

保险单 POLICY SCHEDULE



保险计划 Insurance Plan: 成长优享PLUS儿童高端医疗保险 (2024互联网北京版) -优享PLUS计划

保单号 Policy No.:	0000000000	投保人 Holder Name:	慧女士
保单生成日 Issuance Date:	2024-03-18 15:38:34 (北京时间 Beijing Time)	投保人联系方式 Phone No.:	13800138000
保单生效日 Effective Date:	2024-03-19 00:00:00 (北京时间 Beijing Time)	被保险人人数 Num of Insured:	1
保单到期日 Expiry Date:	2025-03-18 23:59:59 (北京时间 Beijing Time)	总保费 Total Premium:	RMB 19,510.00
备注 Remark:			



24小时全球紧急救援服务、保单验真、理赔咨询服务, 请拨打:
24 hours service hotline for emergency medical evacuation, policy verification and claim advice:

950610 (境内 China)
+86 20 8513 2999 (境外 Overseas)



请扫码关注“京东安联保险”官方微信服务号

- 在线快速理赔 Swift online claim
- 保单验真 Policy Verification
- 条款下载 Wording Download
- 查询服务 Inquiry Service

保障利益 Benefits

保障利益 Benefits	保险金额 SI (RMB)
成长优享健康告知 (2024版)	
住院及特定门诊医疗费用保险金	1,000,000.00
一般门急诊医疗费用保险金	100,000.00
防控近视检查费用	眼科责任共享保额50,000元眼科责任共享保额50,000元
近视镜配镜费用	眼科责任共享保额50,000元
防控近视镜配置费用	眼科责任共享保额50,000元
防控近视未达预期近视镜费用	眼科责任共享保额50,000元
归国药品费用保险金	300,000.00
海外医疗费用保险金	6,000,000.00
每日住院津贴保险金	600.00

被保险人列表 Insured List

序号 Serial	姓名 Insured Name	证件信息 ID/Passport	出生日期 Birth Date	与投保人关系 Relationship	行业 Sector	职业 Occupation	保费(RMB) Premium	受益人类型 Beneficiary
1	慧宝贝	居民身份证 /88888888	2022-06-01	子女			19,510.00	法定

特别约定 Notes

- 1、【基本说明】
(1) 投保人: 年龄为满18周岁, 具有完全民事行为能力的自然人。

蔡浩

京东安联财产保险有限公司北京分公司
承保专用章

销售渠道 Sales Channel: 新版非见面出单公共测试渠道APIS

收费日期 Date of Premium Receipt:

京东安联财产保险有限公司北京分公司

打印时间 Date of Printing:

2024-03-18 15:38:35

Allianz Jingdong General Insurance Company Ltd.
Beijing Branch

总部地址: 广东省广州市天河区珠江西路5号广州国际金融中心主塔写字楼第34层01-05、11、12单元

分公司地址: 北京市北京经济技术开发区科创十一街20号院3号楼11、12层

HQAddr: Unit01-05,11,12,34/F Main Tower,Guangzhou International Finance Center,5 West Zhujiang Road,Tianhe District,Guangzhou

Branch Addr: 11/F & 12/F, Building 3, No.20, Kechuang 11th Street, Beijing Economic and Technological Development Zone, Beijing

(2) 被保险人:

- 1) 本产品的投保年龄为出生满30天(含)-14周岁(含)。
- 2) 双胞胎婴儿、通过协助生殖治疗技术或诱导排卵治疗受孕、领养或由代母生产的新生儿,投保生效日需满足出生满90天;
- (3) 投保关系:投保人必须为被保险人的监护人。
- (4) 受益人:本产品保险金受益人为被保险人本人。
- (5) 外籍人士:支持港澳台地区和外籍人士投保,但被保险人应满足日常居住地在大陆境内,即最近一年内在大陆境内(不包含港、澳、台地区)工作或居住时间不少于2/3。
- (6) 投保份数:本产品(包含一个或多个保险计划)每位被保险人限投一份,多投无效。

2、【保障说明】(1) 保障期间:本合同保险期间以保险单或批单载明的起讫时间为准,最长不超过一年。(2) 犹豫期及退保1) 本产品无犹豫期,请投保人谨慎选择投保。除法律法规或双方另有约定外,保单生效后退保,保险人仅退还保单未到期净保费,退保将会造成投保人的损失。2) 未到期净保费=保险费×[1-(保险单已经过天数/保险期间天数)]×(1-10%)。经过天数不足一天的按一天计算。3) 若保险期间内已发生保险金赔偿,则未到期净保费为零。(3) 保费支付:本保险合同的保险费支付方式为一次性缴付。(4) 等待期:本产品自本保险合同生效之日起计算,在等待期内发生保险事故的,保险人不承担给付保险金的责任。被保险人首次投保或非连续投保时,所有疾病和意外门诊急无等待期,疾病住院治疗等待期为30天;扁桃体、腺样体、中耳炎、疝气的住院治疗等待期为120天;意外伤害住院无等待期。

(5) 免赔额:免赔额是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,保险人不承担给付保险金责任的、由被保险人自行承担或支付的额度。成长计划和成长PLUS计划住院及特定门诊医疗费用保险年度累计免赔额5000元。(6) 自付比例:部分私立医院存在除外费用,请投保人在就诊前查看《服务手册》中投保方案所对应的医疗网络清单所列明的医疗机构及其限制和说明。1) 如您前往“北京新世纪儿童医院”、“北京新世纪妇儿医院”、“北京新世纪荣和门诊部”、“北京怡德医院”或“天津新世纪妇儿医院”就诊,住院及特定门诊治疗扣除相应免赔额后仍需自付比例20%;一般门急诊治疗,成长PLUS计划:前5次就诊,每次免赔额500元,第6次起自付50%;优享PLUS计划:前10次就诊,每次免赔额500元,第11次起自付50%;优享PLUS MAX计划:前12次,每次免赔额500元,第13次起自付50%。2) 如您前往除了上述“北京新世纪儿童医院”、“北京新世纪妇儿医院”、“北京新世纪荣和门诊部”、“北京怡德医院”或“天津新世纪妇儿医院”之外的其他医疗机构就诊,成长计划及成长PLUS计划一般门急诊治疗:前5次,责任范围内100%赔付,第6次起自付50%;优享计划及优享PLUS计划门急诊治疗:前10次,责任范围内100%赔付,第11次起自付50%;优享MAX计划及优享PLUS MAX计划门急诊治疗:前12次,责任范围内100%赔付,第13次起自付50%。(7) 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。本合同的保险金额由投保人、保险人双方约定,并在保险单中载明。保险金额一经确定,保险期间内不能进行变更。

(8) 承保区域范围:本产品住院及特定门诊医疗费用保险金,一般门急诊医疗费用保险金,可选牙科责任及可选健康检查及疫苗责任承保区域范围为中国大陆地区;可选特定重疾海外医疗的承保区域范围为中国大陆(不包括香港、澳门和台湾)以外地区。(9) 生效日:本产品成长优享方案和成长优享PLUS方案的生效日为保费支付后的次日零时;成长优享MAX(即时版)方案的生效时间为保费支付成功后即时生效;或可指定保费支付后60天内的任意一天零时作为保单起始日,具体以保险单载明为准。(10) 医院范围:1) 保险公司指定私立网络医院及有互联网医院资质的机构,请扫描计划相应的医院网络二维码查看详细列表;2) 中华人民共和国境内(港、澳、台地区除外)合法经营的公立医院及其互联网医院,包括普通部、特需部和国际部。3) 除外康复科、康复病床、健康中心、天然治疗所、康复院、联合医院、诊所、精神病院、老人院、疗养院、戒毒中心、戒酒中心、医院的(门)急诊观察室、家庭病床(房)。私立网络医院会根据合作有增减,具体详见《服务手册》。(11) 网络医院直付:于保险公司指定私立网络医院就诊或住院,可享受直付服务,仅需支付免赔额和自付比例,无需事后理赔。请勿自行支付所有就诊费用,若支付后再向保险公司索赔,保险公司将不接受被保险人自行支付的所有就诊费用赔偿。门急诊与住院直付医疗网络有差异,请扫描计划相应的医院网络二维码查看详细列表。部分公立医院住院及门急诊就诊不适用直付服务,需要客户先自行支付费用,再向保险公司索赔,具体详见《服务手册》。(12) 本产品不含因任何原因导致的牙科治疗、中医和物理治疗。针对已在健康告知中如实告知的例外事项,经保险人审核同意可投保。更多免除责任请参看条款和《计划书》说明。

3、【医疗费用补偿原则】

本产品适用医疗费用补偿原则。

若被保险人已从其他途径(包括社会医疗保险、公费医疗、工作单位、保险人在内的任何商业保险机构等)获得医疗费用补偿,则保险人仅对被保险人实际发生的医疗费用扣除其所获医疗费用补偿后的余额按照约定进行补偿。社保卡个人账户部分支出视为个人支付,不属于已获得的医疗费用补偿。

4、【不保证续保】

本产品不保证续保。保险期间届满,投保人需要重新向保险公司申请投保本产品,并经保险公司同意,交纳保险费,获得新的保险合同。对于连续投保并满足相应条件的保单,保险人将在备案费率范围内给予费率调降或责任升级,具体以保险人届时承保政策为准。

5、【自动续保】

本产品不支持自动续保。保险期间届满,您可以选择续保相同计划或降级续保方案,并经保险公司同意,交纳保险费,获得新的保险合同。

6、【预先授权】

接受下述治疗前,请在预定开始治疗日期前至少3个工作日提前联系保险公司授权服务管理商风石健康申请预授权,服务电话:021-80209058。未获得书面许可可反复擅自接受治疗的,或保险人要求被保险人在网络医疗机构接受治疗但被保险人在非网络医疗机构接受治疗的,被保险人将有责任承担额外40%的医疗费用,且保险公司保留不承担保险责任的权利:(1) 所有住院和手术治疗;(2) 需全身麻醉的门诊手术,化学治疗,放射治疗,肿瘤免疫疗法,肿瘤内分泌疗法,质子重离子治疗,血液或者腹膜透析;(3) 大型检查检验项目,或单价在人民币5000元以上的检查项目;(4) 购买或者租用非一次性耐用医疗设备,包括但不限于雾化器及其配套器械;(5) 虽不符合上述医疗项目,但预期保险期间内累计医疗费用超过3万元的任何治疗、检查项目。

7、【增值服务】儿科疾病电话问诊,无次数限制;儿科疾病线上问诊,无次数限制;协助预约安排疫苗,无次数限制;公立医院特需部驻点服务;健康科普、就医分诊服务;儿童心理健康咨询,3次(仅限成长优享MAX方案)。

8、【投保人/被保险人个人信息授权声明】

基于提供保险服务、提高服务质量的需要,您本人明确授权并同意:

(1) 保险公司及保险公司的合作机构在承保前或承保后以必要方式核实投保信息的真实性,可通过知悉投保人、被保险人和受益人(以下统称客户,财产险无受益人)信息的机构以法律允许的方式调查获取与保险服务有关的必要个人信息(包括但不限于投保、承保、保全、理赔所需的姓名、证件信息、手机号码、医疗健康信息等);

(2) 本产品或服务可能由第三方机构提供或由保险公司与第三方机构联合提供(您可以在具体产品说明中查看第三方合作机构的名称),保险公司必须将您的保单信息(含上述个人信息)或交易有关的必要信息与第三方机构共享来实现为您提供保险服务的需要;

(3) 保险公司及保险公司的合作机构对上述获取的个人信息仅限保单及其保险服务及客户授权的其他用途范围内进行合理必要使用;

(4) 保险公司可以通过您本人提供的电话、短信、Email等联系方式,用于为您提供服务、推荐产品、开展市场调查与数据分析等合理用途,法律另有规定的除外;

(5) 您保证向保险公司或保险公司的合作机构提供的第三方(包括但不限于被保险人、受益人)个人信息已获得该第三方的同意和授权。对于可能涉及的不满14周岁未成年人个人信息,已征得其父母或其他监护人的同意;

(6) 为确保信息安全,保险公司及保险公司的合作机构根据上述用途使用上述个人信息时应严格按照法律关于个人信息保护的规定,采取有效措施承担保密义务。

更多个人信息保护说明,请查看并确认同意《隐私政策》



销售渠道 Sales Channel: 新版非见面出单公共测试渠道APIS

收费日期 Date of Premium Receipt:

京东安联财产保险有限公司北京分公司

打印时间 Date of Printing:

2024-03-18 15:38:35

Allianz Jingdong General Insurance Company Ltd.
Beijing Branch

总部地址: 广东省广州市天河区珠江西路5号广州国际金融中心主塔写字楼第34层01-05、11、12单元

分公司地址: 北京市北京经济技术开发区科创十一街20号院3号楼11、12层

HQAddr: Unit01-05,11,12,34/F Main Tower,Guangzhou International Finance Center,5 West Zhujiang Road,Tianhe District,Guangzhou

Branch Addr: 11/F & 12/F, Building 3, No.20, Kechuang 11th Street, Beijing Economic and Technological Development Zone, Beijing

9、【如选择投保健康检查及疫苗责任】

- (1) 本保险责任仅限特定年龄投保，具体以保险人承保政策为准；
- (2) 首次就诊选定一个诊所品牌并前往就医后，不得再转至其他品牌；
- (3) 请您务必按照保险人或授权的第三方机构的指引使用健康检查及疫苗责任；
- (4) 健康检查和疫苗责任与门急诊共享保额，但不计入门急诊就诊次数限制；
- (5) 门急诊与健康检查和疫苗直付医疗网络有差异，请扫描计划相应的医院网络二维码查看详细列表。

10、【如选择齿科责任】

- (1) 齿科责任无等待期。被保险人因意外原因导致的牙科治疗费用，保险人不承担给付保险金责任。
- (2) 齿科责任就诊医院范围：1) 保险公司指定的私立医疗机构；2) 私立医疗机构会根据合作有所增减，具体详见《服务手册》。
- (3) 同一保险期间内，洁牙、全口涂氟、窝沟封闭、乳牙拔除四项治疗项目的累计给付次数以6次为限，洁牙一次计为1次，全口涂氟一次计为1次，窝沟封闭一颗计为1次且同一颗牙多次治疗每次计为1次，乳牙拔除一颗计为1次。
- (4) 预防治疗和基础治疗的年赔付限额为20,000元，儿童口腔早期矫治的年赔付限额为1,000元，口腔正畸治疗的年赔付限额为2,000元。
- (5) 首次就诊选定一个诊所品牌并前往就医后，不得再转至其他品牌。

11、【如选择眼科责任】

- (1) 眼科责任无等待期。
- (2) 就诊及配镜医疗机构范围：仅限保险人指定的医疗机构或指定的眼镜连锁机构，具体详见《服务手册》中的医疗机构及眼镜连锁机构合作列表，医疗机构及眼镜连锁机构会根据合作有所增减，具体以手册中预定平台信息为准。
- (3) 保障责任：

保险人对被保险人在保险期间内的以下4项保障责任的累计赔偿金额以50,000元为限。当保险人对被保险人的累计总赔偿金额达到50,000元时，保险人对被保险人在本项责任下的保险责任终止。

