申能财产保险股份有限公司
团体全球医疗保险 A 款条款
(注册号: C00026232512025070428033)

总则

第一条 合同构成

本保险合同（以下简称为“本合同”）由保险条款、保障计划书、投保单、保险单、保险凭证、声明、批单以及经投保人与**保险人（释义 1）**认可的、与保险合同有关的其它书面协议组成。凡涉及本合同的约定，均应采用书面形式。

第二条 投保人

对被保险人具有保险利益的法人、非法人组织以及其他不以购买保险为目的而组成的团体均可作为本保险合同的投保人。特定团体属于其他不以购买保险为目的而组成的团体的，投保人可以是特定团体中的自然人。被保险人为限制民事行为能力人的，应由其监护人作为投保人。被保险人为无民事行为能力人的，应由其父母或法定监护人作为投保人。

第三条 被保险人

凡投保时身体健康，能**正常工作（释义 2）**或正常生活的自然人均可作为本合同的主被保险人。

经保险人同意，并在保险合同中约定，主被保险人的以下家属可作为本合同的附属被保险人：

- （一）父母：凡投保时身体健康、能正常工作、劳动或正常生活的主被保险人的父母。
- （二）配偶：凡投保时身体健康、能正常工作、劳动或正常生活的主被保险人的合法配偶。
- （三）**子女（释义 3）**：凡投保时身体健康、能正常生活的、年龄在**25 周岁（释义 4）**（含）以下的子女。子女包括主被保险人的亲生子女、合法领养子女、与主被保险人有抚养关系的继子女。

经保险人审核同意并出具保险单或批单后，上述人员可成为本合同的被保险人。

除另有约定外，被保险人的年龄不得超过 65 周岁。

第四条 受益人

除另有约定外，本合同的保险金的受益人为被保险人本人。

第五条 币种

本合同计价币别为人民币，投保人和保险人亦可约定为其他计价币别，具体以保单载明的为准。

保险责任

第六条 保障区域

本合同的保障区域为下列区域之一：

- （一）大陆保障：保障区域为中国大陆地区（包含博鳌先行区）。
- （二）大中华保障：保障区域为中国大陆地区（包含博鳌先行区）、香港特别行政区、澳门特别行政区和台湾地区。
- （三）国际保障：保障区域为**除美国和加拿大**外的全球任何国家和地区。

除另有约定外，保障区域根据投保人和保险人约定的保障计划确定，并在保险单上载明。

保险人仅对于被保险人在保险单上载明的保障区域内发生的符合本合同约定的医疗费用承担保险责任。

第七条 保险责任

本合同的保险责任分为基本责任和可选责任。可选责任在投保人已投保基本责任的前提下才可以选择投保，若可选责任未在保险单上载明或批注，则可选责任不产生任何效力。

本合同基本责任包括：**住院（释义 5）**医疗保险金、门急诊医疗保险金、特殊项目医疗保险金、医疗及身故援助保险金；

本合同可选责任包括：生育医疗保险金、预防性检查保险金、牙科医疗保险金。

（一）住院医疗保险金

在保险期间内，被保险人因遭受**意外伤害（释义 6）**或在**等待期（释义 7）**后罹患疾病，经**本合同指定的医疗机构（释义 8）**医生**（释义 9）**诊断必须接受住院治疗的，对其治疗期

间实际支出的合理且必要（释义 10）的医疗费用，保险人在扣除本合同中约定的免赔额后，在保险金额范围内，按照约定医院范围及对应的给付比例、约定的费用类型、各项费用的限额、最高给付日数给付住院医疗保险金。（归属于（三）特殊项目医疗保险金的住院医疗项目不在本项责任约定范围内）

在保险期间内，保险人仅对被保险人累计住院一百八十日内发生的住院医疗费用承担保险责任。

被保险人不论一次或多次住院治疗，住院医疗保险金的各项费用累计给付日数以各对应项费用最高给付日数为限，各项费用累计给付金额以各对应项费用最高给付金额为限。

对等待期后本合同到期日前发生的且延续至本合同到期日后三十日内的住院治疗，保险人仍然承担给付保险金的责任，且累计给付日数以一百八十日为限，累计给付金额以保险合同中约定的保险金额为限。

1. 床位费

被保险人在住院期间发生的不超过标准单人病房级别的床位费用，**床位费每日赔偿限额以保险单载明为准。**

2. 膳食费

被保险人在住院期间根据医生的医嘱，由医疗机构专设为住院病人配餐的食堂配送膳食的费用，且该费用须符合惯常标准；**但不包括住院期间购买的个人用品及非该医疗机构开具的医疗费用清单上的餐饮费用。**

3. ICU 病房费

被保险人住院期间出于医学必要需在重症监护室进行合理且必要的医疗而产生的床位费。重症监护室指配有中心监护台、心电监护仪及其他监护抢救设施，相对封闭管理，符合**重症监护病房（释义 11）（ICU）、冠心病重症监护病房（CCU）**标准的单人或多人监护病房。

4. 陪床费

指：

（1）未满 18 周岁的被保险人在住院期间，其合法监护人（限一人）在医疗机构留宿发生的加床费；

（2）女性主被保险人或者作为配偶的女性附属被保险人在住院期间，其一周岁以下哺乳期婴儿在医疗机构留宿发生的加床费；

（3）60 周岁及以上的被保险人在住院期间，其陪同人（限一人）在医疗机构留宿发生的加床费。

陪床费标准以不高于被保险人床位费标准为限。

5. 诊疗费

被保险人在住院期间由医生所实施的病情咨询及检查、各种器械或者仪器检查、诊断、治疗方案拟定等各项医疗服务所收取的费用。

6. 护理费

被保险人在住院期间根据医生的医嘱所示的护理等级确定的由**专业护士（释义 12）**对被保险人提供临床护理服务所收取的费用。

7. 治疗费

被保险人以治疗疾病为目的，在住院期间由医疗机构提供必要的医学手段而发生的治疗者的技术劳务费和医疗器械使用费，以及消耗品的费用。

8. 检查检验费

被保险人在住院期间实际发生的、以诊断疾病为目的，且采取必要的医学手段进行检查及检验而发生的费用，包括但不限于 X 光费、心电图费、B 超费、脑电图费、内窥镜费、肺功能仪费、分子生化检验费和血、尿、便常规检验费以及本合同约定的**大型检查检验**费用。

9. 药品费

被保险人在住院期间实际发生的、由医生开具的具有国家药品监督管理部门核发的药品批准文号或者进口药品注册证书、医药产品注册证书的国产或进口处方药品费用（如为实际发生在中国境外的医疗机构的处方药品费，须符合发生地国家或地区的药品监督管理部门的规定），包含被保险人住院期间在医院开具外配处方并由此产生的药品费，但不包括如下药品的费用：

