

利安人寿保险股份有限公司

利安新市民新业态医疗保险

产品说明

谨致

_____先生/女士

保险顾问: _____

联系电话: _____

日 期: _____

重要声明:

本产品说明所载资料, 仅供投保人理解保险条款时参考, 各项内容均以保险条款约定为准。

利安人寿保险股份有限公司

利安新市民新业态医疗保险

产品说明

为方便您了解和购买本保险，请您仔细阅读本产品说明。在本产品说明中，“您”指投保人，“我们”、“本公司”均指利安人寿保险股份有限公司。

一、产品描述

- 投保范围：**凡投保时身体健康，能正常学习、生活、工作或劳动的新市民或新业态从业人员，均可作为本产品的被保险人。本产品接受的被保险人的首次投保年龄范围为出生满 28 天至 55 周岁之间。被保险人年满 59 周岁（含）前，如在上一个保险期间届满 15 日内，您提出重新投保申请且经我们审核符合承保条件的，我们仍然同意承保。
- 保险期间：**本产品的保险期间为一年，并在保险单上载明。
- 保险费及交费方式：**您应于投保时一次性支付全部保险费。
- 保障区域：**本产品的保障区域为中国大陆。
- 不保证续保：**本产品为不保证续保合同。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。若我们停止本产品的销售，将及时通知您，自停止销售时起我们不再接受投保申请。
- 保险金额：**本产品保障方案的各项责任的基本保险金额在保障方案表（详见附件 1）中载明。

二、保单利益

1. 保障方案

合同提供下列两种保障方案，由您和我们约定其中一种并在保险单上载明：

保障方案一：一般医疗保险金；

保障方案二：一般医疗保险金、重大疾病医疗保险金；

具体保障方案在保险单上载明，在合同保险期间内不得变更。

2. 保险责任

合同的保险责任分为基本责任和可选责任，只有您在投保基本责任的基础上选择了可选责任，我们方承担可选责任中约定的保险责任。合同的保险责任由您与我们约定，并在保险单上载明。若下列保险责任未经您选择且未载明于您与我们约定的具体保障方案中，则我们不承担相应的保险责任。

在合同保险期间内，且合同有效的前提下，我们根据投保时您与我们约定的具体保障方案，按以下约定承担相应的保险责任：

2.1 等待期

以下关于等待期的规定适用于合同中的任意一种保障方案：

自合同生效之日起 30 日为等待期。

若被保险人在等待期内因意外伤害以外的原因在认可医院接受治疗的，因该原因导致的保险事故无论发生在等待期内或等待期后，我们均不承担给付保险金的责任。

若被保险人在等待期内因意外伤害以外的原因经专科医生确诊初次发生合同约定的重大疾病（无论一种或多种），我们无息退还您根据合同约定已支付的保险费，合同终止。

您在上一个保险期间届满 15 日内重新投保或者被保险人因意外伤害发生合同约定保险

事故的，无等待期。

2.2 基本责任

以下为合同的基本责任。

2.2.1 一般医疗保险金

在合同保险期间内，若被保险人因遭受意外伤害或在等待期后因意外伤害以外的原因经认可医院确诊在认可医院接受治疗的，对于治疗期间发生的被保险人需个人支付的、合理且必要的医疗费用，我们在扣除相应的年度免赔额后，剩余部分在本项责任的基本保险金额范围内按合同约定的给付比例给付一般医疗保险金。我们在本项责任下累计给付金额之和以本项责任的基本保险金额为限，当本项责任下累计给付金额达到本项责任的基本保险金额时，本项保险责任终止。

1. 住院医疗费用

指被保险人经认可医院确诊必须接受住院治疗时，被保险人需个人支付的、合理且必要的住院医疗费用，包括床位费、膳食费、护理费、重症监护室床位费、医生诊疗费、检查检验费、治疗费、药品费、手术费等。

