



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“工银安盛人寿江苏省定制惠民康团体医疗保险A款”条款表述。



该条款包含基本条款、费用条款、保单理赔服务条款、保单变更服务条款及一般条款五部分内容，并且在正文结尾加注名词释义

- 基本条款**——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。
- 费用条款**——向您介绍该合同的保险费及交付事宜。
- 保单理赔服务条款**——向您介绍该合同保险金申请和理赔办理的具体要求。
- 保单变更服务条款**——向您介绍我们为您提供的保单变更服务及具体要求。
- 一般条款**——向您介绍您对该合同所拥有的其他权益和义务等需要您了解的内容。
- 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

- 被保险人享有该合同提供的保障..... 1.5
- 您有解除合同的权利..... 5.3



您应承担的主要义务

- 您需要按期足额交纳保险费..... 2.1
- 发生保险事故时您应及早通知我们..... 3.1
- 对于我们的询问，您有如实告知的义务..... 5.1



您应当特别注意的事项

- 我们不承担保险金给付的限制..... 1.6



条款目录

① 基本条款	② 费用条款	④ 保单变更服务条款	⑤ 一般条款
1.1 合同的构成	2.1 保险费的交付	4.1 被保险人人数的变更	5.1 如实告知
1.2 投保范围	③ 保单理赔服务条款	4.2 受益人的指定	5.2 合同解除权或被保险人
1.3 保险期间	3.1 保险事故的通知	4.3 合同内容的变更	被保资格取消权的限制
1.4 基本保险金额	3.2 保险金的申请	4.4 年龄及性别的确定与	5.3 合同的解除
1.5 保险责任	3.3 保险金的给付	错误处理	5.4 合同效力的终止
1.6 责任免除	3.4 诉讼时效	4.5 职业或工种的变更	5.5 资料提供
		4.6 联系方式的变更	5.6 争议处理

工银安盛人寿保险有限公司

工银安盛人寿江苏省定制惠民康团体医疗保险 A 款条款

① 基本条款

1.1 合同的构成

《工银安盛人寿江苏省定制惠民康团体医疗保险 A 款合同》(以下简称“本合同”)由保险单、保单利益表、被保险人名册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 GJKMA。

1.2 投保范围

团体¹中凡参加基本医疗保险²或公费医疗³、且符合我们承保条件的正式成员可作为被保险人参加本保险。参保成员的配偶、子女，满足前述承保要求的，经我们审核同意后，也可作为被保险人参加本保险。团体参保人数不少于国务院保险监督管理机构规定的最少人数限制。

另有约定的按约定内容执行。

1.3 保险期间及续保

您提出保险申请、经我们同意承保，本合同成立。本合同的生效日期由您与我们约定，并在保险单上载明。

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

本合同为不保证续保合同，每个保险期间届满，您可向我们申请续保本产品，经我们审核同意，您获得新的保险合同，进入新的保险期间，无等待期⁴。若保险期间届满时本产品停售，则我们不再接受续保申请。

1.4 基本保险金额

本合同每一被保险人项下各单项保险责任的最高给付限额、最高给付比例以及年度累计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》(以下简称“保障利益表”)上载明。

1.5 保险责任

在本合同保险期间，我们承担以下保险责任：

一、基本医保支付范围内个人自付医疗费用保险金

本合同有效期内，若被保险人因遭受意外伤害事故⁴或于等待期⁴后罹患疾病，在本合同约定的医疗机构⁵接受治疗的，对于该被保险人因此支出的合理且必要的、当地基本医疗保险支付范围以内的医疗费

用⁷，我们按本合同约定及以下“计算公式一”计算给付“基本医保支付范围内个人自付医疗费用保险金”予该被保险人。

除另有约定外，“基本医保支付范围内个人自付医疗费用保险金”仅限被保险人住院⁸或接受门特治疗⁹发生的基本医保支付范围内个人自付医疗费用以及使用国家谈判“双通道”药品¹⁰在门诊治疗（含定点零售药店）发生的基本医保支付范围内个人自付医疗费用。

计算公式一：

基本医保支付范围内个人自付医疗费用保险金=（目录内合理且必要的医疗费用累计金额—基本医疗保险、大病保险、医疗救助、公费医疗、城市定制型补充医疗保险、工作单位、侵权人或侵权责任承担方及商业保险机构等对于目录内合理且必要的医疗费用累计已补偿金额—免赔额^{注2}）×给付比例

