

OPTima Plans



F1 签证的留学生在毕业后短期实习期间的保险计划

ISO190



(800) 244-1180

www.isoa.org

这个计划不符合 ACA 的规定

目录

目录	2
保障责任一览表	3
月保险费	3
受保资格	4
赔付	4
定义	7
责任免除	8
医疗运送	9
遗体送返	9
心理咨询热线	9
PPO – 首选供应商组织	10
保险期限	10
理赔程序	10
退款规定	11
投诉	11
认购协议	11
协助服务	12
注册表	13

保障责任一览表

	OPTima Basic	OPTima Enhanced
保单号码	CC000123	CC000124
医疗费用赔付 ¹	\$125,000	\$500,000
生存期医疗最高赔付额	无上限	无上限
自付额 ¹	\$400	\$250
网络内共同保险	首选补贴的 75%	首选补贴的 75%
网络外共同保险	正常、合理和惯性费用的 65%	正常、合理和惯性费用的 65%
门诊急诊室共付额（如被收治住院则免除）	\$350	\$350
住院治疗共付额	\$350	\$350
所购保险生效前已存在的疾病	12 个月以后受保	12 个月以后受保
医疗运送	\$50,000	\$60,000
遗体送返	\$25,000	\$50,000

¹每宗伤害或疾病

月保险费

年龄	OPTima Basic	OPTima Enhanced
18 – 24	\$39	\$74
25 – 29	\$69	\$99
30 - 64	\$119	\$154

* 请注意：这个计划不符合 ACA 的规定。

受保资格

参保人具备受保资格的前提是成为 ISO 国际留学生组织的会员，非美国居民，并且持有当前有效的护照或者签证、持有在 F1/M1 签证下合法工作文件且暂时居住在原籍国 / 永久居留国之外的地区。

在本保险中，如果参保人的原籍国（护照签发国）与永久居留国（参保人永久居留的地方）不是同一个地方，则这两个地方都不在保险范围内。永久居民或已申请永久居留权的个人不具备本保单的受保资格。

赔付

我们将支付参保人因疾病或伤害产生的承保费用。在自付额和任何共同保险和/或者共同自付额费用满足后，该费用最大额度为保障责任一览表所有服务的总赔付额上限。

承保费用为提供承保服务时产生的费用，前提是此类服务收费。我们为医疗上必需的服务、程序或用品支付费用。确定不属于医疗上必需的服务，包括部分或全部天数的住院服务，将不予赔付。所有承保费用的可支付总额将不超过一览表中列明的最高赔付额。

承保的医疗费用包括：

住院病人承保费用包括：

医院服务

a) 住宿和膳食费用：住院期间双人病房的每日费用；以及

b) 医院提供的一般护理收费服务。

重症监护

理疗

医院其他费用：

a) 住院期间；或者

b) 为住院作事先准备。

以下服务和用品将予以赔付：手术室、化验室化验、X 射线检查、麻醉、药物（不包括带回家服用的药物）或药品、理疗服务及用品产生的费用。

外科服务：

外科医生

外科医生助理

麻醉师

护士：

- a) 仅限私人护理服务；
- b) 住院期间；
- c) 遵照医嘱安排；且
- d) 医疗上必需

此项赔付不包含医院提供的一般护理。

住院期间医生探视。 赔付限每天一次医生探视。赔付不适用于与外科手术相关的情况。

住院前化验限以下常规化验：全血细胞计数、尿分析以及胸部 X 光。如果保单另外说明可支付，还包括以下主要诊断程序：计算机辅助测试扫描、核磁共振以及血液化学成分分析等将作为医院的其他费用赔付。