（1）**中草药（释义 13）**和滋补类药品；

- (2) 非病情必须的调节免疫功能的药品以及未经医生处方开具的药品；
- (3) 美容和减肥药品；
- (4) 预防类药品。

10. 手术费

被保险人在住院期间因医疗状况施行手术而发生的必须且合理的手术医疗费用,包括手术室费、恢复室费、麻醉费、手术检测费、手术辅助费、材料费、一次性用品费、手术设备费。对于**器官移植手术,不包括器官供体费用、寻找器官供体、配型、获取以及从供体切除器官、储藏、运送的相关费用。**

11. 住院前后门急诊费

指被保险人**住院前 7 日与出院后 30 日内(均含当日)**因与该次住院相同原因而发生的门急诊医疗费用,包括由主治医生明确要求进行的合理且必要的门急诊医生诊疗费、检查化验费、药费和敷料费用。

12. 康复治疗费

被保险人**手术后 90 日内**在具有相应资质的康复医疗机构、康复中心、普通医疗机构的康复科诊治或者接受以促进机体各项功能恢复为目的的医疗方法,如理疗、按摩、推拿、生物反馈疗法、康复护理等,或者遵医嘱居家康复并由此发生的必须且合理的治疗费用。

13. 恶性肿瘤(释义 14)特定药品医疗费用

指被保险人在治疗恶性肿瘤的过程中产生满足以下条件的特定药品费用:

(1) 该特定药品须由医院专科医生开具处方,且特定药品处方符合药品监督管理局批准的该药品说明书中所列明的适应症和用法用量,且为被保险人当前治疗必需的药品;

(2) 每次特定药品处方剂量**不超过 30 日(含第 30 日)**;

(3) 该特定药品须在本合同约定的特定药品清单范围内;

(4) 被保险人须在保险人指定药店购买上述处方中所列的特定药品。

(二) 门急诊医疗保险金

在保险期间内,被保险人因遭受意外伤害或在等待期后罹患疾病需要门诊急诊治疗的,对于每次在本合同指定的医疗机构治疗发生的合理且必要的门诊急诊医疗费用,**保险人在扣除本合同中约定的免赔额后,在保险金额范围内,按照约定医院范围及对应的给付比例、约定的费用类型、各项费用的限额、最高给付次数给付门急诊医疗保险金。**(归属于(三)特殊项目医疗保险金的门急诊医疗项目不在本项责任约定范围内)

1. 医生诊疗费

被保险人在门急诊治疗期间发生的主诊医生或会诊医生的劳务费用,包括普通门急诊诊疗费、专家诊疗费、挂号费、医事服务等。

2. 治疗费

被保险人在门急诊治疗期间以治疗疾病为目的,由医疗机构提供必要的医学手段而发生的治疗者的技术劳务费和医疗器械使用费,以及消耗品的费用,包括注射费、机疗费、理疗费、输血费、输氧费、体外反搏费等。具体以就诊医疗机构的费用项目划分为准。

3. 检查检验费

被保险人在门急诊治疗期间实际发生的以诊断疾病为目的,采取必要的医学手段进行检查及检验而发生的医疗费用,包括但不限于X光费、心电图费、B超费、脑电图费、内窥镜费、肺功能仪费、分子生化检验费和血、尿、便常规检验费以及本合同约定的**大型检查检验**费用。

4. 门诊手术费

被保险人在门急诊治疗期间因医疗状况施行手术而发生的必须且合理的手术医疗费用,包括手术室费、恢复室费、麻醉费、手术检测费、手术辅助费、材料费、一次性用品费、手术设备费。

5. 药品费

被保险人在门急诊治疗期间实际发生的、由医生开具的具有国家药品监督管理部门核发

的药品批准文号或者进口药品注册证书、医药产品注册证书的国产或进口处方药品费用和中草药费用（如实际发生在中国境外医疗机构的处方药品费，须符合发生地国家或地区的药品监督管理部门的规定），包含被保险人在指定医院开具外配处方并由此产生的药品费，但不包括如下药品的费用：

- （1）滋补类药品；
- （2）非病情必须的调节免疫功能的药品以及未经医生处方开具的药品；
- （3）美容和减肥药品；
- （4）预防类药品。

6. 理疗费、中医针灸治疗（释义15）费

（1）理疗费：指由具有相应医疗资质的专业医师实施的**物理治疗（释义16）、美式脊椎矫正、职业疗法、顺势疗法（释义17）、语音治疗**（包括为治疗吞咽障碍由语言治疗师实施的电子喉镜检查）等理疗费用，理疗须为专业医师书面治疗计划的一部分，且满足下列全部条件：1）在合理的、可预测的时间内症状会明显好转；2）疗法复杂或被保险人病症使得只有注册物理治疗师或职业治疗师才能安全、有效实施。

（2）中医针灸治疗费：指由注册中医医师开具处方的针灸治疗费及相关费用。

（三）特殊项目医疗保险金

在保险期间内，被保险人接受以下治疗项目，发生的合理且必要医疗费用，**保险人在扣除本合同中约定的免赔额后，在保险金额范围内，按照约定医院范围及对应的给付比例、约定的费用类型、各项费用的限额、最高给付次数给付特殊项目医疗保险金。**

1. 疫苗费

被保险人发生的医学必需的疫苗接种费用。

2. 特殊门诊医疗费

若被保险人因意外伤害或因在等待期后发生疾病，经医生诊断必须在医疗机构接受以下特殊门诊治疗的，保险人承担被保险人在此期间所发生的必须且合理的特殊门诊医疗费用：

（1）门诊肾透析费；

（2）门诊恶性肿瘤治疗费，包括**电疗、化学疗法（释义18）、放射疗法（释义19）、肿瘤免疫疗法（释义20）、肿瘤内分泌疗法（释义21）、肿瘤靶向疗法（释义22）**的治疗费用；

（3）器官移植后的抗排异治疗门诊费。

3. 精神疾病治疗费

被保险人在本项保险责任的等待期后因患精神疾病（依照世界卫生组织《疾病和有关健康问题的国际统计分类》第十次修订版（ICD-10）确定），在当地合法注册的精神病专科医院或设有精神病科室的医疗机构进行住院和门诊治疗的必须且合理的医疗费用。

4. 临终关怀费

被保险人因达到疾病的终末期状态而在当地合法注册的临终护理机构或设有临终护理病房的医疗机构，且在患者及其家属的要求和医生的同意下一切积极治疗已被放弃，仅接受以减轻痛苦为目的的姑息治疗所导致的住院费用。疾病的终末期状态指疾病已经无法以现有的医疗技术治疗或缓解并且将导致被保险人在未来六个月内死亡。临终关怀医疗费累计给付天数以 45 天为限。

