

中华联合财产保险股份有限公司

境外留学人员医疗保险（A款）条款

总则

第一条 本保险合同（以下简称“本合同”）由保险条款、保险利益表、投保单、保险单、批单和其他有关书面协议等组成。凡涉及本合同的约定，均应当采用书面形式。

第二条 除另有约定外，投保时年龄在十周岁（含）至四十九周岁（含）之间，身体健康，能正常生活、学习，获得留学目的地国家、地区教育主管部门认可的教育机构的入学资格，将赴境外教育机构进行学习的人员，可作为本保险的被保险人。

第三条 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，可作为本保险的投保人。

第四条 除本合同另有约定外，本合同各项保险金的受益人均为被保险人本人。

保险责任

第五条 本保险合同的保险责任分为“住院保险责任”、“门（急）诊保险责任”、“特殊医疗保险责任”和“生育医疗费保险责任”，投保人可以选择投保其中的一项或多项，具体投保内容由投保人在投保时与保险人协商确定，并在保险单中载明。

（一）住院保险责任

在保险期间内，被保险人在留学所在地遭受意外伤害、患急性病或经过等待期后（续保者免除等待期）患疾病，因此前往本合同约定的留学所在地的医疗机构住院治疗，对其实际发生的必要且合理的下列费用，保险人按本合同约定给付住院保险金：

1. 住院床位费和膳食费

即被保险人住院期间所发生的病房费用（含膳食费用）和医疗机构提供的一般护理费用。

2. 住院治疗费

即被保险人住院期间接受除手术治疗外的其他常规治疗所发生的治疗费。

3. 住院医疗检验及其相关医疗用品费

即被保险人住院期间所发生的检查费、化验费等医疗检验及相关医疗用品费用。

4. 住院手术费

即被保险人住院期间接受手术治疗所发生的手术室费、外科医生费、麻醉师费、相关手术器材及医疗用品费用。但对同一切口进行两次及以上的手术，或对同一诊断进行的手术过程中发生速发型的关联性病变需要进行手术的，第二次及后续各次手术发生的该项费用适用的给付比例为本合同约定的该项费用单项给付比例的百分之五十。

5. 住院药品费

即被保险人住院期间所发生的治疗必需的药品费，但不包括出院后的后续治疗所需药品费。

6. 重症监护津贴

即被保险人入住重症监护病房（ICU）的重症监护津贴。被保险人入住重症监护病房（ICU）的，保险人按照实际入住天数减去保险合同约定的免赔天数后，乘以保险合同约定的每日津贴金额给付重症监护津贴保险金。但一次或累计给付重症监护津贴的天数，以本合同约定的重症监护津贴给付期限为限。

7. 陪护费

即未满十四周岁（含）的被保险人住院治疗期间，家长陪同住院的陪护费，但仅限于一人的陪护费。

8. 注册护士陪护费（专人护士健康护理费）

即被保险人在住院治疗期间生活不能自理时发生的注册护士陪护（专人护士健康护理）费用。

保险期间届满，被保险人住院治疗仍未结束的，除另有约定外，保险人继续承担自保险期间届满次日起至出院之日止的上述各项住院保险责任，但最长以保险期间届满次日起连续住院九十日为限。

（二）门（急）诊保险责任

在保险期间内，被保险人在留学所在地遭受意外伤害、患急性病或经过等待期后（续保者免除等待期）患疾病，因此前往本合同约定的留学所在地的医疗机构进行门（急）诊疗，对其实际发生的必要且合理的下列费用，保险人按本合同约定给付门（急）诊保险金：

1. 门（急）诊诊查费

即被保险人接受门（急）诊医师看诊所发生的相关医疗诊查费。

2. 门（急）诊治疗费

即被保险人接受除日间手术治疗外的其他常规门（急）诊治疗所发生的治疗费。

3. 门（急）诊医疗检验及其相关医疗用品费

即被保险人接受门（急）诊治疗或门（急）诊手术期间所发生的检查费、化验费等医疗检验及相关医疗用品费用。

4. 门（急）诊药品费

即被保险人接受门（急）诊治疗或门（急）诊手术期间所发生的治疗必需的药品费，但不包含离开医疗机构后的后续治疗所需药品费。

5. 门（急）诊手术费

即被保险人接受门（急）诊日间手术治疗所发生的手术室费、外科医生费、麻醉师费、相关手术器材及医疗用品费用。但对同一切口进行两次及以上的手术，或对同一诊断进行的手术过程中发生速发型的关联性病变需要进行手术的，第二次及后续各次手术发生的该项费用适用的给付比例为本合同约定的该项费用单项给付比例的百分之五十。

（三）特殊医疗保险责任

在保险期间内，对被保险人实际发生的必要且合理的下列费用，保险人按本合同约定给付特殊医疗保险金：

1. 特定门诊医疗费

即在保险期间内，被保险人**经过等待期后**（续保者免除等待期）在留学所在地确诊患**恶性肿瘤或慢性肾功能衰竭**，因此在留学所在地的**网络内医疗机构**接受恶性肿瘤放疗或化疗、肾脏透析治疗所发生的门诊医疗费用。

