



请扫描以查询验证条款

## 阅读指引

本阅读指引有助于您理解条款重点内容，具体内容详见“工银安盛人寿个人税收优惠型健康保险（万能型）A款”条款表述。

**该条款包含保险责任条款、个人账户条款、保险费用条款、现金价值权益条款、保单权益转移条款、合同解除与终止条款、保险金的申请与给付条款及其他需要关注的事项八部分内容，并且在正文结尾加注名词释义**

- 保险责任条款**——向您介绍该合同的基本构成、该合同所提供的保险责任以及责任免除事项。
- 个人账户条款**——向您介绍该合同个人账户的基本运作管理事项。
- 保险费用条款**——向您介绍该合同之保险费及其他相关具体费用内容。
- 现金价值权益条款**——向您介绍该合同的现金价值构成。
- 保单权益转移条款**——向您介绍该合同权益转移的相关具体要求。
- 合同解除与终止条款**——向您介绍该合同的退保权益及效力终止情形。
- 保险金的申请与给付条款**——向您介绍该合同理赔的具体要求。
- 其他需要关注的事项**——向您介绍您对该合同所拥有的权益和义务，以及保单服务等的具体要求。
- 名词释义**——向您解释该保险合同条款中所提到的一些专用名词，便于您更好地理解该保险合同。

**为帮助您更好地了解该条款，我们先介绍几个保险条款中常用的术语**

- 您**——指保险合同中所载明的投保人。
- 我们**——指工银安盛人寿保险有限公司。
- 被保险人**——指受保险合同保障的人。
- 受益人**——指发生保险事故后享有保险金请求权的人。

**您拥有的重要权益**

- 签收该合同后 15 日内您可以要求全额退还保险费..... 1.5
- 被保险人可以享受该合同提供的保障..... 1.7
- 您有解除合同的权利..... 6.1

**您应承担的主要义务**

- 您需要按期足额交纳保险费..... 3.1
- 发生保险事故时您应及早通知我们..... 7.2
- 对于我们的询问，您有如实告知的义务..... 8.1

**您应当特别注意的事项**

- 我们不承担保险金给付的限制..... 1.10



## 条款目录

- ❶ 保险责任条款
    - 1.1 合同的构成
    - 1.2 投保范围
    - 1.3 保险期间
    - 1.4 保证续保
    - 1.5 犹豫期
    - 1.6 保险金额
    - 1.7 保险责任
    - 1.8 无理赔优惠
    - 1.9 补偿原则
    - 1.10 责任免除
  - ❷ 个人账户条款
    - 2.1 个人账户设立
    - 2.2 个人账户价值的计算
    - 2.3 个人账户结算
    - 2.4 个人账户最低保证利率
    - 2.5 被保险人身故后个人账户处理
  - ❸ 保险费用条款
    - 3.1 保险费的交付
    - 3.2 风险保险费
    - 3.3 宽限期
    - 3.4 医疗保险金责任效力的恢复
    - 3.5 退保费用
    - 3.6 其他相关费用
    - 3.7 差额返还机制
  - ❹ 现金价值权益条款
    - 4.1 现金价值
  - ❺ 保单权益转移条款
    - 5.1 保单权益转移
  - ❻ 合同解除与终止条款
    - 6.1 合同的解除
    - 6.2 合同效力的终止
  - ❼ 保险金的申请与给付条款
    - 7.1 受益人
    - 7.2 保险事故的通知
    - 7.3 保险金的申请
    - 7.4 保险金的给付
    - 7.5 诉讼时效
  - ❽ 其他需要关注的事项
    - 8.1 明确说明与如实告知
    - 8.2 年龄及性别的确定与错误处理
    - 8.3 合同内容的变更
    - 8.4 被保险人状态的变更
    - 8.5 联系方式的变更
    - 8.6 争议处理
    - 8.7 保险事故鉴定
- 附表

## 工银安盛人寿保险有限公司

## 工银安盛人寿个人税收优惠型健康保险（万能型）A 款条款

## ① 保险责任条款

### 1.1 合同的构成

《工银安盛人寿个人税收优惠型健康保险（万能型）A 款合同》（以下简称“本合同”）由保险单或其他保险凭证及所附条款、投保单、与本合同有关的投保文件、声明、批注、附贴批单及其他书面协议构成。

若上述构成本合同的文件正本需留我们存档，则其复印件或电子影像印刷件效力与正本相同；若复印件或电子影像印刷件的内容与正本不同，则以正本为准。

本合同的英文代码为 TIMA。

### 1.2 投保范围

#### 一、被保险人范围

凡 16 周岁<sup>1</sup>以上的，投保时正参加公费医疗或基本医疗保险<sup>2</sup>，投保时未满足法定退休年龄<sup>3</sup>的，且投保时根据其健康状况确定为非既往症<sup>4</sup>的适用商业健康保险税收优惠政策的纳税人<sup>5</sup>，均可作为本合同的被保险人。若投保时根据被保险人身体健康状况确定其为既往症的，除上述规定外，被保险人在投保时须已连续缴纳个人所得税满 1 年，方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<sup>7</sup>，其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。

