



请扫描以查询验证条款

泰康养老保险股份有限公司

泰康康乐保个人税收优惠型健康保险 A 款（万能型）条款

阅读指引

本阅读指引有助于您理解本条款，对本合同内容的解释凡本条款已有约定的，以本条款约定为准。

在本条款中，“您”指投保人，“我们”、“本公司”均指在保险单上签章的泰康养老保险股份有限公司的分公司，“本合同”指您与我们之间订立的“泰康康乐保个人税收优惠型健康保险 A 款（万能型）保险合同”，“被保险人”指本合同的被保险人，投保人、被保险人的姓名在保险单上载明。



您拥有的重要权益

- ❖ 首次签收本合同的次日零时起 15 日为本合同的犹豫期..... 1. 4
- ❖ 本合同提供的保障在保险责任条款中列明..... 2. 4
- ❖ 您有解除合同的权利..... 7. 1



您应当特别注意的事项

- ❖ 医疗保险金基于本合同保障的医疗费用计算..... 2. 4. 1
- ❖ 本合同保障的医疗费用，不等于被保险人实际发生的医疗费用..... 2. 4. 1. 6
- ❖ 本合同的保险期间为 1 年..... 2. 2
- ❖ 我们给付保险金时遵循补偿原则..... 2. 5
- ❖ 在某些情况下，我们不承担保险责任..... 2. 6
- ❖ 保险事故发生后，请您及时通知我们..... 3. 2
- ❖ 解除合同会给您造成一定的损失，请您慎重决策..... 7. 1
- ❖ 您有如实告知的义务..... 9. 1
- ❖ 我们对一些重要术语进行了解释，并作了显著标识..... 10
- ❖ 医疗保险金给付限额和给付比例见附录一.....
- ❖ 本合同约定的当地基本医疗保险规定支付范围外的医疗费用见附录二.....



条款是保险合同的重要内容，为充分保障您的权益，请您仔细阅读本条款。



条款目录

1. 您与我们订立的合同	5. 5 退保费用	10. 9 补充医疗保险
1. 1 合同构成	5. 6 个人账户领取	10. 10 有效身份证件
1. 2 合同成立及生效	5. 7 被保险人身故后个人账户处理	10. 11 当地
1. 3 投保范围	6. 现价价值权益	10. 12 医疗必须且合理
1. 4 犹豫期	6. 1 现金价值	10. 13 基本医疗保险协议管理医疗机构
2. 我们提供的保障	7. 合同解除	10. 14 住院
2. 1 年度给付限额、终身给付限额	7. 1 您解除合同的手续及风险	10. 15 药品费
2. 2 保险期间	8. 保单权益转移	10. 16 住院手术费
2. 3 保证续保	8. 1 保单权益转移	10. 17 床位费
2. 4 保险责任	9. 其他需要关注的事项	10. 18 其他费用
2. 5 补偿原则	9. 1 说明与如实告知	10. 19 门诊
2. 6 责任免除	9. 2 年龄性别错误	10. 20 先天性畸形、变形和染色体异常
3. 保险金的申请	9. 3 公费医疗及基本医疗保险状态变更	10. 21 醉酒
3. 1 受益人	9. 4 补充医疗保险状态变更	10. 22 毒品
3. 2 保险事故通知	9. 5 合同内容变更	10. 23 酒后驾驶
3. 3 保险金申请	9. 6 联系方式变更	10. 24 无合法有效驾驶证驾驶
3. 4 保险金给付	9. 7 争议处理	10. 25 无有效行驶证
3. 5 诉讼时效		10. 26 机动车
		10. 27 潜水

4. 保险费的交纳

- 4.1 保险费的交纳
- 4.2 风险保险费
- 4.3 宽限期
- 4.4 税优凭证
- 4.5 差额返还机制

5. 个人账户的运作管理

- 5.1 账户设立
- 5.2 个人账户价值
- 5.3 个人账户结算
- 5.4 个人账户最低保证利率

9.8 保险事故鉴定

10. 释义

- 10.1 合法有效
- 10.2 保险费约定交纳日
- 10.3 公费医疗
- 10.4 基本医疗保险
- 10.5 法定退休年龄
- 10.6 既往症
- 10.7 适用商业健康保险税收
优惠政策的纳税人
- 10.8 缴纳个人所得税

10.28 攀岩

- 10.29 探险
- 10.30 武术比赛
- 10.31 特技表演
- 10.32 康复治疗
- 10.33 医疗事故
- 10.34 简单赔付率
- 10.35 未到期净风险保险费

1. 您与我们订立的合同

- 1.1 合同构成** 本合同是您与我们约定保险权利义务关系的协议，包括本保险条款、保险单或者其他保险凭证、投保单、与本合同有关的投保文件、**合法有效**（见 10.1）的声明、批注、批单及其他您与我们共同认可的书面协议。
- 1.2 合同成立及生效** 您提出保险申请且我们同意承保，本合同成立。
本合同的成立日、生效日以保险单记载的日期为准。
保险费约定交纳日（见 10.2）均依据本合同的生效日为基础进行计算。
- 1.3 投保范围** （1）被保险人范围：
①16 周岁以上的，已参加**公费医疗**（见 10.3）或**基本医疗保险**（见 10.4），投保时未满**法定退休年龄**（见 10.5）的，且投保时身体健康状况为非**既往症**（见 10.6）的**适用商业健康保险税收优惠政策的纳税人**（见 10.7），可作为本合同的被保险人。
②16 周岁以上的，已参加公费医疗或基本医疗保险，投保时未满法定退休年龄的，且投保时身体健康状况为既往症的，且被保险人在投保时已连续**缴纳个人所得税**（见 10.8）满 1 年的，且适用商业健康保险税收优惠政策的纳税人，可作为本合同的被保险人。
若被保险人投保时已参加**补充医疗保险**（见 10.9），应提供已参加补充医疗保险的证明及补充医疗保险的保险责任明细，您参加补充医疗保险的情况，将作为我们核定风险保险费的因素之一。
（2）投保人范围：本合同的投保人为被保险人本人。投保人委托其所在的团体组织代为组织办理投保相关事宜。
- 1.4 犹豫期** 自您首次签收本合同的次日零时起，有 15 日的犹豫期。在此期间，请您认真审视本合同，如果您认为本合同与您的需求不相符，您可以在此期间提出解除本合同。
如果您已享受税收优惠，在您补交税收优惠额度后，本公司将无息退还您所交的保险费。
如果您的投保由您所在的团体组织代为组织办理，且与本公司就补交税收优惠额度另有约定的，本公司将根据相关约定无息退还您所交的保险费。
若您属于本条款第 8 条的“保单权益转移”中所述情况，则不享有犹豫期。
解除本合同时，您须填写保单变更申请书，并提供下列证明和材料：
（1） 本合同；
（2） 您的**有效身份证件**（见 10.10）；
（3） 您所交保险费的**发票**（如果您已取得本合同的**发票**）；
（4） 个人税收优惠健康保险专用单证或与个人所得税税前抵扣相关的其他证明和材料。
自我们收到您的保单变更申请书时起，本合同即被解除，对于本合同解除前发生的**保险事故**，我们不承担给付保险金的责任。

