



和谐健康保险股份有限公司  
HEXIE HEALTH INSURANCE CO.,LTD.

## 保险合同

公司名称：和谐健康保险股份有限公司

公司官网：<http://www.hexiehealth.com>

客服电话：956076



您可扫描二维码，下载“福家享受APP”或  
关注“和谐健康”官方微信，足不出户，享  
受更便捷的智能服务。

如您投保的是分红保险，红利分配是不确定的。

如您投保的是万能保险，最低保证利率之上的投资收益是不确定的。

如您投保的万能保险有初始费用，您缴纳的保险费将在扣除初始费用后计入保单账户。您在收到保险合同后15日（即犹豫期）内有全额退保（扣除不超过10元的工本费）的权利，超过15日退保有损失（犹豫期如与产品条款规定不一致，以产品条款为准）。

## 保险合同目录

本保险合同由保险单、保险条款、投保资料以及与本合同有关的投保文件、合法有效的声明、批注和其他书面协议共同构成。

一. 保险单.....	3
二. 保险条款.....	5
2.1 和谐安心无忧住院医疗保险 .....	5
三. 投保资料.....	14
四. 客户服务指南.....	20
五. 定点就诊医院清单.....	22
六. 批注页.....	23



## 保险单

保险单号码：11140399002200433888

币值单位：人民币 元

投保人姓名：曹玉飞

性别：女 出生日期：1998-07-07 证件类型：居民身份证 证件号码：110101199807078764

被保险人姓名：曹玉飞

性别：女 出生日期：1998-07-07 证件类型：居民身份证 证件号码：110101199807078764

身故受益人	受益顺序	受益比例	证件类型	证件号码
法定受益人				

### 险种资料

险种名称	保险金额/份数 /基本保险金额	保险期间	首期保险费	交费期间	交费频次
和谐安心无忧住院医疗保险		1年	272.00元	1年	趸交
住院医疗费用保险金	详见“其他事项说明”	1年	272.00元	趸交	趸交

首期保险费合计：（大写） 贰佰柒拾贰元整 （小写） 272.00元

特别约定：

详见<<特别约定批单>>

保险合同成立日期：2022-05-20

保险合同生效日期：2022-05-21

保险合同专用章：

董事长签字：

承保机构：上海分公司本部

承保及服务机构地址：上海市浦东\*\*\*\*\*

代理机构：辽宁福保保险经纪有限公司

代理机构销售人员姓名/工号：湾湾/JD00006152

邮编：201206

服务热线：028-956076

查询网址：www.hexiehealth.com

为保护您的合法权益，请通过拨打我公司全国统一客服热线、登陆网站或咨询我公司柜面服务人员等方式，查询、核对您的保单信息（对保险期限一年期以上的保险合同，建议在收到本保单之日起15日内完成首次查询）。

特别约定批单

保险单号码：11140399002200433888

特别约定：

其他事项说明

1. 您选择投保和谐安心无忧住院医疗保险中的基本责任-住院医疗费用保险金，本公司承担该项保险责任。**住院医疗费用分项基本保险金额如下：**

医疗费用分项基本保险金额	2档
检查费	2000元
治疗费	2000元
床位费	2000元
手术费	10000元
其他医疗费用	4000元

2. 您未选择投保和谐安心无忧住院医疗保险中的可选责任-住院津贴保险金，本公司不承担该项保险责任。

# 和谐安心无忧住院医疗保险条款

## 阅读指引

和谐健康[2021]医疗保险 026 号



请扫描以查询验证条款

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正文为准

### 您拥有的重要权益

您有解除本合同的权利.....	1.4
本合同提供的保障在保险责任条款中列明.....	2.5

### 您应当特别注意的事项

退保会给您造成一定的损失，请您慎重决策.....	1.4
在某些情况下，本公司不承担保险责任.....	2.6、2.7
保险事故发生后请您及时通知本公司.....	3.2
您应当按时支付保险费.....	4.1
您有如实告知的义务.....	5.2

### 条款目录

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。

<b>1. 您与我们的合同</b> 1.1 合同构成 1.2 合同成立与生效 1.3 投保范围 1.4 您解除合同的手续及风险	<b>2.7 其他免责条款</b>  <b>3. 如何申请领取保险金</b> 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	<b>5. 其他需要关注的事项</b> 5.1 合同终止 5.2 明确说明与如实告知 5.3 合同内容变更 5.4 联系方式变更 5.5 年龄错误的处理 5.6 未还款项 5.7 本公司合同解除权的限制 5.8 争议处理
<b>2. 我们提供的保障</b> 2.1 基本保险金额 2.2 每日住院津贴额 2.3 保险期间 2.4 不保证续保 2.5 保险责任 2.6 责任免除	<b>4. 如何支付保险费</b> 4.1 保险费的支付	<b>附表：住院医疗费用分项基本保险金额列表</b>

我们对一些重要术语进行了解释，详见每页脚注。

我们对可能影响被保险人享受本保险合同保障的重要内容进行了显著标识，请您仔细阅读正文文字突出显示的部分。

在本条款中，“您”指投保人，“我们”、“本公司”均指和谐健康保险股份有限公司。

## 1 您与我们的合同

- 1.1 合同构成** 和谐安心无忧住院医疗保险合同（以下简称本合同）由本保险条款、保险单或其他保险凭证、投保单、与本合同有关的投保文件、合法有效的声明、批注、批单以及与本合同有关的其他书面协议共同构成。
- 1.2 合同成立与生效** 您提出保险申请且我们同意承保，本合同成立。本合同成立日期在保险单上载明。  
除另有约定外，您支付保险费、本公司签发保险单的次日零时起，本合同开始生效。本合同生效日期在保险单上载明。  
我们自本合同生效之日开始承担保险责任。
- 1.3 投保范围** 本合同接受的被保险人的投保年龄范围为 0 周岁<sup>1</sup>至 60 周岁，且须符合本公司当时的投保规定。  
投保时被保险人为 0 周岁的，应当为出生满 28 日且健康的婴儿。  
被保险人本人或对被保险人有保险利益的其他人可作为投保人投保本保险。
- 1.4 您解除合同的手续及风险** 本合同生效后，您可以申请解除本合同，请填写解除合同申请书并向我们提供下列证明和资料：  
(1) 保险合同；  
(2) 您的有效身份证件<sup>2</sup>。  
自我们收到解除合同申请书之日起，本合同终止。我们自收到解除合同申请书之日起 30 日内向您退还本合同的现金价值<sup>3</sup>。  
您解除合同可能会遭受一定损失。

## 2 我们提供的保障

- 2.1 基本保险金额** 本合同“住院医疗费用保险金”责任的基本保险金额分为 4 个档次，由您和我们约定其中一档进行投保并在保险单上载明，各档次住院医疗费用分项基本保险金额详见附表：住院医疗费用分项基本保险金额列表。

