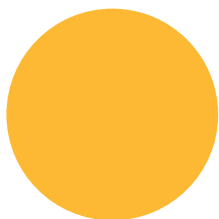
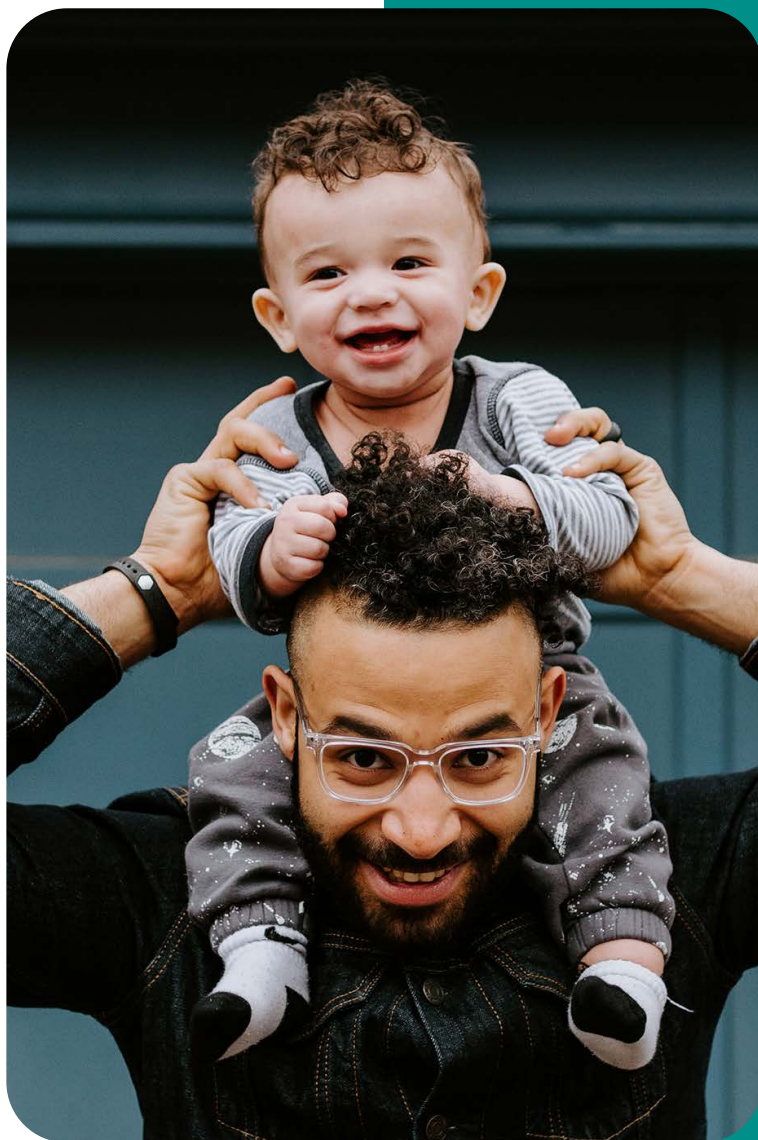


《全球保》 会员手册



团体

免责声明：

本文件为《全球保》医疗保险会员手册(下文简称「《会员手册》」)部分节选内容的中文译本。本文件仅用于提供信息/参考之用。《会员手册》整体采用英文书就，在所有方面均应适用。如果本节选部分的中文版本与英文版本有任何不一致之处，应以英文版本为准。AXA General Insurance 与 Now Health International(Asia Pacific) Ltd 对其所提供之译本中出现的任何错误、遗漏、差异或歧义不承担任何责任/义务。如需了解更多细节，敬请查阅《会员手册》的英文版本。

您需要知道的国际医疗保险

二零二六年四月生效

简介

欢迎您加入AXA 安盛与时康的“全球保”团体国际医疗保险。

本会员手册旨在为您提供明确的指引，以确保您了解如何使用您的保险计划。请仔细阅读本会员手册内容。

如何使用本手册？

本手册是很重要的文件。它阐明了您的权利和我们对您的义务。您所选择的全球保保险计划的保障范围，请参见保险合同条款中的第四部分 — 保险保障。

在这手册中，包含以下内容：

- 您的团体保障范围（包括保障范围和除外责任）
- 您的权利和义务
- 如何提出索偿
- 您的团体计划如何运作
- 如何投诉
- 您根据团体计划可享受的其他服务

本手册中某些字词和短语以粗体显示。这表示它们具有特殊的医学或法律含义 — 这些含义在第 1 部分中定义。您的团体计划福利详见本手册第 4 部分。您的团体保险凭证显示了可用的保障范围、保障期限和保障级别。与任何医疗保险合同一样，本团体计划亦存在除外责任。这些除外责任包括不在承保范围内的疾病和治疗 — 这些除外责任列于本手册第 5 部分。

您的团体计划的福利详见本手册第 4 部分。您的保险凭证显示了可用的保障范围、保障期限和保障等级。与任何医疗保险合约一样，本计划也存在除外责任。这些除外责任包括不在承保范围内的疾病和治疗 — 详见本手册第 5 部分。

我们为您提供的服务

当您需要使用您的医疗保险时，我们可以为您提供如下服务：

- 承诺尽快处理您的理赔申请
- 24 小时客户服务团队
- 协助您寻找所在地区的合适医疗服务提供者
- 尽可能预先授权部分理赔申请，以减少您的自付费用
- 拥有专业医疗知识的国际理赔管理团队，协助您做出医疗保健的决定

如果您希望更进一步了解此项团体保险计划，或者您有任何建议，请通过以下方式联系我们：

时康国际(亚太)有限公司

香港北角电气道183号友邦广场33楼3301A室

电话 T +852 2279 7310 | CustomerService@now-health.com

联系我们

请您务必仔细阅读本手册。同时您也可以致电我们的客户服务团队，我们将竭诚回答您的所有相关疑问。

如果您有任何与您的团体保险有关的疑问，您可以拨打电话 **+852 2279 7310** 或发送邮件到 CustomerService@now-health.com。例如，如果您需要相关治疗，您可以在接受治疗以前通知我们，以便我们向您说明您的保障范围。

如果您有任何有关您个人信息的变更需要告知我们，您可以按以上联系方式联系我们，或者写信至：

时康国际(亚太)有限公司

香港北角电气道183号友邦广场33楼3301A室

请注意为了提高我们的服务质量，您的来电可能会被录音以作内部管理及培训之用。

客户服务团队

我们办公室的办公时间是周一到周五，早上9点至下午6点。

电话 **+852 2279 7310**

紧急转运及送返援助团队

我们的服务团队能够提供多种语言服务，每天24小时，全年365天随时为您服务。更多关于紧急转运及送返服务的信息请参考本手册第3.3项。

电话 **+852 2279 7340**

如果有任何关于会员福利或理赔进展的疑问，您可以登录到 www.now-health.com 进入您的网上安全组合区自助查询，或者发送邮件至 ClinicalService@now-health.com。

目录

1. 定义	06
2. 在线管理您的保险	11
3. 如何理赔	12
4. 保险保障：保障范围是什么？	19
5. 责任免除：什么不包括在保障范围内？	61
6. 保险计划管理	66
7. 提出投诉	69
8. 权利和责任	71

1. 定义

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

慢性疾病：	至少拥有以下特征之一的疾病、病症或损伤： — 需要通过咨询、检查、体检、药物和敷料和/或实验室检查进行持续或长期监控； — 需要持续或长期控制症状或缓解症状； — 需要被保险人进行康复治疗或接受特别培训以应对疾病； — 持续时间不定； — 尚未有已知治愈方法； — 会复发或可能复发。
日间留院患者：	由于康复需要一段时间的医疗监控而在医院或日间看护所住院、但不会占用医院床位过夜的患者。
免赔额：	被保险人的保险凭证中指明，在根据团体保险单支付住院、日间留院、转运和送返或转运和送返的增强保障以前应由被保险人支付的不保金额。团体保险单免赔额适用于每名被保险人的每个保险期间。
牙科医生：	在提供牙科治疗的所在国家/地区拥有由相关许可机构颁发的许可、可以合法从事牙科治疗的人士。
连带被保险人：	在保险合同生效日期或随后的任何续保日期与被保险人居住在一起的一位配偶/成年伴侣和/或18周岁以下的未婚子女、或接受全日制教育的28周岁以下的子女（需要提供其注册教育机构出具的书面证明）。术语“伴侣”可能指丈夫、妻子或以类似关系和被保险人永久居住在一起的人士。所有受养人均应在保险凭证中被称为连带被保险人。
诊断检查：	为查明或帮助查明被保险人的病因而进行的调查，例如X光或血检。
药物和敷料：	由医生或专科医生开具的、为减轻或治疗某一个医疗状况所必须的基本处方药、敷料和药物。
符合保障范围：	被保险人的团体保险单覆盖的治疗和费用。为确定治疗或费用是否在覆盖范围内，应一同阅读被保险人保险单的所有章节，并应遵守团体保险单列明的所有条款（包括应付保险费的支付）、保障和责任免除。
批单签发日：	在保险凭证中列明的、被保险人被本团体保险单接纳的日期。
紧急：	突然的、严重的、不可预见的急性医疗状况或需要立即进行医学治疗的损伤，如果不接受治疗，在未来48小时可能导致死亡或对身体机能造成严重损害。
转运或送返：	将被保险人转移至拥有必要住院及日间留院送返服务医疗设施的医院，医疗机构可以位于被保险人生病时所在的国家，也可位于另一个邻近国家（转运）、或将被保险人送回被保险人的主要国籍国或被保险人的主要居住国（送返）。服务内容包括由保险人在转移被保险人时指定的国际救援公司认可的所有医疗上必需的治疗。
外国国籍的人士：	在其持有合法护照的国家以外的国家/地区居住和/或生活的所有人士。通常居住和/或生活的时间为每个保险期间内超过180日。
地理区域：	用于在本团体保险合同的生效日期或任何后续的续保日期根据被保险人的主要居住国计算适用于被保险人的保险费的地理区域。
团体保险：	计划持有人与我们之间的合约规定了所提供保险的条款和条件。完整的条款和条件包括：团体员工申请表（如适用）、保险证明、保障一览表、本会员手册。

医院：	经其经营所在国家/地区的法律许可注册为医院或外科医院的任何机构。以下机构不视为医院：休养护理院、水疗中心和疗养胜地等机构。
医院床位：	指保障一览表中列出的标准单人病房或双人病房。豪华病房、行政病房和特需套房不包括在内。
网内医疗机构：	网内医疗机构指与被保险人之保险单已签订合同，并按预先商定的特定费率为团体保险单的被保险人提供服务的医疗机构。
入院患者：	出于医学原因被医院接收，并在病床上待上一夜或更长时间的患者。
被保险人 /你/你的：	本团体保险单提供保障的、在保险凭证中提及的符合资格的你和/或被保险人/ 连带被保险人。
重大选择性手术：	重大选择性手术涉及对重要器官（头部、胸部、腹部、肢体）进行的复杂、侵入性手术，需要麻醉、重要的组织操作、住院治疗 and 较长的恢复期，并伴随较高的严重并发症风险或影响生存/主要身体系统。 符合保障范围的重大选择性手术: (1) 选择性心脏手术； (2) 乳房切除及重建； (3) 髋关节和膝关节置换术、膝关节韧带修复术和肩关节手术； (4) 脑部和脊柱手术（开颅术、脊柱融合术、椎板切除术、椎间盘切除术、椎间孔切开术）； (5) 重大血管手术（主动脉瘤修复术、颈动脉内膜切除术、外周血管绕道术、肠系膜/肾动脉重建术、血栓切除术、静脉曲张）； (6) 白内障手术。
医疗状况：	任何疾病、损伤或病症，包括精神疾病。
医生：	在WHO认可的医学院校就读并获得药物或手术初级学位，并获得提供治疗所在国家/地区的相关权威机构之行医资质的人士。术语“认可的医学院校”指列在WHO公布的世界医学院校名录中的医学院校。
医疗上必需的治疗：	指符合资格的医生认为适当的、与诊断一致的、根据一般公认的医学标准不能被忽略的、一旦忽略将对被保险人的病症或施与的医疗护理造成负面影响的相关治疗。提供此类治疗时不能只考虑到患者或医生的舒适方便，且只能持续提供一段时间。“适当”用于此定义中时是指充分考虑患者的安全和经济效益。当特指住院治疗时，医疗上必需的还指诊断无法执行或门诊治疗无法安全和有效地提供。
新生儿：	出生时间为 16 周以内的婴儿。
医疗网络/ 时康国际医疗网络：	保险人/保单管理人公布的与其签有直接结算协议的医疗机构网络。
门诊每次就诊免赔额：	被保险人的保险凭证中指明、在根据团体保险单支付门诊保障以前应由被保险人支付的不保金额。每次就诊均视为一次咨询。团体门诊每次就诊免赔额适用于每名被保险人的每一次门诊咨询（无论被保险人于国际医疗网络内或网络外医疗机构治疗）。
网络外医疗机构：	网络外医疗机构是未与被保险人的团体保险单签订合同的医疗机构。
门诊患者：	前往医院、诊疗室、门诊诊所或进行远程医疗治疗，但不需要被接纳为日间留院或住院的患者。

门诊直接结算：	保险人公布的与其签有直接结算协议的医疗机构网络。
保险期间：	保险凭证中规定的保障期间为：自生效日期或任何后续续保日期（如适用）起算的12个月的一段时间。
物理治疗师：	在提供治疗的国家/地区注册并获得执业许可的执业物理治疗师。
预先书面同意：	指被保险人在接受任何治疗或承担任何费用前从保险人处寻求审批的流程。需要保险人预先书面同意的保障将会在保障一览表中注明需预先书面同意。
优选医疗网络：	优选医疗网络是指与我们签订合同，以预先协商的特定价格向我们的投保会员提供服务的医疗网络机构。
计划管理人：	由投保人指定人员负责管理被保险人团体计划，并作为与我们进行协调联络的人员。
投保人：	在保险单或保险凭证中被称为投保人的个人或公司。
怀孕：	指从首次确诊到分娩的一段时间。
私人病房：	私人医院中只设有一张床位的病房。豪华病房、行政病房和特需套房不包括在内。
精神疾病：	符合精神疾病诊断与统计手册(DSM) 或国际疾病分类(ICD) 等国际分类系统的分类标准的精神或神经紊乱。紊乱应与个人当前的痛苦或其进行重要日常活动（例如工作）能力的严重受损有关。上述病症必须具有显著的临床意义，而不仅是由某一特定事件造成的预期反应，例如丧亲之痛、人际关系或学术问题，以及文化适应等。
合格护士：	目前在提供治疗的国家/地区的任何法定护士登记机构管理的或护士名册上有登记的护士。
合理及惯常收费：	在被保险人接受治疗的国家/地区根据被保险人的惯常收费治疗费用通常应收取的费用。保险人有权要求独立的第三方对此类费用进行证实，例如执业外科医生/医生/专科医生或政府卫生部门等。
康复治疗：	医疗上必需的治疗，旨在使被保险人经受某一医疗状况后恢复在日常生活中独立行动的能力及其正常机能。
续保日期：	指团体保险单的生效日期的周年对应日。
时康国际医疗网络：	保单管理人公布的与其签有直接结算协议的医疗机构网络。
双人病房：	私人医院中设有两张床位的病房。豪华病房、行政病房和特需套房不包括在内。
专科医生：	在WHO认可的医学院校就读并获得药物或手术初级学位，并获得提供治疗所在国家/地区的相关权威机构之行医资质的外科医生、麻醉师或医生，并被认为是所治疗的疾病、病症或损伤的治疗领域拥有专业资格或专业技术。术语“认可的医学院校”指列在WHO公布的世界医学院校名录中的医学院校。

生效日期：	保险凭证中显示的保险单生效日期。
外科手术：	需要切开组织并进行其他侵入性手术干预的手术。
终末期疾病：	得出病症为终末期和无药可救的诊断，且无法对病症进行治愈治疗，并且确诊后12个月内可能死亡。
中医治疗或阿育吠陀治疗：	中医治疗或阿育吠陀治疗是指医疗机构以外采用传统医学教授的治疗。它们是整体治疗系统，侧重于个人而非疾病。两种系统都使用各种干预措施，包括草药、饮食和生活方式的变更。
治疗：	诊断、缓解、治愈某一个医疗状况所必需的手术或医疗服务（包括诊断检查）。
保险人：	保险凭证中列明的承保保险公司。
疫苗：	指提供治疗的国家/地区法律所规定的全部基本免疫疫苗和加强药物注射，包括医疗上必要的任何旅行疫苗和疟疾预防。
等待期：	这是指始于您的计画生效日（若您是连带被保险人，则为加入日期）的一段期间；您无法享用特定保障。您的保障一览表列明哪些保障项目设有等待期。
我们/我们的/我方：	保险凭证中列明时康国际代表核保人。
WHO：	世界卫生组织。

2. 在线管理您的团体保险

您的网上安全组合区简介

访问我们的网站 www.now-health.com 通过网上安全组合区管理您的团体国际医疗保险，是最简单快捷的方法。您的所有相关文件都保存在一个网上安全组合区里，您可以使用您的用户名和密码进行登录查询。如果需要帮助，请致电 +852 2279 7310。

关于我

在此项中，您可以查看并更新个人联系信息，登录信息，您的文档传递和您可以告诉我们如何支付您的索赔。

我的保单

在此项中，您可以查看并下载保险凭证，团体会员手册和理赔申请表。您可以要求更换会员证并查看您的计划细节。

我的索赔

在此项中，您可以找到最适合您的方式来提交理赔。在这里您可以在线提交索赔，并且实时跟踪理赔进展状态。您可以查看所有的理赔记录，包括有关过去和现在理赔状态，就诊医院，理赔申请及赔付的金额与币种（只有发生在海外的理赔，可以允许选择赔付币种）等。所有的信息都是实时更新，以便让您随时查看您的理赔最新情况。您也可以从这里提交预先授权申请表。

其他功能

除了以上各项功能，您也可以通过这个网站，通过网上安全组合区直接联系我们，下载各种表格以及向我们推荐您常就诊的医院，并在时康国际医疗机构网络中寻找您的首选医疗机构。欲了解更多信息，请访问 www.now-health.com 首页中的常见问题选项。

下载我们的移动应用程序

我们的移动应用程序提供了多项功能，适用于iPhone和Android，您能够容易在时康国际医疗机构网络中查找您的首选医疗机构，同时您亦可透过移动应用程序提交索赔。



3. 如何理赔

您加入我们的保险计划后，可以联系我们的客户服务团队寻求相关帮助。

同时您可以拨打我们的24小时紧急援助热线。

在时康国际的会员网站上，您的网上安全组合区有一个专门的理赔区，通过此区域您可以查看您所有的理赔记录。除此以外您还可以找到最适合您的方式提交理赔。登录此网站仅需要您的时康会员用户名及密码。

为了让我们能快速审核您的理赔，请遵照以下步骤：

3.1 对于您已支付医疗费用的理赔

第一步

选择您提交理赔的方式

您可以通过 www.now-health.com 登录您的网上安全组合区提交理赔。此外，您也可以通过移动应用程序或如果您更喜欢更传统的解决方案，您可以使用电子邮件，传真或邮寄方式向我们发送理赔申请表。

您可以通过 www.now-health.com 登录您的网上安全组合区或“如何提交理赔”下载电子版理赔申请表。

如果需要帮助登录您的网上安全组合区，或者需要电子版或印刷版的理赔申请表，请致电 +852 2279 7310向我们的客户服务人员索取。

第二步

对于门诊和日间留院或住院治疗的每个医疗状况的医疗费用低于500美元的理赔

使用理赔申请表（印刷版或pdf）：

请完整填写理赔申请表的第一项和第二项，并签名。然后连同您扫描的发票收据（请在每个发票收据上签名）以及您的身份证/护照复印件发送给我们。发票收据必须包括疾病病情，治疗详情，以及主治医生的姓名，职业资质，联系方式和盖章。（如果发票收据没有上述信息，请提供您的医疗记录和治疗费用明细。）

— 电邮至 ClaimsService@now-health.com 或

— 邮寄到时康国际(亚太)有限公司，香港北角电气道183号友邦广场33楼3301A室。

使用移动设备提交理赔：

完整填写理赔申请表，上传所要求的图像（包括您扫描的发票）（请在每个发票上签名）和身份证/护照复印件，接受声明和授权，然后点击“提交”。我们将在设置中保存您的信息。

使用网页设备提交理赔：

从下拉列表中选择被保险人，填写表单中的所有字段，上传所要求的图像，接受声明和授权，然后单击“提交理赔申请表”。

第二步

对于日间留院或住院治疗的每个医疗状况的医疗费用等于或高于500美元的理赔

使用理赔申请表（印刷版或pdf）：

请完整填写理赔申请表的所有部分，签名并请求您的医生完成相关部分。使用以下方法之一并附上所有账单和副本的诊断报告，疾病病情和出院小结以及身份证/护照副本。请保留这些文件的副本，以备记录。

— 电邮至 ClaimsService@now-health.com 或

— 邮寄到时康国际(亚太)有限公司，香港北角电气道183号友邦广场33楼3301A室。

使用移动设备提交理赔：

您无法使用移动应用程序提交此理赔。

使用网页设备提交理赔：

扫描已完成的理赔表格，并附上所有账单和副本的诊断报告，疾病病情和出院小结（如果您是日间留院或住院病人）以及身份证/护照副本，然后单击“提交理赔申请表”。

第三步

在收齐所有必需的材料后，我们会审核您的理赔，并且在收到日起五个工作日内对所有在保障范围内的符合资格理赔进行审核。您可能需要预留额外时间供银行处理您的理赔。

第四步

您可以通过登录您的网上安全组合区对您所有的理赔进行跟踪查询（只提供英语服务）。

您可以随时登录网站查询您的理赔进展情况，包括理赔状态，就诊医院，申请及赔付的金额与币种，以及所有扣除的免赔额与自付比例。所有理赔都是实时更新以便您掌握最新情况。如果您的理赔状态发生变更，我们会第一时间发送邮件或短信通知您去登录查询。

重要提示：

您必须在接受治疗之日起六个月内向我们提交理赔（除非有不可抗力因素）。

如果您递交的理赔材料是复印件，请务必保存好原件。我们可能在您递交理赔的六个月之内请您重新递交原件。

如果您正在提交的或者已经提交的理赔的金额（以每位被保险人，每个医疗状况，每个保障期间为计）超过500美元，请确保让您的主治医生完整填写理赔单上的第三部份。

如果您不能确定每个医疗状况的理赔金额是否超过500美元，请您完整填写理赔单上的所有选项，并且也请您的主治医生完整填写相关医疗信息，然后将所有原始材料邮寄至我公司。地址见第二步。

对于所有由我们赔偿的索赔，您可以选择您希望以何种货币结算，以及您希望以何种方式支付您

请注意，上述提交理赔过程不适用于生育，牙科和体检、眼科、疫苗医疗保障费用

3.2 安排直付服务

3.2.1 住院及日间留院治疗

如果您需要接受住院治疗或日间留院治疗，我们会尽力安排与合作医疗机构进行直接结算。

第一步

在您住院前5个工作日（或尽可能提前），您可以通过以下方式联系我们的客户服务团队：

电话 +852 2279 7310 | ClinicalService@now-health.com

请告知您即将接受住院治疗或日间留院治疗的医疗机构的名称，电话号码，传真号码，医院联络人姓名及主治医生姓名。

第二步

选择您提交理赔的方式

您的医生应需要填写预先授权申请表。

您可以从时康网站的“如何提交理赔”或您的网上安全组合区下载此表。

如果您的医生完整填写理赔申请表上所有相关选项，他们可以直接将其提交给我们，或者您可以使用理赔申请表中的一种方法提交或登录网上安全组合区，通过“我的理赔”提交。我们将作适当安排并与您联系。

第三步

在您接受治疗当天，到达医疗机构后请您先出示您的会员卡，并告知工作人员我们已经为您安排了直付服务。

我们可能会请您填写一些附加的表格，您可以通过 www.now-health.com 登录您的网上安全组合区找到所有相关文件。

在您离开之前，您需要支付您的团体保险合同下所有相关免赔额或自付比例。

第四步

在您离开的时候，请让医疗机构工作人员将所有原始理赔申请表和账单邮寄给我们以申请赔付。您可以使用您的用户名和密码通过登录时康国际的网站 www.now-health.com，通过您的网上安全组合区跟踪查询您所有的理赔记录。

