

工银安盛人寿安心优选医疗保险（盘古版）

产品说明及投保须知书

■ 术语说明

为了帮助您更好地了解本材料，我们先介绍几个常用术语：
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。

■ 保险期间

除非有另外的约定，保险合同的保险期间为 1 年，自保险合同所载生效日当日 24 时起计算。

■ 不保证续保

保险合同的保险期间为 1 年。保险合同为不保证续保合同，保险期间届满，您需要重新向我们申请投保本产品，并经我们同意，交纳保险费，获得新的保险合同。自上一保险期间届满 30 日（含）内、且无新增保险责任的前提下，经我们审核同意，完成重新投保手续并获得新保险合同的，进入新的保险期间，无**等待期**^①。若被保险人年满 101 周岁，或本产品停售，则保险合同不再接受重新投保申请。

■ 投保人如实告知

我们就您和被保险人的有关情况在投保及申请变更时提出询问，您应当如实告知。
1、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，我们有权解除保险合同。
2、如果您故意不履行如实告知义务，对于保险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。
3、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，对于保险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。
4、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。

■ 保险责任

在保险合同保险期间，我们承担以下基本保险责任，并在保障利益表上载明；若下列可选保险责任未经您选择、且未载于保障利益表上，则我们不承担相应的保险责任。

基本保险责任：

一、一般医疗保险金

1、住院及指定门急诊医疗费用补偿金

保险合同有效期内，被保险人因遭受**意外伤害事故或等待期**^①后因非意外伤害事故患疾病，在**医院**^②接受必须的治疗的，我们就其发生的以下**合理且必要**的实际医疗费用，根据“^①补偿原则”在扣除“^②免赔额”后，按“^③给付比例”给付“住院及指定门急诊医疗费用补偿金”予被保险人。

(1) 住院医疗费用补偿金

被保险人在**医院**^②住院期间产生的以下合理且必要的费用，包括：床位费、加床费（陪床费）、膳食费、护理费、检查检验费、治疗费、救护车使用费、住院杂费、医生诊疗费、药品费，我们按约定给付“住院医疗费用补偿金”。**同一保险期间内，该项保险责任的累计最高给付金额以保障利益表上所载的住院医疗费用补偿金给付限额为限。**

(2) 住院手术费用补偿金

被保险人在**医院**^②住院期间施行手术产生合理且必要的手术医疗费用的，我们按约定给付“住院手术费用补偿金”。**同一保险期间内，该项保险责任的累计最高给付金额以保障利益表上所载的住院手术费用补偿金给付限额为限。**

手术医疗费用包括手术室费、麻醉恢复室费、麻醉费、手术监测费、术中用药费、手术辅助费、手术材料费、一次性用品费、手术设备使用费和手术操作费用的总和。

(3) 内置医疗设备费用补偿金

被保险人在**医院**^②住院期间，我们就其发生的合理且必要的内置医疗设备费，按约定给付“内置医疗设备费用补偿金”。**同一保险期间内，该项保险责任的累计最高给付金额以保障利益表上所载的内置医疗设备费用补偿金给付限额为限。**内置医疗设备指在手术过程中因医疗所需植入或置换的修复体或设备。

(4) 外置医疗设备费用补偿金

被保险人在**医院**^②住院期间，我们就其发生的合理且必要的外置医疗设备费，按约定给付“外置医疗设备费用补偿金”。**同一保险期间内，该项保险责任的累计最高给付金额以保障利益表上所载的外置医疗设备费用补偿金给付限额为限。**外置医疗设备费指于手术期间或手术后，在医生建议下立即使用且符合通常医疗惯例的修复性设备所发生的合理且必要的费用。外置医疗设备包括矫形器、关节固定器、脚托、臂托、颈托、背托或束带和外置心脏起搏器。**我们不承担外置医疗设备的维修、更换、租赁和保养指导费用。**

(5) 指定门急诊医疗费用补偿金

被保险人在**医院**^②接受门急诊治疗，我们就其发生的以下实际医疗费用，按约定给付“指定门急诊医疗费用补偿金”。**同一保险期间内，该项保险责任的累计最高给付金额以保障利益表上所载的指定门急诊医疗费用补偿金给付限额为限。**实际医疗费用指在**医院**^②门急诊治疗期间发生的合理且必要的：住院前后门急诊医疗费、门急诊手术费、特殊门急诊费。

