



请扫描以查询验证条款

德华安顾安享 e 生医疗保险条款

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。

投保人拥有的重要权益

签收本合同 15 日内投保人可以要求全额退还保险费	1.4
被保险人享有本合同提供的保障权益	2.3
投保人享有解除合同的权利	5.1

投保人应当特别注意的事项

本合同有 30 天的等待期	2.2
本合同适用补偿原则，请您特别关注	2.3
在某些情况下，本公司不承担保险责任	2.5
投保人应当按时交纳保险费	4.1
如果投保人解除合同会有一些的损失，请投保人慎重决策	5.1、5.2
本公司对一些重要术语进行了解释，并作了显著标志，请投保人关注	7

条款是保险合同的重要内容，是权利义务的重要依据。为充分保障投保人的权益，请投保人仔细阅读本条款。

条款目录

1. 投保人与本公司订立的合同

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

2. 本合同提供的保障

- 2.1 保障计划
- 2.2 等待期
- 2.3 保险责任
- 2.4 家庭保单
- 2.5 责任免除

3. 申请保险金

- 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 诉讼时效

4. 保险费的交纳

- 4.1 保险费的交纳
- 4.2 续保
- 4.3 同时参保情况下的续保
- 4.4 交费宽限期
- 4.5 保险费率调整

5. 合同解除

- 5.1 您解除合同的手续和风险
- 5.2 同时参保情况下合同的解除

6. 其他相关重要事项

- 6.1 明确说明和如实告知
- 6.2 年龄错误
- 6.3 联系方式变更
- 6.4 争议处理
- 6.5 保险事故鉴定
- 6.6 合同内容变更
- 6.7 效力终止

7. 释义

附表：保障计划表

德华安顾安享 e 生医疗保险条款

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德华安顾人寿保险有限公司，“本合同”指您与我们之间订立的“德华安顾安享 e 生医疗保险合同”，“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。

1. 投保人与本公司订立的合同

1.1 合同构成

本合同由以下几个部分构成：保险单（包括电子保险单）或其他保险凭证、保险条款、投保单（复印件或电子影像件与正本具有同等效力）、与本合同有关的投保文件、合法有效的声明、批注、批单，以及投保人与本公司认可的、与本合同有关的其他书面或电子协议。

1.2 合同成立与生效

投保人向本公司提出投保申请，经本公司同意承保，本合同成立。合同成立日期和生效日期以保险单上载明的为准。本公司自本合同生效之日起开始承担保险责任。**保单年度**（见 7.1）、保险费约定交纳日和保险合同期满日均以保险单上载明的保险合同生效日期为计算依据。

1.3 投保范围

出生 28 天以上（已健康出院）至 60 **周岁**（见 7.2）（含），身体健康，能正常工作及正常生活，可作为本保险的被保险人。本合同最高续保年龄为 99 周岁（含），即被保险人年龄超过 99 周岁，本合同不再接受续保。

1.4 犹豫期

自您签收本合同当日（含当日）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，我们将向您无息退还保险费。

犹豫期内投保人解除本合同的，需提出解除合同申请并向本公司提供下列资料：

- 1、保险合同；
- 2、投保人的**有效身份证件**（见 7.3）；
- 3、保险费发票。

自本公司收到解除合同申请及上述资料之日起，本合同解除，合同解除前发生的保险事故本公司不承担给付保险金的责任。

1.5 保险期间

本合同的保险期间为 1 年，自保险单上载明的保险合同生效日起至保险单上载明的保险期间期满日止。

2. 本合同提供的保障

2.1 保障计划

本合同各保障计划的各项保险金限额见附表。具体投保的保障计划由您和我们约定并于保险单上载明。

2.2 等待期

您首次投保或非连续投保本保险时，被保险人因疾病需要**住院**（见 7.4）治疗、特殊门诊治疗或住院前后的门急诊治疗的，自本合同生效日起 30 日为等待期。被保险人在等待期内**发病**（见 7.5），无论是否在等待期内在医院就治疗，我们都不承担给付保险金的责任。连续投保或者因**意外伤害**（见 7.6）进行治疗的无等待期。

2.3 保险责任

在本合同有效期内，我们按照保险单记载的保障计划承担如下保险责任：

一、一般医疗保险金

在保险期间内，被保险人因遭受意外伤害或在等待期后发病，在医院（见 7.7）接受治疗的，我们依照下列约定给付保险金：

1、住院医疗保险金

被保险人因疾病或意外伤害经医院诊断必须住院治疗的，对于住院期间发生的如下费用，我们按本合同约定的保险金计算方法，在该项保险金的赔付限额内给付住院医疗保险金。

（1）床位费

指住院期间实际发生的、不高于双人病房的住院床位费（不包括单人病房、套房、家庭病床）。

（2）加床费

指未满 18 周岁的被保险人在住院治疗期间，我们根据合同约定给付其合法监护人（限一人）在医院留宿发生的加床费；或女性被保险人在住院治疗期间，我们根据合同约定给付其一周岁以下哺乳期婴儿在医院留宿发生的加床费。