- 1) 防控近视检查费用：不限次，责任范围内全额赔付。包括建立屈光发育档案费用、眼科医生诊费、眼视光相关检查（包含视力检查、眼底检查、主觉验光、电脑验光、角膜曲率、眼压、裂隙灯、眼轴测量，但不包括散瞳验光、三棱镜、视功能检查、角膜地形图、角膜内皮细胞等非常规视力检查项目）。
- 2) 近视配镜费用：若在保险期间内被保险人根据验光及眼轴检查结果而必须配置近视镜，且在保险人指定的医疗机构或指定的眼镜连锁机构配置了近视镜，对于被保险人实际支出的费用，保险人按30%的赔付比例进行赔偿。
- 3) 防控近视配镜费用：若在保险期间内被保险人根据验光及眼轴检查结果，并经保险人指定的医疗机构或指定的眼镜连锁机构评估必须配置防控近视镜，且在该医疗机构配置了以下防控近视镜的，对于被保险人实际产生的配置防控近视镜的费用，保险人按20%的赔付比例进行赔偿：a. 特殊设计近视防控框架镜片（包含依路星趣控系列、豪雅新乐学系列、尼康控优点、蔡司小乐圆镜片、奥拉镜片等）；b. 角膜塑形镜（包括所有相关角膜塑形镜片、诊疗费、检查费、治疗费）。
- 4) 防控近视未达预期近视费用：若在保险期间内被保险人根据验光及眼轴检查结果，并经保险人指定的医疗机构或指定的眼镜连锁机构评估必须配置防控近视镜，且在该医疗机构配置了防控近视镜，随后在保险期间内进行第二次验光和检查时，确诊其任意一只眼睛的等效球镜度的增长幅度超过100度，且被保险人因等效球镜度的增长在保险人指定的医疗机构或指定的眼镜连锁机构配置了近视镜（仅限镜片或/及镜框1副），对于被保险人实际产生的购置近视镜的费用，保险人以保险金额1,000元为限进行赔偿。

(4) 部分私立医疗机构存在除外费用，请投保人务必在就诊前查看《服务手册》中合作网络清单列明的医院说明。

(5) 首次就诊选定一个诊所品牌并前往就医后，不得再转至其他品牌。

12、【如选择少儿特定疾病海外医疗保险金】

- (1) 等待期30天。在等待期内发生保险事故的，保险人不承担给付保险金的责任。
- (2) 本产品海外特定疾病治疗包括以下特定疾病的治疗：恶性肿瘤（重度）、冠状动脉搭桥术、心脏瓣膜置换或修复、神经外科手术，活体器官移植、骨髓移植。如被保险人罹患上述特定疾病，即可申请启动少儿特定疾病海外特定医疗保险金的理赔。保险金的申请流程参见《附加少儿特定疾病海外医疗保险金服务手册》。
- (3) 如有海外特定疾病治疗需求，请提前联系保险公司7*24小时客户服务热线950610申请。

13、【特别说明】

- (1) 投保时，本人已就该产品的保障内容以及保险金额向被保险人进行了明确说明，并征得其同意。
- (2) 确认购买本产品前，本人仔细阅读并充分理解并同意接受本《保险须知》和《保险条款》等，特别是其中有关责任条款及免除责任条款、退保规则、投保人和被保险人义务的内容等重大事项。

偿付能力：京东安联财产保险有限公司最近季度偿付能力及风险综合评级达到监管要求，详情请参见保险公司网站

<https://www.jdallianz.com/zh/public-info/public-info.html#power> 信息披露查询。

尊敬的客户：投保次日起，您可通过本公司网站(<https://www.jdallianz.com/>)、公司24小时服务热线：950610，或附近公司营业网点查询保单及理赔等信息。若对查询结果有异议，请通过以上方式联系本公司。



销售渠道 Sales Channel: 新版非见面出单公共测试渠道APIS

收费日期 Date of Premium Receipt:

京东安联财产保险有限公司北京分公司

打印时间 Date of Printing:

2024-03-18 15:38:35

Allianz Jingdong General Insurance Company Ltd.
Beijing Branch

总部地址: 广东省广州市天河区珠江西路5号广州国际金融中心主塔写字楼第34层01-05、11、12单元

分公司地址: 北京市北京经济技术开发区科创十一街20号院3号楼11、12层

HQAddr: Unit01-05,11,12,34/F Main Tower,Guangzhou International Finance Center,5 West Zhujiang Road,Tianhe District,Guangzhou

Branch Addr: 11/F & 12/F, Building 3, No.20, Kechuang 11th Street, Beijing Economic and Technological Development Zone, Beijing

目 录

一、成长优享健康告知（2024版）	5
二、少儿高端医疗保险条款（2024版互联网B款）	8
注册号：C00005032512024031347961	
三、近视眼医疗保险条款（互联网版）	20
注册号：C00005032512023073113241	
四、附加少儿特定疾病海外医疗保险条款（互联网版）	24
注册号：C00005032522023073113211	
五、成长优享2024服务手册	33
六、【保单附件】成长优享PLUS（2024互联网北京版）保障利益表	44

健康告知

在确认本健康告知内容时，请您务必履行相应的如实告知义务，投保人应如实填写投保信息并就保险公司健康告知提出的询问据实告知，否则保险公司有权根据《中华人民共和国保险法》第十六条的规定解除保险合同且不承担赔偿责任：

- (1) 订立保险合同时，保险公司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。
- (2) 投保人故意或者因重大过失未履行前款规定的如实告知义务，足以影响保险公司决定是否同意承保或者提高保险费率的，保险公司有权解除合同。
- (3) 投保人故意不履行如实告知义务的，保险公司对于合同解除前发生的保险事故，不承担赔偿责任，并不退还保险费。
- (4) 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，保险公司对于合同解除前发生的保险事故，不承担赔偿责任，但退还保险费。

请确认被保险人以下所述事项均为“否”：

1. 就医行为和承保情况：

- (1) 过去 5 年内，被保险人是否曾在投保、续保或复效人寿、健康、医疗或其他保险的保单时被保险公司就任何病史加费、除外或以任何特别限制承保？
- (2) 过去 1 年内，被保险人是否在任何检查或体检（包括但不限于 X 光、B 超、心电图检查及验血、验尿、影像、眼底检查、内窥镜及病理检查）中发现异常结果并被建议需要进一步明确诊断的？或曾住院或被要求实施进一步检查、手术或治疗？或连续服药超过 1 个月？

2. 过去 12 个月内，被保险人是否曾经患有或被告知或正在接受由于以下任何原因而需要接受任何治疗或观察：

- (1) 呼吸系统疾病：呼吸睡眠暂停综合征、哮喘、慢性支气管炎、咯血、肺结核、呼吸困难、肺气肿、支气管扩张、肺结节、气胸；最近 30 天内未发生过感冒咳嗽发热、急性肺炎等呼吸系统疾病；

- (2) 五官科疾病：耳、眼、鼻、喉、语言及咀嚼或吞咽器官功能障碍、五官及肢体（包括手指、足趾）缺失、畸形或功能障碍、中耳炎、鼻窦炎、过敏性鼻炎、耳聋、眼底病变、视网膜剥离；
- (3) 心血管和血液疾病：胸痛、心律失常、心肌炎、心脏瓣膜病、心肌肥厚、主动脉疾病、血管畸形、高血脂、高血压、房间隔/室间隔缺损、室性期前收缩（室性早搏）、动脉导管未闭、卵圆孔未闭、贫血（包括地中海贫血）、川崎病、紫癜；
- (4) 脑部疾病：脑膜炎、脑炎、颅内血肿、小儿麻痹症、高热惊厥等神经系统疾病及脑部疾病；
- (5) 生殖泌尿系统疾病：肾炎、肾功能异常、肾囊肿、肾积水、多囊肾、蛋白尿；
- (6) 消化系统疾病：肝炎病毒携带者、肝炎、胆囊炎、肝脾肿大、肝内结石、胆结石、黄疸、疝气；
- (7) 内分泌系统疾病：痛风、甲状腺疾病、肾上腺疾病、肥胖症；
- (8) 免疫系统疾病：荨麻疹、未明确诊断的过敏症状；
- (9) 注射疫苗时（如卡介苗或轮状病毒等减毒活性疫苗时），有疫苗不良反应；
- (10) 腺样体/扁桃体肿大、不典型增生、肿块/息肉/结节、试管婴儿。

3. 被保险人目前或是否曾患有以下疾病或被建议接受任何治疗：

恶性肿瘤（包括原位癌、交界性肿瘤）、何杰金氏病、史提芬强生症候群（SJS）、精神分裂症、心肌梗死、心功能不全、心脏血管成形术、冠状动脉介入手术或搭桥手术、心肌桥、冠心病、癫痫、抽动症、矮小症、脑内囊肿、蚕豆病（G6PD）缺乏症、中风（包括脑出血、脑梗塞等）、冠状缝早闭、肺气肿、慢性阻塞性肺疾病、肺纤维化、肺间质疾病、多囊肾、先天性单肾、尿毒症、胰岛素抵抗、糖尿病、肝硬化、（心脏、主动脉、脑部的）动脉瘤或血管畸形、系统性红斑狼疮、痴呆或智力缺陷、脑瘫、精神类疾病、严重贫血（血红蛋白<90克/升）、唐氏综合征、瘫痪、多发性硬化、运动神经元病、干燥综合征、艾滋病及 HIV 阳性、脑垂体疾病、马凡综合征、任何器官衰竭或器官移植（如心、肺、肝、肾、胰、造血干细胞移植）、乙肝大三阳、慢性活动性肝炎、隐性脊柱裂、皮毛窦脊髓栓系综合征、侧脑室增宽、染色体异常、任何生理缺陷或畸形、先天性疾病、遗传性疾病、发育异常或有遗传疾病家族史。

4. 3周岁以下(含3周岁)被保险人是否存在: 出生未满30天或未健康出院; 出生时体重低于2.5公斤(双胞胎低于2公斤); 出生时有早产、新生儿黄疸(ABO溶血症)、产伤、窒息或缺氧史、发育迟缓、反复惊厥、脑瘫等异常情况。

京东安联财产保险有限公司
少儿高端医疗保险条款（2024 版互联网 B 款）
（报备文件编号：京东安联发（2024）103 号）
（注册号：C00005032512024031347961）

总则

第一条 保险合同构成

本保险合同由保险条款、投保文件及其他投保资料、保险单、批单等组成。凡涉及本保险合同的约定，均应采用书面形式。本保险合同仅用于互联网渠道销售。

第二条 保险合同的成立

投保人提出投保申请，经保险人（见释义一）同意承保的，本保险合同成立，具体生效日以保险单所载的日期为准。

第三条 投保人与被保险人

经保险人同意，凡投保时年龄在出生满 30 天至 17 周岁、身体健康、在中华人民共和国大陆境内（不包括港澳台）长期居住（见释义二）的所有国籍人士均可作为本保险合同的被保险人。

投保人应为被保险人的监护人。

第四条 受益人

除另有约定外，本保险合同保险金的受益人均为被保险人本人。

第五条 第三方管理机构

第三方管理机构是指经保险人委托为被保险人提供本保险合同相关的日常医疗协助及理赔协助等各项服务的机构，第三方管理机构的名称和联系电话等信息将在保险单中载明。

第六条 承保区域

本保险合同约定的保险区域为中华人民共和国境内（不包括香港特别行政区、澳门特别行政区和台湾地区），保险人仅对被保险人在约定保险区域内发生的保险事故承担保险责任。

保险责任

第七条 本保险合同的保险责任分为必选责任和可选责任。投保人与保险人可约定单独投保必选责任，也可以在投保必选责任的同时投保可选责任，但不能单独投保可选责任。

第八条 住院及特定门诊医疗费用保险金

在保险期间内，若被保险人因遭受意外伤害，或在等待期（见释义三）后因初次出现症状（见释义四）或体征（见释义五）且确诊罹患疾病，在保险人指定或认可的医疗机构（见释义六，以下简称“医疗机构”）接受住院治疗、特殊门诊或门诊手术治疗的，保险人按下列约定给付住院及特定门诊医疗费用保险金：

（一）住院医疗费用保险金

被保险人经在医疗机构诊断必须住院（见释义七）治疗的，对于被保险人在医疗机构治疗产生的需被保险人个人支付的、必需且合理（见释义八）的住院医疗费用，保险人在扣除保险单载明的免赔额后，依照保险单载明的比例给付。

住院医疗费用包括：

- 急诊室费：**被保险人在医院急诊室（含抢救室）进行急诊治疗，实际发生的急诊室（含抢救室）的房间使用费；
- 床位费：**指被保险人使用的医院床位的费用（包括急诊留观产生的床位费）；
- 住院陪床费：**指在被保险人住院期间，为其陪伴者而设的一张额外床的实际费用；

- 4、**膳食费**：指住院期间根据医生的医嘱，由作为医院内部专属部门的、为住院病人配餐的食堂配送的膳食费用。膳食费应包含在医疗账单内；根据各医疗机构的惯例，可以作为独立的款项、也可以合并病房费等其他款项内。**非医疗账单内的膳食费，保险人不承担保险责任；**
- 5、**护理费**：指根据医嘱所示的护理等级确定的护理费用；
- 6、**重症监护室床位费**：指出于医学必需被保险人使用的医院重症监护室床位的费用；
- 7、**诊疗费**：被保险人在医院进行治疗时，所发生的本保险合同约定的医疗机构主诊医生或会诊医生的劳务费用，含挂号费或医事服务费；
- 8、**检查检验费**：被保险人在医院进行治疗时，所发生的以诊断疾病为目的，采取必要的医学手段进行检查及检验而发生的医疗费用，包括检查费、妇检费、X光费、心电图费、B超费、脑电图费、内窥镜费、肺功能仪费、分子生化检查费和血、尿、便常规检查费等；
- 9、**治疗费**：指以治疗疾病为目的，提供必要的医学手段而发生的合理的治疗者的技术劳务费和医疗器械使用费，以及消耗品的费用，包括放射治疗费、化学治疗费、呼吸治疗费注射费、机疗费、理疗费、输血费、输氧费、体外反搏费等；
- 10、**药品费**：指实际发生的合理且必要的由医生开具处方的、具有国家药品监督管理部门核发的药品批准文号或者进口药品注册证书、医药产品注册证书的国产或进口处方药品的费用，以90日用量为上限；但不包括营养补充类药品，免疫功能调节类药品（肿瘤免疫疗法不受此限），美容及减肥类药品，预防类药品，以及以下中药类药品：（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；
- 11、**手术费**：指当地卫生行政部门规定的手术项目的费用。包括手术室费、麻醉费、手术监测费、手术材料费、术中用药费、手术设备费；若因器官移植而发生的手术费用，不包括器官本身的费用和获取器官过程中的费用；
- 12、**耐用医疗设备费**：指被保险人在治疗期间实际发生的购买或租赁本保险合同约定的医疗机构医生处方要求的、满足基本医疗需要的康复设备、矫形支具以及其他耐用医疗设备所发生的购买费或租赁费，以及上述设备或支具的后续修理、更换费用。康复设备和矫形支具包括腿、臂、背和颈支具，人造腿、臂、眼等设备；耐用医疗设备不包括轮椅或自动床、助听器、血压监测仪、人工耳蜗、舒适设备（如电话托臂和床上多用桌）、空气质量或温度调控设备（如空调、湿度调节器、除湿器和空气净化器）、健身脚踏车、太阳能或加热灯、加热垫、坐浴盆、盥洗凳、浴缸凳、桑拿浴、升降机、涡流按摩浴、健身器材及其他类似设备，以及非医疗必需的设备。
- 13、**救护车费**：在紧急情况下，出于医疗必要，以专业地面救护车将被保险人运至就近医疗机构所发生的必需且合理的救护车运送费用。

（二）特殊门诊医疗费用保险金

在保险期间内，若被保险人在等待期后因初次出现症状或体征且确诊罹患疾病的，对于被保险人在医疗机构接受特殊门诊治疗，需被保险人个人支付的、必需且合理的特殊门诊医疗费用，保险人在扣除保险单载明的免赔额后，按保险单载明的比例给付。

本项特殊门诊医疗范围包括：

1、恶性肿瘤-重度（见释义九）门诊治疗，包括

（1）**化学疗法**：指针对恶性肿瘤的化学治疗。化疗是使用医学界公认的化疗药物以杀死癌细胞、抑制癌细胞生长繁殖为目的而进行的治疗。本保险合同所指的化疗为被保险人根据医嘱，在医院进行的静脉注射化疗，服用药物等方式的化疗；

（2）**放射疗法**：指针对恶性肿瘤的放射治疗。放疗是使用各种不同能量的射线照射肿瘤组织，以抑制和杀灭癌细胞为目的而进行的治疗。本保险合同所指的放疗为被保险人根据医嘱，在医院的专门科室进行的放疗；

