

都邦财产保险股份有限公司

个人全球留学生医疗保险条款

(注册号: C00009632512023033057213)

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,均采用书面形式。

第二条 投保人

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自然人均可作为本合同的投保人。被保险人为无民事行为能力或限制民事行为能力人的,应由其法定监护人作为投保人。

第三条 被保险人

投保时年龄已满十二周岁(含十二周岁)且未满四十六周岁(不含四十六周岁),已取得境外合法教育机构入学通知或录取通知、拟前往境外合法教育机构接受全日制教育的自然人,可作为本合同的主被保险人。主被保险人的配偶,以及生活依赖主被保险人且年龄未满二十七周岁(不含二十七周岁)的主被保险人未婚子女,可成为本合同的附属被保险人。

保险人除明确指出“主被保险人”或“附属被保险人”之外,本合同中“被保险人”均指“主被保险人”和“附属被保险人”。

本合同约定的各项保险责任同样适用于被保险人在本合同保险期间内成功分娩的活产新生儿,且在新生儿出生之日起三十一日内(含第三十一日),该新生儿无需新增为本合同附属被保险人。

投保人可在前述被保险人新生儿出生之日起的三十一日内(含第三十一日)向保险人书面申请增加该新生儿为附属被保险人,经保险人书面审核同意,投保人按保险合同的约定补缴该新生儿对应的保费后,在该新生儿出生之日起三十一日后(不含第三十一日),保险人将继续依据本合同约定对该新生儿承担各项保险责任。

第四条 保障医院范围

本合同的保障医院范围为被保险人接受医疗服务所在地当地法律或政府认可的医疗机构。且须符合以下条件:

(一)在中国大陆地区(不含香港、澳门、台湾地区,下同)以外区域,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。

(二)在中国大陆地区,本合同的保障医院范围仅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、台湾地区法律)设立并运营的公立医疗机构和保

险人指定的私立医疗机构，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师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 预授权

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保险人合作的第三方医疗管理机构（下称“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 1,300 美元以上的检查项目；
- （五）一次服用（注射）剂量单价超过 800 美元的药剂；
- （六）购买或者租用非一次性耐用医疗设备；
- （七）任何紧急医疗保险金责任中包含的项目；
- （八）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 5,000 美元的任何诊疗、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投保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。

若投保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。若投保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。

第六条 币种

除另有约定外，本合同所涉及的币种为美元。

保险责任

第七条 保障地域范围

本合同的保障地域范围为全球地区，但在不同国家和地区内的保险金给付限额由投保人在投保时与保险人协商确定，并在保险单中载明。

第八条 等待期

投保人为被保险人首次投保本保险或非不间断再次投保本保险时，自本合同生效之日起的一段时间为等待期。

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。

投保人在保险期间届满时申请不间断再次投保本保险且经保险人审核同意后获得的新保险合同，不受等待期的限制。

本合同的等待期由投保人在投保时与保险人协商确定，并在保险单中载明。

第九条 保险责任

（一）门急诊医疗保险金

在本合同保险期间内，被保险人因遭受意外伤害事故或在保险单载明的等待期后罹患疾病，并在医疗机构接受门急诊治疗的，对于其实际发生的各项合理且必需的以下医疗费用，保险人按本合同约定和保险单载明的各项费用免赔额、限额、给付比例、自付额和日数限制给付门急诊医疗保险金。

1. 医生费：指医疗机构的医生为本合同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提供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。

3. 处方药费：指本合同被保险人在接受治疗期间实际发生的、合理且必需的、且由医生开具处方的药品的费用。对于单次开具的处方药，保险人承担至多三十日的药量。

4. 检查检验费：指本合同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，包括但不限于X光检查费、心电图费、B超费、分子生化检验费和血、尿、便常规检验费以及本合同约定的大型检查检验费。

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（MRI）、内窥镜检查（如胃镜检查，结肠镜检查，膀胱镜检查，鼻内镜检查）、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、肺功能检查检验等。