（3）重症监护室床位费

指住院期间出于医学必要（见 7.8）被保险人需在重症监护室进行合理且必要的医疗而产生的床

位费。重症监护室指配有中心监护台、心电监护仪及其他监护抢救设施，相对封闭管理，符合重症监护病房（ICU）、冠心病重症监护病房（CCU）标准的单人或多人监护病房。

（4）护理费

指住院期间根据医嘱所示的护理等级确定的护理费用。

（5）膳食费

指住院期间根据医生的医嘱，由作为医院内部专属部门的、为住院病人配餐的食堂配送的膳食费用。膳食费应包含在医疗账单内，根据各医疗机构的惯例，可以作为独立的款项、也可以合并病房费等其他款项内。

（6）检查检验费

指住院期间实际发生的，以诊断疾病为目的，采取必要的医学手段进行检查及检验而发生的合理的医疗费用，包括X光费、心电图费、B超费、脑电图费、内窥镜费、肺功能仪费、分子生化检验费和血、尿、便常规检验费等。

（7）治疗费

指住院期间以治疗疾病为目的，提供必要的医学手段而发生的合理的治疗者的技术劳务费和医疗器械使用费，以及消耗品的费用，具体以就诊医院费用项目划分为准。

本项责任不包含如下费用：物理治疗、中医理疗及其他特殊疗法（见7.9）费用。

（8）药品费

指实际发生的合理且必要的由医生开具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或进口药品的费用。但不包括营养补充类药品，免疫功能调节类药品，美容及减肥类药品，预防类药品，以及下列中药类药品：

- 主要起营养滋补作用的单方、复方中药或中成药，如花旗参，冬虫夏草，白糖参，朝鲜红参，玳瑁，蛤蚧，珊瑚，狗宝，红参，琥珀，灵芝，羚羊角尖粉，马宝，玛瑙，牛黄，麝香，西红花，血竭，燕窝，野山参，移山参，珍珠（粉），紫河车，阿胶，阿胶珠，血宝胶囊，红桃K口服液，十全大补丸，十全大补膏等；
- 部分可以入药的动物及动物脏器，如鹿茸，海马，胎盘，鞭，尾，筋，骨等；
- 用中药材和中药饮片炮制的各类酒制剂等。

（9）医生费

指包括外科医生、麻醉师、内科医生、专科医生的费用。

（10）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；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。

（11）救护车使用费

指住院期间以抢救生命或治疗疾病为目的，根据医生建议，被保险人需医院转诊过程中的医院用车费用，且救护车的使用仅限于同一城市中的医疗运送。

在每一保单年度内，因疾病或意外伤害住院给付住院医疗保险金的最高给付日数为 180 日，累计住院超过 180 日后发生的医疗费用，不属于保险责任范围。

保险期间届满时被保险人住院治疗仍未结束的，我们将按照本合同约定的保险金计算方法，继续就保险期间届满次日起 30 日内的住院医疗费用承担住院医疗保险金给付责任，但年度累计住院天数不得超过 180 日，且在本合同保险期间内的各项保险金的累计给付金额不得超过年度保险金赔付限额。

2、特殊门诊医疗保险金

被保险人因疾病或意外伤害在医院门诊进行如下治疗发生的合理且必要的医疗费用，我们按本合同约定的保险金计算方法，在该项保险金的赔付限额内给付特殊门诊医疗保险金，且在本合同保险期间内的各项保险金的累计给付金额不得超过年度保险金赔付限额。

(1) 门诊肾透析费；

(2) 门诊恶性肿瘤（见 7.10）治疗费，包括化学疗法（见 7.11）、放射疗法（见 7.12）、肿瘤免疫疗法（见 7.13）、肿瘤内分泌疗法（见 7.14）、肿瘤靶向疗法（见 7.15）的治疗费用；

(3) 器官移植后的门诊抗排异治疗费；

(4) 门诊手术费。

3、住院前后门急诊医疗保险金

被保险人在住院前后各 7 日内，与该次住院相同原因而发生的门急诊医疗费用，不包括门诊肾透析、门诊恶性肿瘤治疗、器官移植后的门诊抗排异治疗和门诊手术的费用。

对于因上述治疗发生的合理且必要的医疗费用，我们按本合同约定的保险金计算方法，在该项保险金的赔付限额内给付住院前后门急诊医疗保险金，且在本合同保险期间内的各项保险金的累计给付金额不得超过年度保险金赔付限额。