#### 二、投保人范围

您为被保险人本人。您可以委托您所在的团体组织代为组织办理投保相关事宜。

### 1.3 保险期间

您提出保险申请、经我们同意承保，本合同成立。本合同自我们同意承保、收取足额保险费并签发保险合同开始生效，本合同生效日期在保险单上载明，保单年度、保险费约定支付日均以该日期计算。

本合同的保险期间为 1 年。除非有另外的约定，本合同的保险期间自保险单所载生效日当日 24 时起至本合同约定的任一种终止情况发生时为止。

您可于每个保险期间届满时或之前向我们支付续保保险费以示续保，我们将按照本合同第 1.4 条“保证续保”的约定，续保本合同。

对于医疗保险金责任，我们在保险期间内根据每个保单年度收取风险保险费（见本条款第 3.2 条“风险保险费”），并承担相应保单年度内的医疗保险金给付责任，直至以下两种情况发生之较早者为止：

- 一、本合同约定的任一种终止情况发生时；
- 二、被保险人年满法定退休年龄后的首个保险合同周年日<sup>8</sup>。

### 1.4 保证续保

自本合同的生效日起，至被保险人年满法定退休年龄后的首个保险合同周年日为保证续保期间。

**在保证续保期间内，我们不会因被保险人的健康状况而拒绝您续保。**

在保证续保期间内，您未在本合同保险期间届满日之前向我们提出停止保证续保申请，并继续在本合同约定的保险费支付日或交费宽限期内，向我们交纳续保保险费的，我们将为您办理相关自动续保手续，

本合同于保险期间届满的次日起延续有效。

在保证续保期间内，我们有权决定是否需要变更本保险产品。我们变更本保险产品需经国务院保险监督管理机构审批后通知您，然后将按照变更后的产品接受您的续保。

若本合同终止后您再次投保本产品，我们有权对被保险人的健康状况进行核保。若我们接受您再次投保本产品的，我们对被保险人的保证续保期间内累计医疗费用赔付金额应扣除被保险人累计已从个人税收优惠型健康保险产品中获得的医疗费用保险金。

## 1.5 犹豫期

我们给予您 15 日的犹豫期，自您签收保险合同之日起算。

在此期间如果您确定此保险合同与您的需求不相符，可向我们书面提出解除合同的申请，并将本合同退还我们。本合同自我们收到书面申请及下述证明和资料当日正式解除，我们自始不承担保险责任，并无息退还您所交的保险费。

但如果您或受益人曾向我们提出理赔申请，则不得在上述规定的犹豫期内行使合同解除权。

**若您符合本合同第 5.1 条的“保单权益转移”中所述情况，则不享有犹豫期。**

您要求解除本合同时，请填写解除合同申请书并向我们提供下列资料：

- 一、保险合同原件；
- 二、您的有效身份证件<sup>9</sup>；
- 三、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。

## 1.6 保险金额

本合同单个保单年度内医疗费用保险金额和保证续保期间内累计医疗费用赔付限额在附表一上载明。

## 1.7 保险责任

在本合同保险期间内，我们承担下列保险责任：

### 一、医疗保险金

本合同医疗保险金的保障范围，是指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**<sup>10</sup>的医疗费用。我们不承担的医疗费用范围在附表二上载明。

在本合同保险期间内，我们在上述保障范围内承担下列医疗保险金保险责任：

#### 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（不含特需和国际医疗部，下同）**住院**<sup>11</sup>治疗的，对于其每次住院实际发生并支付的符合我们保障范围的住院医疗费用，我们在扣除当地公费医疗、基本医疗保险和其他途径已经补偿或给付的部分后，对其当年度余额，按照本合同附表一所列的给付比例给付住院医疗费用保险金。

其中，住院医疗费用是指被保险人在住院期间实际发生的**药品费**<sup>12</sup>、**住院手术费**<sup>13</sup>、**床位费**<sup>14</sup>和**其他费用**<sup>15</sup>。

#### 2、住院前后门诊费用保险金

被保险人在基本医疗保险协议管理医疗机构住院治疗的，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）以及出院后 30 日内（含出院当日）所实际发生并支付的符合本合同保障范围的**门诊**<sup>16</sup>治疗费用，我们在扣除当地公费医疗、基本医疗保险和其他途径已经补偿或给付的部分后，对其当年度余额，按照本合同附表一所列的给付比例给付住院前后门诊费用保险金。

