



请扫描以查询验证条款

上海人寿览海全球团体医疗保险条款

1. 合同基本信息

1.1 合同构成 上海人寿览海全球团体医疗保险合同（以下简称“本合同”）由保险单或其他保险凭证及所附上海人寿览海全球团体医疗保险条款（以下简称“本条款”）、投保单、保险计划明细表、合法有效的声明、批注、附贴批单、其他书面协议构成。

若构成本合同的文件正本留存在本公司，则其复印件或电子影像印刷件效力与正本相同；若复印件或电子影像印刷件的内容与正本不同，则以正本为准。

1.2 投保范围

1. 投保人

中国大陆境内的机关、院校以及企事业单位等合法**团体**¹可作为投保人，为其所在团体中符合参保资格的**成员**²以及其**配偶**³与**子女**⁴向本公司投保本保险。

2. 被保险人

凡投保时年龄为 18 至 65 **周岁**⁵（含 65 周岁），身体健康、能正常工作、劳动和生活的投保人所属人员，经本公司同意可作为本合同的主被保险人。

凡投保时年龄为 18 至 65 周岁（含 65 周岁），身体健康，能正常工作、劳动和生活的主被保险人的配偶，经本公司同意，可作为本合同的附属被保险人。

凡投保时年龄为 15 天（已健康出院）至 18 周岁（含 18 周岁）的主被保险人的子女，经本公司同意，可作为本合同的附属被保险人。

连续投保⁶ 本合同时，主被保险人及其配偶可续保至 75 周岁，其子女可续保至 25 周岁。

主被保险人和附属被保险人统称为被保险人。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**。

1.3 合同成立及生效

投保人提出保险申请、本公司同意承保，本合同成立。

除另有约定外，自本合同成立、本公司收取保险费并签发保险单的次日零时起本合同生效，本公司开始承担保险责任，合同生效日期在保险单上载明。

2. 本公司提供的保障

2.1 保险金额

本合同的各项**保险金额**⁷由投保人在投保时与本公司约定，并在保险计划明细表中载明。

2.2 保险期间	本合同保险期间为一年，自本合同生效日的零时起至本合同满期日的二十四时止。本合同保险期间届满时投保人可向本公司申请续保，经本公司审核同意后为投保人办理续保手续，并按续保当时被保险人的风险性质重新厘定费率并收取保险费。
2.3 保障区域	本合同保障区域由投保人在投保时与本公司约定，并在保险计划明细表中载明。本公司仅对被保险人在保险计划明细表中载明的保障区域内发生的保险事故承担保险责任，但 2.4.3 紧急意外门诊牙科治疗和 2.4.4 紧急救援服务等两项保险责任除外。。附属被保险人的保障区域必须等于或小于主被保险人的保障区域。本合同提供的三种保险计划对应的保障区域 1. 全球计划的保障区域为全球任何国家和地区； 2. 国际计划的保障区域为除美国、加拿大之外的全球其他任何国家和地区； 3. 中国计划的保障区域为中华人民共和国境内（不包括香港、台湾和澳门）。 不同保险计划对昂贵医疗机构的使用有不同的规定： 1. 全球计划的被保险人就医的医疗机构无任何限制。 2. 对于中国计划和国际计划，投保人有权选择是否保障被保险人在昂贵医疗机构就医发生的费用。
2.4 保险责任	本公司根据保险单或批注项内所列明的承保项目，对于被保险人在保险期间内实际产生的合理且必要⁸的医疗费用，在扣除社会医疗保险、公费医疗或任何其他第三方（包括任何商业医疗保险）已经补偿或给付部分后给付保险金。若承保项目在保险单上或批注项内未载明，则本公司不承担该承保项目的保险责任。 本公司对任一被保险人在保险期间内累计给付的各项保险金之和，以该被保险人的保险金额为限，但 2.4.4 紧急救援服务不受此限。承保项目单独设定年度赔偿限额或天数的，对该承保项目累计给付不得超过该限额或天数。年度赔偿限额⁹、自付比率¹⁰、终身最高赔偿天数¹¹、免赔额¹²、等待期等赔偿标准由投保人、本公司双方约定，并在保险单中载明。 在本合同保险期间内，除等待期期间约定外，本公司承担下列保险责任：
2.4.1 住院医疗及日间手术治疗保险金	被保险人因遭受意外伤害事故或罹患疾病，经医生¹³确诊必须在医院内住院¹⁴治疗或接受日间手术¹⁵、日间治疗¹⁶，本公司就其每次住院发生的下列合理且必要的住院治疗费用或日间手术费用、日间治疗费用按约定的给付比例在各项费用的年度限额或天数、每日限额和最高给付日数范围内给付住院医疗及日间手术治疗保险金。
2.4.1.1 住院医疗保险金	被保险人因遭受意外伤害事故或罹患疾病，经医生确诊必须在医院内住院治疗，本公司就其每次住院发生的下列合理且必要的住院治疗费用按约定的给付比例在各项费用的年度限额或天数、每日限额和最高给付日数范围内给付住院医疗保险金。 1. 床位费：住院期间实际发生的中国大陆境内不高于标准单人病房，中国大陆境外不高于标准半私病房的住院床位费用（不包括套房、家庭病房）。 2. 膳食费：住院期间由医院提供的、由医院内专设的为住院病人配餐的食堂

