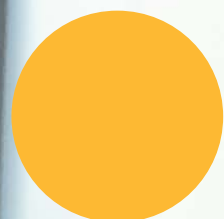


亚太财产
保险有限公司
易全保团体
医疗保险



(2025年4月版)条款



目录

一. 条款	
1 总则	03
2 保险责任	04
3 责任免除	12
4 保险金额和保险费	16
5 保险期间	16
6 保险人义务	17
7 投保人、被保险人和受益人义务	18
8 保险赔偿和支付	19
9 争端解决与适用法律	20
10 其他条款	21
11 通用条款	23
12 定义	24
二. 保障一览表	29

一. 条款

1. 总则

亚太财产保险有限公司

团体易全保医疗保险(2025年4月版)条款 (注册编号: C00003832512025033113743)

第一条

本保险合同由保险条款、团体投保单、保险单或保险凭证、保障一览表和批注构成。凡涉及本保险合同的任何其他协议, 均应采用书面形式, 并经保险人同意。

第二条

投保人是指为被保险人投保本保险的团体。在本保险合同的生效日期及随后的所有续保日期时, 符合被保险人资格的自然人不得少于3人。

第三条

- 直接被保险人: 投保人所有在职全职员工。
- 连带被保险人: 连带被保险人的范围由投保人在投保时决定, 其中可以包括以下直接被保险人的家庭成员:

- 直接被保险人的合法配偶。
- 直接被保险人的子女(年龄在18周岁以下的或在28周岁以下的且正在保险人认可的教育机构中注册的全日制学生)。该类连带被保险人的承保需获取保险人的同意, 并应由投保人确定其在本保单下享有的保障范围。
- 其他被保险人书面同意的人。

直接被保险人可申请将(直接被保险人或其配偶所生)新生儿加入本保单, 自婴儿出生之日起生效。如果直接被保险人在婴儿出生后30天内将其加入保单, 则无需填写婴儿的详细病史。直接被保险人可登陆 [www.now-health.com](#), 在直接被保险人在线组合区进行申请。

但如果出现以下情况, 保险人将要求提供婴儿的详细病史:

- 婴儿在直接被保险人的保单生效日期或其配偶的保单生效日期(以最晚日期为准)起计的10个月内出生;
- 婴儿是被收养;
- 婴儿是通过辅助受孕方法或任何类型生育治疗(包括但不限于生育药物治疗)出生的。

在此情况下, 保险人保留其对所提供保障范围应用特别限制条款的权利, 且保险人应在合理的时间内将这些条款通知直接被保险人。这可能会限制直接被保险人的婴儿的现有医疗状况的医疗保障。这意味着直接被保险人的婴儿的保障范围不包括参保前因某些医疗状况所接受的治疗, 例如在新生儿特别护理病房进行治疗, 此类相关费用应由直接被保险人承担。

保险人有权拒绝将直接被保险人的某一或某几位家庭成员加入本保险合同, 并应在合理的时间告知投保人。

- 任何连带被保险人的医疗保障均应与直接被保险人相同, 但投保人和保险人对连带被保险人的医疗保障的保障范围作出特别限制的除外。
- 本保险合同中的直接被保险人和连带被保险人统称为被保险人。
- 拥有美国国籍, 并且每年在美国境内居住超过90日(包括90日)的自然人, 不能作为本保险合同的被保险人。如被保险人在任一投保人与保险人双方一致同意的排除在保障区域之外的国家/地区居住, 则保险人不能为其承保。在承保前, 保险人应将保障区域之外的国家/地区列表告知投保人。

第四条

除另有约定外, 本保险合同的受益人应指被保险人本人。

2. 保险责任

第五条 — 保险责任

在本保险合同的保险期间内，如果发生了本保险合同列明的医疗事项，保险人应按以下情况向被保险人支付保险金。**特定项目的保险金金额不得超过相应的保障限额，且支付的总保险金金额不得超过本保险合同中规定的年度最高保障限额。**实际发生的所有费用必须为医疗上必需的费用，并应在合理及惯常收费范围内。

本保险责任第1至第24款为必须选择的保障项目，第25至38款为可供选择的保障项目。

1. 医院收费、医生和专科医生费用

- a. 医院对住院或日间留院治疗的患者收取的费用包括：床位费（一般病房/双人病房或私人病房）；诊断检测费用；手术室费用（含外科医生与麻醉师收费）；合格护士护理的费用；由医生或专科医生开具的药物和敷料的费用；手术期间医生使用的手术器械费用；住院或日间留院期间手术前后的咨询费；重症监护费用。上述保障需要预先获得保险人书面同意，而且其最高保障限额应经投保人与保险人双方同意，并在保险合同中列明。
- b. 辅助器材费用：属于保障范围内并因医疗所需，在住院或日间留院接受治疗的6个月内，用于购买及租赁拐杖、支撑架、辅助行走器和自推式非电子轮椅的费用。上述费用的最高保障限额应经投保人与保险人双方同意，并在保险合同中列明。

2. 诊断程序

保险人应赔付由医疗必需而引致的实际医疗费用，包括：磁共振成像扫描(MRI)、正电子放射断层扫描(PET)和计算机断层成像扫描(CT)的费用。正电子放射断层扫描(PET)、磁共振成像扫描(MRI)和计算机断层成像扫描(CT)需要预先获得保险人书面同意。上述的最高保障限额应经投保人与保险人双方同意，并在保险合同中列明。

3. 肾衰竭和肾透析

保险人应赔付被保险人住院、日间留院或在门诊部接受肾衰竭(包括肾透析)治疗时实际产生的医疗费用。上述最高保障限额应经投保人与保险人双方同意，并在保险合同中列明。

4. 器官移植

保险人应赔付以下项目实际产生的医疗费用：

被保险人是器官受赠人时，有关肾脏、胰脏、肝脏、心脏、肺、骨髓、角膜的人体器官移植治疗时产生的医疗费用。**当器官移植是由先天性疾病导致时，相关医疗费用应当依照本保险合同第五条项下第7款(先天性疾病)进行赔付，此时本保险合同第五条项下第4款(器官移植)对于相关费用一概不予赔付。**

保险人仅赔付满足以下条件的器官移植：在国际认可的医院并由获得认证的外科医生执行器官移植；并根据WHO指南获取的器官。

器官捐献者和寻找器官捐献者的相关医疗费用一概不予赔付。

上述最高保障限额应经投保人与保险人双方同意，并在保险合同中列明。

5. 癌症治疗

保险人应赔付因癌症而须住院、日间留院或门诊治疗时实际产生的医疗费用。

此保障包括从诊断之时起，产生的肿瘤科医生的费用、手术费用，放射疗法和化学疗法的单项或综合费用。上述最高保障限额应经投保人与保险人双方同意，并在保险合同中列明。

6. 新生儿保障

保险人应赔付被保险人的新生儿因早产(即妊娠未满37周分娩)或被保险人的新生儿在出生30日内出现急性的病症而需住院接受治疗时而发生的实际医疗费用。

此保障提供的前提是新生儿在出生之日起30日内已经加入本保险合同并且投保人已支付保险费。如果保险人在婴儿被加入保单之前需要详细了解新生儿的病史，则保险人保留其对所提供保障范围应用特别限制条款的权利。

请参阅第3条条款 — 新增新生儿保单条款有关详细信息。

此保障经投保人和保险人双方同意可适用于多胎分娩的情况。上述的最高保障限额应经投保人与保险人双方同意，并在保险合同中列明。

7. 先天性疾病

保险人应赔付被保险人因先天性疾病进行住院治疗时实际产生的医疗费用。若新生儿出生30日内因先天性疾病接受治疗，将根据本保险合同第五条第6款——新生儿保障规定提供此类病症的保障，而本条款先天性疾病保障则不适用。最高保障限额应经投保人与保险人双方同意，并在保险合同中列明。

8. 家长住宿费用

保险人应赔付18周岁以下的被保险人因接受符合保障范围内的住院治疗时，其一位家长在医院陪伴过夜而实际产生的住宿费用。上述最高保障限额应经投保人与保险人双方同意，并在保险合同中列明。

9. 新生儿陪伴母亲的医院住宿费用

保险人应赔付新生儿（出生16周及以下）在陪伴母亲（母亲为被保险人）接受住院治疗符合保障范围内的疾病时，医院为新生儿提供住宿而产生的实际费用。上述的最高保障限额应经投保人与保险人双方同意，并在保险合同中列明。

10. 整形外科手术

保险人应赔付被保险人接受整形外科手术的实际医疗费用，此整形外科手术是为了恢复正常人体的功能或外貌，同时此整形外科手术是因被保险人在保险单生效日或批单签发日（二者以后发生日为准）之后遭遇符合本保险合同保障范围的意外事故或因接受符合本保险合同保障范围内的疾病而接受了外科手术后产生的。上述的最高保障限额应经投保人与保险人双方同意，并在保险合同中列明。

11. 日间留院和门诊手术

保险人应赔付被保险人在外科诊所、医院、日间护理中心或门诊部进行的外科手术时实际产生的治疗费用。上述保障范围内的最高保障限额应经投保人与保险人双方同意，并在保险合同中列明。

12. 紧急住院牙科治疗

被保险人因遭遇意外事故而必须住院一晚以上，其天然健全的牙齿因需进行紧急牙科修复治疗，保险人应按实际发生的医疗费用赔付给被保险人。

该牙科治疗必须在意外事故发生后的10日内进行。此保障包括因意外的外部撞击造成的口腔伤害而须接受治疗时产生的所有费用，但同时应满足以下条件：

- 如果上述治疗涉及更换齿冠、牙桥贴片、牙齿贴面或假牙，则保险人赔付合理惯常的费用，或赔付类似的或质量相当的更换费用；
- 如果临床角度上需要植牙，那么保险人赔付采用桥托产生的费用；
- 修复或重建在遭遇意外事故后损坏的假牙，但要求被保险人在遭遇意外事故时佩戴此类假牙。

上述最高保障限额应经投保人与保险人双方同意，并在保险合同中列明。

13. 康复治疗

专科医生针对被保险人所患疾病进行治疗时，推荐被保险人接受保险人认可的医院康复中心接受住院康复治疗，保险人应赔付此种情况下实际产生的康复治疗费用。但必须：被保险人连续三日住院；专科医生书面确认被保险人此时有必要接受康复治疗。应在出院后14日内办妥康复中心住院手续。上述治疗应接受专科医生的直接监管，并赔付如下费用：

- 专项治疗病房的使用费；
- 物理治疗费用；
- 语障治疗费用；
- 职业病治疗费用。

最高保障限额以及每一病症的最高保障天数，应经投保人与保险人双方同意，并在保险合同中列明。

2. 保险责任

14. 家居护理

保险人应赔付以下实际产生的医疗费用：

由医生或专科医生推荐，在被保险人接受住院或日间留院治疗后，由合格护士在被保险人家中提供护理的费用。**此保障必须预先获得保险人书面同意。**

最高保障限额及最高护理天数应经投保人与保险人双方同意，并在保险合同中列明。

15. 紧急救护运送费用

保险人应赔付陆上紧急救护交通运输工具接送或在医院之间转送途中，或经医生或专科医生认为医疗必需的交通运输工具实际产生的费用。上述最高保障限额应经投保人与保险人双方同意，并在保险合同中列明。

16. 转运和送返

保险人应赔付以下项目实际产生的费用：

a. 转运

保险人安排患有符合保障范围内的危重被保险人运送到最近的医疗机构进行住院或日间留院治疗。

赔付如下合理费用：

- i. 在被保险人须接受紧急治疗而事故发生地无法提供医疗上必需的救护接送与护理的情况下，运送被保险人时产生的交通费用。**其中包括一名随行照料人员陪护行程中的经济舱机票；**
- ii. 被保险人在接受日间留院治疗期间，往返医院就诊时的当地合理交通费用；
- iii. 被保险人入院后随行照料人员由于看望被保险人往返医院时产生的合理交通费用；
- iv. 仅限住院前或出院后短期内，被保险人接受专科医生护理时的合理非医院住宿费用。

在保险人认可的滑雪场或类似的冬季运动场所范围之外，进行任何海空营救或山地救援时产生的转运费用，一概不予赔付。

保险人的医学顾问将决定转运时的最合适的交通方式。**如违背保险人医学顾问的意见，保险人不赔付交通费用。**另外，如果被保险人前往的医院不具备合适医疗设施用以治疗被保险人之符合保障范围的医疗情况，则相关的交通费用将不予赔付。

b. 送返

经由医疗上必需且由保险人安排的转运之后，在被保险人完成治疗后的一个月内，在治疗地的被保险人与被保险人的一位随行照料人员将可获安排经济舱机票返回被保险人的国籍国或居住国。

此保障不包括单独送返，需要已经完成最初的医疗上必需的转运，才可赔付此符合保障范围的送返费用。

免赔额适用于此计划保障。

上述保障需要预先获得保险人书面同意。上述保障的最高保障限额以及每次转运过程中的最高保障限额，应经投保人与保险人双方同意，并在保险合同中列明。

17. 遗体运送

保险人应赔付被保险人因保障范围内的医疗状况导致死亡时产生的以下合理和惯常的费用：

- a. 将被保险人遗体或骨灰运往其国籍国或居住国的费用，或
- b. 在被保险人死亡所在地，根据合理的惯例进行土葬或火葬时产生的费用。

上述保障需要预先获得保险人书面同意。最高保障限额应经投保人与保险人双方同意，并在保险合同中列明。

18. 保障区域以外的紧急非选择性治疗

在不超过30日（含30日）的计划行程中，被保险人在保障区域以外若遇到意外事故或因某种突发性医疗状况而形成对被保险人的健康构成威胁的突发危重疾病，而且其在上述紧急事件之后的24小时内接受医生或专科医生提供的治疗，则保险人应赔付该期间实际产生的医疗费用。

上述保障范围内的最高保障限额，应经投保人与保险人双方同意，并在保险合同中列明。

19. 住院现金津贴

保险人应赔付被保险人在医院接受住院治疗期间每一晚的现金住院津贴，但应满足以下条件：

- 被保险人在零时前于居住国家的公立医院接受选择性住院治疗；或
- 该计划是二级医疗保险计划。但是，如果被保险人的计划免赔额是人民币63,000或人民币94,500，被保险人不可享用此保障。

该保障仅限于每个保险期间内累计最长不超过30晚(含30晚)。

责任免除6.9条款并不适用于此保障。

上述保障范围内的最高保障限额应经投保人与保险人双方同意，并在保险合同中列明。

20. 门诊医生费用

保险人应赔付以下实际发生的医疗费用：

- 包括咨询费在内的医生收费，专科医生费用，诊断检查费用；
- 远程医疗咨询(医生以电子方式进行远程医疗咨询)；

如果被保险人在时康国际公布的易全保综合医疗网络内列明的医疗服务提供方接受治疗，符合保障范围内的治疗费用将全额赔付。

如果被保险人不是在时康国际公布的易全保综合医疗网络内列明的医疗服务提供方接受治疗，则只会赔付符合保障范围内合理和惯常的医疗费用。

- 处方药和敷料的费用；
- 维生素和矿物质。

由医生开具处方的维生素和矿物质。由医生诊断的缺乏症及由医生开具处方的维生素、矿物质和滋润眼液将按照门诊保障d赔付符合保障范围的费用。

任何手术前和出院后的门诊费用将根据此保障进行赔付。

被保险人的保障范围不包括被保险人因调理慢性疾病而承担的费用。如果被保险人根据易全保翡翠计划，易全保水晶计划保险单选项投保则保险人将在本保险合同第五条项下第20款门诊医生费用承担调理慢性疾病的治疗费用。

请注意：如果索赔收据未显示所提供医疗服务的明细，我们将仅支付不超过处方药和敷料限额的符合条件的索赔。

年度门诊限额：适用于保险合同第20款和21款，受年度最高保险计划限额限制。

上述最高保障限额应经投保人与保险人双方同意，并在保险合同中列明。

21. 门诊物理治疗和替代疗法

保险人应赔付以下项目实际产生的医疗费用：

- 由获得执业许可的物理治疗师提供的物理治疗费用。
- 被保险人接受理疗师的辅助药物和治疗，此类赔偿可包括整骨疗法、手足病治疗和足病治疗、整脊疗法、顺势疗法、饮食疗法和针灸疗法的费用。
- 中医执业医师或阿育吠陀医学执业医师对被保险人进行门诊中医治疗或阿育吠陀治疗时实际产生的医疗费用。

此保障包括所有符合保障范围的诊断、咨询费、治疗类型、治疗费、处方(包括药物详情和剂量)。

责任免除6.41条款适用此保障。

保险期内您可选择此保障a.或b，合计首5次治疗不需转介(饮食疗法除外)，其他后续治疗需医生或专科医生转介。

年度门诊限额：适用于保险合同第20款和21款，受年度最高保险计划限额限制。

最高保障限额以及每个保险期间内的最高治疗次数应经投保人与保险人双方同意，并在保险合同中列明。

2. 保险责任

22. 更年期激素替代治疗

保险人应赔付被保险人因需要进行激素替代治疗以缓解更年期早发症状之门诊费用，但更年期发病和治疗须始于40岁以下。上述最高保障限额应经投保人与保险人双方同意，并在保险合同中列明。

23. 门诊精神疾病治疗

由法定资质的心理学家和/或法定资质的精神病医生的直接管理下，被保险人接受的门诊治疗。此项保障包括10次治疗，**赔付费用以本保障限额为准**。

前5次就诊无需医生转介，之后的就诊则需要有医生或专科医生的转介函和治疗计划。

最高保障限额以及每个保险期间的最高治疗次数应经投保人与保险人双方同意，并在保险合同中列明。

24. 牙科

保险人应赔付以下项目实际产生的医疗费用：

牙科治疗：牙科执业医师在牙科手术期间/牙科诊所进行牙科治疗的费用。牙科治疗包括：

- 牙齿检查(若有必要其中包括照牙科X光)；
- 预防性洗牙，抛光和窝沟封闭(每年一次)；
- 补牙和拔牙(非手术和手术性)；
- 根管治疗；
- 新装或修复牙冠，假牙，嵌体和牙桥；
- 进行牙根尖切除术；
- 处方药和敷料。

不包括种植牙和牙齿矫正治疗保障。

其他牙科治疗一概不属于此类保障。

等待期：被保险人保单生效日后的180日内产生的任何费用不予赔付。不管投保人续保与否，被保险人必须完成180日等待期才可赔付此保障。

此保障有20%的自付比例。

免赔额或门诊每次就诊免赔额并不适用于此保障。

上述最高保障限额应经投保人与保险人双方同意，并在保险合同中列明。

25. 中国大陆选择

保险人应赔付被保险人在中国大陆因住院、日间留院及接受门诊治疗时实际产生的符合保障范围的医疗费用。标准的保险单保障限额适用于本条。

中国大陆以外的紧急非选择性治疗：

在最长期限为30日的计划行程中，被保险人若在中国大陆以外的地区遇到意外事故或因某种突发性医疗状况而引致对其健康构成即时威胁的严重疾病，在上述紧急事件之后的24小时内接受的医生或专科医生提供的治疗。

