

京东安联财产保险有限公司
少儿高端医疗保险条款
C00005032512023051692373

总则

第一条 保险合同构成

本保险合同由保险条款、投保单及其他投保文件、保险单、批单等组成。凡涉及本保险合同的约定，均应采用书面形式。

第二条 保险合同的成立

投保人提出投保申请，经保险人（见释义一）同意承保的，本保险合同成立，具体生效日以保险单所载的日期为准。

第三条 投保人与被保险人

经保险人同意，凡投保时年龄在出生满 30 天至 14 周岁、身体健康、在中华人民共和国大陆境内（不包括港澳台）长期居住（见释义二）的所有国籍人士均可作为本保险合同的被保险人。

投保人应为被保险人的监护人。

第四条 受益人

除另有约定外，本保险合同保险金的受益人均为被保险人本人。

第五条 第三方管理机构

第三方管理机构是指经保险人委托为被保险人提供本保险合同相关的日常医疗协助及理赔协助等各项服务的机构，第三方管理机构的名称和联系电话等信息将在保险单中载明。

保险责任

第六条 本保险合同的保险责任分为必选责任和可选责任。投保人可单独投保必选责任，也可以在投保必选责任的同时投保可选责任，但投保人不能单独投保可选责任。

第七条 住院及特定门诊医疗费用保险金

在保险期间内，若被保险人因遭受意外伤害，或在等待期（见释义三）后因初次出现症状（见释义四）或体征（见释义五）且确诊罹患疾病，在保险人指定或认可的医疗机构（见释义六，以下简称“医疗机构”）接受住院治疗、特殊门诊或门诊手术治疗的，保险人按下列约定给付住院及特定门诊医疗费用保险金：

（一）住院医疗费用保险金

被保险人经在医疗机构诊断必须住院（见释义七）治疗的，对于被保险人在医疗机构治疗产生的需被保险人个人支付的、必需且合理（见释义八）的住院医疗费用，保险人在扣除保险单载明的免赔额后，依照保险单载明的比例给付。

住院医疗费用包括：

- 1、**急诊室费**：被保险人在医院急诊室（含抢救室）进行急诊治疗，实际发生的急诊室（含抢救室）的房间使用费；
- 2、**床位费**：指被保险人使用的医院床位的费用（包括急诊留观产生的床位费）；
- 3、**住院陪床费**：指在被保险人住院期间，为其陪伴者而设的一张额外床的实际费用；

- 4、**膳食费**：指住院期间根据医生的医嘱，由作为医院内部专属部门的、为住院病人配餐的食堂配送的膳食费用。膳食费应包含在医疗账单内；根据各医疗机构的惯例，可以作为独立的款项、也可以合并病房费等其他款项内。**非医疗账单内的膳食费，保险人不承担保险责任；**
- 5、**护理费**：指根据医嘱所示的护理等级确定的护理费用；
- 6、**重症监护室床位费**：指出于医学必需被保险人使用的医院重症监护室床位的费用；
- 7、**诊疗费**：被保险人在医院进行治疗时，所发生的本保险合同约定的医疗机构主诊医生或会诊医生的劳务费用，含挂号费或医事服务费；
- 8、**检查检验费**：被保险人在医院进行治疗时，所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，包括检查费、妇检费、X光费、心电图费、B超费、脑电图费、内窥镜费、肺功能仪费、分子生化检查费和血、尿、便常规检查费等；
- 9、**治疗费**：指以治疗疾病为目的，提供必要的医学手段而发生的合理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，包括放射治疗费、化学治疗费、呼吸治疗费注射费、机疗费、理疗费、输血费、输氧费、体外反搏费等；
- 10、**药品费**：指实际发生的合理且必要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药品的费用，以90日用量为上限；但不包括营养补充类药品，免疫功能调节类药品，美容及减肥类药品，预防类药品，以及以下中药类药品：（1）主要起营养滋补作用的单方、复方中药或中成药，如花旗参、冬虫草、白糖参、朝鲜红参、玳瑁、蛤蚧、珊瑚、狗宝、红参、琥珀、灵芝、羚羊角尖粉、马宝、玛瑙、牛黄、麝香、西红花、血竭、燕窝、野山参、移山参、珍珠（粉）、紫河车、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，如鹿茸、海马、胎盘、鞭、尾、筋、骨等；（3）用中药材和中药饮片炮制的各类酒制剂等；
- 11、**手术费**：指当地卫生行政部门规定的手术项目的费用。包括手术室费、麻醉费、手术监测费、手术材料费、术中用药费、手术设备费；若因器官移植而发生的手术费用，不包括器官本身的费用和获取器官过程中的费用；
- 12、**耐用医疗设备费**：指购买或租赁本保险合同约定的医疗机构医生处方要求的、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所发生的购买费或租赁费，以及上述设备或支具的后续修理、更换费用。康复设备和矫形支具包括腿、臂、背和颈支具，人造腿、臂、眼等设备；耐用医疗设备不包括轮椅或自动床、助听器、血压监测仪、人工耳蜗、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；
- 13、**救护车费**：在紧急情况下，出于医疗必要，专业救护车将被保险人运至医疗机构所发生的必需且合理的救护车运送费用。

（二）特殊门诊医疗费用保险金

在保险期间内，若被保险人在等待期后因初次出现症状或体征且确诊罹患疾病的，对于被保险人在医疗机构接受特殊门诊治疗，需被保险人个人支付的、必需且合理的特殊门诊医疗费用，保险人在扣除保险单载明的免赔额后，按保险单载明的比例给付。

本项特殊门诊医疗范围包括：

1、恶性肿瘤-重度（见释义九）门诊治疗，包括

（1）**化学疗法**：指对于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。本保险合同所指的化疗为被保险人根据医嘱，在医院进行的静脉注射化疗，服用药物等方式的化疗；

(2) 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。本保险合同所指的放疗为被保险人根据医嘱，在医院的专门科室进行的放疗；

(3) 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。本保险合同所指的靶向治疗药物需符合法律、法规要求并经过国家食品药品监管总局批准用于临床治疗治疗费用；

(4) 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。本保险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管总局批准用于临床治疗；

(5) 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。本保险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管总局批准用于临床治疗。

2、重大器官移植术或造血干细胞移植术后门诊行抗排异治疗。

3、肾脏透析治疗。

(三) 门诊手术医疗费用保险金

在保险期间内，被保险人经医疗机构医生诊断无需过夜住院（不占用病床的方式）而接受门诊手术所发生的医疗费用，对于需被保险人个人支付的、必需且合理的门诊手术费，保险人在扣除保险单载明的免赔额后，依照保险单载明的比例给付。

门诊手术费包括外科医生费、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。

保险人对上述（一）到（三）项医疗费用保险金的累积给付金额之和以本保险合同约定的住院及特定门诊医疗费用保险金额为限，当保险人全年累积给付金额达到该保险金额时，保险人对被保险人在本项下的保险责任终止。

第八条 一般门急诊医疗费用保险金

在保险期间内，若被保险人因遭受意外伤害或因首次确诊罹患疾病，在保险人指定或认可的医疗机构进行门急诊治疗的（不含特殊门诊治疗和门诊手术治疗），保险人对于需被保险人个人支付的、必需且合理的以下类型的门急诊医疗费用，保险人在扣除保险单载明的免赔额后，按保险单载明的比例给付。

门急诊医疗费用包括：

- (一) 急诊室费；
- (二) 诊疗费；
- (三) 检查检验费；
- (四) 药品费；
- (五) 耐用医疗设备租赁费，不含耐用医疗设备购买费用；
- (六) 中医治疗和物理治疗费（可选责任）：指由具有相应医疗资质的专业医师实施的中医治疗、针灸治疗、顺势疗法、物理治疗和脊柱指压治疗。

中医治疗和物理治疗费为可选责任，由投保人选择投保并载明于保险单。

一般门急诊医疗费用保险金的各类型医疗费用的次限额、累计给付金额及给付次数由双方约定并载明于保险单，当保险人全年累积给付金额或给付次数达到本保险合同约定的保险金额或给付次数限额时，保险人对被保险人在本项下的保险责任终止。保险责任的终止以累积给付金额或给付次数限额两者中最先达到保险合同约定的上限者为准。

第九条 健康检查及疫苗责任（可选责任）

仅当投保人为被保险人投保健康检查和疫苗责任后，保险人按下述约定承担被保险人实际发生的有关健康检查和疫苗费用。

（一）健康检查责任

在保险期间内，被保险人因身体需要而在保险人指定或认可的健康检查及疫苗医疗机构（释义十）（首次就诊选定一个医疗机构品牌并前往就医后，不得再转至其他品牌）进行有关检查及相关检查化验，对于被保险人实际发生的有关检查费用，保险人将在本项责任的限额范围内给付保险金。

（二）疫苗费用赔偿责任

在保险期间内，被保险人因身体需要而在保险人指定或认可的健康检查及疫苗医疗机构（首次就诊选定一个医疗机构品牌并前往就医后，不得再转至其他品牌）注射国家批准认证的、非实验性质的疫苗，对于被保险人实际发生的有关疫苗费用及注射费用，保险人将在本项责任的限额范围内给付保险金。

具体赔付限额、免赔额、赔付比例、赔付次数由投保人和保险人在投保时约定并载于保险单中。

若投保人为被保险人选择投保健康检查及疫苗保障责任的，保险人在上述“一般门急诊医疗费用保险金”以及“健康检查及疫苗责任”两项责任项下的累计最高赔偿金额以保险单所载的一般门急诊医疗费用保险金额为限。

第十条 补偿原则和标准

本保险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、保险人在内的任何商业保险机构等）获得医疗费用补偿，则保险人仅对被保险人实际发生的医疗费用扣除其所获医疗费用补偿后的余额按照本保险合同的约定进行补偿。社保卡个人账户部分支出视为个人支付，不属于已获得的医疗费用补偿。

若被保险人以参加社会医疗保险身份投保，但未以参加社会医疗保险身份就诊并结算的，则保险人按照保险单载明的比例进行补偿。

第十一条 免赔额

本保险合同所指免赔额含年免赔额和次免赔额，指在保险期间内，应由被保险人自行承担、保险人不予赔偿的部分。被保险人从其他途径已获得的医疗费用补偿可用于抵扣免赔额，但通过社会医疗保险和公费医疗保险获得的补偿，不可用于抵扣免赔额。各类医疗费用的免赔额由双方约定，并载于保险单。