5. 耐用医疗设备费：指本合同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。

6. 心理和精神科治疗费：指被保险人经医生诊断存在精神和心理障碍，并被要求在医学认可的、具有相应资质的精神心理专科医疗机构或者设有精神心理科室的医疗机构接受由具有相应医疗职业资格的医生或者心理咨询师实施的门诊精神治疗和心理咨询而产生的医

疗费用和咨询费用。

上述“精神和心理障碍”包括但不限于酒精和成瘾性物品滥用、神经性贪食症、神经性厌食症、悲伤辅导和悲伤治疗、注意力缺陷症、注意缺陷多动障碍。

（二） 住院医疗保险金

在本合同保险期间内，被保险人因遭受意外伤害事故或在保险单载明的等待期后罹患疾病，被医疗机构的医生诊断必须接受住院治疗或日间治疗，对于其在医疗机构住院治疗或日间治疗期间实际发生的各项合理且必需的下列医疗费用，**保险人按本合同约定和保险单载明的各项费用免赔额、限额、给付比例、自付额和日数限制给付住院医疗保险金。**

1. 一般住院及日间治疗费用：

（1）常规住院费：

1) 床位费：指本合同被保险人在住院期间实际发生的住院床位费，**被保险人在中国大陆住院的床位费标准为不高于标准单人病房（不包括套房），其他地区限标准双人病房。床位费每日赔偿限额以保险单载明为准。**

2) 膳食费：指本合同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 in 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：指本合同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：指本合同未满十八周岁的被保险人住院期间实际发生的、其合法监护人（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被保险人床位费标准为限。**

5) 医生费：指本合同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：指本合同被保险人住院期间实际发生的、因专业护士对其提供临床护理服务而产生的费用。

7) 治疗费：指本合同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药品的费用。

（3）检查检验费：指本合同被保险人在住院期间实际发生的、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，包括但不限于X光检查费、心电图费、B超费、分子生化检验费和血、尿、便常规检验费以及本合同约定的大型检查检验费。

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（MRI）、内窥镜检查（如胃镜检查，结肠镜检查，膀胱

镜检查，鼻内镜检查）、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、肺功能检查检验等。

（4）耐用医疗设备费：指本合同被保险人在住院期间实际发生的、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。

（5）住院手术费：指本合同被保险人在接受住院手术治疗过程中所涉及的以下常见且医学必需的费用项目：

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：指以本合同被保险人为受体，且经医生明确诊断，并在具备开展器官移植手术资质的医疗机构内，基于医学必需进行肝脏移植、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、抗排异药品费、检验检查费等。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急诊医疗费用也涵盖在本项费用下。

（6）心理和精神科治疗费：指被保险人经医生诊断存在精神和心理障碍，并被要求在医学认可的、具有相应资质的精神心理专科医疗机构或者设有精神心理科室的医疗机构接受由具有相应医疗职业资格的医生或者心理咨询师实施的住院精神治疗和心理咨询而产生的医疗费用和咨询费用。

上述“精神和心理障碍”包括但不限于酒精和成瘾性物品滥用、神经性贪食症、神经性厌食症、悲伤辅导和悲伤治疗、注意力缺陷症、注意缺陷多动障碍。

2. 视同住院的医疗费用：

（1）特定疾病治疗费：指本合同被保险人实际发生的、出院后针对特定疾病的后续治疗产生的费用。上述特定疾病治疗，无论经由门诊或住院进行治疗，均视同住院治疗，具体包含以下费用项目：

1) 肾透析费：指本合同被保险人在合法注册的透析中心进行血液透析或腹膜透析产生的费用。

2) 门诊癌症治疗费：指本合同被保险人在医疗机构门诊实际产生的癌症治疗费，包括化学疗法、放射疗法所产生的费用。

3) 器官移植后抗排异治疗费。

（2）门诊手术费：指本合同被保险人接受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。

（3）日间留观费用：指本合同被保险人因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）观察病人身体状况的措施而产生的相关费用。

（三）生育医疗保险金

在本合同保险期间内,对于被保险人及被保险人在保险期间内成功分娩的新生儿在医疗机构实际发生的各项合理且必需的下列医疗费用, **保险人按本合同约定和保险单载明的各项费用免赔额、限额、给付比例、自付额和日数限制给付生育医疗保险金。**