因意外事故，需接受住院和日间留院治疗，保险人应全额赔付。

因疾病需接受住院和日间留院治疗，**以投保人和保险人双方同意的最高保障限额为限**。最高保障限额应经投保人与保险人双方同意，并在保险合同中列明。

26. 病房限制(住宿最高限额800人民币)

如本保险合同第五条项下第1款(a)项所述，被保险人在中国大陆住院时，每日最高限额800人民币，从而在中国大陆医院接受保障范围内的住院或日间留院治疗及任何医生的治疗。医院的定义及范围由保险人事先约定。

最高保障限额应经投保人与保险人双方同意，并在保险合同中列明。

27. 昂贵医院限制

保险人将事先指定某些提供住院、日间留院或门诊治疗服务的医疗机构为昂贵医院。被保险人在中国大陆任何一家昂贵医院接受保障范围内的住院、日间留院或门诊治疗及任何医学专家的治疗时，保险人将不会赔付实际产生的有关医疗费用。

28. 私人医院住院自付比例

对属于保障范围内在私人医院的住院或日间留院治疗时实际产生的医疗费用，被保险人需承担20%自付比例。

上述最高保障限额应经投保人与保险人双方同意，并在保险合同中列明。

29. 年度最高保障限额1,000,000人民币

在本保险合同的保险期间内，如果发生了本保险合同涵盖的医疗事项，保险人应支付保险金额不得超过相应的保障限额，且支付的总保险金金额不得超过本保险合同中规定的年度最高保障限额1,000,000人民币。

30. 门诊费用的自付比例

保险人应赔付被保险人符合保障范围内的门诊治疗实际产生的医疗费用，但门诊治疗有20%的自付比例。

自付比例并不适用于以下治疗：

肾透析/肾衰竭、癌症或器官移植。

但此项不适用于6,300人民币免赔额或更高免赔额之计划。

最高保障限额应经投保人与保险人双方同意，并在保险合同中列明。

如果被保险人的保险单中含有生育保障、牙科保障或体检、疫苗保障，其相应的自付额将会在被保险人的保障一览表中列明。

31. 门诊每次就诊免赔额

被保险人接受属于保障范围的门诊治疗时，门诊每次就诊设有150人民币免赔额。

门诊每次就诊免赔额并不适用于肾透析/肾衰竭、癌症或器官移植的治疗。

但此项不适用于6,300人民币免赔额或更高免赔额之计划。

上述最高保障限额应经投保人与保险人双方同意，并在保险合同中列明。

32. 取消药物和敷料限额

通过选择此选项，保障20 c)下的处方药和敷料将全额赔偿，但受年度最高门诊限额限制。

适用于3名员工或以上的统一投保的团体保险单。

上述最高保障限额应经投保人与保险人双方同意，并在保险合同中列明。

33. 体检和疫苗 — 选项1

保险人应赔付以下项目实际产生的有关医疗费用：

- 体检保障：保险人应赔付例行健康检查，包括癌症筛查、乳腺癌1号和2号基因检查(如直系家属有病史)、骨密度检查(50周岁以上女性被保险人每5年可做1次)、心血管系统检查，神经系统检查、生命体征检查(例如，血压、体重指数、尿分析和胆固醇)、儿童体检(至5周岁)的费用和/或
- 疫苗保障：医疗必需的免疫疫苗和加强药物注射，以及医疗必需的任何旅行疫苗和疟疾预防注射，保险人将赔付相关药物费用和咨询费用。

适用于3名员工以上的统一投保的团体保险单。

责任免除6.9条款并不适用于此保障。上述最高保障限额应经投保人与保险人双方同意，并在保险合同中列明。

2. 保险责任

34. 体检和疫苗 — 选项2

保险人应赔付以下项目实际产生的有关医疗费用：

- a. 体检保障：保险人应赔付例行健康检查，包括癌症筛查、乳腺癌1号和2号基因检查（如直系家属有病史）、骨密度检查（50周岁以上女性被保险人每5年可做1次）、心血管系统检查，神经系统检查、生命体征检查（例如，血压、体重指数、尿分析和胆固醇）、儿童体检（至5周岁）的费用和/或
- b. 疫苗保障：医疗必需的免疫疫苗和加强药物注射，以及医疗必需的任何旅行疫苗和疟疾预防注射，保险人将赔付相关药物费用和咨询费用。

适用于3名员工以上的统一投保的团体保险单。

责任免除6.9条款并不适用于此保障。上述最高保障限额应经投保人与保险人双方同意，并在保险合同中列明。

35. 生育保障 — 选项1

保险人应赔付以下项目：

- a. 被保险人怀孕或分娩期间实际产生的医疗必需费用；包括分娩费用、产前与产后六周内检查、扫描、自然分娩或自愿/紧急剖腹产的费用。本保障亦包含出生24小时内儿科医生就新生儿首次检查/体检的收费，以及幼儿2周岁生日前由医生或专科医生建议的儿科健康检查费用，包括体格检查，身高体重头围胸围等测量，视力听力等感知觉筛查，智能心理评估，生长发育检查，遗传病及代谢疾病筛查，疫苗注射，尿检，结核试验，血球容积比，血红蛋白及其他血液检查，包括镰状细胞贫血的筛查。请注意此新生儿检查的费用保障，仅限于保险人已赔付本团体计划下被保险人的分娩费用，且新生儿已加入此团体计划并成为被保险人时，保险人才会赔付上述新生儿检查的费用。
- b. 对于产前期间因保障范围内的医疗状况所产生的实际住院治疗费用或分娩期间因保障范围内的医疗状况所产生的实际住院治疗费用，保险人仅将治疗以下医疗状况视为此福利保障b)中符合保障范围内的医疗状况。
 - 宫外孕(胚胎在子宫以外的部位着床发育)；
 - 葡萄胎(异常细胞在子宫内生长)；
 - 胎盘滞留（胚胎滞留在子宫内）；
 - 前置胎盘；
 - 子痫(怀孕期间发生在先兆子痫之后的昏迷或抽搐)；
 - 糖尿病(如果被保险人因自身与糖尿病有关的过往病史而有相应的责任免除，则被保险人不会因怀孕期间进行的任何糖尿病治疗而获得赔偿)；
 - 产后出血(分娩后多个小时及多日大出血)；
 - 需要实时接受外科治疗的流产。

本保障b)不包括自愿/紧急剖腹产或“产程进展不良”的费用，除非是上述保障b)所列之符合保障范围内的医疗状况之一。

等待期：被保险人保单生效日后的180日内产生的任何费用不予赔付。在第180日后至保单生效一年期间产生的费用，此保障有95%的自付比例。不管投保人续保与否，被保险人必须完成180日等待期才可赔付此保障。

因这是个人选择，保险人对于育儿或其他相关课程一概不予赔付。

适用于10名或以上的团体保单。

责任免除6.27条款并不适用于此保障。

免赔额适用于此保障。

每个保险期间的最高保障限额应经投保人与保险人双方同意，并在保险合同中列明。

36. 生育保障 — 选项2

保险人应赔付以下项目：

- a. 被保险人怀孕或分娩期间实际产生的医疗必需费用；包括分娩费用、产前与产后六周内检查、扫描、自然分娩或自愿/紧急剖腹产的费用。本保障亦包含出生24小时内儿科医生就新生儿首次检查/体检的收费，以及幼儿2周岁生日前由医生或专科医生建议的儿科健康检查费用，包括体格检查，身高体重头围胸围等测量，视力听力等感知觉筛查，智能心理评估，生长发育检查，遗传病及代谢疾病筛查，疫苗注射，尿检，结核试验，血球容积比，血红蛋白及其他血液检查，包括镰状细胞贫血的筛查。请注意此新生儿检查的费用保障，仅限于保险人已赔付本团体计划下被保险人的分娩费用，且新生儿已加入此团体计划并成为被保险人时，保险人才会赔付上述新生儿检查的费用。
- b. 对于产前期间因保障范围内的医疗状况所产生的实际住院治疗费用或分娩期间因保障范围内的医疗状况所产生的实际住院治疗费用，保险人仅将治疗以下医疗状况视为此福利保障b)中符合保障范围内的医疗状况。
 - 宫外孕(胚胎在子宫以外的部位著床发育)；
 - 葡萄胎(异常细胞在子宫内生长)；
 - 胎盘滞留(胚胎滞留在子宫内)；
 - 前置胎盘；
 - 子痫(怀孕期间发生在先兆子痫之后的昏迷或抽搐)；
 - 糖尿病(如果被保险人因自身与糖尿病有关的过往病史而有相应的责任免除，则被保险人不会因怀孕期间进行的任何糖尿病治疗而获得赔偿)；
 - 产后出血(分娩后多个小时及多日大出血)；
 - 需要实时接受外科治疗的流产。

本保障b)不包括自愿/紧急剖腹产或“产程进展不良”的费用，除非是上述保障b)所列之符合保障范围内的医疗状况之一。

等待期：被保险人保单生效日后的180日内产生的任何费用不予赔付。在第180日后至保单生效一年期间产生的费用，此保障有95%的自付比例。不管投保人续保与否，被保险人必须完成180日等待期才可赔付此保障。

因这是个人选择，保险人对于育儿或其他相关课程一概不予赔付。

适用于10名或以上的团体保单。

责任免除6.27条款并不适用于此保障。

免赔额适用于此保障。

每个保险期间内的最高保障限额应经投保人与保险人双方同意，并在保险合同中列明。

37. 已声明的既往病症的限额

只适用于5-19名员工的统一投保的团体保险单。

此核保选项为已向保险人声明并被保险人接受的既往病症提供有限的承保。

等待期：被保险人保单生效日后的180日内产生的任何费用不予赔付。不管投保人续保与否，被保险人必须完成180日等待期才可赔付此保障。

上述最高保障限额应经投保人与保险人双方同意，并在保险合同中列明。

38. 既往病史不咎

适用于10名员工以上的统一投保的团体保险单。

3. 责任免除

第六条 — 责任免除

即使根据医生或牙医开具的处方、建议或同意，被保险人因下列情形之一接受治疗或发生相关费用的，均不在保障范围之列。除在保险单和保险凭证中详细列明的所有除外责任外，以下团体保险单的除外责任亦同样适用。

6.1 恐怖主义行为、战争与违法行为

除非被保险人是无端受害的旁观者，否则被保险人由于战争、外国敌对行为（无论是否宣战）、内战、叛乱、革命、暴动、军事政变或篡夺政权、兵变、骚乱、罢工、戒严、试图推翻政府或其他任何恐怖活动而直接或间接产生的治疗费用不在保障范围之列。由于被保险人参与任何违法行为而产生的费用均不在保障范围之列。

6.2 行政与运输费用

由于被保险人要求医生或牙科医生填写理赔申请表或出具医疗报告而产生的任何费用均不在保障范围之列。被保险人在出具向警方报案证明时产生的任何费用均不在保障范围之列。被保险人因运输药物而产生的任何货运费用（包括关税）均不在保障范围之列。

6.3 酗酒与药物滥用

被保险人因依赖或滥用酒精、毒品或其他成瘾物质而产生的治疗费用，以及由于依赖或滥用酒精、毒品或其他成瘾物质而直接或间接导致的疾病或损伤均不在保障范围之列。

6.4 化学品暴露

由于任何核燃料燃烧后的核废物、或有放射性的、有毒，有爆炸性、或任何爆炸性核装置或其核成分的其他危险性质引起的电离辐射或放射性污染而直接或间接产生的或使被保险人承担的治疗费用均不在保障范围之列。

6.5 整容/美容治疗

被保险人由于进行美容或整形治疗而产生的治疗费用（无论是否出于心理因素目的）或与之前美容或整形手术相关的任何用于改善外观的治疗费用（包括但不限于痤疮治疗、牙齿美白、雀斑及脱发治疗）均不在保障范围之列，即使该治疗为医疗处方所建议。保险人仅赔付被保险人在参保期间内遭遇意外事故或因接受符合本保险合同保障范围内的疾病而接受了外科手术，其后为了恢复正常人体功能或外貌而接受的整形外科手术（仅限于初次手术）。

6.6 污染

被保险人由于化学或生物污染直接或间接引起（而无论如何造成）、或任何核材料引起的辐射污染而产生的治疗费用或索赔，或是因石棉沉着症治疗（包括由于战争或恐怖行为和以任何方式产生或导致的费用）而产生的任何病症的治疗费用或索赔，均不在保障范围之列。

6.7 慢性病

被保险人的保障范围不包括被保险人因调理慢性疾病而承担的费用。如果被保险人根据易全保翡翠计划，易全保水晶计划保险单选项投保则保险人将在本保险合同第五条项下第20款（门诊医生费用）承担治疗费用。

6.8 昏迷或植物人状态

保险人不承担被保险人在昏迷或植物人状态超过12个月的任何治疗费用。然而，保险人将承担在昏迷或植物人状态的前12个月内符合本保险合同保障范围内的疾病产生的积极治疗费用。

6.9 免赔额、门诊每次就诊免赔额或自付比例

被保险人的免赔额、门诊每次就诊免赔额或自付比例（需在保险合同中列明）不在保障范围之列。保险人对所有医疗机构提供的旨在向保险人索取更高赔偿金额以支付免赔额、门诊每次就诊免赔额或自付比例的安排均视为欺诈行为，并将采取法律行动。

6.10 牙科护理

被保险人因进行口腔护理而产生的任何费用均不在保障范围之列，除非这些保障包含在被保险人的保险凭证中。但是，保险人将承担由于意外事故而产生的紧急住院牙科治疗费用，详情请参阅保障一览表。在下列情形下，保险人不应承担因进行牙科医生咨询或相关治疗而产生的电话费或交通费、事故发生时假牙损伤的治疗费(除非因意外造成)或意外牙齿损伤而产生的必要治疗费用：

- 在进食或饮用过程中造成的损伤，即使其中包含异物；
- 损伤形成是由于口腔或牙齿正常的磨损和老化；
- 从事拳击或橄榄球运动（学生橄榄球除外）时造成的损伤，受伤时正确佩戴了适当的口部保护设备的除外；
- 因非外部撞击造成的口腔损伤；
- 刷牙或其他口部清洁过程引起的伤害；
- 损伤导致的伤害，此伤害的影响在发生损伤后的10日内并不明显；
- 损伤发生18个月后产生的治疗费用，即便此治疗是医学上必须进行的操作。

6.11 发育异常

被保险人因存在发育、行为或学习等方面问题（例如注意缺陷多动障碍、言语障碍或诵读障碍，以及身体发育问题）而接受治疗所产生的费用不在保障范围之列。

6.12 食物补充品和洗化产品

被保险人因购买以下产品而产生的费用不在保障范围之列：营养或膳食方面的相关咨询及食物补充品，包括但不限于，特殊婴儿食品，洗化产品（包括但不限于保湿霜、洁肤用品、乳液、肥皂、洗发水、防晒霜、漱口水、抗菌含片，无论其是否为医生推荐或处方或有公认的疗效）等。

6.13 进食失调

被保险人因接受与进食失调（包括但不限于神经性厌食症和贪食症）相关的治疗而产生的费用不在保障范围之列。

6.14 实验性治疗和药物

被保险人因接受尚未被证明有效或处于实验阶段的治疗或药物而产生的费用不在保障范围之列。此处的药物是指必须获得相关药品管理局或药品及医疗保健用品管理部门的使用许可，并在许可的条款范围内使用的药物。此处所指的被证明有效的治疗，系指治疗程序和方法已经过相应的临床试验和评估，已得到充分证明并发表在医学期刊上，和/或获得相关国家卫生医疗质量标准部门有关适用于特定目的并已被证明为安全有效治疗方法。

6.15 视力检查或视力矫正、听力检查、听力或视觉辅助

被保险人之助听器或人工耳蜗/人工耳蜗移植手术的费用均不在承保范围之列。被保险人进行常规听力检查的费用不在承保范围之列，除非体检保障包含在被保险人的保险凭证中。被保险人进行常规视力检查或眼镜、隐形眼镜或为矫正视力而进行的激光眼部手术的费用均不在承保范围之列，除非眼科保障包含在被保险人的保险凭证中。但是为治疗符合保障范围之医疗状况而进行的眼部手术的费用则在承保范围之列。

6.16 外部器械和/或假体

任何提供、维护或调试外用假体、器械或其它耐用医疗设备所产生的费用，均不在保障范围之列。除非此类费用明列于医院收费、医生和专科医生保险责任之内。

6.17 不遵医嘱

被保险人在下列情形中产生的治疗费用不在保障范围之列：因被保险人不合理的疏忽而无法寻求或遵从医生嘱咐和/或处方治疗，或被保险人不合理地推迟寻求或遵从此类医生嘱咐和/或处方治疗。被保险人因忽视此类嘱咐而产生的并发症治疗费用不在保障范围之列。

6.18 胎儿手术

被保险人胎儿尚在母亲子宫中时所做手术的费用不在保障范围之列，除非该笔费用作为生育保障的一部分详细列在被保险人的保险合同中。

6.19 基因检测

当基因检测旨在确认被保险人拥有的基因是否可能发展成某种医疗状况，或者在毫无症状的情况下是否已得了病，或者是否有遗传风险产生的费用均不在保障范围之列。

3. 责任免除

6.20 高风险运动及工作

被保险人因进行以下活动导致受伤而产生的相关费用不在保障范围之列：定点跳伞、悬崖跳水、赛车运动、乘坐未经注册的飞机飞行、飞行学习、武术、自由攀岩、登山(不论是否使用绳索)、戴水肺潜水超过30米、徒步行至海拔4,000米或以上、蹦极、溪降、悬挂滑翔、滑翔伞运动或乘坐机动滑翔飞翼、跳伞、洞穴探险，在滑雪道外滑雪或进行其他冬季运动。

6.21 人类免疫缺陷病毒、艾滋病或性传染疾病

被保险人在下列情形下接受治疗所发生的费用不在保障范围之列，这些情形包括：因获得性免疫缺陷综合征(AIDS)、艾滋病相关综合征(ARCS) 和所有由人体免疫缺陷病毒(HIV)导致的或与之相关(或两者兼有)的疾病以及性传播疾病而接受的治疗。非医疗处方的艾滋病毒检测或签证申请筛查产生的费用均不在保障范围之列。

6.22 激素替代治疗

被保险人因接受激素替代治疗而产生的费用不在保障范围之列。保险人应赔付被保险人为治疗因医疗干预所致的停经而接受的医疗上必需的激素替代治疗和更年期激素替代治疗（更年期发病和治疗须始于40岁以下），含医生咨询费，皮埋给药、皮贴给药或口服药物的费用，该保障仅限于最长累计18个月的费用。

6.23 肥胖和减肥

被保险人因减肥手术或与之相关的治疗及其并发症相关的治疗而产生的费用不在承保范围之列。被保险人因从身体任何部位移除脂肪/多余的健康组织或与之相关的治疗及其并发症相关的治疗而产生的费用不在承保范围之列。被保险人因减肥包括减肥药物或与之相关的治疗及其并发症相关的治疗而产生的费用不在承保范围之列。