2. 我们提供的保障

- 2.1 年度给付限额、终身给付限额** 本合同的年度给付限额和终身给付限额按附录一确定，并在保险单上载明。
- 2.2 保险期间** 本合同的保险期间为 1 年，自本合同生效日零时开始，至保险单上载明的保险期间期满日的 24 时止。本合同保险期间届满，若您继续续保本保险，则新续保合同的保险期间为新的保险期间，有效期为 1 年，自新续保合同的生效日零时开始，至新续保合同的保险期间期满日 24 时止。每次续保，均依此类推。

2.3 保证续保

本公司不会因被保险人的健康状况而拒绝投保人续保，本公司对被保险人保证续保需满足如下条件：

- (1) 被保险人的年龄未达到法定退休年龄；
- (2) 依据本合同、本合同的各续保合同，以及其他个人税收优惠型健康保险合同（包括本公司和其他保险公司承保的），累计给付的医疗保险金之和未达到本合同医疗保险金终身给付限额。

我们将根据国家相关政策法规以及国务院保险监督管理机构的相关规定，决定是否变更本保险产品，但需经国务院保险监督管理机构审批。

如果我们未变更本保险产品，且在本合同期满日前未收到您停止继续投保本保险产品的书面申请，我们将为您自动办理相关续保手续，新续保的合同自本合同期满日次日零时起生效，有效期为 1 年。

如果我们决定在您续保时变更本保险产品，我们将在本合同期满日前通知您，经您同意该变更，我们将为您办理相关继续投保手续，新续保的合同自本合同期满日次日零时起生效，有效期为 1 年。如果在本合同满期前您未同意该变更，则我们视同您自动放弃新续保合同的权利，本合同自期满日的 24 时起效力终止。本合同效力因此终止的，个人账户继续按本条款第“5 个人账户的运作管理”运作管理，当个人账户价值为 0 时，个人账户即停止运作管理。

每次续保，均按前述规则类推。

本合同终止且未续保，或本合同被解除之后，您再次投保本保险产品时，本公司将根据您再次投保时被保险人的健康状况评估如何承保。

2.4 保险责任：

在本合同保险期间内，我们承担下列保险责任：

2.4.1 医疗保险金（或称医疗保险责任）

本合同**基准医疗费用**，包括符合当地（见 10.11）基本医疗保险规定支付范围的医疗费用和本合同约定的当地基本医疗保险规定支付范围外的医疗费用（见附录二），需符合**医疗必需且合理**（见 10.12）。本合同基准住院医疗费用、本合同基准住院前后门诊费用、本合同基准特定门诊治疗费用、本合同基准慢性病门诊治疗费用，统称为本合同基准医疗费用。

本合同保障的医疗费用，基于本合同基准医疗费用，且按本条款 2.4.1.6 换算。本合同保障的住院医疗费用、本合同保障的住院前后门诊费用、本合同保障的特定门诊治疗费用、本合同保障的慢性病门诊治疗费用，统称为本合同保障的医疗费用，分别基于本合同基准住院医疗费用、本合同基准住院前后门诊费用、本合同基准特定门诊治疗费用、本合同基准慢性病门诊治疗费用，且分别按本条款 2.4.1.6 换算。

本合同保障的医疗费用（基本医疗保险规定支付范围内的部分），指本合同保障的医疗费用中，符合当地基本医疗保险规定支付范围的部分。

本合同保障的医疗费用（基本医疗保险规定支付范围外的 A 部分），指本合同保障的医疗费用中，当地基本医疗保险规定的部分自费医疗费用中自费的部分。**基本医疗保险规定支付范围外的 A 部分**，指当地基本医疗保险规定的部分自费医疗费用中自费的部分。

本合同保障的医疗费用（基本医疗保险规定支付范围外的 B 部分），指本合同保障的医疗费用中，当地基本医疗保险规定支付范围外的完全自费医疗费用。**基本医疗保险规定支付范围外的 B 部分**，指当地基本医疗保险规定支付范围外的完全自费医疗费用。

在本合同保险期间内，本公司承担下列医疗保险金保险责任：

2.4.1 住院医疗费用保险金

被保险人在**基本医疗保险协议管理医疗机构**（见 10.13）（不含特需和国际医疗部）住院（见 10.14）治疗的，对于其住院发生的本合同保障的医疗费用范围内的住院医疗费用（简称“本合同保障的住院医疗费用”），本公司按附录一中《保险金给付比例表》对应的给付比例给付住院医疗费用保险金。在每个保险期间内，我们仅对被保险人累计住院 180 天内发生的本合同保障的住院医疗费用承担给付保险金的责任。

住院医疗费用保险金=本合同保障的住院医疗费用（基本医疗保险规定支付范围内的部分）*100%+本合同保障的住院医疗费用（基本医疗保险规定支付范围外的 A 部分）*100%+本合同保障的住院医疗费用（基本医疗保险规定支付范围外的 B 部分）*80%

若前款计算的住院医疗费用保险金小于本合同保障的住院医疗费用的 90%，则本公司给付的住院医疗费用保险金为本合同保障的住院医疗费用的 90%。本合同保障的住院医疗费用为：前款中本合同保障的住院医疗费用（基本医疗保险规定支付范围内的部分）、本合同保障的住院医疗费用（基本医疗保险规定支付范围外的 A 部分）、本合同保障的住院医疗费用（基本医疗保险规定支付范围外的 B 部分）三项之和。

住院医疗费用，包括**药品费**（见 10.15）、**住院手术费**（见 10.16）、**床位费**（见 10.17）和**其他费用**（见 10.18）之和。

住院医疗费用保险金给付限额、给付比例见附录一，且住院医疗费用保险金还需符合本合同各项年度给付限额、各项终身给付限额的约定。

2.4.1 住院前后门诊费用 .2 用保险金

被保险人在基本医疗保险协议管理医疗机构（不含特需和国际医疗部）住院治疗的，对于被保险人在与住院相同的医院因与该次住院相同的原因在该次住院前七日内（含入院当日）以及出院后三十日内（含出院当日）所实际发生的本合同保障的医疗费用范围内的**门诊**（见 10.19）治疗费用（简称“本合同保障的住院前后门诊费用”），本公司按附录一中《保险金给付比例表》对应的给付比例给付住院前后门诊费用保险金。

住院前后门诊费用保险金=本合同保障的住院前后门诊费用（基本医疗保险规定支付范围内的部分）*100%+本合同保障的住院前后门诊费用（基本医疗保险规定支付范围外的 A 部分）*100%+本合同保障的住院前后门诊费用（基本医疗保险规定支付范围外的 B 部分）*80%

若前款计算的住院前后门诊费用保险金小于本合同保障的住院前后门诊费用的 90%，则本公司给付的住院前后门诊费用保险金为本合同保障的住院前后门诊费用的 90%。本合同保障的住院前后门诊费用为：前款中本合同保障的住院前后门诊费用（基本医疗保险规定支付范围内的部分）、本合同保障的住院前后门诊费用（基本医疗保险规定支付范围外的 A 部分）、本合同保障的住院前后门诊费用（基本医疗保险规定支付范围外的 B 部分）三项之和。

