



请扫描以查询验证条款

阳光人寿保险股份有限公司

阳光人寿融和（家庭版）医疗保险条款

阅 读 指 引

AHRG-1

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。
本阅读指引有助于您理解条款，对本合同内容的解释以条款为准。

您拥有的重要权益

您有按本合同约定续保的权利	2.1
被保险人可以享受本合同提供的保障	2.3
您有退保的权利.....	5.1

您应当特别注意的事项

我们对免除本公司责任的条款作了特别提示，详见条款正文中背景突出显示的部分	2.1、2.2、2.3、2.4、3.2、4.2、7.3、7.4、8.2、8.3、8.5、8.6、8.7、8.10、8.37
被保险人应到我们认可的医院就诊.....	2.3
若多个被保险人同时出险且同时申请理赔时，我们根据投保书上被保险人顺序给付各项保险金....	2.3
保险事故发生后，您有及时通知我们的义务.....	3.2
您应当按时交纳保险费.....	4.1
被保险人的基本医疗保险状态变更时请及时通知我们.....	4.4
退保会给您造成一定的损失，请您慎重决策.....	5.1
您有如实告知的义务.....	6.1
被保险人的职业或工种变更时请及时通知我们.....	7.4
我们对一些重要术语进行了解释，并作了显著标注，请您注意.....	8

条款目录

1 您与我们订立的合同

- 1.1 合同构成
- 1.2 合同成立与生效
- 1.3 投保范围

2 我们提供的保障

- 2.1 保险期间与续保
- 2.2 保障计划
- 2.3 保险责任
- 2.4 责任免除

3 保险金的申请

- 3.1 受益人
- 3.2 保险事故通知
- 3.3 保险金申请
- 3.4 保险金给付
- 3.5 诉讼时效

4 保险费的交纳

- 4.1 保险费的交纳
- 4.2 续保保险费
- 4.3 宽限期
- 4.4 基本医疗保险状态变更

5 合同解除

- 5.1 解除合同（退保）的手续及风险

6 如实告知

- 6.1 明确说明与如实告知
- 6.2 本公司合同解除权的限制

7 其他需要关注的事项

- 7.1 本合同效力的终止
- 7.2 本合同对被保险人效力的终止
- 7.3 年龄性别错误处理
- 7.4 职业或工种的变化
- 7.5 被保险人变动
- 7.6 合同内容变更
- 7.7 联系方式变更
- 7.8 争议处理

8 释义

- 8.1 周岁
- 8.2 医疗费用
- 8.3 住院
- 8.4 必需且合理
- 8.5 意外伤害
- 8.6 我们认可的医院
- 8.7 恶性肿瘤
- 8.8 专科医生
- 8.9 与该次住院相同的原因
- 8.10 门急诊
- 8.11 肾透析
- 8.12 化学疗法
- 8.13 放射疗法
- 8.14 肿瘤免疫疗法
- 8.15 肿瘤内分泌疗法
- 8.16 肿瘤靶向疗法
- 8.17 恶性肿瘤住院医疗费用
- 8.18 基本医疗保险
- 8.19 醉酒

- 8.20 毒品
- 8.21 酒后驾驶
- 8.22 无合法有效驾驶证驾驶
- 8.23 驾驶无有效行驶证
- 8.24 机动车
- 8.25 感染艾滋病病毒或患艾滋病
- 8.26 遗传性疾病
- 8.27 先天性畸形、变形或染色体异常
- 8.28 既往症
- 8.29 精神行为障碍
- 8.30 医疗事故
- 8.31 潜水
- 8.32 攀岩
- 8.33 探险
- 8.34 武术比赛
- 8.35 特技表演
- 8.36 有效身份证件
- 8.37 未到期净保险费

附件一 保障明细表

附件二 医疗费用保险金计算示例

附件三 阳光人寿融和（家庭版）医疗保险费率表

阳光人寿融和（家庭版）医疗保险条款

在本条款中，“您”指投保人，“我们”、“本公司”均指阳光人寿保险股份有限公司，“本合同”指您与我们之间订立的“阳光人寿融和（家庭版）医疗保险合同”。

1 您与我们订立的合同

- 1.1 合同构成** 本保险条款、保险单或其他保险凭证、投保书、与保险合同有关的投保文件、合法有效的声明、批注、批单、附加合同、其他书面协议都是您与我们之间订立的保险合同的构成部分。
- 1.2 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、收取保险费并签发保险单后开始生效，具体生效日以保险单所载的日期为准。我们自生效日零时起承担本合同约定的保险责任。
- 1.3 投保范围** 您可以为您本人或您的家庭成员投保本保险，被保险人人数以4人为限。本合同中家庭成员仅指您在投保时具有合法婚姻关系的配偶及子女。

2 我们提供的保障

- 2.1 保险期间与续保** 本合同的保险期间为1年，自本合同生效日零时起计算，并在保险单上载明。有下列情形之一者，我们按续保时的保障计划及各被保险人的年龄对应的费率收取相应的保险费后本合同将延续有效。新续保合同自保险期间届满日次日零时起生效，保险期间为1年：
1. 若您在投保时选择了自动续保方式，每一保险期间届满之前，若我们未收到您不再继续投保的申请，则视作您申请续保；
2. 若您在投保时未选择自动续保方式，但保险期间届满前您向我们申请续保。
如果被保险人续保时年满100周岁（见8.1）或本产品停售，本合同不再接受续保。
除上述不再续保情形以外我们不接受续保的，我们会以书面形式或双方认可的其他形式通知您。
- 2.2 保障计划** 我们根据被保险人实际人数提供不同的保障计划，由您在投保或续保时选择并在保险单上载明，不同保障计划下对应的**医疗费用**（见8.2）各项保险责任的年度限额、保险责任年度限额及年度基础免赔额在**保障明细表**（见附件一）中载明。本合同对同一保障计划下全部被保险人累计承担的保险责任以各项保险责任的年度限额和保险责任年度限额为限，全部被保险人共同适用年度基础免赔额。
- 2.3 保险责任** 您投保本合同时，被保险人在本合同生效日起30日内接受**住院**（见8.3）及住院前后门急诊治疗、特定门诊治疗，我们不承担给付保险金的责任。这30日的时间称为等待期。
若您申请增加被保险人，则对于每次增加的被保险人，自本合同对该被保险人生效之日起30日内，也适用上述等待期的约定。