6.24 在护理院、疗养院、康体水疗院和自然疗法门诊的治疗

被保险人在护理院、疗养院、康体水疗院、自然疗法门诊或类似场所接受治疗的费用均不在保障范围之列。相关疗养费用或被保险人出于观察目的而住院的费用不在保障范围之列。如果延长护理的原因是被保险人年老体衰，和/或医院实际上已经成为被保险人的休息居住场所，则延长护理的费用不在保障范围之列。

6.25 姑息治疗和临终关怀

如果被保险人被医生或专科医生诊断为终末期疾病起，医生或专科医生以暂时缓解症状为目的开立医嘱，保险人不赔付因姑息治疗与临终关怀而产生的住宿费用或任何其他治疗费用。

6.26 投保前疾病

被保险人的保险计划不承保投保前疾病及其相关医疗状况疾病（不包括事先得到保险人书面同意承保的投保前疾病）。

投保前疾病的定义为任何疾病或损伤在保险单起始日期或者保险单加入日期前：

1. 曾接受过治疗、测试或检查，或曾被确切诊断，或曾接受过住院治疗；或者
2. 曾出现过症状，无论是否有过确切诊断

6.27 怀孕或分娩

被保险人因怀孕或分娩、医疗上必需的和/或紧急剖腹产、自愿剖腹产、怀孕或分娩的医疗状况，包括产前、分娩或产后出现的医疗状况而产生的费用不在承保范围之列，除非生育保障a)列在被保险人的保险合同中。

这些费用仅包含在生育保障福利a)中，不包含在任何其他保障福利中或不能从任何其他保障福利中获得赔付。

6.28 职业体育运动

由于被保险人参与任何形式的职业运动造成损伤或疾病而产生的任何费用不在保障范围之列。保险人所指的职业运动指被保险人有偿参与的运动。

6.29 精神或心理治疗

被保险人因精神疾病或任何心理状况相关的治疗而产生的费用不在保障范围之列，除非列明在被保险人保障计划中。

6.30 不育症相关的治疗

被保险人因接受有关不孕症和生育力、绝育(或其反面)或辅助受孕相关的检查或治疗而产生的费用不在保障范围之列。被保险人承担的与避孕相关的费用不在保障范围之列。

6.31 例行检验、健康检查、疫苗

如果相关保障未列在被保险人的保险合同中,则被保险人因接受常规医疗检查而产生的费用(包括签发健康证明、健康检查或为排除被保险人罹患未表现出症状的某一病症的可能性而进行的检查等)和任何类型的疫苗费用不在保障范围之列,除非保障列明在被保险人的保险合同中。

6.32 第二诊疗意见

未经保险人书面同意,被保险人因医生或专科医生就同一个医疗状况产生的、被保险人保险合同中列明的医疗意见以外的任何补充性或后续医疗意见而产生的费用不在保障范围之列。

6.33 自残或试图自杀

因被保险人自残损伤、自杀或试图自杀直接或间接产生的治疗费用不在保障范围之列。

6.34 性问题和变性

被保险人因接受与性功能障碍、变性手术等性问题相关的治疗费用,以及由变性直接或间接引起的包括心理治疗或类似服务在内的手术或其他治疗费用,均不在保障范围之列。被保险人接受性传播疾病治疗的费用不在保障范围之列。

6.35 睡眠失调

被保险人接受包括睡眠测试或矫正手术在内的针对打鼾、失眠、时差综合征、疲劳、或睡眠呼吸暂停等的治疗费用不在保障范围之列。

6.36 旅行/住宿费用

被保险人为获得医疗治疗而进行的旅行期间所产生的交通或住宿费用不在保障范围之列,除非此类费用是出于紧急医疗转运目的,且已经保险人预先书面同意。因被保险人未经保险人预先书面同意及安排便进行的紧急医疗转运或送返被保险人而产生的费用不在保障范围之列。

6.37 违反医生嘱咐旅行的费用

如果被保险人不听从主治医生的嘱咐而出行,则被保险人产生的医疗费用或其他费用不在保障范围之列。

6.38 昂贵医疗机构的治疗

被保险人在保险人昂贵医疗机构名单内的昂贵医疗机构接受任何治疗而产生的费用不在保障范围之列。

6.39 来自家庭成员的治疗

来自家庭成员或用于自我疗法的治疗所产生的费用不在保障范围之列。

6.40 超出合理及惯常收费范围的治疗费用

超出合理及惯常收费范围的治疗费用不在保障范围之列。

6.41 中医治疗

以下被保险人产生的费用不在承保范围之列:接受治疗前的预付治疗计划或预付套餐、非处方中药、以滋补/进补/补药/补品/美容为目的的治疗或体重管理的治疗。被保险人因下列的中医治疗/中药而产生的费用(无论是否是处方药)不在承保范围之列:包括虫草/冬虫夏草;灵芝;鹿角;燕窝;阿胶;海马;参;红参;西洋参;野生人参;羚羊角粉;人胎盘;姬松茸;麝香;珍珠粉;犀牛角以及来自亚洲象、马来熊、老虎或其他濒危物种的物质。每天超过一次的治疗而产生的费用不在承保范围之列。

4. 保险金额和保险费

5. 保险期间

第七条 — 保险金额和保险费

1. 本保险合同中的保险金额即为保险人承担的最高保障责任。在本保险合同的保险期间内，保险人为每一项的保障承担的保障金额不应超过每一项保障的最高保障限额，且累计的保障金额不应超过保险保障总额。

保险保障总额和每一项保障的最高保障限额均经保险人和投保人一致同意，并在保险合同中列明。
2. 投保人应按照本保险合同的约定支付保险费。
3. 保险费根据投保人与保险人商定的保险金额计算，并在本保险合同中列明保险费率。

第八条 — 保险期间与续保

本保险合同的保险期间为一年。具体起讫时间由投保人、保险人双方约定，并载明于本保险合同中。

本保险合同为不保证续保合同，保险期间届满，投保人需要重新向保险人申请投保本产品，并经保险人同意，交纳保险费，获得新的保险合同。

第九条 — 等待期

等待期是指从保险单生效日或批单签发日(二者以后发生日为准)开始，保险人不承担某项特定保险责任的一段时间，具体天数由保险人和投保人协商确定，但最长不超过180天。不管投保人续保与否，被保险人必须完成等待期才可赔付该保障。

第十条 — 免赔额

本保险合同有免赔额选项。年度免赔额适用于所有符合保障范围的住院和日间留院治疗而产生的费用（无论被保险人于医疗网内或医疗网外医疗机构治疗）。如果投保人选择其中一项年度免赔额选项，投保人需要就门诊费用的自付比例或门诊每次就诊免赔额的其中一项作出相关选择。免赔额选项和其他相关的选项应经投保人与保险人双方同意，并在保险合同中列明。

6. 保险人义务

第十一条 — 明确说明义务

签订保险合同时，由于采用的是保险人提供的格式条款，保险人向投保人提供的投保单应当附上格式条款，并向投保人说明及披露所有条款和条件。对于保险合同中免除保险人责任的条款，保险人应在团体投保单、保险单或其他保险凭证中给予明确提示，并对该条款的内容向投保人以口头或书面形式作出明确说明。如无提示或者明确说明的，该条款不产生效力。

第十二条 — 保险单签发

保险人应在签订保险合同后为投保人及时签发保险单或其他保险凭证。

第十三条 — 理赔资料的补充

如果保险人按照本保险合同的约定认为申请人提供的理赔申请或有关证明和资料不完整的，则应一次性及时通知投保人/被保险人提交所需的补充信息。

第十四条 — 保险金的核定与支付

保险人收到被保险人或受益人提交的理赔申请书及合同约定的证明和资料后，应及时核定。若案件情况比较复杂，除保险合同中另有约定外，保险人应在30日内作出核定。

保险人应将核定结果通知被保险人或受益人。对属于保险责任范围的，保险人应在与被保险人或受益人达成支付保险金的协议后的10日内履行支付保险金义务。如果双方在支付保险金协议中对于支付保险金的期限另有约定，则保险人应根据协议约定的期限支付保险金，以履行相应义务。经核定不属于保险责任范围的，保险人应在作出核定之日起3日内向被保险人或者受益人发出拒绝支付保险金通知书，并说明理由。

第十五条 — 保障期内的理赔处理

保险人自收到理赔申请和有关证明、资料之日起60日内，对其给付保险金的数额不能确定的，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保险金的数额后，应当支付相应的差额。

7. 投保人、被保险人和受益人义务

第十六条 — 支付保险费

本保险合同保险费交纳方式由投保人和保险人在投保时约定，并在保险单中载明。

如约定一次性交纳保险费的，投保人应在保险合同成立时一次性交清保险费，**投保人未按约定交纳保险费的，本保险合同不生效。**

约定以分期付款方式交纳保险费的，需经投保人申请并经保险人同意，在保险合同中载明分期交纳的周期，投保人应按约定交纳首期保险费。**如投保人未按保险合同约定交纳首期保险费，保险合同不生效。**

如投保人未按约定日期交纳第二期或以后任何一期保险费的，投保人自保险人催告之日起超过三十日未支付当期保险费的，本保险合同效力中止；在本保险合同解除前发生保险事故的，保险人按照本保险合同约定给付保险金，但需在保险金额中扣减保险期间内投保人所有未交期间的保险费，投保人已交纳的保险费与保险人扣减的保险费之和应等于本保险合同约定的保险费总额。

投保人应为本保险合同包括的所有符合资格的被保险人支付保险费。

除非被保险人更改居住国，否则被保险人在续保时不得把保费计划更改成其他货币的保费计划。并且被保险人如需更改成其他货币的保费计划时，被保险人必须经过保险人同意。

第十七条 — 如实告知义务

签订保险合同后，保险人可能会调查投保人或被保险人的相关情况，投保人应如实告知。

如果投保人故意不履行或由于重大过失而未能履行其如实告知的义务，从而影响保险人对保险申请进行承保或增加保险费率的决定，则保险人有权解除合同。

如果投保人故意不履行其如实告知的义务，则保险人不承担合同解除前发生的保险事故的保险金赔付责任，并且不会退回保险费。

如果投保人因重大过失而未能履行其如实告知的义务，并成为导致保险事故发生的主要原因，则保险人不应承担合同解除前发生的保险事故的保险金赔付责任，但应退回保险费。

第十八条 — 地址或通知方式变更

如果投保人的居住地址或通信方式发生变更，则投保人应以书面通知形式及时告知保险人。如果投保人未能及时书面告知保险人，则保险人将通知寄送至投保人的最后已知地址时，视为通知已送达给投保人。

第十九条 — 保险事故通知

投保人、被保险人或者受益人知道保险事故发生后，应当及时通知保险人。**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，不承担赔偿或者给付保险金的责任。**

8. 保险赔偿和支付

第二十条 — 理赔申请

向保险人提交理赔申请时，保险金申请人应出具以下材料。如果出于任何特殊原因导致申请人无法出具以下材料，则应出具其他必需的法律材料或相关材料。如果因申请人无法提供材料而导致保险人无法确认理赔申请的真实性的，则保险人不应承担损失中无法确认部分的赔偿责任：

- 理赔申请表；
- 保险单或其他保险凭证；
- 申请人合法身份证明；
- 医院签发的医疗收据（紧急治疗医疗费用收据应盖有医院的紧急治疗印章）、诊断证明和医疗记录等资料的原始凭证；
- 医疗转运方面，应出具由保险人认可的合法救援组织签发的书面证明文件；
- 与损伤性质、原因和程度的确认等相关的其他支持文档和信息。

第二十一条 — 保险金请求权的诉讼时效

申请人向保险人请求给付保险金的诉讼时效期间以现行有效的法律规定为准。

第二十二条 — 赔偿原则

本保险合同的保障费用赔偿，应按照以下赔偿原则。

- 如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、公费医疗保险、工作单位之医疗保险、被保险人所持有任何商业保险机构之医疗保险）获得相关医疗费用赔付，保险人仅需按被保险人从其他途径（包括但不限于社会基本医疗保险、公费医疗保险、工作单位之医疗保险、被保险人所持有任何商业保险机构之医疗保险）获得医疗费用赔付后之余额及保险合同条款进行赔付。
- 如被保险人是社会基本医疗保险或公费医疗保险之成员，但理赔时未能在社会基本医疗保险或公费医疗保险获得赔偿的，保险人将会按申请人保险凭证及保单保障权益之保障上限及赔偿标准进行赔付。

9. 争端解决与适用法律

第二十三条 — 争端解决

履行本保险合同期间产生的争端应由有关各方通过协商解决。如果协商失败，则各方均有权向中华人民共和国（香港、澳门和台湾地区除外）有管辖权的人民法院提起诉讼。

第二十四条 — 适用法律

本保险合同适用中华人民共和国法律（香港、澳门和台湾地区的相关法律除外）。

10. 其他条款

第二十五条 — 连续转移条款

如果被保险人将现有其他保险单转至本保险单,则保险人将维持被保险人在现有保险单项下所列明的承保条件或特约条款(例如延期偿付或特别约定的责任免除事项等),且被保险人与保险人之间的保险合同也将受其约束。被保险人现有保险单的最早批单签发日也将适用于本保险单,任何保险单的转移须以不增加本保险单所提供的保障为条件且须获得保险人的书面同意。

当被保险人于保险人之团体医疗保险终止时,被保险人可以申请转移至保险人之个人医疗保险项下的某一保险计划。被保险人的该转移申请须在其脱离团体医疗保险之前提交给保险人并须获得保险人的书面同意方可被接纳。

第二十六条 — 合同的解除

投保人可在14日的犹豫期内联系保险人取消保险单。14日的犹豫期从本保险合同签订之日起计算,或从投保人收到全部的保险单条款和条件之日起计算,以两者中较后者为准。14日犹豫期同样也从每个续保日期起生效。如果投保人在犹豫期内没有发生任何索赔或不存在任何在这14日内发生的可能导致索赔的情况,保险人应向投保人退还投保人已缴纳的保险费,同时投保人与保险人签署的保险合同终止。如果在保险期间产生了符合条件的理赔费用,则保险人保留在法律允许的范围内向投保人要求支付为保险单提供的有关服务费用的权利,保险人有权从退回的保险费中扣除保险人就此发生的服务费用。

在本保险合同生效后,投保人可以以书面形式通知保险人解除本保险合同,但保险人已根据本保险合同规定支付保险金的,投保人不得要求解除本保险合同。

投保人在要求解除本保险合同时应出具以下证明和文件:

- 保险单原件;
- 保险费支付证明;
- 投保人有效身份证明;
- 投保人可提供的其他与本保险合同相关的任何文件。

本保险合同自保险人收到解除合同申请书及收齐相关证明和文件时起终止。在本保险合同终止后30天内,保险人将向投保人退回本保险合同的最低现金价值。

本保险合同的任何终止应不影响保险费已支付期间内各方应有的权利和应承担的义务。

第二十七条 — 使用会员卡

- 直接结算会员卡为保险人所有。此会员卡仅适用于被保险人接受符合本保险单条件的治疗时,享受直接付费服务。
- 任何情况下,被保险人在接受本条款第六条责任免除和/或保险凭证中列明的责任免除事项相关的治疗时,不可以使用直接结算会员卡。保险人对其误用此类直接结算会员卡的行为不承担任何责任。
- 如果被保险人通过门诊直接结算选择接受不符合本保险单条件的治疗,被保险人作为第一责任人需要承担由此产生的费用,且被保险人必须自保险人追偿之日起,15个工作日内将保险人就此已支付的费用退还给保险人。保险人可从有效理赔保险金中抵扣被保险人到期应付而未付的款项,同时,保险人也可以中止被保险人的保障直到被保险人全额支付其应付款项为止。
- 如果保险人确定投保人、被保险人或受益人使用任何欺诈的行为骗取保险金,则保险人有权解除本保险合同,且该终止将立即生效。被保险人必须自保险人追偿之日起,15个工作日内将与该保险欺诈相关的理赔保险金退还给保险人。
- 如果被保险人拥有直接结算会员卡,当投保人取消保险单或停止对保险单进行续保时,则应由投保人负责将被保险人(含连带被保险人)的所有此类会员卡退还给保险人。保险人对被保险人在保障停止后误用此类直接结算会员卡的行为不承担任何责任。
- 若被保险人(包括连带被保险人)的直接结算会员卡遗失,投保人应立即通知保险人。
- 投保人应为被保险人的担保人。任何被保险人未清偿之款项,由投保人负责偿还。

10. 其他条款

第二十八条 — 弃权

保险人放弃对违反本保险合同任何条款或条件的任何行为进行追究的权利不妨碍该条款或条件的后续执行，也不应视为对随后的任何违反行为放弃追究的权利。

第二十九条 — 保险单管理

1. 投保人保证，如果出于任何原因导致本保险合同无法续保或本保险合同应根据上述第二十六条中的条款予以解除，则会立即告知其所有符合资格的员工，从而确保此类符合资格的员工知道保障已经解除，且对符合资格的员工或其家庭成员而言保险金无法支付。
2. 在职员工：在职员工指投保人以全职、永久的方式聘用的直接被保险人，直接被保险人按照聘用条款以全职形式履行其所有常规职责。
如果直接被保险人是雇员，则直接被保险人在合格加入团体计划的当天起需要保持在职状态。如果直接被保险人在合格加入团体计划的当天为非在职状态，则该直接被保险人只能在其重返工作岗位及其恢复在职状态的当天起享有团体计划保障。直接被保险人只有其重返工作岗位时才能申请添加连带被保险人。
如果出现以下任何的情况，直接被保险人被视为“非在职员工”：
 - 直接被保险人的工作时间少于规定工作时间的80%，或者工资低于雇佣条款所规定正常工资的80%
 - 直接被保险人因健康状况需要离开正常工作场所60天以上，当地法规准许的产假/陪产假除外。
3. 由于本保险合同旨在为符合资格的员工和连带被保险人提供保障，因此投保人保证将保险人送达投保人的任何更改后的保险条款或保障一览表修订版、或任何保险人送达投保人的与保障范围有关的通知及时送交所有符合资格的员工。
4. 投保人应通知团体被保险人有关本团体保险单的条款和条件以及批注的任何变更。投保人还应通知团体被保险人有关本保险单与任何之前团体保险单相关的条款和条件的任何变更。
5. 投保人保证使保险人免于承担因投保人未能履行本保险合同中自身义务而产生的成本、损失及开支。如果由于投保人未履行本保险合同第二十九条“保险单管理”的任何一项义务，导致保险人被索赔的，投保人将赔偿保险人由此产生的全部损失，包括但不限于争端解决费用、保险赔偿金、律师费以及其他一切费用。
6. 投保人应指定一名负责人员(即保险单管理员)根据本保险合同的条款以及保险人经常发布的指引来管理本保险合同，投保人并应以书面形式告知保险人有关指定人员的任何变更。
7. 保障中断：无论因何种原因导致的保障中断，保险人均保留再次对投保前疾病使用责任免除6.26的权利。
8. 尽管投保人已将有关本保险合同的全部或部分义务委托给视为投保人代理人的中介或代理人，投保人仍应承担本保险合同中投保人的义务和责任。
9. 如果投保人进入破产程序或指定了管理人、接收人或接管人对投保人的全部或部分业务或资产进行监管，则投保人应立即书面告知保险人。
10. 如果被保险人的地址或职业发生变更，则保险单管理员应立即书面告知保险人。