配送的、合理的、符合惯常标准的膳食费用，**但不包括住院期间购买的个人产品的费用。**

3. 护理费：住院期间实际发生的、根据医生处方由专业护士¹⁷对被保险人提供临床护理服务所收取的费用。
4. 检查化验费：住院期间有医生处方的由医院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所发生的费用，例如实验室检查、病理检查、放射线检查、CT、MRI、B 超、血管造影、同位素、心电图、心功能、肺功能、骨密度、基因学检查等。
5. 治疗费：住院期间以治疗疾病为目的，由医生或专业护士对被保险人进行的除手术外的各种治疗项目费用，例如清创、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、冷冻、激光、放化疗、肾透析、急救治疗、心肺复苏等。
6. 材料费：住院期间医生或专业护士在为被保险人进行各种治疗中所使用的一次性敷料费用，例如敷料、普通夹板和石膏费等。
7. 医生费：由医生所实施的病情咨询及检查、各种器械或仪器检查、诊断、治疗方案拟定等各项医疗服务所收取的费用。
8. 药品费：住院期间实际发生的合理且必要的由医生开具的且被就诊所在国认可的药品费用。
9. 住院手术费：指住院期间为治疗疾病、挽救生命而施行的手术产生的合理手术医疗费用，例如手术费、麻醉费、手术室费、手术监测费、手术辅助费、未独立记账的术中用药费、手术设备使用费等。**但不包括器官移植手术中发生的器官供体寻找、获取以及从供体切除、储藏、运送器官的相关费用。**
10. 住院加床费：被保险人在住院治疗期间，本公司承担一位近亲属¹⁸的陪同住院在同一病房内加床实际支付的床位费，且每一病症不超过 90 天。该陪宿费用需同时满足以下标准：
 - （1）入院时被保险人 12 周岁以下或 60 周岁以上；
 - （2）被保险人因疾病或意外伤害住院时间将超过 6 天；
 - （3）经主诊医师书面证明家属陪宿是必需的。
11. 重症监护病房床位费：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 ICU、CCU 标准的单人或多人监护病房。
12. 精神疾病治疗费：指在保险期间内，被保险人因精神疾患（根据 ICD10 或《中国精神并分类方案和诊断标准》明确诊断），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接受住院治疗而产生的费用。
 - （1）被保险人在等待期内因精神疾病住院治疗发生的费用，本公司不负责赔偿。上述等待期仅对初次投保时适用，等待期另行约定并载明在保险

单中；

(2) 本公司对同一被保险人在每一保险年度就本保障所承担的给付天数以保险单所列的天数为限；

(3) 各保险年度下对同一被保险人就本保障所承担的终身最高赔偿天数以保险单中所列的天数为限；

(4) 直接或间接由故意自残或企图自杀导致的治疗不在承保范围内；

(5) 由酗酒、滥用药物或物质滥用引起或与之有任何关联的治疗均不在承保范围。

本条责任的费用包括以下各类分项费用：床位费、膳食费、护理费、检查化验费、治疗费、材料费、医生费、药品费、住院手术费、重症监护病房床位费、救护车费。被保险人不论一次或多次因精神疾患接受住院治疗，上述各分项费用的累计给付金额以不超过“住院医疗保险金”责任下各对应分项的最高给付金额为限，精神疾病治疗费用的累计给付金额以不超过“精神疾病治疗费”责任的最高给付金额为限。

13. 家庭护理费：指被保险人出院后 90 天内（含 90 天），根据医生的医嘱，需要在其家庭住所接受由专业护士提供的对与住院治疗的保险事故直接相关的康复治疗，包括康复保健、家庭健康指导等卫生咨询服务，以及换药、导尿、测血压、输液、注射、压力性溃疡护理、鼻饲、造瘘等可在居家环境下实施的临床护理技术服务产生的医疗费用。

14. 耐用医疗设备费：是指被保险人在住院期间发生的合理且必要的耐用医疗设备费，包括：

(1) 植入器材：例如骨板、骨钉、骨针、骨棒、脊柱内固定器材、结扎丝、聚醚器、骨蜡、骨修复材料、脑动脉瘤夹、银夹、血管吻合夹（器）、心脏或组织修补材料、眼内充填材料、神经补片、义乳（仅限乳腺癌等疾病导致乳房切除术中植入）等；

(2) 植入性人工器官：例如人工食道、人工血管、人工椎体、人工关节、人工尿道、人工瓣膜、人工肾、人工颅骨、人工颌骨、人工心脏、人工肌腱、人工耳蜗、人工肛门封闭器等；