<sup>1</sup> 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。

<sup>2</sup> 有效身份证件：指由中华人民共和国政府主管部门规定的能够证明其身份的证件，如：有效期内的居民身份证、港澳台居民居住证、户口簿以及中华人民共和国政府主管部门颁发或者认可的有效护照或者其他身份证明文件。

<sup>3</sup> 现金价值：指保险单所具有的价值，通常体现为解除合同时，由我们退还的那部分金额。一次性支付保险费的，现金价值=保险费×(1-35%)×(1-保险合同已生效的天数/保险合同保险期限的天数)；分期支付保险费的，现金价值=当期保险费×(1-35%)×(1-当期保险费经过日数/当期保险费承保日数)，经过日数不足 1 日的按 1 日计算。被保险人已发生保险金给付，则现金价值为零。

- 2.2 每日住院津贴额** 本合同“住院津贴保险金”责任的每日住院津贴额由您和我们在投保时约定并在保险单上载明。每日住院津贴额以 10 元/日为单位。若该金额发生变更，则以变更后的金额为每日住院津贴额。
- 2.3 保险期间** 本合同的保险期间为一年，自合同生效日零时起至约定终止日二十四时止，保险期间在保险单上载明。
- 2.4 不保证续保** **本合同为不保证续保合同。**  
本产品保险期间为一年。保险期间届满，您需要重新向我们申请投保本产品，并经我们同意，交纳保险费，获得新的保险合同。  
**若保险期间届满时，本产品已停止销售，我们不再接受投保申请。**
- 2.5 保险责任** 本合同的保险责任分为基本责任和可选责任。基本责任为“住院医疗费用保险金”责任，可选责任为“住院津贴保险金”责任。您可以单独投保基本责任，也可以在投保基本责任的基础上加投可选责任，**但不能单独投保可选责任。**  
在本合同有效期内，本公司依下列约定承担保险责任：
- 等待期** 本合同生效之日起 90 日（含第 90 日）为等待期。  
被保险人在等待期内因非意外伤害<sup>4</sup>原因发生本合同约定的保险事故的，无论是否延续至等待期后，我们均不承担保险责任，但本合同继续有效。  
被保险人因意外伤害导致发生保险责任，则无等待期。  
您在本合同保险期间届满 60 日前重新提出投保申请并经我们同意承保的无等待期。
- 基本责任**
- 住院医疗费用保险金** 被保险人因意外伤害或在等待期后因非意外伤害原因在我们认可的医院<sup>5</sup>进行住院<sup>6</sup>治疗的，本公司对被保险人实际支出的、符合当地<sup>7</sup>基本医疗保险<sup>8</sup>支

<sup>4</sup> **意外伤害：**指遭受外来的、突发的、非本意的、非疾病的使身体受到伤害的客观事件，并以此客观事件为直接且单独原因导致被保险人身体蒙受伤害。

<sup>5</sup> **医院：**指中华人民共和国境内（港、澳、台地区除外）合法经营的二级以上（含二级）公立医院的普通部（不包含其中的特需医疗、外宾医疗、干部病房），不包括疗养院、护理院、康复中心、戒酒或戒毒中心、精神心理治疗中心以及无相应医护人员或设备的二级或三级医院的联合医院或联合病房。

<sup>6</sup> **住院：**指被保险人因疾病或意外伤害事故而入住医院的正式病房接受全日 24 小时监护治疗的过程，并正式办理入出院手续，不包括入住门诊观察室、其它非正式病房或挂床住院。

**挂床住院**指办理正式住院手续的被保险人，在住院期间每日非 24 小时在床、在院。具体表现包括在住院期间连续若干日无任何治疗，只收护理费、诊疗费、床位费等情况。

<sup>7</sup> **当地：**若被保险人有基本医疗保险，当地指被保险人基本医疗保险的参保地；若被保险人无基本医疗保险，当地指本合同签发地。

<sup>8</sup> **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和新型农村合作医疗保险。



付范围的住院医疗费用<sup>9</sup>（包括检查费<sup>10</sup>、治疗费<sup>11</sup>、床位费<sup>12</sup>、手术费<sup>13</sup>和其他医疗费用<sup>14</sup>），本公司按以下公式计算并在各项医疗费用基本保险金额内分项给付住院医疗费用保险金：

各项住院医疗费用保险金=（被保险人发生的住院医疗费用保险金责任范围内的该项医疗费用-已通过基本医疗保险、公费医疗或其他途径取得的该项医疗费用补偿或赔偿金额）×85%。

本公司对被保险人给付的各项住院医疗费用保险金以各项医疗费用的基本保险金额为限，一次或累计给付的各项住院医疗费用保险金达到该项医疗费用的基本保险金额时，本合同对被保险人的该项医疗费用的保险责任终止。当各项医疗费用的保险责任均终止时，本合同对被保险人的住院医疗费用保险金责任终止。

#### 责任延续

保险期间届满被保险人住院治疗仍未结束的，本公司承担给付住院医疗费用保险金责任的期限，自保险期间届满次日起计算，最长以 30 日（含第 30 日）为限。

#### 补偿原则

如果被保险人发生的属于保险责任范围内的医疗费用已通过基本医疗保险、公费医疗或其他途径得到了补偿或赔偿，本公司仅对剩余部分按照上述条款的约定给付住院医疗费用保险金。

其他途径包括但不限于本公司在内的任何商业保险机构、政府、工作单位以及侵权人或侵权责任承担方等。

如果被保险人以参加基本医疗保险或公费医疗身份投保的，但未以上述身份就诊并结算的，本公司仅按照应给付金额的 70%进行给付。

#### 可选责任

##### 住院津贴保险金

被保险人因意外伤害或在等待期后因非意外伤害原因经我们认可的医院诊断必须住院治疗的，本公司按下下列约定给付住院津贴保险金：

每次事故住院津贴保险金=每日住院津贴额×（实际住院日数-免赔日数）。

免赔日数由您和本公司协商确定并在保险单中载明。

我们对被保险人每次住院的给付日数以 90 日（含第 90 日）为限。被保险人多次住院的，累计给付日数以 180 日（含第 180 日）为限。

若被保险人本次住院治疗与前次住院原因相同，并且前次出院与本次入院间隔不超过 30 日（含第 30 日），则本次住院与前次住院视为同一次住院。

<sup>9</sup> 医疗费用：指符合当地基本医疗保险支付范围（不包括自费和部分自负项目及药品）指定的医疗费用。

<sup>10</sup> 检查费：指住院治疗期间发生的符合当地基本医疗保险支付范围的检查、检验、化验（包括试剂费）和摄片费用。

<sup>11</sup> 治疗费：指住院治疗期间发生的符合当地基本医疗保险支付范围的治疗费、诊疗费、注射费、输液费、输氧费。

<sup>12</sup> 床位费：指住院治疗期间发生的符合当地基本医疗保险支付范围的住院床位费。

<sup>13</sup> 手术费：指住院治疗期间发生的符合当地基本医疗保险支付范围的手术相关费用，包括手术费、麻醉费。

<sup>14</sup> 其他医疗费用：指住院治疗期间发生的符合当地基本医疗保险支付范围的观察费、护理费、住院会诊费、医疗药品费、材料费、救护车费以及医疗器具、用品费，但不包括挂号费、膳食费、陪客费、点名手术费、以及使用特殊医疗器具、用品（安装、使用心脏起搏器、人工器官、进口导管等）的费用。



