



请扫描以查询验证条款

北京人寿保险股份有限公司 北京人寿京享全球高端医疗保险条款

阅读指引

本阅读指引有助于理解条款，对本合同内容的解释以条款为准。

🔑 您拥有的重要权益

- ❖ 您有按本合同的约定续保的权利.....2.2
- ❖ 本合同提供的保障在保险责任条款中列明.....2.6
- ❖ 您有退保的权利5.1

🔑 您应当特别注意的事项

- ❖ 本合同有责任免除条款，请注意2.8
- ❖ 保险事故发生后，请及时通知本公司3.2
- ❖ 退保会给您造成一定的损失，请慎重决策.....5.1
- ❖ 您有如实告知的义务6.1
- ❖ 本公司对一些重要术语进行了解释，并作了显著标识，请注意7

🔑 保险条款是保险合同的重要内容，为充分保障您的权益，请仔细阅读本保险条款。

🔑 条款目录

| | | |
|----------------|-----------------|-------------------|
| 1. 双方订立的合同 | 险 | 7.15 肿瘤内分泌疗法 |
| 1.1 合同构成 | 6. 其他需要关注的事项 | 7.16 肿瘤靶向疗法 |
| 1.2 合同成立与生效 | 6.1 明确说明与如实告知 | 7.17 医疗事故 |
| 1.3 投保范围 | 6.2 本公司合同解除权的限制 | 7.18 遗传性疾病 |
| 2. 本公司提供的保障 | 6.3 年龄性别错误 | 7.19 斗殴 |
| 2.1 保险金额 | 6.4 合同内容变更 | 7.20 醉酒 |
| 2.2 保险期间和续保 | 6.5 联系方式变更 | 7.21 毒品 |
| 2.3 保障计划 | 6.6 争议处理 | 7.22 酒后驾驶 |
| 2.4 保险区域 | 7. 释义 | 7.23 无合法有效驾驶证驾驶 |
| 2.5 预授权 | 7.1 周岁 | 7.24 无合法有效行驶证 |
| 2.6 保险责任 | 7.2 中国境内 | 7.25 机动车 |
| 2.7 损失补偿原则 | 7.3 医疗机构 | 7.26 感染艾滋病病毒或患艾滋病 |
| 2.8 责任免除 | 7.4 中国大陆 | 7.27 非处方药 |
| 3. 保险金的申请 | 7.5 紧急医疗 | 7.28 潜水 |
| 3.1 受益人 | 7.6 住院 | 7.29 攀岩 |
| 3.2 保险事故通知 | 7.7 符合通常惯例 | 7.30 探险 |
| 3.3 保险金申请 | 7.8 医学必需 | 7.31 武术比赛 |
| 3.4 保险金给付 | 7.9 意外伤害 | 7.32 特技表演 |
| 3.5 诉讼时效 | 7.10 基本医疗保险 | 7.33 不可抗力 |
| 4. 保险费的支付 | 7.11 医生 | 7.34 有效身份证件 |
| 4.1 保险费的支付 | 7.12 中草药 | 7.35 现金价值 |
| 4.2 宽限期 | 7.13 护士 | |
| 5. 合同解除 | 7.14 肿瘤免疫疗法 | |
| 5.1 您解除合同的手续及风 | | |

北京人寿保险股份有限公司

北京人寿京享全球高端医疗保险条款

在本保险条款中，“您”指投保人，“本公司”指北京人寿保险股份有限公司，“本合同”指您与本公司之间订立的“北京人寿京享全球高端医疗保险合同”。

1. 双方订立的合同

- 1.1 合同构成 本合同由保险单及其所附条款、投保单、合法有效的声明、批注、批单及其他保险凭证、与本合同有关的投保文件、书面协议构成。
- 1.2 合同成立与生效 您提出保险申请、本公司同意承保，本合同成立。
本合同自本公司同意承保、收取保险费并签发保险单的次日零时起开始生效，合同生效日期在保险单上载明。本合同生效日期为本公司开始承担保险责任的日期。
- 1.3 投保范围 凡出生 28 日以上（含 28 日）、75 周岁（见释义）以下（含 75 周岁），在中国境内（见释义）居住的，均可作为被保险人，由本人或对其具有保险利益的其他人作为投保人向本公司投保本保险。
被保险人为非中华人民共和国国籍的，需持有中华人民共和国政府部门签发的
工作签证，或拥有中华人民共和国境内居留证或长期居住权，并提供中华人民共和国境内固定居住地址。

2. 本公司提供的保障

- 2.1 保险金额 本合同的保险金额由您在投保时与本公司约定，并在保险单上载明。
- 2.2 保险期间和续保 本合同的保险期间为 1 年；除另有约定外，自本合同生效日零时起至约定终止日二十四时止，由您在投保时与本公司协商确定并在保险单上载明。
若您投保时选择了自动续保方式，在本合同保险期间届满前，若本公司未收到您不再继续投保的通知，则视作您申请续保本合同，经本公司同意且您按续保时被保险人年龄对应的费率支付续保保险费后，本合同自保险期间届满次日零时起继续有效 1 年。本公司接受续保本合同的被保险人的年龄最高不超过 80 周岁。
- 2.3 保障计划 本合同提供多种医疗保障计划，您仅可在投保时与本公司约定其中一种，并在保险单上载明。本合同医疗保障计划的保险金额、各项保险金限额、在各类**医疗机构**（见释义）治疗给付保险金的给付比例见附表。本合同所称医疗机构分为以下两类：1. 非特定医疗机构；2. 特定医疗机构。
- 其中：
非特定医疗机构指本合同涵盖的基础医疗机构，被保险人在该类医疗机构就医时，本公司按照本合同约定承担保险责任范围内的医疗费用。
特定医疗机构指超出该地区惯常医疗费用水平的昂贵医疗机构，被保险人在该类医疗机构就医时，本公司将按您与本公司约定不承担或者按一定比例承担保险责任范围内的医疗费用。

2.4 保险区域

本合同的保险区域为下列区域之一：

- (1) 中国大陆（见释义）；
- (2) 大中华（包括中国大陆，香港，澳门以及台湾）；
- (3) 全球除美国；
- (4) 全球。

保险区域根据您与本公司约定的保障计划确定，并在保险单上载明。本公司仅对于被保险人在保险单上载明的保险区域内发生的符合本合同约定的医疗费用承担保险责任。

对保险区域外**紧急医疗**（见释义）责任，本公司将按照保险区域外紧急门（急诊/住院（见释义）医疗责任的约定对保险单上载明的保险区域外被保险人发生的紧急门（急诊/住院医疗费用承担保险责任。