第十二条 责任免除

（一）任何因下列情形之一导致被保险人支出医疗费用的，或具备下列情形/行为的，保险人不承担给付保险金责任：

- 1、被保险人在初次投保或非连续投保前所患有的既往病症（见释义十一）及其并发症，但投保时如实告知并经保险人审核同意承保的不在此限；
- 2、等待期内罹患的疾病或等待期内接受检查但在等待期后确诊的疾病；
- 3、未经中国临床医疗管理部门认可的试验性或研究性治疗（包括但不限于检查方法、治疗方法、手段、设备、药品等）费用；

- 4、 投保人或被保险人的故意行为；被保险人的故意行为（包括但不限于自残、自杀）引起的或者在这一过程中发生的伤害、病症治疗及其他相关费用；自伤或自杀时被保险人为无民事行为能力人除外；
- 5、 已从政府、慈善机构、其他福利计划或医疗保险计划等第三方获得补偿的治疗费用；
- 6、 非被保险人本人的就医费用，或被保险人冒用他人身份的就医费用，无原始发票的费用，电话咨询费，没有按时就诊的预约挂号费用，在不符合本保险合同约定的医疗机构所产生的费用，不在执业范围的医疗服务费用；
- 7、 遗传性疾病，先天性畸形、先天性疾病、变形或染色体异常引起的医疗费用（依照世界卫生组织《疾病和有关健康问题的国际统计分类（ICD-10）》确定）；
- 8、 精神和行为障碍（依照世界卫生组织《疾病和有关健康问题的国际统计分类（ICD-10）》确定）的治疗和康复所产生的费用；
- 9、 被保险人罹患艾滋病（AIDS）或感染艾滋病病毒（HIV）（上述定义，应按世界卫生组织所订的定义为准，若在被保险人的血液样本中发现上述病毒或其抗体，则认定病人已受该病毒感染）；
- 10、 基因咨询、筛查、检查及其他相关费用（包括但不限于过敏原检测）；但因治疗目的而接受的医学必需的基因检测费用不受此限，如恶性肿瘤治疗所必需的基因检测；
- 11、 各种自用的按摩保健和治疗用品：颈托（急救中使用的颈托不在此限）、腰托、胃托、肾托、护膝带、钢头颈、矫正器具、药带、药枕、拐杖、轮椅、健身按摩器和各种磁疗用品及家用检测治疗仪器等费用；
- 12、 矫正鞋或其他脚支撑器材费（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），任何用于治疗弱足、矫形足、不稳足、扁平足或足弓塌陷的器材费，任何与跗骨、跖骨相关的医疗及其他相关费用，对脚表面损害（如鸡眼、老茧、角质化）医疗费用，但有关骨外露、肌腱或韧带的手术不在此限；
- 13、 生长激素治疗及其他相关费用，但经保险人或其授权的第三方管理机构批准的医学必需情形不在此限；
- 14、 因学习障碍、多动症、注意力集中缺陷、语言障碍矫正、儿童行为问题和儿童发育问题而接受的治疗所导致的费用；
- 15、 各种医疗鉴定费用，包括但不限于医疗事故鉴定、精神病鉴定、各种验伤鉴定、亲子鉴定、遗传基因鉴定等；
- 16、 包皮环切术、包皮剥离术、包皮气囊扩张术费用及其并发症和其他相关费用；
- 17、 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；
- 18、 任何因内外科手术或其他医疗行为导致的伤害；
- 19、 任何因酗酒、滥用酒精、吸毒、使用管制药物、非法药物、非医生处方要求药物或者非医生处方要求用量药物导致的治疗及与其有关的并发症的治疗费用；
- 20、 因任何原因导致的牙科治疗费用；
- 21、 不符合入院标准、挂床住院或住院病人应当出院而拒不出院（从医院确定出院之日起发生的一切医疗费用）；
- 22、 因个人舒适或方便而产生的费用，包括但不限于电视、电话、食品保温箱、雇佣护工、房屋打扫、访客膳食、住宿、家庭设备、旅行费用，本保险合同没有列明的急救费用及其他非医学必需的服务和设备；
- 23、 各种健康检查（保险单约定承保的则不受此限），功能医学检查（包括但不限于全套个人化营养评估、抗氧化维生素分析、氧化压力分析、营养与毒性元素分析、肠道免疫功能分析）费用，免疫费用，出于行政或管理事务目的（包括但不限于与投保保险、招聘、入学或运动相关的体

- 格检查)发生的检查费用,旅行和宾馆住宿费用,预防保健(包括但不限于保健按摩、自动按摩床治疗、药物蒸气治疗、药浴、体疗健身、疾病普查)费用;
- 24、未经医生处方自行购买的药品和设备,戒烟戒酒药物、食欲抑制剂、头发再生药物、抗老化药物、美容用品、维生素、矿物质等营养保健药品和食品、营养滋补类中草药;
- 25、静养疗法、监护及家居照料费,在护理之家、养老院接受的护理,为休息、观察而实施的环境疗法,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、康复科、康复病床、健康中心、天然治疗所、康复院、联合医院、诊所、精神病院、老人院、戒毒中心、戒酒中心、医院的(门)急诊观察室、家庭病床(房)等非本保险合同规定的医疗机构接受的服务或治疗;
- 26、选择性手术和治疗及其他相关费用,仅为改善或提高目前身体状况(包括但不限于中医调理)而发生的、非医学必需的费用,如分子矫正法治疗(见释义十二);
- 27、无论是否出于心理目的而进行的各种美容、整形(包括但不限于非意外牙科治疗、非意外整形,如激光美容、除皱、除眼袋、开双眼皮、治疗白发、秃发、脱发、植发、植毛、脱毛、隆鼻、隆胸、缩胸、减肥、增胖、增高等)费用;
- 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(包括但不限于黄褐斑、皮肤白斑、色素沉着、雀斑、痣等)的治疗、祛除及其他相关费用;对无症状的浅表静脉曲张、蜘蛛脉、除瘢痕疙瘩型外的其它瘢痕、白癜风、纹身去除、皮肤变色的治疗、手术、并发症的治疗及其他相关费用;
- 29、视力测试、屈光缺陷(包括近视、远视及散光)的任何医疗费用及配镜费用;
- 30、被保险人因戒毒、戒酒、戒烟或以戒除成瘾为目的所发生的费用;
- 31、器官移植供体费用、器官来源费用、器官组织或活体细胞的低温储藏费用,与不孕不育症或生育治疗相关的移植费用;
- 32、医疗咨询和健康预测(包括但不限于健康咨询、家庭咨询、性咨询)费用,智能测试、教育测试的医疗服务费;
- 33、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者病症的治疗及其他相关费用;
- 34、核爆炸、核辐射或核污染、化学污染;
- 35、战争、军事冲突、暴乱、武装叛乱或恐怖主义活动;无必要但主动置身于风险的情况。

(二) 被保险人在下列期间发生的医疗费用,保险人也不承担给付保险金责任:

- 1、被保险人参与任何职业体育活动或任何设有奖金或报酬的体育运动,在训练或比赛中期间;
- 2、被保险人进行滑翔翼、滑翔伞、跳伞、探险活动(见释义十三)、非固定路线洞穴探险、特技表演(见释义十四),任何海拔6000米以上的户外运动及潜水深度大于18米的活动期间;
- 3、被保险人必须借助登山绳索、登山向导(非旅行社导游)完成的登山活动期间;借助水下供气瓶(非呼吸管)设备完成的潜水活动期间;
- 4、被保险人从事违法、犯罪活动期间或被依法拘留、服刑、在逃期间。

第十三条 保险金额和保险费

保险金额是保险人承担给付保险金责任的最高限额。保险金额由投保人、保险人双方约定,并在保险单中载明。

投保人须按本保险合同约定支付保险费。

本保险合同保险费支付方式由投保人投保时选择确定,并在保险单上载明。

若投保人选择一次性缴付保险费的,投保人应当在保险合同成立时一次性交清保险费。未交清保险费的,保险合同不生效;发生保险事故的,保险人不承担保险责任。

若投保人选择分期缴付保险费，在缴纳首期保险费后，投保人应当在每个**保险费约定缴纳日**（见释义十五）前足额缴纳对应的保险费。如未缴付首期保险费，保险合同不生效，保险人不承担保险责任。如投保人未按约定缴纳其余各期保险费，保险人允许投保人在保险单约定的延长期内补缴保险费，如被保险人在延长期内发生保险事故，保险人承担保险责任。投保人在正常交费对应的保险期间内或本条约定的延长期内发生保险事故，保险人依照合同约定给付保险金的，需投保人先行补交所有未缴期间的保险费，或经投保人和保险人协商同意后，在给付的保险金中扣除所有未缴期间的的所有未缴保险费。如投保人在延长期届满时仍未缴纳当期保险费的，保险合同自当期保险费缴纳日次日零时起终止，对于保险合同终止后发生的保险事故，保险人不承担保险责任。

第十四条 保险期间

除另有约定外，保险期间为一年，以保险单载明的起讫时间为准。

本保险合同终止日后发生的任何医疗费用，保险人不再承担给付保险金的责任。

第十五条 不保证续保

本产品保险期间不超过一年。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。

第十六条 保险人义务

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。

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。

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。

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，但因**客观原因、不可抗力、资料欠缺、被保险人因素等原因导致的延期除外**。

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。

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。

第十七条 投保人、被保险人义务

除另有约定外，投保人应当按照本保险合同约定交纳保险费

订立保险合同，保险人就保险标的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，保险人有权解除本保险合同。

前款规定的合同解除权，自保险人知道有解除事由之日起，超过三十日不行使而消灭。

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。

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，保险人按本保险合同所载的最后住所或通讯地址发送的有关通知，均视为已送达投保人。

投保人、被保险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，不包括因不可抗力而导致的迟延。

第十八条 保险金申请

（一）保险金索赔流程

1、直付项目适用

由保险人自行或通过第三方管理机构与网络医疗机构直接结算。若被保险人实际发生的医疗费用超过保险单载明的保险金额，则超出部分的费用由被保险人自行与接诊的网络医疗机构结算。

2、非直付项目适用

保险金申请人（见释义十六）向保险人申请保险金时，应提交以下材料。保险金申请人因特殊原因不能提供以下材料的，应提供其他合法有效的相关材料。保险金申请人未能提供有关材料，导致保险人无法核实该申请的真实性的，保险人对无法核实部分不承担给付保险金的责任。

