

# 富德财产保险股份有限公司

## 留学美国学生医疗综合保险条款

### 总则

#### 第一条 合同构成

本保险合同由保险条款、投保单、保险单、批单或其他保险凭证组成。凡涉及本保险合同的约定，均采用书面形式。

#### 第二条 被保险人及被保险资格

任何身体健康、能正常工作或正常生活的自然人：

- (1) 在投保时年龄在 14 周岁至 40 周岁，及
- (2) 持有有效留美签证及在一家美国学校积极参与学术学习或活动的个人可作为本保险合同的被保险人。

经保险人同意最高可续保至 50 周岁。

#### 第三条 投保人

具有完全民事行为能力的被保险人本人、或对被保险人具有保险利益的其他人可作为投保人。被保险人为无民事行为能力人或限制民事行为能力人的，应由其父母作为投保人。

#### 第四条 保险人

与投保人签订本保险合同的富德财产保险股份有限公司各分支机构。

#### 第五条 受益人

除另有约定外，本保险合同保险金的受益人为被保险人本人。

### 保障内容

#### 第六条 保障地域

在符合本保险合同的条款，规定及限制的条件下，本保险提供的保障地域将包括美国(不包括其属地及非联邦政府直接管辖地)及中华人民共和国(不包括香港，澳门及台湾地区)境内，亦包括被保险人在往返两地间的正常民航飞机上及在正常连续转机期间停留的所在地。

在其他地域发生的损失不属本保险合同的责任范围。

#### 第七条 保障限制事项

- (1) 若被保险人在保险期间内实际产生了医疗费用，保险人将根据保险单，或任何批单，保险条

款及赔偿限额及限制给付下述保险金，但有关医疗费用及承保服务必须是：

- i. 医学上合适及必须的，及
- ii. 由医疗服务提供者开单收费的，及
- iii. 符合通常、惯性及合理水平的，及
- iv. 作为偿付医疗服务提供者所提供的服务的。

(2) 保险金的给付将受到年度赔偿限额、自付共保金额、每次住院免赔额和须摊分额的限制。具体由投保人与保险人约定并于保险单上载明。

(3) 若承保事项在保险期间内发生但在保险有效期终止时仍在继续，保险人只承担在保险合同终止前已发生的与承保事项有关的赔偿责任。无论疾病或意外伤害是否在保险期间内发生，保险人不承担在保险合同终止后产生的医疗费用。

## **第八条 适用于保障内容的特别条款**

### **(1) 首先使用校内医疗服务中心服务**

所有被保险人必须首先使用校内医疗服务中心取得紧急及初步护理，包括但不限于：

- i. 初步护理，紧急护理以及非危急医疗状况；
- ii. 诊断性验测及 X 射线验测；
- iii. 任何诊断性化验服务

**但当出现危急医疗状况或生命受到威胁时，被保险人应往就近可用医疗机构求医。**

### **(2) 急症住院审核程序**

- i. 当被保险人因急症入住了“非首选”类别服务提供者时，他须在住院两日内将情况通知保险人或其特约第三方服务公司。当不可抗力而导致迟延出现时，该项通知应在可能情况下尽早执行。
- ii. 若未启动急症住院审核程序，本保单住院认可费用项下的最高赔偿保险金会因此只能按保险单中载明由“非首选”类别服务提供者所提供的服务限额中的 50%来处理。不受处理的余额费用，将由被保险人自行承担。
- iii. 若保险人及主治医生认为并通知被保险人其入住的医院所提供的治疗水平并不是医学上合适的，而被保险人仍然选择继续入住该医院，自通知之日起，被保险人将自行承担所有不受保的住院费用。
- iv. 被保险人、有关医生或医院均可就保险人及主治医生有关决定提出异议并提交支持继续入住该院治疗的相关材料。保险人将对有关医院的合适性作出最终决定，并通知被保险人、医生和医院。

### **(3) 预先核准证明**

v. 在接受任何非紧急治疗服务前，被保险人必须先取得保险人或其特约第三方服务公司的预先核准证明。

vi. 在紧急情况下的手术、诊断以及其他非下述指明的医疗服务，无需先行取得预先的核准证明。但被保险人应在两个工作日内，把下列指明的相关紧急进行的医疗情况通知保险人或其特约第三方服务公司。当不可抗力而导致迟延出现时，该项通知应在可能情况下尽早执行。

需要获得预先核准证明的医疗服务：

甲、所有非紧急性住院；

乙、门诊外科手术；

丙、移植；

丁、手术性及诊断性内窥镜检查；

戊、磁力共振成像扫描；

己、医学影像扫描；

庚、治疗服务；

辛、恢复性服务；

壬、医院外私人看护服务；

癸、其他服务和物料供应：耐用医疗设备、假肢、非紧急救护车服务。

保险人保留修改上述指明需要获得预先核准证明的医疗服务的权利。

## 第九条 保障范围

### (1) 门诊医疗服务费用保障

保险人将给付被保险人进行门诊治疗时所接收的医疗服务及物品供应等费用。门诊治疗是指当被保险人在不是住院情况下于医院门诊部，医疗诊所或其他已批准的医疗设施接收医疗咨询、诊断或疗程。保险金给付包括：

(i) 医生门诊诊金

被保险人在医生的办公处、诊所或门诊室护理设施接收门诊治疗费用。

(ii) 物理治疗（物理和/或职业治疗/药物）费用

保险人按保险单的约定在最高给付次数限额内给付保险金，具体包括：医生或物理治疗师所提供的治疗性热能、冷却、运动、电极、紫外线、脊柱推拿或以按摩改善血液循环、增强肌肉、灵活动作、或治疗疾病或损伤。

(iii) 日间手术/门诊手术费用

不需要住院过夜的外科手术费用。

(iv) 诊断性化验服务费用

诊断性化验服务费用指通常在化验室中进行检测，识别或量化体内的一个或多个显著的物质，评估器官的功能，或对病症或疾病性质断定的过程发生的费用。保险人对被保险人按化验室进行的诊断和治疗发生的费用给付保险金。

(v) 透过成像技术在人体内进行诊断和治疗疾病 X-射线检测及诊断性检测费用。

**(2) 护理及食宿费用住院保障**

保险人对被保险人住院发生的一般护理及以下由医院收取的其他常规食宿服务费用给付保险金：

- i. 一间由医院定为一般水平的半独用病房；或一间当某些医院只定为独用病房时，由保险人就本保单而言定为半独用的病房；
- ii. 一间被定为特别护理的病房，如加护或心脏加护病房，该病房备有可为一个高危病人提供加度护理所需的集中医疗设施，设备及支援服务；
- iii. 育儿室医生诊断费、治疗费包括外科医生手术费；