2、院外药械费用补偿金

保险合同有效期内，若被保险人因遭受意外伤害事故或**等待期**^①后因非意外伤害事故患疾病，在**医院**^②住院治疗期间，我们就其发生的合理且必要、并同时满足以下所有条件的院外药品或院外医疗器械费用，根据“^①补偿原则”在扣除“^②免赔额”后，按“^③给付比例”给付“院外药械费用补偿金”予被保险人：
(1) 该院外药品、院外医疗器械必须是**被保险人住院期间由上述医院**^②的专科医生处方开具、且须符合国家药品监督管理部门批准的该药品说明书与医疗器械说明书中所列明的适应症及用法用量；
(2) 被保险人就诊的**医院**^②在其就诊时没有该药品或医疗器械供应；
(3) 凭上述处方在院外每次购买的药品剂量不超过 31 天，且不包括为未来治疗提前购买的药物；
(4) 该院外药品不属于保险合同约定的“恶性肿瘤特定药品/恶性肿瘤 CAR-T 药品/罕见病特定药品清单”范畴。
同一保险期间内，该项保险责任的累计最高给付金额以保障利益表上所载的院外药械费用补偿金给付限额和给付比例为限。

3、院后康复护理津贴保险金

保险合同有效期内，若被保险人因遭受意外伤害事故或**等待期**^①后因非意外伤害事故患疾病而接受住院治疗，出院后 30 日内（含出院当天）接受与前次住院有直接关系的住院康复护理的，我们按本项保险金日限额乘以**实际护理日数**给付“院后康复护理津贴保险金”予被保险人。**同一保险期间内，我们承担“院后康复护理津贴保险金”的累计给付日数**以 30 日为限。
康复护理指被保险人根据所住**医院**^②的医生医嘱，在具有相应资质的康复医疗机构、康复中心、普通医疗机构的康复科诊治或者接受以促进机体各项功能恢复为目的医疗方法，如理疗、按摩、推拿、生物反馈疗法等护理技术服务。

费用限额：

同一保险期间内，“住院及指定门急诊医疗费用补偿金”、“院外药械费用补偿金”与“院后康复护理津贴保险金”合计最高累计给付金额以保障利益表上所载的“一般医疗保险金”的给付限额为限。

特别说明：

Ⅰ、对于被保险人在专门医院接受质子/重离子放射治疗的，我们根据“质子/重离子医疗费用补偿金”责任承担保险责任，不再给付“住院及指定门急诊医疗费用补偿金”。
Ⅱ、对于保险合同保险期间届满前入住**医院**^②的，且住院延续至保险期间届满后 30 日内（含）发生的实际住院医疗费用，我们仍承担相应的“住院及指定门急诊医疗费用补偿金”、“院外药械费用补偿金”以及“院后康复护理津贴保险金”。

责任，该费用补偿金、津贴保险金计入被保险人入院日期所属的保险期间。

二、恶性肿瘤及罕见病医疗费用补偿金

1、外购药品费用补偿金

本项责任包含“院外恶性肿瘤特定药品费用补偿金”、“恶性肿瘤 CAR-T 疗法院外药品费用补偿金”、“恶性肿瘤基因检测费用补偿金”、及“罕见病特定药品费用补偿金”四个子项责任。

(1) 院外恶性肿瘤特定药品费用补偿金

保险合同有效期内，若被保险人在**等待期^①**后被**医院^②**的专科医生首次确诊患有保险合同定义的“恶性肿瘤——重度”或“恶性肿瘤——轻度”，我们就其发生的合理且必要、并同时满足以下所有条件的院外购买的恶性肿瘤特定药品费用，根据“^③补偿原则”给付“院外恶性肿瘤特定药品费用补偿金”予被保险人：

- 用于治疗该“恶性肿瘤——重度”或“恶性肿瘤——轻度”的特定药品处方必须是上述就诊医院^②的专科医生开具、且须符合国家药品监督管理部门批准的该特定药品说明书中所列明的适应症及用法用量；
- 被保险人就诊的医院^②在其就诊时没有该恶性肿瘤特定药品供应；
- 凭上述处方在院外每次购买的恶性肿瘤特定药品剂量不超过 31 天，且不包括为未来治疗提前购买的药物；
- 该恶性肿瘤特定药属于保险合同所列的恶性肿瘤特定药品清单范畴。

