。为此，充分了解此保险计划对您来说非常重要。这份全球医疗保险计划条款，连同您选择的保险计划的保险利益给付表，将解释您能够得到什么保障，不能得到什么保障。

本条款将提供关于您如何管理您的保险计划、如何提出索赔、在遇到医疗紧急事件时该做什么，诸如此类的重要信息。请花一些时间仔细阅读所有这些资料，以确信您对我们提供的保障完全满意并且此保险能够满足您的需求。如果您对此条款中提供的信息有任何问题，或者有此条款中没有回答的问题，请立即与我们联系，我们友善的双语工作组会非常乐意为您提供帮助。

在此保险条款和保险利益给付表中的一些词语和短语，我们根据您的保险计划作了特定的解释。这些词语和短语的解释列明在 18-22 页名词释义中。

本保险计划由金盛人寿保险有限公司承保。

第二章 服务条款

《金盛全球团体医疗保险》（以下简称“保险计划”）由团体投保单、团体成员投保单（如适用）、团体的健康告知声明（如适用）、团体会员资格信息表、保险利益表、投保人和被保险人的保险凭证、被保险人的会员卡 and 此保险条款构成，请您仔细阅读。

保险计划中的条款适用于您和所有列在保险凭证和团体会员资格信息表上的被保险人。

如果您或任何被保险人未能履行本保险计划所载的条款或条件，可能无法得到本保险计划项下的给付。

我们保留在您的保险年度开始时变更和/或修改条款、条件、费率、折扣和/或额外费用的权利。对于任何改动，我们将在您续保前向您告知。

所有保险计划所提供的保险利益将在保险利益表中列明，与本保险条款一同附于保险计划。

保险利益限额将以人民币（¥）或美元（\$）为单位。您保险计划的货币单位以您支付保费所用的货币单位为准。

第一条 投保团险的资格

投保资格取决于我们接受团体投保单、团体成员投保单（如适用）、团体的健康告知声明（如适用）、以前的保险凭证（如适用）、和完整的团体会员资格信息表。

保险计划的被保险人只能由同一个公司的雇员或现存实体团体的成员组成。

在申请投保或续保时，团体保险的最低成员数目为 5 人（包括现有雇员/实体成员和家属），其中雇员/实体成员人数不少于 3 人。如果在申请投保或续保时雇员/实体成员少于 3 人且团体成员人数低于 5 人，保险计划将转换为个人计划。

保险计划中的可选保障适用于所有参加计划的每一位被保险人。但是，在特殊情况下，我们会考虑只针对团队中的一部分被保险人提供可选保障。

保险计划适用于所有国籍人士及其被抚养人（但须符合以下的年龄限制），在美国长期居住的美国公民、受到外汇管制或受当地许可限制或受当地法律法规禁止的人员除外。

被保险人的首次投保年龄最高不得超过 74 周岁。

如您申报的被保险人年龄不真实，并且其真实年龄不符合本保险计划约定投保年龄限制的，我们不承担对该被保险人的保险责任，并退还该被保险人的未到期保费。

如您申报的被保险人年龄不真实，致使实付保费少于应付保费的，我们有权更正并要求您补交保费。若已经发生保险事故，我们有权在给付保险金时按实付保费和应付保费的比例给付。