被保险人在等待期内发生的所有治疗，无论是否延续至等待期后，我们均不承担给付保险金的责任，因上述治疗产生的各项医疗费用不计入被保险人保险期间内累计发生的**必需且合理**（见 8.4）的医疗费用范围内。

续保或者因**意外伤害**（见 8.5）发生上述情形的，无等待期。

对于被保险人因意外伤害或在等待期后于**我们认可的医院**（见 8.6）首次确诊患本合同约定的**恶性肿瘤**（见 8.7）并接受住院、特定门诊治疗或因其他原因接受一般住院、特定门诊治疗发生的医疗费用，我们按如下约定承担保险责任：

- 2.3.1 一般医疗费用保险责任** 对于被保险人于我们认可的医院接受住院、特定门诊治疗发生的医疗费用，我们承担给付一般住院及住院前后门急诊医疗费用保险金和一般特定门诊医疗费用保险金的责任。**每一保险期间，同一保障计划下全部被保险人一般住院及住院前后门急诊医疗费用保险金与一般特定门诊医疗费用保险金累计给付之和以一般医疗费用保险责任年度限额为限。**具体约定如下：
- 2.3.1.1 一般住院及住院前后门急诊医疗费用保险金** 被保险人于我们认可的医院就诊，经**专科医生**（见 8.8）诊断确定必须住院并正式办理住院手续入院治疗的，在其入住我们认可的医院住院治疗期间实际发生的必需且合理的住院医疗费用，我们按照本条款 2.3.3“医疗费用保险金计算方法”的约定，给付一般住院及住院前后门急诊医疗费用保险金。
住院治疗期间包括因**与该次住院相同的原因**（见 8.9）在该次住院前 7 日内（含住院当日）及出院后 30 日内（含出院当日）进行**门急诊**（见 8.10）治疗的期间。
- 2.3.1.2 一般特定门诊医疗费用保险金** 被保险人于我们认可的医院确诊并接受特定门诊治疗，对于其实际发生的必需且合理的下列特定门诊医疗费用，我们按照本条款 2.3.3“医疗费用保险金计算方法”的约定，给付一般特定门诊医疗费用保险金。
特定门诊医疗费用包括：
（1）门诊**肾透析**（见 8.11）费用；
（2）器官移植后的门诊抗排异治疗费用；
（3）门诊恶性肿瘤治疗费用，包括**化学疗法**（见 8.12）治疗费用、**放射疗法**（见 8.13）治疗费用、**肿瘤免疫疗法**（见 8.14）治疗费用、**肿瘤内分泌疗法**（见 8.15）治疗费用、**肿瘤靶向疗法**（见 8.16）治疗费用；
（4）门诊手术费用。
对于被保险人因与该次住院相同的原因在该次住院前 7 日内（含住院当日）或出院后 30 日内（含出院当日）进行特定门诊治疗产生的医疗费用，受益人仅可申请一般特定门诊医疗费用保险金和一般住院及住院前后门急诊医疗费用保险金中的一项，不得重复申请。
- 2.3.2 恶性肿瘤医疗费用保险责任** 对于被保险人于我们认可的医院首次确诊患本合同约定的恶性肿瘤，并且在我们认可的医院接受住院、特定门诊治疗发生的医疗费用，我们首先按照本条款 2.3.1 约定承担一般医疗费用保险责任，当我们累计给付的医疗费用保险金金额达到一般医疗费用保险责任的年度限额后，我们承担给付恶性肿瘤住院及住院前后门急诊医疗费用保险金和恶性肿瘤特定门诊医疗费用保险金的责任。**每一保险期间，同一保障计划下全部被保险人恶性肿瘤住院及住院前后门急诊医疗费用保险金与恶性肿瘤特定门诊医疗费用保险金累计给付之和以恶性肿瘤医疗费用保险责任年度限额为限。**具体约定如下：
- 2.3.2.1 恶性肿瘤住院** 被保险人于我们认可的医院首次确诊并接受本合同约定的恶性肿瘤治疗的，经专

及住院前后门急诊医疗费用保险金 科医生诊断确定必须住院治疗的，在其于我们认可的医院住院治疗期间，对于被保险人实际发生的医疗必需且合理的**恶性肿瘤住院医疗费用**（见 8.17），我们按照本条款 2.3.3 “医疗费用保险金计算方法”的约定，给付恶性肿瘤住院及住院前后门急诊医疗费用保险金。

住院治疗期间包括因与该次住院相同的原因在该次住院前 7 日内（含住院当日）及出院后 30 日内（含出院当日）进行门急诊治疗的期间。

2.3.2.2 恶性肿瘤特定门诊医疗费用保险金 被保险人于我们认可的医院首次确诊并接受恶性肿瘤的特定门诊治疗，对于其实际发生的必需且合理的下列特定门诊医疗费用，我们按照本条款 2.3.3 “医疗费用保险金计算方法”的约定，给付恶性肿瘤特定门诊医疗费用保险金。

恶性肿瘤特定门诊医疗费用包括：

- （1）化学疗法治疗费用；
- （2）放射疗法治疗费用；
- （3）肿瘤免疫疗法治疗费用；
- （4）肿瘤内分泌疗法治疗费用；
- （5）肿瘤靶向疗法治疗费用。

对于被保险人因与该次住院相同的原因在该次住院前 7 日内（含住院当日）或出院后 30 日内（含出院当日）进行恶性肿瘤特定门诊治疗产生的医疗费用，受益人仅可申请恶性肿瘤特定门诊医疗费用保险金和恶性肿瘤住院及住院前后门急诊医疗费用保险金中的一项，不得重复申请。

2.3.3 医疗费用保险金计算方法 每一保险期间内，我们对被保险人每次实际发生的属于本合同保险责任范围内的必需且合理的医疗费用，在保险合同年度限额内给付的医疗费用保险金的计算公式如下（具体请参考附件二中的**医疗费用保险金计算示例**）：