(3) 接触式人工器官：例如人工喉、人工皮肤、人工角膜等；

(4) 支架：例如血管支架、前列腺支架、胆道支架、食道支架等；

(5) 其他：例如脑起搏器、心脏起搏器、急救中使用的颈托等。

15. 救护车费：指以抢救生命或治疗疾病为目的，使用有医疗设备的医院车辆运送被保险人至最近且合适医院住院或转院的费用。救护车的使用仅限于同一城市中的医疗运送。

16. 入院前或日间手术前检查检验费：在住院治疗或日间手术前 90 天内，就住院或日间手术疾病/伤害由主诊医师书面推荐进行的检查检验费用。每一病症以一次为限。

17. 入院前或日间手术前求诊费：在住院治疗或日间手术前 90 天内，就住院或日间手术疾病/伤害向全科医师或专科医师求诊治疗（包括药物治疗）的费用。每一病症以一次为限。
18. 离院后治疗费：若被保险人因承保病症住院或进行日间手术，则本公司赔付自其出院之日或结束日间手术起 90 天内发生的、由专科医师提供的后续诊疗的费用，且在此期间的医药用品和药品以 120 日用量为限。
19. 器官移植费：在保险期间内，对于被保险人因罹患疾病或遭受意外伤害需要进行的肾脏、心脏、肝脏、肺或骨髓移植手术的全部合理且必要费用，本公司根据本合同的约定负责赔偿，**但不包含获得该器官所需要的费用（包括但不限于交通费用）或捐献者引起的任何费用。**

2.4.1.2 日间手术治疗保险金

被保险人因遭受意外伤害事故或罹患疾病，经医生确诊必须接受日间手术、日间治疗，本公司就其每次日间手术费用按约定的给付比例在年度限额范围内给付日间手术治疗保险金。

日间手术费：指医疗必需且合理的门（急）诊手术的医疗费用，例如外科医生费、手术费、手术室费、恢复室费、麻醉费、麻醉师费、手术监测费、手术辅助费、未独立记账的术中用药费、材料费及手术设备使用费等。**但不包括器官移植手术中发生的器官供体寻找、获取以及从供体切除、储藏、运送器官的相关费用。**

本项责任不包括因生育、牙科疾病、保障区域之外的紧急治疗、体检和接种疫苗而发生的住院医疗保险金。

2.4.2 门（急）诊医疗保险金

被保险人因遭受意外伤害事故或罹患疾病，本公司就其每次在医院治疗发生的合理且必要的门（急）诊医疗费用在扣除免赔额后按约定的给付比例在各项费用的年度限额、次限额以及最高给付次数范围内给付门（急）诊医疗保险金：

1. 挂号费：指为患者提供门（急）诊和候诊服务所收取的费用。
2. 诊疗费：指医护人员提供的诊疗服务，包括普通门诊诊察费、专家门诊诊察费、急诊诊察费和门（急）诊留观诊察费。
3. 药品费：被保险人每次门（急）诊发生的，合理且必要的由医生开具的且被就诊所在国认可的药品费用。
4. 检查化验费：指由医生开具的由医院专项检查科室的专业检查、检验人员实施的各项检查化验项目，例如实验室检查、病理检查、放射线检查、CT、MRI、B 超、血管造影、同位素、心电图、心功能、肺功能、骨密度、基因学检查等。
5. 治疗费：指门（急）诊发生的以治疗疾病为目的，由当地注册且具有合法执业资格的专业医生或专业护士对被保险人进行的除手术外的各种治疗项目费用，例如清创、换药、拆线、脓肿切开引流、瘻管烧灼、血管穿刺、输血、输液、注射、肌肉封闭、吸氧、冷冻、激光、放化疗、肾透析、急

救治疗、心肺复苏等。

6. 材料费：是指上述治疗过程中使用的一次性敷料费用，例如敷料、普通夹板和石膏等费用等。
7. 耐用医疗设备费：是指在保险有效期内被保险人因意外伤害事故或疾病导致组织器官功能永久障碍，由当地注册且具有合法执业资格的专业医生根据被保险人组织器官残障程度，以缓解功能障碍为目的处方开出辅助装置的费用。包括义肢、助听器、购买或租用轮椅费用，**但不包括拐杖等各种康复治疗器械或矫形器械。**
8. 中医治疗费：指被保险人接受由当地注册且具有合法执业资格的中医门诊治疗所发生的医疗费用，包含中医医生诊疗费和中医医生开具的中成药费和中草药费。

（1）中医治疗：因疾病或意外伤害接受由注册中医草药医师提供的治疗或服务而产生的合理且必要的医疗费用。

（2）跌打治疗：因疾病或意外伤害接受由医师提供的跌打治疗或服务而产生的合理且必要的医疗费用。

（3）针灸治疗：因疾病或意外伤害接受由医师提供的针灸治疗或服务而产生的合理且必要的医疗费用。

9. 中医理疗费：是指以治疗疾病为目的，被保险人接受由当地注册且具有合法执业资格的专业医生实施的针灸治疗、推拿治疗、拔罐治疗、刮痧治疗所产生的医疗费用。
10. 物理治疗及其他特殊治疗费：是指以治疗疾病为目的，被保险人接受由当地注册且具有合法执业资格的专业医生实施的下列各项治疗所产生的医疗费用。对该类治疗需要有书面的治疗计划，并在合理的、可预测的时间内使得症状明显好转。
11. 物理治疗：例如电疗、光疗、磁疗、热疗、冷疗、水疗，以及超声波疗法等，但不包括泥疗，蜡敷治疗，气泡浴与药物浸浴治疗。其他特殊治疗包括：整脊疗法，顺势疗法和整骨疗法。
12. 特约门诊治疗费：在保险期间内，对于由专科医师推荐的被保险人需要进行的医疗上必要的肾透析的费用，以及被保险人在合法注册的癌症治疗中心治疗**癌症¹⁹**的门诊费用，本公司根据本合同的约定负责赔偿，累计给付不超过本承保项目的年度赔偿限额。