1. 分娩费: 指正常分娩和剖腹生产的医院、产科医生、助产士及其他医疗费用。**剖腹生产以具有医疗必要性的剖腹生产为限。**

2. 常规产科医疗费: 指产前及产后的常规产科检查、护理及治疗等费用。

3. 妊娠并发症治疗费: 指因妊娠并发症直接导致的费用。妊娠并发症是指因怀孕或分娩直接导致的病症, 例如妊娠毒血症、先兆性流产、妊娠糖尿病、死产等。

4. 流产费: 指由医生进行的**医学必要的人工流产**或主动终止妊娠。**流产费用的赔偿标准以保险单载明为准。**

5. 避孕费: 指由医生开具处方的、且经美国食品药品监督管理局(FDA)批准的避孕方法所产生的费用。**本项保险责任仅限女性被保险人。**

6. 新生儿医疗费: 指被保险人分娩的新生儿发生的下列医疗费用:

(1) 新生儿的常规护理保健费, **以四日为限。**

(2) 新生儿早产费: 指新生儿因入住新生儿重症监护病房(NICU)而产生的医疗费用, 以及其他因新生儿早产导致的医疗费用。**若新生儿未按照本合同约定被增加为附属被保险人的, 本项责任自新生儿出生之日起三十一日终止。**

(四) 紧急医疗保险金

在本合同保险期间内,被保险人因遭受意外伤害事故或在保险单载明的等待期后罹患疾病,对于其实际发生的各项合理且必需的下列紧急医疗费用, **保险人按本合同约定和保险单载明的各项费用免赔额、限额、给付比例、自付额和日数限制给付紧急医疗保险金。**

1. 急救费用: 指出于紧急情况, 基于医学必需以专业救护车将被保险人运至医疗机构所发生的费用。

2. 异地就医交通费用: 指被保险人在医疗机构接受首诊后, 因病情需要经医生确定须赶赴异地(**被保险人的日常居住地或留学地之外**) 医院进行治疗而产生的公共交通费用(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。

3. 紧急医疗转运费用: 被保险人遇有生命危险、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。

4. 慰问探访交通费及生活费：指位于其他国家的家人（配偶/伴侣、父母、子女、兄弟姐妹）探访被保险人的交通费及生活费，**以被保险人因突然发生意外或罹患疾病而将住院至少五日，或因末期疾病将不久于人世者为限**。本项费用包括被保险人的家人返回原居地的交通费。

5. 遗体遣返或就地安葬费：指被保险人因在其国籍国外区域身故，在事发地法律法规许可的情况下，保险人承担其遗体运送至其国籍国或安排当地安葬所发生的合理费用。**该费用不包括被保险人个人财物退回、宗教或世俗追悼会、神职人员、鲜花、音乐、公告、客人费用和类似的私人葬礼偏好产生的费用。**

（五） 其他特殊医疗保险金

在本合同保险期间内，对于被保险人实际发生的各项合理且必需的下列医疗费用，**保险人按本合同约定和保险单载明的各项费用免赔额、限额、给付比例、自付额和日数限制给付保险金。**

1. 紧急牙科治疗费用：指被保险人由于牙科意外伤害（**由咀嚼食物或咀嚼其他外物引起的牙齿伤害导致的医疗费用除外**）导致的以治疗为目的的医疗费用。

2. 康复治疗和专业护理费：

1) 康复治疗费：指本合同被保险人在接受手术后，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：指本合同被保险人在出院后，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，包括但不限于康复保健、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产生的费用。

3. 临终关怀费：指被保险人因遭受意外伤害或罹患疾病而被医生诊断为终末期疾病且预估存活期在二百四十日以下（含二百四十日）的，该被保险人接受具有相应资质的临终关怀机构提供的、由专业人员和志愿者组成的跨学科队伍在医学指导下实施的姑息性、支持性医疗护理行为和医护设施产生的费用（**不包括丧葬费用及保险期间届满后发生的临终关怀费用**）。被保险人入住临终关怀机构接受临终关怀的，须基于病情和家庭必要。