- （1）保险金申请人完整填写的索赔申请表并签名确认；
- （2）被保险人、保险金申请人的有效身份证件；
- （3）医院出具的完整病历资料，包括诊断证明、住院病历、出院记录、检查检验报告、医疗费用发票原件、费用清单等；
- （4）已从其他途径获得医疗费用补偿的，还应提供医疗费用分割单或医疗费用结算证明原件；
- （5）保险金申请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；
- （6）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等相关证明文件。受益人为无民事行为能力人或限制民事行为能力人的，由其监护人代为申请保险金，并提供监护人的身份证明等资料。

在保险人的理赔审核过程中，经被保险人同意，保险人可在合理的范围内对索赔的被保险人进行医疗检查。此类检查费用由保险人承担。

（二）网络医疗机构服务

保险人提供医疗服务网络，并将定期或者不定期向投保人和被保险人通报，被保险人也可登陆保险人指定的网站或者致电查询相关信息。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”）接受治疗并出示保险卡的，对于被保险人发生的符合保险责任范围内且应当由保险人承担的费用，保险人将直接与相关医疗机构结算，无需被保险人先行给付。

被保险人未在网络医疗机构接受治疗的，被保险人不享受保险人直付服务。

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、应当由其负担但保险人已代为垫付的医疗费用，在接到保险人或者其授权第三方管理机构通知后，被保险人应当在三十日内退还相应款项；未在三十日内退还相应款项的，保险人有权向其继续追偿相应费用并停止向被保险人提供直付服务。

（三）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或第三方管理机构提交事先授权申请表：

- 1、 所有住院和手术治疗，特殊门诊治疗；
- 2、 大型检查检验项目，单价在人民币 5000 元以上的检查项目；
- 3、 虽不符合上述医疗项目，但预期保险期间内累计医疗费用超过 3 万元的任何治疗、检查项目。

对于被保险人事先授权申请，保险人或第三方管理机构将予以书面回复并有权要求被保险人在网络医疗机构接受治疗。被保险人应当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网络医疗机构接受治疗的，被保险人应当予以配合。未获得书面许可回复擅自接受治疗的，或保险人要求被保险人在网络医疗机构接受治疗但被保险人在非网络医疗机构接受治疗的，被保险人有责任自行承担 40% 的医疗费用，且保险人保留不承担相关保险责任的权利。

发生紧急情况的，被保险人可在就近网络或者非网络医疗机构接受治疗，但须在开始接受治疗后四十八小时内通知保险人或第三方管理机构。保险人将对此次治疗是否属紧急情况予以审核。

即使被保险人获得医疗服务供应商许可回复也不意味着其发生的全部或者部分医疗费用都属于保险责任范围，保险人仍然按照本保险合同的约定承担保险责任。

第十九条 合同解除

在保险期间内，投保人可以解除本保险合同并提前以书面形式通知保险人。

投保人解除本保险合同时，应提供下列证明文件和资料：

- （一）保险合同解除通知书；
- （二）其它保险人要求提供的资料。

投保人要求解除本保险合同，自保险人接到保险合同解除通知书之时起，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险费（见释义十七）。若保险人已给付过任何保险金，则未到期净保险费为零。

第二十条 争议处理和法律适用

因履行本保险合同发生的争议，由当事人协商解决。协商不成的，提交保险单载明的仲裁机构仲裁；保险单未载明仲裁机构或者争议发生后未达成仲裁协议的，依法向人民法院起诉。

与本保险合同有关的以及履行本保险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）。

第二十一条 释义

【释义一】**保险人**：指与投保人签订本保险合同的京东安联财产保险有限公司及其分支机构。

【释义二】**长期居住**：指保险期间内在中国大陆境内（不含港澳台）累计居住的时间不少于三分之二。

【释义三】**等待期**：又称观察期或免责期，以保险单约定时间为准。等待期自本保险合同生效之日起计算，在等待期内发生保险事故的，保险人不承担补偿保险金的责任。

【释义四】**症状**：指被保险人病后对机体生理功能异常的自身体验和感觉。

【释义五】**体征**：指被保险人的体表或内部结构发生可以察觉的改变。

【释义六】**保险人指定或认可的医疗机构**：指在中国大陆境内（不含港澳台）合法的公立医院，及保险人指定的私立医院和有互联网医院资质的机构。保险人指定的私立医院和有互联网医院资质的机构清单将在保险单上载明，保险人保留调整医院清单的权利，被保险人可登陆保险人指定的互联网站或致电查询相关信息。

本保险合同中所指医疗机构不包括以下或类似的医疗机构：

- 1、 精神病院；

- 2、 老人院、疗养院、戒毒中心和戒酒中心；
- 3、 健康中心或天然治疗所、疗养或康复院。

【释义七】住院：是指被保险人因意外伤害或疾病而入住医院之正式病房接受全日 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、 被保险人入住康复科、康复病床或接受康复治疗；
- 2、 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；
- 3、 被保险人住院体检；
- 4、 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 小时在床、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。

【释义八】必需且合理

（一）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。

（二）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、 由本保险合同约定的医疗机构医生开具的处方药；
- 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。

【释义九】恶性肿瘤—重度：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他部位，病灶经**组织病理学检查（见释义十八）**（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。

其中，《疾病和有关健康问题的国际统计分类》第十次修订版（ICD-10），是世界卫生组织（WHO）发布的国际通用的疾病分类方法。《国际疾病分类肿瘤学专辑》第三版（ICD-O-3），是 WHO 发布的针对 ICD 中肿瘤形态学组织学细胞类型、动态、分化程度的补充编码。其中形态学编码：0 代表良性肿瘤；1 代表动态未定性肿瘤；2 代表原位癌和非侵袭性癌；3 代表恶性肿瘤（原发性）；6 代表恶性肿瘤（转移性）；9 代表恶性肿瘤（原发性或转移性未肯定）。如果出现 ICD-10 与 ICD-O-3 不一致的情况，以 ICD-O-3 为准。

下列疾病不属于“恶性肿瘤——重度”，不在保障范围内：

（1）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；

（2）TNM 分期（见释义十九）为 I 期或更轻分期的甲状腺癌（甲状腺癌的 TNM 分期见释义二十）；

- (3) TNM 分期为 T1N0M0 期或更轻分期的前列腺癌；
- (4) 黑色素瘤以外的未发生淋巴结和远处转移的皮肤恶性肿瘤；
- (5) 相当于 Binet 分期方案 A 期程度的慢性淋巴细胞白血病；
- (6) 相当于 Ann Arbor 分期方案 I 期程度的何杰金氏病；
- (7) 未发生淋巴结和远处转移且 WHO 分级为 G1 级别（核分裂像 $<10/50$ HPF 和 ki-67 $\leq 2\%$ ）或更轻分级的神经内分泌肿瘤。

【释义十】 保险人指定或认可的健康检查及疫苗医疗机构：指保险人与投保人协商确定的健康检查及疫苗医院机构，以保险单载明的约定清单为准，保险人保留调整医院清单的权利，被保险人可登陆保险人指定的互联网站或致电查询相关信息。同一个保险期间内，被保险人首次就诊选定一个医疗机构品牌并前往就医后，不得再转至其他品牌。

【释义十一】 既往病症：指在本保险合同生效前罹患的被保险人已知或应该知道的有关疾病。通常有以下情况：

- (一) 本保险合同生效前，医生已有明确诊断，长期治疗未间断；
- (二) 本保险合同生效前，医生已有明确诊断，治疗后症状未完全消失，有间断用药情况；
- (三) 本保险合同生效前，医生已有明确诊断，但未接受任何治疗。

【释义十二】 分子矫正法治疗：是指在生物化学的基础上通过改变分子缺陷来恢复人体细胞最佳生化环境的疗法。该疗法通常使用自然物质，例如维他命、矿物质、酶和荷尔蒙等。

【释义十三】 探险活动：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，而故意使自己置身其中的行为。如极地探险、江河漂流、徒步穿越沙漠或人迹罕见的原始森林等活动。

【释义十四】 特技表演：指马术、杂技、驯兽等特殊技能。

【释义十五】 保险费约定缴纳日：指保险合同生效日在每个缴费期的对应日。如果当期无对应的同一日，则以该期最后一日为对应日。

【释义十六】 保险金申请人：指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。

【释义十七】 未到期净保险费：

若保险费为一次性缴付的：未到期净保险费=保险费 $\times[1-(\text{保险单已经过天数}/\text{保险期间天数})] \times (1-10\%)$ 。经过天数不足一天的按一天计算。

若保险费为分期缴付的：未到期净保险费=当期保险费 $\times[1-(\text{当期保障已过天数}/\text{当期保障总天数})] \times (1-10\%)$ 。经过天数不足一天的按一天计算。

若本保险合同已发生过保险金给付，则未到期净保险费为零。

【释义十八】 组织病理学检查：指通过局部切除、钳取、穿刺等手术方法，从患者机体采取病变组织块，经过包埋、切片后，进行病理检查的方法。

通过采集病变部位脱落细胞、细针吸取病变部位细胞、体腔积液分离病变细胞等方式获取病变细胞，制成涂片，进行病理检查的方法，属于细胞病理学检查，不属于组织病理学检查。

【释义十九】TNM 分期：TNM 分期采用 AJCC 癌症分期手册标准。该标准由美国癌症联合委员会与国际抗癌联合会 TNM 委员会联合制定，是目前肿瘤医学分期的国际通用标准。T 指原发肿瘤的大小、形态等；N 指淋巴结的转移情况；M 指有无其他脏器的转移情况。

【释义二十】甲状腺癌的 TNM 分期：甲状腺癌的 TNM 分期采用目前现行的 AJCC 第八版定义标准，我国国家卫生健康委员会 2018 年发布的《甲状腺癌诊疗规范 2018 年版）》也采用此定义标准具体见下：