5. 意外牙科治疗费

指由意外伤害导致的原生牙齿受损，在意外伤害发生之日起30日内接受门急诊治疗所发生的合理且必要的医疗费用。

该费用不包括：

（1）**因以下事故或伤害而接受的治疗：**1）在进食或饮用过程中造成的伤害，包括吞嚥异物对口腔造成的损伤；2）口腔或牙齿正常的磨损和老化；3）刷牙或其他口部清洁过程引起的伤害；4）因非外部撞击造成的口腔伤害；

(2) 除减轻疼痛进行的有效的牙科手术以外，任何牙齿修补、使用任何贵金属材料、任何牙齿矫正治疗的牙科手术。

属于“牙科医疗保险金”范围的牙科治疗不在此项责任中赔付。

6. 再生医疗费用

指被保险人经医生诊断需要接受再生医学治疗而发生的医疗费用。

7. 先天性疾病（释义 23）医疗费用

指被保险人因先天性疾病接受住院或门急诊治疗而发生的医疗费用。

8. 激素替代治疗费

指女性被保险人因人工诱发或于40周岁之前出现女性更年期综合症，接受激素替代治疗而发生的医疗费用。

9. 生长激素治疗费

指未成年被保险人经医生诊断患有生长发育相关疾病，需要使用生长激素治疗而发生的医疗费用。

10. 慢性病医疗费用

在保险期间内，对于每一被保险人实际发生的各项合理且必要的因慢性病维护、缓解或对症的治疗，以及慢性病急性恶化的稳定治疗等费用。

慢性病指包含以下一项或几项特征的疾病或损伤：(1) 本身具有复发性；(2) 不存在已知的、普遍认可的治疗方法；(3) 一般认为其对治疗无明显反应；(4) 需要姑息疗法；(5) 需要长期观察或监护；(6) 导致永久残疾。

(四) 医疗及身故援助保险金

在保险期间内，被保险人因遭受意外伤害或在等待期后因罹患疾病，对于每一被保险人实际发生的各项合理且必要的下列医疗及身故援助费用，保险人在扣除本合同中约定的免赔额后，在保险金额范围内，按照约定的给付比例给付医疗及身故援助保险金。

1. 遗体遣返或就地安葬费：指被保险人因在其保险计划对应的保障区域（不包括被保险人国籍国）内身故，在事发地法律法规许可的情况下，保险人承担其遗体运送至其国籍国或安排当地安葬所发生的合理费用。但不包括被保险人个人财物退回、宗教或世俗追悼会、神职人员、鲜花、音乐、公告、客人费用和类似的私人葬礼偏好产生的费用。

(五) 生育医疗保险金

在保险期间内，对于每一被保险人在本合同约定的医疗机构内实际发生的各项合理且必要的下列情形产生的费用，保险人在扣除本合同中约定的免赔额后，在保险金额范围内，按照约定医院范围及对应的给付比例给付生育医疗保险金。除另有约定外，自本合同生效之日起180天为该保险责任的等待期，被保险人在等待期内发生的保险事故，无论治疗时间与生效之日的间隔是否超过等待期，保险人均不承担因此导致的相关医疗费用。

1. 产前检查费、妊娠期内医师处方开具的维生素和钙剂费、超声波检查费；

2. 顺产费或医学必需剖腹产费、医学必需的流产费、包括麻醉费；

3. 一次产后复查费用、产后医学必需盆底康复治疗、妊娠并发症（释义24）治疗费；

4. 自本合同生育保障项下出生的婴儿，其出生后14日内在医院内发生的专业护理及治疗费用；

5. 新生儿12个月内 6次常规医疗检查和疫苗费，包括医疗档案，发育评估，体格检查，年龄相关诊断检查：白喉、肝炎、麻疹、腮腺炎、百日咳、小儿麻痹症、卡介苗、破伤风、水痘、嗜血杆菌属、B型流感病毒等。

(六) 预防性检查保险金

在保险期间内，对于每一被保险人在本合同约定的医疗机构内实际发生的合理且必要的预防性检查费用，保险人在扣除本合同中约定的免赔额后，在保险金额范围内，按照约定医院范围及对应的给付比例给付预防性检查保险金。

(七) 牙科医疗保险金

在保险期间内,被保险人在本合同约定的医疗机构内实际发生的各项合理且必要的下列牙科医疗费用(不包含紧急牙科治疗费),保险人在扣除本合同中约定的免赔额后,在**保险金额范围内,按照约定医院范围及对应的给付比例给付牙科医疗保险金。**

1. 预防治疗费:指被保险人接受牙科预防治疗而产生的费用,本合同约定的牙科预防治疗包括常规牙科检查、牙齿健康指导、涂氟治疗、洁齿和抛光费(保险期间限2次)。

2. 基础治疗费:指被保险人接受牙科基础治疗而产生的费用,本合同约定的牙科基础治疗包括汞合金或复合树脂充填、简单拔牙、牙周病治疗、牙源性颌骨囊肿、牙齿脱敏治疗、牙周刮治、根面平整及相关口腔 X 光费。

3. 重大治疗费:指被保险人接受牙科重大治疗而产生的费用,本合同约定的牙科重大治疗包括根管充填、根管治疗、牙冠和嵌体、桥式义齿(包括化验和麻醉费用)、智齿拔除、以及相关口腔 X 光费。

4. 牙齿矫正费:指被保险人接受牙齿矫正而产生的费用,本合同约定的牙齿矫正包括模型研究、牙齿印模、活动矫治器、固定矫治器(包括调整)、正畸拔牙、托槽的粘接、以及相关口腔 X 光费。

保险人不承担以下牙科医疗费用:

(1) 被保险人未按医生的建议在投保前进行必要的牙科治疗而引起的在本合同保险期间内产生的牙科医疗费用;

(2) 单纯以美容为目的的牙齿修整(不包括18周岁以下正畸治疗)、美白、义齿(不包括以治疗为目的的义齿)、高嵌体、种植牙、假牙、贴面及相关费用。

第八条 对于上述各项保险责任,被保险人不论一次或多次在医院进行治疗,保险人均按上述约定给付各项保险金,保险人对于各项保险金的累计给付金额以本合同约定的保险金额为限,累计给付金额达到保险金额时,本合同终止。

第九条 本保险适用医疗费用补偿原则。若保险事故发生时,被保险人通过任何途径所获得的医疗费用补偿金额总和以其实际支出的医疗费用金额为限。对于上述各项保险责任,若被保险人已从其它途径(包括但不限于**社会医疗保险(释义 25)**、公费医疗、工作单位、保险人在内的任何商业保险机构)获得补偿的,保险人仅按照本合同约定补偿剩余部分,并以保险金额为限,被保险人不得就已经补偿的费用再次向保险人申请保险金。