（3）**肿瘤靶向疗法**：指在细胞分子水平上，针对已经明确的致癌点来设计相应的靶向治疗药物，利用具有一定特异性的载体，将药物或其他杀伤肿瘤细胞的活性物质选择性地运送到肿瘤部位攻击癌细胞的疗法。本保险合同所指的靶向治疗药物需符合法律、法规要求并经过国家食品药品监管总局批准用于临床治疗治疗费用；

(4) 肿瘤免疫疗法：指应用免疫学原理和方法，使用肿瘤免疫治疗药物提高肿瘤细胞的免疫原性和对效应细胞杀伤的敏感性，激发和增强机体抗肿瘤免疫应答，并应用免疫细胞和效应分子输注宿主体内，协同机体免疫系统杀伤肿瘤、抑制肿瘤生长。本保险合同所指的肿瘤免疫治疗药物需符合法律、法规要求并经过国家食品药品监管总局批准用于临床治疗；

(5) 肿瘤内分泌疗法：指对于恶性肿瘤的内分泌疗法，用药物抑制激素生成和激素反应，杀死癌细胞或抑制癌细胞的生长。本保险合同所指的内分泌治疗药物需符合法律、法规要求并经过国家食品药品监管总局批准用于临床治疗。

2、**重大器官移植术或造血干细胞移植术后门诊行抗排异治疗。**

3、**肾脏透析治疗。**

(三) 门诊手术医疗费用保险金

在保险期间内，被保险人经医疗机构医生诊断无需过夜住院（不占用病床的方式）而接受门诊手术所发生的医疗费用，对于需被保险人个人支付的、必需且合理的门诊手术费，保险人在扣除保险单载明的免赔额后，依照保险单载明的比例给付。

门诊手术费包括外科医生费、手术室费、恢复室费、麻醉费、手术监测费、手术辅助费、材料费、一次性用品费、术中用药费、手术设备费。

保险人对上述（一）到（三）项医疗费用保险金的累积给付金额之和以本保险合同约定的住院及特定门诊医疗费用保险金额为限，当保险人全年累积给付金额达到该保险金额时，保险人对被保险人在本项下的保险责任终止。

第九条 一般门急诊医疗费用保险金

在保险期间内，若被保险人因遭受意外伤害或因首次确诊罹患疾病，在保险人指定或认可的医疗机构进行门急诊治疗的（不含特殊门诊治疗和门诊手术治疗），保险人对于需被保险人个人支付的、必需且合理的以下类型的门急诊医疗费用，保险人在扣除保险单载明的免赔额后，按保险单载明的比例给付。

门急诊医疗费用包括：

(一) **急诊室费；**

(二) **诊疗费；**

(三) **检查检验费（不含大型检查检验）：**指被保险人在接受门急诊治疗期间实际发生的，由医生或专业医技人员实施的以诊断疾病为目的、采取必要的医学手段进行检查及检验而产生的费用，包括X光费、心电图费、B超费、分子生化检验费和血、尿、便常规检验费等。**不包括大型检查检验项目；**

(四) **大型检查检验费：**指被保险人在接受门急诊治疗期间实际发生的，由医生或专业医技人员实施的以诊断疾病为目的、采取必要的医学手段进行**大型检查检验项目（释义十）**而产生的费用。

(五) **处方药品费：**指依据医师的处方开具的药品的费用。每次门诊开药量以三十日为上限，每次门诊开药量应当与开药时间间隔相匹配；

(六) **耐用医疗设备租赁费，不含耐用医疗设备购买费用；**

(七) **中医治疗和物理治疗费（可选责任）：**指由具有相应医疗资质的专业医师实施的中医治疗、针灸治疗、顺势疗法、物理治疗和脊柱指压治疗。

中医治疗和物理治疗费为可选责任，由投保人选择投保并载明于保险单。

一般门急诊医疗费用保险金的各类型医疗费用的次限额、累计给付金额及给付次数由双方约定并载明于保险单，当保险人全年累积给付金额或给付次数达到本保险合同约定的保险金额或给付次数限额时，保险人对被保险人在本项下的保险责任终止。保险责任的终止以累积给付金额或给付次数限额两者中最先达到保险合同约定的上限者为准。

第十条 健康检查及疫苗责任（可选责任）

仅当投保人为被保险人投保健康检查和疫苗责任后，保险人按下述约定承担被保险人实际发生的有关健康检查和疫苗费用。

(一) **健康检查责任**

在保险期间内，被保险人因身体需要而在保险人指定或认可的健康检查及疫苗医疗机构（释义十一）（首次就诊选定一个医疗机构品牌并前往就医后，不得再转至其他品牌）进行有关检查及相关检查化验，对于被保险人实际发生的有关检查费用，保险人将在本项责任的限额范围内给付保险金。

（二）疫苗费用赔偿责任

在保险期间内，被保险人因身体需要而在保险人指定或认可的健康检查及疫苗医疗机构（首次就诊选定一个医疗机构品牌并前往就医后，不得再转至其他品牌）注射国家批准认证的、非实验性质的疫苗，对于被保险人实际发生的有关疫苗费用及注射费用，保险人将在本项责任的限额范围内给付保险金。

具体赔付限额、免赔额、赔付比例、赔付次数由投保人和保险人在投保时约定并载于保险单中。

若投保人为被保险人选择投保健康检查及疫苗保障责任的，保险人在上述“一般门急诊医疗费用保险金”以及“健康检查及疫苗责任”两项责任项下的累计最高赔偿金额以保险单所载的一般门急诊医疗费用保险金额为限。

第十一条 指定医疗机构及特殊约定

本保险合同中所指的指定医疗机构由投保人与保险人在订立本保险合同时确定，并在本保险合同中载明。

本条款前述“住院及特定门诊医疗费用保险金”保险责任，因保险人指定或认可的医疗机构没有被保险人治疗所必需的相关药品，凭主治医师开具的处方或外购单到院外保险人认可的药店购买而发生的费用，视同被保险人在保险人认可的医疗机构发生的费用。

本条款前述“一般门急诊医疗费用保险金”及“健康检查及疫苗”保险责任，不包含保险人指定或认可的医疗机构内的医生开具的当前治疗必需的药品处方中所列的，但无法在保险人指定或认可的医疗机构内获得的药品、医用材料或者任何其他医疗项目。

第十二条 补偿原则和标准

本保险合同适用医疗费用补偿原则。若被保险人已从其他途径（包括社会医疗保险、公费医疗、工作单位、保险人在内的任何商业保险机构等）获得医疗费用补偿，则保险人仅对被保险人实际发生的医疗费用扣除其所获医疗费用补偿后的余额按照本保险合同的约定进行补偿。社保卡个人账户部分支出视为个人支付，不属于已获得的医疗费用补偿。

若被保险人以参加社会医疗保险身份投保，但未以参加社会医疗保险身份就诊并结算的，则保险人按照保险单载明的比例进行补偿。

第十三条 免赔额

本保险合同所指免赔额含年免赔额和次免赔额，指在保险期间内，应由被保险人自行承担、保险人不予赔偿的部分。被保险人从其他途径已获得的医疗费用补偿可用于抵扣免赔额，但通过社会医疗保险和公费医疗保险获得的补偿，不可用于抵扣免赔额。各类医疗费用的免赔额由双方约定，并载于保险单。

第十四条 责任免除

（一）任何因下列情形之一导致被保险人支出医疗费用的，或具备下列情形/行为的，保险人不承担给付保险金责任：

- 1、被保险人在初次投保或非连续投保前所患有的既往病症（见释义十二）及其并发症，但投保时如实告知并经保险人审核同意承保的不在此限；
- 2、等待期内罹患的疾病或等待期内接受检查但在等待期后确诊的疾病；
- 3、未经中国临床医疗管理部门认可的试验性或研究性治疗（包括但不限于检查方法、治疗方法、手段、设备、药品等）费用；
- 4、投保人或被保险人的故意行为；被保险人的故意行为（包括但不限于自残、自杀）引起的或者在这一过程中发生的伤害、病症治疗及其他相关费用；自伤或自杀时被保险人为无民事行为能力人除外；
- 5、已从政府、慈善机构、其他福利计划或医疗保险计划等第三方获得补偿的治疗费用；
- 6、非被保险人本人的就医费用，或被保险人冒用他人身份的就医费用，或被保险人本人未亲自前往医疗机构就医产生的费用，无原始发票的费用，电话咨询费，没有按时就诊的预约挂号费用，在不符合本保险合同约定的医疗机构所产生的费用，不在执业范围的医疗服务费用；

- 7、 遗传性疾病，先天性畸形、先天性疾病、变形或染色体异常引起的医疗费用（依照世界卫生组织《疾病和有关健康问题的国际统计分类（ICD-10）》确定）；
- 8、 精神和行为障碍（依照世界卫生组织《疾病和有关健康问题的国际统计分类（ICD-10）》确定）的治疗和康复所产生的费用；
- 9、 被保险人罹患艾滋病（AIDS）或感染艾滋病病毒（HIV）（上述定义，应按世界卫生组织所订的定义为准，若在被保险人的血液样本中发现上述病毒或其抗体，则认定病人已受该病毒感染）；
- 10、 基因咨询、筛查、检查及其他相关费用；但因治疗目的而接受的医学必需的基因检测费用不受此限，如恶性肿瘤治疗所必需的基因检测；
- 11、 过敏源检测相关费用，但经保险人或其授权的第三方管理机构批准的医学必需情形不在此限；
- 12、 各种自用的按摩保健和治疗用品：颈托（急救中使用的颈托不在此限）、腰托、胃托、肾托、护膝带、钢头颈、矫正器具、药带、药枕、拐杖、轮椅、健身按摩器和各种磁疗用品及家用检测治疗仪器等费用；
- 13、 矫正鞋或其他脚支撑器材费（包括但不限于足弓支撑器、矫正器或任何其他预防性的服务或器材），任何用于治疗弱足、矫形足、不稳足、扁平足或足弓塌陷的器材费，任何与跗骨、跖骨相关的医疗及其他相关费用，对脚表面损害（如鸡眼、老茧、角质化）医疗费用，但有关骨外露、肌腱或韧带的手术不在此限；
- 14、 生长激素治疗及其他相关费用，但经保险人或其授权的第三方管理机构批准的医学必需情形不在此限；
- 15、 因学习障碍、多动症、注意力集中缺陷、语言障碍矫正、儿童行为问题和儿童发育问题而接受的治疗所导致的费用；
- 16、 各种医疗鉴定费用，包括但不限于医疗事故鉴定、精神病鉴定、各种验伤鉴定、亲子鉴定、遗传基因鉴定等；
- 17、 包皮环切术、包皮剥离术、包皮气囊扩张术费用及其并发症和其他相关费用；
- 18、 因疲劳、乏力而产生的任何费用；因睡眠紊乱而产生的任何费用，包括但不限于鼾症、失眠、睡眠呼吸暂停低通气综合征及睡眠测试；
- 19、 任何因内外科手术或其他医疗行为导致的伤害；
- 20、 任何因酗酒、滥用酒精、吸毒、使用管制药物、非法药物、非医生处方要求药物或者非医生处方要求用量药物导致的治疗及与其有关的并发症的治疗费用；
- 21、 因任何原因导致的牙科治疗费用；
- 22、 不符合入院标准、挂床住院或住院病人应当出院而拒不出院（从医院确定出院之日起发生的一切医疗费用）；
- 23、 因个人舒适或方便而产生的费用，包括但不限于电视、电话、食品保温箱、雇佣护工、房屋打扫、访客膳食、住宿、家庭设备、旅行费用，本保险合同没有列明的急救费用及其他非医学必需的服务和设备；
- 24、 各种健康检查（保险单约定承保的则不受此限），功能医学检查（包括但不限于全套个人化营养评估、抗氧化维生素分析、氧化压力分析、营养与毒性元素分析、肠道免疫功能分析）费用，免疫费用，出于行政或管理事务目的（包括但不限于与投保保险、招聘、入学或运动相关的体格检查）发生的检查费用，旅行和宾馆住宿费用，预防保健（包括但不限于保健按摩、自动按摩床治疗、药物蒸气治疗、药浴、体疗健身、疾病普查）费用；
- 25、 未经医生处方自行购买的药品和设备，戒烟戒酒药物、食欲抑制剂、头发再生药物、抗老化药物、美容用品、维生素、矿物质等营养保健药品和食品、营养滋补类中草药；
- 26、 静养疗法、监护及家居照料费，在护理之家、养老院接受的护理，为休息、观察而实施的环境疗法，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、康复科、康复病床、健康中心、天然治疗所、康复院、联合医院、诊所、精神病院、老人院、戒毒中心、戒酒中心、医院的（门）急诊观察室、家庭病床（房）等非本保险合同规定的医疗机构接受的服务或治疗；
- 27、 选择性手术和治疗及其他相关费用，仅为改善或提高目前身体状况（包括但不限于中医调理）而发生的、非医学必需的费用，如分子矫正法治疗（见释义十三）；
- 28、 无论是否出于心理目的而进行的各种美容、整形（包括但不限于非意外牙科治疗、非意外整形，如激光美容、除皱、除眼袋、开双眼皮、治疗白发、秃发、脱发、植发、植毛、脱毛、隆鼻、隆胸、缩胸、减肥、增胖、增高等）费用；

- 29、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（包括但不限于黄褐斑、皮肤白斑、色素沉着、雀斑、痣等）的治疗、祛除及其他相关费用；对无症状的浅表静脉曲张、蜘蛛脉、除瘢痕疙瘩型外的其它瘢痕、白癜风、纹身去除、皮肤变色的治疗、手术、并发症的治疗及其他相关费用；
- 30、视力测试、屈光缺陷（包括近视、远视及散光）的任何医疗费用及配镜费用；
- 31、被保险人因戒毒、戒酒、戒烟或以戒除成瘾为目的所发生的费用；
- 32、器官移植供体费用、器官来源费用、器官组织或活体细胞的低温储藏费用，与不孕不育症或生育治疗相关的移植费用；
- 33、医疗咨询和健康预测（包括但不限于健康咨询、家庭咨询、性咨询）费用，智能测试、教育测试的医疗服务费；
- 34、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及其他相关费用；
- 35、核爆炸、核辐射或核污染、化学污染；
- 36、战争、军事冲突、暴乱、武装叛乱或恐怖主义活动；无必要但主动置身于风险的情况。

（二）被保险人在下列期间发生的医疗费用，保险人也不承担给付保险金责任：

- 1、被保险人参与任何职业体育活动或任何设有奖金或报酬的体育运动，在训练或比赛中期间；
- 2、被保险人进行滑翔翼、滑翔伞、跳伞、探险活动（见释义十四）、非固定路线洞穴探险、特技表演（见释义十五），任何海拔 6000 米以上的户外运动及潜水深度大于 18 米的活动期间；
- 3、被保险人必须借助登山绳索、登山向导（非旅行社导游）完成的登山活动期间；借助水下供气瓶（非呼吸管）设备完成的潜水活动期间；
- 4、被保险人从事违法、犯罪活动期间或被依法拘留、服刑、在逃期间。

第十五条 保险金额和保险费

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、保险人双方约定，并在保险单中载明。

投保人须按本保险合同约定支付保险费。

本保险合同保险费支付方式由投保人投保时选择确定，并在保险单上载明。缴费途径为通过互联网线上支付。

若投保人选择一次性缴付保险费的，投保人应当在保险合同成立时一次性交清保险费。未交清保险费的，保险合同不生效；发生保险事故的，保险人不承担保险责任。

若投保人选择分期缴付保险费，在缴纳首期保险费后，投保人应当在每个保险费约定缴纳日（见释义十六）前足额缴纳对应的保险费。如未缴付首期保险费，保险合同不生效，保险人不承担保险责任。如投保人未按约定缴纳其余各期保险费，保险人允许投保人在保险单约定的延长期内补缴保险费，如被保险人在延长期内发生保险事故，保险人承担保险责任。投保人在正常交费对应的保险期间内或本条约定的延长期内发生保险事故，保险人依照合同约定给付保险金的，需投保人先行补交所有未缴期间的保险费，或经投保人和保险人协商同意后，在给付的保险金中扣除所有未缴期间的的所有未缴保险费。如投保人在延长期届满时仍未缴纳当期保险费的，保险合同自当期保险费缴纳日次日零时起终止，对于保险合同终止后发生的保险事故，保险人不承担保险责任。