心理疗法由医生执行，通过心理手段治疗精神或情绪障碍或者相关的身体疾病。

门诊医疗费用包括：

外科服务

外科

麻醉师

其他手术费用（当天出院）赔付将适用于以下服务和用品费用，例如：手术室费用、化验室化验、X 射线检查、麻醉、药物或药品、治疗服务及用品。

其他医院和医生可赔付服务参见一览表。

医生探视限每天一次。赔付不适用于涉及外科手术或理疗的情况。

理疗限每天一次。

急诊如定义。按照一览表所示进行赔付。

X 射线诊断服务。

放射治疗

化验室程序

化验和程序：

- a. 诊断服务和医疗程序；
- b. 由医生执行；
- c. 不包括医生探视、理疗、X 射线诊断、化验室程序。

注射

- a. 在医生诊室里执行；且
- b. 按医生开具的证明收费。

处方药。费用包括医生在门诊开具处方并给药的敷料剂、药物和药品，按 75% 赔付。

化疗

其他服务：

救护服务

耐用医疗器械 – 支架和器具：

- a. 医生开具处方时；以及
- b. 书面处方连同理赔要求一起提交时。支架和器具包括符合以下要求的耐用医疗设备：
 - 主要并且通常用于医疗目的
 - 可重复使用，且
 - 对于无疾病或伤害的人一般无用。超出购买价的租金不予赔付。

咨询医生费用：经主治医师要求及批准。承保费用将根据此项赔付或医生探视赔付予以支付，但同一天不得选择两种赔付。

牙科治疗：由医生执行且是因天然牙齿受到伤害的必要治疗。

处方药费用：包括医生在门诊开具处方并给药的敷料剂、药物和药品，按 75% 赔付；

医疗服务和用品：输血、氧气以及吸氧的费用；

精神障碍和神经紊乱（住院和门诊）

治疗性妊娠中止费用

产科：(受孕必须在保险有效期内发生)。可承保的医疗费用包括由医生针对怀孕和分娩提供的相关服务；包括产前检查（非预防保健）、分娩和产后治疗。

酗酒 / 药物滥用治疗费用：赔付标准和最高赔付金额与任何其他疾病相同。

赔付规定协调：当参保人拥有其他有效的、可赔偿的医疗保险计划时，本保单的赔付额会和其他的保险计划进行协调。所有保险计划的赔偿不会超过 100%。关于赔付规定协调的完整说明包含在相关保险计划经理存档的保险计划文档中。

遵守州法令：若保险证明的任何规定在生效日与其所依据的州法令相冲突，谨对该规定进行修改，以满足该法令的最低要求。

定义

具备受保资格的费用： 参保人因受伤而发生的必要医学治疗过程中，获得服务或用品而产生的正常、合理和惯常费用。该费用必须在承保范围有效期内产生。

参保人： 保单注册 / 申请认定具备受保资格，身份为离开其原籍国并且在美国境外拥有真实固定或永久住址和主要住所的非美国居民，并且持有当前有效护照，且按时缴纳保险费而成功投保的人员或受抚养人。

家属指参保人的：

- 1) 合法配偶（如果未合法分居或离异），或同居伴侣或公民联盟生活 伙伴。
- 2) 26 岁以下的未婚子女。

年龄限制将不适用于终身依靠参保人或其他护理服务供应商护理及监护以及因 26 岁之前出现的精神或身体缺陷导致无法自立谋生的参保人未婚子女。此类需要终身依靠以及无法自立谋生的情况必须在注册时立即向保险公司提供证明，或者在该子女达到年龄限制的 31 天内提供。此后将会在合理必要的情况下要求提供证明，但在达到年龄限制 2 年之后每年不超过一次。

配偶： 合法配偶（如果未合法分居或离异），或同居伴侣或公民生活伙伴。

子女： 参保人的亲生子女、养子女（或者以收养为目的安置在参保人家中的子女）、寄养子女、继子女或者依法由参保人监护的子女（需要提供相关证明）。子女必须和有父母关系的参保人在一起居住。注意：如果参保人和其他家长共有监护权时，子女必须和参保人一起居住的规定将会免除。

伤害： 在参保人的承保范围生效后，因意外事故导致的相关肢体受伤、直接或间接的并发症和身体虚弱，在承保范围有效期间因受伤导致理赔。同一参保人在一次事故意外中产生的所有伤害（包括所有相关状况和复发的受伤症状）将被视为一宗伤害。

医生： 具备资格的医学从业者。该医生必须在所在州法律规定其执照许可的范围内提供合法的医疗服务。保险理赔涉及的医生不得为参保人本人或其配偶、子女、父母、兄弟姐妹及其他亲属。