11. 通用条款

第三十条 — 通用条款

1. 保险人保留修改或终止团体保险单的权利，修改或终止从任意续保日期起生效。
2. 本保险合同的修改必须采用书面形式，并加盖保险人印章，否则所作修改将不予承认。
3. 根据本保险合同送达的通知必须采用书面形式并通过邮递或传真机送达，如果是发送给保险人的通知，则应将邮件寄送到保险人注册地址后视为已送达；如果使用传真机寄送通知，则应将发送时间视为送达时间。
4. 保险人为解释或实施投保人的被保险人文档中的任何条款或条件而进行的任何修改均不妨碍该条款或条件随后的实施，也不应被视为任何随后的解释或实施的先例。
5. 本保险合同若中文条款与英文条款存在不一致的，以中文条款为准。

12. 释义

1. **事故：**指保险期间在被保险人身上发生的突然的、意外的、不可预见的、非自愿的、并对被保险人造成可识别的人身损伤的外部事件。
2. **急性的病症：**对旨在使被保险人恢复健康状态的治疗可能做出快速回响的疾病、病症或损伤。且被保险人可完全康复至疾病、病症、损伤的因素出现以前的情况。
3. **恐怖主义行为：**指恐怖分子或恐怖组织为达到政治、军事、社会或宗教目的而对平民采用隐蔽的暴力手段进行胁迫或恐吓的举动。
4. **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。
5. **结算协议：**保险人与时康国际公司公布的医疗机构网络中列明的每一家医院、日间看护所或扫描中心之间达成的协议。
6. **替代疗法：**指在医疗机构以外采用传统医学进行治疗和诊断的治疗。此类医学包括由具备资质的理疗师提供的整脊治疗、手足病治疗和足病治疗、整骨疗法、饮食疗法、顺势疗法和针灸疗法。
7. **根尖切除术：**指为牙齿移除根尖及附近受感染组织而进行的牙科手术，牙齿虽经过根管手术，但其末端的骨质区仍存在炎症和感染的牙槽脓肿。进行根尖切除术是为了治疗以下病症：
 - 齿根断裂；
 - 齿根严重弯曲；
 - 牙齿上有牙帽或牙桩；
 - 根管治疗无法治愈的囊肿或感染；
 - 根管穿孔；
 - 反复发作的疼痛和感染；
 - 无法通过X光确定问题根源的持续症状；
 - 钙化；
 - 需要进行手术的牙根表面和周围骨质的损伤。
8. **保障区域：**预设保障区域为全球(不包括美国)，即保险人提供全球符合保障范围的保障，但不包括在美国的任何选择性治疗。如预设保障区域为全球(不包括美国)，保障区域以外是指美国。如投保人选择“中国大陆选择”的保障项目，保障区域则为中国大陆(不包括香港、澳门、台湾一下同)，保障区域以外是指中国大陆以外的区域。
9. **保障：**本保险单和保险凭证中列明的任何扩展条款或限制、或任何批注（如果可用）中提供的保险保障，这些保障均以保险人收到应付的保险费为前提。
10. **保障一览表：**适用于本保险单并列明保险人应支付的最高保障限额。
11. **癌症：**指恶性肿瘤、组织或细胞，其特征是恶性细胞不受控制地生长、蔓延并侵入到组织中。
12. **保险凭证：****指由保险人提供格式的**，列明被保险人、保险期间、保险人、批单签发日、保障等级和任何适用批注的保险单详情的证明。
13. **先天性疾病：**指一出生就显现的或被认为自出生开始就存在的一种医疗状况，无论该医疗状况是遗传的还是受环境因素影响。
14. **自付比例：**指被保险人在对费用进行理赔时，应由自己支付的理赔费用中的不保费用部分。
15. **国籍国：**指被保险人持有其合法护照的国家。
16. **居住国：**被保险人在保险单生效日期或批单签发日或随后的每一个续保日期习惯性居住的国家（在每个保险期间内通常不少于6个月）。

-
- 17. 慢性疾病：** 至少拥有以下特征之一的疾病、病症或损伤：
- 需要通过咨询、检查、体检、药物和敷料和/或实验室检查进行持续或长期监控；
 - 需要持续或长期控制症状或缓解症状；
 - 需要被保险人进行康复治疗或接受特别培训以应对疾病；
 - 持续时间不定；
 - 尚未有已知治愈方法；
 - 会复发或可能复发。
- 18. 日间留院患者：** 由于康复需要一段时间的医疗监控而在医院或日间看护所住院、但不会占用医院床位过夜的患者。
- 19. 免赔额：** 被保险人的保险凭证中指明、在根据保险单支付住院或日间留院保障以前应由被保险人支付的不保金额。保险单免赔额适用于每名被保险人的每个保险期间。
- 20. 牙科医生：** 在提供牙科治疗的所在国家/地区拥有由相关许可机构颁发的许可、可以合法从事牙科治疗的人士。
- 21. 连带被保险人：** 在保险合同生效日期或随后的任何续保日期与被保险人居住在一起的一位配偶/成年伴侣和/或18周岁以下的未婚子女、或接受全日制教育的28周岁以下的子女（需要提供其注册教育机构出具的书面证明）。术语“伴侣”可能指丈夫、妻子或以类似关系和被保险人永久居住在一起的人士。所有受养人均应在保险凭证中被称为连带被保险人。
- 22. 诊断检查：** 为查明或帮助查明被保险人的病因而进行的调查，例如X光或血检。
- 23. 药物和敷料：** 由医生或专科医生开具的、为减轻或治疗某一个医疗状况所必须的基本处方药、敷料和药物。
- 24. 符合保障范围：** 被保险人的保险单覆盖的治疗和费用。为确定治疗或费用是否在覆盖范围内，应一同阅读被保险人保险单的所有章节，并应遵守保险单列明的所有条款（包括应付保险费的支付）、保障和责任免除。
- 25. 批单签发日：** 在保险凭证中列明的、被保险人被本保险单接纳的日期。
- 26. 转运或送返：** 将被保险人转移至拥有必要住院及日间留院送返服务医疗设施的医院，医疗机构可以位于被保险人生病时所在的国家，也可位于另一个邻近国家（转运）、或将被保险人送回被保险人的主要国籍国或被保险人的主要居住国（送返）。服务内容包括由保险人在转移被保险人时指定的国际救援公司认可的所有医疗上必需的治疗。
- 27. 排除在外的国家：** 指的是我们无法为您提供保障的国家列表（如果您居住在其中任何一个排除在外的国家）。有关我们的排除在外国家/地区列表的详细信息，请联系我们的客户服务团队。
- 28. 外国国籍的人士：** 在其持有合法护照的国家以外的国家/地区居住和/或生活的所有人士。通常居住和/或生活的时间为每个保险期间内超过180日。
- 29. 地理区域：** 用于在本保险合同的生效日期或任何后续的续保日期根据被保险人的主要居住国计算适用于被保险人的保险费的地理区域。
- 30. 昂贵医疗服务机构名单：** 保险人排除在承保范围之外的医疗服务机构名单。保险公司不承保被保险人在昂贵医疗服务机构名单中所产生的任何治疗费用。保险公司将定期更新昂贵医疗服务机构名单。有关保险公司的昂贵医疗服务机构名单的详细信息，被保险人可以联系保险公司的客户服务团队。

12. 释义

31. 医院：经其经营所在国家/地区的法律许可注册为医院或外科医院的任何机构。以下机构不视为医院：休养护理院、水疗中心和疗养胜地等机构。
32. 医院床位：指保障一览表中列明的标准单人病房或双人病房。豪华病房、行政病房和特需套房不包括在内。
33. 网内医疗机构：网内医疗机构指与被保险人之保险单已签订合同，并按预先商定的特定费率为保险单的被保险人提供服务的医疗机构。
34. 入院患者：出于医学原因被医院接收，并在病床上待上一夜或更长时间的患者。
35. 被保险人/你/你的：本保险单提供保障的、在保险凭证中提及的符合资格的被保险人和/或连带被保险人。
36. 保险人：亚太财产保险有限公司。
37. 医疗状况：任何疾病、损伤或病症，包括精神疾病。
38. 医生：在WHO认可的医学院校就读并获得药物或手术初级学位，并获得提供治疗所在国家/地区的相关权威机构之行医资质的人士。术语“认可的医学院校”指列在WHO公布的世界医学院校名录中的医学院校。
39. 医疗上必需的治疗：指符合资格的医生认为适当的、与诊断一致的、根据一般公认的医学标准不能被忽略的、一旦忽略将对被保险人的病症或施与的医疗护理造成负面影响的相关治疗。提供此类治疗时不能只考虑到患者或医生的舒适方便，且只能持续提供一段时间。“适当”用于此定义中时是指充分考虑患者的安全和经济效益。当特指住院治疗时，医疗上必需的还指诊断无法执行或门诊治疗无法安全和有效地提供。
40. 新生婴儿：出生时间为16周以内的婴儿。
41. 医疗网络/
时康国际医疗网络：保险人/保单管理人公布的与其签有直接结算协议的医疗机构网络。
42. 网络外医疗机构：网络外医疗机构是未与被保险人的保险单签订合同的医疗机构。
43. 门诊患者：前往医院、诊疗室、门诊诊所或进行远程医疗治疗，但不需要被接纳为日间留院或住院的患者。
44. 门诊直接结算：保险人公布的与其签有直接结算协议的医疗机构网络。
45. 门诊每次就诊免赔额：被保险人的保险凭证中指明、在根据保险单支付门诊保障以前应由被保险人支付的不保金额。每次就诊均视为一次谘询。门诊每次就诊免赔额适用于每名被保险人的每一次门诊谘询。
46. 保险期间：约定起保日的零时开始到约定期满日24小时止通常为期12个月的一段时间。
47. 物理治疗师：在提供治疗的国家/地区注册并获得执业许可的执业物理治疗师。
48. 预先书面同意：指被保险人在接受任何治疗或承担任何费用前从保险人处寻求审批的流程。需要保险人预先书面同意的保障将会在保障一览表中注明需预先书面同意。
49. 计划：您与我们之间的合同，其中列出所提供保障的条款和条件。完整的保障条款和条件包括申请表、保险单、福利表和本会员手册。
50. 投保人：在保险单或保险凭证中被称为投保人的团体。
51. 怀孕：指从首次确诊到分娩的一段时间。
52. 主医疗保险单：如果被保险人拥有不止一份健康保险单，则这是指最先支付理赔的健康保险单。
53. 主医疗之保险人：主医疗保险单的保险人。

54. 私人病房：私人医院中只设有一张床位的病房。豪华病房、行政病房和特需套房不包括在内。
55. 精神疾病：符合精神疾病诊断与统计手册(DSM) 或国际疾病分类(ICD) 等国际分类系统的分类标准的精神或神经紊乱。紊乱应与个人当前的痛苦或其进行重要日常活动(例如工作) 能力的严重受损有关。上述病症必须具有显著的临床表现，而不仅是由某一特定事件造成的预期反应，例如丧亲之痛、人际关系或学术问题，以及文化适应等。
56. 合格护士：目前在提供治疗的国家/地区的任何法定护士登记机构管理的或护士名册上有登记的护士。
57. 合理及惯常收费：在被保险人接受治疗的国家/地区根据被保险人的惯常收费治疗费用通常应收取的费用。保险人有权要求独立的第三方对此类费用进行证实，例如执业外科医生/医生/专科医生或政府卫生部门/易全保综合医疗网络等。
58. 最低现金价值：
- 1) 保险生效日前退保的，最低现金价值=投保人已交纳保险费。
 - 2) 保险生效日后退保的，若保险费为一次性支付的：
最低现金价值=净保费 $\times(1-m/n)$ ，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。净保费=投保人已交纳保险费 $\times(1-费用比例)$ ，除另有约定外，费用比例为15%。
 - 3) 等待期后退保的，若保险费为分期支付的：
最低现金价值=当月净保费 $\times(1-m/n)$ ，其中， m 为当月已生效天数， n 为当月的总天数，经过日期不足一日的按一日计算。当月净保费=投保人已交纳当月保险费 $\times(1-费用比例)$ ，除另有约定外，费用比例为15%。
59. 康复治疗：医疗上必需的治疗，旨在使被保险人经受某一医疗状况后恢复在日常生活中独立行动的能力及其正常机能。
60. 相关医疗状况：相关医疗状况是指由已存在的医疗状况所导致或与已存在的医疗状况由同一原因导致的任何疾病、损伤或病症，包括精神疾病。
61. 续保日期：指保险单的生效日期的周年对应日。
62. 二级医疗保险：
- 如果被保险人拥有一份以上的健康保险保单，则二级医疗保险是在主医疗保险支付其部分后支付理赔的付款人。如果被保险人拥有超过一份健康保险单，则该保险单将是最后支付的健康保险单。如果被保险人购买本保险单作为二级医疗保险单，保险人将仅在以下情况下支付理赔：
- 索赔已提交给主医疗保险公司，但由于不符合资格或主医疗保险合同规定的福利限额已用尽，索赔未支付/未完全支付索赔的金额，并且
 - 未支付的索赔金额被视为本保单下的合格索赔。
- 被保险人投保本保险时，需提供被保险人主医疗保险的保险凭证复印件。
- 在任何情况下，我们只会支付主医疗保险未赔付的合格索赔金额的余额。
63. 双人病房：私人医院中设有两张床位的病房。豪华病房、行政病房和特需套房不包括在内。
64. 易全保综合医疗网络：如果被保险人已将保障区域扩展到全球(不包括美国)，则保险人的医疗提供者名单可提供给被保险人。
65. 专科医生：在WHO认可的医学院校就读并获得药物或手术初级学位，并获得提供治疗所在国家/地区的相关权威机构之行医资质的外科医生、麻醉师或医生，并被认为是所治疗的疾病、病症或损伤的治疗领域拥有专业资格或专业技术。术语“认可的医学院校”指列在WHO公布的世界医学院校名录中的医学院校。
66. 生效日期：保险凭证中显示的保险单生效日期。
67. 外科手术：需要切开组织并进行其他侵入性手术干预的手术。

12. 释义

- 68. 终末期疾病：**得出病症为终末期和无药可救的诊断，且无法对病症进行治愈治疗，并且确诊后12个月内可能死亡。
- 69. 治疗：**诊断、缓解、治愈某一个医疗状况所必需的手术或医疗服务（包括诊断检查）。
- 70. 疫苗：**指提供治疗的国家/地区法律所规定的全部基本免疫疫苗和加强药物注射，包括医疗上必需的任何旅行疫苗和疟疾预防。
- 71. 等待期：**指从保险单生效日或批单签发日（二者以后发生日为准）后的一定时期。在等待期内，保险人不承担某项特定保险责任。等待期结束后，该项保险责任才正式生效。
- 72. 团体：**在中国境内成立的不以购买保险为目的的合法机构，包括国有企业、高等院校、企事业单位、贸易组织和职业联盟等。
- 73. 紧急：**突然的、严重的、不可预见的急性医疗状况或需要立即进行医学治疗的损伤，如果不接受治疗，在未来48小时可能导致死亡或对身体机能造成严重损害。
- 74. WHO：**世界卫生组织。
- 75. 中医治疗或阿育吠陀治疗：**中医治疗或阿育吠陀治疗是指医疗机构以外采用传统医学教授的治疗。它们是整体治疗系统，侧重于个人而非疾病。两种系统都使用各种干预措施，包括草药、饮食和生活方式的变更。

二. 亚太财产保险有限公司

易全保团体医疗保险(2025年4月版): 保障一览表

本保障一览表仅供参考。详情请参阅保险合同条款。

保障	易全保琥珀
年度最高保障限额 所有计划均提供24/7热线和援助服务	6,300,000人民币
保障区域:	全球保障 (不含美国)
指定网络:	易全保综合医疗网络
1. 医院收费、医生和专科医生费用 a) 医院对住院或日间留院治疗的患者收取的费用包括：床位费（一般病房/双人病房或私人病房）；诊断检测费用；手术室费用（含外科医生与麻醉师收费）；合格护士护理的费用；由医生或专科医生开具的药物和敷料的费用；手术期间医生使用的手术器械费用；住院或日间留院期间手术前后的咨询费；重症监护费用。 b) 辅助器材费用：属于保障范围内并因医疗所需，在住院或日间留院接受治疗的6个月内，用于购买及租赁拐杖、支撑架、辅助行走器和自推式非电子轮椅的费用。	a)  全额赔偿 上述保障需要预先获得书面同意  b)  每个医疗状况 最高限额9,450人民币
2. 诊断程序 保险人应赔付由医疗必需而引致的实际医疗费用，包括：磁共振成像扫描(MRI)、正电子放射断层扫描(PET)和计算机断层成像扫描(CT)的费用。	 住院前和手术后扫描 全额赔偿 磁共振成像扫描(MRI)、正电子放射断层扫描(PET)和计算机断层成像扫描(CT)需要预先获得书面同意 
3. 肾衰竭和肾透析 a) 保险人应赔付被保险人住院接受肾衰竭(包括肾透析)治疗时实际产生的医疗费用。 b) 保险人应赔付被保险人日间留院或在门诊部接受肾衰竭(包括肾透析)治疗时实际产生的医疗费用。	a)  住院手术前后治疗 每个保险期内最高达6周 全额赔偿 b)  日间留院或门诊治疗 每个保险期内 最高限额310,000人民币
4. 器官移植 被保险人是器官受赠人时，有关肾脏、胰脏、肝脏、心脏、肺、骨髓、角膜的人体器官移植治疗时产生的医疗费用。 当器官移植是由先天性疾病导致时，相关医疗费用应当依照本保险合同第五条项下第7款(先天性疾病)进行赔付，此时本保险合同第五条项下第4款(器官移植)对于相关费用一概不予赔付。 保险人仅赔付满足以下条件的器官移植：在国际认可的医院并由获得认证的外科医生执行器官移植；并根据WHO指南获取的器官。 器官捐献者和寻找器官捐献者的相关医疗费用一概不予赔付。	 每个保险期内 最高限额630,000人民币
5. 癌症治疗 保险人应赔付因癌症而须住院、日间留院或门诊治疗时实际产生的医疗费用。此保障包括从诊断之时起，产生的肿瘤科医生的费用、手术费用，放射疗法和化学疗法的单项或综合费用。	 全额赔偿