第十六条 保险期间

除另有约定外，保险期间为一年，以保险单载明的起讫时间为准。

本保险合同终止日后发生的任何医疗费用，保险人不再承担给付保险金的责任。

第十七条 不保证续保

本产品保险期间不超过一年。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。

第十八条 保险人义务

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

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。

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。

保险人认为被保险人提供的有关索赔的证明和资料不完整的，应当及时一次性通知投保人、被保险人补充提供。

保险人收到被保险人的给付保险金的请求后，应当及时作出是否属于保险责任的核定；情形复杂的，应当在三十日内作出核定，但因客观原因、不可抗力、资料欠缺、被保险人因素等原因导致的延期除外。

保险人应当将核定结果通知被保险人；对属于保险责任的，在与被保险人达成给付保险金的协议后十日内，履行赔偿保险金义务。保险人依照前款约定作出核定后，对不属于保险责任的，应当自作出核定之日起三日内向被保险人发出拒绝给付保险金通知书，并说明理由。

保险人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。

第十九条 投保人、被保险人义务

除另有约定外，投保人应当按照本保险合同约定交纳保险费

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。

投保人故意或者因重大过失未履行前款规定的义务，足以影响保险人决定是否同意承保或者提高保险费率的，保险人有权解除本保险合同。

前款规定的合同解除权，自保险人知道有解除事由之日起，超过三十日不行使而消灭。

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

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

保险人在合同订立时已经知道投保人未如实告知的情况的，保险人不得解除合同；发生保险事故的，保险人应当承担给付保险金责任。

投保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，均视为已送达投保人。

投保人、被保险人或者保险金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，不承担给付保险金责任，但保险人通过其他途径已经及时知道或者应当及时知道保险事故发生的除外。

上述约定，不包括因不可抗力而导致的迟延。

第二十条 保险金申请

（一）保险金索赔流程

1、直付项目适用

由保险人自行或通过第三方管理机构与网络医疗机构直接结算。若被保险人实际发生的医疗费用超过保险单载明的保险金额，则超出部分的费用由被保险人自行与接诊的网络医疗机构结算。

2、非直付项目适用

保险金申请人（见释义十七）向保险人申请保险金时，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相关材料。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。

- （1） 保险金申请人完整填写的索赔申请表并签名确认；
- （2） 被保险人、保险金申请人的有效身份证件；
- （3） 医院出具的完整病历资料，包括诊断证明、住院病历、出院记录、检查检验报告、医疗费用发票原件、费用清单等；
- （4） 已从其他途径获得医疗费用补偿的，还应提供医疗费用分割单或医疗费用结算证明原件；
- （5） 保险金申请人所能提供的与确认保险事故的性质、原因、损失程度等有关的其他证明和资料；
- （6） 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。受益人为无民事行为能力人或限制民事行为能力人的，由其监护人代为申请保险金，并提供监护人的身份证明等资料。

在保险人的理赔审核过程中，经被保险人同意，保险人可在合理的范围内对索赔的被保险人进行医疗检查。此类检查费用由保险人承担。

（二）网络医疗机构服务

保险人提供医疗服务网络，并将定期或者不定期向投保人和被保险人通报，被保险人也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”）接受治疗并出示保险卡的，对于被保险人发生的符合保险责任范围内且应当由保险人承担的费用，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。

被保险人未在网络医疗机构接受治疗的，被保险人不享受保险人直付服务。

被保险人在网络医疗机构接受治疗的，对其发生的不属保险责任范围、应当由其负担但保险人已代为垫付的医疗费用，在接到保险人或者其授权第三方管理机构通知后，被保险人应当在三十日内退还相应款项；未在三十日内退还相应款项的，保险人有权向其继续追偿相应费用并停止向被保险人提供直付服务。

（三）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或第三方管理机构提交事先授权申请表：

- 1、 所有住院和手术治疗；
- 2、 需全身麻醉的门诊手术，化学治疗，放射治疗，肿瘤免疫疗法，肿瘤内分泌疗法，质子重离子治疗，血液或者腹膜透析；
- 3、 大型检查检验项目，或单价在人民币 5000 元以上的检查项目；
- 4、 购买或者租用非一次性耐用医疗设备，包括但不限于雾化器及其配套器械；
- 5、 虽不符合上述医疗项目，但预期保险期间内累计医疗费用超过 3 万元的任何治疗、检查项目。

对于被保险人事先授权申请，保险人或第三方管理机构将予以书面回复并有权要求被保险人在网络医疗机构接受治疗。被保险人应当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网络医疗机构接受治疗的，被保险人应当予以配合。未获得书面许可回复擅自接受治疗的，或保险人要求被保险人在网络医疗机构接受治疗但被保险人在非网络医疗机构接受治疗的，被保险人有责任自行承担 40% 的医疗费用，且保险人保留不承担相关保险责任的权利。

发生紧急情况的，被保险人可在就近网络或者非网络医疗机构接受治疗，但须在开始接受治疗后四十八小时内通知保险人或第三方管理机构。保险人将对该次治疗是否属紧急情况予以审核。

即使被保险人获得医疗服务供应商许可回复也不意味着其发生的全部或者部分医疗费用都属于保险责任范围，保险人仍然按照本保险合同的约定承担保险责任。

第二十一条 合同解除

在保险期间内，投保人可以通过互联网通知保险人解除本保险合同。

投保人解除本保险合同时，应提供下列证明文件和资料：

- （一）保险合同解除通知书；
- （二）其它保险人要求提供的资料。

投保人要求解除本保险合同，自保险人接到保险合同解除通知书之时起，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到期净保险费（见释义十八）。若保险人已给付过任何保险金，则未到期净保险费为零。

第二十二条 争议处理和法律适用

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。

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）。

第二十三条 释义

【释义一】 保险人：指与投保人签订本保险合同的京东安联财产保险有限公司及其分支机构。

【释义二】长期居住：指保险期间内在中国大陆境内（不含港澳台）累计居住的时间不少于三分之二。

【释义三】等待期：又称观察期或免责期，以保险单约定时间为准。等待期自本保险合同生效之日起计算，在等待期内发生保险事故的，保险人不承担补偿保险金的责任。

【释义四】症状：指被保险人病后对机体生理功能异常的自身体验和感觉。

【释义五】体征：指被保险人的体表或内部结构发生可以察觉的改变。

【释义六】保险人指定或认可的医疗机构：指在中国大陆境内（不含港澳台）合法的公立医院，及保险人指定的私立医院和有互联网医院资质的机构。保险人指定的私立医院和有互联网医院资质的机构清单将在保险单上载明，保险人保留调整医院清单的权利，被保险人可登陆保险人指定的互联网站或致电查询相关信息。

本保险合同中所指医疗机构不包括以下或类似的医疗机构：

- 1、精神病院；
- 2、老人院、疗养院、戒毒中心和戒酒中心；
- 3、健康中心或天然治疗所、疗养或康复院。

【释义七】住院：是指被保险人因意外伤害或疾病而入住医院之正式病房接受全日 24 小时监护治疗的过程，并正式办理入出院手续。但不包括下列情况：

- 1、被保险人入住康复科、康复病床或接受康复治疗；
- 2、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；但遵医嘱到外院接受临时治疗的除外；
- 3、被保险人住院体检；
- 4、挂床住院及其他不合理的住院。挂床住院指办理正式住院手续的被保险人，在住院期间每日非 24 小时在床、在院。具体表现包括在住院期间连续若干日无任何治疗，只发生护理费、诊疗费、床位费等情况。

【释义八】必需且合理

（一）符合通常惯例：指与接受医疗服务所在地通行治疗规范、通行治疗方法、平均医疗费用价格水平一致的费用。对是否符合通常惯例由保险人根据客观、审慎、合理的原则进行审核；如果被保险人对审核结果有不同意见，可由双方认同的权威医学机构或者权威医学专家进行审核鉴定。

（二）医学必需：指医疗费用符合下列所有条件：

- 1、治疗意外伤害或者疾病所必需的项目；
- 2、不超过安全、足量治疗原则的项目；
- 3、由本保险合同约定的医疗机构医生开具的处方药；
- 4、非试验性的、非研究性的项目；
- 5、与接受治疗当地普遍接受的医疗专业实践标准一致的项目。

对是否医学必需由保险人根据客观、审慎、合理的原则进行审核；如果被保险人对审核结果有不同意见，可由双方认同的权威医学机构或者权威医学专家进行审核鉴定。

【释义九】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他部位，病灶经组织病理学检查（见释义十九）（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。

其中，《疾病和有关健康问题的国际统计分类》第十次修订版（ICD-10），是世界卫生组织（WHO）发布的国际通用的疾病分类方法。《国际疾病分类肿瘤学专辑》第三版（ICD-O-3），是 WHO 发布的针对 ICD 中肿瘤形态学组织学细胞类型、动态、分化程度的补充编码。其中形态学编码：0 代表良性肿瘤；1 代表动态未定性肿瘤；2 代

表原位癌和非侵袭性癌；3代表恶性肿瘤（原发性）；6代表恶性肿瘤（转移性）；9代表恶性肿瘤（原发性或转移性未肯定）。如果出现ICD-10与ICD-0-3不一致的情况，以ICD-0-3为准。

下列疾病不属于“恶性肿瘤一重度”，不在保障范围内：

(1) ICD-0-3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：

a. 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；

b. 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；

(2) TNM分期（见释义十九）为I期或更轻分期的甲状腺癌（甲状腺癌的TNM分期见释义二十一）；

(3) TNM分期为T1N0M0期或更轻分期的前列腺癌；

(4) 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；

(5) 相当于Binet分期方案A期程度的慢性淋巴细胞白血病；

(6) 相当于Ann Arbor分期方案I期程度的何杰金氏病；

(7) 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 $ki-67 \leq 2\%$ ）或更轻分级的神经内分泌肿瘤。

【释义十】大型检查检验项目：包括计算机断层扫描（CT）、计算机辅助断层血管成像（CTA）、正电子发射计算机断层扫描（PET，包括PET/CT、PET/MRI）、单光子发射计算机断层扫描（SPECT）、核磁共振检查（MRI）、磁共振血管成像（MRA）、磁共振胰胆管成像（MRCP）、造影类检查、穿刺类检查、内窥镜检查（包含胶囊内镜）、肺通气显像、近红外脑功能成像、激光共聚焦扫描、放射性核素显影。

【释义十一】保险人指定或认可的健康检查及疫苗医疗机构：指保险人与投保人协商确定的健康检查及疫苗医疗机构，以保险单载明的约定清单为准，保险人保留调整医院清单的权利，被保险人可登陆保险人指定的互联网站或致电查询相关信息。同一个保险期间内，被保险人首次就诊选定一个医疗机构品牌并前往就医后，不得再转至其他品牌。

【释义十二】既往病症：指在本保险合同生效前罹患的被保险人已知或应该知道的有关疾病。通常有以下情况：

(一) 本保险合同生效前，医生已有明确诊断，长期治疗未间断；

(二) 本保险合同生效前，医生已有明确诊断，治疗后症状未完全消失，有间断用药情况；

(三) 本保险合同生效前，医生已有明确诊断，但未接受任何治疗。

(四) 本保险合同生效前，虽未经医生明确诊断和治疗，但症状已经明显足以促使被保险人引起注意并寻求诊断、治疗或护理的症状。

【释义十三】分子矫正法治疗：是指在生物化学的基础上通过改变分子缺陷来恢复人体细胞最佳生化环境的疗法。该疗法通常使用自然物质，例如维他命、矿物质、酶和荷尔蒙等。

【释义十四】探险活动：指明知在某种特定的自然条件下有失去生命或使身体受到伤害的危险，而故意使自己置身其中的行为。如极地探险、江河漂流、徒步穿越沙漠或人迹罕见的原始森林等活动。

【释义十五】特技表演：指马术、杂技、驯兽等特殊技能。

【释义十六】保险费约定缴纳日：指保险合同生效日在每个缴费期的对应日。如果当期无对应的同一日，则以该期最后一日为对应日。

【释义十七】保险金申请人：指受益人或被保险人的继承人或依法享有保险金请求权的其他自然人。

【释义十八】未到期净保险费：

若保险费为一次性缴付的：未到期净保险费=保险费 \times [1-(保险单已经过天数/保险期间天数)] \times (1-10%)。经过天数不足一天的按一天计算。

若保险费为分期缴付的：未到期净保险费=当期保险费×[1-（当期保障已过天数/当期保障总天数）]×（1-10%）。经过天数不足一天的按一天计算。

若本保险合同已发生过保险金给付，则未到期净保险费为零。

【释义十九】组织病理学检查：指通过局部切除、钳取、穿刺等手术方法，从患者机体采取病变组织块，经过包埋、切片后，进行病理检查的方法。

通过采集病变部位脱落细胞、细针吸取病变部位细胞、体腔积液分离病变细胞等方式获取病变细胞，制成涂片，进行病理检查的方法，属于细胞病理学检查，不属于组织病理学检查。

【释义二十】TNM 分期：TNM 分期采用 AJCC 癌症分期手册标准。该标准由美国癌症联合委员会与国际抗癌联合会 TNM 委员会联合制定，是目前肿瘤医学分期的国际通用标准。T 指原发肿瘤的大小、形态等；N 指淋巴结的转移情况；M 指有无其他脏器的转移情况。

【释义二十一】甲状腺癌的 TNM 分期：甲状腺癌的 TNM 分期采用目前现行的 AJCC 第八版定义标准，我国国家卫生健康委员会 2018 年发布的《甲状腺癌诊疗规范 2018 年版》也采用此定义标准具体见下：

甲状腺乳头状癌、滤泡癌、低分化癌、Hürthle 细胞癌和未分化癌

pTX：原发肿瘤不能评估

pT0：无肿瘤证据

pT1：肿瘤局限在甲状腺内，最大径≤ 2cm

T1a 肿瘤最大径≤ 1cm

T1b 肿瘤最大径>1cm，≤2cm

pT2：肿瘤 2~4cm

pT3：肿瘤>4cm，局限于甲状腺内或大体侵犯甲状腺外带状肌

pT3a：肿瘤>4cm，局限于甲状腺内

pT3b：大体侵犯甲状腺外带状肌，无论肿瘤大小

带状肌包括：胸骨舌骨肌、胸骨甲状肌、甲状舌骨肌、肩胛舌骨肌

pT4：大体侵犯甲状腺外带状肌

pT4a：侵犯喉、气管、食管、喉反神经及皮下软组织

pT4b：侵犯椎前筋膜，或包裹颈动脉、纵隔血管

甲状腺髓样癌

pTX：原发肿瘤不能评估

pT0：无肿瘤证据

pT1：肿瘤局限在甲状腺内，最大径≤2cm

T1a 肿瘤最大径≤1cm

T1b 肿瘤最大径>1cm，≤2cm

pT2：肿瘤 2~4cm

pT3：肿瘤>4cm，局限于甲状腺内或大体侵犯甲状腺外带状肌

pT3a：肿瘤>4cm，局限于甲状腺内

pT3b：大体侵犯甲状腺外带状肌，无论肿瘤大小

带状肌包括：胸骨舌骨肌、胸骨甲状肌、甲状舌骨肌、肩胛舌骨肌

pT4：进展期病变

pT4a：中度进展，任何大小的肿瘤，侵犯甲状腺外颈部周围器官和软组织，如喉、气管、食管、喉反神经及皮下软组织

pT4b：重度进展，任何大小的肿瘤，侵犯椎前筋膜，或包裹颈动脉、纵隔血管

区域淋巴结：适用于所有甲状腺癌

pNx：区域淋巴结无法评估

pN0：无淋巴结转移证据

pN1：区域淋巴结转移

pN1a：转移至 VI、VII 区（包括气管旁、气管前、喉前/Delphian 或上纵隔）淋巴结，可以为单侧或双侧。

pN1b：单侧、双侧或对侧颈淋巴结转移（包括 I、II、III、IV 或 V 区）淋巴结或咽后淋巴结转移。

远处转移：适用于所有甲状腺癌

M0：无远处转移

M1：有远处转移

乳头状或滤泡状癌（分化型）

年龄<55 岁

	T	N	M
I 期	任何	任何	0
II 期	任何	任何	1
年龄 ≥55 岁			
I 期	1	0/x	0
	2	0/x	0
II 期	1~2	1	0
	3a~3b	任何	0
III 期	4a	任何	0
IVA 期	4b	任何	0
IVB 期	任何	任何	1
髓样癌（所有年龄组）			
I 期	1	0	0
II 期	2~3	0	0
III 期	1~3	1a	0
IVA 期	4a	任何	0
	1~3	1b	0
IVB 期	4b	任何	0
IVC 期	任何	任何	1
未分化癌（所有年龄组）			
IVA 期	1~3a	0/x	0
IVB 期	1~3a	1	0
	3b~4	任何	0
IVC 期	任何	任何	1

