

财 政 部 税 务 总 局 文 件 保 监 会

财税〔2017〕39号

财政部 税务总局 保监会关于将商业健康 保险个人所得税试点政策推广到 全国范围实施的通知

各省、自治区、直辖市、计划单列市财政厅（局）、地方税务局、
保监局，新疆生产建设兵团财务局：

自2017年7月1日起，将商业健康保险个人所得税试点政策推广到全国范围实施。现将有关问题通知如下：

一、关于政策内容

对个人购买符合规定的商业健康保险产品的支出，允许在当年

(月)计算应纳税所得额时予以税前扣除,扣除限额为2400元/年(200元/月)。单位统一为员工购买符合规定的商业健康保险产品的支出,应分别计入员工个人工资薪金,视同个人购买,按上述限额予以扣除。

2400元/年(200元/月)的限额扣除为个人所得税法规定减除费用标准之外的扣除。

二、关于适用对象

适用商业健康保险税收优惠政策的纳税人,是指取得工资薪金所得、连续性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。

三、关于商业健康保险产品的规范和条件

符合规定的商业健康保险产品,是指保险公司参照个人税收优惠型健康保险产品指引框架及示范条款(见附件)开发的、符合下列条件的健康保险产品:

(一)健康保险产品采取具有保障功能并设立有最低保证收益账户的万能险方式,包含医疗保险和个人账户积累两项责任。被保险人个人账户由其所投保的保险公司负责管理维护。

(二)被保险人为16周岁以上、未满法定退休年龄的纳税人群。保险公司不得因被保险人既往病史拒保,并保证续保。

(三)医疗保险保障责任范围包括被保险人医保所在地基本医疗保险基金支付范围内的自付费用及部分基本医疗保险基金支付范围外的费用,费用的报销范围、比例和额度由各保险公司根

据具体产品特点自行确定。

(四) 同一款健康保险产品，可依据被保险人的不同情况，设置不同的保险金额，具体保险金额下限由保监会规定。

(五) 健康保险产品坚持“保本微利”原则，对医疗保险部分的简单赔付率低于规定比例的，保险公司要将实际赔付率与规定比例之间的差额部分返还到被保险人的个人账户。

根据目标人群已有保障项目和保障需求的不同，符合规定的健康保险产品共有三类，分别适用于：1. 对公费医疗或基本医疗保险报销后个人负担的医疗费用有报销意愿的人群；2. 对公费医疗或基本医疗保险报销后个人负担的特定大额医疗费用有报销意愿的人群；3. 未参加公费医疗或基本医疗保险，对个人负担的医疗费用有报销意愿的人群。

符合上述条件的个人税收优惠型健康保险产品，保险公司应按《保险法》规定程序上报保监会审批。

四、关于税收征管

(一) 单位统一组织为员工购买或者单位和个人共同负担购买符合规定的商业健康保险产品，单位负担部分应当实名计入个人工资薪金明细清单，视同个人购买，并自购买产品次月起，在不超过200元/月的标准内按月扣除。一年内保费金额超过2400元的部分，不得税前扣除。以后年度续保时，按上述规定执行。个人自行退保时，应及时告知扣缴单位。个人相关退保信息保险公司应及时传递给税务机关。

(二) 取得工资薪金所得或连续性劳务报酬所得的个人，自

行购买符合规定的商业健康保险产品的，应当及时向代扣代缴单位提供保单凭证。扣缴单位自个人提交保单凭证的次月起，在不超过200元/月的标准内按月扣除。一年内保费金额超过2400元的部分，不得税前扣除。以后年度续保时，按上述规定执行。个人自行退保时，应及时告知扣缴义务人。

（三）个体工商户业主、企事业单位承包承租经营者、个人独资和合伙企业投资者自行购买符合条件的商业健康保险产品的，在不超过2400元/年的标准内据实扣除。一年内保费金额超过2400元的部分，不得税前扣除。以后年度续保时，按上述规定执行。