如您申报的被保险人年龄不真实，致使实付保费多于应付保费的，我们会将多收的保费无息退还给您。

雇员的家属必须同雇员参加同一个计划，承保于同一个地域范围内。但是，在特殊情况下，我们会考虑允许家属参加不同的保险计划。

我们保留根据被保险人团体成员投保单或团体的健康告知声明上的信息拒保的权利，并无需说明理由。我们也有权利加入特殊条款并在保险凭证上特别约定，接受投保申请。

第二条 生效日

保险计划的生效日以收到以下资料之日，或您注明的经我们同意的未来某一天开始，并以收到下列所有材料为前提：

- 团体投保单
- 团体成员投保单（如适用）
- 团体的健康告知声明（如适用）
- 以前的保险凭证（如适用）
- 团体会员资格信息表

在任何情况下，我们均不接受生效日追溯。此保险计划将持续生效 12 个月，直到下一个续保日零时或直到此计划因任何原因被取消或延续。

保费及保险利益以已被同意和接受的报价为准。任何到期保费应当交足。

我们将签发保险合同作为承保凭证。我们自保险合同所载生效日当日零时起开始承担保险责任。

在收到相关的申请后，我们将在 3 个工作日内以传真、信件或电子邮件的书面方式通知您生效日。

第三条 团体保费

保险计划是一年期合同，建议您以年交方式提前交纳保费。您也可以选择半年付或季度付的交费方式。

保费应以人民币或美元单位支付，保险计划的货币单位以支付的保费的货币单位为准。

由于增加或减少保险成员而引起的保费变化应该在下一个调节表前支付。任何退费将会在下一个随调节中反映。

您的保费必须以您保险计划的货币单位支付，在保费到期日当日或之前支付。

第四条 交纳保费方式

季度付、半年付或年交保费只能通过银行转账方式交纳。

银行转账必须以保险计划的货币单位交纳保费。请确认您在转账凭证上提供投保人全称及保险计划编号。

第五条 未付保费

为了享有本团体保险计划中的所有保险利益，您必须保证保费在到期日时已经支付。如果您未能支付保费或者我们无法从您的银行账户中划款，我们有权解除保险计划。

在此情况下，您需要重新申请一份保险计划，此计划要遵循新的报价和核保规则。

注意：在逾期未付保费情况下，依据现行法律法规索赔处理可能会被中止。

第六条 增加或减少被保险人

如果您在保险计划生效日之后需要增加新的被保险人，需要得到我们的认可。保险计划管理人可以在保险年度内的任何时间以传真、信件或电子邮件的书面方式递交申请。如果我们同意其加入，我们将以书面方式通知保险计划管理人，并向被保险人签发新的保险凭证，载明加入日期及任何可能得到适用的特定条款。

如果您在保险计划生效日之后需要减少一个被保险人，保险计划管理人需要以传真、信件或电子邮件的书面方式提出申请，保障将在我们收到您的通知并得到我们的认可时终止。我们将以书面方式通知保险计划管理人此变更，并签发载有详细变更内容的经修改的保险凭证。

保费会根据以上情况作出相应调整，调节表会每个季度签发一次以反映这些修改。您有责任根据本计划的付费条款支付增加的保费。我们在任何情况下都不会追溯保障。

第七条 增加新生儿

您可以在保险计划年度内就新生儿申请增加保障，由我们决定是否认可。如果保险计划管理人在该新生儿满 30 天之前提出申请，这个新生儿不需要遵循等待期的要求。除非您有特殊约定，新生儿的起保日期从新生儿出生日开始。

如果您在该被抚养人满 30 天之后提出申请，我们将有等待期的要求。我们在任何情况下都不会追溯保障。

我们将向投保人签发载有详细变更内容的保险凭证，保费将作相应调整。您有责任支付任何增加的保费。

第八条 保险计划转换

如果您要将其它公司的保险计划转为本保险计划，我们需要您提供原来保险公司签发的保险凭证原件，其中载有原先的保险生效日、核保条款和其它可能适用于整个计划或所有被保险人的特殊条款。保险计划管理人还需要填写团体投保单和团体健康告知声明。每个团体成员还需要填写团体成员投保单和团体成员健康告知声明。任何转换必须得到我们的认可。

如果您原来的保险计划满期日与您申请保险计划的日期之间有间断，我们将不接受原有核保条款的转换。保险计划将需要遵守新的核保条款。

第九条 被保险人脱离团体保险后保障的继续

如果您的团体保险计划下被保险人的保障终止，被保险人可以向我们提出申请，如果被保险人符合个人保险计划的投保标准，经我们同意，被保险人的保险将转为个人全球医疗保险。

被保险人的保障延续申请应在其脱离团体保险前递交。被保险人新的个人全球医疗保险的生效日为该被保险人脱离其团体保险计划后的第一天。

保费将根据被保险人提出申请时适用的个人保费率来计算。

第十条 变更您的保障

以下团体计划变更将从您下一个续保日开始生效，您不能在当年保险年度中做出变更：

- 变更保险计划类型
- 变更付款币种及付款周期
- 变更免赔额（免赔额或共保）
- 增加或减少可选附加保障

以上变更需要保险计划管理人在续保日前，以传真、信件或电子邮件的书面方式通知我们。任何变更需要得到我们的同意。

●变更保障区域

如果被保险人地点变化，需要变更保障区域，保险计划管理人应以传真、信件或电子邮件的书面方式通知我们并注明变更原因。您可以在保险年度内任何时间提出变更，我们有权决定是否接受。如果我们接受，变更将从我们收到通知之日或保险计划管理人指定的将来某一日开始生效。

第十一条 团险续保

团体可以每年续保保险计划，我们有权决定是否接受续保。本保险计划不保证续保。每次续保都应在保费到期日或之前交纳续保保费，并遵守续保当时有效的定义、一般条款、保险利益条件和保险利益除外条款。我们会在续保日至少四周之前向您签发如何续保本计划的条款和通知。

请注意：每次续保时，您都有义务向我们如实告知任何有关投保所要求提供的重要情况。

在我们同意后，保险利益在续保时可以做修改。

如果在续保日，您保险计划下的被抚养人成婚、满 18 周岁、停止在全日制学习、或者虽然仍在全日制学校学习，但已年满 25 周岁，他们将不再有资格在此团体保险计划下获得保障。

他们可以填写个人保险计划的投保单并拥有他们自己的保险计划。如在他们的先后保险计划没有间断的前提下，新的保险计划的加入日期仍以他们加入您的保险计划的加入日期为准。投保申请将遵守转换当时的有效定义、保险利益、条款和条件。

此团体保险计划将不会自动续保。

第十二条 解除保险计划

如果您决定解除保险计划，保险计划管理人应以信件、传真或电子邮件的方式书面告知我们。我们将在收到申请的当日终止保险计划。我们不追溯保险计划终止日。

我们将根据下列公式退还扣除手续费后的未到期保费，手续费等于本期应交保费的 25%，再按实际已投保天数计算退还保费。

$$\text{未到期保费} = \text{本期应交保费} \times (1 - 25\%) \times \frac{\text{本期保费未经过天数}}{\text{本期保费承保天数}}$$