注：以上表格中“年龄”指患者病理组织标本获取日期时的年龄。

（本页结束）

京东安联财产保险有限公司
近视眼医疗保险条款（互联网版）
（报备文件编号：京东安联发（2023）262号）
（注册号：C00005032512023073113241）

总则

第一条 保险合同构成

本保险合同由保险条款、投保单及其他投保文件、保险单、批单等组成。凡涉及本保险合同的约定，均应采用书面形式。

第二条 保险合同的成立

投保人提出投保申请，经保险人（见释义一）同意承保的，本保险合同成立，具体生效日以保险单所载的日期为准。

第三条 投保人与被保险人

经保险人同意，凡投保时年龄在出生满30天至14周岁、身体健康、在中华人民共和国大陆境内（不包括港澳台）长期居住（见释义二）的所有自然人均可作为本保险合同的被保险人。

投保人应为被保险人的监护人。

第四条 受益人

除另有约定外，本保险合同保险金的受益人均为被保险人本人。

第五条 第三方管理机构

第三方管理机构是指经保险人委托为被保险人提供本保险合同相关的日常医疗协助及理赔协助等各项服务的机构，第三方管理机构的名称和联系电话等信息将在保险单中载明。

第六条 保险责任

在保险期间内，被保险人因近视、散光等屈光不正等原因需要进行首次近视检查及防控治疗，并经保险人指定的医疗机构（见释义三）或指定的眼镜连锁机构（见释义四）（首次就诊选定一个诊所品牌并前往就医后，不得再转至其他品牌）进行首次验光和眼轴检查以及相应的近视防控治疗，对于被保险人在指定的医疗机构或指定的眼镜连锁机构发生的以下费用，保险人按以下规定进行赔偿：

1. 防控近视检查费用。

对于被保险人实际发生的防控近视检查费用，包括建立屈光发育档案费用、眼科医生诊费、眼视光相关检查费用（包含视力检查、眼底检查、主觉验光、电脑验光、角膜曲率、眼压、裂隙灯、眼轴测量，但不包括散瞳验光、三棱镜、视功能检查、角膜地形图、角膜内皮细胞等非常规视力检查项目），保险人扣除免赔额后按照保险单上约定的比例及赔付次数进行补偿。

2. 近视镜配镜费用。

若被保险人根据上述验光及眼轴检查结果而必须配置近视镜，且在保险人指定的医疗机构或指定的眼镜连锁机构配置了近视镜（近视镜包括镜片或/及镜框，具体内容双方约定并载于保险单）的，对于被保险人实际产生的配置近视镜的费用，保险人扣除免赔额后按照保险单上约定的比例进行赔付。

3. 防控近视镜配置费用。

若被保险人根据上述验光及眼轴检查结果，并经保险人指定的医疗机构或指定的眼镜连锁机构评估必须配置防控近视镜，且在该医疗机构配置了以下防控近视镜的，对于被保险人实际产生的配置防控近视镜的费用，保险人扣除免赔额后按照保险单上约定的比例进行赔付：

（1）特殊设计近视防控框架镜片（包含依视路星趣控系列、豪雅新乐学系列、尼康控优点、蔡司小乐圆镜片、奥拉镜片等）；

（2）角膜塑形镜（包括所有相关角膜塑形镜镜片、诊疗费、检查费、治疗费）。

4. 防控近视未达预期近视镜费用。

若被保险人根据上述验光及眼轴检查结果，并经保险人指定的医疗机构或指定的眼镜连锁机构评估必须配置防控近视镜，且在该医疗机构配置了防控近视镜，随后在保险单载明的第二次**检验时效**（见释义五）内进行第二次验光和检查时，确诊其任意一只眼睛的**等效球镜度**（见释义六）的增长幅度达到保险单约定的标准，且被保险人因等效球镜度的增长在保险人指定的医疗机构或指定的眼镜连锁机构置了近视镜（近视镜包括镜片或/及镜框，**具体内容**由双方约定并载于保险单），对于被保险人实际产生的购置近视镜的费用，保险人扣除免赔额后按照保险单上约定的比例进行赔付。

以上1-4项费用保障的免赔额、赔付比例、责任限额、分项限额以保险单所载为准，本合同项下保险人对被保险人在保险期间内的各项保障责任的累计赔偿金额以保险单所载眼科责任限额为限。当保险人对被保险人的累计总赔偿金额达到眼科责任限额时，保险人对被保险人在本合同项下的保险责任终止。

第七条 补偿原则

本合同适用费用补偿原则。若被保险人已从其他途径（包括公费医疗、社会医疗保险、其他费用补偿型医疗保险等）获得医疗费用补偿，则保险人仅对被保险人实际发生的医疗费用扣除其所获医疗费用补偿后的剩余部分按本合同约定负责赔偿。社会医疗保险个人账户部分支出视为个人支付，不属于已获得的医疗费用补偿。

第八条 责任免除

存在下列任一情形，或者发生下列任一情形导致保险事故发生的，保险人不承担保险金给付责任：

- (1) 被保险人申请理赔时提供的任一份等效球镜度检验报告的日期不在保险期间内的；
- (2) 投保人对被保险人的故意杀害、故意伤害；
- (3) 被保险人自致伤害或自杀；
- (4) 被保险人故意犯罪、拒捕、挑衅或故意行为引发的打斗而导致视网膜脱落的；
- (5) 被保险人接受包括美容、整容、整形手术在内的任何医疗行为而造成眼睛的伤害；
- (6) 被保险人在投保时或保险责任生效后的7日内被确诊视网膜脱落的；
- (7) 任何生物、化学、原子能武器，原子能或核能装置所造成的爆炸、灼伤、污染或辐射；
- (8) 战争、军事冲突、武装叛乱或暴乱、恐怖袭击；
- (9) 被保险人因遗传性疾病，先天性畸形、先天性疾病、变形或染色体异常引起的医疗费用（以世界卫生组织颁布的《疾病和有关健康问题的国际统计分类（ICD-10）》为准）；
- (10) 非在保险人指定的医疗机构或指定的眼镜连锁机构进行检查、治疗或配镜而产生的任何费用。

第九条 保险金额和保险费

保险金额是保险人承担给付保险金责任的最高限额。本保险合同的保险费支付方式由投保人与保险人投保时约定。

1. 一次性缴付保险费

若一次性缴付保险费的，投保人应当在保险合同成立时一次性交清保险费。未交清保险费的，保险合同不生效；发生保险事故的，保险人不承担保险责任。

2. 分期缴付保险费

若分期缴付保险费的，在缴纳首期保险费后，投保人应当在每个**保险费约定缴纳日**（见释义七）前足额缴纳对应的保险费。如未缴付首期保险费，保险合同不生效，保险人不承担保险责任。

如投保人未按约定缴纳其余各期保险费，保险人允许投保人在保险单约定的延长期内补缴保险费，如被保险人在延长期内发生保险事故，保险人承担保险责任。投保人在正常交费对应的保险期间内或本条约定的延长期内发生保险事故，保险人依照合同约定给付保险金的，需投保人先行补交所有未缴期间的保险费，或经投保人和保险人协商同意后，在给付的保险金中扣除所有未缴期间的所有未缴保险费。如投保人在延长期届满时仍未缴纳当期保险费的，保险合同自当期保险费约定缴纳日次日零时起终止，对于保险合同终止后发生的保险事故，保险人不承担保险责任。

延长期由投保人和保险人协商确定，并在保险单中载明。

第十条 保险期间

除双方另有约定外，本保险合同的保险期间为一年，自保险单或其他保险凭证上记载的合同生效日零时起至保

险期间期满日的二十四时止。具体以保险单载明的起讫时间为准。

第十一条 不保证续保

本保险合同为不保证续保合同，本产品保险期间不超过一年，保险期间届满，投保人需要重新向保险公司申请投保本产品，并经保险人同意，交纳保险费，获得新的保险合同。

第十二条 保险人义务

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。

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。

保险人认为被保险人提供的有关索赔的证明和资料不完整的，应当及时一次性通知投保人、被保险人补充提供。

保险人收到被保险人的给付保险金的请求后，应当及时作出是否属于保险责任的核定；情形复杂的，应当在三十日内作出核定，但因客观原因、不可抗力（见释义八）、资料欠缺、被保险人因素等原因导致的延期除外。

保险人应当将核定结果通知被保险人；对属于保险责任的，在与被保险人达成给付保险金的协议后十日内，履行赔偿保险金义务。保险人依照前款约定作出核定后，对不属于保险责任的，应当自作出核定之日起三日内向被保险人发出拒绝给付保险金通知书，并说明理由。

保险人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。

第十三条 投保人、被保险人义务

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。

投保人故意或者因重大过失未履行前款规定的义务，足以影响保险人决定是否同意承保或者提高保险费率的，保险人有权解除本保险合同。

前款规定的合同解除权，自保险人知道有解除事由之日起，超过三十日不行使而消灭。

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

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

保险人在合同订立时已经知道投保人未如实告知的情况的，保险人不得解除合同；发生保险事故的，保险人应当承担给付保险金责任。

如保险单载明对被保险人等效球镜度检验有时效要求的，被保险人在保险合同成立后，应到保险人认可的医疗机构或经保险人指定的眼镜连锁机构，经验光师（见释义九）进行首次验光和眼轴检查，并由验光师出具被保险人双眼的等效球镜度检验报告。

投保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，均视为已送达投保人。

投保人、被保险人或者保险金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，不承担给付保险金责任，但保险人通过其他途径已经及时知道或者应当及时知道保险事故发生的除外。

上述约定，不包括因不可抗力而导致的迟延。

第十四条 保险金申请

本保险合同仅限指定的医疗机构或指定眼镜连锁机构直付就医，由指定的医疗机构或指定眼镜连锁机构直接收集相应的索赔单证后，与保险人进行结算，对于赔付金额超过1万元的，需提供被保险人身份证明类资料。对于被保险人实际发生的超过保险单载明的保险金额部分的费用以及被保险人需自付的部分费用，由被保险人自行与接诊的机构结算。

若被保险人通过非本保险合同约定的指定的医疗机构或指定的眼镜连锁机构就医的，不属于本保险合同的赔偿责任范围，保险人将不给付任何保险金。

第十五条 合同解除

投保人要求解除本保险合同，自保险人接到保险合同解除通知书之时起，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**未满期净保险费**（见释义十）。

第十六条 争议处理和法律适用

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。

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）。

第十七条 释义

释义一：保险人

指与投保人签订本合同的京东安联财产保险有限公司（含其分支机构）。

释义二：长期居住

指保险期间内在中国大陆境内（不含港澳台）累计居住的时间不少于三分之二。

释义三：指定的医疗机构

保险人指定的合作网络医院清单，以保险单载明的名单为准，保险人保留调整医院清单的权利，被保险人可登陆保险人指定的互网站或致电查询相关信息。被保险人首次就诊选定一个机构品牌并前往就医后，不得再转至其他品牌。

释义四：指定的眼镜连锁机构

指由保险人指定的、具有合法开展眼镜的验光、配镜服务的连锁经营机构。保险人指定的眼镜连锁机构以在保险单中载明的名单为准，保险人保留调整机构清单的权利，被保险人可登陆保险人指定的互网站或致电查询相关信息。被保险人首次就诊选定一个机构品牌并前往就医后，不得再转至其他品牌。

释义五：检验时效

保险人对被保险人等效球镜度检验有时效要求的，以保险单载明的要求为准。如保险单载明有时效要求的，被保险人需要在约定的时效内进行检验，否则保险人将不承担保险责任。如保险单无相关检验时效要求的，被保险人可在保险期间内任一时间进行检验。

释义六：等效球镜度

等效球镜度=球镜屈光度+1/2 柱镜屈光度。屈光度是屈光力的大小单位，以 D 表示，即指平行光线经过该屈光物质，以焦点在 1m 时该屈光物质的屈光力为 1 屈光度或 1.00D。

释义七：保险费约定缴纳日

指保险合同生效日在每个缴费期的对应日。如果当期无对应的同一日，则以该期最后一日为对应日。

释义八：不可抗力

指不能预见、不能避免并不能克服的客观情况。

释义九：验光师

指使用验光仪器及辅助设备，对眼睛进行视力检查和屈光度检测，并开具矫正处方的人员。

释义十：未满期净保险费

若保险费为一次性缴付的：**未满期净保险费=保险费×[1-(保险单已经过天数/保险期间天数)]×(1-10%)**。经过天数不足一天的按一天计算。

若保险费为分期缴付的：**未满期净保险费=当期保险费×[1-(当期保障已过天数/当期保障总天数)]×(1-10%)**。经过天数不足一天的按一天计算。

若本保险合同已发生过保险金给付，则未满期净保险费为零。

（本页结束）

京东安联财产保险有限公司
附加少儿特定疾病海外医疗保险条款（互联网版）
（报备文件编号：京东安联发（2023）262号）
（注册号：C00005032522023073113211）

第一条 附加保险合同订立

本附加保险合同（以下简称“本附加合同”）须附加于保险人主保险合同使用。

在保险期间内，被保险人在中国大陆境内（不含港澳台）累计居住的时间应不少于三分之二。

除另有约定外，本附加合同的保险金受益人为被保险人本人。

第二条 第三方管理机构

第三方管理机构是指经保险人委托为被保险人提供本附加合同相关的日常医疗协助及理赔协助等各项服务的机构，第三方管理机构的名称和联系电话等信息将在保险单中载明。

第三条 保险责任

（一）海外医疗费用保险金

在保险期间内，若被保险人因遭受意外伤害，或在等待期（见释义一）后因初次出现症状（见释义二）或体征（见释义三）且经医院专科医生确诊罹患疾病，经保险人或第三方管理机构安排的**第二诊疗意见服务**（见释义四）确认需进行本附加合同约定的**特定疾病治疗**（见释义五），且由**保险人或第三方管理机构安排在中国境外**（见释义六）的**指定医疗机构**（见释义七）进行上述治疗的，对于产生的**需被保险人个人支付的、必需且合理**（见释义八）的费用，保险人在扣除约定的免赔额后，依照约定的赔付比例给付海外医疗费用保险金。

1. 医疗费用

（1）**床位费**：指不超过标准单人间病房（不包括套房）标准的费用。

标准单人间病房指：病房为单间设计，除独立卫生间外无其他隔间，仅设一张病床加独立卫生间。

若某一医院的病房有两种或以上符合定义的病房，则应按其中最便宜的病房计算床位费。

（2）**膳食费**：指住院期间根据医生的医嘱，由作为医院内部专属部门的、为住院病人配餐的食堂配送的膳食费用。膳食费应包含在医疗账单内；根据各医疗机构的惯例，可以作为独立的款项、也可以合并并在病房费等其他款项内。