（1）“肾透析”指下列两种治疗中的任何一种：

① 在合法注册的透析中心进行的血液透析（通过血液在体外机器中的循环，将血液中的废物和过量的水去除）；

② 腹膜透析（透析液流过被保险人的腹腔，通过腹膜内层去除血液中的废物和过量的水）。

（2）下列费用不包含在非住院肾透析保险金内：

① 治疗由肾透析引发或与之有关的并发症的费用；

② 购置任何肾透析用设备、仪器、器材、机器以及用品的费用。在不与前文冲突的前提下，本公司不负责腹膜透析体外循环机或类似设备的购置费用。

本项责任不包括因生育、牙科疾病、保障区域之外的紧急治疗、体检和接种疫苗而发生的门（急）诊医疗保险金。

2.4.3 紧急意外门诊牙科治疗保险金

在保险期间内，对于以下紧急意外门诊牙科治疗费用，本公司根据本合同的约定负责赔偿：

1. 被保险人因遭遇意外伤害事故导致其自然牙齿或牙龈伤害而在意外伤害事故发生后 24 小时内进行的医疗上必要的牙科急症诊疗的费用；
2. 同一牙医²⁰在意外事故发生后 30 日内提供的后续诊疗的费用（包括处方医药用品和药品的费用）。

2.4.4 紧急救援服务保险金

若被保险人未违背医嘱，且未出于获得或寻求任何海外医疗或外科手术目的，在离开常住地 150 公里以上的旅行途中，遭受重大意外伤害或急症时需要医疗紧急救助，被保险人或其个人代表可拨打本公司委托的救援机构（以下简称“救援机构”）24 小时热线从救援机构获得以下紧急协助服务和利益。**救援机构是一个服务供应商而非保险公司，因此救援机构不会提供任何财务赔偿或处理任何形式的任何理赔，被保险人不能直接向救援机构要求补偿被保险人支付的或由此引发的任何类似费用。**所有的以下服务的费用将由本公司直接支付给救援机构。

1. 紧急医疗护理、电话医疗建议、评估和推荐预约
若需要医学建议，被保险人可以拨打救援机构的热线，联系受保区域以外的紧急治疗（每次旅程最多四十五天）救援机构以获得医学建议和在线医师的评估。然而，应当强调的是，被保险人不应将此作为诊断而仅应视为建议。如有医疗必要，被保险人应当寻求其他医师或医学专家进行个人诊断，而救援机构则会协助被保险人进行医疗预约。
2. 紧急医疗运送
若被保险人遭受意外伤害或急症，而救援机构的医疗团队和主诊医师建议被保险人需转运至某一医疗机构住院以便被保险人接受恰当的治疗，救援机构将安排并支付以下费用：
 - （1） 将被保险人运送到最近的符合要求的医院；
 - （2） 基于医疗上的需要，在医护人员监护下使用各种必需之医疗运送设备（包括但不限于空中救难专机、定期班机及道路救护车）等转送被保险人至更有条件治疗其身体伤害或急症之医院；或若其医学状态允许转送，在必要医护监护下经由救护车接送机场及定期班机直接转送至其经常居住地附近的适当医院或其他健康护理机构。医疗小组及主诊医师将共同根据情况决定必要的安排。
3. 治疗后医疗护送
在紧急医疗运送后，若有医疗必要，救援机构将安排并支付定期航班或其他适当交通手段的经济舱（若被保险人所持回程机票不能使用时）机票费用，并支付任何机场接送的交通费用，以帮助被保险人返回中华人民共和国境内的医疗机构。被保险人需将原有机票未用部分交给救援机构处理。任何被保险人治疗后返回的决定均应在持续的医疗监控下、由主诊医师和救援机构共同决定。
4. 遗体或骨灰的送返
若被保险人在其居住国家外身故，救援机构将安排一切所需（包括任何符合当地手续的步骤和安排），并支付（1）被保险人遗体或骨灰送返中华人民共和国或被保险人祖国/经常居住地的费用，或（2）应被保险人之继承人

或其合法代表人要求，在当地安葬的费用；但救援机构所支付的当地安葬费用不应超过遗体或骨灰送返所需之费用，且**不包括棺槨费用**。

以上所列的紧急救援服务将**不包括**将被保险人从诸如船只，石油钻塔平台或类似离岸场所转移出来的服务。投保人应当按照本合同规定的标准使用服务，对任何超过救援机构服务标准及限额而产生的费用，本公司不负责赔偿。

2.4.5 牙科治疗保险金

在保险期间内，对于被保险人因牙科产生的以下费用，本公司根据本合同约定的自付比例负责赔偿，累计给付不超过各承保项目的年度赔偿限额：

1. 牙齿治疗、洗牙和口腔检查

- (1) 牙齿治疗：接受牙科医生施行的对自然牙齿或牙龈的治疗而产生的合理且必要的费用（**不包括镶牙费用**）。
- (2) 洗牙和口腔检查：接受口腔检查和洗牙（包括刮治，抛光）治疗而产生的合理且必要的费用，且不超过本合同中规定的每年就诊次数。