同一保险期间内，该项保险责任的累计最高给付金额以保障利益表上所载的院外恶性肿瘤特定药品费用补偿金给付限额为限。

(2) 恶性肿瘤 CAR-T 疗法院外药品费用补偿金

保险合同有效期内，若被保险人在**等待期^①**后被**医院^②**的专科医生首次确诊患有保险合同定义的“恶性肿瘤——重度”或“恶性肿瘤——轻度”，在**医院^②**进行 CAR-T 疗法（嵌合抗原受体 T 细胞免疫疗法）治疗，我们就其发生的合理且必要、并同时满足以下所有条件的院外购买的恶性肿瘤 CAR-T 疗法药品（下简称“CAR-T 药品”）费用，根据“^③补偿原则”给付“恶性肿瘤 CAR-T 疗法院外药品费用补偿金”予被保险人：

- 用于治疗“恶性肿瘤——重度”或“恶性肿瘤——轻度”的 CAR-T 药品的处方必须是上述就诊医院^②的专科医生开具、且须符合药物临床应用药规范；
- 被保险人就诊的医院^②在其进行相关 CAR-T 疗法治疗时没有该 CAR-T 药品供应；
- 凭上述处方在院外每次购买的 CAR-T 药品剂量不超过 31 天，且不包括为未来治疗提前购买的药物；
- 该 CAR-T 药品属于保险合同所列的恶性肿瘤 CAR-T 药品清单范畴。

同一保险期间内，该项保险责任的累计最高给付金额以保障利益表上所载的恶性肿瘤 CAR-T 疗法院外药品费用补偿金给付限额为限。

(3) 恶性肿瘤基因检测费用补偿金

保险合同有效期内，若被保险人在**等待期^①**后被**医院^②**的专科医生首次确诊患有保险合同定义的“恶性肿瘤——重度”或“恶性肿瘤——轻度”，并于**医院^②**或**基因检测机构**进行恶性肿瘤基因检测的，我们就其发生的合理且必要的相关基因检测费用，根据“^③补偿原则”给付“恶性肿瘤基因检测费用补偿金”予被保险人。同一保险期间内，该项保险责任的累计最高给付金额以保障利益表上所载的恶性肿瘤基因检测费用补偿金给付限额为限。

(4) 罕见病特定药品费用补偿金

保险合同有效期内，若被保险人因遭受意外伤害事故或在**等待期^①**后因非意外伤害事故被**医院^②**的专科医生首次确诊患有保险合同定义的罕见病，对于治疗该罕见病发生的合理且必要、并同时满足以下所有条件的特定药品费用，我们根据“^④补偿原则”给付“罕见病特定药品费用补偿金”予被保险人：

- 用于治疗该罕见病的处方必须是上述就诊医院^②的专科医生开具、且须符合国家药品监督管理部门批准的该特定药品说明书中所列明的适应症及用法用量；
- 被保险人就诊的医院^②在其就诊时没有该罕见病特定药品供应；
- 凭上述处方在院外每次购买的罕见病特定药品剂量不超过 31 天，且不包括为未来治疗提前购买的药物；
- 该罕见病特定药品属于保险合同所列的罕见病特定药品清单范畴。

同一保险期间内，该项保险责任的累计最高给付金额以保障利益表上所载的罕见病特定药品费用补偿金给付限额为限。

2、质子/重离子医疗费用补偿金

保险合同有效期内，若被保险人在**等待期^①**后被**医院^②**的专科医生首次确诊患有保险合同定义的“恶性肿瘤——重度”或“恶性肿瘤——轻度”，且于专门医院接受质子/重离子放射治疗的，我们就其发生的相关实际医疗费用，根据“^⑤补偿原则”给付“质子/重离子医疗费用补偿金”予被保险人。同一保险期间内，该项保

险责任的累计最高给付金额以保障利益表上所载的质子/重离子医疗费用补偿金给付限额为限。

相关实际医疗费用是指在专门医院接受质子/重离子放射治疗期间发生的合理且必要的治疗费、检查检验费、手术费、材料费、救护车使用费、床位费、膳食费、药品费等之和。

费用限额：

同一保险期间内，“外购药品费用补偿金”与“质子/重离子医疗费用补偿金”合计最高累计给付金额以保障利益表上所载的恶性肿瘤及罕见病医疗费用补偿金的给付限额为限。

特别说明：

对于保险合同保险期间届满前入住**医院^②**或专门医院的，且住院延续至保险期间届满后 30 日内（含）发生的上述约定的实际医疗费用，我们仍承担相应的“外购药品费用补偿金”、“质子/重离子医疗费用补偿金”责任，该医疗费用补偿金计入被保险人入院日期所属的保险期间。