“目录内合理且必要的医疗费用累计金额”指上述被保险人支出的合理且必要的、当地基本医疗保险支付范围内的医疗费用累计金额。

二、基本医保支付范围外药品和高值医用耗材医疗费用保险金

本合同有效期内，若被保险人因遭受意外伤害事故或于等待期^{注1}后罹患疾病，在本合同约定的医疗机构接受治疗的，对于该被保险人因此支出的合理且必要的、当地基本医疗保险支付范围以外的医疗费用，我们按本合同约定及以下“计算公式二”计算给付“基本医保支付范围外药品和高值医用耗材医疗费用保险金”予该被保险人。

除另有约定外，“基本医保支付范围外药品和高值医用耗材医疗费用保险金”仅限被保险人住院或接受门特治疗在医疗机构发生的合理且必要的基本医保支付范围外药品（不包括纳入统筹地区所在省罕见病用药保障机制保障范围的用药）及高值医用耗材费用¹¹，以及基本医保目录内药品，在药品说明书适应症范围但在基本医保限定支付范围外使用时的费用（不包括主要起营养滋补作用以及美容、减肥等保健功能的药品）。

计算公式二：

基本医保支付范围外药品和高值医用耗材医疗费用保险金=（目录外合理且必要的医疗费用累计金额—基本医疗保险、大病保险、医疗救助、公费医疗、城市定制型补充医疗保险、工作单位、侵权人或侵权责任承担方及商业保险机构等对于目录外合理且必要医疗费用累计已补偿金额—免赔额^{注2}）×给付比例

“目录外合理且必要的医疗费用累计金额”指上述被保险人支出的合理且必要的、当地基本医疗保险支付范围以外的医疗费用累计金额。

注：同一保险期间内，每一被保险人项下：

- 1、上述药品费用中，同一通用名的药品¹²费用累计给付金额以保障利益表上载明的相应给付金额为限；
- 2、上述高值医用耗材费用的累计给付金额以保障利益表上载明的相应给付金额为限；
- 3、基本医保支付范围外药品及高值医用耗材的合计累计金额以保障利益表上载明的“基本医保支付范围外药品和高值医用耗材医疗费用保险金”的最高给付限额为限。

三、再保障医疗费用保险金

本合同有效期内，若被保险人因遭受意外伤害事故或于等待期^{注1}后罹患疾病，在本合同约定的医疗机构接受治疗的，对于该被保险人因此支出的合理且必要的医疗费用，我们按本合同约定及以下“计算公式三”计算给付“再保障医疗费用保险金”予该被保险人。

计算公式三：

再保障医疗费用保险金=（再保障医疗费用累计金额—免赔额^{注2}）×给付比例

除另有约定外，“再保障医疗费用累计金额”指经本合同上述第一、二项保险责任补偿后剩余符合该两项保险责任约定的医疗费用累计金额（不含上述第二项保险责任中规定的同一通用名的药品和高值医用耗材限额以上部分）。

四、罕见病特定药品费用保险金

本合同有效期内，若被保险人因遭受意外伤害事故或于等待期^{注1}后经医疗机构的专科医生¹³确诊罹患本合同约定的罕见病¹⁴，对治疗此罕见病而实际发生的、合理且必要的、且同时满足以下条件的罕见病特定药品费用，我们在扣除本合同约定的免赔额^{注2}后按照本合同约定的给付比例给付“罕见病特定药品费用保险金”予该被保险人。

除另有约定外，罕见病特定药品费用须同时满足以下条件：

- 1、该特定药品须由医疗机构专科医生开具处方且为被保险人当前治疗必需的药品；
- 2、每次特定药品处方剂量不超过30日；
- 3、该特定药品必须为本合同期满日前在中国国家药品监督管理局批准且已在中国上市的靶向药物和免疫治疗药物，且在我们约定的药品清单（具体以投保时约定或销售页面公示为准）列表中；
- 4、特定药品涉及慈善援助的，被保险人从慈善机构获得援助的药品费用不纳入罕见病特定药品费用医疗保险金的赔付范围。