**责任延续**

保险期间届满被保险人住院治疗仍未结束的，本公司承担给付住院津贴保险金责任的期限，自保险期间届满次日起计算，**最长以 30 日（含第 30 日）为限。**

**2.6 责任免除**

因下列情形之一导致被保险人发生本合同约定的保险事故的，我们不承担保险责任：

- (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、抗拒依法采取的刑事强制措施；
- (3) 被保险人自杀，但被保险人自杀时为无民事行为能力人的除外；
- (4) 被保险人服用、吸食或注射**毒品**<sup>15</sup>；
- (5) 被保险人**酒后驾驶**<sup>16</sup>、**无合法有效驾驶证驾驶**<sup>17</sup>，或**驾驶无合法有效行驶证**<sup>18</sup>的**机动车**<sup>19</sup>；
- (6) 被保险人患未告知的**既往症**<sup>20</sup>；
- (7) 被保险人的产前产后检查、妊娠（含宫外孕）、流产（含人工流产）、分娩（含剖腹产）、避孕、绝育手术、治疗不孕不育症以及上述原因引起的并发症；
- (8) 被保险人接受疗养、康复治疗、心理治疗、美容、矫形、视力矫正手术、牙齿治疗、安装义肢、安装义眼、预防性手术、非意外事故所致的整容手术；
- (9) 被保险人以捐献身体器官为目的的医疗行为或购买、安装人工器官，移植器官；
- (10) 被保险人未遵医嘱，私自使用药物，但按使用说明的规定使用**非处方药**<sup>21</sup>不在此限；
- (11) 被保险人因**药物过敏**、**医疗事故**<sup>22</sup>、精神和行为障碍（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）<sup>23</sup> 确定）导

<sup>15</sup> **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。

<sup>16</sup> **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》或道路交通相关法规的规定认定为饮酒后驾驶或醉酒后驾驶。

<sup>17</sup> **无合法有效驾驶证驾驶**：指下列情形之一：

- (1) 没有取得中华人民共和国有关主管部门颁发或者认可的驾驶资格证书；
- (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，或不按指定时间、路线学习驾车。

<sup>18</sup> **无合法有效行驶证**：指下列情形之一：

- (1) 机动车被依法注销登记的；
- (2) 未依法按时进行或通过机动车安全技术检验。

<sup>19</sup> **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或履带车辆。

<sup>20</sup> **既往症**：指在本合同生效日之前所患有的已知的或其应该知道的有关疾病或症状。既往症通常有以下情况：

- (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，有间断治疗情况；
- (3) 本合同生效前，医生已有明确诊断，但未接受任何治疗。

<sup>21</sup> **非处方药**：指在使用药品当时，由国务院药品监督管理部门公布的，不需要凭执业医师和执业助理医师处方，消费者可以自行判断、购买和使用的药品。

<sup>22</sup> **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，必须经国家认可的、有权负责医疗事故技术鉴定工作的医学会组织鉴定后，方可确认医疗事故的成立。

<sup>23</sup> 《**疾病和有关健康问题的国际统计分类**》（ICD-10）：指世界卫生组织（WHO）制定的国际统一的疾病分

致的伤害；

- (12) 被保险人患**遗传性疾病<sup>24</sup>、先天性畸形、变形或染色体异常<sup>25</sup>**（依照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）确定）；
- (13) 被保险人**感染艾滋病病毒或患艾滋病<sup>26</sup>**；
- (14) 被保险人从事任何高风险运动或活动，包括**潜水<sup>27</sup>、跳伞、攀岩<sup>28</sup>、蹦极、驾驶及乘坐滑翔机或滑翔伞、探险<sup>29</sup>、武术比赛<sup>30</sup>、特技表演<sup>31</sup>、赛马、赛车等**；
- (15) 被保险人在非本公司认可的医院就诊，因紧急情况必须立即就医的除外；
- (16) **战争<sup>32</sup>、军事冲突<sup>33</sup>、暴乱<sup>34</sup>或武装叛乱**；
- (17) 核爆炸、核辐射或核污染。

- 2.7 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“2.5 保险责任”、“3.2 保险事故通知”、“5.2 明确说明与如实告知”、“5.5 年龄错误的处理”、“脚注 4 意外伤害”、“脚注 5 医院”、“脚注 6 住院”、“脚注 9 医疗费用”、“脚注 14 其他医疗费用”中突出显示的内容。

### ③ 如何申请领取保险金

- 3.1 受益人** 除另有指定外，住院医疗费用保险金、住院津贴保险金的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。  
**如果您、被保险人或受益人故意或者因重大过失未及时通知，致使保险事故的性质、原因、损失程度等难以确定的，我们对无法确定的部分不承担保险**

类方法，它根据疾病的病因、病理、临床表现和解剖位置等特性，用一种系统有序的组合编码的方法对疾病进行分类。目前世界通用的是第 10 次修订本《疾病和有关健康问题的国际统计分类》，（ICD-10）是该分类第 10 次修订本的简称。

<sup>24</sup> **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。

<sup>25</sup> **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。

<sup>26</sup> **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。

<sup>27</sup> **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。

<sup>28</sup> **攀岩**：指攀登悬崖、楼宇外墙、人造悬崖、冰崖、冰山等运动。

<sup>29</sup> **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。

<sup>30</sup> **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。

<sup>31</sup> **特技表演**：指进行马术、杂技、飞车、驯兽等表演。

<sup>32</sup> **战争**：指国家与国家、民族与民族、政治集团与政治集团之间为了一定的政治、经济目的而进行的武装斗争，以政府宣布为准。

<sup>33</sup> **军事冲突**：指国家或民族之间在一定范围内的武装对抗，以政府宣布为准。

<sup>34</sup> **暴乱**：指破坏社会秩序的武装骚动，以政府宣布为准。

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

申请保险金时，由相应保险金受益人作为申请人填写保险金给付申请书，并提供下列证明和资料：

#### 住院医疗费用保险金申请

所需的证明和资料：

- (1) 保险合同；
- (2) 申请人及被保险人的有效身份证件；
- (3) 医院出具的被保险人的医疗诊断书（包括必要的病历记录及检查报告和医疗费用的原始凭证）；
- (4) 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。

