



请扫描以查询验证条款

中国人民健康保险股份有限公司

爱健康个人税收优惠型健康保险（万能型）A 款条款

1. 合同基本信息

- 1.1 合同构成** 个人税收优惠型健康保险（万能型）合同（以下简称“本合同”）由保险单及所附爱健康个人税收优惠型健康保险（万能型）A 款条款（以下简称“本条款”）、投保单、与本合同有关的投保文件、合法有效的声明、批注、批单及其他书面协议共同构成。
- 1.2 投保范围**
- （1）被保险人范围：
- 凡 16 周岁以上的，投保时正参加公费医疗或**基本医疗保险**（见 10.1），投保时未**满法定退休年龄**（见 10.2）的，且投保时根据其健康状况确定为**非既往症**（见 10.3）的**适用商业健康保险税收优惠政策的纳税人**（见 10.4），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**（见 10.5）**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**（见 10.6），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**。
- 1.3 合同成立及生效** 投保人提出保险申请、本公司同意承保，本合同成立。
- 本合同的**成立日**以保险单记载的日期为准。
- 除另有约定外，自本合同成立、本公司收取保险费并签发保险单的次日零时起本合同生效，本公司开始承担保险责任，合同生效日期在保险单上载明。生效对应日、保单年度均以该日期计算。
- 1.4 犹豫期** 自您签收本合同的次日零时起，有 10 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。
- 如果您已享受税收优惠，在您补交税收优惠额度后，本公司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，您须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**（见 10.7）；
- （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。
- 自本公司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**，本公司**不承担**给付保险金的责任。

2. 本公司提供的保障

- 2.1 **保险金额** 本合同的保险金额见附表。
- 2.2 **保险期间** 本合同的保险期间自本合同生效日零时开始，至保险单上载明的保险期间期满日的24时止。
- 对于医疗险保险金责任和健康管理服务，本公司在保险期间内按照每个保单年度收取风险保险费（见本条款第4.2条“风险保险费”），并承担相应保单年度内的医疗险保险金给付责任和提供健康管理服务。
- 2.3 **保证续保** 本合同采取保证续保方式，本公司对被保险人保证续保最高至被保险人年满法定退休年龄后的第一个年生效对应日。
- 在保证续保期间内，本公司不会因被保险人的健康状况而拒绝投保人续保。**
- 在保证续保期间内，您未在本合同保险期间届满日之前向本公司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，向本公司交纳续期保险费的，本合同于保险期间届满的次日起延续有效一年。
- 若被保险人经与本公司协商解除本合同后再次投保本产品，本公司有权对其健康状况进行核保。**
- 2.4 **保险责任** 在本合同保险期间内，本公司承担下列保险责任：
- 2.4.1 **医疗保险金** 本保险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**（见10.8）的医疗费用。
- 在本合同保险期间内，本公司在上述保障范围内承担下列医疗保险金保险责任：
- 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**（见10.9）治疗的，对于其每次住院实际发生并支付的符合本合同保障范围的住院医疗费用，本公司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**（见10.10）、**住院手术费**（见10.11）、**床位费**（见10.12）和**其他费用**（见10.13）。
- 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保障范围的**门诊**（见10.14）治疗费用，本公司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。
- 每一保单年度内，本公司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表中所列的保单年度内住院及前后门诊医疗费用保险金给付

限额为限；本公司在每一保单年度内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住院及前后门诊医疗费用保险金给付限额时，该保单年度本公司对被保险人的该项保险责任终止。

本合同有效期内，本公司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表中所列的有效期内医疗费用保险金给付限额为限；本公司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达到有效期内医疗费用保险金给付限额时，本公司在合同有效期内对被保险人的该项保险责任终止。

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保障范围的特定门诊治疗费用，本公司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，按照本合同附表所列的给付比例给付特定门诊治疗费用保险金。