重要提示：

如果您需要接受住院治疗，日间留院治疗或者重大门诊治疗，请务必在接受治疗前告知我们。我们会尽力安排与合作医疗机构进行直接结算。这意味着您可能需要向医疗机构支付押金甚至全额支付您的账单。

如果您需要再次接受住院治疗或日间留院治疗，尽管可能是因为相同的疾病，我们仍然需要您提交新的理赔申请表。

在您离开之前，您需要支付您的团体保险合同下所有相关免赔额或自付比例。

3.2 安排直付服务

3.2.2 时康国际直付网络内的门诊治疗

如果您选择了有免赔额的保障，则不适用于您在门诊直付网络中以门诊直付的治疗。您的门诊直付治疗范围内的治疗是根据每次就诊免赔额或自付比例进行的。

如果您选择了门诊每次就诊免赔额选项，您需要先向医疗人员支付符合直付治疗范围的门诊治疗的免赔额：25美元或15美元（根据所选择的选项）。如果您有此选项，则会在您的会员卡上说明。

如果您选择了门诊费用的自付比例选项，您必须通过门诊直付网络向符合直付治疗范围的门诊治疗费用支付自付比例金额给医疗人员的。

如果选择门诊每次就诊免赔额或自付比例，那么无论您在时康国际网络医疗服务供应商网络内外接受直付治疗范围的门诊治疗时，每个被保人都将适用相应的免赔额或自付比例。

如果您选择了尊安计划下的门诊医生费用保障 – 选项1，那么不可使用门诊直付。

第一步

如需查找可以提供直付服务的医疗机构，请登录 www.now-health.com。您可以在我们的直付网络医院里找到适合您的医疗机构。

如果您没有找到在您附近的可以提供直付的医疗机构，我们的客户服务团队可以帮助您解决此类问题。您可以通过以下方式进行联系：电话 +852 2279 7310 | 传真 +852 2279 7330 | ClinicalService@now-health.com

第二步

当您到达医疗机构时，请出示您的时康会员卡。同时请随身携带相关身份证件如护照和身份证等。医疗机构可能请您填写并签署相关授权及免责声明。

第三步

医疗机构在安排您就诊之前，会查询您的保障限额，门诊每次就诊免赔额及自付比例。如果您所就诊的疾病不在保障范围内，医疗机构仍然会安排您就诊但是会请您自己支付相关治疗费用。

第四步

当您离开时，医疗机构可能会请您签署确认接受治疗的确认函。

第五步

如果您需要再次接受后续治疗，您需要再次完成以上步骤。

重要提示：

如果您通过门诊直付服务接受的治疗不在您的门诊直付医疗网络保险保障范围内，您需要承担此部分费用并将已赔付的理赔款返还给我们。我们也可能直接从您的应付理赔款上抵消此部分费用。否则我们可能暂时终止您的保障直至投保人或者您本人偿还这部分费用。如果发现理赔欺诈情况，我们可以立即终止您的保险合同，并且不会退还已交付的保费。

如果您在时康国际的医疗网络机构内接受符合条件的治疗，但自行支付并报销治疗费用，则需支付标准的门诊就诊自付额或共同保险费用。

精神科、替代医学、激素替代疗法以及维生素、矿物质、牙科、孕产妇保健、眼科和疫苗接种保障不适用门诊直接结算，除非您的会员卡上另有说明。

3.3 当您需要紧急医疗治疗时

如果您因为紧急状况而接受住院治疗，或者您因为紧急状况需要被转运到另一个医疗机构，那么您，您的主治医生或者就诊医院必须在第一时间联系我们的24小时紧急援助服务团队。

通过联系我们的紧急援助服务团队，在条件允许的情况下，我们可以帮助直接结算您的医疗账单，并且确保尽快审核您的理赔申请。

第一步

您可以通过致电 +852 2279 7340 或者发送邮件至 ClinicalService@now-health.com 联系我们的紧急援助服务团队。我们将竭诚为您提供全天24小时，全年365天无休的服务。

他们可能需要核查相关信息，包括您的姓名，会员号码，医院名称，医院联络人姓名和联系方式，主治医生姓名等。

第二步

我们的紧急援助服务团队将会核查您的疾病是否在您的团体保险合同的保障范围内。

第三步

如果您的疾病在保险合同的保障范围内，我们的紧急援助服务人员将会审核您的紧急入院申请或者紧急转运申请。

第四步

如果我们的紧急援助服务人员认定您的紧急状况符合以下几种情况：

- 面临生命危险
- 在您的团体保险保障范围之内
- 当地无法提供相关治疗
- 需要立即住院治疗

他们将会采取各种必要措施用空中或地面转移的方式帮助您转运到最近的能够提供相关治疗的医疗机构，同时会确保安排您在目的地所发生的在保障范围内的医疗费用的直接结算，例如住院费。

第五步

在治疗结束以后，我们的紧急援助工作人员会在您的健康情况允许的情况下帮助安排交通帮您返回合适的目的地。

重要提示：

我们只赔付由我们的紧急援助服务团队预先书面同意及安排的医疗转运的费用。如果医疗转运的费用直接或间接与您的保险凭证中所列的责任免除或者与您的保险合同中所列明的责任免除相关，我们将不会赔付此次医疗转运的费用。

3.4 在美国进行选择性治疗

如果您已经购买了美国选择性治疗这一保障，并且需要在美国的医院或医生诊所接受治疗，请按以下步骤操作：

如果您需要在美国接受门诊治疗，日间留院治疗或住院治疗，请您务必尽可能在第一时间联系我们。我们将确认您将要就诊的医院或诊所是否在我们的直付网络之内。如果在我们的直付网络之内，我们将帮助安排与该医院或诊所直接结算您的医疗费用。如果您选择的医院或诊所不在我们的直付网络之内，我们将帮助安排一家在我们医疗网络内而且有着同等医疗水平的医院或诊所。

第一步

请您在接受治疗之前五个工作日（或尽可能提前）联系我们的客户服务团队。
联系方式：电话 **+852 2279 7310** | ClinicalService@now-health.com
我们的医疗顾问将会核实与您此次治疗相关的保险保障项目，并且指导您如何申请相关理赔。
您需要向我们提供您所就诊医院的名称，联系人，联系电话，传真号码以及主治医生的姓名。



第二步

您的医生填写完毕后，可以直接将表格提交给我们，或者您也可以通过表格上提供的任一方式或「我的索赔」页面中的安全在线档案库提交。



第三步

当您在医院就诊时，请出示您的会员卡，并告知医院服务人员我们已经通过援助公司提供直付服务，并帮您在该医院安排了医疗费用直付服务。我们有可能需要您填写一些附加表格，比如一张同意医院将有关您的信息告知给我们的同意书，等等。您可以登录 www.now-health.com 在您的网上安全组合区中找到这些表格。
您需要在离开医院之前支付您的医疗保险中所规定的免赔额或自付比例或门诊每次就诊免赔额。



第四步

离开医院时，请您让医院相关人员将填写完整的理赔申请表原件及账单原件寄给我们，以便我们做出赔付。您可以使用您的用户名和密码登录 www.now-health.com，并在网上安全组合区追踪所有随后的理赔过程。

重要提示：
请您务必在接受住院治疗，日间留院治疗或者一些重大门诊治疗之前联系我们。
如果您在接受以上治疗之前没有提前通知我们，我们可能无法帮您安排直付服务。这意味着您可能需要支付一定金额的押金，甚至全额医疗费用。
如果您在我们的直付网络外的医院就诊，我们将根据您的保险保障范围内的治疗的相关保障收取50%自付比例，您将需要直接支付差额给该直付网络外就诊医院。
您在美国接受的、没有获得我们预先书面同意的医疗费用，我们保留拒绝赔付的权利。
对于您的保险合同中保障范围外的治疗，如我们已将此医疗费用直接支付给医院的，您必须将我们已支付的金额全额返还给我们。
您需要在离开医院之前支付您的保险合同中所规定的免赔额。

3.5 在申请理赔时，您需要提供的资料

请您确保完整填写我们所要求的所有表格。

自接受治疗日起六个月内，您必须将所有相关理赔信息提供给我们（不可抗力因素情况除外）。

如果您所申请的日间留院或住院理赔金额或已经申请的理赔金额（以每名被保险人于每个保险期间的每个医疗状况）等于或超过500美元，请确保您的主治医生完整填写理赔申请表第三部分。

3.6 我还需要提供其他信息吗？

有时候我们无法仅从您的理赔申请表来完成对您的理赔审核，这意味着我们可能需要您提供进一步的信息，这些将仅限于我们审核理赔所需要的合理信息。

我们可能需要您提供就诊病历记录，包括医疗转诊单。如果您无法合理提供给我们这些重要信息，我们将不得不拒绝赔付相关疾病理赔申请。这意味着我们将要求您返还我们此前已经赔付的与此疾病相关的理赔款。

当无法确定您的理赔是否在您的保险保障范围内时，我们可能会出资选择聘请医生复审您的理赔。他们可能会重新审查所有与此次理赔相关的医疗信息，或对您进行相关检查。我们会根据您的个人情况选择聘请相关医生进行复审。请您务必配合我们的医生，否则我们将不会赔付您的理赔。

3.7 如果同时投保了另一家保险公司，我应该如何申请理赔？

在提出理赔申请时，您必须向我们告知您是否能够从其他保险公司获得赔付。如果有其他的保单涉及此次理赔，我们将只对我们应该承担的合理保险责任进行赔付。

3.8 对于由他人导致的疾病或伤害，我应该如何申请赔付？

您必须在理赔申请表上注明您是否能够从他处或得任何赔偿。

如果您向我们提出申请赔付由他人导致的疾病所产生的治疗费用，我们仍将根据您的保险合同做出相关赔付。

如果您向我们提出申请赔付由他人所导致的受伤所产生的治疗费用，我们有权根据法律规定向该第三方追偿我们已向您赔付的款项。您必须尽快告知我们您对该第三方所采取的任何行动，并将采取行动后所产生的任何结果或解决方法及时通知我们。

如果您成功从第三方获得任何赔偿，您必须在收到此赔偿后的21天内根据以下约定将所得款项直接返还给我们。

- 如果您对第三方提出的索赔获得全额支付，您必须全额返还我们的理赔款；
- 如果您对所受到的伤害只获得了部分赔偿，您必须将这笔赔偿返还给我们已抵消我们已赔付的理赔款。

如果您没有将所获赔偿金返还给我们（包括从第三方处获偿的任何利益），我们有权要求您偿还我们金额。此外，根据「权利与责任」部分第8条的规定，您的计划可能会被取消。

本条款中规定的权利和补救措施是对法律规定的权利和补救措施的补充，而非替代。

3.9 如果您的团体保险合同中包含免赔额，门诊每次就诊免赔额和/或自付比例

免赔额，门诊每次就诊免赔额或自付比例都将显示在您的保险凭证上，并以于您的保费相同的币种收取。

免赔额，门诊每次就诊免赔额或自付比例是指当您的团体保险计划中的被保险人发生理赔时，您需对此承担的理赔成本。

当一个理赔申请可获赔付时，免赔额将会自动扣除，我们将先赔付保单范围内的住院或日间留院治疗的费用。

免赔额是基于每名被保险人于每个保险期间来扣除的。例如，如果被保险人在一个保险期间申请多于一次的住院治疗，则如果第一次理赔已经完成了免赔额可抵扣额，则该免赔额仅适用于首次符合条件的住院申请。如果第一次理赔后的免赔额未达到，则在支付任何合格理赔之前，可扣除免赔额的余额将从第二次索赔中扣除。

门诊每次就诊免赔额是基于每名被保险人于每次就诊来扣除的。例如，如果被保险人对单一或多种医疗状况的门诊咨询有不只一次的访问，则门诊每次就诊免赔额将适用于每次咨询。

自付比例是您在每个保险期限内支付合格理赔费用的百分比。例如，如果被保险人具有适用于符合门诊治疗的20%的自付比例，理赔额为100美元，则被保险人必须支付20美元，我们将支付理赔金额80美元。

即使免赔额高于您的某次理赔申请金额，请您也务必将相关理赔申请表和账单提交给我们，以便我们正确地管理您的保险计划。当您向我们提交理赔时，我们将从应付理赔款中扣除免赔额，直至免赔额用完。

3.10 如何计算理赔应付款

所有中国大陆境内发生的理赔都只能以人民币进行结算。如果您的理赔是发生在中国大陆以外，我们也可以根据您的选择以您期望的币种进行支付（取决于当地货币和/或国际限制/监管规定）。我们会以就诊日期当天花旗银行的汇率为基准进行转换结算。

3.11 理赔可以使用哪些货币？

您可以选择以您计划的货币、您发生理赔时使用的货币或您选择的其他货币进行理赔报销，但需遵守当地货币和/或国际限制/法规以及我们合作银行的交易能力。

3.12 我一次最多可以报销多长时间的处方药？

您的医生开具的符合条件的药物，最多可报销3个月或至您的保单有效期结束，以较早者为准。

4. 保险保障：保障范围是什么？

所有在全球保保障范围内的保险保障都将显示在保障一览表中。所列保障限额都是针对每一位被保险人或每一种医疗状况，或每一保险年度而言，但对终末期疾病的保障限额则是终生限额。

请记住此保险计划不是保障所有的不测事件。

在收到保费之后，我们将对此团体保险合同计划中所约定的条件提供保障。

4.1 全球保概述

全球保旨在保障对疾病或受伤采取积极的且医疗上必需的治疗所产生的合理惯常费用。

全球保为您提供全球各地的保障，但美国除外，除非您已购买美国境内的选择性治疗保障。

以下是每一种保险计划的概述：

尊安计划 保障住院治疗和日间留院治疗，您也可以选择较高的免赔额以降低保费。这一计划适用于您想获得仅针对高额医疗费用/不太频繁的重大治疗的保障。

尊乐计划 包含尊安计划，加上一定限额的门诊治疗保障。

尊爱计划 包含尊乐计划，加上牙科治疗保障及更高的最高保障限额。

尊享计划 包含尊爱计划，加上牙科治疗以及生育保障，并享有更高的最高保障限额。

可选保障

为了提供更大的灵活性，您还可以选择一些对您来说可能很重要的其他可选保障。

门诊治疗的自付比例	如果选择此选项，符合条件的门诊治疗费用将按10%的自付比例支付。
门诊治疗的自付比例 — 选项2	如果选择此选项，符合条件的门诊治疗费用将按20%的自付比例支付。
尊安计划下的门诊医生费用保障 — 选项1	在尊安计划选项中添加门诊保障。
尊安计划下的门诊医生费用保障 — 选项2	与门诊费用相同，但包含慢性疾病的费用在限额内。
尊安计划下的门诊医生费用保障 — 选项3	在尊安计划中新增意外和急诊门诊服务以及其他术前及术后住院保障。
门诊每次就诊免赔额	此选项适用于尊乐、尊爱和尊享。您可以选择每次门诊每次就诊免赔额25美元或15美元的额外费用。请注意，如果您选择了门诊就诊额外费用，则您必须支付任何符合条件的门诊每次就诊免赔额25美元或15美元。
体检、眼科保障和疫苗	此选项适用于已选择「门诊费用」或「门诊费用 - 选项2」的尊安计划，也适用于尊乐、尊爱和尊享计划。此选项可让您获得有限的健康检查、眼科检查和疫苗接种保障。
体检、眼科保障和疫苗 — 选项2	此选项适用于尊乐、尊爱和尊享计划。此选项可让您获得有限的健康检查、眼科检查和疫苗接种保障。
体检和疫苗 — 选项3	此选项适用于已选择「门诊费用」或「门诊费用 - 选项2」的尊安计划，也适用于尊乐、尊爱和尊享计划。

美国境内的选择性治疗	在美国，符合条件的住院、日间和门诊治疗费用将全额支付。前提是治疗必须在我们的合作医疗机构网络内进行。
自选免赔额	本计划的自付额适用于住院治疗 and 日间住院治疗，且以每位被保险人每个保障期间计算。

以上仅为部分计划保障的摘要。如需了解保障和除外责任的完整详情，请务必完整阅读本手册。完整的保障明细表请参见第4.3节。

4.2 预先书面同意

请您务必在治疗开始之前联系我们。

您的保险计划仅对医疗上必需的合理及惯常的医疗费用提供保障。请您务必在接受治疗之前联系我们以确保您所接受的治疗在您的保险保障范围之内。

因此在接受治疗并产生医疗费用之前，请您联系我们取得预先书面同意。

在保险保障计划中详细注明了需要取得预先书面同意的保障，在其旁边标注了“预先书面同意”及电话图标。

您可以通过拨打电话+852 2279 7310或传真至+852 2279 7330联系我们的客户服务团队。

预先书面同意意味着有关该治疗项目的所有医疗费用必须获得我们的预先书面同意。

下列情况需要取得我们的预先书面同意：

- 所有住院治疗
- 所有预先计划的日间留院治疗
- 所有预先计划的手术
- 所有预先计划的诊断程序 — 磁共振成像扫描(MRI)、正电子放射断层扫描(PET)和计算机断层成像扫描(CT)
- 住院精神病治疗
- 转运和送返
- 遗体运送
- 被保险人接受10次以上的物理治疗(需医生或专科医生转介)(适用于尊乐、尊爱 和 尊享团体计划)
- 家庭护理
- 艾滋病
- 美国境内的选择性治疗
- 住院现金津贴 (ii)

如果您在接受治疗前没有取得我们的预先书面同意，而所接受的治疗不是医疗必需的，我们保留拒绝支付理赔的权利。如果所接受的治疗确属医疗必需的，但您没有取得我们的预先书面同意，我们只赔付合理及惯常收费。合理及惯常收费，是指接受治疗时收取的标准费用。

若有任何紧急情况，您的主诊医生或医院，应尽快联系我们的24小时援助热线。如未及时获得预先书面同意，对于保障范围内的医疗状况，您可能要自行承担一定比例的费用。

4.3 时康国际：全球保

全球保旨在对疾病或受伤所采取的医疗必需的治疗而发生的合理惯常费用提供保障。此处附加信息是保险条款的补充。以下保障一览表详细列出了各团体计画提供的保障范围。此资讯为补充资料，应与本完整手册一并阅读。

团体保险保障范围包括慢性疾病的急性发作期的短期治疗，直至恢复到发作期前的身体状况或完全康复。针对诸如（但不限于）哮喘，糖尿病，高血压等之类的慢性疾病，无法完全治愈但却需要持续维持治疗，则需要由“慢性疾病”这一保障项目来提供保障。如果您不确定您的病情及其相关保障范围，请在接受治疗之前联系我们的客户服务团队。某些保障项目注明全额赔付，这是指对于保障范围内的疾病或受伤所采取的医疗必需的治疗而发生的合理及惯常的费用，在扣除相关的免赔额，门诊每次就诊免赔额或自付比例之后的全额赔偿。

4.3.1 全球保《尊安》

保障	尊安
年度最高保障限额 计划可用24/7求助专线和援助服务	300万美元
1. 慢性疾病 保险人应赔付被保险人就慢性疾病包括但不限于哮喘、糖尿病和高血压等需要通过咨询、检查、体检、服用药物和敷料和/或诊断测试以实现持续或长期监控的疾病进行治疗所实际产生的医疗费用。最高保障限额经投保人与保险人双方同意，按其批单签发日，在保险合同中列明。 本保障不包括肾衰竭和肾透析。肾衰竭和肾透析的赔付适用保险合同第6款。癌症的赔付适用保险合同第8款。	 不予承保
2. 医院收费、医生和专科医生费用 (i) 医院对住院或日间留院治疗的患者收取的费用包括：床位费（一般病房/双人病房或私人病房）；诊断检测费用；手术室费用（含外科医生与麻醉师收费）；合格护士护理的费用；由医生或专科医生开具的药物和敷料的费用；手术期间医生使用的手术器械费用；住院或日间留院期间手术前后的咨询费；重症监护费用。 (ii) 耐用医疗设备、假肢和矫形用品： 因符合保障范围的疾病接受住院或日间留院治疗，且医疗所需用之耐用医疗设备、假肢和矫形用品由您的主治医生开具处方，并在接受住院或日间留院治疗6个月内需用，我们将赔付以下符合保障范围的费用： i. 购买或租借拐杖、气垫靴、首次购买或租借轮椅（自推进式） ii. 处方药物和敷料的输送系统 iii. 矫形用品，例如鞋垫和矫形支架 iv. 术后所需的外用假体，包括支架和矫形器，以及首次购买和安装人造肢体和人造眼睛。不包括助听器。	(i)  全额赔偿 上述保障需要预先获得书面同意  (ii)  每个医疗状况最高限额2,000美元
3. 诊断程序 保险人应赔付由医疗必需而引致的住院、日间留院或门诊实际医疗费用，仅包括：磁共振成像扫描(MRI)、正电子发射断层扫描(PET)和计算机断层成像扫描(CT)的费用。	磁共振成像扫描(MRI)、正电子发射断层扫描(PET)和计算机断层成像扫描(CT)，需要预先获得书面同意   住院、日间留院或门诊全额赔偿
4. 紧急救护运送费用 保险人应赔付陆上紧急救护交通运输工具接送或在医院之间转送途中，或经医生或专科医生认为医疗必需的交通运输工具实际产生的费用。	 全额赔偿
5. 家长住宿费用 保险人应赔付18周岁以下的被保险人因接受符合保障范围内的住院治疗时，其一位家长在医院陪伴过夜而实际产生的住宿费用。	 全额赔偿
6. 肾衰竭和肾透析 (i) 保险人应赔付被保险人住院接受肾衰竭(包括肾透析)治疗时实际产生的医疗费用。 (ii) 保险人应赔付被保险人日间留院或在门诊部接受肾衰竭(包括肾透析)治疗时实际产生的医疗费用。	(i)  住院期间手术前后护理全额赔偿 (ii)  每个保险期内最高限额50,000美元
7. 器官移植 (i) 被保险人是器官受赠人时，有关肾脏、胰脏、肝脏、心脏、肺、骨髓、角膜或心肺联合的人体器官移植治疗时产生的医疗费用。 当器官移植是由先天性疾病导致时，相关医疗费用应当依照本保险合同第12款(先天性疾病)进行赔付，此时本保险合同第7款(器官移植)对于相关费用一概不予赔付。 (ii) 器官捐献者在住院或日间留院期间的相关医疗费用，但寻找器官捐献者的费用除外。 保险人仅赔付满足以下条件的器官移植：在国际认可的医院并由获得认证的外科医生执行器官移植；并根据WHO指南获取的器官。	(i)  全额赔偿 (ii)  每个保险期内最高限额50,000美元