在每一个保单年度内，我们累计承担的一般医疗保险金责任不得超过一般医疗保险金年度保险金赔付限额，具体参见保障计划表。

二、恶性肿瘤医疗保险金

在保险期间内，被保险人在等待期后初次发病并经专科医生（见 7.16）确诊患恶性肿瘤，在医院接受治疗的，对于接受治疗所发生的医疗费用支出，我们首先按照前款约定给付一般医疗保险金，当累计给付金额达到一般医疗保险金赔付限额后，对于超出限额部分的费用，我们再依照下列约定给付恶性肿瘤医疗保险金：

1、恶性肿瘤住院医疗保险金

被保险人因患恶性肿瘤经医院诊断必须住院治疗的，对于住院期间发生的合理且必要的恶性肿瘤住院医疗费用（见 7.17），我们按本合同约定的保险金计算方法，在恶性肿瘤医疗保险金的赔付限额内给付恶性肿瘤住院医疗保险金。

在每一个保单年度内，因恶性肿瘤住院给付恶性肿瘤住院医疗保险金的最高给付日数为 180 日，因恶性肿瘤累计住院超过 180 日后发生的医疗费用，不属于保险责任范围。

保险期间届满时被保险人住院治疗仍未结束的，我们将按照本合同约定的保险金计算方法，继续就保险期间届满次日起 30 日内的住院医疗费用承担恶性肿瘤住院医疗保险金给付责任，但累计住院天数不得超过 180 日，且在本合同保险期间内的各项保险金的累计给付金额不超过年度保险金赔付限额。

2、恶性肿瘤特殊门诊医疗保险金

被保险人因患恶性肿瘤在医院门诊进行恶性肿瘤治疗发生的合理且必要的医疗费用。我们按本合同约定的保险金计算方法，在该项保险金的赔付限额内给付恶性肿瘤特殊门诊医疗保险金，且在本合同保险期间内的各项保险金的累计给付金额不得超过年度保险金赔付限额。恶性肿瘤特殊门诊医疗费用包括化学疗法、放射疗法、肿瘤免疫疗法、肿瘤内分泌疗法、肿瘤靶向疗法的治疗费用。

3、恶性肿瘤住院前后门急诊医疗保险金

被保险人在住院前后各 7 日内，因为与导致住院相同的恶性肿瘤而发生的门急诊治疗。对于因上述治疗发生的合理且必要的医疗费用，我们按本合同约定的保险金计算方法，在该项保险金的赔付限额内给付恶性肿瘤住院前后门急诊医疗保险金，且在本合同保险期间内的各项保险金的累计给付金额不得超过年度保险金赔付限额。

在每一个保单年度内，我们累计承担的恶性肿瘤医疗保险金责任不得超过恶性肿瘤医疗保险金年度保险金赔付限额，具体参见保障计划表。

三、保险金计算方法

在本合同保险期间内，被保险人因疾病或意外伤害经确诊需要住院治疗、特殊门诊治疗或住院前后的门急诊治疗的，对于其在本合同约定的医院进行上述治疗发生的、合理且必要的医疗费用，即保险责任范围内的医疗费用，按照如下公式计算每次就诊应当给付的保险金：

每次就诊应当给付的保险金 = (被保险人发生的医疗费用的有效金额 - 年免赔额余额) * 100% * 赔付比例

说明：

(1) 一次就诊指一次住院，或一次门诊（包括特殊门诊或住院前后的门急诊）。一次住院指被保险人因疾病或意外伤害住院治疗，自入院日起至出院日止的期间；但如果因同一原因再次住院，且前次出院与下次住院间隔未超过 30 日，视为同一次住院。一次门诊指被保险人在一日（零时起至二十四时止）内在同一所医院同一个科室的就诊。

(2) 被保险人发生的医疗费用的有效金额 = 被保险人每次就诊发生的合理且必要的属于保险责任范围内的医疗费用 - 被保险人从社会医疗保险或公费医疗获得的费用补偿。被保险人多次就诊累计发生的医疗费用的有效金额等于被保险人单次就诊发生的医疗费用的有效金额相加。

(3) 免赔额余额是指扣除前次理赔“保险责任范围内的被保险人发生的医疗费用的有效金额”后剩余的免赔额。举例来说，假设免赔额为 10000 元，如未就诊过，则免赔额余额为 10000 元；如第一次就诊累计的“保险责任范围内被保险人发生的医疗费用的有效金额”为 8000 元，则针对