每一保单年度内，本公司对被保险人累计给付的特定门诊治疗费用保险金以附表中所列的保单年度内特定门诊治疗费用保险金给付限额为限。

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保障范围的门诊治疗费用，本公司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，按照本合同附表所列的给付比例给付慢性病门诊治疗费用保险金。

每一保单年度内，本公司对被保险人累计给付的慢性病门诊治疗费用保险金以附表中所列的保单年度内慢性病门诊治疗费用保险金给付限额为限。

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。

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附表中所列的保证续保期间内累计医疗费用保险金给付限额时，保证续保期间内的各项医疗保险金责任均终止。

特别约定

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，则本公司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%；

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，本公司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%；

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，本公司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，被保险人需向本公司申请，本公司将按照与国产普通型材料费用相同的方式给予赔付。

2.4.2 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。

- 2.5 健康管理服务** 在本合同有效期内，本公司提供下列健康管理服务：
- 健康档案** 在被保险人同意的前提下，本公司将为被保险人建立健康档案，将被保险人的健康医疗信息整理记录，定期收集更新，供被保险人查阅和使用。
- 健康咨询** 被保险人可通过本公司客户服务热线、官网或移动客户端，针对与健康有关的问题和就医指导等方面的问题进行咨询。本项服务属信息咨询及建议性质，不构成医疗诊断及医疗意见。
- 健康评估** 被保险人提供个人健康资料，并配合填写健康评估问卷后，本公司将为被保险人提供个人健康评估，并给出健康促进建议。
- 本公司在本合同犹豫期之后为被保险人提供上述各项健康管理服务。
- 2.6 增值服务** 在本合同有效期内，本公司提供下列增值服务：
- 恶性肿瘤门诊挂号预约服务** 被保险人经本公司认可的医院（见 10.15）专科医生（见 10.16）确诊初次发生本合同约定的恶性肿瘤（见 10.17）的，根据被保险人的申请，本公司可为被保险人提供本公司签约的防癌网络医疗机构（见 10.18）内副主任医生及以上（不指定医生）专家门诊挂号预约服务。本合同有效期内，本公司因被保险人初次发生本合同约定的恶性肿瘤而提供的门诊挂号预约服务以 3 次为限。
- 恶性肿瘤第二诊疗意见服务** 被保险人经本公司认可的医院专科医生确诊初次发生本合同约定的恶性肿瘤，在已经获得诊断（第一诊疗意见）的基础上，根据被保险人的申请，本公司可为被保险人提供 1 次本公司签约的防癌网络医疗机构内第二诊疗意见服务。该项服务由国内相关领域的医学专家针对疾病的诊断和治疗方案给出相应的建议，供被保险人参考。
- 本合同有效期内，本公司因被保险人初次发生本合同约定的恶性肿瘤而提供的恶性肿瘤第二诊疗意见服务以 1 次为限。
- 本公司对恶性肿瘤第二诊疗意见及被保险人根据恶性肿瘤第二诊疗意见所进行的医疗行为不承担责任。
- 本公司在本合同犹豫期之后为被保险人提供上述各项增值服务。
- 2.7 补偿原则** 本公司在向受益人给付保险金时，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本公司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，本公司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途径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。
- 2.8 责任免除** 因下列情形之一导致被保险人发生医疗费用的，本公司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（见 10.19）（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（见 10.20）、主动吸食或注射毒品（见 10.21）；
- (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（见 10.22）、无合法有效驾驶证驾驶（见 10.23）或驾驶无有效行驶证（见 10.24）的机动车（见 10.25）；
- (9) 被保险人参加潜水（见 10.26）、跳伞或其他空中运动、登山、攀岩（见 10.27）或攀爬建筑物、探险（见 10.28）、武术比赛（见 10.29）、摔跤比赛、特技表演（见 10.30）、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（见 10.31）、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（见 10.32）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. 保险金的申请与给付