2. 处方药费

即在保险期间内，被保险人在留学所在地因遭受意外伤害、患急性病或**经过等待期后**（续保者免除等待期）患疾病，在留学所在地的医疗机构就医后，依据其在留学所在地**具有执业资格的主治医师签发的用药处方**，在药房购买其接受治疗所必需的非专利药，或者购买当地**价格最低的品牌专利药物**（限于非专利药无法满足治疗相应疾病需要时）的药品费用。

3. 口腔医疗费

即在保险期间内，被保险人在留学所在地因**遭受意外伤害导致天然牙齿受损**，自该意外伤害发生之日起**十日内**在留学所在地的**网络内医疗机构**接受口腔治疗的口腔医疗费用。

4. 精神疾病和行为障碍医疗费

即在保险期间内，被保险人**经过等待期后**（续保者免除等待期）在留学所在地确诊患精神疾病或行为障碍，因此在留学所在地的**网络内医疗机构**接受门诊或住院治疗的门诊或住院医疗费用。

5. 特定药物依赖医疗费

即在保险期间内，被保险人**经过等待期后**（续保者免除等待期）在留学所在地确诊特定药物依赖，因此在留学所在地的**网络内医疗机构**接受门诊或住院治疗所发生的门诊或住院医疗费用。

6. 耐用设备、康复设备和矫形支具费

即在保险期间内，被保险人在留学所在地因遭受意外伤害、患急性病或**经过等待期后**（续保者免除等待期）患疾病，在留学所在地的**网络内医疗机构**首次购买或租用经医师处方要求的以满足基本治疗需要为目的的耐用设备、康复设备或矫形支具所发生的费用。

7. 救护车费

即在保险期间内，被保险人在留学所在地因遭受意外伤害、患急性病或**经过等待期后**（续保者免除等待期）患疾病，使用留学所在地的急救中心或被送往医疗机构的急救车辆运送至最近最合适的医疗机构所发生的救护车费用。

因被保险人病情或伤势需要，且其留学所在地的医疗机构条件无法保证该被保险人得到有效的治疗的，对将该被保险人紧急转运至留学所在地外（**不含境内**）更适当的医疗机构实际发生的救护车费用，保险人也按本合同的约定给付救护车保险金。对被保险人到达该医疗机构后发生的医疗费用，保险人按本合同中对应的约定给付各项保险金。

8. 预防保健费

即在保险期间内，被保险人在留学所在地的医疗机构接受依据其境外所在地法律规定或学校相关规定所进行的以下三项预防保健项目所发生的预防保健费：

- （1）免疫接种；
- （2）女性专属预防护理及疾病排查；
- （3）儿童、青少年的预防护理及疾病排查。

保险人对被保险人给付的特殊医疗保险责任中上述各分项费用以本合同约定的对应给付限额为限；一次或累计给付的对应保险金达到该分项费用的给付限额时，本合同约定的该分项保险责任终止。

（四）生育医疗费保险责任

即在保险期间内，被保险人**经过等待期后**（续保者免除等待期）受孕的，对其在留学所在地网络内医疗机构实际发生的必需且合理的下列费用，保险人按本合同的约定给付生育医疗保险金：

1. 生育保障及产后护理费

即被保险人在妊娠期间发生的检查费用、分娩住院期间发生的顺产后四十八小时内或剖腹产后九十六小时内的住院治疗及产后护理费用。

但因自愿要求或无手术指征而通过剖腹手术进行分娩的,该次剖腹手术发生的住院治疗及产后护理费用适用的给付比例为本合同约定的该项费用单项给付比例的百分之五十。

2. 新生儿检查、护理及预防保健费

即被保险人生育的新生婴儿,在出生后十四日内接受常规检查、护理所发生的费用,及依其境外所在地法律规定必须进行的预防保健所发生的费用。

3. 妊娠综合并发症治疗费

即被保险人在妊娠期间发生并被医生确诊患相应妊娠综合并发症,保险人根据其实际发生的医疗费用,按本合同的约定给付妊娠并发症医疗保险金。

责任免除

第六条 通用责任免除

(一) 由于下列任何原因,被保险人发生事故的,保险人不承担给付保险金责任:

1. 投保人故意杀害或故意伤害被保险人;
2. 被保险人故意犯罪或抗拒依法采取的刑事强制措施;
3. 被保险人斗殴、醉酒;
4. 被保险人自杀或故意自伤,但被保险人自杀时为无民事行为能力人的除外;
5. 被保险人未遵医嘱私自使用或服用药物,但按使用说明使用非处方药的除外;
6. 战争、军事冲突、暴乱、骚乱、武装叛乱或恐怖袭击;
7. 核爆炸、核辐射,直接或间接的核污染、化学污染或生物污染。