本次就诊理赔后的免赔额余额为 2000 元，本次赔付为 0 元；如第二次就诊累计的“保险责任范围内被保险人发生的医疗费用的有效金额”为 6000 元，则针对本次就诊理赔后的免赔额余额为 0 元，本次赔付为 4000 元。

年免赔额是指一个保单年度内对应的免赔额。在社会医疗保险或公费医疗报销的部分，不能计入年免赔额；在其它商业保险已报销部分以及个人自付部分，只要符合本合同赔付条件的，均可以计入年免赔额。年免赔额参见附表。

(4) 当某次就诊保险责任范围内的医疗费用 > 年免赔额余额时，本次赔付金额 >0；当某次就诊保险责任范围内的医疗费用 ≤ 年免赔额余额时，本次赔付金额 =0。

(5) 赔付比例：如投保时被保险人有社会医疗保险或公费医疗，但本次就诊时被保险人未使用社会医疗保险或公费医疗报销的，则赔付比例为 60%；本次就诊时已获得社会医疗保险或公费医疗报销的，则赔付比例为 100%；如投保时被保险人无社会医疗保险或公费医疗的，则赔付比例为 100%。

四、补偿原则

在本合同保险期间内，若被保险人发生的属于本合同保险责任范围内的医疗费用已从其他途径（包括社会医疗保险、公费医疗、工作单位、本公司在内的任何商业保险机构等）获得补偿，且从其他途径获得的补偿金额与我们按照本合同约定应当给付的保险金之和超过了被保险人实际发生的医疗费用，我们将按被保险人实际发生的医疗费用扣除从其他途径获得的补偿金额后的余额在本合同赔付限额内给付保险金。

2.4 家庭保单

被保险人的家庭成员若与被保险人同时参保本保险，且投保人数在 3 人及以上时，可享受家庭保单费率。家庭成员仅指被保险人的父母、子女及投保时与被保险人具有合法婚姻关系的配偶。

本合同所称的同时参保是指被保险人与其家庭成员一起同时投保本合同的相同保障计划，并按照约定支付保险费的过程。

2.5 责任免除

因下列情形之一，造成被保险人到医院就诊治疗发生医疗费用支出的，本公司不承担给付保险金的责任：

- (1) 被保险人所患既往症（见 7.18）及保险单中特别约定的除外疾病引起的相关费用；
- (2) 遗传性疾病（见 7.19），先天性畸形、变形或染色体异常（见 7.20）引起的医疗费用；
- (3) 疗养、视力矫正手术、各种健康体检项目及预防性医疗项目、牙科保健及牙科治疗、康复治疗、整容手术；
- (4) 如下项目的治疗：皮肤色素沉着、痤疮治疗、红斑痤疮治疗；雀斑、老年斑、痣的治疗和去除；对浅表静脉曲张、蜘蛛脉、除瘢痕疙瘩型外的其它瘢痕、纹身去除、皮肤变色的治疗或手术；激光美

容、除皱、除眼袋、开双眼皮、治疗斑秃、白发、秃发、脱发、植毛、脱毛、隆鼻、隆胸；

(5) 各种矫形及生理缺陷的手术和检查治疗项目，包括但不限于平足及各种非功能性整容、矫形手术费用；

(6) 各种健美治疗项目，包括但不限于营养、减肥、增胖、增高费用；

(7) 不孕不育治疗、人工受精、怀孕、分娩（含难产）、流产、堕胎、节育（含绝育）、产前产后检查以及由以上原因引起的并发症；

(8) 包皮环切术、包皮剥离术、包皮气囊扩张术、性功能障碍治疗；

(9) 除心脏瓣膜、人工晶体、人工关节之外的其他人工器官材料费、安装和置换等费用、各种康复治疗器械、假体、义肢、自用的按摩保健和治疗用品、所有非处方医疗器械；

(10) 耐用医疗设备（指各种康复设备、矫形支具以及其他耐用医疗设备）的购买或租赁费用；

(11) 被保险人感染艾滋病病毒或患艾滋病（见 7.21）期间发生其他疾病导致的费用；

(12) 被保险人患性病引起的医疗费用；

(13) 未经医生处方自行购买的药品或非医院药房购买的药品、滋补类中草药及其泡制的各类酒制剂；

(14) 各种医疗咨询和健康预测：如健康咨询、睡眠咨询、性咨询、心理咨询（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）确定的精神和行为障碍以外的一般心理问题，如职场问题、家庭问题、婚恋问题、个人发展、情绪管理等）等费用；