#### 住院津贴保险金申请

所需的证明和资料：

- (1) 保险合同；
- (2) 申请人及被保险人的有效身份证件；
- (3) 医院出具的被保险人的病历、住院及出院证明文件等资料；
- (4) 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。

保险金作为被保险人遗产时，继承人还须提供可证明其合法继承权的相关权利文件。

如果委托他人代为申请，除上述证明和资料外，还须提供相关保险金受益人的授权委托书、受托人有效身份证件等相关证明文件。

受益人或继承人为未成年人或无民事行为能力人时，由其监护人代其申请领取保险金，其监护人还必须提供受益人或继承人为未成年人或无民事行为能力人的证明和监护人具有合法监护权的证明。

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。

### 3.4 保险金给付

我们在收到保险金给付申请书及保险金申请所需证明和资料后，将在 5 日内作出核定；情形复杂的，在 30 日内作出核定。**若我们要求投保人、被保险人或者受益人补充提供有关证明和资料的，则上述的 30 日不包括补充提供有关证明和资料的期间。**对属于保险责任的，我们在与受益人达成有关给付保险金数额的协议后 10 日内，履行给付保险金义务。

我们未及时履行前款规定义务的，将赔偿受益人因此受到的损失。前述“损失”指根据中国人民银行公布的同期人民币活期存款基准利率计算的利息损失。

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

受益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 如何支付保险费

### 4.1 保险费的支付

本合同保险费的交费方式和交费标准由您与我们约定并在保险单上载明。  
分期支付保险费方式分为月交、季交和半年交，在支付首期保险费后，您应当在每个**保险费约定支付日**<sup>35</sup>支付当期应交保险费。

除另有约定外，分期支付保险费的，您支付首期保险费后，如果您到期未支付保险费，您应于保险费约定支付日的次日零时起的 60 日内支付当期保险费。上述 60 日内发生的保险事故，我们仍会承担保险责任，但在给付保险金时会扣减您欠交的保险费。

除另有约定外，如您在上述 60 日期满时仍未支付应支付保险费，则我们自上述 60 日期满的次日零时起不再承担保险责任，合同效力终止。对于保险期间终止后发生的保险事故，我们不再承担保险责任。

## 5 其他需要关注的事项

### 5.1 合同终止

当发生下列情形之一时，本合同终止：

- (1) 在保险期间内解除本合同的；
- (2) 我们已经履行完毕保险责任的；
- (3) 本合同保险期间届满的；
- (4) 被保险人身故的；
- (5) 本合同因条款所列其他情况而终止的。

### 5.2 明确说明与如实告知

订立本合同时，我们应当向您说明本合同的内容。对保险条款中免除我们责任的条款，我们在订立合同时应当在投保单、保险单或者其他保险凭证上作出足以引起您注意的提示，并对该条款的内容以书面或者口头形式向您作出明确说明，未作提示或者明确说明的，该条款不产生效力。

订立本合同时，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，我们不承担保险责任，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，我们不承担保险责任，但会向您退还保险费。

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，我们应当承担保险责任。

### 5.3 合同内容变更

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，应当由我们在保险合同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。

<sup>35</sup> **保险费约定支付日**：指保险合同生效日在每月、每季或每半年（根据交费方式确定）的对应日。如果当月无对应的同一日，则以该月最后一日为对应日。



- 5.4 联系方式变更** 为了保障您的合法权益，您的住所、通讯地址、电话或电子邮件等联系方式变更时，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联系方式所发送的有关通知，均视为已送达给您。
- 5.5 年龄错误的处理** 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，按周岁计算的真实年龄在投保单上填明，如果发生错误按照下列方式办理：
- (1) 您申报的被保险人年龄不真实，并且其真实年龄不符合本合同约定投保年龄限制的，我们有权解除本合同。对于解除本合同的，本合同自解除之日起终止，我们向您退还本合同终止时的现金价值。对于本合同解除前发生的保险事故，我们不承担保险责任。
  - (2) 您申报的被保险人年龄不真实，致使您实付保险费少于应付保险费的，我们有权更正并要求您补交保险费。如果已经发生保险事故，在给付保险金时按实付保险费和应付保险费的比例给付。
  - (3) 您申报的被保险人年龄不真实，致使您实付保险费多于应付保险费的，我们向您退还多收的保险费。
- 5.6 未还款项** 我们在给付保险金、退还现金价值或者退还保险费时，如果您有欠交的保险费或者其他欠款，我们先扣除上述各项欠款。
- 5.7 本公司合同解除权的限制** 条款 5.2 及 5.5 中规定的合同解除权，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，我们承担保险责任。
- 5.8 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，可依法直接向法院提起诉讼。  
与本合同有关的以及履行本合同产生的一切争议处理适用中华人民共和国法律（不包括港、澳、台地区法律）。

附表：住院医疗费用分项基本保险金额列表

医疗费用分项 基本保险金额	一档	二档	三档	四档
检查费	1000	2000	4000	6000
治疗费	1000	2000	4000	6000
床位费 (平均每日床位费限额)	1000 (20)	2000 (20)	4000 (40)	6000 (60)
手术费	5000	10000	20000	30000
其他医疗费用	2000	4000	8000	12000

(结束)



## 人身保险电子投保单

分支机构代码 : 9020101

投保单号 : 11140399002200433888

投保申请日期 : 2022-05-20

尊敬的客户, 欢迎您到和谐健康保险股份有限公司(以下简称我公司)购买保险:

1. 本电子投保单是保险合同的重要组成部分, 投保单中相关内容须由投保人与被保险人本人如实告知并确认; 被保险人为未成年人时, 应由其监护人如实告知并确认。当您(投保人)收到保险单时, 请再次确认保险合同内容是否属实。
2. 请您详细阅读所投保种的相关保险条款, 特别提醒您注意保险责任、责任免除、犹豫期、保险合同的生效、中止及终止、解除等条款内容, 还要了解保险期间、续保、退保、等待期等内容。
3. 以死亡为给付保险金条件的合同, 未经被保险人书面同意并认可保险金额的, 合同无效。父母为其未成年子女投保的人身保险不受此限制。
4. 根据国务院保险监督管理机构的规定: 父母为其未成年子女投保的人身保险, 在被保险人成年之前, 各保险合同约定的被保险人死亡给付的保险金额总和、被保险人死亡时各保险公司实际给付的保险金总和应符合中国保监会的有关规定。请您仔细计算并如实填写被保险人可投保的身故责任保险金额, 以免在申请给付身故保险金时影响您和受益人的合法权益。
5. 请您根据自身财务状况, 选择合适的交费期限和交费金额, 如果无法持续交纳保险费可能导致合同效力中止或保险合同解除。
6. 我公司采集客户信息特别是联系电话和联系地址的用途, 包括但不限于计算保费、核保、寄送保单和客户回访等方面。请您务必填写真实联系方式, 确保重要信息能得到及时通知。
7. 为了维护您的合法权益, 请您务必准确填写本投保单列示的各项信息, 包括投保人、被保险人和指定受益人的姓名、性别、出生日期、身份证件或身份证明文件的类别、号码、职业, 以及投保人的联系电话、联系地址和被保险人与投保人的关系等。如上述信息发生缺失或错误, 应补充或更正, 否则我公司无法受理您的投保申请。如您提供的客户信息不真实、不完整, 将有可能无法有效获得我公司提供的服务, 甚至导致保险合同的解除。
8. 我公司承诺: 未经客户同意, 不会将客户信息用于我公司和第三方机构的销售活动。
9. 请您注意一切口头的与本投保单各事项及保险条款内容不符的说明、承诺或解释, 均属无效。
10. 保险合同自我公司同意承保、收取首期保险费并签发保险单次日零时起开始生效, 具体生效日期以保险单载明的日期为准。
11. 在您成功支付保费并且我公司审核您的投保信息无误同意承保之后, 我公司将在投保成功提示界面返回给您电子保单信息, 并将您的电子保险合同发送到您在投保时预留的电子邮箱, 并以短信的形式通知到您, 请注意查收。如有疑问, 请您及时致电028-956076与我公司联系。
12. 保险在承保时仅提供电子合同, 若您需要纸质保单, 可通过我公司柜面申请保全变更, 具体请咨询我公司客服电话028-956076。

### 一、投保人资料

姓名: 曹玉飞	性别: 女	出生日期: 1998-07-07	国籍: 中国
证件类型: 居民身份证	证件有效期至: 2027-05-20	工作单位:	
证件号码: 110101199807078764	职业: 企业经理	职业代码: 1020202	
联系地址: 上海市黄浦区建外大街001号	邮政编码:		
回访电话: 13800138601	保单接收方式: 电子保单	电子邮箱: sdfewrewrqewr@sina.com	

### 二、被保险人资料

与投保人关系: 本人			
姓名: 曹玉飞	性别: 女	出生日期: 1998-07-07	国籍: 中国
证件类型: 居民身份证	证件有效期至: 2027-05-20	联系电话: 13800138601	
证件号码: 110101199807078764	职业: 企业经理	职业代码: 1020202	
联系地址: 上海市黄浦区建外大街001号	邮政编码:		

### 三、身故受益人信息(注: 相同受益顺序的受益人的受益比例加总必须为100%; 若受益人为法定, 以下信息可为空)

与被保险人关系	姓名	性别	证件类型	证件号码	受益人出生日期	受益顺序	受益比例
	法定受益人						

### 四、保险计划和交费信息(本保险合同的保险计划、基本保险金额、交费期限、保险期间及保险费均以保险单为准)

投保套餐/险种名称	保险金额/份数/基本保险金额	保险期间	交费期限	保险费
-----------	----------------	------	------	-----



投保套餐/险种名称	保险金额/份数/基本保险金额	保险期间	交费期限	保险费
和谐安心无忧住院医疗保险		1年	1年	272.00元
住院医疗费用保险金	详见“其他事项说明”	1年	趸交	272.00元
交费频率：趸交	保险费合计：（人民币大写）贰佰柒拾贰元整			（人民币小写）¥：272.00元

被保险人是否享有社会医疗保险或公费医疗保障：是

续期保险费超过宽限期仍未交付时，选择自动垫交保险费：否（仅当保险合同有现金价值且允许自动垫交时适用）

## 五、交费方式及账户授权

**投保人（以下简称本人）对和谐健康保险股份有限公司（以下简称贵公司）及下列的开户银行（以下简称银行）授权如下：**

- 本人同意委托贵公司从下列本人的授权账户中扣取本保险合同所需缴纳的保险费，并保证有足够的金额支付应交保险费。
- 本人确认授权的银行账户为投保人本人账户，且账户的开户银行、户名和账号均真实有效，该银行账户作为首期或续期保费交纳账户。
- 本人同意若因账户挂失、账户冻结、账户余额不足或其他非银行原因造成转账不成功，致使产生保险合同中止、终止等后果或投资账户的费用损失，由此引起的责任概由本人承担。
- 如本人在同一指定账户内同时授权支付两张或两张以上保险单中的保险费或其他自动转账业务时，本人同意依照贵公司规定的转账顺序转账。
- 本人投保后若办理退保或退费业务，同意贵公司将应退金额通过银行划转入该账户。
- 本人因故结清账户，会重新开立账户，并及时通过贵公司进行变更。如本人欲终止本授权，应立即向贵公司递交终止的书面申请，由贵公司知会银行停止转账；若因本人未及时办理账户变更手续而导致退保给付金无法按时给付，则同意贵公司按退保申请日的给付金额支付。

首期交费方式：委托银行扣收/第三方支付	续期交费方式：委托银行扣收/第三方支付
账户持有人（投保人）姓名：曹玉飞	开户行：中国建设银行股份有限公司乌兰察布分行
账 户 号：234356787999999	-