甲状腺乳头状癌、滤泡癌、低分化癌、Hürthle 细胞癌和未分化癌

pTx：原发肿瘤不能评估

pT0：无肿瘤证据

pT1：肿瘤局限在甲状腺内，最大径≤ 2cm

T1a 肿瘤最大径≤ 1cm

T1b 肿瘤最大径 > 1cm，≤ 2cm

pT2：肿瘤 2~4cm

pT3：肿瘤>4cm，局限于甲状腺内或大体侵犯甲状腺外带状肌

pT3a：肿瘤>4cm，局限于甲状腺内

pT3b：大体侵犯甲状腺外带状肌，无论肿瘤大小

带状肌包括：胸骨舌骨肌、胸骨甲状肌、甲状舌骨肌、肩胛舌骨肌

pT4：大体侵犯甲状腺外带状肌

pT4a：侵犯喉、气管、食管、喉反神经及皮下软组织

pT4b：侵犯椎前筋膜，或包裹颈动脉、纵隔血管

甲状腺髓样癌

pTx：原发肿瘤不能评估

pT0：无肿瘤证据

pT1：肿瘤局限在甲状腺内，最大径≤2cm

T1a 肿瘤最大径≤1cm

T1b 肿瘤最大径 > 肿瘤最大径 > 1cm，≤ 2cm

pT2：肿瘤 2~4cm

pT3：肿瘤>4cm，局限于甲状腺内或大体侵犯甲状腺外带状肌

pT3a：肿瘤>4cm，局限于甲状腺内

pT3b：大体侵犯甲状腺外带状肌，无论肿瘤大小

带状肌包括：胸骨舌骨肌、胸骨甲状肌、甲状舌骨肌、肩胛舌骨肌

pT4：进展期病变

pT4a：中度进展，任何大小的肿瘤，侵犯甲状腺外颈部周围器官和软组织，如喉、气管、食管、喉反神经及皮下软组织

pT4b：重度进展，任何大小的肿瘤，侵犯椎前筋膜，或包裹颈动脉、纵隔血管

区域淋巴结：适用于所有甲状腺癌

pNx：区域淋巴结无法评估

pN0：无淋巴结转移证据

pN1：区域淋巴结转移

pN1a：转移至Ⅵ、Ⅶ区（包括气管旁、气管前、喉前/Delphian 或上纵隔）淋巴结，可以为单侧或双侧。

pN1b：单侧、双侧或对侧颈淋巴结转移（包括Ⅰ、Ⅱ、Ⅲ、Ⅳ或Ⅴ区）淋巴结或咽后淋巴结转移。

远处转移：适用于所有甲状腺癌

M0：无远处转移

M1：有远处转移

乳头状或滤泡状癌（分化型）			
年龄 < 55 岁			
	T	N	M
I 期	任何	任何	0
II 期	任何	任何	1
年龄 ≥ 55 岁			
I 期	1	0/x	0
	2	0/x	0
II 期	1~2	1	0

	3a~3b	任何	0
Ⅲ期	4a	任何	0
ⅣA期	4b	任何	0
ⅣB期	任何	任何	1
髓样癌（所有年龄组）			
I期	1	0	0
Ⅱ期	2~3	0	0
Ⅲ期	1~3	1a	0
ⅣA期	4a	任何	0
	1~3	1b	0
ⅣB期	4b	任何	0
ⅣC期	任何	任何	1
未分化癌（所有年龄组）			
ⅣA期	1~3a	0/x	0
ⅣB期	1~3a	1	0
	3b~4	任何	0
ⅣC期	任何	任何	1

注：以上表格中“年龄”指患者病理组织标本获取日期时的年龄。

（本页结束）

京东安联财产保险有限公司
附加少儿特定疾病海外医疗保险条款
C00005032522023041366983

第一条 附加保险合同订立

本附加保险合同（以下简称“本附加合同”）须附加于保险人主保险合同使用。

在保险期间内，被保险人在中国大陆境内（不含港澳台）累计居住的时间应不少于三分之二。

除另有约定外，本附加合同的保险金受益人为被保险人本人。

第二条 第三方管理机构

第三方管理机构是指经保险人委托为被保险人提供本附加合同相关的日常医疗协助及理赔协助等各项服务的机构，第三方管理机构的名称和联系电话等信息将在保险单中载明。

第三条 保险责任

（一）海外医疗费用保险金

在保险期间内，若被保险人因遭受意外伤害，或在等待期（见释义一）后因初次出现症状（见释义二）或体征（见释义三）且经医院专科医生确诊罹患疾病，经保险人或第三方管理机构安排的第二诊疗意见服务（见释义四）确认需进行本附加合同约定的特定疾病治疗（见释义五），且由保险人或第三方管理机构安排在中国境外（见释义六）的指定医疗机构（见释义七）进行上述治疗的，对于产生的需被保险人个人支付的、必需且合理（见释义八）的费用，保险人在扣除约定的免赔额后，依照约定的赔付比例给付海外医疗费用保险金。

1. 医疗费用

（1）床位费：指不超过标准单人间病房（不包括套房）标准的费用。

标准单人间病房指：病房为单间设计，除独立卫生间外无其他隔间，仅设一张病床加独立卫生间。

若某一医院的病房有两种或以上符合定义的病房，则应按其中最便宜的病房计算床位费。

（2）膳食费：指住院期间根据医生的医嘱，由作为医院内部专属部门的、为住院病人配餐的食堂配送的膳食费用。膳食费应包含在医疗账单内；根据各医疗机构的惯例，可以作为独立的款项、也可以合并入病房费等其他款项内。

（3）护理费：指根据医嘱所示的护理等级确定的护理费用；

（4）重症监护室床位费：指出于医学必需被保险人使用的医院重症监护室床位的费用；

（5）药品费：指被保险人在指定医疗机构就医期间实际发生的由医疗机构医生开具处方的药品费用；以及被保险人治疗后至返回中国大陆前这段期间实际发生的必需且合理的处方药品费用，以30日剂量为上限；

（6）检查检验费：指被保险人在指定医疗机构进行治疗时，所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，包括检查费、妇检费、X光费、心电图费、B超费、脑电图费、内窥镜费、肺功能仪费、分子生化检查费和血、尿、便常规检查费等；

（7）治疗费：指以治疗疾病为目的，提供必要的医学手段而发生的合理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，具体以就诊医疗机构的费用项目划分为准；

本项责任不包含中医理疗、物理治疗及其他特殊疗法费用。

（8）海外转诊救护车/飞机费：指遵医嘱且经保险人或第三方管理机构批准在海外接受治疗使用救护车或救护飞机进行转院或运送时产生的费用；

（9）手术费：指必需且合理的手术医疗费用，包括外科医生费、手术室费、麻醉费、手术监测费、手术材料费、术中用药费、手术设备费；

(10) **诊疗费**: 被保险人在指定医疗机构进行治疗时, 所发生的主诊医生或会诊医生的劳务费用, 含挂号费、医生诊疗费或医事服务费;

(11) **输血费**: 指被保险人每次输血所实际发生的血浆费用、输血实施费用等;

(12) **重大器官移植相关费用**: 指被保险人接受活体器官捐赠者器官移植过程中在指定医疗机构产生的下列费用: 为捐赠者提供的医疗机构服务费用, 包括床位费、膳食费、一般护理费 (**不包括私家看护**), 医疗机构工作人员提供的定期服务、化验和其他医疗仪器、设施服务费用 (**不包括器官摘除移植过程中非必需的由于个人原因购买的用品**); 捐赠者摘除器官、移植到被保险人的手术和医疗服务费用 (**不包括因器官供体寻找、获取而发生的相关费用**);

(13) **造血干细胞移植相关的培养服务和材料费用**: 指治疗方案授权书开出之日起产生的与被保险人造血干细胞移植有关的造血干细胞培养服务和材料费用;

(15) **翻译费**: 在指定医疗机构就诊时与治疗相关的因医学翻译而产生的费用;

(16) **治疗直接并发症的费用**: 指被保险人在指定医疗机构进行特定疾病治疗所引起的直接并发症的费用, 这些费用需同时满足以下两个条件: ①被保险人遵医嘱需要立即在指定医疗机构进行医疗处置; ②治疗目的是使被保险人的身体状况满足归国行程所需。

2. 交通费用

本项责任承担被保险人和最多两名陪同人员 (至少一位为被保险人监护人)、活体器官捐赠者和活体器官捐赠者的一名陪同人员, 以**特定疾病治疗为目的**前往治疗地产生的交通费用, 包括:

(1) 被保险人从中国大陆常住地前往中国大陆指定机场或国际火车站的交通费用;

(2) 被保险人由中国大陆到达治疗地城市的飞机或铁路费用 (**经济舱或经济座位, 火车以硬卧或者二等座为限**), 以及从治疗地城市指定机场或国际火车站到达治疗城市指定酒店或医疗机构的交通费用;

(3) 被保险人从治疗地指定酒店或医疗机构到达治疗地指定机场或国际火车站的交通费用;

(4) 被保险人从治疗地到达中国大陆常住地城市的飞机或铁路费用 (**经济舱或经济座位, 火车以硬卧或者二等座为限**);

(5) 被保险人由中国大陆指定机场或国际火车站到达中国大陆常住地或医疗机构的交通费用。

保险人承担活体器官捐赠者的交通费用仅限于被保险人需要进行活体器官移植或造血干细胞移植, 且为了进行活体器官移植或造血干细胞移植而前往治疗地的情况。

前往治疗地进行治疗须符合本附加合同约定的特定疾病治疗, 且治疗方案须经保险人或第三方管理机构批准。

保险人或第三方管理机构根据已批准的治疗方案安排行程, 未经保险人或第三方管理机构认可的, 由被保险人自行做出的行程安排产生的费用, 或被保险人变更行程安排 (包括出行日期或路线) 而产生的相关费用, 保险人不予承担。

3. 住宿费用

本项责任承担被保险人和最多两名陪同人员 (至少一位为被保险人监护人)、活体器官捐赠者和活体器官捐赠者的一名陪同人员, 以**特定疾病治疗为目的**在中国境外产生的由保险人或第三方管理机构安排的住宿费用。除另有约定外, 住宿标准为 3、4 星酒店双人标准间, 或一居室民宿。住宿费用不包含除住宿费以外的酒店用餐、其他酒店费用以及因升级房间产生的费用。

保险人承担活体器官捐赠者的住宿费用仅限于被保险人需要进行活体器官移植或造血干细胞移植, 且为了进行活体器官移植或造血干细胞移植而前往治疗地的情况。

前往治疗地进行治疗须符合本附加合同约定的特定疾病治疗, 且治疗方案须经保险人或第三方管理机构批准。

保险人或第三方管理机构根据已批准的治疗方案安排住宿，并根据治疗结束日期和治疗医生的意见，确定适合被保险人的返程日期。未经保险人或第三方管理机构认可的、由被保险人自行做出的住宿安排产生的费用，或被保险人变更安排的酒店或安排的住宿日期而产生的相关费用，保险人不予承担。

