

天安财产保险股份有限公司

团体全球医疗保险 A 款(2020 版)

总 则

第一条 合同构成

本保险合同（以下简称为“本合同”）由保险条款、投保单、保险单、保险凭证、保险卡以及与本合同有关的投保文件、合法有效的声明、批单及投保人与**保险人**¹共同认可的书面或者电子协议等组成。凡涉及本保险合同的约定，均应采用书面形式。

第二条 投保人

对被保险人具有保险利益的法人、非法人组织和其他符合监管规定的团体，均可作为本合同的投保人。投保时其投保人数必须占约定承保团体人员的75%以上，且投保人数不得低于3人。

家庭投保时，其投保人数不得低于3人。被保险人为限制民事行为能力人的，应由其监护人作为投保人。被保险不满10周岁，应由其父母或法定监护人作为投保人。

第三条 被保险人

凡初次投保时年龄不超过70**周岁**²（含），身体健康且能正常工作、生活的自然人，可作为本合同的主被保险人。

凡初次投保时年龄不超过70周岁（含），身体健康且能正常工作、生活的主被保险人的配偶，经保险人同意，可作为本合同的附属被保险人。

凡初次投保时年龄二十一周岁或者以下（为全日制在校学生，若存在身体缺陷或者智力障碍的，年龄应为二十六周岁或者以下）、未婚、经济上完全依赖主被保险人的主被保险人子女，经保险人同意，亦可作为本合同的附属被保险人。

除特别指明外，以下与被保险人相关的表述完全适用于主被保险人和附属被保险人。

第四条 根据随主被保险人投保本保险的附属被保险人的有无及其主被保险人的身份关系，**本保险中被保险人的参保方式分设有家庭型、非家庭型**，具体由投保人在投保时为被保险人选择，并载明在本合同中。

¹ **保险人**：指与投保人签订本保险合同的天安财产保险股份有限公司及其分支机构。

² **周岁**：以法定身份证明文件中记载的出生日期为基础计算的实足年龄。0周岁：指出生满15日且已健康出院的婴儿。

(一) 家庭型：对应的附属被保险人为主被保险人的子女及配偶，投保总人数在3人及以上；

(二) 非家庭型：对应的被保险人为投保人员工，对应的附属被保险人为主被保险人的子女或配偶。

第五条 受益人

除另有约定外，本合同保险金的受益人为被保险人本人。

第六条 保险人将为每一被保险人发放保险卡（含电子卡或实物卡），该保险卡将载明以下信息：保险单号码、次免赔额或者年免赔额、自付比例、保障类型、是否享有最佳福利套餐、特别约定、医疗服务中心号码、如何联系医疗服务网络、如何申请理赔等信息。保险卡，是被保险人在网络医疗机构享受直接付费服务的凭证。

第七条 本合同计价币别为人民币，投保人和保险人亦可约定为其他计价币别，具体以保单载明的为准。

保险责任

第八条 保障类型

本保险的保障类型有：全球保障、国际保障、大陆保障及大陆及港澳台保障，具体保障类型由投保人在投保时为被保险人选择投保并在保险单中载明，保险人对于被保险人未选择的保障不承担赔偿责任。除另有约定外，所有的主被保险人、附属被保险人的保险保障应当一致。

保险人仅针对被保险人选择的保障类型在保险期间内在相应保障地域内发生的保险责任范围内的费用，按照合同约定承担保险责任：

(一) 全球保障：保障地域为全球任何国家和地区

(二) 国际保障：保障地域为全球除美国、加拿大以外的任何国家和地区

(三) 大陆及港澳台保障：保险地域为中国大陆、香港、澳门特别行政区，以及台湾地区

(四) 大陆保障：保险地域为中国大陆，不含香港、澳门特别行政区，以及台湾地区

(五) 可选增强保障：如保单载明提供地域增强保障，则保险人对被保险人在合同约定的保障地域之外发生的、与紧急医疗对应的保险责任范围内的费用亦提供保险保障。被保险人在接受紧急医疗前，须获得保险人认可的医疗服务中心（以下简称“中心”）的许可，该中心将指导该被保险人至最近且合适的网络医疗机构就医；保险人对被保险人未经中心批准在约定保障地域之外接受治疗发生的任何费用不承担保险

责任，被保险人在接受紧急医疗前根本无法联系中心的情形不在此限，但该被保险人亦须在该紧急情况发生后四十八小时内联系中心。

上述“紧急医疗”指：针对突然发生的、为避免严重身体伤害或者死亡须立即接受治疗的状况，被保险人立即或者因不可抗力因素在症状发作后二十四小时内开始接受的相应医疗，**但不包括：**

- (1) 对与被保险人离开约定保障地域前已有疾病和症状相关的医疗；
- (2) 常规医疗；
- (3) 可以推迟至被保险人返回约定保障地域后接受的医疗；
- (4) 被保险人事先计划好的医疗；
- (5) 因被保险人已知或者应该知道的情形而发生的医疗；
- (6) 妊娠、分娩及相关病症医疗。

第九条 保险责任

本合同的保险责任分为基本责任和可选责任。可选责任在投保人已投保基本责任的前提下才可以选择投保，若可选责任未在保险单上载明或批注，则可选责任不产生任何效力。

本合同基本责任包括：一般住院治疗和日间护理医疗费用

本合同可选责任包括：门诊医疗、特殊疾病医疗、紧急医疗运送、预防性检查保险责任、生育医疗保障、体检保障、牙科保障责任。

一、基本责任

(一) 一般住院治疗和日间护理医疗费用

在保险期间内，被保险人因遭受**意外伤害**³事故或经过本合同约定的**等待期**⁴后因初次罹患疾病（不含

³ **意外伤害**：指以外来的、突发的、非本意的和非疾病的客观事件为直接且单独的原因致使身体受到的伤害。自然死亡、疾病身故、猝死、自杀以及自伤均不属于意外伤害。