每年最高赔付额： 每个承保期限的可赔付上限，短至 3 个月，最长可达 365 天。

生存期医疗最高赔付额： 所有连续承保期限可支付的赔付额上限。

所购保险生效前已存在的疾病： 参保人的保险生效当天之前 365 天期间出现的伤害或疾病、病症或其他健康问题，且参保人：1) 因早期症状显现后加重或突发或出现症状而接受或经医生建议接受化验、检查或医学治疗，并促使参保人寻求进一步的诊断、护理或治疗；或者 2) 获取或接受药物或药品的处方。（此定义不适用于以下情况：参保人在保险计划生效前 365 天内，在没有任何专业医师建议下，单纯地靠某种处方药品治疗或控制病情。）。

疾病： 在承保有效期内，参保人发生疾病产生费用，并在保险有效期间以疾病为由要求理赔。参保人正在接受治疗或者已经接受治疗的因该疾病导致的并发症或病情将被视为原发疾病的一部分。

正常、合理和惯常费用： 费用发生地区内最常见的类似专业医疗服务、药品、手术、医疗设备、用品或治疗方法所收取的费用，前提是该费用属于合理收费。该费用取自以下额度中较少的一种：

- 医务服务提供方惯常收取的实际费用；
- 协议后价格；或者
- 在同一地理区域内，其他医务服务提供方对同类医疗服务和用品资源的平均收费标准，同类医疗服务或用品的合理性由我方定义。

同一地理区域是指在前三位邮政编码相同的区域范围之内提供的专业医护服务、治疗、手术、药品或用品。必要时可在更大的区域范围内获取类似治疗、医护服务、手术、医疗器械、药品或用品的具有代表性的跨部门收费标准。

首选补贴：网络供应商将接受的具备参保资格的费用全额。

赔付期：从导致可赔付伤害的意外发生当天起的时期，详见保障责任一览表，以及无更多赔付可支付的当天之后的时期。

如需查看完整的定义列表，请参见保险计划经理备案的统括保单。

责任免除

由以下情形引起的、促成的或者造成的损失或者费用将不予赔付：

1. 在精神正常或者精神失常时自杀或者企图自杀（包括用药过量）自我毁灭、企图自我破坏或蓄意自我伤害；
2. 战争或者战争的任何行为（无论是否宣战）；
3. 自愿性，积极参与暴动或叛乱；
4. 任何有效的、可获赔保险理赔额之外的机动车事故导致的医疗费用；
5. 器官移植；
6. 治疗因参保人自愿使用酒精、违禁药物或者任何药物或药物治疗故意不采取制造商所推荐的剂量或参保人的医师处方的用途直接或间接造成或导致参保人遭受伤害或疾病；
7. 在无保单的情况下参保人不需要负责的承保医疗费用；
8. 痤疮粉刺的治疗；
9. 超出正常、合理和惯常收费的费用；
10. 不属于医疗上必需的费用；
11. 向参保人提供的不需要任何费用的收费服务；
12. 在原籍国内产生的超出 \$500 的治疗费用；
13. 定期健康检查、免疫接种、接种疫苗；常规体检，或者处于正常健康状态、没有任何客观症状或受伤迹象而进行的检查；
14. 由参保人的直系亲属提供的服务或治疗；
15. 完全以医疗治疗为目的注册，同时已在具体治疗等候名单之上等待治疗，或者在医生的反对意见下出行；
16. 所购保险生效前已存在的疾病；但是，如果参保人在同一保险计划连续投保达 6 个月，那么投保前已存在的疾病也在保障范围内；
17. 妊娠或者分娩（于所购保险有效期内受孕除外）；选择性堕胎；选择性剖腹产；或者任何这些状况下出现的并发症；参保人的受抚养人为其子女时，该子女的怀孕或者分娩（但因此而引起的并发症除外）；
18. 促进或防止受孕的药物、治疗或手术手段，或者防止生产，包括但不限于：人工受孕、不孕治疗或者性无能、绝育或因此所接受的治疗；
19. 牙科护理或治疗，意外发生 6 个月内所提供的承保医疗费用中规定的在参保人所购保险有效期内因完好的天然牙齿和牙龈受伤而发生的牙科治疗除外；