 全额赔偿

 不予承保

 有限承保

 可供选项

保障	尊安
8. 癌症治疗 保险人应赔付因癌症而须住院、日间留院或门诊治疗时实际产生的医疗费用。此保障包括从诊断之时起，产生的肿瘤科医生的费用、手术费用，放射疗法和化学疗法的单项或综合费用。	全额赔偿
9. 怀孕期间医疗状况 对于产前期间因保障范围内的医疗状况所产生的实际住院治疗费用或分娩期间因保障范围内的医疗状况所产生的实际住院治疗费用，保险人仅将治疗以下医疗状况视为此保障保障中符合保障范围内的医疗状况。 • 宫外孕（胚胎在子宫以外的部位着床发育）； • 葡萄胎（异常细胞在子宫内生长）； • 胎盘滞留（胚胎滞留在子宫内）； • 前置胎盘； • 子痫（怀孕期间发生在先兆子痫之后的昏迷或抽搐）； • 糖尿病（如果被保险人因自身与糖尿病有关的过往病史而有相应的除外责任，则被保险人不会因怀孕期间进行的任何糖尿病治疗而获得赔偿）； • 产后出血（分娩后多个小时及多日大出血）； • 需要即时接受外科治疗的流产。 本保障不包括自愿/紧急剖腹产或“产程进展不良”的费用，除非是上述所列之符合保障范围内的医疗状况之一。 等待期：保单生效后12个月内母亲产生的费用不予赔付。	全额赔偿
10. 新生儿保障 保险人应赔付被保险人的新生儿因早产（即妊娠未满37周分娩）或被保险人的新生儿在出生30日内出现急性的病症而需住院接受治疗时发生的实际医疗费用。 此保障提供的前提是新生儿在出生之日起30日内已经加入本保险合同并且投保人已支付保险费。此保障经投保人和保险人双方同意可适用于多胎分娩的情况。 如果保险人在婴儿被加入保单之前需要详细了解新生儿的病史，则保险人保留其对所提供承保范围应用特别限制条款的权利。 请参阅第6.5条条款一 新增新生儿保单条款有关详细信息。	每个保险期内 最高限额 100,000美元
11. 新生儿陪伴母亲的医院住宿费用 保险人应赔付新生儿（出生16周及以下）在陪伴母亲（母亲为被保险人）接受住院治疗符合保障范围内的疾病时，医院为新生儿提供住宿而产生的实际费用。	全额赔偿
12. 先天性疾病： 保险人应赔付被保险人因先天性疾病进行住院治疗时实际产生的医疗费用。若新生儿出生30日内因先天性疾病接受治疗，将根据本保险合同第十条保障规定提供此类病症的保障，而本条款先天性疾病保障则不适用。	每个保险期内 最高限额 100,000美元
13. 整形外科手术： 保险人应赔付被保险人接受整形外科手术的实际医疗费用，此整形外科手术是为了恢复正常人体的功能或外貌，同时此整形外科手术是因被保险人在保险单生效日或批单签发日（二者以后发生日为准）之后遭遇符合本保险合同保障范围的意外事故或因接受符合本保险合同保障范围内的疾病而接受了外科手术后产生。	全额赔偿
14. 康复治疗： 专科医生针对被保险人所患疾病进行治疗时，推荐被保险人接受保险人认可的医院康复中心接受住院康复治疗，保险人应赔付此种情况下实际产生的康复治疗费用。但必须：被保险人连续三日住院；专科医生书面确认被保险人此时有必要接受康复治疗。应在出院后14日内办妥康复中心住院手续。上述治疗应接受专科医生的直接监管，并赔付如下费用： i) 专项治疗病房的使用费； ii) 物理治疗费用； iii) 语言治疗费用； iv) 职业病治疗费用。	每个医疗状况的符合条件住院治疗全 额赔偿最高达30日
15. 紧急住院牙科治疗： 被保险人因遭遇意外事故后而必须住院一晚以上，其天然健全的牙齿因需进行紧急牙科修复治疗，保险人应按实际发生的医疗费用赔付给被保险人。 该牙科治疗必须在意外事故发生后的10日内进行。此保障包括因意外的外部撞击造成的口腔伤害而需接受治疗时产生的所有费用，但同时应满足以下条件： i. 如果上述治疗涉及更换齿冠、牙桥贴片、牙齿贴面或假牙，则保险人赔付合理惯常的费用，或赔付类似的或质量相当的更换费用； ii. 如果临床角度上需要植牙，那么保险人赔付采用桥托产生的费用； 此项保障还包括修复或重建在遭遇意外事故后损坏的假牙，但要求被保险人在遭遇意外事故时佩戴此类假牙，并要求遭遇意外事故导致至少住院一晚。	全额赔偿

保障	尊安
16. 住院精神疾病治疗: 在认可的医院精神科病房接受住院治疗。所有治疗必须在注册精神科医师的直接指导下进行。	需要预先获得书面同意   每个保险期内全额赔偿最长期限为30日
17. 终末期疾病: 保险人应赔付因姑息治疗与临终关怀而实际产生的医疗费用。即自被保险人被诊断为终末期疾病起，医生或专科医生以暂时缓解症状为目的开立医嘱，而根据该医嘱提供任何住院、日间留院或门诊治疗时产生的费用。保险人应赔付有关医院或临终关怀的住宿、合格护士护理，以及医嘱药物和敷料的费用。	 住院和日间留院治疗终生最高限额为50,000美元
18. 美国境内的紧急非选择性治疗: 在不超过30日（含30日）的计划行程，被保险人若在美国境内遇到意外事故或因某种突发性医疗状况而形成对被保险人的健康构成威胁的突发危重疾病，而且其在上述紧急事件之后的24小时内接受医生或专科医生提供的治疗，则保险人应赔付该期间实际产生的医疗费用。 此类保障不包括正常生育及怀孕和分娩期间出现的医疗状况有关费用。	 意外：意外后的住院和日间留院治疗全额赔偿  疾病：住院和日间留院治疗每个保险期内最高限额25,000美元 医院急诊部之门诊治疗: 每个保险期内最高限额500美元
19. 转运和送返: 转运 保险人安排患有符合保障范围内的危重被保险人运送到最近的医疗机构进行住院或日间留院治疗。 赔付如下合理费用： i) 在被保险人需接受紧急治疗而事故发生地无法提供医疗上必需的救护接送与护理的情况下，运送被保险人时产生的交通费用。其中包括一名随行照料人员陪护行程中的经济舱机票。 ii) 被保险人在接受日间留院治疗期间，往返医院就诊时的当地合理交通费用。 iii) 被保险人入院后随行照料人员由于看望被保险人往返医院时产生的合理交通费用。 iv) 仅限住院前或出院后短期内，被保险人接受专科医生护理时的合理非医院住宿用。 在保险人认可的滑雪场或类似的冬季运动场所范围之外，进行任何海空营救或山地救援时产生的转运费用一概不予赔付。 保险人的医学顾问将决定转运时的最合适交通方式。如违背保险人医学顾问的意见，保险人不赔付交通费用。另外，如果被保险人前往的医院不具备合适医疗设施用以治疗被保险人之符合保障范围的医疗情况，则相关的交通费用将不予赔付。 免赔额适用于此保障。 送返 经由医疗上必需且由保险人安排的转运之后，在被保险人完成治疗后的一个月內，被保险人与被保险人的一位随行照料人员将可获安排经济舱机票返回治疗地、或被保险人的国籍国或居住国。 此保障不包括单独送返，需要已经完成最初的医疗上必需的转运，才可赔付此符合保障范围的送返费用。 此保障不包括正常怀孕和分娩及怀孕期间医疗状况有关费用。 免赔额适用于此保障。	该保障需要预先获得书面同意  (i)  全额赔偿 (ii)  全额赔偿 (iii)  全额赔偿 (iv)  每日最高限额200美元 每人每次转运最高限额7,500美元 该保障需要预先获得书面同意   全额赔偿

保障	尊安
20. 遗体运送: 保险人应赔付被保险人因保障范围内的医疗状况导致死亡时产生以下合理和惯常的费用： i) 将被保险人遗体或骨灰运往其国籍国或居住国时的费用，或 ii) 在被保险人死亡所在地，根据合理的惯例进行土葬或火葬时产生的费用。	需要预先 获得书面同意  (i)  全额赔偿 (ii)  最高限额 10,000 美元
21. 住院现金津贴: i. 被保险人在次日零时前住院接受本保险合同保障范围内的住院治疗，并且整个住院期间未产生任何费用，而该被保险人原本根据本计划有资格享用私人医疗保障，保险人应赔付住院现金津贴保障。如被保险人符合 i) 重大选择性手术住院现金津贴的保障，则不赔付此项保障津贴。此保障限于符合保障范围内的住院治疗之间至少相隔 30 日，并且每个保险期间内累计最多不超过 5 次住院治疗。 ii. 被保险人在次日零时前住院接受本保险合同保障范围内的重大选择性手术，并且整个住院期间未产生任何费用或在中国香港/中国大陆公立医院进行重大选择性手术，而该被保险人原本根据本计划有资格享用私人医疗保障，保险人应赔付此项保障津贴。 此项保障需要预先获得我们的书面同意，并且此保障限于符合保障范围内的住院治疗之间至少相隔30日和每个保险期间内累计最多不超过3次住院治疗。 责任免除5.10条款并不适用于此保障。如果您预先未获得我们的住院治疗和住院现金津贴保障的书面同意，则此项保障不予赔付。 如果您因意外事故或紧急情况入院，则不符合此项保障的赔偿资格。 等待期：仅连续会员资格满九个月后方可享有保障。	需要预先 获得书面同意  (i)  每次入院 200 美元 (ii)  每次重大选择性手术 限额 1,000 美元
22. 门诊医生费用: i) 包括咨询费在内的医生收费；专科医生费用；诊断检查费用；处方药和敷料的费用。 ii) 远程医疗咨询（医生以电子方式进行远程医疗咨询） 如果被保险人在时康国际公布的国际医疗网络内列明的医疗服务提供方接受治疗，符合保障范围内的治疗费用将全额赔付。 如果被保险人不是在时康国际公布的国际医疗网络内列明的医疗服务提供方接受治疗，则只会赔付符合保障范围内合理和惯常的医疗费用。 门诊自付比例或门诊每次就诊免赔额不适用于此保障。 iii) 维生素和矿物质 由医生开具处方的维生素和矿物质。由医生诊断的缺乏症及由医生开具处方的维生素、矿物质和滋润眼液将按照门诊保障(iii) 赔付符合保障范围的费用。 任何手术前和出院后的门诊费用将根据此保障进行赔付。	(i) and (ii)  每个保险期内的每个医疗状况的门诊医生费用，包括手术前的咨询及诊断程序的费用，从入院前的15日至出院后的门诊费用，最长30日，综合最高总限额 2,000 美元 (iii)  不予承保
23. 更年期激素替代治疗: 需要进行激素替代治疗以缓解更年期早发症状之门诊费用，但更年期发病和治疗须始于 40 岁以下。	 不予承保
24. 日间留院和门诊手术: 保险人应赔付被保险人在外科诊所、医院、日间护理中心或门诊部进行的外科手术时实际产生的治疗费用。手术前后的门诊费用将根据保险合同第二十二条保障（门诊医生费用）进行赔付。	 全额赔偿
25. 门诊精神疾病治疗: 由法定资质的心理学家及/或法定资质的精神病医生的直接管理下，被保险人接受的门诊治疗。此项保障包括 10 次治疗，赔付费用以本保障限额为准。 前 5 次就诊无需医生转介，之后的就诊则需要有医生或专科医生的转介函和治疗计划。	 不予承保
26. 门诊物理治疗和替代疗法: 保险人应赔付以下项目实际产生的医疗费用： i) 由获得执业许可的物理治疗师提供的物理治疗费用。 ii) 被保险人接受理疗师的辅助药物和治疗，此类赔偿可包括整骨疗法、手足病治疗和足病治疗、整脊疗法、顺势疗法、营养师治疗和针灸疗法费用。物理治疗的医疗费用保障26(i) 将不包含于此保障。 保险期内您可选择此保障(i)或(ii)，合计首5次治疗不需转介(营养师治疗除外)，其他后续治疗需医生或专科医生转介。 请注意治疗必须在保险人认可的医疗机构或经批准的医疗保健中心进行。上门治疗不在承保范围之列。	(i)  住院后30天内 最多5次就诊。 (ii)  不予承保

保障	尊安
27. 门诊中医治疗和阿育吠陀治疗: 保险人应赔付中医执业医师或阿育吠陀医学执业医师对被保险人进行门诊中医治疗或阿育吠陀治疗时实际产生的医疗费用。 此保障包括所有符合保障范围的诊断、谘询费、治疗类型、治疗费、处方(包括药物详情和剂量)。 责任免除 5.35 适用此保障	 不予承保
28. 家居护理: i) 由医生或专科医生推荐,在被保险人接受住院或日间留院治疗后,由合格护士在被保险人家中提供护理的费用。 ii) 在出现紧急出诊要求的情况下,全科医生在正常门诊时间之外的出诊费用。	该保障需要预先获得书面同意  (i)  每日最高限额为100美元 每个医疗状况最高30日 (ii)  不予承保
29. 艾滋病: 被保险人因有证明的工作意外事故或输血而感染人类免疫缺陷病毒(HIV) 和/或人类免疫缺陷病毒HIV相关疾病,包括获得性免疫缺陷综合征(AIDS) 或艾滋病相关综合征(ARCS)和/或上述疾病的任何突变病症或异种,保险人应赔付与之相关或由其引起的实际医疗费用。赔付费用仅限于与诊断前后谘询、针对性例行检查、药物和敷料(试验性或未经审批的除外)、医院住宿及护理相关的费用。 * 对于急诊室服务人员、从事医疗职业或牙科的人员、实验室助理、药剂师或医疗机构服务人员,须出示证明证实其在执行本职工作任务时意外感染上人类免疫缺陷病毒(HIV): 保险单生效日或批单签发日(二者以后发生日为准)起的三年后感染上人类免疫缺陷病毒(HIV); 根据被保险人职业对应的正常程序,导致自身感染上人类免疫缺陷病毒(HIV)的工作事故已上报,并经调查及备案; 感染后的五日内接受了检查,结果显示体内没有人类免疫缺陷病毒(HIV)或人类免疫缺陷病毒抗体(HIV 抗体); 上报职业意外事故后的12个月内进行了人类免疫缺陷病毒(HIV)呈阳性测试。 ** 被保险人由于输血感染上述病毒或疾病适用前提是在住院期间进行的医疗上必需的输血治疗。 等待期: 此保障仅限于已连续投保三年或以上之被保险人。	该保障需要预先获得书面同意   每个保险期内 住院及日间留院治疗 最高限额25,000 美元

附加选项

尊安

30. 牙科:

i) 例行牙科治疗：牙科执业医师在牙科手术期间进行例行牙科治疗的费用。

例行牙科治疗包括：

- 牙齿检查（每年两次），即评估坏牙、缺牙、填充牙，若有必要其中包括照牙科X光
- 预防性洗牙、抛光和窝沟封闭（每年两次）
- 补牙（标准牙科汞齐合金或复合材料）和拔牙；
- 根管治疗（但不包括在接受牙根管治疗后装上牙冠）；
- 处方药和敷料。

其他牙科治疗一概不适用上述例行牙科治疗保障。

等待期：被保险人保单生效日后的9个月内产生的任何费用不予赔付。

此保障有20%的自付比例。

免赔额或门诊每次就诊免赔额并不适用于此保障。

ii) 复杂牙科治疗：牙科执业医师的收费以及以下治疗的费用：承保范围内的复杂牙科治疗，例如针对以下项目进行牙根尖切除术：齿根断裂、齿根严重弯曲、牙齿上有牙帽或牙桩、根管治疗无法治愈的囊肿或感染、根管穿孔、新装或修复牙冠、假牙、嵌体和牙桥、反复发作的疼痛和感染、无法通过X光确定问题根源的持续症状、钙化、需要进行手术的牙根表面和周围骨质的损伤、种植牙及处方药和敷料。

其他牙科治疗(包括牙齿矫正)一概不属于此类保障。

等待期：保险合同生效日期之后的9个月内产生的任何费用将不予赔付。

此保障有20%的自付比例。

免赔额或门诊每次就诊免赔额并不适用于此保障。

请注意，只有在选择了门诊医生费用或门诊医生费用选项2（保障32或保障33）时，才能享受此保障。



可供选项

(i)

每个保险期内
最高限额250美元

(ii)

每个保险期内
最高限额1,000美元

31. 美国境内的选择性治疗:

(i) 被保险人在美国住院或日间留院治疗符合保障范围内疾病时的相关医疗费用。若被保险人在保险人公布的国际医疗网络内医院接受治疗，医疗费用可获全额赔付。

(ii) 被保险人在美国接受符合保障范围的门诊治疗的相关费用，将以您的保单门诊限额赔付。

若在保险人公布的国际医疗网络外医院接受住院或日间留院治疗，则有50%的自付比例。

如果选择其中之一个地理区域覆盖选项，则无法选择美国境内的选择性治疗选项。

门诊诊断和手术、
日间和住院治疗
需要预先
获得书面同意



可供选项

(i)

每名被保险人于每个
保险期内的最高
限额1,500,000 美元



全额赔偿



不予承保



有限承保



可供选项

附加选项

尊安

32. 门诊医生费用保障 — 选项1:

保险人应赔付以下项目实际产生的医疗费用：

- (i) 包括咨询费在内的医生收费；专科医生费用；诊断检查费用；处方药和敷料的费用。
- (ii) 远程医疗咨询（医生以电子方式进行远程医疗咨询）
如果保险人在时康国际公布的国际医疗网络内列明的医疗服务提供方接受治疗，符合保障范围内的治疗费用将全额赔付。
如果被保险人不是在时康国际公布的国际医疗网络内列明的医疗服务提供方接受治疗，则只会赔付符合保障范围内合理和惯常的医疗费用。
门诊自付比例或门诊每次就诊免赔额不适用于此保障。
- (iii) 维生素和矿物质：
由医生开具处方的维生素和矿物质。由医生诊断的缺乏症及由医生开具处方的维生素、矿物质和滋润眼液将按照门诊保障(iii)赔付符合保障范围的费用。

此保障 (i), (ii) and (iii) 应替代本保险合同保障22 - 门诊医生费用。

- (iv) a. 由获得执业许可的物理治疗师提供的物理治疗费用。
- b. 被保险人接受理疗师的辅助药物和治疗。此类赔偿可包括整骨疗法、手足病治疗和足病治疗、整脊疗法、顺势疗法、营养师治疗和针灸疗法的费用，但不包括第(a)项涵盖的物理治疗师费用。
- c. 保险人应赔付中医执业医师或阿育吠陀医学执业医师对被保险人进行门诊中医疗或阿育吠陀治疗时实际产生的医疗费用。此保障包括所有符合保障范围的诊断、咨询费、治疗类型、治疗费、处方(包括药物详情和剂量)。

保险期内您可选择此保障(iv) a 或 (iv) b，合计首5次治疗不需转介(营养师治疗除外)，其他后续治疗需医生或专科医生转介。

此保障应替代本保险合同保障 26 - 门诊物理治疗和替代疗法

任何手术前和出院后的门诊费用将根据此保障进行赔付。

请注意治疗必须在保险人认可的医疗机构或经批准的医疗保健中心进行。上门治疗不在承保范围之列。

(v) 门诊精神疾病治疗:

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

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

此保障应替代本保险合同保障 25 - 门诊精神疾病治疗。

(vi) 更年期激素替代治疗:

需要进行激素替代治疗以缓解更年期早发症状之门诊费用，但更年期发病和治疗须始于 40 岁以下。

此保障应替代本保险合同保障 23 - 更年期激素替代治疗。

如果选择此选项，则只能选择免赔额 150 美元、250 美元、500 美元、1,000 美元、2,500 美元 或 5,000 美元。

投保人如果选择了自选免赔额，投保人需要就门诊费用的自付比例的其中一项作出相关选择。

可供选项

(i) and (ii)

每个保险期综合
最高限额5,000美元

(iii)

每个保险期内门诊医生
费用综合
最高限额150美元

此保障 (i), (ii) & (iii)
每个保险期内综合
最高限额5,000美元

(iv)

每个保险期内的综合
最高限额10次就诊
全额赔偿。
此物理治疗就诊
最高限额10次，
此保障应替代本保
险合同保障 - 26

(v)

每个保险期内综合
最高限额500美元和
每个保险期内
最高限额10次

(vi)

每个保险期内
最高限额400美元

附加选项

尊安

33. 门诊医生费用保障 — 选项2:

保险人应赔付以下项目实际产生的医疗费用：

- (i) 包含咨询费在内的医生收费；专科医生费用；诊断检查费用；慢性疾病进行治疗所实际产生的医疗费用；处方药和敷料的费用。
- (ii) 远程医疗咨询（医生以电子方式进行远程医疗咨询）
如果保险人在时康国际公布的国际医疗网络内列明的医疗服务提供方接受治疗，符合保障范围内的治疗费用将全额赔付。
如果被保险人不是在时康国际公布的国际医疗网络内列明的医疗服务提供方接受治疗，则只会赔付符合保障范围内合理和惯常的医疗费用。
门诊自付比例或门诊每次就诊免赔额不适用于此保障。
- (iii) 维生素和矿物质：
由医生开具处方的维生素和矿物质。由医生诊断的缺乏症及由医生开具处方的维生素、矿物质和滋润眼液将按照门诊保障(iii)赔付符合保障范围的费用。

此保障 (i), (ii) and (iii) 应替代本保险合同保障22 - 门诊医生费用。

- (iv) a. 由获得执业许可的物理治疗师提供的物理治疗费用。
- b. 被保险人接受理疗师的辅助药物和治疗。此类赔偿可包括整骨疗法、手足病治疗和足病治疗、整脊疗法、顺势疗法、营养师治疗和针灸疗法的费用，但不包括第(a)项涵盖的物理治疗师费用。
- c. 保险人应赔付中医执业医师或阿育吠陀医学执业医师对被保险人进行门诊中医疗或阿育吠陀治疗时实际产生的医疗费用。此保障包括所有符合保障范围的诊断、咨询费、治疗类型、治疗费、处方（包括药物详情和剂量）。

保险期内您可选择此保障(iv) a 或 (iv) b，合计首次治疗不需转介（营养师治疗除外），其他后续治疗需医生或专科医生转介。

此保障应替代本保险合同保障 26 - 门诊物理治疗和替代疗法

任何手术前和出院后的门诊费用将根据此保障进行赔付。

请注意治疗必须在保险人认可的医疗机构或经批准的医疗保健中心进行。上门治疗不在承保范围之列。

(v) 门诊精神疾病治疗:

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

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

此保障应替代本保险合同保障 25 - 门诊精神疾病治疗。

(vi) 更年期激素替代治疗:

需要进行激素替代治疗以缓解更年期早发症状之门诊费用，但更年期发病和治疗须始于 40 岁以下。

此保障应替代本保险合同保障 23 - 更年期激素替代治疗。

如果选择此选项，则只能选择免赔额 150 美元、250 美元、500 美元、1,000 美元、2,500 美元或 5,000 美元。

投保人如果选择了自选免赔额，投保人需要就门诊费用的自付比例的其中一项作出相关选择。



可供选项

(i) and (ii)



每个保险期综合
最高限额5,000美元

(iii)



每个保险期内门诊医生
费用综合
最高限额150美元

此保障 (i), (ii) & (iii)
每个保险期内综合
最高限额5,000美元



(iv)

每个保险期内的综合
最高限额10次就诊
全额赔偿。
此物理治疗就诊
最高限额10次，
此保障应替代本保险
合同保障 - 26



(v)

每个保险期内综合
最高限额500美元和
每个保险期内
最高限额10次



(vi)

每个保险期内
最高限额400美元



全额赔偿



不予承保



有限承保



可供选项

附加选项

尊安

34. 门诊医生费用保障 — 选项3:

(i) 紧急门诊保障:

在医院急诊部之紧急门诊治疗包括：含括谘询费在内的医生收费；专科医生费用；诊断检查费用；处方药和敷料的费用。

(ii) 手术前后的门诊费用:

a. 含括谘询费在内的医生收费；专科医生费用；诊断检查费用；处方药和敷料的费用

b. 远程医疗谘询（医生以电子方式进行远程医疗谘询）

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

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

c. 由获得执业许可的物理治疗师提供的物理治疗费用。

任何手术前和出院后的门诊费用将根据此保障进行赔付。

手术前的门诊费用是指入院前的60日内，出院后的门诊费用是指出院后最长90日内的门诊费用。

此保障应替代本保险合同保障22 - 门诊医生费用和保障 26 - 门诊物理治疗和替代疗法。

请注意治疗必须在保险人认可的医疗机构或经批准的医疗保健中心进行。上门治疗不在承保范围之列。

(i) 可供选项

每个保险期内
综合最高限额300美元和
每次就诊免赔额25美元

(ii)

每个保险期内
每个医疗状况综合
最高限额为3,500美元。
住院后90天内
最多5次物理治疗

35. 门诊费用的自付比例:

所有符合保障范围的门诊治疗费用有10%自付比例。

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

自付比例并不适用于以下治疗:

- 肾透析/肾衰竭、癌症、器官移植。

可供选项

36. 门诊费用的自付比例 选项 2:

所有符合保障范围的门诊治疗费用有20%自付比例。

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

自付比例并不适用于以下治疗:

- 肾透析/肾衰竭、癌症、器官移植。

可供选项

37. 香港优选医疗网络:

(仅限投保零免赔额保险计划的香港居民)

住院期间，医院住宿仅限双人病房或普通病房。

符合保障范围的治疗之相关的医疗费用将按计划保障限额全额赔付，前提是：

- 在香港优选医疗机构网络内接受治疗；或
- 香港优选医疗网络不提供此治疗；或
- 治疗在香港以外地区进行。

符合保障范围的治疗，如遇以下任何一种情况，有30%的自付比例：

- 香港优选医疗网络提供此治疗但被保险人选择在香港优选医疗网络外接受治疗；或
- 香港优选医疗网络提供此治疗，被保险人接受治疗但被保险人支付并索赔所接受的治疗费用（牙科除外因牙科不提供直付服务）。