医疗费用补偿原则：本合同的保险责任适用医疗费用补偿原则（下简称“补偿原则”）。若被保险人在保险期间内发生的保险事故¹⁵，我们按本合同约定的支付范围、免赔额和支付比例给付相应保险金予被保险人，我们累计给付以本合同约定的每个被保险人各项保险金的最高给付限额为限。在计算保险金时，我们将先扣除该被保险人已从其他途径（包括但不限于基本医疗保险、大病医保、公费医疗、城市定制型补充医疗保险、医疗救助、工作单位、侵权人或侵权责任承担方及商业保险机构等）获得的医疗费用补偿。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。

费用限额及特别说明：

- 1、除另有约定外，被保险人不论一次或多次接受治疗，我们均按上述约定给付保险金，但在任何情况下我们累计给付的各项保险金金额以该被保险人保障利益表载明的对应保险金的最高给付限额为限，当我们累计给付金额达到保障利益表所载单项保险金的最高给付限额时，则针对该被保险人的该项保险责任终止。对于单一被保险人，当我们累计给付的各项保险金均达到对应保险责任的最高给付限额时，该被保险人的保险责任终止。
- 2、除另有约定外，保险期间届满被保险人治疗仍未结束的，我们所承担保险责任自保险期间届满之时终止。
- 3、除另有约定外，若被保险人以参加基本医疗保险或公费医疗身份投保，但未以基本医疗保险或公费医疗身份就诊并结算的，则我们按照给付比例0%计算保险金。
- 4、除另有约定外，若参保人员异地就医符合参保地基本医保、卫生行政部门管理办法要求，因疾病治疗需要，按照规定办理转诊手续的，正常享受本产品保障待遇。未按参保地规定办理转诊手续，直接到参保地外异地就医的，则我们按照本合同正常享受保障待遇的50%计算保险金（急诊除外，以急诊就医证明和急诊费用结算凭证为准。单位长期派驻外地工作、异地长期居住人员除外，凭备案手续证明为准。异地安置退休人员、异地长期居住人员、常驻异地工作人员在备案地区异地就医的除外，凭备案手续证明为准）。

注：

1、等待期：被保险人加入或恢复加入本合同起（以较迟者为准）一段时间为等待期，具体时间由您在投保时与我们约定，并在保障利益表上载明。除另有约定外，我们对被保险人在等待期内确诊患疾病而由此产生的医疗费用不承担保险责任，无论该费用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) 本合同第 1.3 条第三款所指的新的保险期间。

2、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。本合同各单项保险责任的年度累计免赔额由您在投保时与我们约定，并在保障利益表上载明。被保险人从除基本医疗保险、大病医保、公费医疗外的其他途径已获得的医疗费用补偿可用于抵扣免赔额（该其他途径包括但不限于城市定制型补充医疗保险、医疗救助、工作单位、侵权人或侵权责任承担方及商业保险机构等），而通过基本医疗保险、大病医保、公费医疗获得的医疗费用补偿不可用于抵扣免赔额。