2.5 预授权

被保险人拟接受下列治疗，须在开始治疗前至少 48 小时向本公司提出预授权申请：

- (1) 每次住院治疗 and 手术治疗；
- (2) 首次特殊门诊治疗；
- (3) 首次精神疾病治疗；
- (4) 单项检查费用超过 5,000 元；
- (5) 每剂超过人民币 1 万元的处方药；
- (6) 不符合上述条件但保险期间内预期累计医疗费用超过人民币 5 万元的任何治疗；
- (7) 保险区域外的紧急医疗。

对于被保险人预授权申请，本公司在收到预授权申请后 24 小时内将予以书面、电话、短信其中一种形式回复，被保险人的治疗应在收到本公司的许可回复后开始。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治疗后 48 小时之内通知本公司。

被保险人在进行上述第 (1) 至 (6) 项治疗前，若未获得事先授权或紧急情况下未能在规定时间内通知本公司的，对于被保险人发生的医疗必需且合理的医疗费用，本公司将按本合同约定的赔偿范围、给付比例及费用限额计算得出的金额，再乘以 60% 的比例给付保险金。

对上述第 (7) 项情况，被保险人若未获得事先授权或紧急情况下未能在规定时间内通知本公司的，本公司对被保险人未经许可的治疗而发生的医疗费用不承担给付保险金的责任。

2.6 保险责任

本合同保险期间内，本公司承担您选择的且载明于保险单上的保险区域及医疗保障计划内的，被保险人发生的**符合通常惯例**（见释义）的且**医学必需**（见释义）的医疗费用。

本合同的保险责任分为必选责任和可选责任，必选责任为您在投保时必须选择的部分，可选责任可由您决定是否投保，并载明于本合同中。

本公司给付的必选责任和可选责任项下的保险金，以本合同各责任项下的分项限额为限，且累计给付的各项保险金数额之和不能超过本合同的保险金额。累计给

付的各项保险金数额之和达到本合同保险金额的，本合同终止。

2.6.1 必选责任：

住院医疗保险金 被保险人遭受**意外伤害**（见释义）或在本合同生效之日起30日后（续保的，不受30日的限制）发生疾病，并因该意外伤害或疾病在本公司认可的医疗机构住院诊疗，对被保险人因实际发生下列（1）-（11）项符合通常惯例的且医疗必需的住院医疗费用，本公司扣除被保险人已通过其他途径（包括但不限于**基本医疗保险**（见释义）、公费医疗、其他商业医疗保险等）获得的补偿或赔偿后，按约定给付比例，在本合同住院医疗保险金年限额和各项保险责任年限额、日限额范围内给付住院医疗保险金。

对因生育、牙科疾病、视力矫正、体检及免疫导致住院而发生的住院医疗费用，本公司不承担给付住院医疗保险金的责任。

（1）床位费及膳食费

床位费指被保险人住院期间使用的医疗机构床位的费用（其中被保险人在中国大陆境内医疗机构住院的，本公司承担不高于标准单人病房标准的床位费，被保险人在中国大陆境外医疗机构住院的，本公司承担不高于标准双人病房标准的床位费）。

膳食费是指根据**医生**（见释义）的医嘱且由医疗机构内设的专门为住院病人配餐的食堂配送的并符合通常惯例的膳食费用。

膳食费不包括：

- ①所住医疗机构外其他营利性餐饮服务机构提供的餐饮费用；
- ②不是根据医嘱配送的、在医疗机构对外营业的餐厅或者食堂的餐饮费用；
- ③不在医疗机构开具的医疗费用清单上的餐饮费用。

（2）重症监护室床位费

重症监护室床位费指住院期间出于医学必要被保险人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（ICU）、冠心病重症监护病房（CCU）标准的单人或者多人监护病房。

（3）药品费及材料费

药品费指在住院期间根据医生开具的处方所发生的西药、中成药和**中草药**（见释义）的费用。

药品费不包括下列药品费用：

- ①主要起营养滋补作用的中草药类：**花旗参、冬虫夏草、西红花、灵芝、白糖参、**

朝鲜红参、红参、野山参、移山参、蛤蚧、琥珀、珊瑚、玳瑁、玛瑙、珍珠（粉）、阿胶、阿胶珠、血宝胶囊、红桃K口服液、十全大补丸、十全大补膏等；

②部分可以入药的动物及动物脏器，如狗宝、牛黄、麝香、燕窝、马宝、羚羊角尖粉、鹿茸、海马、胎盘、血竭、鞭、尾、筋、骨等，用中药材和中药饮片炮制的各类酒制剂等；

③美容和减肥药品；

④非因病情必须使用的免疫功能调节类药品；

⑤预防类药品。

材料费指在住院期间医生或者护士（见释义）在为被保险人进行的各种治疗中所使用的一次性敷料费用。

（4）医生费（医事服务费）及治疗费

医生费是指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、治疗方案拟订等各项医疗服务所收取的费用。

治疗费是指由医生或者护士对患者进行的除手术外的各种治疗项目而发生的治疗费，包括因清创、换药、拆线、脓肿切开引流、瘘管烧灼、血管穿刺、输血、输液、注射、肌肉封闭、吸氧、放疗、化疗、冷冻、激光、肾透析、急救治疗、心肺复苏等而发生的治疗费，具体以所就诊医疗机构的费用项目划分为准。

（5）护理费

护理费是指住院期间由护士对被保险人提供临床护理服务所收取的费用。包括各级护理、重症监护与专项护理费用。

（6）检查化验费

检查化验指由医生开具的由医疗机构专项检查科室的专业检查、检验人员实施的各检查化验项目，包括实验室检查、病理检查、放射线检查、CT、核磁共振检查（MRI）、B超、血管造影、同位素、心电图、心功能、肺功能、骨密度、基因学检查。

（7）非器官移植手术费

非器官移植手术费指住院期间为治疗疾病、挽救生命而施行的非器官移植手术产生的合理手术医疗费用，包括手术室费、恢复室费、麻醉费、手术监测费、手术辅助费、材料费、一次性用品费、术中用药费、手术设备费。