⁴ **等待期**：指自本合同生效日起计算的一段时间，具体天数由保险人和投保人在投保时约定并在本合同上载明。

慢性病、先天性疾病、出生缺陷及重大疾病)，在保险人指定或认可的**医疗机构**⁵接受由具有相应资质的医护人员诊断必须接受**住院**⁶治疗的，对于被保险人需个人支付的、**医学必需**⁷且符合**通常惯例水平**⁸的下列**住院治疗**和**日间护理**医疗费用，保险人在扣除本合同约定的免赔额和免赔率后，在本合同约定的限额内承担**给付保险金**的责任，具体**赔偿项目**、**免赔额**、**免赔率**、**赔偿限额**由投保人和保险人在投保时确认并载于**保险单**中。一般**住院治疗**和**日间护理**医疗费用包括：

- (1) 重症监护病房费；
- (2) 手术室费、恢复室费或急诊室费；
- (3) 住院膳食和营养配餐费、住宿费；
- (4) 床位费、陪床费；
- (5) 医师诊疗费、手术医师费和麻醉师费；
- (6) 治疗费、检查费、手术费；

⁵ **医疗机构**：是指符合下列所有条件的机构：

- (1) 拥有合法经营执照的定点公立医院，私立医院，超出该地区惯常医疗费用水平的昂贵医院；
 - (2) 设立的主要目的为向受伤者和患病者提供留院治疗和护理服务；
 - (3) 该医院必须具有系统的、充分的诊断设备，全套外科手术设备及能够提供二十四小时的医疗与护理服务的能力或资质。
- 1) 非主要作为康复医院、诊所、护理、疗养、戒毒、戒毒或类似的医疗机构。
- 2) 以上机构中的特需门诊或病房（包含特需医疗、外宾医疗、干部病房、联合病房、国际医疗中心、VIP部、联合医院）。

其中，昂贵医院是指保险单中列明的医疗费用较高的医疗机构。对被保险人在此类医疗机构就诊的费用，保险人仅在保险单明确规定承保的情况下负责赔偿。

⁶ **住院**：是指被保险人因意外伤害或疾病，经医生诊断正式办理住院手续，须住医院接受治疗超过二十四小时。但不包括下列情况：（1）被保险人在医院的急诊室或急诊观察室入住；（2）被保险人入住康复科、康复病床或接受康复治疗，但本合同必选保险责任之术后康复住院医疗费用不受此限；（3）被保险人住院期间一天内未接受与入院诊断相关的检查和治疗，或一天内住院不满二十四小时，遵医嘱到外院接受临时治疗的除外；（4）被保险人入院体检。

⁷ **医学必需**：指被保险人接受、使用或者服用的治疗、服务、器械或者药品符合以下条件：

- (1) 医师处方要求且对治疗被保险人疾病或者伤害合适且必需；
- (2) 与接受治疗当地普遍接受的医疗专业实践标准一致；
- (3) 非为了个人舒适或者为了被保险人父母、家庭、医师或者其他医疗提供方的方便；
- (4) 最恰当、合适水平：住院接受治疗时，无法以门诊的方式对相应疾病和症状提供安全的医疗，且当前病症处于急性或者亚急性状态需要持续接受治疗、专业护理或者康复治疗。主要出于接受慢性病治疗、长期看护、喘息照护、慢性病维持、协助从事日常生活活动目的而住院的，不属医学必需；
- (5) 非病人学术教育或者职业培训的一部分或者与之相关；
- (6) 非试验性或者研究性；

⁸ **通常惯例水平的医疗费用**：指以下两者中较低者：提供相应医疗服务的医疗机构对此医疗服务通常收费水平，同一地区其他医疗机构对居住在同一地区的（以邮政编码为准）、病情性质和严重程度类似的人员提供同样医疗服务的平均收费水平。

若某医疗服务在当地不常见或者仅当地区少数医疗机构能够提供，保险人将参考下列因素确定通常惯例水平的医疗费用：治疗复杂性，治疗必要的专业程度，必要的医疗专业类型，相应医疗机构提供的医疗服务范围和种类，其他地区通常的收费水平。这里，地区指根据普遍认可的国际标准为取得类似医疗机构或者类似医疗服务平均水平所必要的地域范围，可为一个城市、国家或者更广的区域。

- (7) 住院**药品费⁹**和手术敷料费；
- (8) 护理费；
- (9) 放射治疗、呼吸治疗、化学治疗、物理治疗、职业疗法费；
- (10) 矫形改造手术费；
- (11) 移植费；
- (12) **耐用医疗设备¹⁰**费；
- (13) **精神疾病治疗费¹¹**；
- (14) **临终关怀费用¹²**；
- (15) 康复治疗和专业护理费；
- (16) 住院日额补贴费用，**总给付天数、绝对免赔天数和每日给付津贴金额以保单载明的为准**；

(14) 赴异地就医的交通费补贴费用，交通类型包含飞机、火车、汽车和轮船，具体舱位要求以保单载明的为准。

⁹ **药品费** 指实际发生的合理且必要的、由医生开具的、具有国家药品监督管理部门核发的药品批准文号或者进口药品注册证书、医药产品注册证书的国产或进口药品的费用。但不包括营养补充类药品，免疫功能调节类药品，美容及减肥类药品，预防类药品，以及下列中药类药品：

(1) 主要起营养滋补作用的单方、复方中药或中成药，如花旗参，冬虫草，白糖参，朝鲜红参，玳瑁，蛤蚧，珊瑚，狗宝，红参，琥珀，灵芝，羚羊角尖粉，马宝，玛瑙，牛黄，麝香，西红花，血竭，燕窝，野山参，移山参，珍珠（粉），紫河车，阿胶，阿胶珠，血宝胶囊，红桃K口服液，十全大补丸，十全大补膏等；