(15) 投保人对被保险人的故意杀害、故意伤害；

(16) 被保险人故意自伤、故意犯罪或抗拒依法采取的刑事强制措施；

(17) 被保险人殴斗、醉酒（见 7.22），主动吸食或注射毒品（见 7.23）；

(18) 从事潜水（见 7.24）、滑水、滑雪、滑冰、跳伞、攀岩（见 7.25）、蹦极、驾驶滑翔机或滑翔伞、探险（见 7.26）、武术比赛（见 7.27）、摔跤、特技表演（见 7.28）、赛马、赛车、车辆表演、竞赛或练习等高风险运动导致的伤害引起的治疗费用；

(19) 由于职业病（见 7.29）、医疗事故（见 7.30）引起的医疗费用；

(20) 被保险人酒后驾驶（见 7.31）、无合法有效驾驶证驾驶（见 7.32）或驾驶无有效行驶证（见 7.33）的机动车（见 7.34）导致交通意外引起的医疗费用；

(21) 核爆炸、核辐射或核污染、化学污染；恐怖袭击、战争、军事冲突、暴乱或武装叛乱；

(22) 不符合入院标准、挂床住院引起的治疗费用；住院病人应当出院而拒不出院，从医院确定符合出院条件之日起发生的一切医疗费用；

(23) 被保险人接受实验性治疗，即未经科学或医学认可的医疗；

(24) 未被治疗所在地权威部门批准的治疗，未获得治疗所在地政府许可或批准的药品或药物；

(25) 各类医疗鉴定，包括但不限于医疗事故鉴定、精神病鉴定、孕妇胎儿性别鉴定、验伤鉴定、

亲子鉴定、遗传基因鉴定费用。

3. 申请保险金

3.1 受益人

除另有约定外，本合同的各项保险金受益人均为被保险人本人。

3.2 保险事故通知

您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。

被保险人应在本合同中约定的医院就诊，若因急诊未在约定的医院就诊的，应在 3 日内通知我们，并在病情好转后及时转入本合同约定的医院。

3.3 保险金申请

在申请保险金时，受益人作为申请人须填写保险金理赔申请书，并提供下列证明和资料：

- (1) 保险合同；
- (2) 被保险人的有效身份证件；
- (3) 如果被保险人住院，则须提供医院出具的被保险人完整的住院病历、出院小结；

(4) 医院出具的被保险人的诊断证明、医疗费用以及处方和检查化验明细清单及病历；首次申请理赔时，应提供医院出具的被保险人在本合同保险期间内历次的诊断证明、医疗费用明细清单及病历；

(5) 医院出具的被保险人的医疗费用发票及费用清单；首次申请理赔时，应提供医院出具的被保险人在本合同保险期间内历次的医疗费用收据或者发票；

(6) 如果被保险人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；

(7) 与确认保险事故的性质、原因等有关的其他证明和资料。

以上证明和资料不完整的，我们将及时一次性通知受益人补充提供有关证明和资料。

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。

3.4 保险金给付

本公司在收到保险金理赔申请书及本合同约定的证明和资料后，会及时做出核定；情形复杂的，在 30 日内做出核定。对属于保险责任的，本公司在与被保险人达成给付保险金的协议后 10 日内，履行给付保险金义务。对不属于保险责任的，本公司自做出核定之日起 3 日内向被保险人发出拒绝给付保险金通知书并说明理由。

3.5 诉讼时效

人寿保险以外的其他保险的被保险人或者受益人，向本公司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。

人寿保险的被保险人或者受益人向本公司请求给付保险金的诉讼时效期间为 5 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

本合同的保险费按照被保险人的年龄和所选定保障计划确定。本合同的交费方式和交费期间在保险单上载明。

4.2 续保

续保时，我们将遵循本合同保险费率调整的规定，计算被保险人的续保保险费。我们不会因为被保险人的健康状况变化或者使用保险情况而拒绝被保险人续保或者单独调整被保险人的续保保险费。但若发生下列情形之一的，本合同不再接受续保：

- (1) 本产品停售；
- (2) 续保时被保险人的年龄超过 99 周岁；
- (3) 被保险人身故；
- (4) 本合同因其他条款所列情况而导致效力终止。

若我们不再接受续保，我们会在本合同保险期间届满前通知您。若您在投保时选择了自动续保方式，每一保险期间届满前，若我们未收到您停止继续投保本合同的书面申请，我们按续保当时对应的费率收取保险费后本合同延续有效，新续保的合同自保险期间届满日的次日零时起延续有效 1 年。本合同可按照上述续保方式续保至被保险人年满 99 周岁。若投保人在本合同保险期间届满前书面通知终止自动续保或在投保时未选择自动续保，本合同至保险期间届满日的 24 时终止。