单次就诊应当给付的医疗费用保险金=（该次就诊发生的必需且合理的医疗费用 - 年免赔额余额）*该次就诊对应的赔付比例

说明：

（1）单次就诊指一次住院，或一次门诊（包括住院前后门急诊或特定门诊）。一次住院指被保险人因疾病或意外伤害住院，自入院日起至出院日止的期间内接受的治疗；一次门诊指被保险人在一日（零时起至二十四时止）在同一所医院同一个科室接受的治疗。

（2）年免赔额余额是指前次理赔经“保险责任范围内的必需且合理的医疗费用”抵扣剩余的年度基础免赔额。在基本医疗保险、公费医疗、其它商业医疗保险计划已报销部分以及个人自付部分，只要符合本合同给付条件的，均可以计入年度基础免赔额。

举例来说，假设年度基础免赔额为 10000 元，如未就诊过，则年免赔额余额为 10000 元，如第一次就诊累计的“保险责任范围内的必需且合理的医疗费用”为 8000 元，则针对本次就诊理赔后年免赔额余额为 2000 元，本次赔付为 0 元；如第二次就诊累计的“保险责任范围内的必需且合理的医疗费用”为 6000 元，则针对本次就诊理赔后年免赔额余额为 0 元，本次赔付 4000 元。

（3）该次就诊对应的赔付比例：

若被保险人在交纳当期保险费时已参加基本医疗保险，但本次就诊时被保险人未从基本医疗保险获得费用补偿，则该次就诊对应的赔付比例为 60%；

若被保险人在交纳当期保险费时已参加基本医疗保险，且本次就诊时被保险人已从基本医疗保险获得费用补偿，或在交纳当期保险费时未参加基本医疗保险，则

该次就诊对应的赔付比例为 100%。

(4) 若被保险人在保险期间内该次就诊发生的必须且合理的医疗费用 > 年免赔额余额时, 本次赔付金额 > 0;

若被保险人在保险期间内该次就诊发生的必须且合理的医疗费用 ≤ 年免赔额余额时, 本次赔付金额 = 0。

2.3.4 补偿原则、赔付顺序及住院治疗费用给付天数限制

被保险人享有**基本医疗保险**(见 8.18)、公费医疗或者其他商业医疗保险计划的, 则须优先从上述全部已有的医疗保险途径申请相应的医疗费用保险金。我们按照本条款 2.3.3“医疗费用保险金计算方法”的约定计算并给付相应保险金, 且最高给付金额不超过被保险人实际发生的必需且合理的医疗费用扣除其所获得补偿后的余额。

每一保险期间内, 我们按照被保险人申请理赔的顺序给付各项保险金。若多个被保险人同时出险且同时申请理赔时, 我们将按照投保书上填写的被保险人顺序依次给付各项保险金。

若同一被保险人医疗费用同时发生或顺序不明确时, 我们推定特定门诊医疗费用发生在后, 并据此计算被保险人发生的必需且合理的医疗费用。

每一保险期间内, 同一被保险人住院治疗费用累计给付日数以 180 日为限(住院前后门急诊或特定门诊治疗期间的日数不计算在此 180 日中), 对于住院治疗累计超出 180 日发生的医疗费用, 不属于本合同的保险责任范围。

2.3.5 责任的延续

对于等待期后本合同保险期间届满前发生的且延续至本合同保险期间届满后 30 日内的住院治疗, 我们仍然按本合同约定承担给付保险金的责任。

2.4 责任免除

因下列情形之一, 造成被保险人支出医疗费用的, 我们不承担给付保险金的责任:

(1) 投保人对被保险人的故意杀害、故意伤害;

(2) 被保险人故意自伤、故意犯罪或者抗拒依法采取的刑事强制措施;

(3) 被保险人**醉酒**(见 8.19)、主动吸食或注射**毒品**(见 8.20);

(4) 被保险人挑衅或者故意行为而导致的打斗、被袭击、被谋杀;

(5) 被保险人**酒后驾驶**(见 8.21)、**无合法有效驾驶证驾驶**(见 8.22)或**驾驶无有效行驶证**(见 8.23)的**机动车**(见 8.24);

(6) 被保险人**感染艾滋病病毒或患艾滋病**(见 8.25)、接受不孕不育治疗、接受人工受精、怀孕(含宫外孕)、分娩(含难产)、流产、堕胎、节育(含绝育)、进行产前后检查以及由以上原因引起的并发症;

(7) **遗传性疾病**(见 8.26)、**先天性畸形、变形或染色体异常**(见 8.27);

(8) 被保险人所患的**既往症**(见 8.28);

(9) 被保险人所患的**精神行为障碍**(见 8.29)、性病;

(10) 疗养、矫形、视力矫正手术、美容、牙科保健及康复治疗、非意外事故所致整容手术以及因检查、麻醉、手术治疗、药物治疗而导致的医疗意外或**医疗事故**(见 8.30);

(11) 被保险人参加**潜水**(见 8.31)、跳伞、**攀岩**(见 8.32)、蹦极、驾驶滑翔机或滑翔伞、**探险**(见 8.33)、摔跤、**武术比赛**(见 8.34)、**特技表演**(见 8.35)、赛马、赛车等高风险运动;

(12) 战争、军事行动、暴乱、武装叛乱、核爆炸、核辐射、核污染;

(13) 各类医疗鉴定, 包括但不限于医疗事故鉴定、精神病鉴定、孕妇胎儿性别鉴定、验伤鉴定、亲子鉴定、遗传基因鉴定;

(14) 被保险人接受未经科学或医学认可的试验性或研究性治疗, 接受未被治疗所在地权威部门批准的治疗, 或使用未获得治疗所在地政府许可或批准的药品或药物;

