

都邦财产保险股份有限公司

母婴医疗保险条款（A）款

（注册号：C00009632512022022213061）

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、投保单、保险单、保险凭证、保险卡以及与本合同有关的投保文件、合法有效的声明、批单及投保人与**保险人**共同认可的书面或者电子协议等组成。凡涉及本合同的约定，均应采用书面形式。

第二条 投保人

本合同的投保人应为具有完全民事行为能力的主被保险人本人或与主被保险人具有保险利益的自然人。

第三条 被保险人

本合同所称被保险人均包含主被保险人和附加被保险人。投保时年龄介于十八周岁（含）至四十二周岁（含），身体健康的孕产妇，可作为本合同的主被保险人。凡在本合同保险期间内主被保险人正常分娩的活产新生儿为附加被保险人。

第四条 约定的医疗机构

指投保时保险人约定的、相应保障地域范围内的、被接受医疗服务所在地国家当地法律或政府认可的医疗机构。

1. 当保障地域范围为中国大陆（不含香港、澳门、台湾地区，下同）以外区域时，该医疗机构应有常驻执业**医生**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。

2. 当保障地域范围为中国大陆时，本合同的保障医院范围包含经国家卫生行政部门核准，并依中华人民共和国法律（**不包括香港、澳门特别行政区和台湾地区法律**）设立并运营的公立医疗机构和保险单载明的指定私立医院，**但不包括任何护理机构、疗养机构、康复机构、养老院、家居服务机构、酒精或者药物滥用看护机构、以及其他类似目的的机构**。上述医疗机构应有常驻的执业医生管理或者提供医疗服务，并应有专业护士每日二十四小时连续提供护理服务。

第五条 医疗直付

被保险人在**保险人指定直付医疗机构**（下称“直付医疗机构”）就医的，保险人将委托第三方医疗管理机构提供医疗直付服务，被保险人在直付医疗机构接受治疗的，对于被保险人实际发生的、按照本合同约定应由保险人承担的费用，保险人将直接与直付医疗机构结算，无需被保险人先行垫付。

对于被保险人在直付医疗机构实际发生的、按照本合同约定应由其个人负担，但直付医疗机

构未向其本人收取的医疗费用，在接到保险人或者第三方医疗管理机构通知后，被保险人应在三十日内支付相应款项；未在三十日内支付的，本合同对该被保险人保险责任终止，保险人仍然有权向其继续追讨相应费用。

上述“第三方医疗管理机构”是指由保险人委托的、为被保险人提供与本合同相关的日常就医协助、医疗转运及理赔协助等服务的第三方机构。被保险人前往直付医疗机构就医前，须与第三方医疗管理机构联系，进行就医预约并获取相应的预先授权和保险理赔指导服务。

保险人或第三方医疗管理机构将定期或者不定期向投保人和被保险人通报直付医疗机构清单的更新情况，被保险人亦可登陆第三方医疗管理机构网站或者致电第三方医疗管理机构查询相关信息。

本合同生效后，保险人将为每一被保险人提供保险直付卡（电子卡或实物卡），该卡将载明保险单号、保障计划、保障地域范围、保障类型、各项保障项目的保障明细（包括免赔额、赔付比例、赔偿限额、等待期、特别约定等信息），以及第三方医疗管理机构的热线电话、服务流程、理赔流程等信息。保险直付卡将作为被保险人在保险人指定直付医疗机构享受医疗直付服务的凭证。

第六条 预先授权

被保险人拟接受下列医疗项目前，应通过电话或书面形式向保险人或第三方医疗管理机构提出预授权申请：

- （一）所有住院和手术治疗；
- （二）首次接受癌症治疗以及血液或者腹膜透析；
- （三）本合同约定的大型检查检验项目；
- （四）单价在人民币8,000元以上的检查项目；
- （五）一次服用（注射）剂量单价超过人民币5,000元的药剂；
- （六）购买或者租用非一次性耐用医疗设备；
- （七）虽不符合上述医疗项目，但预期在保险期间内累计医疗费用超过人民币30,000元的任何诊疗、检查项目；

紧急情况下，如被保险人未能及时获得预授权许可回复的，被保险人需在开始接受上述医疗项目后四十八小时之内通知保险人或第三方医疗管理机构。

如被保险人在进行上述医疗项目前未获得预授权许可回复或紧急情况下未能在上述规定时间内通知保险人或第三方医疗管理机构的，针对上述医疗项目产生的医疗费用，保险人将依据本合同约定，按应给付保险金金额的60%承担保险金给付责任。

在批准预授权项目之前，保险人或第三方医疗管理机构有权要求保险人或被保险人提供必需的医疗辅助材料（如病历、检查报告等），且保险人或第三方医疗管理机构有权要求由保险人指定的独立医疗机构或医疗从业人员对被保险人进行医疗检查，并向保险人或第三方医疗管理机构提供医疗检查报告，相关医疗检查费用将由保险人承担。

若保险人或被保险人不能及时向保险人或第三方医疗管理机构提供必需的医疗辅助材料，则被保险人取得预授权的时间可能会延误。若保险人或被保险人完全不能向保险人或第三方医疗管理机构提供必需的医疗辅助材料，则保险人有权拒绝被保险人的预先授权申请。

被保险人获得保险人的预授权许可回复，不意味着保险人确认被保险人发生的全部或者部分医疗费用属于保险责任范围。

保险责任

第七条 保障地域范围

本合同的保障地域范围分为中国大陆与全球两类，具体保障地域范围由投保人在投保时与保险人协商确定，并在保险单中载明，对于被保险人在保险单载明的保障地域范围以外的地区产生的费用，保险人不承担给付保险金的责任。

1. 中国大陆：保障地域为中国大陆，不含香港、澳门、台湾地区。
2. 全球：保障地域为全球任何国家和地区。

第八条 等待期

投保人为被保险人投保本保险时，自本合同生效之日起的一段时间为等待期，等待期时间以保单载明的为准。

在等待期内，被保险人罹患疾病的，无论治疗时间是否超过等待期，保险人都不承担给付保险金的责任。

第九条 保险责任

本合同保险责任包括人工流产医疗保险金、妊娠并发症医疗保险金、一般门诊医疗保险金、一般住院医疗保险金、新生儿先天性疾病医疗保险金、紧急医疗保险金。其中，妊娠并发症医疗保险金和人工流产医疗保险金仅适用于主被保险人，不适用于附加被保险人。一般住院医疗保险金、一般门诊医疗保险金、新生儿先天性疾病医疗保险金仅适用于附加被保险人，不适用于主被保险人。

(一) 当保障地域范围为中国大陆时，本合同保险责任均为基本责任，包括人工流产医疗保险金、妊娠并发症医疗保险金、一般门诊医疗保险金、一般住院医疗保险金、新生儿先天性疾病医疗保险金、紧急医疗保险金。

(二) 当保障地域范围为全球时，本保险合同基本责任包括：人工流产医疗保险金、一般门诊医疗保险金、一般住院医疗保险金、新生儿先天性疾病医疗保险金、紧急医疗保险金。**可选责任包括：妊娠并发症医疗保险金。**

被保险人可单独投保基本责任，也可以在投保基本责任的基础上，与保险人约定选择投保可选责任，所选择的内容以在保险单上载明的为准，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。

保险人在各项保险责任项下给付保险金的金额以各项保险责任下被保险人对应的保险金额为限，当保险人对被保险人在该项保险责任项下给付保险金的金额达到本合同约定的该项保险责任下被保险人对应的保险金额时，保险人在该项保险责任项下对被保险人的保险责任终止。