在保险计划终止日，您应向我公司退回所有会员卡和保险凭证，这是保险计划管理人的职责。如果在保险计划解除后，会员利用会员卡继续在签约医院就诊，所有因此而产生的费用，由投保人承担，我们一概不负责。

第三章 一般条款

我们将履行我们作为保险人的义务，前提是您和所有的被保险人必须服从所有规定的一般条款和保险责任条款。

以下一般条款适用于您的主保险计划和附加保险计划。

GC1 所有有关本保险计划的通知以及和理赔有关的通知将被寄给您。

GC2 如果影响保障或者被保险人的投保资格的情况发生了任何变更，您必须立即以传真、信件或电子邮件的书面形式通知我们，这些变更包括：

- 您/被保险人的地址或居住国
- 被保险人的姓名
- 被保险人的职业
- 被保险人在居住国的家庭医生的详细信息
- 投保人

我们保留因情形变更而变更条款或解除本保险计划的权利。

GC3 如实告知

订立本保险计划时，我们应向您说明本保险计划的内容。

对本保险计划中免除我们责任的条款，我们在订立保险计划时应当在投保单、保险单或者其他保险凭证上作出足以引起您注意的提示，并对该条款的内容以书面或者口头形式向您作出明确说明，未作提示或者明确说明的，该条款不产生效力。

在我们接受承保或续保之前，任何有关保单所要求提供的情况和信息，您必须如实提供。否则，可能会影响到投保人和被保险人的权益。重要的信息和情况是指可能影响我们对于核保判断的信息和情况。请注意：告知我们被保险人的既往病症情况并不能使我们取消 24 个月等待期。

如果您故意或者因重大过失未履行前款规定的如实告知义务，足以影响我们决定是否同意承保或者提高保费费率的，我们有权解除本保险计划。

如果您故意不履行如实告知义务，对于本保险计划解除前发生的保险事故，我们不承担给付保险金的责任，并不退还保费。

如果您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，对于本保险计划解除前发生的保险事故，我们不承担给付保险金的责任，但应当退还未满期保费。

我们在保险计划订立时已经知道您未如实告知的情况的，我们不得解除合同；发生保险事故的，我们承担给付保险金的责任。

前款规定的保险计划解除权，自我们知道有解除事由之日起，超过 30 日不行使而消灭。

GC4 在发生理赔申请的情况下，我们有权从被保险人的医生、专家医生、医生顾问、理疗师和注册护士方面随时得到相关对我们开展理赔工作有帮助的信息。

GC5 无论任何原因造成保障中断，我们保留变更保险计划条款并采用特别约定的权利。

GC6 您保险计划的最高保障金额所使用的货币单位与您支付保费所使用的货币单位相同。

GC7 保单保费已包括本地政府机构征收的税务。

GC8 在保险合同及资料更换/重新签发的情况下，我们保留就更换/重新签发保单资料和/或会员卡收取手续费的权利。

GC9 在门诊费用申请理赔的情况下，除非保险计划就门诊费用理赔有提供“免现金服务”的功能，否则投保人/被保险人必须填写完整“理赔申请单”，并由就诊医生签名，同时附上就诊费用发票原件，包括各项就诊项目明细单及每项所收费用收据原件。

GC10 如果理赔出现造假现象，已赔付的款项在可能的情况下应被追回。尚未赔付的款项应停止处理。我们有权依据现行的法律法规解除保险计划。

GC11 如果属于保险计划承保范围内的索赔在其他保单或保险计划（如健康互助安排、全国性健康计划等）中也有涵盖，我们只按比例承担应付部分。

GC12 您或被保险人应在知道保险事故发生之日起的六个月内及时通知我们。如您、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，我们对无法确定的部分，不承担赔偿或者给付保险金的责任，但若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。

GC13 凡因本保险计划引起的或与本保险计划有关的任何争议，可提交中国国际经济贸易仲裁委员会上海分会仲裁或向中华人民共和国法院起诉。

本保险计划受中华人民共和国法律约束。

GC14 承保范围内的国家如果由于政治和经济的不稳定，货币兑换率可能和正常的经济市场脱节，在这种情况下我们会支付合理的、正常的、符合常规的理赔金额。

第四章 保险责任条款

第十五条 保险利益条件

您享有您所选择的保险计划下的保险利益。这些保险利益须遵从一般条款、保险利益条件和保险利益除外条款。请仔细阅读以下内容。

BC1 所有治疗必须由执业医师、专科医师、专科顾问和注册护士实施，且应当以治愈或有效、实质上地减轻急性医疗状况为唯一目的。

BC2 所有为医疗目的所需的住院治疗、日间护理治疗或遣送治疗必须经我们事先授权。一旦被保险人得到事先授权，我们将直接向有关治疗提供者支付所有承保范围内的治疗费用。