第十条 被保险人拟接受下列任意一项医疗或服务项目前,应向保险人提出预授权申请:

- (一) 住院;
- (二) 需全身麻醉的门诊手术,化学治疗,放射治疗,肿瘤免疫疗法,肿瘤内分泌疗法,质子重离子(释义 26)治疗,血液或者腹膜透析;
- (三) 购买或者租用耐用医疗设备;
- (四) 紧急医疗转运;
- (五) 单价在 5,000 元以上的检查;
- (六) 需要使用院外特定药品;
- (七) 康复护理治疗;
- (八) 每剂价格超过 8,000 元人民币的药剂或疫苗;
- (九) 其他列示在保险单或保障计划书中的情形。

被保险人提出预授权申请,应该根据保险人要求提供相关的医疗诊断证明和治疗说明。

紧急情况下,如被保险人未能及时获得预授权的,被保险人需在开始接受上述医疗项目后 48 小时之内通知保险人。若被保险人在进行上述治疗前若未获得保险人书面许可而复接受治疗的,保险人有权不承担给付保险金的责任。

责任免除

第十一条 因下列情形之一,造成被保险人支出本合同约定的医疗费用的,保险人不承担给付保险金的责任:

- (一) 非疾病治疗类

1. 各种美容整形项目：包括但不限于皮肤色素沉着、对皮肤表面无囊肿形成或无脓肿的痤疮治疗、红斑痤疮治疗；良性皮肤损害（雀斑、老年斑、痣、疣等）的治疗和去除；对浅表静脉曲张、蜘蛛脉、除瘢痕疙瘩型外的其它瘢痕、纹身去除、皮肤变色的治疗或手术；激光美容、除皱、除眼袋、开双眼皮、治疗斑秃、白发、秃发、脱发、植毛、脱毛、隆鼻、隆胸费用；因美容整形引起后遗症的医疗费用；

2. 各种健美治疗项目，包括但不限于营养、减肥、增胖、增高费用或者与此相关的治疗费用；各种预防保健性项目，包括但不限于保健按摩、自动按摩床治疗、药物蒸汽治疗、药浴、体疗健身、预防注射以及疾病普查费用（投保“预防性检查保险金”不受此限）；由于非疾病引起的用于缓解身体或生理变化的医疗费用，如衰老、更年期、青春期的非疾病症状；预防或预测性质的基因检测及与此相关的费用；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；

3. 各种医疗咨询和健康预测，包括但不限于健康咨询、家庭咨询、婚姻咨询、性咨询、婚前咨询、心理咨询（因精神疾病治疗进行心理咨询的除外）费用；

4. 各种医疗鉴定，包括但不限于医疗事故（释义 27）鉴定、精神病鉴定、孕妇胎儿性别鉴定、各种验伤鉴定、亲子鉴定、遗传基因鉴定费用。

（二）治疗项目类

1. 生殖治疗类：人工辅助生殖（之后的分娩费用除外）、男女节育；输精管或输卵管结扎等绝育术；性功能障碍治疗；非紧急情况下的堕胎，因心理或社会原因实施的堕胎及造成的相关并发症，以及非医学必需剖腹产费；不育症的检查和治疗；绝育恢复手术；变性手术；用于提高性功能的药物；生育/分娩前的培训；与不育或生育相关的任何活细胞冷冻贮藏、植入和再植入费用；

2. 除心脏瓣膜、人工晶体、人工关节、乳房假体之外的人工器官材料费、安装和置换等费用；

3. 性病治疗相关费用，被保险人患艾滋病或感染艾滋病病毒（释义 28）期间因所有疾病所导致的医疗费用；法定传染病治疗费用；遗传性疾病治疗费用；

4. 近视、斜视矫正术费用，包皮环切术、包皮剥离术、包皮气囊扩张术；与脱发相关的治疗及其他相关费用；

5. 被保险人作为器官移植供体发生的医疗费用；

6. 永久性神经损伤或持续植物人状态，超过 90 日的住院治疗；

7. 被保险人接受实验性治疗，即未经公开权威机构证实安全有效的检查、治疗。

（三）服务设施及医学材料类

1. 使用电话、电炉、煤气、以及任何非医疗的行政费用；

2. 陪护费、护工费、洗理费及各种与诊疗无直接关系的费用（包括但不限于脸盆、卫生塑料及卫生纸费）；

3. 定制或改造任何交通工具、洗浴设备或者住宅设备；

4. 非处方医疗器械；

5. 非必需的假体、矫正器具、支具或相似的器具（本合同约定属于保险责任范围内的除外）。

（四）药品费用

1. 自购药品（指被保险人未经过医疗机构所属的具有执业医师资格的医生开具医嘱，自行至药房、超市、医院所属商业药房等地点购买的药品）；

2. 营养性复合维生素，矿物质、膏方及其它营养保健药费，试验或研究性质的药物费用；

3. 医生开具的、治疗时长超过 90 天部分的药品（包含维生素）费用；

4. 使用未获得治疗所在地药品监督管理局许可或批准上市的药品，进行未被批准的适应症用药治疗。

（六）其它

1. 被保险人所患既往症（释义 29）及其并发症引起的医疗费用，但在投保时已告知保险人并经保险人书面同意承保的不在此限；

2. 被保险人发生斗殴（释义 30）、醉酒（释义 31），主动吸食或注射毒品（释义 32）导致的医疗费用；
3. 投保人对被保险人的故意杀害、故意伤害；
4. 被保险人故意自伤、故意犯罪或者抗拒依法采取的刑事强制措施导致的医疗费用；
5. 被保险人参加或从事潜水、跳伞、攀岩、蹦极、驾驶滑翔机或滑翔伞、探险、武术比赛、摔跤、特技表演、赛马、赛车等高风险运动（释义 33）导致的伤害引起的治疗；
6. 由于职业病、医疗事故引起的医疗费用；
7. 被保险人酒后驾驶（释义 34）、无合法有效驾驶证驾驶（释义 35）或驾驶无合法有效行驶证（释义 36）的机动车导致交通意外引起的医疗费用；
8. 任何生物武器、化学武器、核武器、核能装置造成的爆炸、灼伤、污染或者辐射，恐怖活动（释义 37），邪教组织活动，战争（释义 38）、军事行动、暴动或者武装叛乱；
9. 冒名住院、不符合入院标准、挂床（释义 39）住院或住院病人应当出院而拒不出院（从医疗机构确定出院之日起发生的一切医疗费用）；
10. 依据具有相应资格医生的判断，非医学必需的检查和治疗；非合理且必要的医疗费用；
11. 没有提前通知保险人或者得到保险人批准，就接受需事先授权的医疗服务所产生的自付责任；
12. 被保险人在不符合本合同约定的医疗机构内就诊。