4.3 同时参保情况下的续保

同时参保情况下，您可以为同时参保的所有被保险人或者部分被保险人申请续保。

若您为同时参保的所有被保险人或部分被保险人申请续保，且符合“2.4 家庭保单”人数规定的，我们按照续保时的家庭保单费率续保。对于不符合“2.4 家庭保单”人数规定的，我们按照本合同续保当时对应的个人保险费率续保，不再享受家庭保单费率。

4.4 交费宽限期

我们同意您按本合同约定的承保条件继续投保本合同的或者您签字同意接受变更本合同约定的承保条件继续投保本合同的，则自本合同期满日次日起 60 日内为新续保合同的交费宽限期。宽限期内发生保险事故的，本公司承担保险责任，但在给付保险金时会扣除您欠交的保险费，其数额以新续保合同应当缴纳的保险费数额为准。如果宽限期结束您仍未交纳新续保合同的保险费，则本公司视同您自动放弃继续投保本合同的权利，本合同至宽限期期满日的 24 时效力终止。

4.5 保险费率调整

您的保险费会随着被保险人的年龄增长而上升。同时，我们每年都会检视费率，使其反映我们的整体理赔经验和医疗通胀等在内的一系列因素。我们将根据本合同计算费率所用的计算基础与实际情况的偏差程度，决定保险费率是否调整及调整幅度。本保险的费率调整针对所有被保险人，或同一投保年龄、同一投保区域等某一类人群的被保险人。

若我们调整保险费率，会在保险期间届满前通知您。我们进行保险费率调整后，您须按调整后续保当时的保险费率支付续保保险费，保险费率调整前您已经支付的保险费不受影响。如果您不接受调整后的费率，请您通知我们，我们将不再为您办理续保。

5. 合同解除

5.1 您解除合同的手续和风险

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，请填写解除合同申请书并向我们提供下列资料原件：

- (1) 保险合同；
- (2) 投保人的有效身份证件。

自我们收到解除本合同申请书时起，本合同终止。我们自收到解除合同申请书及上述材料之日起 30 日内向您退还本合同的**未到期净保险费**（见 7.35）。

您在犹豫期后解除合同会遭受一定的损失。如已发生保险金给付或已发生保险事故应给付保险金的，我们不再退还未到期净保险费。

5.2 同时参保情况下合同的解除

同时参保情况下，被保险人未发生保险事故，您可以为同时参保的所有被保险人或者部分被保险人申请解除合同。若您为同时参保的所有被保险人申请解除保险合同，我们对同时参保的所有被保险人的保险责任全部终止，并退还未满期净保险费。若您为同时参保的部分被保险人申请解除保险合同，我们对这部分被保险人的保险责任终止，并退还相应合同的未满期净保险费。对于剩余的被保险人，我们仍承担保险责任。

6. 其他相关重要事项

6.1 明确说明和如实告知

订立本合同时，本公司应当向投保人明确说明本合同的内容。对于保险合同中免除本公司责任的条款，本公司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投保人注意的提示，并对该条款的内容以书面或者口头形式向投保人作出明确说明。

订立保险合同时，本公司就投保人或者被保险人的有关情况提出询问的，投保人应当如实告知。

投保人故意或者因重大过失未履行前款规定的如实告知义务，足以影响本公司决定是否同意承保或者提高保险费率的，本公司有权解除本合同。

投保人故意不履行如实告知义务的，本公司对于合同解除前发生的保险事故，不承担给付保险金的责任，并不退还保险费。

投保人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，本公司对于合同解除前发生的保险事故，不承担给付保险金的责任，但应当退还保险费。

本公司在合同订立时已经知道投保人未如实告知的情况的，本公司不得解除合同；发生保险事故的，本公司应当承担给付保险金的责任。

6.2 年龄错误

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在投保单上填明。

如果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。对于解除本合同的，本合同自解除之日起终止，我们向您退还未满期净保险费。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。

如果您申报的被保险人年龄不真实，致使实交保险费少于应交保险费的，我们有权更正并要求您补交保险费。**已经发生保险事故的，在给付保险金时按实交保险费和应交保险费的比例给付。**

如果您申报的被保险人年龄不真实，致使实交保险费多于应交保险费的，我们将多收的保险费无息退还给您。

6.3 联系方式变更

为保障您的权益，您的通信地址、电话或者电子邮箱等联系方式发生变更时需及时通知本公司。否则，本公司将按照本合同载明的最后住所或通信地址发送有关通知，并视为已送达给您。

6.4 争议处理

合同履行过程中发生争议的，由双方协商解决，协商不成的，依法向人民法院起诉。

6.5 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鉴定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。