上述“临终关怀机构”指对终末期疾病病人提供集成家庭或住院医护服务的机构，**该机构应满足下列全部条件：①取得了政府相关部门的许可；②二十四小时提供服务；③有医师直接管理和监控；④有专业护士指挥、协调护理服务；⑤被许可从事社会服务指导和协调；⑥主要目的为提供临终关怀服务；⑦有全职管理人员。**

4. 美国发生的预防性治疗保险金：指由医生开具处方的、且经美国联邦政府 ACA 法案 (Affordable Care Act) 要求的项目所产生的费用。

5. 儿童牙科和眼科医疗费用：

1) 儿童牙科医疗保险金：指门诊常规牙科检查、拔牙、补牙、洗牙/抛光、X 光检查、窝沟封闭、氟化物治疗、根管治疗、植牙、义齿桥托、义齿冠、牙周病、假牙、高嵌体和低嵌体产生的费用。

2) 儿童眼科医疗保险金：指视力检查费用，以及由医生或配镜师开具处方的、目的为

矫正视力的镜架、镜片及隐形眼镜的费用。视力检查以每个保单期间一次为限。镜架、镜片及隐形眼镜的赔偿限额以保险单载明为准。

本项保险责任仅适用于十九周岁以下（不含十九周岁）的被保险人。

6. 治疗服务费：指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、语音治疗费、针灸治疗费，治疗须为专业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。

（六）意外身故及全残保险金

在本合同保险期间内，被保险人因遭受意外伤害事故，并自该意外伤害事故发生之日起一百八十日内（含第一百八十日）因该意外伤害为直接且单独的原因导致被保险人身故或全残的，保险人按保险单载明的意外伤害保险金保险金额给付意外身故或全残保险金。

如被保险人在因全残领取了保险金后身故的，保险人将不再重复向该被保险人给付身故保险金。

第十条 医疗费用补偿原则

本合同适用医疗费用补偿原则。若被保险人已从其他途径（包括中国大陆社会基本医疗保险、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等）获得医疗费用补偿，则保险人仅对被保险人个人支付的、合理且必需的医疗费用扣除其所获医疗费用补偿后的余额按本合同的约定进行给付。社会基本医疗保险中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。

责任免除

第十一条 下列原因导致被保险人发生费用的，保险人不承担给付保险金的责任：

- （一）投保人或被保险人的故意隐瞒、欺诈行为；
- （二）被保险人故意犯罪、抗拒依法采取的刑事强制措施期间或被依法拘禁或入狱期间遭受意外伤害或罹患疾病而产生的费用；
- （三）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；但被保险人自杀时为无民事行为能力人的除外；
- （四）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，或乘坐毒驾、酒后驾驶人所驾驶的交通工具期间遭受意外伤害或罹患疾病而产生的费用；
- （五）被保险人斗殴、醉酒，服用、吸食或注射毒品，或未遵医嘱擅自服用、涂用、注射药物；
- （六）被保险人从事校际运动、职业运动或可获得报酬的运动或竞技，在训练或比赛中受伤；
- （七）被保险人从事或参加高风险运动，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）、探险或考察活动（洞穴、极地、沙漠、火山、冰川等等）；

（八）除另有约定外，由战争（无论是否宣战）或恐怖活动造成的伤害；

（九）核爆炸、核辐射、核污染或者生物化学污染；

（十）被保险人因健康原因被医生建议不宜出国留学而执意留学。

第十二条 被保险人发生的下列费用，保险人不承担给付保险金的责任：

（一）因投保时未如实按照健康问卷告知的既往症而产生的任何医疗费用；

（二）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；

（三）由被保险人或者被保险人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；

（四）由投保人、投保人/被保险人的业务合作伙伴、投保人/被保险人的代理人或家庭成员为被保险人提供的治疗，以及被保险人为自己进行治疗，包括开具处方药物等所产生的费用；