(二) 被保险人在下列任何期间发生事故的,保险人不承担给付保险金责任:

1. 被保险人服用、吸食或注射毒品期间;
2. 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期间;
3. 被保险人参加竞技体育比赛期间,以及为参加此类活动进行练习或训练期间,包括被保险人以参赛人员身份往返于此类运动、比赛或竞赛的在途期间;
4. 被保险人参加潜水、攀岩、搏击比赛、特技表演、赛马、赛车、探险、跳伞、驾乘滑翔机或滑翔伞、或搭乘各类其他飞行器等高风险运动期间,但以乘客身份搭乘定期民航班机的不在此限。

第七条 住院责任免除

由于下列任何原因，被保险人发生事故的，保险人不承担给付住院保险金责任：

（一）既往症或患遗传性疾病，先天性畸形、变形或染色体异常，但投保时已告知保险人且保险人同意承保的除外；

（二）被保险人进行美容手术、矫形手术、整形手术、单侧及双侧乳房切除后的乳房重建术或变性手术；

（三）被保险人的体检，或接受以保健、预防或美容为目的的疗养、特别护理、静养、康复性治疗、物理治疗、心理治疗、预防性治疗或服务；

（四）被保险人购买或租赁耐用设备、康复设备和矫形支具进行治疗；

（五）被保险人患精神疾病和行为障碍；

（六）被保险人的产前产后检查、妊娠（含宫外孕）、人工流产、分娩（含剖腹产）、避孕、绝育手术、治疗不孕不育症及上述原因引起的并发症，以及任何与性无能、性功能或能力障碍相关的治疗，但自然流产或遭受意外流产的除外；

（七）被保险人因意外伤害或疾病原因进行的牙齿修复、根管治疗、牙周治疗、洗牙、牙齿美白、正畸、补牙、镶牙或种植牙等牙齿治疗和修复，牙齿诊断和预防服务；

（八）被保险人接受糖尿病有关的治疗及药物；

（九）视力矫正治疗，以及验光配镜等眼科服务；

（十）被保险人接受临床试验；

（十一）被保险人进行器官捐赠；

（十二）被保险人患艾滋病（AIDS）或感染艾滋病病毒（HIV）及其他性病；

（十三）被保险人接受角膜、肌肉、骨骼或其它器官及组织移植引起的费用，但因意外伤害导致且如不及时进行器官或组织移植将危及生命的除外；

（十四）被保险人在保险责任开始之日起一百八十日内首次诊断为慢性肾功能衰竭、恶性肿瘤、慢性肾小球肾炎、类风湿关节炎、慢性肝炎等慢性疾病。

第八条 门（急）诊责任免除

在下列任何情形下，被保险人发生门（急）诊医疗费用的，保险人不承担给付门（急）诊保险金责任：

（一）被保险人在医疗机构门诊部接受恶性肿瘤放疗或化疗、肾脏透析治疗；

（二）基于第七条所列责任免除原因。

第九条 特殊医疗责任免除

（一）特定门诊医疗费责任免除

在下列任何情形下，被保险人发生特定门诊医疗费用的，保险人不承担给付保险金责任：

1. 被保险人在网络外医疗机构接受恶性肿瘤放疗或化疗、肾脏透析治疗；
2. 基于第七条所列责任免除原因。

（二）处方药费责任免除

在下列任何情形下，被保险人发生处方药费用的，保险人不承担给付保险金的责任：

1. 被保险人购买非因意外伤害或疾病治疗所需的处方药；
2. 被保险人在选择购买非专利药品即可达到治疗所需药效时，但选择购买专利药品的；
3. 被保险人选择专利药品时，未购买同等药效下其境外所在地的最低价药品的；
4. 被保险人购买实验性、研究性的服务或未经实证的服务和药品或用于实验性的适应症的药品，或接受实验性、研究性或未经实证的剂量疗法；
5. 被保险人购买留学所在地国家或地区相关法律规定不需处方签或连续处方签即可临柜配发的药品，除非保险人已指定该非处方药符合承保资格（视同处方药产品）而且该非处方药是依医师处方签或连续处方签取得；
6. 被保险人购买保险人已判定其治疗效果等同非处方药品的某些处方药产品，但保险人可随时决定恢复本规定先前排除的处方药产品保险金；
7. 被保险人购买任何主要作为营养来源、营养补充剂或疾病饮食管理的产品；
8. 基于第七条所列责任免除原因。

（三）口腔医疗费责任免除

在下列任何情形下，被保险人发生口腔医疗费用的，保险人不承担给付保险金责任：

1. 非因意外伤害导致天然牙齿受损的相关治疗时所须的常规口腔检查或治疗，包括但不限于诊断和预防服务、一般修复、根管治疗、牙周治疗、洗牙、牙齿美白、正畸、补牙、镶牙或种植牙等牙齿治疗和修复；