门诊治疗费用，包括医生诊断、处方、药品费、检查、护理、医疗用品等在医院内发生的门诊治疗费用，以门诊发生地卫生局或门诊发生地政府核准的收费标准为限。

住院前后门诊费用保险金给付限额、给付比例见附录一，且住院前后门诊费用保险金还需符合本合同各项年度给付限额、各项终身给付限额的约定。

2.4.1 特定门诊治疗费 .3 用保险金

被保险人在基本医疗保险协议管理医疗机构（不含特需和国际医疗部）以门诊方式接受恶性肿瘤放射治疗、恶性肿瘤静脉注射化学治疗、血液透析、腹膜透析、肾移植术后抗排斥治疗或肝硬化门诊治疗的，对其每次门诊实际发生的本合同保障的医疗费用范围内的医疗必需且合理的门诊治疗费用（简称“本合同保障的特定门诊治疗费用”），本公司按附录一中《保险金给付比例表》对应的给付比例给付特定门诊治疗费用保险金。

特定门诊治疗费用保险金=本合同保障的特定门诊治疗费用（基本医疗保险规定支付范围内的部分）*100%+本合同保障的特定门诊治疗费用（基本医疗保险规定支付范围外的 A 部分）*100%+本合同保障的特定门诊治疗费用（基本医疗保险规定支付范围外的 B 部分）*80%

若前款计算的特定门诊治疗费用保险金小于本合同保障的特定门诊治疗费用的 90%，则本公司给付的特定门诊治疗费用保险金为本合同保障的特定门诊治疗费用的 90%。本合同保障的特定门诊治疗费用为：前款中本合同保障的特定门诊治疗费用（基本医疗保险规定支付范围内的部分）、本合同保障的特定门诊治疗费用（基本医疗保险规定支付范围外的 A 部分）、本合同保障的特定门诊治疗费用（基本医疗保险规定支付范围外的 B 部分）三项之和。

特定门诊治疗费用保险金给付限额、给付比例见附录一，且特定门诊治疗费用保险金还需符合本合同各项年度给付限额、各项终身给付限额的约定。

2.4.1 慢性病门诊治疗 费用保险金

被保险人在基本医疗保险协议管理医疗机构（不含特需和国际医疗部）进行高血压病、糖尿病、冠心病门诊治疗的，对其每次门诊实际发生的本合同保障的医疗费用范围内的门诊治疗费用（简称“本合同保障的慢性病门诊治疗费用”），本公司按附录一中《保险金给付比例表》对应的给付比例给付慢性病门诊治疗费用保险金。

慢性病门诊治疗费用保险金=本合同保障的慢性病门诊治疗费用（基本医疗保险规定支付范围内的部分）*100%+本合同保障的慢性病门诊治疗费用（基本医疗保险规定支付范围外的 A 部分）*100%+本合同保障的慢性病门诊治疗费用（基本医疗保险规定支付范围外的 B 部分）*80%

若前款计算的慢性病门诊治疗费用保险金小于本合同保障的慢性病门诊治疗费用的 90%，则本公司给付的慢性病门诊治疗费用保险金为本合同保障的慢性病门诊治疗费用的 90%。本合同保障的慢性病门诊治疗费用为：前款中本合同保障的慢性病门诊治疗费用（基本医疗保险规定支付范围内的部分）、本合同保障的慢性病门诊治疗费用（基本医疗保险规定支付范围外的 A 部分）、本合同保障的慢性病门诊治疗费用（基本医疗保险规定支付范围外的 B 部分）三项之和。

慢性病门诊治疗费用保险金给付限额、给付比例见附录一，且慢性病门诊治疗费用保险金还需符合本合同各项年度给付限额、各项终身给付限额的约定。

若门诊治疗费用同时符合住院前后门诊费用保险金，特定门诊治疗费用保险金，或慢性病门诊治疗费用保险金中二项（含）以上给付条件，则我们仅给付其中的一项。我们按被保险人利益最大化原则给付其中一项保险金，但受益人指明要申请其中某一项保险金的除外。

2.4.1 年度给付限额及 终身给付限额

上述各项医疗保险金，在每个保险期间内，同一项医疗保险金的累计给付金额之和以其对应的年度给付限额为限；同一项医疗保险金的累计给付金额之和达到其对应的年度给付限额时，该保险期间内我们对被保险人的该项保险责任终止。

在每个保险期间内，上述各项医疗保险金的累计给付金额之和以医疗保险金年度给付限额为限；上述各项医疗保险金的累计给付金额之和达到医疗保险金年度给付限额时，该保险期间内我们对被保险人的全部医疗保险责任终止。

依据本合同、本合同的各续保合同，以及其他个人税收优惠型健康保险合同（包括本公司和其他保险公司承保的），累计给付的医疗保险金之和以本合同医疗保险金终身给付限额为限，达到医疗保险金终身给付限额时，我们对被保险人的全部医疗保险责任终止。

各项医疗保险金的年度给付限额、终身给付限额以及给付比例见附录一。

2.4.1 特别约定 .6

- (1) 若被保险人已从公费医疗或基本医疗保险获得费用补偿，且被保险人在其基本医疗保险所属地的医疗机构就医，则本合同保障的医疗费用等于本合同基准医疗费用扣除当地公费医疗、基本医疗保险、其他途径已经补偿金额。
- (2) 若被保险人已从公费医疗或基本医疗保险获得费用补偿，且被保险人在其基本医疗保险所属地以外的医疗机构就医，则本合同保障的医疗费用为本合同基准医疗费用扣除当地公费医疗、基本医疗保险、其他途径已经补偿金额后的 80%。
- (3) 若被保险人未从公费医疗或基本医疗保险获得费用补偿，则本合同保障的医疗费用为被保险人实际发生的符合当地基本医疗保险规定支付范围内的医疗费用扣除其他途径已经补偿（基本医疗保险规定支付范围内的部分）金额后的 50%和本合同约定的当地基本医疗保险规定支付范围外的医疗必需且合理的医疗费用扣除其他途径已经补偿（基本医疗保险规定支付范围外的部分）金额。
- (4) 若被保险人已参加补充医疗保险，但未从补充医疗保险获得费用补偿，

则本合同保障的医疗费用为本合同基准医疗费用扣除当地公费医疗、基本医疗保险、其他途径已经补偿金额后的 70%。

- (5) 若被保险人使用了本合同约定的当地基本医疗保险规定的完全自费的医疗必须且合理的进口材料，则本合同保障的医疗费用中的该项材料费，为被保险人实际发生的该项材料费扣除其他途径已经补偿金额后的 30%；若该进口材料无法用类似国产普通型材料替代的，被保险人可向本公司申请，经本公司审核同意，本公司将按照上述 (1)、(2)、(3)、或(4) 中的方式计算本合同保障的医疗费用中的该项材料费。

我们按前款约定计算本合同保障的医疗费用时，若既符合 (4)，又符合 (1)、(2)、或(3) 的，优先适用 (4)；若既符合 (5)，又符合 (1)、(2)、(3)、或(4) 的，优先适用 (5)。

2.4.2 个人账户保险金

在本合同保险期间内，被保险人达到法定退休年龄后，对于其实际发生的个人自负医疗费用支出，我们按其个人自负医疗费用金额给付个人账户保险金，个人账户价值等额减少。个人账户保险金以个人账户价值为限。

2.5 补偿原则

本公司在向受益人给付保险金时，若被保险人所发生的本合同保障的医疗费用已通过公费医疗、基本医疗保险、其他途径获得了补偿，且该补偿金额与本公司按本合同约定给付的医疗保险金之和超过了被保险人实际发生的医疗费用，本公司将按被保险人实际发生的医疗费用扣除被保险人从公费医疗、基本医疗保险、及其他途径已经补偿金额后的余额向受益人给付保险金，即包括本合同在内的各种途径所给付的所有补偿金额之和不得超过被保险人实际发生的医疗费用。其他途径补偿，指按照本合同之外的其他商业保险合同所补偿的医疗保险金。