**(3) 辅助服务费用住院保障**

保险人对被保险人住院发生的所有通常由医院提供及收费的辅助性服务(个人便利物品除外)费用给付保险金，包括但不限于下列费用：

- i. 餐费，包括因应病人情况需要的特备餐或食疗餐；
- ii. 使用手术室，产房，恢复室或其他专门病室及包括任何在其中使用的设备和供给品；
- iii. 外敷与包扎药物、用品，置入病人体内的物品、器材和装置；
- iv. 氧气及氧气疗法；
- v. 本保单有效期内输用的血液及血浆，包括处理由捐血者捐出的血液及血浆的处理费用；
- vi. 由医院员工输用的麻醉药物，包括药物的提供及设备的使用；
- vii. 由任何领有适当牌照及授权执行核准服务的人士所施行的物理治疗、心脏治疗、职业治疗、呼吸治疗和言语治疗；
- viii. 放射性治疗；
- ix. 化疗；
- x. 以商业形式供应给医院的且在医院作为广泛使用的所有药品及药物(包括静脉注射及药液)；
- xi. 入院前检查；

xii. 诊断性验测及 X 射线验测；

xiii. 任何诊断性化验服务。

#### **(4) 医院急诊室意外及疾病服务保障**

被保险人因紧急医疗状况或由意外事故引致的人身意外伤害，需要由医院、医疗设备供应者或专业服务提供者提供紧急治疗的，保险人对被保险人发生的门诊服务和物品供应费用给付保险金。门诊服务和物品供应费用需要满足：(a) 在紧急医疗状况发生时，或 (b) 在事故发生当日起计的两天内提供相关服务的发生的费用。

紧急医疗状况包括心脏病发作、丧失知觉或停止呼吸、心血管事故、抽搐或其他由保险人定为紧急的医疗状况。

若因危急医疗状况且生命受到威胁情况下，被保险人须前往就近可用的医院或医疗设施接受紧急治疗，若该医院或医疗设施属于网络外的，保险人会依网络内的自付共保金额，对被保险人接受危急医疗状况发生的受保费用及受保服务，以通常、惯性及合理性的收费标准给付保险金。

当对于是否属于紧急医疗状况发生争议时，以保险人的决定为准。

#### **(5) 外科手术服务保障**

i. 本保单给付被保险人由一专业服务提供者疾病或意外伤害治疗而做的外科手术费用。但通常包括在外科医生手术程序内的术前或术后住院护理的费用不会单独给付。

ii. 受保的外科手术包括惯性的新生儿包皮环切。

iii. 在本保单有效期内，本保单亦会给付由于颚部、天然牙齿、口腔或面孔遭受意外伤害而需由一专业服务提供者或设施提供者提供的牙科服务费用。但由啃咬导致的伤害不属于意外伤害。

#### **(6) 复康服务保障(包括物理治疗服务)**

本保单将由专业服务提供者所提供的、旨在令身体某部分恢复功能的复康服务给付保险金，但该保险金受保险单中可接受服务次数规定的限制。

#### **(7) 产妇护理费用保障**

产科/产妇护理费用

本保单可予给付为妊娠的被保险人提供的护理服务费用。保险金的给付主要包括：(i) 由医院提供的设施服务费用，及(ii) 由专业服务提供者或经认证的助产护士提供的专业服务费用。

保险金的给付将包括产前和产后护理费用。除非由保险人或保险人的特约第三方服务公司批准，妇产护理只提供 48 小时正常分娩和 96 小时剖宫生产的护理费用。

妇产护理保障要通过一个从保单起始日起计的 10 个月的等待期后才能生效。

#### **(8) 新生儿护理费用保障**

由出生日期起计至 31 日龄的被保险人的新生婴儿将有权享有由本保单提供的保障。此 31 天内的保障将包括针对经医学诊断为先天性缺陷的必要治疗，出生异常，及早产儿常规护理费用。

此保障受保险单中的限额所限制。

#### **(9) 院外私人医护服务保障**

本保单将会给付由医生指令并由持牌注册护士执行的院外私人医护服务保险金。所有提供的私人医护服务必须是由保险人或保险人的特约第三方服务公司断定为医学上合适且必须的，并在服务提供前获得批准的医护服务。

本保单对下列服务费用不给付保险金：

i. 主要地是用作看管性质的看护服务，包括洗澡，给食，运动，家政，移动病人及给用口服药物等看护服务；

ii. 由本来就居住在被保险人家里的护士或被保险人的直系亲属所提供的服务。

此保障受保险单中的时限和次数规定所限制。

#### **(10) 耐用医疗设备及其修复性装置费用保障**

i. 耐用医疗设备费用

保险人对被保险人支出的符合保险人或保险人特约第三方服务公司认定为医学上合适且必须的耐用医疗设备的租用费用按保险单约定给付保险金。但该保险金给付金额以专业服务提供者指出某一耐用医疗设备可作为医治用途时，由保险人选择进行购买该设备支付的金额有限。

ii. 修复性装置费用

在保单有效期内，被保险人罹患疾病或发生意外伤害，保险人对被保险人支出的经保险人或保险人特约第三方服务公司认可的医学上合适且必须的修复性装置费用，按保险单约定给付保险金。

修复性装置费用包括但不限于支付的用作替代身体上某器官的全部或部分附近组织，或用作替代全部或部分身体上失去作用或功能障碍的器官的功能的装置及供应品的购买、安装、调试及修理费用。

除非有关替代装置已经被安装上五年或以上并被主治医师认为已失去效用，否则更换修复性装置的费用并不在本保单的给付范围之内。

#### **(11) 处方药品/药物费用**

本保单给付被保险人由执业医师处方，并由执业药剂师配发的处方药品、药物的费用。处方药是指符合下列规定的药品或药物(包括胰岛素)：

i. 法例规定需要处方才能取得配发的药物；

ii. 它们的配发是医学上合适的及必须的。

本保单对具有相等品牌药品中同样的主要成分并经化验证实其医疗功效相同的处方的通用药物亦给付保险金。通用药物可含有与在其相等品牌药品不同的其他非主要成份。

被保险人需向“首选”类别服务提供者名单上的药房配取有关处方药品。

每次配药时，被保险人需根据保险单中规定自行承担的须摊份额承担部分药费。

每次配药调剂量最高限额于保险单中载明。

本保单对下列项目不给付保险金：

- (1) 试验性或研究性药品；
- (2) 美容用药品；
- (3) 用作治疗不育或控制生育的药品；
- (4) 健康食品及食物补充剂；
- (5) 维生素，但由保险人或保险人特约第三方服务公司认定为是需要治疗处方配发的及医学上合适且必须的除外；
- (6) 被保险人在医院、护理院或其他医疗机构内接受或使用的处方药品；
- (7) 药品的管理或注射费用