## 六、询问事项

被保险人告知栏	是/否
1. 被保险人是否专职或兼职从事属于《高风险职业类别表》中所列种类的职业？	否
2. 被保险人是否曾被任何保险公司解除合同或投保、复效时被延期、拒保或者附加条件承保？	否
3. 被保险人最近两年内是否曾经因疾病（非意外事故，不包括剖腹产、顺产、鼻炎、急性胃肠炎、单次发作已痊愈的肺炎、急性上呼吸道感染、胆囊炎、胆囊结石、阑尾炎住院）连续住院治疗七天或七天以上？或因其它慢性疾病需要长期（1个月以上）服药控制或手术治疗？	否
4. 被保险人既往是否曾接受过以下任意一项检查，且检查结果异常：血液检查、尿常规、X线（含乳腺钼靶）、B超、彩超、CT、核磁共振、内窥镜、病理活检、眼底检查、宫颈刮片、TCT检查？	否
5. 被保险人是否目前患有或曾经患有下列疾病或症状？（1）高血压（收缩压 140mmHg或舒张压 90mmHg）、糖尿病或空腹血糖 > 6.2mmol/l 或糖化血红蛋白HbA1c > 6.5%、甲状腺疾病、心律失常、慢性支气管炎或肺气肿、支气管扩张、哮喘、肺结节、肺结核、慢性肾炎、肾病综合征、肾萎缩、肾髓质囊性病、肾功能不全、肾切除、慢性胆囊炎、胆石症、胆囊息肉、肝炎（肝炎病毒携带者）、酒精性肝病、重度脂肪肝、硬化性胆管炎、胰腺炎、椎间盘突出症、椎管狭窄、关节炎、风湿病、消化道溃疡、紫癜、视网膜疾病、青光眼、白内障、中耳炎；（2）良性或恶性肿瘤、原位癌、白血病、冠心病/冠状动脉狭窄、心肌缺血、心肌梗死、肺心病、风湿性心脏病、心肌病、心律失常、心功能不全二级（含）以上、心瓣膜关闭不全狭窄、癫痫、脑血管畸形、脑血管瘤、脑中风（含脑缺血、脑梗死、脑出血）、肾功能不全、肝硬化、肝功能衰竭或失代偿期、再生障碍性贫血、系统性红斑狼疮、多发性硬化、肺气肿、肺大疱、慢性阻塞性肺病、强直性脊柱炎、股骨头坏死、肌无力、瘫痪、溃疡性结肠炎或克罗恩病、萎缩性胃炎、癫痫、帕金森综合征；（3）酒精或药物滥用成瘾、失语、智能障碍、严重视力或听力障碍、脊柱或胸廓畸形、四肢、手足缺损或畸形、功能障碍或活动受限、接受过组织或器官移植或造血干细胞移植；（4）先天性或遗传性疾病、精神类疾病、法定传染病（甲类或乙类）、职业病。	否
6. 被保险人在最近一年内是否出现下列症状或不适：不明原因的发热、疼痛及性质不明的体表或体内肿瘤、肿块、息肉、结节、囊肿、赘生物；不明原因的出血点或瘀斑、反复鼻或牙龈出血、吞咽困难、不明原因的声嘶、反复头晕头痛、胸闷、浮肿、咯血、血尿、黑便、关节红肿、关节酸痛、淋巴结肿大；体重减轻超过5公斤（非健身或减肥原因）？	否





7.适用于女性被保险人：是否曾患有葡萄胎或其他妊娠滋养细胞疾病，或有乳腺囊肿结节、卵巢囊肿、宫外孕、子宫内膜增生异位、子宫肌腺症、子宫肌瘤？	否
8.适用于两周岁及以下的被保险人：（1）是否出生时体重小于2.5公斤？（2）是否有早产、难产、产伤、窒息、缺氧、抢救史、颅内出血等异常情况；是否有发育迟缓、惊厥、抽搐、脑瘫、先天性疾病、先天性畸形、唐氏综合征或其他遗传性疾病？	否



七、投保人与被保险人/监护人的确认、声明及授权

1. 本人已认真阅读了贵公司投保单所附的投保须知、人身保险投保提示和所投保险种条款的各项内容，且销售人员对条款内容特别是保险责任、责任免除和解除保险合同等条款进行了详细解释与明确说明，本人均已理解并同意接受。
2. 本人所填写投保单各项内容均完整、真实、无误，如有隐瞒或告知不实，贵公司可依据《中华人民共和国保险法》规定解除保险合同，并对合同解除前发生的保险事故不承担保险责任。
3. 本人谨此授权贵公司可以向任何知道或拥有本人健康等情况的机构或人员，查阅、复印和了解与投保人及被保险人情况有关的医疗记录、体检报告、病历资料以及其它有关证明文件。贵公司有权对本人进行医疗评估、测试、体检及其它医疗检查，并作为审核本投保单及评估与本投保单内容有关的理赔申请依据。本声明及授权书影印本同样有效。
4. 转账授权：本人填写的投保单中授权银行账户所有人为投保人本人，本人确认授权银行的开户银行、户名和账号均真实有效，续期交费账户与首期保费交纳账户为同一账户。本人同意委托贵公司，从本人填写的投保单中银行账户划付保险合同中约定的所需交纳的首期和续期保险费，并保证有足够的金额支付应交保险费，若因账户挂失、账户冻结、账户余额不足或其他非银行原因造成转账不成功，致使产生保险合同中止、终止的任何后果或投资账户的费用损失，因此引起的责任概由本人承担。如本人在同一指定账户内同时授权支付两张或两张以上保险单中约定的保险费或其他自动转账业务时，本人同意依照贵公司规定的转账顺序转账。本人投保后若办理退保或退费业务，同意贵公司应将应退金额通过银行划转入该账户。本人因故结清账户，会重新开立账户，并及时通过贵公司进行变更。如本人欲终止本授权，应立即向贵公司递交终止的书面申请，由贵公司知会银行停止转账。
5. 本人同意并授权在依据行业监管及为实现服务目的对上述信息进行合理使用及信息共享。
6. 除法律另有规定之外，本人授权和谐健康将根据本条约定查询或收集的、本人提供的以及因保险服务产生的信息（包括本单证签署之前提供和产生的信息），用于和谐健康及其因服务必要委托的合作伙伴为本人提供服务、推荐产品、开展市场调查与信息数据分析。本条所称“和谐健康”是指和谐健康保险股份有限公司。
7. 本人同意本合同自贵公司同意承保、收取首期保险费并签发保险单的次日零时起开始生效。
8. 本人已了解投保单不得作为收取现金保险费的凭证，贵公司未授权销售人员收取现金保险费。
9. 若您投保的是投资连结保险、万能保险等新型产品，按法规要求请投保人在下方空格处亲笔抄写“本人已阅读保险条款、产品说明书和投保提示书，了解本产品的特点和保单利益的不确定性”。

本	人	已	阅	读	保	险	条	款	、	产	品	说	明	书	和	投	保	提	示	书	，
了	解	本	产	品	的	特	点	和	保	单	利	益	的	不	确	定	性	。			

投保人姓名： 雷明                      被保险人/监护人签名： 雷明                      投保申请日期： 2022年5月20日



## 和谐健康保险股份有限公司 人身保险投保提示书

### 尊敬的客户：

人身保险是以人的寿命和身体为保险标的的保险。当被保险人发生死亡、伤残、疾病等风险事故时或者达到合同约定的年龄、期限时，保险公司按照保险合同约定给付保险金。人身保险具有保障和长期储蓄功能，可以用于为人们的生活进行长期财务规划。为帮助您更好地认识和购买人身保险产品，保护您的合法权益，中国保监会请您在填写投保单之前认真阅读以下内容：