(一) 人工流产医疗保险金

在保险期间内，本合同主被保险人在等待期后并在本合同约定的医疗机构的医生确诊首次罹患本合同列明的一项或多项妊娠并发症，且在本合同约定的医疗机构接受医学必要的人工流产的，对于流产过程中实际发生的各项合理且必需的人工流产医疗费用，保险人按本合同约定和保险单载明的各项费用免赔、限额和日数限制给付人工流产医疗保险金。当保险人给付的人工流产医疗保险金达到本项责任保险金额或人工流产结束后，本合同终止。

(二) 妊娠并发症医疗保险金

在保险期间内，本合同主被保险人在**等待期后**并在本合同约定的医疗机构的医生**确诊首次罹患**本合同列明的一项或多项**妊娠并发症**，且在本合同约定的医疗机构接受住院或门诊治疗的，对于主被保险人实际发生的各项**合理且必需**的妊娠并发症医疗费用，**保险人按本合同约定和保险单载明的各项费用免赔、限额和日数限制**给付妊娠并发症**医疗保险金**。

(三) 一般门诊医疗保险金

在保险期间内，附加被保险人因遭受**意外伤害事故**或**罹患疾病**，在本合同约定的医疗机构接受**门急诊**治疗的，对于该附加被保险人实际发生的各项**合理且必需**的医疗费用，**保险人按本合同约定和保险单载明的各项费用免赔、限额和日数限制**给付**一般门诊医疗保险金**。一般门诊医疗费用包括：

1、 医生费：指医疗机构的医生为本合同附加被保险人提供诊疗服务而收取的费用，包括诊疗费，专家诊疗费、挂号费、医事服务等。

2、 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。

3、 处方药品费：指附加被保险人在接受治疗期间实际发生的合理且必需的，且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的费用。**但不包括下列药品：**

(1) **中药类不包括：**中草药代加工成的粉剂、药丸、胶囊、胶、膏；主要起调理身体、营养滋补作用的药品，如人参、花旗参、冬虫夏草、灵芝等；十全大补膏等滋补类中药；部分可以入药的动物、动物脏器及动物体内提取物，如鹿茸、海马、狗宝、牛黄、胎盘、阿胶、鞭、尾、筋、骨等；血竭、玳瑁、珊瑚、琥珀、麝香、藏红花等中药及其制品；用中药材和中药饮片炮制的各类酒制剂等。但中药复方药中涉及上述药材的除外。

(2) **非病情必须的调节免疫功能药品以及未经医生处方开具的药品；**

(3) **任何预防类药品。**

4、 检查检验费：指附加被保险人在接受治疗期间实际发生的，由医生或专业医技人员实施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产生的费用，包括X光费、心电图费、B超费、分子生化检验费和血、尿、便常规检验费以及其它大型检查检验费。

本合同约定的大型检查检验项目包括：**计算机断层扫描（CT）、正电子发射计算机断层扫描（PET-CT）、核磁共振检查费（MRI）、内窥镜检查费（如胃镜检查，结肠镜检查，膀胱镜检查）、磁共振血管成像（MRA）、计算机辅助断层成像（CTA）、数字减影血管造影（Digital Subtraction Angiography）、磁共振胰胆管成像（Magnetic Resonance Cholangio Paneretography）、消化道造影、穿刺活检术、髋关节B超、脑电图、心脏彩超、肺功能检查检验、鼻内镜检查等。**

5、 耐用医疗设备费：指附加被保险人在接受治疗期间实际发生的，因医学必需而必须购买或租赁非一次性耐用医疗设备的费用。

上述“非一次性耐用医疗设备”仅包括**外置胰岛素泵、脚托、臂托、颈背托或束带、助听器、外置心脏起搏器、便携式雾化器**，不包括任何非医疗必需的设备。保险人也不承担替换或维修上述装置的费用。

6、 理疗和中医治疗费：

(1) **理疗费：**由具有相应医疗资质的专业医师实施的**物理治疗**、美式脊椎矫正、职业疗法、顺势疗法、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）费，理疗治疗须为附加被保险人医师书面治疗计划的（包含短期和长期目标，并提交保险人评估）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疗法复杂或附加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) **中医治疗费**：由注册中医医师处方开具的中草药费、针灸治疗费、挂号费、诊察费及相关费用。

(四) 一般住院医疗保险金

附加被保险人因遭受意外伤害事故或罹患疾病，被本合同约定的医疗机构的医生诊断必须接受住院或日间治疗，并在本合同约定的医疗机构接受治疗的，对于实际发生的各项合理且必需的医疗费用，保险人按本合同约定和保险单载明的各项费用免赔、限额和日数限制给付一般住院医疗保险金。一般住院医疗费用包括：

1、一般住院及日间治疗费用：

(1) **常规住院费**：包含在住院和日间治疗过程中所涉及的以下常见且必要的费用项目：

1) **床位费**：指住院期间实际发生的住院床位费，附加被保险人在中国大陆境内（不含香港、澳门、台湾地区）住院床位费标准为不高于标准单人病房、其他地区限标准双人病房。床位费每日赔偿限额以保单载明为准。

2) **膳食费**：指本合同附加被保险人住院期间实际发生的、根据医生的医嘱、由医院内专设的为住院病人配餐的食堂配送的、符合惯常标准的膳食费。膳食费应包含在医疗账单内，根据各医院的惯例，可以作为独立的款项，也可以合并并在病房费等其他款项内，但不包括未在医院开具的医疗费用清单内的餐饮费用。

3) **重症监护病房费**：指附加被保险人住院期间实际发生的，因入住针对危重病人配备专门医务人员及各种复杂生命监测设备、且提供不间断密切监视和救治技术的专用病房而发生的床位费。

4) **陪床费**：指附加被保险人住院期间实际发生的，附加被保险人的合法监护人（限一人）在医院陪伴而发生的陪床床位费，陪床费标准以不高于附加被保险人床位费标准为限。

5) **医生费**：指附加被保险人住院期间实际发生的、因医疗机构的医生提供诊疗服务而收取的费用。

6) **护理费**：指附加被保险人住院期间实际发生的，专业护士对附加被保险人提供临床护理服务而产生的费用。

7) **治疗费**：指附加被保险人在住院期间实际产生的、因医院提供的合理且必需的、以治疗疾病为目的的医学处置手段而产生的技术劳务费和医疗器械使用费，以及消耗品的费用，具体以就诊医院费用项目划分为准。

(2) **处方药费**。指本合同附加被保险人在住院期间实际发生的、合理且必需的、且由医生开具处方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的费用。但不包括下列药品：

1) **中药类不包括**：中草药代加工成的粉剂、药丸、胶囊、胶、膏；主要起调理身体、营养滋补作用的药品，如人参、花旗参、冬虫夏草、灵芝等；十全大补膏等滋补类中药；部分可以入药的动物、动物脏器及动物体内提取物，如鹿茸、海马、狗宝、牛黄、胎盘、阿胶、鞭、尾、筋骨等；血竭、玳瑁、珊瑚、琥珀、麝香、藏红花等中药及其制品；用中药材和中药饮片炮制的各类酒制剂等。但中药复方药中涉及上述药材的除外。

2) **非病情必须的调节免疫功能药品以及未经医生处方开具的药品**；

3) 任何预防类药品。

(3) **检查检验费：**指附加被保险人在接受治疗期间实际发生的，由医生或专业医技人员实施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产生的费用，包括X光费、心电图费、B超费、分子生化检验费和血、尿、便常规检验费以及其它大型检查检验费。