保障	易全保琥珀
6. 新生儿保障 保险人应赔付被保险人的新生儿因早产（即妊娠未满37周分娩）或被保险人的新生儿在出生30日内出现急性的病症而需住院接受治疗时发生的实际医疗费用。 此保障提供的前提是新生儿在出生之日起30日内已经加入本保险合同并且投保人已支付保险费。此保障经投保人和保险人双方同意可适用于多胎分娩的情况。 如果保险人在婴儿被加入保单之前需要详细了解新生儿的病史，则保险人保留其所提供承保范围应用特别限制条款的权利。 请参阅第3条条款 — 新增新生儿保单条款有关详细信息。	每个保险期内 最高限额157,500人民币
7. 先天性疾病 保险人应赔付被保险人因先天性疾病进行住院治疗时实际产生的医疗费用。若新生儿出生30日内因先天性疾病接受治疗，将根据本保险合同第五条第6款 — 新生儿保障规定提供此类病症的保障，而本条款先天性疾病保障则不适用。最高保障限额应经投保人与保险人双方同意，并在保险合同中列明。	每个保险期内 最高限额157,500人民币
8. 家长住宿费用 保险人应赔付18周岁以下的被保险人因接受符合保障范围内的住院治疗时，其一位家长在医院陪伴过夜而实际产生的住宿费用。	全额赔偿
9. 新生儿陪伴母亲的医院住宿费用 保险人应赔付新生儿(出生16周及以下)在陪伴母亲(母亲为被保险人)接受住院治疗符合保障范围内的疾病时，医院为新生儿提供住宿而产生的实际费用。	全额赔偿
10. 整形外科手术 保险人应赔付被保险人接受整形外科手术的实际医疗费用，此整形外科手术是为了恢复正常人体的功能或外貌，同时此整形外科手术是因被保险人在保险单生效日或批单签发日(二者以后发生日为准)之后遭遇符合本保险合同保障范围的意外事故或因接受符合本保险合同保障范围内的疾病而接受了外科手术后产生。	全额赔偿
11. 日间留院和门诊手术 保险人应赔付被保险人在外科诊所、医院、日间护理中心或门诊部进行的外科手术时实际产生的治疗费用。	全额赔偿
12. 紧急住院牙科治疗 被保险人因遭遇意外事故后而必须住院一晚以上，其天然健全的牙齿因需进行紧急牙科修复治疗，保险人应按实际发生的医疗费用赔付给被保险人。 该牙科治疗必须在意外事故发生后的10日内进行。此保障包括因意外的外部撞击造成的口腔伤害而须接受治疗时产生的所有费用，但同时应满足以下条件： a) 如果上述治疗涉及更换齿冠、牙桥贴片、牙齿贴面或假牙，则保险人赔付合理惯常的费用，或赔付类似的或质量相当的更换费用； b) 如果临床角度上需要植牙，那么保险人赔付采用桥托产生的费用； c) 修复或重建在遭遇意外事故后损坏的假牙，但要求被保险人在遭遇意外事故时佩戴此类假牙。	全额赔偿
13. 康复治疗 专科医生针对被保险人所患疾病进行治疗时，推荐被保险人接受保险人认可的医院康复中心接受住院康复治疗，保险人应赔付此种情况下实际产生的康复治疗费用。但必须：被保险人连续三日住院；专科医生书面确认被保险人此时有必要接受康复治疗。应在出院后14日内办妥康复中心住院手续。上述治疗应接受专科医生的直接监管，并赔付如下费用： a) 专项治疗病房的使用费； b) 物理治疗费用； c) 语障治疗费用； d) 职业病治疗费用。	符合保障范围的住院治疗 每个医疗状况 最高达30日全额赔偿
14. 家居护理 由医生或专科医生推荐，在被保险人接受住院或日间留院治疗后，由合格护士在被保险人家中提供护理的费用。 此保障必须预先获得保险人书面同意。	不予承保

保障	易全保琥珀
15. 紧急救护运送费用 保险人应赔付陆上紧急救护交通运输工具接送或在医院之间转送途中，或经医生或专科医生认为医疗必需的交通运输工具实际产生的费用。	 全额赔偿
16. 转运和送返 a) 转运 保险人安排患有符合保障范围内的危重被保险人运送到最近的医疗机构进行住院或日间留院治疗。 赔付如下合理费用： i) 在被保险人须接受紧急治疗而事故发生地无法提供医疗上必需的救护接送与护理的情况下，运送被保险人时产生的交通费用。其中包括一名随行照料人员陪护行程中的经济舱机票。 ii) 被保险人在接受日间留院治疗期间，往返医院就诊时的当地合理交通费用。 iii) 被保险人入院后随行照料人员由于看望被保险人往返医院时产生的合理交通费用。 iv) 仅限住院前或出院后短期内，被保险人接受专科医生护理时的合理非医院住宿费用。 在保险人认可的滑雪场或类似的冬季运动场所范围之外，进行任何海空营救或山地救援时产生的转运费用一概不予赔付。 保险人的医学顾问将决定转运时的最合适的交通方式。如违背保险人医学顾问的意见，保险人不赔付交通费用。另外，如果被保险人前往的医院不具备合适医疗设施用以治疗被保险人之符合保障范围的医疗情况，则相关的交通费用将不予赔付。 b) 送返 经由医疗上必需且由保险人安排的转运之后，在被保险人完成治疗后的一个月內，在治疗地的被保险人与被保险人的一位随行照料人员将可获安排经济舱机票返回被保险人的国籍国或居住国。 此保障不包括单独送返，需要已经完成最初的医疗上必需的转运，才可赔付此符合保障范围的送返费用。 免赔额适用于此计划保障。	综合最高限额630,000人民币 该保障需要预先获得书面同意 a) 转运 i)  全额赔偿 ii)  全额赔偿 iii)  全额赔偿 iv)  每日最高限额1,200人民币 每人每次转运最高限额47,000人民币 该保障需要预先获得书面同意 b) 送返  全额赔偿
17. 遗体运送 保险人应赔付被保险人因保障范围内的医疗状况导致死亡时产生以下合理和惯常的费用： a) 将被保险人遗体或骨灰运往其国籍国或居住国时的费用，或 b) 在被保险人死亡所在地，根据合理的惯例进行土葬或火葬时产生的费用。	该保障需要预先获得书面同意 a)  全额赔偿 b)  最高限额63,000人民币
18. 保障区域以外的紧急非选择性治疗 — 在不超过30日(含30日)的计划行程 被保险人在保障区域以外若遇到意外事故或因某种突发性医疗状况而形成对被保险人的健康构成威胁的突发危重疾病，而且其在上述紧急事件之后的24小时内接受医生或专科医生提供的治疗，则保险人应赔付该期间实际产生的医疗费用。	 意外：意外后的住院和日间留院治疗全额赔偿  疾病：住院和日间留院护理 每个保险期内最高限额157,500人民币
19. 住院现金津贴 保险人应赔付被保险人在医院接受住院治疗期间每一晚的现金住院津贴，但应满足以下条件： a) 被保险人在零时前于居住国家的公立医院接受选择性住院治疗；或 b) 该计划是二级医疗保险计划。但是，如果被保险人的计划免赔额是人民币63,000或人民币94,500，被保险人不可享用此保障。 该保障仅限于每个保险期间内累计最长不超过30晚(含30晚)。 责任免除6.9条款并不适用于此保障。	 每晚最高限额790人民币

保障	易全保琥珀
年度门诊限额： 适用于保险合同第20款和21款，受年度最高保险计划限额限制。	每个保险期内 每个医疗状况手术前的 门诊医生费用， 从入院前的15日至 出院后最长30日内的 门诊费用，最高限额 4,700人民币。
20. 门诊医生费用 a) 含括咨询费在内的医生收费，专科医生费用，诊断检查费用； b) 远程医疗咨询(医生以电子方式进行远程医疗咨询)； 如果被保险人在时康国际公布的易全保综合医疗网络内列明的医疗服务提供方接受治疗，符合保障范围内的治疗费用将全额赔付。 如果被保险人不是在时康国际公布的易全保综合医疗网络内列明的医疗服务提供方接受治疗，则只会赔付符合保障范围内合理和惯常的医疗费用。 c) 处方药和敷料的费用； d) 维生素和矿物质。 由医生开具处方的维生素和矿物质。由医生诊断的缺乏症及由医生开具处方的维生素、矿物质和滋润眼液将按照门诊保障d赔付符合保障范围的费用。 任何手术前和出院后的门诊费用将根据此保障进行赔付。 被保险人的保障范围不包括被保险人因调理慢性疾病而承担的费用。如果被保险人根据易全保翡翠计划，易全保水晶计划保险单选项投保则保险人将在本保险合同第五条项下第20款门诊医生费用承担调理慢性疾病的治疗费用。 请注意：如果索赔收据未显示所提供医疗服务的明细，我们将仅支付不超过处方药和敷料限额的符合条件的索赔。 年度门诊限额：适用于保险合同第20款和21款，受年度最高保险计划限额限制。	a) 和 b)  每个保险期内 每个医疗状况手术前的 门诊医生费用， 从入院前的15日至 出院后最长30日内的 门诊费用，最高限额 4,700人民币 c)  不予承保 d)  不予承保 a), b), c), d) 受年度最高 门诊限额限制。
21. 门诊物理治疗和替代疗法 保险人应赔付以下项目实际产生的医疗费用： a) 由获得执业许可的物理治疗师提供的物理治疗费用。 b) 被保险人接受理疗师的辅助药物和治疗，此类赔偿可包括整骨疗法、手足病治疗和足病治疗、整脊疗法、顺势疗法、饮食疗法和针灸疗法的费用。 c) 中医执业医师或阿育吠陀医学执业医师对被保险人进行门诊中医治疗或阿育吠陀治疗时实际产生的医疗费用。 此保障包括所有符合保障范围的诊断、咨询费、治疗类型、治疗费、处方(包括药物详情和剂量)。 责任免除6.41条款适用此保障。 保险期内您可选择此保障a)或b)，合计首5次治疗不需转介(饮食疗法除外)，其他后续治疗需医生或专科医生转介。 年度门诊限额：适用于保险合同第20款和21款，受年度最高保险计划限额限制。	 不予承保

保障	易全保琥珀
22. 更年期激素替代治疗 需要进行激素替代治疗以缓解更年期早发症状之门诊费用，但更年期发病和治疗须始于40岁以下。	 不予承保
23. 门诊精神疾病治疗 由法定资质的心理学家及/或法定资质的精神病医生的直接管理下，被保险人接受的门诊治疗。此项保障包括10次治疗，赔付费用以本保障限额为准。 前5次就诊无需医生转介，之后的就诊则需要有医生或专科医生的转介函和治疗计划。	 不予承保
24. 牙科 保险人应赔付以下项目实际产生的医疗费用： 牙科治疗：牙科执业医生在牙科手术期间/牙科诊所进行牙科治疗的费用。牙科治疗包括： — 牙齿检查(若有必要其中包括照牙科X光)； — 预防性洗牙，抛光和窝沟封闭(每年一次)； — 补牙和拔牙(非手术和手术性)； — 根管治疗； — 新装或修复牙冠，假牙，嵌体和牙桥； — 进行牙根尖切除术； — 处方药和敷料。 不包括种植牙和牙齿矫正治疗保障。 其他牙科治疗一概不属于此类保障。 等待期：被保险人保单生效日后的180日内产生的任何费用不予赔付。不管投保人续保与否，被保险人必须完成180日等待期才可赔付此保障。 此保障有20%的自付比例。 免赔额或门诊每次就诊免赔额并不适用于此保障。	 不予承保

附加选项	易全保琥珀
25. 中国大陆选择 保险人应赔付被保险人在中国大陆因住院、日间留院及接受门诊治疗时实际产生的符合保障范围的医疗费用。标准的保险单保障限额适用于本条。 中国大陆以外的紧急非选择性治疗： 在最长期限为30日的计划行程中，被保险人若在中国大陆以外的地区遇到意外事故或因某种突发性医疗状况而引致对其健康构成即时威胁的严重疾病，在上述紧急事件之后的24小时内接受的医生或专科医生提供的治疗。 因意外事故，需接受住院和日间留院治疗，保险人应全额赔付。 因疾病需接受住院和日间留院治疗，以投保人和保险人双方同意的最高保障限额为限。最高保障限额应经投保人与保险人双方同意，并在保险合同中列明。	 可供选项 中国大陆以外的紧急非选择性治疗，因疾病治疗的最高限额150,000人民币
26. 病房限制(住宿最高限额800人民币) 如本保险合同第五条项下第1款(a)项所述，被保险人在中国大陆住院时，每日最高限额800人民币，从而在中国大陆医院接受保障范围内的住院或日间留院治疗及任何医生的治疗。医院的定义及范围由保险人事先约定。	 可供选项 于中国大陆医院接受住院或日间留院治疗每日最高限额800人民币
27. 昂贵医院限制 保险人将事先指定某些提供住院、日间留院或门诊治疗服务的医疗机构为昂贵医院。被保险人在中国大陆任何一家昂贵医院接受承保范围内的住院、日间留院或门诊治疗及任何医学专家的治疗时，保险人将不会赔付实际产生的有关医疗费用。	 可供选项
28. 私人医院住院自付比例 对属于保障范围内在私人医院的住院或日间留院治疗时实际产生的医疗费用，被保险人需承担20%自付比例。	 可供选项 20%自付比例
29. 年度最高保障限额1,000,000人民币 在本保险合同的保险期间内，如果发生了本保险合同涵盖的医疗事项，保险人应支付保险金额不得超过相应的保障限额，且支付的总保险金金额不得超过本保险合同中规定的年度最高保障限额1,000,000人民币。	 可供选项
30. 门诊费用的自付比例 保险人应赔付被保险人符合保障范围内的门诊治疗实际产生的医疗费用，但门诊治疗有20%的自付比例。 自付比例并不适用于以下治疗：肾透析/肾衰竭、癌症或器官移植。 但此项不适用于6,300人民币免赔额或更高免赔额之计划。 如果被保险人的保险单中含有生育保障、牙科保障或体检、疫苗保障，其相应的自付额将会在被保险人的保障一览表中列明。	 不予承保
31. 门诊每次就诊免赔额 被保险人接受属于保障范围的门诊治疗时，门诊每次就诊设有150人民币免赔额。 门诊每次就诊免赔额并不适用于肾透析/肾衰竭、癌症或器官移植的治疗。 但此项不适用于6,300人民币免赔额或更高免赔额之计划。	 不予承保
32. 取消药物和敷料限额 通过选择此选项，保障20 c)下的处方药和敷料将全额赔偿，但受年度最高门诊限额限制。 适用于3名员工或以上的统一投保的团体保险单。	 不予承保

附加选项	易全保琥珀
33. 体检和疫苗 — 选项1 适用于3名员工或以上的统一投保的团体保险单。 a) 体检保障：保险人应赔付例行健康检查，包括癌症筛查、乳腺癌1号和2号基因检查(如直系家属有病史)、骨密度检查(50周岁以上女性被保险人每5年可做1次)、心血管系统检查，神经系统检查、生命体征检查(例如，血压、体重指数、尿分析和胆固醇)、儿童体检(至5周岁)的费用和/或 b) 疫苗保障：医疗必需的免疫疫苗和加强药物注射，以及医疗必需的任何旅行疫苗和疟疾预防注射，保险人将赔付相关药物费用和咨询费用。 责任免除6.9条款并不适用于此保障。	a)  不予承保 b)  不予承保
34. 体检和疫苗 — 选项2 适用于3名员工或以上的统一投保的团体保险单。 a) 体检保障：保险人应赔付例行健康检查，包括癌症筛查、乳腺癌1号和2号基因检查(如直系家属有病史)、骨密度检查(50周岁以上女性被保险人每5年可做1次)、心血管系统检查，神经系统检查、生命体征检查(例如，血压、体重指数、尿分析和胆固醇)、儿童体检(至5周岁)的费用和/或 b) 疫苗保障：医疗必需的免疫疫苗和加强药物注射，以及医疗必需的任何旅行疫苗和疟疾预防注射，保险人将赔付相关药物费用和咨询费用。 责任免除6.9条款并不适用于此保障。	a)  不予承保 b)  不予承保
35. 生育保障 — 选项1 a) 被保险人怀孕或分娩期间实际产生的医疗必需费用；包括分娩费用、产前与产后六周内检查、扫描、自然分娩或自愿/紧急剖腹产的费用。本保障亦包含出生24小时内儿科医生就新生儿首次检查/体检的收费，以及幼儿2周岁生日前由医生或专科医生建议的儿科健康检查费用，包括体格检查，身高体重头围胸围等测量，视力听力等感知觉筛查，智能心理评估，生长发育检查，遗传病及代谢疾病筛查，疫苗注射，尿检，结核试验，血球容积比，血红蛋白及其他血液检查，包括镰状细胞贫血的筛查。 请注意此新生儿检查的费用保障，仅限于保险人已赔付本团体计划下被保险人的分娩费用，且新生儿已加入此团体计划并成为被保险人时，保险人才会赔付上述新生儿检查的费用。 b) 对于产前期间因保障范围内的医疗状况所产生的实际住院治疗费用或分娩期间因保障范围内的医疗状况所产生的实际住院治疗费用，保险人仅将治疗以下医疗状况视为此福利保障b)中符合保障范围内的医疗状况。 — 宫外孕(胚胎在子宫以外的部位著床发育)； — 葡萄胎(异常细胞在子宫内生长)； — 胎盘滞留(胚胎滞留在子宫内)； — 前置胎盘； — 子痫(怀孕期间发生在先兆子痫之后的昏迷或抽搐)； — 糖尿病(如果被保险人因自身与糖尿病有关的过往病史而有相应的责任免除，则被保险人不会因怀孕期间进行的任何糖尿病治疗而获得赔偿)； — 产后出血(分娩后多个小时及多日大出血)； — 需要实时接受外科治疗的流产。 本保障b)不包括自愿/紧急剖腹产或“产程进展不良”的费用，除非是上述保障b)所列之符合保障范围内的医疗状况之一。 等待期：被保险人保单生效日后的180日内产生的任何费用不予赔付。在第180日后至保单生效一年期间产生的费用，此保障有95%的自付比例。不管投保人续保与否，被保险人必须完成180日等待期才可赔付此保障。 因这是个人选择，保险人对于育儿或其他相关课程一概不予赔付。 适用于10名或以上的团体保单。 责任免除6.27条款并不适用于此保障。 免赔额适用于此保障。	a)  不予承保 b)  不予承保