BC3 所有住院治疗、日间护理治疗或紧急遣送治疗费用在实际发生前需由专业人员检查并协商。**如果被保险人或其代理人未经事先授权即进行住院治疗或日间护理治疗，我们仅承担我们认可的、必要且合理的费用。**

BC4 住院膳宿保障限于含有床位、膳食和清扫服务在内的医院单人病房。

BC5 在投保单上需要填写被保险人的家庭执业医师诊疗在过去 2 年内的详细信息。**如果未告知其家庭执业医师的详细信息，对于在保险计划生效日后提出的索赔，如我们认为此索赔由既存医疗状况引起，我们将拒绝赔付。**

BC6 如果被保险人选择的保障区域为“Area 3”并且是美国公民，而在任一保险年度内在美国连续停留的时间超过 180 天，其保险保障自动终止。

BC7 如果我们收到新的符合事实的有关理赔事宜的信息和确凿的证据，而这些信息和证据足以驳回对相关理赔索赔批准的决定，我们有权撤回该索赔批准的决定，并保留追回任何相关费用的权利。

BC8 如果当地局势使我们无法进入该地区或国家 或进入该地区或国家有极大危险，我们可能无法安排紧急撤离。

BC9 如果被保险人选择用“上门服务医生”而非“驻院医生”到被保险人家中就诊，我们将赔付合理的，常规的费用。如果“上门服务医生”收费不合理或者不符合驻院医生通常收费标准的情况下，被保险人需要支付差额部分。

BC10 我们将支付必要的，合理的和常规的所有费用。此支付费用不超过保险计划载明的每一被保险人每一保险年度的总保额。

BC11 如果选择了孕产计划，在正常怀孕和正常分娩的前提下，我们会考虑承保 3 次常规产前超声波检查（怀孕前、中、后期各一次）。如果被保险人不得需要超过 3 次的超声波检查，被保险人的医生必需在理赔申请单中举证足够的治疗理由。我们会考虑承保 12 次常规产前检查。如果被保险人需要超过 12 次的产前检查，被保险人的医生必需在理赔申请单中举证足够的治疗理由。

在“正常分娩”承保项下，我们为新生儿承保以下内容：

- 一次新生儿体格检查，包括 Vitamin K， B 型肝炎 和卡介苗疫苗接种
- 一次听力测试
- 新生儿血常规检查， 先天性甲状腺功能， PKU 和 G6PD 功能检查
- 新生儿医院住宿费用—如果母亲产后住院(但并非由于产后感染原因)， 新生儿可最多留院住宿 4 个晚上。

第十六条 保险利益除外

尽管我们承保大多数医疗状况， 但由下列保险利益除外情况所引起的费用不属于保险计划承保范围， 除非在您的保险利益给付表或任何书面批注中注明， 或经我们书面同意。 以下情况为我们的除外责任：

BE1 既存医疗状况， 并且在加入日期或者被保险人保险凭证中以特别的条款章节注明的日期前 24 个月内的医疗状况， 其具有以下一个或数个特征：

- 可以预见
- 自然显现
- 被保险人有其体征或症状
- 被保险人为其寻求医疗建议
- 被保险人为其接受治疗
- 被保险人知道或已经意识到其存在

保险计划连续生效 24 个月后， 如果被保险人未发生以下情况， 则既存医疗状况可以得到承保：

- 出现症状
- 寻求医疗建议
- 需要治疗、 医疗或特殊饮食
- 接受治疗、 医疗或特殊饮食

如果被保险人出现上述状况， 则需要从治疗的最后一天开始继续等待 24 个月， 并满足上述标准， 才能获得就既存医疗状况提出索赔的资格。 本规定构成等待期的有效部分。

