



请扫描以查询验证条款

平安养老保险股份有限公司

平安个人税收优惠型健康保险（万能型）条款

基本部分

1. 合同基本信息

- 1.1 合同构成** 平安个人税收优惠型健康保险（万能型）合同（以下简称“本合同”）由保险单及所附平安个人税收优惠型健康保险（万能型）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 11.1），投保时未**满法定退休年龄**（见 11.2）的，且投保时根据其健康状况确定为非**既往症**（见 11.3）的**适用商业健康保险税收优惠政策的纳税人**（见 11.4），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 11.5）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**（见 11.6）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 15 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 11.7）；
（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 1。
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。 若投保人经与本公司协商解除本合同后再次投保本产品，本公司有权对被保险人健康状况进行核保。
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 11.8）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 11.9）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、 补充医疗保险 （见 11.10）和其他途径已经补偿或给付的部分后，对其余额，按照本合同附表 1 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 11.11）、 住院手术费 （见 11.12）、 床位费 （见 11.13）和 其他费用 （见 11.14）。 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 11.15）治疗费用，本公司在扣除当地公费医疗、基本医疗保险、补充医疗保险和其他途径已经补偿或给付的部分后，对其余额，按照本合同附表 1 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 1 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 1 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**（见 11.16）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、补充医疗保险和其他途径已经补偿或给付的部分后，对其余额，按照本合同附表 1 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 1 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**（见 11.17）、**糖尿病**（见 11.18）、**冠心病**（见 11.19）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、补充医疗保险和其他途径已经补偿或给付的部分后，对其余额，按照本合同附表 1 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 1 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 1 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 1 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 50%。

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，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、补充医疗保险、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，本公司在各项保险金的给付限额内对被保险人获得补偿后的各项费用的余额按照本合同的约定承担相应的保险责任。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 11.20）（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) 被保险人主动吸食或注射**毒品**（见 11.21）；
- (7) 被保险人**酒后驾驶**（见 11.22）**机动车**（见 11.23）；
- (8) 被保险人参加**潜水**（见 11.24）、跳伞或其他空中运动、登山、**攀岩**（见 11.25）或攀爬建筑物、**探险**（见 11.26）、**武术比赛**（见 11.27）、摔跤比赛、**特技表演**（见 11.28）、赛马、赛车等高风险运动；
- (9) 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；
- (10) 疗养、**康复治疗**（见 11.29）、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、非意外事故所致的整容手术；
- (11) 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；
- (12) 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）；
- (13) 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；
- (14) 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；
- (15) 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；
- (16) 质子重离子治疗费用；
- (17) 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。 年风险保险费见附表3,每月的风险保险费为年风险保险费的1/12。
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11.31)。 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日前返还到所有被保险人的个人账户。
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。结算利率为日利率，保证不低于零。
- 个人账户利息** 个人账户利息在每月结算日或本合同终止时结算并计入个人账户。本公司按本合同每日 24 时的个人账户价值与日利率计算当日个人账户利息，并按计息天数加总得出结算时个人账户利息。
- 在结算日结算的，计息天数为本合同上个月的实际经过天数，日利率为公布的结算利率。
- 在本合同终止时结算的，计息天数为本合同当月的实际经过天数，日利率为本合同规定的最低保证利率对应的日利率。
- 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%（对应的日利率为 0.006849%），最低保证利率之上的投资收益是不确定的。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 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**（见 11.30），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；
- (2) 医疗保险金责任的未满期净风险保险费。

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，未满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

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，本公司有权终止本合同各项医疗保险金责任。本公司向您退还未到期净风险保险费。对于本合同各项医疗保险金责任终止前发生的保险事故，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至个人账户。
- 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。
- 在本合同有效期内，如果被保险人的补充医疗保险状态发生变更，被保险人须及时通知本公司。本公司在接到通知后的下一保单年度按照变更后的补充医疗保险状态收取风险保险费。

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，可以达成仲裁协议通过仲裁解决； (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。