其中，门诊治疗费用是指包括医生诊断、处方、药品、检查、护理、医疗用品等在医疗机构内发生的费用，以当地卫生或有关政府部门核准的收费标准为限。

#### 3、特定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接受“**恶性肿瘤——重度**<sup>17</sup>”及“**恶性肿瘤——轻度**<sup>18</sup>”的**门诊放疗**<sup>19</sup>、**肾透析门诊治疗**<sup>20</sup>、**肾移植术后门诊抗排异治疗**<sup>21</sup>或**肝硬化门诊治疗**<sup>22</sup>的，对其每次门诊实际发生并支付的符合本合同保障范围的特定门诊治疗费用，我们在扣除当地公费医疗、基本医疗保险和其他途径已经补偿或给付的部分后，对其当年度余额，按照本合同附表一所列的给付比例给付特定门诊治疗费用保险金。

#### 4、**慢性病门诊治疗**<sup>23</sup>费用保险金

被保险人在基本医疗保险协议管理医疗机构进行**高血压病**<sup>24</sup>、**糖尿病**<sup>25</sup>、**冠心病**<sup>26</sup>门诊治疗的，对其每次门诊实际发生并支付的符合本合同保障范围的门诊治疗费用，我们在扣除当地公费医疗、基本医疗保险和其他途径已经补偿或给付的部分后，对其当年度余额，按照本合同附表一所列的给付比例给付慢性病门诊治疗费用保险金。

#### 费用限额：

- 1、若单个保单年度内，住院医疗费用保险金和住院前后门诊费用保险金、以及其中所含的**单一材料费用**<sup>27</sup>的累计给付之和达到本合同附表一所列的单个保单年度内该项医疗费用保险金额时，该保单年度内的此项医疗保险金责任终止。
- 2、若单个保单年度内，特定门诊治疗费用保险金责任、慢性病门诊治疗费用保险金责任分别累计给付金额之和达到本合同附表一中所列的单个保单年度内该项医疗费用保险金额时，该保单年度内的此项医疗保险金责任终止。
- 3、若单个保单年度内，上述各项医疗保险金责任累计给付金额之和达到附表一中所列的单个保单年度内医疗费用保险金给付限额时，该保单年度内的各项医疗保险金责任均终止。
- 4、若保证续保期间内各项医疗保险金责任累计赔付金额之和达到本合同附表一中所列的保证续保期间内累计医疗费用保险金赔付限额时，保证续保期间内的各项医疗保险金责任均终止。

#### 特别约定：

- 1、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，则我们承担的医疗费用范围为被保险人已发生的责任范围内的医疗费用的 80%。
- 2、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内的费用，我们承担的费用范围为被保险人已发生的上述基本医疗保险基金支付范围内医疗费用的 50%。
- 3、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，我们承担的费用范围为该材料费用的 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赔付。
- 4、若我们实际赔付的金额低于合同约定范围内被保险人医疗费用的 90%，我们应向被保险人自动补齐相关差额。但此款不适用于以上三款特别约定。

#### 二、个人账户累积

个人账户累积可用于被保险人退休后购买商业健康保险和个人自负医疗费用支出，保险金额以个人账户价值为限。

### 1.8 无理赔优惠

在本合同持续有效期内，且未发生任何再次投保的情形，若被保险人于第一个保险期间未发生过任何医疗费用，则我们给予您下一个保证续保期间的风险保险费 5% 的折扣优惠；若连续第二个保险期间内被保险人仍未发生过任何医疗费用，则我们继续给予您下一个保证续保期间的风险保险费 5% 的折扣优惠，以此类推，最高无理赔风险保险费折扣优惠为 5%。一旦被保险人发生过任何医疗费用，则您不再享有风险保险费折扣的优惠权利。

若我们已经给予您风险保险费无理赔优惠后，您又提出了过往保险期间的医疗保险金申请，则我们有权要求您支付已获得的风险保险费优惠金额。

若您根据本合同第 5.1 条申请保单权益转入前，在其他保险公司已有过医疗保险金的申请，则您不享有上述风险保险费折扣的优惠权利。

## 1.9 补偿原则

我们在向受益人给付医疗保险金时，若被保险人所发生的属于本合同保险责任范围内的医疗费用已通过公费医疗、基本医疗保险、其他商业医疗保险保障计划等其他任何途径获得了补偿或赔偿，且该补偿或赔偿金额与我们按本合同约定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被保险人从其他任何获得的补偿或赔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或赔偿金额之和不得超过被保险人实际发生的医疗费用。