BE2 超过保险计划的保险金额， 该金额已经详细的列在你的保险利益表上。

BE3 保险计划所不承保的范围。

BE4 保险计划在等待期内产生的任何治疗和就诊， 该等待期已经详细的列在你的保险利益表上。

BE5 怀孕、 分娩和产后的费用， 无论是正常的还是带有并发症， 除非被保险人在团体保险计划下享有孕产保障。

BE6 从居住国出发以治疗疾病为目的旅行费用， 除非根据紧急运送或遣返保障经过我们事先授权。

BE7 非紧急事件运送。

BE8 被保险人在其祖国死亡而发生的丧葬、 火化或运输费用。

- BE9 违背执业医师、专科医师 / 顾问、注册护士或治疗专家的建议进行的任何旅行、活动或行为。
- BE10 接受与被保险人有任何程度的亲属关系的执业医师、专科医师或专科顾问的治疗。
- BE11 酒精、药物或任何其他致瘾性物质的滥用或任何成瘾状况和由此直接或间接引起的任何医疗状况。
- BE12 被保险人在酒精、药物或其他致瘾性物质影响下造成的医疗状况。
- BE13 任何不孕、避孕、不育或多孕、性疾病的治疗（包括任何原因造成的阳痿）、变性、辅助怀孕（例如，人工授精治疗）治疗以及任何由此引起的怀孕（包括代孕）。
- BE14 性病和性传播疾病的检查和治疗。
- BE15 试验性或未证实的治疗，除非我们给予事先授权。
- BE16 骨髓移植、器官获取或寻找的费用，为了移植目的而进行的对捐赠人或被保险人进行的器官摘除及与此相关的并发症的治疗。
- BE17 活细胞或活体组织的冷冻保存、移植或再移植，无论是自体移植还是捐赠移植。
- BE18 胎儿治疗。
- BE19 终止妊娠。
- BE20 先天畸形或先天缺陷。
- BE21 自杀、试图自杀和/或任何有意、自己造成的医疗状况。
- BE22 故意暴露在不必要的危险中，除非是为拯救他人生命为目的。
- BE23 陆军、海军或空军人员由于参加军队、海军或空军军事行动或训练造成的医疗状况。
- BE24 参与战争、暴乱、罢工、封锁、骚乱、叛乱、革命、起义、恐怖主义、军事或武力篡夺或任何非法/犯罪行为，包括其引起的入狱。
- BE25 大规模杀伤性武器（包括核、生物或化学武器）的泄漏，无论是否造成破坏性后果。
- BE26 核、生物或化学物质的污染，包括核燃料燃烧造成的废物。
- BE27 参加职业运动造成的医疗状况或使用武器，枪支引起的医疗状况。
- BE28 睡眠呼吸暂停，睡眠相关的呼吸异常、鼾症、或失眠。
- BE29 学习困难和/或失常，成长问题和语言和/或发声问题。

BE30 无论是否由心理原因造成的美容、整形或修复治疗及引起的并发症，除非因加入日期后发生的在承保范围内的医疗状况造成的直接后果而必须进行该类治疗。

BE31 身体任何部位的脂肪去除，隆乳或缩乳。

BE32 在隔离治疗、水疗、疗养中心或类似设施进行的治疗。

BE33 预防性听力及视力检查。

BE34 近视、远视、散光、自然的/非医疗的退化性视力缺陷、自然的/非医疗的退化性听力缺陷、视力和听力的辅助性治疗，隐形眼镜配镜、眼药水或滴眼液治疗费用。

BE35 耳朵或身体穿刺和纹身以及由此引起的治疗。

BE36 牙科治疗：预防性牙科检查、预防性治疗、刮牙、洁牙，牙齿美白，假牙、牙齿植入和/或畸齿矫正。

BE37 强制性或成瘾性的进食紊乱和/或思乡症。

BE38 肥胖症， 特殊饮食， 体重控制。

BE39 幼儿饮食、婴儿供应品、维生素、矿物质或有机物补充，以及没有医生处方所购买的物品（例如，漱口水、牙膏、止咳糖或杀菌喷雾、洗发水或防晒霜等）。

BE40 外部义肢或用具的供应、保养或装置，拐杖、轮椅或其他设备的租赁或购买，无论是否属于治疗性质。

BE41 填写医疗索赔申请表产生的收费或费用。

BE42 任何间接损失。

BE43 保险计划满期日或被保险人的保险利益满期日（以较早发生者为准）之后的治疗，除非保险计划或被保险人的保险利益得到续保并支付续期保费，而且治疗属于承保范围。

BE44 任何被保险人于生效日当日入院接受的治疗，而该治疗未向我们告知并被我们接受。

BE45 任何与被保险人于生效日当日已经作出的入院计划有关的治疗，而该入院计划未向我们告知并被我们接受。

BE46 任何不被国家药品管理部门认可的药物治疗，药物和敷料或非经执业医师、专科医师 / 顾问、注册护士或治疗专家开处方或指示的药物处理、药物和敷料。

BE47 任何由于已证实的医疗事故而需要的治疗。

BE48 任何适用于保险计划的免赔额或共保额。

适用于孕产保障的保险利益条件和保险利益除外

以下附加保险利益条件和/或保险利益除外适用于您选择的可选附加保险计划。您选择的可选附加计划会在保险凭证上载明。

第十七条 适用于孕产的保险利益条件

BCM1 被保险人最低年龄为 18 周岁。

被保险人最高年龄为 44 周岁。被保险人年龄达到 46 周岁后，本保险计划将在续保日终止。

第十八条 适用于孕产的保险利益除外

可选孕产附加计划不承保第 11-13 页的保险利益除外条款所述情况和下列情况所引起的费用：

BEM1 可选孕产附加计划最初生效后十二个月内的治疗索赔，除非您的保险计划有特殊约定。

BEM2 保险计划生效之前胎儿其父或其母已知道的、身受的或经过治疗 / 药物处理的先天缺陷或畸形，或者知道在直系亲属中已经发生的先天缺陷或先天畸形。

BEM3 胎记的治疗和 / 或手术。

第五章 理赔

第十九条 理赔方式

1. 如何在住院或日间护理情况下申请索赔。

被保险人必须在安排住院或日间护理前得到我们的预先授权。

- a. 和往常一样去 就诊。
- b. 如果被保险人的医生或专科医生安排其住院或日间护理，被保险人需要通过其会员卡上的电话号码和我们的国际救援中心取得联系。
- c. 我们的国际救援服务中心是 24 小时，365 天运转机构。当被保险人取得联系后，被保险人要提供给服务中心人员以下信息：
 - 被保险人的会员卡号；
 - 被保险人的就诊医生的名字；
 - 就诊医院或诊所的名称和电话。
- d. 救援服务中心的人员会在之后和被保险人的医生及有关医院和诊所取得联系，安排住院事宜。
- e. 救援服务中心的人员然后会及时给被保险人回复，向其确认有关授权事项及住院手续等事宜均已经妥善安排。除非被保险人的计划中针对住院有免赔额，被保险人一般都不需要向医院支付任何费用。任何在承保范围内的住院费用，我们会直接向医院支付。被保险人不需要填写理赔申请单。
- f. 在医院或诊所接受治疗。