（五）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产生的医疗费用；

（六）任何医生不在执业范围情况下产生的医疗费用、任何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；

（七）任何非处方药品、非处方医疗设备、非处方服务产生的费用；

（八）任何食欲抑制剂、头发再生药物、抗光老化药物、美容用品、大剂量维生素费用；

（九）任何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）外科校正术等；

（十）任何美容整容治疗、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、肥胖症治疗、营养咨询、丰胸或缩胸治疗等，以及由上述病症或治疗所引起的并发症的治疗；

（十一）各种睡眠障碍产生的医疗费用，包括且不限于打鼾、失眠症、阻塞性睡眠呼吸暂停、或睡眠研究测试；

（十二）任何节育绝育（含绝育以及绝育恢复手术）、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；

（十三）任何胎儿手术；

（十四）任何通过人工方式或各种辅助受孕方式受孕的婴儿出生后九十天内发生的治

疗；

（十五）对任何天然的补充剂或物质的要求，包括且不限于维生素、矿物质和有机物质；

（十六）营养补充剂，包括且不限于特殊婴儿配方和化妆品（即使是医生推荐的、处方建议的或确认有治疗效果的）；

（十七）任何矫形改造手术费用；

（十八）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；

（十九）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；

（二十）为消除由生理或自然原因导致的身体变化而进行治疗，比如衰老、更年期或青春期，但因基础疾病或外伤引起的治疗除外；

（二十一）任何牙科治疗费用，但本合同所附保险计划中明确列明为承保范围的除外；

（二十二）非与医疗直接相关的服务费用，例如电话/电视、额外膳食、额外床位或者类似设施产生的费用；

（二十三）家庭医疗探访，包括且不限于执业医师、健康专业人员的探访；

（二十四）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；

（二十五）水疗、或在健康水疗、温泉、自然疗法诊所、健身中心或类似地点发生的费用；

（二十六）全部或部分由于家庭原因，使得医院实际成为或可以被视为被保险人的住所或永久居留地的住院；

（二十七）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；

（二十八）自身从事精神健康行业的被保险人因其职业培训需要而接受的治疗；

（二十九）各种教育或学习障碍、行为障碍、体格发育或心理发育问题，以及对这些问题的评估或评级，具体包括但不限于读写障碍、运动障碍、自闭症、注意力不足过动症（ADHD）和言语问题等；

（三十）非手术中必需的假体、矫正器具或者相似的医疗设备或材料费，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；

（三十一）在本合同约定的自付额内的医疗费用；

（三十二）其他不属于本合同保险责任范围的费用。

保险期间

第十三条 本合同的保险期间具体起讫时间由投保人、保险人双方约定，并在保险单中载明，但最长不超过一年。

续保

第十四条 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。

保险金额和保险费

第十五条 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。

第十六条 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、给付比例和自付额

第十七条 免赔额

本合同所指免赔额包括年免赔额和次免赔额。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。但通过中国大陆社会基本医疗保险、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。

本合同各项费用免赔额的具体约定及金额在保险单中载明。

第十八条 给付比例

本合同各项责任保险金的给付比例在保险单中载明。

第十九条 自付额

自付额包括各项费用免赔额和根据各项责任保险金的给付比例计算的应由被保险人承担的费用金额，本合同的年度最高自付额在保险单中载明。

保险人义务

第二十条 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。

第二十一条 明确说明义务

订立本合同时，保险人应向投保人明确说明本合同的内容。对保险条款中免除保险人责

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。**

第二十二条 保险合同解除权行使期限

保险人依据“如实告知义务”所取得的保险合同解除权，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。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 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。

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或被保险人补充提供。

第二十四条 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

第二十五条 缴纳保险费义务

投保人应当在保险合同成立时缴清保险费，**保险费缴清前，本合同不生效，对保险费缴清前发生的保险事故，保险人不承担给付保险金的保险责任。**

第二十六条 如实告知义务

订立本合同时，保险人就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提高保险费率的，保险人有权解除本合同。

投保人故意不履行如实告知义务的，保险人对于本合同解除前发生的保险事故，不承担给付保险金的责任，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，保险人对于本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。