- | | | |
|-----|--------|---|
| 3.1 | 受益人 | 本合同保险金的受益人为被保险人本人。 |
| 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 日内通知本公司。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，本公司对无法确定的部分，不承担给付保险金的责任，但本公司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本公司确定保险事故的性质、原因、损失程度的除外。 |
| 3.3 | 保险金申请 | 在申请保险金时，应依据下列方式办理： |
| | 医疗保险金申 | 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 |

请

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；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，本公司留存其原件；
- (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。

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。

特别注意事项

以上证明和资料不完整的，本公司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 保险金给付

本公司在收到领取保险金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。对属于保险责任的，本公司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。

本公司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。利息按照本公司确定的利率按单利计算，且本公司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，本公司自作出核定之日起 3 日内向受益人发出拒绝给付保险金通知书并说明理由。

本公司在收到领取保险金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；本公司最终确定给付保险金的数额后，将支付相应的差额。

本公司有权对理赔进行核查，您和被保险人有义务提供本公司所要求的相关材料。

如果受益人向本公司提起虚假的保险金申请，本公司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。

- 3.5 **诉讼时效** 被保险人向本公司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。

4. 保险费的交纳及费率调节机制

- 4.1 **保险费的交纳** 本合同的保险费和交费方式由您与本公司约定，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和健康管理服务对应的风险保险费，且须符合投保当时国务院保险监督管理机构对个人税优健康保险的相关规定以及本公司的规定。
- 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，应当在保险费约定交纳日交纳以后各期的保险费。
- 在本合同的有效期内，您可向本公司申请变更交费标准，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本公司规定的最低标准，且应符合个人税收优惠型健康保险的相关政策规定。
- 本公司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。
- 4.2 **风险保险费** 本公司对本合同承担的 2.4.1 条的医疗保险金责任和 2.5 条的健康管理服务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、保险金额和其他因素确定。
- 4.3 **宽限期** 如果您到期未交纳保险费，自保险费约定交纳日的次日零时起 60 日为保险费交纳的宽限期。宽限期内发生的保险事故，本公司仍承担给付医疗保险金责任和提供健康管理服务，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，则本合同自宽限期满日的 24 时起效力中止，本公司将不再承担医疗保险金保险责任，且不再提供健康管理服务和增值服务。
- 若您宽限期结束后交纳保险费的，本公司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（见 10.33）。
- 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，本公司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，本公司于本合同生效时设立个人万能账户。
- 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，本公司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** 在本合同保险期间内，个人账户价值按如下方法计算：

的计算

- (1) 您缴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;
- (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) 本公司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) 每个保险期间期满后的首个结算日零时,如果个人账户价值低于个人账户最低保证价值的,本公司将个人账户价值调升至个人账户最低保证价值;
- (5) 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;
- (6) 依据本合同 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;
- (7) 依据本合同 9.2 条的约定,当多收的风险保险费无息退还到个人账户,个人账户价值按退还的金额等额增加;
- (8) 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。

结算利率 本公司每月将根据国务院保险监督管理机构的有关规定,结合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。

个人账户利息 本公司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,按本公司本月公布的上个月的结算利率进行累积。

如果本合同终止,本公司在本合同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累积。

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 2.5%。本合同在本保险期间内的实际结算利率不会低于最低保证利率。
本公司将在每个保险期间期满日后的首个结算日零时,根据最低保证利率计算个人账户最低保证价值。

5.5 退保费用 您解除本合同时,本公司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,本公司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,本合同终止。

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) 医疗保险金责任和健康管理服务的未满期净保险费。

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，未满期净保险费为零。

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一次性交纳，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，本公司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，本合同将于该保单年度周年日终止。

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，本公司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) 您申请并经本公司审核同意后，本公司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) 若本公司接受您的保单权益转入的，本公司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。

(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交纳保险费或者保单状态为中止的，本公司有权拒绝该保单权益的转入。若您未通过本公司的审核，本公司保留拒绝转入的权利。