补充部分

10. 其他合同条款

10.1	合同内容调整	在本合同有效期内，本公司会根据国家相关法律法规及政策的变化，以及国务院保险监督管理机构相关规定的调整，适时调整合同内容。调整后的内容经国务院保险监督管理机构审批后，在下次续保时适用。
10.2	投保管理	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，该投保人投保时本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。
10.3	特别约定	如果被保险人投保和续保时按照有补充医疗保险支付风险保险费，但在申请保险金之前未通过补充医疗保险取得补偿，则本公司按照“2.4.1 医疗保险金”约定计算得出的保险金金额再乘以 70% 承担各项保险责任。 关于保险责任的其他约定同“2.4 保险责任”。
10.4	基本医疗保险基金支付范围外医疗费用约定	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为附表 2 所列项目的医疗费用。
10.5	其他免责条款	除“2.6 责任免除”外，本合同中还有一些免除保险人责任的条款，详见“1.2 投保范围”、“1.4 犹豫期”、“2.3 保证续保”、“2.4 保险责任”、“2.5 补偿原则”、“3.2 保险事故通知”、“4.3 宽限期”、“6.1 现金价值”、“7.1 保单权益转移”、“9.1 明确说明与如实告知”、“9.2 年龄性别错误”、“10.3 特别约定”、“11. 释义”、“附表 1”、“附表 2”中背景突出显示的内容。

10.6	无理赔优惠	若被保险人在任一个保单年度内未发生保险事故，则下一个保单年度风险保险费优惠 5%，即下一保单年度风险保险费=按照附表 3 对应的风险保险费×95%；若被保险人以后各保单年度均未发生保险事故，则优惠比例每年递增 5%，最高优惠上限为 20%。如果被保险人在任一个保单年度内发生保险事故，则下一个保单年度收取的风险保险费恢复为按照附表 3 对应的风险保险费的 100%。 若因您或受益人未及时通知保险事故导致不符合无理赔优惠条件而本公司已按无理赔优惠费率折扣收取风险保险费的，本公司将在给付保险金时扣除您已享受的风险保险费的优惠部分。如果给付的保险金不足以抵扣优惠部分，本公司有权要求您支付剩余部分。
10.7	保险费率浮动	本公司可在基准费率的基础上，按照被保险人所在地区不同根据相关规定进行费率浮动。 本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，但不会对费率进行上浮。
10.8	未还款项	本公司在给付各项保险金、退还现金价值或返还保险费时，如果您有欠交的风险保险费或其他未还清款项的，本公司会在扣除上述欠款后给付。
11.	释义	
11.1	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。
11.2	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。
11.3	既往症	指被保险人在本合同生效日之前已确诊的疾病。既往症通常有以下情况： （一）本合同生效前，医生已有明确诊断，但未治疗； （二）本合同生效前，医生已有明确诊断，长期治疗未间断； （三）本合同生效前，医生已有明确诊断，治疗后未康复，有间断用药情况。
11.4	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。
11.5	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。
11.6	保单年度	指从保险合同生效日或生效对应日零时起至下一年度保险合同生效对应日零时止的期间为一个保单年度。

11.7	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、军人身份证件、武装警察身份证件等证件。 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其他有效身份证件。
11.8	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。
11.9	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。
11.10	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。
11.11	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。
11.12	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。
11.13	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。

11.14 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。

11.15 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。

11.16 恶性肿瘤

本合同所约定的恶性肿瘤，指被保险人发生符合下列定义的疾病：

(一) 恶性肿瘤——重度

本合同所约定的恶性肿瘤——重度疾病，指被保险人发生符合下列定义的疾病，应当由专科医生明确诊断。

若被保险人发生了本合同约定的恶性肿瘤——重度疾病，经手术治疗或病理检查确诊的，以手术病理取材或病理活检取材日期为恶性肿瘤确诊日期；未经手术治疗但后续行放射性疗法或化学药物性疗法的，以首次放疗或化疗日期为恶性肿瘤确诊日期。

该疾病是中国保险行业协会与中国医师协会制定了规范定义的疾病。

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他部位，病灶经组织病理学检查（涵盖骨髓病理学检查）结果明确诊断，临床诊断属于世界卫生组织（WHO, World Health Organization）《疾病和有关健康问题的国际统计分类》第十次修订版（ICD-10）的恶性肿瘤类别及《国际疾病分类肿瘤学专辑》第三版（ICD-O-3）的肿瘤形态学编码属于 3、6、9（恶性肿瘤）范畴的疾病。

下列疾病不属于“恶性肿瘤——重度”，不在保障范围内：

1. ICD-O-3 肿瘤形态学编码属于 0（良性肿瘤）、1（动态未定性肿瘤）、2（原位癌和非侵袭性癌）范畴的疾病，如：

a. 原位癌，癌前病变，非浸润性癌，非侵袭性癌，肿瘤细胞未侵犯基底层，上皮内瘤变，细胞不典型性增生等；

b. 交界性肿瘤，交界恶性肿瘤，肿瘤低度恶性潜能，潜在低度恶性肿瘤等；

2. TNM 分期为 I 期或更轻分期的甲状腺癌；

3. TNM 分期为 T₁N₀M₀ 期或更轻分期的前列腺癌；

4. 黑色素瘤以外的未发生淋巴结和远处转移的皮肤恶性肿瘤；

5. 相当于 Binet 分期方案 A 期程度的慢性淋巴细胞白血病；

6. 相当于 Ann Arbor 分期方案 I 期程度的何杰金氏病；

7. 未发生淋巴结和远处转移且 WHO 分级为 G1 级别（核分裂像 $<10/50\text{HPF}$ 和 $\text{ki-67}\leq 2\%$ ）或更轻分级的神经内分泌肿瘤。