## 1.10 责任免除

因下列情形之一，导致被保险人发生医疗费用的，我们不承担给付医疗保险金的责任，本合同在约定的保险期间内继续有效：

- 一、 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；
- 二、 患先天性畸形、变形和染色体异常<sup>28</sup>；
- 三、 您对被保险人的故意杀害、故意伤害；
- 四、 被保险人故意犯罪或者抗拒依法采取的刑事强制措施；
- 五、 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；
- 六、 被保险人斗殴、醉酒<sup>29</sup>、主动吸食或注射毒品<sup>30</sup>；
- 七、 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）；
- 八、 被保险人酒后驾驶<sup>31</sup>，无合法有效驾驶证驾驶<sup>32</sup>，或驾驶无有效行驶证<sup>33</sup>的机动车<sup>34</sup>；
- 九、 被保险人参加潜水<sup>35</sup>、跳伞或其他空中运动、登山、攀岩<sup>36</sup>或攀爬建筑物、探险<sup>37</sup>、武术比赛<sup>38</sup>、摔跤比赛、特技表演<sup>39</sup>、赛马、赛车等高风险运动；
- 十、 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、非意外事故所致的整容整形或矫形手术；
- 十一、 疗养、康复治疗<sup>40</sup>、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；
- 十二、 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；
- 十三、 因医疗事故<sup>41</sup>导致的医疗费用；
- 十四、 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）；
- 十五、 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；
- 十六、 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；
- 十七、 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；
- 十八、 质子重离子治疗费用；
- 十九、 法律规定的其他情形。

## ② 个人账户条款

### 2.1 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设立个人万能账户。个人账户价值从

您交纳的首笔费用进入个人账户起计算。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，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。

## 2.2 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：

一、您交纳的保险费在扣除风险保险费后计入个人账户，个人账户价值按计入数额等额增加；

二、如果保单是由其他保险公司转移到我们的，原保单的账户价值须转入我们，在扣除风险保险费后计入个人账户，个人账户价值按计入数额等额增加；

三、依据本合同 3.7 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；

四、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；

五、个人账户价值仅可用于被保险人退休后购买商业健康保险支出和个人自负医疗费用支出，个人账户价值按支出金额等额减少；

六、您选择将保单转移到其他保险公司的，本合同的账户价值随即转移至您指定的保险公司，本合同效力终止。

## 2.3 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。

一、结算利率

我们每月将根据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。公布的结算利率为年利率。

二、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日单利累积。

如果本合同在当月结算日之前终止效力，我们在本合同效力终止时结算个人账户利息。个人账户价值根据本合同在终止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日单利累积。

## 2.4 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年利率 2.25%（百分之二点二五）。我们在本合同保险期间的实际结算利率不会低于最低保证利率。

## 2.5 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，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未到期净风险保险费<sup>42</sup>，本合同效力终止。

## ③ 保险费用条款

### 3.1 保险费的交付

本合同的保险费和交费方式由您与我们约定，并在保险单上载明。约定的保险费不得低于您所投保的医疗保险金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我们的规定。

保险费的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，应当在保险费约定支付日交纳以后各期的保险费。

在本合同的有效期内，您可向我们申请变更交费标准，变更后的交费标准将在下一保单年度适用。变更后的交费标准不得低于我们规定的最低标准，且应符合个人税收优惠型健康保险的相关政策规定。

我们仅对进入万能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，对通过万能账户支付的保险费不提供税优凭证。

### 3.2 风险保险费

我们对本合同承担的 1.7 条中的医疗保险金责任收取相应的风险保险费。风险保险费来自于您所交付的保险费。

本合同在每个保险期间的风险保险费根据被保险人的性别、年龄、保险金额和其他因素确定。

### 3.3 宽限期

如果您到期未交纳保险费，自保险费约定支付日的当日 24 时起 60 日为保险费交纳的宽限期。宽限期内发生的保险事故，我们仍承担给付医疗保险金责任，但有权先从给付的保险金中扣除您欠交的风险保险费。

**如果您在宽限期届满时仍未交纳保险费，则本合同自宽限期期满当日的 24 时起中止医疗保险金责任的效力。个人账户价值按本合同第 2.3 条第二款的约定继续进行利息结算运作。在本合同医疗保险金责任效力中止期间，我们不承担医疗保险金保险责任。**

### 3.4 医疗保险金责任效力的恢复

本合同医疗保险金责任中止后 2 年内，您可以申请恢复其效力。我们有权对被保险人包括健康状况在内的情况进行核保，经我们与您协商并达成协议，在您交付保险费之日，本合同医疗保险金责任的效力恢复。

