



请扫描以查询验证条款



中意人寿保险有限公司

GENERALI CHINA LIFE INSURANCE CO., LTD.

中意全球保障团体医疗保险（铂金版）条款

第一章 基本条款

第一条 保险合同的构成

本合同条款、保险单以及所附上的投保单、保险计划明细、被保险人清单、批单、批注及其它书面协议均为“中意全球保障团体医疗保险（铂金版）”合同（以下简称本合同）的构成部分。

本合同文件正本的复印件或电子影像印刷件的效力与正本相同，若复印件或电子影像件与正本的内容不同，则以正本为准。

第二条 投保条件

一、投保资格

院校、企事业单位、行业组织和职业工会等合法团体均可作为投保人，为其符合参保资格的团体成员及团体成员的配偶和子女投保本合同。

二、参保资格

参加本合同的被保险人须是在其参加本合同之日年龄在 **65 周岁**（见释义 1）以下、身体健康并能从事正常工作或劳动的团体在职成员，或其他**本公司**（见释义 2）认可的成员。经本公司审核同意，其年龄在 65 周岁以下被保险人的配偶，以及年龄在出生满 30 天到 18 周岁（若子女为全日制学生则可延长至 23 周岁）以下的子女也可作为连带被保险人参加本合同。

参加本合同的外籍人士或港、澳、台人员须持有中国政府部门签发有效的工作签证或拥有在**中国大陆**（见释义 3）境内有效的居住签证或长期居住权，并在中国大陆境内有固定居所。

第三条 保险合同成立与生效

投保人提出投保申请，本公司同意承保，本合同成立。

本合同生效日由投保人与本公司约定并于保险单上载明。

第四条 合同的签收

投保人在收到本合同时，应当签署本合同的签收回执。

第五条 保险期间及续保

本合同的保险期间为一年，自本合同生效日的零时始到本合同满期日的二十四时止，并于保险单上载明。本公司所承担的保险责任自本合同生效日的零时开始。

被保险人的个人保险期间由投保人与本公司约定，自该被保险人的个人保险期间起始日的零时开始，到其个人保险期间终止日的二十四时止。被保险人的个人保险期间不可超出本合同的保险期间。

上述时间和日期均指北京时间。

每个保险期间届满之前，投保人与本公司可以协商决定是否续保，续保需双方书面确认。本公司有权重新核定续保保险费。若本公司停止本产品的销售，将会及时通知投保人，本公司自停止销售时起不再接受本合同续保申请。

第六条 保险费

本合同的保险费在保险计划明细或其他承保文件中载明。保险费支付方式为一次性支付。

第七条 被保险人的变更

投保人需增加被保险人时，可向本公司提出书面申请，本公司经审核同意，将按约定的保险责任开始日零时起对该被保险人承担保险责任，投保人应按约定方式交纳相应的保险费。

投保人需减少被保险人时，可向本公司提出书面申请，并可以与本公司约定减少的被保险人的保险责任终止日；对申请减少被保险人但没有约定对应的保险责任终止日的，本公司以收到减少被保险人书面申请日为该被保险人的保险责任终止日。本公司自保险责任终止日二十四时起终止对该被保险人的保险责任，同时本公司将按下列方式退还保险费：

1. 若本合同对该被保险人的保险责任尚未开始，本公司将向投保人退还其为该被保险人交纳的保险费；
2. 若本合同对该被保险人的保险责任已经开始且在保险责任终止前未发生**保险事故**（见释义4），本公司将向投保人退还该被保险人对应的**未到期保险费**（见释义5）；
3. 若本合同对该被保险人的保险责任已经开始且在保险责任终止前已发生保险事故，本公司将不向投保人退还该被保险人对应的未到期保险费。

当本合同的被保险人数少于国务院保险监督管理机构规定的最低人数，或低于团体成员中有参保资格人数的最低比例时，本公司有权解除本合同。若本合同尚未发生保险金给付，本公司向投保人退还本合同下各被保险人的未到期保险费。若本合同下被保险人已发生保险金给付，本公司不退还该被保险人对应的未到期保险费。

