



请扫描以查询验证条款

阅 读 提 示

本阅读提示是为了帮助您更好理解条款，对本合同内容的解释以条款正文为准。

→ 您拥有的重要权益

- ◆ 签收合同犹豫期内您可以要求退还保险费，但需补交您已享受的税收优惠额度.....1.5
- ◆ 被保险人可以享有本合同提供的保障利益.....2.4
- ◆ 您有权解除合同.....9

→ 您应当特别注意的事项

- ◆ 本合同的保险期间为一年，若保险期间届满时续保成功，本合同将延续有效.....2.2、2.3
- ◆ 在某些情况下，我们不承担保险责任.....2.6
- ◆ 您应及时向我们通知保险事故.....3.2
- ◆ 受益人的保险金申请权应在一定期间内行使.....3.6
- ◆ 您应按时支付保险费.....4.1
- ◆ 在某些情况下，本合同效力中止.....4.3、8.1
- ◆ 解除合同会给您造成一定的损失，请您慎重决策.....9
- ◆ 我们对一些重要术语进行了解释，请您注意.....12

→ 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。

→ 条款目录

1 您与我们订立的合同	3.5 保险金的给付	7.1 保单权益转移
1.1 合同构成	3.6 诉讼时效	8 合同效力的中止及恢复
1.2 保险合同成立与生效	4 保险费的支付及费率调节机制	8.1 效力中止
1.3 投保范围	4.1 保险费的支付	8.2 效力恢复
1.4 合同的签收	4.2 风险保险费	9 合同解除
1.5 犹豫期	4.3 保险费支付的宽限期	9.1 解除合同的手续及风险
2 我们提供的保障	4.4 差额返还机制	10 如实告知
2.1 保险金额	5 个人账户的运作管理	10.1 明确说明与如实告知
2.2 保险期间	5.1 个人账户设立	10.2 本公司合同解除权的限制
2.3 保证续保	5.2 个人账户价值的计算	11 其他需要关注的事项
2.4 保险责任	5.3 个人账户结算	11.1 年龄性别错误
2.5 赔付顺序及补偿原则	5.4 个人账户最低保证利率	11.2 合同内容变更
2.6 责任免除	5.5 退保费用	11.3 被保险人状态变更
3 保险金的申请	5.6 被保险人身故后个人账户处理	11.4 补充医疗保险状态变更
3.1 受益人	5.7 个人账户留存	11.5 联系方式变更
3.2 保险事故通知	6 现金价值权益	11.6 争议处理
3.3 保险金的申请	6.1 现金价值	11.7 保险事故鉴定
3.4 身体检查及司法鉴定	7 保单权益转移	12 释义



中意人寿保险有限公司
GENERALI CHINA LIFE INSURANCE CO., LTD.

中意岁岁无忧个人税收优惠型健康保险A款（万能型）条款

在本条款中，“您”指投保人，“我们”、“本公司”均指中意人寿保险有限公司，“本合同”指您与我们之间订立的“中意岁岁无忧个人税收优惠型健康保险A款（万能型）”保险合同。本产品可通过电话渠道、网络营销渠道及本公司的其他销售渠道销售。

1 您与我们订立的合同

1.1 合同构成

本合同是您与我们约定保险权利义务关系的协议，包括本保险条款、保险单或其他保险凭证、投保单、与保险合同有关的投保文件、合法有效的声明、批注、批单及其他您与我们共同认可的书面协议。

1.2 保险合同成立与生效

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、收取首期保险费并签发保险单后开始生效，合同生效日期在保险单上载明。保单年度(12.1)、保险费约定支付日(12.2)、生效对应日均以该日期计算。

我们自保险单上约定的生效日的次日零时起开始承担本合同约定的保险责任。

1.3 投保范围

(1) 被保险人范围：

凡 16 周岁(12.3)以上的，投保时正参加公费医疗(12.4)或基本医疗保险(12.5)，投保时未满足法定退休年龄(12.6)的，且投保时根据其健康状况确定为非既往症(12.7)的适用商业健康保险税收优惠政策的纳税人(12.8)，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(12.9)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(12.10)，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。