自本合同医疗保险金责任的效力中止之日起满 2 年您和我们未达成协议的，我们有权解除合同。我们解除合同的，向您退还当时本合同的现金价值。

**我们对本合同医疗保险金责任中止日至复效日期间所发生的保险事故不承担保险责任。**

### 3.5 退保费用

**您解除本合同时，我们将扣除相应的退保费用。**

### 3.6 其他相关费用

#### 一、初始费用

对于您交纳的每笔保险费，我们不收取初始费用。

#### 二、保单管理费

对于本合同，我们不收取保单管理费。



### 3.7 差额返还机制

本产品以会计年度为基础，在下一会计年度计算简单赔付率<sup>43</sup>。

若本产品的简单赔付率低于 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 日前返还给您。

## ④ 现金价值权益条款

### 4.1 现金价值

本合同的现金价值为下面两项之和：

- 一、个人账户价值扣除相应的退保费用后的余额；
- 二、医疗保险金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、本合同处于宽限期或医疗保险金责任效力中止期间，未到期净风险保险费为零。**

## ⑤ 保单权益转移条款

### 5.1 保单权益转移

一、在本合同有效期内，您可于本合同某一保单年度内申请将本保单转移至其他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。在其他保险公司同意接受您的保险权益转入后，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。

二、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、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。

**三、若我们接受您的保单权益转入的，我们对被保险人的累计给付限额应扣除被保险人累计已从其他保险公司个人税收优惠型健康保险产品获得的理赔。**

**四、对于保单转入前您在其他保险公司投保的保单，若该保单状态为宽限期内尚未交纳保险费或者保单状态为中止的，我们有权拒绝该保单权益的转入。**

**若您未通过我们的审核，我们保留拒绝转入的权利。**

## ⑥ 合同解除与终止条款

### 6.1 合同的解除

如果被保险人未发生任何保险金给付或已发生保险事故但尚未给付保险金，且您在犹豫期后申请解除本合同，请填写解除合同申请书并向我们提供下列资料：

- 一、保险合同原件；
- 二、您的有效身份证件。

自我们收到完整的解除合同申请材料之日 24 时起，本合同效力终止。我们自收到完整的解除合同申请材料之日起 10 日内向您退还本合同的现金价值。

**您在犹豫期后解除合同会受到一定损失。**

### 6.2 合同效力的终止

发生下列情况之一时，本合同效力终止：

- 一、您于合同有效期内向我们申请解除本合同的；
- 二、被保险人身故时；
- 三、本合同医疗保险金责任效力中止且未能在被保险人年满法定退休年龄前按本合同第 3.4 条办理复效的；
- 四、本合同约定的其他效力终止的情况。

## ⑦ 保险金的申请与给付条款

### 7.1 受益人

本合同保险金的受益人为被保险人本人。

### 7.2 保险事故的通知

**您或受益人应于知道保险事故发生之日起 10 日内通知我们。如果您或受益人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。**

### 7.3 保险金的申请

在申请保险金时，应依据下列方式办理。

#### 一、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保险金给付申请书，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、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）；接受住院前后门诊、特定门诊治疗和慢性病门诊治疗的，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协议管理医疗机构开具的医疗费用报销分割单原件和医疗费用清单；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和医疗费用清单；若被保险人未从公费医疗或基本医疗保险获得费用补偿的，需提供基本医疗保险协议管理医疗机构开具的医疗费用票据原件和医疗费用清单；

- 5、如果已从其他途径获得了补偿，则须提供从其他途径报销的凭证，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。

## 二、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保险金给付申请书，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、其他申请个人账户保险金所需的证明和材料。

## 三、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。

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。

## 7.4 保险金的给付

我们在收到保险金给付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（若需补充资料，计算期间将扣除您、被保险人或者受益人补充提供有关证明和资料的期间）。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。

## 7.5 诉讼时效

被保险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。

## ⑧ 其他需要关注的事项

### 8.1 明确说明与如实告知

订立本合同时，我们应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询问，您应当如实告知。

本合同医疗保险金责任效力恢复及本合同申请变更时，您也应当如实告知您和被保险人的有关情况。

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。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组织存在不如实告知的情况，我们有权在保险有效期内的续保保单年度对您或您所在的团体组织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。

## 8.2 年龄及性别的确定与错误处理

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及性别在投保单上填明，如果发生错误按照下列方式处理：

一、您申报的被保险人年龄不真实，并且其真实年龄不符合我们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。

二、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，我们有权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。

三、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，我们会将多收的风险保险费无息退还至您的个人账户。

## 8.3 合同内容的变更

在本合同有效期内，您申请变更本合同的有关内容，经我们审核同意后，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，或者由您和我们订立变更合同内容的书面协议。

## 8.4 被保险人状态的变更

在本合同有效期内，若被保险人的社保状态或纳税状态发生变更时，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。

续保时，被保险人需向我们提供有无参加公费医疗或基本医疗保险的证明。

## 8.5 联系方式的变更

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。如果您未以书面形式或双方认可的其他形式通知我们，我们按保险单或者附贴批单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。

## 8.6 争议处理

在本合同履行过程中发生任何争议，其解决方式由当事人根据合同约定从下列两种方式中选择一种：

- 一、因履行本合同发生的争议，由当事人协商解决，协商不成的，提交双方共同选择的仲裁委员会仲裁；
- 二、因履行本合同发生的争议，由当事人协商解决，协商不成的，依法向人民法院起诉。