三、住院及手术津贴保险金

1、住院津贴保险金

保险合同有效期内，若被保险人因遭受意外伤害事故或**等待期^①**后因非意外伤害事故患疾病，并在**二级及二级以上公立医院普通部普通病房**接受必须的住院治疗，我们按本项保险金日限额乘以其实际住院日数给付“住院津贴保险金”予被保险人。同一保险期间内，我们承担“住院津贴保险金”的累计给付日数**以 30 日为限**。

2、ICU 津贴保险金

保险合同有效期内，若被保险人因遭受意外伤害事故或**等待期^①**后因非意外伤害事故患疾病，并在**二级及二级以上公立医院普通部的 ICU 病房**（下简称“ICU 病房”）接受必须的住院治疗的，我们按本项保险金日限额乘以其实际住院日数给付“ICU 津贴保险金”予被保险人。同一保险期间内，我们承担“ICU 津贴保险金”的累计给付日数**以 30 日为限**。

对于被保险人入住 ICU 病房治疗的，我们根据其在 ICU 病房的实际住院日数承担“ICU 津贴保险金”责任，不再同时给付“住院津贴保险金”。

3、分级手术津贴保险金

保险合同有效期内，若被保险人因遭受意外伤害事故或**等待期^①**后因非意外伤害事故患疾病，并在**二级及二级以上公立医院普通部**接受手术治疗的，我们按照保险合同定义的手术分级，根据保障利益表上所载不同级别手术保险金的给付限额给付“分级手术津贴保险金”予被保险人。同一保险期间内，对于同一级别的手术我们仅以给付相对应的一次“分级手术津贴保险金”为限，若不同级别的手术同时发生，或同一次手术满足保险合同约定的不同级别手术定义的，则我们仅按给付金额最高的一项承担责任，不再给付其他级别的分级手术津贴保险金。

特别说明：

对于保险合同保险期间届满前入住**二级及二级以上公立医院普通部普通病房或 ICU 病房**或进行分级手术的，且住院延续至保险期间届满后 30 日内（含），我们仍承担相应的住院津贴保险金、ICU 津贴保险金、分级手术津贴保险金责任，该保险金计入被保险人入院日期所属的保险期间。

可选保险责任：

门、急诊医疗费用补偿金

保险合同有效期内，若被保险人因遭受意外伤害事故或**等待期^①**后因非意外伤害事故患疾病，在**医院^②**接受门、急诊治疗的，我们就其实际发生的以下合理且必要的医疗费用，根据“^④补偿原则”，按“^⑤给付比例”给付“门、急诊医疗费用补偿金”予被保险人。同一保险期间内，该项保险责任的累计最高给付金额以保障利益表上所载的门、急诊医疗费用补偿金给付限额为限。

1、医生诊疗费

指在门、急诊治疗期间发生的主诊医生或会诊医生的劳务费用，包括挂号费。

2、治疗费、检查检验费、非正式住院的留院观察费

治疗费：指在门、急诊治疗期间以治疗疾病为目的，提供必要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。

检查检验费：指在门、急诊治疗期间因医生诊断需要而采取必要的医学手段进行检查及检验所发生的合理的医疗费用。

非正式住院的留院观察费：指在门、急诊留院观察期间的床位费、特殊护理设备费、膳食费。

3、药品费

指在门、急诊治疗期间发生的符合通常惯例的、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处方药品的费用。同一保险期间内，该单项保险责任的累计最高给付金额以保障利益表上所载的门急诊医疗费用补偿金中药品费的给付限额为限。

但不包括：

- (1) 非病情必须的调节免疫功能药品以及未经医生处方开具的药品；
- (2) 美容和减肥药品；
- (3) 预防类药品。

④补偿原则：

保险合同的所有医疗费用补偿金责任适用医疗费用补偿原则。若被保险人已从社会医疗保险（以下简称“社保”）、公费医疗、其他费用补偿型医疗保险、其他途径获得医疗费用补偿，则我们仅对被保险人实际发生的医疗费用扣除其从前述途径所获医疗费用补偿后的余额按照保险合同的约定进行给付。被保险人的社保卡个人账户部分支出视为个人支付，不属于已获得的医疗费用补偿。社会医疗保险是指基本医疗保险（包含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）及其他政府机构举办的基本医疗保障项目和大病医保等补充医疗保障项目。其他途径是指其他社会福利机构或其他任何第三方。