保险人在本合同订立时已经知道投保人未如实告知的情况的，**保险人不得解除本合同；发生保险事故的，保险人承担给付保险金的责任。**

第二十七条 住所或通讯地址变更通知义务

投保人或被保险人的住所、通讯地址或者电话等联系方式变更时,请及时以书面形式或者双方认可的其他形式通知保险人。**如果投保人未以书面形式或者双方认可的其他形式通知保险人,保险人按本合同载明的最后住所或者通讯地址发送的有关通知,均视为已送达给投保人。**

第二十八条 保险事故通知义务

投保人、被保险人或受益人知道保险事故发生后,应当及时通知保险人。**故意或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,不承担给付保险金的责任,但保险人通过其他途径已经及时知道或应当及时知道保险事故发生的不在此限。**

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

第二十九条 保险金受益人

除另有约定外,本合同的医疗保险金和意外全残保险金的受益人为被保险人本人。本合同的意外身故保险金受益人可由被保险人或投保人指定,投保人指定意外身故保险金受益人时须经被保险人同意。

意外身故保险金受益人为多人时,可以确定受益顺序和受益份额;如果没有确定受益顺序,各意外身故保险金受益人均按照第一顺序享有受益权;如果没有确定受益份额,各意外身故保险金受益人按照相等份额享有受益权。

被保险人,或投保人经被保险人同意,可以变更意外身故保险金受益人、受益顺序或受益份额,但需书面通知保险人,保险人收到变更书面通知后,在保险单或其他保险凭证上批注或附贴批单。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意外身故保险金受益人。

被保险人身故后,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《中华人民共和国民法典》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身故,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身故,且不能确定身故先后顺序的,推定受益人身故在先。

受益人故意造成被保险人身故、伤残、疾病的,或者故意杀害被保险人未遂的,该受益人丧失受益权。

第三十条 保险金申请

- (一) 在申请本合同意外身故保险金时,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.意外身故保险金受益人的有效身份证件；
- 3.国家卫生主管部门认定的医疗机构、公安部门或其他相关机构出具的被保险人的死亡证明；
- 4.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。

（二）在申请本合同意外全残保险金时，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.保险金申请人的有效身份证件；
- 3.有资质的鉴定机构出具的被保险人残疾程度评定书；
- 4.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。

（三）除意外身故或全残保险金以外的各项医疗费用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（附属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第三方医疗管理机构的直付网络（下称“直付网络”）内的医院接受治疗的，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。**

保险人将定期或不定期向投保人和被保险人通报本合同最新的直付网络，投保人或被保险人也可通过第三方医疗管理机构的网站、微信公众号、热线电话等官方渠道查询相关信息。

本合同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。

第三十一条 保险金的给付

本合同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，保险人将与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险费，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

保险金申请人申请意外身故或全残保险金的，可以按照第三十条第（一）、（二）款的约定向保险人申请给付保险金。

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第三十条第（三）款第1项约定向保险人申请给付保险金。

第三十二条 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

第三十三条 争议处理

因履行本合同发生的争议，由投保人和保险人协商解决，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。

第三十四条 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

第三十五条 合同内容变更

除本合同另有约定外，经投保人、保险人双方协商同意后，可变更本合同的有关内容，在保险单或其他保险凭证上加以批注或附贴批单，或由投保人和保险人订立合同变更书面协议。

第三十六条 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：

（一）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；

（二）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。

本合同成立后，投保人可以书面形式通知保险人解除本合同，投保人解除本合同时，须填写解除合同申请书，并向保险人提供下列资料：

（一）保险单原件；

（二）投保人身份证明；

（三）保险人要求的其他有关证明和资料。

自保险人接到解除本合同申请书时起，本合同终止。保险人自收到解除合同申请书之日起三十日内向投保人退还保险单的未满期净保险费，但保险人根据本合同约定已给付保险金的，不退还未满期净保险费。

第三十七条 年龄的确定与错误的处理

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：

（一）投保人申报的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；

（二）投保人申报的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；

（三）投保人申报的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投保人。

释义

第三十八条 本合同具有特定含义的名词，其定义如下：

1. 保险人：指与投保人签订本合同的都邦财产保险股份有限公司。

2. 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）中国大陆的医生应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，中国大陆以外地区的医生应具有当地主管部门注册的有效执业资格证明；