五、关于部门协作

商业健康保险个人所得税税前扣除政策涉及环节和部门多，各相关部门应密切配合，切实落实好商业健康保险个人所得税政策。

（一）财政、税务、保监部门要做好商业健康保险个人所得税优惠政策宣传解释，优化服务。税务、保监部门应建立信息共享机制，及时共享商业健康保险涉税信息。

（二）保险公司在销售商业健康保险产品时，要为购买健康保险的个人开具发票和保单凭证，载明产品名称及缴费金额等信息，作为个人税前扣除的凭据。保险公司要与商业健康保险信息平台保持实时对接，保证信息真实准确。

（三）扣缴单位应按照本通知及税务机关有关要求，认真落实商业健康保险个人所得税税前扣除政策。

(四) 保险公司或商业健康保险信息平台应向税务机关提供个人购买商业健康保险的相关信息，并配合税务机关做好相关税收征管工作。

六、关于实施时间

本通知自2017年7月1日起执行。自2016年1月1日起开展商业健康保险个人所得税政策试点的地区，自2017年7月1日起继续按本通知规定的政策执行。《财政部 国家税务总局 保监会关于开展商业健康保险个人所得税政策试点工作的通知》(财税〔2015〕56号)、《财政部 国家税务总局 保监会关于实施商业健康保险个人所得税政策试点的通知》(财税〔2015〕126号)同时废止。

附件:1. 个人税收优惠型健康保险产品指引框架

2. 个人税收优惠型健康保险(万能型)A款示范条款
3. 个人税收优惠型健康保险(万能型)B款示范条款
4. 个人税收优惠型健康保险(万能型)C款示范条款



信息公开选项：主动公开

抄送：各省、自治区、直辖市、计划单列市国家税务局，财政部驻各省、自治区、直辖市、计划单列市财政监察专员办事处。

财政部办公厅

2017年4月28日印发



个人税收优惠型健康保险产品指引框架

一、 基本信息

1. 保障范围

个人税收优惠型健康保险产品采取万能险方式，包含医疗保险和个人账户积累两项责任。

2. 被保险人范围

凡 16 周岁以上的、未满法定退休年龄者，身体健康且适用商业健康保险税收优惠政策的纳税人（健康人群），或者投保时根据其健康状况确定为既往症（见名词释义 6）且投保时连续纳税满一年的适用商业健康保险税收优惠政策的纳税人（既往症人群），均可作为保险合同的被保险人。

3. 被保险人投保年龄

16 周岁以上，且未满法定退休年龄。

4. 保险期间

医疗保险：一年期，可保证续保至法定退休年龄。

个人账户累积：长期。

5. 等待期

本产品无等待期。

6. 交费方式

年交、月交。

二、 保险责任

根据目标人群的不同，保险公司可将个人税收优惠型健康保险产品设计为三种类型。

1. 产品形态一

(1) 目标人群：已参加公费医疗或基本医疗保险，且经过公费医疗或基本医疗保险报销后对个人负担的医疗费用有保障需求的人群。

(2) 最低保障范围：被保险人医保所属地基本医疗保险基金支付范围内自付的费用及基本医疗保险基金支付范围外的部分费用，保险公司应当通过列举法或者排除法明确

给予给付的费用范围。

(3) 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）住院治疗的，对于其住院发生的医疗必需且合理的保险合同约定的住院医疗费用，在该保单年度余额内，按照附表中的约定给付医疗保险金。

住院费用包括住院期间实际发生的药品费、住院手术费、床位费和其他费用之和。

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治疗的，对于因与该次住院相同原因在该次住院前 7 日（含住院当日）以及出院后 30 日内（含出院当日）发生的医疗必需且合理的门诊治疗费，在该保单年度余额内，按照附表中的约定给付医疗保险金。

合同约定的门诊治疗费用包括医生诊断、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治疗的，对其每次门诊实际发生的医疗必需且合理的特定门诊治疗费用，在该保单年度余额内，按照附表中的约定给付保险金。

