



请扫描以查询验证条款

## 阳光人寿保险股份有限公司

# 阳光人寿岁康保个人税收优惠型健康保险 D 款（万能型）条款

### 阅 读 指 引

TEM-D-1

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。

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

签收本合同次日起 10 日内您可以要求退还所缴纳的保险费，但需补交您已享受的税收优惠额度.....	1.4
您有按本合同条款约定续保本保险的权利.....	2.1
被保险人可以享受本合同提供的保障.....	2.3、2.4
您有退保的权利.....	7.1

#### 您应当特别注意的事项

我们对免除本公司责任的条款作了特别提示，详见条款正文中背景突出显示的部分.....	1.4、2.3、2.5、3.2、4.2、8.1、9.1、11.1、12
被保险人应到基本医疗保险协议管理医疗机构就诊.....	2.3
保险事故发生后，您有及时通知我们的义务.....	3.2
您应当按时交纳保险费.....	4.1
我们可以根据政策法规及监管规定调整医疗保险责任条款.....	4.1
退保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.....	10.1
我们对一些重要术语进行了解释，并作了显著标注，请您注意.....	12

# 条款目录

## 1 您与我们订立的合同

- 1.1 合同构成
- 1.2 投保范围
- 1.3 合同成立与生效
- 1.4 犹豫期

## 2 我们提供的保障

- 2.1 保险期间、续保与保证续保期间
- 2.2 保险金额
- 2.3 医疗保险责任
- 2.4 个人账户积累责任
- 2.5 责任免除

## 3 保险金的申请

- 3.1 受益人
- 3.2 保险事故通知
- 3.3 保险金申请
- 3.4 保险金给付
- 3.5 健康管理服务的申请
- 3.6 诉讼时效

## 4 保险费的交纳及条款调整机制

- 4.1 保险费的交纳
- 4.2 宽限期
- 4.3 保险费的分配
- 4.4 差额返还机制

## 5 个人账户

- 5.1 个人账户设立
- 5.2 个人账户价值的计算
- 5.3 个人账户价值的使用
- 5.4 退保费用
- 5.5 被保险人身故后个人账户处理

## 6 现金价值权益

- 6.1 现金价值

## 7 合同解除

- 7.1 犹豫期后解除合同（退保）的手续及风险

## 8 保单权益转移

- 8.1 保单权益转移

## 9 合同效力的中止及恢复

- 9.1 合同效力中止
- 9.2 合同效力恢复

## 10 如实告知

- 10.1 明确说明与如实告知
- 10.2 本公司合同解除权的限制

## 11 其他需要关注的事项

- 11.1 年龄性别错误处理
- 11.2 合同效力终止
- 11.3 合同内容变更
- 11.4 被保险人状态变更
- 11.5 补充医疗保险状态变更
- 11.6 联系方式变更
- 11.7 争议处理
- 11.8 保险事故鉴定

## 12 释义

- 12.1 周岁
- 12.2 法定退休年龄
- 12.3 基本医疗保险
- 12.4 适用商业健康保险税收优惠政策的纳税人
- 12.5 既往症
- 12.6 缴纳个人所得税
- 12.7 补充医疗保险
- 12.8 团体
- 12.9 有效身份证件

- 12.10 医疗保险责任
- 12.11 医疗必需且合理
- 12.12 医疗费用
- 12.13 住院
- 12.14 与该次住院相同的原因
- 12.15 门急诊
- 12.16 专科医生
- 12.17 恶性肿瘤
- 12.18 高血压病
- 12.19 糖尿病
- 12.20 冠心病
- 12.21 恶性肿瘤早期筛查
- 12.22 退休
- 12.23 先天性畸形、变形和染色体异常
- 12.24 醉酒
- 12.25 毒品
- 12.26 酒后驾驶
- 12.27 无合法有效驾驶证驾驶
- 12.28 无有效行驶证
- 12.29 机动车
- 12.30 潜水
- 12.31 攀岩
- 12.32 探险
- 12.33 武术比赛
- 12.34 特技表演
- 12.35 康复治疗
- 12.36 医疗事故
- 12.37 保险费约定交纳日
- 12.38 保单月度
- 12.39 简单赔付率
- 12.40 结算利率
- 12.41 最低保证利率
- 12.42 未到期净风险保费

## 阳光人寿岁康保个人税收优惠型健康保险 D 款（万能型）

在本条款中，“您”指投保人，“我们”、“本公司”均指阳光人寿保险股份有限公司，“本合同”指您与我们之间订立的“阳光人寿岁康保个人税收优惠型健康保险 D 款（万能型）合同”，“本保险”指“阳光人寿岁康保个人税收优惠型健康保险 D 款（万能型）产品”。

### 1 您与我们订立的合同

- 1.1 合同构成** 本保险条款、保险单或其他保险凭证、投保书、与保险合同有关的投保文件、合法有效的声明、批注、批单、附加合同、其他书面协议都是您与我们之间订立的保险合同的构成部分。
- 1.2 投保范围** 凡投保时年满 16 周岁（见 12.1）且未达法定退休年龄（见 12.2），正参加公费医疗或基本医疗保险（见 12.3），满足下列条件的适用商业健康保险税收优惠政策的纳税人（见 12.4），可作为本合同的投保人为本人投保本保险：  
 （1）投保时根据被保险人健康状况确定其为非既往症（见 12.5）的人员。  
 （2）投保时根据被保险人健康状况确定其为既往症人员的，在投保时须已连续缴纳个人所得税（见 12.6）满 1 年。  
 若被保险人投保时已参加补充医疗保险（见 12.7），被保险人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。  
 投保人可委托其所在的团体（见 12.8）代为组织办理投保相关事宜。
- 1.3 合同成立与生效** 您提出保险申请、我们同意承保，本合同成立。本合同自我们同意承保、收取保险费并签发保险单的次日零时起生效，我们开始承担本合同约定的保险责任，合同生效日期在保险单上载明。
- 1.4 犹豫期** 自您签收本合同的次日起，有 10 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，您可以提出解除本合同。在您补交您已享受的税收优惠额度后，我们将无息退还您所缴纳的保险费。  
**若您的保单是从其他保险公司转入本公司，则不享有犹豫期。**  
 解除本合同时，您须填写合同解除申请书，并提供下列证明和资料：  
 （1）保险合同。  
 （2）您的有效身份证件（见 12.9）。  
 （3）个人税收优惠型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。  
 自本公司收到合同解除申请书及上述证明和资料之日起，本合同即被解除，我们自始不承担给付保险金的责任。

### 2 我们提供的保障

- 2.1 保险期间、续保与保证续保期间** （1）本合同的保险期间为 1 年，自本合同生效日零时起计算，并在保险单上载明。  
 （2）每一保险期间届满前，若我们未收到您不再继续投保的书面通知，则视作您申请续保，但若于续保时发生下列情形之一的，本合同医疗保险责任（见 12.10）自动不再接受续保：  
 ① 首次投保时被保险人未满 41 周岁的，续保时被保险人年满 75 周岁且年满法定退休年龄。  
 ② 首次投保时被保险人年满 41 周岁的，续保时被保险人年满 65 周岁且年满法定

退休年龄。

除上述自动不再接受续保情形以外我们不接受续保的，我们会以书面形式通知您。

(3) 自本合同生效日零时起至医疗保险责任自动不再接受续保时止，为本合同医疗保险责任保证续保期间。在本合同医疗保险责任保证续保期间内，每一保险期间届满时，我们将按续保时被保险人年龄对应的费率收取相应的保险费后本合同将延续有效。