20. 眼镜、隐形眼镜、助听器支架的设备或检查或处方；
21. 柔弱足、高弓足或者扁平足、鸡眼、老茧或者长入肉里的脚趾甲；
22. 在医院急救室发生的但不具备急救性质的诊疗费用；
23. 任何其他个人或者团体保单给付的费用或者提供的治疗，或者雇主安排的其他服务或医疗预付款计划可提供的治疗或给付的费用，或者任何强制性政府项目或者机构免费向任何个人提供的治疗；
24. 因参与以下活动造成的损伤：登山、滑翔、跳伞、蹦极、赛马、机动车或摩托车、雪上摩托车、骑摩托车 / 小型摩托车、潜水等涉及水下呼吸器运动，除非经过 PADI 或 NAUI 认证；浮潜、喷气式划水艇运动、滑雪、洞穴探险、滑翔伞、漂流、冲浪等运动，除非是学校学分课程的一部分；以及滑雪板运动。
25. 因参加业余、俱乐部、校内、校际、大学院校之间、职业或者半职业运动比赛或与其相关的练习而导致的伤害；
26. 选择性的或整容性的手术和因先天异常而进行的选择性或非选择性的治疗（另行规定的除外），但因保险覆盖的伤害或者疾病而导致的整形外科手术除外（鼻中隔偏曲矫正被视为整容手术，但因保险覆盖的伤害或者疾病而导致的除外）；
27. 因乘坐或飞行任何飞机而导致的损失，包括登机或降落，或者乘坐无运输执照或者并非用于运输乘客的飞机；

医疗运送

在承保期间，如果参保人遭遇的伤害或者疾病要求对参保人进行必要的紧急救护运送，那么将对承保的费用进行赔付，赔付金额不超过保障责任一览表中规定的最高金额。紧急运送必须由合法执业医生提出，证实参保人的伤害或者疾病的严重程度要求立即紧急救护运送。

“医疗运送”指的是：

如果本地的合法执行医生和获授权的旅游协助公司确定从医疗角度判断必须将参保人送到医院或可获得适当医疗服务的医疗机构，或者将其送返原籍国，以治疗不可预见的急性或危及生命的疾病或者伤害，且邻近地区没有足够的医疗设施，送到能够提供治疗的最近医院或医疗机构所产生的运送费用将按正常和惯常收费支付。所有费用必须以书面的形式获得核准，或者通过核准的电子或者电话方式提前进行核准。如果对核准有任何疑问，请联络 On-Call International（国际热线），电话号码为 (866) 509-7715 或 (603) 328-1728。

遗体送返

如果参保人在旅行期间身故，将支付从身故开始 30 天之内的费用用于最低限度上必需的灵柩，准备并将参保人的遗体送返至其原籍国 / 永久居留国。

所有费用必须以书面的形式获得核准，或者通过核准的电子或者电话方式提前进行核准。如果对核准有任何疑问，请联络 On-Call International（国际热线），电话号码为(866)509-7715 或(603)328- 1728。

心理咨询热线

CareConnect 提供 24 小时全年无休的专业心理健康协助。协助范围包括个人忧虑，情绪问题，新环境的过渡与适应问题，学业压力，职业发展以及日常和家庭义务的需求。

CareConnect 心理咨询热线 – (888) 857-5462

PPO – 首选供应商组织

本保险计划项下的受保人可选择在 First Health 或 Multiplan 网络内或者网络外接受治疗。

First Health – (800) 226-5116 / www.myfirsthealth.com

MultiPlan – (888) 342-7427 / www.multiplan.com

保险期限

险计划在以下最晚日期的凌晨 12:01 开始生效：

- a. 保单生效日期；或者
- b. 承保公司或其指定代表收到注册表和保险费的日期；或者
- c. 注册表上申请的日期；或者
- d. 参保人进入美国境内的日期。

保险将在以下最早日期终止：

- a. 已付保险费的到期日；或者
- b. 参保人返回其原籍国且不再具有受保资格的日期；或者
- c. 开始服兵役的日期。

意外伤害和疾病的附加保障福利

如果保险终止时参保人在住院治疗，将继续赔付直到参保人出院或者支付金额达到最高赔付额，取较早者。任何情况下赔付持续时长均不会超出保险期限后的 30 天。

新生儿保险计划：新生儿的保险计划在出生之时起生效。参保人必须在新生儿出生后 31 天之内通知保险公司。如果未在 31 天之内通知保险公司并交纳额外需要支付的保险费，新生儿的保险计划将会在最初被承保 31 天的期限之后终止。