本合同约定的大型检查检验项目包括：计算机断层扫描(CT)、正电子发射计算机断层扫描(PET-CT)、核磁共振检查费(MRI)、内窥镜检查费(如胃镜检查,结肠镜检查,膀胱镜检查)、磁共振血管成像(MRA)、计算机辅助断层成像(CTA)、数字减影血管造影(Digital Subtraction Angiography)、磁共振胰胆管成像(Magnetic Resonance Cholangio Paneretography)、消化道造影、穿刺活检术、髋关节B超、脑电图、心脏彩超、肺功能检查检验、鼻内镜检查等。

(4) **耐用医疗设备费：**指附加被保险人在接受治疗期间实际发生的，因医学必需而必须购买或租赁非一次性耐用医疗设备的费用。

上述“非一次性耐用医疗设备”仅包括外置胰岛素泵、脚托、臂托、颈背托或束带、助听器、外置心脏起搏器、便携式雾化器，不包括任何非医疗必需的设备。保险人也不承担替换或维修上述装置的费用。

(5) **住院手术费：**包含在住院手术治疗过程中所涉及的以下常见且必要的费用项目：

1) 手术操作费、麻醉费、手术室费、恢复室费、手术监测费、手术辅助费、手术设备费和手术植入材料费等手术相关费用。

2) **器官移植费：**指以附加被保险人为受体，经相关医生明确诊断，附加被保险人在具备开展器官移植手术资质的医院内，根据医学需要必须进行的肝脏移植、肾脏移植、心脏移植、肺脏移植、胰脏移植、骨髓移植等器官移植而产生的手术费、辅助治疗费、排异药品费、检验费等。但不包括寻找器官供体、配型、获取以及从供体切除器官、储藏、运送的相关费用，以及与不孕不育或者生殖医学相关的移植费用。与器官移植相关的门诊费用也涵盖在本项费用下。

(4) **新生儿NICU住院期间费用：**指附加被保险人住院期间实际发生的，因入住新生儿重症监护室而发生的费用。

2、**视同住院的医疗费用：**包含可置于住院和日间治疗保险责任下的以下费用。

(1) **特定疾病治疗费：**指针对特定疾病的后续治疗，经由门诊或住院进行治疗，均视同住院进行赔付的费用，具体包含以下费用类型：

1) **肾透析费：**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)；或腹膜透析(透析液流过附加被保险人的腹腔，通过腹膜内层去除血液中的废物和过量的水)。

2) **门诊恶性肿瘤治疗费：**包括化学疗法、放射疗法、免疫疗法、肿瘤内分泌疗法、肿瘤靶向疗法所产生的费用。

3) **质子重离子医疗费：**指附加被保险人因接受质子、重离子放射治疗而发生的相关费用，包括定位及制定放疗计划费用以及质子、重离子放射治疗实施费用。

4) **器官移植后抗排异治疗费。**

(2) **康复治疗和专业护理费：**

1) **康复治疗费：**指附加被保险人手术后在康复医疗机构、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、康复护理等而产生的费用。

2) **专业护理费**：指附加被保险人在出院后，根据医生的医嘱，需要接受由专业护士提供的与住院治疗的疾患直接相关的康复治疗所产生的费用，包括康复保健、换药、导尿、测血压、输液、注射、压力性溃疡护理、鼻饲、造瘘等临床护理技术服务。

(3) **门诊手术费**：指附加被保险人由医生诊断无需住院即可进行的合理且必需的手术而产生的医疗费用，包括手术操作费、麻醉费、手术室费、恢复室费、手术监测费、手术辅助费和手术设备费等手术相关费用。

(4) **日间留观费用**：指因附加被保险人病情未稳定或在门诊施行全麻手术或检查，医生采取占用病床（超过六小时（不含））观察病人身体状况的措施而产生的相关费用。

(五) 新生儿先天性疾病医疗保险金

主被保险人分娩的新生儿（附加被保险人）自分娩后生存，并被保险人约定的医疗机构的医生确诊本合同列明的一项或多项**先天性疾病**，且在本合同约定的医疗机构接受住院或门诊治疗的，对于实际发生的各项**合理且必需**的医疗费用，**保险人按本合同约定和保险单载明的各项费用免赔、限额和日数限制**给付新生儿先天性疾病医疗保险金。

(六) 紧急医疗保险金（母亲（主被保险人）与新生儿（附加被保险人）共用保障）

被保险人因遭受**意外伤害事故或罹患疾病**，对于实际发生的各项**合理且必需**的**紧急医疗费用**，**保险人按本合同约定的紧急医疗保险金内**给付**紧急医疗保险金**。紧急医疗费用包括：

1. **急救费用**：由于紧急情况出于医疗必要以专业救护车将被保险人运至医疗机构发生的费用。

2. **境内异地就医交通费用**：指被保险人在本合同约定的医疗机构**接受首诊后**，因病情需要经医生确定须**赶赴异地（被保险人在中国大陆地区的日常居住地所在省级行政区之外）**医院进行**治疗**，并由转出医院开具转院证明的，被保险人实际发生的**公共交通费用（公共交通限飞机及火车，且飞机限经济舱及以下，火车限软卧或高铁动车一等座及以下）**。上述**异地就医**须由**医疗机构**出具正式的转院证明。本项费用仅当本合同保障地域范围为**中国大陆地域范围**时生效。

3. **境外紧急医疗转运费**：被保险人在境外（含香港、澳门、台湾地区）遇有**生命危险、且得不到及时治疗将导致身故或严重伤害**，如果其在当地不能获得适当治疗，**被保险人或其同行人员可联系保险人**，**保险人将负责安排运送被保险人至距其最近的、能够提供所需服务的医疗机构**，由此产生的费用将由**保险人直接支付**，**无需被保险人先行支付**。

根据被保险人病情或伤势，保险人有权决定运送目的地和医疗机构。如果被保险人不在保险人安排的医疗机构接受治疗，自该医疗机构至被保险人选定的其他医疗机构的运送费用，完全由被保险人自行承担。被保险人未经保险人许可自行安排运送的，运送费用完全由被保险人自行承担。

被保险人治疗完成或病情稳定后，**保险人将安排其通过公共交通工具（飞机限经济舱）返回常住地**，相应交通费用也属于**紧急医疗保险金责任**范围内。

本项费用仅当本合同保障地域范围为全球时生效。

第十条 医疗费用补偿原则

本合同适用**费用补偿原则**，**被保险人因遭受意外伤害或罹患疾病而接受治疗，被保险人通过任何途径所获得的医疗费用补偿金额总和应以其实际支出的医疗费用总额**为限。若**被保险人已经从其它途径（包括但不限于社会基本医疗保险、城乡居民大病保险、公费医疗、工作单位、保险人在内的任何商业保险机构、其它责任方等）获得相关医疗费用补偿**，**保险人仅对被保险人实际发生的医疗费用扣除其所获得医疗费用补偿后的剩余部分按照本合同的约**

定承担给付保险金的责任。投保人或被保险人不得就已经获得补偿的医疗费用再次向保险人申请保险金。社会基本医疗保险个人账户部分支出不属于已获得的医疗费用补偿。

针对以下情况，投保人和保险人在投保时分别商定给付比例，并在保险单中载明：

（一）被保险人享有社会基本医疗保险或公费医疗保障，且在申请理赔时已经从社会基本医疗保险或公费医疗保障中获得医疗费用补偿的；

（二）投保时被保险人享有社会基本医疗保险或公费医疗保障，但申请理赔时未享有社会基本医疗保险或公费医疗保障，或没有从社会基本医疗保险或公费医疗保障中获得医疗费用补偿的。