4) 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的医疗必需且合理的门诊治疗费用，在该保单年度余额内，按照附表中的约定给付保险金。

若被保险人在其医保所属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，则保险公司承担的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%。

每一保单年度内，保险公司对被保险人累计给付的各项医疗保险金金额以附表对应责任的保险金额为限。

若单个保单年度各单项医疗保险金累计给付金额达到约定金额时，该保单年度该项保险责任终止。同时，若单个保单年度内各项医疗保险金累计给付金额之和达到附表约定的单个保单年度内医疗费用保险金额时，该保单年度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约定的保证续保期间内累计医疗费用赔付限额时，则保证续保期间内的各项医疗保险金

责任均终止。

2. 产品形态二

- (1) 目标人群：已参加公费医疗或基本医疗保险，且经过公费医疗或基本医疗保险报销后对个人负担的大额医疗费用有保障需求的人群。
- (2) 最低保障范围：被保险人医保所属地基本医疗保险基金支付范围内自付的费用及基本医疗保险基金支付范围外的部分费用，保险公司应当通过列举法或者排除法明确给予给付的费用范围。
- (3) 保险责任：
 - 1) 住院医疗费用保险金：同产品形态一。
 - 2) 住院前后门诊费用保险金：同产品形态一。
 - 3) 特定门诊治疗费用保险金：同产品形态一。

3. 产品形态三

- (1) 目标人群：未参加公费医疗或基本医疗保险，或虽已参加公费医疗或基本医疗保险，但投保前声明自愿放弃公费医疗或基本医疗保险补偿的人群。
- (2) 最低保障范围：纳入被保险人投保所属地基本医疗保险基金支付范围内的费用。
- (3) 保险责任：同产品形态一的保险责任。

三、 责任免除

因下列情形之一导致被保险人发生医疗费用的，保险公司不承担给付保险金的责任，保险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（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，主动吸食或注射毒品；
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、无合法有效驾驶证驾驶或驾驶无有效行驶证的机动车；
9. 被保险人参加潜水、跳伞或其他空中运动、登山、攀岩或攀爬建筑物、探险、武术比赛、摔跤比赛、特技表演、赛马、赛车等高风险运动；
10. 被保险人的戒酒或戒毒治疗、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、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。

四、 经营管理

1. 产品开发原则

本产品指引为个人税收优惠型健康保险基本保障要求，各保险公司在开发产品时可以在此基础上适当放宽医疗保险的承保条件、责任范围或提高保障水平。

保险公司开发产品时，若产品条款有与本产品指引及配套的示范条款不一致的地方，需在上报产品时提供相应说明，指明具体不一致的地方及原因。

2. 保证续保约定

可保证续保至法定退休年龄。

在保证续保期间内，保险公司不得因被保险人的健康状况而拒绝投保人续保。

3. 补偿原则

首次投保及续保时，投保人均需向保险公司提供有无参加公费医疗或基本医疗保险的证明；已参加补充医疗保险的被保险人在投保时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。

在给付保险金时，若被保险人已从公费医疗、基本医疗保险和补充医疗保险获得补偿，保险公司将按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金额后的余额给付保险金，即包括本产品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。

对于产品形态一、二，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，则保险公司承担的费用范围为被保险人已发生的责任范围内的医疗费用的 50%。

4. 既往症人群的管理

对于既往症人群，在投保前以及承担保险责任时需遵循如下原则：

- (1) 对于既往症人群，要求投保时必须已连续缴纳个人所得税满 1 年；
- (2) 既往症人群在续保时通过核保，被认定为已恢复健康的，可按照健康人群承保，但其保证续保期间内累计医疗费用保险金额需扣除该被保险人在保证续保期间内累计已赔付的金额。