1.6 责任免除

任何在下列期间发生的或由下列原因导致的，或出现下列任一情形时，我们不承担给付保险金的责任：

- 一、既往症¹⁶（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）；
- 二、投保人对被保险人的故意杀害、故意伤害；
- 三、被保险人故意犯罪或抗拒依法采取的刑事强制措施，或被政府依法拘禁或入狱期间伤病；
- 四、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；
- 五、被保险人的产前产后检查、治疗不孕不育症，人工受精以及上述原因引起的并发症；
- 六、战争¹⁷、军事冲突¹⁸、暴乱¹⁹或武装叛乱；
- 七、核爆炸、核辐射或核污染；
- 八、被保险人殴斗、主动吸食或注射毒品²⁰，违反规定使用麻醉或精神药品；
- 九、被保险人未遵医嘱私自服用、涂用、注射药物；
- 十、被保险人接受实验性治疗（即未经科学或医学认可的医疗），或接受未被治疗所在地卫生行政部门批准的治疗；
- 十一、在中国大陆境外的国家或者地区接受治疗；
- 十二、被保险人因政策规定未享受参保地基本医保待遇的，在不享受基本医保待遇期间发生的医疗费用；
- 十三、各种美容、整形、非功能性矫形、视力矫正、减肥、治疗雀斑、脱痣、护肤、镶（种植）牙、洁牙、配镜、装配假眼等发生的费用；
- 十四、未纳入基本医保支付范围的移植器官源、组织源及其获取过程、移植过程发生的医疗费用；
- 十五、非疾病治疗项目类，如各种健康体检、婚前检查、旅游体检、职业体检、出境体检等费用；
- 十六、各种教学性、科研性和临床验证性的药品、耗材和诊疗项目及其产生后果所产生的费用；
- 十七、应当由第三人负担、从工伤保险、生育保险中支付或由公共卫生负担的费用；
- 十八、以下药品：
 - 1) 保健药品及未纳入基本医保药品目录的维生素、营养品类；
 - 2) 预防性疫苗和避孕药品；
 - 3) 主要治疗脱发、减肥、美容、戒烟、戒酒作用药品；
 - 4) 膏方费用以及以下主要起滋补保健用途以及含国家珍贵、濒危野生动植物药材的药品和中药饮片不纳入本产品保障范围，具体包括：阿胶、白糖参、朝鲜红参、穿山甲（醋山甲、炮山甲）、玳瑁、冬虫夏草、蜂蜜、狗宝、龟鹿二仙胶、哈蟆油、海龙、海马、猴枣、酒制蜂胶、羚羊角尖粉（羚羊角镑片、羚羊角粉）、鹿茸（鹿茸粉、鹿茸片）、马宝、玛瑙、牛黄、珊瑚、麝香、天山雪莲、鲜石斛（铁皮石斛）、西红花（番红花）、西洋参、血竭、燕窝、野山参、移山参、珍珠、紫河车、各种动物脏器（鸡内金除外）和胎、鞭、尾、筋、骨；
- （注：以上所列药品均包括生药及炮制后的药材及饮片。）
- 十九、被保险人在非本公司认可的医疗机构发生的医疗费用；
- 二十、由于职业病²¹、医疗事故²²、患性病引起的医疗费用；
- 二十一、不符合入院标准、挂床住院或住院病人应当出院而拒不出院（从医院确定出院之日起发生的一切医疗费用）；
- 二十二、使用未获得中国国家药品监督管理局批准的药品，进行未被国家药品审评中心批准的适应症

用药治疗：

二十三、相关医学材料不能证明药品对被保险人所罹患的疾病有效或经审核，被保险人的疾病状况对申领药品已经耐药而产生的费用；

二十四、药品处方的开具与国家药品监督管理局批准的该药品说明书中所列明的适应症或用法用量不符；

二十五、法律法规规定的其他不予支付的费用。

除上述责任免除款项外，本合同其他免除责任的条款，详见本合同“1.5 保险责任”、“3.1 保险事故的通知”、“4.1 被保险人人数的变更”、“4.4 年龄及性别的确定与错误处理”、“4.5 职业或工种的变更”、“5.1 如实告知”以及尾注释义中相关字体加粗内容。

② 费用条款

2.1 保险费的交付

您应当按照本合同约定的保险费金额和交纳方式向我们支付保险费。保险费金额和交纳方式于保险合同内载明。

③ 保单理赔服务条款

3.1 保险事故的通知

您、被保险人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、被保险人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。

3.2 保险金的申请

一、申请与门急诊相关的医疗费用保险金的，由被保险人作为申请人填写保险金给付申请书，并向我们提供下列证明文件、资料原件：

- 1、被保险人的有效身份证件²³；
- 2、医院出具的医疗材料（包括完整的门急诊病历卡、检查报告、影像资料等，特定疾病的需出具必要的病理检验、血液检验及其他科学诊断报告、诊断书，手术的需出具手术记录）；
- 3、被保险人的门急诊费用单证（包括医疗费用正式发票、门诊费用详单等）；
- 4、被保险人所能提供的与确认保险事故的性质、原因、伤害程度等有关的其他证明和资料。

二、申请与住院相关的医疗费用保险金的，由被保险人作为申请人填写保险金给付申请书，并向我们提供下列证明文件、资料原件：

- 1、被保险人的有效身份证件；
- 2、医院出具的医疗材料（包括完整的门急诊病历卡，出院小结等，特定疾病的需出具必要的病理检验、血液检验及其他科学诊断报告、诊断书，手术的需出具手术记录）；

- 3、被保险人的住院医疗费用单证（包括医疗费用正式发票、住院费用清单等）；
 4、被保险人所能提供的与确认保险事故的性质、原因、伤害程度等有关的其他证明和资料。