(2) 部分可以入药的动物及动物脏器，如鹿茸，海马，胎盘，鞭，尾，筋，骨等；

(3) 用中药材和中药饮片炮制的各类酒制剂等。

¹⁰ **耐用医疗设备**：指满足基本医疗需要**而购买或租赁的**康复设备、矫形支具等，包括但不限于腿、臂、背和颈支具，人造腿、臂、眼。发生因患癌症而行属本合同保险责任范围的乳房切除术情形时，义乳及放入义乳的胸衣亦属耐用医疗设备。

¹¹ **精神疾病治疗费**：指经医师诊断和要求被保险人在保险合同约定的精神专科医院或设有精神疾病科室的医疗机构，为治疗精神疾病接受由具有执业医师执照的精神科专科医生实施的住院或门诊医疗和咨询费用。精神疾病包括但不限于神经性贪食症、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，但不包括酒精和药物滥用戒断治疗智商测试、教育测试、婚姻和家庭心理咨询等。

¹² **临终关怀费用**：指发生本合同保险事故的被保险人因与该事故相应的病症或相关的病症而被诊断患终末期疾病且存活期二百四十日以下（含），经本公司许可，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、支持性医护设施而发生的费用（限30日，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。

临终关怀机构指对终末期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：

(一) 取得了政府相关部门的许可；(二) 二十四小时提供服务；(三) 有医师直接管理和监控；(四) 有注册护士指挥、协调护理服务；(五) 被许可从事社会服务指导和协调；(六) 主要目的为提供临终关怀服务；(七) 有全职管理人员。

二、可选责任

(一) 门诊医疗费用

在保险期间内，被保险人因遭受意外伤害事故或经过本合同约定的等待期后因初次罹患疾病（不含慢性病、先天性疾病、出生缺陷及重大疾病），在保险人指定或认可的医疗机构接受门诊治疗时，被保险人需个人支付的、必需且合理的门诊医疗费用，保险人在扣除本合同约定的免赔额和免赔率后，在本合同约定的限额内承担给付保险金的责任，具体涵盖的门诊医疗费用项目、免赔额、免赔率、赔偿限额由投保人、保险人在投保时确认并载于保险单，门诊医疗费用包括：

- (1) 医师诊疗费、专家门诊费；
- (2) 处方药费；
- (3) 化验费；
- (4) 检查费；
- (5) 手术室和恢复室费；
- (6) 手术医师费和麻醉师费；
- (7) 理疗费；
- (8) 中医针灸疗法和顺势疗法费；
- (9) 放射治疗、化学治疗费；
- (10) 中医治疗费；
- (11) 睡眠检查和治疗费；
- (12) 门诊手术费；
- (13) 急诊室费；
- (14) 耐用医疗设备费；
- (15) 精神疾病治疗费；
- (16) 临终关怀费用；

(17) 家庭护理费;

(18) 紧急牙科治疗费用¹³。

保险人在本合同项下累计给付各项保险金之和以本合同约定的保险金额为限,当保险人在本合同项下累计给付金额达到本合同项下保险金额时,保险人对被保险人在本合同项下的本项保险责任终止。

(二) 特殊治疗费用

在保险期间内,被保险人因罹患**慢性病**¹⁴、**先天性疾病**¹⁵/出生缺陷及**重大疾病**¹⁶,在保险人指定或认可的医疗机构接受门急诊或住院治疗时,被保险人需个人支付的、必需且合理的医疗费用,保险人依据本合同的约定予以承担赔偿责任,具体分项赔偿限额由投保人、保险人在投保时确认并载于保险单。

保险人在本合同项下累计给付各项保险金之和以本合同约定的保险金额为限,当保险人在本合同项下累计给付金额达到本合同项下保险金额时,保险人对被保险人在本合同项下的本项保险责任终止。

(三) 紧急医疗运送费用

(1) 紧急医疗运送费用

紧急医疗运送费用指紧急情况下出于医疗必要以专业救护车将被保险人运至医疗机构发生的费用,属

¹³ **紧急意外牙科治疗:** 被保险人因遭遇意外事故导致其自然牙齿或牙龈伤害而在意外事故发生后二十四(24)小时内进行的医疗上必要的牙科急诊诊疗的费用,以及在意外事故发生后三十(30)天内的后续诊疗的费用(包括处方医药用品和药品的费用)。本项保障内容不受保障区域限制,但不包括下列情况的牙科治疗:

- (1) 损伤是由自然磨损引起的;
- (2) 损伤是在未佩戴合适的口腔防护工具进行拳击或橄榄球运动时造成的;
- (3) 损伤是由刷牙或任何其他口腔卫生护理引起的;
- (4) 损伤是由于饮食和/或食物或饮料中所含任何异物引起的;
- (5) 意外损伤牙齿的任何种植牙相关治疗。

¹⁴ **慢性病:** 指符合下列条件的伤害、疾病或者症状:不需要住院治疗,预期病程长久且无可合理预计的康复日期,可能复发、需要连续或者定期护理。

¹⁵ **先天性疾病:** 指被保险人一出生时就具有的缺陷畸形或疾病(病症或体征)。这些缺陷畸形或疾病是指因人的遗传物质(包括染色体以及位于其中的基因)发生了对人体有害的改变而引起的,或因母亲怀孕期间受到内外环境中某些物理、化学和生物等因素的作用,使胎儿局部细胞发育不正常,导致婴儿出生时有关器官、系统在形态或功能上呈现异常。

¹⁶ **重大疾病:**

- (1) 心血管疾病-包括冠心病、先天性心脏病、心肌梗塞、主动脉瘤。
- (2) 神经疾病-包括脑卒中、脑动脉瘤、阿尔茨海默病、帕金森病、脊髓空洞症、多发性硬化症。
- (3) 血液疾病-包括白血病、淋巴瘤、再生障碍性贫血、血小板减少性紫癜、血友病。
- (4) 肺部疾病-慢性阻塞性肺病、原发性肺动脉高压。
- (5) 消化疾病-肝硬化、重症肝炎。
- (6) 自身免疫性疾病-包括系统性红斑狼疮、系统性硬皮病。
- (7) 其他-包括所有肿瘤、主要器官衰竭或者移植、囊性纤维化、黑斑息肉病、III度烧伤。