4. 遗体送返费用

若被保险人或活体器官捐赠者在保险人或第三方管理机构安排的治疗过程中身故，保险人承担将死者遗体送返至中国大陆的费用，包括：

（1）进行国际遗体送返的殡葬公司提供的服务费用，包括在治疗地的防腐处理、当地火葬以及所有行政手续产生的费用；

（2）可容纳遗体的最小尺寸的灵柩或骨灰盒的费用；

（3）死者遗体或骨灰从机场到达中国大陆指定地点的交通服务费用。

遗体送返费用不包括由于葬礼仪式或宗教仪式所产生的任何费用。

保险人对海外医疗费用保险金的累积给付金额以本附加合同约定的海外医疗费用保险金额为限，当保险人全年累积给付金额达到该保险金额时，保险人对被保险人在本项下的保险责任终止。

（二）每日住院津贴保险金

在保险期间内，若被保险人因遭受意外伤害，或在等待期后因初次出现症状或体征且经医院专科医生确诊罹患疾病，经保险人或第三方管理机构安排的第二诊疗意见服务确认需进行本附加合同约定的特定疾病治疗，且由保险人或第三方管理机构安排在中国境外的指定医疗机构住院进行上述治疗的，保险人按照“每次实际住院日数×约定的日津贴金额”的计算方式，给付每日住院津贴保险金。

保险人给付住院津贴天数累计以 60 日为限，当达到该限额时，保险人对被保险人在本项下的保险责任终止。

（三）归国药品费用保险金

在保险期间内，若被保险人因遭受意外伤害，或在等待期后因初次出现症状或体征且经医院专科医生确诊罹患疾病，经保险人或第三方管理机构安排的第二诊疗意见服务确认需进行本附加合同约定的特定疾病治疗，且由保险人或第三方管理机构安排在中国境外的指定医疗机构住院进行上述治疗，若实际住院天数达到 3 天以上（含 3 天），且被保险人结束由保险人或第三方管理机构安排的整体海外特定疾病治疗后需要回到中国大陆继续治疗的，对于被保险人在回到中国大陆继续治疗实际发生的、符合下列全部条件的、必需且合理的药品费用，保险人在扣除约定的免赔额后，依照约定的赔付比例给付归国药品费用保险金：

- 1、在中国大陆购买的药品；
- 2、该药品是由治疗方案授权书约定的中国境外指定医疗机构医生开具的、被保险人当前治疗必需的药品；
- 3、该药品已被中国政府药品审批机构批准上市，且拥有正规处方及用药指南；
- 4、该药品为在中国大陆医疗机构继续治疗时使用的药品，且需经中国大陆医疗机构专科医生开具处方；
- 5、每次处方的药品剂量以 60 天为上限。

保险人对归国药品费用保险金的累积给付金额以本附加合同约定的归国药品费用保险金额为限，当保险人全年累积给付金额达到该保险金额时，保险人对被保险人在本项下的保险责任终止。

第四条 补偿原则和标准

本附加合同海外医疗费用保险金和归国药品费用保险金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、保险人在内的任何商业保险机构等）获得医疗费用补偿，则保险人仅对被保险人实际发生的医疗费用扣除其所获医疗费用补偿后的余额按照本附加合同的约定进行补偿。社保卡个人账户部分支出视为个人支付，不属于已获得的医疗费用补偿。

若被保险人以参加社会医疗保险投保，但未以参加社会医疗保险身份就诊并结算的，则保险人按照保险单载明的比例进行补偿。

保险人对上述（一）、（二）及（三）保险责任的累积给付之和以保险合同约定的本附加合同的年限额为限，当保险人全年累积给付金额达到年限额时，保险人对被保险人在本附加合同项下的保险责任终止。

第五条 免赔额

本附加合同所指免赔额含年免赔额和次免赔额，指在保险期间内，应由被保险人自行承担、保险人不予赔偿的部分。被保险人从其他途径已获得的医疗费用补偿可用于抵扣免赔额，但通过社会医疗保险和公费医疗保险获得的补偿，不可用于抵扣免赔额。各类医疗费用的免赔额由双方约定，并载于保险单。

第六条 责任免除

（一）任何因下列情形之一导致被保险人支出医疗费用的，或具备下列情形/行为的，保险人不承担给付保险金责任：

1. 被保险人在初次投保或非连续投保前所患有的既往病症（见释义九）及其并发症，但投保时如实告知并经保险人审核同意承保的不在此限；
2. 等待期内罹患的疾病或等待期内接受检查但在等待期后确诊的疾病；
3. 未经治疗地临床医疗管理部门认可的试验性或研究性治疗（包括但不限于检查方法、治疗方法、手段、设备、药品等）费用；
4. 投保人或被保险人的故意行为；被保险人的故意行为（包括但不限于自残、自杀）引起的或者在这一过程中发生的伤害、病症治疗及其他相关费用；自伤或自杀时被保险人为无民事行为能力人除外；
5. 购买或租用任何类型的假体、康复器具、矫形器具、紧身胸衣、拐杖、轮椅、专用床、人造部件或器官、假发（即使化疗过程中有必要使用）、矫形鞋、疝带等其他类似器具用品产生的费用，进行心脏瓣膜替换或修复手术所需的心脏瓣膜的费用除外；
6. 接受特定疾病治疗过程中发生的非因医疗必需产生的费用，包括但不限于护照费用、签证费用、因个人原因使用翻译的费用等；
7. 治疗方案授权书出具之前产生的费用，治疗方案授权书载明治疗内容以外的治疗所产生的费用；
8. 未经执业药师配发或无医生处方的药品费用，滋补类中草药及其泡制的各类酒制剂涉及的药品费用；
9. 舒缓治疗、姑息疗法、替代疗法、基因疗法、激素疗法、细胞免疫疗法、辅助疗法（如补钙、补充维生素等），以及安全性和可靠性未经相关科学证明的诊断、治疗和外科手术所产生的任何费用；
10. 对于并发症的治疗（不包括本附加合同约定的治疗直接并发症的费用），减缓慢性症状的治疗，疗养，康复治疗（包括但不限于物理治疗、运动功能恢复、语言疗法等），矫形的费用；
11. 遗传性疾病，先天性畸形、先天性疾病、变形或染色体异常引起的医疗费用（依照世界卫生组织《疾病和有关健康问题的国际统计分类（ICD-10）》确定）；先天性恶性肿瘤引起的医疗

费用，如 BRCA1/BRCA2 基因突变家族性乳腺癌、遗传性非息肉病性结直肠癌、肾母细胞瘤即 Wilms 瘤、李-佛美尼综合症即 Li-Fraumeni 综合症等；

12. 精神和行为障碍（依照世界卫生组织《疾病和有关健康问题的国际统计分类（ICD-10）》确定）的治疗和康复所产生的费用；
13. 被保险人在中国境外的指定医疗机构接受特定疾病治疗完成之后的任何随访（见释义十）和检查；
14. 被保险人罹患艾滋病（AIDS）或感染艾滋病病毒（HIV）（上述定义，应按世界卫生组织所订的定义为准，若在被保险人的血液样本中发现上述病毒或其抗体，则认定病人已受该病毒感染）；
15. 非通常惯例水平的医疗费用和不合理的医疗费用。

（二）被保险人在下列期间发生的医疗费用，保险人也不承担给付保险金责任：

1. 被保险人参与任何职业体育活动或任何设有奖金或报酬的体育运动，在训练或比赛中受伤；
2. 被保险人进行滑翔翼、滑翔伞、跳伞、探险活动（见释义十一）、非固定路线洞穴探险、特技表演（见释义十二），任何海拔 6000 米以上的户外运动及潜水深度大于 18 米的活动期间；
3. 被保险人必须借助登山绳索、登山向导（非旅行社导游）完成的登山活动期间；借助水下供气瓶（非呼吸管）设备完成的潜水活动期间；
4. 核爆炸、核辐射或核污染、化学污染、当地政府宣布的疫情爆发且相应进行的疫情控制；
5. 战争、军事冲突、暴乱、武装叛乱或恐怖主义活动；无必要但主动置身于风险的情况；
6. 被保险人从事违法、犯罪活动期间或被依法拘留、服刑、在逃期间。

第七条 保险金额和保险费

保险金额是保险人承担给付保险金责任的最高限额。保险金额由投保人、保险人双方约定，并在保险单中载明。

投保人须按本附加合同约定支付保险费。本附加保险合同的“保险费支付方式”同主保险合同一致。

第八条 保险期间

除另有约定外，本附加合同的“保险期间”同主保险合同一致。

保险期间内，被保险人经保险人或第三方管理机构安排在中国境外的指定医疗机构进行特定疾病治疗，终止日治疗仍未结束的，对于该次治疗延续至本附加合同终止日次日起 30 日内发生的医疗费用，保险人仍在本附加合同的保险责任范围内承担给付保险金的责任；对于该次治疗延续至本附加合同终止日次日起 30 日后发生的费用，保险人不再承担给付保险金的责任。

第九条 保险金申请

（一）海外医疗费用保险金的申请

对于海外医疗费用保险金，由保险人自行或通过第三方管理机构与提供医疗服务的中国境外指定医疗机构以及提供交通服务、住宿服务和遗体送返服务的相关机构进行结算，保险人不再向受益人给付保险金。

在申请海外医疗费用保险金时，应按照下列流程办理。

1. 被保险人理赔资格审核

在保险期间内，若被保险人因遭受意外伤害，或在等待期后因初次出现症状或体征且经医院专科医生确诊罹患疾病，经保险人或第三方管理机构安排的第二诊疗意见服务确认需进行本附加合同约定的特定疾

病治疗，对于被保险人希望前往中国境外的指定医疗机构进行上述治疗的，被保险人需向保险人或第三方管理机构提供下列资料进行理赔资格审核：

- （1）被保险人及其监护人的有效身份证件；
- （2）医院出具的附有被保险人病理、血液及其他科学方法检验报告等诊断证明文件；
- （3）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；

如果被保险人理赔资格审核未通过，保险人不承担给付保险金的责任且不提供就医安排。

被保险人及其陪同人及活体器官捐赠者须接受保险人或第三方管理机构认为必要的调查。被保险人及活体器官捐赠者应当提供所有的医学报告、病历以及相关资料，并授权保险人或第三方管理机构可以获得全部完整的医学材料。对于拒绝医疗调查、不提供相关医学资料或不给予授权导致保险人或第三方管理机构未能获得全部完整医学材料的，保险人不承担保险责任且不提供就医安排。

