



请扫描以查询验证条款

爱心人寿保险股份有限公司

爱心人寿牙齿正畸医疗保险条款

阅读指引

条款是保险合同的重要内容，为充分保障您的权益，请您仔细阅读条款。

本阅读指引有助于您理解条款，对本合同内容的解释以条款为准。

您拥有的重要权益

	保障范围	每份保险单给付一次牙齿正畸治疗的牙齿正畸医疗保险金和该次牙齿正畸治疗的牙齿正畸并发症保险金
	保障责任	① 牙齿正畸医疗保险金，保险责任范围内的费用按 100%比例给付，我们与指定医院直接结算 ② 牙齿正畸并发症保险金，给付本合同已交保险费
	认可医院	须为我们的指定医院
	保险期间	保险期间为 1 年，保险责任可延续至牙齿正畸治疗流程结束

示例：



甲先生，为自己购买了“爱心人寿牙齿正畸医疗保险”成人尊享计划，保险金额为 30000 元，约定赔付比例为 100%。在未来 1 年里，甲先生将获得以下保障：

保障范围	保险金额	案例说明
牙齿正畸医疗保险金	30000 元	在这 1 年里，若甲先生在我们的指定医院进行牙齿正畸治疗，那么对于保险责任范围内的医疗费用，我们按 100%比例给付牙齿正畸医疗保险金，并且我们与指定医院直接结算，无需甲先生垫付； 但对于保险责任范围之外的医疗费用，如术前治疗（包括牙周治疗、植骨等）费用，则需由甲先生自行承担。
牙齿正畸并发症保险金	已交保险费	此后 2 个月，医院确诊甲先生出现因牙齿正畸治疗引起的牙槽骨严重吸收。我们向甲先生给付牙齿正畸并发症保险金，金额为甲先生本合同已交保险费，补偿了甲先生因牙齿正畸并发症而遭受的经济损失。

责任免除

您需要特别注意，因下列情形之一，导致被保险人医疗费用支出的，我们不承担给付保险金的责任：

- (1) 被保险人在我们指定医院外发生的任何医疗费用；
- (2) 治疗期间发生的与该正畸治疗无直接相关的其他医疗费用；
- (3) 由于被保险人特殊的医疗需要而导致的如下费用，我们不承担给付责任：
 - a. 牙齿正畸治疗流程步骤（4）术前治疗（除正畸拔牙外）发生的相关医疗费用；
 - b. 由于个人原因造成：如口腔卫生维护不佳造成的牙齿白斑、脱矿、牙龈红肿、出血、牙石堆积等情况需要治疗而发生的医疗费用。

条款目录



1 我们的 保障范围

1.1 保障计划

1.2 牙齿正畸治疗流程

1.3 保险责任

1.4 保险期间



2 我们不给付 的情形

2.1 责任免除



3 如何支付 保险费

3.1 保险费的支付



4 如何领取 保险金

4.1 受益人

4.2 保险事故通知

4.3 保险金申请

4.4 保险金给付



5 如何解除 保险合同

5.1 合同的解除



6 需要关注的 其他内容

6.1 合同构成

6.2 合同的成立与生效

6.3 投保年龄

6.4 效力终止

6.5 合同变更

6.6 通知送达

6.7 争议处理

爱心人寿牙齿正畸医疗保险条款

在本条款中，“您”指投保人，“我们”指爱心人寿保险股份有限公司。

1 我们的保障范围 这部分讲的是我们提供的保障以及保障的期间。

1.1 保障计划 本合同的各保障计划的保险金额详见附表一，保障计划由您在投保时和我们约定并在保险单上载明。

每份保障计划给付一次牙齿正畸治疗的牙齿正畸医疗保险金和该次牙齿正畸治疗的牙齿正畸并发症保险金。

1.2 牙齿正畸治疗流程 牙齿正畸治疗流程包括以下步骤：

- (1) 预约就诊；
- (2) 初诊检查：由医院进行影像检查、口腔检查、血液检查；
- (3) 计划制定：制作牙齿模型、制定矫治计划；
- (4) 术前治疗：进行正畸前口腔内疾病治疗，包括牙周治疗、牙体治疗、修复治疗、植骨、正畸拔牙等；
- (5) 佩戴矫治器；
- (6) 定期复诊；
- (7) 去除矫治器，制作保持器；
- (8) 佩戴保持器。