保险责任范围内的费用，**保险人依据本合同的约定予以承担赔偿责任，具体分项赔偿限额由投保人、保险人在投保时确认并载于保险单。**

(2) 紧急医疗转运费

被保险人遇有生命危险、得不到及时治疗将导致身故或者严重伤害的，如果在当地不能获得适当治疗，被保险人或者相关人员可联系保险人医疗服务中心，经中心许可，中心将负责安排运送被保险人至离被保险人最近且能够提供所需服务的医疗机构，由此发生的费用属保险责任范围内的费用，**保险人依据本合同的约定予以承担赔偿责任，具体分项赔偿限额由投保人、保险人在投保时确认并载于保险单。**根据被保险人病情或者伤势，保险人有权决定运送目的地和医疗机构。**如果被保险人不在中心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。未经中心许可被保险人自行安排运送的，运送费用完全由被保险人承担。**被保险人治疗完成或者病情稳定后，保险人将安排其以公共交通工具（飞机限经济舱）返回常住地，相应交通费用亦属保险责任范围内的费用。

同时，保险人将安排该被保险人一位陪同人员陪同医疗转运，并在该被保险人住院期间安排陪同人员就近住宿，由此发生住宿费用属保险责任范围内的费用，**具体住宿费用每日限额及总给付天数以保险单载明的为准。**

(3) 遗体运返或者安葬费用

保险期间内被保险人在其国籍国以外国家或者地区身故，在事发地法律法规许可的情况下，保险人将负责运送其遗体至其国籍国或者安排当地安葬，由此发生的费用属保险责任范围内的费用。**保险人对每一被保险人给付的与本项费用对应的医疗保险金限额以保险单载明的为准。**

(四) 预防性检查

在保险期间内，保险人对于被保险人进行的如下预防性检查费用，**在保险单载明的限额内予以承担，具体承担项目及赔偿费用上限以保险单载明的为准：**

(1) 宫颈涂片和乳房 x 光照片费用（限 50 周岁以上女性被保险人）：每个项目限一年一次；

(2) 前列腺检查费用（限 55 周岁以上男性被保险人）：每个项目限一年一次；

(3) 和家族病史有关的病理筛查（限一年一次）费用；

(4) 1 周岁以内的入保婴儿常规检查费用；

(5) 0-7 周岁内的入保儿童疫苗注射费用。

(五) 生育保障

根据投保人和被保险人具体情况，保险人可对分娩和新生儿保险责任增加等待期限制条款，具体等待期由投保人和保险人在投保时约定并载明于保险单中，**保险人对女性主被保险人或者作为配偶的女性附属被保险人在等待期内发生的分娩费及相应新生儿费不承担保险责任。**

(1) 分娩费

在保险期间内，女性主被保险人或者作为配偶的女性附属被保险人在医院或者生育中心发生的产前检查费、妊娠期内医师处方开具的维生素和钙剂费、超声波检查费、早产费、顺产费、医学必需剖腹产费、麻醉费、产后复查费、妊娠并发症治疗费、流产费等分娩费用，保险人按本合同约定的限额承担给付责任，**具体赔偿限额、等待期由投保人和保险人在投保时约定并在保险单载明。**

(2) 妊娠并发症治疗费用

在保险期间内，女性主被保险人或者作为配偶的女性附属被保险人因发生**妊娠并发症**¹⁷并接受必须且合理的治疗而发生的医疗费用，保险人按本合同约定的限额承担给付责任。

(3) 新生儿护理费

在保险期间内，女性主被保险人或者作为配偶的女性附属被保险人在保险期间内生育的婴儿出生后十四日内发生的专业护理及治疗费用，保险人按本合同约定的限额承担给付责任。

(六) 体检保障

在保险期间内，被保险人每年一次全身体检费以及相关检查化验费，免疫费，常规检查化验费，属保险责任范围内的医疗费用，**保险人在扣除本合同约定的免赔率后在本合同约定的限额内予以赔偿。具体体检保障赔偿限额由投保人与保险人在投保时候约定，并载明于保险单中。**

(七) 牙科保障

在保险期间内，被保险人发生的下述牙科治疗费用（**不包含被保险人因遭遇意外事故导致的紧急牙科治疗费用**），**保险人在扣除本合同约定的免赔率后在本合同约**

¹⁷ **妊娠并发症** 指由妊娠引起或加剧的症状，该症状与分娩不同，包括但不限于急性肾炎、肾变病、心代偿失调、意外流产、异位妊娠终止、妊娠期内无法继续妊娠时终止妊娠。妊娠并发症不包括非选择性剖腹产、人工不当操作、先兆流产、偶发点滴性出血、妊娠期内医师处方要求的休养、孕妇恶心、妊娠剧吐以及其他不属疾病分类学上妊娠并发症类的难产相关症状。

定的限额内予以赔偿：

(1) 预防治疗费：包括常规牙科检查、牙齿健康指导、涂氟治疗、窝沟封闭、洁齿和抛光（预防）、保险期间内两次以下（含）牙齿清洁检查费。

(2) 基础治疗费：包括汞合金或复合树脂充填、简单拔牙、牙周刮治、根面平整费。

(3) 重大治疗费：包括根管充填、牙冠和嵌体、桥式义齿（包括化验和麻醉费用）、智齿拔除费，以及牙齿矫正治疗费。牙齿矫正治疗费包括模型研究（包括口腔 X 光片）、牙齿印模、活动矫治器、固定矫治器（包括调整）、正畸拔牙、托槽的粘接费。