（2）在医疗机构的相应科室从事临床工作三年以上。

3. 专业护士：指合法注册的具有护士执业资格且正在执业的护理人员。

4. 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。**

5. 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。

6. 住院：指被保险人确因临床需要，正式办理入院及出院手续，并确实入住医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。**

7. 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。

8. 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。

9. 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，**不包括质子重离子治疗。**

10. 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。

11. 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。**

12. 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。

13. 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。

14. 全残：指因疾病或意外伤害事故导致下列残疾项目之一：

一、双目永久完全失明（注1）；

二、两上肢腕关节以上或两下肢踝关节以上缺失；

三、一上肢腕关节以上及一下肢踝关节以上缺失；

四、一目永久完全失明及一上肢腕关节以上缺失；

五、一目永久完全失明及一下肢踝关节以上缺失；

六、四肢关节机能永久完全丧失（注2）；

七、咀嚼、吞咽机能永久完全丧失（注3）；

八、中枢神经系统功能或胸、腹部脏器机能极度障碍，终身不能从事任何工作，为维持生命必要的日常生活活动，全需他人扶助的（注4）。

注：

1）失明包括眼球缺失或摘除、或不能辨别明暗、或仅能辨别眼前手动者，最佳矫正视力低于国际标准视力表0.02，或视野半径小于5度，并由本公司指定有资格的眼科医师出具医疗诊断证明。

2）关节机能的丧失系指关节永久完全僵硬、或麻痹、或关节不能随意识活动。

3）咀嚼、吞咽机能的丧失系指由于牙齿以外的原因引起器质障碍或机能障碍，以致不能作咀嚼、吞咽运动，除流质食物以外不能摄取或吞咽的状态。

4）为维持生命必要之日常生活活动，全需他人扶助系指食物摄取、大小便始末、穿脱衣服、起居、步行、入浴等，皆不能自己为之，需要他人帮助。上述所谓“永久完全”系指自事故发生之日起经过180日后，机能仍然完全丧失，但眼球摘除等明显无法复原之情况，不在此限。

15. 中国大陆社会基本医疗保险：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。

16. 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。

17. 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。

18. 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) 未在法律规定期限内按时进行或通过安全技术检验。