(4) 在本合同医疗保险责任保证续保期间内，个人账户积累责任按照与医疗保险责任相同的方式续保；本合同医疗保险责任保证续保期间届满后，个人账户积累责任保证续保至被保险人身故时止。

**在本合同医疗保险责任保证续保期间内，我们不会因被保险人的健康状况变化而不再接受投保人续保，但本合同另有约定的除外。**

**若被保险人与我们协商解除本合同后再次投保本保险，我们有权对被保险人的健康状况进行核保。**

- 2.2 保险金额** 本合同各项医疗保险责任的年度限额、年度保险金额、终身保险金额以及其他限额在**保障明细表**（见附件一）中载明。
- 2.3 医疗保险责任** 本合同医疗保险责任的保障范围，是指被保险人实际发生的符合当地基本医疗保险基金支付范围的自付的，或者本合同约定的当地基本医疗保险基金支付范围外的**医疗必需且合理**（见 12.11）的**医疗费用**（见 12.12）。在本合同医疗保险责任保证续保期间内，我们在上述保障范围内承担如下的医疗保险责任：
- 2.3.1 住院及住院前后门急诊医疗费用保险金** 被保险人在基本医疗保险协议管理医疗机构（不含特需和国际医疗部）**住院**（见 12.13）治疗的，对于其每次住院治疗期间实际发生并支付的符合本合同保障范围的医疗费用，我们在扣除当地公费医疗、基本医疗保险和被保险人已从其他途径获得补偿或给付的部分后，对其剩余部分，按照保障明细表中保险金给付比例表所列的给付比例给付住院及住院前后门急诊医疗费用保险金。  
住院治疗期间包括在与住院相同的医疗机构因**与该次住院相同的原因**（见 12.14）在该次住院前 7 日内（含住院当日）及出院后 30 日内（含出院当日）进行**门急诊**（见 12.15）治疗的期间。
- 2.3.2 特定疾病门急诊医疗费用保险金** 被保险人在基本医疗保险协议管理医疗机构（不含特需和国际医疗部）以门急诊方式进行恶性肿瘤放射治疗、恶性肿瘤静脉注射化学治疗、血液透析、腹膜透析、肾移植术后抗排异治疗或肝硬化门诊治疗（以下简称“特定疾病”）的，对于其每次门急诊治疗实际发生并支付的符合本合同保障范围的特定疾病门急诊治疗费用，我们在扣除当地公费医疗、基本医疗保险和被保险人已从其他途径获得补偿或给付的部分后，对其剩余部分，按照保障明细表中保险金给付比例表所列的给付比例给付特定疾病门急诊医疗费用保险金。  
对于被保险人在与住院相同的医疗机构因与该次住院相同的原因在该次住院前 7 日内（含住院当日）或出院后 30 日内（含出院当日）进行特定疾病门急诊治疗产生的医疗费用，受益人仅可申请特定疾病门急诊医疗费用保险金和住院及住院前后门急诊医疗费用保险金中的一项，不得重复申请。
- 2.3.3 恶性肿瘤靶向化疗药物费用保险金** 自本合同首次投保或非连续投保的第 2 个保险期间起，如果被保险人经**专科医生**（见 12.16）确诊首次罹患**恶性肿瘤**（见 12.17）并在三级甲等医院或公立肿瘤专科医院使用恶性肿瘤靶向化疗药物进行治疗的，对于其每次住院治疗期间实际发生并支付的当地基本医疗保险基金支付范围外的本合同约定的恶性肿瘤靶向化疗药物费用，以及每次门急诊治疗实际发生并支付的本合同约定的恶性肿瘤靶向化

疗药物费用，我们在扣除当地公费医疗、基本医疗保险和被保险人已从其他途径获得补偿或给付的部分后，对其剩余部分，按照保障明细表中保险金给付比例表所列的给付比例给付恶性肿瘤靶向化疗药物费用保险金。

本合同约定的恶性肿瘤靶向化疗药物费用是指使用本合同保障明细表中靶向化疗药物表所列的药品而产生的费用。

住院治疗期间包括在与住院相同的医疗机构因与该次住院相同的原因在该次住院前 7 日内（含住院当日）及出院后 30 日内（含出院当日）进行门急诊治疗的期间。对于被保险人在与住院相同的医疗机构的门急诊因与该次住院相同的原因在该次住院前 7 日内（含住院当日）或出院后 30 日内（含出院当日）进行恶性肿瘤靶向化疗产生的符合当地基本医疗保险基金支付范围的本合同约定的恶性肿瘤靶向化疗药物费用，受益人仅可申请恶性肿瘤靶向化疗药物费用保险金和住院及住院前后门急诊医疗费用保险金中的一项，不得重复申请。

**2.3.4 慢性病门急诊医疗费用保险金** 被保险人在基本医疗保险协议管理医疗机构（不含特需和国际医疗部）进行**高血压病**（见 12.18）、**糖尿病**（见 12.19）、**冠心病**（见 12.20）（以下简称“慢性病”）门急诊治疗的，对于其每次门急诊治疗实际发生并支付的符合本合同保障范围的慢性病门急诊治疗费用，我们在扣除当地公费医疗、基本医疗保险和被保险人已从其他途径获得补偿或给付的部分后，对其剩余部分，按照保障明细表中保险金给付比例表所列的给付比例给付慢性病门急诊医疗费用保险金。

对于被保险人在与住院相同的医疗机构因与该次住院相同的原因在该次住院前 7 日内（含住院当日）或出院后 30 日内（含出院当日）进行慢性病门急诊治疗产生的医疗费用，受益人仅可申请慢性病门急诊医疗费用保险金和住院及住院前后门急诊医疗费用保险金中的一项，不得重复申请。

**2.3.5 给付限额** 对于首次投保时确定为非既往症的人员和既往症的人员，我们将本合同医疗保险责任的各项保险责任设置了不同的年度限额、年度保险金额、终身保险金额以及其他限额，具体在保障明细表中保险金额及给付限额表中载明。

既往症人员在续保本合同时通过核保，被认定为已恢复健康的，则从下一个保险期间起，可按照非既往症人员的各项保险责任年度限额、年度保险金额、终身保险金额以及其他限额承担各项保险责任。

本合同医疗保险责任保证续保期间内，我们按照如下限额承担各项保险金给付责任：

（1）除本合同另有约定外，每一保险期间内，对于被保险人在基本医疗保险协议管理医疗机构进行治疗（不论一次或多次）发生的医疗费用，我们累计给付的住院及住院前后门急诊医疗费用保险金、特定疾病门急诊医疗费用保险金、恶性肿瘤靶向化疗药物费用保险金和慢性病门急诊医疗费用保险金，以各项保险责任的年度限额为限，当某项保险责任累计给付的保险金金额达到相应保险责任的年度限额时，该保险期间我们对被保险人的该项保险责任终止。

（2）针对被保险人在住院治疗期间发生的单一材料费用，我们给付的住院及住院前后门急诊医疗费用保险金不超过保障明细表中保险金额及给付限额表中载明的住院及住院前后门急诊医疗费用保险金单一材料费用限额。

（3）除本合同另有约定外，我们针对同一被保险人（无论连续或非连续投保），在本合同医疗保险责任保证续保期间内恶性肿瘤靶向化疗药物费用保险金累计给付之和以本合同恶性肿瘤靶向化疗药物费用保险金终身限额为限，同一被保险人恶性肿瘤靶向化疗药物费用保险金累计给付之和达到本合同恶性肿瘤靶向化疗药物费用保险金终身限额时，本合同恶性肿瘤靶向化疗药物费用保险金责任终止。