(2) 投保人范围：本合同的投保人为被保险人本人。投保人可以委托其所在的团体组织代为组织办理投保相关事宜。

1.4 合同的签收

在您收到本合同时，您应当签署本合同的签收回执。

1.5 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，请您仔细阅读本合同，如果您认为本合同与您的需求不相符，您可以在犹豫期结束前解除本合同。

如果您已享受税收优惠，在您补交税收优惠额度后，我们将无息退还您所交的保险费。

若您符合本合同第7条的“保单权益转移”中所述情况，则不享有犹豫期。

解除本合同时，您需要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(12.11)；

(3) 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。

自我们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，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。

2 我们提供的保障

2.1 保险金额

本合同的保险金额见附件一“保险金给付限额表”并在保险单上载明。

2.2 保险期间

本合同的保险期间为1年，自生效日的次日零时起至下一个**保险单周年日(12.12)**的24时止。

对于医疗保险金责任，我们在保险期间内按照每个保单年度收取风险保险费（见本合同第4.2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。

2.3 保证续保

本合同采取保证续保方式，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，但若续保时发生下列情形之一的，我们不再接受续保：

（1）被保险人从本合同以及其他个人税收优惠型健康保险合同（包括本公司和其他保险公司承保的）累计获得的医疗保险金之和达到附件一“保险金给付限额表”所列的医疗保险金终身给付限额；

（2）投保时根据被保险人健康状况被确定为非既往症人员的，续保时被保险人年满71周岁且年满法定退休年龄；投保时根据被保险人健康状况被确定为既往症人员的，续保时被保险人年满法定退休年龄；

（3）本合同约定的其他不再接受续保的情形。

本合同保证续保期间内，若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，并于保险期间届满之前或在本合同约定的交费宽限期内，向我们支付续期保险费，本合同于保险期间届满的次日起延续有效一年。

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，决定是否变更本保险产品，但需经国务院保险监督管理机构审批。

变更本保险产品时，我们将在本合同保险期间届满日之前通知您，经您同意该变更，我们将按变更后的保险产品接受您续保。如果在本合同保险期间届满日之前您未同意该变更，则我们视同您自动放弃本合同续保的权利，本合同自保险期间届满日的24时起效力终止。

若被保险人经与我们协商解除本合同后再次投保本产品，我们有权对其健康状况进行核保。

2.4 保险责任

在本合同有效期内，我们承担下列保险责任。

2.4.1 医疗保险金

若被保险人在其医保所属地的医疗机构就医，且已从公费医疗或基本医疗保险获得费用补偿，则本合同医疗保险金的保障范围，是指扣除从当地(12.13)公费医疗、基本医疗保险和其他途径获得的补偿或给付后，当地基本医疗保险基金支付范围内自付的和当地基本医疗保险基金支付范围外符合本合同附件二、附件三约定的医疗必需且合理(12.14)的医疗费用。在本合同有效期内，我们在该保障范围内按照本合同第2.4.1.1至2.4.1.6条的约定承担相应的医疗保险金责任。

若被保险人发生下列情形之一的，我们按照本合同第2.4.1.7条的约定确定本合同医疗保险金的保障范围。在本合同有效期内，我们在该保障范围内按照本合同第2.4.1.1至2.4.1.6条的约定承担相应的医疗保险金责任。

- （1）在其医保所属地以外的医疗机构就医；
- （2）未从公费医疗或基本医疗保险获得费用补偿；
- （3）已参加补充医疗保险；
- （4）使用的附件二约定的一次性医用材料为进口材料。

2.4.1.1 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）住院(12.15)治疗的，对于其每次住院实际发生并支付的符合本合同医疗保险金保障范围的住院医疗费用（简称“本合同保障的住院医疗费用”），按照附件一“保险金给付比例表”所列的给付比例给付住院医疗费用保险金，即：

住院医疗费用保险金=本合同保障的住院医疗费用（属于基本医疗保险基金支付范围内的）

×100%+本合同保障的住院医疗费用（属于基本医疗保险基金支付范围外的附件二约定的）×80%

若前款计算的住院医疗费用保险金低于本合同保障的住院医疗费用乘以90%，我们向被保险人

自动补齐该差额。

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(12.16)**、**住院手术费(12.17)**、**床位费(12.18)**和**其他费用(12.19)**，但不包括附件三约定的恶性肿瘤靶向化疗药物费用。