责任免除

第十一条 对因下列情形之一导致的费用，保险人不承担给付保险金责任：

1. 投保人对被保险人，或主被保险人对附加被保险人的故意杀害或故意伤害；
2. 被保险人故意自伤及自杀，或因被保险人挑衅或故意行为而导致的打斗、被袭击、被谋杀；但被保险人自杀或自伤时为无民事行为能力人的不在此限；
3. 被保险人故意犯罪或者抗拒依法采取的刑事强制措施；
4. 被保险人主动吸食或注射毒品、酒精中毒或任何上瘾或依赖于形成习惯的药物或物质而导致的伤害或疾病；
5. 被保险人酒后驾驶、无合法有效驾驶证驾驶或驾驶无合法有效行驶证的机动车；
6. 被保险人参加高风险运动、任何职业运动或活动、开展危险活动或训练时所受伤害，如：潜水、滑水、冲浪、赛艇、漂流、跳伞或其他高空运动、蹦极、乘坐或驾驶商业民航航班机以外的飞行器、攀岩、攀登海拔3500米以上的独立山峰、滑雪、武术、摔跤、马术、赛马、赛车、特技表演（含训练）、替身表演（含训练）、探险活动（洞穴、极地、沙漠、火山、冰川等等）；
7. 战争、军事行动、暴乱、武装叛乱、核爆炸、核辐射或者核污染；
8. 被保险人因健康原因被医生建议不宜旅行而执意进行旅行，或被保险人从事因其健康状况而不适宜进行的活动或运动所导致的意外伤害或病症；
9. 任何直接或间接因与人类免疫缺陷病毒（HIV）有关的疾病，包括获得性免疫缺陷综合征（AIDS）及因此导致的任何突变体衍生或者变异疾病以及类似的感染、疾病或症状；
10. 先天性畸形、先天性疾病（本合同另有约定的不在此限）、遗传性疾病、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）或职业病；
11. 视力治疗或视力训练，包括但不限于激光角膜切开术、准分子激光原位角膜磨镶术、屈光不正（包括近视、远视）外科校正术、常规眼科检查和配镜等；
12. 美容整容治疗、包皮环切、脱发治疗、对痤疮的治疗、对良性皮肤损害（包括但不限于痣、皮赘、疣、色素沉着、黄褐斑、胎记）的治疗或去除、对白癫风的治疗、对蜘蛛痣、非瘢痕疙瘩型瘢痕、纹身去除、皮肤变色的治疗或手术、减肥治疗、营养咨询、丰胸或缩胸治疗、戒烟治疗等，以及上述治疗引起的并发症治疗；
13. 行为紊乱、多动症、对立违抗性障碍、反社会行为、强迫症、恐惧症、依赖症、适应障碍、人格障碍、神经性节食、神经性贪食、睡眠障碍（包括打鼾、睡眠呼吸暂停）、家庭疗法；

14. 分娩、剖宫产、避孕、节育绝育（含绝育以及绝育恢复手术）、治疗不孕不育症、性病、性功能障碍、变性手术、代孕行为，或由前述情形导致的并发症的治疗，但被保险人因确诊罹患本合同约定的妊娠并发症而进行的治疗不在此限；

15. 因任何医疗意外和/或医疗事故、任何未遵医嘱服用处方药导致的伤害所引起的治疗；

第十二条 下列费用，保险人也不承担给付保险金责任：

1. 因投保时未根据健康问卷告知的被保险人既往症而产生的任何医疗费用；

2. 不符合科学或国内外医学界认可实践的治疗方法、手段、设备、药品等所有实验性治疗产生的医疗费用；

3. 由被保险人或者被保险人家家庭成员拥有全部或者部分所有权的机构提供的医疗、药品、设备或者服务所产生的费用；

4. 非医学必需的、超过通常惯例水平的，以及在健康状态下仅为改善或者提高目前身体状况而发生的医疗费用；

5. 任何医生不在执业范围情况下产生的医疗费用、不符合专业认可标准或者治疗过程中不必要的医疗和服务费用；

6. 任何非处方药品、非处方医疗设备、非处方服务产生的费用，任何戒烟药物、食欲抑制剂、头发再生药物、抗光老化药物、美容用品、大剂量维生素费用；

7. 临终关怀医疗费用；

8. 任何矫形改造手术费用；

9. 家族疾病筛查、基因检测及与基因检测相关疾病咨询、筛查、检查、治疗费用；

10. 因发育迟缓问题或生长发育评估而产生的费用、生长激素治疗及其他相关费用、过敏原检测费用；

11. 任何牙科治疗费用；

12. 非与医疗直接相关的服务费用，例如电话/电视、额外膳食、额外床位或者类似的设施产生的费用；

13. 被保险人在非本合同约定的医疗机构就诊产生的医疗费用，以及被保险人未按事先预约时间按时就诊而发生的预约费用损失；

14. 任何常规体检费用和保险单未载明的免疫接种费用；

15. 常规足疗费用，但因意外伤害或者疾病引起的足部治疗不在此限；

16. 直接或间接由于心理咨询、心理和精神疾病的治疗导致的费用，但因被保险人被确诊罹患产褥期严重精神异常而产生的治疗费用不在此限；

17. 在政府当局要求和指导下实施的与流行性疫病相关的治疗费、药品费、设备费、服务费和紧急医疗运送费；

18. 非手术中必需的假体、矫正器具或者相似的器具费，医生认为治疗必不可少的假体或者耐用医疗设备不在此限；

19. 在本合同约定的免赔额内的医疗费用；

20. 其他不属于本合同保险责任范围的费用。

保险金额和保险费

第十三条 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。保险金额由投保人在投保时与保险人约定，并在保险单中载明。

第十四条 保险费

本合同的保险费在保险单中载明。投保人在投保时应一次性交纳本合同的保险费。

免赔额和给付比例

第十五条 免赔额

本合同所指免赔额均指年免赔额，在保险期间内，被保险人实际发生的在本合同约定的免赔额内的医疗费用应由被保险人自行承担，保险人不承担保险责任。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。但通过社会基本医疗保险、公费医疗、城乡居民大病保险等途径获得的补偿，不可用于抵扣免赔额。

本合同免赔额的具体约定及金额在保险单中载明。

第十六条 给付比例

本合同保险金给付比例在保险单中载明。

保险期间

第十七条 保险期间

本合同保险期间以保险单载明的起讫时间为准，最长时间不超过一年。

第十六条 不保证续保

本合同为不保证续保合同。本合同期满，投保人需要重新向保险人申请投保本合同，交纳保险费，并经保险人同意，获得新的保险合同。

发生下列情形之一的，保险人不再接受投保人的再次投保本保险的申请：

- (1) 提出申请时主被保险人的年龄已超过本合同约定的最大投保年龄；
- (2) 主被保险人身故；
- (3) 本合同在申请时已因其他条款所列情况而导致效力终止；
- (4) 投保人发生不如实告知、欺诈等情形；
- (5) 本保险统一停售。

保险人义务

第十七条 签发保险单义务

本合同成立后，保险人应当及时向投保人签发保险单或其他保险凭证。

第十八条 明确说明义务

订立保险合同时，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。

第十九条 补充索赔证明和资料的通知

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。

第二十条 及时核定、赔付义务

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，但合同另有约定的除外。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，履行给付保险金义务。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被保险人发出拒绝给付保险金通知书，并说明理由。