#### **(12) 救护车服务费用**

保险人或保险人特约第三方服务公司对认定为具有医学上合适性且必须性的，用于运送被保险人作为下述地点的救护车服务费用，按保单约定给付保险金：

- i. 从被保险人的住所或意外或医疗紧急情况出现的现场送到最近医院；
- ii. 往来医院之间。

若因危急医疗状况且生命受到威胁情况下，被保险人须被送到就近可用的医院或医疗设施接受紧急治疗，若该救护车运输服务属于一个网络外医院或医疗设施的，保险人会依网络内的自付共保金额，对被保险人接受危急医疗状况发生的费用，以通常、惯性及合理性的收费标准给付保险金。

#### **(13) 移植手术费用**

当被保险人作为人类器官或组织移植手术的接受人时，保险人对被保险人支出的所有非试验性且非处在研究试用阶段的移植手术费用和直接与移植手术有关的服务费用，包括检验有关器官或组织的费用及提供给被保险人的血液的处理费用，按保险单约定给付保险金。

此保障受保险单中的限额所规定。

#### **(14) 空中救护运送费用**

被保险人因疾病或意外伤害需要接受紧急医疗空中运送服务运送到另一地方作紧急医疗而产生的服务费用，保险人按本保单约定给付保险金。但前提是该有关疾病或意外伤害已令到被保险

人丧失了任何自我活动能力，而所需的医疗设施或专门治疗在疾病或意外伤害发生地区是没有的。本保单亦会同时给付由首席医生批准的在其他地区施行的治疗费用。

虽然被保险人能被安放在正常商用飞机的担架上并有职员陪同，但若其疾病或意外伤害需要在途中接受特别医疗设备以及由受过训练的医疗人员提供特别治疗服务而需使用医疗救护飞机时，如果被保险人使用医疗救护飞机服务前已取得到保险人或保险人特约的第三方服务公司的批准，保险人对被保险人支出的有关费用按保险单约定给付保险金。

此保障受保险单中的限额所规定。

#### **(15) 疗后送返费用**

被保险人经紧急空中救护运送治疗后，出于医学上的需要，保险人按保险单约定支付被保险人乘坐定期航班或其他适当交通工具的经济舱（若被保险人所持回程机票不能使用）机票费用，并支付任何机场接送的交通费用，以帮助被保险人返回其祖国或常居地的医疗机构。被保险人需将原有机票未用部分交给保险人处理。任何被保险人治疗后送返的决定均应在持续的医疗监控下、由主诊医师和保险人或保险人特约的第三方服务公司共同决定。

#### **(16) 遗体或骨灰的送返或当地安葬费用**

若被保险人在其常居地国家或祖国以外的国家身故，应被保险人亲属或其法定代表人的要求，保险人或保险人特约的第三方服务公司将安排一切所需（包括任何符合当地规定的步骤和安排），并支付（i）被保险人遗体或骨灰送返常居地国家或祖国的费用，或（ii）在当地安葬的费用；但保险人所支付的当地安葬费用应不超过保险单中载明的费用，且不包括棺椁费用。

**特别注意：**以上第 14、15 及 16 项中所列的紧急运送，撤离及送返服务将不包括将被保险人从诸如船只，石油钻塔平台或类似离岸场所转移出来的服务。

#### **(17) 短期回祖国境内疾病或意外伤害医疗费用**

若被保险人在回祖国探亲期间罹患疾病或遭受意外伤害事故必需接受治疗的，保险人将按保险单约定及下列特别规定给付保险金：

- i. 每次回祖国逗留时间不超过 60 天；
- ii. 患病或意外伤害必须发生在回祖国逗留期间；
- iii. 在祖国发生的疾病或意外伤害必须在祖国治疗，保险人特别允许者除外；
- iv. 在祖国发生的疾病或意外伤害治疗费用的给付以保险单中载明的该项保障年度费用最高保险金支付额为限。该项保障年度费用最高保险金支付额是本保险合同总可支付保险金的一部分；
- v. 保单免赔额适用并须应用于因在祖国逗留期间罹患疾病或意外事故而产生的治疗费用上；
- vi. 被保险人自负共保金额按“首选”类别服务提供者标准；
- vii. 须摊份额不适用及不应用于在祖国发生的处方药物费用上；

viii. 保单规定的“通常、惯性及合理性收费（UCR）”赔偿最高额的标准在祖国会等同当地公立医院附设的国外医疗部，或特需医疗部，或类似的医疗单位的收费水平标准；

ix. 本保单只赔付“医学上合适及必须的”医疗费用的规定适用于在祖国发生的医疗费用上；

x. 本保单其它条款及规定适用于在祖国发生的保单责任范围。

## 第十条 责任免除

下列治疗、项目、疾病、活动以及相关或后续的费用均不属于本保险合同的保险责任，保险人不负责赔偿：

1. 针对某种疾病或意外伤害的诊断或治疗，被保险人或保险人特约的第三方服务公司认定为非医学上必须的或非医学上合适的；

2. 属于实验或调查性质的；

3. 为一项既往医疗病况或相关病况作治疗的，除非在过去的3个月内都受保于本保单、并在该段时间内从没有接受或需要过治疗或药物的、或为所述病况曾作医疗咨询的。但被保险人已在投保单中向保险人披露并由保险人书面认可者除外；