保险金额和保险费

第十二条 保险金额

每一被保险人的保险金额是保险人承担给付该被保险人保险金责任的最高限额。保险金额以及各分项费用的赔偿限额由投保人、保险人双方约定，并在保险单中载明。

第十三条 保险费

除另有约定外，投保人应当在保险合同成立时一次性交付保险费。保险费交清前，本合同不生效。保险合同对合同生效有其他约定的，按照该约定执行。对保险合同生效前发生的保险事故（释义 40），保险人不承担保险责任。

免赔额

第十四条 免赔额指应由被保险人自行承担，本合同不予赔付的部分。免赔额由投保人与保险人在订立保险合同时约定，并在保险单中载明。

保险期间

第十五条 保险期间由保险人和投保人协商确定，以保险单载明的起讫时间为准，最长不超过一年。

不保证续保

第十六条 本保险为不保证续保合同。

保险期间届满，投保人需要重新向保险人申请投保本产品，并经保险人同意，交纳保险费，获得新的保险合同。

保险人义务

第十七条 明确说明义务

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。

第十八条 签发保单义务

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。

第十九条 保险合同解除权行使期限

保险人依据第二十三条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。

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，保险人不得解除保险合同；发生保险事故的，保险人应当承担给付保险金责任。

第二十条 补充索赔证明和资料的通知

保险人认为保险金申请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。

第二十一条 及时核定、赔付义务

保险人收到保险金申请人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保险金申请人发出拒绝给付保险金通知书，并说明理由。

第二十二条 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。

投保人、被保险人义务

第二十三条 订立保险合同，保险人就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。

前款规定的合同解除权，自保险人知道有解除事由之日起，超过30日不行使而消灭。

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。

保险人在本合同订立时已经知道投保人未如实告知的情况的，保险人不得解除本合同；发生保险事故的，保险人应当承担赔偿保险金的责任。

第二十四条 在保险期间内，投保人因人员变动，需增加、减少被保险人时，应当以书面形式向保险人提出申请，经保险人审核同意后出具批单，或在本合同中批注。

(一) 对于本合同成立时可参加而未参加本保险人员，在保险期间内投保人不得加保该人员。对于在本合同成立时因其他原因而未参加本保险的人员，投保人可书面通知保险人加保该人员，保险人自通知书载明的起始日期或保险人审核通过日期次日（以较晚者为准）零时起承担保险责任，并按日收取相应保险费。

(二) 投保人因人员变动需要增加主被保险人的，应在符合本保险条款第三条约定的条件之日起三十日内书面通知保险人，保险人自通知书载明的起始日期或保险人审核通过日期次日（以较晚者为准）零时起承担保险责任，并按日收取相应保险费。

(三) 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，投保人应在婚姻状态发生变化三十日内书面通知保险人，保险人自通知书载明的起始日期或保险人审核通过日期次日（以较晚者为准）零时起承担保险责任，并按日收取相应保险费。

(四) 投保人因离职、停薪留职、长期缺勤或者其他原因需要减少主被保险人的，投保人应在人员变动三十日内通知保险人。保险人针对减保的主被保险人及其附属被保险人承担保险责任至保险人收到通知书之日二十四时或通知书载明的终止时间（以较晚者为准）止，并退还相应未到期净保费（释义41）。

(五) 因主被保险人婚姻状态发生变化或者其他原因需要减少附属被保险人的，投保人应在人员变动三十日内书面通知保险人。保险人针对减保的附属被保险人承担保险责任至保险人收到通知之日二十四时或通知书载明的终止时间（以较晚者为准）止，并退还相应未到期净保费。

(六) 因被保险人（子女除外）在保险期间内生育子女需要增加附属被保险人的，投保人需书面通知保险人，保险人自通知书载明的起始日期或保险人审核通过日期次日（以较晚

者为准)零时起对该婴儿承担保险责任,并按日收取相应保险费。

(七)因保险期间内主被保险人经政府相关机构批准合法收养子女需要增加附属被保险人的,投保人需书面通知保险人,保险人自通知书载明的起始日期或保险人审核通过日期次日(以较晚者为准)零时起对该子女承担保险责任,并按日收取相应保险费。

第二十五条 投保人住所或通讯地址变更时,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,均视为已发送给投保人。**

第二十六条 被保险人的年龄以周岁计算。投保人在申请投保时,应将有效身份证件相符的被保险人的出生日期在投保单上填明,如果发生错误应按照下列方式办理:

(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或取消该被保险人的保险资格,并向投保人退还该被保险人的未满期净保费。

(二)投保人申报的被保险人年龄不真实,致使投保人实付保险费少于应付保险费的,保险人有权更正并要求投保人补交保险费。若已经发生保险事故,在给付保险金时按实付保险费和应付保险费的比例给付。

(三)投保人申报的被保险人年龄不真实,致使投保人实付保险费多于应付保险费的,保险人应将多收的保险费退还给投保人。

第二十七条 投保人或者保险金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(释义42)**而导致的迟延。

保险金申请与给付

第二十八条 保险金申请方式及要求如下

(一)直接结算

被保险人在支持直接结算的指定医疗机构接受治疗的,该医疗机构受保险人委托免向被保险人收取与保险人根据本合同本应向**保险金申请人(释义43)**给付的保险金数额对应且符合直接结算要求(具体要求以保险单载明的为准)的医疗费用,保险金申请人不得就此向保险人申请保险金。

属于本合同保险责任范围内的医疗与身故援助费,由医疗服务供应商与保险人直接结算,保险金申请人不得就此向保险人申请保险金。

(二)事后报销

被保险人未在支持直接结算的指定医疗机构接受治疗的或该医疗费用不符合直接结算要求的,保险金申请人向保险人请求给付保险金时,应当提交下列证明和资料:

1. 保险金给付申请书;
2. 保险单或者其他保险凭证、批单;
3. 保险金申请人的身份证明,若保险金申请人系受托申请,还应当提供授权委托书和授权委托人的身份证明;
4. 支持索赔的全部账单、证明、信息和证据,包括但不限于医疗机构出具的病历资料、医学诊断书、处方、病理检查、化验报告、医疗费用原始单据、费用明细单据等;
5. 投保人、被保险人或者受益人所能提供的与确认保险事故的性质、原因、损失程度等有关的其他证明和资料。