附加选项	易全保琥珀
36. 生育保障 — 选项2 a) 被保险人怀孕或分娩期间实际产生的医疗必需费用：包括分娩费用、产前与产后六周内检查、扫描、自然分娩或自愿/紧急剖腹产的费用。本保障亦包含出生24小时内儿科医生就新生儿首次检查/体检的收费，以及幼儿2周岁生日前由医生或专科医生建议的儿科健康检查费用，包括体格检查，身高体重头围胸围等测量，视力听力等感知觉筛查，智能心理评估，生长发育检查，遗传病及代谢疾病筛查，疫苗注射，尿检，结核试验，血球容积比，血红蛋白及其他血液检查，包括镰状细胞贫血的筛查。 请注意此新生儿检查的费用保障，仅限于保险人已赔付本团体计划下被保险人的分娩费用，且新生儿已加入此团体计划并成为被保险人时，保险人才会赔付上述新生儿检查的费用。 b) 对于产前期间因保障范围内的医疗状况所产生的实际住院治疗费用或分娩期间因保障范围内的医疗状况所产生的实际住院治疗费用，保险人仅将治疗以下医疗状况视为此福利保障b)中符合保障范围内的医疗状况。 — 宫外孕(胚胎在子宫以外的部位着床发育)； — 葡萄胎(异常细胞在子宫内生长)； — 胎盘滞留(胚胎滞留在子宫内)； — 前置胎盘； — 子痫(怀孕期间发生在先兆子痫之后的昏迷或抽搐)； — 糖尿病(如果被保险人因自身与糖尿病有关的过往病史而有相应的责任免除，则被保险人不会因怀孕期间进行的任何糖尿病治疗而获得赔偿)； — 产后出血(分娩后多个小时及多日大出血)； — 需要实时接受外科治疗的流产。 本保障b)不包括自愿/紧急剖腹产或“产程进展不良”的费用，除非是上述保障b)所列之符合保障范围内的医疗状况之一。 等待期：被保险人保单生效日后的180日内产生的任何费用不予赔付。在第180日后至保单生效一年期间产生的费用，此保障有95%的自付比例。不管投保人续保与否，被保险人必须完成180日等待期才可赔付此保障。 因这是个人选择，保险人对于育儿或其他相关课程一概不予赔付。 适用于10名或以上的团体保单。 责任免除6.27条款并不适用于此保障。 免赔额适用于此保障。	a)  不予承保 b)  不予承保

核保选项	易全保琥珀
37. 已声明的既往病症的限额 只适用于5-19名员工的统一投保的团体保险单。 此核保选项为已向保险人声明并被保险人接受的既往病症提供有限的承保。 等待期：被保险人保单生效日后的180日内产生的任何费用不予赔付。不管投保人续保与否，被保险人必须完成180日等待期才可赔付此保障。	 可供选项 只适用于5-19名员工的统一投保的团体保险单 等待期结束后： 每个已声明的既往病症的 限额12,600人民币 等待期结束后和 团体计划来年续保后： 每个保险期内 每个已声明的既往病症的 限额25,200人民币
38. 既往病史不告 适用于10名员工或以上的统一投保的团体保险单。	 可供选项

免赔额选项	易全保琥珀
标准免赔额	3,150人民币
自选免赔额 请注意：63,000人民币或94,500人民币免赔额仅适用于拥有不止一份健康保险单的投保人。如果投保人购买本保险单作为二级医疗保险单，投保人只能选择63,000人民币或94,500人民币免赔额选项。被保险人投保本保险时，需提供投保人主医疗保险的保险详情。	零 950人民币 1,570人民币 6,300人民币 15,700人民币 31,500人民币 63,000人民币 94,500人民币

本保障一览表仅供参考。详情请参阅保险合同条款。

保障	易全保翡翠
年度最高保障限额 所有计划均提供24/7热线和援助服务	9,450,000人民币
保障区域:	全球保障 (不含美国)
指定网络:	易全保综合医疗网络
1. 医院收费、医生和专科医生费用 a) 医院对住院或日间留院治疗的患者收取的费用包括：床位费（一般病房/双人病房或私人病房）；诊断检测费用；手术室费用（含外科医生与麻醉师收费）；合格护士护理的费用；由医生或专科医生开具的药物和敷料的费用；手术期间医生使用的手术器械费用；住院或日间留院期间手术前后的咨询费；重症监护费用。 b) 辅助器材费用：属于保障范围内并因医疗所需，在住院或日间留院接受治疗的6个月内，用于购买及租赁拐杖、支撑架、辅助行走器和自推式非电子轮椅的费用。	a)  全额赔偿 上述保障需要预先 获得书面同意  b)  每个医疗状况 最高限额9,450人民币
2. 诊断程序 保险人应赔付由医疗必需而引致的实际医疗费用，包括：磁共振成像扫描(MRI)、正电子放射断层扫描(PET)和计算机断层成像扫描(CT)的费用。	 住院、日间留院或 门诊全额赔偿 磁共振成像扫描(MRI)、 正电子放射断层扫描(PET)和 计算机断层成像扫描(CT)， 需要预先获得书面同意 
3. 肾衰竭和肾透析 a) 保险人应赔付被保险人住院接受肾衰竭(包括肾透析)治疗时实际产生的医疗费用。 b) 保险人应赔付被保险人日间留院或在门诊部接受肾衰竭(包括肾透析)治疗时实际产生的医疗费用。	a)  每个保险期内住院 最高达6周全额赔偿 b)  日间留院或门诊治疗 每个保险期内 最高限额310,000人民币
4. 器官移植 被保险人是器官受赠人时，有关肾脏、胰脏、肝脏、心脏、肺、骨髓、角膜的人体器官移植治疗时产生的医疗费用。 当器官移植是由先天性疾病导致时，相关医疗费用应当依照本合同第五条项下第7款(先天性疾病)进行赔付，此时本合同第五条项下第4款(器官移植)对于相关费用一概不予赔付。 保险人仅赔付满足以下条件的器官移植：在国际认可的医院并由获得认证的外科医生执行器官移植；并根据WHO指南获取的器官。 器官捐献者和寻找器官捐献者的相关医疗费用一概不予赔付。	 每个保险期内 最高限额945,000人民币
5. 癌症治疗 保险人应赔付因癌症而须住院、日间留院或门诊治疗时实际产生的医疗费用。此保障包括从诊断之时起，产生的肿瘤科医生的费用、手术费用，放射疗法和化学疗法的单项或综合费用。	 全额赔偿

保障	易全保翡翠
6. 新生儿保障 保险人应赔付被保险人的新生儿因早产（即妊娠未满37周分娩）或被保险人的新生儿在出生30日内出现急性的病症而需住院接受治疗时而发生的实际医疗费用。 此保障提供的前提是新生儿在出生之日起30日内已经加入本保险合同并且投保人已支付保险费。此保障经投保人和保险人双方同意可适用于多胎分娩的情况。 如果保险人在婴儿被加入保单之前需要详细了解新生儿的病史，则保险人保留其对所提供承保范围应用特别限制条款的权利。 请参阅第3条条款 — 新增新生儿保单条款有关详细信息。	每个保险期内 最高限额220,500人民币
7. 先天性疾病 保险人应赔付被保险人因先天性疾病进行住院治疗时实际产生的医疗费用。若新生儿出生30日内因先天性疾病接受治疗，将根据本保险合同第五条第6款 — 新生儿保障规定提供此类病症的保障，而本条款先天性疾病保障则不适用。最高保障限额应经投保人与保险人双方同意，并在保险合同中列明。	每个保险期内 最高限额220,500人民币
8. 家长住宿费用 保险人应赔付18周岁以下的被保险人因接受符合保障范围内的住院治疗时，其一位家长在医院陪伴过夜而实际产生的住宿费用。	全额赔偿
9. 新生儿陪伴母亲的医院住宿费用 保险人应赔付新生儿(出生16周及以下)在陪伴母亲(母亲为被保险人)接受住院治疗符合保障范围内的疾病时，医院为新生儿提供住宿而产生的实际费用。	全额赔偿
10. 整形外科手术 保险人应赔付被保险人接受整形外科手术的实际医疗费用，此整形外科手术是为了恢复正常人体的功能或外貌，同时此整形外科手术是因被保险人在保险单生效日或批单签发日(二者以后发生日为准)之后遭遇符合本保险合同保障范围的意外事故或因接受符合本保险合同保障范围内的疾病而接受了外科手术后产生。	全额赔偿
11. 日间留院和门诊手术 保险人应赔付被保险人在外科诊所、医院、日间护理中心或门诊部进行的外科手术时实际产生的治疗费用。	全额赔偿
12. 紧急住院牙科治疗 被保险人因遭遇意外事故后而必须住院一晚以上，其天然健全的牙齿因需进行紧急牙科修复治疗，保险人应按实际发生的医疗费用赔付给被保险人。 该牙科治疗必须在意外事故发生后的10日内进行。此保障包括因意外的外部撞击造成的口腔伤害而须接受治疗时产生的所有费用，但同时应满足以下条件： a) 如果上述治疗涉及更换齿冠、牙桥贴片、牙齿贴面或假牙，则保险人赔付合理惯常的费用，或赔付类似的或质量相当的更换费用； b) 如果临床角度上需要植牙，那么保险人赔付采用桥托产生的费用； c) 修复或重建在遭遇意外事故后损坏的假牙，但要求被保险人在遭遇意外事故时佩戴此类假牙。	全额赔偿
13. 康复治疗 专科医生针对被保险人所患疾病进行治疗时，推荐被保险人接受保险人认可的医院康复中心接受住院康复治疗，保险人应赔付此种情况下实际产生的康复治疗费用。但必须：被保险人连续三日住院；专科医生书面确认被保险人此时有必要接受康复治疗。应在出院后14日内办妥康复中心住院手续。上述治疗应接受专科医生的直接监督，并赔付如下费用： a) 专项治疗病房的使用费； b) 物理治疗费用； c) 语障治疗费用； d) 职业病治疗费用。	每个医疗状况 最高达90日全额赔偿
14. 家居护理 由医生或专科医生推荐，在被保险人接受住院或日间留院治疗后，由合格护士在被保险人家中提供护理的费用。 此保障必须预先获得保险人书面同意。	每个医疗状况 最高达30日全额赔偿 此保障需要预先 获得书面同意

保障	易全保翡翠
15. 紧急救护运送费用 保险人应赔付陆上紧急救护交通运输工具接送或在医院之间转送途中，或经医生或专科医生认为医疗必需的交通运输工具实际产生的费用。	 全额赔偿
16. 转运和送返 a) 转运 保险人安排患有符合保障范围内的危重被保险人运送到最近的医疗机构进行住院或日间留院治疗。 赔付如下合理费用： i) 在被保险人须接受紧急治疗而事故发生地无法提供医疗上必需的救护接送与护理的情况下，运送被保险人时产生的交通费用。其中包括一名随行照料人员陪护行程中的经济舱机票。 ii) 被保险人在接受日间留院治疗期间，往返医院就诊时的当地合理交通费用。 iii) 被保险人入院后随行照料人员由于看望被保险人往返医院时产生的合理交通费用。 iv) 仅限住院前或出院后短期内，被保险人接受专科医生护理时的合理非医院住宿费用。 在保险人认可的滑雪场或类似的冬季运动场所范围之外，进行任何海空营救或山地救援时产生的转运费用一概不予赔付。 保险人的医学顾问将决定转运时的最合适的交通方式。如违背保险人医学顾问的意见，保险人不赔付交通费用。另外，如果被保险人前往的医院不具备合适医疗设施用以治疗被保险人之符合保障范围的医疗情况，则相关的交通费用将不予赔付。 b) 送返 经由医疗上必需且由保险人安排的转运之后，在被保险人完成治疗后的一个月內，在治疗地的被保险人与被保险人的一位随行照料人员将可获安排经济舱机票返回被保险人的国籍国或居住国。 此保障不包括单独送返，需要已经完成最初的医疗上必需的转运，才可赔付此符合保障范围的送返费用。 免赔额适用于此计划保障。	综合最高限额630,000人民币 该保障需要预先获得书面同意 a) 转运 i)  全额赔偿 ii)  全额赔偿 iii)  全额赔偿 iv)  每日最高限额1,200人民币 每人每次转运最高限额47,000人民币 该保障需要预先获得书面同意 b) 送返  全额赔偿
17. 遗体运送 保险人应赔付被保险人因保障范围内的医疗状况导致死亡时产生以下合理和惯常的费用： a) 将被保险人遗体或骨灰运往其国籍国或居住国时的费用，或 b) 在被保险人死亡所在地，根据合理的惯例进行土葬或火葬时产生的费用。	该保障需要预先获得书面同意 a)  全额赔偿 b)  最高限额63,000人民币
18. 保障区域以外的紧急非选择性治疗 — 在不超过30日(含30日)的计划行程 被保险人在保障区域以外若遇到意外事故或因某种突发性医疗状况而形成对被保险人的健康构成威胁的突发危重疾病，而且其在上述紧急事件之后的24小时内接受医生或专科医生提供的治疗，则保险人应赔付该期间实际产生的医疗费用。	 意外：意外后的住院和日间留院治疗全额赔偿  疾病：住院和日间留院护理 每个保险期内最高限额220,500人民币
19. 住院现金津贴 保险人应赔付被保险人在医院接受住院治疗期间每一晚的现金住院津贴，但应满足以下条件： a) 被保险人在零时前于居住国家的公立医院接受选择性住院治疗；或 b) 该计划是二级医疗保险计划。但是，如果被保险人的计划免赔额是人民币63,000或人民币94,500，被保险人不可享用此保障。 该保障仅限于每个保险期间内累计最长不超过30晚(含30晚)。 责任免除6.9条款并不适用于此保障。	 每晚最高限额1,575人民币

保障	易全保翡翠
年度门诊限额： 适用于保险合同第20款和21款，受年度最高保险计划限额限制。	年度门诊限额： 6,300人民币
20. 门诊医生费用 a) 含括咨询费在内的医生收费，专科医生费用，诊断检查费用； b) 远程医疗咨询(医生以电子方式进行远程医疗咨询)； 如果保险人在时康国际公布的易全保综合医疗网络内列明的医疗服务提供方接受治疗，符合保障范围内的治疗费用将全额赔付。 如果被保险人不是在时康国际公布的易全保综合医疗网络内列明的医疗服务提供方接受治疗，则只会赔付符合保障范围内合理和惯常的医疗费用。 c) 处方药和敷料的费用； d) 维生素和矿物质。 由医生开具处方的维生素和矿物质。由医生诊断的缺乏症及由医生开具处方的维生素、矿物质和滋润眼液将按照门诊保障d赔付符合保障范围的费用。 任何手术前和出院后的门诊费用将根据此保障进行赔付。 被保险人的保障范围不包括被保险人因调理慢性疾病而承担的费用。如果被保险人根据易全保翡翠计划，易全保水晶计划保险单选项投保则保险人将在本保险合同第五条项下第20款门诊医生费用承担调理慢性疾病的治疗费用。 请注意：如果索赔收据未显示所提供医疗服务的明细，我们将仅支付不超过处方药和敷料限额的符合条件的索赔。 年度门诊限额：适用于保险合同第20款和21款，受年度最高保险计划限额限制。	a) 和 b)  全额赔偿受年度最高门诊限额限制 c)  全额赔偿受年度最高门诊限额限制 d)  每个保险期内最高限额940人民币 a), b), c), d) 受年度最高门诊限额限制。
21. 门诊物理治疗和替代疗法 保险人应赔付以下项目实际产生的医疗费用： a) 由获得执业许可的物理治疗师提供的物理治疗费用。 b) 被保险人接受理疗师的辅助药物和治疗，此类赔偿可包括整骨疗法、手足病治疗和足病治疗、整脊疗法、顺势疗法、饮食疗法和针灸疗法的费用。 c) 中医执业医师或阿育吠陀医学执业医师对被保险人进行门诊中医治疗或阿育吠陀治疗时实际产生的医疗费用。 此保障包括所有符合保障范围的诊断、咨询费、治疗类型、治疗费、处方(包括药物详情和剂量)。 责任免除6.41条款适用此保障。 保险期内您可选择此保障a)或b)，合计首5次治疗不需转介(饮食疗法除外)，其他后续治疗需医生或专科医生转介。 年度门诊限额：适用于保险合同第20款和21款，受年度最高保险计划限额限制。	a)  每次380人民币 b)  每次380人民币 c)  每次190人民币 每个保险期内a), b), c) 综合最高达10次，受年度最高门诊限额限制

保障	易全保翡翠
22. 更年期激素替代治疗 需要进行激素替代治疗以缓解更年期早发症状之门诊费用，但更年期发病和治疗须始于40岁以下。	 每个保险期内 最高限额1,200人民币
23. 门诊精神疾病治疗 由法定资质的心理学家及/或法定资质的精神病医生的直接管理下，被保险人接受的门诊治疗。 此项保障包括10次治疗，赔付费用以本保障限额为准。 前5次就诊无需医生转介，之后的就诊则需要有医生或专科医生的转介函和治疗计划。	 每个保险期内最高10次， 综合最高限额1,850人民币
24. 牙科 保险人应赔付以下项目实际产生的医疗费用： 牙科治疗：牙科执业医生在牙科手术期间/牙科诊所进行牙科治疗的费用。牙科治疗包括： — 牙齿检查(若有必要其中包括照牙科X光)； — 预防性洗牙，抛光和窝沟封闭(每年一次)； — 补牙和拔牙(非手术和手术性)； — 根管治疗； — 新装或修复牙冠，假牙，嵌体和牙桥； — 进行牙根尖切除术； — 处方药和敷料。 不包括种植牙和牙齿矫正治疗保障。 其他牙科治疗一概不属于此类保障。 等待期：被保险人保单生效日后的180日内产生的任何费用不予赔付。不管投保人续保与否，被保险人必须完成180日等待期才可赔付此保障。 此保障有20%的自付比例。 免赔额或门诊每次就诊免赔额并不适用于此保障。	 不予承保

附加选项	易全保翡翠
25. 中国大陆选择 保险人应赔付被保险人在中国大陆因住院、日间留院及接受门诊治疗时实际产生的符合保障范围的医疗费用。标准的保险单保障限额适用于本条。 中国大陆以外的紧急非选择性治疗： 在最长期限为30日的计划行程中，被保险人若在中国大陆以外的地区遇到意外事故或因某种突发性医疗状况而引致对其健康构成即时威胁的严重疾病，在上述紧急事件之后的24小时内接受的医生或专科医生提供的治疗。 因意外事故，需接受住院和日间留院治疗，保险人应全额赔付。 因疾病需接受住院和日间留院治疗，以投保人和保险人双方同意的最高保障限额为限。最高保障限额应经投保人与保险人双方同意，并在保险合同中列明。	 可供选项 中国大陆以外的紧急非选择性治疗，因疾病治疗的最高限额150,000人民币
26. 病房限制(住宿最高限额800人民币) 如本保险合同第五条项下第1款(a)项所述，被保险人在中国大陆住院时，每日最高限额800人民币，从而在中国大陆医院接受保障范围内的住院或日间留院治疗及任何医生的治疗。医院的定义及范围由保险人事先约定。	 可供选项 于中国大陆医院接受住院或日间留院治疗每日最高限额800人民币
27. 昂贵医院限制 保险人将事先指定某些提供住院、日间留院或门诊治疗服务的医疗机构为昂贵医院。被保险人在中国大陆任何一家昂贵医院接受承保范围内的住院、日间留院或门诊治疗及任何医学专家的治疗时，保险人将不会赔付实际产生的有关医疗费用。	 可供选项
28. 私人医院住院自付比例 对属于保障范围内在私人医院的住院或日间留院治疗时实际产生的医疗费用，被保险人需承担20%自付比例。	 可供选项 20%自付比例
29. 年度最高保障限额1,000,000人民币 在本保险合同的保险期间内，如果发生了本保险合同涵盖的医疗事项，保险人应支付保险金额不得超过相应的保障限额，且支付的总保险金额不得超过本保险合同中规定的年度最高保障限额1,000,000人民币。	 可供选项
30. 门诊费用的自付比例 保险人应赔付被保险人符合保障范围内的门诊治疗实际产生的医疗费用，但门诊治疗有20%的自付比例。 自付比例并不适用于以下治疗：肾透析/肾衰竭、癌症或器官移植。 但此项不适用于6,300人民币免赔额或更高免赔额之计划。 如果被保险人的保险单中含有生育保障、牙科保障或体检、疫苗保障，其相应的自付额将会在被保险人的保障一览表中列明。	 可供选项
31. 门诊每次就诊免赔额 被保险人接受属于保障范围的门诊治疗时，门诊每次就诊设有150人民币免赔额。 门诊每次就诊免赔额并不适用于肾透析/肾衰竭、癌症或器官移植的治疗。 但此项不适用于6,300人民币免赔额或更高免赔额之计划。	 可供选项 150人民币
32. 取消药物和敷料限额 通过选择此选项，保障 20 c) 下的处方药和敷料将全额赔偿，但受年度最高门诊限额限制。 适用于3名员工或以上的统一投保的团体保险单。	 不予承保