（8）器官移植手术费

器官移植手术费是指经相关专科医生明确诊断，根据医学需要必须进行肝脏移植、

肾脏移植、心脏移植、肺脏移植或者骨髓移植而发生的手术费、辅助治疗费、检验费等。但不包括因器官供体寻找、获取以及从供体切除、储藏、运送器官而发生的相关费用。

(9) 加床费

加床费指未满 18 周岁的被保险人在住院治疗期间, 本公司根据合同约定给付其合法监护人(限一人)在医疗机构留宿发生的加床费; 或女性被保险人在住院治疗期间, 本公司根据合同约定给付其一周岁以下哺乳期婴儿在医疗机构留宿发生的加床费。

(10) 精神疾病治疗费

精神疾病治疗费是指在本合同生效之日起 30 日后(续保的, 不受 30 日的限制)被保险人根据国际疾病标准编码 ICD-10 中所列明的编码为 F00 至 F99 疾病或者《中国精神病分类方案和诊断标准》(CCDM-3)首次明确诊断为精神疾病后, 在医疗卫生监管部门认可的精神病专科医院或者设有精神病科室的医疗机构住院治疗精神疾病而发生的治疗费。

(11) 当地救护车费

如为医学必需并且符合通常惯例, 本公司将支付下列运送被保险人进行住院诊疗的当地救护车费用:

- ①从意外伤害事故或机体损伤发生地到医疗机构;
- ②从一医疗机构转送另一医疗机构;
- ③从被保险人居所到医疗机构。

只有在当地救护车的使用是为了到医院进行医疗性质的治疗时, 本公司才支付其费用(当地救护车费不承担山地搜救的服务费用)。

对于本合同保险期间届满前发生的且延续至本合同保险期间届满日后 30 日内的医疗必需且合理的住院医疗费用, 本公司仍然按照上述给付比例, 在各项费用的年限额和日限额范围内给付住院医疗费用保险金, 但累计给付金额不超过住院医疗保险金年限额。

特殊门诊医疗 保险金

被保险人遭受意外伤害或在本合同生效之日起 30 日后(续保的, 不受 30 日的限制)发生疾病, 并因该意外伤害或疾病在本公司认可的医疗机构接受特殊门诊治疗, 对被保险人因实际发生下列(1) - (7)项符合通常惯例的且医疗必需的门诊医疗费用, 本公司扣除被保险人已通过其他途径(包括但不限于基本医疗保险、公费医疗、其他商业医疗保险等)获得的补偿或赔偿后, 按约定给付比例, 在本合同特殊门诊医疗保险金年限额和各项保险责任年限额范围内给付特殊门诊医疗保险金。

对因生育、牙科疾病、保险区域外紧急医疗、视力矫正、体检及免疫导致门诊而

发生的特殊门诊医疗费用，本公司不承担给付特殊门诊医疗保险金的责任。

(1) 门诊肾透析费用

(2) 门诊恶性肿瘤治疗费

门诊恶性肿瘤治疗费指电疗法、化学疗法、放射疗法、**肿瘤免疫疗法**（见释义）、**肿瘤内分泌疗法**（见释义）、**肿瘤靶向疗法**（见释义）的治疗费用。

(3) 器官移植后的门诊抗排异治疗费

(4) 意外门诊费

意外门诊费指被保险人遭受意外伤害并因该意外伤害在本公司认可的医疗机构接受门诊治疗，所发生的符合通常惯例的且医疗必需的门诊医疗费用。

(5) 门诊手术费

门诊手术费用包括门诊手术费、麻醉费、手术监测费、手术辅助费、未独立记账的术中用药费、手术设备费等。

(6) 住院前 30 日门（急）诊费用

住院前 30 日门（急）诊费用指被保险人遭受意外伤害或在本合同生效之日起 30 日后（续保的，不受 30 日的限制）发生疾病，并在本合同保险期间内因该意外伤害或疾病在本公司认可的医疗机构住院诊疗的，被保险人因同一保险事故在本公司认可的医疗机构发生的住院前 30 日内的门（急）诊医疗费用，同时该门（急）诊医疗费用必须为在本合同生效之日起 30 日后发生的费用（续保的，不受 30 日的限制）。

(7) 出院后 90 日门（急）诊费用

出院后 90 日门（急）诊费用指被保险人遭受意外伤害或在本合同生效之日起 30 日后（续保的，不受 30 日的限制）发生疾病，并因该意外伤害或疾病在本公司认可的医疗机构住院诊疗的，对被保险人因同一保险事故在本公司认可的医疗机构发生的出院后 90 日内的门（急）诊医疗费用，同时该门（急）诊医疗费用必须为在本合同保险期间内发生的费用。

2.6.2 可选责任：

普通门（急）诊医疗保险金 被保险人遭受意外伤害或在本合同生效之日起 15 日后（续保的，不受 15 日的限制）发生疾病，并因该意外伤害或疾病在本公司认可的医疗机构门（急）诊诊疗，对被保险人因实际发生下列（1）-（12）项符合通常惯例的且医疗必需的门（急）

诊医疗费用，本公司扣除被保险人已通过其他途径（包括但不限于基本医疗保险、公费医疗、其他商业医疗保险等）获得的补偿或赔偿后，按约定给付比例，在本合同普通门（急）诊医疗保险金年限额和各项保险责任年限额范围内给付普通门（急）诊医疗保险金。

对因生育、非意外牙科疾病、视力矫正、体检及免疫导致门（急）诊而发生的门（急）诊医疗费用，本公司不承担给付普通门（急）诊医疗保险金的责任。

(1) 挂号费及医生费（医事服务费）

(2) 治疗费

(3) 检查化验费

(4) 药品费

药品费指在门（急）诊就医期间根据医生开具的处方所发生的西药、中成药和中草药的费用。

药品费不包括下列药品费用：

①主要起营养滋补作用的中草药类：花旗参、冬虫夏草、西红花、灵芝、白糖参、朝鲜红参、红参、野山参、移山参、蛤蚧、琥珀、珊瑚、玳瑁、玛瑙、珍珠（粉）、阿胶、阿胶珠、血宝胶囊、红桃K口服液、十全大补丸、十全大补膏等；