第二十一条 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

第二十二条 如实告知义务

订立本合同时，保险人就主被保险人的有关情况提出询问，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如实告知义务，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，不承担给付保险金的责任，但退还保险费。

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。

第二十三条 住所或通讯地址变更通知义务

投保人或被保险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。

第二十四条 保险事故通知义务

投保人、被保险人或者受益人应于自其知道或应当知道保险事故发生之日起10日内通知保险人。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。

保险金申请与给付

第二十五条 保险金申请

本合同医疗保险金的申请方式包括事后申请方式和直接结算方式。

1. 采用事后申请的方式申请保险金时，保险金申请人须填写保险金给付申请书，并须提供下列证明和资料原件：

- (1) 保险单或保险凭证；
- (2) 被保险人的有效身份证件（附加被保险人无身份证件的须提供出生证明）；
- (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、医疗费用清单以及处方、检查化验明细清单、病历等；
- (5) 医院出具的被保险人的医疗费用收据或者发票；
- (6) 如果被保险人从其它途径获得了医疗费用补偿，则须提供从其它途径报销的凭证；
- (7) 与确认保险事故的性质、原因等有关的其他证明和资料。

以上证明和资料不完整的，保险人将及时一次性通知保险金申请人补充提供有关的证明和资料。

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。

2. 被保险人按照本合同的约定在保险人或者保险人授权的第三方医疗管理服务机构的直付网络（下称“直付网络”）内医院内接受治疗的，可以采用直接结算的方式申请保险金，保险人将与直付网络内的医院直接结算应由保险人在本合同项下承担的医疗费用。受益人不应在就医后再向保险人申请该部分医疗费用对应的保险金。

第二十六条 保险金的给付

本合同医疗保险金的给付方式包括直接结算方式和事后结算方式。

1. 直接结算方式:

被保险人在直付网络内的医院接受治疗的,对于被保险人实际发生的,依据本合同约定应由保险人承担的医疗费用,保险人将上述直付网络内医院直接结算,无需被保险人就医时先行支付。

被保险人在直付网络内的医院接受治疗的,对于其发生的不属于本合同保险责任范围、应由其自己负担但在就医时医院未向其本人收取的医疗费用,被保险人在接到保险人或者保险人授权的第三方医疗管理服务机构通知后,应在三十日内退还相应款项;未在三十日内退还相应款项的,本合同保险责任终止且保险人不退还未到期净保费,且保险人有权向其继续追偿相应款项。

2. 事后申请给付保险金

被保险人在直付网络以外的医院接受治疗,可以在支付医疗费用后按照本合同约定向保险人申请给付保险金。

第二十七条 诉讼时效

保险金申请人向保险人请求给付保险金的诉讼时效依据中华人民共和国(不包括香港、澳门特别行政区和台湾地区法律)相关法律规定执行。

争议处理和法律适用

第二十八条 争议处理

因履行本合同发生的争议,由当事人协商解决。协商不成的,提交本合同载明的仲裁机构仲裁;本合同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。

第二十九条 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(不包括香港、澳门特别行政区和台湾地区法律)。

其他事项

第三十条 合同解除

本合同成立后,发生以下任何情形的,保险人有权解除合同,并不退还保险费:

1. 未发生保险事故,但投保人、被保险人或受益人谎称发生了保险事故,提出给付保险金请求;
2. 投保人、被保险人或受益人故意制造保险事故。

上述约定的任何情形致使保险人给付保险金的,被保险人或受益人应当退回保险金。

在本合同生效后,投保人可以书面形式通知保险人解除合同,但保险人已根据本合同的约定给付过保险金的除外。投保人解除本合同时,应提供下列申请材料:

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

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。保险人收到上述证明文件和资料之日起三十日内退还保险单的未满期净保费。

第三十一条 年龄的确定与错误的处理

主被保险人投保年龄，应以法定身份证明文件确定的**周岁**年龄为准。本合同所承保的主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，应按主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. 投保人申报的主被保险人的年龄不真实，并且其真实年龄不符合本合同约定的投保年龄限制的，保险人有权解除合同，并向投保人退还未满期净保险费；

2. 投保人申报的主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交差额的保险费，或在给付保险金时按照实付保险费与应付保险费的比例支付；

3. 投保人申报的主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给投保人。

释义

第三十二条 本合同具有特定含义的名词，其定义如下：

保险人：指与投保人签署本合同的都邦财产保险股份有限公司。

医生：指依据国家有关法律法规，在主管部门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，且须满足以下条件：

- (1) 具有有效的中华人民共和国《医师执业证书》，并按期到相关部门登记注册；
- (2) 在医院的相应科室从事临床工作三年以上。

专业护士：指在中国大陆（不含香港、澳门、台湾地区）合法注册的具有护士执业资格且正在执业的护理人员。

保险人指定直付医疗机构：指保险人指定的可提供直付服务的合法运营的医疗机构，具体以第三方医疗管理机构最新发布的直付医疗机构清单为准。如清单有更新，第三方医疗管理机构将会及时对外公布更新。

妊娠并发症：本合同所指妊娠并发症仅包含以下42种疾病，且以下疾病须被保险人约定的医疗机构的医生明确诊断：

(1) 产前并发症（27种）

1) 妊娠高血压综合症：怀孕20周后出现高血压。高血压是指收缩压 $\geq 140\text{mmHg}$ ，或舒张压 $\geq 90\text{mmHg}$ 。**如果有些孕妇在怀孕前就患有高血压，或在怀孕20周之前被诊断出高血压，此为妊娠合并高血压病，而非妊娠高血压综合症。**

2) 妊娠期急性脂肪肝：特发于妊娠晚期，造成急性肝衰竭，致死性严重的并发症，表现为急性肝细胞微滴性脂肪浸润变性所引起的肝功能障碍，常伴肾、胰、脑、心等多脏器微滴性脂肪浸润变性损害及功能障碍。

3) 妊娠期舞蹈病：由妊娠激发的晚发性小舞蹈病，终止妊娠后舞蹈样动作立即停止。

4) 子痫前症：在妊娠20周以后出现血压收缩压 $\geq 140\text{mmHg}$ ，或舒张压 $\geq 90\text{mmHg}$ ，同时

合并水肿或蛋白尿，或二者皆有。

5) 妊娠剧吐：孕妇因早孕反应严重，恶心呕吐频繁，不能进食，伴发电解质失衡及酮尿，且排除其他引起恶心、呕吐的疾病。

6) 脐带异常：包含脐带过长，脐带过短，脐带缠绕，脐带打结，脐带扭转，脐带脱垂等危及孕妇、胎儿生命和健康。

7) 妊娠肝内胆汁淤积症：一种由妊娠引起的疾病。它是指妊娠期反复黄疸、胆汁淤积性肝功能异常、以及黄疸性子痫，以瘙痒、黄疸或二者均有为临床特征。

8) 轮廓胎盘：胎盘的胎儿面中央稍有凹陷，周边部分或完整地围绕一圈略高起的黄白色环形皱褶。

9) 前置胎盘：妊娠28周后，胎盘附着于子宫下段，甚至胎盘下缘达到或覆盖宫颈内口，其位置低于胎先露部，称为前置胎盘。

10) 血管前置：脐血管穿过胎膜覆盖在宫颈内口。

11) 妊娠合并肠梗阻：妊娠期内，肠内容物在肠道内通过受到障碍时而出现的急腹症。

12) 胎盘早剥：妊娠20周后或分娩期，正常位置的胎盘在胎儿娩出前，部分或全部从子宫壁剥离，称为胎盘早剥。

13) 羊水过多：在妊娠任何时期羊水量超过2000ml者。

14) 围产期心肌病：在妊娠最后1个月或产后前5个月内产生临床心力衰竭表现的一种心肌病。必须同时满足下列条件：无心力衰竭的确切原因；无先前存在的心肌病；疾病发生在特定的时间内；妊娠期间导致充血性心衰的其他原因除外。