(15) 被保险人因预防、康复、保健性或非疾病治疗类项目发生的医疗费用；眼镜、义齿、义眼、义肢、助听器康复性器具。

3 保险金的申请

- 3.1 受益人** 除另有约定外，本合同一般住院及住院前后门急诊医疗费用保险金受益人、一般特定门诊医疗费用保险金受益人、恶性肿瘤住院及住院前后门急诊医疗费用保险金受益人和恶性肿瘤特定门诊医疗费用保险金受益人为被保险人本人。
- 3.2 保险事故通知** 您、被保险人或受益人知道保险事故发生后应当在 10 日内通知我们。
如果因故意或者因重大过失未及时通知，致使保险事故的性质、原因、损失程度等难以确定的，我们对无法确定的部分，不承担给付保险金的责任，但我们通过其他途径已经及时知道或者应当及时知道保险事故发生或者虽未及时通知但不影响我们确定保险事故的性质、原因、损失程度的除外。
- 3.3 保险金申请** 在申请保险金时，请按照下列方式办理：
- 3.3.1 一般住院及住院前后门急诊医疗费用保险金、一般特定门诊医疗费用保险金、恶性肿瘤住院及住院前后门急诊医疗费用保险金和恶性肿瘤特定门诊医疗费用保险金** 一般住院及住院前后门急诊医疗费用保险金受益人、一般特定门诊医疗费用保险金受益人、恶性肿瘤住院及住院前后门急诊医疗费用保险金受益人或恶性肿瘤特定门诊医疗费用保险金受益人作为申请人填写保险金给付申请书，并须提供下列证明和资料：
- (1) 保险合同；
 - (2) 一般住院及住院前后门急诊医疗费用保险金受益人、一般特定门诊医疗费用保险金受益人、恶性肿瘤住院及住院前后门急诊医疗费用保险金受益人或恶性肿瘤特定门诊医疗费用保险金受益人**有效身份证件**（见 8.36）；
 - (3) 接受住院治疗的，需提供我们认可的医院入出院证明、出院小结或住院病历（加盖医疗机构病历专用章）；接受门诊治疗的，还需提供门诊病历和处方；
 - (4) 我们认可的医院出具的被保险人在本合同保险期间内历次的医疗费用的原始单据及明细、医疗诊断证明及病历等相关资料；
 - (5) 我们认可的医院出具的被保险人在本合同保险期间内历次的医疗费用收据或者发票，我们有权留存其原件；
 - (6) 被保险人已从基本医疗保险获得医疗费用补偿的，需提供我们认可的医院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；
 - (7) 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；
 - (8) 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。
- 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。
- 3.3.2 委托他人代为申请保险金** 若申请人委托他人代为申请保险金，被委托人还应提供申请人签字的授权委托书、被委托人的有效身份证件等相关证明文件。
- 3.3.3 补充通知** 以上证明和资料不完整的，我们将及时一次性通知申请人补充提供有关的证明和资料。

- 3.3.4 **身体检查** 除上述相关证明和资料外，我们如认为必要，在保险事故发生后可以对被保险人的身体状况进行检查或鉴定。
- 3.4 **保险金给付** 我们在收到保险金给付申请书及合同约定的证明和资料后，将在5日内作出核定；情形复杂的，在30日内作出核定。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。若我们在收齐相关证明和资料后30日内仍未作出核定，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。利息按照不低于中国人民银行公布的同期金融机构人民币活期存款基准利率复利计算。
对不属于保险责任的，我们自作出核定之日起3日内向受益人发出拒绝给付保险金通知书并说明理由。
我们在收到保险金给付申请书及有关证明和资料之日起60日内，对给付保险金的数额不能确定的，根据已有证明和资料可以确定的数额先予支付；我们最终确定给付保险金的数额后，将支付相应的差额。
- 3.5 **诉讼时效** 申请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 保险费的交纳

- 4.1 **保险费的交纳** 本合同的保险费根据被保险人的年龄和所选的保障计划确定。您在投保时应一次性交纳本合同的保险费。
- 4.2 **续保保险费** 您可以为保障计划下的全部被保险人或部分被保险人申请续保。我们将根据续保时被保险人的实际人数调整保障计划，并根据调整后的保障计划收取续保保险费。
被保险人的保险费会随着被保险人的年龄增长而增加。同时，我们每年都会检视保险费率，使其反映我们的整体理赔经验和医疗通胀等在内的一系列因素。我们将根据本合同计算费率所用的计算基础与实际情况的偏差程度，决定是否采用新的保险费率。新的保险费率适用于本合同全部被保险人，或同一投保年龄、同一投保区域等特定人群的被保险人。我们不会因为被保险人的健康状况变化或该保险理赔状况而单独调整被保险人的续保保险费。
当我们未采用新的保险费率时，您在续保时需要按照被保险人续保时的实际年龄交纳该新续保合同的保险费。
当我们采用新的保险费率时，我们将在本合同保险期间届满前以书面形式或者双方认可的其他形式通知您。如果在本合同保险期间届满前您以书面形式或者双方认可的其他形式通知我们您接受新的保险费率，您在续保时需要按照被保险人续保时的实际年龄及新的保险费率交纳该新续保合同的保险费。**如果在本合同保险期间届满前您未以书面形式或者双方认可的其他形式通知我们您接受新的保险费率，则我们视同您自动放弃续保本合同的权利，本合同自保险期间届满次日零时起效力终止。**
- 4.3 **宽限期** 如果我们按照本合同约定接受您续保，那么自保险期间届满日的次日零时起60天为宽限期。宽限期内发生保险事故的，我们仍会承担保险责任，但给付保险金

时会扣除您欠交的保险费。

如果您宽限期结束之后仍未交纳保险费，则本合同自宽限期满的次日零时起效力终止。

- 4.4 **基本医疗保险状态变更** 若被保险人的基本医疗保险状态发生变更，您须于续保前所在的保险期间届满前通知我们。我们将以书面形式或者双方认可的其他形式确认您变更基本医疗保险状态的申请，您须自基本医疗保险状态变更后的首个新续保合同生效日起按照新的保险费率交纳保险费，基本医疗保险状态变更前您已经交纳的保险费不受影响。

5 合同解除

- 5.1 **解除合同（退保）的手续及风险** 如果您申请解除本合同（简称退保），请填写解除合同申请书并向我们提供下列资料：
- （1）保险合同；
 - （2）您的有效身份证件。
- 自我们收到解除合同申请书之日起，本合同效力终止。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所在保险期间的**未到期净保险费**（见 8.37）。您解除合同会遭受一定损失。

6 如实告知

- 6.1 **明确说明与如实告知** 订立本合同时，我们会向您说明本合同的内容。
- 本合同中免除我们责任的条款，我们在订立合同时会在投保书、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。
- 6.2 **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。自本合同成立之日起超过 2 年的，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。