2.4.1.2 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（不含特需和国际医疗部）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七日内（含住院当日）以及出院后三十日内（含出院当日）所实际发生并支付的符合本合同医疗保险金保障范围的**门诊(12.20)**治疗费用（简称“本合同保障的住院前后门诊治疗费用”），按照附件一“保险金给付比例表”所列的给付比例给付住院前后门诊费用保险金，即：

住院前后门诊费用保险金=本合同保障的住院前后门诊治疗费用（属于基本医疗保险基金支付范围内的）×100%+本合同保障的住院前后门诊治疗费用（属于基本医疗保险基金支付范围外的附件二约定的）×80%

若前款计算的住院前后门诊费用保险金低于本合同保障的住院前后门诊治疗费用乘以90%，我们向被保险人自动补齐该差额。

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，但不包括附件三约定的恶性肿瘤靶向化疗药物费用。

每一保单年度内，我们对被保险人累计给付的住院医疗费用保险金以及住院前后门诊费用保险金以附件一“保险金给付限额表”所列的住院及前后门诊医疗费用保险金年度给付限额为限；累计给付的住院医疗费用保险金以及住院前后门诊费用保险金达到该保单年度的住院及前后门诊医疗费用保险金年度给付限额时，该保单年度内我们对被保险人的上述两项医疗保险金责任终止。

每一保单年度内，我们对属于住院医疗费用保险金以及住院前后门诊费用保险金保障范围内的单一材料费用的累计给付金额以附件一“保险金给付限额表”所列的住院及前后门诊单一材料费用年度给付限额为限。

2.4.1.3 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（不含特需和国际医疗部）以门诊方式接受恶性肿瘤放射治疗、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的，对其每次门诊实际发生并支付的符合本合同医疗保险金保障范围的特定门诊治疗费用（简称“本合同保障的特定门诊治疗费用”），按照附件一“保险金给付比例表”所列的给付比例给付特定门诊治疗费用保险金，即：

特定门诊治疗费用保险金=本合同保障的特定门诊治疗费用（属于基本医疗保险基金支付范围内的）×100%+本合同保障的特定门诊治疗费用（属于基本医疗保险基金支付范围外的附件二约定的）×80%

若前款计算的特定门诊治疗费用保险金低于本合同保障的特定门诊治疗费用乘以90%，我们向被保险人自动补齐该差额。

其中，特定门诊治疗费用不包括附件三约定的恶性肿瘤靶向化疗药物费用。

每一保单年度内，我们对被保险人累计给付的特定门诊治疗费用保险金以附件一“保险金给付限额表”所列的特定门诊治疗费用保险金年度给付限额为限。

2.4.1.4 恶性肿瘤靶向化疗药物费用保险金

本合同有效期内，自本合同生效的第二个保险期间起，若被保险人经**专科医生(12.21)**首次确诊患有**恶性肿瘤(12.22)**，且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，对于其每次住院以及门诊治疗所实际发生并支付的基本医疗保险基金支付范围外的附件三约定的医疗必需且合理的恶性肿瘤靶向化疗药物费用（简称“本合同保障的恶性肿瘤靶向化疗药物费用”），按照附件一“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，即：

恶性肿瘤靶向化疗药物费用保险金=本合同保障的恶性肿瘤靶向化疗药物费用（属于基本医疗保险基金支付范围外的附件三约定的）×90%

每一保单年度内，我们对被保险人累计给付的恶性肿瘤靶向化疗药物费用保险金以附件一“保险金给付限额表”所列的恶性肿瘤靶向化疗药物费用保险金年度给付限额为限。

本合同有效期内，我们对被保险人累计给付的恶性肿瘤靶向化疗药物费用保险金以附件一“保险

金给付限额表”所列的恶性肿瘤靶向化疗药物费用保险金终身给付限额为限。

2.4.1.5 慢性病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（不含特需和国际医疗部）进行高血压病、糖尿病、冠心病门诊治疗的，对其每次门诊实际发生并支付的符合本合同医疗保险金保障范围的门诊治疗费用（简称“本合同保障的慢性病门诊治疗费用”），按照附件一“保险金给付比例表”所列的给付比例给付慢性病门诊治疗费用保险金。