与牙科保障对应的保险责任范围内的费用不包括以美容为目的牙齿处理、义齿、高嵌体、种植牙、贴面及相关费用，保单另有约定的除外。

具体牙科保障赔偿限额项目、免赔率、赔偿限额由投保人与保险人在投保时候约定，并载明于保险单中。

（八）眼科保障

在保险期间内，被保险人接受医学必需的视力矫正治疗时产生的眼科检查费、眼镜框架费、镜片费（或隐形眼镜费用）等医疗费用，保险人在扣除本附加合同约定的免赔额后在本附加合同约定的限额内予以赔偿。

与眼科保障对应的保险责任范围内的费用不包括可选的镀膜防眩光镜片，防划伤镜片，防紫外线防晒镜片太阳镜和/或相关配件的费用；

具体累计赔偿限额、赔偿次数、免赔额、每次赔偿限额由投保人和保险人在投保时约定并在保险单中载明。

三、医疗费用保险补偿原则

1、本合同为医疗费用保险，适用补偿原则，即被保险人通过任何途径（包括社会基本医疗保险、公费医疗、工作单位、保险人在内的任何商业保险机构等）所获得的医疗费用补偿金额总和不得超过被保险人实际支出的医疗费用总金额。

2、如被保险人通过其他途径获得的医疗费用补偿之后，保险人可予以扣除后对剩余的医疗费用按本合同规定予以给付。

针对以下两种情况，投保人和保险人分别约定免赔额和给付比例，并在保险单中载明：

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

(2) 无医保：被保险人申请理赔时未享有社会基本医疗保险或公费医疗保障，或没有从社会基本医疗保险或公费医疗保障中获得医疗费用补偿的。

(3) 若被保险人以参加医保身份投保，但未以参加医保身份就诊并结算的，保险人按照保险单上单独约定的给付比例进行赔付。

责任免除

第十条 对因下列情形之一导致被保险人支出医疗费用的或发生如下列明的医疗费用，保险人不承担保险金给付责任：

- 1、投保人对被保险人的故意杀害或故意伤害；
- 2、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政府依法拘禁或入狱期间；
- 3、被保险人自杀，但被保险人自杀时为无民事行为能力人的除外；
- 4、被保险人故意自伤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；
- 5、被保险人酒后驾驶、无有效驾驶证驾驶¹⁸，或驾驶无有效行驶证¹⁹的机动车辆期间；
- 6、被保险人斗殴²⁰、醉酒²¹，服用、吸食或注射毒品²²，或未遵医嘱，擅自服用、涂用、注射药物；

¹⁸ 无有效驾驶证驾驶：被保险人存在下列情形之一者：

- (1) 无驾驶证或驾驶证有效期已届满；
- (2) 驾驶的机动车与驾驶证载明的准驾车型不符；
- (3) 实习期内驾驶公共汽车、营运客车或者载有爆炸物品、易燃易爆化学物品、剧毒或者放射性等危险物品的机动车，实习期内驾驶的机动车牵引挂车；
- (4) 持未按规定审验的驾驶证，以及在暂扣、扣留、吊销、注销驾驶证期间驾驶机动车；
- (5) 使用各种专用机械车、特种车的人员无国家有关部门核发的有效操作证，驾驶营业性客车的驾驶人无国家有关部门核发的有效资格证书；
- (6) 依照法律法规或公安机关交通管理部门有关规定不允许驾驶机动车的其他情况下驾车。

¹⁹ 无有效行驶证：指下列情形之一：

- (1) 机动车被依法注销登记的；
- (2) 无公安机关交通管理部门核发的行驶证、号牌、临时号牌或临时移动证的机动车辆；
- (3) 未在规定检验期限内进行机动车安全技术检验或检验未通过的机动车辆。

7、被保险人从事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；

8、被保险人从事或参加高风险运动，如：潜水²³、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²⁴、攀登海拔3500米以上的独立山峰、滑雪、武术²⁵、摔跤、马术、赛马、赛车、特技表演²⁶（含训练）、替身表演（含训练）、探险²⁷或考察活动（洞穴、极地、沙漠、火山、冰川等等）；

9、战争、军事行动、暴乱或者武装叛乱；

10、因参与非法活动引起的损伤或疾病；

11、核爆炸、核辐射或者核污染。

第十一条 疾病及费用除外

1、被要求健康告知的被保险人未告知的既往症的治疗费；

2、在本合同约定等待期内对约定的相应病症的治疗费；

3、不符合国内医学界认可实践的治疗方法、手段、设备、药品等试验性医疗费；

4、根据工伤补偿、职业病或者其他与职业疾病相关的法律法规可从中获得补偿的费用，已从政府、慈善机构、其他福利计划或者医疗保险计划获得补偿的费用；

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**:指因饮酒而表现出动作不协调、意识紊乱、舌重口吃或其他不能清醒地控制自己行为的状态。醉酒的认定，如有司法机关、公安部门的有关法律文件、医院的诊断书等，则以上述法律文件、诊断书等为准。

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**:指进行马术、杂技、驯兽等表演。

²⁷ **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。

5、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、设备或者服务而发生的费用；

6、无原始发票的费用，电话咨询费，没有按时就诊的预约费用，非医师处方要求的服务费用，不在执业范围的医疗服务费用，不符合专业认可标准或者为进行适当治疗所不必要的医疗和牙科服务费用，非医学必需的费用，超过通常惯例水平的费用；

7、为个人舒适或者方便而产生的费用，包括但不限于电视、单人病房、房屋打扫、访客膳食和住宿、电话、家庭设备、旅行费、本合同没有列明的急救费以及其他非医学必需的服务和设备；