## 8.7 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。

<sup>1</sup> **周岁**：以有效身份证件中记载的出生日期为计算基础，满一年为一周岁，不足一年的不计。

<sup>2</sup> **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。

<sup>3</sup> **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。

<sup>4</sup> **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。

<sup>5</sup> **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。

<sup>6</sup> **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。

<sup>7</sup> **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的住院医疗费用型保险产品。

<sup>8</sup> **保险合同周年日**：本合同生效日以后每年的对应日是保险合同周年日。如果当月无对应的同一日，则以该月最后一日作为对应日。

<sup>9</sup> **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、警官证、户口簿等证件。

**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，被保险人须向我们提供能够证明其身份的合理唯一的其他有效身份证件。**

<sup>10</sup> **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。

**对是否医疗必需由我们理赔人员根据客观、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。**

<sup>11</sup> **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、家庭病房、挂床住院及以休养、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，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保险责任范围内的住院治疗承担保险金给付责任。

在保险期间内，年度累计住院天数以180天为限。

<sup>12</sup> **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，包括西药、中成药和中草药，且已经过我们审核同意的药品。

<sup>13</sup> **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**。

<sup>14</sup> **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**。

<sup>15</sup> **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；
- (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。

<sup>16</sup> **门诊**：指被保险人确因临床需要，正式办理挂号手续，并确实在医疗机构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**。

<sup>17</sup> **恶性肿瘤——重度**：

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，病灶经组织病理学检查（涵盖骨髓病理学检查）结果明确诊断，临床诊断属于世界卫生组织（WHO, World Health Organization）《疾病和有关健康问题的国际统计分类》第十次修订版（ICD-10）的恶性肿瘤类别及《国际疾病分类肿瘤学专辑》第三版（ICD-O-3）的肿瘤形态学编码属于3、6、9（恶性肿瘤）范畴的疾病。

下列疾病不属于“恶性肿瘤——重度”，不在保障范围内：

I ICD-O-3 肿瘤形态学编码属于0（良性肿瘤）、1（动态未定性肿瘤）、2（原位癌和非侵袭性癌）范畴的疾病，如：

- a. **原位癌<sup>44</sup>**，癌前病变，非浸润性癌，非侵袭性癌，肿瘤细胞未侵犯基底层，上皮内瘤变，细胞不典型性增生等；
- b. **交界性肿瘤**，交界恶性肿瘤，肿瘤低度恶性潜能，潜在低度恶性肿瘤等；

II **TNM分期<sup>45</sup>**为I期或更轻分期的甲状腺癌；

III **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；

IV **黑色素瘤以外的未发生淋巴结和远处转移的皮肤恶性肿瘤**；

V **相当于Binet分期方案A期程度的慢性淋巴细胞白血病**；

VI **相当于Ann Arbor分期方案I期程度的何杰金氏病**；

VII **未发生淋巴结和远处转移且WHO分级为G1级别（核分裂像<10/50 HPF和ki-67≤2%）或更轻分级的神经内分泌肿瘤**。

<sup>18</sup> **恶性肿瘤——轻度**

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他部位，病灶经组织病理学检查（涵盖骨髓病理学检查）结果明确诊断，临床诊断属于世界卫生组织（WHO, World Health Organization）《疾病和有关健康问题的国际统计分类》第十次修订版（ICD-10）的恶性肿瘤类别及《国际疾病分类肿瘤学专辑》第三版（ICD-O-3）的肿瘤形态学编码属于3、6、9（恶性肿瘤）范畴，但不在“恶性肿瘤——重度”保障范围的疾病。且特指下列六项之一：

- I TNM分期为 I 期的甲状腺癌；
- II TNM分期为 T<sub>1</sub>N<sub>0</sub>M<sub>0</sub> 期的前列腺癌；
- III 黑色素瘤以外的未发生淋巴结和远处转移的皮肤恶性肿瘤；
- IV 相当于 Binet 分期方案 A 期程度的慢性淋巴细胞白血病；
- V 相当于 Ann Arbor 分期方案 I 期程度的何杰金氏病；
- VI 未发生淋巴结和远处转移且 WHO 分级为 G1 级别（核分裂像 < 10/50HPF 和 ki-67 ≤ 2%）的神经内分泌肿瘤。