若本计划包含生育保障或牙科保障自付比例，此30%自付比例需在扣除生育保障或牙科保障自付比例后扣除。

可供选项

附加选项

尊安

38. 体检、眼科、疫苗:

- (i) 体检保障: 保险人应赔付例行健康检查, 包括癌症筛查、乳腺癌1号和2号基因检查(如直系家属有病史)、骨密度检查(50周岁以上女性被保险人每5年可做1次)、心血管系统检查, 神经系统检查、生命体征检查(例如, 血压、体重指数、尿分析和胆固醇)、儿童体检(至5周岁)的费用和/或
- (ii) 眼科保障: 保险人应赔付眼科医生的收费, 其中包括光学眼镜配镜师每年进行眼科检查的费用, 包括当被保险人的医疗处方变更时所需的眼镜框与眼镜片在内的眼镜配镜费用, 和/或隐形眼镜费用, 以及激光眼科手术及相关并发症的费用, 但须保证总保障费用不大于双方同意的每个保险期内最高眼科保障金额(眼科保障最高限额300美元)(即使是处方的太阳眼镜或光致变色镜片亦不在承保范围之内)和/或
- (iii) 疫苗保障: 医疗必需的免疫疫苗和加强药物注射, 以及医疗必需的任何旅行疫苗和疟疾预防注射, 保险人将赔付相关药物费用和咨询费用。

责任免除5.10条款并不适用于此保障。

若投保人选择了尊安计划下的门诊医生费用保障选项1/2, 则可选此项。

可供选项

每个保险期间的综合最高限额500美元
(眼科保障最高限额300美元)

39. 体检、疫苗 — 选项3:

保险人应赔偿以下项目实际产生的相关医疗费用:

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

责任免除5.10条款并不适用于此保障。

若投保人选择了尊安计划下的门诊医生费用保障选项1/2, 则可选此项。

可供选项

每个保险期内综合最高限额250美元

40. 既往病史不咎:

适用于10名员工或以上的统一投保的团体保险单。

如选择「既往病史不咎」, 则等待期不适用于怀孕期间医疗状况、住院现金津贴(ii)。

可供选项

适用于
强制性团体计划
10人以上员工

41. 香港病房限制:
(仅适用于香港居民)

如保障 2 (i) 所述, 但在香港住院时, 病房限于一般病房或双人病房住宿。

可供选项

42. 香港和中国大陆的病房限制:
(仅适用于中国大陆居民)

如保障 2 (i) 所述, 当中国大陆居民在香港住院时, 限于一般病房或双人病房住宿; 被保险人或可选择15%的自付比例, 每个医疗状况最高自付额为7,500美元, 从而在中国大陆任何一家昂贵医院接受承保范围内的住院或日间留院治疗及任何医生的治疗。昂贵医院的定义及范围由保险人事先约定并由保险人不时提供更新。

可供选项

15%的自付比例, 每个医疗状况最高自付额为7,500美元

43. 香港昂贵医院限制:
(仅适用于香港居民)

在港安医院、养和医院或明德医院医疗机构网络内接受住院、日间留院或门诊治疗有30%自付比例。

可供选项

附加选项	尊安
44. 转运和送返的增强保障 保险人应赔付以下项目实际产生的费用： 转运 保险人安排患有符合保障范围内的危重被保险人运送到最近的医疗机构进行住院或日间留院治疗。转院地点须是最近的、位于被保险人居住国、国籍国或被保险人选定国家内的医疗机构。赔付如下合理费用： i) 在被保险人需接受紧急治疗而事故发生地无法提供医疗上必需的救护接送与护理的情况下，运送被保险人时产生的交通费用。其中包括一名随行照料人员陪护行程中的经济舱机票。 ii) 被保险人在接受日间留院治疗期间，往返医院就诊时的当地合理交通费用。 iii) 被保险人入院后随行照料人员由于看望被保险人往返医院时产生的合理交通费用。 iv) 仅限住院前或出院后短期内，被保险人接受专科医生护理时的合理非医院住宿用。 在保险人认可的滑雪场或类似的冬季运动场所范围之外，进行任何海空营救或山地救援时产生的转运费用，一概不予赔付。 被保险人选定的国家须具备合适医疗设施。 保险人的医学顾问将判断被保险人选定的国家是否具备合适医疗设施以治疗被保险人符合保障范围的医疗状况。保险人的医学顾问将决定转运时的最合适的交通方式。如违背保险人医学顾问的意见，保险人不赔付交通费用。另外，如果被保险人前往的医院不具备合适医疗设施用以治疗被保险人之符合保障范围的医疗情况，则相关的交通费用将不予赔付。 免赔额适用于此保障。 送返 经由医疗上必需且由保险人安排的转运之后，在被保险人完成治疗后的一个月内，被保险人与被保险人的一位随行照料人员将可获安排经济舱机票安排返回治疗地、或被保险人的国籍国或居住国。 此保障不包括单独送返，需要已经完成最初的医疗上必需的转运，才可赔付此符合保障范围的送返费用。 此保障不包括正常怀孕和分娩及怀孕期间医疗状况有关费用。 免赔额适用于此保障。	该保障需要预先获得书面同意 可供选项 (i) 全额赔偿 (ii) 全额赔偿 (iii) 全额赔偿 (iv) 每日最高限额200美元 每人每次转运 最高限额7,500美元 该保障需要预先获得书面同意 全额赔偿
免赔额选项	尊安
标准免赔额	零
自选免赔额	150 美元 250 美元 500 美元 1,000 美元 2,500 美元 5,000 美元 10,000 美元 15,000 美元

4.3.2 全球保《尊乐》

保障	尊乐
年度最高保障限额 计划可用24/7求助专线和援助服务	350万美元
1. 慢性疾病 保险人应赔付被保险人就慢性疾病包括但不限于哮喘、糖尿病和高血压等需要通过咨询、检查、体检、服用药物和敷料和/或诊断测试以实现持续或长期监控的疾病进行治疗所实际产生的医疗费用。最高保障限额经投保人与保险人双方同意，按其批单签发日，在保险合同中列明。 本保障不包括肾衰竭和肾透析。肾衰竭和肾透析的赔付适用保险合同第6款。癌症的赔付适用保险合同第8款。	 全额赔偿
2. 医院收费、医生和专科医生费用 (i) 医院对住院或日间留院治疗的患者收取的费用包括：床位费（一般病房/双人病房或私人病房）；诊断检测费用；手术室费用（含外科医生与麻醉师收费）；合格护士护理的费用；由医生或专科医生开具的药物和敷料的费用；手术期间医生使用的手术器械费用；住院或日间留院期间手术前后的咨询费；重症监护费用。 (ii) 耐用医疗设备、假肢和矫形用品： 因符合保障范围的疾病接受住院或日间留院治疗，且医疗所需用之耐用医疗设备、假肢和矫形用品由您的主治医生开具处方，并在接受住院或日间留院治疗6个月内需用，我们将赔付以下符合保障范围的费用： i. 购买或租借拐杖、气垫靴、首次购买或租借轮椅（自推进式） ii. 处方药物和敷料的输送系统 iii. 矫形用品，例如鞋垫和矫形支架 iv. 术后所需的外用假体，包括支架和矫形器，以及首次购买和安装人造肢体和人造眼睛。不包括助听器。	(i)  全额赔偿 上述保障需要预先获得书面同意  (ii)  每个医疗状况最高限额2,000美元
3. 诊断程序 保险人应赔付由医疗必需而引致的住院、日间留院或门诊实际医疗费用，仅包括：磁共振成像扫描(MRI)、正电子放射断层扫描(PET)和计算机断层成像扫描(CT)的费用。	磁共振成像扫描(MRI)、正电子放射断层扫描(PET)和计算机断层成像扫描(CT)，需要预先获得书面同意   住院、日间留院或门诊全额赔偿
4. 紧急救护运送费用 保险人应赔付陆上紧急救护交通运输工具接送或在医院之间转送途中，或经医生或专科医生认为医疗必需的交通运输工具实际产生的费用。	 全额赔偿
5. 家长住宿费用 保险人应赔付18周岁以下的被保险人因接受符合保障范围内的住院治疗时，其一位家长在医院陪伴过夜而实际产生的住宿费用。	 全额赔偿
6. 肾衰竭和肾透析 (i) 保险人应赔付被保险人住院接受肾衰竭(包括肾透析)治疗时实际产生的医疗费用。 (ii) 保险人应赔付被保险人日间留院或在门诊部接受肾衰竭(包括肾透析)治疗时实际产生的医疗费用。	(i)  住院期间全额赔偿 (ii)  每个保险期内最高限额100,000美元
7. 器官移植 (i) 被保险人是器官受赠人时，有关肾脏、胰脏、肝脏、心脏、肺、骨髓、角膜或心肺联合的人体器官移植治疗时产生的医疗费用。 当器官移植是由先天性疾病导致时，相关医疗费用应当依照本合同第12款(先天性疾病)进行赔付，此时本合同第7款(器官移植)对于相关费用一概不予赔付。 (ii) 器官捐献者在住院或日间留院期间的相关医疗费用，但寻找器官捐献者的费用除外。 保险人仅赔付满足以下条件的器官移植：在国际认可的医院并由获得认证的外科医生执行器官移植；并根据WHO指南获取的器官。	(i)  全额赔偿 (ii)  每个保险期内最高限额50,000美元

保障	尊享
8. 癌症治疗 保险人应赔付因癌症而须住院、日间留院或门诊治疗时实际产生的医疗费用。此保障包括从诊断之时起，产生的肿瘤科医生的费用、手术费用，放射疗法和化学疗法的单项或综合费用。	▶ 全额赔偿
9. 怀孕期间医疗状况 对于产前期间因保障范围内的医疗状况所产生的实际住院治疗费用或分娩期间因保障范围内的医疗状况所产生的实际住院治疗费用，保险人仅将治疗以下医疗状况视为此保障保障中符合保障范围内的医疗状况。 • 子宫外孕（胚胎在子宫以外的部位着床发育）； • 葡萄胎（异常细胞在子宫内生长）； • 胎盘滞留（胚胎滞留在子宫内）； • 前置胎盘； • 子痫（怀孕期间发生在先兆子痫之后的昏迷或抽搐）； • 糖尿病（如果被保险人因自身与糖尿病有关的过往病史而有相应的除外责任，则被保险人不会因怀孕期间进行的任何糖尿病治疗而获得赔偿）； • 产后出血（分娩后多个小时及多日大出血）； • 需要即时接受外科治疗的流产。 本保障不包括自愿/紧急剖腹产或“产程进展不良”的费用，除非是上述所列之符合保障范围内的医疗状况之一。 等待期：保单生效后12个月内母亲产生的费用不予赔付。	▶ 全额赔偿
10. 新生儿保障 保险人应赔付被保险人的新生儿因早产（即妊娠未滿37周分娩）或被保险人的新生儿在出生30日内出现急性的病症而需住院接受治疗时发生的实际医疗费用。 此保障提供的前提是新生儿在出生之日起30日内已经加入本保险合同并且投保人已支付保险费。此保障经投保人和保险人双方同意可适用于多胎分娩的情况。 如果保险人在婴儿被加入保单之前需要详细了解新生儿的病史，则保险人保留其对所提供承保范围应用特别限制条款的权利。 请参阅第6.5条条款 — 新增新生儿保单条款有关详细信息。	▶ 每个保险期内最高限额 100,000美元
11. 新生儿陪伴母亲的医院住宿费用 保险人应赔付新生儿（出生16周及以下）在陪伴母亲（母亲为被保险人）接受住院治疗符合保障范围内的疾病时，医院为新生儿提供住宿而产生的实际费用。	▶ 全额赔偿
12. 先天性疾病: 保险人应赔付被保险人因先天性疾病进行住院治疗时实际产生的医疗费用。若新生儿出生30日内因先天性疾病接受治疗，将根据本保险合同第十条保障规定提供此类病症的保障，而本条款先天性疾病保障则不适用。	▶ 每个保险期内最高限额 100,000美元
13. 整形外科手术: 保险人应赔付被保险人接受整形外科手术的实际医疗费用，此整形外科手术是为了恢复正常人体的功能或外貌，同时此整形外科手术是因被保险人在保险单生效日或批单签发日（二者以后发生日为准）之后遭遇符合本保险合同保障范围的意外事故或因接受符合本保险合同保障范围内的疾病而接受了外科手术后产生。	▶ 全额赔偿
14. 康复治疗: 专科医生针对被保险人所患疾病进行治疗时，推荐被保险人接受保险人认可的医院康复中心接受住院康复治疗，保险人应赔付此种情况下实际产生的康复治疗费用。但必须：被保险人连续三日住院；专科医生书面确认被保险人此时有必要接受康复治疗。应在出院后14日内办妥康复中心住院手续。上述治疗应接受专科医生的直接监管，并赔付如下费用： i) 专项治疗病房的使用费； ii) 物理治疗费用； iii) 语障治疗费用； iv) 职业病治疗费用。	▶ 每个医疗状况全额赔偿最高达180日
15. 紧急住院牙科治疗: 被保险人因遭遇意外事故后而必须住院一晚以上，其天然健全的牙齿因需进行紧急牙科修复治疗，保险人应按实际发生的医疗费用赔付给被保险人。 该牙科治疗必须在意外事故发生后的10日内进行。此保障包括因意外的外部撞击造成的口腔伤害而需接受治疗时产生的所有费用，但同时应满足以下条件： i. 如果上述治疗涉及更换齿冠、牙桥贴片、牙齿贴面或假牙，则保险人赔付合理惯常的费用，或赔付类似的或质量相当的更换费用； ii. 如果临床角度上需要植牙，那么保险人赔付采用桥托产生的费用； 此项保障还包括修复或重建在遭遇意外事故后损坏的假牙，但要求被保险人在遭遇意外事故时佩戴此类假牙，并要求遭遇意外事故导致至少住院一晚。	▶ 全额赔偿

保障	尊乐
16. 住院精神疾病治疗: 在认可的医院精神科病房接受住院治疗。所有治疗必须在注册精神科医师的直接指导下进行。	需要预先 获得书面同意   每个保险期内全额赔偿 最长期限为30日
17. 终末期疾病: 保险人应赔付因姑息治疗与临终关怀而实际产生的医疗费用。即自被保险人被诊断为终末期疾病起，医生或专科医生以暂时缓解症状为目的开立医嘱，而根据该医嘱提供任何住院、日间留院或门诊治疗时产生的费用。保险人应赔付有关医院或临终关怀的住宿、合格护士护理，以及医嘱药物和敷料的费用。	 住院和日间留院治疗 终生最高限额为 50,000美元
18. 美国境内的紧急非选择性治疗: 在不超过30日（含30日）的计划行程，被保险人若在美国境内遇到意外事故或因某种突发性医疗状况而形成对被保险人的健康构成威胁的突发危重疾病，而且其在上述紧急事件之后的24小时内接受医生或专科医生提供的治疗，则保险人应赔付该期间实际产生的医疗费用。 此类保障不包括正常生育及怀孕和分娩期间出现的医疗状况有关费用。	 意外：意外后的住院和 日间留院治疗 全额赔偿  疾病： 住院和日间留院治疗每 个保险期内最高限额 25,000美元 医院急诊部之门诊治疗： 每个保险期内最高限额 500美元
19. 转运和送返: 转运 保险人安排患有符合保障范围内的危重被保险人运送到最近的医疗机构进行住院或日间留院治疗。 赔付如下合理费用： i) 在被保险人需接受紧急治疗而事故发生地无法提供医疗上必需的救护接送与护理的情况下，运送被保险人时产生的交通费用。其中包括一名随行照料人员陪护行程中的经济舱机票。 ii) 被保险人在接受日间留院治疗期间，往返医院就诊时的当地合理交通费用。 iii) 被保险人入院后随行照料人员由于看望被保险人往返医院时产生的合理交通费用。 iv) 仅限住院前或出院后短期内，被保险人接受专科医生护理时的合理非医院住宿用。 在保险人认可的滑雪场或类似的冬季运动场所范围之外，进行任何海空营救或山地救援时产生的转运费用一概不予赔付。 保险人的医学顾问将决定转运时的最合适的交通方式。如违背保险人医学顾问的意见，保险人不赔付交通费用。另外，如果被保险人前往的医院不具备合适医疗设施用以治疗被保险人之符合保障范围的医疗情况，则相关的交通费用将不予赔付。 免赔额适用于此保障。 送返 经由医疗上必需且由保险人安排的转运之后，在被保险人完成治疗后的一个月，被保险人与被保险人的一位随行照料人员将可获安排经济舱机票返回治疗地、或被保险人的国籍国或居住国。 此保障不包括单独送返，需要已经完成最初的医疗上必需的转运，才可赔付此符合保障范围的送返费用。 此保障不包括正常怀孕和分娩及怀孕期间医疗状况有关费用。 免赔额适用于此保障。	该保障需要预先 获得书面同意  (i)  全额赔偿 (ii)  全额赔偿 (iii)  全额赔偿 (iv)  每日最高限额200美元 每人每次转运 最高限额7,500美元 该保障需要预先 获得书面同意   全额赔偿

保障

尊乐

20. 遗体运送:

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

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

需要预先
获得书面同意 ☞

(i)  全额赔偿

(ii)  最高限额 10,000 美元

21. 住院现金津贴:

- i. 被保险人在次日零时前住院接受本保险合同保障范围内的住院治疗, 并且整个住院期间未产生任何费用, 而该被保险人原本根据本计划有资格享用私人医疗保障, 保险人应赔付住院现金津贴保障。如被保险人符合 i) 重大选择性手术住院现金津贴的保障, 则不赔付此项保障津贴。此保障限于符合保障范围内的住院治疗之间至少相隔 30 日, 并且每个保险期间内累计最多不超过 5 次住院治疗。
- ii. 被保险人在次日零时前住院接受本保险合同保障范围内的重大选择性手术, 并且整个住院期间未产生任何费用或在中国香港/中国大陆公立医院进行重大选择性手术, 而该被保险人原本根据本计划有资格享用私人医疗保障, 保险人应赔付此项保障津贴。

此项保障需要预先获得我们的书面同意, 并且此保障限于符合保障范围内的住院治疗之间至少相隔30日和每个保险期间内累计最多不超过3次住院治疗。

责任免除5.10条款并不适用于此保障。如果您预先未获得我们的住院治疗 and 住院现金津贴保障的书面同意, 则此项保障不予赔付。

如果您因意外事故或紧急情况入院, 则不符合此项保障的赔偿资格。

等待期: 仅连续会员资格满九个月后方可享有保障。

需要预先
获得书面同意 ☞

(i)  每次入院 200 美元

(ii)  每次重大选择性手术
限额 1,000 美元

22. 门诊医生费用:

- i) 包括咨询费在内的医生收费; 专科医生费用; 诊断检查费用; 处方药和敷料的费用。
- ii) 远程医疗咨询 (医生以电子方式进行远程医疗咨询)
如果被保险人在时康国际公布的国际医疗网络内列明的医疗服务提供方接受治疗, 符合保障范围内的治疗费用将全额赔付。
如果被保险人不是在时康国际公布的国际医疗网络内列明的医疗服务提供方接受治疗, 则只会赔付符合保障范围内合理和惯常的医疗费用。
门诊自付比例或门诊每次就诊免赔额不适用于此保障。
- iii) 维生素和矿物质
由医生开具处方的维生素和矿物质。由医生诊断的缺乏症及由医生开具处方的维生素、矿物质和滋润眼液将按照门诊保障(iii) 赔付符合保障范围的费用。
任何手术前和出院后的门诊费用将根据此保障进行赔付。

(i) and (ii)  全额赔偿

(iii)  每个保险期内
最高限额 150 美元

23. 更年期激素替代治疗:

需要进行激素替代治疗以缓解更年期早发症状之门诊费用, 但更年期发病和治疗须始于 40 岁以下。

 每个保险期内
最高限额 500 美元

24. 日间留院和门诊手术:

保险人应赔付被保险人在外科诊所、医院、日间护理中心或门诊部进行的外科手术时实际产生的治疗费用。手术前后的门诊费用将根据保险合同第二十二条保障 (门诊医生费用) 进行赔付。

 全额赔偿

25. 门诊精神疾病治疗:

由法定资质的心理学家及/或法定资质的精神病医生的直接管理下, 被保险人接受的门诊治疗。此项保障包括 10 次治疗, 赔付费用以本保障限额为准。
前 5 次就诊无需医生转介, 之后的就诊则需要有医生或专科医生的转介函和治疗计划。

 每个保险期内
最高限额 2,500 美元,
最多十次治疗

26. 门诊物理治疗和替代疗法:

保险人应赔付以下项目实际产生的医疗费用:

- i) 由获得执业许可的物理治疗师提供的物理治疗费用。
 - ii) 被保险人接受理疗师的辅助药物和治疗, 此类赔偿可包括整骨疗法、手足病治疗和足病治疗、整脊疗法、顺势疗法、营养师治疗和针灸疗法的费用。物理治疗的医疗费用保障26(i) 将不包含于此保障。
- 保险期内您可选择此保障(i)或(ii), 合计首5次治疗不需转介(营养师治疗除外), 其他后续治疗需医生或专科医生转介。

请注意治疗必须在保险人认可的医疗机构或经批准的医疗保健中心进行。上门治疗不在承保范围之列。

(i)  每个保险期内
最多三十次治疗
全额赔偿

(ii)  每个保险期内
最多三十次治疗
全额赔偿

(i)和(ii) 每10次
需要预先
获得书面同意 ☞

保障

尊乐

27. 门诊中医治疗和阿育吠陀治疗：

保险人应赔付中医执业医师或阿育吠陀医学执业医师对被保险人进行门诊中医治疗或阿育吠陀治疗时实际产生的医疗费用。

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

责任免除 5.35 适用此保障

▶ 每个保险期内
最高限额 1,000 美元

28. 家居护理：

i) 由医生或专科医生推荐，在被保险人接受住院或日间留院治疗后，由合格护士在被保险人家中提供护理的费用。

ii) 在出现紧急出诊要求的情况下，全科医生在正常门诊时间之外的出诊费用。

(i) ▶ 每个医疗状况全额
赔偿最高达45日
**需要预先
获得书面同意** 📄

(ii) ▶ 不予承保

29. 艾滋病：

被保险人因有证明的工作意外事故或输血而感染人类免疫缺陷病毒(HIV) 和/或人类免疫缺陷病毒HIV 相关疾病，包括获得性免疫缺陷综合征(AIDS) 或艾滋病相关综合征(ARCS) 和/或上述疾病的任何突变病症或异种，保险人应赔付与之相关或由其引起的实际医疗费用。**赔付费用仅限于与诊断前后咨询、针对性例行检查、药物和敷料(试验性或未经审批的除外)、医院住宿及护理相关的费用。**

* 对于急诊室服务人员、从事医疗职业或牙科的人员、实验室助理、药剂师或医疗机构服务人员，须出示证明证实其在执行本职工作任务时意外感染上人类免疫缺陷病毒(HIV)；保险单生效日或批单签发日(二者以后发生日为准)起的三年后感染上人类免疫缺陷病毒(HIV)；根据被保险人职业对应的正常程序，导致自身感染上人类免疫缺陷病毒(HIV)的工作事故已上报，并经调查及备案；感染后的五日内接受了检查，结果显示体内没有人类免疫缺陷病毒(HIV)或人类免疫缺陷病毒抗体(HIV 抗体)；上报职业意外事故后的12个月内进行了人类免疫缺陷病毒(HIV)呈阳性测试。