19. 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。

20. 斗殴：指双方或多方通过拳脚、器械等武力以求制胜的行为。斗殴的认定，如有司法机关、公安部门的有关法律文件，则以上述法律文件为准。

21. 醉酒：指血液中的酒精含量大于或者等于 80mg/100ml。

22. 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。

23. 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。

24. 攀岩：指攀登悬崖、楼宇外墙、人造悬崖、冰崖、冰山等运动。

25. 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。

26. 特技表演：指进行杂技、驯兽等表演。

27. 探险或考察活动：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。

28. 战争：包括入侵、内战、敌对国家行为、叛乱、革命、武装叛变、武装夺权、战争武器爆炸等。类似战争的行为视为战争。

29. 恐怖活动：指恐怖主义性质的下列行为：

(1) 组织、策划、准备实施、实施造成或者意图造成人员伤亡、重大财产损失、公共设施损坏、社会秩序混乱等严重社会危害的活动的；

(2) 宣扬恐怖主义，煽动实施恐怖活动，或者非法持有宣扬恐怖主义的物品，强制他人在公共场所穿戴宣扬恐怖主义的服饰、标志的；

(3) 组织、领导、参加恐怖活动组织的；

(4) 为恐怖活动组织、恐怖活动人员、实施恐怖活动或者恐怖活动培训提供信息、资金、物资、劳务、技术、场所等支持、协助、便利的；

(5) 其他恐怖活动。

30. 既往症：指在保险合同生效之前被保险人已患有的且已知晓的有关疾病或症状。

31. 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。

32. 不可抗力：指不能预见、不能避免并不能克服的客观情况。

33. 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。

34. 未到期净保险费：未到期净保险费=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。

附录：保障计划

保障项目 (币种：美元)	方案 1	方案 2	方案 3
年度最高赔偿限额	按实际费用		
每一疾病赔偿限额	500,000	500,000	按实际费用
保障地域范围	全球（含美国、加拿大）		
中国大陆地区（不含港澳台地区）医院限制	年度限额 8,000 包含公立医院及私立医疗机构，不含昂贵医院	年度限额 15,000 包含公立医院及私立医疗机构，不含昂贵医院	年度限额 80,000 包含公立医院及私立医疗机构，覆盖昂贵医院
免赔额	无免赔额		
等待期	无等待期		
既往症	可覆盖既往症		
年度最高自付额（仅包含免赔额、根据给付比例计算的自付额）	直付网络内医疗机构年度最高自付额不超过 2,500； 直付网络外医疗机构年度最高自付额不超过 8,550； 家庭总最高自付额不超过 17,100		
给付比例	直付网络内医疗机构：100% 直付网络外医疗机构：75%	直付网络内医疗机构：100% 直付网络外医疗机构：85%	100%
门急诊及住院医疗保障			

次免赔	20 元/次，但校内诊所不适用	无	无
门诊治疗	包含		
急诊治疗	普通急诊（Urgent Care）：包含 危及生命急诊（Emergency Room）：包含，且不受保单给付比例约定限制，所有医疗机构 100% 给付		
住院治疗	包含		
精神疾病（包含酒精和 成瘾品滥用治疗）	包含		
耐用医疗设备	包含		
生育保障			
怀孕	包含，仅保障保单生效后的受孕		
避孕	限由医生开具处方的、且经美国食品药品监督管理局（FDA）批准的避孕方法 仅限直付网络内医疗机构：100% 赔付，不包含直付网络外医疗机构		
流产	治疗性流产：包含 主动终止妊娠：不包含	治疗性流产：包含 主动终止妊娠：不包含	治疗性流产：包含 主动终止妊娠：包含，每年 以一次为限
新生儿保障	新生儿常规护理以 4 日为限；新生儿因入住新生儿重症监护病房（NICU）而产生的医疗费用，以及其他因新生儿早产导致的医疗费用，限出生 31 天内		
紧急医疗保障			
救护车保障	紧急情况救护车费用 100% 给付，不受保单给付比例约定限制		
紧急运送/运返	紧急运送及送返 100% 给付，不受保单给付比例约定限制，年度限额 50,000		
亲属境外探访	年度限额 1,000		
遗体送返	遗体送返 100% 给付，不受保单给付比例约定限制，年度限额 25,000		
其他特殊医疗保障			
紧急意外牙科	包含，年度限额 600		
康复治疗	包含，限 30 天	包含，限 45 天	包含，限 45 天
专业护理	包含，限 30 天		
临终关怀	包含，限 30 天	包含，限 45 天	包含，限 45 天
美国发生的预防性治疗 保险金	仅限医生开具处方的、且经美国联邦政府 ACA 法案（Affordable Care Act）要求的项目所产生的费用。 仅限直付网络内医疗机构：100% 赔付，不包含直付网络外医疗机构		
未成年人牙科及眼科 （19 周岁以下）	眼科：包含，不包含配镜	眼科：包含，配镜限额 150	眼科：包含，配镜限额 300

	牙科: 不受保单给付比例约定限制, 所有医疗机构 50% 给付	牙科: 不受保单给付比例约定限制, 所有医疗机构 50% 给付	牙科: 不受保单给付比例约定限制, 所有医疗机构 50% 给付
治疗服务	包含, 年度限额 1000, 仅限治疗疾病	包含, 年度限额 1500, 仅限治疗疾病	包含, 年度限额 2000, 仅限治疗疾病
运动导致的治疗	包含, 但除外校际运动、职业运动		
院外处方药购药	包含, 不受保单给付比例约定限制, 所有医疗机构 50% 给付; 每次开药 (per fill) 药量最多 30 天	包含, 不受保单给付比例约定限制, 直付网络内医疗机构 80% 给付、直付网络外医疗机构 70% 给付; 每次开药 (per fill) 药量最多 30 天	包含, 每次开药 (per fill) 药量最多 30 天
意外身故或全残保障			
意外身故或全残(一次性定额给付)	包含, 保额 15,000	包含, 保额 25,000	包含, 保额 35,000