8、保险期间届满后发生的费用（包括在此后按疗程使用的处方药品费用）；

9、健康检查费，免疫费，出于行政或者管理事务目的（比如与投保保险、招聘、入学或者运动相关的体格检查）发生的检查费，旅行和宾馆住宿费用；

10、非处方药品和设备、戒烟药物、食欲抑制剂、头发再生药物、抗光老化药物、美容用品、大剂量维生素、维他命费，中草药代加工成粉剂、药丸、胶囊、胶、膏或者其他制剂发生的加工费，包括但不限于：膏方，人参类，玳瑁，珊瑚，狗宝，海马，琥珀，灵芝，动物器官类，牛黄，麝香，藏红花，血竭，珍珠（粉）、阿胶、冬虫夏草、血宝胶囊、红桃 K 口服液、十全大补丸（膏），及用中草药材及其他物品炮制的各种酒制品等；矿物质等；

11、未经被保险人医师推荐的放射治疗、化学治疗、物理治疗、美式脊椎矫正、职业疗法和语音治疗费，但紧急情况下被保险人医师完全了解相应治疗后同意如此治疗的情形不在此限；

12、视觉治疗相关费用，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）校正手术费；

13、静养疗法、监护及家居照料费，在护理之家、养老院接受护理费，为休息、观察而实施的环境疗法费，在任何长期护理机构、矿泉疗养地、水疗院门诊、康复机构、疗养院、养老院等非本合同规定的医疗机构接受的服务或者治疗费，医疗机构已实际成为或者倾向作为被保险人住家或者常住地情形下发生的费用，完全或者部分因为家庭原因的住院医疗费用；

14、选择性手术和治疗费用，仅为改善或者提高目前身体状况而发生的、非医学必需的费用；

15、无论是否出于心理目的而进行的美容、整容（包括牙科治疗）费用；

16、对未表现出可疑细胞行为（如近期大小、形状、颜色发生改变）的良性皮肤损害的治疗或者祛除

费，白癫风治疗费，对浅表静脉曲张、蜘蛛脉、除瘢痕疙瘩型外的其他瘢痕、纹身去除、皮肤变色的治疗或者手术费；

17、丰胸或者缩胸手术及其并发症治疗费用；

18、与脱发相关的治疗费用，包括但不限于男性型脱发或者其他种类秃发的治疗，以激光、电解、蜡或者其他方法祛除毛发，发生男性型脱发、女性与年龄相关脱发、疾病或者意外伤害导致的脱发等情形时的头发移植；

19、戒烟治疗费，减肥和任何为减肥接受的治疗、咨询、饮食费，减肥代餐费，与单纯性肥胖和病理性肥胖相关治疗（包括但不限于胃旁路术、胃球置放术、胃分隔术、空肠回肠旁路术）及相应并发症治疗费；

20、器官移植供体费用、运输费用、器官来源费用、低温储藏费用；与不孕不育症或者生育治疗相关的移植费用；

21、任何类型助孕费（包括受胎药、不孕不育症药、人工授精、试管授精、配子输卵管内移植、受精输卵管植入术、代理怀孕以及其他费用），以及与此相关的怀孕、妊娠并发症、分娩、产后护理费等；

22、优生优育咨询、筛查、检查和治疗费用；

23、不孕不育症治疗费用，但在下列任何情形下为查明不孕不育症原因而发生的费用不在此限：投保时对不孕不育症不知悉且未采取过任何形式的辅助生育措施；

24、选择性流产及并发症费用；

25、男女生育控制，输精管切除术和绝育术，男性或者女性绝育恢复手术，性别转换症、性障碍治疗，包皮环切术，生育前培训，选择性剖腹产，伟哥以及其他用于提高性功能的任何流程、服务、用品和药物；

26、作为子女的附属被保险人怀孕及相关症状治疗费；

27、对由酒精、溶剂或者毒品滥用引起的伤害或者疾病的治疗费；

28、对完全或者部分由服用酒精、非法药物、非医师处方要求药物或者非医师处方要求用量药物引起的伤害的治疗费；

29、眼镜、隐形眼镜配置费用，本合同另有约定的不在此限；

30、非医学必须的常规体检费用以及相关检查化验费、免疫费、常规检查化验费用，本合同另有约定的不在此限；

31、除紧急牙科外的其他牙科治疗费（包括对咀嚼食物或者其他外物引起的牙齿伤害的治疗费），本合同另有约定的不在此限；

32、耐用医疗设备使用和保养指导费，定制或者改造任何交通工具、洗浴设备或者住宅设备费，所有非处方医疗器械费；

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

34、矫正鞋或者其他脚支撑器材（包括但不限于足弓支撑器、矫正器或者任何其他预防性的服务或者器材）费，任何用于治疗弱足、矫形足、不稳足、扁平足或者足弓塌陷的器材费，任何与跗骨、跖骨相关的治疗费，对脚表面损害（如鸡眼、老茧、角质化）治疗（但有关骨外露、肌腱或者韧带的手术不在此限）费；

35、常规足部治疗费，因意外伤害或者疾病引起的足部治疗情形不在此限；

36、在政府当局指导下，实施的与传染病相关的治疗、药品、设备、服务和紧急医疗运送费；

37、生长激素治疗费，经保险人医疗服务中心批准的医学必需情形不在此限；

38、因健康原因被医师建议不宜旅行的被保险人执意旅行引起的伤害或者病症的治疗费；

39、对属于既往症的获得性免疫缺陷综合症（AIDS，艾滋病）、艾滋相关综合征（ARCS）和其他与 HIV 病毒相关的性传染病或者症状的治疗费用；

40、变性手术，包括在变性手术、手术流程的准备阶段或之后的医学或心理咨询和荷尔蒙治疗，以及其他和变性及其并发症有关的费用；

41、基因检测相关的疾病的咨询、筛查、检查或治疗；

42、本合同载明的免赔额或免赔率。

保险金额和保险费

第十二条 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。

第十三条 保险费

保险费按被保险人的投保年龄和选择保障计划所对应的费率标准计收。

保险费=基准保费×风险调整系数乘积×投保人数×投保天数/365 天

保险期间

第十四条 保险期间

保险期间由保险人和投保人协商确定，以保险单载明的起讫时间为准，最长不超过一年。

第十五条 保险责任起讫

本合同的责任起讫自本合同生效之日起经过约定的等待期以后，且投保人缴清保险费时开始，合同另有约定的从约定。

保险人义务

第十六条 续保

投保人在保险单到期前，可以向保险人提出继续投保申请，经保险人根据被保险人的年龄、医疗费用水平变化、本保险合同整体经营状况调整被保险人在投保时的费率。在投保人接受费率调整的前提下，保险人方可为投保人办理再次投保手续。