7 其他需要关注的事项

- 7.1 本合同效力的终止** 有下列情况之一时，本合同的效力终止：
- (1) 本合同对本合同项下全部被保险人效力终止；
 - (2) 本合同解除；
 - (3) 您在本合同期满日之前不再续保，或者我们按照本合同约定不接受您续保，则本合同自保险期间届满日次日零时起效力终止；
 - (4) 因本合同其他条款所列情况而效力终止。
- 7.2 本合同对被保险人效力的终止** 有下列情况之一时，本合同对该被保险人的效力终止：
- (1) 被保险人身故；
 - (2) 因您要求减少被保险人，本合同对该被保险人效力终止；
 - (3) 本合同解除或效力终止；
 - (4) 因本合同其他条款所列情况而对该被保险人效力终止。
- 7.3 年龄性别错误处理** 被保险人的年龄以周岁计算，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真实性别在投保书上填明，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，我们有权全部或部分解除本合同，并向您退还本合同效力终止时所在保险期间的未满期净保险费或本合同对该被保险人效力终止时该被保险人所在保险期间的未满期净保险费。对于本合同对该被保险人效力终止前发生的保险事故，我们不承担给付各项保险金的责任。我们行使合同解除权适用 6.2 “本公司合同解除权的限制” 的规定。
 - (2) 您申报的被保险人年龄或性别不真实，致使您实交保险费少于应交保险费的，我们有权更正并要求您补交该被保险人所在保险期间的保险费。若已经发生保险事故，在给付保险金时按实交保险费和应交保险费的比例给付。
 - (3) 您申报的被保险人年龄或性别不真实，致使您实交保险费多于应交保险费的，我们会将多收的该被保险人所在保险期间的保险费无息退还给您。
- 7.4 职业或工种的变更** 我们将按照事先公布的职业分类表确定被保险人的职业分类，您可以通过本公司网站、服务热线或服务场所工作人员查询到此表。
- 被保险人变更其职业或工种时，您或被保险人应于 10 日内以书面形式通知我们。若被保险人所变更的职业或者工种依照我们职业分类在本合同拒保范围内的，我们对该被保险人所承担的保险责任自接到通知之日起终止，并退还该被保险人所在保险期间的未满期净保险费。
- 被保险人的职业或工种变更之后，依照职业分类表其职业或工种变更之后在本合同拒保范围内，而未依前项约定通知我们的，如发生保险事故，我们不承担给付保险金责任。
- 7.5 被保险人变动** 在本合同有效期内，如您需要增加被保险人的，您可以在本合同保险期间届满前 30 日内向我们申请并书面通知我们，经我们审核同意后，我们将根据调整后被保险人的实际人数调整保障计划，并根据调整后的保障计划收取对应的保险费，我们于收取保险费的次日零时起新续保合同开始对新增被保险人生效。新增被保险人的保险期间届满日与新续保合同的保险期间届满日相同。
- 在本合同有效期内，如您需要减少被保险人的，应书面通知我们，本合同对该被保险人所承担的保险责任自本公司收到投保人书面通知减少被保险人时终止；如您要求的终止日在通知到达日之后，则本合同对该被保险人自该终止日次日零时起效力终止，我们向您退还该被保险人所在保险期间的未满期净保险费。本合同

保险期间届满前,对于剩余被保险人我们仍按照原保障计划承担责任。

- 7.6 **合同内容变更** 在本合同保险期间内,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。
- 7.7 **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。
- 7.8 **争议处理** 本合同履行过程中,双方发生争议不能协商解决的,可以达成仲裁协议通过仲裁解决,也可依法直接向人民法院提起诉讼。

8 释义

- 8.1 **周岁** 指按有效身份证件中记载的出生日期计算的年龄,自出生之日起为零周岁,每经过一年增加一岁,不足一年的不计。
“有效身份证件”释义详见 8.36。

- 8.2 **医疗费用** 指被保险人住院期间或者接受门诊治疗期间实际发生的**床位费、重症监护室床位费、膳食费、药品费、材料费、医生费(诊疗费)、治疗费、护理费、检查化验费、手术费用和器官移植费。**

床位费:指被保险人住院期间使用的医院床位的费用(不包括套房和家庭病床)。

重症监护室床位费:指住院期间被保险人因必需且合理的治疗目的而入住重症监护室产生的床位费。重症监护室指配有中心监护台、心电监护仪及其他监护抢救设施,相对封闭管理,符合重症监护病房(ICU)标准的单人或多人监护病房。

膳食费:指实际发生的、由医院提供的合理的、符合惯常标准的膳食费用,但不包括购买的个人用品。

药品费:指实际发生的合理且必要的由医生开具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的费用。但不包括营养补充类药品,免疫功能调节类药品,美容及减肥类药品,预防类药品,以及下列中药类药品:(1)主要起营养滋补作用的单方、复方中药或中成药,如花旗参,冬虫草,白糖参,朝鲜红参,玳瑁,蛤蚧,珊瑚,狗宝,红参,琥珀,灵芝,羚羊角尖粉,马宝,玛瑙,牛黄,麝香,西红花,血竭,燕窝,野山参,移山参,珍珠(粉),紫河车,阿胶,阿胶珠,血宝胶囊,红桃K口服液,十全大补丸,十全大补膏等;(2)部分可以入药的动物及动物脏器,如鹿茸,海马,胎盘,鞭,尾,筋,骨等。

材料费:指在住院期间或者特定门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敷料费用。

医生费(诊疗费):指由医生所实施的病情咨询及检查、各种器械或者仪器检查、

诊断、治疗方案拟订等各项医疗服务所收取的费用。

治疗费：指由医生或者护士对患者进行的除手术外的各种治疗项目而发生的治疗费，包括因清创、换药、拆线、脓肿切开引流、瘘管烧灼、血管穿刺、输血、输液、注射、肌肉封闭、吸氧、冷冻、激光、急救治疗、心肺复苏等而发生的治疗费，具体以所就诊医院的费用项目划分为准。