理赔程序

在罹患疾病或者受伤时，参保人应该向学生健康中心（如有）或者最近的医生或者医院汇报情况。本保险计划项下的参保人可选择在 First Health 或 Multiplan 网络内或者网络外接受治疗。赔付率取决于医护类别，详见保障责任一览表和医疗费用赔付。

请将完整填写的理赔表和相关文件邮寄给理赔管理员，地址为：**Wellfleet, 2077 Roosevelt Avenue, Springfield, MA 01104**。请务必在承保损失发生或者结束之后 90 天内，或者在之后的合理时间内尽快将填写完整的理赔表、所有详细账目、声明和收据提交给理赔管理员。

如果您需要查看已提交理赔的状态，您可在美国东部标准时间星期一至星期四的早上 8:30 至晚上 7:00 以及美国东部标准时间星期五的早上 8:30 至下午 5:00 拨打理赔部电话 (855) 664-5837，或者发送电子邮件至 ISOclaims@wellfleet-iso.com。您也可以在任何时间登录 <http://www.wellfleet-iso.com> 在线查询理赔状态。

退款规定

仅当参保人参军时，才考虑退还扣除手续费之后的保险费。对于预先支付的保险费，仅退还剩余完整月份的预收保险费。退款请求必须以书面形式提出，医疗保险 ID 卡必须同时交还。如果保险期间已有理赔备案，则不考虑退还保险费。所有退费要经过保单计划经理批准。**所有经批准的注销都需要扣除 \$50 ISO 手续费。**

承保公司：Crum & Forster SPC, part of Crum & Forster Group Companies

保险经理：ISO

本手册为您提供 OPTima Basic 和 OPTima Enhanced 保险计划的保险责任一览表，由 Crum & Forster SPC, part of Crum & Forster Group Companies 承保。承保公司在 2018 年被 AM Best Company 评为 A（优秀）。

请保存此手册，作为 ISO（国际留学生组织）备案统括保单所指定的保险计划摘要。保单中已涵盖了本手册所列明的相同条款与条件的完整介绍，包括：保障责任、限制和例外情况，由 Crum & Forster SPC 代表 Crum & Forster Group Companies 承保。若两者有任何差异，一切以保单为准。

投诉

投诉处理流程参见 <https://www.isoa.org/faq>。

认购协议

本人特此申请成为成立于开曼群岛的国际留学生组织（以下称“信托机构”）的参保人，参加由 Crum & Forster SPC, part of Crum & Forster Group Companies 特定承保人（以下称“承保人”）向信托机构的参保人提供的保险计划（以下称“保险计划”）。本人了解，保险计划不属于一般的健康保险产品，但其目的是用于应对离开本人的原籍国外出旅行时突然发生的以及意料之外的事件。本人了解，为本人提供的保险计划将于本人返回原籍国时终止，除非本人处于赔付期或者具备资格参加原籍国的保险计划。本人了解，本人可以向保险计划经理索要一份保单，以便了解保险计划完整的详细信息。本人了解，承保人作为保险承保方的责任如保单所述。接受保险计划以及 / 或者提交赔付申请，意味着参保人同意签名者的行为，并且对参保人具有约束力。

参保人保证按时全额支付其参保的保险计划的保险费。受托人不应对此类付款的管理承担责任。

如果参保人无法按时支付其参保的保险计划的保险费，经保险公司视情况自行决定，此保险计划失效。

参保人特此确认，向受托人提供的与其参与的保险计划以及 / 或者认购保险计划相关的所有声明和保证的所有信息有效性均准确无误，包括本认购协议的条款（以下合称“声明和保证”）。参保人承认，承保人作为此项保险计划的供应商将会依赖于此类特定信息，且如果此类信息不准确可能会导致与参保人相关的此保险计划失效，无法参保且无法获得保险赔付的所有款项。参保人特此保证会告知受托人关于构成上述声明和保证的事宜的任何变更。参保人特此保证，如因声明和保证中的信息不准确导致受托人蒙受损失（包括律师费），或者无法告知受托方有关声明和保证所涉及相关事宜的变更，参保人会赔偿并确保受托人不遭受损失。参保人同意，受托人应有权依赖并参照声明由参保人提供的书面说明行事，且参保人特此保证，确保受托人不因参照此类书面说明行事而蒙受损失（包括律师费）。