2. 被保险人接受非因意外伤害导致的，且非医疗必需的、以美容为目的的牙齿处理，包括义齿、嵌体、种植牙、贴面等；

3. 基于第七条所列除第（七）项外的责任免除原因。

（四）精神疾病和行为障碍医疗费责任免除

在下列任何情形下，被保险人发生精神疾病或行为障碍医疗费用的，保险人不承担给付保险金责任：

1. 被保险人接受与精神疾病、行为障碍治疗非直接相关的性格测试、智能测试、教育测试、婚姻和家庭心理咨询等行为；

2. 因个人意愿而进行的非医疗必须的心理健康服务及相关治疗；

3. 基于第七条所列除第（五）项外的责任免除原因。

（五）特定药物依赖医疗费责任免除

在下列任何情形下，被保险人发生药物依赖医疗费用的，保险人不承担给付保险金责任：

1. 被保险人接受因个人意愿所产生的酒精依赖症、毒品依赖症等药物依赖症的相关治疗；

2. 基于第七条所列责任免除原因。

（六）耐用设备、康复设备和矫形支具费责任免除

在下列任何情形下，被保险人发生耐用设备、康复设备和矫形支具费用的，保险人不承担给付保险金责任：

1. 被保险人购买或租赁的自动轮椅或自动床；

2. 被保险人购买或租赁的助听器；

3. 被保险人购买或租赁的舒适设备、空气质量或温度调控设备；

4. 被保险人购买或租赁的健身器材、保健器材；

5. 被保险人购买或租赁的坐浴盆、盥洗凳、浴缸凳、桑拿浴、涡流按摩浴及其他类似设备；

6. 基于第七条所列除第（四）项外的责任免除原因。

（七）救护车费责任免除

在下列任何情形下，被保险人发生救护车费用的，保险人不承担给付保险金责任：

1. 被保险人未使用本合同约定的急救中心或医疗机构的专业急救车辆；
2. 被保险人未前往离意外伤害或疾病发生时所在地最近最合适的医疗机构就医。

（八）预防保健费责任免除

被保险人非依据境外被保险人所在地法律规定或学校规定而进行的预防保健服务，或未在具有预防保健服务资质的医疗机构进行的预防保健服务，所发生的预防保健相关医疗费用，保险人不承担给付保险金责任。

第十条 生育医疗费责任免除

在下列任何情形下，被保险人发生生育医疗费用的，保险人不承担给付生育保险金的责任：

1. 被保险人由于非严重危及母婴健康原因的选择性终止妊娠及由此引起的并发症；
2. 被保险人避孕、绝育手术、治疗不孕不育症及由此引起的并发症；
3. 被保险人人工辅助妊娠及由此引起的并发症；
4. 基于第七条所列除第（六）项外的责任免除原因。

保险期间和等待期

第十一条 本合同保险期间为一年，具体起讫时间在投保时由投保人与保险人双方约定，并在本合同中载明。

第十二条 等待期由投保人与保险人协商确定，并在本合同中载明；未在本合同中载明的，首次投保或非续投保本保险的，保险人按照下列约定办理：

（一）住院保险责任和门（急）诊保险责任：等待期为三十日；

（二）特殊医疗保险责任项下特定门诊医疗费、精神疾病和行为障碍医疗费、特定药物依赖医疗费等待期为一百八十日，其他责任等待期为三十日；生育医疗费：等待期为一百八十日。

同时满足以下三个条件的视为续保：

1. 非首次投保本保险；
2. 投保人在上一个保险期间届满前重新向保险人申请投保本保险；
3. 本合同的保险期间与上一个保险合同的保险期间之间连续不间断。

保险金额、免赔额（免赔天数）、给付限额和保险费

第十三条 保险金额、各项保险责任项下分项费用给付限额由投保人与保险人协商确定，并在本合同中载明。

第十四条 各项保险责任、各分项费用根据网络内医疗机构和网络外医疗机构分别设单次自付额、单项给付比例、重症监护津贴给付期限和单项给付限额，并在本合同中载明。

本合同设免赔额（分为累计免赔额（免赔天数）和单次免赔额（免赔天数））和自付比例总金额上限。其中免赔额（免赔天数）按照网络内医疗机构和网络外医疗机构分别确定，分别适用；自付比例总金额上限不区分网络内医疗机构和网络外医疗机构，合并适用。

第十五条 保险费由保险人在承保时根据适用的保险费率计算确定。

第十六条 本保险（除重症监护津贴外）为费用补偿型医疗保险。保险人给付的医疗保险金，以被保险人发生的必需且合理的医疗费用扣除其已从其他途径已获得的医疗费用补偿金额后的余额为上限。

保险人义务

第十七条 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 保险人认为保险金申请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保险金申请人补充提供。

第十九条 保险人收到保险金申请人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。

保险人应当将核定结果通知保险金申请人。对属于保险责任的，在与保险金申请人达成给付保险金的协议后十日内，履行给付保险金的义务；对不属于保险责任的，应当自作出核定之日起三日内向保险金申请人发出拒绝给付保险金通知书，并说明理由。