2.6 责任免除

因下列情形之一导致被保险人发生医疗费用的，我们不承担给付各项医疗保险金的责任：

- (1) 被保险人在香港特别行政区、澳门特别行政区、台湾地区或中国境外的诊疗；
- (2) **患先天性畸形、变形和染色体异常**(见 10.20) (以世界卫生组织颁布的《疾病和有关健康问题的国际统计分类 (ICD-10)》为准)；
- (3) 被保险人故意犯罪或抗拒依法采取的刑事强制措施；
- (4) 被保险人自杀或故意自伤，但被保险人自杀或故意自伤时为无民事行为能力人的除外；
- (5) 被保险人斗殴、**醉酒**(见 10.21)，主动吸食或注射**毒品**(见 10.22)；
- (6) 被保险人未遵医嘱，私自服用、涂用或注射药物(但按使用说明的规定使用非处方药不在此限)；
- (7) 被保险人**酒后驾驶**(见 10.23)、**无合法有效驾驶证驾驶**(见 10.24)或**驾驶无有效行驶证**(见 10.25)的**机动车**(见 10.26)；
- (8) 被保险人参加**潜水**(见 10.27)、跳伞或其他空中运动、登山、**攀岩**(见 10.28)或**攀爬建筑物、探险**(见 10.29)、**武术比赛**(见 10.30)、**摔跤比赛、特技表演**(见 10.31)、赛马、赛车等高风险运动；
- (9) 被保险人接受戒酒或戒毒治疗、心理治疗、视力矫正手术、变性手术、整容整形或矫形手术；
- (10) **疗养、康复治疗**(见 10.32)、包皮环切、非医学必需的激素治疗、脱发治疗、美容、减肥、丰胸或者缩胸手术、睡眠有关的研究或者治疗、戒烟、矫形、视力矫正手术、非意外事故所致的整容手术；
- (11) 使用假体装置、各种矫正器(包括义肢、义眼，及非急救中使用的颈托、夹板)、轮椅及各种电动助行器械、助听器；常规视力检查、配制眼镜或隐形眼镜、视力治疗或视力训练；
- (12) 因**医疗事故**(见 10.33)导致的医疗费用；
- (13) 被保险人的精神和行为障碍(以世界卫生组织颁布的《疾病和有关健康

问题的国际统计分类（ICD-10）》为准）；

- (14) 战争、军事冲突、暴乱或武装叛乱、核爆炸、核辐射或核污染、恐怖主义行为；
- (15) 被保险人作为捐赠人而进行的器官或组织摘除，器官供体寻找、获取以及从供体切除、储藏、运送器官；
- (16) 未经科学或者医学认可的试验性或者研究性治疗及其产生的后果所产生的费用；
- (17) 质子重离子治疗费用；
- (18) 法律规定的其他情形。

3. 保险金的申请

3.1 受益人 除另有指定外，本合同各项保险金的受益人为被保险人本人。

3.2 保险事故通知 您、被保险人或者受益人知道保险事故发生后应当在 10 日内通知我们。故意或者因重大过失未及时通知，致使保险事故的性质、原因、损失程度等难以确定的，我们对无法确定的部分不承担给付保险金的责任，但我们通过其他途径已经及时知道或者应当及时知道保险事故发生或者虽未及时通知但不影响我们确定保险事故的性质、原因、损失程度的除外。

若投保人、被保险人或者受益人知道保险事故发生后，未及时通知本公司，且投保人要求解除本合同导致本公司按本合同约定退还现金价值或保险费后，本公司按本合同约定需给付保险金时，有权扣减已给付的现金价值或保险费。

3.3 保险金申请 在申请保险金时，请按照下列方式办理：

医疗保险金申请 在申请医疗保险金时，受益人作为申请人须填写领取保险金申请书，并须提供下列证明和资料，本公司有权保留住院费用收据原件、基本医疗保险经办机构、其他商业保险机构或我们认可的医院开具的医疗费用报销分割单原件及其他资料的复印件：

- (1) 本合同；
- (2) 受益人的有效身份证件；
- (3) 接受住院治疗的，还需提供入出院证明、出院小结或住院病历（加盖医院病历专用章）；接受门诊治疗的，还需提供门诊病历和处方；
- (4) 被保险人已从基本医疗保险获得医疗费用补偿的，需提供基本医疗保险经办机构或本公司认可的医院开具的医疗费用报销分割单原件；被保险人已从公费医疗获得医疗费用补偿的，需提供已注明给付比例或给付金额的住院费用收据原件或复印件；
- (5) 如果已从其它途径获得了补偿，则须提供从其它途径报销的凭证，我们留存其原件；
- (6) 所能提供的与确认保险事故的性质、原因等有关的其他证明和资料。

个人账户保险金申请 在申请个人账户保险金时，受益人作为申请人须填写领取保险金申请书，并须提供下列证明和资料的原件：

- (1) 本合同；
- (2) 受益人的有效身份证件；
- (3) 如果被保险人的实际退休年龄低于法定退休年龄，则须提供国家行政主管部门开具的退休证明；
- (4) 医疗费用相关单据；如果已从其它途径获得了补偿，则须提供从其它途径报销的凭证，我们留存其原件；
- (5) 所能提供的与确认保险事故的性质、原因等有关的其他证明和资料。

特别注意事项 以上证明和资料不完整的，我们将及时一次性通知受益人补充提供有关的证明和资料。

委托他人领取保险金时，受托人还必须提供本人的有效身份证件及委托人亲笔签名的授权委托书。

被保险人在部分医疗机构内接受治疗，其事先通知我们后，经我们同意并告知被保险人，我们可将本合同中应付的医疗保险金或个人账户保险金直接与该医疗机构结算，用于抵扣被保险人在该医疗机构发生的医疗费用，抵扣后剩余的医疗费用，被保险人需向医疗机构支付。我们将本合同中应付的医疗保险金或个人账户保险金直接与该医疗机构结算，用于抵扣被保险人在该医疗机构发生的医疗费用，即履行了保险金给付义务。可实现此等结算方式的医疗机构，以我们确认的为准。

保险金作为被保险人遗产时，继承人还必须提供可证明其合法继承权的相关权利文件。

受益人或者继承人为无民事行为能力人或者限制民事行为能力人时，由其合法监护人代其申请领取保险金，其合法监护人还必须提供受益人或者继承人为无民事行为能力人或者限制民事行为能力人的证明和监护人具有合法监护权的证明。

3.4 保险金给付

我们在收到领取保险金申请书及本合同约定的证明和资料后，将在 5 日内作出核定；情形复杂的，在 30 日内作出核定。对属于保险责任的，我们在与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。

我们未及时履行前款约定义务的，对属于保险责任的，除支付保险金外，应当赔偿受益人因此受到的利息损失。利息按照我们确定的利率按单利计算，且我们确定的利率不低于中国人民银行公布的金融机构人民币活期存款基准利率。