2. 镶牙费用

采用人工材料替换缺失的自然牙齿而产生的合理且必要的费用，包括对该替换后的义齿进行合理且必要的修补费用，每颗牙赔偿额度以本合同中约定的年度赔偿限额为限。

3. 既往牙科病症的特别条款

本合同在本公司连续续保后，下列针对本合同订立前已存在牙科病症的特别条款适用：

- (1) 若被保险人的牙科保障保险合同已经持续有效一年，自在本公司连续续保第二个保险年度及以后，被保险人每年可享受约定金额以内的下列治疗费用：充填、拔牙（智齿除外），但在任何情况下不超过其续保时所适用的本合同所载的牙科保障保险下约定的年度赔偿限额。
- (2) 若被保险人的牙科保障保险合同自第一个保险年度起已经持续有效三年，自在本公司连续续保第四个保险年度及以后，被保险人每年可享受约定金额以内的下列治疗费用：充填、补牙、根桩、桩核、拔牙（智齿除外）、烤瓷冠、高嵌体、低嵌体、义齿桥、假牙、牙周深刮、根面平整、根管治疗、牙周治疗、缺牙替换、保存治疗以及旧义齿冠、义齿桥、活动假牙的修补，但在任何情况下不超过其续保时所适用的保险和所载的牙科保障保险下约定的年度赔偿限额。
- (3) 被保险人所有因该年度保险合同订立后已存在牙科疾病或伤害而直接、单独引起的牙科专项医疗费用均可在本合同所载年度赔偿限额内获得补偿。

2.4.6 女性生育保险金

在保险期间内，女性被保险人在等待期后的妊娠期间、流产和分娩住院期间发生的医疗合理且必要的医疗费用，本公司根据本合同约定负责赔偿，累计给付不超过生育保障的年度赔偿限额：

1. 孕前常规产前检查费用，包括每次妊娠期内两次超声波检查费（对医生提供必要性证明的高危或伴有并发症的妊娠，可以包括两次以上的超声波检查费）；
2. 正常的分娩费用；
3. 医学原因的流产或终止妊娠医疗费用；

4. 产后一次复查费用；
5. 新生儿出生后 14 日内未出院期间所接受的治疗费用，包括护理费及疫苗费用，其中疫苗包括乙肝疫苗、卡介苗、脊髓灰质炎疫苗、百白破、流脑疫苗和乙脑疫苗。

被保险人在等待期内发生的妊娠费用，本公司不负责赔偿。上述等待期仅在初次投保时适用，等待期另行约定并载明在保单中。对于等待期后发生的妊娠相关费用，本公司负责赔偿实际发生的分娩、产前并发症和分娩时并发症、医疗上必要的救护车费、人工终止妊娠、流产的费用，包括所有产前和产后检查及服务费用，以及新生儿出生 15 天以内的体检费、住宿费、护理及有医疗必要的医疗费用，**但不包含先天性或遗传性疾病。**

2.4.7 预防性医疗保险金

在保险期间内，对于被保险人因下列项目产生的费用，本公司根据本合同约定负责赔偿，累计给付不超过各承保项目的年度赔偿限额。

1. 常规体检、健康检查：负责赔偿被保险人因常规体检、健康检查而产生的合理的医疗费用，**但不包括出于行政或管理事务目的（比如与投保保险、招聘、入学或运动相关的体格检查）发生的体检，本合同另有约定的不在此限。**
2. 接种疫苗：负责赔偿被保险人接种疫苗而产生的合理且必要的医疗费用。

2.4.8 保障区域外紧急医疗保险金

在保险期间内，被保险人在合同约定的保障区域以外的全球其他国家和地区旅行时（单次最长不超过 45 天），因下列意外伤害事故或突发急性病需紧急医疗的，本公司对相关紧急医疗产生的合理且必要的住院医疗费用，根据保险单列明的赔偿标准在年度赔偿限额范围内给付紧急医疗保险金：

- (1) 高热（成人摄氏 38.5 度、小儿摄氏 39 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；
- (15) 其他给予危、急、重病者的紧急治疗。