第二十条 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，对其给付保险金的数额不能确定的，应当按根据已有证明和资料可以确定的数额先予给付；保险人最终确定给付保险金的数额后，给付相应的差额。

第二十一条 对于应由保险人承担给付保险金责任的相关医疗费用，若已经由保险人指定的第三方服务机构代替被保险人支付，保险人不再向保险金申请人重复给付该医疗费用所对应的保险金。

投保人、被保险人义务

第二十二条 投保人应当在订立本合同时一次交清保险费。

第二十三条 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约定的义务，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。

前款约定的合同解除权，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。

第二十四条 被保险人的投保年龄按周岁计算。投保人应在投保本保险时将被保险人的真实年龄在投保单上填明，如果发生错误，除本合同另有约定外，保险人按照下列约定办理：

（一）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的年龄限制的，保险人可依法解除本合同，并退还最低现金价值。

（二）投保人申报的被保险人年龄不真实，致使投保人支付的保险费少于应付保险费的，保险人有权更正并要求投保人补交保险费，或在给付保险金时按照实付保险费与应付保险费的比例给付。

（三）投保人申报的被保险人年龄不真实，致使投保人支付的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。

第二十五条 投保人住所或通讯地址变更时，应当及时以书面形式通知保险人。投保人未及时通知的，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或其他文件，均视为已正确发送给投保人。

第二十六条 投保人、被保险人知道保险事故发生后，应及时通知保险人。若因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除外。

前款约定的未及时通知，不包括因不可抗力而导致的通知迟延。

未发生保险事故，被保险人或者受益人谎称发生了保险事故，向保险人提出给付保险金请求的，保险人有权解除合同，并不退还相应的最低现金价值。

保险金申请和给付

第二十七条 保险金申请人向保险人申请给付保险金时，应当提交下列证明和资料：

(一) 保险金给付申请书;

(二) 保险单或者其他保险凭证、批单;

(三) 被保险人合法有效的身份证件;

(四) 保险金申请人的身份证明,若保险金申请人系受托申请,还应当提供授权委托书和授权委托人的身份证明;

(五) 医疗机构出具的医疗费用账单或医疗费用收据、诊断证明或病历;

(六) 投保人、被保险人或者受益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。

保险金申请人未能提供有关证明和资料,导致保险人无法核实保险事故的性质、原因、损失程度的,保险人对无法核实部分不承担给付保险金的责任。

第二十八条 除另有约定外,保险人按以下方式给付保险金:

对于被保险人每次实际发生的、属于保险责任范围的相关医疗费用,保险人首先扣除本合同约定的对应保险责任项目的单次自付额,再扣除对应的单次免赔额和累计免赔额的余额后,按约定的保险责任项目的单项给付比例给付相应的保险金。

当保险人按照前款约定,一次或累计给付的保险金未达到对应的保险责任项目的单项给付限额,且被保险人累计支付的各项按自付比例计算的医疗费用金额达到自付比例总金额上限时,保险人对以后发生的各项事故不再扣除被保险人相应的单次自付额和单次/累计免赔额。

但当保险人一次或累计给付的保险金达到对应的保险责任项目的单项给付限额时,对于超出部分的医疗费用,保险人不再承担给付保险金的责任,该部分医疗费用由被保险人支付。

第二十九条 在保险期间内,发生保险责任范围内的事故,被保险人在留学所在地的网络内医疗机构接受治疗的,保险人按照针对网络内医疗机构的约定给付保险金;对在留学所在地的网络外医疗机构接受治疗的,除本合同另有约定外,保险人按照针对网络外医疗机构的约定给付保险金。

被保险人前往校医院、校诊所或健康服务中心接受治疗的,视为在网络内医疗机构接受治疗。

被保险人因遭受意外伤害或患急性病需要治疗,若得不到及时治疗可能导致身故或严重的身体伤害时,可在就近的医疗机构接受治疗,均视为在网络内医疗机构接受治疗;但被保险人在网络外医疗机构接受治疗的,经治疗病情稳定后,应及时转至网络内医疗机构治疗,否则自病情稳定时起继续治疗而发生的后续医疗费用,按照针对在网络外医疗机构接受治疗的约定给付保险金。

保险人有权对该次紧急治疗过程进行审核，若被保险人不属于因遭受意外伤害或患急性病在就近的网络外医疗机构治疗，保险人对该部分医疗费用按照针对在网络外医疗机构接受治疗的约定给付各项保险金。

第三十条 对被保险人的同一医疗费用支出，保险人不重复给付住院保险金、门（急）诊保险金、特殊医疗保险金、生育医疗费保险金，一次或累计给付的住院保险金、门（急）诊保险金、特殊医疗保险金、生育医疗费保险金，分别以住院保险金额、门（急）诊保险金额、特殊医疗保险金额、生育医疗费保险金额为限。