附加选项	易全保翡翠
33. 体检和疫苗 — 选项1 适用于3名员工或以上的统一投保的团体保险单。 a) 体检保障：保险人应赔付例行健康检查，包括癌症筛查、乳腺癌1号和2号基因检查(如直系亲属有病史)、骨密度检查(50周岁以上女性被保险人每5年可做1次)、心血管系统检查，神经系统检查、生命体征检查(例如，血压、体重指数、尿分析和胆固醇)、儿童体检(至5周岁)的费用和/或 b) 疫苗保障：医疗必需的免疫疫苗和加强药物注射，以及医疗必需的任何旅行疫苗和疟疾预防注射，保险人将赔付相关药物费用和咨询费用。 责任免除6.9条款并不适用于此保障。	可供选项 a) 和 b) 每个保险期内的综合最高限额950人民币
34. 体检和疫苗 — 选项2 适用于3名员工或以上的统一投保的团体保险单。 a) 体检保障：保险人应赔付例行健康检查，包括癌症筛查、乳腺癌1号和2号基因检查(如直系亲属有病史)、骨密度检查(50周岁以上女性被保险人每5年可做1次)、心血管系统检查，神经系统检查、生命体征检查(例如，血压、体重指数、尿分析和胆固醇)、儿童体检(至5周岁)的费用和/或 b) 疫苗保障：医疗必需的免疫疫苗和加强药物注射，以及医疗必需的任何旅行疫苗和疟疾预防注射，保险人将赔付相关药物费用和咨询费用。 责任免除6.9条款并不适用于此保障。	可供选项 a) 和 b) 每个保险期内的综合最高限额1,570人民币
35. 生育保障 — 选项1 a) 被保险人怀孕或分娩期间实际产生的医疗必需费用；包括分娩费用、产前与产后六周内检查、扫描、自然分娩或自愿/紧急剖腹产的费用。本保障亦包含出生24小时内儿科医生就新生儿婴儿首次检查/体检的收费，以及幼儿2周岁生日前由医生或专科医生建议的儿科健康检查费用，包括体格检查，身高体重头围胸围等测量，视力听力等感知觉筛查，智能心理评估，生长发育检查，遗传病及代谢疾病筛查，疫苗注射，尿检，结核试验，血球容积比，血红蛋白及其他血液检查，包括镰状细胞贫血的筛查。 请注意此新生儿检查的费用保障，仅限于保险人已赔付本团体计划下被保险人的分娩费用，且新生儿已加入此团体计划并成为被保险人时，保险人才会赔付上述新生儿检查的费用。 b) 对于产前期间因保障范围内的医疗状况所产生的实际住院治疗费用或分娩期间因保障范围内的医疗状况所产生的实际住院治疗费用，保险人仅将治疗以下医疗状况视为此福利保障b)中符合保障范围内的医疗状况。 — 宫外孕(胚胎在子宫以外的部位著床发育)； — 葡萄胎(异常细胞在子宫内生长)； — 胎盘滞留(胚胎滞留在子宫内)； — 前置胎盘； — 子痫(怀孕期间发生在先兆子痫之后的昏迷或抽搐)； — 糖尿病(如果被保险人因自身与糖尿病有关的过往病史而有相应的责任免除，则被保险人不会因怀孕期间进行的任何糖尿病治疗而获得赔偿)； — 产后出血(分娩后多个小时及多日大出血)； — 需要实时接受外科治疗的流产。 本保障b)不包括自愿/紧急剖腹产或“产程进展不良”的费用，除非是上述保障b)所列之符合保障范围内的医疗状况之一。 等待期：被保险人保单生效日后的180日内产生的任何费用不予赔付。在第180日后至保单生效一年期间产生的费用，此保障有95%的自付比例。不管投保人续保与否，被保险人必须完成180日等待期才可赔付此保障。 因这是个人选择，保险人对于育儿或其他相关课程一概不予赔付。 适用于10名或以上的团体保单。 责任免除6.27条款并不适用于此保障。 免赔额适用于此保障。	可供选项 适用于10名或以上的团体保单 a) 每个保险期内最高限额31,500人民币 b) 每个保险期内最高限额75,600人民币

附加选项	易全保翡翠
36. 生育保障 — 选项2 a) 被保险人怀孕或分娩期间实际产生的医疗必需费用；包括分娩费用、产前与产后六周内检查、扫描、自然分娩或自愿/紧急剖腹产的费用。本保障亦包含出生24小时内儿科医生就新生儿首次检查/体检的收费，以及幼儿2周岁生日前由医生或专科医生建议的儿科健康检查费用，包括体格检查，身高体重头围胸围等测量，视力听力等感知觉筛查，智能心理评估，生长发育检查，遗传病及代谢疾病筛查，疫苗注射，尿检，结核试验，血球容积比，血红蛋白及其他血液检查，包括镰状细胞贫血的筛查。 请注意此新生儿检查的费用保障，仅限于保险人已赔付本团体计划下被保险人的分娩费用，且新生儿已加入此团体计划并成为被保险人时，保险人才会赔付上述新生儿检查的费用。 b) 对于产前期间因保障范围内的医疗状况所产生的实际住院治疗费用或分娩期间因保障范围内的医疗状况所产生的实际住院治疗费用，保险人仅将治疗以下医疗状况视为此福利保障b)中符合保障范围内的医疗状况。 — 宫外孕(胚胎在子宫以外的部位著床发育)； — 葡萄胎(异常细胞在子宫内生长)； — 胎盘滞留(胚胎滞留在子宫内)； — 前置胎盘； — 子痫(怀孕期间发生在先兆子痫之后的昏迷或抽搐)； — 糖尿病(如果被保险人因自身与糖尿病有关的过往病史而有相应的责任免除，则被保险人不会因怀孕期间进行的任何糖尿病治疗而获得赔偿)； — 产后出血(分娩后多个小时及多日大出血)； — 需要实时接受外科治疗的流产。 本保障b)不包括自愿/紧急剖腹产或“产程进展不良”的费用，除非是上述保障b)所列之符合保障范围内的医疗状况之一。 等待期：被保险人保单生效日后的180日内产生的任何费用不予赔付。在第180日后至保单生效一年期间产生的费用，此保障有95%的自付比例。不管投保人续保与否，被保险人必须完成180日等待期才可赔付此保障。 因这是个人选择，保险人对于育儿或其他相关课程一概不予赔付。 适用于10名或以上的团体保单。 责任免除6.27条款并不适用于此保障。 免赔额适用于此保障。	 可选选项 适用于10名或以上的团体保单 a)  每个保险期内最高限额44,100人民币 b)  每个保险期内最高限额94,500人民币

核保选项	易全保翡翠
37. 已声明的既往病症的限额 只适用于5-19名员工的统一投保的团体保险单。 此核保选项为已向保险人声明并被保险人接受的既往病症提供有限的承保。 等待期：被保险人保单生效日后的180日内产生的任何费用不予赔付。不管投保人续保与否，被保险人必须完成180日等待期才可赔付此保障。	 可供选项 只适用于5-19名员工的统一投保的团体保险单 等待期结束后： 每个已声明的既往病症的 限额12,600人民币 等待期结束后和 团体计划来年续保后： 每个保险期内 每个已声明的既往病症的 限额25,200人民币
38. 既往病史不告 适用于10名员工或以上的统一投保的团体保险单。	 可供选项

免赔额选项	易全保翡翠
标准免赔额	3,150人民币
自选免赔额 请注意：63,000人民币或94,500人民币免赔额仅适用于拥有不止一份健康保险单的投保人。如果投保人购买本保险单作为二级医疗保险单，投保人只能选择63,000人民币或94,500人民币免赔额选项。被保险人投保本保险时，需提供投保人主医疗保险的保险详情。	零 950人民币 1,570人民币 6,300人民币 15,700人民币 31,500人民币 63,000人民币 94,500人民币

本保障一览表仅供参考。详情请参阅保险合同条款。

保障	易全保水晶
年度最高保障限额 所有计划均提供24/7热线和援助服务	9,450,000人民币
保障区域:	全球保障 (不含美国)
指定网络:	易全保综合医疗网络
1. 医院收费、医生和专科医生费用 a) 医院对住院或日间留院治疗的患者收取的费用包括：床位费（一般病房/双人病房或私人病房）；诊断检测费用；手术室费用（含外科医生与麻醉师收费）；合格护士护理的费用；由医生或专科医生开具的药物和敷料的费用；手术期间医生使用的手术器械费用；住院或日间留院期间手术前后的咨询费；重症监护费用。 b) 辅助器材费用：属于保障范围内并因医疗所需，在住院或日间留院接受治疗的6个月内，用于购买及租赁拐杖、支撑架、辅助行走器和自推式非电子轮椅的费用。	a)  全额赔偿 上述保障需要预先获得书面同意  b)  每个医疗状况 最高限额9,450人民币
2. 诊断程序 保险人应赔付由医疗必需而引致的实际医疗费用，包括：磁共振成像扫描(MRI)、正电子放射断层扫描(PET)和计算机断层成像扫描(CT)的费用。	 住院、日间留院或 门诊全额赔偿 磁共振成像扫描(MRI)、 正电子放射断层扫描(PET)和 计算机断层成像扫描(CT)。 需要预先获得书面同意 
3. 肾衰竭和肾透析 a) 保险人应赔付被保险人住院接受肾衰竭(包括肾透析)治疗时实际产生的医疗费用。 b) 保险人应赔付被保险人日间留院或在门诊部接受肾衰竭(包括肾透析)治疗时实际产生的医疗费用。	a)  每个保险期内住院 最高达6周全额赔偿 b)  日间留院或门诊治疗 每个保险期内 最高限额310,000人民币
4. 器官移植 被保险人是器官受赠人时，有关肾脏、胰脏、肝脏、心脏、肺、骨髓、角膜的人体器官移植治疗时产生的医疗费用。 当器官移植是由先天性疾病导致时，相关医疗费用应当依照本保险合同第五条项下第7款(先天性疾病)进行赔付，此时本保险合同第五条项下第4款(器官移植)对于相关费用一概不予赔付。 保险人仅赔付满足以下条件的器官移植：在国际认可的医院并由获得认证的外科医生执行器官移植；并根据WHO指南获取的器官。 器官捐献者和寻找器官捐献者的相关医疗费用一概不予赔付。	 每个保险期内 最高限额945,000人民币
5. 癌症治疗 保险人应赔付因癌症而须住院、日间留院或门诊治疗时实际产生的医疗费用。此保障包括从诊断之时起，产生的肿瘤科医生的费用、手术费用，放射疗法和化学疗法的单项或综合费用。	 全额赔偿

保障	易全保水晶
6. 新生儿保障 保险人应赔付被保险人的新生儿因早产（即妊娠未满37周分娩）或被保险人的新生儿在出生30日内出现急性的病症而需住院接受治疗时发生的实际医疗费用。 此保障提供的前提是新生儿在出生之日起30日内已经加入本保险合同并且投保人已支付保险费。此保障经投保人和保险人双方同意可适用于多胎分娩的情况。 如果保险人在婴儿被加入保单之前需要详细了解新生儿的病史，则保险人保留其对所提供承保范围应用特别限制条款的权利。 请参阅第3条条款 — 新增新生儿保单条款有关详细信息。	每个保险期内 最高限额220,500人民币
7. 先天性疾病 保险人应赔付被保险人因先天性疾病进行住院治疗时实际产生的医疗费用。若新生儿出生30日内因先天性疾病接受治疗，将根据本保险合同第五条第6款 — 新生儿保障规定提供此类病症的保障，而本条款先天性疾病保障则不适用。最高保障限额应经投保人与保险人双方同意，并在保险合同中列明。	每个保险期内 最高限额220,500人民币
8. 家长住宿费用 保险人应赔付18周岁以下的被保险人因接受符合保障范围内的住院治疗时，其一位家长在医院陪伴过夜而实际产生的住宿费用。	全额赔偿
9. 新生儿陪伴母亲的医院住宿费用 保险人应赔付新生儿(出生16周及以下)在陪伴母亲(母亲为被保险人)接受住院治疗符合保障范围内的疾病时，医院为新生儿提供住宿而产生的实际费用。	全额赔偿
10. 整形外科手术 保险人应赔付被保险人接受整形外科手术的实际医疗费用，此整形外科手术是为了恢复正常人体的功能或外貌，同时此整形外科手术是因被保险人在保险单生效日或批单签发日(二者以后发生日为准)之后遭遇符合本保险合同保障范围的意外事故或因接受符合本保险合同保障范围内的疾病而接受了外科手术后产生。	全额赔偿
11. 日间留院和门诊手术 保险人应赔付被保险人在外科诊所、医院、日间护理中心或门诊部进行的外科手术时实际产生的治疗费用。	全额赔偿
12. 紧急住院牙科治疗 被保险人因遭遇意外事故后而必须住院一晚以上，其天然健全的牙齿因需进行紧急牙科修复治疗，保险人应按实际发生的医疗费用赔付给被保险人。 该牙科治疗必须在意外事故发生后的10日内进行。此保障包括因意外的外部撞击造成的口腔伤害而须接受治疗时产生的所有费用，但同时应满足以下条件： a) 如果上述治疗涉及更换齿冠、牙桥贴片、牙齿贴面或假牙，则保险人赔付合理惯常的费用，或赔付类似的或质量相当的更换费用； b) 如果临床角度上需要植牙，那么保险人赔付采用桥托产生的费用； c) 修复或重建在遭遇意外事故后损坏的假牙，但要求被保险人在遭遇意外事故时佩戴此类假牙。	全额赔偿
13. 康复治疗 专科医生针对被保险人所患疾病进行治疗时，推荐被保险人接受保险人认可的医院康复中心接受住院康复治疗，保险人应赔付此种情况下实际产生的康复治疗费用。但必须：被保险人连续三日住院；专科医生书面确认被保险人此时有必要接受康复治疗。应在出院后14日内办妥康复中心住院手续。上述治疗应接受专科医生的直接监管，并赔付如下费用： a) 专项治疗病房的使用费； b) 物理治疗费用； c) 语言治疗费用； d) 职业病治疗费用。	每个医疗状况 最高达90日全额赔偿
14. 家居护理 由医生或专科医生推荐，在被保险人接受住院或日间留院治疗后，由合格护士在被保险人家中提供护理的费用。 此保障必须预先获得保险人书面同意。	每个医疗状况 最高达30日全额赔偿 此保障需要预先 获得书面同意

保障	易全保水晶
15. 紧急救护运送费用 保险人应赔付陆上紧急救护交通运输工具接送或在医院之间转送途中，或经医生或专科医生认为医疗必需的交通运输工具实际产生的费用。	 全额赔偿
16. 转运和送返 a) 转运 保险人安排患有符合保障范围内的危重被保险人运送到最近的医疗机构进行住院或日间留院治疗。 赔付如下合理费用： i) 在被保险人须接受紧急治疗而事故发生地无法提供医疗上必需的救护接送与护理的情况下，运送被保险人时产生的交通费用。其中包括一名随行照料人员陪护行程中的经济舱机票。 ii) 被保险人在接受日间留院治疗期间，往返医院就诊时的当地合理交通费用。 iii) 被保险人入院后随行照料人员由于看望被保险人往返医院时产生的合理交通费用。 iv) 仅限住院前或出院后短期内，被保险人接受专科医生护理时的合理非医院住宿费用。 在保险人认可的滑雪场或类似的冬季运动场所范围之外，进行任何海空营救或山地救援时产生的转运费用一概不予赔付。 保险人的医学顾问将决定转运时的最合适的交通方式。如违背保险人医学顾问的意见，保险人不赔付交通费用。另外，如果被保险人前往的医院不具备合适医疗设施用以治疗被保险人之符合保障范围的医疗情况，则相关的交通费用将不予赔付。 b) 送返 经由医疗上必需且由保险人安排的转运之后，在被保险人完成治疗后的一个月內，在治疗地的被保险人与被保险人的一位随行照料人员将可获安排经济舱机票返回被保险人的国籍国或居住国。 此保障不包括单独送返，需要已经完成最初的医疗上必需的转运，才可赔付此符合保障范围的送返费用。 免赔额适用于此计划保障。	综合最高限额630,000人民币 该保障需要预先获得书面同意 a) 转运 i)  全额赔偿 ii)  全额赔偿 iii)  全额赔偿 iv)  每日最高限额1,200人民币 每人每次转运最高限额47,000人民币 该保障需要预先获得书面同意 b) 送返  全额赔偿
17. 遗体运送 保险人应赔付被保险人因保障范围内的医疗状况导致死亡时产生以下合理和惯常的费用： a) 将被保险人遗体或骨灰运往其国籍国或居住国时的费用，或 b) 在被保险人死亡所在地，根据合理的惯例进行土葬或火葬时产生的费用。	该保障需要预先获得书面同意 a)  全额赔偿 b)  最高限额63,000人民币
18. 保障区域以外的紧急非选择性治疗 — 在不超过30日(含30日)的计划行程 被保险人在保障区域以外若遇到意外事故或因某种突发性医疗状况而形成对被保险人的健康构成威胁的突发危重疾病，而且其在上述紧急事件之后的24小时内接受医生或专科医生提供的治疗，则保险人应赔付该期间实际产生的医疗费用。	 意外：意外后的住院和日间留院治疗全额赔偿  疾病：住院和日间留院护理 每个保险期内最高限额220,500人民币
19. 住院现金津贴 保险人应赔付被保险人在医院接受住院治疗期间每一晚的现金住院津贴，但应满足以下条件： a) 被保险人在零时前于居住国家的公立医院接受选择性住院治疗；或 b) 该计划是二级医疗保险计划。但是，如果被保险人的计划免赔额是人民币63,000或人民币94,500，被保险人不可享用此保障。 该保障仅限于每个保险期间内累计最长不超过30晚(含30晚)。 责任免除6.9条款并不适用于此保障。	 每晚最高限额1,575人民币