（4）除本合同另有约定外，每一保险期间内，累计给付的住院及住院前后门急诊

医疗费用保险金、特定疾病门急诊医疗费用保险金、恶性肿瘤靶向化疗药物费用保险金和慢性病门急诊医疗费用保险金之和以本合同医疗保险责任的年度保险金额为限，当各项保险责任累计给付的保险金之和达到本合同医疗保险责任的年度保险金额时，该保险期间我们对被保险人的医疗保险责任终止。

(5) 除本合同另有约定外，我们针对同一被保险人（无论连续或非连续投保），在本合同医疗保险责任保证续保期间内住院及住院前后门急诊医疗费用保险金、特定疾病门急诊医疗费用保险金、恶性肿瘤靶向化疗药物费用保险金和慢性病门急诊医疗费用保险金累计给付之和以本合同医疗保险责任的终身保险金额为限，同一被保险人各项保险金累计给付之和达到本合同医疗保险责任的终身保险金额时，本合同医疗保险责任效力终止。

(6) 我们按照被保险人申请理赔的顺序给付各项保险金，如被保险人同时申请两项及以上保险金且剩余的年度限额、年度保险金额、终身保险金额不足以支付同时申请的保险金时，我们将依次按照特定疾病门急诊医疗费用保险金、恶性肿瘤靶向化疗药物费用保险金、慢性病门急诊医疗费用保险金、住院及住院前后门急诊医疗费用保险金的顺序给付各项保险金。

### 2.3.6 关于理赔的特别约定

若被保险人在其医保所属地以外的医疗机构就医，且其已从公费医疗或基本医疗保险获得费用补偿，则我们按照保障明细表中保险金给付比例表所列的给付比例乘以被保险人已发生的责任范围内医疗费用的 80% 给付相应保险金。

若被保险人已参加公费医疗或基本医疗保险，但未从公费医疗或基本医疗保险获得费用补偿，对于符合基本医疗保险基金支付范围的医疗费用，我们按照保障明细表中保险金给付比例表所列的给付比例乘以被保险人已发生的符合基本医疗保险基金支付范围的医疗费用的 50% 给付相应保险金。

若被保险人已参加公费医疗或基本医疗保险以及补充医疗保险，已从公费医疗或基本医疗保险获得费用补偿，但未从补充医疗保险获得费用补偿，对于符合基本医疗保险基金支付范围的医疗费用，我们按照保障明细表中保险金给付比例表所列的给付比例乘以被保险人已发生的符合基本医疗保险基金支付范围的自付医疗费用的 50% 给付相应保险金。

对于医疗必需的国产普通型材料，我们承担的医疗保险责任的医疗费用范围参照保障明细表中保险金给付比例表的约定；对于本合同约定的当地基本医疗保险基金支付范围外的医疗必需且合理的进口材料，我们按照保障明细表中保险金给付比例表所列的给付比例乘以被保险人已发生的该材料费用的 30% 给付相应保险金。若该进口材料无法用类似国产普通型材料替代的，被保险人需向我们申请，我们将按照与国产普通型材料费用相同的方式给予理赔。

### 2.3.7 无理赔优惠

当本合同持续有效且未发生任何非连续投保的情形时，若在您首次投保本合同后的前 2 个保险期间内被保险人均未发生任何医疗费用，则从第 3 个保险期间起：

(1) 各项保险责任年度限额、单一材料费用限额、年度保险金额以及恶性肿瘤靶向化疗药物费用保险金的终身限额调整至保障明细表载明金额的 120%。

(2) 非既往症人员终身保险金额调整至人民币 100 万元。

(3) 既往症人员终身保险金额调整至人民币 18 万元。

当本合同持续有效且未发生任何非连续投保的情形时，若在您首次投保本合同后的前 3 个保险期间内被保险人均未发生任何医疗费用，则从第 4 个保险期间起：

(1) 各项保险责任年度限额、单一材料费用限额、年度保险金额以及恶性肿瘤靶向化疗药物费用保险金的终身限额调整至保障明细表载明金额的 150%。

(2) 非既往症人员终身保险金额调整至人民币 120 万元。

(3) 既往症人员终身保险金额调整至人民币 20 万元。

- 2.3.8 **赔付顺序及补偿原则** 被保险人享有公费医疗、基本医疗保险、补充医疗保险或者其他商业医疗保险计划的，则必须优先从上述全部已有的医疗保险途径申请相应的医疗费用保险金，我们仅对被保险人实际发生的通过上述全部方式仍未获得补偿的剩余医疗费用部分按照本合同条款 2.3.1 至 2.3.7 的约定给付各项保险金。
- 2.3.9 **健康管理服务** 在本合同医疗保险责任保证续保期间内，我们为被保险人提供如下的健康管理服务：
- 2.3.9.1 **恶性肿瘤早期筛查** 如被保险人为男性，自被保险人年满 31 周岁后的首个完整的保险期间起，在被保险人年满 41 周岁前的每 2 个保险期间（不满一个保险期间按一个保险期间计算）内我们提供一次针对肺、肝脏、胃、结肠、直肠、前列腺六个部位的**恶性肿瘤早期筛查**（见 12.21）；在被保险人年满 41 周岁后的每一个完整的保险期间内我们提供一次针对肺、肝脏、胃、结肠、直肠、前列腺六个部位的恶性肿瘤早期筛查。如被保险人为女性，自被保险人年满 31 周岁后的首个完整的保险期间起，在被保险人年满 41 周岁前的每 2 个保险期间（不满一个保险期间按一个保险期间计算）内我们提供一次针对肺、肝脏、胃、结肠、乳腺、卵巢六个部位的恶性肿瘤早期筛查；在被保险人年满 41 周岁后的每一个完整的保险期间内我们提供一次针对肺、肝脏、胃、结肠、乳腺、卵巢六个部位的恶性肿瘤早期筛查。被保险人投保时不满 40 周岁的，我们不在首个保险期间内提供恶性肿瘤早期筛查。恶性肿瘤早期筛查属于健康风险预测范围，不涉及医学诊疗范畴，我们不对医学诊疗结果负责。随着医学技术发展及医学检测手段的进步，我们会对相关恶性肿瘤早期筛查进行改进提升，原有恶性肿瘤早期筛查可能会被替代或者更新。
- 2.3.9.2 **家庭医生电话咨询** 我们为被保险人提供包括健康养生、疾病预防及就医指导等在内的 24 小时电话咨询服务。家庭医生电话咨询属于健康咨询范围，不涉及医学诊疗范畴，我们不对医学诊疗结果负责。
- 2.4 **个人账户积累责任** 我们将按照本合同条款 4.3 “保险费的分配”和 5 “个人账户”的约定，为被保险人设立个人账户。
- 2.4.1 **个人账户保险金** 在本合同有效期内，个人账户保险金可用于被保险人**退休**（见 12.22）后购买商业健康保险和被保险人退休后个人自负医疗费用支出，保险金额以个人账户价值为限。
- 2.5 **责任免除** 因下列情形之一，导致被保险人支出医疗费用的，我们不承担给付住院及住院前后门急诊医疗费用保险金、特定疾病门急诊医疗费用保险金、恶性肿瘤靶向化疗药物费用保险金和慢性病门急诊医疗费用保险金的责任，本合同在约定的保险期间内继续有效：
- (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 12.23）（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) 投保人对被保险人的故意杀害、故意伤害。
  - (4) 被保险人故意犯罪或抗拒依法采取的刑事强制措施。
  - (5) 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。
  - (6) 被保险人斗殴、醉酒（见 12.24），主动吸食或注射毒品（见 12.25）。
  - (7) 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)。
- (8) 被保险人酒后驾驶(见 12.26)、无合法有效驾驶证驾驶(见 12.27)或驾驶无有效行驶证(见 12.28)的机动车(见 12.29)。
  - (9) 被保险人参加潜水(见 12.30)、跳伞或其他空中运动、登山、攀岩(见 12.31)或攀爬建筑物、探险(见 12.32)、武术比赛(见 12.33)、摔跤比赛、特技表演(见 12.34)、赛马、赛车等高风险运动。
  - (10) 被保险人戒酒或戒毒治疗、心理治疗、视力矫正手术、变性手术、整容整形或矫形手术。
  - (11) 疗养、康复治疗(见 12.35)、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、牙齿治疗、非意外事故所致的整容手术。
  - (12) 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。
  - (13) 因医疗事故(见 12.36)导致的医疗费用。
  - (14) 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)。
  - (15) 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。
  - (16) 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。
  - (17) 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。
  - (18) 被保险人使用质子重离子治疗。
  - (19) 法律规定的其他情形。