2. 医疗机构选择及治疗方案授权书签署

被保险人理赔资格审核通过且提交出国就医书面申请后，保险人或第三方管理机构将为被保险人推荐3所中国境外的医疗机构，被保险人在推荐的3所医疗机构中选定1所接受治疗，并就所选医疗机构以及就医计划等内容与保险人或第三方管理机构达成一致，并签署治疗方案授权书等相关文件。

3. 就医安排

保险人或第三方管理机构为被保险人进行就医安排，就医安排仅对治疗方案授权书中约定的医疗机构有效。由于被保险人的健康状况可能发生变化，**推荐医疗机构名单和治疗方案授权书的有效期为3个月**。在推荐医疗机构名单提供之后的3个月内，被保险人未选择指定的医疗机构，或在治疗方案授权书给出的3个月内，被保险人未在指定医疗机构进行特定疾病治疗的，保险人或第三方管理机构将根据被保险人最新的健康状况重新提供推荐医疗机构名单和治疗方案授权书。

（二）每日住院津贴保险金、归国用药费用保险金的申请

保险金申请人向保险人申请每日住院津贴保险金或归国药品费用保险金时，应提交以下材料。保险金申请人因特殊原因不能提供以下材料的，应提供其他合法有效的相关材料。**保险金申请人未能提供有关材料，导致保险人无法核实该申请的真实性的，保险人对无法核实部分不承担给付保险金的责任。**

- 1、保险金申请人完整填写的索赔申请表并签名确认；
- 2、被保险人及其监护人、保险金申请人的有效身份证件；
- 3、医疗机构出具的完整病历资料，包括诊断证明、住院病历、出院记录、检查检验报告、处方、医疗费用发票原件、费用清单等；
- 4、已从其他途径获得医疗费用补偿的，还应提供医疗费用分割单或医疗费用结算证明原件；
- 5、保险金申请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；
- 6、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等相关证明文件。

第十条 本附加合同效力终止

本附加合同所附属的主保险合同效力终止，本附加合同效力即行终止。主保险合同无效，本附加合同亦无效。

第十一条 其他条款的适用

本附加合同与主保险合同不一致之处，以本附加合同为准；本附加合同未尽之处，以主保险合同为准。

第十二条 释义

【释义一】等待期：又称观察期或免责期，以保险单约定时间为准。等待期自本附加合同生效之日起计算，在等待期内发生保险事故的，保险人不承担补偿保险金的责任。

【释义二】症状：指被保险人病后对机体生理功能异常的自身体验和感觉。

【释义三】体征：指被保险人的体表或内部结构发生可以察觉的改变。

【释义四】第二诊疗意见服务：指基于对被保险人医疗信息和相关诊断资料的深度研究，由医疗专家提供的独立诊疗意见评估。

【释义五】特定疾病治疗：

（一）恶性肿瘤——重度的治疗

指进行如下恶性肿瘤——重度的治疗：

恶性肿瘤——重度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他部位，病灶经组织病理学检查（见释义十三）（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——重度”，不在保障范围内：

1、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：

（1）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；

（2）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；

2、TNM 分期（见释义十四）为 I 期或更轻分期的甲状腺癌（甲状腺癌的 TNM 分期见释义十五）；

3、TNM 分期为 T1N0M0 期或更轻分期的前列腺癌；

4、黑色素瘤以外的未发生淋巴结和远处转移的皮肤恶性肿瘤；

5、相当于 Binet 分期方案 A 期程度的慢性淋巴细胞白血病；

6、相当于 Ann Arbor 分期方案 I 期程度的何杰金氏病；

7、未发生淋巴结和远处转移且 WHO 分级为 G1 级别（核分裂像 $\leq 10/50\text{HPF}$ 和 $\text{ki-67} \leq 2\%$ ）或更轻分级的神经内分泌肿瘤。

（二）冠状动脉搭桥术（或称冠状动脉旁路移植术）

指为治疗严重的冠心病，已经实施了切开心包进行的冠状动脉血管旁路移植的手术。

所有未切开心包的冠状动脉介入治疗不在保障范围内。

（三）心脏瓣膜手术

指为治疗心脏瓣膜疾病，已经实施了切开心脏进行的心脏瓣膜置换或修复的手术。

所有未切开心脏的心脏瓣膜介入手术不在保障范围内。

（四）神经外科手术

指以下外科手术：

1、任何改变脑部或其他颅内结构的外科手术；

2、对于位于脊髓部位的良性肿瘤的手术治疗。

（五）活体器官移植术

指通过外科手术使被保险人接受来自异体配型合适的活体器官捐赠者的肾脏、肝叶、肺叶或部分胰腺器官的移植手术。

下列器官移植不在保障范围内：

- 1、因酒精性肝病（如酒精性肝炎、酒精性肝硬化等）导致的活体器官移植；
- 2、自体器官移植；
- 3、被保险人作为活体捐献者，为其他第三方提供活体器官移植；
- 4、来自死亡供体器官捐献者的器官移植；
- 5、任何涉及干细胞治疗的活体器官移植；
- 6、通过购买获得活体器官或者活体器官移植资格的活体器官移植。

（六）骨髓移植

指骨髓移植或骨髓细胞的外周血干细胞移植（PBSCT），且被保险人从以下任一途径获取骨髓细胞：

- 1、被保险人本人（自体骨髓移植）；
- 2、配型合适的活体捐献者（异体骨髓移植）。

使用脐带血的造血干细胞移植（HCT）不在保障范围内。

【释义六】中国境外：指中国大陆及港澳台以外的国家和地区。

【释义七】指定医疗机构：指由保险人或第三方管理机构根据被保险人所患特定疾病及其身体状况选定并经被保险人确认的中国境外的医疗机构，且该医疗机构拥有所在国家的合法经营执照，其设立的主要目的为向受伤者和患病者提供留院治疗和护理服务，并有所在国合法注册的医生和护士常驻执业。

【释义八】必需且合理

（一）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。

（二）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、由本保险合同约定的医疗机构医生开具的处方药；
- 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。

【释义九】既往病症：指在本附加合同生效前罹患的被保险人已知或应该知道的有关疾病。通常有以下情况：

- （一）本附加合同生效前，医生已有明确诊断，长期治疗未间断；
- （二）本附加合同生效前，医生已有明确诊断，治疗后症状未完全消失，有间断用药情况；
- （三）本附加合同生效前，医生已有明确诊断，但未接受任何治疗。

【释义十】随访：指被保险人在结束治疗后，到医疗机构进行的、为确认其未来是否可能患病或预防未来患病的所有医疗行为。

【释义十一】探险活动：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，而故意使自己置身其中的行为。如极地探险、江河漂流、徒步穿越沙漠或人迹罕见的原始森林等活动。

【释义十二】特技表演：指马术、杂技、驯兽等特殊技能。

【释义十三】组织病理学检查：指通过局部切除、钳取、穿刺等手术方法，从患者机体采取病变组织块，经过包埋、切片后，进行病理检查的方法。

通过采集病变部位脱落细胞、细针吸取病变部位细胞、体腔积液分离病变细胞等方式获取病变细胞，制成涂片，进行病理检查的方法，属于细胞病理学检查，不属于组织病理学检查。

【释义十四】TNM分期：TNM分期采用AJCC癌症分期手册标准。该标准由美国癌症联合委员会与国际抗癌联合会TNM委员会联合制定，是目前肿瘤医学分期的国际通用标准。T指原发肿瘤的大小、形态等；N指淋巴结的转移情况；M指有无其他脏器的转移情况。

【释义十五】甲状腺癌的TNM分期：甲状腺癌的TNM分期采用目前现行的AJCC第八版定义标准，我国国家卫生健康委员会2018年发布的《甲状腺癌诊疗规范（2018年版）》也采用此定义标准具体见下：

甲状腺乳头状癌、滤泡癌、低分化癌、Hürthle细胞癌和未分化癌

pTx：原发肿瘤不能评估

pT0：无肿瘤证据

pT1：肿瘤局限在甲状腺内，最大径≤2cm

T1a 肿瘤最大径≤1cm

T1b 肿瘤最大径>1cm，≤2cm

pT2：肿瘤2~4cm

pT3：肿瘤>4cm，局限于甲状腺内或大体侵犯甲状腺外带状肌

pT3a：肿瘤>4cm，局限于甲状腺内

pT3b：大体侵犯甲状腺外带状肌，无论肿瘤大小

带状肌包括：胸骨舌骨肌、胸骨甲状肌、甲状舌骨肌、肩胛舌骨肌

pT4：大体侵犯甲状腺外带状肌

pT4a：侵犯喉、气管、食管、喉反神经及皮下软组织

pT4b：侵犯椎前筋膜，或包裹颈动脉、纵隔血管

甲状腺髓样癌

pTx：原发肿瘤不能评估

pT0：无肿瘤证据

pT1：肿瘤局限在甲状腺内，最大径≤2cm

T1a 肿瘤最大径≤1cm

T1b 肿瘤最大径>1cm，≤2cm

pT2：肿瘤2~4cm

pT3：肿瘤>4cm，局限于甲状腺内或大体侵犯甲状腺外带状肌

pT3a：肿瘤>4cm，局限于甲状腺内

pT3b：大体侵犯甲状腺外带状肌，无论肿瘤大小

带状肌包括：胸骨舌骨肌、胸骨甲状肌、甲状舌骨肌、肩胛舌骨肌

pT4：进展期病变

pT4a：中度进展，任何大小的肿瘤，侵犯甲状腺外颈部周围器官和软组织，如喉、气管、食管、喉反神经及皮下软组织

pT4b：重度进展，任何大小的肿瘤，侵犯椎前筋膜，或包裹颈动脉、纵隔血管

区域淋巴结：适用于所有甲状腺癌

pNx：区域淋巴结无法评估

pN0：无淋巴结转移证据

pN1：区域淋巴结转移

pN1a：转移至VI、VII区（包括气管旁、气管前、喉前/Delphian或上纵隔）淋巴结，可以为单侧或双侧。

pN1b：单侧、双侧或对侧颈淋巴结转移（包括I、II、III、IV或V区）淋巴结或咽后淋巴结转移。

远处转移：适用于所有甲状腺癌

M0：无远处转移

M1：有远处转移

乳头状或滤泡状癌（分化型）

年龄<55 岁			
	T	N	M
I 期	任何	任何	0
II 期	任何	任何	1
年龄≥55 岁			
I 期	1	0/x	0
	2	0/x	0
II 期	1~2	1	0
	3a~3b	任何	0
III 期	4a	任何	0
IVA 期	4b	任何	0
IVB 期	任何	任何	1
髓样癌（所有年龄组）			
I 期	1	0	0
II 期	2~3	0	0
III 期	1~3	1a	0
IVA 期	4a	任何	0
	1~3	1b	0
IVB 期	4b	任何	0
IVC 期	任何	任何	1
未分化癌（所有年龄组）			
IVA 期	1~3a	0/x	0
IVB 期	1~3a	1	0
	3b~4	任何	0
IVC 期	任何	任何	1