** **被保险人由于输血感染上述病毒或疾病适用前提是在住院期间进行的医疗上必需的输血治疗。**

等待期：此保障仅限于已连续投保三年或以上之被保险人。

**该保障需要预先
获得书面同意** 📄

▶ 每个保险期内
最高限额25,000 美元

附加选项	尊享
30. 美国境内的选择性治疗: (i) 被保险人在美国住院或日间留院治疗符合保障范围内疾病时的相关医疗费用。若被保险人在保险人公布的国际医疗网络内医院接受治疗，医疗费用可获全额赔付。 (ii) 被保险人在美国接受符合保障范围的门诊治疗的相关费用，将以您的保单门诊限额赔付。 若在保险人公布的国际医疗网络外医院接受住院或日间留院治疗，则有50%的自付比例。 如果选择其中之一地理区域覆盖选项，则无法选择美国境内的选择性治疗选项。	门诊诊断和手术、日间和住院治疗 需要预先获得书面同意 可供选项 每名被保险人于每个保险期内的最高限额1,500,000 美元
31. 门诊费用的自付比例: 所有符合保障范围的门诊治疗费用有10%自付比例。 如果被保险人的保险单中含有生育保障、牙科保障、体检、眼科、疫苗保障，其相应的自付比例将会在被保险人的保障一览表中列明。 自付比例并不适用于以下治疗: - 肾透析/肾衰竭、癌症、器官移植。	可供选项
32. 门诊费用的自付比例 – 选项 2: 所有符合保障范围的门诊治疗费用有20%自付比例。 如果被保险人的保险单中含有生育保障、牙科保障、体检、眼科、疫苗保障，其相应的自付比例将会在被保险人的保障一览表中列明。 自付比例并不适用于以下治疗: - 肾透析/肾衰竭、癌症、器官移植。	可供选项
33. 香港优选医疗网络: (仅限投保零免赔额保险计划的香港居民) 住院期间，医院住宿仅限双人病房或普通病房。 符合保障范围的治疗之相关的医疗费用将按计划保障限额全额赔付，前提是： • 在香港优选医疗机构网络内接受治疗；或 • 香港优选医疗网络不提供此治疗；或 • 治疗在香港以外地区进行。 符合保障范围的治疗，如遇以下任何一种情况，有30%的自付比例： • 香港优选医疗网络提供此治疗但被保险人选择在香港优选医疗网络外接受治疗；或 • 香港优选医疗网络提供此治疗，被保险人接受治疗但被保险人支付并索赔所接受的治疗费用（牙科除外因牙科不提供直付服务）。 若本计划包含生育保障或牙科保障自付比例，此30%自付比例需在扣除生育保障或牙科保障自付比例后扣除。	可供选项

附加选项

尊乐

34. 体检、眼科、疫苗：

- (i) 体检保障：保险人应赔付例行健康检查，包括癌症筛查、乳腺癌1号和2号基因检查（如直系家属有病史）、骨密度检查（50周岁以上女性被保险人每5年可做1次）、心血管系统检查、神经系统检查、生命体征检查（例如，血压、体重指数、尿分析和胆固醇）、儿童体检（至5周岁）的费用和/或
- (ii) 眼科保障：保险人应赔付眼科医生的收费，其中包括光学眼镜配镜师每年进行眼科检查的费用，包括当被保险人的医疗处方变更时所需的眼镜框与眼镜片在内的眼镜配镜费用，和/或隐形眼镜费用，以及激光眼科手术及相关并发症的费用，但须保证总保障费用不大于双方同意的每个保险期内最高眼科保障金额（眼科保障最高限额300美元）（即使是处方的太阳眼镜或光致变色镜片亦不在承保范围之内）和/或
- (iii) 疫苗保障：医疗必需的免疫疫苗和加强药物注射，以及医疗必需的任何旅行疫苗和疟疾预防注射，保险人将赔付相关药物费用和咨询费用。

责任免除5.10条款并不适用于此保障。

可供选项
适用于
强制性团体计划
3人以上员工

每个保险期间的综合最高限额500美元
（眼科保障最高限额300美元）

35. 体检、眼科、疫苗 — 选项2：

- (i) 体检保障：保险人应赔付例行健康检查，包括癌症筛查、乳腺癌1号和2号基因检查（如直系家属有病史）、骨密度检查（50周岁以上女性被保险人每5年可做1次）、心血管系统检查、神经系统检查、生命体征检查（例如，血压、体重指数、尿分析和胆固醇）、儿童体检（至5周岁）的费用和/或
- (ii) 眼科保障：保险人应赔付眼科医生的收费，其中包括光学眼镜配镜师每年进行眼科检查的费用，包括当被保险人的医疗处方变更时所需的眼镜框与眼镜片在内的眼镜配镜费用，和/或隐形眼镜费用，以及激光眼科手术及相关并发症的费用，但须保证总保障费用不大于双方同意的每个保险期内最高眼科保障金额（眼科保障最高限额600美元）（即使是处方的太阳眼镜或光致变色镜片亦不在承保范围之内）和/或
- (iii) 疫苗保障：医疗必需的免疫疫苗和加强药物注射，以及医疗必需的任何旅行疫苗和疟疾预防注射，保险人将赔付相关药物费用和咨询费用。

责任免除5.10条款并不适用于此保障。

可供选项
适用于
强制性团体计划
3人以上员工

每个保险期间的综合最高限额1,000美元
（眼科保障最高限额600美元）

36. 体检、疫苗 — 选项3：

保险人应赔偿以下项目实际产生的相关医疗费用：

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

责任免除5.10条款并不适用于此保障。

可供选项

每个保险期内综合最高限额250美元

37. 既往病史不咎：

适用于10名员工或以上的统一投保的团体保险单。

如选择「既往病史不咎」，则等待期不适用于怀孕期间医疗状况、生育保障、牙科、住院现金津贴(ii)。

可供选项
适用于
强制性团体计划
10人以上员工

附加选项

尊乐

38. 牙科:

- i) 例行牙科治疗：牙科执业医生在牙科手术期间进行例行牙科治疗的费用。
例行牙科治疗包括：
- 牙齿检查（每年两次），即评估坏牙、缺牙、填充牙，若有必要其中包括照牙科X光
 - 预防性洗牙、抛光和窝沟封闭（每年两次）
 - 补牙（标准牙科汞齐合金或复合材料）和拔牙；
 - 根管治疗（但不包括在接受牙根管治疗后装上牙冠）；
 - 处方药和敷料。

其他牙科治疗一概不适用上述例行牙科治疗保障。

等待期：被保险人保单生效日后的9个月内产生的任何费用不予赔付。

此保障有20%的自付比例。

免赔额或门诊每次就诊免赔额并不适用于此保障。

- ii) 复杂牙科治疗：牙科执业医生的收费以及以下治疗的费用：承保范围内的复杂牙科治疗，例如针对以下项目进行牙根尖切除术：齿根断裂、齿根严重弯曲、牙齿上有牙帽或牙桩、根管治疗无法治愈的囊肿或感染、根管穿孔、新装或修复牙冠、假牙、嵌体和牙桥、反复发作的疼痛和感染、无法通过X光确定问题根源的持续症状、钙化、需要进行手术的牙根表面和周围骨质的损伤、种植牙及处方药和敷料。

其他牙科治疗一概不属于此类保障。

等待期：保险合同生效日期之后的9个月内产生的任何费用将不予赔付。

此保障有20%的自付比例。

所有牙齿矫正治疗有50%的自付比例。

免赔额或门诊每次就诊免赔额并不适用于此保障。

可供选项
适用于
强制性团体计划
10人以上员工

(i)
每个保险期内
最高限额500美元

(ii)
每个保险期内
最高限额1,000美元

39. 生育保障(无自付比例):

被保险人正常怀孕或分娩期间实际产生的医疗必需费用；包括分娩费用、产前与产后六周内检查、扫描、自然分娩或自愿/紧急剖腹产的费用。本保障亦包含出生24小时内儿科医生就新生儿首次检查/体检的收费，以及幼儿2周岁生日前由医生或专科医生建议的儿科健康检查费用，包括体格检查，身高体重头围胸围等测量，视力听力等感知觉筛查，智能心理评估，生长发育检查，遗传病及代谢疾病筛查，疫苗注射，尿检，结核试验，血球容积比，血红蛋白及其他血液检查，包括镰状细胞贫血的筛查。

等待期：被保险人保单生效日后的12个月内产生的任何费用不予赔付。

请注意：因为这是个人选择，保险人对于育儿或其他相关课程一概不予赔付。

剖腹产的费用只有在您的保单包含生育福利的情况下才能向我们索赔。其他任何福利均不涵盖剖腹产。

团体保险免赔额适用于此保障。

可供选项
适用于
强制性团体计划
10人以上员工

每个保险期内
最高限额8,500 美元

40. 生育保障 (20%的自付比例):

被保险人正常怀孕或分娩期间实际产生的医疗必需费用；包括分娩费用、产前与产后六周内检查、扫描、自然分娩或自愿/紧急剖腹产的费用。本保障亦包含出生24小时内儿科医生就新生儿首次检查/体检的收费，以及幼儿2周岁生日前由医生或专科医生建议的儿科健康检查费用，包括体格检查，身高体重头围胸围等测量，视力听力等感知觉筛查，智能心理评估，生长发育检查，遗传病及代谢疾病筛查，疫苗注射，尿检，结核试验，血球容积比，血红蛋白及其他血液检查，包括镰状细胞贫血的筛查。

等待期：被保险人保单生效日后的12个月内产生的任何费用不予赔付。

此保障有20%的自付比例。

请注意：因为这是个人选择，保险人对于育儿或其他相关课程一概不予赔付。

剖腹产的费用只有在您的保单包含生育福利的情况下才能向我们索赔。其他任何福利均不涵盖剖腹产。

团体保险免赔额适用于此保障。

可供选项
适用于
强制性团体计划
10人以上员工

每个保险期内
最高限额8,500 美元

41. 香港病房限制: (仅适用于香港居民)

如保障 2 (i) 所述，但在香港住院时，病房限于一般病房或双人病房住宿。

可供选项

42. 香港和中国大陆的病房限制: (仅适用于中国大陆居民)

如保障 2 (i) 所述，当中国大陆居民在香港住院时，限于一般病房或双人病房住宿；被保险人或可选择15%的自付比例，每个医疗状况最高自付额为7,500美元，从而在中国大陆任何一家昂贵医院接受承保范围内的住院或日间留院治疗及任何医生的治疗。昂贵医院的定义及范围由保险人事先约定并由保险人不时提供更新。

可供选项
15%的自付比例，每个医疗状况最高自付额为7,500美元

43. 香港昂贵医院限制: (仅适用于香港居民)

在港安医院，养和医院或明德医院医疗机构网络内接受住院、日间留院或门诊治疗有30%自付比例。

可供选项

附加选项

尊乐

44. 牙科自付比例移除:

牙科治疗无自付比例。

可供选项
适用于
强制性团体计划
10 人以上员工

45. 转运和送返的增强保障

保险人应赔付以下项目实际产生的费用：

转运

保险人安排患有符合保障范围内的危重被保险人运送到最近的医疗机构进行住院或日间留院治疗。转院地点须是最近的、位于被保险人居住国、国籍国或被保险人选定国家内的医疗机构。赔付如下合理费用：

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

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

被保险人选定的国家须具备合适医疗设施。

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

免赔额适用于此保障。

送返

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

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

此保障不包括正常怀孕和分娩及怀孕期间医疗状况有关费用。

免赔额适用于此保障。

该保障需要预先
获得书面同意

可供选项

(i) 全额赔偿

(ii) 全额赔偿

(iii) 全额赔偿

(iv) 每日最高限额200美元
每人每次转运
最高限额7,500美元

该保障需要预先
获得书面同意

全额赔偿

门诊每次就诊免赔额选项

尊乐

门诊每次就诊免赔额:

门诊每次就诊设有 25 美元免赔额，并适用于被保险人在保险人公布的国际医疗网络内或网络外医疗机构所接受属于保障范围的门诊治疗。

门诊每次就诊免赔额并不适用于牙科保障 (如福利表中包括牙科保障)。

门诊每次就诊免赔额并不适用于与肾透析/肾衰竭、癌症或器官移植的医疗咨询费。

可供选项
25 美元

门诊每次就诊免赔额 – 选项 2:

门诊每次就诊设有 15 美元免赔额，并适用于被保险人在保险人公布的国际医疗网络内或网络外医疗机构所接受属于保障范围的门诊治疗。

门诊每次就诊免赔额并不适用于牙科保障 (如福利表中包括牙科保障)。

门诊每次就诊免赔额并不适用于与肾透析/肾衰竭、癌症或器官移植的医疗咨询费。

可供选项
15 美元

免赔额选项

尊乐

标准免赔额

零

自选免赔额

请注意：

如果您选择自付比例，则还必须选择门诊费用的自付比例选项或门诊每次就诊免赔额选项。

根据第 19 项保障和第 45 项保障，任何必要的医疗治疗均需支付自付额。

150 美元
250 美元
500 美元
1,000 美元
2,500 美元
5,000 美元
10,000 美元
15,000 美元

4.3.1 全球保《尊爱》

保障	尊爱
年度最高保障限额 计划可用24/7求助专线和援助服务	400万美元
1. 慢性疾病 保险人应赔付被保险人就慢性疾病包括但不限于哮喘、糖尿病和高血压等需要通过咨询、检查、体检、服用药物和敷料和/或诊断测试以实现持续或长期监控的疾病进行治疗所实际产生的医疗费用。最高保障限额经投保人与保险人双方同意，按其批单签发日，在保险合同中列明。 本保障不包括肾衰竭和肾透析。肾衰竭和肾透析的赔付适用保险合同第6款。癌症的赔付适用保险合同第8款。	▶ 全额赔偿
2. 医院收费、医生和专科医生费用 (i) 医院对住院或日间留院治疗的患者收取的费用包括：床位费（一般病房/双人病房或私人病房）；诊断检测费用；手术室费用（含外科医生与麻醉师收费）；合格护士护理的费用；由医生或专科医生开具的药物和敷料的费用；手术期间医生使用的手术器械费用；住院或日间留院期间手术前后的咨询费；重症监护费用。 (ii) 耐用医疗设备、假肢和矫形用品： 因符合保障范围的疾病接受住院或日间留院治疗，且医疗所需用之耐用医疗设备、假肢和矫形用品由您的主治医生开具处方，并在接受住院或日间留院治疗 6 个月内需用，我们将赔付以下符合保障范围的费用： i. 购买或租借拐杖、气垫靴、首次购买或租借轮椅（自推进式） ii. 处方药物和敷料的输送系统 iii. 矫形用品，例如鞋垫和矫形支架 iv. 术后所需的外用假体，包括支架和矫形器，以及首次购买和安装人造肢体和人造眼睛。不包括助听器。	(i) ▶ 全额赔偿 上述保障需要预先获得书面同意 ☞ (ii) ▶ 每个医疗状况最高限额3,000 美元
3. 诊断程序 保险人应赔付由医疗必需而引致的住院、日间留院或门诊实际医疗费用，仅包括：磁共振成像扫描(MRI)、正电子发射断层扫描(PET)和计算机断层成像扫描(CT)的费用。	磁共振成像扫描(MRI)、正电子发射断层扫描(PET)和计算机断层成像扫描(CT)，需要预先获得书面同意 ☞ ▶ 住院、日间留院或门诊全额赔偿
4. 紧急救护运送费用 保险人应赔付陆上紧急救护交通运输工具接送或在医院之间转送途中，或经医生或专科医生认为医疗必需的交通运输工具实际产生的费用。	▶ 全额赔偿
5. 家长住宿费用 保险人应赔付18周岁以下的被保险人因接受符合保障范围内的住院治疗时，其一位家长在医院陪伴过夜而实际产生的住宿费用。	▶ 全额赔偿
6. 肾衰竭和肾透析 (i) 保险人应赔付被保险人住院接受肾衰竭(包括肾透析)治疗时实际产生的医疗费用。 (ii) 保险人应赔付被保险人日间留院或在门诊部接受肾衰竭（包括肾透析）治疗时实际产生的医疗费用。	(i) ▶ 住院期间全额赔偿 (ii) ▶ 每个保险期内最高限额100,000美元
7. 器官移植 (i) 被保险人是器官受赠人时，有关肾脏、胰脏、肝脏、心脏、肺、骨髓、角膜或心肺联合的人体器官移植治疗时产生的医疗费用。 当器官移植是由先天性疾病导致时，相关医疗费用应当依照本保险合同第12款(先天性疾病)进行赔付，此时本保险合同第7款(器官移植)对于相关费用一概不予赔付。 (ii) 器官捐献者在住院或日间留院期间的相关医疗费用，但寻找器官捐献者的费用除外。 保险人仅赔付满足以下条件的器官移植：在国际认可的医院并由获得认证的外科医生执行器官移植；并根据 WHO指南获取的器官。	(i) ▶ 全额赔偿 (ii) ▶ 每个保险期内最高限额50,000美元

保障	尊享
8. 癌症治疗 保险人应赔付因癌症而须住院、日间留院或门诊治疗时实际产生的医疗费用。此保障包括从诊断之时起，产生的肿瘤科医生的费用、手术费用，放射疗法和化学疗法的单项或综合费用。	▶ 全额赔偿
9. 怀孕期间医疗状况 对于产前期间因保障范围内的医疗状况所产生的实际住院治疗费用或分娩期间因保障范围内的医疗状况所产生的实际住院治疗费用，保险人仅将治疗以下医疗状况视为此保障保障中符合保障范围内的医疗状况。 • 宫外孕（胚胎在子宫以外的部位着床发育）； • 葡萄胎（异常细胞在子宫内生长）； • 胎盘滞留（胚胎滞留在子宫内）； • 前置胎盘； • 子痫（怀孕期间发生在先兆子痫之后的昏迷或抽搐）； • 糖尿病（如果被保险人因自身与糖尿病有关的过往病史而有相应的除外责任，则被保险人不会因怀孕期间进行的任何糖尿病治疗而获得赔偿）； • 产后出血（分娩后多个小时及多日大出血）； • 需要即时接受外科治疗的流产。 本保障不包括自愿/紧急剖腹产或“产程进展不良”的费用，除非是上述所列之符合保障范围内的医疗状况之一。 等待期：保单生效后12个月内母亲产生的费用不予赔付。	▶ 全额赔偿
10. 新生儿保障 保险人应赔付被保险人的新生儿因早产（即妊娠未满37周分娩）或被保险人的新生儿在出生30日内出现急性的病症而需住院接受治疗时发生的实际医疗费用。 此保障提供的前提是新生儿在出生之日起30日内已经加入本保险合同并且投保人已支付保险费。此保障经投保人和保险人双方同意可适用于多胎分娩的情况。 如果保险人在婴儿被加入保单之前需要详细了解新生儿的病史，则保险人保留其对所提供承保范围应用特别限制条款的权利。 请参阅第6.5条条款 — 新增新生儿保单条款有关详细信息。	▶ 每个保险期内最高限额 125,000 美元
11. 新生儿陪伴母亲的医院住宿费用 保险人应赔付新生儿（出生16周及以下）在陪伴母亲（母亲为被保险人）接受住院治疗符合保障范围内的疾病时，医院为新生儿提供住宿而产生的实际费用。	▶ 全额赔偿
12. 先天性疾病： 保险人应赔付被保险人因先天性疾病进行住院治疗时实际产生的医疗费用。若新生儿出生30日内因先天性疾病接受治疗，将根据本保险合同第十条保障规定提供此类病症的保障，而本条款先天性疾病保障则不适用。	▶ 每个保险期内最高限额 125,000 美元
13. 整形外科手术： 保险人应赔付被保险人接受整形外科手术的实际医疗费用，此整形外科手术是为了恢复正常人体的功能或外貌，同时此整形外科手术是因被保险人在保险单生效日或批单签发日（二者以后发生日为准）之后遭遇符合本保险合同保障范围的意外事故或因接受符合本保险合同保障范围内的疾病而接受了外科手术产生。	▶ 全额赔偿
14. 康复治疗： 专科医生针对被保险人所患疾病进行治疗时，推荐被保险人接受保险人认可的医院康复中心接受住院康复治疗，保险人应赔付此种情况下实际产生的康复治疗费用。但必须：被保险人连续三日住院；专科医生书面确认被保险人此时有必要接受康复治疗。应在出院后14日内办妥康复中心住院手续。上述治疗应接受专科医生的直接监管，并赔付如下费用： - 专项治疗病房的使用费； - 物理治疗费用； - 语障治疗费用； - 职业病治疗费用。	▶ 全额赔偿
15. 紧急住院牙科治疗： 被保险人因遭遇意外事故后而必须住院一晚以上，其天然健全的牙齿因需进行紧急牙科修复治疗，保险人应按实际发生的医疗费用赔付给被保险人。 该牙科治疗必须在意外事故发生后的10日内进行。此保障包括因意外的外部撞击造成的口腔伤害而需接受治疗时产生的所有费用，但同时应满足以下条件： - 如果上述治疗涉及更换齿冠、牙桥贴片、牙齿贴面或假牙，则保险人赔付合理惯常的费用，或赔付类似的或质量相当的更换费用； - 如果临床角度上需要植牙，那么保险人赔付采用桥托产生的费用； 此项保障还包括修复或重建在遭遇意外事故后损坏的假牙，但要求被保险人在遭遇意外事故时佩戴此类假牙，并要求遭遇意外事故导致至少住院一晚。	▶ 全额赔偿

保障	尊享
16. 住院精神疾病治疗: 在认可的医院精神科病房接受住院治疗。所有治疗必须在注册精神科医师的直接指导下进行。	需要预先 获得书面同意   每个保险期内全额赔偿 最长期限为30日
17. 终末期疾病: 保险人应赔付因姑息治疗与临终关怀而实际产生的医疗费用。即自被保险人被诊断为终末期疾病起,医生或专科医生以暂时缓解症状为目的开立医嘱,而根据该医嘱提供任何住院、日间留院或门诊治疗时产生的费用。保险人应赔付有关医院或临终关怀的住宿、合格护士护理,以及医嘱药物和敷料的费用。	 终生最高限额为 75,000美元
18. 美国境内的紧急非选择性治疗: 在不超过30日(含30日)的计划行程,被保险人若在美国境内遇到意外事故或因某种突发性医疗状况而形成对被保险人的健康构成威胁的突发危重疾病,而且其在上述紧急事件之后的24小时内接受医生或专科医生提供的治疗,则保险人应赔付该期间实际产生的医疗费用。 此类保障不包括正常生育及怀孕和分娩期间出现的医疗状况有关费用。	 意外:意外后的住院和 日间留院治疗 全额赔偿  疾病: 住院和日间留院治疗每 个保险期内最高限额 35,000美元 医院急诊部之门诊治疗: 每个保险期内最高限额 500美元
19. 转运和送返: 转运 保险人安排患有符合保障范围内的危重被保险人运送到最近的医疗机构进行住院或日间留院治疗。 赔付如下合理费用: i) 在被保险人需接受紧急治疗而事故发生地无法提供医疗上必需的救护接送与护理的情况下,运送被保险人时产生的交通费用。其中包括一名随行照料人员陪护行程中的经济舱机票。 ii) 被保险人在接受日间留院治疗期间,往返医院就诊时的当地合理交通费用。 iii) 被保险人入院后随行照料人员由于看望被保险人往返医院时产生的合理交通费用。 iv) 仅限住院前或出院后短期内,被保险人接受专科医生护理时的合理非医院住宿用。 在保险人认可的滑雪场或类似的冬季运动场所范围之外,进行任何海空营救或山地救援时产生的转运费用一概不予赔付。 保险人的医学顾问将决定转运时的最合适交通方式。如违背保险人医学顾问的意见,保险人不赔付交通费用。另外,如果被保险人前往的医院不具备合适医疗设施用以治疗被保险人之符合保障范围的医疗情况,则相关的交通费用将不予赔付。 免赔额适用于此保障。 送返 经由医疗上必需且由保险人安排的转运之后,在被保险人完成治疗后的一个月,被保险人与被保险人的一位随行照料人员将可获安排经济舱机票返回治疗地、或被保险人的国籍国或居住国。 此保障不包括单独送返,需要已经完成最初的医疗上必需的转运,才可赔付此符合保障范围的送返费用。 此保障不包括正常怀孕和分娩及怀孕期间医疗状况有关费用。 免赔额适用于此保障。	该保障需要预先 获得书面同意  (i)  全额赔偿 (ii)  全额赔偿 (iii)  全额赔偿 (iv)  每日最高限额200美元 每人每次转运 最高限额7,500美元 该保障需要预先 获得书面同意   全额赔偿
20. 遗体运送: 保险人应赔付被保险人因保障范围内的医疗状况导致死亡时产生以下合理和惯常的费用: i) 将被保险人遗体或骨灰运往其国籍国或居住国时的费用,或 ii) 在被保险人死亡所在地,根据合理的惯例进行土葬或火葬时产生的费用。	需要预先 获得书面同意  (i)  全额赔偿 (ii)  最高限额 15,000美元