第八条 保险计划的确定

本合同的保险计划由投保人与本公司共同约定，并在保险计划明细中载明。在本合同的保险期间内，经本公司同意，投保人可增加投保其他险种并一次性支付相应的保险费。

第九条 保险事故通知

投保人、被保险人或受益人知道保险事故后应当在10日内通知本公司。

如果投保人、被保险人或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。

第十条 明确说明与如实告知

订立本合同时，本公司应向投保人说明本合同的内容。

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批单、批注或保险计划明细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。

本公司就投保人和被保险人的有关情况提出询问，投保人应当如实告知。

如果投保人故意或者因重大过失未履行前款规定的如实告知义务，足以影响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。

如果投保人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，并不退还保险费。

如果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，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。

本公司在本合同订立时已经知道投保人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。

第十一条 本公司合同解除权的限制

前条规定的合同解除权，自本公司知道有解除事由之日起，超过 30 日不行使而消灭。

第十二条 年龄或性别错误

本合同中被保险人的投保年龄和性别，以**有效身份证件**（见释义 6）登记的周岁年龄和性别为准。

投保人在申请投保时，应在提供给本公司的被保险人名册中载明各被保险人与其有效身份证件相符的出生日期和性别，如果发生错误按照下列方式办理：

1. 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，本公司有权解除该被保险人的参保资格，并将退还该被保险人对应的未到期保险费。对参保资格解除前发生的保险事故，本公司不承担保险责任，本公司行使上述解除权适用“本合同解除权的限制”的规定。

2. 投保人申报的被保险人年龄或性别不真实，致使投保人实付保险费少于应付保险费的，本公司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。

3. 投保人申报的被保险人年龄或性别不真实，致使投保人实付保险费多于应付保险费的，本公司会将多收的保险费退还给投保人。

第十三条 联系方式的变更

为了保障投保人及被保险人的合法权益，投保人或被保险人的住所、通讯地址、电子邮件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。否则本公司按本合同载明的最后住所、通讯地址、电子邮件或电话发送的有关通知，均视为已送达给投保人或被保险人。

第十四条 合同内容的变更

在本合同有效期内，除本合同另有约定外，投保人可以书面申请变更本合同的内容，经本公司审核同意并在本合同上批注或订立书面变更协议后生效。

第十五条 司法鉴定

保险事故发生后，本公司有权要求进行尸检或要求司法鉴定机构或医疗机构对保险事故及被保险人的身体机能状况进行鉴定，费用由本公司承担。

第十六条 解除合同的处理

投保人于本合同成立后，可书面申请要求解除本合同。

一、投保人要求解除合合同时，应提供下列证明和资料：

- 1、保险合同正本；
- 2、解除合同申请；
- 3、本公司所需的且投保人能够提供的其他相关证明和资料。

二、投保人要求解除本合同的，本合同的保险责任于本公司接到解除合同申请书之日或约定的终止日的二十四时自动终止。当投保人申请解除本合同时，若本合同尚未发生保险金给付，本公司自收到解除合同申请书之日起 30 日内向投保人退还本合同下各被保险人的未到期保险费。若本合同下被保险人已发生保险金给付，本公司不退还该被保险人对应的未到期保险费。

第十七条 争议处理

本合同争议解决方式由当事人约定从下列二种方式中选择一种：

1. 因履行本合同发生的争议，由当事人协商解决，协商不成的，提交双方共同选择的仲裁委员会仲裁；
2. 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。