第三十一条 保险人以人民币作为给付本合同保险金的币种。被保险人以外币支付医疗费用的，人民币与其他货币的汇率换算以医疗费用账单当日中国外汇交易中心公布的相应外币的人民币汇率中间价为准。被保险人在网络内医疗机构实际发生的属于保险责任范围内的医疗费用，由保险人通过医疗服务提供商向被保险人就诊的医疗机构支付外币的，人民币与其他货币的汇率换算以保险金给付当日中国外汇交易中心公布的相应外币的人民币汇率中间价为准。

保险合同的变更和解除

第三十二条 除法律另有规定或者本合同另有约定外，经投保人、保险人双方协商同意后，在不违反法律和监管规定的情况下，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后生效，或由投保人和保险人订立合同变更书面协议后生效。

第三十三条 在本合同成立后，投保人可以书面形式通知保险人解除本合同。保险人根据本合同的约定已给付保险金，或已发生本合同约定的保险事故但是尚未给付保险金的，投保人不得解除本合同，但是受益人放弃保险金请求权的不在此限。

投保人解除本合同时，应当提供下列证明和资料：

- （一）解除合同通知书；
- （二）保险单正本；
- （三）投保人身份证明；
- （四）保险费发票或收据；
- （五）保险人合理要求的其他有关证明和资料。

对于保险责任开始后，投保人提出解除本合同申请（退保）的，保险人退还相应的最低现金价值。本合同的效力至保险人接到解除合同通知书之日二十四时或通知书上载明的合同终止时间（以较晚者为准）终止。自收到前款约定的证明和资料之日起三十日内，保险人退还相应的最低现金价值。

第三十四条 保险单中约定的“保险责任开始之日”起三十日内，若本合同未发生保险事故且未发生任何保险金给付时，被保险人提供下列证明材料之一，保险人可全额退还保险费：

(一) 学校或其他政府机构出具的本合同不被认可的证明材料；

(二) 使领馆出具的被保险人签证拒签证明文件。

同时还需投保人提供第三十四条约定的解除本合同时需提供的材料。

不保证续保

第三十五条 本合同为不保证续保合同。本合同保险期间届满前，投保人可重新向保险人投保本保险，经保险人同意，交纳保险费，获得新的保险合同。

争议处理与法律适用

第三十六条 因履行本合同发生的争议，由当事人协商解决。协商不成的，提交保险单载明的仲裁机构仲裁；保险单未载明仲裁机构且争议发生后未达成仲裁协议的，向中华人民共和国有管辖权的人民法院起诉。

第三十七条 与本合同有关的以及履行本合同产生的一切争议，适用中华人民共和国法律（不包含港澳台地区法律）。

释义

意外伤害：指遭受外来的、突发的、非本意的、非疾病的客观事件为直接原因致使身体受到的伤害。

周岁：指按法定身份证明文件中记载的出生日期计算的年龄，自出生之日起未满一年为零周岁，每经过一年增加一岁，不足一年的不计。

境内：指中华人民共和国境内（不包括港澳台地区）。

境外：指中华人民共和国境内以外的国家和地区（包括香港特别行政区、澳门特别行政区和台湾省）。

留学：指被保险人赴中华人民共和国教育部认可的或留学目的地国家、地区教育主管部门认可的教育机构接受教育的行为。

医疗机构：指被接受医疗服务所在地国家或者地区当地法律或者政府认可的、有常驻执业医师、执业护士，提供住院、门诊、急诊医疗服务的机构。**不包括护理机构、疗养机构、康复机构、养老院、家居服务机构、酒精或者药物滥用看护机构以及其他类似目的的机构。**

网络内医疗机构：指保险人认可的具有良好从业资质的医疗机构，以第三方服务机构在指定官网或 APP 公布或者通知的名单为准。

网络外医疗机构：指除网络内医疗机构外的其他具有从业资质的医疗机构。

住院：指被保险人确因临床需要，正式办理入院及出院手续，确实入住医疗机构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接受治疗的行为。

门（急）诊：指被保险人因疾病在医疗机构的门（急）诊部接受治疗的行为过程，但不包括休养、疗养、康复医疗和健康护理等非治疗行为。

速发型的关联性病变：指被保险人在接受本保险合同约定的手术等医疗行为后，因该医疗行为的直接作用，在7日内突发的、与本次医疗行为存在直接因果关联的、且不属于该医疗行为常规预期后果的病变或症候群。

等待期：指自保险合同生效之日起算的一个期间，即被保险人在此期间内发生保险事故，保险人不承担给付保险金的责任。

恶性肿瘤：本合同约定的恶性肿瘤包括“恶性肿瘤——重度”和“恶性肿瘤——轻度”。

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它部位，病灶经组织病理学检查（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”：

（一）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，上皮内瘤变等，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。