三、申请特定药品费用保险金的，由被保险人作为申请人填写保险金给付申请书，并向我们提供下列证明文件、资料原件：

- 1、被保险人的有效身份证件；
- 2、医院出具的医疗材料（包括完整的门急诊病历卡，出院小结等、必要的病理检验、血液检验及其他科学诊断报告、诊断书等）；
- 3、医院出具的处方；
- 4、特定药品医疗费用结算清单、原始发票等；
- 5、被保险人所能提供的与确认保险事故的性质、原因、伤害程度等有关的其他证明和资料。

保险金作为被保险人遗产时，必须提供可证明合法继承权的相关权利文件。

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证明和资料。

受益人为无民事行为能力人或限制民事行为能力人的，由其父母或其他监护人作为申请人向我们申请给付保险金。

3.3 保险金的给付

我们在收到保险金给付申请书及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。若我们要求投保人、被保险人或者受益人补充提供有关证明和资料的，则上述的 30 日不包括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，除支付保险金外，应当赔偿受益人因此受到的损失。

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。

3.4 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 保单变更服务条款

4.1 被保险人人数的变更

一、增加被保险人

您需要增加被保险人的，应按照我们的规定，向我们书面申请。经我们审核同意并收取保险费后，除另有约定外，我们于附贴批单上所载的生效日当日 24 时起开始对增加的被保险人承担本合同的保险责任。

二、减少被保险人

您因被保险人离职或其他原因需要减少被保险人的，应书面通知我们。除另有约定外，本合同对该被保险人所承担的保险责任自附贴批单上所载之日 24 时起终止，并退还其项下相应的未满期保险费²⁴。若基于本合同已对该被保险人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。

如本合同的被保险人人数少于我们规定的人数，或低于团体中符合参保条件人数的一定比例时，我们有权解除本合同，并向您退还本合同的未满期净保险费²⁵。

4.2 受益人的指定

除有特殊约定，本合同保险金的受益人为被保险人本人。

4.3 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。

4.4 年龄及性别的确定与错误处理

一、被保险人的年龄以周岁²⁶计算。

二、您在申请投保时，应将与有效身份证件相符的被保险人的年龄及性别在投保单上写明。

三、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我们规定的投保年龄限制的，我们有权终止对该被保险人的保险责任，并退还该被保险人项下相应的未满期保险费。我们行使被保险人被保资格终止权时，适用于本合同第5.2条的规定。

四、如果您申报的被保险人年龄或性别不真实，我们可以根据其真实年龄或性别进行如下调整：

- 1、您申报的被保险人年龄或性别不真实，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。若已发生保险事故，我们有权在给付保险金时按实交保险费和应交保险费的比例给付。
- 2、您申报的被保险人年龄或性别不真实，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。

4.5 职业或工种的变更

我们将按照事先公布的职业分类表确定被保险人的职业分类，您可以通过我们的官方网站查询到此表。

被保险人变更其职业或工种时，您或被保险人应于10日内以书面形式通知我们。被保险人所变更的职业或者工种依照我们职业分类在拒保范围内的，我们对该被保险人所承担的保险责任于其职业或工种变更之日起终止，并退还该被保险人项下的未满期保险费。

被保险人所变更的职业或工种，**依照我们职业分类在我们拒保范围内而未依前项约定通知我们且发生保险事故的，我们不承担给付保险金的责任。**

4.6 联系方式的变更

您的住所、通讯地址或电话等联系方式变更时，应及时以书面或双方认可的其他形式通知我们。您未以书面或双方认可的其他形式通知的，我们按保险单/附贴批单所载最后住所、通讯地址或电话等联系方式发送的有关通知，均视为已送达您。

⑤ 一般条款

5.1 如实告知

订立合同时，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。

我们就您和被保险人的有关情况提出询问，您应当如实告知。

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。如上述未如实告知情况足以影响我们决定针对某个被保险人是否同意承保或者提高保险费率的，我们有权取消该被保险人的被保资格。

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。如果您故意不履行如实告知义务，且仅针对某个被保险人是否应获得被保资格产生影响的，对于该被保险人于被保资格取消前发生的保险事故，我们不承担给付保险金的责任，并不退还相应的保险费。

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。如果您因重大过失未履行如实告知义务，且仅影响某个被保险人是否应获得被保资格，并对保险事故的发生有严重影响的，对于该被保险人于被保资格取消前发生的保险事故，我们不承担给付保险金的责任，但应当退还相应的保险费。