下列疾病不属于“恶性肿瘤——轻度”，不在保障范围内：

ICD-O-3 肿瘤形态学编码属于 0（良性肿瘤）、1（动态未定性肿瘤）、2（原位癌和非侵袭性癌）范畴的疾病，如：

a. 原位癌，癌前病变，非浸润性癌，非侵袭性癌，肿瘤细胞未侵犯基底层，上皮内瘤变，细胞不典型性增生等；

b. 交界性肿瘤，交界恶性肿瘤，肿瘤低度恶性潜能，潜在低度恶性肿瘤等。

<sup>19</sup> **门诊放化疗**：放化疗是指以治疗“恶性肿瘤——重度”和“恶性肿瘤——轻度”为目的，利用特殊设备产生的高剂量射线照射癌症部位，或按特定方案单独或联合应用化疗药物杀死癌细胞、抑制肿瘤细胞的生长繁殖的治疗方式。门诊放化疗是指在门诊发生的，符合医学原则所必须的，为治疗“恶性肿瘤——重度”和“恶性肿瘤——轻度”而采取的放化疗、放化疗期间的支持治疗、放化疗反应的对症治疗及相应的医学检查。

<sup>20</sup> **肾透析门诊治疗**：是指在门诊发生的，符合医学原则所必须的，为治疗慢性肾功能衰竭而采取的血液透析治疗和腹膜透析治疗、透析期间的支持治疗、透析反应的对症治疗及相应的医学检查。

<sup>21</sup> **肾移植术后门诊抗排异治疗**：是指在门诊发生的，符合医学原则所必须的，为治疗肾移植术后的排异反应而采取的免疫抑制治疗、免疫抑制治疗期间的支持治疗、免疫抑制治疗反应的对症治疗及相应的医学检查。

<sup>22</sup> **肝硬化门诊治疗**：是指在门诊发生的，符合医学原则所必须的，为治疗肝硬化及其并发症而采取的治疗，及相应的医学检查。

<sup>23</sup> **慢性病门诊治疗**：指同时满足下列条件的门诊治疗：

- (1) 有明确诊断；
- (2) 持续接受医学必须的治疗，且预期病程长久。

<sup>24</sup> **高血压病**：是以体循环动脉血压持续升高[成年人收缩压 ≥ 140mmHg (18.4kPa) 和/或舒张压 ≥ 90mmHg (12.0kPa)] 为主要表现的疾病。

<sup>25</sup> **糖尿病**：是一组以血浆葡萄糖（简称血糖）水平升高为特征的代谢性疾病群。I 型糖尿病以胰岛 β 细胞破坏导致胰岛素绝对缺乏为主要原因；II 型糖尿病以胰岛素抵抗为主伴相对胰岛素不足，或以胰岛素分泌缺陷伴胰岛素抵抗为主要原因。其给付标准除糖尿病症状外，还须具备以下任何一项条件：

- (1) 一日中任何时候血糖 ≥ 11.1mmol/L 者；
- (2) 空腹血糖 ≥ 7.0mmol/L 者；
- (3) 空腹血糖 < 7.0mmol/L，但 OGTT 口服 75g 葡萄糖耐量试验 2 小时血糖 ≥ 11.1 mmol/L 者。

<sup>26</sup> **冠心病**：是冠状动脉粥样硬化性心脏病的简称，有时也叫缺血性心脏病，是指冠状动脉粥样硬化导致心肌缺血、缺氧而引起的心脏病。其给付标准为具有心绞痛的临床表现，有静息性缺血性心电图改变或动态心电图改变有缺血，或运动试验阳性，有多种危险因素存在，且必须具备以下四条之一者：

- (1) 以往冠状动脉造（显）影阳性，狭窄 ≥ 50%；
- (2) 有明确急性心肌梗塞病史；
- (3) 超声心动图有典型节段性改变或核素扫描证实有相关缺血；
- (4) 心脏增大，心力衰竭和心律失常，且冠状动脉造影阳性，狭窄 ≥ 50%。

<sup>27</sup> **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人体内，并永久成为身体一部分的修复体、设备及装置费用。

<sup>28</sup> **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。

<sup>29</sup> **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。

<sup>30</sup> **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。

<sup>31</sup> **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。

<sup>32</sup> **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) 持审验不合格或过期的驾驶证驾驶；
- (4) 持学习驾驶证学习驾车时，无教练员随车指导，或不按指定时间、路线学习驾车。

<sup>33</sup> **无有效行驶证**：指下列情形之一：

- (1) 未取得行驶证；
- (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。

<sup>34</sup> **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。

<sup>35</sup> **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。

<sup>36</sup> **攀岩**：指攀登悬崖、楼宇外墙、人造悬崖、冰崖、冰山等运动。

<sup>37</sup> **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。

<sup>38</sup> **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。

<sup>39</sup> **特技表演**：指进行马术、杂技、驯兽等表演。

<sup>40</sup> **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。

<sup>41</sup> **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。

<sup>42</sup> **未到期净风险保险费**：按本期应交风险保险费在扣除 20% 的手续费后，乘以本期风险保险费未经过日数除以本期风险保险费应承保日数计算的风险保险费。