⑤免赔额：

免赔额指保险合同中约定的被保险人需自己承担损失的金额。同一保险期间内，保险合同所指免赔额为年度累计免赔额，具体金额由您在投保时与我们约定，并在保险合同所附的保障利益表上载明。

同一保险期间内，对于首次确诊的特定疾病，在计算与之相关的“住院及指定门急诊医疗费用补偿金”和“院外药械费用补偿金”时不扣除年度累计免赔额。您在上一保险期间届满 30 日（含）内，按照保险合同第 1.4 条第二款约定经我们审核同意完成重新投保手续的，对于被保险人在保险合同过往保险期间首次确诊特定疾病、并在前述重新投保的保险期间内继续接受相关治疗、且符合保险合同保险责任约定的，则该特定疾病不受“首次确诊”的限制，我们在计算与之相关的“住院及指定门急诊医疗费用补偿金”和“院外药械费用补偿金”时不扣除年度累计免赔额。

被保险人从其他费用补偿型医疗保险、其他途径已获得的医疗费用补偿，以及属于保险责任范围内由被保险人自行承担的费用（包括被保险人社保卡个人账户支出部分）可用于抵扣免赔额，但通过社保或公费医疗获得的补偿，不可用于抵扣免赔额。

⑥给付比例：

我们遵循上述补偿原则在扣除所获医疗费用补偿以及免赔额（若相关保险责任有免赔额要求）后，对于余额，按照保障利益表中所载针对不同医疗机构的赔付比例及相关保险责任的给付比例给付相应费用补偿金。

若被保险人在二级及二级以上公立医院的普通部就诊的，则我们在给付相应费用补偿金时需在上述计算方法的基础上，再乘以如下比例：

- 被保险人以社保或公费医疗身份投保、且已经社保或公费医疗结算的：100%；
- 被保险人以社保或公费医疗身份投保、但未经社保或公费医疗结算的：80%；
- 被保险人以无社保或公费医疗身份投保的：100%。

注：

1、等待期：保险合同生效日起 30 天内（含第 30 天）为等待期。除另有约定外，我们对被保险人在等待期内患疾病导致的医疗费用、津贴不承担保险责任，无论该费用及津贴是否发生在等待期内。以下两种情形下发生的保险事故不受等待期限制：

- (1) 被保险人因遭受意外伤害事故所导致的保险事故；
- (2) 保险合同第 1.4 条第二款中所指的新的保险期间。

2、医院：

保障计划一：指由国家卫生行政部门评定的二级或二级以上公立医院的普通部、特需部、国际医疗部、VIP 部。

保障计划二：指由国家卫生行政部门评定的二级或二级以上公立医院的普通部、特需部、国际医疗部、VIP 部及本公司指定的医疗机构（我们根据实际情况增加或删减指定医疗机构名单，并在本公司官方网站公布）。

■ 责任免除

因下列情形之一，导致被保险人住院、发生门急诊及手术医疗、院后康复护理的，以及由此发生相关费用支出的，我们不承担保险责任：

- 一、您对被保险人的故意杀害、故意伤害；
- 二、被保险人故意犯罪或者抗拒依法采取的刑事强制措施；
- 三、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；

四、被保险人服用、吸食或注射毒品；

五、被保险人酒后驾驶，无合法有效驾驶证驾驶，或驾驶无合法有效行驶证的机动车；

六、战争、军事冲突、暴乱或武装叛乱；

七、核爆炸、核辐射或核污染；

八、遗传性疾病、先天性畸形、变形或染色体异常；

九、被保险人感染艾滋病病毒或患艾滋病；

十、被保险人醉酒；

十一、被保险人遭遇医疗事故；

十二、既往症（但您或被保险人在投保时如实告知且我们同意承保的既往症除外）；

十三、不孕不育治疗、输卵管阻塞、人工受精、妊娠（包括异位妊娠）、分娩（含难产）、流产、堕胎、节育（含避孕及绝育）、产妇产后咨询、检查和治疗，以及由以上原因引起的并发症；

十四、被保险人从事潜水、跳伞、攀岩运动、探险活动、蹦极、武术比赛、摔跤比赛、特技表演、赛马、赛车等高风险运动；

十五、被保险人未遵医嘱、私自服用、涂用、注射药物（按药品说明书使用非处方药除外）；

十六、各种非意外伤害事故导致的非功能性整容、整形和矫形：如皮肤色素沉着、痤疮治疗、红斑痤疮治疗；良性皮肤损害（雀斑、老年斑、痣、疣等）的治疗和去除；胎记、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、治疗白发、秃发、脱发、植毛、脱毛、隆鼻、隆胸、缩乳等。