②部分可以入药的动物及动物脏器，如狗宝、牛黄、麝香、燕窝、马宝、羚羊角尖粉、鹿茸、海马、胎盘、血竭、鞭、尾、筋、骨等，用中药材和中药饮片炮制的各类酒制剂等；

③美容和减肥药品；

④非因病情必须使用的免疫功能调节类药品；

⑤预防类药品。

(5) 物理治疗及其它特殊疗法费

物理治疗及其它特殊疗法费指被保险人在门（急）诊由具有相应资格的医生进行物理治疗、脊柱推拿、顺势疗法、针灸疗法、职业疗法、语音治疗的相关合理且必要的费用。

(6) 中医费

中医费指被保险人根据注册中医医师处方开具中草药的费用，及挂号费、诊察费等相关费用。

(7) 精神疾病治疗费

精神疾病治疗费是指在本合同生效之日起 15 日后（续保的，不受 15 日的限制）

被保险人根据国际疾病标准编码 ICD-10 中所列明的编码为 F00 至 F99 疾病或者《中国精神病分类方案和诊断标准》(CCDM-3) 首次明确诊断为精神疾病后, 在医疗卫生监管部门认可的精神病专科医院医疗机构或者设有精神病科室的医疗机构门(急) 诊治疗精神疾病而发生的治疗费。

(8) 意外牙科治疗费

意外牙科治疗费指被保险人因意外伤害事故且在事故之日起 7 日内, 在医疗机构牙科门(急) 诊治疗原本完整无损的、未经过任何治疗的自身牙齿的合理且必要的紧急治疗和修复的费用 (不包括牙科例行检查和牙病的诊治)。

(9) 激素替代治疗费

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而进行激素替代治疗的相关合理且必要的医疗费用。

(10) 当地救护车费

如为医学必需并且符合通常惯例, 本公司将支付下列运送被保险人进行门(急) 诊诊疗的当地救护车费用:

- ①从意外伤害事故或机体损伤发生地到医疗机构;
- ②从一医疗机构转送另一医疗机构;
- ③从被保险人居所到医疗机构。

只有在当地救护车的使用是为了到医院进行医疗性质的治疗时, 本公司才支付其费用(当地救护车费不承担山地搜救的服务费用)。

(11) 耐用医疗设备租赁

耐用医疗设备须由专科医生明确要求被保险人必须租赁用以辅助治疗。

可被支付的耐用医疗设备须满足下列全部条件:

- ①非一次性用品、可多次反复使用;
- ②以医疗为目的;
- ③适于家庭使用;
- ④不能用于除治疗疾病或者损伤以外的任何其他目的。

耐用医疗设备不包括拐杖、轮椅等主要为生活便利的设备。

(12) 保险区域外紧急门(急) 诊医疗保险金

对被保险人在其保险区域以外的国家或者地区因紧急医疗发生的门(急) 诊医疗费用, 本公司按照本合同“普通门(急) 诊医疗保险金”约定的各项保险责任项目、“特殊门诊医疗保险金”中的“门诊手术费”, 在本合同中载明的保险区域外紧急门(急) 诊医疗保险金年限额范围内给付保险金。

被保险人在其保险区域以外的国家和地区接受紧急医疗前，须获得本公司或者本公司授权的救援机构的同意，本公司或者本公司授权的救援机构将引导被保险人至最近且合适的网络医疗机构就医。

本公司对以下情况不承担给付保险区域外紧急医疗保险金的责任：

- (1) 对与被保险人到达保险区域以外国家和地区前已有疾病或者症状相关的治疗；
- (2) 常规医疗；
- (3) 可以推迟至被保险人返回保险区域后接受的医疗；
- (4) 被保险人事先计划好或者应该预料到的治疗；
- (5) 因被保险人已知或者应该知道的情形而发生的医疗；
- (6) 妊娠、分娩及相关病症；
- (7) 被保险人前往出发地所在国政府、目的地所在国政府或者联合国明确告知不建议前往的国家或者地区；
- (8) 对因健康原因被医生建议不宜旅行的被保险人执意旅行引起的伤害或者疾病的治疗。

保险区域外紧急住院医疗保险金

对被保险人在其保险区域以外的国家或者地区因紧急医疗发生的医疗费用，本公司根据本合同“住院医疗保险金”约定的各项保险责任项目和给付比例，在本合同保险区域外紧急住院医疗保险金年限额范围内给付保险金。

被保险人在其保险区域以外的国家和地区接受紧急医疗前，须获得本公司或者本公司授权的救援机构的同意，本公司或者本公司授权的救援机构将引导被保险人至最近且合适的网络医疗机构就医。

本公司对以下情况不承担给付保险区域外紧急医疗保险金的责任：

- (1) 对与被保险人到达保险区域以外国家和地区前已有疾病或者症状相关的治疗；
- (2) 常规医疗；
- (3) 可以推迟至被保险人返回保险区域后接受的医疗；
- (4) 被保险人事先计划好或者应该预料到的治疗；
- (5) 因被保险人已知或者应该知道的情形而发生的医疗；
- (6) 妊娠、分娩及相关病症；
- (7) 被保险人前往出发地所在国政府、目的地所在国政府或者联合国明确告知不建议前往的国家或者地区；
- (8) 对因健康原因被医生建议不宜旅行的被保险人执意旅行引起的伤害或者疾病的治疗。

女性生育保险金

女性被保险人在本合同生效之日起6个月后（续保的，不受6个月的限制），对在本公司认可的医疗机构发生下列（1）-（5）项符合通常惯例的且医疗必需的生育医疗费用，本公司扣除被保险人已通过其他途径（包括但不限于基本医疗保险、公费医疗、其他商业医疗保险等）获得的补偿或赔偿后，按约定给付比例，在本合同女性生育保险金年限额和各项保险责任年限额范围内给付女性生育保险金（被保险人在本合同生效之日起6个月内怀孕的，本公司不承担给付女性生育保

险金的责任)。

- (1) 孕前常规检查以及相关费用，包括每次妊娠期内两次超声波检查费；
- (2) 医疗必需的分娩费用；
- (3) 流产或者终止妊娠而发生的医疗费用；
- (4) 在分娩、流产或者终止妊娠过程中发生的并发症导致的治疗费用；
- (5) 新生儿出生后 7 日内未出院期间所接受的治疗费用，包括护理费及免疫费。