注：以上表格中“年龄”指患者病理组织标本获取日期时的年龄。

（本页结束）

京东安联财产保险有限公司
个人齿科医疗费用补偿保险条款（2021 版）
（京东安联）（备-医疗保险）【2021】（主） 034 号

- 1. 合同的构成**

本保险合同由保险条款、投保单、保险单或者其他保险凭证、与本保险合同有关的投保文件、合法有效的声明、批注、批单及其他投保人与**保险人**（见释义 17.1）共同认可的书面或者电子协议共同组成。凡涉及本保险合同的约定，均应采用书面或者电子形式。具体生效日以保险单所载的日期为准。
- 2. 投保人**

本保险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。被保险人为无民事行为能力人或限制民事行为能力人，投保人应为其监护人。
- 3. 被保险人**

在中华人民共和国大陆境内（不含港澳台地区）居住的所有国籍未成年人均可作为本保险合同的被保险人。非中华人民共和国国籍的被保险人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。
- 4. 受益人**

除另有约定外，本保险合同保险金受益人为被保险人本人。
- 5. 保险责任**

在保险期间内，保险人承担以下保险责任：

（一）预防治疗保险责任

在保险期间内，被保险人罹患齿科疾病并在**保险人指定医疗机构**（见释义 17.2）接受预防治疗的，保险人对被保险人由此发生的**必需且合理**（见释义 17.3）的医疗费用，**扣除约定的每次事故免赔额后按保险单载明的比例赔付预防治疗保险金**。预防治疗的具体项目以保险单约定为准。

（二）基础治疗保险责任

在保险期间内，被保险人罹患齿科疾病并在**保险人指定医疗机构**接受基础治疗的，保险人对被保险人由此发生的**必需且合理**的医疗费用，**扣除约定的每次事故免赔额后按保险单载明的比例补偿基础治疗保险金**。基础治疗的具体项目以保险单约定为准。

（三）正畸治疗保险责任

在保险期间内，被保险人罹患齿科疾病并在**保险人指定医疗机构**接受正畸治疗的，保险人对被保险人由此发生的**必需且合理**的医疗费用，**扣除约定的每次事故免赔额后按保险单载明的比例补偿正畸治疗保险金**。正畸治疗的具体项目以保险单约定为准。

保险人对被保险人的各项责任以保险单载明的各项保险金额为限，一次或累计补偿各项保险金数额达到各自保险金额时，该项保险责任终止。
- 6. 补偿原则**

本保险合同为**费用补偿型保险合同，适用医疗费用补偿原则**。若被保险人已从其他途径（包括但不限于社会基本医疗保险、公费医疗、工作单位、包括保险人在内的任何商业保险机构等）获得本保险合同责任范围内医疗费用补偿，**保险人仅对被保险人实际发生的医疗费用扣除其从上述途径所获医疗费用补偿后的余额按照本保险合同的约定进行赔付**。被保险人社保卡个人账户支出部分视为个人支付，不属于已获得的医疗费用补偿，不进行前述扣除。

对于保险人直付的费用，保险人将不再重复支付至被保险人。
- 7. 责任免除**

因下列情形之一，直接或间接导致被保险人发生齿科医疗费用的，或具备下列情形/行为的，或在下列期间的，**保险人不承担补偿保险金责任**：

（一） 非被保险人本人就医时发生的齿科医疗费用；

（二） 无论任何情形（包括紧急情形），被保险人在非保险人指定医疗机构就诊发生的齿科医疗费用；

(三) 被保险人未按要求进行预约而直接就诊,导致保险人指定医疗机构未以被保险人身份接诊情形下发生的牙科医疗费用;

(四) 被保险人未携带有效身份证件就诊,导致保险人指定医疗机构无法确认被保险人身份情形下发生的牙科医疗费用;

(五) 被保险人自致伤害、挑衅或故意行为而导致的殴斗、从事违法犯罪活动或抗拒司法机关依法采取的强制措施而发生的牙科医疗费用;

(六) 被保险人酗酒、主动吸食或者注射毒品(见释义 17.4)期间发生的牙科疾病、损伤导致的牙科医疗费用;

(七) 被保险人因未遵照保险人指定医疗机构医嘱而发生的牙科医疗费用;

(八) 被保险人从事或参与恐怖主义活动、邪教组织活动而发生的牙科医疗费用;

(九) 因意外事故所致的任何牙科治疗。

8. 保险金额和保险费 保险金额是保险人承担给付保险金责任的最高限额。本保险合同的保险金额分为预防治疗保险金额、基础治疗保险金额、正畸治疗保险金额,各项保险金额由投保人、保险人双方在本保险合同订立时协商确定,并在保险单中载明。保险费按本保险合同中约定的保险金额和费率计收,并于保险单中载明。投保人应该按照合同约定向保险人交纳保险费。

9. 免赔额 免赔额由投保人与保险人在订立保险合同时协商确定,并在保险单中载明。被保险人应自行承担保险单载明的免赔额范围内的损失。

10. 保险期间 除双方另有约定外,本保险合同的保险期间为一年,自保险单或其他保险凭证上记载的合同生效日零时起至保险期间期满日的二十四时止。

11. 不保证续保 本保险合同为不保证续保合同,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。

12. 保险人义务 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。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。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。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,但因客观原因、不可抗力(见释义 17.6)、资料欠缺、被保险人因素等原因导致的延期除外。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。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。

13. 投保人、被保险人义务 除另有约定外,投保人应当在保险合同成立时交清相应的保险费。订立保险合同,保险人就保险标的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,保险人有权解除本保险合同。前款规定的合同解除权,自保险人知道有解除事由之日起,超过三十日不行使而消灭。自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，保险人应当承担给付保险金责任。

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。

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，保险人按本保险合同所载的最后住所或通讯地址发送的有关通知，均视为已送达投保人。

投保人、被保险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，不包括因不可抗力而导致的迟延。

14. 保险金申请

本保险实行直付制。被保险人应当在保险人指定医疗机构接受齿科治疗。就诊时，被保险人应将本保险合同项下的保险金申请权和受领保险金的权利委托给保险人指定的第三方服务提供商（见释义 17.7）或实际接诊医疗机构，由保险人自行或通过指定第三方服务提供商与医疗机构结算，被保险人无需另行向医疗机构支付保险责任范围内的医疗费用，因此保险人不接受任何被保险人向医疗机构支付后再向我司直接索赔。若被保险人实际发生的医疗费用超过本保险合同保险单载明的保险金额，则超出部分的费用由被保险人自行与接诊医疗机构结算。

15. 合同解除

投保人要求解除本保险合同，自保险人接到保险合同解除通知书之时起，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保费（见释义 17.8）。

16. 争议处理和 法律适用

因履行本保险合同发生的争议，由当事人协商解决。协商不成的，提交保险单载明的仲裁机构仲裁；保险单未载明仲裁机构或者争议发生后未达成仲裁协议的，依法向人民法院起诉。

与本保险合同有关的以及履行本保险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）。

17. 释义

17.1 保险人

指与投保人签订本保险合同的京东安联财产保险有限公司（含其分支机构）。

17.2 指定医疗机构

指保险人所列医疗网络所包括的各网点机构。保险人有权作调整并通知投保人、被保险人。具体以保单约定或保险人的书面通知为准。

17.3 必需且合理

必需且合理指：

（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) 不超过安全、足量治疗原则的项目；
- 2) 由医生开具的处方药；
- 3) 非试验性的、非研究性的项目；
- 4) 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。

17.4 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。
17.5 保险费约定缴纳日	指保险合同生效日在每月的对应日。如果当月无对应的同一日，则以该月最后一日为对应日。
17.6 不可抗力	指不能预见、不能避免并不能克服的客观情况。
17.7 第三方服务提供商	指保险人授权的为被保险人接受齿科治疗而提供咨询、预约就诊、与医疗机构结算医疗费用服务的机构。
17.8 未到期保费	未到期保费=保险费×[1-(保险单已经过天数/保险期间天数)]。经过天数不足一天的按一天计算。 若本保险合同已发生保险金赔偿，则未到期净保费为零。

京东安联财产保险有限公司
近视眼医疗保险条款（2023 版）
C00005032512023041366973

- 1. 合同的构成**

本保险合同由保险条款、投保单、保险单、保险凭证以及批单等组成。凡涉及本保险合同的约定，均采用书面形式。投保人提出投保申请，经**保险人**（见释义 16.1）同意承保，本保险合同成立。
- 2. 投保人**

本保险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。被保险人为无民事行为能力人或限制民事行为能力人的，投保人应为其监护人。
- 3. 被保险人**

符合本保险合同的约定，投保时符合投保人和保险人约定并载明在保险单的年龄范围，能正常工作、生活的自然人，可作为本合同的被保险人。如对被保险人有特别约定的，以保险单载明的约定条件为准。
- 4. 受益人**

除本保险合同另有约定外，本保险合同保险金的受益人为被保险人本人。
- 5. 保险责任**

在保险期间内，被保险人因近视、散光等屈光不正等原因需要进行**首次**近视检查及防控治疗，并经**保险人指定的医疗机构**（见释义 16.2）或**指定的眼镜连锁机构**（见释义 16.3）（**首次就诊选定一个诊所品牌并前往就医后，不得再转至其他品牌**）进行**首次**验光和眼轴检查以及相应的近视防控治疗，对于被保险人在**指定的医疗机构或指定的眼镜连锁机构**发生的以下费用，保险人按以下规定进行赔偿：