各种健美或美容相关的咨询、检查和治疗：如营养、减肥、增胖、增高、胃减容术（包括但不限于：可调节式束带手术、袖状胃切除手术、胃旁路手术、胃内水囊手术、胃肠转流术）等；

十七、非治疗必需的、以美容为目的的牙齿处理、美白牙齿、种植牙、嵌体、正畸治疗、贴面，以及任何牙科治疗过程中使用的含贵金属的材料；

十八、体格检查、常规健康体检、疗养、特别护理、静养、康复性治疗、物理治疗或心理治疗（物理治疗和心理治疗的具体范围根据各地医疗行政管理部门的规定或公布的范围确定）；

十九、因器官移植所产生的器官获取费用（包括但不限于寻找、获取、运送、储存器官源或组织源的费用），以及供体检查、治疗、手术等任何费用；

二十、中药类主要起调理身体、营养滋补作用的药品，如：

- 1) 单方、复方中药或中成药，如花旗参、白糖参、朝鲜红参、玳瑁、蛤蚧、珊瑚、狗宝、冬虫草、海马、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；
- 2) 部分可以入药的动物及动物脏器，如鹿茸、胎盘、鞭、尾、筋、骨等；
- 3) 用中药材和中药饮片炮制的各类酒制剂等；

二十一、非手术中使用的假体（义乳、义齿等）、矫正器具、支具、拐杖、轮椅及各种康复理疗器械或保健按摩用品的租赁或购买；

二十二、耐用医疗设备，包括但不限于：

- (1) 外置胰岛素泵；
- (2) 轮椅；
- (3) 助听器；
- (4) 便携式雾化器；
- (5) 家用呼吸机；
- (6) 拐杖；
- (7) 肿瘤电场治疗仪及电场贴片；
- (8) 各种康复治疗器械或保健按摩用品的租赁或购买。

二十三、精神和行为障碍；

二十四、视觉（近视、远视、散光、老视）咨询、检查、治疗、矫正及其他相关费用，包括但不限于激光角膜切开术、准分子激光原位角膜磨镶术、验光配镜；

二十五、发育问题，包括但不限于：

- (1) 精神或智力发育迟缓；
- (2) 学习困难或阅读障碍；
- (3) 行为问题，如注意力缺陷或多动症（ADHD）；
- (4) 身体发育问题，如身材矮小。

二十六、睡眠障碍：包括失眠、睡眠呼吸暂停综合征、打呼或其它睡眠相关问题；

二十七、激素代谢测试、荷尔蒙测试、营养师咨询、新陈代谢计划、食物过敏原分析、PRP 富血小板血清疗法、干细胞治疗、三氧血液净化疗法、光子血液回输治疗；

二十八、被保险人接受实验性治疗或任何未经允许的药物治疗；

二十九、任何原因引起的性功能障碍的咨询、检查和治疗；

三十、被保险人接受肥胖或其并发症的治疗，包括但不限于减肥课程、减肥指导、药物减肥、手术减肥。

除上述责任免除条款外，保险合同其他免除责任的条款，详见保险合同“1.7 保险责任”、“2.6 保险事故的通知”、“2.12 如实告知”、“2.14 年龄及性别的确定与错误处理”、“2.16 职业或工种的变更”以及尾注释义中相关字体加粗内容。

■ 基本保险金额

保险合同保险期间内不同保障计划中的保险责任、相应保险责任的日限额/最高给付限额/最高给付比例以及免赔额见保险合同“附表”。

同一保险期间内本合同各单项保险责任的最高给付限额、日限额、最高给付比例以及免赔额由您在投保时与我们约定，并在本合同所附的《保障利益表》上载明。同一保险期间内，前述各项一经确定均不得变更。

■ 免赔额

免赔额指保险合同中约定的被保险人需自己承担损失的金额。同一保险期间内，保险合同所指免赔额为年度累计免赔额，具体金额由您在投保时与我们约定，并在保险合同所附的保障利益表上载明。