5. 投保管理

若投保人以个人名义投保，需向保险公司提供可以证明其符合纳税人资格的相关材料。

若投保人所在团体组织第一次组织办理投保相关事宜后的一年内投保人未选择投保，该投保人投保时保险公司可对该投保人采取个人核保的方式，审核通过后方可投保。若该投保人为投保团体组织新入职员工且已通过投保团体入职体检，则不受上述限制。

6. 保单权益转移及退保

对于保单权益转移，保险公司不设置犹豫期，但允许保险公司对该保单进行核保。

对于处在宽限期或者中止状态的保单，不允许保单权益转移。

退保后的被保险人再次投保时，保险公司可以对其进行个人核保。

7. 不实告知

如果被保险人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，保险公司不承担给付保险金的责任，并不退还保险费，保险责任终止。

如果被保险人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，保险公司不承担给付保险金的责任，但应当向投保人退还保险费，保险责任终止。

保险公司有权通过中国商业健康保险信息平台，对被保险人的个人信息进行查询。如发现被保险人或被保险人所在团体组织存在不如实告知的情况，保险公司可以在保险有效期内的续保保单年度对被保险人或其所在团体组织设定相应的投保限制条件。

8. 理赔管理

保险公司应对理赔进行详细审核，确保被保险人发生的医疗费用是医疗必需且合理的。

9. 费率浮动机制

保险公司可在基准费率的基础上，按照被保险人所在地区的不同根据相关规定进行费率浮动。

保险公司可以根据团体组织中被保险人整体风险状况按相关规定进行费率下浮，但不得对费率进行上浮。

10. 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。

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）

全部赔款包括已决赔款和未决赔款；额外费用是用于提供给被保险人的增值服务费用（例如健康管理费用）；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）。

保险公司需在下一会计年度的 3 月 31 日前，根据《个人税收优惠型健康保险业务管理暂行办法》将差额部分返还到被保险人的个人账户。

返还方式由各保险公司根据自身情况自行制定。

11. 医疗行为管控

(1) 对于产品形态一、二：对于医疗必需的国产普通型材料，保险公司承担的费用范围参照附表。对于基本医疗保险基金支付范围外的医疗必需的进口材料，保险公司承担的费用补偿比例为该材料费用的 30%。若该进口材料无法用类似国产普通型材料替代的，被保险人需向保险公司申请，保险公司按照国产普通型材料费用相同的方式给予赔付。

(2) 保险公司可以严格按照有关政策规定，在医疗机构的合作下，做好对医疗行为的管控；保险公司要通过适当的手段，避免过度医疗等不合理的就医行为。

五、 名词释义

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。

2. 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。

3. 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。

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。

5. 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，被保险人须向保险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。

6. 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。

7. 纳税

是指税收中的纳税人的执行过程，即根据国家各种税法的规定，按照一定的比率，把集体或个人收入的一部分缴纳给国家，且缴纳的金额需大于零。

8. 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，一次离开医疗机构 12 小时以上，视为自动离开医疗机构，保险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。

9. 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或进口药品，包括西药、中成药和中草药。

10. 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。

11. 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. 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。

13. 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。

附表：保险金额表及保险金给付比例表

1、保险金额表：

产品形态一和产品形态三

单位：人民币元

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、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

产品形态二

单位：人民币元

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、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
二、保证续保期间内累计医疗费用赔付限额	800,000	150,000

2、保险金给付比例表（仅适用于产品形态一和产品形态二，不适用产品形态三）：

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的费用	基本医疗保险基金支付范围外的费用
（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 (不 适用于产品形态二)	100%	80%

注：若保险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%，保险公司应向被保险人自动补齐相关差额。

XXXX 个人税收优惠型健康保险（万能型）A 款

示范条款

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），投保时未满足法定退休年龄（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，您可以在在此期间提出解除本合同，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，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保险金给付责任。
- 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、肾移植术后抗排斥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 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。