慢性病门诊治疗费用保险金=本合同保障的慢性病门诊治疗费用（属于基本医疗保险基金支付范围内的） $\times 100\%$ +本合同保障的慢性病门诊治疗费用（属于基本医疗保险基金支付范围外的附件二约定的） $\times 80\%$

若前款计算的慢性病门诊治疗费用保险金低于本合同保障的慢性病门诊治疗费乘以90%，我们向被保险人自动补齐该差额。

每一保单年度内，我们对被保险人累计给付的慢性病门诊治疗费用保险金以附件一“保险金给付限额表”所列的慢性病门诊治疗费用保险金年度给付限额为限。

2.4.1.6 赔付原则、年度限额及终身限额约定

对于被保险人实际发生并支付的符合本合同医疗保险金保障范围的医疗费用，若该费用同时符合两项或两项以上保险金给付条件，则我们按被保险人利益最大化原则，仅给付其中一项保险金，但受益人指明申请其中某一项保险金的除外。

每一保单年度内，我们对被保险人累计给付的上述第2.4.1.1至2.4.1.5条约定的各项医疗保险金之和以附件一“保险金给付限额表”所列的医疗保险金年度给付限额为限；累计给付的上述各项医疗保险金之和达到该保单年度的医疗保险金年度给付限额时，该保单年度内的各项医疗保险金责任均终止。

本合同有效期内，本合同以及其他个人税收优惠型健康保险合同（包括本公司和其他保险公司承保的）对被保险人累计给付的医疗保险金之和以附件一“保险金给付限额表”所列的医疗保险金终身给付限额为限；累计给付的医疗保险金之和达到医疗保险金终身给付限额时，本合同有效期内各项医疗保险金责任均终止。

2.4.1.7 保障范围特别约定

若被保险人在其医保所在地以外的医疗机构就医，且已从公费医疗或基本医疗保险获得费用补偿，则我们承担的医疗保险金的保障范围为扣除从当地公费医疗、基本医疗保险和其他途径获得的补偿或给付后，当地基本医疗保险基金支付范围内自付的医疗必需且合理的医疗费用乘以80%和当地基本医疗保险基金支付范围外符合本合同附件二、附件三约定的医疗必需且合理的医疗费用乘以80%。

若被保险人未从公费医疗或基本医疗保险获得费用补偿，则我们承担的医疗保险金的保障范围为扣除从其他途径获得的补偿或给付后，当地基本医疗保险基金支付范围内的医疗必需且合理的医疗费用乘以50%和当地基本医疗保险基金支付范围外符合本合同附件二、附件三约定的医疗必需且合理的医疗费用。

若被保险人已参加补充医疗保险，已从公费医疗或基本医疗保险获得费用补偿，且已从补充医疗保险获得费用补偿，则我们承担的医疗保险金的保障范围为扣除从当地公费医疗、基本医疗保险和其他途径获得的补偿或给付后，当地基本医疗保险基金支付范围内自付的和当地基本医疗保险基金支付范围外符合本合同附件二、附件三约定的医疗必需且合理的医疗费用。

若被保险人已参加补充医疗保险，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，则我们承担的医疗保险金的保障范围为扣除从当地公费医疗、基本医疗保险获得的补偿或给付后，当地基本医疗保险基金支付范围内自付的医疗必需且合理的医疗费用乘以50%和当地基本医疗保险基金支付范围外符合本合同附件二、附件三约定的医疗必需且合理的医疗费用。

若被保险人已参加补充医疗保险，但未从公费医疗或基本医疗保险获得费用补偿，且未从补充医疗保险获得费用补偿，则我们承担的医疗保险金的保障范围为当地基本医疗保险基金支付范围内的医疗必需且合理的医疗费用乘以25%和当地基本医疗保险基金支付范围外符合本合同附件二、附件三约定的医疗必需且合理的医疗费用。