#### 一、请您确认保险机构和销售人员的合法资格

请您从持有中国保险监督管理委员会颁发《经营保险业务许可证》或《保险兼业代理许可证》的合法机构或持有《保险代理从业人员展业证书》的销售人员处办理保险业务。如需要查询销售人员的销售资格，您可以要求销售人员告知具体查询方式，或登录保险中介监管信息系统查询（网址：<http://iir.circ.gov.cn>）。

#### 二、请您根据实际保险需求和支付能力选择人身保险产品

请您根据自身已有的保障水平和经济实力等实际情况，选择适合自身需求的保险产品。多数人身保险产品期限较长，如果需要分期交纳保费，请您充分考虑是否有足够、稳定的财力长期支付保费，不按时交费可能会影响您的权益。建议您使用银行划账等非现金方式交纳保费。

#### 三、请您详细了解保险合同的条款内容

请您不要将保险产品的广告、公告、招贴画等宣传材料视同为保险合同，应当要求销售人员向您提供相关保险产品的条款。请您仔细阅读条款内容，重点关注保险责任、责任免除、投保人及被保险人权利和义务、免赔额或免赔率的计算、申请赔款的手续、退保相关约定、费用扣除、产品期限等内容。您若对条款内容有疑问，您可以要求销售人员进行解释。

#### 四、请您了解“犹豫期”的有关约定

一年期以上的人身保险产品一般有犹豫期（自投保人签收保险合同次日起，有10天的犹豫期。通过商业银行购买的保险产品，犹豫期为自投保人收到保险单并书面签收次日起15个自然日。）的有关约定。除合同另有约定外，在犹豫期内，您可以无条件解除保险合同，但应退还保单，保险公司除扣除不超过10元的成本费以外，应退还您全部保费并不得对此收取其他任何费用。

#### 五、“犹豫期”后解除保险合同请您慎重

若您在犹豫期过后解除保险合同，您会有一定的损失。我公司自收到解除合同通知之日起三十日内，按照合同约定退还保险单的现金价值（现金价值表附在正式保险合同之中，若您存在疑问，可要求我公司予以解释）。

#### 六、请您充分认识万能保险等人身保险新型产品的风险和特点

（一）如果您选择购买分红保险产品，请您注意以下事项：分红水平主要取决于我公司的实际经营成果。如果实际经营成果优于定价假设，我公司才会将部分盈余分配给您。如果实际经营成果差于定价假设，我公司可能不会派发红利。产品说明书或保险利益测算书中关于未来保险合同利益的预测是基于公司精算假设，不能理解为对未来的预期，红利分配是不确定的。

（二）如果您选择购买万能保险产品，请您注意以下事项：万能保险产品通常有最低保证利率的约定，最低保证利率仅针对投资账户中资金。您应当详细了解万能保险的费用扣除情况，包括初始费用、死亡风险保险费、保单管理费、手续费、退保费用等。您应当要求销售人员将万能保险账户价值的详细计算方法对您进行解释。万能保险产品的投资回报具有不确定性，您要承担部分投资风险。我公司每月公布的结算利率只能代表一个月的投资情况，不能理解为对全年的预期，结算利率仅针对投资账户中的资金，不针对全部保险费。产品说明书或保险利益测算书中关于未来保险合同利益的预测是基于公司精算假设，最低保证利率之上的投资收益是不确定的，不能理解为对未来的预期。如果您选择灵活交费方式的，您应当要求销售人员将您停止交费可能产生的风险和不利后果对您进行解释。

#### 七、请您正确认识人身保险新型产品与其他金融产品

分红保险、万能保险等人身保险新型产品兼具保险保障功能和投资功能，不同保险产品对于保障功能和投资功能侧重不同，但本质上属于保险产品，产品经营主体是保险公司。您不宜将人身保险新型产品与银行存款、国债、基金等金融产品进行片面比较，更不要仅把它作为银行存款的替代品。

#### 八、选择健康保险产品时请您注意产品特性和条款具体约定

健康保险产品是具有较强风险保障功能的产品，既有定额给付性质的，也有费用补偿性质的。定额给付性质的健康保险按约定给付保险金，与被保险人是否获得其他医疗费用补偿无关；对于费用补偿性质的健康保险，保险公司给付的保险金可能会相应扣除被保险人从其他渠道所获的医疗费用补偿。请您注意条款中是否有免赔额或赔付比例的约定、是否有疾病观察期约定。如果保险公司以附加险形式销售无保证续保条款的健康保险产品，请您注意附加健康保险的保险期限应不小于主险保险期限。

#### 九、为未成年子女选择保险产品时保险金额应当适当

如果您为未成年子女购买保险产品，因被保险人死亡给付的保险金总和应符合中国保监会的有关规定。其主要目的是为了保障未成年人权益，防止道德风险；同时，从整个家庭看，父母是家庭的主要经济来源和支柱，以父母为被保险人购买保险，可以使整个家庭获得更加全面的保险保障。

#### 十、请您如实填写投保资料、如实告知有关情况并亲笔签名

我国《保险法》对投保人的如实告知行为进行了明确的规定。投保时，您填写的投保单应当属实；对于销售人员询问的有关被保险人的问题，您也应当如实回答，否则可能影响您和被保险人的权益。为了有效保障自身权益，请您在投保提示书、投保单等相关文件亲笔签名。

#### 十一、请您配合保险公司做好客户回访工作

我公司按规定开展客户回访工作，一般通过电话、信函和上门回访等形式进行。为确保自己的权益得到切实保障，您应对回访问题进行如实答复，不清楚的地方可以立即提出，要求我公司进行详细解释。请您投保时准确、完整填写家庭住址、邮编、常用联系电话等个人信息，以便我公司能够对您及时回访。



## 十二、请您注意保护自身的合法权益

如果您发现销售人员在保险销售过程中存在误导销售行为，或认为自身权益受到侵犯，请注意保留书面证据或其他证据，可向我公司反映（全国统一服务热线：028-956076）；若您通过我公司保险产品代理销售银行购买的产品，也可以向代理销售银行咨询、投诉（可拨打银行客服电话），也可以向当地保监局或行业协会投诉（消费者投诉维权热线12378），必要时还可以根据合同约定，申请仲裁或向法院起诉。

如果您有不明确之处请向业务人员咨询，或致电全国统一服务热线，也可登录[www.hexiehealth.com](http://www.hexiehealth.com)查询。再次感谢您投保和谐健康保险股份有限公司！

和谐健康保险股份有限公司偿付能力符合监管要求，综合偿付能力充足率及分类监管评级信息，您可以登陆我司官网<http://www.hexiehealth.com/> 公开信息披露下专项信息偿付能力查询。

和谐健康保险股份有限公司及其销售人员已向本人提供了所投保的产品条款，并对条款进行了说明，尤其是对责任免除条款、合同解除条款进行了详细解释与明确说明，本人对所投保产品条款及产品说明书已认真阅读并理解。