保险金申请人未能提供有关证明和资料,导致保险人无法核实保险事故的性质、原因、损失程度的,保险人对无法核实部分不承担给付保险金的责任。

所有本合同的损失计算和保险金支付在涉及外国货币时,均折合人民币计算,并以人民币赔偿。有关汇率以医疗费用清单中最早账单日期对应的中华人民共和国国家外汇管理局公布的汇率中间价为准。保险人不对任何由于货币兑换汇率的浮动可能造成的经济损失负责。

若保险金申请人委托他人申请的,还应提供授权委托书原件、委托人和受托人的**身份证明(释义44)**等相关证明文件。受益人为无民事行为能力人或者限制民事行为能力人的,由其监护人代为申领保险金,并需要提供监护人的身份证明等资料。

第二十九条 当赔付金额未达实际支出医疗费用的全额时,索赔申请人可以书面形式向保险人申请发还收据原件。保险人在加盖印戳并注明已赔付金额后发还收据原件。

争议处理和法律适用

第三十条 合同争议解决方式由当事人在合同约定从下列两种方式中选择一种:

(一) 因履行本合同发生的争议,由当事人协商解决,协商不成的,提交保险单载明的仲裁委员会仲裁;

(二) 因履行本合同发生的争议,由当事人协商解决,协商不成的,依法向人民法院起诉。

第三十一条 与本合同有关的以及履行本合同产生的一切争议处理适用中华人民共和国法律(不包括港澳台地区法律)。

保险合同解除

第三十二条 在本合同成立后,投保人可以通过书面形式通知保险人解除合同,但**保险人已根据本合同约定给付保险金的除外**。

投保人解除本合同时,应提供下列证明文件和资料:

- (一) 保险合同解除申请书;
- (二) 保险合同凭据;
- (三) 保险费交付凭证;
- (四) 投保人身份证明或投保单位证明。
- (五) 保险人要求的其他有关证明和资料。

投保人要求解除本合同,自保险人接到保险合同解除申请书之时起,本合同的效力终止。保险人在收到上述证明和资料之日起30日内退还本合同的未到期净保费。

其他事项

第三十三条 合同解除

在本保险合同成立后,投保人可以通过书面形式通知保险人解除合同。投保人解除本保险合同同时,应提供下列证明文件和资料:

- 1、保险合同解除申请书;
- 2、保险单原件;
- 3、保险费交付凭证;
- 4、投保人身份证明。

投保人要求解除本保险合同,自保险人接到保险合同解除申请书之时起,本保险合同的效力终止。保险人收到上述证明文件和资料之日起30日内退还保险单的**未到期净保费**。若**被保险人已领取过保险金的,保险人退还本保险合同有效保险金额的未到期净保费**。

第三十四条 合同的终止

发生下列情形时,本合同终止:

- (1) 保险合同期满;
- (2) 被保险人不再满足本合同的投保资格要求,但被保险人在保险期间起始日满足年龄要求,在保险期间内保险责任不因其年龄的改变而自动终止。

第三十五条 年龄的确定与错误的处理

被保险人投保年龄,应以法定身份证明文件确定的周岁年龄为准。本合同所承保的被保险人的投保年龄必须符合年龄要求。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,保险人按照以下规定处理:

(1) 投保人申报的被保险人的年龄不真实,并且其真实年龄不符合本保险合同约定的投保年龄限制的,保险人有权解除合同,并向投保人退还未到期净保费;

(2) 投保人申报的被保险人的年龄不真实,并且按照真实年龄所需收取的保费较高,保险人有权更正并要求投保人补缴差额的保险费;

(3) 投保人申报的被保险人年龄不真实,导致投保人实付保险费多于应付保险费的,保险人应将多收的保险费无息退还投保人。

释义

1、**保险人**：指与投保人签订本保险合同的申能财产保险股份有限公司及各分支机构。

2、**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。

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

4、**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。

5、**住院**：是指被保险人因意外伤害或疾病而入住医院的正式病房接受全日24小时监护治疗的过程，并正式办理入出院手续。**但不包括下列情况：**

(1) 被保险人在医院的（门）急诊观察室、家庭病床（房）入住；

(2) 被保险人在特需病房、外宾病房或其它不属于社会医疗保险范畴的高等级病房入住；

(3) 被保险人入住康复科、康复病床或接受康复治疗；

(4) 被保险人住院期间一天内未接受与入院诊断相关的检查和治疗或一天内住院不满二十四小时，但遵医嘱到外院接受临时治疗的除外；

(5) 被保险人住院体检；

(6) 挂床住院及其他不合理的住院。挂床住院指办理正式住院手续的被保险人，在住院期间每日非24小时在院。具体表现包括在住院期间连续若干日无任何治疗，只发生护理费、诊疗费、床位费等情况。

6、**意外伤害**：指以外来的、突发的、非本意的和非疾病的客观事件为直接且单独的原因致使身体受到的伤害。**自然死亡、疾病身故、猝死、自杀以及自伤均不属于意外伤害。**

7、**等待期**：指自本合同生效日起计算的一段时间，具体天数由投保人和保险人在投保时约定，并在保险单中载明。**在等待期内因为疾病接受治疗，或在等待期内确诊并在等待期后接受治疗的，保险人均不承担给付保险金的责任。**

8、**本合同指定的医疗机构**：指提供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。

本合同指定的医疗机构以保单所载为准，被保人在指定的医疗机构就诊可享受约定的保险保障和服务。

9、**医生**：指具有医疗职业资格的人员，包括内科医生、全科医生、专业医生、医学顾问以及其它任何在相应准许和训练范围内从事医疗服务的人员。

10、**合理且必要**：指医疗费用同时满足下列全部要求：

1. 符合通常惯例：指与接受医疗服务所在地通行治疗规范、通行治疗方法、平均医疗费用价格水平一致的费用。

对是否符合通常惯例由保险人根据客观、审慎、合理的原则进行审核；如果被保险人对审核结果有不同意见，可由双方认同的权威医学机构或者权威医学专家进行审核鉴定。

2. 医学必需：指医疗费用符合下列所有条件：

(1) 治疗意外伤害或者疾病所必需的项目；

(2) 不超过安全、足量治疗原则的项目；

(3) 由医生开具的处方药；

(4) 非试验性的、非研究性的项目；

(5) 与接受治疗当地普遍接受的医疗专业实践标准一致的项目。

对是否医学必需由保险人根据客观、审慎、合理的原则进行审核；如果被保险人对审核结果有不同意见，可由双方认同的权威医学机构或者权威医学专家进行审核鉴定。

11、**重症监护病房**：指配有中心监护台、心电监护仪及其它监护抢救设施、相对封闭管

理的单人或多人监护病房，包括重症加强护理病房（ICU）、冠心病重症加强护理病房（CCU）、呼吸疾病重症加强护理病房（RCU）、神经疾病重症加强护理病房（NICU）、急诊重症加强护理病房（RICU）等。