护理费：护理费是指住院期间由护士对被保险人提供临床护理服务所收取的费用。包括各级护理、重症监护与专项护理费用。

检查化验费：指由医生开具的由医院专项检查科室的专业检查、检验人员实施的各检查化验项目，包括实验室检查、病理检查、放射线检查、电子计算机断层扫描（CT）、核磁共振检查（MRI）、B超、血管造影、同位素、心电图、心功能、肺功能、骨密度、基因学检查。

手术费用：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。

器官移植费：器官移植费是指经相关专科医生明确诊断，根据医学需要必须进行肝脏移植、肾脏移植、心脏移植、肺脏移植或者骨髓移植而发生的手术费、辅助治疗费、检验费等。但不包括因器官供体寻找、获取以及从供体切除、储藏、运送器官而发生的相关费用。

- 8.3 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。
- 8.4 必需且合理 指合理的、符合通常惯例且医疗必需的医疗费用。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 非为了医生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。
 对是否必需且合理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，可由我们认可的医院或双方认可的医疗机构进行审核鉴定。
- 8.5 意外伤害 指遭受外来的、突发的、非本意的、非疾病的客观事件直接致使身体受到的伤害，自杀、自伤均不属于意外伤害。
- 8.6 我们认可的医院 指中国境内（不含港澳台）国务院卫生行政主管部门医院等级分类中的二级合格或者二级合格以上的社会基本医疗保险规定的定点医院（不含特需和国际医疗部），不包括以康复、护理、疗养、戒酒、戒毒或者类似功能为主要功能的医疗

机构。该医院必须具有符合国家有关医院管理规则设置标准的医疗设备，且全天二十四小时有合格医师及护士驻医院提供医疗及护理服务。

- 8.7 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。**
- 8.8 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。
- 8.9 与该次住院相同的原因** 指与该次住院相同原因（包括同一疾病及其引发的并发症或者同一次意外伤害及其引发的并发症）导致门急诊治疗。
- 8.10 门急诊** 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急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。**
- 8.11 肾透析** 指根据半透膜的膜平衡原理，使用一定浓度的电解质和葡萄糖组成的透析液和血液中积累的代谢产物、水及电解质进行渗透交换，从而达到治疗终末期肾病目的的治疗方式。
- 8.12 化学疗法** 指对于恶性肿瘤的化学治疗。化疗是使用医学界公认的化疗药物以杀死癌细胞、抑制癌细胞生长繁殖为目的而进行的治疗。本合同所指的化疗为被保险人根据医嘱，在医院进行的静脉注射化疗。
- 8.13 放射疗法** 指针对恶性肿瘤的放射治疗。放疗是指使用各种不同能量的射线照射肿瘤组织，以抑制和杀灭癌细胞为目的而进行的治疗。本合同所指的放疗为被保险人根据医嘱，在医院的专门科室进行的放疗。
- 8.14 肿瘤免疫疗法** 指应用免疫学原理和方法，使用肿瘤免疫治疗药物提高肿瘤细胞的免疫原性和对效应细胞杀伤的敏感性，激发和增强机体抗肿瘤免疫应答，并应用免疫细胞和效应分子输注宿主体内，协同机体免疫系统杀伤肿瘤、抑制肿瘤生长。本合同所指的肿瘤免疫治疗药物符合法律、法规要求并经过国家食品药品监督管理总局批准用于临床治疗。

- 8.15 **肿瘤内分泌疗法** 指针对恶性肿瘤的内分泌疗法，用药物抑制激素生成和激素反应，杀死癌细胞或抑制癌细胞生长。本合同所指的内分泌治疗药物需符合法律、法规要求并经过国家食品药品监督管理局批准用于临床治疗。
- 8.16 **肿瘤靶向疗法** 指在细胞分子水平上，针对已经明确的致癌点来设计相应的靶向治疗药物，利用具有一定特异性的载体，将药物或其他杀伤肿瘤细胞的活性物质选择性的运送到肿瘤部位攻击癌细胞的疗法。本合同所指的靶向治疗药物符合法律、法规要求并经过国家食品药品监督管理局批准用于临床治疗。
- 8.17 **恶性肿瘤住院医疗费用** 包括床位费、重症监护室床位费、膳食费、药品费、材料费、医生费（诊疗费）、治疗费、护理费、检查化验费和手术费用。
- 8.18 **基本医疗保险** 指职工基本医疗保险、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。
- 8.19 **醉酒** 指发生事故时被保险人每百毫升血液中的酒精含量大于或者等于 80 毫克。
- 8.20 **毒品** 指中华人民共和国刑法规定的鸦片、海洛因、甲基苯丙胺（冰毒）、吗啡、大麻、可卡因以及国家规定管制的其他能够使人形成瘾癖的麻醉药品和精神药品，但不包括由医生开具并遵医嘱使用的用于治疗疾病但含有毒品成分的处方药品。
- 8.21 **酒后驾驶** 指经检测或鉴定，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醉酒后驾驶。
- 8.22 **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）使用伪造、变造驾驶证或其他非法途径获取的驾驶证，或驾驶证已过期失效；
 （3）驾驶与驾驶证准驾车型不相符合的车辆；
 （4）持审验不合格的驾驶证驾驶；
 （5）驾驶证被依法扣留、暂扣、吊销、注销期间；
 （6）持学习驾驶证学习驾车时，无教练员随车指导，或不按指定时间、路线学习驾车。
- 8.23 **驾驶无有效行驶证** 指下列情形之一：
 （1）未取得机动车行驶证；
 （2）机动车被依法注销登记的；
 （3）未依法按时进行或者通过机动车安全技术检验。
- 8.24 **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。
- 8.25 **感染艾滋病病毒或患艾滋病** 艾滋病病毒指人类免疫缺陷病毒，英文缩写为 HIV。艾滋病指人类免疫缺陷病毒引起的获得性免疫缺陷综合征，英文缩写为 AIDS。
 在人体血液或其他样本中检测到艾滋病病毒或其抗体呈阳性，没有出现临床症状