对不属于保险责任的，我们自作出核定之日起 3 日内向受益人发出拒绝给付保险金通知书并说明理由。

我们在收到领取保险金申请书及有关证明和资料之日起 60 日内，对给付保险金的数额不能确定的，根据已有证明和资料可以确定的数额先予支付；我们最终确定给付保险金的数额后，将支付相应的差额。

我们有权对理赔进行核查，您和被保险人有义务提供我们所要求的相关材料。如果受益人向我们提起虚假的保险金申请，我们有权追回已支付的相应保险金，并对其它虚假理赔的申请且尚未支付的款项拒绝支付，并有权解除或者部分解除本合同。

3.5 诉讼时效

权利人向我们申请给付保险金的诉讼时效期间为 2 年，自其知道或者应当知道保险事故发生之日起计算。

4. 保险费的交纳

4.1 保险费的交纳

本合同及续保合同的保险费数额和交费方式由您与本公司约定，并在保险单上载明。约定的保险费数额不得低于您所投保的医疗保险责任对应的风险保险费，且须符合投保当时国务院保险监督管理机构对个人税收优惠型健康保险的相关规定以及本公司的规定。

同一保险期间内的保险费，交费方式分为一次交和月交，由您在投保时选择。如果您选择按月交纳保险费，在交纳首期保险费后，应当在保险费约定交纳日交纳以后各期的保险费。

在本合同的保险期间内，您可向本公司申请变更后续应交的保险费数额，变更后的保险费从新续保的保险合同开始适用。变更后的保险费不得低于您所投保的医疗保险责任对应的风险保险费，且应符合个人税收优惠型健康保险的相关政策规定。

4.2 风险保险费

风险保险费源自于您交纳的保险费，您交纳的当期保险费应当大于或等于当期的风险保险费。我们对本条款 2.4.1 条的医疗保险责任收取相应的风险保险费。

每个保险期间的风险保险费（以下简称“年风险保险费”）根据被保险人的年龄、保险金额和其他核保因素确定。本合同及续保合同的风险保险费将在保险单上载明。

- 4.3 宽限期** 若约定保险费的交费方式为一次交，则自本合同期满次日起 60 日内为新续保合同交费宽限期。宽限期内发生保险事故的，我们承担保险责任，但在给付保险金时会扣除您欠交的风险保险费。如果宽限期结束前您未交纳新续保合同的保险费，则我们视同您自动放弃新续保合同，本合同自宽限期满日的 24 时起效力终止，本合同效力因此终止的，个人账户继续按本条款第“5 个人账户的运作管理”款运作管理，当个人账户价值为 0 时，个人账户即停止运作管理。
- 若约定保险费的交费方式为月交，则自保险费约定交纳日的次日零时起 60 日为本合同交费宽限期。宽限期内发生保险事故的，我们承担保险责任，但在给付保险金时会扣除您欠交的风险保险费。如果您在宽限期内未交纳保险费，则自宽限期满日的 24 时起，本合同效力中止。在本合同效力中止期间，我们不承担保险责任，个人账户继续按本条款第“5 个人账户的运作管理”运作管理，当个人账户价值为 0 时，个人账户即停止运作管理。本合同效力中止之日起至本合同期满日，您可以申请恢复本合同效力，经您与我们协商并就恢复本合同效力达成一致同意的协议，自您交纳保险费之日的次日零时起，本合同效力恢复。您与我们未就本合同效力恢复达成一致的，本合同效力不恢复，且自本合同期满日 24 时起，本合同效力终止。本合同效力因此终止的，个人账户继续按本条款第“5 个人账户的运作管理”运作管理，当个人账户价值为 0 时，个人账户即停止运作管理。
- 4.4 税优凭证** 我们仅为您交纳的且符合商业健康保险税收优惠政策规定的保险费提供税优凭证，因风险保险费源自于您交纳的保险费，故我们不再为风险保险费提供税优凭证。如果上述政策有调整，本合同将按最新的政策提供税优凭证。
- 4.5 差额返还机制** 本保险产品以会计年度为基础计算**简单赔付率**（见 10.34）。若本保险产品整体的简单赔付率低于 80%，对于简单赔付率与 80%的差额部分，本公司将于下一会计年度的 3 月 31 日前返还给相应保险单的被保险人个人账户。

5. 个人账户的运作管理

- 5.1 账户设立** 为履行万能保险产品（本合同为万能保险产品合同）的保险责任，我们根据保险监管机关的有关规定设立了万能账户，该账户资产的投资组合及运作方式由我们决定。
- 为履行本合同的保险责任，明确您的权益，我们将在本合同首次生效时在万能账户中为您设立本合同的个人账户。
- 首次投保或续保时，您交纳的保险费在扣除风险保险费后计入个人账户。
- 在本合同有效期内，本公司将每季度至少一次向您提供一份保单状态报告。保单状态报告应符合国务院保险监督管理机构对个人税收优惠型健康保险的相关规定。
- 5.2 个人账户价值** 在下列情况下，个人账户价值将发生变动：
- (1) 您交纳的保险费在扣除风险保险费后计入个人账户，个人个人账户价值按计入数额等额增加；
 - (2) 我们每月结算个人账户利息后，个人账户价值按结算的个人账户利息数额等额增加；
 - (3) 每个保险期间期满后的首个结算日零时，如果个人账户价值低于个人账户最低保证价值的，我们将个人账户价值调升至个人账户最低保证价值；
 - (4) 我们给付个人账户保险金的，个人账户价值等额减少
 - (5) 个人账户价值用于被保险人退休后购买商业健康保险支出，或支付个人自负医疗费用，个人账户价值按支出金额等额减少；
 - (6) 如果您选择将保单权益由其他保险公司转移到本公司，原保单的个人账户价值须全部转入本公司，个人账户价值按转入数额等额增加；
 - (7) 如果您选择将保单权益转移到其他保险公司，本合同的个人账户价值随

即转移至您指定的保险公司，本合同终止；

(8) 依据本条款 4.5 条的约定，当差额返还金额计入个人账户，个人账户价值按差额返还金额等额增加。

- 5.3 个人账户结算** 在本合同有效期内，个人账户价值每月结算一次。个人账户结算日为每月 1 日。
- 结算利率** 我们每月将根据国务院保险监督管理机构的有关规定，结合万能账户的实际投资状况，确定上个月的结算利率，并自每月结算日起 6 个工作日内公布。
- 个人账户利息** 我们在每月结算日零时结算个人账户利息。个人账户价值根据本合同上个月的实际经过天数，按我们本月公布的上个月的结算利率进行累积。
- 如果本合同被解除，本公司在本合同解除时结算个人账户利息。个人账户价值根据本合同在解除日所在月的实际经过天数，按本合同约定的最低保证利率进行累积。
- 如果本合同保险期间届满，且按照本条款 2.3 条续保的，则本合同个人账户价值自动结转到新续保合同的个人账户。
- 5.4 个人账户最低保证利率** 最低保证利率指个人账户价值的最低年结算利率。本合同个人账户的最低保证利率为 3%。
- 我们将在每个保险期间期满日后的首个结算日零时，根据最低保证利率计算个人账户最低保证价值。如果个人账户价值低于个人账户最低保证价值，我们将个人账户价值调升至个人账户最低保证价值。
- 5.5 退保费用** 您解除本合同时，本公司将扣除您需要补交的税收优惠额度作为退保费用，用于向税务机关补交税收优惠额度。
- 5.6 个人账户价值领取** 被保险人达到法定退休年龄后，可以申请使用本合同的个人账户价值购买商业健康保险或支付个人自负医疗费用。
- 5.7 被保险人身故后个人账户处理** 在本合同保险期间内，若被保险人身故，则本合同终止。身故时的个人账户价值将作为投保人的遗产，本公司将向投保人的继承人退还身故时个人账户价值和未到期净风险保险费（见 10.35）。