本合同保险期间届满前30日(含第30日)内，投保人可向保险人提出再次投保本合同的申请，保险人也可向投保人发送再次投保本合同的邀约。在保险合同期满后30日内，经投保人申请且保险人同意继续签发保单的，下一年度保单和上年度保单将在时间上相连续，保险人不再设置等待期。

在保险合同期满后30日后，或根据本保险条款保险合同已经被解除或撤销的情况下，投保人续保不适用本条规定，需重新设置等待期，续保合同另有约定的除外。

本保险为非保证续保合同，如投保人未按照约定提出续保申请并缴纳续保保险费，或保险人审核后不同意续保，则本合同在保险期间届满时责任终止。

当被保险人年龄超过99周岁或者当本产品停售时，保险人将不再接受投保人的重新投保申请。

第十七条 明确说明义务

订立保险合同时，采用保险人提供的格式条款的，保险人向投保人提供的投保单应当附格式条款，保险人应当向投保人说明保险合同的内容。对保险合同中免除保险人责任的条款，保险人在订立合同时应当在投保单、保险单或者其他保险凭证上作出足以引起投保人注意的提示，并对该条款的内容以书面或者口头形式向投保人作出明确说明；未作提示或者明确说明的，该条款不产生效力。

第十八条 签发保单义务

本保险合同成立后，保险人应当及时向投保人签发保险单或其他保险凭证。

第十九条 保险合同解除权行使期限

保险人依据第二十四条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。

第二十条 补充索赔证明和资料的通知

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投保人、被保险人补充提供。

第二十一条 及时核定、赔付义务

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，但保险合同另有约定的除外。

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，履行赔偿保险金义务。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。

第二十二条 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

第二十三条 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，若投保人未在合同规定时间内缴纳保险费的，保险人有权解除保险合同。

第二十四条 如实告知义务

(一) 订立保险合同，保险人就保险标的或者被保险人的有关情况提出询问的，投保人应当如实告知。

(二) 投保人故意或者因重大过失未履行如实告知义务的，足以影响保险人决定是否同意承保或者提高保险费率的，保险人有权解除本保险合同。

(三) 投保人故意不履行如实告知义务的，保险人对于合同解除前发生的保险事故，不承担给付保险金责任，并不退还保险费。

(四) 投保人因重大过失未履行如实告知义务，对保险事故的发生有严重影响的，保险人对于合同解除前发生的保险事故，不承担给付保险金责任，但应当退还保险费。

第二十五条 住所或通讯地址变更通知义务

投保人或被保险人住所或通讯地址变更时，应及时以书面形式通知保险人。投保人未通知的，保险人按本保险合同所载的最后住所或通讯地址发送的有关通知，均视为已发送给投保人。

第二十六条 职业或工种的变更通知义务

当被保险人变更职业或工种时，投保人或被保险人应在10日内以书面形式通知保险人。

被保险人所变更的职业或工种依照保险人职业分类在拒保范围内的，保险人在接到通知后有权解除本保险合同并按照接到通知之日退还原职业或工种所对应的未到期保险费²⁸。被保险人所变更的职业或工种依照保险人职业分类仍可承保的或在拒保范围内但保险人认定可以继续承保的，保险人按照接到通知之日计算并退还原职业或工种所对应的未到期保险费，投保人补缴按照保险人接到通知之日计算的新职业或工种所对应的保费。

被保险人所变更的职业或工种，依照保险人职业分类其危险性增加，且未依本条约定通知保险人而发生保险事故的，保险人按其原交保险费比新职业或工种所对应的保险费率计算并给付保险金。被保险人所变更的职业或工种依照保险人职业分类在拒保范围内，保险人不承担给付保险金的责任。

公司将按照事先公布的职业分类表确定被保险人的职业分类，投保人可通过本公司服务场所工作人员、服务热线或有关互联网查询到此表。

²⁸ 未到期保险费：未到期保险费=保险费×（未到期天数/保险期间天数）。

注：未到期天数不足一天的按一天计算。

第二十七条 被保险人变动通知义务

在保险期间内，投保人因其人员变动，需增加、减少被保险人时，应以书面形式向保险人提出申请。保险人同意后出具批单，并在本保险合同中批注。

被保险人人数增加时，保险人在审核同意后，于收到申请之日的次日零时起并经过合同约定的等待期后开始承担保险责任，并按约定增收保费。

被保险人人数减少时，保险人在审核同意后，于收到申请之日的次日零时起，对减少的被保险人终止保险责任（如减少的被保险人属于已离职的，保险人对其所负的保险责任自其离职之日起终止），并按约定退还未满期保险费，但减少的被保险人本人或其保险金申请人已领取过任何保险金的，保险人不退还未满期保险费。减少后的被保险人人数不足其在职人员 75%或人数低于 3 人时，保险人有权解除本保险合同，并按约定退还未满期保险费。

第二十八条 保险事故通知义务

投保人、被保险人或者保险金受益人应于知道或者应当知道保险事故发生之日起 10 日内通知保险人。故意或者因重大过失未及时通知，致使保险事故的性质、原因、损失程度等难以确定的，保险人对无法确定的部分，不承担给付保险金责任，但保险人通过其他途径已经及时知道或者应当及时知道保险事故发生的除外。