注：牙齿正畸治疗流程至步骤“(8) 佩戴保持器”之日结束。

1.3 保险责任 在本合同保险期间内，我们承担如下保险责任：

牙齿正畸医疗保险金 被保险人在本合同有效期内，经我们**指定医院**¹的口腔科或齿科**专科医生**²诊断需进行医学必需的牙齿正畸治疗的，对于被保险人在我们指定医院进行牙齿正畸治疗流程步骤(1)、(2)、(3)、(5)、(6)、(7)、(8)项中发生的相关牙齿正畸医疗费用，我们在扣除已从**社会基本医疗保险**³和其他任何途径获得的补偿或赔偿金额后，对其余额部分按100%给付牙齿正畸医疗保险金。

¹ **指定医院**指在本合同成立时，您与我们约定的医院。

² **专科医生**应当同时满足以下四项资格条件：

- (1) 具有有效的中华人民共和国《医师资格证书》；
- (2) 具有有效的中华人民共和国《医师执业证书》，并按期到相关部门登记注册；
- (3) 具有有效的中华人民共和国主治医师或主治医师以上职称的《医师职称证书》；
- (4) 在二级或二级以上医院的相应科室从事临床工作三年以上。

³ **社会基本医疗保险**指城镇职工基本医疗保险、城镇居民基本医疗保险、新型农村合作医疗、医疗救助等基本医疗保险保障项目，以及城乡居民大病保险等保障项目。

我们对被保险人给付的牙齿正畸医疗保险金以保险金额为限。牙齿正畸治疗流程结束之日，该项责任终止。

牙齿正畸并发症保险金 被保险人于本合同有效期内，在我们指定医院接受医学必需的牙齿正畸治疗，并于牙齿正畸治疗过程中或治疗流程结束之日后的 90 日（含）内，经指定医院的口腔科或齿科专科医生诊断为出现下列牙齿正畸治疗并发症情况的，我们按本合同已交保险费给付牙齿正畸并发症保险金，本合同效力终止。

我们承担该项责任的牙齿正畸并发症包括以下几种：

- （1）牙槽骨严重吸收⁴；
- （2）器质性关节病变⁵。

责任的延续 对本合同有效期内发生的且延续至本合同有效期后的牙齿正畸治疗，我们仍然按约定给付保险金。

1.4 **保险期间** 本合同的保险期间为 1 年。

② 我们不给付的情形 这部分讲的是在哪些情形下，我们不予给付。

2.1 **责任免除** 因下列情形之一，导致被保险人医疗费用支出的，我们不承担给付保险金的责任：

- （1）被保险人在我们指定医院外发生的任何医疗费用；
- （2）治疗期间发生的与该正畸治疗无直接相关的其他医疗费用；
- （3）由于被保险人特殊的医疗需要而导致的如下费用，我们不承担给付责任：
 - a. 牙齿正畸治疗流程步骤（4）术前治疗（除正畸拔牙外）发生的相关医疗费用；
 - b. 由于个人原因造成：如口腔卫生维护不佳造成的牙齿白斑、脱矿、牙龈红肿、出血、牙石堆积等情况需要治疗而发生的医疗费用。

③ 如何支付保险费 这部分讲的是您应按时交纳保险费。

3.1 **保险费的支付** 除另有约定外，本合同的交费方式为一次交清。本合同的交费方式和交费期间由您和我们约定并在保险单上载明。

④ 如何领取保险金 这部分讲的是谁有权领取，如何领取保险金。

⁴ 牙槽骨严重吸收指牙槽骨剩余高度不足根长的 1/3。

⁵ 器质性关节病变指通过 X 线片、造影和关节内窥镜等检查可发现关节骨、软骨和关节盘有器质性改变。

4.1 受益人 除另有指定外，牙齿正畸医疗保险金、牙齿正畸并发症保险金的受益人为被保险人本人。

受益人的指定与变更至关重要，您指定或变更受益人需经被保险人同意。在保险事故发生前，您或被保险人有权变更受益人。如果变更了受益人，请您或被保险人及时通知我们。如果未通知，我们仍将按变更前指定的受益人给付保险金。

4.2 保险事故通知 我们及时了解保险事故的性质、发生原因、损失情况，对于给付保险金至关重要。请您、被保险人或受益人在知道保险事故发生之日起 10 日内通知我们。

如果您、被保险人或受益人因故意或重大过失未及时通知，致使保险事故的性质、发生原因、损失情况等难以确定的，我们对无法确定的部分，不承担给付保险金的责任。

4.3 保险金申请 申请保险金时，请按下列方式办理：

牙齿正畸医疗保险金 被保险人去指定医院就诊时需填写《牙齿正畸治疗就诊单》，并须提供下列证明和资料：

- (1) 被保险人的**有效身份证件**⁶；
- (2) 医疗卡等其他就医相关资料。

牙齿正畸并发症保险金 由受益人或其监护人填写理赔申请书，并须提供下列证明和资料：

- (1) 本保险合同；
- (2) 受益人或其监护人的有效身份证件，以及能够证明监护关系的证明文件；
- (3) 提供牙齿正畸治疗的指定医院出具的诊断证明；
- (4) 所能提供的与确认保险事故性质、原因等有关的其他证明和资料。