 - 1. 防控近视检查费用。**

对于被保险人实际发生的防控近视检查费用，包括建立屈光发育档案费用、眼科医生诊费、眼视光相关检查费用（包含视力检查、眼底检查、主觉验光、电脑验光、角膜曲率、眼压、裂隙灯、眼轴测量，但**不包括散瞳验光、三棱镜、视功能检查、角膜地形图、角膜内皮细胞等非常规视力检查项目**），保险人**扣除免赔额后按照保险单上约定的比例及赔付次数**进行补偿。
 - 2. 近视镜配镜费用。**

若被保险人根据上述验光及眼轴检查结果而必须配置近视镜，且在**保险人指定的医疗机构或指定的眼镜连锁机构**配置了近视镜（近视镜包括镜片或/及镜框，**具体内容**由**双方约定并载于保险单**）的，对于被保险人实际产生的配置近视镜的费用，保险人**扣除免赔额后按照保险单上约定的比例**进行赔付。
 - 3. 防控近视镜配置费用。**

若被保险人根据上述验光及眼轴检查结果，并经**保险人指定的医疗机构或指定的眼镜连锁机构**评估必须配置**防控近视镜**，且在**该医疗机构**配置了以下**防控近视镜**的，对于被保险人实际产生的配置**防控近视镜**的费用，保险人**扣除免赔额后按照保险单上约定的比例**进行赔付：

 - 1）特殊设计近视防控框架镜片（包含依视路星趣控系列、豪雅新乐学系列、尼康控优点、蔡司小乐圆镜片、奥拉镜片等）；
 - 2）角膜塑形镜（包括所有相关角膜塑形镜镜片、诊疗费、检查费、治疗费）。
 - 4. 防控近视未达预期近视镜费用。**

若被保险人根据上述验光及眼轴检查结果，并经**保险人指定的医疗机构或指定的眼镜连锁机构**评估必须配置**防控近视镜**，且在**该医疗机构**配置了**防控近视镜**，随后在**保险单载明的第二次检验时效**（见释义 16.4）内进行第二次验光和检查时，确诊其任意一只眼睛的**等效球镜度**（见释义 16.5）的增长幅度达到**保险单**约定的标准，且被保险人因**等效球镜度**的增长在**保险人指定的医疗机构或指定的眼镜连锁机构**置了近视镜（近视镜包括镜片或/及镜框，**具体内容**由**双方约定并载于保险单**），对于被保险人实际产生的购置近视镜的费用，保险人**扣除免赔额后按照保险单上约定的比例**进行赔付。

以上 1-4 项费用保障的免赔额、赔付比例、责任限额、分项限额以**保险单**所载为准，本附加合同项下**保险人**对**被保险人在保险期间内的各项保障责任的累计赔偿金额**以**保险单所载眼科责任限额**为限。当**保险人**对**被保险人的累计总赔偿金额**达到**眼科责任限额**时，**保险人**对**被保险人在本附加合同项下的保险责任**终止。
- 6. 补偿原则**

本合同适用费用补偿原则。若被保险人已从其他途径（包括公费医疗、社会医疗保险、其他费用补偿型医疗保险

等)获得医疗费用补偿,则保险人仅对被保险人实际发生的医疗费用扣除其所获医疗费用补偿后的剩余部分按本附加合同约定负责赔偿。社会医疗保险个人帐户部分支出视为个人支付,不属于已获得的医疗费用补偿。

7. 责任免除

存在下列任一情形,或者发生下列任一情形导致保险事故发生的,保险人不承担保险金给付责任:

- 1) 被保险人申请理赔时提供的任一份等效球镜度检验报告的日期不在保险期间的;
- 2) 投保人对被保险人的故意杀害、故意伤害;
- 3) 被保险人自致伤害或自杀;
- 4) 被保险人故意犯罪、拒捕、挑衅或故意行为引发的打斗而导致视网膜脱落的;
- 5) 被保险人接受包括美容、整容、整形手术在内的任何医疗行为而造成眼睛的伤害;
- 6) 被保险人在投保时或保险责任生效后的7日内被确诊视网膜脱落的;
- 7) 任何生物、化学、原子能武器,原子能或核能装置所造成的爆炸、灼伤、污染或辐射;
- 8) 战争、军事冲突、武装叛乱或暴乱、恐怖袭击;
- 9) 被保险人因遗传性疾病,先天性畸形、先天性疾病、变形或染色体异常引起的医疗费用(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);
- 10) 非在保险人指定的医疗机构或指定的眼镜连锁机构进行检查、治疗或配镜而产生的任何费用。

8. 保险金额

保险金额是保险人承担给付保险金责任的最高限额。本保险合同中的保险金由投保人、保险人双方约定,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。

9. 保险期间

除双方另有约定外,本保险合同的保险期间为一年,自保险单或其他保险凭证上记载的合同生效日零时起至保险期间期满日的二十四时止。具体以保险单载明的起讫时间为准。

10. 不保证续保

本保险合同为不保证续保合同,本产品保险期间不超过一年,保险期间届满,投保人需要重新向保险公司申请投保本产品,并经保险人同意,交纳保险费,获得新的保险合同。

11. 保险人义务

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。

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。

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。

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,但因客观原因、不可抗力(见释义16.6)、资料欠缺、被保险人因素等原因导致的延期除外。

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。

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。

12. 投保人、被保险人义务

若投保人选择一次性缴付保险费的,投保人应当在保险合同成立时一次性交清保险费。未交清保险费的,保险合同不生效;发生保险事故的,保险人不承担保险责任。

若投保人选择分期缴付保险费,在缴纳首期保险费后,投保人应当在每个保险费约定缴纳日(见释义16.7)前足额缴纳对应的保险费。如未缴付首期保险费,保险合同不生效,保险人不承担保险责任。如投保人未按约定缴纳其余各期保险费,保险人允许投保人在保险单约定的延长期内补缴保险费,如被保险人在延长期内发生保险事故,保险人承担保险责任。投保人在正常交费对应的保险期间内或本条约定的延长期内发生保险事故,保险人依照合同约定给付保险金的,需投保人先行补交所有未缴期间的保险费,或经投保人和保险人协商同意后,在给付的保

险金中扣除所有未缴期间的所有未缴保险费。如投保人在延长期届满时仍未缴纳当期保险费的，保险合同自当期保险费缴纳日次日零时起终止，对于保险合同终止后发生的保险事故，保险人不承担保险责任。

订立保险合同，保险人就保险标的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，保险人有权解除本保险合同。

前款规定的合同解除权，自保险人知道有解除事由之日起，超过三十日不行使而消灭。

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。

如保险单载明对被保险人等效球镜度检验有时效要求的，被保险人在保险合同成立后，应到保险人认可的医疗机构或经保险人指定的眼镜连锁机构，经验光师（见释义 16.8）进行首次验光和眼轴检查，并由验光师出具被保险人双眼的等效球镜度检验报告。

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，保险人按本保险合同所载的最后住所或通讯地址发送的有关通知，均视为已送达投保人。

投保人、被保险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，不包括因不可抗力而导致的迟延。

13. 保险金申请

本保险合同仅限指定的医疗机构或指定眼镜连锁机构直付就医，由指定的医疗机构或指定眼镜连锁机构直接收集相应的索赔单证后，与保险人进行结算，对于赔付金额超过 1 万元的，需提供被保险人身份证明类资料。对于被保险人实际发生的超过保险单载明的保险金额部分的费用以及被保险人需自付的部分费用，由被保险人自行与接诊的机构结算。

若被保险人通过非本保险合同约定的指定的医疗机构或指定的眼镜连锁机构就医的，不属于本保险合同的赔偿范围，保险人将不给付任何保险金。

14. 合同解除

投保人要求解除本保险合同，自保险人接到保险合同解除通知书之时起，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（见释义 16.9）。

15. 争议处理和法律适用

因履行本保险合同发生的争议，由当事人协商解决。协商不成的，提交保险单载明的仲裁机构仲裁；保险单未载明仲裁机构或者争议发生后未达成仲裁协议的，依法向人民法院起诉。

与本保险合同有关的以及履行本保险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）。

16. 释义

16.1 保险人

指与投保人签订本合同的京东安联财产保险有限公司（含其分支机构）。

16.2 指定的医疗机构

保险人指定的合作网络医院清单，以保险单载明的名单为准，保险人保留调整医院清单的权利，被保险人可登陆保险人指定的互联网站或致电查询相关信息。被保险人首次就诊选定一个机构品牌并前往就医后，不得再转至其他品牌。

16.3 指定的眼镜连锁机构

指由保险人指定的、具有合法开展眼镜的验光、配镜服务的连锁经营机构。保险人指定的眼镜连锁机构以在保险单中载明的名单为准，保险人保留调整机构清单的权利，被保险人可登陆保险人指定的互联网站或致电查询相关信息。被保险人首次就诊选定一个机构品牌并前往就医后，不得再转至其他品牌。

- 16.4 检验时效** 保险人对被保险人等效球镜度检验有时效要求的，以保险单载明的要求为准。**如保险单载明有时效要求的，被保险人需要在约定的时效内进行检验，否则保险人将不承担保险责任。**如保险单无相关检验时效要求的，被保险人可在保险期间内任一时间进行检验。
- 16.5 等效球镜度** 等效球镜度=球镜屈光度+1/2 柱镜屈光度。屈光度是屈光力的大小单位，以 D 表示，即指平行光线经过该屈光物质，以焦点在 1m 时该屈光物质的屈光力为 1 屈光度或 1.00D。
- 16.6 不可抗力** 指不能预见、不能避免并不能克服的客观情况。
- 16.7 保险费约定缴纳日** 指保险合同生效日在每个缴费期的对应日。如果当期无对应的同一日，则以该期最后一日为对应日。
- 16.8 验光师** 指使用验光仪器及辅助设备，对眼睛进行视力检查和屈光度检测，并开具矫正处方的人员。验光师应当同时满足以下资格条件：
具有人力资源和社会保障部颁发的、有效的《国家职业资格证书》；
具有高级验光员或以上国家职业资格等级。
- 16.9 未满期净保费** 若保险费为一次性缴付的：未满期净保险费=保险费×[1-(保险单已经过天数/保险期间天数)]×(1-10%)。经过天数不足一天的按一天计算。
若保险费为分期缴付的：未满期净保险费=当期保险费×[1-(当期保障已过天数/当期保障总天数)]×(1-10%)。经过天数不足一天的按一天计算。
若本保险合同已发生过保险金给付，则未满期净保险费为零。

(本页结束)