上述约定，不包括因不可抗力²⁹而导致的迟延。

医疗服务网络和事先授权

第二十九条 保险人直接付费医疗网络：

保险人建立了医疗服务网络，并将定期或者不定期向投保人和被保险人予以通报，被保险人亦可登陆保险人指定的网站或者致电查询相关信息。被保险人在保险人医疗服务网络内的医疗机构（以下简称“网络医疗机构”）接受治疗的，对于被保险人发生的、保险人与投保人约定类型的保险责任范围内的费用中应由保险人承担部分，保险人将直接与相关医疗机构结算，无需被保险人先行给付。被保险人在网络医疗机构接受治疗的，对其发生的不属于保险责任范围、应由其负担但医疗机构未向其本人收取的医疗费用，在接到保险人或者其授权机构通知后，被保险人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，本合同对该被保险人保险责任终止且不退还保险费，且保险人有权向其继续追偿相应费用。

第三十条 本合同事先授权如下：

²⁹ 不可抗力：指不能预见、不能避免并不能克服的客观情况。

(一) 事先授权

接受下列治疗前，被保险人须在预定开始治疗日期前至少五个工作日向保险人医疗服务中心提交事先授权申请表：

1. 住院治疗；
2. 需全身麻醉的门诊手术；
3. 化学治疗和放射治疗；
4. 癌症治疗；
5. 专业护士家庭护理；
6. 肾衰血液透析和腹膜透析治疗；
7. 购买或者租用非一次性耐用医疗设备，包括但不限于胰岛素泵及其配套器械；
8. 器官、骨髓、干细胞和其他组织移植；
9. 紧急医疗转运；
10. 每次就诊超过 8000 元的费用；
11. 酒精和药物滥用戒断治疗；
12. 对疑为发作性睡眠或者阻塞性呼吸暂停症状的睡眠检查和治疗；
13. 不符合本项第 1 至 12 项约定但保险期间内预期累计医疗费用超过人民币 40,000 元的任何治疗。

对于被保险人事先授权申请，中心将予以书面回复并有权要求被保险人在医疗服务网络内接受治疗。被保险人应在收到书面许可回复后开始接受治疗，保险人要求被保险人在医疗服务网络接受治疗的，被保险人应予以配合。未获得书面许可回复被保险人接受治疗或者保险人要求被保险人在医疗服务网络接受治疗但被保险人未在医疗服务网络内接受治疗的，被保险人应额外自付相应全部治疗保险责任范围内的医疗费用的 40%，即保险人按照“根据本保险条款‘保险责任’部分计算的医疗保险金数额×（1-非网络自付比例）×（1-40%）”给付医疗保险金；未获得书面许可回复被保险人接受紧急医疗转运的，保险人不承担保险责任。保险合同另有约定的，以合同约定为准。

发生紧急情况的，被保险人可在开始治疗后四十八小时内通知中心，保险人将对该次治疗是否属紧急

情况予以审核。

(二) 其他

1. 被保险人、相关人员或者医疗机构可致电中心，了解事先授权、网络医疗机构相关情况。
2. 被保险人获得中心许可回复，对于其发生的全部或者部分医疗费用属保险责任范围，保险人按照本合同约定承担保险责任。

保险金申请与给付

第三十一 保险金申请

保险金申请人向保险人申请给付保险金时，应提交以下材料。保险金申请人因特殊原因不能提供以下材料的，应提供其他合法有效的材料。**保险金申请人未能提供有关材料，导致保险人无法核实该申请的真实性的，保险人对无法核实部分不承担给付保险金的责任。**

(一) 保险金给付申请书；

(二) 保险合同凭证；

(三) 保险金申请人有效身份证件；

(四) 支持索赔的全部账单、证明、信息和证据，包括但不限于本公司指定或认可的医疗机构出具的附有病理检查、化验检查及其他医疗检查报告的医疗诊断证明、门诊及住院病历以及出院小结、处方、医疗费用原始单据、费用明细单据等；

(五) 保险金申请人所能提供的其他与确认保险事故的性质、原因等有关的其他证明和资料；保险金申请人因特殊原因不能提供上述材料的，应提供其他合法有效的材料；

(六) 若保险金申请人委托他人申请的，还应提供授权委托书原件、委托人和受托人的身份证明等相关证明文件；

(七) 在保险人的理赔审核过程中，除法律禁止的情况外，本公司有权对投保人、被保险人、受益人等，就事故的性质、原因、结果及被保险人的损伤程度和身体情况等，进行调查、检查、评估和鉴定（包括但不限于提请作必要、合理的解剖检验），投保人、被保险人、受益人等应当予以充分配合。

(八) 如果已从其他途径获得了补偿，则须提供从其他途径报销的凭证。

第三十二条 诉讼时效期间

保险金申请人向保险人请求给付保险金的诉讼时效期间为二年，自其知道或者应当知道保险事故发生之日起计算。

争议处理和法律适用

第三十三条 争议处理

因履行本保险合同发生的争议，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

与本保险合同有关的以及履行本保险合同产生的一切争议处理适用中华人民共和国法律（不包括港澳台地区法律）。

其他事项

第三十五条 合同解除

在本保险合同成立后，投保人可以通过书面形式通知保险人解除合同。投保人解除本保险合同时，应提供下列申请材料：

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

投保人要求解除本保险合同，自保险人接到保险合同解除申请书之时起，本保险合同的效力终止。保险人收到上述证明文件和资料之日起30日内退还保险单的未满期保险费。若被保险人已领取过保险金的，保险人退还本保险合同有效保险金额的未满期保险费。

第三十六条 合同的终止

发生下列情形时，本合同终止：

- (1) 保险合同期满；
- (2) 被保险人在保险期限内身故的，本保险合同对该保险人的保险责任即行终止，保险人可退还未满期保险费；

(3) 被保险人不再满足本合同的投保资格要求，但被保险人在保险期间起始日满足年龄资格要求的，在保险期间内保险责任不因其年龄的改变而自动终止。

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：

(1) 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保险合同约定的投保年龄限制的，保险人有权解除合同，并向投保人退还未满期净保险费；

(2) 投保人申报的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；

(3) 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。