被保险人不论一次或多次接受紧急医疗治疗的，累计给付紧急医疗费用以不超过紧急医疗保险金的年度赔偿限额。

2.5 责任免除

下列治疗、项目、疾病、活动以及相关或后续的费用均不属于本合同的承保范围，本公司不负责赔偿：

- (1) 未经过医生推荐和批准，或不符合被保险人所罹患疾病或遭受意外伤害的诊断和治疗需求的任何期限的住院和所有因此提供和实施的医疗服务；
- (2) 保险合同订立前病症任何相关的或后续的病症，但被保险人已在投保单中向本公司披露并由本公司书面认可者除外；
- (3) 未在本合同明确列明承保的任何非医疗必要的就治疗、检查检验、X-光检查、常规体检、健康检查或任何无医疗必要的预防性治疗包括接种疫苗、针刺疗法；
- (4) 住院期间、日间手术期间或日间治疗期间的电话、电视、广播、报纸、访客餐饮等非医疗费用；
- (5) 未在本合同明确列明承保的门诊治疗、牙科护理和牙科治疗；
- (6) 保险合同订立前已存在牙科病症，但 2.4.5 款所列情形除外；
- (7) 未在保险期间内开始且完成的牙科治疗；
- (8) 用于矫正、美容目的或纯粹为美容目的矫正牙齿先天畸形的相关费用；
- (9) 口腔卫生指导、菌斑控制和饮食指导引起的费用；
- (10) 任何无医疗必要的牙科预防性治疗；
- (11) 未在本合同明确列明承保的妊娠、分娩、流产、人工终止妊娠、不孕症和由此引发的所有并发症；
- (12) 节育措施、辅助生育措施、绝育或任何由此引发或与此相关的任何后果；
- (13) 包皮环切、阳痿或勃起障碍和由此引发或与此相关的任何后果；
- (14) 性病²¹ 人体免疫缺损病毒（HIV）相关疾病（包括艾滋病及与艾滋病相关的综合症状（ARC）和/或其任何突变、衍化或变异）的任何治疗或检查；
- (15) 变性手术；
- (16) 由强制工伤保险或其他保险承担赔付责任的因工死亡、意外伤害或疾病；
- (17) 任何先天性疾病²²、先天性畸形或缺陷；
- (18) 非医院内护理、休养治疗或疗养院治疗，任何老年精神病或任何因精神性、心理性、精神或神经混乱及其任何生理或身心原因或表现、酗酒和滥用药物、物质滥用引起的治疗，但保险单中明确为本合同承保的家庭看护、精神病治疗除外；
- (19) 自杀或自杀未遂，自残伤害或任何此类尝试，无论精神是否正常。因被保险人挑衅或故意行为而导致的打斗、被袭击或被谋杀；
- (20) 视力测试、屈光度缺陷（诸如近视与散光）、医疗器材和用作假体的器械（包括眼镜、单片眼镜，隐形眼镜，助听器、轮椅等），但保险单中明确为本合同承保的除外；
- (21) 从事任何竞赛（除徒步外的非职业非专业性的竞赛）、专业运动或职业竞赛、降落伞、跳伞、滑翔和蹦极跳等，或者以任何身份参与的任何形式的探险、户外探险、竞技娱乐、极限运动等所导致的意外伤害或疾病；
- (22) 被保险人置身于任何飞机或空中运输工具（以乘客身份搭乘民用或商业航班者除外）期间所导致的意外伤害；

- (23) 核或化学污染、战争、入侵、使用化学和/或生物物质的恐怖活动造成的损失、外敌行动、敌对状态（无论是否宣战）、内战、叛乱、革命、直接参与暴乱、罢工和市民暴动、起义或军事或夺权力量、或在武装力量中服役；
- (24) 使用任何未经用药所在国家官方批准的药物或因未按照用药说明用药以及由此引起的任何治疗；
- (25) 实验性治疗；
- (26) 儿童发育迟缓和/或学习障碍；
- (27) 不能同时满足以下条件的整容或整形外科手术或治疗，或与以前整容或整形外科手术或治疗相关或因此而需要的任何治疗：
 - ① 被保险人在保险期间因本合同定义的意外事故造成的伤害后，或外科手术后，进行的用于恢复功能或外形的手术或治疗；
 - ② 在意外事故或外科手术后恰当的医学阶段实施的；
 - ③ 治疗费用在手术前已得到本公司批准。
- (28) 从身体任何部分抽除脂肪或多余组织，无论是否存在医学或心理需要；治疗肥胖、减轻或增加体重；
- (29) 违反法律或试图违反法律，拒捕或试图拒捕；
- (30) 将角膜、骨髓、骨骼、人体器官或组织从某一供体移植到某一受体的全部费用，以及所有与器官移植（包括需要或可能需要移植的疾病和移植手术后的状态）直接或间接有关的全部费用，但在保险单中明确为本合同承保的除外；
- (31) 酒精依赖综合症或毒瘾的治疗；
- (32) 呼吸睡眠暂停综合症。

3. 保险金的申请与给付

- | | | |
|-----|--------|--|
| 3.1 | 受益人 | 除另有约定外，本合同保险金的受益人为被保险人本人。 |
| 3.2 | 保险事故通知 | <p>投保人、受益人或其他有权领取保险金的人知道保险事故发生后应当在 10 日内通知本公司。</p> <p>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。</p> |
| 3.3 | 保险金申请 | <p>1. 住院医疗及日间手术治疗保险金、门（急）诊医疗保险金、牙科治疗保险金，由受益人作为申请人填写保险金给付申请书，并提供下列证明和资料：</p> <ul style="list-style-type: none">(1) 保险单或其它保险凭证；(2) 受益人或其他有权领取保险金的人法定的有效身份证件；(3) 医院出具的医疗费用原始凭证；(4) 医疗费用结算清单；(5) 医疗病历；(6) 检查检验报告及药品明细和处方；(7) 提供与确认保险事故的性质、原因等有关的其它证明和资料。 |

2. 女性生育保险金，由受益人作为申请人填写保险金给付申请书，对女性生育保险金的申请按上述第1款（1）至（4）项证明和材料办理。女性生育保险金的理赔申请需在产后检查及新生儿出生14日内未出院期间所接受的治疗结束后一并提交。
3. 保障区域外紧急医疗保险金，由受益人作为申请人填写保险金给付申请书，除了提供上述第1款（1）至（6）项证明和资料外还需提供出入境证件，包括但不限于护照、签证、通行证、旅行证。

3.4 保险金领取

本公司在收到领取保险金申请书及本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。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，对属于保险责任的，除支付保险金外，应当赔偿受益人因此受到的利息损失。利息按照中国人民银行公布的金融机构人民币活期存款基准利率按照单利计算。