2.6 责任免除

因下列情形之一导致被保险人发生医疗费用的，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 10.15) (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 10.16)，主动吸食或注射毒品 (见 10.17)；
- (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 10.18)、无合法有效驾驶证驾驶 (见 10.19) 或驾驶无有效行驶证 (见 10.20) 的机动车 (见 10.21)；
- (9) 被保险人参加潜水(见 10.22)、跳伞或其他空中运动、登山、攀岩(见 10.23) 或攀爬建筑物、探险 (见 10.24)、武术比赛 (见 10.25)、摔跤比赛、特技表演 (见 10.26)、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 10.27)、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 10.28) 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 (1) 在申请保险金时，应依据下列方式办理：
- 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：
- (2) 本合同；
 - (3) 受益人的有效身份证件；
 - (4) 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；
 - (5) 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；
 - (6) 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；
 - (7) 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对应的风险保险费，且须符合投保当时中国保险监督管理委员会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，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。
- 若您在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 10.29）。
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，您缴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) 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在保险单上载明。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，本公司将扣除相应的退保费用。
- 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) 医疗保险金责任的未到期净保险费。
- 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，未到期净保险费为零。

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，您可用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，您可用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给您。
- 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** 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

变更	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, 并确实是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	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。
10.16	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。
10.17	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。
10.18	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。
10.19	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。
10.20	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。
10.21	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。
10.22	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。
10.23	攀岩	指攀登悬崖、楼宇外墙、人造悬崖、冰崖、冰山等运动。
10.24	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。

- 10.25 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。
- 10.26 特技表演 指进行马术、杂技、驯兽等表演。
- 10.27 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。
- 10.28 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。
- 10.29 简单赔付率
$$\text{某一会计年度的简单赔付率} = \frac{\text{发生在该会计年度保单有效期内的全部赔款} + \text{该会计年度的额外费用}}{\text{在该会计年度经过有效的保单的全部经过保费}} * 100\%$$

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、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。

XXXX 个人税收优惠型健康保险（万能型）B 款

示范条款

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”）由保险单及所附个人税收优惠型健康保险（万能型）B 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），投保时未满足法定退休年龄（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。
- （2）投保人范围：本合同的投保人为被保险人本人。投保人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，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 10.6）；
- （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，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保险金给付责任。
- 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10.7）的医疗费用。
在本合同保险期间内，若被保险人单个保单年度内个人自费用高于本合同约定的金额时（被保险人需向本公司提出申请，本公司审核后认为确实属于医疗必需且合理的费用可以纳入保障范围），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10.8）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10.9）、住院手术费（见10.10）、床位费（见10.11）和其他费用（见10.12）。
- 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10.13）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、肾移植术后抗排斥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。

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 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。

2.6 责任免除

因下列情形之一导致被保险人发生医疗费用的，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 10.14) (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 10.15)、主动吸食或注射毒品 (见 10.16)；
- (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 10.17)、无合法有效驾驶证驾驶 (见 10.18) 或驾驶无有效行驶证 (见 10.19) 的机动车 (见 10.20)；
- (9) 被保险人参加潜水(见 10.21)、跳伞或其他空中运动、登山、攀岩(见 10.22) 或攀爬建筑物、探险 (见 10.23)、武术比赛 (见 10.24)、摔跤比赛、特技表演 (见 10.25)、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 10.26)、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 10.27) 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

(1) 在申请保险金时，应依据下列方式办理：

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：

- (2) 本合同；
- (3) 受益人的有效身份证件；
- (4) 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）；接受住院前后门诊和特定门诊治疗的，还需提供门诊病历和处方；
- (5) 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；
- (6) 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；
- (7) 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，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。

若您在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 10.28）。

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，您缴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) 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在保险单上载明。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，本公司将扣除相应的退保费用。
- 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) 医疗保险金责任的未到期净保险费。
- 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，未到期净保险费为零。

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 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

实告知

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给您。

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有关疾病或症状。
- 10.4 适用商业健康保险税收优惠政策适用范围的纳税人 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 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。
- 10.7 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。