2. 如何在紧急援助遣送项下申请索赔：

只有在紧急情况下或者在我们认为该地区内没有任何完善的医疗设施的情况下，我们才会安排紧急援助遣送。紧急援助遣送必须是医疗必需的，并得到我们的认可，且在保障区域范围内。

在任何紧急情况下，被保险人和他/她的代表人必须通过会员卡上的电话号码和我们的国际援救中心取得联系。

请注意：依照 BC8，如果当地局势使我们无法进入该地区或国家、或进入该地区或国家有极大危险我们可能无法安排紧急撤离。

3. 如何在门诊项下申请索赔：

提示：门诊不在计划 D 承保范围内。如果被保险人需要帮助，请和我们的理赔部门取得联系。此项理赔无需和国际救援中心联系。

- a. 和往常一样去就诊；
- b. 对就诊项目产生的任何费用进行付款；
- c. 请确认被保险人得到所有账目明细原件和发票原件（请参见 f.），并确保一张理赔申请单适用于一种病症；
- d. 请填写完整理赔申请单。（理赔申请单可从 www.axa-minmetals.com.cn/medical 下载）；
- e. 请确保被保险人的医生在“医疗信息或齿科治疗”部分签字。请注意：由理疗师、专科医师或顾问进行的治疗必须通过被保险人的执业医师引荐；
- f. 请将完整的理赔申请寄到健康险理赔部门（地址请参见理赔申请单）。理赔资料包括：
 - 就诊账目明细原件；
 - 发票原件；

—完整的理赔申请单。

请在就诊后尽快将理赔申请寄给我们。

如被保险人提供的以上证明和资料不完整，我们将及时一次性通知被保险人补充有关证明和资料。

4. 如何在免现金直付网络下就住院、日间护理、门诊申请理赔。

如果被保险人是保险计划下的成员，他/她可以利用我们的门诊免现金直付网络。我们会给被保险人提供一张网络医院列表，被保险人可至网络医院列表上的医院就诊并享受门诊免现金直付。

- a. 在我们网络医院列表所列的医院就诊；
- b. 出示被保险人的会员卡；
- c. 接受治疗。医院将负责理赔的后续工作。如果是住院或日间护理，则需要我们事先授权，医院相关人员将和我们的国际救援中心联系并安排预先授权；
- d. 支付免赔额、共保额。被保险人的会员卡上会显示该免赔额、共保额信息。

第二十条 会员卡

被保险人在收到保单合同的同时，还会收到会员卡。当被保险人需要前往经事先授权的医院或诊所就诊、住院或获取日间护理时，被保险人需要出示会员卡。

如保险计划有免现金直付服务，被保险人在免现金直付的医院就诊时应当出示其会员卡。

请注意：

- 被保险人的会员卡不是住院治疗时的身份证明。
- 被保险人必须同时出示以下任何一种证件作为身份证明：护照，驾驶证，身份证或者工作证。
- 被保险人的会员卡不得转让。
- 被保险人的会员卡保险计划终止后必须退还给我们。
- 被保险人的会员卡不是信用卡或付款保证。

第二十一条 保险金的给付

一、我们在收到理赔申请书及保险计划约定的证明和资料后，将在 10 日内作出核定；情形复杂的，在 30 日内作出核定（若需补充资料，以我们收到补充资料之日起算）。对属于保险责任的，我们在与受益人达成给付保险金的协议后 10 日内，履行给付保险金义务。

我们未及时履行前款规定义务的，除支付保险金外，应当赔偿受益人因此受到的损失。

对不属于保险责任的，我们自作出核定之日起 3 日内向受益人发出拒绝给付保险金通知书并说明理由。

二、我们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；我们最终确定给付保险金的数额后，将支付相应的差额。

三、我们将根据被保险人提供的银行账号信息转帐给被保险人。

汇率

如果被保险人支付理赔的币种和我们应赔付币种不同，我们将按照我们核赔日当天的官方公布汇率进行兑换。

请注意：我们将不对任何由于货币兑换的浮动而可能对被保险人造成的经济损失负责。

第六章 附录

第二十二条 名词释义

滥用 指物质的过量使用，包括但不限于酒精和药物。就药物而言，包括非为医疗目的或根据医疗机构的指导或处方的用法用量而使用药物的情况。

意外 是指遭受外来的、突发的、非本意的、不可预见的、使被保险人身体受到伤害的客观事件。

急性的 指对治疗产生反应的医疗状况，该治疗的目的在于使被保险人恢复到先前的健康状态或使被保险人痊愈。

保障区域 指的是保险计划发生效力的世界地理区域，其在保险凭证中有所详述。

Area 2 全球，不包括美国

Area 3 全球

保险利益 指本保险计划提供的保障，及保险计划指南、保险凭证和保险利益给付表中列明的任何额外保障或限制。

先天缺陷 在怀孕期间发生的或在生产期间导致的任何缺陷、异常、畸形或残疾。

身体伤害 指可辨认的机体伤害。

慢性的 指具有至少以下一个特征的医疗状况：

- 没有已知的能够治愈的方法
- 有可能复发
- 需要治标治疗
- 需要长期监护/治疗
- 是永久性的
- 需要专科医师恢复练习/机能恢复
- 由身体的无法逆转的改变所引起的