（3）**护理费**：指根据医嘱所示的护理等级确定的护理费用；

（4）**重症监护室床位费**：指出于医学必需被保险人使用的医院重症监护室床位的费用；

（5）**药品费**：指被保险人在指定医疗机构就医期间实际发生的由医疗机构医生开具处方的药品费用；以及被保险人治疗后至返回中国大陆前这段期间实际发生的必需且合理的处方药品费用，以30日剂量为上限；

（6）**检查检验费**：指被保险人在指定医疗机构进行治疗时，所发生的以诊断疾病为目的，采取必要的医学手段进行检查及检验而发生的医疗费用，包括检查费、妇检费、X光费、心电图费、B超费、脑电图费、内窥镜费、肺功能仪费、分子生化检查费和血、尿、便常规检查费等；

（7）**治疗费**：指以治疗疾病为目的，提供必要的医学手段而发生的合理的治疗者的技术劳务费和医疗器械使用费，以及消耗品的费用，具体以就诊医疗机构的费用项目划分为准；

本项责任不包含中医理疗、物理治疗及其他特殊疗法费用。

（8）**海外转诊救护车/飞机费**：指遵医嘱且经**保险人或第三方管理机构批准**在海外接受治疗使用救护车或救护飞机进行转院或运送时产生的费用；

（9）**手术费**：指必需且合理的手术医疗费用，包括外科医生费、手术室费、麻醉费、手术监测费、手术材料费、术中用药费、手术设备费；

（10）**诊疗费**：被保险人在指定医疗机构进行治疗时，所发生的主诊医生或会诊医生的劳务费用，含挂号费、医生诊疗费或医事服务费；

（11）**输血费**：指被保险人每次输血所实际发生的血浆费用、输血实施费用等；

（12）**重大器官移植相关费用**：指被保险人接受活体器官捐赠者器官移植过程中在指定医疗机构产生的下列费用：为捐赠者提供的医疗机构服务费用，包括床位费、膳食费、一般护理费（不包括私家看护），医疗机构工作人员提供的定期服务、化验和其他医疗仪器、设施服务费用（不包括器官摘除移植过程中非必需的由于个人原因

购买的用品)；捐赠者摘除器官、移植到被保险人的手术和医疗服务费用(不包括因器官供体寻找、获取而发生的相关费用)；

(13) **造血干细胞移植相关的培养服务和材料费用**：指治疗方案授权书开出之日起产生的与被保险人造血干细胞移植有关的造血干细胞培养服务和材料费用；

(14) **翻译费**：在指定医疗机构就诊时与治疗相关的因医学翻译而产生的费用；

(15) **治疗直接并发症的费用**：指被保险人在指定医疗机构进行特定疾病治疗所引起的直接并发症的费用，这些费用需同时满足以下两个条件：①被保险人遵医嘱需要立即在指定医疗机构进行医疗处置；②治疗目的是使被保险人的身体状况满足归国行程所需。

2. 交通费用

本项责任承担被保险人和**最多两名陪同人员(至少一位为被保险人监护人)**、活体器官捐赠者和活体器官捐赠者的一名陪同人员，以**特定疾病治疗为目的**前往治疗地产生的交通费用，包括：

(1) 被保险人从中国大陆常住地前往中国大陆指定机场或国际火车站的交通费用；

(2) 被保险人由中国大陆到达治疗地城市的飞机或铁路费用(**经济舱或经济座位，火车以硬卧或者二等座为限**)，以及从治疗地城市指定机场或国际火车站到达治疗城市指定酒店或医疗机构的交通费用；

(3) 被保险人从治疗地指定酒店或医疗机构到达治疗地指定机场或国际火车站的交通费用；

(4) 被保险人从治疗地到达中国大陆常住地城市的飞机或铁路费用(**经济舱或经济座位，火车以硬卧或者二等座为限**)；

(5) 被保险人由中国大陆指定机场或国际火车站到达中国大陆常住地或医疗机构的交通费用。

保险人承担活体器官捐赠者的交通费用仅限于被保险人需要进行活体器官移植或造血干细胞移植、且为了进行活体器官移植或造血干细胞移植而前往治疗地的情况。

前往治疗地进行治疗须符合本附加合同约定的特定疾病治疗，且治疗方案须经保险人或第三方管理机构批准。

保险人或第三方管理机构根据已批准的治疗方案安排行程，未经保险人或第三方管理机构认可的、由被保险人自行做出的行程安排产生的费用，或被保险人变更行程安排(包括出行日期或路线)而产生的相关费用，保险人不予承担。

3. 住宿费用

本项责任承担被保险人和**最多两名陪同人员(至少一位为被保险人监护人)**、活体器官捐赠者和活体器官捐赠者的一名陪同人员，以**特定疾病治疗为目的**在中国境外产生的由保险人或第三方管理机构安排的住宿费用。除另有约定外，住宿标准为**3、4星酒店双人标准间，或一居室民宿**。住宿费用不包含除住宿费以外的酒店用餐、其他酒店费用以及因升级房间产生的费用。

保险人承担活体器官捐赠者的住宿费用仅限于被保险人需要进行活体器官移植或造血干细胞移植、且为了进行活体器官移植或造血干细胞移植而前往治疗地的情况。

前往治疗地进行治疗须符合本附加合同约定的特定疾病治疗，且治疗方案须经保险人或第三方管理机构批准。

保险人或第三方管理机构根据已批准的治疗方案安排住宿，并根据治疗结束日期和治疗医生的意见，确定适合被保险人的返程日期。未经保险人或第三方管理机构认可的、由被保险人自行做出的住宿安排产生的费用，或被保险人变更安排的酒店或安排的住宿日期而产生的相关费用，保险人不予承担。

4. 遗体送返费用

若被保险人或活体器官捐赠者在保险人或第三方管理机构安排的治疗过程中身故，保险人承担将死者遗体送返至中国大陆的费用，包括：

(1) 进行国际遗体送返的殡葬公司提供的服务费用，包括在治疗地的防腐处理、当地火葬以及所有行政手续产生的费用；

(2) 可容纳遗体的最小尺寸的灵柩或骨灰盒的费用；

(3) 死者遗体或骨灰从机场到达中国大陆指定地点的交通服务费用。

遗体送返费用不包括由于葬礼仪式或宗教仪式所产生的任何费用。

保险人对海外医疗费用保险金的累积给付金额以本附加合同约定的海外医疗费用保险金额为限，当保险人全年累积给付金额达到该保险金额时，保险人对被保险人在本项下的保险责任终止。

（二）每日住院津贴保险金

在保险期间内，若被保险人因遭受意外伤害，或在等待期后因初次出现症状或体征且经医院专科医生确诊罹患疾病，经保险人或第三方管理机构安排的第二诊疗意见服务确认需进行本附加合同约定的特定疾病治疗，且由保险人或第三方管理机构安排在中国境外的指定医疗机构住院进行上述治疗的，保险人按照“每次实际住院日数×约定的日津贴金额”的计算方式，给付每日住院津贴保险金。

保险人给付住院津贴天数累计以 60 日为限，当达到该限额时，保险人对被保险人在本项下的保险责任终止。

（三）归国药品费用保险金

在保险期间内，若被保险人因遭受意外伤害，或在等待期后因初次出现症状或体征且经医院专科医生确诊罹患疾病，经保险人或第三方管理机构安排的第二诊疗意见服务确认需进行本附加合同约定的特定疾病治疗，且由保险人或第三方管理机构安排在中国境外的指定医疗机构住院进行上述治疗，若实际住院天数达到 3 天以上（含 3 天），且被保险人结束由保险人或第三方管理机构安排的整体海外特定疾病治疗后需要回到中国大陆继续治疗的，对于被保险人在回到中国大陆继续治疗实际发生的、符合下列全部条件的、必需且合理的药品费用，保险人在扣除约定的免赔额后，依照约定的赔付比例给付归国药品费用保险金：

- 1、在中国大陆购买的药品；
- 2、该药品是由治疗方案授权书约定的中国境外指定医疗机构医生开具的、被保险人当前治疗必需的药品；
- 3、该药品已被中国政府药品审批机构批准上市，且拥有正规处方及用药指南；
- 4、该药品为在中国大陆医疗机构继续治疗时使用的药品，且需经中国大陆医疗机构专科医生开具处方；
- 5、每次处方的药品剂量以 60 天为上限。

保险人对归国药品费用保险金的累积给付金额以本附加合同约定的归国药品费用保险金额为限，当保险人全年累积给付金额达到该保险金额时，保险人对被保险人在本项下的保险责任终止。

第四条 补偿原则和标准

本附加合同海外医疗费用保险金和归国药品费用保险金适用医疗费用补偿原则。若被保险人已从其他途径（包括社会医疗保险、公费医疗、工作单位、保险人在内的任何商业保险机构等）获得医疗费用补偿，则保险人仅对被保险人实际发生的医疗费用扣除其所获医疗费用补偿后的余额按照本附加合同的约定进行补偿。社保卡个人账户部分支出视为个人支付，不属于已获得的医疗费用补偿。

若被保险人以参加社会医疗保险投保，但未以参加社会医疗保险身份就诊并结算的，则保险人按照保险单载明的比例进行补偿。

保险人对上述（一）、（二）及（三）保险责任的累积给付之和以保险合同约定的本附加合同的年限额为限，当保险人全年累积给付金额达到年限额时，保险人对被保险人在本附加合同项下的保险责任终止。

第五条 免赔额

本附加合同所指免赔额含年免赔额和次免赔额，指在保险期间内，应由被保险人自行承担、保险人不予赔偿的部分。被保险人从其他途径已获得的医疗费用补偿可用于抵扣免赔额，但通过社会医疗保险和公费医疗保险获得的补偿，不可用于抵扣免赔额。各类医疗费用的免赔额由双方约定，并载于保险单。

第六条 责任免除

（一）任何因下列情形之一导致被保险人支出医疗费用的，或具备下列情形/行为的，保险人不承担给付保险金责任：

1. 被保险人在初次投保或非连续投保前所患有的既往病症（见释义九）及其并发症，但投保时如实告知并经保险人审核同意承保的不在限；
2. 等待期内罹患的疾病或等待期内接受检查但在等待期后确诊的疾病；

3. 未经治疗地临床医疗管理部门认可的试验性或研究性治疗（包括但不限于检查方法、治疗方法、手段、设备、药品等）费用；
4. 投保人或被保险人的故意行为；被保险人的故意行为（包括但不限于自残、自杀）引起的或者在这一过程中发生的伤害、病症治疗及其他相关费用；自伤或自杀时被保险人为无民事行为能力人除外；
5. 购买或租用任何类型的假体、康复器具、矫形器具、紧身胸衣、拐杖、轮椅、专用床、人造部件或器官、假发（即使化疗过程中有必要使用）、矫形鞋、疝带等其他类似器具用品产生的费用，进行心脏瓣膜替换或修复手术所需的心脏瓣膜的费用除外；
6. 接受特定疾病治疗过程中发生的非因医疗必需产生的费用，包括但不限于护照费用、签证费用、因个人原因使用翻译的费用等；
7. 治疗方案授权书出具之前产生的费用，治疗方案授权书载明治疗内容以外的治疗所产生的费用；
8. 未经执业药师配发或无医生处方的药品费用，滋补类中草药及其泡制的各类酒制剂涉及的药品费用；
9. 舒缓治疗、姑息疗法、替代疗法、基因疗法、激素疗法、细胞免疫疗法、辅助疗法（如补钙、补充维生素等），以及安全性和可靠性未经相关科学证明的诊断、治疗和外科手术所产生的任何费用；
10. 对于并发症的治疗（不包括本附加合同约定的治疗直接并发症的费用），减缓慢性症状的治疗，疗养，康复治疗（包括但不限于物理治疗、运动功能恢复、语言疗法等），矫形的费用；
11. 遗传性疾病，先天性畸形、先天性疾病、变形或染色体异常引起的医疗费用（依照世界卫生组织《疾病和有关健康问题的国际统计分类（ICD-10）》确定）；先天性恶性肿瘤引起的医疗费用，如BRCA1/BRCA2基因突变家族性乳腺癌、遗传性非息肉病性结直肠癌、肾母细胞瘤即Wilms瘤、李-佛美尼综合症即Li-Fraumeni综合症等；
12. 精神和行为障碍（依照世界卫生组织《疾病和有关健康问题的国际统计分类（ICD-10）》确定）的治疗和康复所产生的费用；
13. 被保险人在中国境外的指定医疗机构接受特定疾病治疗完成之后的任何随访（见释义十）和检查；
14. 被保险人罹患艾滋病（AIDS）或感染艾滋病病毒（HIV）（上述定义，应按世界卫生组织所订的定义为准，若在被保险人的血液样本中发现上述病毒或其抗体，则认定病人已受该病毒感染）；
15. 非通常惯例水平的医疗费用和不合理的医疗费用。

（二）被保险人在下列期间发生的医疗费用，保险人也不承担给付保险金责任：

1. 被保险人参与任何职业体育活动或任何设有奖金或报酬的体育运动，在训练或比赛中受伤；
2. 被保险人进行滑翔翼、滑翔伞、跳伞、探险活动（见释义十一）、非固定路线洞穴探险、特技表演（见释义十二），任何海拔6000米以上的户外运动及潜水深度大于18米的活动期间；
3. 被保险人必须借助登山绳索、登山向导（非旅行社导游）完成的登山活动期间；借助水下供气瓶（非呼吸管）设备完成的潜水活动期间；
4. 核爆炸、核辐射或核污染、化学污染、当地政府宣布的疫情爆发且相应进行的疫情控制；
5. 战争、军事冲突、暴乱、武装叛乱或恐怖主义活动；无必要但主动置身于风险的情况；
6. 被保险人从事违法、犯罪活动期间或被依法拘留、服刑、在逃期间。

第七条 保险金额和保险费

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、保险人双方约定，并在保险单中载明。

投保人须按本附加合同约定支付保险费。本附加保险合同的“保险费支付方式”同主保险合同一致。

第八条 保险期间

除另有约定外，本附加合同的“保险期间”同主保险合同一致。

保险期间内，被保险人经保险人或第三方管理机构安排在中国境外的指定医疗机构进行特定疾病治疗，终止日治疗仍未结束的，对于该次治疗延续至本附加合同终止日次日起30日内发生的医疗费用，保险人仍在本附加合同的保险责任范围内承担给付保险金的责任；对于该次治疗延续至本附加合同终止日次日起30日后发生的费用，保险人不再承担给付保险金的责任。

第九条 不保证续保

本产品保险期间不超过一年。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。

第十条 保险金申请

（一）海外医疗费用保险金的申请

对于海外医疗费用保险金，由保险人自行或通过第三方管理机构与提供医疗服务的中国境外指定医疗机构以及提供交通服务、住宿服务和遗体送返服务的相关机构进行结算，**保险人不再向受益人给付保险金。**

在申请海外医疗费用保险金时，应按照下列流程办理。

1. 被保险人理赔资格审核

在保险期间内，若被保险人因遭受意外伤害，或在等待期后因初次出现症状或体征且经医院专科医生确诊罹患疾病，经保险人或第三方管理机构安排的第二诊疗意见服务确认需进行本附加合同约定的特定疾病治疗，对于被保险人希望前往中国境外的指定医疗机构进行上述治疗的，被保险人需向保险人或第三方管理机构提供下列资料进行理赔资格审核：

- （1） 被保险人及其监护人的有效身份证件；
- （2） 医院出具的附有被保险人病理、血液及其他科学方法检验报告等诊断证明文件；
- （3） 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；