### 3 保险金的申请

- |       |                     |   |
|-------|---------------------|---|
| 3.1   | <b>受益人</b>          | <p>本合同医疗保险责任各项保险金和个人账户保险金受益人均为被保险人本人。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。</p> <p>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。</p> |
| 3.2   | <b>保险事故通知</b>       | <p>您、被保险人或受益人知道保险事故发生后应当在 10 日内通知我们。</p> <p>如果因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。</p>               |
| 3.3   | <b>保险金申请</b>        | <p>在申请保险金时,请按照下列方式办理:</p>   |
| 3.3.1 | <b>住院及住院前后门急诊医疗</b> | <p>申请人须填写保险金给付申请书,并须提供下列证明和资料:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>(1) 保险合同。</li> <li>(2) 受益人有效身份证件。</li> </ol>  |



**费用保险金、特定疾病门急诊医疗费用保险金、恶性肿瘤靶向化疗药物费用保险金和慢性病门急诊医疗费用保险金**

(3) 接受住院治疗的，需提供入出院证明、出院小结或住院病历（加盖医疗机构病历专用章）；接受门急诊治疗的，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协议管理医疗机构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。

- 3.3.2 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) 保险合同。
  - (2) 受益人的有效身份证件。
  - (3) 其他申请个人账户保险金所需的证明和材料。
- 3.3.3 委托他人代为申请保险金** 若受益人委托他人代为申请保险金，被委托人还应提供受益人签字的授权委托书、被委托人的有效身份证件等相关证明文件。
- 3.3.4 补充通知** 以上证明和资料不完整的，我们将及时一次性通知申请人补充提供有关的证明和资料。
- 3.4 保险金给付** 我们在收到保险金给付申请书及上述有关的证明和资料后，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规定义务的，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。利息按照不低于中国人民银行公布的同期金融机构人民币活期存款基准利率按单利计算。
- 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。
- 我们在收到保险金给付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。
- 我们有权对理赔资料进行核查，受益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理赔申请，对于已支付的保险金我们有权追回；对于尚未支付保险金的我们有权拒绝支付，并有权解除或者部分解除本合同。
- 3.5 健康管理服务的申请** 被保险人申请恶性肿瘤早期筛查服务时，请拨打本公司全国统一客服专线 95510，我们将在 3 个工作日内进行安排。
- 被保险人申请家庭医生电话咨询时，请拨打本公司全国统一客服专线 95510，我们将转接至家庭医生提供咨询服务。
- 3.6 诉讼时效** 受益人向我们请求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 保险费的交纳及条款调整机制

- 4.1 保险费的交纳** 在本合同医疗保险责任保证续保期间内，您应当按约定向我们交纳保险费。我们提供一次交清、月交两种交费方式，本合同的交费方式和保险费金额由您在首次投保时和我们约定并在保险单上载明，约定的保险费不得低于您投保时确定的**医疗保险责任风险保费**（以下简称“风险保费”），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我们的相关规定。我们仅对进入个人账户且符合个人税收优惠型健康保险相关政策规定的保险费提供税优凭证，对通过个人账户支付的保险费不提供税优凭证。
- 4.1.1 首个保险期间的保险费** 在您首次投保或者非连续投保的首个保险期间，您应当按照如下约定交纳保险费：  
 （1）一次交清方式下，您应向我们一次性交清全部保险费。  
 （2）月交方式下，在交纳首期保险费后，您应当按照约定，在每个**保险费约定交纳日**（见 12.37）交纳相应**保单月度**（见 12.38）的保险费。
- 4.1.2 续保时的保险费** 在本合同医疗保险责任保证续保期间内续保本合同时，您应当按照如下约定交纳保险费：  
 （1）一次交清方式下，如果您首次投保时约定的保险费金额不低于下一个保险期间的风险保费时，您应该按照约定的保险费金额交纳保险费；如果您首次投保时约定的保险费金额低于下一个保险期间的风险保费时，您应该按照不低于下一个保险期间的风险保费交纳保险费。  
 （2）月交方式下，如果您首次投保时约定的月交保险费金额不低于下一个保险期间的每个保单月度的风险保费时，您应该按照约定的月交保险费金额交纳相应保单月度的保险费；如果您首次投保时约定的月交保险费金额低于下一个保险期间的每个保单月度的风险保费时，您应该按照不低于下一个保险期间的每个保单月度的风险保费在每个保险费约定交纳日交纳相应保单月度的保险费。
- 4.1.3 变更交费标准** 在本合同医疗保险责任保证续保期间内，您可向我们申请变更保险费交费标准，变更后的交费标准将在下一保险期间适用。变更后的保险费金额不得低于变更时确定的风险保费，且应符合个人税收优惠型健康保险的相关政策规定。
- 4.1.4 医疗保险责任风险保费** 我们对本合同承担的医疗保险责任收取相应的风险保费。本合同医疗保险责任保证续保期间内每一保险期间的风险保费根据被保险人的年龄和其他因素确定。  
 一次交清方式下，本合同医疗保险责任保证续保期间内的每一保险期间的风险保费，根据被保险人在每一保险期间的生效日的年龄以及**医疗保险责任风险保费费率表**（见附件二）确定，从您所交纳的保险费中直接扣除。  
 月交方式下，本合同医疗保险责任保证续保期间内的每一保险期间的每一保单月度的风险保费，根据被保险人在每一保险期间的保险费约定交纳日的年龄以及**医疗保险责任风险保费费率表**确定，从相应保险费约定交纳日您所交纳的月交保险费中直接扣除。
- 4.1.5 本合同医疗保险责任条款的调整** **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，决定是否调整本合同医疗保险责任条款。**我们调整本合同医疗保险责任条款并经国务院保险监督管理机构审批后向社会公布，然后将按照调整后的医疗保险责任条款接受您续保。
- 4.2 宽限期** 在本合同医疗保险责任保证续保期间内：  
 （1）一次交清方式下，如果您到期未交纳保险费，那么自保险期间届满日的次日