到保险期间届满住院治疗仍未结束的，我们继续承担给付保险金责任至住院治疗结束，但最长不超过保险期间届满之日起第 30 日，该医疗费用计入入院日期所属保险期间。

2. 特殊门诊医疗费用

指被保险人经认可医院确诊必须接受特殊门诊治疗时，被保险人在保险期间内需个人支付的、合理且必要的特殊门诊医疗费用，包括：

(1) 门诊肾透析费；

(2) 门诊恶性肿瘤治疗费，包括化学疗法、放射疗法、肿瘤免疫疗法、肿瘤内分泌疗法、肿瘤靶向疗法的治疗费用；

(3) 器官移植后的门诊抗排异治疗费。

3. 门诊手术医疗费用

指被保险人经认可医院确诊必须接受门诊手术治疗时，被保险人在保险期间内需个人支付的、合理且必要的门诊手术医疗费用。

4. 住院前后门急诊医疗费用

指被保险人经认可医院确诊必须接受住院治疗，在住院前 7 日（含住院当日）和出院后 30 日（含出院当日）内，因与该次住院相同原因而接受门急诊治疗时，被保险人需个人支付的、合理且必要的门急诊医疗费用（不包括特殊门诊医疗费用和门诊手术医疗费用），但最长不超过保险期间届满之日起第 30 日，该医疗费用计入入院日期所属保险期间。

2.3 可选责任

以下为合同的可选责任，您可在投保基本责任的基础上，选择可选责任进行投保。

2.3.1 重大疾病医疗保险金

在合同保险期间内，若被保险人因遭受意外伤害或在等待期后因意外伤害以外的原因经专科医生确诊初次发生合同约定的重大疾病（无论一种或多种）必须在认可医院接受治疗的，对于治疗期间发生的被保险人需个人支付的、合理且必要的医疗费用，我们在扣除相应的年度免赔额后，剩余部分在本项责任的基本保险金额范围内按合同约定的给付比例承担给付重大疾病医疗保险金的责任。我们在本项责任下累计给付金额之和以本项责任的基本保险金额为限，当本项责任下累计给付金额达到本项责任的基本保险金额时，本项保险责任终止。

1. 重大疾病住院医疗费用

指被保险人经专科医生确诊初次发生合同约定的重大疾病且必须接受住院治疗时，被保险人需个人支付的、合理且必要的重大疾病住院医疗费用，包括床位费、膳食费、护理费、重症监护室床位费、医生诊疗费、检查检验费、治疗费、药品费、手术费等。

到保险期间届满住院治疗仍未结束的，我们继续承担给付保险金责任至住院治疗结束，

但最长不超过保险期间届满之日起第 30 日，该医疗费用计入入院日期所属保险期间。

2. 重大疾病特殊门诊医疗费用

指被保险人经专科医生确诊初次发生合同约定的重大疾病且必须接受特殊门诊治疗时，被保险人在保险期间内需个人支付的、合理且必要的重大疾病特殊门诊医疗费用，包括：

(1) 门诊肾透析费；

(2) 门诊恶性肿瘤治疗费，包括化学疗法、放射疗法、肿瘤免疫疗法、肿瘤内分泌疗法、肿瘤靶向疗法的治疗费用；

(3) 器官移植后的门诊抗排异治疗费。

3. 重大疾病门诊手术医疗费用

指被保险人经专科医生确诊初次发生合同约定的重大疾病且必须接受门诊手术治疗时，被保险人在保险期间内需个人支付的、合理且必要的重大疾病门诊手术费用。

4. 重大疾病住院前后门急诊医疗费用

指被保险人经专科医生确诊初次发生合同约定的重大疾病且必须接受住院治疗，在住院前 7 日（含住院当日）和出院后 30 日（含出院当日）内，因与该次住院相同原因而接受重大疾病门急诊治疗时，被保险人需个人支付的、合理且必要的重大疾病门急诊医疗费用（不包括重大疾病特殊门诊医疗费用和重大疾病门诊手术医疗费用），但最长不超过保险期间届满之日起第 30 日，该医疗费用计入入院日期所属保险期间。

3. 免赔额

合同中所指免赔额为年度免赔额，是指在合同保险期间内发生的、虽然属于合同保险责任范围内的医疗费用，但依照合同约定仍旧由被保险人自行承担，合同不予赔付的金额。被保险人通过基本医疗保险、城乡居民大病保险、公费医疗或其他途径（包括但不限于工作单位、除合同以外的费用补偿型医疗保险等）获得了补偿或赔偿，不可用于抵扣免赔额。