第二章 保险单条款

第十八条 就诊区域

本合同根据地域的不同可分为如下就诊区域：

区域一：全球；

区域二：除美国、加拿大以外的国家和地区；

区域三：中国大陆及港、澳、台地区；

区域四：中国大陆；

区域五：投保人与本公司约定的其它就诊区域。

投保人在投保时需与本公司约定就诊区域，并于保险单上载明。对于被保险人在约定就诊区域内发生本合同涵盖的医疗费用，本公司根据与投保人的约定承担相应的保险金给付责任。

对于就诊区域包括除中国大陆之外的其他就诊区域的被保险人，在被保险人个人保险期间内，其在保险责任范围内的中国大陆以外的就诊区域累计停留 180 天内，因**疾病**（见释义 7）或遭受**意外伤害**（见释义 8）事故发生的医疗费用，本公司根据与投保人的约定承担保险金给付责任；累计停留超过 180 天的，在 180 天之外的停留期间，本公司只对因发生意外伤害事故或患**突发急性病**（见释义 9）而需要在当地立即救治并导致的医疗费用承担保险责任。

第十九条 免赔额和自付比例

投保人可以对其所选择的保险责任项目与本公司约定**免赔额**（见释义 10）和**自付比例**（见释义 11），并于保险计划明细中载明。

第二十条 保险责任

在本合同的有效期内，本公司提供如下保险责任项目。投保人在投保时需与本公司约定所选择的保险责任项目和各项保险责任项目的最高赔付限额，并于保险计划明细上载明。在被保险人的个人保险期间内，若被保险人在就诊区域内发生所选择保险责任项目中列明的保险事故并支出相应医疗费用的，本公司将按约定的方式对符合**常规合理**（见释义 12）的、且**医疗必需**（见释义 13）的医疗费用在**扣除免赔额和自付额后，在最高赔付限额内进行赔付**。

对于在中国大陆发生的相应医疗费用，除另有约定外，本公司按照以下约定给付：

（1）若被保险人已从基本医疗保险（见释义14）、公费医疗（见释义15）、城乡居民大病保险（见释义16）取得补偿，本公司将对剩余未获得补偿部分中符合常规合理的、且医疗必需的医疗费用，按照100%比例给付医疗补偿保险金；

（2）若被保险人未从基本医疗保险、公费医疗、城乡居民大病保险取得补偿，本公司将对被保险人符合常规合理的、且医疗必需的医疗费用按照90%比例给付医疗补偿保险金。

但对于明显不合理的或非常规的医疗费用、以及任何保险期间结束后的医疗费用（续保除外）本公司将不予赔付。

若被保险人已从其他途径（包括基本医疗保险、公费医疗、城乡居民大病保险、工作单位、公益慈善机构，以及我们在内的任何商业保险机构等）获得医疗费用补偿，则**我们仅对被保险人符合常规合理的、且医疗必需的医疗费用扣除其已获得的费用补偿后的余额按本合同的约定进行给付**。包括本合同在内的各种途径给付的所有补偿金额之和不得超过被保险人实际发生的医疗费用。社保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。

一、住院医疗保险责任

本项保险责任为必选保险责任。

指被保险人因疾病或遭受意外伤害事故并由医师建议及批准入住**医院**（见释义 17）住院部病房，在**住院**（见释义 18）期间因接受治疗而发生的下列费用：

（1）急救车费

指使用医院或合法注册急救中心的医疗专用救护车在住院所在地护送被保险人入住医院所发生的费用，包括在急救车内发生的治疗和药物费用；

（2）医师费

指为确诊疾病或伤害所发生的外科**医师**（见释义 19）、麻醉医师和内科医师以及**专科医师**（见释义 20）的诊疗费；

（3）治疗费

指被保险人在住院期间为医治疾病或伤害而实际发生的各项治疗费；

（4）床位费

指住院期间一张医院病床的每日费用，包括空调费、取暖费、卫生费、床位的每日费用；

（5）药品费用

指由医师开具处方的**药品**（见释义 21）费用；

（6）检查费用

指由医师开具的为确诊疾病、伤害或手术所必须的检验、化验以及检查费用；

（7）手术费及与手术相关费用

指在医院住院部手术室内进行手术所需的费用，包括手术费、手术材料费、麻醉费、手术后监护费、护理费以及手术室费；

（8）精神疾病医疗费用

精神疾病是指《疾病和有关健康问题的国际统计分类》（ICD-10）中归属于精神和行为障碍（编码 F00 至 F99）的疾病，或根据《中国精神障碍分类与诊断标准第 3 版（CCMD-3）》诊断的精神疾病；