4. 在服务于国家军役期间所蒙受的意外伤害或导致的费用，或因任何敌对行为，无论已宣战或无宣战的战争行为引致的；

5. 为非与本保险单所保障范围有关的另外第三方所用而作的牙齿扫描或检查；

6. 为牙齿保健或牙石的控制而做出的食物或营养咨询所提供的医疗服务，供应或治疗；

7. 一般被用作为运动或家居（如口腔保护）医疗服务，供应或治疗；

8. 医生收取的预约取消费，旅费（包括时间费用），通过电话或其他电讯形式提供的咨询意见费用，或因保单规定填写索赔表格文件的费用；

9. 为酗酒，吸毒，药物滥用/依赖或任何成瘾病态，及任何直接或间接由于该等滥用或病态而引起的疾病或意外伤害而作的医疗；

10. 工伤保险条例或其他类似条例规定专项承保的、在受雇工作期间发生的职业性疾病或意外伤害；

11. 政府按照任何政府医疗保险计划可予以全部或部分赔付的；

12. 被保险人没有法律责任支付的，或不需付费的，或在没有本保险的存在是不需付费的医疗服务，供应或治疗；

13. 人身的意外伤害是被保险人因对机动车辆的维修或使用而引致的，而该人身意外伤害的医疗或服务是由另一机动车辆保险计划或保单所支付的；

14. 医疗服务由被保险人的直系亲属所提供的；

15. 纯粹以美容为目的用作改进外观或身体的某一部分，而不能带来任何生理功能改进的手

术及医疗服务费用。但保单将给付用作改进被保险人在受保期间内因意外受伤而引致的手术及医疗服务费用。被保险人必须在意外发生之日起至整容手术开始的一段时间内无间地保持在本保单投保以符合整容手术保险金给付的资格；

16. 作为看管性质的看护，家居看护或休养治疗的；

17. 直接地与牙齿的填补、拔除或更换，为牙齿，牙床或直接地支撑着或连接着牙齿的组织的疾病治疗有关的，除特别指明外包括但不限于根尖切除术、根管治疗术、软组织嵌塞术、牙槽缘切除术、及牙周病的治疗；

18. 以置于口腔内的器材，或任何非手术性方法以改变垂直高度作为治疗颞骨与下颌关节症候群(亦称颅颌功能紊乱)的；

19. 用作舒缓性或美观性脚部护理的包括平足状况，用作脚部支持性的设计，用作脚部筋/关节回复，用作鸡眼、姆囊炎(关节囊或骨外科手术除外)，胼胝，脚趾甲(内生趾甲外科手术除外)，足弓下陷、平足、弱足、脚部慢性损伤及脚部有症状性痛楚的治疗的；

20. 用作购置助听器的，或用作为规划及安装助听器而做的听觉测试的；

21. 用作提供备用修复器材或其他备用器具的服务、供应或处理的；

22. 用作辅助性受孕技术的，包括但不限于人工授精、试管受孕、输卵管内配子转移技术及输卵管内接合子移植技术等；

23. 用作治疗肥胖症的；

24. 用作眼镜、镜片或隐形眼镜的、及为开立处方或装配眼镜或隐形眼镜而作的眼睛检验的；

25. 利用角膜显微外科手术，如原位磨镶术、晶体植入术及放射状角膜切开术等相关服务作近视或远视的矫正的；

26. 在老年人家居，病后康复住所，为发育迟缓儿童而设的学校、机构内提供看护服务的；

27. 用作医疗用品的，包括但不限于温度计、排卵检验工具、早期妊娠或家用式妊娠测试套件，及家用式血压测量仪；

28. 为被保险人在从事犯罪活动时招致的危急医疗或意外状况而做出治疗的；

29. 被保险人故意造成意外伤害的；

30. 任何超越以传统药物管理、为儿童自闭症，过度活跃症，学习障碍，行为障碍，智能不足人士所作的护理，或在进行环境或社交改变时的护理；

31. 当慢性疾病，意外伤害或疾病对治疗的反应已达到其最大的水平、再没有额外功能性的改进能展现或被期待、及延续的医疗服务并不能为被保险人带来任何医疗价值时作日常保持用途的；

32. 超过保险单中载明的最高给付限额的；

33. 作为下列用途的:包皮切割术、输卵管结扎、输精管结扎、乳房缩小、隆胸、变性手术、直颌手术(包括下颌后缩术)、戒烟、脱毛、毛发移植或再生;

34. 任何先天性疾病、先天性畸形或缺陷,新生儿则例外;

35. 从事任何竞赛(非职业性及非专业性的徒步竞赛除外)、专业运动或职业竞赛、降落伞、跳伞、滑翔和蹦极跳等,或者以任何身份参与的任何形式的探险、户外探险等所导致的意外伤害或疾病;

36. 战争、罢工、暴乱、骚动、谋杀、袭击、威胁企图等恶意行为引起的疾病或意外伤害;

37. 处理核分裂及放射性物质引起的疾病或意外伤害。

### **第十一条 保险期间**

除另有约定外,本保险的保险期间为一年,以保险单载明的起讫时间及以北京当地时区为准。

### **第十二条 保险费**

所有保费均须在该年度保单生效期前向保险人支付。任何某一保单年度已支付的保险费都不能使下一个保单年度的保障自动生效。下一保单年度的保险费必须在到期日前支付才能使保障继续生效,下述第十三条规定除外。

### **第十三条 续保**

若被保险人满足如下所有条件,本保单可在到期日后予以续保:

- (1) 在该年度保单期内一直持续受保,及
- (2) 继续符合被保险资格,及
- (3) 在本保单到期前最少 30 天向保险人填交续保申请表并为本公司所接受,及
- (4) 交付本公司要求的续保保险费

续保申请可由被保险人自己或通过其在中国的授权人办理。

### **第十四条 续保保险费交付宽限期**

续保保单的保险费到期及支付日是续保保单的起始日。保险人将给予一个为期三十(30)天无需支付利息的续保保险费交付宽限期。若在宽限期截止前仍未支付保费,除非双方在期间有任何书面协定,续保的保单将在宽限期的截止日期终止,保险人不承担任何任何在宽限期内发生及产生的任何赔偿责任。

### **第十五条 恢复保单保障**

如任何续保保险费在规定时间内仍未支付,本保单会随即失效,被保险人需重新提交投保书及一切可受保证明并交付保险费方可恢复保单的保障。该可受保证明必须为保险人所接受。恢复

的保单将只提供恢复日后发生的意外伤害保障，及在恢复日后超过 31 天发生的疾病的保障。

所有有关恢复保险单保障的费用，将由被保险人自行承担。

## 投保人、被保险人义务

### 第十六条 交费义务

保险费可用人民币或其他货币支付，具体根据保险费支付时现行有效的外汇管理制度而确定。投保人支付的货币种类将在保险单中注明。

保险责任开始以已支付保险费为条件。在保险单、批单所约定的保险期间开始前或者续保日之前，如投保人未能全额付清保险费，保险人不承担赔偿责任。

### 第十七条 年龄申报义务

被保险人的投保年龄，以法定身份证件登记的周岁年龄为准，本保险合同所承保的被保险人的投保年龄必须符合本保险条款所载的年龄要求。投保人在申请投保时，应按被保险人的周岁年龄填写。