（二）恶性肿瘤——轻度

本合同所约定的恶性肿瘤——轻度疾病，指被保险人发生符合下列定义的疾病，应当由专科医生明确诊断。

若被保险人发生了本合同约定的恶性肿瘤——轻度，经手术治疗或病理检查确诊的，以手术病理取材或病理活检取材日期为恶性肿瘤确诊日期；被保险人未经手术治疗但后续行放射性疗法或化学药物性疗法的，以首次放疗或化疗日期为恶性肿瘤确诊日期。

该疾病是中国保险行业协会与中国医师协会制定了规范定义的疾病。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他部位，病灶经组织病理学检查（涵盖骨髓病理学检查）结果明确诊断，临床诊断属于世界卫生组织（WHO, World Health Organization）《疾病和有关健康问题的国际统计分类》第十次修订版（ICD-10）的恶性肿瘤类别及《国际疾病分类肿瘤学专辑》第三版（ICD-O-3）的肿瘤形态学编码属于 3、6、9（恶性肿瘤）范畴，但不在“恶性肿瘤——重度”保障范围的疾病。且特指下列六项之一：

1. TNM 分期为 I 期的甲状腺癌；
2. TNM 分期为 $T_1N_0M_0$ 期的前列腺癌；
3. 黑色素瘤以外的未发生淋巴结和远处转移的皮肤恶性肿瘤；
4. 相当于 Binet 分期方案 A 期程度的慢性淋巴细胞白血病；
5. 相当于 Ann Arbor 分期方案 I 期程度的何杰金氏病；
6. 未发生淋巴结和远处转移且 WHO 分级为 G1 级别（核分裂像 $<10/50\text{HPF}$ 和 $\text{ki-67}\leq 2\%$ ）的神经内分泌肿瘤。

下列疾病不属于“恶性肿瘤——轻度”，不在保障范围内：

ICD-O-3 肿瘤形态学编码属于 0（良性肿瘤）、1（动态未定性肿瘤）、2（原位癌和非侵袭性癌）范畴的疾病，如：

- a. 原位癌，癌前病变，非浸润性癌，非侵袭性癌，肿瘤细胞未侵犯基层，上皮内瘤变，细胞不典型性增生等；
- b. 交界性肿瘤，交界恶性肿瘤，肿瘤低度恶性潜能，潜在低度恶性肿瘤等。

上述疾病定义中部分术语释义如下：

1. 专科医生

专科医生应当同时满足以下四项资格条件：（1）具有有效的中华人民共和国《医师资格证书》；（2）具有有效的中华人民共和国《医师执业证书》，并按期到相关部门登记注册；（3）具有有效的中华人民共和国主治医师或主治医师以上职称的《医师职称证书》；（4）在国家《医院分级管理标准》二级或二级以上医院的相应科室从事临床工作三年以上。

2. 组织病理学检查

组织病理学检查是通过局部切除、钳取、穿刺等手术方法，从患者机体采取病变组织块，经过包埋、切片后，进行病理检查的方法。

通过采集病变部位脱落细胞、细针吸取病变部位细胞、体腔积液分离病变细胞等方式获取病变细胞，制成涂片，进行病理检查的方法，属于细胞病理学检查，不属于组织病理学检查。

3. ICD-10 与 ICD-O-3

《疾病和有关健康问题的国际统计分类》第十次修订版（ICD-10），是世界卫生组织（WHO）发布的国际通用的疾病分类方法。《国际疾病分类肿瘤学专辑》第三版（ICD-O-3），是 WHO 发布的针对 ICD 中肿瘤形态学组织学细胞类型、动态、分化程度的补充编码。其中形态学编码：0 代表良性肿瘤；1 代表动态未定性肿瘤；2 代表原位癌和非侵袭性癌；3 代表恶性肿瘤（原发性）；6 代表恶性肿瘤（转移性）；9 代表恶性肿瘤（原发性或转移性未肯定）。如果出现 ICD-10 与 ICD-O-3 不一致的情况，以 ICD-O-3 为准。