6.6 合同内容变更

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变更的书面协议。

您通过我们同意或者认可的网站等互联网渠道提出对本合同进行变更，视为您的书面申请，您向我们在线提交的电子信息与您向我们提交的书面文件具有相同的法律效力。

6.7 效力终止

当发生下列情形之一时，本合同效力终止：

- （1）被保险人身故；
- （2）保险期间届满时，被保险人年龄超过 99 周岁；
- （3）保险期间届满，投保人不再续保；
- （4）本合同中列明的其他合同解除或终止的情形。

7. 释义

7.1 保单年度

指保险合同生效日或者生效对应日零时起至下一保单年度生效对应日零时为止的期间为一个保单年度。如果当月无对应的同一日的，则以该月最后一日作为对应日。

7.2 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。

7.3 有效身份证件

指身份证、护照、军人证、警官证、户口簿等政府主管部门规定的可证明身份的有效证件。户口簿的使用仅限于 16 周岁以下尚未申领身份证的未成年人。

7.4 住院

指被保险人入住医院的正式病房进行治疗，并正式办理入出院手续，**不包括入住门诊观察室、家庭病床、挂床住院或其他不合理的住院。**

挂床住院指办理正式住院手续的被保险人，在住院期间每日非 24 小时在床、在院。具体包括在住院期间连续若干日无任何治疗，只发生护理费、诊疗费、床位费等情况。

7.5 发病

指被保险人出现本合同所约定的疾病的前兆症状或异常的身体情况，或者出现足以使一般人引起注意并寻求诊疗、检查、治疗或护理的症状。

7.6 意外伤害

指遭受外来的、突发的、非本意的、非疾病的使身体受到伤害的客观事件。**猝死不属于意外伤害。**

7.7 医院

指中华人民共和国境内（港、澳、台地区除外）合法经营的二级以上（含二级）公立医院的普通部（**不包含其中的特需医疗、外宾医疗、干部病房**），**不包括疗养院、护理院、康复中心、戒酒或戒毒中心、精神心理治疗中心以及无相应医护人员或设备的二级或三级医院的联合医院或联合病房。**

7.8 医学必要

满足以下全部条件的医学治疗、服务或药品为医学必要：

（1）对病人疾病或伤害的诊断或治疗是适当的、基本的；

（2）提供安全、充分、适当的诊断和治疗必须的护理，但不超过一定的范围、持续时间或强度、级别；

- (3) 医师开具的处方以及与在当地被广泛认可的医疗专业水平一致的治疗；
- (4) 不是主要为病人、家庭、医生或其他提供治疗的人员的舒适和方便而设的项目；
- (5) 不属于对病人的学术教育或专业培训的一部分；
- (6) 非试验性或研究性的。

7.9 物理治疗、中医理疗及其他特殊疗法

物理治疗是指应用人工物理因子（如光、电、磁、声等）来治疗疾病，具体疗法包括电疗、光疗、磁疗、热疗等；

中医理疗是指以治疗疾病为目的，被保险人接受由具有相应资格的医生实施的针灸治疗、推拿治疗、拔罐治疗或刮痧治疗；

其他特殊疗法包括顺势治疗、职业疗法及语音治疗。

7.10 恶性肿瘤

指由医院的专科医生明确诊断，被保险人发生的符合以下定义恶性肿瘤：

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 T1N0M0 期或者更轻分期的前列腺癌；**
- (6) 感染艾滋病病毒或患艾滋病期间所患恶性肿瘤。**

7.11 化学疗法

指对于恶性肿瘤的化学治疗。化疗是使用医学界公认的化疗药物以杀死癌细胞、抑制癌细胞生长繁殖为目的而进行的治疗。本合同所指的化疗为被保险人根据医嘱，在医院进行的静脉注射化疗。

7.12 放射疗法

指对恶性肿瘤的放射治疗。放疗是使用各种不同能量的射线照射肿瘤组织，以抑制和杀灭癌细胞为目的而进行的治疗。本合同所指的放疗为被保险人根据医嘱，在医院的专门科室进行的放疗。

7.13 肿瘤免疫疗法

指应用免疫学原理和方法，使用肿瘤免疫治疗药物提高肿瘤细胞的免疫原性和对效应细胞杀伤的敏感性，激发和增强机体抗肿瘤免疫应答，并应用免疫细胞和效应分子输注宿主体内，协同机体免疫系统杀伤肿瘤、抑制肿瘤生长。本合同所指的肿瘤免疫治疗药物需符合法律、法规要求并经过国家食品药品监督管理局批准用于临床治疗。