15) 母婴血型不合：因孕妇与胎儿之间的血型不合，引起的胎儿或新生儿同族免疫性溶血。

16) 羊水过少：在妊娠晚期羊水量少于300ml者。

17) 妊娠合并骨软化病：在妊娠期，因维生素D与钙、磷缺乏引起新近形成的骨基质矿化障碍为特点的骨骼疾病。

18) 妊娠糖尿病：在妊娠期间首次发生或发现的糖耐量减低或糖尿病称为妊娠期糖尿病或妊娠期间的糖尿病，诊断标准符合《中国2型糖尿病防治指南（2013年版）》中对妊娠糖尿病的诊断标准。

19) 胎膜早破：妊娠37周前，胎膜在临产前自发性破裂。

20) 妊娠合并皮质醇增多症：妊娠期由于糖类皮质激素和盐类皮质激素代谢发生改变，引发的肾上腺皮质功能亢进症。

21) 妊娠心肌梗塞：与妊娠有直接关系，以胸痛为主要体征，符合心肌梗塞的临床诊断标准。

22) 胎儿宫内发育迟缓：胎儿受各种不利因素影响，未能达到其潜在所应有的生长速率，表现为胎儿出生体重小于2500g（胎龄 \geq 37周时）或出生体重低于同孕龄平均体重的两个标准差，或低于同孕龄正常体重的第10百分位数。

23) 妊娠合并溶血性尿毒症综合症：是以溶血性贫血、血小板减少及急性肾功能衰竭为特征的综合症。

24) 妊娠静脉血栓栓塞：特发于妊娠期和产褥期，血液在静脉内不正常地凝结，使血

管完全或不完全阻塞，包括深静脉血栓形成和肺血栓栓塞症。

25) 胎儿宫内窘迫：胎儿在宫内缺氧和酸中毒，表现为胎心率及一系列代谢和反应的变化，并危及其生命和健康。

26) 妊娠HELLP综合症：是妊娠期高血压疾病的严重并发症，以溶血、肝酶升高和血小板减少为特点。

27) 妊娠合并肺动脉高压：既往无肺动脉高压病史，或先天性心脏疾病史，在妊娠期间出现：静息状态下右心导管检测肺动脉平均压 $\geq 25\text{mmHg}$ 。

(2) 产时并发症（8种）

28) 子宫破裂：既往无肺动脉高压病史，或先天性心脏疾病史，在妊娠期间出现：静息状态下右心导管检测肺动脉平均压 $\geq 25\text{mmHg}$ 。

29) 羊水栓塞：指大量羊水进入母体血循环后继发引起母体肺栓塞、休克、弥散性血管内凝血（DIC）、肾功能衰竭或猝死的严重的分娩期并发症。

30) 宫颈及阴道裂伤：分娩导致的软产道的损伤。

31) 子宫内翻：子宫体的内膜向外翻出，通过子宫颈进入阴道或脱出阴道口外。

32) 产后出血：胎儿娩出后24小时内，母亲出血多于500毫升为产后出血。

33) 产科休克：与妊娠、分娩有直接关系而发生的休克。

34) 产科弥漫性血管内凝血：与妊娠、分娩有直接关系而发生的弥散性血管内凝血（DIC）。

35) 羊膜腔感染综合症：在妊娠期和分娩期，病原微生物进入羊膜腔引起的感染。

(3) 产后并发症（7种）：

36) 产褥期感染：在产前、产时与产褥期，因生殖道的创面受致病菌的感染，引起局部或全身的炎症变化。

37) 产褥期严重精神异常：一组在产褥期（产后6周内）发病且持续6个月以上的精神障碍，临床表现不符合其他分类精神障碍的诊断标准，或者由于无法获得充足资料或者具有其他特殊的临床特征而难以归类于其他分类的精神障碍。

38) 产后尿潴留：产后6-8小时不能自己排尿或排尿不畅致尿液在膀胱内积聚不能排出。

39) 产褥期乳腺炎：产褥期（产后6-8周内），因哺乳而发生的乳房的急性化脓性感染。

40) 晚期产后出血：指分娩24小时后，在产褥期内发生的子宫大量出血，出血量超过500ml。

41) 产后宫内感染：指分娩后生殖道的感染。

42) 子宫复旧不全：妊娠过程中增大的子宫在分娩后不能顺利收缩的情况。

医学必要的人工流产：指非主被保险人自愿的，在胎儿无法存活时所必须采取的人工流产治疗。

合理且必需：指符合通常医学惯例且医学必需：

符合通常医学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。

医学必需指医疗费用同时符合下列所有条件：

- (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。

对是否符合通常惯例或医疗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。

住院：指被保险人确因临床需要，正式办理入院及出院手续，并确实入住医院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。

意外伤害事故：指遭受外来的、突发的、非本意的、非疾病的使身体受到伤害的客观事件。自然死亡、疾病身故、猝死、自杀以及自伤均不属于意外伤害。

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。

顺势疗法：指一种通过小剂量药物治疗以使病人症状逐渐缓解或消除的治疗方法，比如对于腹泻的顺势疗法是给予小剂量的放松剂。

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。

日间治疗：指完全出于接受医学必需的治疗目的被保险人以占用医疗机构病床但不过夜的方式接受的医疗。

化学疗法：指针对恶性肿瘤的化学治疗（下称“化疗”）。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。

放射疗法：指针对恶性肿瘤的放射治疗（下称“放疗”）。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。

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。

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。

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的药物需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。

先天性疾病：本合同所指先天性疾病仅包含以下13种疾病，且以下疾病须被保险人约定的医疗机构的医生明确诊断：

(1) 脊柱裂或颅裂：指脊椎或颅骨不完全闭合，导致脊髓脊膜突出，脑（脊）膜突出或脑膨出，合并大小便失禁，部分或完全性下肢瘫痪或畸形等神经学上的异常。**但不包括由X线摄片发现的没有合并脊椎脊膜突出或脑（脊）膜突出的隐性脊柱裂，以及由头颅X线摄片发现的颅骨缺失没有无隆起包块和神经症状的隐性颅裂。**

(2) 先天性脑积水：指因进行性脑脊髓液积存在脑室而导致的致命性疾病，需采取植入外插引流管方式治疗。

(3) 先天性室间隔缺损：指因心室间隔发育不全而形成的左右心室间的异常交通，在心室水平产生左向右分流的先天性心脏病，须经儿童心脏科医生明确诊断，且需要提供超声心动图或心导管或心血管造影检查结果。

(4) 法乐氏三联症：指因心脏的解剖学异常，导致右心室流出道梗阻引起的紫绀型先天性心脏病。须由超声心动、或核磁共振检查（MRI）、或心血管造影等影像学检查证实，同时存在以下四种心脏病理或心脏结构改变：