公式：未到期净风险保险费 = 本期应交风险保险费 × (1-20%) × 本期风险保险费未经过日数 ÷ 本期风险保险费应承保日数

<sup>43</sup> **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）。

<sup>44</sup> **原位癌**：指恶性细胞局限于上皮内尚未突破基底膜浸润周围正常组织的癌细胞新生物。原位癌必须经对固定活组织的组织病理学检查明确诊断。被保险人必须已经接受了针对原位癌病灶的积极治疗，所谓的积极治疗包含手术、化疗或放疗等治疗方式。

<sup>45</sup> **TNM 分期**：TNM 分期采用 AJCC 癌症分期手册标准。该标准由美国癌症联合委员会与国际抗癌联合会 TNM 委员会联合制定，是目前肿瘤医学分期的国际通用标准。T 指原发肿瘤的大小、形态等；N 指淋巴结的转移情况；M 指有无其它脏器的转移情况。

[本页内容结束]



## 附表：

## 附表一：保险金额表及保险金给付比例表

保险金额或给付限额表		
		单位：人民币元
投保人	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
医疗保险责任		
一、单个保单年度内医疗费用保险金额	200,000	40,000
（一）住院及前后门诊医疗费用保险金	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
二、保证续保期间内累计医疗费用赔付限额	800,000	150,000

保险金给付比例表		
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
医疗保险责任		
（一）住院及前后门诊医疗费用保险金	100%	80%
（二）特定门诊治疗费用保险金	100%	80%
（三）慢性病门诊治疗费用保险金	100%	80%

注：除本合同 1.7 条特别约定的情形外，若我们实际赔付的金额低于本合同约定范围内被保险人实际支付的医疗费用的 90%，我们将向被保险人自动补齐相关差额。

## 附表二：本合同不予支付的医疗费用清单

### 注：

- 1、以下医疗费用如已纳入当地基本医疗保险基金支付范围内或本合同另有约定的，不受此清单限制。
- 2、我们有权决定是否调整以下医疗费用清单，并经国务院保险监督管理机构审批后向社会公布。

#### (1) 单味或复方的中药饮片及药材：

白糖参、朝鲜红参、玳瑁、冬虫夏草、蜂蜜、蛤蚧、狗宝、海龙、海马、红参、猴枣、琥珀、灵芝、羚羊角尖粉、鹿茸、马宝、玛瑙、牛黄、珊瑚、麝香、藏红花、西洋参、血竭、燕窝、野山参、移山参、珍珠（粉）、紫河车、各种动物脏器（鸡内金除外）和胎、鞭、尾、筋、骨。

#### (2) 单味使用的中药饮片及药材：

阿胶、阿胶珠、八角茴香、白果、白芷、百合、鳖甲、鳖甲胶、薄荷、莱菔子、陈皮、赤小豆、川贝母、代代花、淡豆豉、淡竹叶、当归、党参、刀豆、丁香、榧子、佛手、茯苓、蝮蛇、甘草、高良姜、葛根、枸杞子、龟甲、龟甲胶、广藿香、何首乌、荷叶、黑芝麻、红花、胡椒、花椒、黄芥子、黄芪、火麻仁、核桃仁、胡桃仁、姜（生姜、干姜）、金钱白花蛇、金银花、橘红、菊花、菊苣、决明子、昆布、莲子、芦荟、鹿角胶、绿豆、罗汉果、龙眼肉、马齿苋、麦芽、牡蛎、南瓜子、胖大海、蒲公英、蕲蛇、芡实、青果、全蝎、肉苁蓉、肉豆蔻、肉桂、山楂、桑椹、桑叶、沙棘、砂仁、山药、生晒参、石斛、酸枣仁、天麻、甜杏仁、乌梅、乌梢蛇、鲜白茅根、鲜芦根、香薷、香橼、小茴香、薤白、饴糖、益智、薏苡仁、罂粟壳、余甘子、鱼腥草、玉竹、郁李仁、枣（大枣、酸枣、黑枣）、栀子、紫苏。

#### (3) 用中药材和中药饮片炮制的各类中成药及酒制剂：

蛤士蟆（油）、龟灵集、首乌延寿丹、定坤丹、人参鹿茸丸、参茸卫生丸、参茸丸、参桂鹿茸丸、全鹿丸、健身全鹿丸、三肾丸（粉）、人参膏、参鹿膏、人参露、人参酊（精）、人参糖浆、参茸精、鹿茸精以及其他以人参、鹿茸为主要成分的制剂。

各种药酒、各种梨膏、山楂丸、桑椹膏（蜜）、西瓜膏、枇杷膏、党参膏、桂圆膏、八珍膏、鹿胎膏。

**注：**以上所列药品均包括生药及炮制后的药材及饮片。

[本页内容结束]