索赔/理赔 指被保险人或其代理人、个人代表、破产时的受让人或托管人根据保险计划的条款和条件要求支付或处理。

联系密切的商业伙伴 指与被保险人受雇于同一家公司的被保险人的合作伙伴。

近亲属 指被抚养人、父母、继父母、配偶的父母、祖父母、孙子女、兄弟姐妹、配偶的兄弟姐妹、配偶的子女或监护人，其最高年龄为 75 周岁。

共保额 指每个保险年度，您/被保险人就承保范围内的索赔需要按比例支付的保险公司不予承担的费用部分。

生效日 指在有效保险凭证上注明的加入日期或与某一保险计划年度有关的之后的续保日。

未到期保费 按本期应交保费乘以本期保费未经过天数除以本期保费承保天数（年交：365 天；半年交：180 天；季交：90 天）计算的保费。

$$\text{公式：未到期保费} = \text{本期应交保费} \times (1 - 25\%) \times \frac{\text{本期保费未经过天数}}{\text{本期保费承保天数}}$$

先天畸形 指的是自出生就存在或被认为自出生就存在的，由遗传或环境因素导致的医疗状况。

间接损失 由保障范围内的损失或损害引起的间接经济损失，如因医疗状况引起的收入损失。

顾问 请参考专家/顾问的定义。

既存医疗状况除外责任的沿用 指原使用其它保险公司的产品的被保险人转为投保保险计划，我们将愿意沿用其原先的核保除外条款或等待期。我们将不会要求被保险人遵守任何新的核保除外条款或等待期（如适用）。然而，转换后的保险合同仍应遵守保险计划的所有其它的保险利益、条款条件（BE1 项除外）。

居住国 指被保险人及其被抚养人在一个保险年度的大部分时间内（通常至少 6 个月以上）居住的国家。

危急的 指不稳定、严重的医疗状况，其结果在医学上无法预测，治疗结果不确定或有可能导致死亡的。

加入日期 指在保险凭证中注明的保险计划对于被保险人的承保开始生效的日期。

日间护理治疗 指被保险人入院并占有床位后接受的治疗，但不过夜。

牙科 指影响牙齿和牙龈的情况。

被抚养人 指被保险人的：

- 配偶
- 18 周岁以下的未婚子女、继子女或合法收养的子女
- 25 周岁以下的未婚子女，限于尚在接受全日制学校教育（需提供其就读教育机构的书面证明）

诊断试验/程序 指为调查造成被保险人的症状的原因，在医学上必须进行的试验或检查。

紧急事件 指突发的、预料之外的急性医疗状况或慢性疾病预料之外的急剧恶化，如果在该情况发生后四十八（48）小时内不进行治疗，可能引起被保险人死亡或身体机能的严重损害。

免赔额 指每个保险年度，被保险人根据保险利益表就索赔需要自行支付的费用部分。有以下三种方式的免赔额：

每次门诊就诊免赔额——这种免赔额指每天每一次同一位医生就诊看病（不管被保险人在同一次就诊过程中是否看不同的疾病），被保险人需要自行支付的费用。这种免赔额适用于初诊或专家门诊。如果同一天就诊于不同的医生或由就诊医生转荐给其他医生，每一次仍需支付该免赔额。

每一个保险年度，每种医疗状况下的就诊免赔额——指每个保险年度，被保险人对每种医疗状况下就索赔需要自行支付的费用部分。如果对于有两种医疗状况提交了四次理赔，只需支付两次免赔额。