如赔付任务已经批准，承保人应向参保人或直接向供应商支付该保险计划条款规定的费用。受托人不应对此类付款的管理承担责任。

本人确认且彻底明白，此项保险计划适合本人并且本人符合受保资格标准。此项保险计划不受 PPACA 的管辖，且没有相关的患者保护与平价医疗法案（简称“PPACA”）所要求的保险条款。PPACA 要求一些美国公民或美国居民获得符合 PPACA 医疗保险计划，或“最低限度的基本覆盖条款。”PPACA 还要求一些雇主向其员工提供符合 PPACA 的医疗保险计划。对于此类未参与基本保险计划的美国居民或公民，以及某些未向其员工提供 PPACA 保险计划的雇主可能会给予税务处罚。在某些情况下，即使某些个体的保险未涵盖 PPACA 所要求的全部保障，但可能仍被视作已具备 PPACA 要求的最低基本保障。您应该咨询您的律师或税务专业人士，以确保该保险政策符合您可能需要承担的相关 PPACA 责任。此项保险计划并非提供给美国居民和公民。本保单无需承诺日后是否会再次发布或更新。

协助服务

协助服务由 On Call International 提供。协助服务概要如下。

旅行前协助

- 帮助您安排旅行期间需要的特殊医疗服务

急诊服务

- 全球 24 小时医疗定位服务
- 病例监控，安排病人与家人、医生、雇主、领事馆等之间的沟通。
- 安排医疗运输
- 有关医疗情况的紧急通讯服务

法律援助

- 可在全球范围内就非刑事法律紧急情况 24 小时之内随时联系我们
- 法律转介可帮您寻找领事官员或者律师

旅行协助

- 帮您处理护照遗失、票据遗失和文件遗失事宜

On Call International

- 美国或加拿大： (866) 509-7715
- 国际：请拨打(603)328-1728 联系国际热线客服
- 紧急电子邮件： mail@oncallinternational.com

注册表

保险费率以及赔付金额对 2019 年 4 月 1 日至 2019 年 12 月 31 日期间的注册有效。您可注册参保，最短期限为 3 个月，最长可达 12 个月。

若要立即在线注册，请访问 www.isoa.org

请填写以下表格，如果支付方式为信用卡或借记卡，可通过邮件或传真发给我们。或者将支票或汇票与表格一起寄至 ISO。

姓：_____ 名：_____

护照号：_____ 学校名：_____

原籍国：_____ 性别：男_____ 女_____

出生日期：_____/_____/_____
月 日 年 护照签证类型：_____

美国地址：_____

城市：_____ 州：_____ 邮编：_____

手机号码：_____ 家庭电话：_____

电子邮件：_____

申请保险生效日期：_____/_____/_____
月 日 (勾选以上其中一天为生效日期) 年

如果您是 ISO 国际留学生组织的参保人，即具备受保资格。您必须在您的原籍国 / 永久居留国以外才能获得保险赔付。

我想注册参加（请勾选一项）： OPTima Basic (CC000123)_____ OPTima Enhanced (CC000124)_____

1) 申请人： 投保月数_____ x \$_____ = \$_____

2) 年服务费： = \$25_____

3) 包含的全部费用：（该笔金额必须与付款金额相等） = \$_____

本人希望按照本手册所述条款注册投保。

欺诈警告：任何人故意提出虚假的或者有欺骗性的请求，要求赔偿损失或赔付或者故意在申请保险时提供虚假信息，均属于犯罪行为，可能会面临罚款和监禁。

签名 _____

请从我的信用卡/借记卡扣款： Visa [] MC [] AMEX [] Discover []

信用卡/借记卡卡号： _____

持卡人姓名： _____

账单地址： _____

卡到期日 ____ / ____ 安全码 (3 位数 CVV) _____
月 / 年

持卡人签名： _____

如以支票形式支付，请在支票抬头填写 ISOA 并将支票邮寄到： 150 West 30th Street, Suite 1101, New York, NY 10001。传真注册表至： (212) 262-8920（如使用信用卡支付）

若要立即在线注册，请访问 www.isoa.org

如有任何问题，请马上联系我们：

(800) 244-1180 | mailbox@isoa.org | www.isoa.org

ISO 代表随时为您提供协助！