6. 现金价值权益

- 6.1 现金价值** 本合同的现金价值为下面两项之和：
- 1、个人账户价值扣除退保费用后的余额；
 - 2、医疗保险责任的未到期净风险保险费。若本合同已发生医疗保险金给付、本合同效力中止或处于宽限期，未到期净风险保险费为零。

7. 合同解除

- 7.1 您解除合同的手续及风险** 如果被保险人未发生保险事故，且您在犹豫期后要求解除本合同，请填写保单变更申请书并向我们提供下列资料的原件：
- (1) 本合同；
 - (2) 您的有效身份证件。
- 自我们收到保单变更申请书时起，本合同即解除，本合同效力终止，且个人账户停止运作管理。我们自收到保单变更申请书之日起 30 日内向您退还现金价值。
- 您在犹豫期后解除合同会遭受一定损失。

8. 保单权益转移

- 8.1 保单权益转移** 1. 保单权益转出：在本合同有效期内，您可以申请将本合同保单权益转移至其他符合国务院保险监督管理机构规定的个人税收优惠型健康保险的保单，在该保单所属

保险公司同意接受您的保单权益转入后，本公司将与该接受保单权益转入的保险公司办理相关转移事宜。相关转移事宜完成之日 24 时，本合同效力终止，对本合同终止时间另有约定的除外。

2. 保单权益转入：对于保单权益转入前的保险合同（即：拟做保单权益转出的），若未处于“宽限期内尚未交纳保险费”状态，也未处于“保险合同中止”状态，由您申请并经本公司审核同意后，本公司接受您投保的其他符合国务院保险监督管理机构规定的个人税收优惠型健康保险的保单权益转入，转入时需符合本合同的规定，并应填写申请书，提供下列证明和资料：

- 1) 申请人的有效身份证件；
- 2) 保单权益转入时需要的其他相关材料。

3. 若本公司接受您的保单权益转入的，依据本合同、本合同的各续保合同，以及其他个人税收优惠型健康保险合同（包括本公司和其他保险公司承保的），累计给付的医疗保险金之和以本合同医疗保险金终身给付限额为限。

保单权益，指个人账户价值与未到期净风险保险费之和。

9. 其他需要关注的事项

9.1 说明与如实告知 订立本合同时，我们应当向您说明本合同的内容。对保险条款中免除我们责任的条款，我们在订立合同时应当在投保单、保险单或者其他保险凭证上作出足以引起您注意的提示，并对该条款的内容以书面或者口头形式向您作出明确说明，未作提示或者明确说明的，该条款不产生效力。

我们会就您和被保险人的有关情况提出书面询问，您应当如实告知。

如果您故意或者因重大过失未履行前款约定的如实告知义务，足以影响我们决定是否同意承保或者提高风险保险费率的，我们有权解除本合同。合同解除权自我们知道有解除事由之日起超过 30 日不行使而消灭。

如果您故意不履行如实告知义务，对于本合同解除前发生的保险事故，我们不承担给付保险金的责任，并不退还保险费。

如果您因重大过失未履行如实告知义务，对保险事故的发生有严重影响的，对于本合同解除前发生的保险事故，我们不承担给付保险金的责任，但应当向您退还保险费。

本公司有权通过中国商业健康保险信息平台，对您的个人信息进行查询。如发现您或您委托办理投保的团体组织存在不如实告知的情况，本公司在国务院保险监督管理机构相关规定允许的范围内，有权对您设定相应续保限制条件，并视不如实告知的严重程度决定是否拒绝您的投保和续保。

本公司在合同订立时已经知道您未如实告知的情况的，本公司不得以投保人未履行如实告知义务为由解除合同；发生保险事故的，本公司不得以投保人未履行如实告知义务为由不承担给付保险金的责任。

9.2 年龄性别错误 您在申请投保时，应将与有效身份证件相符的被保险人的出生日期和性别在投保单上填明，如果发生错误按照下列方式办理：

- (1) 您申报的被保险人年龄不真实，并且其真实年龄不符合本合同约定投保年龄限制的，我们有权解除合同，合同解除权自我们知道有解除事由之日起超过 30 日不行使而消灭。对于解除本合同的，本合同自解除之日起终止，我们向您退还现金价值。对于本合同解除前发生的保险事故，我们不承担给付保险金的责任。
- (2) 您申报的被保险人年龄或者性别不真实，致使您实交风险保险费少于应交风险保险费的，我们有权更正并要求您补交风险保险费。如果已经发生保险事故，在给付保险金时按实交风险保险费和应交风险保险费的比例给付。
- (3) 您申报的被保险人年龄或者性别不真实，致使您实交风险保险费多于应交风险保险费的，我们无息退还多收的风险保险费至被保险人个人账户。

9.3 公费医疗或基本 在本合同有效期内，若被保险人的公费医疗或基本医疗保险状态发生变更时，您

医疗保险状态变更	或被保险人须及时通知本公司。本公司有权根据被保险人最新的公费医疗或基本医疗保险状态对保险责任进行相应调整，但应符合国务院保险监督管理机构的相关规定。
9.4 补充医疗保险状态变更	在本合同有效期内，若被保险人的补充医疗保险状态发生变更时，您或被保险人须及时通知本公司。本公司有权根据被保险人最新的补充医疗保险状态对保险责任、风险保险费进行相应调整，但应符合国务院保险监督管理机构的相关规定。
9.5 合同内容变更	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。变更本合同的，应当由我们在保险单或者其他保险凭证上批注或者附贴批单，或者由您与我们订立书面的变更协议。
9.6 联系方式变更	为了保障您的合法权益，您的住所、通讯地址或者电话等联系方式变更时，请及时以书面形式或者双方认可的其他形式通知我们。如果您未以书面形式或者双方认可的其他形式通知我们，我们按本合同载明的最后住所或者通讯地址发送的有关通知，均视为已送达给您。
9.7 争议处理	<p>本合同履行过程中，双方发生争议时，可以从下列两种方式中选择一种争议处理方式：</p> <p>(1) 因履行本合同发生的争议，由双方协商解决，协商不成的，提交_____仲裁委员会仲裁；</p> <p>(2) 因履行本合同发生的争议，由双方协商解决，协商不成的，依法向人民法院起诉。</p>
9.8 保险事故鉴定	如果被保险人发生保险事故，您和我们均可以委托保险公估机构等依法设立的独立评估机构或者具有相关专业知识的人员，对保险事故进行评估和鉴定。
10. 释义	
10.1 合法有效	本合同所指合法有效均以中华人民共和国法律、法规、行政法规、地方性法规、行政规章及有关规范性文件的规定为判定依据。
10.2 保险费约定交纳日	保险合同生效日在每月、每季、每半年或每年（根据交费方式确定）的对应日。如果当月无对应的同一日，则以该月最后一日为对应日。
10.3 公费医疗	公费医疗制度，是国家为保障国家工作人员身体健康而实行的一项社会保障制度。国家通过医疗卫生部门向享受人员提供制度规定范围内的免费医疗预防。
10.4 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、城乡居民基本医疗保险、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。
10.5 法定退休年龄	<p>指国家法定退休年龄，被保险人实际办理退休时的年龄小于法定退休年龄的，以实际退休年龄为准。</p> <p>退休年龄应为周岁年龄，周岁年龄以法定有效身份证件中记载的出生日期为计算基础。</p>
10.6 既往症	指在本合同生效之前被保险人已患有的且已知晓的比较严重的疾病或症状。
10.7 适用商业健康保险税收优惠政策的纳税人	指符合商业健康保险税收优惠政策适用范围规定的纳税人，如取得工作薪金所得、连续劳务报酬所得的个人，以及取得个体工商户生产经营所得、对企事业单位的承包承租经营所得的个体工商户业主、个人独资企业投资者、合伙企业合伙人和承包承租经营者等。
10.8 缴纳个人所得税	是指纳税人根据《中华人民共和国个人所得税法》的规定，按照一定的比率，将