以上证明和资料不完整的，我们将一次性通知受益人补充提供有关证明和资料。

4.4 保险金给付 对于被保险人在指定医院发生属于本合同牙齿正畸医疗保险金责任范围内的相关牙齿正畸医疗费用，我们按约定向指定医院直接给付牙齿正畸医疗保险金；对于不属于本合同保险责任范围内的医疗费用，由被保险人直接支付给指定医院。

对于牙齿正畸并发症保险金，我们在收到被保险人或受益人的理赔申请书及有关证明和资料后，将在 5 日内作出核定；情形复杂的，将在 30 日内作出核定。被保险人或受益人补充提供有关证明和资料所经历的期间不包括在上述期间内。

⁶ 有效身份证件指由政府主管部门规定的证明其身份的证件，如：居民身份证、按规定可使用的有效护照、军官证、警官证、士兵证、居民户口簿（仅限未成年人）等证件。

我们同意给付的，在与被保险人或受益人达成给付保险金的协议后 10 日内履行给付保险金义务。

我们拒绝给付的，自作出核定之日起 3 日内向被保险人或受益人发出拒绝给付保险金通知书并说明理由。

⑤ 如何解除保险合同

- 5.1 合同的解除 您在本合同生效后可以申请解除本合同，请您填写保险合同终止申请书，并须提供下列证明和资料：
- (1) 本保险合同；
 - (2) 您的有效身份证件。

自我们收到保险合同终止申请书时，本合同效力终止。您解除本合同可能会遭受一定损失：

- (1) 若您申请解除本合同时尚未进入牙齿正畸治疗流程步骤“(2) 初诊检查”，我们在收到保险合同终止申请书之日起10日内向您退还本合同已交保险费；
- (2) 若您申请解除本合同时已完成牙齿正畸治疗流程步骤“(2) 初诊检查”，我们将扣除700元的初诊检查费用，并在收到保险合同终止申请书之日起10日内向您退还本合同剩余已交保险费；
- (3) 若您申请解除本合同时已完成牙齿正畸治疗流程步骤“(3) 计划制定”，我们将扣除1500元的初诊检查、方案制定及耗材等费用，并在收到保险合同终止申请书之日起10日内向您退还本合同剩余已交保险费；
- (4) 若您申请解除本合同时已进行牙齿正畸治疗流程步骤“(5) 佩戴矫治器”，我们不退还本合同已交保险费。

⑥ 需要关注的其他内容

- 6.1 合同构成 本合同由投保单、与本合同有关的投保文件、保险单或其他保险凭证、本保险条款、合法有效的声明、批注、批单和其他书面协议共同构成。
- 6.2 合同的成立与生效 您提出保险申请、我们同意承保，本合同成立。我们收取保险费后签发保险单，具体生效日以保险单所载的日期为准。
- 6.3 投保年龄 凡符合我们承保条件且身体健康者，均可作为被保险人。
- 6.4 效力终止 当发生下列情形之一时，本合同效力终止：
- (1) 本合同满期；
 - (2) 您申请解除本合同；

(3) 我们已经履行完毕保险责任的。

6.5 合同变更 在本合同有效期内,经您与我们协商一致,可以变更本合同的有关内容。合同变更可以通过对本合同批注或附贴批单,或双方订立书面变更协议来实现。

6.6 通知送达 为了确保我们的通知能有效送达,请您务必正确填写您、被保险人及受益人的住所、通讯地址或电话等联系方式。当这些住所、通讯地址或电话变更时,请及时以书面形式或双方认可的其他形式通知我们。若未能通知我们,我们按本合同载明的最后住所或联系地址发送的有关通知,均视为已送达给您、被保险人及受益人。

6.7 争议处理 本合同履行过程中双方发生争议,诉讼管辖为被告住所地人民法院。

附表一 保障计划及保险金额表

保障计划	少儿心动计划	少儿尊享计划	成人心动计划	成人尊享计划
保险金额	15500 元	23500 元	22200 元	30000 元



关于您履行如实告知义务、我们对条款的说明义务、受益人请求给付保险金的诉讼时效、被保险人年龄申报错误的法律后果、受益人为数人时的受益顺序和受益份额、以及没有受益人时保险金如何给付,这些保险法中的相关规定,您可以通过扫描二维码来加以了解。

结 束