### 第十八条 如实告知义务

投保人应如实填写投保单并回答保险人提出的询问，履行如实告知义务。

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，保险人有权解除合同。

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，不承担给付保险金的责任，并不退还保险费。

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

保险人依据上述原则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 30 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，保险人应当承担赔偿或者给付保险金的责任。

### 第十九条 住址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/或保险人特约的第三方服务公司。投保人或被保险人未通知的，保险人/或保险人特约的第三方服务公司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或被保险人。

### 第二十条 其他内容变更通知义务

在保险期间内，投保人需变更合同其他内容的，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。若被保险人已身故，则保险人不接受本保险合同中有关该被保险人的任何内容的变更申请。

对于下列可能影响保险人承保决定、保险责任或被保险人投保资格的信息变化，投保人应及时书面通知保险人：

(1) 被保险人投保资格变化；

(2) 被保险人就读学校所在国变更；

就读学校所在国变更是指被保险人停止在目前的就读学校所在国居住超过连续三个月时间。

(3) 被保险人姓名变更。

## **第二十一条 保险事故通知义务**

发生保险责任范围内的事故发生后，投保人、被保险人或受益人应于被保险人发生保险事故后的三十（30）天内通知保险人或其特约第三方服务公司，并于六十（60）天内办理保险金申请手续。上述约定，不包括因不可抗力而导致的迟延。

### **使用医疗服务，费用支付流程及与保险金的关系**

## **第二十二条 保险人与医疗服务提供者之间的关系**

保险人并不提供所受保的医疗服务，只承担被保险人所接受的受保服务的支付责任。保险人不承担任何服务提供者的作为与不作为导致的赔偿责任。对于服务提供者的失误及其拒绝对被保险人提供受保服务的行为的责任，保险人概不负责。

## **第二十三条 看病身份证明卡**

保险人在签发保单时同时免费提供《看病身份证明卡》给每一被保险人。请小心保管此身份证明卡作为看病时身份核证之用。提供更换看病身份证明卡则须另行缴费。

## **第二十四条 使用“首选”类别服务提供者服务(合约医疗网络内服务提供者)**

“首选”类别服务提供者（合约医疗网内服务提供者）是指在美国当地与保险人或保险人特约的第三方服务公司签有服务合约为客户提供服务的提供者，包括医生、医院或其他医疗设施或服务提供者。

被保险人在使用“首选”类别服务提供者服务时，在正常情况下将会提供被保险人所要求的医疗服务，被保险人只需在离开时签署一份确认已接受服务书即可，有关医疗受保服务费用会由保险人或保险人特约的第三方服务公司直接支付给服务提供者。

被保险人使用“首选”类别服务提供者的服务，需自负的免赔额及共保金额比例会较低，相对地可得到本保单较高的保险金给付金额。被保险人可致电保险人当地特约的第三方服务公司 +1-855-488-5526 / +1-954-308-3927 或登陆 [www.gmmi.com](http://www.gmmi.com) 保险单载明的网站查询就近的、合适的“首选”类别服务提供者及其营业时间。

## **第二十五条 使用“非首选”类别服务提供者服务（合约医疗网络外服务提供者）**

“非首选”类别服务提供者（合约医疗网外服务提供者）是指在美国当地没有与保险人或保险人特约的第三方服务公司签有任何服务合约的服务提供者。

在使用“非首选”类别服务提供者服务时：

- i. 被保险人可能需要支付较高的服务费用而该服务费用可能超越本保单以“通常、惯性及合理性收费（UCR）”为赔偿最高额的标准；
- ii. 被保险人需要自负一个较大的免赔额和共保金额比例，因而得到本保单较低的保险金给付金额；
- iii. 即使出示了由保险人签发的《看病身份证明卡》，被保险人很可能在接受了要求的医疗服务后离开时被要求支付全额的服务费用、而须另行向保险人或保险人特约的第三方服务公司进行索赔手续。

## **第二十六条 使用校内医疗服务中心服务**

按照本保单的规定，被保险人在生病或受到意外伤害时须先使用校内医疗服务中心提供的初步护理服务。被保险人就读学校所在的校内医疗服务中心有可能是与保险人或保险人特约的第三方服务公司签有服务合约的“首选”类别服务提供者，但也可能是没有签有服务合约的“非首选”类别服务提供者。

为鼓励被保险人首先使用校内医疗服务中心的服务，本保单的免赔额并不适用及应用于由校内医疗服务中心提供的服务；无论该校内医疗服务中心是“首选”或“非首选”类别服务提供者，共保金额比例均以“首选”类别服务提供者准则处理。

## **第二十七条 巨额赔案管理 LCM**

“巨额赔案”的定义为被保险人蒙受了或处于某种医疗状况或灾难性疾病，可能需要长时间或终身的医疗服务或复杂的医疗服务，而且预期的医疗服务费用或开支有可能超过某个被合理地认为颇大的金额。当存有另类疗法或替代医疗安排的可能性出现时，有关赔案可能被保险人或保险人特约的第三方服务公司决定并转介作巨额赔案管理（LCM）。

巨额赔案管理 LCM 是一个针对患病或受伤个人提供个案分析和治疗方案建议的管理计划。每个 LCM 个案都会被委派一位个案经理作为与主诊医师、其他医师和复康护士，以及与被保险人或他的家人紧密合作，制定一套能把保单提供的资源最大化的、最具成本效益的、消除过分的医疗服务及能满足被保险人需要的长期医护计划。

任何由 LCM 推介的替代医疗安排的费用，即使按保单一般规定不作赔付的，也会予以赔付。但同样地保险人保留拒绝因被保险人没有采取保险人 LCM 计划推荐的替代医疗安排而产生的超额部分的权利。

## **第二十八条 巨额赔案管理于祖国延续治疗**

当“巨额赔案管理 LCM”个案成立后，若被保险人或其家人提出要求，并得到主诊医师， LCM 个案经理及保险人或保险人特约的第三方服务公司联合同意的情况下，被保险人可被转返祖国延续治疗。

保险人将支付定期航班或其他适当交通工具的经济舱(若被保险人所持回程机票不能使用时)机票费用,并支付任何机场接送的交通费用,以帮助被保险人返回祖国/常居地的医疗机构。被保险人需将原有机票未用部分交给保险人处理。

当返回祖国后仍有医学上合适及必要的延续治疗需要,保单规定的“通常、惯性及合理性收费(UCR)”赔偿最高额的标准在祖国会等同当地公立医院附设的国外医疗部,或特需医疗部,或类似的医疗单位的收费水平标准。