对于被保险人使用的本合同附件二约定的医疗必需且合理的一次性医用材料，若该材料为进口材料，则对于该材料我们承担的医疗保险金的保障范围为扣除从其他途径获得的补偿或给付后，剩余的该材料费用乘以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，经我们审核同意，扣除从其他途径获得的补偿或给付后剩余的该材料费用全部纳入医疗保险金的保障范围。

2.4.2 恶性肿瘤持续治疗关爱金

本合同有效期内，若被保险人在下述（1）或（2）所列期间内未发生任何医疗费用，且在该期间后持续续保本合同的期间内，经专科医生首次确诊患有恶性肿瘤，并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）接受针对恶性肿瘤的手术治疗、恶性肿瘤放射治疗、恶性肿瘤静脉注射化学治疗或恶性肿瘤靶向化疗药物治疗，则在持续治疗的保单年度内，我们在每一个保单年度均按附件一“保险金给付限额表”所列的恶性肿瘤持续治疗关爱金年度金额向被保险人给付一次恶性肿瘤持续治疗关爱金。

（1）投保本合同属首次投保个人税收优惠型健康保险产品的，连续投保本合同的前三个保险期间；

（2）在其他保险公司投保个人税收优惠型健康保险产品的，自保单权益转入本公司后，连续投保本合同的前五个保险期间。

恶性肿瘤持续治疗关爱金累计给付次数以十次为限。累计给付达到十次时，本合同有效期内该项保险责任终止。

该项保险金给付金额不计入医疗保险金年度给付限额及医疗保险金终身给付限额。

2.4.3 个人账户保险金

我们按照本合同第 5.1 条的约定为您设立个人账户，并承担个人账户保险金责任。

个人账户保险金可用于被保险人**退休(12.23)**后购买商业健康保险和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**。

2.4.4 健康管理服务

本合同有效期内，我们在本合同犹豫期之后为被保险人提供健康管理服务，服务内容包括个人健康档案、在线健康咨询、健康资讯推送等。具体内容以公司网站上的清单为准，我们会定期更新，被保险人可网上查询或致电咨询。

2.5 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、补充医疗保险或其他商业医疗保险保障计划的，须优先从上述全部已有途径申请相应的补偿或给付，我们仅对被保险人实际发生的扣除从上述全部方式获得补偿或给付后的剩余医疗费用按照本合同第 2.4.1 条的约定向受益人给付医疗保险金，且包括本合同在内的各种途径所补偿或给付的金额之和不得超过被保险人实际发生的医疗费用。

2.6 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(12.24)（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(12.25)，主动吸食或注射毒品(12.26)；
- （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(12.27)、无合法有效驾驶证驾驶(12.28)或驾驶无有效行驶证(12.29)的机动车(12.30)；
- （9）被保险人参加潜水(12.31)、跳伞或其他空中运动、登山、攀岩(12.32)或攀爬建筑物、探险(12.33)、武术比赛(12.34)、摔跤比赛、特技表演(12.35)、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(12.36)、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、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(12.37)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) 质子重离子治疗费用；
- (19) 法律规定的其他情形。

3 保险金的申请

3.1 受益人

本合同各项保险金的受益人均为被保险人本人。

3.2 保险事故通知

请您或受益人在知道保险事故发生后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、伤害程度等难以确定的，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、伤害程度的除外。

3.3 保险金的申请

在申请保险金时，应依据下列方式办理：

3.3.1 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领取保险金申请书，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，需提供出入院证明、出院小结或住院病历（加盖医疗机构病历专用章）和住院费用清单；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；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。

3.3.2 恶性肿瘤持续治疗关爱金申请

在申请恶性肿瘤持续治疗关爱金时，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) 本合同；
- (2) 受益人的有效身份证件；
- (3) 医院(12.38)出具的诊断证明、病历及检查报告；
- (4) 能够证明被保险人接受针对恶性肿瘤的手术治疗、恶性肿瘤放射治疗、恶性肿瘤静脉注射化学治疗或恶性肿瘤靶向化疗药物治疗的出入院证明、出院小结或住院病历（加盖医疗机构病历专用章）、门诊病历和处方等；
- (5) 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。

3.3.3 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) 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。