保障

尊享

21. 住院现金津贴:

- i. 被保险人在次日零时前住院接受本保险合同保障范围内的住院治疗，并且整个住院期间未产生任何费用，而该被保险人原本根据本计划有资格享用私人医疗保障，保险人应赔付住院现金津贴保障。如被保险人符合 b) 重大选择性手术住院现金津贴的保障，则不赔付此项保障津贴。此保障限于符合保障范围内的住院治疗之间至少相隔 30 日，并且每个保险期间内累计最多不超过 5 次住院治疗。
- ii. 被保险人在次日零时前住院接受本保险合同保障范围内的重大选择性手术，并且整个住院期间未产生任何费用或在中国香港/中国大陆公立医院进行重大选择性手术，而该被保险人原本根据本计划有资格享用私人医疗保障，保险人应赔付此项保障津贴。

此项保障需要预先获得我们的书面同意，并且此保障限于符合保障范围内的住院治疗之间至少相隔30日和每个保险期间内累计最多不超过3次住院治疗。

责任免除5.10条款并不适用于此保障。如果您预先未获得我们的住院治疗 and 住院现金津贴保障的书面同意，则此项保障不予赔付。

如果您因意外事故或紧急情况入院，则不符合此项保障的赔偿资格。

等待期：仅连续会员资格满九个月后方可享有保障。

需要预先
获得书面同意 雷

(i) 每次入院 200 美元

(ii) 每次重大选择性手术
限额 1,000 美元

22. 门诊医生费用:

- i) 含咨询费在内的医生收费；专科医生费用；诊断检查费用；处方药和敷料的费用。
- ii) 远程医疗咨询（医生以电子方式进行远程医疗咨询）
如果被保险人在时康国际公布的国际医疗网络内列明的医疗服务提供方接受治疗，符合保障范围内的治疗费用将全额赔付。
如果被保险人不是在时康国际公布的国际医疗网络内列明的医疗服务提供方接受治疗，则只会赔付符合保障范围内合理和惯常的医疗费用。
门诊自付比例或门诊每次就诊免赔额不适用于此保障。
- iii) 维生素和矿物质
由医生开具处方的维生素和矿物质。由医生诊断的缺乏症及由医生开具处方的维生素、矿物质和滋润眼液将按照门诊保障(iii) 赔付符合保障范围的费用。
任何手术前和出院后的门诊费用将根据此保障进行赔付。

(i) and (ii) 全额赔偿

(iii) 每个保险期内
最高限额 150 美元

23. 更年期激素替代治疗:

需要进行激素替代治疗以缓解更年期早发症状之门诊费用，但更年期发病和治疗须始于 40 岁以下。

每个保险期内
最高限额 600 美元

24. 日间留院和门诊手术:

保险人应赔付被保险人在外科诊所、医院、日间护理中心或门诊部进行的外科手术时实际产生的治疗费用。手术前后的门诊费用将根据保险合同第二十二条保障（门诊医生费用）进行赔付。

全额赔偿

25. 门诊精神疾病治疗:

由法定资质的心理学家及/或法定资质的精神病医生的直接管理下，被保险人接受的门诊治疗。此项保障包括 15 次治疗，赔付费用以本保障限额为准。
前 5 次就诊无需医生转介，之后的就诊则需要有医生或专科医生的转介函和治疗计划。

每个保险期内
最高限额 5,000 美元，
最多十五次治疗

26. 门诊物理治疗和替代疗法:

- 保险人应赔付以下项目实际产生的医疗费用：
- i) 由获得执业许可的物理治疗师提供的物理治疗费用。
 - ii) 被保险人接受理疗师的辅助药物和治疗，此类赔偿可包括整骨疗法、手足病治疗和足病治疗、整脊疗法、顺势疗法、营养师治疗和针灸疗法的费用。物理治疗的医疗费用保障26(i) 将不包含于此保障。
- 保险期内您可选择此保障(i)或(ii)，合计首5次治疗不需转介(营养师治疗除外)，其他后续治疗需医生或专科医生转介。
请注意治疗必须在保险人认可的医疗机构或经批准的医疗保健中心进行。上门治疗不在承保范围之列。

(i) 全额赔偿

(ii) 全额赔偿
(i)和(ii) 每10次
需要预先
获得书面同意 雷

27. 门诊中医治疗和阿育吠陀治疗:

保险人应赔付中医执业医师或阿育吠陀医学执业医师对被保险人进行门诊中医治疗或阿育吠陀治疗时实际产生的医疗费用。
此保障包括所有符合保障范围的诊断、咨询费、治疗类型、治疗费、处方(包括药物详情和剂量)。
责任免除 5.35 适用此保障

每个保险期内
最高限额 1,500 美元

保障

尊爱

28. 家居护理:

- i) 由医生或专科医生推荐,在被保险人接受住院或日间留院治疗后,由合格护士在被保险人家中提供护理的费用。
- ii) 在出现紧急出诊要求的情况下,全科医生在正常门诊时间之外的出诊费用。

- (i)  每个医疗状况全额赔偿最高达60日
需要预先获得书面同意 
- (ii)  不予承保

29. 艾滋病:

被保险人因有证明的工作意外事故或输血而感染人类免疫缺陷病毒(HIV)和/或人类免疫缺陷病毒HIV相关疾病,包括获得性免疫缺陷综合征(AIDS)或艾滋病相关综合征(ARCS)和/或上述疾病的任何突变病症或异种,保险人应赔付与之相关或由其引起的实际医疗费用。赔付费用仅限于与诊断前后咨询、针对性例行检查、药物和敷料(试验性或未经审批的除外)、医院住宿及护理相关的费用。

- * 对于急诊室服务人员、从事医疗职业或牙科的人员、实验室助理、药剂师或医疗机构服务人员,须出示证明证实其在执行本职工作任务时意外感染上人类免疫缺陷病毒(HIV);保险单生效日或批单签发日(二者以后发生日为准)起的三年后感染上人类免疫缺陷病毒(HIV);根据被保险人职业对应的正常程序,导致自身感染上人类免疫缺陷病毒(HIV)的工作事故已上报,并经调查及备案;感染后的五日内接受了检查,结果显示体内没有人类免疫缺陷病毒(HIV)或人类免疫缺陷病毒抗体(HIV 抗体);上报职业意外事故后的12个月内进行了人类免疫缺陷病毒(HIV)呈阳性测试。
- ** 被保险人由于输血感染上述病毒或疾病适用前提是在住院期间进行的医疗上必需的输血治疗。

等待期:此保障仅限于已连续投保三年或以上之被保险人。

该保障需要预先获得书面同意 

 每个保险期内最高限额40,000 美元

30. 牙科:

- i) 例行牙科治疗:牙科执业医生在牙科手术期间进行例行牙科治疗的费用。
例行牙科治疗包括:

- 牙齿检查(每年两次),即评估坏牙、缺牙、填充牙,若有必要其中包括照牙科X光
- 预防性洗牙、抛光和窝沟封闭(每年两次)
- 补牙(标准牙科汞齐合金或复合材料)和拔牙;
- 根管治疗(但不包括在接受牙根管治疗后装上牙冠);
- 处方药和敷料。

其他牙科治疗一概不适用上述例行牙科治疗保障。

等待期:被保险人保单生效日后的9个月内产生的任何费用不予赔付。

此保障有20%的自付比例。

免赔额或门诊每次就诊免赔额并不适用于此保障。

- ii) 复杂牙科治疗:牙科执业医生的收费以及以下治疗的费用:承保范围内的复杂牙科治疗,例如针对以下项目进行牙根尖切除术:齿根断裂、齿根严重弯曲、牙齿上有牙帽或牙桩、根管治疗无法治愈的囊肿或感染、根管穿孔、新装或修复牙冠、假牙、嵌体和牙桥、反复发作的疼痛和感染、无法通过X光确定问题根源的持续症状、钙化、需要进行手术的牙根表面和周围骨质的损伤、种植牙及处方药和敷料。

其他牙科治疗一概不属于此类保障。

等待期:保险合同生效日期之后的9个月内产生的任何费用将不予赔付。

此保障有20%的自付比例。

所有牙齿矫正治疗有50%的自付比例。

免赔额或门诊每次就诊免赔额并不适用于此保障。

- (i)  每个保险期内最高限额1,000美元

- (ii)  每个保险期内最高限额2,000美元

附加选项

31. 美国境内的选择性治疗:

- (i) 被保险人在美国住院或日间留院治疗符合保障范围内疾病时的相关医疗费用。若被保险人在保险人公布的国际医疗网络内医院接受治疗，医疗费用可获全额赔付。
- (ii) 被保险人在美国接受符合保障范围的门诊治疗的相关费用，将以您的保单门诊限额赔付。

若在保险人公布的国际医疗网络外医院接受住院或日间留院治疗，则有50%的自付比例。

如果选择其中之一个地理区域覆盖选项，则无法选择美国境内的选择性治疗选项。

尊爱

门诊诊断和手术、
日间和住院治疗
需要预先
获得书面同意

可供选项

每名被保险人于每个保险期内的最高限额1,500,000 美元

32. 门诊费用的自付比例:

所有符合保障范围的门诊治疗费用有10%自付比例。

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

自付比例并不适用于以下治疗:

- 肾透析/肾衰竭、癌症、器官移植。

可供选项

33. 门诊费用的自付比例 – 选项 2:

所有符合保障范围的门诊治疗费用有20%自付比例。

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

自付比例并不适用于以下治疗:

- 肾透析/肾衰竭、癌症、器官移植。

可供选项

34. 香港优选医疗网络: (仅限投保零免赔额保险计划的香港居民)

住院期间，医院住宿仅限双人病房或普通病房。

符合保障范围的治疗之相关的医疗费用将按计划保障限额全额赔付，前提是：

- 在香港优选医疗机构网络内接受治疗；或
- 香港优选医疗网络不提供此治疗；或
- 治疗在香港以外地区进行。

符合保障范围的治疗，如遇以下任何一种情况，有30%的自付比例：

- 香港优选医疗网络提供此治疗但被保险人选择在香港优选医疗网络外接受治疗；或
- 香港优选医疗网络提供此治疗，被保险人接受治疗但被保险人支付并索赔所接受的治疗费用（牙科除外因牙科不提供直付服务）。

若本计划包含生育保障或牙科保障自付比例，此30%自付比例需在扣除生育保障或牙科保障自付比例后扣除。

可供选项

附加选项

尊重

35. 生育保障(无自付比例):

被保险人正常怀孕或分娩期间实际产生的医疗必需费用;包括分娩费用、产前与产后六周内检查、扫描、自然分娩或自愿/紧急剖腹产的费用。本保障亦包含出生24小时内儿科医生就新生儿首次检查/体检的收费,以及幼儿2周岁生日前由医生或专科医生建议的儿科健康检查费用,包括体格检查、身高体重头围胸围等测量,视力听力等感知觉筛查,智能心理评估,生长发育检查,遗传病及代谢疾病筛查,疫苗注射,尿检,结核试验,血球容积比,血红蛋白及其他血液检查,包括镰状细胞贫血的筛查。

等待期: 被保险人保单生效日后的12个月内产生的任何费用不予赔付。

请注意: 因为这是个人选择, 保险人对于育儿或其他相关课程一概不予赔付。

剖腹产的费用只有在您的保单包含生育福利的情况下才能向我们索赔。其他任何福利均不涵盖剖腹产。

团体保险免赔额适用于此保障。

可供选项

适用于
强制性团体计划
10人以上员工

每个保险期内
最高限额12,500 美元

36. 生育保障 (20%的自付比例):

被保险人正常怀孕或分娩期间实际产生的医疗必需费用;包括分娩费用、产前与产后六周内检查、扫描、自然分娩或自愿/紧急剖腹产的费用。本保障亦包含出生24小时内儿科医生就新生儿首次检查/体检的收费,以及幼儿2周岁生日前由医生或专科医生建议的儿科健康检查费用,包括体格检查、身高体重头围胸围等测量,视力听力等感知觉筛查,智能心理评估,生长发育检查,遗传病及代谢疾病筛查,疫苗注射,尿检,结核试验,血球容积比,血红蛋白及其他血液检查,包括镰状细胞贫血的筛查。

等待期: 被保险人保单生效日后的12个月内产生的任何费用不予赔付。

此保障有20%的自付比例。

请注意: 因为这是个人选择, 保险人对于育儿或其他相关课程一概不予赔付。

剖腹产的费用只有在您的保单包含生育福利的情况下才能向我们索赔。其他任何福利均不涵盖剖腹产。

团体保险免赔额适用于此保障。

可供选项

适用于
强制性团体计划
10人以上员工

每个保险期内
最高限额12,500 美元

37. 体检、眼科、疫苗:

(i) 体检保障: 保险人应赔付例行健康检查, 包括癌症筛查、乳腺癌1号和2号基因检查(如直系亲属有病史)、骨密度检查(50周岁以上女性被保险人每5年可做1次)、心血管系统检查, 神经系统检查、生命体征检查(例如, 血压、体重指数、尿分析和胆固醇)、儿童体检(至5周岁)的费用和/或

(ii) 眼科保障: 保险人应赔付眼科医生的收费, 其中包括光学眼镜配镜师每年进行眼科检查的费用, 包括当被保险人的医疗处方变更时所需的眼镜框与眼镜片在内的眼镜配镜费用, 和/或隐形眼镜费用, 以及激光眼科手术及相关并发症的费用, 但须保证总保障费用不大于双方同意的每个保险期内最高眼科保障金额(眼科保障最高限额300美元)(即使是处方的太阳眼镜或光致变色镜片亦不在承保范围之内)和/或

(iii) 疫苗保障: 医疗必需的免疫疫苗和加强药物注射, 以及医疗必需的任何旅行疫苗和疟疾预防注射, 保险人将赔付相关药物费用和咨询费用。

责任免除5.10 条款并不适用于此保障。

可供选项

适用于
强制性团体计划
3人以上员工

每个保险期间的综合
最高限额500美元
(眼科保障最高限额
300美元)

38. 体检、眼科、疫苗 — 选项2:

(i) 体检保障: 保险人应赔付例行健康检查, 包括癌症筛查、乳腺癌1号和2号基因检查(如直系亲属有病史)、骨密度检查(50周岁以上女性被保险人每5年可做1次)、心血管系统检查, 神经系统检查、生命体征检查(例如, 血压、体重指数、尿分析和胆固醇)、儿童体检(至5周岁)的费用和/或

(ii) 眼科保障: 保险人应赔付眼科医生的收费, 其中包括光学眼镜配镜师每年进行眼科检查的费用, 包括当被保险人的医疗处方变更时所需的眼镜框与眼镜片在内的眼镜配镜费用, 和/或隐形眼镜费用, 以及激光眼科手术及相关并发症的费用, 但须保证总保障费用不大于双方同意的每个保险期内最高眼科保障金额(眼科保障最高限额600美元)(即使是处方的太阳眼镜或光致变色镜片亦不在承保范围之内)和/或

(iii) 疫苗保障: 医疗必需的免疫疫苗和加强药物注射, 以及医疗必需的任何旅行疫苗和疟疾预防注射, 保险人将赔付相关药物费用和咨询费用。

责任免除5.10 条款并不适用于此保障。

可供选项

适用于
强制性团体计划
3人以上员工

每个保险期间的综合
最高限额1,000美元
(眼科保障最高限额
600美元)

附加选项	尊爱
39. 体检、疫苗 — 选项3: 保险人应赔偿以下项目实际产生的相关医疗费用: a) 体检保障: 保险人应赔付例行健康检查, 包括癌症筛查、乳腺癌1号和2号基因检查(如直系家属有病史)、骨密度检查(50周岁以上女性被保险人每5年可做1次)、心血管系统检查、神经系统检查、生命体征检查(例如, 血压、体重指数、尿分析和胆固醇)、儿童体检(至5周岁)的费用和/或 b) 疫苗保障: 医疗必需的免疫疫苗和加强药物注射, 以及医疗必需的任何旅行疫苗和疟疾预防注射, 保险人将赔付相关药物费用和咨询费用。 责任免除5.10条款并不适用于此保障。	可供选项 每个保险期内综合最高限额250美元
40. 既往病史不咎: 适用于10名员工或以上的统一投保的团体保险单。 如选择「既往病史不咎」, 则等待期不适用于怀孕期间医疗状况、生育保障、牙科、住院现金津贴(ii)。	可供选项 适用于 强制性团体计划 10人以上员工
41. 香港病房限制: (仅适用于香港居民) 如保障 2 (i) 所述, 但在香港住院时, 病房限于一般病房或双人病房住宿。	可供选项
42. 香港和中国大陆的病房限制: (仅适用于中国大陆居民) 如保障 2 i) 所述, 当中国大陆居民在香港住院时, 限于一般病房或双人病房住宿; 被保险人或可选择15%的自付比例, 每个医疗状况最高自付额为7,500美元, 从而在中国大陆任何一家昂贵医院接受承保范围内的住院或日间留院治疗及任何医生的治疗。昂贵医院的定义及范围由保险人事先约定并由保险人不时提供更新。	可供选项 15%的自付比例, 每个医疗状况最高自付额为7,500美元
43. 香港昂贵医院限制: (仅适用于香港居民) 在港安医院、养和医院或明德医院医疗机构网络内接受住院、日间留院或门诊治疗有30%自付比例。	可供选项
44. 牙科自付比例移除: 牙科治疗无自付比例。	可供选项 适用于 强制性团体计划 10人以上员工

附加选项	尊享
45. 转运和送返的增强保障 保险人应赔付以下项目实际产生的费用： 转运 保险人安排患有符合保障范围内的危重被保险人运送到最近的医疗机构进行住院或日间留院治疗。转院地点须是最近的、位于被保险人居住国、国籍国或被保险人选定国家内的医疗机构。赔付如下合理费用： i) 在被保险人需接受紧急治疗而事故发生地无法提供医疗上必需的救护接送与护理的情况下，运送被保险人时产生的交通费用。其中包括一名随行照料人员陪护行程中的经济舱机票。 ii) 被保险人在接受日间留院治疗期间，往返医院就诊时的当地合理交通费用。 iii) 被保险人入院后随行照料人员由于看望被保险人往返医院时产生的合理交通费用。 iv) 仅限住院前或出院后短期内，被保险人接受专科医生护理时的合理非医院住宿用。 在保险人认可的滑雪场或类似的冬季运动场所范围之外，进行任何海空营救或山地救援时产生的转运费用，一概不予赔付。 被保险人选定的国家须具备合适医疗设施。 保险人的医学顾问将判断被保险人选定的国家是否具备合适医疗设施以治疗被保险人符合保障范围的医疗状况。保险人的医学顾问将决定转运时的最合适交通方式。如违背被保险人医学顾问的意见，保险人不赔付交通费用。另外，如果被保险人前往的医院不具备合适医疗设施用以治疗被保险人之符合保障范围的医疗情况，则相关的交通费用将不予赔付。 免赔额适用于此保障。 送返 经由医疗上必需且由保险人安排的转运之后，在被保险人完成治疗后的一个月内，被保险人与被保险人的一位随行照料人员将可获安排经济舱机票安排返回治疗地、或被保险人的国籍国或居住国。 此保障不包括单独送返，需要已经完成最初的医疗上必需的转运，才可赔付此符合保障范围的送返费用。 此保障不包括正常怀孕和分娩及怀孕期间医疗状况有关费用。 免赔额适用于此保障。	该保障需要预先获得书面同意 可供选项 (i) 全额赔偿 (ii) 全额赔偿 (iii) 全额赔偿 (iv) 每日最高限额200美元 每人每次转运最高限额7,500美元 该保障需要预先获得书面同意 全额赔偿
门诊每次就诊免赔额选项	尊享
门诊每次就诊免赔额： 门诊每次就诊设有 25 美元免赔额，并适用于被保险人在保险人公布的国际医疗网络内或网络外医疗机构所接受属于保障范围的门诊治疗。 门诊每次就诊免赔额并不适用于牙科保障 (如福利表中包括牙科保障)。 门诊每次就诊免赔额并不适用于与肾透析/肾衰竭、癌症或器官移植的医疗咨询费。	可供选项 25 美元
门诊每次就诊免赔额 – 选项 2： 门诊每次就诊设有 15 美元免赔额，并适用于被保险人在保险人公布的国际医疗网络内或网络外医疗机构所接受属于保障范围的门诊治疗。 门诊每次就诊免赔额并不适用于牙科保障 (如福利表中包括牙科保障)。 门诊每次就诊免赔额并不适用于与肾透析/肾衰竭、癌症或器官移植的医疗咨询费。	可供选项 15 美元
免赔额选项	尊享
标准免赔额	零
自选免赔额 请注意： 如果您选择自付比例，则还必须选择门诊费用的自付比例选项或门诊每次就诊免赔额选项。 根据第 19 项保障和第 45 项保障，任何必要的医疗治疗均需支付自付额。	150 美元 250 美元 500 美元 1,000 美元 2,500 美元 5,000 美元 10,000 美元 15,000 美元

4.3.4 全球保《尊享》

保障	尊享
年度最高保障限额 计划可用24/7求助专线和援助服务	450万美元
1. 慢性疾病 保险人应赔付被保险人就慢性疾病包括但不限于哮喘、糖尿病和高血压等需要通过咨询、检查、体检、服用药物和敷料和/或诊断测试以实现持续或长期监控的疾病进行治疗所实际产生的医疗费用。最高保障限额经投保人与保险人双方同意，按其批单签发日，在保险合同中列明。 本保障不包括肾衰竭和肾透析。肾衰竭和肾透析的赔付适用保险合同第6款。癌症的赔付适用保险合同第8款。	▶ 全额赔偿
2. 医院收费、医生和专科医生费用 (i) 医院对住院或日间留院治疗的患者收取的费用包括：床位费（一般病房/双人病房或私人病房）；诊断检测费用；手术室费用（含外科医生与麻醉师收费）；合格护士护理的费用；由医生或专科医生开具的药物和敷料的费用；手术期间医生使用的手术器械费用；住院或日间留院期间手术前后的咨询费；重症监护费用。 (ii) 耐用医疗设备、假肢和矫形用品： 因符合保障范围的疾病接受住院或日间留院治疗，且医疗所需用之耐用医疗设备、假肢和矫形用品由您的主治医生开具处方，并在接受住院或日间留院治疗6个月内需用，我们将赔付以下符合保障范围的费用： i. 购买或租借拐杖、气垫靴、首次购买或租借轮椅（自推进式） ii. 处方药物和敷料的输送系统 iii. 矫形用品，例如鞋垫和矫形支架 iv. 术后所需的外用假体，包括支架和矫形器，以及首次购买和安装人造肢体和人造眼睛。不包括助听器。	(i) ▶ 全额赔偿 上述保障需要预先获得书面同意 雷 (ii) ▶ 每个医疗状况最高限额4,000美元
3. 诊断程序 保险人应赔付由医疗必需而引致的住院、日间留院或门诊实际医疗费用，仅包括：磁共振成像扫描(MRI)、正电子放射断层扫描(PET)和计算机断层成像扫描(CT)的费用。	磁共振成像扫描(MRI)、正电子放射断层扫描(PET)和计算机断层成像扫描(CT)，需要预先获得书面同意 雷 ▶ 住院、日间留院或门诊全额赔偿
4. 紧急救护运送费用 保险人应赔付陆上紧急救护交通运输工具接送或在医院之间转送途中，或经医生或专科医生认为医疗必需的交通运输工具实际产生的费用。	▶ 全额赔偿
5. 家长住宿费用 保险人应赔付18周岁以下的被保险人因接受符合保障范围内的住院治疗时，其一位家长在医院陪伴过夜而实际产生的住宿费用。	▶ 全额赔偿
6. 肾衰竭和肾透析 (i) 保险人应赔付被保险人住院接受肾衰竭(包括肾透析)治疗时实际产生的医疗费用。 (ii) 保险人应赔付被保险人日间留院或在门诊部接受肾衰竭(包括肾透析)治疗时实际产生的医疗费用。	(i) ▶ 住院期间全额赔偿 (ii) ▶ 每个保险期内最高限额100,000美元
7. 器官移植 (i) 被保险人是器官受赠人时，有关肾脏、胰脏、肝脏、心脏、肺、骨髓、角膜或心肺联合的人体器官移植治疗时产生的医疗费用。 当器官移植是由先天性疾病导致时，相关医疗费用应当依照本保险合同第12款(先天性疾病)进行赔付，此时本保险合同第7款(器官移植)对于相关费用一概不予赔付。 (ii) 器官捐献者在住院或日间留院期间的相关医疗费用，但寻找器官捐献者的费用除外。 保险人仅赔付满足以下条件的器官移植：在国际认可的医院并由获得认证的外科医生执行器官移植；并根据WHO指南获取的器官。	(i) ▶ 全额赔偿 (ii) ▶ 每个保险期内最高限额50,000美元