本保单中的其他条款、规定、保险期限、责任免除及赔偿最高金额及限额均适用于本条款内的约定。

## 保险金申请与给付

### 第二十九条 保险金申请

#### (1) 适用于“首选”类别服务提供者提供的服务费用

由于被保险人需要支付给“首选”类别服务提供者的医疗费用已按照保险人或保险人特约的第三方服务公司与有关服务提供者签订的服务协议规定由保险人或保险人特约的第三方服务公司承诺直接予以支付,被保险人无须进行任何保险金申请手续。但若任何被保险人接受的治疗或诊断事后被证明为不在受保之列、或被认为不是医学上需要及合适的,保险人或保险人特约的第三方服务公司在支付有关费用后有权向被保险人追偿不应该由本保单赔付的费用。

#### (2) 适用于“非首选”类别服务提供者提供的服务费用,及在祖国产生的服务费用

被保险人或保险金申请人向保险人申请给付保险金时,应填写由保险人或保险人特约的第三方服务公司提供的保险金给付申请书,连同所有必要的证明被保险人身份的有关证件以及支持索赔的全部账单、证明、信息和证据在接受服务后的六十(60)天内递交给保险人或保险人特约的第三方服务公司。递交的索赔材料包括但不限于:

- i. 保险金给付申请书;
- ii. 被保险人身份证明;
- iii. 门诊及住院医疗费用、、病理检查、化验检查报告原始单据;
- iv. 医疗诊断书;
- v. 出院书;
- vi. 医院出具的账单结算明细表及处方原始凭证等;
- vii. 保险金申请人因特殊原因不能提供上述材料的,应提供其它合法有效的材料。

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。

保险人或保险人特约的第三方服务公司按照本保险合同的约定,认为有关的证明和资料不完整的,应当及时一次性通知保险金申请人补充提供。**保险金申请人未能提供有关材料,导致保险**

人或保险人特约的第三方服务公司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。

在保险人的理赔审核过程中，保险人有权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。在拒赔的情形下，保险人将只承担因保险金申请人提供索赔要求时应保险人要求索取所必需的证明、收据、信息和证据而产生的费用。

### **第三十条 保险金的给付**

保险人或保险人特约的第三方服务公司在收到保险金申请人或被保险人提交的本保险条款第二十九条所列的材料后，应及时就是否属于保险责任做出核定，情形复杂的，保险人在收到保险金申请人或被保险人的上述请求后 30 日内未能核定保险责任的，保险人与保险金申请人或被保险人根据实际情形商议合理期间，保险人在商定的期间内做出核定结果并通知保险金申请人、被保险人或受益人。

对属于保险责任且对索赔的保险金无争议的，或对保险金有争议但已跟被保险人或保险金申请人达成有关给付保险金数额协议的，保险人应在 10 日内，履行给付保险金义务；对不属于保险责任的，应当向被保险人或保险金申请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 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把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。

保险人可以指定特约第三方服务公司代表保险人为被保险人或保险金申请人办理理赔。

### **第三十一条 保单免赔额，共保金额，须摊分额的应用**

保单免赔额，共保金额，须摊分额均为本保单某些受保医疗费用(含在美国及祖国发生的医疗费用)项下计算保险金给付额时的扣除金额。

### **第三十二条 免赔额**

所有受保的住院医疗服务费用在保险人或保险人特约的第三方服务公司可予以赔付前均需先行扣除一项在保险合同中载明的免赔额。

免赔额并不适用于任何门诊病症费用及配药费用。

### **第三十三条 共保金额**

共保金额是指在扣除保单规定的免赔额后，保险人或保险人特约的第三方服务公司不会予以赔付而需被保险人自行承担的比例部分。保险人或保险人特约的第三方服务公司对赔付的比例及被保险人需自行承担的共保金额于保险合同中载明。

共保金额规定并不适用于任何配药费用。

### **第三十四条 须摊分额**

须摊分额是被保险人在每一次配药时须自行承担的一项药费扣除金额。一次配药是指医生为

每个病症处方的作为一个疗程的药物。具体须摊分额于保险合同中载明。

### **第三十五条 补偿原则**

本保险合同保险金的支付是基于补偿原则的。若被保险人已从政府、学校、社会福利机构等其他组织、个人或其他医疗保险给付中获得针对该医疗费用的补偿、赔偿的，保险人或保险人特约的第三方服务公司仅对余额部分按保险合同的约定给付保险金。

### **第三十六条 欺诈**

未发生保险事故，被保险人或者受益人谎称发生了保险事故，向保险人提出赔偿或者给付保险金请求的，保险人有权解除合同，并不退还保险费。

投保人、被保险人故意制造保险事故的，保险人有权解除合同，不承担赔偿或者给付保险金的责任。

保险事故发生后，投保人、被保险人或者受益人以伪造、变造的有关证明、资料或者其他证据，编造虚假的事故的原因或者夸大损失程度的，保险人对其虚报的部分不承担赔偿或者给付保险金的责任。

投保人、被保险人或者受益人有前款规定的，致使保险人支付保险金或者支出费用的，应当按本保险合同退回或者赔偿。

## **合同的解除、终止和争议处理**

### **第三十七条 合同的自动终止**

(1) 本保险合同对被保险人的保险责任将在发生下列任一情形时自动终止且无需另行通知，以当中最早发生者为准：

- i. 保险合同期满；
- ii. 该被保险人的保险责任期满；
- iii. 未按照保险合同规定交纳保险费；
- iv. 被保险人死亡；
- v. 被保险人不再符合本保险合同的投保资格要求；但被保险人在保险期间起始日满足了年龄要求要求的，在保险期间内保险责任不因其年龄的改变而自动终止。

(2) 当被保险人的保险责任终止时，其新生婴孩的额外保障亦将同时自动终止。

### **第三十八条 合同的解除/终止**

(1) 在保险期间内，投保人可以解除本保险合同并提前 30 天书面通知保险人。若在保险期间内该被保险人已有理赔记录，保险人不退还保费。若在保险期间内被保险人无理赔记录，保险人将以投保人支付保险费时所选择的货币类型按下表所列比例退还该被保险人项下的保险费。

已受保时间	可退还已付保费比例
少于 2 个月	60%
少于 3 个月	50%
少于 4 个月	40%
少于 6 个月	25%
多于 6 个月	无

(2) 保险人可在任何时间提出解除本保单的要求，但需要至少在终止日期前三十（30）天以书面邮寄该项通知给被保险人。若在受保期间内并没有赔案发生，本公司会自保单解除日起按日把已付保费退还给被保险人。

### **第三十九条 合同的争议处理**

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且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）。