我们在合同订立时已经知道您未如实告知的情况的，我们不得解除合同或取消被保险人的被保资格；发生保险事故的，我们承担给付保险金的责任。

5.2 合同解除权或被保险人被保资格取消权的限制

前条规定的合同解除权或被保险人的被保资格取消权，自我们知道有解除事由之日起，超过 30 日不行使而消灭。

5.3 合同的解除

本合同有效期内，您可向我们提出解除合同的书面申请，并将本合同及其他保险凭证退还我们。

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 24 时起，本合同效力终止。指定的合同解除日不得早于解除合同申请书的递交日。合同解除后，我们向您退还本合同的未满期净保险费。

若我们对本合同项下部分被保险人已发生保险金给付或已发生保险事故但尚未给付保险金的，则该被保险人项下退费为零。

您解除合同会受到一定损失。

5.4 合同效力的终止

发生下列情况之一时，本合同效力终止：

- 一、本合同的满期日 24 时；
- 二、您于合同有效期内向我们申请解除本合同；
- 三、本合同约定的其他效力终止的情况。

5.5 资料提供

您应向我们提供每一个被保险人的姓名、性别、年龄、出生日期、基本保险金额、交费金额以及其他与本合同有关的一切资料，并建议您详细记录及保存以上资料。

5.6 争议处理

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。

¹ **团体：**指法人、非法人组织以及其他不以购买保险为目的而组成的团体。

² **基本医疗保险：**指国家建立的基本医疗保险，包括职工基本医疗保险、城镇居民基本医疗保险、新型农村合作医疗制度。

³ **公费医疗：**指中华人民共和国为保障国家工作人员身体健康而实行的、通过医疗卫生部门按规定向享受人员提供免费医疗及预防服务的一项社会保障制度。

⁴ **意外伤害事故：**指遭受外来的、突发的、非本意的、非疾病的、使身体受到伤害且作为直接且单独原因导致被保险人伤害或死亡的客观事件。

⁵ **医疗机构：**指我们与您约定的定点医院；未约定定点医院的，则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，但前述医院并不包括观察室、特需医疗、国际医疗、联合病房、联合医院、康复病房和干部病房，也不包括以下或类似医疗机构：

（1）精神病院、精神心理治疗中心；

（2）老人院、养老院、戒毒中心或戒酒中心；

（3）健康中心或天然治疗所、疗养或康复院。

⁶ **合理且必要：**指符合以下两个条件：

（1）符合通常惯例：指与接受医疗服务所在地通行治疗规范、通行治疗方法、平均医疗费用价格水平一致的费用。是否符合通常惯例由我们根据客观、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。

（2）医学必要：指被保险人接受治疗或服务、使用器械或服用药品符合以下条件：

a、医师处方要求且对治疗被保险人疾病或伤害合适且必需；

b、在范围、持续期、强度、护理上不超过为被保险人提供安全、恰当、合适的诊断或治疗所需水平；

c、与接受治疗当地普遍接受的医疗专业实践标准一致；

d、非主要为了个人舒适或为了被保险人父母、家庭、医师或其他医疗提供方的方便；

e、非病人学术教育或职业培训的一部分或与之相关；

f、非试验性或研究性。

⁷ **医疗费用：**除另有约定外，包括床位费、手术费、药费、治疗费、护理费、检查检验费、特殊检查治疗费、救护车费。

（1）**床位费：**指住院期间使用的医院床位（不包括观察病房之床位、陪人床、家庭病床）的费用。

（2）**手术费：**

手术：指被保险人因疾病或意外事故住院后，为治疗疾病、挽救生命而施行的手术，不包括活检、穿刺、造影等创伤性检查以及康复性手术。

手术费：指当地卫生行政部门规定的手术项目的费用。包括手术室费、麻醉费、手术监测费、手术辅助费、材料费、一次性用品费、术中用药费、手术设备费。

(3) 药费：指当地基本医疗保险管理规定的用药范围内的中、西药费用。

(4) 治疗费：指以治疗疾病为目的，提供医学手段而发生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，包括注射费、机疗费、理疗费、输血费、输氧费、体外反搏费。

(5) 护理费：指住院期间根据医嘱所示的护理等级确定的费用，包括护工费、消毒费、换药费、陪人费、煎药费、烤火费。

(6) 检查检验费：指以诊断疾病为目的，采取必要的医学手段进行检查及检验而发生的医疗费用，包括医处费、诊查费、妇检费、X光费、心电图费、B超费、脑电图费、内窥镜费、肺功能仪费、分子生化费和血、尿、便常规检查费。