保障	尊享
8. 癌症治疗 保险人应赔付因癌症而须住院、日间留院或门诊治疗时实际产生的医疗费用。此保障包括从诊断之时起，产生的肿瘤科医生的费用、手术费用，放射疗法和化学疗法的单项或综合费用。	全额赔偿
9. 怀孕期间医疗状况 对于产前期间因保障范围内的医疗状况所产生的实际住院治疗费用或分娩期间因保障范围内的医疗状况所产生的实际住院治疗费用，保险人仅将治疗以下医疗状况视为此保障保障中符合保障范围内的医疗状况。 • 子宫外孕（胚胎在子宫以外的部位着床发育）； • 葡萄胎（异常细胞在子宫内生长）； • 胎盘滞留（胚胎滞留在子宫内）； • 前置胎盘； • 子痫（怀孕期间发生在先兆子痫之后的昏迷或抽搐）； • 糖尿病（如果被保险人因自身与糖尿病有关的过往病史而有相应的除外责任，则被保险人不会因怀孕期间进行的任何糖尿病治疗而获得赔偿）； • 产后出血（分娩后多个小时及多日大出血）； • 需要即时接受外科治疗的流产。 本保障不包括自愿/紧急剖腹产或“产程进展不良”的费用，除非是上述所列之符合保障范围内的医疗状况之一。 等待期：保单生效后12个月内母亲产生的费用不予赔付。	全额赔偿
10. 新生儿保障 保险人应赔付被保险人的新生儿因早产（即妊娠未滿37周分娩）或被保险人的新生儿在出生30日内出现急性的病症而需住院接受治疗时发生的实际医疗费用。 此保障提供的前提是新生儿在出生之日起30日内已经加入本保险合同并且投保人已支付保险费。此保障经投保人和保险人双方同意可适用于多胎分娩的情况。 如果保险人在婴儿被加入保单之前需要详细了解新生儿的病史，则保险人保留其对所提供承保范围应用特别限制条款的权利。 请参阅第6.5条条款 — 新增新生儿保单条款有关详细信息。	每个保险期内 最高限额 150,000美元
11. 新生儿陪伴母亲的医院住宿费用 保险人应赔付新生儿（出生16周及以下）在陪伴母亲（母亲为被保险人）接受住院治疗符合保障范围内的疾病时，医院为新生儿提供住宿而产生的实际费用。	全额赔偿
12. 先天性疾病: 保险人应赔付被保险人因先天性疾病进行住院治疗时实际产生的医疗费用。若新生儿出生30日内因先天性疾病接受治疗，将根据本保险合同第十条保障规定提供此类病症的保障，而本条款先天性疾病保障则不适用。	每个保险期内 最高限额 150,000美元
13. 整形外科手术: 保险人应赔付被保险人接受整形外科手术的实际医疗费用，此整形外科手术是为了恢复正常人体的功能或外貌，同时此整形外科手术是因被保险人在保险单生效日或批单签发日（二者以后发生日为准）之后遭遇符合本保险合同保障范围的意外事故或因接受符合本保险合同保障范围内的疾病而接受了外科手术后产生。	全额赔偿
14. 康复治疗: 专科医生针对被保险人所患疾病进行治疗时，推荐被保险人接受保险人认可的医院康复中心接受住院康复治疗，保险人应赔付此种情况下实际产生的康复治疗费用。但必须：被保险人连续三日住院；专科医生书面确认被保险人此时有必要接受康复治疗。应在出院后14日内办妥康复中心住院手续。上述治疗应接受专科医生的直接监管，并赔付如下费用： i) 专项治疗病房的使用费； ii) 物理治疗费用； iii) 语障治疗费用； iv) 职业病治疗费用。	全额赔偿
15. 紧急住院牙科治疗: 被保险人因遭遇意外事故后而必须住院一晚以上，其天然健全的牙齿因需进行紧急牙科修复治疗，保险人应按实际发生的医疗费用赔付给被保险人。 该牙科治疗必须在意外事故发生后的10日内进行。此保障包括因意外的外部撞击造成的口腔伤害而需接受治疗时产生的所有费用，但同时应满足以下条件： i. 如果上述治疗涉及更换齿冠、牙桥贴片、牙齿贴面或假牙，则保险人赔付合理惯常的费用，或赔付类似的或质量相当的更换费用； ii. 如果临床角度上需要植牙，那么保险人赔付采用桥托产生的费用； 此项保障还包括修复或重建在遭遇意外事故后损坏的假牙，但要求被保险人在遭遇意外事故时佩戴此类假牙，并要求遭遇意外事故导致至少住院一晚。	全额赔偿



全额赔偿



不予承保



有限承保



可供选项

保障	尊享
16. 住院精神疾病治疗: 在认可的医院精神科病房接受住院治疗。所有治疗必须在注册精神科医师的直接指导下进行。	需要预先获得书面同意   每个保险期内全额赔偿 最长期限为30日
17. 终末期疾病: 保险人应赔付因姑息治疗与临终关怀而实际产生的医疗费用。即自被保险人被诊断为终末期疾病起，医生或专科医生以暂时缓解症状为目的开立医嘱，而根据该医嘱提供任何住院、日间留院或门诊治疗时产生的费用。保险人应赔付有关医院或临终关怀的住宿、合格护士护理，以及医嘱药物和敷料的费用。	 住院和日间留院治疗 终生最高限额为 100,000美元
18. 美国境内的紧急非选择性治疗: 在不超过30日（含30日）的计划行程，被保险人若在美国境内遇到意外事故或因某种突发性医疗状况而形成对被保险人的健康构成威胁的突发危重疾病，而且其在上述紧急事件之后的24小时内接受医生或专科医生提供的治疗，则保险人应赔付该期间实际产生的医疗费用。 此类保障不包括正常生育及怀孕和分娩期间出现的医疗状况有关费用。	 意外：意外后的住院和 日间留院治疗 全额赔偿  疾病： 住院和日间留院治疗每 个保险期内最高限额 50,000美元 医院急诊部之门诊治疗： 每个保险期内最高限额 500美元
19. 转运和送返: 转运 保险人安排患有符合保障范围内的危重被保险人运送到最近的医疗机构进行住院或日间留院治疗。 赔付如下合理费用： i) 在被保险人需接受紧急治疗而事故发生地无法提供医疗上必需的救护接送与护理的情况下，运送被保险人时产生的交通费用。其中包括一名随行照料人员陪护行程中的经济舱机票。 ii) 被保险人在接受日间留院治疗期间，往返医院就诊时的当地合理交通费用。 iii) 被保险人入院后随行照料人员由于看望被保险人往返医院时产生的合理交通费用。 iv) 仅限住院前或出院后短期内，被保险人接受专科医生护理时的合理非医院住宿用。 在保险人认可的滑雪场或类似的冬季运动场所范围之外，进行任何海空营救或山地救援时产生的转运费用一概不予赔付。 保险人的医学顾问将决定转运时的最合适的交通方式。如违背保险人医学顾问的意见，保险人不赔付交通费用。另外，如果被保险人前往的医院不具备合适医疗设施用以治疗被保险人之符合保障范围的医疗情况，则相关的交通费用将不予赔付。 免赔额适用于此保障。 送返 经由医疗上必需且由保险人安排的转运之后，在被保险人完成治疗后的一个月，被保险人与被保险人的随行照料人员将可获安排经济舱机票返回治疗地、或被保险人的国籍国或居住国。 此保障不包括单独送返，需要已经完成最初的医疗上必需的转运，才可赔付此符合保障范围的送返费用。 此保障不包括正常怀孕和分娩及怀孕期间医疗状况有关费用。 免赔额适用于此保障。	该保障需要预先获得书面同意  (i)  全额赔偿 (ii)  全额赔偿 (iii)  全额赔偿 (iv)  每日最高限额300美元 每人每次转运 最高限额10,000美元 该保障需要预先获得书面同意   全额赔偿
20. 遗体运送: 保险人应赔付被保险人因保障范围内的医疗状况导致死亡时产生以下合理和惯常的费用： i) 将被保险人遗体或骨灰运往其国籍国或居住国时的费用，或 ii) 在被保险人死亡所在地，根据合理的惯例进行土葬或火葬时产生的费用。	需要预先获得书面同意  (i)  全额赔偿 (ii)  最高限额 20,000美元

保障

21. 住院现金津贴:

- i. 被保险人在次日零时前住院接受本保险合同保障范围内的住院治疗，并且整个住院期间未产生任何费用，而该被保险人原本根据本计划有资格享用私人医疗保障，保险人应赔付住院现金津贴保障。如被保险人符合 b) 重大选择性手术住院现金津贴的保障，则不赔付此项保障津贴。此保障限于符合保障范围内的住院治疗之间至少相隔 30 日，并且每个保险期间内累计最多不超过 5 次住院治疗。
- ii. 被保险人在次日零时前住院接受本保险合同保障范围内的重大选择性手术，并且整个住院期间未产生任何费用或在中国香港/中国大陆公立医院进行重大选择性手术，而该被保险人原本根据本计划有资格享用私人医疗保障，保险人应赔付此项保障津贴。

此项保障需要预先获得我们的书面同意，并且此保障限于符合保障范围内的住院治疗之间至少相隔30日和每个保险期间内累计最多不超过3次住院治疗。

责任免除5.10条款并不适用于此保障。如果您预先未获得我们的住院治疗和住院现金津贴保障的书面同意，则此项保障不予赔付。

如果您因意外事故或紧急情况入院，则不符合此项保障的赔偿资格。

等待期：仅连续会员资格满九个月后方可享有保障。

22. 门诊医生费用:

- i) 含咨询费在内的医生收费；专科医生费用；诊断检查费用；处方药和敷料的费用。
- ii) 远程医疗咨询（医生以电子方式进行远程医疗咨询）
如果被保险人在时康国际公布的国际医疗网络内列明的医疗服务提供方接受治疗，符合保障范围内的治疗费用将全额赔付。
如果被保险人不是在时康国际公布的国际医疗网络内列明的医疗服务提供方接受治疗，则只会赔付符合保障范围内合理和惯常的医疗费用。
门诊自付比例或门诊每次就诊免赔额不适用于此保障。
- iii) 维生素和矿物质
由医生开具处方的维生素和矿物质。由医生诊断的缺乏症及由医生开具处方的维生素、矿物质和滋润眼液将按照门诊保障(iii) 赔付符合保障范围的费用。
任何手术前和出院后的门诊费用将根据此保障进行赔付。

23. 更年期激素替代治疗:

需要进行激素替代治疗以缓解更年期早发症状之门诊费用，但更年期发病和治疗须始于 40 岁以下。

24. 日间留院和门诊手术:

保险人应赔付被保险人在外科诊所、医院、日间护理中心或门诊部进行的外科手术时实际产生的治疗费用。手术前后的门诊费用将根据保险合同第二十三条保障（门诊医生费用）进行赔付。

25. 门诊精神疾病治疗:

由法定资质的心理学家及/或法定资质的精神病医生的直接管理下，被保险人接受的门诊治疗。此项保障包括 20 次治疗，赔付费用以本保障限额为准。
前 5 次就诊无需医生转介，之后的就诊则需要有医生或专科医生的转介函和治疗计划。

26. 门诊物理治疗和替代疗法:

保险人应赔付以下项目实际产生的医疗费用：

- i) 由获得执业许可的物理治疗师提供的物理治疗费用。
- ii) 被保险人接受理疗师的辅助药物和治疗，此类赔偿可包括整骨疗法、手足病治疗和足病治疗、整脊疗法、顺势疗法、营养师治疗和针灸疗法的费用。物理治疗的医疗费用保障26(i) 将不包含于此保障。

保险期内您可选择此保障(i)或(ii)，合计首5次治疗不需转介(营养师治疗除外)，其他后续治疗需医生或专科医生转介。

请注意治疗必须在保险人认可的医疗机构或经批准的医疗保健中心进行。上门治疗不在承保范围之列。

27. 门诊中医治疗和阿育吠陀治疗:

保险人应赔付中医执业医师或阿育吠陀医学执业医师对被保险人进行门诊中医治疗或阿育吠陀治疗时实际产生的医疗费用。

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

责任免除 5.35 适用此保障

尊享

需要预先
获得书面同意

(i) 每次入院 200 美元

(ii) 每次重大选择性手术
限额 1,000 美元

(i) and (ii) 全额赔偿

(iii) 每个保险期内
最高限额 150 美元

每个保险期内
最高限额 750 美元

全额赔偿

每个保险期内
最高限额7,500美元,
最多二十次治疗

(i) 全额赔偿

(ii) 全额赔偿

(i)和(ii) 每10次
需要预先
获得书面同意

每个保险期内
最高限额 3,000 美元

保障

尊享

28. 家居护理:

- i) 由医生或专科医生推荐,在被保险人接受住院或日间留院治疗后,由合格护士在被保险人家中提供护理的费用。
- ii) 在出现紧急出诊要求的情况下,全科医生在正常门诊时间之外的出诊费用。

- (i)  每个医疗状况全额赔偿最高达120日
需要预先
获得书面同意 
- (ii)  每个保险期间内
最高达5次

29. 艾滋病:

被保险人因有证明的工作意外事故或输血而感染人类免疫缺陷病毒(HIV)和/或人类免疫缺陷病毒HIV相关疾病,包括获得性免疫缺陷综合征(AIDS)或艾滋病相关综合征(ARCS)和/或上述疾病的任何突变病症或异种,保险人应赔付与之相关或由其引起的实际医疗费用。**赔付费用仅限于与诊断前后咨询、针对性例行检查、药物和敷料(试验性或未经审批的除外)、医院住宿及护理相关的费用。**

* 对于急诊室服务人员、从事医疗职业或牙科的人员、实验室助理、药剂师或医疗机构服务人员,须出示证明证实其在执行本职工作任务时意外感染上人类免疫缺陷病毒(HIV);保险单生效日或批单签发日(二者以后发生日为准)起的三年后感染上人类免疫缺陷病毒(HIV);根据被保险人职业对应的正常程序,导致自身感染上人类免疫缺陷病毒(HIV)的工作事故已上报,并经调查及备案;感染后的五日内接受了检查,结果显示体内没有人类免疫缺陷病毒(HIV)或人类免疫缺陷病毒抗体(HIV 抗体);上报职业意外事故后的12个月内进行了人类免疫缺陷病毒(HIV)呈阳性测试。

** 被保险人由于输血感染上述病毒或疾病适用前提是在住院期间进行的医疗上必需的输血治疗。

等待期:此保障仅限于已连续投保三年或以上之被保险人。

该保障需要预先
获得书面同意 

 每个保险期内
最高限额50,000 美元

30. 生育保障(无自付比例):

被保险人正常怀孕或分娩期间实际产生的医疗必需费用;包括分娩费用、产前与产后六周内检查、扫描、自然分娩或自愿/紧急剖腹产的费用。本保障亦包含出生24小时内儿科医生就新生儿首次检查/体检的收费,以及幼儿2周岁生日前由医生或专科医生建议的儿科健康检查费用,包括体格检查,身高体重头围胸围等测量,视力听力等感知觉筛查,智能心理评估,生长发育检查,遗传病及代谢疾病筛查,疫苗注射,尿检,结核试验,血球容积分比,血红蛋白及其他血液检查,包括镰状细胞贫血的筛查。

等待期:生育保障生效日后的12个月内产生的任何费用不予赔付。

此保障有20%的自付比例。

请注意:因为这是个人选择,保险人对于育儿或其他相关课程一概不予赔付。

剖腹产的费用只有在您的保单包含生育福利的情况下才能向我们索赔。其他任何福利均不涵盖剖腹产。

免赔额适用于此保障。

 每个保险期内
最高限额17,500
美元

保障	尊享
31. 牙科: i) 例行牙科治疗：牙科执业医师在牙科手术期间进行例行牙科治疗的费用。 例行牙科治疗包括： • 牙齿检查（每年两次），即评估坏牙、缺牙、填充牙，若有必要其中包括照牙科X光 • 预防性洗牙、抛光和窝沟封闭（每年两次） • 补牙（标准牙科汞齐合金或复合材料）和拔牙； • 根管治疗（但不包括在接受牙根管治疗后装上牙冠）； • 处方药和敷料。 其他牙科治疗一概不适用上述例行牙科治疗保障。 等待期：被保险人保单生效日后的9个月内产生的任何费用不予赔付。 此保障有20%的自付比例。 免赔额或门诊每次就诊免赔额并不适用于此保障。 ii) 复杂牙科治疗：牙科执业医师的收费以及以下治疗的费用：承保范围内的复杂牙科治疗，例如针对以下项目进行牙根尖切除术：齿根断裂、齿根严重弯曲、牙齿上有牙帽或牙桩、根管治疗无法治愈的囊肿或感染、根管穿孔、新装或修复牙冠、假牙、嵌体和牙桥、反复发作的疼痛和感染、无法通过X光确定问题根源的持续症状、钙化、需要进行手术的牙根表面和周围骨质的损伤、种植牙及处方药和敷料。 其他牙科治疗一概不属于此类保障。 等待期：保险合同生效日期之后的9个月内产生的任何费用将不予赔付。 此保障有20%的自付比例。 所有牙齿矫正治疗有50%的自付比例。 免赔额或门诊每次就诊免赔额并不适用于此保障。	(i)  每个保险期内 最高限额1,500美元 (ii)  每个保险期内 最高限额3,000美元

附加选项	尊享
32. 美国境内的选择性治疗: (i) 被保险人在美国住院或日间留院治疗符合保障范围内疾病时的相关医疗费用。若被保险人在保险人公布的国际医疗网络内医院接受治疗，医疗费用可获全额赔付。 (ii) 被保险人在美国接受符合保障范围的门诊治疗的相关费用，将以您的保单门诊限额赔付。 若在保险人公布的国际医疗网络外医院接受住院或日间留院治疗，则有50%的自付比例。 如果选择其中之一个地理区域覆盖选项，则无法选择美国境内的选择性治疗选项。	门诊诊断和手术、日间和住院治疗 需要预先获得书面同意   可供选项  每名被保险人于每个保险期内的最高限额1,500,000 美元
33. 门诊费用的自付比例: 所有符合保障范围的门诊治疗费用有10%自付比例。 如果被保险人的保险单中含有生育保障、牙科保障、体检、眼科、疫苗保障，其相应的自付比例将会在被保险人的保障一览表中列明。 自付比例并不适用于以下治疗: - 肾透析/肾衰竭、癌症、器官移植。	 可供选项
34. 门诊费用的自付比例 – 选项 2: 所有符合保障范围的门诊治疗费用有20%自付比例。 如果被保险人的保险单中含有生育保障、牙科保障、体检、眼科、疫苗保障，其相应的自付比例将会在被保险人的保障一览表中列明。 自付比例并不适用于以下治疗: - 肾透析/肾衰竭、癌症、器官移植。	 可供选项
35. 香港优选医疗网络: (仅限投保零免赔额保险计划的香港居民) 住院期间，医院住宿仅限双人病房或普通病房。 符合保障范围的治疗之相关的医疗费用将按计划保障限额全额赔付，前提是： • 在香港优选医疗机构网络内接受治疗；或 • 香港优选医疗网络不提供此治疗；或 • 治疗在香港以外地区进行。 符合保障范围的治疗，如遇以下任何一种情况，有30%的自付比例： • 香港优选医疗网络提供此治疗但被保险人选择在香港优选医疗网络外接受治疗；或 • 香港优选医疗网络提供此治疗，被保险人接受治疗但被保险人支付并索赔所接受的治疗费用（牙科除外因牙科不提供直付服务）。 若本计划包含生育保障或牙科保障自付比例，此30%自付比例需在扣除生育保障或牙科保障自付比例后扣除。	 可供选项

附加选项

尊享

36. 生育保障 (20%的自付比例):

被保险人正常怀孕或分娩期间实际产生的医疗必需费用;包括分娩费用、产前与产后六周内检查、扫描、自然分娩或自愿/紧急剖腹产的费用。本保障亦包含出生24小时内儿科医生就新生儿首次检查/体检的收费,以及幼儿2周岁生日前由医生或专科医生建议的儿科健康检查费用,包括体格检查,身高体重头围胸围等测量,视力听力等感知觉筛查,智能心理评估,生长发育检查,遗传病及代谢疾病筛查,疫苗注射,尿检,结核试验,血常规积比,血红蛋白及其他血液检查,包括镰状细胞贫血的筛查。

等待期: 被保险人保单生效日后的12个月内产生的任何费用不予赔付。

此保障有20%的自付比例。

请注意: 因为这是个人选择, 保险人对于育儿或其他相关课程一概不予赔付。

剖腹产的费用只有在您的保单包含生育福利的情况下才能向我们索赔。其他任何福利均不涵盖剖腹产。

团体保险免赔额适用于此保障。

可供选项

适用于
强制性团体计划
10人以上员工

每个保险期内
最高限额17,500美元

37. 体检、眼科、疫苗:

- (i) 体检保障: 保险人应赔付例行健康检查, 包括癌症筛查、乳腺癌1号和2号基因检查(如直系家属有病史)、骨密度检查(50周岁以上女性被保险人每5年可做1次)、心血管系统检查, 神经系统检查、生命体征检查(例如, 血压、体重指数、尿分析和胆固醇)、儿童体检(至5周岁)的费用和/或
- (ii) 眼科保障: 保险人应赔付眼科医生的收费, 其中包括光学眼镜配镜师每年进行眼科检查的费用, 包括当被保险人的医疗处方变更时所需的眼镜框与眼镜片在内的眼镜配镜费用, 和/或隐形眼镜费用, 以及激光眼科手术及相关并发症的费用, 但须保证总保障费用不大于双方同意的每个保险期内最高眼科保障金额(眼科保障最高限额300美元)(即使是处方的太阳眼镜或光致变色镜片亦不在承保范围之内)和/或
- (iii) 疫苗保障: 医疗必需的免疫疫苗和加强药物注射, 以及医疗必需的任何旅行疫苗和疟疾预防注射, 保险人将赔付相关药物费用和咨询费用。

责任免除5.10条款并不适用于此保障。

可供选项

适用于
强制性团体计划
3人以上员工

每个保险期间的综合
最高限额500美元
(眼科保障最高限额
300美元)

38. 体检、眼科、疫苗 — 选项2:

- (i) 体检保障: 保险人应赔付例行健康检查, 包括癌症筛查、乳腺癌1号和2号基因检查(如直系家属有病史)、骨密度检查(50周岁以上女性被保险人每5年可做1次)、心血管系统检查, 神经系统检查、生命体征检查(例如, 血压、体重指数、尿分析和胆固醇)、儿童体检(至5周岁)的费用和/或
- (ii) 眼科保障: 保险人应赔付眼科医生的收费, 其中包括光学眼镜配镜师每年进行眼科检查的费用, 包括当被保险人的医疗处方变更时所需的眼镜框与眼镜片在内的眼镜配镜费用, 和/或隐形眼镜费用, 以及激光眼科手术及相关并发症的费用, 但须保证总保障费用不大于双方同意的每个保险期内最高眼科保障金额(眼科保障最高限额600美元)(即使是处方的太阳眼镜或光致变色镜片亦不在承保范围之内)和/或
- (iii) 疫苗保障: 医疗必需的免疫疫苗和加强药物注射, 以及医疗必需的任何旅行疫苗和疟疾预防注射, 保险人将赔付相关药物费用和咨询费用。

责任免除5.10条款并不适用于此保障。

可供选项

适用于
强制性团体计划
3人以上员工

每个保险期间的综合
最高限额1,000美元
(眼科保障最高限额
600美元)

39. 体检、疫苗 — 选项3:

保险人应赔偿以下项目实际产生的相关医疗费用:

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

责任免除5.10条款并不适用于此保障。

可供选项

每个保险期内综合
最高限额250美元

附加选项	尊享
40. 既往病史不咎: 适用于10名员工或以上的统一投保的团体保险单。 如选择「既往病史不咎」,则等待期不适用于怀孕期间医疗状况、生育保障、牙科、住院现金津贴(ii)。	 可供选项 适用于 强制性团体计划 10人以上员工
41. 香港病房限制: (仅适用于香港居民) 如保障 2 (i) 所述,但在香港住院时,病房限于一般病房或双人病房住宿。	 可供选项
42. 香港和中国大陆的病房限制: (仅适用于中国大陆居民) 如保障 2 (i) 所述,当中国大陆居民在香港住院时,限于一般病房或双人病房住宿;被保险人或可选择15%的自付比例,每个医疗状况最高自付额为7,500美元,从而在中国大陆任何一家昂贵医院接受承保范围内的住院或日间留院治疗及任何医生的治疗。昂贵医院的定义及范围由保险人事先约定并由保险人不时提供更新。	 可供选项  15%的自付比例,每个医疗状况最高自付额为7,500美元
43. 香港昂贵医院限制: (仅适用于香港居民) 在港安医院、养和医院或明德医院医疗机构网络内接受住院、日间留院或门诊治疗有30%自付比例。	 可供选项
44. 牙科自付比例移除: 牙科治疗无自付比例。	 可供选项 适用于 强制性团体计划 10人以上员工

附加选项	尊享
45. 转运和送返的增强保障 保险人应赔付以下项目实际产生的费用： 转运 保险人安排患有符合保障范围内的危重被保险人运送到最近的医疗机构进行住院或日间留院治疗。转院地点须是最近的、位于被保险人居住国、国籍国或被保险人选定国家内的医疗机构。赔付如下合理费用： i) 在被保险人需接受紧急治疗而事故发生地无法提供医疗上必需的救护接送与护理的情况下，运送被保险人时产生的交通费用。其中包括一名随行照料人员陪护行程中的经济舱机票。 ii) 被保险人在接受日间留院治疗期间，往返医院就诊时的当地合理交通费用。 iii) 被保险人入院后随行照料人员由于看望被保险人往返医院时产生的合理交通费用。 iv) 仅限住院前或出院后短期内，被保险人接受专科医生护理时的合理非医院住宿用。 在保险人认可的滑雪场或类似的冬季运动场所范围之外，进行任何海空营救或山地救援时产生的转运费用，一概不予赔付。 被保险人选定的国家须具备合适医疗设施。 保险人的医学顾问将判断被保险人选定的国家是否具备合适医疗设施以治疗被保险人符合保障范围的医疗状况。保险人的医学顾问将决定转运时的最合适的交通方式。如违背保险人医学顾问的意见，保险人不赔付交通费用。另外，如果被保险人前往的医院不具备合适医疗设施用以治疗被保险人之符合保障范围的医疗情况，则相关的交通费用将不予赔付。 免赔额适用于此保障。 送返 经由医疗上必需且由保险人安排的转运之后，在被保险人完成治疗后的一个月內，被保险人与被保险人的一位随行照料人员将可获安排经济舱机票安排返回治疗地、或被保险人的国籍国或居住国。 此保障不包括单独送返，需要已经完成最初的医疗上必需的转运，才可赔付此符合保障范围的送返费用。 此保障不包括正常怀孕和分娩及怀孕期间医疗状况有关费用。 免赔额适用于此保障。	该保障需要预先获得书面同意 可供选项 (i) 全额赔偿 (ii) 全额赔偿 (iii) 全额赔偿 (iv) 每日最高限额300美元 每人每次转运 最高限额10,000美元 该保障需要预先获得书面同意 全额赔偿
46. 移除生育保障: 如果您选择此项，则保障 30 - 生育保障不予赔付。	可供选项
门诊每次就诊免赔额选项	尊享
门诊每次就诊免赔额: 门诊每次就诊设有 25 美元免赔额，并适用于被保险人在保险人公布的国际医疗网络内或网络外医疗机构所接受属于保障范围的门诊治疗。 门诊每次就诊免赔额并不适用于牙科保障 (如福利表中包括牙科保障)。 门诊每次就诊免赔额并不适用于与肾透析/肾衰竭、癌症或器官移植的医疗咨询费。	可供选项 25 美元
门诊每次就诊免赔额 – 选项 2: 门诊每次就诊设有 15 美元免赔额，并适用于被保险人在保险人公布的国际医疗网络内或网络外医疗机构所接受属于保障范围的门诊治疗。 门诊每次就诊免赔额并不适用于牙科保障 (如福利表中包括牙科保障)。 门诊每次就诊免赔额并不适用于与肾透析/肾衰竭、癌症或器官移植的医疗咨询费。	可供选项 15 美元
免赔额选项	尊享
标准免赔额	零
自选免赔额 请注意： 如果您选择自付比例，则还必须选择门诊费用的自付比例选项或门诊每次就诊免赔额选项。 根据第 19 项保障和第 45 项保障，任何必要的医疗治疗均需支付自付额。	150 美元 250 美元 500 美元 1,000 美元 2,500 美元 5,000 美元 10,000 美元 15,000 美元

5. 责任免除：什么不包括在保障范围内？

除在保险凭证中详细列明的所有个人除外责任外，以下保险单的除外责任亦同样适用。这些包括可能被视为个人选择的治疗（如美容治疗）和其他不包括在保险范围内的治疗，以使保费保持在负担得起的水平。

5.1 恐怖主义行为、战争与违法行为

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

5.2 行政与运输费用

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

5.3 酗酒与药物滥用

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

5.4 过敏测试

任何过敏原检测均不在承保范围之列，即使由医生开处方。

5.5 化学品暴露

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

5.6 整容/美容治疗

被保险人由于进行美容或整形治疗而产生的治疗费用（无论是否出于心理因素目的）或与之前美容或整形手术相关的任何用于改善外观的治疗费用（包括但不限于痤疮治疗、牙齿美白、雀斑及脱发治疗）均不在承保范围之列，即使该治疗为医疗处方所建议。

保险人仅赔付被保险人在参保期间内遭遇意外事故或因接受符合本保险合同保障范围内的疾病而接受了外科手术，其后为了恢复正常人体功能或外貌而接受的整形外科手术（仅限于初次手术）。

5.7 污染

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

5.8 慢性病

如果被保险人根据尊安保险单选项投保，则承保范围不包括被保险人因调理慢性疾病而承担的费用。

5.9 昏迷或植物人状态

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

5.10 免赔额、门诊每次就诊免赔额或自付比例

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

5.11 牙科护理

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

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

5.12 发育异常

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

5.13 食物补充品和洗化产品

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

5.14 进食失调

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

5.15 实验性治疗和药物

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

5.16 视力检查或视力矫正、听力检查、听力或视觉辅助

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

5.17 外部器械和/或假体

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

5.18 不遵医嘱

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

5.19 胎儿手术

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

5.20 基因检测

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

5.21 高风险运动及工作

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

5.22 人类免疫缺陷病毒、艾滋病或性传染疾病

被保险人在下列情形下接受治疗所发生的费用不在承保范围之列，这些情形包括：除在保障一览表中列明以外，还包括因获得性免疫缺陷综合征(AIDS)、艾滋病相关综合征(ARCS)和所有由人体免疫缺陷病毒(HIV)导致的或与之相关（或两者兼有）的疾病以及性传播疾病而接受的治疗。非医疗处方的艾滋病毒检测或签证申请筛查产生的费用均不在承保范围之列。

5.23 激素替代治疗

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

5.24 肥胖和减肥

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

5.25 在护理院、疗养院、康体水疗院、健康度假村、健康水疗中心和自然疗法诊所的治疗

被保险人在护理院、疗养院、康体水疗院、健康度假村、健康水疗中心和自然疗法诊所或类似机构接受的治疗均不在承保范围之列。相关疗养费用或被保险人出于观察目的而住院的费用不在承保范围之列。如果延长护理的原因是被保险人年老体衰，和/或医院实际上已经成为被保险人的休息居住场所，则延长护理的费用不在承保范围之列。

5.26 怀孕或分娩

被保险人因怀孕或分娩、医疗上必需的和/或紧急剖腹产或自愿剖腹产而产生的费用不在承保范围之列，除非生育保障列在被保险人的保险合同中。

这些费用仅包含在生育保障保障中，不包含在任何其他保障保障中或不能从任何其他保障保障中获得赔付[除非是保障保障第9款(怀孕期间医疗状况)中所列之符合保障范围内的医疗状况]。

5.27 投保前疾病

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

投保前疾病的定义为任何疾病或损伤在保险单起始日期或者保险单加入日期前：

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

5.28 职业体育运动

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

5.29 生殖医学

以下相关的费用不在承保范围之列：

- (i) 不孕不育和生育力的检查或治疗，或辅助受孕；
- (ii) 绝育（或其逆转）；
- (iii) 避孕。

5.30 例行检验、健康检查

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

5.31 第二诊疗意见

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

5.32 自残或试图自杀

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

5.33 性问题和变性

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

5.34 睡眠失调

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

5.35 中医治疗

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

5.36 旅行/住宿费用

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

5.37 违反医生嘱咐旅行的费用

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

5.38 来自家庭成员的治疗

来自家庭成员或用于自我疗法的治疗所产生的费用不在保障范围之列。

5.39 超出合理及惯常收费范围的治疗费用

超出合理及惯常收费范围的治疗费用不在承保范围之列。

6. 团体保险计划管理

6.1 保险合同

本团体保险合同由协议、申请表、和任何证明文件、保险凭证、保障一览表和包含团体保险计划条款和条件的手册构成了计划持有人与我们之间的合同。

6.2 支付保费

在大多数情况下，贵公司/雇主负责支付保费。在每个团体计划年度开始时，我们将计算您的新保费，并通知计划管理员具体金额。

计划管理员必须在保费到期时支付您的保费。我们必须在团体计划开始日、到期日之前，或最晚在我们书面接受后的 30 天内（若有签发暂保单）收到保费。如果计划管理员未按时支付，我们将取消您的福利，且不会支付在保费到期日之后发生的任何治疗或福利权益。

6.3 符合资格

6.3.1 生效日期

保险自您保险凭证上显示的「开始日」起生效，前提是我们已收到您的保费款项。根据所选的保费支付方式，我们可能会签发暂保单，而保费须在我们书面接受后的 30 天内支付。

6.3.2 在职工作

「在职工作」系指您受雇于投保人，担任全职永久员工，并按照您的雇佣条款，以习惯方式及全职身分履行您所有的日常职责。

如果您是员工，您在符合加入本团体计划资格当日，必须处于「在职工作」状态。如果您在符合资格当日并非「在职工作」，您的保障将延至您返回工作岗位且符合「在职工作」之日方始生效。您只能在返回工作岗位后，方可加入您的连带被保险人。

若符合以下情况，您将被视为非「在职工作」：

您工作时间少于雇佣条款中规定之必要工作时数的 80%，或领取的薪酬低于正常薪酬的 80%。

您因医疗状况需要离开日常工作地点超过 60 天（当地法规允许的产假/ 陪产假除外）。

6.3.3 地方法规

会员资格可能取决于您居住国家的当地保险牌照立法。在加入本团体计划之前及作为本计划会员期间，您有义务随时满足您居住国家的当地立法要求。

6.3.4 非合格居住地

若您永久居住在非本团体计划保障范围内、且我们已在续保日通知的国家，则您不符合本团体计划的投保资格。有关排除国家的详情，请致电 +852 2279 7310 联络我们的客户服务团队。

6.4 新增连带被保险人

在符合您团体计划条款与细则的前提下，若您日后希望将配偶、伴侣或子女加入您的团体计划，计划管理员必须透过官方网站（www.now-health.com）的个人安全帐户专区办理，或安排您填写新的申请书（如适用）。

在我们接受该受养人的申请且收到保费保款之前，保障不会开始。

6.5 新生儿加入本保单

您可以申请将新生儿（由投保人或投保人配偶所生）添加到计划中，从其出生之日起生效。通常情况下，无需填写其病史详情，前提是您在其出生后 30 天内添加。您可以通过访问 www.now-health.com 上的在线安全帐户区域进行申请。

但是，如果出现以下情况，我们将需要您提供婴儿的病史详情：

- 婴儿出生日期距离您或配偶的生效日期（以较晚者为准）不足10个月；或
- 婴儿已被收养；
- 婴儿是通过任何辅助受孕方法或任何类型的生育治疗（包括但不限于生育药物治疗）出生的。

在这种情况下，我们保留对所提供的保障施加特定限制的权利，我们将尽快通知您这些条款。这可能会限制您婴儿对既往疾病的保障范围。这意味著，对于加入保险前已存在的疾病，例如在特殊护理婴儿病房接受的治疗，将不予承保，您将需要承担这些费用。

6.6 更改您的保障

后续的保障变更只能在续保时进行。

6.8 连续转移条款

我们将维持您现有承保或特殊接受条款，如您当前保险公司所示，例如任何暂停期或特定除外责任，并且您在我们这里的计划将受本计划条款和条件的约束。我们接受您原先的生效日期将适用于您在我们这里的计划，任何转移均不提供任何额外保障。从公司计划转移到个人计划须经我们书面同意。

7. 提出投诉

7.1 如何提出合理投诉？

我们与保险人致力向您提供直接明了的服务。其中很重要的一个环节便是在书面文件或电话交谈中向您提供清楚准确的信息。作为时康的会员，我们的客户服务团队将会为您提供最好的服务。他们能够帮助您提交理赔，并且提醒您关于您的保险计划中可能存在的限制（请记住您的保险并不是保障所有的不测事件）。

如果您对我们提供的服务不满意，或者您不认同我们的决定，我们将会尽力解决您的疑虑。您的反馈也会帮助我们改善服务。请联系我们的董事总经理。

第一步

如果您对于我们提供的服务有任何不满意，请联络我们的客户服务团队 T +852 2279 7310 或 CustomerService@now-health.com

您也可以直接透过 www.now-health.com 上的在线安全帐户区域提交投诉。

我们确认收到您的投诉后并会展开调查。

调查结束后，我们会给您回覆。如有任何不可避免的延误，我们会告知您。

我们的目标是妥善解决您的投诉，并将结果告知您。

第二步

我们希望能够妥善解决您的投诉。但是，如果您对我们处理的结果不满意，您可以将投诉提交至以下相关机构。

请查阅香港保险业监管局的线上指引：

https://www.ia.org.hk/en/consumer/lodge_a_complaint.html 以确定您不满的具体原因。根据您的具体原因，

您可以将投诉提交至以下机构之一：

香港保险业监管局，或
保险投诉局，或
金融纠纷解决中心

7.2 我享有哪些监管保障？

香港保险业监管局

我们的活动最终由香港保险业监管局监督和管理。

保险业监管局的使命是保障投保人的利益，并促进保险业的整体稳定。

其愿景是提升香港作为拥有世界一流监管体系的国际保险中心的地位，促进金融市场发展，并增进公众对保险的了解。

其价值观以最高的专业水准和最坚定的承诺为基础，以确保保险业满足公众的期望。

保险业监管局的主要职能是确保投保人的利益得到保障，并促进保险业的整体稳定。

有关香港保险业监管局的更多信息，请访问 www.ia.org.hk。

7.3 资料保障相关信息

请确保您向您的计划涵盖的其他人展示以下信息，或让他们了解其内容。

我们和保险人将对《个人信息保护法》要求提供的所有个人信息严格保密。我们和保险人收集您和您的家属的个人信息(包括健康、银行账户和职业)，目的是建立和管理您的计划。这包括您提供的信息，如家庭成员、医疗机构或您的雇主(如适用)。您的信息可能会转交至负责管理您的保险计划的时康国际集团公司、保险人、医生、医疗援助公司及理赔管理人，包括位于香港特别行政区境外的机构。任何协助管理您的保险计划的第三方亦需承担相同的保密责任，包括位于香港特别行政区境外的第三方。在某些情况下可能会要求医疗机构(或其他人)提供进一步的信息，您的个人信息未经您的同意，不会向其他组织披露。

您有权访问和更正我们和保险人掌握关于您的信息。如果您想行使此等权利，请联系我们。我们或保险人收集关于您的一些信息可能被分类为“敏感”信息——即有关种族或民族血统以及身体或心理健康的信息。数据保护法对敏感信息施加了特定条件，包括在某些情况下，我们或保险人处理信息之前需要获得您的明确同意。

当您提供有关家庭成员的信息时，我们和保险人将认为您已经获得他们的同意。作为计划的合法持有人，有关计划的所有通信，包括理赔信件，将发送给计划持有人。如果受保于本计划的任何18岁以上的家庭成员不希望这种情况发生，他们应该自行申请加入该计划。

在某些情况下，法律要求向执法部门披露与涉嫌欺诈性索赔和其他犯罪有关的信息。如有需要，我们将向第三方(包括其他保险公司)披露信息，以预防或调查犯罪，包括欺诈或其他有合理怀疑的不当索赔。这可能涉及将非医疗信息发送给其他保险公司和执法机构可以访问的数据库中。此外，如果有理由认为一名医生的执业资格可能受到损害，将向健康委员会或其他相关监管机构通报任何问题。

如果您希望时康国际集团公司通过信函、短信或电子邮件与您联系并提供其他IPMI或相关产品和服务的详细信息，请联系我们的客户服务团队或按本手册背面的地址写信给我们。时康国际集团公司名单及其联系方式，以及我们的数据隐私政策可在 www.now-health.com/privacy 上找到。

时康国际集团公司可能会将您的健康声明信息转交至其他保险公司或再保险公司，以进行风险管理、合同谈判、研究、研发和分析，以及推广其他可能您感兴趣的产品。

为了提供本保险计划条款，我们可能需要将保险人敏感信息发送给第三方的国家/地区，而这些国家/地区可能并非适用资料保护法律规定的资料传输管辖区。

8. 权利和责任

我们与您之间的协议、申请表、员工申请表（如适用）和任何证明文件、保险凭证、保障一览表和包含团体保险计划条款和条件的手册构成了计划持有人与我们之间的合同，目的是在您需要治疗时为您提供保障。

8.1 您的权利和责任

- 8.1.1** 您必须确保，每当您被要求向我们提供任何信息时，您提供的所有信息均真实、准确且完整，以便我们能够公平地了解我们所承担的风险（这些是您向我们作出的陈述）。如果我们之后发现并非如此，并且您的陈述是故意、鲁莽或疏忽的，那么我们可能会取消本计划（包括不退还计划保费），或适用不同的承保条款，这些条款应与我们最初收到公平信息时所适用的条款一致。这些条款可能会增加计划保费并减少您的索赔金额。
- 8.1.2** 本团体计划仅适用于居住在国籍国以外的人士，但某些我们已明确同意承保当地国民的国家除外。因此，如果您或任何家庭成员已前往您的国籍国居住，您必须立即告知我们。这意味着他们将在该国居住超过一年中的六个月。如果您变更主要居住国，也必须告知我们。如果您未告知我们，我们可以拒绝支付您申请的保障。
- 8.1.3** 任何非本团体计划当事人的个人或实体均无权依据《合约（第三人权利）条例》（香港法例第623章）强制执行本计划的任何条款。
- 8.1.4** 若您滥用此类门诊直接结算会员卡，我们概不承担责任。若我们已支付相应款项，我们可以向您追回这些款项。
- 8.1.5** 本团体计划受香港法律管辖并依其解释，双方同意接受香港法院的管辖。

8.2 我们的权利和责任

- 8.2.1** 我们将以书面形式告知计划持有人计划的生效日期以及任何适用的特殊条款。我们有权拒绝提供保障，如果拒绝，我们会通知您。
- 8.2.2** 如果您的保障因任何原因中断，只要您随后支付保费，我们可能会恢复保障，但保障条款可能会有所变更。我们接受您的申请须经我们书面同意并经您接受。
- 8.2.3** 我们有权拒绝将家庭成员添加到计划中，如果拒绝，我们会通知计划持有人。
- 8.2.4** 我们将支付在已支付保费期间所发生的符合条件的费用。
- 8.2.5** 如果您违反了我们合理认为属于基本条款的任何计划条款，我们（在遵守8.2.8的前提下）可以采取以下一项或多项措施：
- 拒绝支付任何保障金；或者，如果我们已经支付了保障金，我们可以向您追偿因违约而给我们造成的任何损失
 - 拒绝续保您的计划
 - 对我们准备提供的任何保障施加不同的条款
 - 立即终止您的计划及其项下的所有保障
- 8.2.6 保障中断**
- 无论出于何种原因，如果保障中断，我们保留重新适用第5.27条除外责任的权利，该除外责任适用于既往疾病。
- 8.2.7** 我们放弃追究您违反本计划任何条款或条件的责任，并不妨碍我们随后执行该条款或条件，也不应被视为放弃追究您随后的任何违约行为。

-
- 8.2.8** 如果您（或任何代表您行事的人）明知您的索赔是虚假的或欺诈性的（即您作出虚假陈述），我们有权拒绝支付该索赔的赔偿金，并可宣布该计划无效，如同该计划从未存在过一样，如果我们已支付赔偿金，我们可以向您追回这些款项，如果我们已支付的索赔后来被认定为欺诈性的（无论全部或部分），我们将能够向您追回这些款项。
- 8.2.9** 我们保留所有代位求偿权，未经我们事先书面同意，您无权承认对任何事件的责任，或作出任何对您、您的受抚养人或保险凭证中列明的任何其他人士具有约束力的承诺。
- 8.2.10** 我们可能不时修改手册条款或保障计划，但任何修改均须在下一个年度续保日生效。我们将以书面通知您此类变更，具体方式为将详细信息发送至我们掌握的您的主要联系资讯。我们保留自任何续保日起修订或终止本计划的权利。任何变更或修改，除非以书面形式并由我们授权的员工代表我们签署，否则均不予承认。
- 8.2.11** 任何保险人均不应被视为提供保险保障，且任何保险人均不应承担支付任何索赔或提供任何利益的责任，如果提供此类保障、支付此类索赔或提供此类利益将使该保险人受到联合国决议或欧盟、英国或美国的贸易或经济制裁、法律或法规的任何制裁、禁止或限制。
- 8.2.12** 如果根据任何相关司法管辖区（包括马耳他、阿联酋、英国、欧盟、美国）的法律，我们的义务（或我们集团公司和管理人的义务）阻止或限制我们履行本计划项下的义务，我们将不提供保障或支付理赔。
- 如果这样做违反了适用的法律、法规、准则或法院命令，或者我们受到或将受到其他制裁、阻止或限制，我们将不向您提供任何服务或权益，包括但不限于接受保费支付、理赔支付和其他报销。
- 如果我们认为您或您的董事或高级职员属于受制裁人员，或者您从事的活动受到贸易或经济法律法规的制裁，我们可能会终止您的计划。
- 8.2.13** 本计划以英文撰写，所有其他与本计划相关的信息和通讯也将以英文进行，除非我们另有书面约定。

免责声明：

本文件为《全球保》医疗保险会员手册(下文简称「《会员手册》」)部分节选内容的中文译本。本文件仅用于提供信息/参考之用。《会员手册》整体采用英文书就，在所有方面均应适用。如果本节选部分的中文版本与英文版本有任何不一致之处。应以英文版本为准。AXA General Insurance 与 Now Health International (Asia Pacific) Ltd 对其所提供之译本中出现的任何错误、遗漏、差异或歧义不承担任何责任/义务。如需了解更多细节，敬请查阅《会员手册》的英文版本。



Plans issued in Hong Kong are underwritten by AXA General Insurance Hong Kong Limited and arranged by Now Health International (Asia Pacific) Limited.

Registered address: Unit 3301A, 33/F, AIA Tower, 183 Electric Road, North Point, Hong Kong.

Insurance Agent Registration Number: 10974559.

免责声明: 此翻译版本根据客户要求提供并仅供参考。手册全方面由英文制定及管理。如翻译版本跟英文版手册摘录版本有任何不一致的地方, 将以英文版本为准。提供的翻译版本如有任何错误, 遗漏, 差异或歧义, 本公司/保险人不用承担任何责任。详情请参阅英文版手册。

Now Health International

Hong Kong

Now Health International (Asia Pacific) Limited
Unit 3301A, 33/F, AIA Tower, 183 Electric Road
North Point, Hong Kong
T +852 2279 7310
CustomerService@now-health.com