本公司对以下费用不承担给付女性生育保险金的责任：

- (1) 非因医学原因的选择性终止妊娠及其并发症，包括人工流产、药物流产等而发生的医疗费用；
- (2) 因避孕、节育绝育（含绝育以及绝育恢复手术）、治疗不孕不育症、性功能相关治疗，或者由前述情形导致的并发症的治疗发生的医疗费用；
- (3) 优生优育咨询、筛查、检查和治疗费用；
- (4) 产前辅导课程，与生产无关的助产师等费用；
- (5) 与不育或者生育相关的任何活细胞冷冻贮藏、植入和再植的医疗费用；
- (6) 被保险人因在怀孕 28 周以上乘坐飞机旅行导致的治疗而发生的医疗费用。

在一个保险年度内，无论被保险人一次还是多次妊娠，本公司只对被保险人的一次妊娠承担生育保险金的给付责任，且如果该次妊娠跨越了保险年度，因该次妊娠应给付的女性生育保险金以被保险人妊娠开始之时所在保险年度的保险单上载明的女性生育保险金年限额为限。

牙科医疗保险金

在本合同保险期间内，对被保险人在本公司认可的医疗机构接受非重大牙科治疗或在本合同生效之日起 3 个月后（续保的，不受 3 个月的限制）接受重大牙科治疗，发生下列（1）-（2）项符合通常惯例的且医疗必需的牙科医疗费用，本公司扣除被保险人已通过其他途径（包括但不限于基本医疗保险、公费医疗、其他商业医疗保险等）获得的补偿或赔偿后，按约定给付比例，在本合同牙科医疗保险金年限额和各项保险责任年限额、次限额范围内给付牙科医疗保险金。

（1）预防性牙科治疗

预防性牙科治疗包括因常规牙科检查以及 X 线检查、牙齿健康指导、氟化物治疗、洁牙和抛光（预防）而发生的治疗费。每一保险年度，本公司承担给付因洁牙而发生的牙科医疗保险金不超过 2 次。

（2）因疾病导致的牙科治疗

①基础牙科治疗费，包括因汞合金或者树脂复合填充物、简单拔牙而发生的治疗费。

②重大牙科治疗费，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）、智齿拔除费、牙齿矫正治疗费，以及相关口腔X光费。

牙齿矫正治疗费包括模型研究、牙齿印模、活动矫治器、固定矫治器（包括调整）、正畸拔牙、托槽的粘接费。

本公司对以下费用不承担给付牙科医疗保险金的责任：

（1）非因治疗必需的、以美容为目的的牙齿处理、义齿、高嵌体、种植牙、贴面而发生的相关费用；

（2）被保险人未按牙科医生的建议在投保前进行必要的牙科治疗而引起的在投保后发生的牙科治疗费用。

眼科医疗保险金 在本合同保险期间内，对被保险人在本公司认可的医疗机构发生下列（1）-（2）项符合通常惯例的且医疗必需的眼科医疗费用，本公司按约定给付比例，在本合同眼科医疗保险金年限额和各项保险责任年限额范围内给付眼科医疗保险金。

（1）眼科检查费

眼科检查费指被保险人由验光师或者眼科医生实施的眼科检查费用。

（2）配镜费用

配镜费用包括：

①根据眼科医生的医嘱所配的眼镜或者隐形眼镜；

②根据眼科医生的医嘱所配的眼镜框架；

③根据眼科医生的医嘱所配的太阳镜。

本公司对以下费用不承担给付配镜费用保险金的责任：

①非医学必需的或者不是根据眼科医生的医嘱所配的太阳镜；

②非医学必需的或者不是根据眼科医生的医嘱所配的眼镜或者隐形眼镜。

健康体检保险金 在本合同保险期间内，对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，本公司按约定给付比例，在本合同健康体检保险责任年限额、次限额范围内给付健康体检保险金。

本公司对以下情况不承担给付健康体检保险金的责任：

（1）出于行政或者管理事务目的（比如与投保保险、招聘、入学或者运动相关的体格检查）的体检、婚前体检、旅游体检、出境体检、疾病普查等；

（2）各种医疗咨询、医疗鉴定和健康预测：如健康咨询、家庭咨询、性咨询、婚前咨询、医疗事故（见释义）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、遗传基因鉴定等。

- 特别注意事项 如果被保险人在中国境内发生上述住院、特殊门诊、门（急）诊、生育、牙科治疗医疗费用，您以被保险人有基本医疗保险或者公费医疗身份投保，但被保险人既未从基本医疗保险又未从公费医疗获得医疗费用补偿的，本公司按上述计算得到的医疗保险金的 80%进行给付。
- 2.7 损失补偿原则 本公司实际给付的各项保险金以被保险人扣除相应补偿或给付（包括但不限于基本医疗保险、公费医疗、其他商业医疗保险等）后的剩余自付部分医疗费用为限。
- 2.8 责任免除 因下列情形之一，导致被保险人支出医疗费用的，本公司不承担给付保险金的责任：
- （1）被保险人自杀或故意自伤，但被保险人自杀或故意自伤时为无民事行为能力人的除外；
 - （2）被保险人在本合同生效前的未愈疾病，本合同中特别约定除外的疾病；
 - （3）被保险人仅有临床不适症状，入院诊断和出院诊断均不是明确疾病（以世界卫生组织颁布的《疾病和有关健康问题的国际统计分类（ICD-10）》为准）的住院；
 - （4）被保险人发生在中国境内但不符合国家《临床技术操作规范》的治疗；
 - （5）被保险人患先天性畸形、变形和染色体异常（以世界卫生组织颁布的《疾病和有关健康问题的国际统计分类（ICD-10）》为准）、遗传性疾病（见释义）、职业病；
 - （6）被保险人故意犯罪、抗拒依法采取的刑事强制措施；
 - （7）被保险人斗殴（见释义）、醉酒（见释义），主动吸食或注射毒品（见释义）；
 - （8）被保险人酒后驾驶（见释义）、无合法有效驾驶证驾驶（见释义）、驾驶无合法有效行驶证（见释义）的机动车（见释义）；
 - （9）被保险人感染艾滋病病毒或患艾滋病（见释义）、性病；接受性功能障碍治疗、人工受孕、不孕症治疗、避孕、绝育手术或者变性手术；
 - （10）被保险人未遵医嘱，私自服用、涂用、注射药物，但按使用说明的规定使用非处方药（见释义）除外；
 - （11）被保险人参加潜水（见释义）、跳伞、攀岩（见释义）、驾驶滑翔机或滑翔伞、探险（见释义）、摔跤、武术比赛（见释义）、特技表演（见释义）、赛马、赛车等高风险运动；
 - （12）战争、军事行动、暴乱、武装叛乱或者恐怖活动；核爆炸、核辐射或者核污染；
 - （13）疗养、包皮环切、非医学必需的激素治疗、脱发治疗、美容、减肥、丰胸或者缩胸手术、睡眠有关的研究或者治疗、戒烟、矫形、视力矫正手术、非意外事故所致的整容手术；
 - （14）被保险人从事与其健康状况不适宜的活动或者运动所导致的意外或者所引发的疾病；
 - （15）被保险人因检查、麻醉、手术治疗、药物治疗而导致的医疗意外和/或者医疗事故；
 - （16）被保险人接受未经科学或者医学认可的试验性或者研究性治疗及其产生的后果治疗。