12、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。

13、中草药：中医理论指导下应用的天然药物及其制品，包括中药材和中药饮片，不包括主要起营养滋补作用的药品，起营养滋补作用的药品包括但不限于：

（1）单味或复方均不予支付费用的中药饮片及药材：

鹿茸、猴枣、狗宝、海马、海龙、玛瑙、玳瑁、冬虫夏草、马宝、牛黄、珊瑚、麝香、羚羊角尖粉、犀角、燕窝、人参（生晒参除外），以及各种可以药用的动物脏器（鸡内金除外）和胎、鞭、尾、筋、骨。

（2）单味使用不予支付费用的中药饮片及药材：

阿胶、阿胶珠、鹿角胶、鳖甲胶、三七、龟角胶、龟鹿二仙胶、龟板胶、藏红花、生晒参、羚羊角粉。

（3）以上所列药品包括生药及炮制后的饮片及药材、中药敷贴、中药熏蒸。

14、恶性肿瘤：指恶性细胞不受控制的进行性增长和扩散，浸润和破坏周围正常组织，可以经血管、淋巴管和体腔扩散转移到身体其它部位，病灶经组织病理学检查（涵盖骨髓病理学检查）结果明确诊断，临床诊断属于世界卫生组织（WHO, World Health Organization）《疾病和有关健康问题的国际统计分类》第十次修订版（ICD-10）的恶性肿瘤类别及《国际疾病分类肿瘤学专辑》第三版（ICD-O-3）的肿瘤形态学编码属于 3、6、9（恶性肿瘤）范畴的疾病。

下列疾病不属于“恶性肿瘤”，不在保障范围内：

ICD-O-3 肿瘤形态学编码属于 0（良性肿瘤）、1（动态未定性肿瘤）、2（原位癌和非侵袭性癌）范畴的疾病，如：

a. 原位癌，癌前病变，非浸润性癌，非侵袭性癌，肿瘤细胞未侵犯基层，上皮内瘤变，细胞不典型性增生等；

b. 交界性肿瘤，交界恶性肿瘤，肿瘤低度恶性潜能，潜在低度恶性肿瘤等；

15、针灸治疗：由具有相应资格的医生以针（包括激光）为工具实施的治疗。

16、物理治疗：指由具有相应资质的专业医生实施的、应用人工物理因子（如光、电、磁、声、温热、寒冷、力等）来治疗疾病的治疗方式，包括电疗、光疗、磁疗、热疗、冷疗、水疗，超声波疗法、功能训练和手法治疗，但不包括泥疗、蜡敷治疗、气泡浴与药物浸浴治疗。

17、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。

18、化学疗法：指针对恶性肿瘤的化学治疗。化疗是使用医学界公认的化疗药物以杀死癌细胞、抑制癌细胞生长繁殖为目的而进行的治疗。

19、放射疗法：指针对恶性肿瘤的放射治疗。放疗是使用各种不同能量的射线照射肿瘤组织，以抑制和杀灭癌细胞为目的而进行的治疗，包括质子重离子放射治疗。

20、肿瘤免疫疗法：指应用免疫学原理和方法，使用肿瘤免疫治疗药物提高肿瘤细胞的免疫原性和对效应细胞杀伤的敏感性，激发和增强机体抗肿瘤免疫应答，并应用免疫细胞和效应分子输注宿主体内，协同机体免疫系统杀伤肿瘤、抑制肿瘤生长。

21、肿瘤内分泌疗法：指针对恶性肿瘤的内分泌疗法，用药物抑制激素生成和激素反应，杀死癌细胞或抑制癌细胞的生长。

22、肿瘤靶向疗法：指在细胞分子水平上，针对已经明确的致癌点来设计相应的靶向治疗药物，利用具有一定特异性的载体，将药物或其他杀伤肿瘤细胞的活性物质选择性地运送到肿瘤部位攻击癌细胞的疗法。

23、先天性疾病：指由于基因因素、先天性新陈代谢异常或者其他因素导致的、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者在出生后逐步显现。

24、并发症：一种是指一种疾病在发展过程中引起另一种疾病或症状的发生，后者即为前者的并发症；另一种并发症是指在诊疗护理过程中，病人由患一种疾病合并发生了与这种疾病有关的另一种或几种疾病。

25、社会医疗保险：本合同所称的社会医疗保险包括城镇职工基本医疗保险、城镇居民基本医疗保险、新型农村合作医疗、医疗救助等政府举办的基本医疗保障项目。

26、质子重离子：是放射疗法的一种，指利用质子和重离子对恶性肿瘤进行放射治疗。

27、医疗事故：指医疗机构及其医务人员在医疗活动中，违反医疗卫生管理法律、行政法规、部门规章和诊疗护理规范及常规，过失造成患者人身损害的事故。

28、患艾滋病或感染艾滋病病毒：艾滋病病毒指人类免疫缺陷病毒，英文缩写为HIV。艾滋病指人类免疫缺陷病毒引起的获得性免疫缺陷综合征，英文缩写为AIDS。

在人体血液或者其他样本中检测到艾滋病病毒或者其抗体呈阳性，没有出现临床症状或者体征的，为感染艾滋病病毒；如果同时出现了明显临床症状或者体征的，为患艾滋病。

29、既往症：指在保单生效之前被保险人已患有的且已知晓的有关疾病或症状。

30、斗殴：指双方或多方通过拳脚、器械等武力以求制胜的行为。斗殴的认定，如有司法机关、公安部门的有关法律文件，则以上述法律文件为准。

31、醉酒：指血液中的酒精含量大于或者等于80mg/100ml。

32、毒品：指《中华人民共和国刑法》规定的鸦片、海洛因、甲基苯丙胺（冰毒）、吗啡、大麻、可卡因以及国家规定管制的其他能够使人形成瘾癖的麻醉药品和精神药品，**但不包括由医生开具并遵医嘱使用的用于治疗疾病但含有毒品成分的处方药品。**

33、高风险运动：指各种危险性较高、技巧与体能需求较高的运动项目。包括：滑翔翼、跳伞、海拔六千米以上的户外运动、十八米深以上的潜水、悬崖跳水、徒步穿越无人区（沙漠、戈壁等）、远海漂流、蹦极、野外攀岩、跑酷等。

34、酒后驾驶：指经检测或鉴定，发生事故时车辆驾驶人员每百毫升血液中的酒精含量达到或超过一定的标准，公安机关交通管理部门依据《中华人民共和国道路交通安全法》的规定认定为饮酒后驾驶或醉酒后驾驶。