个人收入的一部分缴纳给国家。

- 10.9 补充医疗保险** 补充医疗保险是相对于公费医疗和基本医疗保险而言的，指团体组织的，用于补偿公费医疗或基本医疗保险以外医疗费用的住院医疗费用型保险产品。
- 10.10 有效身份证件** 指由中华人民共和国政府主管部门规定的能够证明其身份的证件，如：居民身份证、军官证、警官证、士兵证、户口簿以及中华人民共和国政府主管部门颁发或者认可的有效护照或者其他身份证明文件。
- 中国内地纳税人提出投保申请时，必须提供二代的 18 位中华人民共和国居民身份证及信息；中国港澳居民提出投保申请时，必须提供港澳居民来往内地通行证及信息；中国台湾居民提出投保申请时，必须提供台湾居民来往大陆通行证及信息；外籍人员提出投保申请时，必须提供本国护照及信息；现役军人提出投保申请时，必须提供军人证。
- 若无法提供以上身份证件类型的，被保险人须向本公司提供能够证明其身份的合理唯一的其他有效身份证件。
- 10.11 当地** 指被保险人的基本医疗保险参保所在地。
- 10.12 医疗必需且合理** 指合理的、符合通常惯例且医疗必须的医疗费用。
- 符合通常惯例指被保险人接受的医疗服务满足以下条件：
- 1) 该服务满足医疗需要而且根据治疗当地通行治疗规范、采用了通行治疗方法；
 - 2) 医疗费用没有超过当地对类似情形治疗的常规费用，类似情形是指在同一地区、对相同性别、近似年龄的人所患的同类疾病或身体伤害实施的类似治疗或服务。
- 医疗必需指针对意外伤害或疾病本身的医疗服务及医疗费用满足以下条件：
- 1) 治疗意外伤害或疾病合适且必须的、有医生处方的项目；
 - 2) 与接受治疗当地普遍接受的医疗专业实践标准一致；
 - 3) 非为了医师或其他医疗提供方的方便；
 - 4) 接受的医疗服务范围是合适的而且经济有效的。
- 对是否医疗必需由本公司理赔人员根据客观、审慎、合理的原则进行审核；如果被保险人对审核结果有不同意见，可由双方认同的权威医学机构或者权威医学专家进行审核鉴定。
- 10.13 基本医疗保险协议管理医疗机构** 指基本医疗保险规定的协议管理医疗机构，不包括主要作为康复、护理、疗养、戒酒、戒毒或者相类似的医疗机构。
- 10.14 住院** 指被保险人确因临床需要入住医院之正式病房进行治疗，并正式办理入出院手续，不包括入住门诊观察室、家庭病床、挂床住院以及以及休养、疗养、身体检查和健康护理等非治疗性行为导致的住院。挂床住院，指被保险人非治疗需要，一次离开医院 12 小时以上，视为自动离开医院，本公司仅对离开日及以前属于保险责任范围内的住院治疗承担保险金给付责任。
- 10.15 药品费** 药品费是指根据医生处方使用的具有国家药品监督管理部门核发的药品批准文号或者进口药品注册证书、医药产品注册证书的国产药品，包括西药、中成药和中草药，且已经过本公司审核同意的药品。
- 10.16 住院手术费** 指当地卫生行政部门规定的手术项目的费用，包括手术费、麻醉费、手术监测费、手术材料费、术中用药费、手术设备费等；若因器官移植而发生的手术费用，不包括器官本身的费用和获取器官过程中的费用。
- 10.17 床位费** 指被保险人在住院期间发生的医院床位的费用，不包括陪人床、观察病房床位和家庭病床的费用。
- 10.18 其他费用** 指被保险人在住院期间发生的除药品费、手术费及床位费及膳食费以外的以下费

用：

- (1) 化验费、检查费；
- (2) 输氧费；
- (3) 病室治疗费、诊疗费、冷暖气费用、医生诊查费、护理费；
- (4) 本地救护车费（本地，指被保险人发生保险事故所在地的省、自治区、直辖市地域内）；
- (5) 注射费；
- (6) 物理治疗费；
- (7) 包扎科、普通外科夹板及石膏整形费用；
- (8) 材料费：指在住院以及门急诊就医期间医生或者护士在为被保险人进行的各种治疗中所使用的医疗器材和医用材料。

- 10.19 门诊** 指被保险人确因临床需要，正式办理挂号手续，并确实在医院的门诊部接受治疗的行为过程，但不包括休养、疗养、身体检查和健康护理等非治疗性行为。
- 10.20 先天性畸形、变形和染色体异常** 指被保险人出生时就具有的畸形、变形或者染色体异常。先天性畸形、变形和染色体异常依照世界卫生组织《疾病和有关健康问题的国际统计分类》（ICD-10）确定。
- 10.21 醉酒** 指发生事故时当事人每百毫升血液中的酒精含量大于或者等于 80 毫克。
- 10.22 毒品** 指中华人民共和国刑法规定的鸦片、海洛因、甲基苯丙胺（冰毒）、吗啡、大麻、可卡因以及国家规定管制的其他能够使人形成瘾癖的麻醉药品和精神药品，但不包括由医生开具并遵医嘱使用的用于治疗疾病但含有毒品成分的处方药品。
- 10.23 酒后驾驶** 指经检测或者鉴定，发生事故时车辆驾驶人员每百毫升血液中的酒精含量达到或者超过一定的标准，公安机关交通管理部门依据《道路交通安全法》的规定认定为饮酒后驾驶或者醉酒后驾驶。
- 10.24 无合法有效驾驶证驾驶** 指下列情形之一：
 - (1) 没有取得驾驶资格；
 - (2) 驾驶与驾驶证准驾车型不相符合的车辆；
 - (3) 持审验不合格的驾驶证驾驶；
 - (4) 持学习驾驶证学习驾车时，无教练员随车指导，或者不按指定时间、路线学习驾车。
- 10.25 无有效行驶证** 指下列情形之一：
 - (1) 机动车被依法注销登记的；
 - (2) 未依法按时进行或者通过机动车安全技术检验。
- 10.26 机动车** 指以动力装置驱动或者牵引，上道路行驶的供人员乘用或者用于运送物品以及进行工程专项作业的轮式车辆。
- 10.27 潜水** 指使用辅助呼吸器材在江、河、湖、海、水库、运河等水域进行的水下运动。
- 10.28 攀岩** 指攀登悬崖、楼宇外墙、人造悬崖、冰崖、冰山等运动。
- 10.29 探险** 指明知在某种特定的自然条件下有失去生命或者使身体受到伤害的危险，而故意使自己置身于其中的行为，如：江河漂流、登山、徒步穿越沙漠或者人迹罕至的原始森林等活动。
- 10.30 武术比赛** 指两人或者两人以上对抗性柔道、空手道、跆拳道、散打、拳击等各种拳术及使用器械的对抗性比赛。
- 10.31 特技表演** 指进行马术、杂技、驯兽等表演。