同一保险期间内，对于首次确诊的特定疾病，在计算与之相关的“住院及指定门急诊医疗费用补偿金”和“院外药械费用补偿金”时不扣除年度累计免赔额。您在上一保险期间届满 30 日（含）内，按照保险合同第 1.4 条第二款约定经我们审核同意完成重新投保手续的，对于被保险人在保险合同过往保险期间首次确诊特定疾病、并在前述重新投保的保险期间内继续接受相关治疗、且符合保险合同保险责任约定的，则该特定疾病不受“首次确诊”的限制，我们在计算与之相关的“住院及指定门急诊医疗费用补偿金”和“院外药械费用补偿金”时不扣除年度累计免赔额。

被保险人从其他费用补偿型医疗保险、其他途径已获得的医疗费用补偿，以及属于保险责任范围内由被保险人自行承担的费用（包括被保险人社保卡个人账户支出部分）可用于抵扣免赔额，但通过社保或公费医疗获得的补偿，不可用于抵扣免赔额。

■ 赔付比例

一、住院及指定门急诊医疗费用补偿金给付比例

此项利益适用于住院及指定门急诊医疗费用补偿金，公立医院普通部给付比例为：100%；公立医院特需部、国际医疗部、VIP 部以及本公司指定的医疗机构给付比例为：80%。

二、院外药械费用补偿金给付比例

最高给付限额 50000 元，给付比例为 80%。

三、门、急诊医疗费用补偿金给付比例

此项利益适用于门、急诊医疗费用补偿金，给付比例为 50%。

四、其他给付比例

我们遵循上述补偿原则在扣除所获医疗费用补偿以及免赔额（若相关保险责任有免赔额要求）后，对于余额，按照保障利益表中所载针对不同医疗机构的赔付比例及相关保险责任的给付比例给付相应费用补偿金。

若被保险人在二级及二级以上公立医院的普通部就诊的，则我们在给付相应费用补偿金时需在上述计算方法的基础上，再乘以如下比例：

- 被保险人以社保或公费医疗身份投保、且已经社保或公费医疗结算的：100%；
- 被保险人以社保或公费医疗身份投保、但未经社保或公费医疗结算的：80%；
- 被保险人以无社保或公费医疗身份投保的：100%。

■ 等待期

保险合同生效日起 30 天内（含第 30 天）为等待期。除另有约定外，我们对被保险人在等待期内患疾病导致的医疗费用、津贴不承担保险责任，无论该费用及津贴是否发生在等待期内。以下两种情形下发生的保险事故不受等待期限制：

(1) 被保险人因遭受意外伤害事故所导致的保险事故；

(2) 保险合同第 1.4 条第二款中所指的新的保险期间。

■ 预授权

被保险人于保险合同指定的公立医院特需部、国际医疗部、VIP 部开始接受住院治疗，须在预定的开始治疗日期前至少 2 个工作日向我们提交预授权申请；紧急情况下如未能及时申请预授权的，被保险人需在开始接受住院医疗或服务项目后 2 个工作日之内通知我们。

■ 合同犹豫期及退保

本产品无犹豫期。

如您在保险合同有效期内申请解除保险合同，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 时起或在您指定的合同解除日，保险合同效力终止。指定的合同解除日不得早于申请收到日。合同解除后，我们向您退还保险合同的未到期净保险费。