3.3.4 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。

3.4 身体检查及司法鉴定

保险事故发生后，我们有权要求被保险人做身体检查或提供有关的检验报告，费用由我们承担。

3.5 保险金的给付

我们在收到领取保险金申请书及上述有关证明和资料后，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；若我们在收到保险金给付申请书及上述有关证明和资料后第30日仍未作出核定，除支付保险金外，我们将从第31日起按超过天数赔偿受益人因此受到的利息损失。利息按照中国人民银行公布的同期金融机构人民币一年期定期存款利率单利计算。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。

3.6 诉讼时效

受益人及其他有权领取保险金的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 保险费的支付及费率调节机制

4.1 保险费的支付

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，且须符合投保当时中国保险监督管理机构对个人税优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年交和月交，由您在投保时选择。如果您选择按月支付保险费，在支付首期保险费后，您应当在每个保险费约定支付日之前支付当期保险费。

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。

4.2 风险保险费

我们对本合同承担的2.4.1条的医疗保险金责任收取相应的风险保险费。

本合同在每个保单年度的风险保险费根据被保险人的性别、年龄、保险金额、补充医疗保险状态和其他因素确定。

4.3 保险费支付的宽限期

如果您到期未支付保险费，自保险费约定支付日的次日零时起60日为宽限期。

宽限期内发生保险事故的，我们承担保险责任，但在给付保险金时会扣除您欠交的保险费。

如果宽限期结束之后您仍未支付应付保险费，则本合同自宽限期满的次日零时起效力中止，我们将不再承担医疗保险金、恶性肿瘤持续治疗关爱金及健康管理服务保险责任。

若您在宽限期结束后支付保险费，我们有权对被保险人的健康状况进行核保。

4.4 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(12.39)。

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 日前返还给保单持有人。

5 个人账户的运作管理

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您设立个人万能账户（即个人账户）。

首次投保或续保时，您支付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。

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）您支付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；

（2）如果保单是由其他保险公司转移到本公司的，原保单的账户价值须转入本公司，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；

（3）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；

（4）个人账户价值可用于被保险人退休后购买商业健康保险支出和退休后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；

（5）依据本合同第 4.4 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；

（6）依据本合同第 11.1 条的约定，当我们将多收的风险保险费无息退还至被保险人的个人账户，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，本合同的账户价值随即转移至您指定的保险公司，本合同终止。

5.3 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。

5.3.1 结算利率

根据国务院保险监督管理机构的有关规定，我们每月结合万能单独账户的实际投资状况，确定上个结算周期（上个自然月）的结算利率（年化利率），并自每月结算日起 6 个工作日内公布。结算利率不低于个人账户最低保证利率。

结算利率对应的月利率 = $\sqrt[12]{1 + \text{结算利率}} - 1$

5.3.2 个人账户利息

在本合同有效期内，账户利息在每月结算日或本合同终止时结算。我们按本合同每日24时的账户价值与日利率计算当日账户利息，并按计息天数加总得出结算时的账户利息。

在结算日结算，计息天数为本合同当个结算周期的实际经过天数。

日利率= $\frac{\text{公布的结算利率对应的月利率}}{\text{结算周期的实际天数}}$

在非结算日结算，计息天数为本合同当个结算周期的实际经过天数。

日利率= $\frac{\text{最低保证利率对应的月利率}}{\text{结算周期的实际天数}}$

5.4 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 2.5%，并在保险单上载明。本合同在本保险期间的实际结算利率是不确定的，但不低于最低保证利率。

5.5 退保费用

您解除本合同时，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。

5.6 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**未到期净风险保险费(12.40)**，本合同终止。

5.7 个人账户留存

按照本合同第 2.3 条的约定，我们不再接受续保的或您未同意该产品变更的，本合同自保险期间届满日的 24 时起效力终止。若个人账户价值为零，个人账户撤销；若个人账户价值不为零并经您同意，个人账户可继续留存本公司。个人账户留存期间内按以下方式进行处理：