（二）TNM 分期为 I 期或者更轻分期的甲状腺癌；

（三）TNM 分期为 T₁N₀M₀ 期或者更轻分期的前列腺癌；

（四）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；

（五）相当于 Binet 分期方案 A 期程度的慢性淋巴细胞白血病；

（六）相当于 Ann Arbor 分期方案 I 期程度的何杰金氏病；

（七）未发生淋巴结和远处转移且 WHO 分级为 G1 级别（核分裂像<10/50HPF 和 ki-67 ≤2%）或者更轻分级的神经内分泌肿瘤。

恶性肿瘤——轻度：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（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，但是不在“恶性肿瘤——重度”保障范围的疾病。且特指下列六项之一：

（一）TNM 分期为 I 期的甲状腺癌；

（二）TNM 分期为 T₁N₀M₀ 期的前列腺癌；

（三）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；

（四）相当于 Binet 分期方案 A 期程度的慢性淋巴细胞白血病；

（五）相当于 Ann Arbor 分期方案 I 期程度的何杰金氏病；

（六）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 ≤2%）的神经内分泌肿瘤。

下列疾病不属于“恶性肿瘤——轻度”：

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：

（一）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；

（二）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。

原位癌：指恶性细胞局限于上皮内尚未穿破基底膜浸润周围正常组织的癌细胞新生物。原位癌必须经对固定活组织的组织病理学检查明确诊断。

精神疾病和行为障碍：指符合《疾病和有关健康问题的国际统计分类》第十次修订版（ICD-10）中所列明的各类精神和行为障碍。

特定药物依赖：指被保险人因医疗必需而使用麻醉、止疼类药物致使其成瘾。

医疗情况紧急：指因遭受意外伤害或患急性病，如不及时救治，会引发如下后果之一：

（一）身故；

（二）身体机能严重受损；

（三）造成严重的身体器官或肢体的功能性障碍；

（四）对孕妇而言，导致胎儿健康受到严重威胁。

急性病：指突然发病、病程短、病情相对严重，必需紧急救治方能避免或减少生命受到威胁的医疗状况或症状。包括：

- （一）高热（成人摄氏 38.5 度、小儿摄氏 39 度以上）；
- （二）急性腹痛、剧烈呕吐、严重腹泻；
- （三）各种原因所致的剧烈头痛、抽搐、神志不清、休克、昏迷；
- （四）各种原因所致的急性出血；
- （五）突发呼吸困难、严重喘息；
- （六）严重心律失常、急性胸痛、急性心力衰竭；
- （七）高血压危象、高血压脑病、急性脑血管意外；
- （八）急性少尿或无尿、急性肾绞痛。

其他途径：指相关国家政府、基本医疗保险、保险公司（保险人）、工作单位、慈善机构等途径。

保险金申请人：指受益人，或依法享有或行使保险金请求权的其他人。

留学所在地：指被保险人赴境外留学的教育机构所在地及其周边 200 公里范围内的地区。

床位费：指住院时，不高于标准单人病房的床位费。

膳食费：指由医疗机构提供的合理的、符合惯常标准的膳食费用。

治疗费：指常规治疗费、护理费、医学材料费、输血费及输氧费。

检查费：指（一）常规检查：X 线、心电图；（二）特殊检查：CT、MRI、B 超、HOLTER、纤维胃镜、支气管镜、肠镜、直肠镜、食道镜、病理检查等检查产生的费用。

化验费：指血液常规、尿液常规、粪便常规、脑脊液常规、生化常规等检验产生的费用。

重症监护：指医疗机构为患严重疾病需要在配备合格的医护人员和固定设备的特殊病房为危重病人提供二十四小时连续监护和抢救措施。

药品费：指由医师开具处方并于被保险人治疗期间发生的药品费用，但不包括下列药品：

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

（二）保健品以及纯营养品类药品；

（三）美容和减肥药品。

生活不能自理：指被保险人自主生活能力完全丧失，或器质性认识功能障碍且在意识清醒的情形下有分辨上的障碍，具体指征如下：

被保险人自主生活能力完全丧失，在无他人扶助情况下，即使使用特殊辅助工具也无法独立完成下列基本日常生活活动中的三项或三项以上的：

（一）穿衣：自己能够穿衣及脱衣；

（二）移动：自己从一个房间到另一个房间；

（三）行动：自己上下床或上下轮椅；

（四）如厕：自己控制进行大小便；

（五）进食：自己从已准备好的碗或碟中取食物放入口中；

（六）洗澡：自己进行淋浴或盆浴。

被保险人因患阿尔茨海默病性痴呆、血管性痴呆、帕金森病性痴呆或非由酒精和其他精神活性物质所致的器质性遗忘综合症导致器质性认知功能障碍且在意识清醒的情形下有分辨上的障碍，达到中度或中度以上痴呆状态，其日常生活必须持续受到他人监护的。本合同所述意识清醒的情形下有分辨上的障碍，是指符合下列三项分辨障碍中的二项或二项以上：