合同的年度免赔额为人民币 3,000 元。

年度免赔额扣除合同保险期间内累计已免赔或可抵扣金额后的余额，为合同的剩余免赔额，剩余免赔额最低为 0 元。

4. 补偿原则

我们在向受益人给付一般医疗保险金、重大疾病医疗保险金时，若被保险人所发生的属于合同保险责任范围内的医疗费用已通过基本医疗保险、城乡居民大病保险、公费医疗或其他途径（包括但不限于工作单位、除合同以外的费用补偿型医疗保险等）获得了补偿或赔偿，我们将按被保险人实际发生的医疗费用扣除被保险人从基本医疗保险、城乡居民大病保险、公费医疗及其他途径获得的补偿或赔偿金额，并扣除合同的剩余免赔额后，按合同约定的给付比例向受益人给付各项保险金。

合同约定的给付比例在保障方案表（详见附件 1）中载明。

如果被保险人以有基本医疗保险或公费医疗身份投保，但未以基本医疗保险或公费医疗身份就诊并结算，则我们按被保险人实际发生的医疗费用扣除被保险人从任何其他途径获得的补偿或赔偿及合同的剩余免赔额后，按合同约定的给付比例乘以 60% 进行给付。

5. 责任免除

被保险人因下列情形发生合同约定保险事故的，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、斗殴或者抗拒依法采取的刑事强制措施引起的医疗费用；

(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) 被保险人故意自伤或因被保险人挑衅或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、无合法有效驾驶证驾驶或驾驶无合法有效行驶证的机动车导致交通意外引起的医疗费用；
- (6) 被保险人醉酒，主动吸食或注射毒品导致的医疗费用；
- (7) 被保险人因职业病引起的医疗费用；
- (8) 被保险人所患既往疾病引起的医疗费用，但在投保时已告知我们并经我们书面同意承保的不在限；
- (9) 被保险人接受实验性或试验性治疗，使用未经国务院卫生行政主管部门批准的医疗技术治疗或国务院药品监督管理部门批准的药物治疗；
- (10) 被保险人在我们认可医院以外发生的医疗费用（以相关医疗费票据为准）；
- (11) 未经医生处方自行购买的药品、虽有医生处方但非开具处方医生所执业的认可医院药房购买的药品（以药品费收款票据为准）、滋补类中草药及其泡制的各类酒制剂、医生开具的超过 30 天部分的药品费用、超出适应症（以国家药品监督管理机构批准的药品说明书为准）用药；
- (12) 被保险人因精神疾病（依据世界卫生组织《疾病和有关健康问题的国际统计分类》第十次修订版（ICD-10）分类为精神和行为障碍的疾病）引起的医疗费用；
- (13) 整形手术、美容或整容手术、变性手术及前述手术的并发症，包括但不限于皮肤色素沉着、痤疮治疗、红斑痤疮治疗、良性皮肤损害（雀斑、老年斑、痣、疣等）的治疗和去除；对上肢肘关节远端及面部静脉曲张、蜘蛛脉、除瘢痕疙瘩型外的其它瘢痕治疗和去除；纹身去除、皮肤变色的治疗或手术；激光美容、除皱、除眼袋、开双眼皮、治疗斑秃、白发、秃发、脱发、植毛、脱毛、隆鼻、隆胸以及各种矫形及生理缺陷的手术和检查治疗项目，包括但不限于平足及各种非功能性整容、整形和矫形手术费用；各种健美治疗项目，如营养、减肥、增胖、增高及胃减容术（包括但不限于：可调节式束带手术、袖状胃切除手术、胃旁路手术、胃内水囊手术、胃肠转流术）；
- (14) 被保险人遗传性疾病、先天性畸形、变形或染色体异常引起的医疗费用（依据世界卫生组织《疾病和有关健康问题的国际统计分类》第十次修订版（ICD-10）确定），但合同另有约定的疾病除外；
- (15) 被保险人怀孕（含宫外孕）、流产、分娩（含剖腹产）、避孕、绝育手术、治疗不孕不育症、人工受孕及由此导致的并发症；
- (16) 牙齿修复、牙齿整形，以及非因意外事故而进行的牙齿、牙周、牙床治疗及手术；视力矫正手术费用，但因意外所致的不受此限；
- (17) 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、助听器等康复性器具；包皮环切术、包皮剥离术、包皮气囊扩张术、性功能障碍治疗、性病；
- (18) 被保险人参加或从事潜水、滑水、滑雪、轮滑、滑板、滑板车、跳伞、攀岩、蹦极、驾驶滑翔机或滑翔伞、探险、柔道、空手道、跆拳道、马术、拳击、武术比赛、摔跤、特技表演、赛马、各种车辆表演、驾驶卡丁车、赛车等高风险运动导致的伤害引起的治疗；
- (19) 被保险人感染艾滋病病毒或患艾滋病但合同另有约定的疾病除外；
- (20) 战争、军事行动、暴乱或者武装叛乱；
- (21) 核爆炸、核辐射或者核污染；
- (22) 除心脏瓣膜、人工晶体、人工关节、人工肺、人工肾、人工食管、人工胰、人工血管以外的人工器官材料及其安装和置换；
- (23) 使用基因疗法和细胞免疫疗法产生的医疗费用；
- (24) 使用质子束放射疗法、重离子束放疗放射疗法和中子束放射疗法产生的医疗费用。