(7) 特殊检查治疗费：包括CT、ECT、彩超、活动平板、动态心电图、心电监护、介入治疗、PCR、体外碎石、高压氧、体外射频、核磁共振、血液透析等大型和高费用检查治疗项目费。

(8) 救护车费：指为抢救生命由急救中心派出的救护车费用及医院转诊过程中的医院用车费。

8 住院：指被保险人因意外伤害或疾病而入住医院之正式病房接受全日24小时监护治疗的过程，并正式办理入出院手续，**不包括入住门诊观察室、其他非正式病房或挂床住院²⁷。**

9 门特治疗/门特治疗费用：指纳入基本医保门特管理的人员因门特病种（或项目）在本人选定的门特定点医院或零售药店发生的符合本产品责任约定的医疗费用。其中，“**基本医保支付范围内个人自付医疗费用保险金**”责任包含在定点医院和零售药店发生的医保支付范围内个人自付部分。“**基本医保支付范围外药品和高值医疗耗材医疗费用保险金**”责任仅限在定点医院发生的医保支付范围外个人自费部分。门特病种（或项目）范围按照基本医保参保地相关规定执行。其中，对于参保地门特保障范围包含特殊规定的，特殊规定对应病种或项目不在本产品保障范围内。

10 国家谈判“双通道”药品：指按照统筹地共所在省相关政策文件规定，纳入医保谈判药品“双通道”管理，并符合相关经办规程规定的药品。

11 高值医用耗材费用：指符合统筹地区所在省规定的《基本医疗保险诊疗项目和医疗服务设施范围和支付标准》中基本医保可支付的诊疗项目（甲、乙类）对应的医用耗材在基本医保规定的支付限额以上的自费部分。不在统筹地区所在省规定的《基本医疗保险诊疗项目和医疗服务设施范围和支付标准》的诊疗项目（丙类）所含全自费耗材不在本产品责任范围内（跨省异地就医目录支付口径与基本医保相关规定一致）。

12 同一通用名的药品：指符合本合同约定，且由国家药品监督管理部门批准的具有相同活性成分、给药途径与剂型的药品。

13 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) 在国家《医院分级管理标准》二级或二级以上医院的相应科室从事临床工作三年以上。

14 罕见病：除另有约定外，本产品包含的罕见病病种清单如下：

序号	中文名称	英文名称
1	法布雷病	Fabry Disease
2	戈谢病	Gaucher's Disease
3	糖原累积病（II型）	Glycogen Storage Disease (Type II)

注：本产品适用的《罕见病病种清单》将与统筹地区所在省基本医保相关保障机制保持同步调整，具体以投保时约定或销售页面公示为准。

15 保险事故：指保险合同约定的保险责任范围内的事故。

16 既往症：指在本合同生效日之前被保险人已患且已知晓的疾病。

17 战争：指国家与国家、民族与民族、政治集团与政治集团之间为了一定的政治、经济目的而进行的武装斗争，以政府宣布为准。

18 军事冲突：指国家或民族之间在一定范围内的武装对抗，以政府宣布为准。

¹⁹ **暴乱**: 指破坏社会秩序的武装骚动, 以政府宣布为准。

²⁰ **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。

²¹ **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。

²² **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, 具体以《医疗事故处理条例》(中华人民共和国国务院令第351号)为准。

²³ **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: 有效期内的居民身份证件、港澳台居民居住证、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。

²⁴ **未满期保险费**: 其计算公式为: 未满期保险费 = 本期应交已交保险费 $\times (1 - m/n)$

其中, m 为本期保险费已经过日数, n 为本期保险费应承保日数, 经过日数不足一日的按一日计算。

²⁵ **未满期净保险费**: 其计算公式为: 未满期净保险费 = 本期应交已交保险费 $\times (1 - 25\%) \times (1 - m/n)$

其中, 25% 为 **手续费**²⁸, m 为本期保险费已经过日数, n 为本期保险费应承保日数, 经过日数不足一日的按一日计算。

²⁶ **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。

²⁷ **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。具体表现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。

²⁸ **手续费**: 手续费比例为本合同保险费的25%。

[本页内容结束]