### **第四十条 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。

## **其他事项**

### **第四十一条 变更**

对于本保险合同的修改必须经保险人书面同意并附批单方可生效。任何经纪人或代理人均无权代表保险人修订或放弃本保险合同的任何条款。

### **第四十二条 合同的语言**

本保险合同某些文件可能含有中英文两种版本。若两种版本有任何差异，均以中文版本为准。

### **第四十三条 不可争议条款**

所有由被保险人作出的声明在沒有欺诈的情况下只会被认为是投保人的陈述，而非保证，且没有任何所作声明会使本保单失效，并用作为某一赔案的拒赔理据，除非该等声明是以书面形式发出的。

除非拥有投保人签署的书面文件，否则投保人提出的任何关于其可投保性的声明将不会被用作来評议本保单的有效性。

## **释义**

在本保险单中使用的下列单词和短语，将具有以下释义。

**【意外伤害】**指以外来的、突发的、非本意的、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。

**【周岁】**指以法定身份证明文件中记载被保险人的出生日期为基础计算的实足年龄。

**【投保单】**指被保险人填写的向保险人要求获得保险保障的表格，连同被保险人申请本保险保障时提交的信息、文档和声明，被保险人与保险人之间的通信、表述和声明以及被保险人完成的任何补充问卷，其中均包含了保险人将用于或已经用于判断向各个被保险人核保的信息。

**【特约第三方服务公司】**指一家由保险人所授权及聘用的，代表保险人在美国当地处理，管理及赔付所有日常赔案，及为本保单的被保险人提供与赔偿有关服务的专业第三方服务公司

**【保险金申请人】**是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。

**【自付共保金额】**共保金额是指被保险人及保险人就认可的医疗收费各自需要承担的费用比例部份。自付共保金额是指被保险人需要承担的费用比例部份。

**【先天性疾病】**指在出生时即具备或确信在出生时即具备，无论是遗传所致或环境因素所致的疾病。

**【须摊分额】**指被保险人在得到由本保单作出赔偿前，需负责的部分认可费用的金额。

**【受保费用】**指为相关服务和物料的供应收取的合理费用。

**【受保服务】：**指受本保险单所保障及可给付的服务或物料供应。

**【守护性看护】：**指主要地是用作为病人的日常料理而提供的，或实际上是协助病人应付其日常生活活动所需而设计的及在为生病，疾病，人身损伤或病情的医治中不是以它作为具有任何医疗价值而提供的。、守护性看护包括，但不限於，协助走路，洗澡，穿衣，进食，准备特别餐食，及为个人自我管理或服药管理进行并不需要医疗或护理人员的技能或受过的专业训练以求能安全地及有效地进行的监督。

**【免赔额】**指被保险人在得到本保险单支付的认可赔偿之前应自行支付的特定数额。

**【药物滥用/酗酒】：**指实质的，习惯性的药物依赖。包括但不限于，对酒精及医生处方药物的依赖。这包括被本保险单所免除的对烟草或咖啡因的滥用或依赖而进行的治疗。

**【耐用医疗设备】**指下列的设备：

- i. 可重覆使用的；
- ii. 主要地和通常地为一个医疗目的而使用的；
- iii. 一般在不生病或受伤的情况下是无用的；及
- iv. 是适宜在家居使用的。

**【危急医疗状况】**指有足够严重的突发急性症状，若未及时就医则有可能导致以下情况：

- i. 永久性地危害被保险人身体健康；
- ii. 导致其他严重的医疗后果；
- iii. 造成身体机能的严重损害；或
- iv. 造成某些身体器官或部分严重地及永久地出现障碍。

当为是否出现紧急情况存有争议时，保险人的决定是最终决定。

**【批单】**指一份经过正常程序产生，且经由本保单授权人签署用以改动本保单中有关规定的文件。

**【实验或调查性质】**指在为某种医疗状况提供治疗时，所采用的有关治疗、设施，设备，药物，用药器具或物料供应，在保险人或保险人特约的第三方服务公司得到普遍医学介的意见后，不被接受为标准的治疗方式方法。该等医学介意见包括，但不限於，顾问医生、同行评审文献及/或政府规条。这亦包括当使用任何需要获得政府部门批准的物品、在服务提供时并未取到相关的批准的。

**【不可抗力】**指不能预见、不能避免并不能克服的客观情况。

**【通用药物】**指一种出售或处方的药物，它的主要成份名称没有所有权或只有一般形容名称而没有商标。其主要成份的名称是由一个政府或国际性机构所建立的，典型地是美国采用的名称，英国核准的名称，或国际上没有所有权的名称。

**【祖国】**指被保险人的护照签发国或就本保单而言中华人民共和国（不含香港、澳门及台湾地区）。

**【医院】**指一家已由有关监管机关及保险人批准的，提供短期，急性病治疗的医疗设施或机构，并且

- i. 是持有执照的；
- ii. 是主要地从事于在医生的监督下为生病或受意外伤害人士提供留院诊断，治理，医治，手术及看护服务的；
- iii. 有医疗分科服务的；
- iv. 是在注册护士监督下提供 24 小时不断的护理服务的。

**【疾病】**指被保险人罹患的，就病理学而言偏离正常健康状态的身体状况。不论是由一个或多个原因所引起的，在被保险人的保险单起效第 31 日后呈现出症状的，且所用于治疗的费用是在保险单有效期内发生的。

**【直系亲属】**指被保险人的配偶、父母、子或女、兄弟姐妹、(外)祖父母及(外)孙子及女。

**【网络内】**指属于一个健康保险医疗服务网络中的一个合约服务提供者或卫生保健设施。为健康保险及其成员提供较低的医疗服务费用。

**【生效日期】**：指本保险合同的生效日期。

**【入院(住院病人)】**指被保险人实在的入住了一家医院，延展护理设施或其他服务提供者的设施并以在该等医院/设施病床挂号病人身分接受住院医疗服务，同时会因此被收取住宿费用的。入院会维持直至到被保险人实在出院为止。

**【被保险人】** 是指保单持有人、他的名字会在保单明细表中列出并受本保单所保障

**【留学生】**指持有除移民签证外的，其他签证的就读学生。

**【最高给付】**指被保险人在某一受保医疗服务中可索偿的福利的一个限额。该最高给付可被应用于所有受保医疗服务或某一医疗服务种类。当最高给付是以美元为单位表达时，此一最高给付将会以“受保费用”在扣除被保险人在是项医疗服务中须承担的“免赔额”，“共保金额”及“须摊份额”后的余额来作衡量的。最高给付是不会用保险人实际支付给服务提供者的数额来衡量的。最高给付亦可以日子的数目或在一指定时间内接受医疗服务的次数来表达：