8. 合同解除

8.1 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本公司提供下列资料的原件：

- (1) 本合同；
- (2) 您的有效身份证件。

自本公司收到解除合同申请书时起，本合同终止。本公司自收到解除合同申请书之日起 30 日内向您退还现金价值。

9. 其他需要关注的事项

9.1 明确说明与如实告知 订立本合同时，本公司应当向您明确说明本合同的内容。对保险条款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。

本公司会就您和被保险人的有关情况提出书面询问，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。合同解除权自本公司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，本公司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，本公司不承担给付保险金的责任，但应当向您退还保险费。

本公司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，本公司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。

本公司在合同订立时已经知道您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，本公司承担给付保险金的责任。

- 9.2 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，本公司有权解除本合同，合同解除权自本公司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，本公司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，本公司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，致使您实交风险保险费少于应交风险保险费的，本公司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，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。
 - (3) 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，本公司会将多收的风险保险费无息退还到个人账户。
- 9.3 合同内容变更** 在本合同有效期内，经您与本公司协商一致，可以变更本合同的有关内容。变更本合同的，应当由本公司在保险单或者其他保险凭证上批注或者附贴批单，或者由您与本公司订立书面的变更协议。
- 9.4 被保险人状态变更** 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本公司。本公司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，被保险人需向本公司提供有无参加公费医疗或基本医疗保险的证明。
- 9.5 联系方式变更** 为了保障您的合法权益，您的住所、通讯地址或者电话等联系方式变更时，请及时以书面形式或者双方认可的其他形式通知本公司。如果您未以书面形式或者双方认可的其他形式通知本公司，本公司按本合同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。
- 9.6 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 _____ 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,依法向人民法院起诉。

9.7 **保险事故鉴定** 如果被保险人发生保险事故,您和本公司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。

10. 释义

10.1 **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。

10.2 **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。

10.3 **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。

10.4 **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。

10.5 **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。

10.6 **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。

10.7 **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,被保险人须向本公司提供能够证明其身份的合理唯一的其他有效身份证件。

10.8 **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。

对是否医疗必需由本公司理赔人员根据客观、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。

- 10.9 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、挂床住院及**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，本公司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。
- 10.10 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，且已经过本公司审核同意的药品。
- 10.11 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。**
- 10.12 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。
- 10.13 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。
- 10.14 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。

- 10.15 **本公司认可的医院** 指依法设立的国家卫生部医院等级分类中的二级甲等或二级甲等以上医疗机构，但不包括疗养院、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。
- 10.16 **专科医生** 指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。
- 10.17 **恶性肿瘤** 是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。
- 10.18 **防癌网络医疗机构** 指本公司建立的为被保险人提供恶性肿瘤诊疗服务的医疗机构网络，被保险人可登录本公司官方网站(www.picchealth.com)或者致电(95591 或 4006695518)查询。
 本公司保留不定期调整防癌网络医疗机构的权利。本公司调整防癌网络医疗机构的，将向投保人发送通知，调整后的防癌网络医疗机构自本公司发送通知之日起生效，通知另有约定的除外。
- 10.19 **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。
- 10.20 **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。
- 10.21 **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。
- 10.22 **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。
- 10.23 **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。

- 10.24 **无有效行驶证** 指下列情形之一:
- (1) 机动车被依法注销登记的;
 - (2) 未依法按时进行或者通过机动车安全技术检验。
- 10.25 **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。
- 10.26 **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。
- 10.27 **攀岩** 指攀登悬崖、楼宇外墙、人造悬崖、冰崖、冰山等运动。
- 10.28 **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。
- 10.29 **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。
- 10.30 **特技表演** 指进行马术、杂技、驯兽等表演。
- 10.31 **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。
- 10.32 **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。
- 10.33 **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)。

附表：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
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保险金额	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
（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：若本公司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%，本公司应向被保险人自动补齐相关差额。