本人已了解所投保产品情况，并自愿承担保单利益不确定的风险。如投保的保险产品中存在以下情况，本人仍确认投保：

1. 趸交保费超过本人家庭年收入的4倍；
2. 年期交保费超过本人家庭年收入的20%，或月期交保费超过本人家庭月收入的20%；
3. 保费交费年限与本人年龄数字之和达到或超过60；
4. 保费额度大于或等于本人保费预算的150%。

投保单号： 11140399002200433888

投保人签名： 白雪明

日期： 2022年5月20日

代理人签名： 湾湾

代理人编码： JD00006152

联系电话： 13800138679



## 客户服务指南

### 保单服务

为保证本公司的通知能及时传递给您，请您认真核实所留的通讯方式准确无误，当您的通讯方式如地址、电话等发生变化时，请致信本公司或致电本公司客户服务电话028-956076办理变更。

在合同有效期内，您可按条款约定对本保险合同部分内容进行变更，当您有此需求时，可致信本公司或联系健康顾问办理，详细事宜请致电本公司客户服务电话028-956076咨询。

### 续期续保收费

为了保障您的保险权益，请您依据本保险合同的约定，足额缴纳续期续保保险费。长期险（保险期间超过一年）缴费自约定缴费日起60天为宽限期，若超过宽限期续期保险费仍未缴纳，该险种效力将自动中止。短期险（保险期间为一年）续保保险费根据年龄、职业等变化每年有可能不同，具体金额以该险种保险条款约定为准，请您注意。若您对缴费事宜有疑问，请致电本公司客户服务电话028-956076咨询。

### 理赔服务

当您不幸遭遇保险事故，请通过电话、传真、信函、网络等及时报案，亦可请您的业务员协助报案。

#### 一．申请理赔注意事项：

1. 收集相关材料，及时办理理赔申请，正确填写理赔申请书；
2. 理赔申请人是有资格限制的。理赔申请人是有资格申请保险金的人。生存保险金的申请人为被保险人或其监护人；身故保险金的申请人为指定受益人或监护人；没有指定的，申请人为被保险人的继承人或其监护人；豁免保费的申请人为投保人或其监护人；
3. 如授权他人代办理赔事宜的，请填写《授权委托书》，标明授权事项，并提供委托人及被委托人身份证明原件；

4. 理赔申请人有义务提供与确认事故原因、性质、损失程度等相关的证明与资料。若提供的材料不真实或故意伪造相关的证明材料，您的权益会受到影响，情节严重的须承担相应的法律责任。

#### 二．保险金给付相关事宜：

1. 为保证给付保险金的安全，并免除您现场等待之苦，我公司对保险金均采用转账的方式，请您在申请书上填清户主、开户行、银行帐号，并提供银行存折或卡的复印件以备校验。

2. 有多个申请人（继承人），申请时应提供相应关系证明并提供其银行存折或卡的复印件，并请在复印件上签署同意转入此账户。如在投保时未指定受益份额，可共同指定转入某一申请人账户，必须所有申请人出具亲笔签名的授权委托书，保险金将一次性转入此申请人账户。

3. 申请人各方对保险金的分配产生争议，本公司不介入此争议中。待各方就保险金分配达成一致形成书面文件或经仲裁机关仲裁、法院判决后，我公司再据此进行给付。

4. 如您的案件不属现场处理件，我公司在结案后会第一时间用短信、电话或邮件形式通知您前往保险公司办理相关手续。

### 三．医疗保险理赔提示：

- 1．被保险人须按照合同约定，在本公司定点医院或约定医院就诊。
- 2．被保险人在定点医院住院，应在48小时内通知本公司。
- 3．被保险人如因突发疾病或意外事故在非定点医院治疗，须在入院后48小时内通知本公司，并在病情稳定后尽快转入本公司定点医院。
- 4．被保险人如因病情需要到非定点医院治疗，须向本公司提交书面申请，经本公司同意后方可进行。
- 5．在医疗费用的公自费标准界定上，认可并执行国家社会医疗保险管理部门及对应各省市、地当地国家权威部门颁布并实施的标准规定。对于当地正在执行的标准规定中的自费检查、治疗项目和自费药品，保险公司不负给付保险金责任；对于标准规定中需部分自费的项目，自费比例按上述当地社（医）保规定执行。
- 6．医疗费用保险适用于补偿原则，补偿原则是指若被保险人已从其他途径（包括工作单位、社会医疗保险机构、任何商业保险机构、事故责任方等）取得补偿，我们在各项保险金的限额内仅对剩余部分承担保险责任。

四．不同的申请项目需提供的索赔资料会有所不同，详细要求请参看《理赔申请资料一览表》。表中所列的为必需资料，理赔审核时可能仍需额外的索赔资料。

序号	申请项目	受理时应递交材料	1.理赔申请书
1	住院医疗	1.2.3.4.5	2.保险单或保险凭证
2	意外医疗	1.2.3.4.5.6.9	3.用以确定受益人身份的相关证明、受益人银行存折（卡）复印件
3	重大疾病	1.2.3.4.5.6.7	4.住院病历（慢性病及外伤，需同时提供首诊病历）
4	意外身故	1.2.3.9.10	5.住院费收据、明细及清单
5	疾病身故	1.2.3.10	6.门/急诊病历/手册、收据及处方信息
6	意外残疾	1.2.3.8.9	7.病理及其它各项检查结果
7	宣告死亡	1.2.3.11	8.司法鉴定书
8	门诊费用	1.2.3.6	9.意外事故证明（若是交通事故，需提供交通管理部门出具的交通事故责任认定书；若是工伤事故，须提供相关单位的工伤证明等。）
9	长期护理	1.2.3.4.6.8	10.死亡证明书/丧葬或火化证明/户籍注销证明
			11.宣告死亡判决书

温馨提示：住院病历一般包括住院病历中的住院志（即入院记录）、体温单、医嘱单、化验单（检验报告）、医学影像检查资料、特殊检查（治疗）同意书、手术同意书、手术记录、麻醉记录单、病理报告、护理记录、出院记录（出院小结）等。

## 和谐健康保险股份有限公司 司定点医院目录

本公司完整定点医院名单请登录和谐健康保险股份有限公司官方网站 <http://www.hexiehealth.com/> , 点击  
客户服务 理赔服务 理赔定点医院或扫描下方二维码查询



备注：本公司保留对网页中定点医院名单调整或增减的权利。  
扫描二维码也可查询“指定的特定医疗机构清单”。



## 批 注

本页用于今后本保险合同发生内容变更时，保险公司出具的保单批注均粘贴在此页，并加盖骑缝章，视为本保险合同的一部分。