零时起 60 日为宽限期。

(2) 月交方式下，如果您到期未交纳保险费，那么自保险费约定交纳日的次日零时起 60 日为宽限期。

宽限期内发生保险事故的，我们仍会承担保险责任，但在给付保险金时会扣除您欠交的风险保费。

**如果您在宽限期届满时仍未交纳保险费，则本合同自宽限期满日的 24 时起效力中止，我们将不再承担医疗保险责任。**

- 4.3 **保险费的分配** 对于您每次交纳的保险费，我们不收取初始费用，在扣除风险保费后，计入个人账户。
- 4.4 **差额返还机制** 本保险以会计年度为基础，在下一会计年度计算**简单赔付率**（见 12.39）。若本保险的简单赔付率低于 80%，对于简单赔付率与 80% 的差额部分，我们将于下一会计年度的 3 月 31 日前返还给保单持有人。

## 5 个人账户

- 5.1 **个人账户设立** 为履行本合同的保险责任，明确您的权益，我们于本合同生效时为被保险人设立个人账户。  
首次投保或续保时，您交纳的保险费扣除风险保费后计入个人账户。  
在本合同有效期内，我们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 **个人账户价值的计算** 在本合同保险期间内，个人账户价值按如下方法计算：  
(1) 您交纳的保险费在扣除风险保费后计入个人账户，个人账户价值按计入金额等额增加。  
(2) 如果保单是由其他保险公司转移到本公司的，原个人账户价值须转入本公司，在扣除风险保费后计入个人账户，个人账户价值按计入金额等额增加。  
(3) 我们每月 1 日对上月的个人账户结算一次，我们将自结算日起 6 个工作日内宣告个人账户的上月**结算利率**（见 12.40）。个人账户价值按我们宣告的上月结算利率累积，结算利率不低于个人账户的**最低保证利率**（见 12.41）（结算时，年利率均按复利方式转换为日利率）。  
(4) 在本合同效力终止结算或者计算账户价值时，本合同当月的计息日数为实际经过日数，日利率为本合同规定的最低保证利率对应的日利率。  
(5) 依据本合同条款 4.4 “差额返还机制”的约定，当差额返还金额计入个人账户时，个人账户价值按差额返还金额等额增加。  
(6) 根据本合同条款 11.1 “年龄性别错误处理”的约定，当我们将多收的风险保费无息退还至被保险人的个人账户时，个人账户价值按退还金额等额增加。  
(7) 您选择将保单转移到其他保险公司的，本合同的个人账户价值随即转移至您指定的保险公司，本合同效力终止。
- 5.3 **个人账户价值的使用** 本合同有效期内，个人账户价值可用于被保险人退休后购买商业健康保险和被保险人退休后个人自负医疗费用支出，个人账户价值按照支出金额等额减少。本合同医疗保险责任保证续保期间届满时，个人账户积累责任继续有效。

- 5.4 **退保费用** 如您在犹豫期后申请解除本合同（简称退保），我们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。
- 5.5 **被保险人身故后个人账户处理** 在本合同有效期内，若被保险人身故，身故时的个人账户价值将作为被保险人的遗产，我们将向被保险人的继承人退还身故时个人账户价值和当期**未到期净风险保费**（见 12.42），本合同效力终止。

## 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) 个人账户价值扣除相应的退保费用后的余额。  
 (2) 医疗保险责任的当期未到期净风险保费。

## 7 合同解除

---

- 7.1 **犹豫期后解除合同（退保）的手续及风险** 如您在犹豫期后申请解除本合同（简称退保），请填写解除合同申请书并向我们提供下列资料：  
 (1) 保险合同。  
 (2) 您的有效身份证件。  
 自我们收到解除合同申请书时起，本合同效力终止。我们自收到解除合同申请书之日起 30 日内，向您退还本合同当时的现金价值。  
 您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) 保险费一次交清方式下，在本合同有效期内，您可于本合同任一保险期间内申请将本合同转出至其他保险公司，投保该保险公司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产品。在其他保险公司同意接受您的保单权益转入后，我们将与该接受保单权益转入的保险公司办理相关转移事宜。相关转移事宜完成后，本合同将于该保险期间届满时效力终止。  
 保险费月交方式下，在本合同有效期内，您可于本合同任一保险期间内申请将本合同转出至其他保险公司，投保该保险公司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产品。在其他保险公司同意接受您的保单权益转入后，我们将与该接受保险权益转入的保险公司办理相关转移事宜。相关转移事宜完成后，本合同效力终止。
- (2) 您申请并经我们审核同意后，我们接受您在其他保险公司投保的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产品的保单权益转入本公司，转入时需符合本公司的规定，并应填写申请书，提供下列证明和资料：  
 ①您的有效身份证件。  
 ②保单权益转入时需要的其他相关材料。  
 (3) **保单转入时，被保险人的终身保险金额应扣除被保险人累计已从其他保险公司或通过其他税收优惠型健康保险产品已经获得的理赔。**  
 (4) 如果您在其他保险公司投保符合国务院保险监督管理机构规定的个人税收优

惠型健康保险产品，若该保单效力中止或处于宽限期的，我们有权拒绝该保单权益的转入。

## 9 合同效力的中止及恢复

- 9.1 合同效力中止 在本合同效力中止期间，本公司不承担医疗保险责任，个人账户积累责任继续有效。
- 9.2 合同效力恢复 自本合同效力中止日起至保证续保期间届满前，您可以申请恢复本合同效力（以下简称“复效”）。  
您应填写复效申请书，并提供被保险人的健康声明书、体检报告书及其他相关证明文件，我们会对材料进行审核，并有权对被保险人的健康状况进行核保，做出是否同意复效的决定。  
经双方达成复效协议，自您补交保险费后的次日零时起，本合同效力恢复。  
自本合同效力中止日起至保证续保期间届满前未达成复效协议的，本合同效力终止，被保险人可以向我们申请退还本合同效力终止时的现金价值。

## 10 如实告知

- 10.1 明确说明与如实告知 订立本合同时，我们会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，我们在订立合同时会在投保书、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。  
我们就您和被保险人的有关情况提出询问，您应当如实告知。  
如果您故意或者因重大过失未履行前款规定的如实告知义务，足以影响我们决定是否同意承保或者提高保险费率的，我们有权解除本合同。  
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。  
我们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。如发现您或您所在的团体存在不如实告知的情况，我们有权在本合同医疗保险责任保证续保期间对您或您所在的团体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接受续保。  
我们在合同订立时已经知道您未如实告知的情况的，我们不得解除合同；发生保险事故的，我们承担给付保险金的责任。
- 10.2 本公司合同解除权的限制 前条规定的合同解除权，自我们知道有解除事由之日起，超过 30 日不行使而消灭。

## 11 其他需要关注的事项

- 11.1 年龄性别错误处理 被保险人的年龄以周岁计算，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真实性别在投保书上填明，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。对于解除本合同的，本合同自解除之日起效力终止，我们向您退还当期未到期净风险保费。对于本合同解除前发生的保险事故，我们不承担给付各项保险金的责任。我们行使合同解除权适用 9.2 “本公司合同解除权的限制” 的规定。

(2) 您申报的被保险人年龄或性别不真实，致使您实际扣除的风险保费少于应扣除的风险保费的，我们有权更正并要求您补交风险保费的差额部分。若已经发生保险事故，在给付保险金时按实际扣除的风险保费同应扣除的风险保费的比例给付。