- 1) 右心室流出道狭窄（肺动脉狭窄）；
- 2) 室间隔缺损；
- 3) 主动脉骑跨于左右心室；
- 4) 右心室肥厚。

(5) 完全性大动脉转位：指因胚胎发育异常导致大动脉位置及它们与心室连接不一致的先天性心脏病，经超声心动或心导管及心血管造影检查证实：主动脉位于前方，起于右心室，接受体循环的经脉血；肺动脉位于后方，起于左心室，接受经肺循环氧和的动脉血。

(6) 先天性食管闭锁或食管气管瘘：先天性食管闭锁是指因发育异常造成的食管通道不连贯，须经X线食管造影或X线造影检查证实，存在下列情况之一者：

- 1) 食管闭锁，近端或远端或远近端为盲端，无瘘；
- 2) 食管闭锁，近端或远端或远近端为盲端，有瘘与气管相通；
- 3) 无食管闭锁，但有瘘与气管相通。

(7) 唇腭裂：指一种常见的出生缺陷，可以分为单纯唇裂、唇裂伴随腭裂两种情况，须经专科医师明确诊断，并已行修补手术。**单纯唇裂不在保障范围内。**

(8) 先天性肛门闭锁：指先天性会阴部肛门缺如，是消化道畸形中最常见的疾病，须经专科医师明确诊断，且已行肛门直肠成形术。**低位直肠肛管畸形不在保障范围内。**

(9) 尿道下裂：男性下尿路及外生殖器最多见的先天性畸形之一。是因前尿道发育不全而致尿道口位置异常。

(10) 先天性膈疝：是胚胎发育中，膈肌部分缺损为发病基础。胚胎发育第10周时原始中肠深入脐索，后形成消化道的各部分，同时完成肠旋转过程，固定于腹腔内，如膈肌闭合不全，胎儿及新生儿的胸、腹腔压力不平衡，腹腔脏器易进入胸腔，形成膈疝。

(10) 膀胱外翻：由于某种原因胚胎期泄殖腔向前移位，致下腹壁的中胚层结构不发育而形成。根据有无尿道上裂分为完全性与不完全性膀胱外翻，除伴尿道上裂外还多伴外生殖器畸形。

(11) 先天性甲状腺功能减退症：由于甲状腺先天缺如、发育不良（原位和异位）或甲状腺激素合成途径缺陷而引起者称散发性甲状腺功能减退，因母体孕期饮食中缺碘引起者称地方性甲状腺功能减退。主要临床表现为体格和精神发育障碍。

(12) 苯丙酮尿症：是由于苯丙氨酸羟化酶（PAH）缺陷引起的苯丙氨酸代谢障碍。主要原因是PAH基因突变。诊断指标：①血苯丙氨酸 $>1200 \mu\text{mg}$ ；②酪氨酸正常；③尿三氯化铁DNPH试验阳性（阳性结果出现较晚，不稳定）；④不能耐受经口给予的苯丙氨酸；⑤辅酶BH₄正常。

社会基本医疗保险：本合同所称的社会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、医疗救助等政府举办的基本医疗保障项目。

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。

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。

无合法有效驾驶证驾驶，指下列情形之一：

- (1) 没有驾驶证驾驶；
- (2) 驾驶与驾驶证准驾车型不相符合的车辆；
- (3) 驾驶员持审验不合格的驾驶证驾驶；
- (4) 未经公安交通管理部门同意，持未审验的驾驶证驾驶；
- (5) 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；
- (6) 公安交通管理部门规定的其他无有效驾驶证驾驶的情况。

无合法有效行驶证，指下列情形之一：

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

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。

潜水：指以辅助呼吸器材在江、河、湖、海、水库、运河等水域进行的水下运动或作业。

攀岩：指攀登悬崖、楼宇外墙、人造悬崖、冰崖、冰山等运动。

武术：指两人或者两人以上对抗性柔道、空手道、跆拳道、散打、拳击等各种拳术及各种使用器械的对抗性比赛。

特技表演：指进行杂技、驯兽等表演。

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，如江河漂流、徒步穿越沙漠或者人迹罕至的原始森林等活动。

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。

职业病：指企业、事业单位和个体经济组织的劳动者在职业活动中，因接触粉尘、放射性物质和其他有毒、有害物质等因素而引起的疾病。职业病的认定需遵循《中华人民共和国职业病防治法》中的相关规定及鉴定程序。

既往症：指在保险责任生效前被保险人已就此接受诊断、医学咨询或者治疗，或者服用药物，或者显现症状的疾病或者损伤。包括以下任何情形：

(1) 本合同生效前，医生已有明确诊断，长期治疗未间断，或有间断用药的情况；

(2) 本合同生效前，曾罹患重大疾病，无论是否已诊断治愈；

(3) 本合同生效前，医生已有明确诊断，但未予治疗；

(4) 本合同生效前，未经医生诊断和治疗，但症状或者体征明显且持续存在，以普通人医学常识应当知晓。

本合同所指重大疾病是中国保险行业协会制定的《重大疾病保险的疾病定义使用规范（2020年修订版）》规定的重大疾病。

临终关怀医疗费用：指被保险人通过医生诊断患有属于终末期疾病，并在当地临终关怀机构进行的由各科医生组成的医疗团队对被保险人实施以护理为中心而非以治疗疾病为中心的医疗而产生的相关住院费用，终末期疾病指经医院医生诊断确定已发展到末期的严重疾病，并经医院医生认定所患疾病依现在医疗技术无法治愈，且根据医学及临床经验病人患该病后的平均存活期在6个月以下。

不可抗力：指不能预见、不能避免并不能克服的客观情况。

有效身份证件：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。

未到期净保费：未到期净保费=净保费×(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。

周岁：指按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。

附录：保障计划

母婴高端医疗保险（中国大陆版）			
保障项目	保障说明	计划一	计划二
地理涵盖范围		中国大陆	
年度最高赔偿限额	本保单项下主被保险人和附加被保险人累计赔偿限额	300,000元	500,000元
免赔额		0元	
医院覆盖范围	本范围之外的医疗机构发生的费用不予赔付	计划一指定私立医疗机构，公立医院	计划二指定私立医疗机构，公立医院
保障期间		自保单生效日起，一年	
母亲（主被保险人）保障			
基本责任			
人工流产医疗保险金	主被保险人患妊娠并发症，对因人工流产产生的医疗费用予以赔付。当给付人工流产医疗保险金达到限额，或人工流产结束后，合同终止	限额5,000元	
妊娠并发症医疗保险金	对主被保险人所患42种妊娠并发症（种类参照列表）的治疗产生的医疗费用予以赔付	限额100,000元	限额300,000元
部分责任限制	床位费、膳食费	每日限额1,200元，限30天	
	康复治疗和专业护理费	限7天	
新生儿（附加被保险人）保障			
门诊医疗保障			
一般门诊医疗保险金	医生费、治疗费、处方药费、检查检验费、耐用医疗设备费、理疗和中医治疗费	限额50,000元 双胞胎情况下为限额50,000元/人	限额100,000元 双胞胎情况下为限额100,000元/人
赔付比例	公立特需包含公立医院特需部、特诊部、VIP部、国际部	公立特需：80%； 公立医院普通部及计划一指定私立医疗机构：100%	公立特需：80%； 公立医院普通部及计划二指定私立医疗机构：100%
部分责任限制	理疗和中医治疗费	限额1,500元 双胞胎情况下为限额1,500元/人	限额2,000元 双胞胎情况下为限额2,000元/人
	耐用医疗设备费	限额10,000元 双胞胎情况下为限额10,000元/人	
住院医疗保障			
一般住院医疗保险金	一般住院及日间治疗费用： 常规住院费、处方药费、检查检验费、耐用医疗设备费、住院手术费 视同住院的医疗费用： 特定疾病治疗费、康复治疗和专业护理费、门诊手术费、日间留观费	同保单限额	