如果被保险人理赔资格审核未通过，保险人不承担给付保险金的责任且不提供就医安排。

被保险人及其陪同人及活体器官捐赠者须接受保险人或第三方管理机构认为必要的调查。被保险人及活体器官捐赠者应当提供所有的医学报告、病历以及相关资料，并授权保险人或第三方管理机构可以获得全部完整的医学材料。对于拒绝医疗调查、不提供相关医学资料或不给予授权导致保险人或第三方管理机构未能获得全部完整医学材料的，保险人不承担保险责任且不提供就医安排。

2. 医疗机构选择及治疗方案授权书签署

被保险人理赔资格审核通过且提交出国就医书面申请后，保险人或第三方管理机构将为被保险人推荐3所中国境外的医疗机构，被保险人在推荐的3所医疗机构中选定1所接受治疗，并就所选医疗机构以及就医计划等内容与保险人或第三方管理机构达成一致，并签署治疗方案授权书等相关文件。

3. 就医安排

保险人或第三方管理机构为被保险人进行就医安排，就医安排仅对治疗方案授权书中约定的医疗机构有效。由于被保险人的健康状况可能发生变化，**推荐医疗机构名单和治疗方案授权书的有效期为3个月**。在推荐医疗机构名单提供之后的3个月内，被保险人未选择指定的医疗机构，或在治疗方案授权书给出的3个月内，被保险人未在指定医疗机构进行特定疾病治疗的，保险人或第三方管理机构将根据被保险人最新的健康状况重新提供推荐医疗机构名单和治疗方案授权书。

（二）每日住院津贴保险金、归国用药费用保险金的申请

保险金申请人向保险人申请每日住院津贴保险金或归国药品费用保险金时，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相关材料。**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。**

- 1、保险金申请人完整填写的索赔申请表并签名确认；
- 2、被保险人及其监护人、保险金申请人的有效身份证件；
- 3、医疗机构出具的完整病历资料，包括诊断证明、住院病历、出院记录、检查检验报告、处方、医疗费用发票原件、费用清单等；
- 4、已从其他途径获得医疗费用补偿的，还应提供医疗费用分割单或医疗费用结算证明原件；
- 5、保险金申请人所能提供的与确认保险事故的性质、原因、损失程度等有关的其他证明和资料；
- 6、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。

第十一条 本附加合同效力终止

本附加合同所附属的主保险合同效力终止，本附加合同效力即行终止。主保险合同无效，本附加合同亦无效。保险人根据主保险合同约定，退还保险单的未到期净保险费。

第十二条 其他条款的适用

本附加合同与主保险合同不一致之处，以本附加合同为准；本附加合同未尽之处，以主保险合同为准。

第十三条 释义

【释义一】等待期：又称观察期或免责期，以保险单约定时间为准。等待期自本附加合同生效之日起计算，在等待期内发生保险事故的，保险人不承担补偿保险金的责任。

【释义二】症状：指被保险人病后对机体生理功能异常的自身体验和感觉。

【释义三】体征：指被保险人的体表或内部结构发生可以察觉的改变。

【释义四】第二诊疗意见服务：指基于对被保险人医疗信息和相关诊断资料的深度研究，由医疗专家提供的独立诊疗意见评估。

【释义五】特定疾病治疗：

（一）恶性肿瘤——重度的治疗

指进行如下恶性肿瘤——重度的治疗：

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他部位，病灶经组织病理学检查（见释义十三）（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”，不在保障范围内：

1、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，肿瘤细胞未侵犯基底层，上皮内瘤变，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；

2、TNM 分期（见释义十四）为 I 期或更轻分期的甲状腺癌（甲状腺癌的 TNM 分期见释义十五）；

3、TNM 分期为 T1N0M0 期或更轻分期的前列腺癌；

4、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；

5、相当于 Binet 分期方案 A 期程度的慢性淋巴细胞白血病；

6、相当于 Ann Arbor 分期方案 I 期程度的何杰金氏病；

7、未发生淋巴结和远处转移且 WHO 分级为 G1 级别（核分裂像 $<10/50\text{HPF}$ 和 $\text{ki-67}\leq 2\%$ ）或更轻分级的神经内分泌肿瘤。

（二）冠状动脉搭桥术（或称冠状动脉旁路移植术）

指为治疗严重的冠心病，已经实施了切开心包进行的冠状动脉血管旁路移植的手术。

所有未切开心包的冠状动脉介入治疗不在保障范围内。

（三）心脏瓣膜手术

指为治疗心脏瓣膜疾病，已经实施了切开心脏进行的心脏瓣膜置换或修复的手术。

所有未切开心脏的心脏瓣膜介入手术不在保障范围内。

（四）神经外科手术

指以下外科手术：

1、任何改变脑部或其他颅内结构的外科手术；

2、对于位于脊髓部位的良性肿瘤的手术治疗。

（五）活体器官移植术

指通过外科手术使被保险人接受来自异体配型合适的活体器官捐赠者的肾脏、肝叶、肺叶或部分胰腺器官的移植手术。

下列器官移植不在保障范围内：

- 1、因酒精性肝病（如酒精性肝炎、酒精性肝硬化等）导致的活体器官移植；
- 2、自体器官移植；
- 3、被保险人作为活体捐献者，为其他第三方提供活体器官移植；
- 4、来自死亡供体器官捐献者的器官移植；
- 5、任何涉及干细胞治疗的活体器官移植；
- 6、通过购买获得活体器官或者活体器官移植资格的活体器官移植。

（六）骨髓移植

指骨髓移植或骨髓细胞的外周血干细胞移植（PBSCT），且被保险人从以下任一途径获取骨髓细胞：

- 1、被保险人本人（自体骨髓移植）；
- 2、配型合适的活体捐献者（异体骨髓移植）。

使用脐带血的造血干细胞移植（HCT）不在保障范围内。

【释义六】中国境外：指中国大陆及港澳台以外的国家和地区。

【释义七】指定医疗机构：指由保险人或第三方管理机构根据被保险人所患特定疾病及其身体状况选定并经被保险人确认的中国境外的医疗机构，且该医疗机构拥有所在国家的合法经营执照，其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，并有所在国合法注册的医生和护士常驻执业。

【释义八】必需且合理

（一）符合通常惯例：指与接受医疗服务所在地通行治疗规范、通行治疗方法、平均医疗费用价格水平一致的费用。对是否符合通常惯例由保险人根据客观、审慎、合理的原则进行审核；如果被保险人对审核结果有不同意见，可由双方认同的权威医学机构或者权威医学专家进行审核鉴定。

（二）医学必需：指医疗费用符合下列所有条件：

- 1、治疗意外伤害或者疾病所必需的项目；
- 2、不超过安全、足量治疗原则的项目；
- 3、由本保险合同约定的医疗机构医生开具的处方药；
- 4、非试验性的、非研究性的项目；
- 5、与接受治疗当地普遍接受的医疗专业实践标准一致的项目。

对是否医学必需由保险人根据客观、审慎、合理的原则进行审核；如果被保险人对审核结果有不同意见，可由双方认同的权威医学机构或者权威医学专家进行审核鉴定。

【释义九】既往病症：在本附加合同生效前被保险人已知或应当知道的有关疾病或症状。通常有以下情况：

- （一）本附加合同生效前，医生已有明确诊断，长期治疗未间断；
- （二）本附加合同生效前，医生已有明确诊断，治疗后症状未完全消失，有间断用药情况；
- （三）本附加合同生效前，医生已有明确诊断，但未接受任何治疗。
- （四）本附加合同生效前，虽未经医生明确诊断和治疗，但症状已经明显足以促使被保险人引起注意并寻求诊断、治疗或护理的症状。

【释义十】随访：指被保险人在结束治疗后，到医疗机构进行的、为确认其未来是否可能患病或预防未来患病的所有医疗行为。

【释义十一】探险活动：指明知在某种特定的自然条件下有失去生命或使身体受到伤害的危险，而故意使自己置身其中的行为。如极地探险、江河漂流、徒步穿越沙漠或人迹罕见的原始森林等活动。

【释义十二】特技表演：指马术、杂技、驯兽等特殊技能。

【释义十三】组织病理学检查：指通过局部切除、钳取、穿刺等手术方法，从患者机体采取病变组织块，经过包埋、切片后，进行病理检查的方法。

通过采集病变部位脱落细胞、细针吸取病变部位细胞、体腔积液分离病变细胞等方式获取病变细胞，制成涂片，进行病理检查的方法，属于细胞病理学检查，不属于组织病理学检查。

【释义十四】TNM分期：TNM分期采用AJCC癌症分期手册标准。该标准由美国癌症联合委员会与国际抗癌联合会TNM委员会联合制定，是目前肿瘤医学分期的国际通用标准。T指原发肿瘤的大小、形态等；N指淋巴结的转移情况；M指有无其他脏器的转移情况。

【释义十五】甲状腺癌的TNM分期：甲状腺癌的TNM分期采用目前现行的AJCC第八版定义标准，我国国家卫生健康委员会2018年发布的《甲状腺癌诊疗规范2018年版》也采用此定义标准具体见下：

甲状腺乳头状癌、滤泡癌、低分化癌、Hürthle细胞癌和未分化癌

pTX：原发肿瘤不能评估

pT0：无肿瘤证据

pT1：肿瘤局限在甲状腺内，最大径≤2cm

T1a 肿瘤最大径≤1cm

T1b 肿瘤最大径>1cm，≤2cm

pT2：肿瘤2~4cm

pT3：肿瘤>4cm，局限于甲状腺内或大体侵犯甲状腺外带状肌

pT3a：肿瘤>4cm，局限于甲状腺内

pT3b：大体侵犯甲状腺外带状肌，无论肿瘤大小

带状肌包括：胸骨舌骨肌、胸骨甲状肌、甲状舌骨肌、肩胛舌骨肌

pT4：大体侵犯甲状腺外带状肌

pT4a：侵犯喉、气管、食管、喉反神经及皮下软组织

pT4b：侵犯椎前筋膜，或包裹颈动脉、纵隔血管

甲状腺髓样癌

pTX：原发肿瘤不能评估

pT0：无肿瘤证据

pT1：肿瘤局限在甲状腺内，最大径≤2cm

T1a 肿瘤最大径≤1cm

T1b 肿瘤最大径>1cm，≤2cm

pT2：肿瘤2~4cm

pT3：肿瘤>4cm，局限于甲状腺内或大体侵犯甲状腺外带状肌

pT3a：肿瘤>4cm，局限于甲状腺内

pT3b：大体侵犯甲状腺外带状肌，无论肿瘤大小

带状肌包括：胸骨舌骨肌、胸骨甲状肌、甲状舌骨肌、肩胛舌骨肌

pT4：进展期病变

pT4a：中度进展，任何大小的肿瘤，侵犯甲状腺外颈部周围器官和软组织，如喉、气管、食管、喉反神经及皮下软组织

pT4b：重度进展，任何大小的肿瘤，侵犯椎前筋膜，或包裹颈动脉、纵隔血管

区域淋巴结：适用于所有甲状腺癌

pNx：区域淋巴结无法评估

pN0：无淋巴结转移证据

pN1：区域淋巴结转移

pN1a：转移至VI、VII区（包括气管旁、气管前、喉前/Delphian或上纵隔）淋巴结，可以为单侧或双侧。

pN1b：单侧、双侧或对侧颈淋巴结转移（包括I、II、III、IV或V区）淋巴结或咽后淋巴结转移。

远处转移：适用于所有甲状腺癌

M0：无远处转移

M1：有远处转移

乳头状或滤泡状癌（分化型）			
年龄<55岁			
	T	N	M
I期	任何	任何	0
II期	任何	任何	1
年龄≥55岁			

I 期	1	0/x	0
	2	0/x	0
II 期	1~2	1	0
	3a~3b	任何	0
III 期	4a	任何	0
IVA 期	4b	任何	0
IVB 期	任何	任何	1
髓样癌（所有年龄组）			
I 期	1	0	0
II 期	2~3	0	0
III 期	1~3	1a	0
IVA 期	4a	任何	0
	1~3	1b	0
IVB 期	4b	任何	0
IVC 期	任何	任何	1
未分化癌（所有年龄组）			
IVA 期	1~3a	0/x	0
IVB 期	1~3a	1	0
	3b~4	任何	0
IVC 期	任何	任何	1

注：以上表格中“年龄”指患者病理组织标本获取日期时的年龄。

（本页结束）



成长优享[®]

京东安联成长优享 2024系列服务手册

适用于成长优享方案、成长优享PLUS方案、
成长优享MAX方案（即时版）

2024年3月更新

目录

- 03 ● 医疗服务
- 03 ● 网络医院
- 04 ● 电子保险卡
- 06 ● 电子在线支付
- 07 ● 事先授权
- 08 ● 理赔流程
- 10 ● 疫苗责任



医疗服务



儿科疾病电话问诊 服务不限次

2小时内快速响应，三甲背景儿科专家电话指导解决常见疾病问题及对症处理。
服务时间：周一至周日 8:00-21:00 (含节假日) (当日20:00后接诊的服务申请次日上午11点前回复)



儿科线上图文问诊 服务不限次

由健康管理服务平台合作的平台提供免费线上图文问诊服务。
服务时间：周一至周日 8:00-21:00 (含节假日)



就诊分诊 服务不限次

根据被保险人的症状和就医需求，进行精准分诊，快速匹配医疗资源。
服务时间：周一至周日 8:00-21:00 (含节假日)



协助预约安排疫苗 服务不限次

如被保险人需注射疫苗，可联系健康管理服务平台客服进行协商与安排。
服务时间：周一至周日 8:00-21:00 (含节假日)



健康科普 服务不限次

免费提供儿科常见疾病、突发传染病和儿童健康科普在线讲座。



公立医院特需部驻点服务 服务不限次

当被保险人前往复旦大学附属儿科医院国际部特需门诊、上海新华医院镜朗高级专家诊疗部、上海儿童医学中心国际诊疗部就诊时，可申请现场就诊协助服务。



心理健康咨询 成长优享MAX计划客户专享 保单有效期内最多不超过3次，单次不超1,000元

经精神科医生确诊并建议进行心理健康咨询治疗，在指定网络医院范围内接受心理健康咨询，仅限情感障碍、抑郁症、成瘾性格、自卑、失读症、自闭症、强迫症、选择性缄默症。

网络医院

成长PLUS计划
优享PLUS计划
优享PLUS MAX计划



成长计划
优享计划
优享MAX计划



请在就诊前务必查询就诊私立医院是否在网络医院列表内
如有任何疑问致电：**021-80209058 (7*24小时)**

电子保险卡

电子保险卡用途

- 1 保险福利查询
- 2 就诊记录查询
- 3 适用医院查询
- 4 在线客服
- 5 事先授权
- 6 在线理赔
- 7 电话问诊
- 8 投诉建议

使用流程

01 注册电子保险卡



在线成功支付并**投保成功**后，扫码进入我司公众号**京东安联保险**，绑定保单并获得电子保险卡。网络内私立医疗机构就诊，出示电子保险卡，享受直赔直付服务。（线下纸质投保请于保单生效后进行绑卡操作）

02 关联电子保险卡



- ☑ 准确按照投保时填写的信息输入小朋友的姓名
- ☑ 准确按照投保时填写的手机号码进行验证
- ☑ 家人可同时关联电子保险卡，方便就诊
(请在家人手机端输入投保时填写的手机号码完成绑定)
- ☑ 如果无法绑定电子保险卡，
请致电服务热线**021-80209058 (7*24小时)**

支持多张电子保险卡绑定



支持多张保单同时绑定，
点击**关联新保单**完成注册

电子保险卡功能介绍



- 点击**保险责任**，查询保单的保障额度及剩余额度
- 点击**就诊记录**，查询过往就诊信息
- 点击**适用医院**，查询保单涵盖就诊**直付**网络医院及其相关信息，根据医院查询相关信息：简介、服务时间、地理位置，点击页面中电话标识可以拨打医院电话进行预约就诊
- 点击**在线客服**，留下你的问题，客服收到信息后及时回复
- 点击**在线咨询**，由网络内私立医疗机构的当诊医生进行有效回复
- 点击**事先授权**，查询事先授权的审核进度
- 点击**在线理赔**，递交公立医院事后理赔
- 点击**电话问诊**，**2小时内快速响应，三甲背景儿科专家电话指导解决常见疾病问题及对症处理**
- 点击**注意事项**，查询保单使用说明等信息
- 点击**投诉建议**，致电或者邮件我们，提出宝贵意见