(1) 个人账户按本合同第 5.3 条的约定进行结算且本合同第 2.4.3 条约定的个人账户保险金继续有效；

(2) 个人账户价值为零时，个人账户撤销；

(3) 被保险人身故的，按照本合同第 5.6 条的约定进行个人账户处理。

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) 医疗保险金责任的未到期净风险保险费。

若本合同已发生保险金给付、本合同效力中止或处于宽限期，未到期净风险保险费为零。

7 保单权益转移

7.1 保单权益转移

(1) 若您在投保时选择的保险费交费方式为年交，在本合同有效期内，您可于本合同某一保险期间内申请将本保单权益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保单。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，本合同将于该保险期间届满时终止。

若您在投保时选择的保险费交费方式为月交，在本合同有效期内，您可于本合同某一保险期间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) 申请人的有效身份证件；

2) 保单权益转入时需要的其他相关材料。

(3) 若我们接受您的保单权益转入，我们对被保险人的医疗保险金终身给付限额应扣除被保险人累计已从本公司及其他保险公司个人税收优惠型健康保险产品获得的赔付。

(4) 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支付保险费

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。

8 合同效力的中止及恢复

8.1 效力中止

在本合同效力中止期间，我们不承担医疗保险金、恶性肿瘤持续治疗关爱金和健康管理服务保险责任，但个人账户保险金责任继续有效。

8.2 效力恢复

自本合同效力中止后2年内，您可以申请恢复合同效力。

您应填写恢复合同效力申请书，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，做出是否同意恢复合同效力的决定。

经我们与您协商并达成协议，在您支付相应保险费的次日零时起，合同效力恢复。

自本合同效力中止之日起满2年您和我们未能达成协议的，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。

9 合同解除

9.1 解除合同的手续及风险

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的原件：

- (1) 本合同；
- (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的现金价值。

您在犹豫期后解除合同会遭受一定损失。

10 如实告知

10.1 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。

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

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性别在投保单上填明，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。我们行使合同解除权适用“本公司合同解除权的限制”的规定。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风险保险费。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。

(2) 您申报的被保险人年龄或者性别不真实，致使您实付风险保险费少于应付风险保险费的，我们有权更正并要求您补交风险保险费。若已经发生保险事故，在给付保险金时按实付风险保险费和应付风险保险费的比例给付。

(3) 您申报的被保险人年龄或者性别不真实，致使您实付风险保险费多于应付风险保险费的，我们会将多收的风险保险费无息退还至被保险人的个人账户。

11.2 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。

11.3 被保险人状态变更

在本合同有效期内，若被保险人的公费医疗或基本医疗保险状态、纳税状态发生变更，您或被保险人须及时通知我们。我们有权根据被保险人最新的公费医疗或基本医疗保险状态对保险责任进行相应调整。

续保时，您或被保险人需告知我们被保险人最新的公费医疗或基本医疗保险状态。

11.4 补充医疗保险状态变更

在本合同有效期内，若被保险人的补充医疗保险状态发生变更，您或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险费进行相应调整。

11.5 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所发送的有关通知，均视为已送达给您。

11.6 争议处理

本合同履行过程中，双方发生争议时，可以从下列两种方式中选择一种争议处理方式：

(1) 因履行本合同发生的争议，由双方协商解决，协商不成的，提交保险单签发地的市仲裁委员会仲裁；

(2) 因履行本合同发生的争议，由双方协商解决，协商不成的，依法向被告住所地人民法院起诉。

11.7 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，鉴定费用由委托方承担。

12 释义

12.1 保单年度

从保险合同生效日或生效对应日的次日零时起至下一年度保险合同生效对应日24时止为一个保单年度。

12.2 保险费约定支付日

保险合同生效日在每月、每季、每半年或每年（根据支付方式确定）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。

12.3 周岁

指按有效身份证件文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1年增加1岁，不足1年的不计。

12.4 公费医疗

指公费医疗制度，是国家为保障国家工作人员身体健康而实行的一项社会保障制度。国家通过

医疗卫生部门向享受人员提供制度规定范围内的免费医疗预防。

12.5 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。

12.6 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，周岁年龄以法定有效身份证件中记载的出生日期为计算基础。