（9）艾滋病及其并发症

指治疗**艾滋病**（见释义 22）及与艾滋病相关的医疗费用，**不包括既往症**（见释义 23）；

若被保险人因同一疾病或同一意外伤害事故间歇入住医院，前次出院与后次入院日期间隔未达 90 天，则视为同一次住院。

二、门诊医疗保险责任

本项保险责任为可选保险责任。

包括被保险人在其个人保险期间内因疾病或意外伤害事故在**医院**或**诊所**（见释义 24）接受门诊治疗而发生的且医疗必需的如下医疗费用：

（1）医师费

指为诊断疾病或伤害所必需的注册医师的诊疗费或医师费；

（2）治疗费

指被保险人在门诊就医时为医治疾病或伤害而实际发生的各项治疗费；

（3）药品费

指由医师开具处方的药品费；

（4）门诊手术费

指进行门诊手术所需的费用，包括手术费、手术材料费、麻醉费及手术后监护费；

（5）检查费

指由医师开具的为确诊疾病、伤害或手术所必须的检验、化验以及检查费用；

（6）接种疫苗费

指基于被保险人的健康需要，注射由医师处方开具的免疫疫苗所发生的费用，包括医师费、

注射疫苗前检测要接种疫苗的相关抗原、抗体而发生的化验费；

(7) 精神疾病医疗费用

精神疾病是指《疾病和有关健康问题的国际统计分类》(ICD-10)中归属于精神和行为障碍(编码 F00 至 F99)的疾病,或根据《中国精神障碍分类与诊断标准第3版(CCMD-3)》诊断的精神疾病;

(8) 艾滋病及其并发症

指治疗艾滋病及与艾滋病相关的医疗费用, **不包括既往症**;

(9) 留观费

即留院观察的费用,指医生对在医院门诊、急诊就诊的病情未稳定的病人采取的留在医院门诊或急诊观察、治疗的措施等发生的医疗费用和床位费;

(10) 中医费用

包括注册中医师诊疗费、由注册中医师处方开具的中草药、中成药费用以及提供的针灸治疗、推拿等项目;

(11) 紧急牙科治疗

指由意外伤害事故导致的,且于该意外伤害事故发生日起 15 天内接受的紧急牙科诊治和原位牙修复, **不包括由于咀嚼食物或其他外物造成的牙齿损伤以及原带有牙冠、充填物或有裂缝的牙齿**。

三、生育医疗保险责任

本项保险责任为可选保险责任。

本项保险责任的等待期是指自本项保险责任生效日起 180 天内(含第 180 天)的期间。若被保险人在等待期内怀孕,本公司不承担此次妊娠中保险金的给付责任。

指女性被保险人在等待期后的个人保险期间内怀孕,并因此次妊娠发生的下列住院及门诊医疗费用:

1. 孕产期检查费及怀孕相关的医疗费用;
2. 分娩时所产生的常规合理的医疗费用;
3. 产后 42 天内一次复诊费用;
4. 流产或终止妊娠所产生的医疗费用;

5. 因妊娠、分娩、流产或终止妊娠所引起的并发症而支出的医疗费用,包含因异位妊娠(宫外孕)、葡萄胎、妊娠高血压综合征、妊娠剧吐而支出的医疗费用; **但不包括人工不当操作以及不属疾病分类学上妊娠并发症类的相关症状而支出的医疗费用**;

6. 新生儿出生后 14 天内且未出院前发生的费用。

若被保险人的孕产期跨越两个保单年度,则该项保险责任的最高赔付限额以该被保险人分娩时所在的保单年度约定的最高赔付限额为限;若未续保,则本公司仅赔付保险期间内发生的孕产期医疗费用。

四、牙科医疗保险责任

本项保险责任为可选保险责任。

指包括被保险人在其个人保险期间内发生的下列治疗或护理项目:

1. 牙科诊疗:包括口腔检查、X-射线、化验和检验;

2. 预防性治疗:包括根管治疗、氟治疗、洗牙(每保单年度不超过 2 次)、贵金属或复合填充物补牙、简单拔牙(**不包括智齿拔出**);

3. 投保人与本公司约定的其它牙科医疗费用。

五、预防性检查保险责任

本项保险责任为可选保险责任。

指被保险人在其个人保险期间内进行的每保单年度 1 次常规体检。

第二十一条 责任免除

因下列原因或项目之一而导致的费用，本公司不承担给付保险金的责任：

1. 门诊医疗保险责任、生育医疗保险责任、牙科医疗保险责任和预防性检查保险责任，但保险计划中选择的保险责任除外；

2. 被保险人参加本合同当日之前，曾接受治疗、诊断、会诊或服用处方药物的疾病、症状或体征、伤害（被保险人参加本保障连续超过 12 个月或本公司已确认承保的疾病不受此限）；

3. 非医疗必需的医疗费用，任何与本次入院病情无关的食宿、普通护理和其他医疗服务等费用；任何与医疗或病症无关的费用（保险责任范围内医疗费用的税费除外）；

4. 医师、护士的出诊费用；

5. 中草药代加工成粉剂、丸剂、胶囊、胶、膏或其他制剂发生的加工费；

6. 遗传性疾病（见释义 25）、先天性畸形（见释义 26）、变形或染色体异常、鼾病、睡眠呼吸暂停综合征、性病（见释义 27）、性功能障碍、变性及相关治疗；

7. 被保险人避孕、绝育手术（或其逆向手术）、不孕不育症、使用人工授精（见释义 28）或体外受精—胚胎移植技术及其各种衍生技术（见释义 29）及其他任何助孕的方式；

8. 任何在疗养院、水疗院、温泉、天然诊所、健身房或无合法行医资格的场所、及因为家庭医疗的需要而建立具有医院装备的并成为被保险人的家或永久居住地的组成部分所发生的膳宿和治疗费用；

9. 被保险人因戒毒、戒酒、戒烟或以戒除成瘾为目的在医疗机构所发生的费用；

10. 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展问题而接受的治疗所导致的费用；

11. 试验性医疗治疗及其产生的后果，或未经证实的医疗治疗或药物治疗，购买未经医师处方或指定的药物及其他药品或预防性药物、疫苗及检查；

12. 各种预防、保健性项目：如保健按摩、自动按摩床治疗、中药熏洗治疗、中药熏药治疗、药浴；

13. 任何与美容和整形相关的费用：

（1）各种美容、整形项目：如皮肤色素沉着、疤痕美容（关节处的且影响功能的疤痕除外）、激光美容、非疾病类脱痣、纹身、除纹身、除皱、除眼袋、除雀斑、除老年斑，开双眼皮、验光配镜（保险计划指明赔付的除外），治疗白发、秃发、脱发，植毛、脱毛、隆鼻、隆胸、穿耳洞、牙齿美白、牙齿贴面所发生的费用；

（2）各种矫形及生理缺陷的手术、检查治疗项目：如腋臭、口吃、平足、牙列不整（保险计划指明赔付的除外）、种植牙、各种非功能性整容、矫形手术等费用；

（3）各种健美治疗项目：如减肥、增胖、增高等项目费用；

（4）近视或远视的纠正手术。

14. 任何与活体细胞或活体组织的低温储藏、培植或再培植相关的费用；

15. 购买或租用物理治疗设备、康复设备或保健设备；

16. 轮椅、拐杖、助听器、助走器、各种血压计、体温计、血糖仪、胰岛素泵、血糖试纸、助听器、假眼、假肢、义乳、负压罐、刮痧板等；

17. 由于下列原因导致的费用：

（1）被保险人以职业运动员身份参加的运动；或参与可获得报酬的运动；或者参加以下项目的竞赛、表演或专业训练：赛马、马术、马球、机动车（见释义 30）、自行车、赛艇、滑板、冲浪、滑水、跳水、潜水（见释义 31）、跳高滑雪、雪橇、滑冰、冰球、拳击、武术、摔跤；或参加攀岩（见释义 32）、攀登海拔 3500 米以上山峰、滑翔翼、气球驾驶、跳伞、空中飞行（不包括以乘客身份乘坐作为公共交通工具的民航班机）、蹦极跳；或参加洞穴、极地、沙漠、火山、冰川等探险（见释义 33）和考察；