您解除合同会受到一定损失。

若保险合同已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的，则退费为零。

■ 与保费高低具有关联性的因素

本产品的保险费根据被保险人投保时的年龄等情况确定。

■ 保单预期利益

本产品的预期利益详见附表《工银安盛人寿安心优选医疗保险（盘古版）》保障计划表。

附表：

《工银安盛人寿安心优选医疗保险（盘古版）》保障计划表

保障项目		计划一	计划二
保险期间内最高给付限额		460 万	700 万
保障区域		中国大陆	中国大陆
医院范围		二级或二级以上公立医院的普通部、特需部、国际医疗部、VIP 部	二级或二级以上公立医院的普通部、特需部、国际医疗部、VIP 部及本公司指定的医疗机构
免赔额（适用于第一部分 1.1 住院及指定门急诊医疗费用补偿金、1.2 院外药械费用补偿金）		5000 元/10000 元/20000 元 同一保险期间内，对于首次确诊的特定疾病，在计算与之相关的“住院及指定门急诊医疗费用补偿金”和“院外药械费用补偿金”时不扣除年度累计免赔额。	5000 元/10000 元/20000 元 同一保险期间内，对于首次确诊的特定疾病，在计算与之相关的“住院及指定门急诊医疗费用补偿金”和“院外药械费用补偿金”时不扣除年度累计免赔额。
基本保险责任			
第一部分		最高给付限额 260 万	最高给付限额 500 万
1.1	住院及指定门急诊医疗费用补偿金		
	请注意：此项利益适用于住院及指定门急诊医疗费用补偿金，公立医院普通部给付比例为：100%；公立医院特需部、国际医疗部、VIP 部以及本公司指定的医疗机构给付比例为：80%。		
1.1.1	住院医疗费用补偿金	保障至一般医疗保险金最高给付限额（床位费限 2500 元/日，加床费限 800 元/日）	保障至一般医疗保险金最高给付限额（床位费限 3000 元/日，加床费限 800 元/日）
1.1.2	住院手术费用补偿金	保障至一般医疗保险金最高给付限额	保障至一般医疗保险金最高给付限额
1.1.3	内置医疗设备费用补偿金	保障至一般医疗保险金最高给付限额	保障至一般医疗保险金最高给付限额
1.1.4	外置医疗设备费用补偿金	最高给付限额 30000 元	最高给付限额 30000 元
1.1.5	指定门急诊医疗费用补偿金		
(1)	住院前后门急诊医疗费	保障至一般医疗保险金最高给付限额	保障至一般医疗保险金最高给付限额
(2)	门急诊手术费	保障至一般医疗保险金最高给付限额	保障至一般医疗保险金最高给付限额
(3)	特殊门急诊费	保障至一般医疗保险金最高给付限额	保障至一般医疗保险金最高给付限额
1.2	院外药械费用补偿金	最高给付限额 50000 元，给付比例为 80%	最高给付限额 50000 元，给付比例为 80%
1.3	院后康复护理津贴保险金	300 元/日，累计给付以 30 日为限。	300 元/日，累计给付以 30 日为限。
第二部分		最高给付限额 200 万	最高给付限额 200 万
2.1	外购药品费用补偿金		
2.1.1	院外恶性肿瘤特定药品费用补偿金	保障至恶性肿瘤及罕见病医疗费用补偿金最高给付限额	保障至恶性肿瘤及罕见病医疗费用补偿金最高给付限额
2.1.2	恶性肿瘤 CAR-T 疗法院外药品费用补偿金	保障至恶性肿瘤及罕见病医疗费用补偿金最高给付限额	保障至恶性肿瘤及罕见病医疗费用补偿金最高给付限额
2.1.3	恶性肿瘤基因检测费用补偿金	最高给付限额 20000 元	最高给付限额 20000 元
2.1.4	罕见病特定药品费用补偿金	保障至恶性肿瘤及罕见病医疗费用补偿金最高给付限额	保障至恶性肿瘤及罕见病医疗费用补偿金最高给付限额
2.2	质子/重离子医疗费用补偿金	保障至恶性肿瘤及罕见病医疗费用补偿金最高给付限额	保障至恶性肿瘤及罕见病医疗费用补偿金最高给付限额
第三部分 住院及手术津贴保险金（限二级或二级以上公立医院的普通部）			
3.1	住院津贴保险金	300 元/日，累计给付以 30 日为限。	300 元/日，累计给付以 30 日为限。
3.2	ICU 津贴保险金	1000 元/日，累计给付以 30 日为限。	1000 元/日，累计给付以 30 日为限。
3.3	分级手术津贴保险金	危重手术：最高给付限额 20000 元	危重手术：最高给付限额 20000 元
		严重手术：最高给付限额 10000 元	严重手术：最高给付限额 10000 元
		一般手术：最高给付限额 2000 元	一般手术：最高给付限额 2000 元
可选保险责任			
第四部分	门、急诊医疗费用补偿金	最高给付限额 18000 元	
	请注意：此项利益适用于门、急诊医疗费用补偿金，给付比例为 50%。		
4.1	医生诊疗费	保障至门、急诊医疗费用补偿金最高给付限额	
4.2	治疗费、检查检验费、非正式住院的留院观察费		
4.3	药品费	最高给付限额 10000 元	

注：以上为本产品保障项目概览，具体保障项目以您投保时所选计划及保险合同所附《保障利益表》为准，详细内容及相关事宜以保险条款为准。

本产品说明及投保须知书仅供参考，具体保障利益详见产品条款并以保险合同约定为准。

声明

本人确认已认真阅读并完全理解产品说明及投保须知书上述各项内容（包括但不限于保险责任、责任免除、免赔额、等待期及医疗费用补偿原则等）。

投保人签名：

签署日期：