保障	易全保水晶
年度门诊限额： 适用于保险合同第20款和21款，受年度最高保险计划限额限制。	年度门诊限额： 15,750人民币
20. 门诊医生费用 a) 含括咨询费在内的医生收费，专科医生费用，诊断检查费用； b) 远程医疗咨询(医生以电子方式进行远程医疗咨询)； 如果被保险人在时康国际公布的易全保综合医疗网络内列明的医疗服务提供方接受治疗，符合保障范围内的治疗费用将全额赔付。 如果被保险人不是在时康国际公布的易全保综合医疗网络内列明的医疗服务提供方接受治疗，则只会赔付符合保障范围内合理和惯常的医疗费用。 c) 处方药和敷料的费用； d) 维生素和矿物质。 由医生开具处方的维生素和矿物质。由医生诊断的缺乏症及由医生开具处方的维生素、矿物质和滋润眼液将按照门诊保障d赔付符合保障范围的费用。 任何手术前和出院后的门诊费用将根据此保障进行赔付。 被保险人的保障范围不包括被保险人因调理慢性疾病而承担的费用。如果被保险人根据易全保翡翠计划，易全保水晶计划保险单选项投保则保险人将在本保险合同第五条项下第20款门诊医生费用承担调理慢性疾病的治疗费用。 请注意：如果索赔收据未显示所提供医疗服务的明细，我们将仅支付不超过处方药和敷料限额的符合条件的索赔。 年度门诊限额：适用于保险合同第20款和21款，受年度最高保险计划限额限制。	a) 和 b)  全额赔偿受年度最高门诊限额限制 c)  每个保险期内最高限额7,875人民币 d)  每个保险期内最高限额940人民币 a), b), c), d) 受年度最高门诊限额限制。
21. 门诊物理治疗和替代疗法 保险人应赔付以下项目实际产生的医疗费用： a) 由获得执业许可的物理治疗师提供的物理治疗费用。 b) 被保险人接受理疗师的辅助药物和治疗，此类赔偿可包括整骨疗法、手足病治疗和足病治疗、整脊疗法、顺势疗法、饮食疗法和针灸疗法的费用。 c) 中医执业医师或阿育吠陀医学执业医师对被保险人进行门诊中医治疗或阿育吠陀治疗时实际产生的医疗费用。 此保障包括所有符合保障范围的诊断、咨询费、治疗类型、治疗费、处方(包括药物详情和剂量)。 责任免除6.41条款适用此保障。 保险期内您可选择此保障a)或b)，合计首5次治疗不需转介(饮食疗法除外)，其他后续治疗需医生或专科医生转介。 年度门诊限额：适用于保险合同第20款和21款，受年度最高保险计划限额限制。	a)  每次500人民币 b)  每次500人民币 c)  每次250人民币 每个保险期内a), b), c) 综合最高达10次，受年度最高门诊限额限制

保障	易全保水晶
22. 更年期激素替代治疗 需要进行激素替代治疗以缓解更年期早发症状之门诊费用，但更年期发病和治疗须始于40岁以下。	 每个保险期内 最高限额1,850人民币
23. 门诊精神疾病治疗 由法定资质的心理学家及/或法定资质的精神病医生的直接管理下，被保险人接受的门诊治疗。 此项保障包括10次治疗，赔付费用以本保障限额为准。 前5次就诊无需医生转介，之后的就诊则需要有医生或专科医生的转介函和治疗计划。	 每个保险期内最高10次， 综合最高限额2,500人民币
24. 牙科 保险人应赔付以下项目实际产生的医疗费用： 牙科治疗：牙科执业医生在牙科手术期间/牙科诊所进行牙科治疗的费用。牙科治疗包括： — 牙齿检查(若有必要其中包括照牙科X光)； — 预防性洗牙，抛光和窝沟封闭(每年一次)； — 补牙和拔牙(非手术和手术性)； — 根管治疗； — 新装或修复牙冠，假牙，嵌体和牙桥； — 进行牙根尖切除术； — 处方药和敷料。 不包括种植牙和牙齿矫正治疗保障。 其他牙科治疗一概不属于此类保障。 等待期：被保险人保单生效日后的180日内产生的任何费用不予赔付。不管投保人续保与否，被保险人必须完成180日等待期才可赔付此保障。 此保障有20%的自付比例。 免赔额或门诊每次就诊免赔额并不适用于此保障。	 每个保险期内 最高限额1,900人民币

附加选项	易全保水晶
25. 中国大陆选择 保险人应赔付被保险人在中国大陆因住院、日间留院及接受门诊治疗时实际产生的符合保障范围的医疗费用。标准的保险单保障限额适用于本条。 中国大陆以外的紧急非选择性治疗： 在最长期限为30日的计划行程中，被保险人若在中国大陆以外的地区遇到意外事故或因某种突发性医疗状况而引致对其健康构成即时威胁的严重疾病，在上述紧急事件之后的24小时内接受的医生或专科医生提供的治疗。 因意外事故，需接受住院和日间留院治疗，保险人应全额赔付。 因疾病需接受住院和日间留院治疗，以投保人和保险人双方同意的最高保障限额为限。最高保障限额应经投保人与保险人双方同意，并在保险合同中列明。	 可供选项 中国大陆以外的紧急非选择性治疗，因疾病治疗的最高限额 150,000人民币
26. 病房限制(住宿最高限额800人民币) 如本保险合同第五条项下第1款(a)项所述，被保险人在中国大陆住院时，每日最高限额800人民币，从而在中国大陆医院接受保障范围内的住院或日间留院治疗及任何医生的治疗。医院的定义及范围由保险人事先约定。	 可供选项 于中国大陆医院接受住院或日间留院治疗每日最高限额800人民币
27. 昂贵医院限制 保险人将事先指定某些提供住院、日间留院或门诊治疗服务的医疗机构为昂贵医院。被保险人在中国大陆任何一家昂贵医院接受承保范围内的住院、日间留院或门诊治疗及任何医学专家的治疗时，保险人将不会赔付实际产生的有关医疗费用。	 可供选项
28. 私人医院住院自付比例 对属于保障范围内在私人医院的住院或日间留院治疗时实际产生的医疗费用，被保险人需承担20%自付比例。	 可供选项 20%自付比例
29. 年度最高保障限额1,000,000人民币 在本保险合同的保险期间内，如果发生了本保险合同涵盖的医疗事项，保险人应支付保险金额不得超过相应的保障限额，且支付的总保险金金额不得超过本保险合同中规定的年度最高保障限额1,000,000人民币。	 可供选项
30. 门诊费用的自付比例 保险人应赔付被保险人符合保障范围内的门诊治疗实际产生的医疗费用，但门诊治疗有20%的自付比例。 自付比例并不适用于以下治疗：肾透析/肾衰竭、癌症或器官移植。 但此项不适用于6,300人民币免赔额或更高免赔额之计划。 如果被保险人的保险单中含有生育保障、牙科保障或体检、疫苗保障，其相应的自付额将会在被保险人的保障一览表中列明。	 可供选项
31. 门诊每次就诊免赔额 被保险人接受属于保障范围的门诊治疗时，门诊每次就诊设有150人民币免赔额。 门诊每次就诊免赔额并不适用于肾透析/肾衰竭、癌症或器官移植的治疗。 但此项不适用于6,300人民币免赔额或更高免赔额之计划。	 可供选项 150人民币
32. 取消药物和敷料限额 通过选择此选项，保障 20 c) 下的处方药和敷料将全额赔偿，但受年度最高门诊限额限制。 适用于3名员工或以上的统一投保的团体保险单。	 可供选项 适用于3名员工或以上的统一投保的团体保险单

附加选项	易全保水晶
33. 体检和疫苗 — 选项1 适用于3名员工或以上的统一投保的团体保险单。 a) 体检保障：保险人应赔付例行健康检查，包括癌症筛查、乳腺癌1号和2号基因检查(如直系家属有病史)、骨密度检查(50周岁以上女性被保险人每5年可做1次)、心血管系统检查，神经系统检查、生命体征检查(例如，血压、体重指数、尿分析和胆固醇)、儿童体检(至5周岁)的费用和/或 b) 疫苗保障：医疗必需的免疫疫苗和加强药物注射，以及医疗必需的任何旅行疫苗和疟疾预防注射，保险人将赔付相关药物费用和咨询费用。 责任免除6.9条款并不适用于此保障。	可供选项 a) 和 b) 每个保险期内的综合最高限额950人民币
34. 体检和疫苗 — 选项2 适用于3名员工或以上的统一投保的团体保险单。 a) 体检保障：保险人应赔付例行健康检查，包括癌症筛查、乳腺癌1号和2号基因检查(如直系家属有病史)、骨密度检查(50周岁以上女性被保险人每5年可做1次)、心血管系统检查，神经系统检查、生命体征检查(例如，血压、体重指数、尿分析和胆固醇)、儿童体检(至5周岁)的费用和/或 b) 疫苗保障：医疗必需的免疫疫苗和加强药物注射，以及医疗必需的任何旅行疫苗和疟疾预防注射，保险人将赔付相关药物费用和咨询费用。 责任免除6.9条款并不适用于此保障。	可供选项 a) 和 b) 每个保险期内的综合最高限额1,570人民币
35. 生育保障 — 选项1 a) 被保险人怀孕或分娩期间实际产生的医疗必需费用；包括分娩费用、产前与产后六周内检查、扫描、自然分娩或自愿/紧急剖腹产的费用。本保障亦包含出生24小时内儿科医生就新生儿婴儿首次检查/体检的收费，以及幼儿2周岁生日前由医生或专科医生建议的儿科健康检查费用，包括体格检查，身高体重头围胸围等测量，视力听力等感知觉筛查，智能心理评估，生长发育检查，遗传病及代谢疾病筛查，疫苗注射，尿检，结核试验，血球容积比，血红蛋白及其他血液检查，包括镰状细胞贫血的筛查。 请注意此新生儿检查的费用保障，仅限于保险人已赔付本团体计划下被保险人的分娩费用，且新生儿已加入此团体计划并成为被保险人时，保险人才会赔付上述新生儿检查的费用。 b) 对于产前期间因保障范围内的医疗状况所产生的实际住院治疗费用或分娩期间因保障范围内的医疗状况所产生的实际住院治疗费用，保险人仅将治疗以下医疗状况视为此福利保障b)中符合保障范围内的医疗状况。 — 宫外孕(胚胎在子宫以外的部位着床发育)； — 葡萄胎(异常细胞在子宫内生长)； — 胎盘滞留(胚胎滞留在子宫内)； — 前置胎盘； — 子痫(怀孕期间发生在先兆子痫之后的昏迷或抽搐)； — 糖尿病(如果被保险人因自身与糖尿病有关的过往病史而有相应的责任免除，则被保险人不会因怀孕期间进行的任何糖尿病治疗而获得赔偿)； — 产后出血(分娩后多个小时及多日大出血)； — 需要实时接受外科治疗的流产。 本保障b)不包括自愿/紧急剖腹产或“产程进展不良”的费用，除非是上述保障b)所列之符合保障范围内的医疗状况之一。 等待期：被保险人保单生效日后的180日内产生的任何费用不予赔付。在第180日后至保单生效一年期间产生的费用，此保障有95%的自付比例。不管投保人续保与否，被保险人必须完成180日等待期才可赔付此保障。 因这是个人选择，保险人对于育儿或其他相关课程一概不予赔付。 适用于10名或以上的团体保单。 责任免除6.27条款并不适用于此保障。 免赔额适用于此保障。	可供选项 适用于10名或以上的团体保单 a) 每个保险期内最高限额31,500人民币 b) 每个保险期内最高限额75,600人民币

附加选项	易全保水晶
36. 生育保障 — 选项2 a) 被保险人怀孕或分娩期间实际产生的医疗必需费用：包括分娩费用、产前与产后六周内检查、扫描、自然分娩或自愿/紧急剖腹产的费用。本保障亦包含出生24小时内儿科医生就新生儿婴儿首次检查/体检的收费，以及幼儿2周岁生日前由医生或专科医生建议的儿科健康检查费用，包括体格检查，身高体重头围胸围等测量，视力听力等感知觉筛查，智能心理评估，生长发育检查，遗传病及代谢疾病筛查，疫苗注射，尿检，结核试验，血球容积比，血红蛋白及其他血液检查，包括镰状细胞贫血的筛查。 请注意此新生儿检查的费用保障，仅限于保险人已赔付本团体计划下被保险人的分娩费用，且新生儿已加入此团体计划并成为被保险人时，保险人才会赔付上述新生儿检查的费用。 b) 对于产前期间因保障范围内的医疗状况所产生的实际住院治疗费用或分娩期间因保障范围内的医疗状况所产生的实际住院治疗费用，保险人仅将治疗以下医疗状况视为此福利保障b)中符合保障范围内的医疗状况。 — 宫外孕(胚胎在子宫以外的部位著床发育)； — 葡萄胎(异常细胞在子宫内生长)； — 胎盘滞留(胚胎滞留在子宫内)； — 前置胎盘； — 子痫(怀孕期间发生在先兆子痫之后的昏迷或抽搐)； — 糖尿病(如果被保险人因自身与糖尿病有关的过往病史而有相应的责任免除，则被保险人不会因怀孕期间进行的任何糖尿病治疗而获得赔偿)； — 产后出血(分娩后多个小时及多日大出血)； — 需要实时接受外科治疗的流产。 本保障b)不包括自愿/紧急剖腹产或“产程进展不良”的费用，除非是上述保障b)所列之符合保障范围内的医疗状况之一。 等待期：被保险人保单生效日后的180日内产生的任何费用不予赔付。在第180日后至保单生效一年期间产生的费用，此保障有95%的自付比例。不管投保人续保与否，被保险人必须完成180日等待期才可赔付此保障。 因这是个人选择，保险人对于育儿或其他相关课程一概不予赔付。 适用于10名或以上的团体保单。 责任免除6.27条款并不适用于此保障。 免赔额适用于此保障。	 可供选项 适用于10名或以上的团体保单 a)  每个保险期内最高限额44,100人民币 b)  每个保险期内最高限额94,500人民币

核保选项	易全保水晶
37. 已声明的既往病症的限额 只适用于5-19名员工的统一投保的团体保险单。 此核保选项为已向保险人声明并被保险人接受的既往病症提供有限的承保。 等待期：被保险人保单生效日后的180日内产生的任何费用不予赔付。不管投保人续保与否，被保险人必须完成180日等待期才可赔付此保障。	 可供选项 只适用于5-19名员工的统一投保的团体保险单 等待期结束后： 每个已声明的既往病症的 限额12,600人民币 等待期结束后和 团体计划来年续保后： 每个保险期内 每个已声明的既往病症的 限额25,200人民币
38. 既往病史不告 适用于10名员工或以上的统一投保的团体保险单。	 可供选项

免赔额选项	易全保水晶
标准免赔额	3,150人民币
自选免赔额 请注意：63,000人民币或94,500人民币免赔额仅适用于拥有不止一份健康保险单的投保人。如果投保人购买本保险单作为二级医疗保险单，投保人只能选择63,000人民币或94,500人民币免赔额选项。被保险人投保本保险时，需提供投保人主医疗保险的保险详情。	零 950人民币 1,570人民币 6,300人民币 15,700人民币 31,500人民币 63,000人民币 94,500人民币



Now Health International

阿联酋 UAE

Arabia Insurance Company S.A.L.
c/o Now Health International Gulf Third Party Administrators LLC,
Regus Deira, Office 123 – 127, 1st Floor, Port Saeed Road,
Next to Pullman City Centre Deira, Dubai, United Arab Emirates,
PO Box 334337, Dubai, United Arab Emirates
T +971 (0) 4450 1410 | F +971 (0) 4450 1416
MEAService@worldcare.ae

全球 Rest of the World

Now Health International Limited
PO Box 482055, Dubai, UAE
T +971 (0) 4450 1510 | F +971 (0) 4450 1530
CustomerService@now-health.com

欧洲 (马耳他) Europe (Malta)

Now Health International Services (Europe) Limited
Dragonara Business Centre 5th Floor,
Dragonara Road, St Julian's, STJ 3141, Malta
T +356 2260 5110
CustomerService@now-health.com

欧洲 (西班牙) Europe (Spain)

Now Health International Services (Europe) Limited
Edificio Orense 34 (Torre Norte – Planta 07),
Calle Orense 34, CP 28020 - Madrid, Spain
T +34 911 841 690
CustomerService@now-health.com

英国 United Kingdom

Now Health International (UK) Limited
Suite 2.3, Building Three, Watchmoor Park, Camberley,
Surrey, GU15 3YL, United Kingdom
T +44 (0) 1276 602110 | F +44 (0) 1276 602130
CustomerService@now-health.com

亚太 Asia Pacific

Now Health International (Asia Pacific) Limited
Units 1501-3, 15/F, AIA Tower, 183 Electric Road
North Point, Hong Kong
T +852 2279 7310 | F +852 2279 7330
CustomerService@now-health.com

中国 China

Asia-Pacific Property & Casualty Insurance Co., Ltd.
c/o Now Health International (Shanghai) Limited
Room 1105, 11/F, BM Tower
No. 218 Wusong Road
Hongkou District, Shanghai 200080, China
T +(86) 400 077 7500 / +86 21 6156 0910 | F +(86) 400 077 7900
CustomerService@now-health.com

新加坡 Singapore

Now Health International (Singapore) Pte. Ltd.
4 Robinson Road
#07-01A/02 The House of Eden
Singapore 048543
T +65 6880 2300 | F +65 6220 6950
CustomerService@now-health.com

印尼 Indonesia

PT Now Health International Indonesia
17/F, Indonesia Stock Exchange, Tower II
Jl. Jend. Sudirman Kav. 52 – 53
Jakarta 12190, Indonesia
Toll-free 0800 1 889900/ Toll +62 21 2783 6910 | F +62 21 515 7639
CustomerService@now-health.com

保险合同由亚太财产保险有限公司签发，并委托时康管理顾问(上海)有限公司进行保单管理。亚太财产保险有限公司地址：中国深圳市福田区中心区福华一路免税商务大厦29-30楼，邮编：518048
时康管理顾问(上海)有限公司地址：中国上海市虹口区吴淞路218号宝矿国际大厦11楼1105室，邮编：200080

Policies are issued by Asia-Pacific Property & Casualty Insurance Co., Ltd.
Registered Office: 29-30F, Dutyfree Business Building, 1st Fuhua Road, Futian CBD, Shenzhen 518048, China.
Policies are administered by Now Health International (Shanghai) Limited.
Room 1105, 11/F, BM Tower, No. 218 Wusong Road, Hongkou District, Shanghai 200080, China.