(3) 您申报的被保险人年龄或性别不真实，致使您实际扣除的风险保费多于应扣除的风险保费的，我们会将多收的风险保费无息退还至被保险人的个人账户。

## 11.2 合同效力终止

- 11.2.1 医疗保险责任终止** 有下列情形之一时，本合同医疗保险责任终止，个人账户积累责任继续有效：
- (1) 本合同针对同一被保险人累计给付的各项保险金（无论连续或非连续投保）达到本合同医疗保险责任终身保险金额。
  - (2) 本合同医疗保险责任保证续保期间届满。
  - (3) 因本合同其他条款所列情况而医疗保险责任终止。
- 本合同医疗保险责任终止时，我们将向您退还当期未到期净风险保费，本合同的个人账户积累责任继续有效，但本合同另有约定的除外。
- 11.2.2 合同效力终止** 有下列情形之一时，本合同效力终止，医疗保险责任与个人账户积累责任同时终止：
- (1) 解除本合同时。
  - (2) 被保险人身故时。
  - (3) 因本合同其他条款所列情况而合同效力终止。
- 本合同效力终止时，我们向被保险人或继承人退还当时的现金价值，但本合同另有约定的除外。
- 11.3 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。
- 11.4 被保险人状态变更** 在本合同医疗保险责任保证续保期间内，若被保险人的社保状态或纳税状态发生变更，被保险人须及时通知我们。我们有权根据被保险人最新的社保状态对保险责任进行相应调整。
- 11.5 补充医疗保险状态变更** 在本合同医疗保险责任保证续保期间内，若被保险人的补充医疗保险状态发生变更，被保险人须及时通知我们。我们有权根据被保险人最新的补充医疗保险状态对风险保费进行相应调整。
- 11.6 联系方式变更** 为了保障您的合法权益，您的住所、通讯地址或电话等联系方式变更时，请及时以书面形式或双方认可的其他形式通知我们。若您未以书面形式或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通讯地址发送的有关通知，均视为已送达给您。
- 11.7 争议处理** 本合同履行过程中，双方发生争议不能协商解决的，可以达成仲裁协议通过仲裁解决，也可以依法向人民法院起诉。

- 11.8 **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，鉴定费用由委托方承担。

## 12 释义

---

- 12.1 **周岁** 指按有效身份证件中记载的出生日期计算的年龄，自出生之日起为零周岁，每经过一年增加一岁，不足一年的不计。
- 12.2 **法定退休年龄** 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。退休年龄应为周岁年龄。
- 12.3 **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。
- 12.4 **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。
- 12.5 **既往症** 指在保单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。
- 12.6 **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，缴纳的金额须大于零。
- 12.7 **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的住院医疗费用型保险产品，且须同时满足以下条件：  
 (1) 住院保障责任的起付线不高于 500 元/年。  
 (2) 住院保障责任的赔付比例不低于 80%。  
 (3) 住院保障责任的保额额度不低于 3000 元。  
 (4) 住院保障责任所承担的医疗费用范围包括被保险人医保所在地基本医疗保险基金支付范围内的各类医疗费用。
- 12.8 **团体** 指中国境内非因购买保险而组织的、且符合国务院保险监督管理机构规定可投保团体保险的合法团体。包括国家机关、院校、企事业单位、行业组织、职业工会等。
- 12.9 **有效身份证件** 指由政府主管部门规定的证明个人身份的证件，如：居民身份证、按规定可使用的有效护照、军官证、警官证、士兵证等证件。  
 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。  
 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。
- 12.10 **医疗保险责任** 指中国保监会《个人税收优惠型健康保险业务管理暂行办法》规定的与基本医保、补充医疗保险相衔接，用于补偿被保险人在经基本医保、补充医疗保险补偿后自负的医疗费用的保险责任。

- 12.11 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。**
- 12.12 医疗费用** 指被保险人住院期间实际发生的**药品费、住院手术费、床位费和其他费用**，以及**门急诊治疗费用**，包括符合当地基本医疗保险基金支付范围的自付的，以及属于当地基本医疗保险基金支付范围外的且在附件三中载明的医疗费用。
- 药品费：**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所产生的费用，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。
- 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。**
- 床位费：**指被保险人在住院期间发生的医疗机构床位的费用，**不包括陪人床、观察病房床位和家庭病床的费用。**
- 其他费用：**指被保险人发生的除药品费、手术费、床位费、**膳食费**及门急诊治疗费用以外的以下费用：
- (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。
- (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。
- 门急诊治疗费用：**指包括医生诊断、处方、药品费、检查、护理、医疗用品等在医疗机构门急诊治疗过程中发生的费用，以当地卫生局或当地政府核准的收费标准为限。
- 12.13 住院** 指被保险人确因临床需要入住医疗机构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。**其中挂床住院指被保险人非治疗需要，一次离开医疗机构 12 小时以上，视为自动离开医疗机构，我们仅对离开日及以前属于医疗保险责任范围内的住院治疗承担保险金给付责任。**在每一保险期间内，年度累计住院日数以 180 日为限。**



在本合同医疗保险责任保证续保期间内，对于每一保险期间届满前发生的且延续至所在保险期间届满后 30 日内的住院治疗，我们仍按本合同约定承担给付保险金的责任。

- 12.14 **与该次住院相同的原因** 指与该次住院相同原因（包括同一疾病及其引发的并发症或者同一次意外伤害及其引发的并发症）导致门急诊治疗。
- 12.15 **门急诊** 指被保险人确因临床需要，正式办理挂号手续，并确实在医疗机构的门急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。**
- 12.16 **专科医生** 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。
- 12.17 **恶性肿瘤** 指恶性细胞不受控制的进行性增长和扩散，浸润和破坏周围正常组织，可以经血管、淋巴管和体腔扩散转移到身体其它部位的疾病。经病理学检查结果明确诊断，临床诊断属于世界卫生组织《疾病和有关健康问题的国际统计分类》（ICD-10）的恶性肿瘤范畴。  
 下列疾病不在保障范围内：  
 (1) 原位癌。  
 (2) 相当于 Binet 分期方案 A 期程度的慢性淋巴细胞白血病。  
 (3) 相当于 Ann Arbor 分期方案 I 期程度的何杰金氏病。  
 (4) 皮肤癌（不包括恶性黑色素瘤及已发生转移的皮肤癌）。  
 (5) TNM 分期为 T<sub>1</sub>N<sub>0</sub>M<sub>0</sub> 期或更轻分期的前列腺癌。
- 12.18 **高血压病** 是指以血压升高为主要临床表现的慢性心血管疾病，须经心血管专科医生明确诊断并符合以下第（1）项，且同时满足第（2）、（3）项中的任一项：  
 (1) 收缩压大于 140mmHg，舒张压大于 90mmHg。  
 (2) 存在以下任一项靶器官损害：  
 ①心脏超声显示左心室肥厚。  
 ②颈动脉超声证实有动脉粥样斑块或内膜中层厚度（IMT）≥0.9mm。  
 ③肾功能检查：血肌酐升高：男性>115μmol/L（1.3mg/dl），女性>107μmol/L（1.2mg/dl）；或白蛋白尿>30mg/24h；或尿白蛋白/肌酐比值：男性≥22mg/g，女性≥31mg/g。  
 (3) 存在以下任一种并发症：  
 ①心脏疾病（心绞痛，心肌梗死，心力衰竭）。  
 ②脑血管疾病（脑出血，缺血性脑卒中，短暂性脑缺血发作）。  
 ③肾脏疾病（糖尿病肾病，血肌酐升高男性超过 133μmol/L 或女性超过 124μmol/L，蛋白尿>300mg/24h）。  
 ④血管疾病（主动脉夹层，外周血管病）。  
 ⑤高血压性视网膜病变（视网膜出血或渗出，视乳头水肿）。
- 12.19 **糖尿病** 是一组以高血糖为特征的代谢性疾病，须经内分泌专科医生明确诊断并符合以下五项条件中的任意两项：  
 (1) 肾脏并发症须具备以下全部四项：