35、无合法有效驾驶证驾驶：指下列情形之一：

- (1) 无驾驶证驾驶或者持有效期已届满的驾驶证驾驶；
- (2) 驾驶的机动车与驾驶证载明的准驾车型不符；
- (3) 实习期内驾驶公共汽车、营运客车或者载有爆炸物品、易燃易爆化学物品、剧毒或者放射性物品等危险物品的机动车，实习期内驾驶机动车牵引挂车；
- (4) 持未按规定审验的驾驶证驾驶，以及驾驶证被暂扣、扣留、吊销或者注销期间驾驶机动车；
- (5) 使用各种专用机械车、特种车的人员无国家有关部门核发的有效操作证，驾驶营业性客车的驾驶人无国家有关部门核发的有效资格证书；
- (6) 在依照法律法规或者公安机关交通管理部门有关规定不允许驾驶机动车的其他情况下驾驶机动车。

36、无合法有效行驶证：指下列情形之一：

- (1) 机动车被依法注销登记；
- (2) 机动车无公安机关交通管理部门核发的行驶证、号牌，或者临时号牌或者临时移动证；
- (3) 机动车未在规定检验期限内进行安全技术检验或者检验未通过，未依法按时进行或者通过安全技术检验。

37、恐怖活动：指恐怖主义性质的下列行为：

(1) 组织、策划、准备实施、实施造成或者意图造成人员伤亡、重大财产损失、公共设施损坏、社会秩序混乱等严重社会危害的活动的；

(2) 宣扬恐怖主义，煽动实施恐怖活动，或者非法持有宣扬恐怖主义的物品，强制他人在公共场所穿戴宣扬恐怖主义的服饰、标志的；

(3) 组织、领导、参加恐怖活动组织的；

(4) 为恐怖活动组织、恐怖活动人员、实施恐怖活动或者恐怖活动培训提供信息、资金、物资、劳务、技术、场所等支持、协助、便利的；

(5) 其他恐怖活动。

38、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。

39、挂床：指住院过程中一日内未接受与入院诊断相关的检查和治疗或者一日内住院不满二十四小时，遵医嘱到外院接受临时诊疗的不在此限。

40、保险事故：指保险合同约定的保险责任范围内的事故。

41、未到期净保险费：未到期净保费=净保费 $\times$ (1-m/n)，其中，m为已生效天数，n为保险期间的天数，经过日期不足一日的按一日计算。

净保费=保险费 $\times$ (1-费用比例)，除另有约定外，费用比例为 20%。

42、不可抗力：指不能预见、不能避免并不能克服的客观情况。

43、保险金申请人：指受益人、被保险人的继承人或者依法享有或行使保险金请求权的其他人。

44、身份证明：指由政府主管部门规定的证明个人身份的证件，如：居民身份证、按规定可使用的有效护照、军官证、警官证、士兵证等证件。

**申能财产保险股份有限公司
团体全球医疗保险 A 款费率规章**

一、基准费率**(一) 年基准保费**

基准等待期：0 天；

基准免赔额：0 元；

基准赔付比例：1 类医院 100%、2 类医院 100%、3 类医院 80%（医院网络分类详见清单）；

1、基本责任基准保费（住院医疗保险金、门急诊医疗保险金、特殊项目医疗保险金、医疗及身故援助保险金）

年龄 (周岁)	基准保费（元）		
	大陆保障	大中华保障	国际保障（不含美加）
	基准保额 500 万元	基准保额 800 万元	基准保额 800 万元
0-5	13203	21382	42765
6-10	12137	20255	40510
11-15	11601	19404	38809
16-20	11713	19589	39178
21-25	12684	21185	42370
26-30	13919	23212	46424
31-35	14461	23809	47618
36-40	14804	24349	48699
41-45	14957	24645	49290
46-50	17203	28279	56559
51-55	19377	32072	64144
56-60	22297	36945	73890
61-65	28668	47431	94862

2、可选生育医疗保险金基准保费

年龄 (周岁)	基准保费（元）		
	大陆保障	大中华保障	国际保障（不含美加）
	基准保额 3 万元	基准保额 5 万元	基准保额 10 万元
18-49	1200	2000	4000

可选生育医疗保险金等待期：180 天；

3、可选预防性检查保险金基准保费

年龄（周岁）	基准保费（元）
	基准保额 2200 元
0-65	2000

4、可选牙科医疗保险金基准保费

年龄（周岁）	基准保费（元）
	基准保额 2500 元
0-65	1070

二、费率调整系数（各调整系数之间为连乘关系）

1、投保人数

投保人数(人)	3-20	21-50	51-100	101-200	>200
调整系数	[1.0, 1.2]	[0.95, 1.0)	[0.93, 0.95)	[0.90, 0.93)	[0.85, 0.90)

2、等待期

等待期(天)	调整系数
0	1.0
30	0.95
30 天以上	0.9

3、医院范围赔付比例

医院范围	2 类
赔付比例	调整系数
60%	0.8
80%	0.92
100%	1

医院范围	3 类
赔付比例	调整系数
60%	0.95
80%	1
100%	/

最终医院范围赔付比例系数=2 类医院调整系数×3 类医院调整系数；

当赔付比例在两档之间的，采用线性插值法计算调整系数；

4、被保险人健康状况

健康状况	调整系数
A 类水平	[0.7, 1.0)
B 类水平	[1.0, 1.2]
C 类水平	(1.2, 1.5]

注：A类水平：指被保险人健康状况很好，生活方式健康，风险意识较强；

B类水平：指被保险人健康状况中等，生活方式中等，风险意识中等；

C类水平：指被保险人健康状况较差，生活方式不健康，风险意识较差。

5、被保险人职业类别

职业类别	调整系数
1-2 类	1.0
3-4 类	(1.0, 2.0]
5-6 类	(2.0, 4.0]

6、居住地区

居住地区	调整系数
北上广深津地区	1.0
非北上广深津地区	[0.7, 1.0)

7、有无医保

医保情况	调整系数
有	0.95
无	1

8、续保

投保次数	调整系数
首年投保	1.0
第一年续保	0.95
第二年续保	0.90
第三年及以上续保	0.85

9、经验/预期赔付率

经验/预期赔付率	调整系数
(0%, 50%]	0.7
(50%, 60%]	0.8
(60%, 70%]	0.9
(70%, 80%]	1.0
(80%, 90%]	1.2
(90%, 110%]	1.65
(110%, 150%]	1.95
150%以上	2.3

10、销售渠道

销售渠道	调整系数
直销渠道	[0.7, 1.0]
其他渠道	(1.0, 1.5]

三、保费计算公式

保险费=(基本责任保费+可选责任保费)×费率调整系数乘积×投保人数×投保天数/365天