（一）时间的分辨障碍：经常无法分辨季节、月份、早晚时间等；

（二）场所的分辨障碍：经常无法分辨自己的住所或现在所在的场所；

（三）人物的分辨障碍：经常无法分辨日常亲近的家人或平常在一起的人。

救护车费：在留学所在地所发生的使用当地急救中心或被送往的医疗机构所派出的急救车辆运送被保险人至最近最合适医疗机构的必要且合理的救护车费用，或将该被保险人需要紧急转院时转运至留学所在地外更适当的医疗机构所实际发生的救护车费用，**不包括转院发生的急救车车辆使用费以外的费用。**

毒品：指根据联合国 1961 年《麻醉品单一公约》和 1971 年《精神药物公约》中规定的，和中华人民共和国公布的《麻醉药品品种目录》和《精神药品品种目录》中列举的，而并非由医生开具并遵医嘱使用的用于治疗疾病所必需的能够使人形成瘾癖的麻醉药品和精神药品，包括但不限于中华人民共和国刑法中规定的鸦片、海洛因、甲基苯丙胺（冰毒）、吗啡、大麻和可卡因。

既往症：指在保单生效之前被保险人已患有的且已知晓的有关疾病或症状。

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。

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》第十次修订版（ICD-10）确定。

保健：指为保护和增进人体健康、防止发生疾病而所采取的综合性措施。

性病：包括梅毒、淋病、艾滋病、软下疳、性病性淋巴肉芽肿、非淋菌性尿道炎、尖锐湿疣和生殖器疱疹八种疾病。

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当地相关法律规定的标准，依相关法律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：

- （一）没有取得驾驶资格；
- （二）驾驶与驾驶证准驾车型不相符合的车辆；
- （三）持审验不合格的驾驶证驾驶；
- （四）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。

无合法有效行驶证：指下列情形之一：

- （一）机动车被依法注销登记的；
- （二）未依法按时进行或通过机动车安全技术检验。

机动车：指以动力装置驱动或牵引，上道路行驶的供人员乘坐或用于运送物品或进行工程专项作业的车辆，以交通管理部门认定的为准。

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。

攀岩：指攀登悬崖、楼宇外墙、人造悬崖、冰崖、冰山等运动。

搏击比赛：指两人或两人以上的武术、柔道、空手道、跆拳道、散打、拳击、摔跤等各种徒手或使用器械的对抗性比赛。

特技表演：指进行马术、杂技、驯兽等表演。

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，如：江河漂流、登山、徒步穿越沙漠或人迹罕至的原始森林等活动。

污染：指经法院认定的因核物质、化学物质或生物物质导致个人受污染或中毒，造成疾病或身故的情形。

战争：指国家与国家、民族与民族、政治集团与政治集团之间为了一定的政治、经济等目的而进行的武装斗争，以政府宣布的为准。

军事冲突：指国家或民族之间在一定范围内的武装对抗，以政府宣布的为准。

暴乱：指破坏社会秩序的武装骚动，以政府宣布的为准。

累计免赔额：指在本合同保险期间内，对属于本合同保险责任范围的医疗费用，经扣除相应保险责任项目的单次自付额后，保险人不承担给付保险金责任、而由被保险人自己支付的累计额度。

单次免赔额：指在本合同保险期间内，对属于本合同保险责任范围的医疗费用，经扣除相应保险责任项目的单次自付额后，该次医疗费用保险人不承担给付保险金责任、而由被保险人自己支付的额度。

单次自付额：指在本合同保险期间内，对被保险人实际发生的属于本合同保险责任范围的各项医疗费用，每次必须由被保险人支付的对应的医疗项目的费用额度。

单项给付比例：指保险人对属于本合同保险责任范围的超过各项单次自付额及免赔总额以上部分的各项医疗费用给付保险金的比例。

单项给付限额：指保险人在保险期间内，对被保险人实际发生的属于本合同保险责任范围的各项医疗费用，一次或累计给付的对应的医疗项目的最高额度。

自付比例：指被保险人发生的属于本保险合同责任范围的费用扣除单次自付额、单次免赔额或累计免赔额的余额后，须由被保险人自行负担的比例。

自付比例医疗费用：指对属于本合同保险责任范围的医疗费用中超过单次自付额和单次/累计免赔额之和的各项医疗费用支出，由被保险人自己承担的、按对应的自付比例支付的医疗费用。

自付比例总金额上限：指对属于本合同保险责任范围的医疗费用中超过单次自付额与单次/累计免赔额之和的部分中，由被保险人自己承担的、按自付比例支付的医疗费用最高金额。

最低现金价值：指本合同保险单所具有的价值，通常体现在解除合同时，根据精算原理计算的，由保险人退还的那部分金额。最低现金价值=净保费× $[1-m/n]$ 。其中，m 为已生效天数，n 为保险期间的天数，已经过日数不足一日的，按一日计算。除另有约定外，净保费=保费×（1-35%）。