4. 原位癌

指恶性细胞局限于上皮内尚未穿破基底膜浸润周围正常组织的癌细胞新生物。原位癌必须经对固定活组织的组织病理学检查明确诊断。

5. TNM 分期

TNM 分期采用 AJCC 癌症分期手册标准。该标准由美国癌症联合委员会与国际抗癌联合会 TNM 委员会联合制定，是目前肿瘤医学分期的国际通用标准。T 指原发肿瘤的大小、形态等；N 指淋巴结的转移情况；M 指有无其他脏器的转移情况。

6. 甲状腺癌的 TNM 分期

甲状腺癌的 TNM 分期采用目前现行的 AJCC 第八版定义标准，我国国家卫生健康委员会 2018 年发布的《甲状腺癌诊疗规范（2018 年版）》也采用此定义标准，具体见下：

甲状腺乳头状癌、滤泡癌、低分化癌、Hürthle 细胞癌和未分化癌

pTx：原发肿瘤不能评估

pT₀：无肿瘤证据

pT₁：肿瘤局限在甲状腺内，最大径≤2cm

T_{1a} 肿瘤最大径≤1cm

T_{1b} 肿瘤最大径>1cm，≤2cm

pT₂：肿瘤 2~4cm

pT₃：肿瘤>4cm，局限于甲状腺内或大体侵犯甲状腺外带状肌

pT_{3a}：肿瘤>4cm，局限于甲状腺内

pT_{3b}：大体侵犯甲状腺外带状肌，无论肿瘤大小

带状肌包括：胸骨舌骨肌、胸骨甲状肌、甲状舌骨肌、肩胛舌骨肌

pT₄：大体侵犯甲状腺外带状肌外

pT_{4a}：侵犯喉、气管、食管、喉反神经及皮下软组织

pT_{4b}：侵犯椎前筋膜，或包裹颈动脉、纵隔血管

甲状腺髓样癌

pTx：原发肿瘤不能评估

pT₀：无肿瘤证据

pT₁：肿瘤局限在甲状腺内，最大径≤2cm

T_{1a} 肿瘤最大径≤1cm

T_{1b} 肿瘤最大径>1cm，≤2cm

pT₂：肿瘤 2~4cm

pT₃：肿瘤>4cm，局限于甲状腺内或大体侵犯甲状腺外带状肌

pT_{3a}：肿瘤>4cm，局限于甲状腺内

pT_{3b}: 大体侵犯甲状腺外带状肌，无论肿瘤大小

带状肌包括：胸骨舌骨肌、胸骨甲状肌、甲状舌骨肌、肩胛舌骨肌

pT₄: 进展期病变

pT_{4a}: 中度进展，任何大小的肿瘤，侵犯甲状腺外颈部周围器官和软组织，如喉、气管、食管、喉反神经及皮下软组织

pT_{4b}: 重度进展，任何大小的肿瘤，侵犯椎前筋膜，或包裹颈动脉、纵隔血管

区域淋巴结：适用于所有甲状腺癌

pN_x: 区域淋巴结无法评估

pN₀: 无淋巴结转移证据

pN₁: 区域淋巴结转移

pN_{1a}: 转移至VI、VII区（包括气管旁、气管前、喉前/Delphian 或上纵隔）淋巴结，可以为单侧或双侧。

pN_{1b}: 单侧、双侧或对侧颈淋巴结转移（包括 I、II、III、IV 或 V 区）淋巴结或咽后淋巴结转移。

远处转移：适用于所有甲状腺癌

M₀: 无远处转移

M₁: 有远处转移

乳头状或滤泡状癌（分化型）			
年龄<55岁			
	T	N	M
I期	任何	任何	0
II期	任何	任何	1
年龄≥55岁			
I期	1	0/x	0
	2	0/x	0
II期	1~2	1	0
	3a~3b	任何	0
III期	4a	任何	0
IVA期	4b	任何	0
IVB期	任何	任何	1
髓样癌（所有年龄组）			
I期	1	0	0
II期	2~3	0	0
III期	1~3	1a	0
IVA期	4a	任何	0
	1~3	1b	0
IVB期	4b	任何	0
IVC期	任何	任何	1
未分化癌（所有年龄组）			
IVA期	1~3a	0/x	0
IVB期	1~3a	1	0
	3b~4	任何	0
IVC期	任何	任何	1