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。

本公司在收到领取保险金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。

本公司有权对理赔进行核查，您和被保险人有义务提供本公司所要求的相关材料。如果受益人向本公司提起虚假的保险金申请，本公司有权追回已支付的相应保险金，并对其它虚假理赔的申请且尚未支付的款项拒绝支付，并有权解除或者部分解除本合同。

3.5 注意事项

以上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的证明和资料。

理赔保险金将按照投保人支付保险费的币种及国家外汇及人民币管理的有关规定，以美元或人民币结算。以任何其他货币支付的费用应根据医疗服务费用支付发生日的国家外汇管理局公布的外汇牌价中间价，以美元或人民币结算。

委托他人领取保险金时，受托人还必须提供本人的有效身份证件及委托人亲笔签名的授权委托书。

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无民事行为能力人或者限制民事行为能力人时，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无民事行为能力人或者限制民事行为能力人的证明和监护人具有合法监护权的证明。

3.6 诉讼时效

受益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。

4. 保险费的交纳

4.1 保险费及交纳

本合同的总保险费由投保人和本公司在投保时约定，并在保险单上载明；本合同上海人寿览海全球团体医疗保险条款, 第12页，共17页

同的保险费的交费方式由投保人和本公司在投保时约定，并在保险单上载明。

在保险单、批单所约定的保险期间开始前或者续保日之前，如投保人未能全额付清保险费，本公司不承担赔偿责任。

5. 合同解除和终止

- 5.1 合同自动终止
1. 本合同针对各个被保险人的保险责任将在发生下列任一情形时自动终止且无需另行通知，以当中最早发生者为准：
 - (1) 保险合同期满；
 - (2) 该被保险人的保险责任期满；
 - (3) 被保险人死亡；
 - (4) 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资格要求的，在保险期间内保险责任不因其年龄的改变而自动终止。
 2. 主被保险人的保险责任的终止将同时自动终止所有附属被保险人的保险责任。
- 5.2 合同解除/终止
- 在保险期间内，投保人可以随时解除本合同并提前 14 天书面通知本公司。若在保险期间内该被保险人已有理赔记录，退还保费为零。若在保险期间内被保险人无理赔记录，本公司将以投保人支付保险费时所选择的货币类型按照本保险条款的约定退还该被保险人项下的**现金价值**²³。

6. 其他注意事项

- 6.1 明确说明与如实告知
- 订立本合同时，本公司应当向投保人明确说明本合同的内容。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做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做出明确说明，未作提示或者明确说明的，该条款不产生效力。
- 本公司会就投保人和被保险人的有关情况提出书面询问，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。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。
- 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，但应当向投保人退还保险费。**
- 本公司在合同订立时已经知道被保险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。
- 6.2 年龄性别错误
- 投保人在申请投保时，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单上填明，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,本公司有权解除本合同,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。对于解除本合同的,本合同自解除之日起终止,本公司向投保人退还未满期净保险费。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。
- (2) 投保人申报的被保险人年龄或者性别不真实,致使实交风险保险费少于应交风险保险费的,本公司有权更正并要求补交风险保险费。如果已经发生保险事故,在给付保险金时按实交风险保险费和应交风险保险费的比例给付。
- (3) 投保人申报的被保险人年龄或者性别不真实,致使实交风险保险费多于应交风险保险费的,本公司会将多收的风险保险费无息退还。

6.3 合同内容变更

在本合同有效期内,经投保人与本公司协商一致,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,或者由投保人与本公司订立书面的变更协议。

根据投保人的书面要求,本公司可能会同意变更承保项目,此类变更仅在投保人续保时方可生效,投保人的保险费也可能随承保项目的改变而有所增减。

对于新增承保项目生效日期后 12 个月内发生、确诊或持续的任何疾病或意外伤害,若能证明该疾病或意外伤害直接或间接由前一保险期间内确定或持续的条件或意外引起,本公司的赔偿限额将不超过原保险合同列示的赔偿限额为限;若不能证明该疾病或意外伤害直接或间接由前一保险期间内确定或持续的条件或意外引起的,本公司的赔偿限额以该疾病或意外伤害发生时保险合同所列示的赔偿限额为限。

对于减少承保项目生效日期后 12 个月内发生、确诊或持续的任何疾病或意外伤害,若能证明该疾病或意外伤害直接或间接由前一保险期间内确定或持续的条件或意外引起,本公司的赔偿限额将不超过原保险合同列示的赔偿限额;若不能证明该疾病或意外伤害直接或间接由前一保险期间内确定或持续的条件或意外引起的,本公司的赔偿限额以该疾病或意外伤害发生时保险合同所列示的赔偿限额为限。

6.4 被保险人状态变更

在本合同有效期内,若被保险人的社保状态发生变更时,被保险人须及时通知本公司。本公司有权根据被保险人最新的社保状态对保险责任进行相应调整。

6.5 联系方式变更

为了保障投保人的合法权益,投保人的住所、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。若投保人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或通讯地址所发送的有关通知,均视为已送达。

6.6 争议处理

本合同履行过程中,双方发生争议时,可以从下列两种方式中选择一种争议处理方式:

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,依法向人民法院起诉。

6.7	法律适用	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）。
7.	释义	
7.1	团体	指中华人民共和国境内具有 5 名以上（含 5 名）成员且非因购买保险而组织的合法团体。包括机关、企事业单位和社会团体等。
7.2	成员	团体为机关或企事业单位的，成员指该团体中身体健康、正常工作的在职员工；团体为社会团体的，成员指该团体的会员以及正式工作人员。
7.3	配偶	指投保时与参加本保险的团体成员存在合法婚姻关系的丈夫或妻子。
7.4	子女	指投保时参加本保险的团体成员的子女，包括婚生子女、非婚生子女、合法收养的子女和有扶养关系的继子女。
7.5	周岁	指按法定有效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。
7.6	连续投保	指投保人为被保险人续保同一险种，且续保保单的生效日期为原保单到期日的次日。
7.7	保险金额	指本公司承担相应赔偿或者给付保险金责任的最高限额。
7.8	合理且必要	指合理的、符合通常惯例且医疗必须的医疗费用。符合通常惯例指被保险人接受的医疗服务满足以下条件： 1. 该服务满足医疗需要而且根据治疗当地通行治疗规范、采用了通行治疗方法； 2. 医疗费用没有超过当地对类似情形治疗的常规费用，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治疗或服务。 医疗必需指针对意外伤害或疾病本身的医疗服务及医疗费用满足以下条件： 治疗意外伤害或疾病合适且必须的、有医生处方的项目； 1. 与接受治疗当地普遍接受的医疗专业实践标准一致； 2. 非为了医师或其他医疗提供方的方便； 3. 接受的医疗服务范围是合适的而且经济有效的。 对是否医疗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	年度赔偿限额	在本合同中所载的，每一年度保险期间保险人在本保险合同项下对任一被保险人累计支付保险金的最高额度。

7.10	自付比率	在本合同中所载的，用于计算被保险人在扣除免赔额之外（如有）还必须自己承担的医疗费用的比率。
7.11	终身最高赔偿天数	在本合同中列明的（如有），在此合同项下本公司对任一被保险人在累计保险年度内累计支付保险金的最高天数。
7.12	免赔额	在本合同中所载的，被保险人在依据保险单申请相应的保险金前，应当自己承担的额度或就医次数。
7.13	医生	指在所在国合法注册的具有医师执业资格的并拥有处方权且正在执业的医疗服务人员，同时需要满足下列条件： 1. 对其治疗的疾病或伤害经过培训和训练从而具有相应的治疗资格； 2. 职业范围符合执照许可； 3. 不是被保险人的家庭成员。
7.14	住院	指被保险人因疾病或意外伤害事故而入住医院之正式病房接受全日 24 小时监护治疗的过程，并正式办理入院手续。不包括入住门诊观察室、其他非正式病房或挂床住院。
7.15	日间手术	由外科医师在医院或诊所为治疗被保险人的疾病或意外伤害对被保险人实施的无需住院的外科手术。 诊所：合法建立并正式注册，并在其所在地理区域内作为病人和受伤人员的医疗中心，并且 1. 拥有完备的诊疗疾病和意外伤害的设施； 2. 在正常营业时间内有全职医师队伍管理指导； 3. 非精神病院或精神病机构、护理中心或戒酒、戒毒中心、温泉疗养机构或水疗院、护理院、疗养院或康复医院、养老院或类似机构。
7.16	日间治疗	被保险人在医院内因日间手术占用一张床位但不超过二十四小时的治疗，不包括肾透析和癌症治疗。
7.17	护士	具有护士资格（并非被保险人或其近亲或其业务关联者，包括商业合作伙伴、雇员或雇主），且已获得其所执业国家的医疗卫生当局核发的执业执照，其提供的服务内容应在其执照许可范围内。
7.18	近亲属	具有血缘、婚姻或收养关系的下列人员： 1. 配偶； 2. 父母； 3. 子女； 4. 同胞兄弟姊妹。
7.19	癌症	一种恶性肿瘤，特征为恶性细胞的不可控制的生长和扩散，并入侵和破坏正常组织。诊断必须有恶性组织学佐证，并经肿瘤学家或病理学家确认。

7.20	牙医	指与任何相关被保险人无血缘或婚姻关系或业务关联者（如商业合作伙伴、雇员或雇主），并获其行医所在国主管当局颁发的行医执照并在该执照和所受培训范围内提供牙科治疗的从业人员。
7.21	性病	系指通过性接触的疾病或下列不论是否通过性接触传播的任何疾病：梅毒、淋病、生殖器疣，包括生殖器官人乳头状瘤病毒、生殖器官疱疹、性病性肉芽肿、软下疳、毛滴虫、阴虱侵扰与衣原体。
7.22	先天性疾病	在出生时即具备或确信在出生时即具备，无论是遗传所致或环境因素所致。 对承保费用的补偿应当包括可能对其征收的任何商品和服务税和/或政府税。
7.23	现金价值	现金价值=保险费×现金价值系数。保险期间不超过 2 个月，现金价值系数为 0.6；保险期间不超过 3 个月，现金价值系数为 0.5；保险期间不超过 4 个月，现金价值系数为 0.4；保险期间不超过 6 个月，现金价值系数为 0.25；保险期间超过 6 个月，现金价值系数为 0。经过天数不足一天的按一天计算。