- ①慢性肾功能不全。  
 ②蛋白尿>0.5g/24h。  
 ③血清肌酐>177 $\mu$ mol/L。  
 ④尿素氮>14.3 $\mu$ mol/L。
- (2) 眼部并发症须具备以下全部两项：  
 ①眼底检查：出现微动脉瘤和(或)小出血、伴有或不伴有渗出等糖尿病视网膜病变的改变。  
 ②眼底荧光血管造影检查证实。
- (3) 糖尿病足。  
 (4) 糖尿病心肌病。  
 (5) 脑血管意外等中枢神经系统并发症。
- 12.20 冠心病** 是指冠状动脉血管发生动脉粥样硬化病变而引起血管腔狭窄或阻塞，造成心肌缺血、缺氧或坏死而导致的心脏病。须经心血管专科医生明确诊断并分别符合以下心肌梗死或心绞痛的条件：  
 (1) 心肌梗死，须满足以下三项中的任意两项：  
 ①持久的胸骨后疼痛。可同时发生心律失常、低血压和休克、急性心力衰竭。  
 ②符合以下任意一项心电图的特征性改变：  
 a. ST段抬高性心肌梗死：ST段抬高呈弓背向上型，宽而深的Q波（病理性Q波），T波倒置。  
 b. 非ST段抬高性高心肌梗死：无病理性Q波，有普遍性ST段压低 $\geq 0.1$ mV，或有对称性T波倒置；或无病理性Q波，也无ST段变化，仅有T波倒置改变。  
 ③实验室检查：血心肌坏死标记物（肌钙蛋白I或T，肌酸激酶同工酶CK-MB）增高并呈动态变化。  
 (2) 心绞痛须满足下述第①项，且满足第②、③项中的任意一项：  
 ①典型心绞痛症状，如典型的发作性胸痛。  
 ②需满足以下三项无创检查中的两项：  
 a. 心电图（或24小时动态心电图）表现为缺血性ST-T变化。  
 b. 运动平板心电图试验阳性（缺血性ST-T变化）。  
 c. 放射性核素心肌显像（含负荷试验）提示心肌缺血性变化。  
 ③选择性冠状动脉造影显示1支或多支冠状动脉管腔狭窄程度达50%以上。
- 12.21 恶性肿瘤早期筛查** 指利用CDA癌症区分分析技术进行的肿瘤筛查。
- 12.22 退休** 是指根据国家有关规定，劳动者因年老或因工、因病致残，完全丧失劳动能力（或部分丧失劳动能力）而退出工作岗位。
- 12.23 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。
- 12.24 醉酒** 指发生事故时被保险人每百毫升血液中的酒精含量大于或者等于80毫克。
- 12.25 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。

- 12.26 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。
- 12.27 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。
- 12.28 无有效行驶证** 指下列情形之一：  
 (1) 未取得机动车行驶证。  
 (2) 机动车被依法注销登记的。  
 (3) 未依法按时进行或者通过机动车安全技术检验。
- 12.29 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。
- 12.30 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。
- 12.31 攀岩** 指攀登悬崖、楼宇外墙、人造悬崖、冰崖、冰山等运动。
- 12.32 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。
- 12.33 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。
- 12.34 特技表演** 指进行马术、杂技、驯兽等表演。
- 12.35 康复治疗** 指在康复医疗机构、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。
- 12.36 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，过失造成被保险人人身损害的事故。
- 12.37 保险费约定交纳日** 保险合同生效日在每月的对应日。如果当月无对应的同一日，则以该月最后一日为对应日。
- 12.38 保单月度** 从保险合同生效日或生效对应日零时起至下一月度保险合同生效对应日零时止为一个保单月度。
- 12.39 简单赔付率** 
$$\text{简单赔付率} = \frac{\text{发生在该会计年度保单有效期内的全部赔款} + \text{该会计年度的额外费用}}{\text{在该会计年度经过有效的保单的全部经过保费}} \times 100\%$$
 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；额外费用是用于提供给被保险人的增值服务费用（例如健康管理服务费用）；经过保费的计算以日为基础，一年按 365 日计算（闰年按 366 日计算）。
- 12.40 结算利率** 我们将每月根据万能保险产品账户的实际投资情况确定当月的结算利率（年利率）。

具体利率转换公式如下：

$$\text{结算日利率} = (1 + \text{结算利率})^{\frac{1}{365}} - 1$$

- 12.41 **最低保证利率** 最低保证利率为年利率 2.5%，并在保险单上载明。
- 12.42 **未满期净风险保费** 保险费一次交清方式下，未满期净风险保费的计算公式为：当期投保的医疗保险责任的风险保费  $\times (1-20\%) \times (1-n/365)$  - 健康管理服务费用，其中，n 指从对该被保险人的保险期间生效日至终止日实际经过的日数，不足一日按一日计算。  
 保险费月交方式下，未满期净风险保费的计算公式为：当期投保的医疗保险责任的风险保费  $\times (1-20\%) \times (1-n/m)$  - 健康管理服务费用，其中，n 指当月实际经过日数，m 为当月实际日数，不足一日按一日计算。  
**所在保险期间已发生保险金给付、本合同效力中止或处于宽限期的，当期未满期净风险保费为零。**

附件一：

## 保障明细表

投保人群	非既往症人员	既往症人员
<b>医疗保险责任</b>		
<b>一、年度保险金额</b>	250,000	40,000
(一) 住院及住院前后门急诊医疗费用保险金年度限额	250,000	40,000
住院及住院前后门急诊医疗费用保险金单一材料费用限额	30,000	5,000
(二) 特定疾病门急诊医疗费用保险金年度限额	20,000	5,000
(三) 恶性肿瘤靶向化疗药物费用保险金(第2个保险期间起首次确诊恶性肿瘤)年度限额	100,000	40,000
恶性肿瘤靶向化疗药物费用保险金(第2个保险期间起首次确诊恶性肿瘤)终身限额	100,000	100,000
(四) 慢性病门急诊医疗费用保险金年度限额	3,000	1,000
<b>二、终身保险金额</b>	800,000	150,000

注：单一材料费用指在住院及住院前后门急诊治疗期间，医生或者护士在为被保险人进行的各种治疗中所使用的一次性医疗器材和一次性医用材料的费用，包括在住院进行手术过程中植入被保险人体内，并永久成为身体一部分的修复体、设备及装置费用。

费用范围	基本医疗保险基金支付范围内费用	基本医疗保险基金支付范围外费用
(一) 住院及住院前后门急诊医疗费用保险金	100%	80%
(二) 特定疾病门急诊医疗费用保险金	100%	80%
(三) 恶性肿瘤靶向化疗药物费用保险金	100%	80%
(四) 慢性病门急诊医疗费用保险金	100%	80%

注：若针对基本医疗保险基金支付范围内费用和基本医疗保险基金支付范围外费用给付的相应保险金的合计金额低于被保险人实际支出的符合本合同约定的医疗费用的90%，我们将向受益人自动补齐相关差额。