- 10.8 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。
- 10.9 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。
- 10.10 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。
- 10.11 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。
- 10.12 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。
- 10.13 门诊 指被保险人确因临床需要，正式办理挂号手续，并确实是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。
- 10.14 先天性畸形、 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

	变形和染色体异常	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。
10.15	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。
10.16	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。
10.17	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。
10.18	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。
10.19	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。
10.20	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。
10.21	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。
10.22	攀岩	指攀登悬崖、楼宇外墙、人造悬崖、冰崖、冰山等运动。
10.23	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。
10.24	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。
10.25	特技表演	指进行马术、杂技、驯兽等表演。
10.26	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。
10.27	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。
10.28	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
医疗保险责任	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、单个保单年度内医疗费用保险金额			
（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
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			
医疗保险责任	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%

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。

XXXX 个人税收优惠型健康保险（万能型）C 款

示范条款

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”）由保险单及所附个人税收优惠型健康保险（万能型）C 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，投保时未参加公费医疗或基本医疗保险（见 10.1），或虽已参加公费医疗或基本医疗保险，但投保前声明自愿放弃公费医疗或基本医疗保险补偿，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。

(2) 投保人范围：本合同的投保人为被保险人本人。投保人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，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 10.6）；

(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，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保险金给付责任。
- 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医疗必需且合理（见10.7）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10.8）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10.9）、住院手术费（见10.10）、床位费（见10.11）和其他费用（见10.12）。
- 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10.13）治疗费用，本公司在扣除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在地以外的医疗机构就医，则本公司承担的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%。

2.4.2 **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 **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。

2.6 **责任免除** 因下列情形之一导致被保险人发生医疗费用的，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 10.14) (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 10.15），主动吸食或注射毒品（见 10.16）；
 - (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 10.17）、无合法有效驾驶证驾驶（见 10.18）或驾驶无有效行驶证（见 10.19）的机动车（见 10.20）；
 - (9) 被保险人参加潜水（见 10.21）、跳伞或其他空中运动、登山、攀岩（见 10.22）或攀爬建筑物、探险（见 10.23）、武术比赛（见 10.24）、摔跤比赛、特技表演（见 10.25）、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 10.26）、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 10.27）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 | (1) 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：

- (2) 本合同；
- (3) 受益人的有效身份证件；
- (4) 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；
- (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，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。
- 若您在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10.28）。
- 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；
 - (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) 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在保险单上载明。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,本公司将扣除相应的退保费用。

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) 医疗保险金责任的未到期净保险费。

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,未到期净保险费为零。

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,您可用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 您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给您。
- 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 **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。
- 10.7 **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。

- 10.8 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。
- 10.9 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。
- 10.10 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。
- 10.11 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。
- 10.12 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。
- 10.13 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。
- 10.14 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。
- 10.15 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。
- 10.16 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。
- 10.17 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。

- 10.18 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。
- 10.19 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。
- 10.20 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。
- 10.21 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。
- 10.22 攀岩 指攀登悬崖、楼宇外墙、人造悬崖、冰崖、冰山等运动。
- 10.23 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。
- 10.24 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。
- 10.25 特技表演 指进行马术、杂技、驯兽等表演。
- 10.26 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。
- 10.27 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。
- 10.28 简单赔付率
$$\text{简单赔付率} = \frac{\text{发生在该会计年度保单有效期内的全部赔款} + \text{该会计年度的额外费用}}{\text{在该会计年度经过有效的保单的全部经过保费}} \times 100\%$$

 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

保险金额或给付限额表		
		单位：人民币元
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
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保险金额	800,000	150,000

信息公开选项：主动公开

抄送：各省、自治区、直辖市、计划单列市国家税务局，财政部驻各省、自治区、直辖市、计划单列市财政监察专员办事处。

财政部办公厅

2017年4月28日印发

广东省地方税务局

2017年5月16日翻印