7.14 肿瘤内分泌疗法

指针对恶性肿瘤的内分泌疗法，用药物抑制激素生成和激素反应，杀死癌细胞或抑制癌细胞的生长。本合同所指的内分泌治疗药物需符合法律、法规要求并经过国家食品药品监督管理局批准用于临床治疗。

7.15 肿瘤靶向疗法

指在细胞分子水平上，针对已经明确的致癌点来设计相应的靶向治疗药物，利用具有一定特异性的载体，将药物或其他杀伤肿瘤细胞的活性物质选择性地运送到肿瘤部位攻击癌细胞的疗法。本合同所指的靶向治疗的药物需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。

7.16 专科医生

指具有专业资格认证和诊断处方权，且正在医院执业的医师，但被保险人本人及其直系亲属除外，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。

7.17 恶性肿瘤住院医疗费用

包括床位费、加床费、重症监护室床位费、护理费、膳食费、检查检验费、治疗费、药品费、医生费、手术费、救护车使用费。

7.18 既往症

指在本合同生效之前患有的被保险人已知或应该知道的有关疾病或症状。通常有以下情况：

- 1、本合同生效前，医生已有明确诊断，长期治疗未间断；

- 2、本合同生效前，医生已有明确诊断，治疗后症状未完全消失，有间断用药情况；
- 3、本合同生效前发生，未经医生诊断和治疗，但症状明显且持续存在，以普通人医学常识应当知晓。

7.19 遗传性疾病

指生殖细胞或受精卵的遗传物质（染色体和基因）发生突变或畸变所引起的疾病，通常具有由亲代传至后代的垂直传递的特征。

7.20 先天性畸形、变形或染色体异常

指被保险人出生时就具有的畸形、变形或染色体异常。先天性畸形、变形或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。

7.21 感染艾滋病病毒或患艾滋病

艾滋病病毒指人类免疫缺陷病毒，英文缩写为 HIV。艾滋病指人类免疫缺陷病毒引起的获得性免疫缺陷综合征，英文缩写为 AIDS。

在人体血液或其它样本中检测到艾滋病病毒或其抗体呈阳性，没有出现临床症状或体征的，为感染艾滋病病毒；如果同时出现了明显临床症状或体征的，为患艾滋病。

7.22 醉酒

指每百毫升血液的酒精含量大于或等于 100 毫克。

7.23 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。

7.24 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。

7.25 攀岩

指攀登悬崖、楼宇外墙、人造悬崖、冰崖、冰山等运动。

7.26 探险

指明知在某种特定的自然条件下有失去生命或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、徒步穿越沙漠或人迹罕至的原始森林等活动。

7.27 武术比赛

指两人或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。

7.28 特技表演

指进行马术、杂技、驯兽等表演。

7.29 职业病

指企业、事业单位和个体经济组织的劳动者在职业活动中，因接触粉尘、放射性物质和其他有毒、有害物质等因素而引起的疾病。职业病的认定需遵循《中华人民共和国职业病防治法》中的相关规定及鉴定程序。

7.30 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及常规，过失造成患者人身损害的事故。

7.31 酒后驾驶

指经检测或鉴定，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醉酒后驾驶。

7.32 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、未经公安交通管理部门同意，持未审验的驾驶证驾驶；
- 5、持学习驾驶证学习驾车时，无教练员随车指导，或不按指定时间、路线学习驾车；
- 6、公安交通管理部门规定的其他无有效驾驶证驾驶的情形。

7.33 无有效行驶证

指下列情形之一：

- 1、无公安交通管理部门核发的行驶证、号牌或有效的临时号牌等；
- 2、机动车被依法注销登记的；
- 3、未依法按时进行或通过机动车安全技术检验。

7.34 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。

7.35 未到期净保险费

其计算公式为“ $\text{保险费} \times (1-35\%) \times (1- \text{经过天数} \div 365)$ ”，经过天数不足一天的不计。“经过天数”是指本合同从生效之日至终止之日实际经过的天数。

附表：保障计划表

单位：人民币元

保障计划		计划 A	计划 B	计划 C
年度保险金	一般医疗保险金	50 万	100 万	300 万
赔付限额	恶性肿瘤医疗保险金	50 万	100 万	300 万
年度免赔额		1 万		
赔付比例	有社会医疗保险或公费医疗但未报销	60%		
	其他情况	100%		
保障项目		本合同有效期内的保险金赔付限额		
一般医疗 保险金	住院医疗费用	同年度保险金赔付限额		
	特殊门诊医疗费用			
	住院前后门急诊费用			

恶性肿瘤医 疗保险金	恶性肿瘤住院医疗费用	同年度保险金赔付限额
	恶性肿瘤特殊门诊医疗费用	
	恶性肿瘤住院前后门急诊费用	