或体征的，为感染艾滋病病毒；如果同时出现了明显临床症状或体征的，为患艾滋病。

- 8.26 **遗传性疾病** 指生殖细胞或受精卵的遗传物质（染色体和基因）发生突变或畸变所引起的疾病，通常具有由亲代传至后代的垂直传递的特征。
- 8.27 **先天性畸形、变形或染色体异常** 指被保险人出生时就具有的畸形、变形或染色体异常。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。
- 8.28 **既往症** 指在本合同生效之前被保险人已知或应该知道的有关疾病或症状。通常有以下情况：
 （1）本合同生效前，医生已有明确诊断，长期治疗未间断；
 （2）本合同生效前，医生已有明确诊断，治疗后症状未完全消失，有间断用药情况；
 （3）本合同生效前发生，未经医生诊断和治疗，但症状明显且持续存在，以普通人医学常识应当知晓。
- 8.29 **精神行为障碍** 指属于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第十次修订本（简称 ICD-10）》中第五章精神和行为障碍（疾病代码 F00-F99）所列疾病。
- 8.30 **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。
- 8.31 **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。
- 8.32 **攀岩** 指攀登悬崖、楼宇外墙、人造悬崖、冰崖、冰山等运动。
- 8.33 **探险** 指明知在某种特定的自然条件下有失去生命或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、徒步穿越沙漠或人迹罕至的原始森林等活动。
- 8.34 **武术比赛** 指两人或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。
- 8.35 **特技表演** 指进行马术、杂技、驯兽等表演。
- 8.36 **有效身份证件** 指由政府主管部门规定的证明个人身份的证件，如：居民身份证、按规定可使用的有效护照、军官证、警官证、士兵证等证件。
- 8.37 **未到期净保险费** （1）您为被保险人投保本合同的：
 如果 $n \leq 30$ 日，该被保险人的未到期净保险费=该被保险人的保险费 \times (1-35%)；
 如果 $n > 30$ 日，该被保险人的未到期净保险费=该被保险人的保险费 \times (1-35%) \times $[1 - (n - 30) / (\text{保险期间日数} - 30)]$ 。
 其中，n 指本合同对该被保险人经过的生效日数，不足一日按一日计算。
 （2）您为被保险人续保本合同的：

该被保险人的未满期净保险费=该被保险人的保险费×(1-35%)×(1-n/保险期间日数)。

其中，n指本合同对该被保险人经过的生效日数，不足一日按一日计算。

本合同的未满期净保险费为本合同全部被保险人所在保险期间的未满期净保险费之和。

所在保险期间已发生保险金给付或已发生本合同约定的保险事故但我们尚未给付保险金的（无论单个被保险人或多个被保险人）或本合同处于宽限期的，本合同所在保险期间的未满期净保险费为零。

附件一：

保障明细表

本合同保险责任年度限额、各项保险责任年度限额及本合同年度基础免赔额（单位：人民币元）			
保障计划（根据投保时被保险人的实际人数）	保障计划一 （1人）	保障计划二 （2人）	保障计划三 （3-4人）
一、本合同保险责任年度限额	200万元	200万元	200万元
1、一般医疗费用保险责任 （年度限额）	一般住院及住院前后门急诊医疗费用保险金	100万元	100万元
	一般特定门诊医疗费用保险金		
2、恶性肿瘤医疗费用保险责任 （年度限额）	恶性肿瘤住院及住院前后门急诊医疗费用保险金	100万元	100万元
	恶性肿瘤特定门诊医疗费用保险金		
二、医疗费用年度基础免赔额	8000元	10000元	12000元

附件二：

医疗费用保险金计算示例

以下示例仅为展示计算逻辑用，请勿将数值作为实际治疗费用参考。投保人A为被保险人B和被保险人C（两个被保险人都享有基本医疗保险）投保本产品的保障计划二，保险期间为1年，自2018年1月1日零时起，至2018年12月31日二十四时止。被保险人在保险期间内共计发生三次就诊治疗，每次就诊治疗情况具体如下：
单位：人民币元

就诊次序	首次就诊	第二次就诊	第三次就诊
就诊被保险人	被保险人 B	被保险人 C	被保险人 B
治疗时间	2018年2月5日至 2018年2月12日	2018年5月8日至 2018年6月10日	2018年11月3日至 2018年11月28日
治疗项目	因阑尾炎住院治疗	因恶性肿瘤住院治疗	因恶性肿瘤放化疗 门诊治疗
实际发生的医疗费用	11000 元	880000 元	150000 元
保险责任范围内的必需且合理的医疗费用	7500 元	880000 元	150000 元
从基本医疗保险获得的费用补偿	1750 元	13000 元	0 元
从其他商业医疗保险计划获得的医疗费用补偿	2000 元	150000 元	15000 元
年免赔额余额	10000 元	2500 元	0 元
是否通过基本医疗保险获得费用补偿	是	是	否

则被保险人可获得的各项医疗费用保险金的计算方法如下：

（1）被保险人首次就诊实际发生的医疗费用为 11000 元，必需且合理的医疗费用为 7500 元，本次就诊发生的一般住院及住院前后门急诊医疗费用保险金的计算过程如下：

- ① 被保险人在保险期间内该次发生的必需且合理的医疗费用：7500 元；
- ② 年免赔额余额：首次就诊，年免赔额余额为年度基础免赔额 10000 元；
- ③ 该次就诊对应的赔付比例：被保险人本次就诊已通过基本医疗保险获得费用补偿，则该次就诊对应的赔付比例为 100%。
- ④ 被保险人实际发生的必需且合理的医疗费用扣除从其他途径获得的医疗费用补偿后的余额：3750 元
（被保险人实际发生的必需且合理的医疗费用 7500 元-从基本医疗保险获得的费用补偿 1750 元-从其他商业医疗保险计划获得的费用补偿 2000 元）

根据公式和补偿原则，我们本次向一般住院及住院前后门急诊医疗费用保险金受益人给付的医疗费用保险金为0元。根据公式计算的医疗费用保险金为0元（被保险人在保险期间内该次发生的必需且合理的医疗费用 7500元 - 年免赔额余额10000元）*该次就诊对应的赔付比例100%，未超过被保险人实际发生的必需且合理的医疗费用扣除从其他途径获得的医疗费用补偿后的余额3750元。

若后续申请时您同时提供第一次就诊时发生的必需且合理的医疗费用7500元，因上述费用已参与年度基础免赔额的抵扣，则不在后续医疗费用赔付的范围内，即不再参与后续费用理算。