6. 其他免责条款及重点提示

请您重点关注条款中的：3.2 保险事故通知、6.1 明确说明与如实告知、6.3 职业或工种的确 定与变更、6.4 年龄确定与错误处理、7 释义，详见条款正文中背景突出显示的内容。

三、退保

您要求解除合同的，本公司自收到解除合同申请书之日起 30 日内向您退还保险单的现金价值。对已发生过保险金给付，或已发生合同约定的保险事故但尚未支付保险金的，我们不退还保险单的现金价值。

现金价值指合同保险单所具有的价值，通常体现为解除合同时，根据精算原理计算的，由我们退还的那部分金额。现金价值 = 净保费 × (1 - m/n)，其中 m 为保险合同经过日数，n 为保险期间的日数，经过日数不足一日的按一日计算。

净保费指投保人所支付的保险费扣除每张保险单平均承担的本公司的各项费用(含营业费用、代理费、各项税金、保险保障基金等)后的余额，扣除部分占所交保险费的 35%。

您解除合同会遭受一定损失。

附件 1：保障方案表

单位：人民币元

保障方案一			
保险责任	保障范围		基本保险金额
一般医疗保险金	住院医疗费用		100 万（四项合计）
	特殊门诊医疗费用		
	门诊手术医疗费用		
	住院前后门急诊医疗费用		
年度免赔额	3,000		
给付比例	保险责任内医疗费用区间		给付比例
	属于一般医疗保险金责任范围内的医疗费用	3000 元（含）以下的部分	0%
		3000 元至 20000 元（含）的部分	40%
		20000 元至 50000 元（含）的部分	60%
		50000 元以上的部分	100%
	如果被保险人以有基本医疗保险或公费医疗身份投保，但未以基本医疗保险或公费医疗身份就诊并结算，则我们按被保险人实际发生的医疗费用扣除被保险人从任何其他途径获得的补偿或赔偿及合同约定的免赔额后，按合同约定的给付比例乘以 60%进行给付。		

单位：人民币元

保障方案二		
保险责任	保障范围	基本保险金额
一般医疗保险金	住院医疗费用	100 万（四项合计）
	特殊门诊医疗费用	
	门诊手术医疗费用	
	住院前后门急诊医疗费用	
重大疾病医疗保险金	重大疾病住院医疗费用	100 万（四项合计）
	重大疾病特殊门诊医疗费用	
	重大疾病门诊手术医疗费用	

	重大疾病住院前后门急诊医疗费用			
年度免赔额	3,000			
给付比例	保险责任内医疗费用区间		给付比例	
	3000 元（含）以下的部分		0%	
	3000 元以上的部分	属于一般医疗保险金责任范围内的医疗费用	3000 元至 20000 元（含）的部分	40%
			20000 元至 50000 元（含）的部分	60%
			50000 元以上的部分	100%
		属于重大疾病医疗保险金责任范围内的医疗费用		100%
	如果被保险人以有基本医疗保险或公费医疗身份投保，但未以基本医疗保险或公费医疗身份就诊并结算，则我们按被保险人实际发生的医疗费用扣除被保险人从任何其他途径获得的补偿或赔偿及合同约定的免赔额后，按合同约定的给付比例乘以 60%进行给付。			