注：以上表格中“年龄”指患者病理组织标本获取日期时的年龄。

11.17	高血压病	指以血压升高为主要临床表现的慢性心血管疾病，须经心血管 专科医生 （见 11.31）明确诊断，并且收缩压大于 140mmHg，舒张压大于 90mmHg。
11.18	糖尿病	指一组以高血糖为特征的代谢性疾病，须经内分泌专科医生明确诊断。
11.19	冠心病	指冠状动脉血管发生动脉粥样硬化病变而引起血管腔狭窄或阻塞，造成心肌缺血、缺氧或坏死而导致的心脏病，须经心血管专科医生明确诊断。
11.20	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。
11.21	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。
11.22	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。
11.23	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。
11.24	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。
11.25	攀岩	指攀登悬崖、楼宇外墙、人造悬崖、冰崖、冰山等运动。
11.26	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。
11.27	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。
11.28	特技表演	指进行马术、杂技、驯兽等表演。
11.29	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。
11.30	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）。

11.31 未滿期淨風險保險費

當交費方式為一次交時，未滿期淨風險保險費的計算公式為：當期投保的各項保險責任的風險保險費 $\times (1-15\%) \times (1-n/m)$ ，其中， n 指從對該被保險人的保障期間生效之日起至終止之日實際經過天數， m 指當年實際天數。經過天數不足一天按一天計算。

當交費方式為月交時，未滿期淨風險保險費的計算公式為：當期投保的各項保險責任的風險保險費 $\times (1-15\%) \times (1-n/m)$ ，其中， n 指從當月經過天數， m 指當月實際天數。經過天數不足一天按一天計算。

若本合同已發生保險金給付、本合同效力中止或處於寬限期，未滿期淨風險保險費為零。

附表 1:

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
医疗保险责任		
一、单个保单年度内医疗费用保险金额	300,000	40,000
（一）住院及前后门诊医疗费用保险金	300,000	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	900,000	150,000

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，但假肢不包含在内。

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
医疗保险责任		
（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。本公司按照本合同特别约定（2.4.1 及 10.3）承担保险责任的，不予补齐。

附表 2:

基本医疗保险基金支付范围外医疗费用表

本合同基本医疗保险基金支付范围外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，当地基本医疗保险目录范围外的下列项目的医疗费用： 一、诊疗项目 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治疗的项目。
二、一次性医用材料 1、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，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。

三、药品目录

分类	中文商品名	中文通用名	作用
非靶向药	力扑素	注射用紫杉醇脂质体	抗肿瘤
	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	
	蒂清/泰道/交宁	替莫唑胺胶囊	
靶向药	特罗凯	盐酸厄洛替尼片	
	易瑞沙	吉非替尼片	
	赛可瑞	克唑替尼胶囊	
	恩度	重组人血管内皮抑制素注射液	
	安维汀	贝伐珠单抗注射液	
	凯美纳	盐酸埃克替尼片	
	达希纳	尼洛替尼胶囊	
	施达赛/依尼舒	达沙替尼片	
	格列卫/格尼可/昕维/诺利宁	甲磺酸伊马替尼片/胶囊	
	索坦	苹果酸舒尼替尼胶囊	
	赫赛汀	注射用曲妥珠单抗	
	泰立沙	甲苯磺酸拉帕替尼片	
	艾坦	甲磺酸阿帕替尼片	
	爱必妥	西妥昔单抗注射液	
	美罗华	利妥昔单抗注射液	
	万珂	注射用硼替佐米	
	多吉美	甲苯磺酸索拉非尼片	
	利卡汀	碘[131I]美妥昔单抗注射液	
	英立达	阿昔替尼片	
	泰欣生	尼妥珠单抗注射液	
	飞尼妥	依维莫司片	

其中靶向药费用限额如下：

单位：人民币元

	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
单个保单年度内靶向药费用限额	30,000	5,000
保证续保期间内累计靶向药费用限额	100,000	20,000

注：上述限额包含在附表 1 的限额内。

附表 3:

平安个人税收优惠型健康保险（万能型）年风险保险费表

单位：人民币元

保单年度初年龄	有补充医疗保险
16-25	198
26-30	299
31-35	412
36-40	604
41-45	877
46-50	1161
51-55	1679
56-60	2296
61-65	3045
66-70	4109

注：（1）保单年度初年龄指保单年度第一日被保险人当时的年龄。

（2）本合同最高投保及最高续保年龄为国家法定退休年龄，具体投保和续保年龄以被保险人实际情况为准。

平安个人税收优惠型健康保险（万能型）年风险保险费表

单位：人民币元

保单年度初年龄	无补充医疗保险
16-25	314
26-30	475
31-35	660
36-40	971
41-45	1410
46-50	1894
51-55	2660
56-60	3534
61-65	4607
66-70	6211

注：（1）保单年度初年龄指保单年度第一日被保险人当时的年龄。

（2）本合同最高投保及最高续保年龄为国家法定退休年龄，具体投保和续保年龄以被保险人实际情况为准。

（完）