（2）核爆炸、核辐射、核污染、战争、军事冲突、暴乱、武装叛乱；

（3）被保险人自杀（在本公司连续参保满两年除外），但自杀时为无民事行为能力人的除外；

(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、或故意暴露于危险之中（救助他人除外）、或酒后驾驶（见释义 34）、无合法有效驾驶证驾驶（见释义 35）或驾驶无有效行驶证（见释义 36）的机动车；或驾驶证被当地交通管理部门暂扣期间；

(5) 被保险人前往各国家或地区政府已发布旅游警告明确建议不前往或暂缓前往的国家或地区的，但旅游警告发布时被保险人已身处此类国家或地区的不受此限。

第二十二条 预先批准

在接受住院治疗前，被保险人须填写《预先批准申请表》，并于至少开始治疗前 5 天递交至本公司或本公司授权机构。若为紧急住院，被保险人或连带被保险人须自办理住院手续起 3 日内填写预先批准申请表，并递交至本公司或本公司授权机构。本公司或本公司授权机构将于收到申请表后 3 天内书面回复被保险人。

被保险人由于发生意外伤害事故或患突发急性病无法在接受紧急救治前联系到本公司的，需要在救治开始 96 小时内和本公司联系。

第二十三条 医疗网络

本公司为被保险人建立了全球医疗网络，投保时本公司将提供查询网址和查询电话，投保人和被保险人可网上查询或致电询问医疗网络中的具体医疗机构信息。若被保险人所在地网络医疗机构完全能够对被保险人实施治疗，被保险人应当首先前往当地医疗网络中的医疗机构接受治疗。

若被保险人在美国就医且其就医的医疗机构未在网络医疗机构范围内，对于被保险人在此情况下发生的且属于本公司保险责任范围内的医疗费用，本公司的赔付比例为约定赔付比例的 80%。

对于第二十三条规定的需预先批准的医疗项目，若未经本公司或本公司授权机构预先批准同意，本公司将按照如下约定处理：

(1) 对于被保险人在美国就诊且其就医的医疗机构未在网络医疗机构范围内，在此情况下发生的且属于本公司保险责任范围内的医疗费用，本公司的赔付比例为约定赔付比例的 80%×70%；

(2) 除上述第(1)款所述的情形，对于被保险人在就诊区域所发生的且在本公司保险责任范围内的医疗费用，本公司的赔付比例为约定赔付比例的 70%。

第二十四条 受益人的指定

除另有约定外，本合同保险金的受益人为被保险人本人。

第二十五条 保险金的申请

在申请医疗保险金时，申请人须填写保险金给付申请书，并提供下列证明和资料：

1. 投保单位证明；
2. 申请人的有效身份证件；
3. 完整的门急诊病历，若住院还应提供住院病历、出院小结，若为**境外**（见释义 37）住院，还需提供包括个人保险期间内完整的出入境记录的护照复印件；
4. 门急诊、住院原始医疗费用收据，清单及结算单；
5. 由本公司或本公司授权的机构批准的《预先批准申请表》（适用于预先批准的情形）；
6. 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。

被保险人应提供中国大陆境内的银行账号以便本公司支付保险金，支付的保险金币种为人民币。若发生的医疗费用支出为外币时，则按照医疗费用发生日（若医疗费用发生日为周日或节假日，则按照下一个工作日）的国家外汇管理局公布的中间价汇率进行计算本公司应支付的保险金。