（2）被保险人第二次就诊实际发生的医疗费用为880000元，必需且合理的医疗费用为880000元，本次就诊发生的一般住院及住院前后门急诊医疗费用保险金的计算过程如下：

- ① 被保险人在保险期间内该次发生的必需且合理的医疗费用：880000 元；
- ② 年免赔额余额：本次就诊的年免赔额余额 2500 元（上次年免赔额余额 10000 元 - 前次就诊累计的

“保险责任范围内的必需且合理的医疗费用”7500元)；

- ③ 该次就诊对应的赔付比例：被保险人本次就诊已通过基本医疗保险获得费用补偿，则该次就诊对应的赔付比例为100%。
- ④ 被保险人实际发生的必需且合理的医疗费用扣除从其他途径获得的医疗费用补偿后的余额：717000元（被保险人实际发生的必需且合理的医疗费用880000元-从基本医疗保险获得的费用补偿13000元-从其他商业医疗保险计划获得的费用补偿150000元）

根据公式和补偿原则，我们本次向一般住院及住院前后门急诊医疗费用保险金受益人给付的医疗费用保险金为717000元。根据公式计算的医疗费用保险金为877500元（被保险人在保险期间内该次发生的必需且合理的医疗费用880000元-年免赔额余额2500元）*该次就诊对应的赔付比例100%，超过被保险人实际发生的必需且合理的医疗费用扣除从其他途径获得的医疗费用补偿后的余额717000元。

(3) 被保险人第三次就诊实际发生的医疗费用为150000元，必需且合理的医疗费用为150000元，本次就诊发生的一般特定门诊医疗费用保险金的计算过程如下：

- ① 被保险人在保险期间内该次发生的必需且合理的医疗费用：150000元；
- ② 年免赔额余额：本次就诊的年免赔额余额0元（上次年免赔额余额2500元-前次就诊累计的“保险责任范围内的必需且合理的医疗费用”880000元）；
- ③ 该次就诊对应的赔付比例：被保险人本次就诊未通过基本医疗保险获得费用补偿，则该次就诊对应的赔付比例为60%。
- ④ 被保险人实际发生的必需且合理的医疗费用扣除从其他途径获得的医疗费用补偿后的余额：135000元（被保险人实际发生的必需且合理的医疗费用150000元-从基本医疗保险获得的费用补偿0元-从其他商业医疗保险计划获得的费用补偿15000元）

根据公式和补偿原则，我们本次向一般特定门诊医疗费用保险金受益人给付的医疗费用保险金为90000元。根据公式计算的医疗费用保险金为90000元（被保险人在保险期间内该次发生的必需且合理的医疗费用150000元-年免赔额余额0元）*该次就诊对应的赔付比例60%，未超过被保险人实际发生的必需且合理的医疗费用扣除从其他途径获得的医疗费用补偿后的余额135000元。

医疗费用保险金计算汇总

单位：人民币元

(1)被保险人在保险期间内该次发生的必需且合理的医疗费用	7500	880000	150000
(2)从基本医疗保险获得的费用补偿	1750	13000	0
(3)从其他商业医疗保险计划获得的医疗费用补偿	2000	150000	15000
(4)年免赔额余额	10000	2500	0
(5)该次就诊对应的赔付比例	100%	100%	60%
(6)医疗费用保险金	0	717000	90000
(7)该次就诊后保险期间内累计的医疗费用保险金	0	717000	807000

医疗费用保险金支付

单位：人民币元

	首次就诊	第二次就诊	第三次就诊	总计
一般住院及住院前后门急诊医疗费用保险金	0	717000	0	717000
一般特定门诊医疗费用保险金	0	0	90000	90000
恶性肿瘤住院及住院前后门急诊医疗费用保险金	0	0	0	0
恶性肿瘤特定门诊医疗费用保险金	0	0	0	0
总计	0	717000	90000	807000

附件三：

阳光人寿融和（家庭版）医疗保险费率表

单位：人民币元

首年保险费（一次性交纳）						
年龄段 (周岁)	保障计划一		保障计划二		保障计划三	
	有基本医疗 保险	无基本医疗 保险	有基本医疗 保险	无基本医疗 保险	有基本医疗 保险	无基本医疗 保险
0-4	811	2404	788	2313	775	2217
5-9	573	1614	552	1535	545	1481
10-14	316	888	298	827	303	815
15-19	292	831	272	758	277	758
20-24	347	945	321	858	305	803
25-29	432	1184	402	1079	375	989
30-34	534	1445	506	1343	470	1238
35-39	700	1914	675	1818	643	1706
40-44	896	2425	869	2332	840	2227
45-49	1065	2914	1052	2822	1018	2688
50-54	1348	3801	1341	3714	1311	3570
55-59	1697	4655	1722	4638	1725	4558
60	2323	6244	2366	6228	2368	6106

注：您为被保险人投保本保险时适用以上费率

单位：人民币元

续年保险费（一次性交纳）						
年龄段 (周岁)	保障计划一		保障计划二		保障计划三	
	有基本医疗 保险	无基本医疗 保险	有基本医疗 保险	无基本医疗 保险	有基本医疗 保险	无基本医疗 保险
0-4	885	2622	860	2523	845	2418
5-9	625	1761	602	1674	595	1616
10-14	345	969	325	902	330	889
15-19	319	907	297	827	302	827
20-24	379	1031	350	936	333	876
25-29	471	1292	439	1177	409	1079
30-34	582	1576	552	1465	513	1350
35-39	764	2088	736	1983	701	1861
40-44	977	2645	948	2544	916	2429
45-49	1162	3179	1148	3078	1111	2932
50-54	1470	4146	1463	4052	1430	3894
55-59	1851	5078	1879	5060	1882	4972
60-64	2534	6812	2581	6794	2583	6661
65-69	3914	10817	4050	10962	4106	10872
70-74	5203	14258	5426	14564	5522	14499
75-79	7523	20351	7910	20964	8082	20946
80-84	8282	22297	8781	23163	9004	23226

85-89	10933	25643	11686	26859	12027	27029
90-94	14209	29489	15311	31145	15815	31450
95-99	18459	33912	20050	36110	20784	36588

注：您为被保险人续保本保险时适用以上费率