- i. 最高给付福利 - 是指被保险人在某一受保服务中可以取得的最高给付金额
- ii. 一生最高给付 - 是指被保险人在其一生中

在受保服务中可以取得的最高给付金额。

本保单中所指的一生只局限於在此保险有效期内的一段寿命。任何情况下并不代表为被保险人的一生。

此条款中所指的“一生”只局限於在本保单受保的一段时间，在任何情况下并不代表为被保险人的一生

**【看病身分证明卡】**指一张由保险人发给每一被保险人在接受受保服务时用作身分证明的卡。

**【医学上合适的(或治疗合适性)】**指当服务或物料供应由一医疗设施提供者提供时，保险人认为是：

- i. 由专业医疗服务供应者或其他持有相关许可的健康护理专家指定的；及
- ii. 是被保险人的健康状况、疾病、重症或意外伤害的诊断或直接护理及治疗所需要的；与
- iii. 与被保险人的健康状况、疾病、重症或意外伤害所需的诊断或治疗的症状是相应的；与
- iv. 根据被医学界普遍认可、并被接受的临床医疗标准的。

**【医学上必须的】**指当服务或物料供应由一专业医疗服务提供者提供时，保险人认为是：

- i. 针对被保险人的状况，疾病或意外伤害，所提供的服务与相关症状和诊断或医治是合适的；
- ii. 是为了诊断或直接料理及医治被保险人的状况，疾病或意外伤害而提供的；
- iii. 是根据现行良好医学操守而而为的。

**【新生儿】**指本保险有效期内被保险人所生的婴儿。

【“非首选”类别服务提供者（合约医疗网络外服务提供者）】是指在美国当地没有与保险人或其特约第三方服务公司签有任何服务合约的服务提供者。

【护士】指具有护士资格（并非被保险人或其近亲或其业务关联者，包括商业合作伙伴、雇员或雇主），且已获得其所执业国家的医疗卫生当局核发的执业执照，其提供的服务内容应在其执照和专业培训范围内。

【网络外】指非属于一个健康保险医疗服务网络中的一个合约提供者或卫生保健设施。指健康保险网络提供者外的提供者或保健设施。由于没有约定的医疗保健费用，会员在使用网络外提供者的服务时，可能需要支付更高的费用。

【门诊】指当被保险人在接受医疗服务或物料供应时，并不是一位住院病人。

【医生/医师】指一位并非被保险人或其近亲属的医学医生，持有执照，及经合法地授权在他所属的分科范围内执业的。包括全科和/或专科医生/医师。

【常居地】指被保险人长期工作和生活的地方，或在未前往就读学校所在国家前长期工作和生活的地方。常居地是其保有主要居住场所的或者是其最新固定居所的所在地。

【长期照护计划】指一份由专业医疗服务提供者治疗意外伤害或疾病以书面形式写成的医疗意见计划书。该医疗计划应该限制在以被保险人的症状及状况而言其医治范围和程度上都是医学上合适的和必须的。

【既往医疗状况】指一个状况，不包括妊娠，对其所作的医疗意见，医护，医疗或诊断是在被保险人受本保单承保之前的 3 个月内，已经被推荐或者已经被接受的。既往医疗状况将在此保单生效后 3 个月内会被视为除外责任。妊娠的受孕期必须在被保险人保险生效日之后，而且本保单提供的保障要通过一个从保单起始日起计的 10 个月的等待期后才能使用。

【“首选”类别服务提供者（合约医疗网内服务提供者）】是指在美国当地与保险人或保险人特约的第三方服务公司签有服务合约为被保险人提供服务的提供者，包括医生，医院或其他医疗设施或服务提供者。

【处方药】指任何按照法律必须要有医生处方才能开配的药物

【初步护理】指病人首次为受保疾病或伤害接受的治疗。

【服务提供者】指设施提供者，专业服务提供者或辅助服务提供者，在有法例要求下他们是持牌的。

【康复服务（包括物理治疗服务）】指一项处方性或由专业服务提供者提供的医疗程序旨在恢复身体某部分失去的功能。康复服务一般会跟神经肌腱的训练有关并以数周或数月作为一项疗程。康复服务包括但不受限于：

- i. 为背部疾患引致的功能损失的推拿疗法；
- ii. 腿部手术后功能损失的康复治疗；及
- iii. 动眼神经障碍治疗等。

**【保险单】**是记载投保人、被保险人的详情，被保险人在本保险合同项下可以享有的保险利益，包括年度总赔偿限额在内的各项保险利益的赔偿限额、保险费金额以及可能适用于本保险合同项下的任何其他详情的表格文件。

**【服务】**除非本保单另有定义外，服务是指医疗服务。

**【外科手术】**指执行一项普遍接受的手术和切割程序，包括使用专门的仪器、内镜检查和其他入侵性的程序。手术费的给付包括相关住院患者术前和术后护理津贴。治疗烧伤、骨折和脱位也被视为手术。

**【医疗服务】**指下列由医生处方及用作治疗疾病或意外伤害以助长被保险人的康复的服务或物料供应：

- i. 心脏康复治疗
- ii. 化疗
- iii. 透析
- iv. 职业治疗
- v. 物理治疗
- vi. 放射治疗
- vii. 呼吸治疗
- viii. 言语治疗

**【大学】**指一所从事高等教育和研究的学院、为各学科颁发学位、并提供本科及研究生教育。

**【校内医疗服务中心(UHS/SHS)】**指任何由大学或其他与大学有合约关系的实体经营操作或支持的，为被保险人提供医疗服务的组织、设施或诊所。

**【紧急护理】**指为 人身伤害或生病人士作出即时的治理服务，该等 人身伤害或生病的状况或严重性无须在医院急救室进行治疗。

**【通常、惯性及合理性收费(UCR)】**通常是指在本保单中被定义 受保服务的收费并同时被 保险人认定为下列情况中的最低者：

- i. 个别服务提供者通常为某一服务收取的费用；
- ii. 在同一地区中，同一专科的所有服务提供者所收取的惯性费用；及
- iii. 当医疗服务涉及不寻常情况或复杂的状况时，被本公司认定为合理的服务收费。

普遍的水平是指在同一地区中一位医疗服务提供者 为某一受保服务最通常收取的费用水平。

上述的“地区”是指一个城市，一个县，或任何其他应该被考虑为属于同一个地区的地方，以能获得一个类似机构或类似治疗的具代表性的横截面从而为该地区医疗服务或物料供应建立一

个通常、惯性及合理性的收费标准。