恶性肿瘤类型	病理分型	中文通用名	中文商品名
肺癌	非小细胞肺癌(NSCLC)	盐酸厄洛替尼片	特罗凯
		吉非替尼片	易瑞沙

		克唑替尼胶囊	赛可瑞
		重组人血管内皮抑制素	恩度
		贝伐珠单抗	安维汀
		盐酸埃克替尼片	凯美纳
白血病	费城染色体阳性的慢性髓性白血病(Ph+CML)	尼洛替尼胶囊	达希纳
		达沙替尼片	施达赛、依尼舒
		甲磺酸伊马替尼片/胶囊	格列卫、格尼可、昕维、诺利宁
胃肠间质瘤(GIST)		甲磺酸伊马替尼片/胶囊	格列卫、格尼可、昕维、诺利宁
		苹果酸舒尼替尼胶囊	索坦
乳腺癌		注射用曲妥珠单抗	赫赛汀
		甲苯磺酸拉帕替尼片	泰立沙
胃癌		注射用曲妥珠单抗	赫赛汀
		甲磺酸阿帕替尼片	艾坦
结直肠癌		贝伐珠单抗注射液	安维汀
		西妥昔单抗注射液	爱必妥
淋巴瘤	弥漫大 B 细胞非霍奇金淋巴瘤(DLBCL)	利妥昔单抗注射液	美罗华
	滤泡性非霍奇金淋巴瘤(FL)	利妥昔单抗注射液	美罗华
	套细胞淋巴瘤	注射用硼替佐米	万珂
肝癌	肝细胞癌	甲苯磺酸索拉非尼片	多吉美
		碘[131I]美妥昔单抗	利卡汀
肾癌		甲苯磺酸索拉非尼片	多吉美
		依维莫司片	飞尼妥
		苹果酸舒尼替尼胶囊	索坦
		阿昔替尼片	英立达
多发性骨髓瘤		注射用硼替佐米	万珂
鼻咽癌		尼妥珠单抗注射液	泰欣生
脑和神经系统	室管膜下巨细胞星形细胞瘤	依维莫司片	飞尼妥
胰腺癌	胰腺神经内分泌瘤	苹果酸舒尼替尼胶囊	索坦
头颈部癌	鳞状上皮癌	西妥昔单抗注射液	爱必妥

注：我们将根据恶性肿瘤靶向化疗药物临床应用的发展，定期更新以上靶向化疗药物表，并经国务院保险监督管理机构审批后向社会公布。

## 附件二：

## 医疗保险责任风险保费费率表

## 基础费率表（无补充医疗保险）

单位：人民币元

年龄段（周岁）	一次交清	月交
16-25	369	31
26-30	564	48
31-35	895	76
36-40	1,222	104
41-45	1,877	160
46-50	2,590	220
51-55	3,566	303
56-60	4,759	405
61-65	6,220	529
66-70	7,412	630
71-74	9,323	792

## 基础费率表（有补充医疗保险）

单位：人民币元

年龄段（周岁）	一次交清	月交
16-25	225	19
26-30	346	29
31-35	594	50
36-40	805	68
41-45	1,263	107
46-50	1,798	153
51-55	2,507	213
56-60	3,430	292
61-65	4,550	387
66-70	5,361	456
71-74	6,752	574

医疗保险责任风险保费=基础费率\*地区调整因子\*团体费率折扣因子

注：地区调整因子根据被保险人所在地区设置。团体费率折扣因子是我们根据团体中被保险人整体风险状况给予的一定费率折扣水平。地区调整因子与团体费率折扣因子的乘积，须满足国务院保险监督管理机构的有关规定。

## 附件三：

## 本合同保障的当地基本医疗保险基金支付范围外的医疗费用清单

一、部分自费医疗费用中自费的医疗费用。部分自费医疗费用是指根据当地基本医疗保险药品目录、诊疗项目目录以及医疗服务设施目录，属于部分自费的医疗费用。

二、诊疗项目医疗费用：

- 1、应用正电子发射断层扫描装置(PET-CT)进行检查和治疗产生的医疗费用。
- 2、应用多肿瘤标志物蛋白芯片检测进行检查产生的医疗费用。
- 3、应用氩氦激光血管内照射进行治疗产生的医疗费用。

三、一次性医用材料费用：

1、血管支架费用

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。本清单所指血管支架不包括用于植入人体非血管管腔的支架。

2、人工晶体费用

人工晶体指在临床治疗中，为改善因自身晶状体混浊而导致的视力低下，经手术植入眼内代替摘除的自身混浊晶状体的精密光学装置。本清单所指人工晶体不包括有晶体眼植入的人工晶体。

四、使用下列抗肿瘤药品产生的药品费：

中文商品名	中文通用名
力扑素	注射用紫杉醇脂质体
康士得	比卡鲁胺片
乐沙定	注射用奥沙利铂
赛维健	注射用雷替曲塞
希罗达/卓伦/首辅	卡培他滨片
白舒非	白消安注射液
芙达龙	注射用磷酸氟达拉滨
艾达生	注射用盐酸表柔比星
安体舒	氯氧喹胶囊
榄香烯	榄香烯口服乳/注射液
蒂清/泰道/交宁	替莫唑胺胶囊

五、器官移植过程中使用下列药品产生的药品费：

中文商品名	中文通用名
宜欣可/赛莫司/雷帕鸣	西罗莫司口服溶液
布累迪宁	咪唑立宾片
米芙	麦考酚钠肠溶片
抗人T细胞猪免疫球蛋白	抗人T细胞猪免疫球蛋白
山地明/新赛斯平	环孢素注射液/口服溶液

六、使用下列治疗心血管及血液系统疾病药品产生的药品费

中文商品名	中文通用名
-------	-------



苏麦卡	托伐普坦片
恩瑞格	地拉罗司分散片

## 七、使用下列治疗呼吸及消化系统疾病药品产生的药品费

中文商品名	中文通用名
艾思瑞	吡非尼酮胶囊
日达仙/迈普新/和日/基泰	注射用胸腺法新

## 八、使用下列治疗内分泌及免疫系统疾病药品产生的药品费

中文商品名	中文通用名
诺和力	利拉鲁肽注射液
百泌达	艾塞那肽注射液
雅美罗	托珠单抗注射液
韦瑞德	富马酸替诺福韦二吡呋酯片

## 九、使用下列治疗妇科疾病药品产生的药品费

中文商品名	中文通用名
抑那通/贝依	注射用醋酸亮丙瑞林微球
依保	醋酸阿托西班注射液
雪诺同	黄体酮阴道缓释凝胶

## 十、使用下列治疗神经、精神、肌肉及骨骼系统疾病药品产生的药品费

中文商品名	中文通用名
施捷因	单唾液酸四己糖神经节苷脂钠盐注射液
恒德	注射用利培酮微球
协一力	利鲁唑片
保妥适/衡力	注射用 A 型肉毒毒素
艾瑞宁	注射用唑来膦酸

## 十一、使用下列治疗烧伤及眼科疾病药品产生的药品费

中文商品名	中文通用名
护固莱士	外科用冻干人纤维蛋白粘合剂
诺适得	雷珠单抗注射液

## 十二、使用下列麻醉剂及造影剂产生的医疗费用

中文商品名	中文通用名
凯特力	吸入用七氟烷
枸橼酸舒芬太尼注射液	枸橼酸舒芬太尼注射液
普美显	钆塞酸二钠注射液

注：我们有权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，决定是否调整上述医疗费用清单，并经国务院保险监督管理机构审批后向社会公布。