12.7 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。

12.8 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。

12.9 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。

12.10 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，且应当同时满足以下四项条件：

(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属地基本医疗保险基金支付范围内的各类医疗费用。

12.11 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。

12.12 保险单周年日

指自本合同生效日起每隔1年（按公历计算）对应的日期。如果当月无对应的同一日，则以该月最后一日为对应日。

12.13 当地

指被保险人的基本医疗保险参保所属地。

12.14 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。

12.15 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，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。

12.16 药品费

药品费是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。

12.17 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。**

12.18 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。**

12.19 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。

12.20 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。**

12.21 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。

12.22 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T1N0M0期或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。

12.23 退休

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。

12.24 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。

12.25 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。

12.26 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。

12.27 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。

12.28 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。

12.29 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）未在行驶证检验有效期内依法按时进行或者未通过机动车安全技术检验的。

12.30 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。

12.31 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。

12.32 攀岩

指攀登悬崖、楼宇外墙、人造悬崖、冰崖、冰山等运动。

12.33 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。

12.34 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。

12.35 特技表演

指进行马术、杂技、驯兽等表演。

12.36 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。

12.37 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。

12.38 医院

指具备由政府卫生行政管理部门颁发的、合法有效的医疗机构职业许可证并符合下列条件之一的公立或基本医疗保险定点医疗机构，及我们指定属于本合同就诊范围的其他医院：

(1) 二级或二级以上的医院、二级或二级以上的妇幼保健院、住院床位在100张及以上的医院，但不包括上述医院的康复病房以及精神病医院、皮肤病医院、整形外科医院、美容医院、康复医院和疗养院；

(2) 我们认可的、为受伤者和患病者提供全日24小时诊断和治疗服务的医疗机构。

12.39 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）。

12.40 未到期净风险保险费

其计算公式为：

$$\text{未到期净风险保险费} = \text{最后一期已付风险保险费} \times (1 - 25\%) \times \left(1 - \frac{\text{该风险保险费所保障的已经过天数}}{\text{该风险保险费所保障的天数}} \right)$$

经过天数不足一天的按一天计算。

（完）

附件一：保险金给付限额表及保险金给付比例表

保险金给付限额表		
单位：人民币元		
保险责任	投保人群	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		
一、医疗保险金年度给付限额		
（一）住院及前后门诊医疗费用保险金年度给付限额	300,000	40,000
住院及前后门诊单一材料费用年度给付限额	300,000	40,000
	30,000	5,000
（二）特定门诊治疗费用保险金年度给付限额	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）年度给付限额	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）终身给付限额	100,000	100,000
（四）慢性病门诊治疗费用保险金年度给付限额	3,000	1,000
二、医疗保险金终身给付限额	800,000	150,000
三、恶性肿瘤持续治疗关爱金年度金额	10,000	2,000

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。

保险金给付比例表		
费用类型	基本医疗保险基金支付范围内的费用	基本医疗保险基金支付范围外的附件二、附件三约定的费用
医疗保险责任		
（一）住院医疗费用保险金	100%	80%
（二）住院前后门诊费用保险金	100%	80%
（三）特定门诊治疗费用保险金	100%	80%
（四）恶性肿瘤靶向化疗药物费用保险金	—	90%
（五）慢性病门诊治疗费用保险金	100%	80%

附件二：本合同约定的当地基本医疗保险基金支付范围外的医疗费用

本合同约定的当地基本医疗保险基金支付范围外的医疗费用，指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）发生的，当地基本医疗保险基金支付范围外的下列项目的医疗费用：

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)进行的检查和治疗项目；
- 2、应用多肿瘤标志物蛋白芯片检测进行的检查；
- 3、应用氩氦激光血管内照射进行的治疗项目；

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。

附件三：本合同约定的当地基本医疗保险基金支付范围外的恶性肿瘤靶向化疗药物费用

本合同约定的当地基本医疗保险基金支付范围外的恶性肿瘤靶向化疗药物费用，指被保险人使用当地基本医疗保险基金支付范围外的下列恶性肿瘤靶向化疗药物产生的费用：

恶性肿瘤靶向化疗药物列表			
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	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	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，定期更新以上恶性肿瘤靶向化疗药物列表，并经国务院保险监督管理机构审批后向社会公布。