每一个保险年度，每个被保险人应支付的免赔额——指不管每一保险年度被保险人提交几次理赔，被保险人只需支付一次免赔额。

满期日 保险计划的承保的最后日期。

可预知的 可以合理预期的医疗情况。

祖国 投保单“祖国”栏所上申明的国家。

关怀机构 向晚期病症患者提供服务的机构。关怀机构服务包括在家或在控制病痛以及其它症状的机构中心内为门诊或住院病人提供的服务。

医院 指根据所在国家法律获得执照，提供治疗的机构。

直系亲属 指有血缘关系的直系亲属。

开始日 指在保险凭证上列明的保险计划开始日期。

驻院医生 指由医院长期或永久雇佣，在医院履行其义务的专业医生。

住院治疗 指被保险人被接收入医院，占有床位的过夜治疗。

被保险人 指有效保险凭证列明的，符合本保险计划投保条件的个人。

法定代理人 指具有合法身份的个人代表（由授权书所授权或作为遗嘱执行人）。

当地救护车 指由于紧急事件或必要医疗而需要运送到最近的、合适的当地医院所需要的道路救护运输工具。

自然显现 指已经表明或显示得非常清楚的医疗状况。

医疗状况 指任何损伤、病患、不适、疾病、体征或症状。

既存医疗状况不究 指对于加入日期之前已知已经存在的医疗状况不适用任何特殊核保条款和除外条款的医疗状况，但仍需符合除 BE1 之外的保险利益、条款和条件。

执业医师 指在世界卫生组织出版的全世界医学院目录中所列的受认可的医科学校就读，取得内科和外科学位，并经进行治疗的国家颁发执照获准行医的人士。

医疗（学）上必要 / 必要医疗 指被保险人的执业医师、专科医师 / 顾问开具处方的适合于医疗状况并符合认可的医疗标准的治疗。

等待期 指自加入日期起二十四（24）个月的期间或保险凭证中以特别条款章节注明的日期，等待期过后才可就既存医疗状况在保险计划下提出索赔。

自然牙 指原始的、有机的，而并非人工移植或替换的牙齿。

非偿付病人 指被保险人作为住院病人或日间治疗病人收入医院接受治疗，但保险人无需偿付的情况。

家庭护理 指由于某种医疗状况，被保险人接受在本保险计划承保范围内的治疗，经由执业医师、顾问或专家处方并在其指导下，由注册护士在被保险人家中提供与该种医疗状况直接相关的服务。

牙齿矫正 指影响牙齿、上下颌或口腔的结构，功能，生长，外观的情况。

门诊治疗 指被保险人在医院、咨询室或门诊部进行的治疗，无需占用床位。

治标治疗 指的是主要为暂时减轻和/或控制症状的治疗，而不是为了治愈产生症状的治疗。

理疗师 在提供治疗的国家拥有执照并有资格施行物理治疗的人士。

保险计划 指您和我们之间的合同，提供与您保险计划资料中所含载的保险利益给付表，一般条款，保险利益条款和保险利益除外条款相一致的保障。

保险计划管理人 指投保人任命的管理人，负责管理被保险人的团体保险计划，并就相关变更和我们联系。

保险年度 指在有效的保险凭证中注明的，自生效日起 12 个月的期间。

投保人 指列名于保险凭证中我们已向其签发保险计划并有交付保费义务的团体。

出院后治疗 指由被保险人在出院以后，在被专业医生引荐接受专科医师或顾问的进一步治疗之前所接受的医疗护理费用，诊断费用，和医药费。

事先授权 指被保险人在接受治疗或发生费用之前征求我们同意的程序。如事后出现新的资料否定索赔，我们可以撤销该项事先授权。

既存医疗状况 指任何具有以下情况的医疗状况或相关的医疗状况：

- 可以预见
- 自然显现
- 被保险人有其体征或症状
- 被保险人为其寻求医疗建议
- 被保险人为其接受治疗
- 被保险人知道或已经意识到其存在

预防性治疗 指没有病症出现的情况下进行的预防性治疗。

初步治疗 指被保险人首次联系医疗专业人士（例如普通医疗从业人员）时，在被引荐转诊接受专科医师或顾问的进一步治疗之前所接受的医疗护理。

专业体育运动 指被保险人作为专业人士受雇于某机构而参加的体育活动并是其主要的经济收入来源。

精神病学的 指由器质性、创伤性的或反应性的原因造成被保险人思维、情绪或大脑功能障碍的情况。

合理常规收费标准 指在同一国家或地区内针对治疗或任何服务符合常规的收费标准。

注册护士 指治疗时在其提供治疗的国家的专业注册处中具名的、具有资格的护士。

康复 指旨在恢复被保险人的健康和/或活动能力，以使其能更加独立地生活而进行的治疗。

相关的 指从我们和被保险人的执业医师、专科医师/顾问的角度来看，由另一种医疗状况：

- 直接导致或由其引起；
- 与其相关；或
- 相关联的危险因素的医疗状况。

续保日 指在有效保险凭证中列明的保险计划生效日的周年日。

常规体检 指在没有任何医疗状况表现的情况下而进行的常规的体格检查。

专科医师/顾问 指在提供治疗的国家治疗被保险人疾病相关的医学领域持有以下执照并执业的医疗人员：

- 医师/顾问任命书或其同等证书；
- 高等专科医师培训的认可证书。

晚期 指末期的或快速恶化而无法医治的医疗状况，以被保险人的执业医师、专科医师/顾问的观点认为被保险人即将死亡的。

治疗专家 指在提供治疗的国家拥有执照的脊椎指压治疗医师、整骨疗法医师、顺势疗法医师、针灸医师或中医师。

治疗 指为诊断、减轻或治愈医疗状况，在医学上必要进行的任何外科或内科医疗服务（包括诊断试验）。

上门服务医生 指该医生并非受雇于某医院，但签约于该医院，并可以使用该医院的设施和资源。上门服务医生的收费标准不同于医院的一般收费标准。

我们/我们的 指列在保险凭证上的保险公司。

您/您们 指投保人。