保险金作为被保险人遗产时，必须提供可证明合法继承权的相关权利文件。

以上申请资料和证明不完整的,本公司将及时一次性通知申请人补充提供有关资料和证明。
受益人及其他有权领取保险金的人向本公司申请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。

第二十六条 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,将及时作出核定;情形复杂的,在30日内作出核定。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。

若本公司在收到保险金给付申请书及上述有关证明和资料后第30日仍未作出核定,除支付保险金外,本公司将从第31日起按超过天数赔偿保险金申请人因此受到的利息损失。利息按照中国人民银行公布的同期金融机构人民币一年期定期存款利率单利计算。若本公司要求保险金申请人补充提供有关证明和资料的,则上述的30日不包括补充提供有关证明和资料的期间。

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。

第二十七条 释义

1. 周岁:指按有效身份证件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1年增加1岁,不足1年的不计。
2. 本公司:指中意人寿保险有限公司。
3. 中国大陆:除香港地区、澳门地区和台湾地区以外的中华人民共和国区域。
4. 保险事故:指本合同约定的保险责任范围内的事故。
5. 未到期保险费:指已缴保险费 \times (自合同解除之日至该期保费所对应的承保期间结束时的天数) \div (该期保费所对应的承保期间的总天数)。
6. 有效身份证件:指依据法律规定,由有权机构制作颁发的证明身份的证件、文件等,如:居民身份证、户口簿、护照、军人证等。
7. 疾病:非意外的、具有客观症状的且在医疗上被确定的健康状况的变化。
8. 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。
9. 突发急性病:是指因突然发生的急性疾病或意外伤害,而采取的紧急治疗。若不及时治疗,可产生严重的后果,甚至威胁病人的生命,包括下列情况:
 - (1) 高热(体温摄氏38.5度以上);
 - (2) 急性腹痛、剧烈呕吐、严重腹泻;
 - (3) 各种原因的休克;
 - (4) 昏迷;
 - (5) 癫痫发作;
 - (6) 严重喘息、呼吸困难;
 - (7) 急性胸痛、急性心力衰竭、严重心律失常;
 - (8) 高血压危象、高血压脑病、脑血管意外;
 - (9) 各种原因所致急性出血;
 - (10) 急性泌尿道出血、尿闭、肾绞痛;
 - (11) 各种急性中毒(如食物或药物中毒),各种意外(如触电、溺水);
 - (12) 脑外伤、骨折、脱位、撕裂、烧伤、烫伤、或其他急性外伤;
 - (13) 各种有毒动物或昆虫咬伤或者急性过敏性疾病;

(14) 五官及呼吸道或食道异物，急性眼痛。眼红或眼肿，突然视力障碍以及眼外伤。

10. 免赔额：指投保人与本公司约定保险责任范围内的医疗费用中，本公司开始向被保险人补偿医疗费用的起始金额。**本公司不向被保险人支付免赔额以下的医疗费用。**免赔额分为次免赔额和年免赔额，次免赔额是指被保险人每次诊疗发生的医疗费用的免赔额，年免赔额是指被保险人在每一保单年度内发生的医疗费用的免赔额。

11. 自付比例：指投保人与本公司约定保险责任范围内的医疗费用在扣除免赔额后应由被保险人比例承担的部分，自付额为根据约定的自付比例被保险人应承担的金额。

12. 常规合理：是指只有当所发生的医疗费用与之前类似情形下所发生的一般费用水平相当时，本公司认为所发生的医疗费用是常规合理的。其中所称类似情形是指在同一地区、对相同性别、近似年龄的人所患的同类疾病或身体伤害实施的类似的治疗或服务。