3. 保险金的申请

- 3.1 受益人 除本合同另有指定外，本合同的各项保险金受益人为被保险人本人。
- 3.2 保险事故通知 您、被保险人或者受益人应在知道保险事故发生之日起 10 日内通知本公司，但因不可抗力（见释义）导致的迟延除外。您、被保险人或者受益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，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或者虽未及时通知但不影响本公司确定保险事故的性质、原因、损失程度的除外。
- 3.3 保险金申请 在申请保险金时，由保险金受益人作为申请人，填写给付申请书，并凭下列证明和资料向本公司申请给付保险金：
- (1) 保险合同或保险凭证；
 - (2) 受益人的有效身份证件（见释义），境外责任索赔时，应提交被保险人护照；
 - (3) 如果被保险人住院，则须提供医院出具的被保险人的入出院记录；
 - (4) 医院出具的被保险人的诊断证明、医疗费用以及处方和检查化验明细清单及病历；首次申请理赔时，应提供医院出具的被保险人在本合同保险期间内历次的诊断证明、医疗费用明细清单及病历；
 - (5) 医院出具的被保险人的医疗费用收据或者发票，本公司留存其原件；首次申请理赔时，应提供医院出具的被保险人在本合同保险期间内历次的医疗费用收据或者发票；
 - (6) 如果被保险人已经从其他途径（包括但不限于基本医疗保险、公费医疗、其他商业医疗保险等）获得补偿或赔偿的，需提供相应机构或单位出具的医疗费用结算证明；
 - (7) 所能提供的与确认保险事故的性质、原因等有关的其他证明和资料。
- 以上保险金申请的证明和资料不完整的，本公司将及时一次性通知受益人补充提供有关证明和资料。
- 如果委托他人领取保险金，受托人除提供上述所有证明和资料外，必须另行出具有关委托人亲笔签字的授权委托书和受托人身份证明文件。
- 被保险人在本公司认可的医疗机构内接受治疗，其进行事先通知并在本合同保险责任范围内的医疗费用中可由本公司与医疗机构直接结算本公司应付部分的医疗费用，受益人不应向本公司申请该部分保险金。
- 保险金作为被保险人遗产时，继承人还必须提供可证明其合法继承权的相关权利文件。
- 受益人或者继承人为未成年人或者无民事行为能力人时，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受益人或者继承人为未成年人或者无民事行为能力人的证明和监护人具有合法监护权的证明。
- 3.4 保险金给付 本公司在收到保险金给付申请书及合同约定的证明和资料后，将在 5 日内作出核定；情形复杂的，在 30 日内作出核定，但本合同另有约定的除外。本公司会将核定结果通知申请人。
- 对属于保险责任的，本公司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。
- 本公司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。前述“损失”是指根据中国人民银行公布的同时期的人民币活期存款基准利率计算的利息损失。

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

本公司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；本公司最终确定给付保险金的数额后，将支付相应的差额。

保险金支付币种为人民币，如果实际发生的费用非人民币，本公司将按发生日期首日的中国人民银行人民币汇率中间价进行兑换为人民币支付。本公司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。

- 3.5 诉讼时效 受益人向本公司请求给付保险金的诉讼时效期间为 2 年，自其知道或者应当知道保险事故发生之日起计算。

4. 保险费的支付

- 4.1 保险费的支付 您应于投保时一次性支付全部保险费。

- 4.2 宽限期 本合同保险期间届满时，若本公司同意续保，则自期满日的次日零时起 30 日为宽限期。宽限期内发生的保险事故，本公司仍会承担保险责任，但在给付保险金时会扣减您欠交的保险费。如果您宽限期结束之后仍未支付保险费，则本公司自宽限期届满的次日零时起不再承担保险责任。

5. 合同解除

- 5.1 您解除合同的手续及风险 在本合同保险期间内，您可以申请解除本合同。您申请解除本合同时，应填写解除合同申请书并向本公司提供下列资料：

- (1) 保险合同；
- (2) 您的有效身份证件。

自本公司收到解除合同申请书时起，本合同终止。本公司自收到解除合同申请书之日起 30 日内向您退还本合同的**现金价值**（见释义）。对已发生过保险金给付，或已发生本合同约定的保险事故但尚未支付保险金的情形，本公司不退还本合同的现金价值。

您解除合同可能会遭受一定损失。

6. 其他需要关注的事项

- 6.1 明确说明与如实告知 订立本合同时，本公司应向您说明本合同的内容。
- 对保险条款中免除本公司责任的条款，本公司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。
- 本公司就您和被保险人的有关情况提出询问，您应当如实告知。
- 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。**
- 如果您故意不履行如实告知义务，对于本合同解除前发生的保险事故，本公司不承担给付保险金的责任，并且不退还保险费。**
- 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**