赔付比例		公立特需：80%； 公立医院普通部及计划一指定私立医疗机构：100%	公立特需/新世纪集团医疗机构：80%； 公立医院普通部及计划二指定私立医疗机构：100%
部分责任限制	床位费、膳食费	每日限额1,200元 双胎情况下为每日限额1,200元/人	
	康复治疗和专业护理费	限90天 双胎情况下为限90天/人	
	新生儿NICU住院期间费用	限7天 双胎情况下为限7天/人	
先天性疾病保障			
新生儿先天性疾病医疗保险金	对附加被保险人所患13种先天性疾病（种类参照列表）的治疗产生的医疗费用予以赔付	限额10,000元 双胎情况下为限额10,000元/人	
急救和转运保障（主被保险人和附加被保险人共用）			
紧急医疗保险金	急救费用、境内异地就医交通费用	限额10,000元	

母婴高端医疗保险（全球版）				
保障项目	保障说明	单胎计划一	单胎计划二	双胎计划
地理涵盖范围		全球		
年度最高赔偿限额	本保单项下主被保险人和附加被保险人累计赔偿限额	3,000,000元	2,000,000元	3,000,000元
胎数		单胎	单胎	双胎
赔付比例		100%	90%	80%
医院覆盖范围	本范围之外的医疗机构发生的费用不予赔付	公立+私立，含昂贵医院		
保险期间		自保单生效日，至新生儿出生后60天		
母亲（主被保险人）保障				
基本责任				
人工流产医疗保险金	主被保险人患妊娠并发症，对因人工流产产生的医疗费用予以赔付。当给付人工流产医疗保险金达到限额，或人工流产结束后，合同终止	限额30,000元		
可选责任				
妊娠并发症医疗保险金	对主被保险人所患42种妊娠并发症（种类参照列表）的治疗产生的医疗费用予以赔付	限额1,000,000元		
部分责任限制（针对妊娠并发症医疗保险金）	床位费、膳食费	限标准单人病房		
	康复治疗和专业护理费	限30天		
新生儿（附加被保险人）保障				
门诊医疗保障				
一般门诊医疗保险金	医生费、治疗费、处方药费、检查检验费、耐用医疗设备费、理疗和中医治疗费	限额80,000元	限额80,000元	限额80,000元/人
住院医疗保障				

一般住院医疗保险金	一般住院及日间治疗费用： 常规住院费、处方药费、检查检验费、耐用医疗设备费、住院手术费 视同住院的医疗费用： 特定疾病治疗费、康复治疗和专业护理费、门诊手术费、日间留观费	同保单限额	同保单限额	限额 1,500,000元/人
免赔额		0元 /100,000元	0元 /100,000元	100,000元/人
部分责任限制	床位费、膳食费	限标准单人病房		
	康复治疗和专业护理费	限90天	限90天	限90天/人
	新生儿NICU住院期间费用	限45天	限45天	限45天/人
先天性疾病保险金				
新生儿先天性疾病医疗保险金	对附加被保险人所患13种先天性疾病（种类参照列表）的治疗产生的医疗费用予以赔付	限额 150,000元	限额 100,000元	限额80,000元/人
急救和转运保障（主被保险人和附加被保险人共用）				
紧急医疗保险金	急救费用、境外紧急医疗转运费用	限额200,000元		

都邦财产保险股份有限公司

附加妊娠身故保险条款

(注册号: C00009631922022022213041)

总则

第一条 本附加保险合同（以下简称“本附加合同”）附加于各种意外伤害类保险合同、健康类保险合同（以下简称“主险合同”）。本附加合同与主险合同相悖之处，以本附加合同为准；本附加合同未尽事宜，以主险合同为准。主险合同效力终止，本附加合同效力亦同时终止；主险合同无效，本附加合同亦无效。凡涉及本附加合同的约定，均应采用书面形式。

第二条 本附加合同，被保险人或投保人可指定一人或数人为身故保险金受益人。身故保险金受益人为数人时，应确定其受益顺序和受益份额；未确定受益份额的，各身故保险金受益人按照相等份额享有受益权。

被保险人死亡后，有下列情形之一的，保险金作为被保险人的遗产，由保险人依照相关法律法规的规定履行给付保险金的义务：

- （一）没有指定受益人，或者受益人指定不明无法确定的；
- （二）受益人先于被保险人死亡，没有其他受益人的；
- （三）受益人依法丧失受益权或者放弃受益权，没有其他受益人的。

受益人与被保险人在同一事件中死亡，且不能确定死亡先后顺序的，推定受益人死亡在先。

投保人为与其有劳动关系的劳动者投保人身保险，不得指定被保险人及其近亲属以外的人为受益人。

被保险人或投保人可以变更身故保险金受益人，但需书面通知保险人，由保险人在本附加合同上批注。**对因身故保险金受益人变更发生的法律纠纷，保险人不承担任何责任。**

投保人指定或变更身故保险金受益人的，应经被保险人书面同意。被保险人为无民事行为能力人或限制民事行为能力人的，应由其监护人指定或变更身故保险金受益人。

保险责任

第三条 在本附加合同保险期间内，被保险人在妊娠周期中（包含分娩过程中）身故，或分娩后因该次分娩为直接且单独的原因导致身故的，保险人按本附加合同约定的妊娠身故保险金额给付妊娠身故保险金。给付妊娠身故保险金后，本附加合同终止。

责任免除

第四条 对被保险人在下列任何原因或情形下发生的身故，保险人不承担给付保险金责任：

- （一）投保人的故意行为或被保险人自杀致使身故；
- （二）从事违法犯罪活动或拒捕，因被保险人挑衅或故意行为导致争执、打斗而引发意外或因此被攻击、被伤害或被杀害；
- （三）未遵医嘱而私自服用、涂用或注射药物致使身故；

- (四) 因醉酒或受酒精、毒品或管制药品影响发生的身故；
- (五) 医疗事故；
- (六) 麻醉意外；
- (七) 被保险人因投保前已患疾病造成的身故；

第五条 被保险人在下列期间身故的，保险人也不承担给付保险金的责任：

- (一) 精神和行为障碍(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(1CD-10)》为准)或者癫痫发作期间，感染艾泡病(AIDS)或者感染艾滋病病毒(HIV阳性)期间；
- (二) 战争、军事行动、暴乱或者武装叛乱期间。

保险金额

第六条 保险金额是保险人承担给付保险金责任的最高限额。本附加合同的保险金额由投保人与保险人协商确定，并于本附加合同保险单中载明。

保险期间

第七条 除另有约定外，本附加合同的保险期间与主险合同一致，具体以保险单载明的起讫时间为准。

保险金申请与给付

第八条 保险金申请人向保险人申请给付保险金时，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。**

- (一) 保险金给付申请书；
- (二) 保险单原件或其他保险凭证；
- (三) 受益人的身份证明；
- (四) 保险人指定或认可医院或相关主管部门出具的被保险人产前检查档案、门诊分娩病历、临床诊断报告；
- (五) 公安部门或保险人指定或认可医院出具的被保险人死亡证明或验尸报告；
- (六) 被保险人的户籍注销证明；
- (七) 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；
- (八) 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。