- 10.32 康复治疗** 指在康复医院、康复科诊治或者接受以促进机体各项功能恢复为目的的医疗方法，如理疗、按摩、推拿、生物反馈疗法、康复营养、康复护理等。
- 10.33 医疗事故** 指医疗机构及其医务人员在医疗活动中，违反医疗卫生管理法律、行政法规、部门规章和诊疗护理规范、常规，过失造成患者人身损害的事故。
- 10.34 简单赔付率** 某一会计年度的简单赔付率=（发生在该会计年度保单有效期内的全部赔款+该会计年度的额外费用）/（在该会计年度经过有效的保单的全部经过保费）*100%
全部赔款包括已决赔款和未决赔款，未决赔款的计算方法参照国务院保险监督管理机构规定；额外费用包括用于提供给被保险人的增值服务费用（包括但不限于健康管理费用）；经过保费的计算以天为基础，一年按 365 天计算（闰年按 366 天计算）。
- 10.35 未到期净风险保险费** 当交费方式为一次交时，未到期净风险保险费的计算公式为：当期投保的各项保险责任的风险保险费 $\times(1-20\%) \times (1-n/m)$ ，其中，n指从对该被保险人的保障期间生效之日至终止之日实际经过天数，m指当年实际天数。经过天数不足一天按一天计算。
- 当交费方式为月交时，未到期净风险保险费的计算公式为：当期投保的各项保险责任的风险保险费 $\times(1-20\%) \times (1-n/m)$ ，其中，n指当月经过天数，m为当月实际天数。经过天数不足一天按一天计算。
- 如果本合同已发生医疗保险金给付、效力中止或处于宽限期，未到期净风险保险费为零。

附录一

表一

保险金给付限额表（单位：人民币元）				
医疗保险责任		投保人群	首次投保时未罹患既往症的	首次投保时已经罹患既往症的
		医疗保险金（以下三项之和）	终身给付限额	800,000
年度给付限额	200,000		40,000	
（一）住院医疗费用保险金和住院前后门诊费用保险金（数额之和）		年度给付限额	200,000	40,000
其中，单一材料费用			30,000	5,000
（二）特定门诊治疗费用保险金			20,000	5,000
（三）慢性病门诊治疗费用保险金			3,000	1,000

注：①单一材料费用，指住院医疗费用和门诊治疗费用中，同一名称的医用材料费用（含一次性医疗器械、一次性进口医用材料等）。

②上述医疗保险金，针对癌症靶向药（见附录二）费用的给付，给付限额见下表：《癌症靶向药给付限额表》

癌症靶向药给付限额表（单位：人民币元）				
给付范围		投保人群	首次投保时未罹患既往症的	首次投保时已经罹患既往症的
		医疗保险金针对癌症靶向药费用的给付	终身给付限额	100,000
年度给付限额	30,000		5,000	

表二：

保险金给付比例表				
医疗保险责任	费用类型	本合同保障的医疗费用（基本医疗保险规定支付范围内的部分）	本合同保障的医疗费用（基本医疗保险规定支付范围外的 A 部分）	本合同保障的医疗费用（基本医疗保险规定支付范围外的 B 部分）
		（一）住院医疗费用保险金		100%
（二）住院前后门诊费用保险金		100%	100%	80%
（三）特定门诊治疗费用保险金		100%	100%	80%
（四）慢性病门诊治疗费用保险金		100%	100%	80%

本合同约定的当地基本医疗保险规定支付范围外的医疗费用

本合同约定的当地基本医疗保险规定支付范围外的医疗费用，指被保险人在基本医疗保险协议管理医疗机构（不含特需和国际医疗部）发生的，当地基本医疗保险规定支付范围外的下列项目的医疗费用：

- 1、当地基本医疗保险规定的部分自费医疗费用中自费的部分。
- 2、当地基本医疗保险规定支付范围外的完全自费部分的下列项目：
 - (1) 血管支架，指在临床治疗中，为达到支撑狭窄或闭塞的血管，减少血管弹性回缩及再塑形，保持管腔血流通畅的目的而在血管内病变部位植入的支撑装置，主要有冠状动脉支架、颈动脉支架、颅内血管支架、肾动脉支架及大动脉支架等，本附录所指血管支架不包括用于植入人体非血管管腔的支架。注：本公司给付医疗保险金时，针对血管支架费用的给付，需在本条款附录一中单一材料费用的年度给付限额及终身给付限额内。
 - (2) 应用正电子发射断层扫描装置（PET-CT）进行的检查和治疗项目。
 - (3) 下列癌症靶向药：（注：本公司给付医疗保险金时，针对癌症靶向药费用的给付，需在本条款附录一中癌症靶向药费用的年度给付限额及终身给付限额内。）

本合同约定的癌症靶向药清单		
中文商品名	中文通用名	通常适用的恶性肿瘤类型
特罗凯	盐酸厄洛替尼片	肺癌
易瑞沙	吉非替尼片	
赛可瑞	克唑替尼胶囊	
恩度	重组人血管内皮抑制素	
安维汀	贝伐珠单抗	
凯美纳	盐酸埃克替尼片	
达希纳	尼洛替尼胶囊	白血病
施达赛、依尼舒	达沙替尼片	
格列卫、格尼可、昕维、诺利宁	甲磺酸伊马替尼片/胶囊	
格列卫、格尼可、昕维、诺利宁	甲磺酸伊马替尼片/胶囊	胃肠间质瘤 (GIST)
索坦	苹果酸舒尼替尼胶囊	
赫赛汀	注射用曲妥珠单抗	乳腺癌
泰立沙	甲苯磺酸拉帕替尼片	
赫赛汀	注射用曲妥珠单抗	胃癌
艾坦	甲磺酸阿帕替尼片	
安维汀	贝伐珠单抗注射液	结直肠癌
爱必妥	西妥昔单抗注射液	
美罗华	利妥昔单抗注射液	淋巴瘤
美罗华	利妥昔单抗注射液	
万珂	硼替佐米	
多吉美	甲苯磺酸索拉非尼片	肝癌
利卡汀	碘[131I]美妥昔单抗	
多吉美	甲苯磺酸索拉非尼片	肾癌
飞尼妥	依维莫司片	
索坦	苹果酸舒尼替尼胶囊	

英立达	阿昔替尼	
万珂	注射用硼替佐米	多发性骨髓瘤
泰欣生	尼妥珠单抗注射液	鼻咽癌
飞尼妥	依维莫司片	脑和神经系统
索坦	苹果酸舒尼替尼胶囊	胰腺癌
爱必妥	西妥昔单抗注射液	头颈部癌

- (4) 住院医疗费用中的冷暖气费用和本地救护车费（本地，指被保险人发生保险事故所在地的省、自治区、直辖市地域内）。