本合同解除前发生的保险事故，本公司不承担给付保险金的责任，但应当退还保险费。

本公司在合同订立时已经知道您未如实告知的情况的，本公司不得解除合同；发生保险事故的，本公司承担给付保险金的责任。

- 6.2 本公司合同解除权的限制 本保险条款“明确说明与如实告知”约定的合同解除权，自本公司知道有解除事由之日起，超过 30 日不行使而消灭。
- 6.3 年龄性别错误 您在申请投保时，应将与有效身份证件相符的被保险人的出生日期和性别在投保书上填明，如果发生错误按照下列方式办理：
(1) 您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，在保险事故发生之前本公司有权解除合同，并向您退还现金价值。本公司行使合同解除权适用本合同“明确说明与如实告知”中合同解除权限制的规定。
(2) 您申报的被保险人年龄或性别不真实，致使您实交保险费少于应交保险费的，本公司有权更正并要求您补交保险费。若已经发生保险事故，本公司在给付保险金时按实交保险费和应交保险费的比例给付。
(3) 您申报的被保险人年龄或性别不真实，致使您实交保险费多于应交保险费的，本公司会将多收的保险费无息退还给您。
- 6.4 合同内容变更 在本合同保险期间内，经您与本公司协商一致，可以变更本合同的有关内容。变更本合同的，应当由本公司在保险单或者其他保险凭证上批注或者附贴批单，或由您和本公司订立变更的书面协议。
- 6.5 联系方式变更 为了保障您的合法权益，您的住所、通讯地址或电话等联系方式变更时，请及时以书面形式或双方认可的其他形式通知本公司。若您未以书面形式或双方认可的其他形式通知本公司，本公司按本合同载明的最后住所、通讯地址或电话等联系方式发送的有关通知，均视为已送达给您。
- 6.6 争议处理 合同争议解决方式从下列两种方式中选择一种：
(1) 因履行本合同发生的争议，由双方协商解决，协商不成的，提交约定的仲裁委员会仲裁；
(2) 因履行本合同发生的争议，由双方协商解决，协商不成的，依法向被告所在地人民法院起诉。

7. 释义

- 7.1 周岁 指有效身份证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。
- 7.2 中国境内 指除香港特别行政区、澳门特别行政区以及台湾地区之外的中华人民共和国领土。

- 7.3 **医疗机构** 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。
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。
- 7.4 **中国大陆** 指除香港特别行政区、澳门特别行政区以及台湾地区之外的中华人民共和国领土。
- 7.5 **紧急医疗** 指针对突然发生的、为避免严重身体伤害或者死亡须立即接受治疗的状况，被保险人立即开始接受的相应医疗。
- 7.6 **住院** 指被保险人确因临床需要，正式办理入院及出院手续，并确实入住医疗机构正式病房接受治疗的行为过程，**但不包括入住门诊观察室、家庭病床、挂床住院，以及休养、疗养、身体检查和健康护理等非治疗性行为。**
- 7.7 **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本公司理赔人员根据客观、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。
- 7.8 **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。
对是否医学必需由本公司理赔人员根据客观、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。
- 7.9 **意外伤害** 指遭受外来的、突发的、非本意的、非疾病的客观事件直接致使身体受到的伤害。
- 7.10 **基本医疗保险** 指城镇职工基本医疗保险、城镇居民基本医疗保险、新型农村合作医疗等政府举办的基本医疗保障项目。
- 7.11 **医生** 指在所在国合法注册的具有医师执业资格和诊断处方权且正在执业的医师。
- 7.12 **中草药** 指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。**不含主要起营养滋补作用的药品，主要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。

- 7.13 护士 指在所在国合法注册的具有护士执业资格且正在执业的护理人员。
- 7.14 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。本合同所指的肿瘤免疫治疗药物需符合法律、法规要求并经过国家食品药品监督管理局批准用于临床治疗。
- 7.15 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。本合同所指的内分泌治疗药物需符合法律、法规要求并经过国家食品药品监督管理局批准用于临床治疗。
- 7.16 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。本合同所指的靶向治疗药物需符合法律、法规要求并具有国家食品药品监督管理局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。
- 7.17 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、常规，过失造成患者人身损害的事故。
- 7.18 遗传性疾病 指生殖细胞或者受精卵的遗传物质（染色体和基因）发生突变或者畸变所引起的疾病，通常具有由亲代传至后代的垂直传递的特征。
- 7.19 斗殴 指双方或多方通过拳脚、器械等武力以求制胜的行为。关于斗殴的认定，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。
- 7.20 醉酒 指因饮酒而表现出动作不协调、意识紊乱、舌重口吃或其他不能清醒地控制自己行为的状态。醉酒的认定，如有司法机关、公安部门的有关法律文件、医疗机构的诊断书等，则以上述法律文件、诊断书等为准。
- 7.21 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。

- 7.22 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《道路交通安全法》的规定认定为饮酒后驾驶或醉酒后驾驶。
- 7.23 无合法有效驾驶证驾驶 指下列情形之一：
 (1) 没有取得驾驶资格；
 (2) 驾驶与驾驶证准驾车型不相符合的车辆；
 (3) 持审验不合格的驾驶证驾驶；
 (4) 持学习驾驶证学习驾驶时，无教练员随车指导，或不按指定时间、路线学习驾车。
- 7.24 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的；
 (2) 未依法按时进行或通过机动车安全技术检验。
- 7.25 机动车 指以动力装置驱动或者牵引，上道路行驶的供人员乘用或者用于运送物品以及进行工程专项作业的轮式车辆。
- 7.26 感染艾滋病病毒或患艾滋病 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。
 在人体血液或其它样本中检测到艾滋病病毒或其抗体呈阳性，没有出现临床症状或体征的，为感染艾滋病病毒；如果同时出现了明显临床症状或体征的，为患艾滋病。
- 7.27 非处方药 指在使用药品当时，由国务院药品监督管理部门公布的，不需要凭执业医师和执业助理医师处方，消费者可以自行判断、购买和使用的药品。
- 7.28 潜水 指使用辅助呼吸器材在江、河、湖、海、水库、运河等水域进行的水下运动。
- 7.29 攀岩 指攀登悬崖、楼宇外墙、人造悬崖、冰崖、冰山等运动。
- 7.30 探险 指明知在某种特定的自然条件下有失去生命或使身体受到伤害的危险，而故意使自己置身于其中的行为，如：江河漂流、登山、徒步穿越沙漠或人迹罕至的原始森林等活动。
- 7.31 武术比赛 指两人或两人以上对抗性柔道、空手道、跆拳道、散打、拳击等各种拳术及使用器械的对抗性比赛。
- 7.32 特技表演 指进行马术、杂技、驯兽等表演。
- 7.33 不可抗力 指不能预见、不能避免并不能克服的客观情况。