电子在线支付

使用场景

支付门诊全额赔付次数用完后的个人自付部分。（仅适用于公立医院门急诊治疗）

服务流程

- ① 在在线服务平台中的电子保险卡页面点击**就诊记录**。
- ② 点击就诊记录里面的相关医院旁的**支付**。
- ③ 完成支付。

温馨提示

- ☑ 如有问题，您可致电**专属服务热线 021-80209058**了解情况。
- ☑ 当理赔案件结案后，如您有自付额，服务人员将致电或邮件您，请注意接听和查收。
- ☑ **若您1次未支付费用，您的电子卡会置灰失效，无法享用直付服务。**



事先授权

什么是“事先授权”？

事先授权是客户在接受某些特定的医学治疗之前，获取保险公司书面授权担保函的过程。保险公司会根据客户的福利计划发送担保函给医院。若就诊医院在保险公司的直付医院网络内，那么保险公司会发送担保函至医院，安排直付服务。

关于本产品的事先授权项目(适用于可直付公立医院及私立医院，由医院协助申请)

在接受下列任何一项治疗之前，被保险人须在预定开始治疗日期前至少**3个工作日**向保险人委托的第三方管理机构提交事先授权申请：

- 1、所有住院和手术治疗；
- 2、需全身麻醉的门诊手术，化学治疗，放射治疗，肿瘤免疫疗法，肿瘤内分泌疗法，质子重离子治疗，血液或者腹膜透析；
- 3、大型检查检验项目，或单价在人民币5000元以上的检查项目；
- 4、购买或者租用非一次性耐用医疗设备，包括但不限于雾化器及其配套器械；
- 5、虽不符合上述医疗项目，但预期保险期间内累计医疗费用超过3万元的任何治疗、检查项目。



直付理赔流程

门诊就医流程 （网络内私立医疗机构及部分可直付公立医疗机构适用）



▶ 提示

1. 保险保障包含部分客户可享直付服务，无需支付(不接受事后理赔)，客户仅需签字确认账单即可。
2. 如产生部分保险保障外费用，客户需现场自行支付。

▶ 部分公立医院直付

1. 享受部分公立医院直付服务需提前预约。
2. 客户可在小程序电子保险卡的下方选择适用医院，根据指引完成预约，**预约完成后会收到预约成功短信**。（预约用于公立医院特需部或国际部的门诊就医服务，暂不接受指定专家的预约）
3. 收到您的服务申请后，服务人员将在2个工作日内为您进行预约安排。
（**如需取消或调整时间**，请至少提前一个工作日16:00点前致电专属热线，若未提前取消预约，可能导致后续就医无法预约并被医院列入黑名单，同时部分医院也可能会仍然收取诊费（诊费将由客户本人全额承担））

住院就医流程 （网络内私立医疗机构及部分可直付公立医疗机构适用）



▶ 提示 住院期间下述情况需要获得事先预授权：

- ☑ 所有住院治疗和需全身麻醉的手术治疗
- ☑ 任何重大疾病治疗
- ☑ 任何大型检查和门诊手术
- ☑ 购买或租用非一次性耐用医疗设备
- ☑ 超过5000元的单项检查、治疗、药品费用

非直付理赔流程

事后理赔流程（公立医疗机构适用）



▶ **提示** 在线事后理赔申请所需资料：

填写完整并有签名的理赔表

- ☑ 相关病例及医学资料
- ☑ 有效的身份证件和电子保险卡
- ☑ 银行卡卡号和开户行信息
- ☑ 账单明细及发票原件
- ☑ 如有出院，需要提供出院小结
- ☑ 如果是未成人申请理赔，还需递交被保险人出生证明及监护人身份证正反面

▶ **Tips**

- ▶ 若涉及公立医院住院，需请客户快递原件至风石健康理赔部：
上海徐汇区龙华中路596号1201室
理赔部 021-80209058
- ▶ 住院事后理赔案件在10个工作日内完成理赔

事后理赔流程（互联网问诊和药品处方理赔流程）



▶ **提示**

此流程仅适用于复诊，前往指定私立医疗网络的互联网医院或有互联网医院资质的机构进行问诊和线上处方的情况。

理赔递交：在线理赔或邮件 service@windstoneservice.com

疫苗责任

符合国家标准儿童健康检查-最高不超过8次:

- 1) 为被保险人建立保健册(表、卡), 提供定期健康体检或生长监测服务, 做到正确评估和指导。
- 2) 为被保险人提供健康检查, 包括开展体格发育及健康状况评价, 提供婴幼儿喂养咨询和口腔卫生行为指导。

国家批准认证的、非实验性质的疫苗费用及注射费用。

网络医院



成长PLUS计划/优享PLUS计划/优享PLUS MAX计划-疫苗福利



成长计划/优享计划/优享MAX计划-疫苗福利

请在就诊前务必查询就诊私立医院是否在网络医院列表内
如有任何疑问致电: **021-80209058 (7*24小时)**

疫苗责任理赔流程

网络医院内直付直赔



▶ 前往网络内私立医疗机构注射:

持被保险人有效证件及电子保卡就医，保障范围内直赔直付，确认账单签字即可，超出保额的费用，由客户自行承担。（直付并不代表理赔审核的最终意见，非保障范围、除外责任的就诊费用仍需被保险人自行承担。）

注：首次就诊选定一个诊所品牌并前往就医后，不得再转至其他品牌

公立医院事后理赔



▶ 前往全国二级及以上公立医院普通部:

请于就诊完成后打开小程序->点击电子保卡下方的“在线理赔”递交理赔申请。

▶ 提示 在线事后理赔申请所需资料:

填写完整并有签名的理赔表

- ☑ 相关病例及医学资料
- ☑ 有效的身份证件和电子保险卡
- ☑ 银行卡卡号和开户行信息
- ☑ 账单明细及发票原件
- ☑ 如有出院，需要提供出院小结
- ☑ 如果是未成人申请理赔，还需递交被保险人出生证明及监护人身份证正反面

▶ Tips

- ▶ 若涉及公立医院住院，需请客户快递原件至风石健康理赔部：
**上海徐汇区龙华中路596号1201室
理赔部 021-80209058**
- ▶ 住院事后理赔案件在10个工作日内完成理赔

（所有服务由我司合作服务管理商风石健康提供，以上为本服务手册所有内容）

“京东安联成长优享 PLUS 儿童高端医疗保险 (2024 互联网北京版)” - 保障利益明细表

币种: 人民币

计划		成长 PLUS 计划	优享 PLUS 计划
地理涵盖范围		中国大陆	
医院涵盖范围 (可选)		一般门急诊、住院及特定门诊医疗费用保险金: 指定私立医院 (详见清单), 和公立医院普通部、特需部和国际部	一般门急诊、住院及特定门诊医疗费用保险金: 指定私立医院及 (详见清单), 和公立医院普通部、特需部和国际部 健康检查及疫苗: 指定私立医院和公立医院普通部
住院及特定门诊医疗费用保险金			
等待期		住院医疗保障 (30 天等待期, 扁桃体、腺样体、中耳炎、疝气治疗 120 天)	
年限额		1,000,000 元	1,000,000 元
年累计免赔额/自付比例		5000 元 (“北京新世纪儿童医院”和“北京新世纪妇儿医院”“北京怡德医院”和“天津新世纪妇儿医院”自付 20%)	0 元 (“北京新世纪儿童医院”和“北京新世纪妇儿医院”“北京怡德医院”和“天津新世纪妇儿医院”自付 20%)
住院医疗费用保险金	急诊室费、床位费、膳食费、住院陪床费、重症监护室床位费	责任范围内全额赔付	责任范围内全额赔付
	护理费、诊疗费、检查检验费、治疗费、手术费	责任范围内全额赔付	责任范围内全额赔付
	药品费 (含院外购药)	责任范围内全额赔付	责任范围内全额赔付
	耐用医疗设备费	责任范围内全额赔付	责任范围内全额赔付
	救护车费	责任范围内全额赔付	责任范围内全额赔付
特殊门诊医疗费用保险金	恶性肿瘤-重度门诊治疗	责任范围内全额赔付	责任范围内全额赔付
	重大器官移植术或造血干细胞移植术后门诊抗排异治疗	责任范围内全额赔付	责任范围内全额赔付
	肾脏透析治疗	责任范围内全额赔付	责任范围内全额赔付
门诊手术医疗费用保险金	门诊手术费	责任范围内全额赔付	责任范围内全额赔付
一般门急诊医疗费用保险金			
等待期		无等待期	无等待期
年限额		100,000 元	100,000 元
门诊次数限制、自付额/自付比例 (所有就诊次数均计入累计次数)		前 5 次, 责任范围内 100%赔付 第 6 次起自付 50% (含网络内医院的互联网问诊+购药, 仅限复诊, 计入门诊次数) “北京新世纪儿童医院”“北京新世纪妇儿医院”“北京新世纪荣和门诊部”“北京怡德医院”和“天津新世纪妇儿医院”: 前 5 次就诊, 每次免赔额 500 元; 第 6 次起自付 50%	前 10 次, 责任范围内 100%赔付; 第 11 次起, 自付 50%赔付; (含网络内医院的互联网问诊+购药, 仅限复诊, 计入门诊次数) “北京新世纪儿童医院”“北京新世纪妇儿医院”“北京新世纪荣和门诊部”“北京怡德医院”和“天津新世纪妇儿医院”: 前 10 次就诊, 每次免赔额 500 元; 第 11 次起自付 50%
急诊室费		责任范围内全额赔付	责任范围内全额赔付
诊疗费、检查检验费 (包括大型设备检查, 如 CT、MRI、肠胃镜等)		责任范围内全额赔付	责任范围内全额赔付
药品费		责任范围内全额赔付	责任范围内全额赔付
耐用医疗设备租赁费 (不含购买费用)		责任范围内全额赔付	责任范围内全额赔付
中医治疗和物理治疗费		不包含此项责任	不包含此项责任
健康检查及疫苗 (可选)			

	年限额	不包含此项责任	与一般门急诊医疗费用共享年限额
健康检查及 疫苗责任	符合国家标准（见备注）的儿童健康检查 1.为被保险人建立保健册（表、卡），提供定期健康体检或生长监测服务，做到正确评估和指导。 2.为被保险人提供健康检查，包括开展体格发育及健康状况评价，提供婴幼儿喂养咨询和口腔卫生行为指导。	不包含此项责任	最高不超过 8 次
	注射国家批准认证的、非实验性质、国家免疫规划规定的适龄儿童接种的疫苗（包括一类、二类疫苗）而发生的疫苗费和注射费	不包含此项责任	责任范围内全额赔付
增值服务	儿科疾病电话问诊	含	含
	儿科线上图文问诊	含	含
	就医分诊	含	含
	协助预约安排疫苗	含	含
	健康科普	含	含
	公立医院特需部驻点服务	含	含
	心理健康咨询	不包含	不包含

可选齿科 - 保障利益明细表

齿科责任限额		23,000 元
医院覆盖范围		指定私立网络医院
预防性治疗	挂号建档	年度限额 20,000 元 洁牙、全口涂氟、窝沟封闭、乳牙拔除四项治疗项目的累计给付次数以 6 次为限
	口腔检查	
	全景片	
	龋齿筛查	
	口腔日常护理指导	
	儿童口腔早期矫治筛查	
	口腔正畸筛查	
基础治疗	洁牙（限 1 次）	
	全口涂氟	
	窝沟封闭	
	乳牙拔除	
正畸治疗	儿童口腔早期矫治	年度限额 1,000 元
	口腔正畸治疗	年度限额 2,000 元

可选眼科 - 保障利益明细表

眼科责任限额		50,000 元
医院覆盖范围		指定医疗机构或指定眼科连锁机构
防控近视检查	*建立屈光发育档案	不限次，责任范围内全额赔付
	*眼科医生诊费	

	*眼视光相关检查: 包含视力检查, 眼底检查, 主觉验光, 电脑验光, 角膜曲率, 眼压, 裂隙灯, 眼轴测量;	
近视保障	*防控近视未达预期 (年度内任一只眼近视度数增长超过 100 度)	镜框+镜片赔付 1 副, 金额不超过 1,000 元
配镜保障	*配镜: 知名品牌镜片+框架	30%赔付
防控近视保障	*特殊设计近视防控框架镜片	20%赔付
	*角膜塑形镜 (包含所有相关角膜塑形镜镜片, 诊疗费, 检查费、治疗费)	

可选少儿特定疾病海外医疗保险金 - 保障利益明细表

等待期		30 天
累计年限额		6,000,000 元
海外医疗费用保险金	医疗费用	责任范围内全额赔付
	交通费用	责任范围内全额赔付
	住宿费用	责任范围内全额赔付
	遗体送返费用	责任范围内全额赔付
每日住院津贴保险金		600 元/天, 最多 60 天
归国药品费用保险金		年限额 300,000 元

注释:

1. 所有费用必须合理且必须。
2. 对于直接付费服务, 如有任何计算错误或不属于保障范围的项目, 您有义务接受理赔款的最终调整。
3. 全额赔付及各项保险金均受限于各险种的保险金。

(本页内容结束)

联系我们

京东安联财产保险有限公司

地址：广东省广州市天河区珠江西路5号广州国际金融中心主塔写字楼第34层01-05、11、12单元
 电话：020-8513 2900

北京分公司

地址：北京市北京经济技术开发区科创十一街20号院3号楼11、12层
 电话：010-8912 8666

广东分公司

地址：广东省广州市天河区珠江西路5号广州国际金融中心主塔写字楼第34层08-10单元
 电话：020-8513 2900

深圳营销服务部

地址：深圳市前海深港合作区南山街道梦海大道5033号前海卓越金融中心3号楼L13-01（深圳市南山区桂湾片区二单元前海卓越金融中心T201-0075（4）101三号楼L13-01）
 电话：0755-8828 6033

上海分公司

地址：上海市浦东新区银城中路501号上海中心大厦14层1406、1407和1408单元
 电话：021-2033 9669

四川分公司

地址：四川省成都市温江区光华大道三段1588号珠江国际中心29楼2901-2907、2917单元
 电话：028-6234 7850

北京朝阳营销服务部

地址：北京市朝阳区建国门外大街乙12号11层西塔1109B
 电话：010-8540 0981

各地调解组织信息：

消费者与保险公司如因履行保险合同发生争议，由当事人协商解决，协商无法达成一致的，消费者可向保险合同归属地的保险纠纷调解组织申请调解。如有调解需求，可联系当地调解组织或请分支机构服务人员协助，附部分调解组织联系方式如下：

各分支机构属地保险纠纷调解组织信息			
保险纠纷调解组织	地址	电话	线上渠道
广东正和银行业保险业消费者权益保护中心	广东省广州市越秀区沿江西路181号星寰国际商业中心T2栋15楼02-04单元	4009-888-188	“广东正和消保中心”微信公众号及小程序
深圳市保险消费者权益服务中心	深圳市福田区福华一路123号深圳中国人寿大厦16层	0755-83529699	“深圳保险调解”微信公众号
四川保险业消费者权益保护中心	成都市锦江区梓潼桥西街31号	028-84112378 028-86780561	“四川保险消保中心”微信小程序（可受理投诉及调解）
上海银行业保险业纠纷调解中心	上海市浦东新区民生路1286号汇商大厦17楼	021-63155943	“上海银行业保险业纠纷调解中心”微信公众号
北京保险行业协会	北京市朝阳区安定路35号安华发展大厦9层906室	010-95001303 转1	---



官方网站：www.jdallianz.com

客户热线：950610



简单创造美好生活