13. 医疗必需：是指针对伤害或疾病本身的医疗服务以及治疗，必须符合下列特征：

(1) 必须满足被保险人的基本健康需要；

(2) 与接受治疗当地普遍接受的医疗专业实践标准一致；

(3) 提供的治疗范围、强度和持续时间应符合医学研究机构或健康护理组织类似情况的标准；

(4) 应由医师出具处方、诊断证明；

(5) 非主要为了个人舒适或为了被保险人父母、家庭、医师或其它医疗提供方的方便而提供的项目；

(6) 不属于病人学术教育或职业培训；

(7) 非实验性或研究性的项目。

14. 基本医疗保险：包括城镇职工基本医疗保险、城镇居民基本医疗保险、新型农村合作医疗等政府举办的基本医疗保障项目。

15. 公费医疗：指国家为保障国家工作人员身体健康而实行的一项社会保障制度。国家通过医疗卫生部门向享受人员提供制度规定范围内的免费医疗。

16. 城乡居民大病保险：城乡居民大病保险是基本医疗保障制度的拓展和延伸，是对大病患者发生的高额医疗费用给予进一步保障的一项新的制度性安排。主要保障对象为城镇居民基本医疗保险、新型农村合作医疗或者城乡居民基本医疗保险的参保（合）人以及部分地区建立的覆盖城镇职工、城镇居民、农村居民的统一的大病保险制度参保人。

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

18. 住院：因治疗需要在医院连续停留超过二十四小时，且办理相关住院手续。

19. 医师：指在被保险人接受诊断、医疗、处方或手术的地区内合法注册且有行医资格的医师。**但不包括投保人、受益人、被保险人本人及其家属。**

20. 专科医师：具有高等学校专业本科或专科以上学历，取得执业医师资格，经过相应的专业培训，获得专科医师的最高管理机构认证的专科医师资格并在被保险人接受诊治的地区内合法注册的医师。

21. 药品：指注册医师开具处方的且被就诊所在国认可的药品；申请赔付时，该药必须是由拥有所在国合法执照的药房分发的药品，但不包括下列药品：

(1) 中药类：冬虫夏草、海马、猴枣、琥珀、灵芝、羚羊、鹿茸、玛瑙、麝香、藏红花、燕窝、野山参；

(2) 保健品以及纯营养品类药品；

22. 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。

23. 既往症：指在被保险人参加本合同之前就存在的，且该被保险人知道或应当知道的疾病或症状。

24. 诊所：指合法注册，取得医疗机构执业许可，为患者提供门诊诊断和治疗，不设病床（产床）的医疗服务机构。

25. 遗传性疾病：指生殖细胞或受精卵的遗传物质（染色体和基因）发生突变或畸变所引起的疾病，通常具有由亲代传至后代的垂直传递的特征。

26. 先天性畸形、变形或染色体异常：指被保险人出生时就具有的畸形、变形或染色体异常。先天性畸形、变形和染色体异常依照世界卫生组织《疾病和有关健康问题的国际统计分类》（ICD-10）确定。

27. 性病：指《中华人民共和国性病防治管理办法》中规定的淋病、梅毒、软下疳、性病性淋巴肉芽肿、非淋菌性尿道炎、尖锐湿疣、生殖器疱疹七种性疾病。

28. 人工授精：指用人工方式将精液注入女性体内以取代性交途径使其妊娠的一种方法。

29. 体外受精—胚胎移植技术及其各种衍生技术：指从女性体内取出卵子，在器皿内培养后，加入经技术处理的精子，待卵子受精后，继续培养，到形成早早期胚胎时，再转移到子宫内着床，发育成胎儿直至分娩的技术。

30. 机动车：指以动力装置驱动或者牵引，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。

31. 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。

32. 攀岩：指攀登悬崖、建筑物外立面、人造悬崖、冰崖、冰山等运动。

33. 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。

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《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）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车时，无教练员随车指导，或不按指定时间、路线学习驾车；
- （5）驾驶证被当地交通管理部门暂扣期间。

36. 无有效行驶证：指下列情形之一：

- （1）没有机动车行驶证；
- （2）未在法律规定期限内按时进行或通过安全技术检验。

37. 境外：指中国以外的国家和地区。但前往中国的香港地区、澳门地区和台湾地区的，也按“境外旅行”处理。

（完）