- 7.34 **有效身份证件** 指由政府主管部门规定的证明其身份的证件，如：居民身份证、按规定可使用的有效护照、军官证、士兵证、户口簿等证件。
- 7.35 **现金价值** 指保险单所具有的价值，通常体现为解除合同时，根据精算原理计算的，由本公司退还的那部分金额。现金价值=保险费×(1-35%)×(1-当期已经过日数/保险期间日数)。经过日数不足一日的按一日计算。

附表：

北京人寿京享全球高端医疗保险保障计划表

(以下所有金额均以人民币计算，单位为元)

| 保障计划 | | 计划一 | 计划二 | 计划三 | 计划四 | |
|---------------------------------------|--------------------|-----------------------------------|--------------------|-------------|-------------|-------------|
| 保险区域 | | 中国大陆 | 大中华 | 全球除美国 | 全球 | |
| 保险金额 | | 400万 | 400万 | 800万 | 800万 | |
| 给付比例 | 非特定医疗机构 | 100% (其中，牙科 80%) | | | | |
| | 特定医疗机构 | 0%/80%/100% (其中，牙科、眼科、健康体检 0%) | | | | |
| 必选责任 | | | | | | |
| 住院医疗保险金 | | 年限额 | 400万 | 400万 | 800万 | 800万 |
| 住院 医 疗 保 险 金 | 1. 床位费及膳食费 | 年限额 | 不设单项最高限额 | | | |
| | 2. 重症监护室床位费 | 年限额 | | | | |
| | 3. 药品费及材料费 | 年限额 | | | | |
| | 4. 医生费(医事服务费)及治疗费 | 年限额 | | | | |
| | 5. 护理费 | 年限额 | | | | |
| | 6. 检查化验费 | 年限额 | | | | |
| | 7. 非器官移植手术费 | 年限额 | | | | |
| | 8. 器官移植手术费 | 年限额 | 50万 | 100万 | 200万 | 不设单项最高限额 |
| | 9. 加床费 | 日限额 | 600元 | 600元 | 600元 | 600元 |
| | 10. 精神疾病治疗费 | 年限额 | 2万 | 5万 | 10万 | 不设单项最高限额 |
| | 11. 当地救护车费 | 年限额 | 不设单项最高限额 | | | |
| 特殊门诊医疗保险金 | | 年限额 | 同住院医疗保险金年限额 | | | |
| 特殊 门 诊 医 疗 保 险 金 | 1. 门诊肾透析费用 | 年限额 | 不设单项最高限额 | | | |
| | 2. 门诊恶性肿瘤治疗费 | 年限额 | | | | |
| | 3. 器官移植后的门诊抗排异治疗费 | 年限额 | | | | |
| | 4. 意外门诊费 | 年限额 | | | | |
| | 5. 门诊手术费 | 年限额 | | | | |
| | 6. 住院前 30 日门(急)诊费用 | 年限额 | | | | |
| | 7. 出院后 90 日门(急)诊费用 | 年限额 | | | | |

注：“不设单项最高限额”指以对应保险计划的各类别保险责任年限额为限。

| 保障计划 | | 计划一 | 计划二 | 计划三 | 计划四 | |
|-----------------------|-------------------------------------|------------|--------------|--------------|--------------|--------------------|
| 可选责任 | | | | | | |
| 普通门（急）诊医疗保险金 | 普通门（急）诊医疗保险金 | 年限额 | 5万 | 8万 | 10万 | 同住院医疗保险金年限额 |
| | 1. 挂号费及医生费（医事服务费） | 年限额 | 不设单项最高限额 | | | |
| | 2. 治疗费 | 年限额 | | | | |
| | 3. 检查化验费 | 年限额 | | | | |
| | 4. 药品费 | 年限额 | | | | |
| | 5. 物理治疗及其它特殊疗法费 | 年限额 | 3500元 | 3500元 | 3500元 | 3500元 |
| | 6. 中医费 | 年限额 | 3500元 | 3500元 | 3500元 | 3500元 |
| | 7. 精神疾病治疗费 | 年限额 | 不含此责任 | | 5000元 | 5000元 |
| | 8. 意外牙科治疗费 | 年限额 | 4万 | 4万 | 4万 | 4万 |
| | 9. 激素替代治疗费 | 年限额 | 不设单项最高限额 | | | |
| | 10. 当地救护车费 | 年限额 | | | | |
| | 11. 耐用医疗设备租赁 | 年限额 | 不含此责任 | | 4万 | 不设单项最高限额 |
| | 12. 保险区域外紧急门（急）诊医疗保险金 | 年限额 | 不设单项最高限额 | | | |
| 保险区域外紧急住院医疗保险金 | | 年限额 | 50万 | 50万 | 50万 | 不适用 |
| 女性生育保险金 | 女性生育保险金 | 年限额 | 5万 | 5万 | 8万 | 8万 |
| | 1. 孕前常规检查以及相关费用（包括每次妊娠期内两次超声波检查费） | 年限额 | 不设单项最高限额 | | | |
| | 2. 医疗必需的分娩费用 | 年限额 | | | | |
| | 3. 流产或者终止妊娠而发生的医疗费用 | 年限额 | | | | |
| | 4. 在分娩、流产或者终止妊娠过程中发生的并发症导致的治疗费用 | 年限额 | | | | |
| | 5. 新生儿出生后7日内未出院期间所接受的治疗费用，包括护理费及免疫费 | 年限额 | | | | |
| 牙科医疗保险金 | 牙科医疗保险金 | 年限额 | 3000元 | 4000元 | 5000元 | 6000元 |
| | 1. 预防性牙科治疗（洁牙每年最高赔付2次） | 年限额 | 不设单项最高限额 | | | |
| | 2. 因疾病导致的牙科治疗 | 年限额 | | | | |
| 眼科医疗保险金 | 眼科医疗保险金 | 年限额 | 3000元 | 3000元 | 3000元 | 3000元 |
| | 1. 眼科检查费 | 年限额 | 不设单项最高限额 | | | |
| | 2. 配镜费用 | 年限额 | | | | |
| 健康体检保险金 | | 年限额 | 1万 | 1万 | 1万 | 1万 |
| | | 次限额 | 1次/年 | 1次/年 | 1次/年 | 1次/年 |

注：“不设单项最高限额”指以对应保险计划的各类别保险责任年限额为限。