



请扫描以查询验证条款

东吴健康保个人税收优惠型健康保险 A1 款（万能型）条款

阅读指引

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

- ❖ 投保后10日内您可以要求全额退还保险费.....1. 4
- ❖ 被保险人可以享受本合同提供的保障.....2. 4
- ❖ 本合同适用差额返还机制.....4. 5
- ❖ 您有获得个人账户利息的权利.....5. 5
- ❖ 您有保单权益转移的权利.....8. 1
- ❖ 您有退保的权利.....9. 1



您应当特别注意的事项

- ❖ 本合同适用补偿原则.....2. 5
- ❖ 在某些情况下，我们不承担保险责任.....2. 6
- ❖ 您有及时向我们通知保险事故的责任.....3. 2
- ❖ 您应当按时支付保险费.....4. 1
- ❖ 退保会给您造成一定的损失，请您慎重决策5. 5、9. 1
- ❖ 我们对一些重要术语进行了解释，并作了显著标识，请您注意.....11



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。



条款目录

1. 您与我们的合同	5. 7 退保费用	11. 11 住院
1. 1 保险合同构成	5. 8 被保险人身故后个人账户 处理	11. 12 药品费
1. 2 投保范围		11. 13 住院手术费
1. 3 保险合同成立及生效	6. 现金价值权益	11. 14 床位费
1. 4 犹豫期	6. 1 现金价值	11. 15 其他费用
2. 我们提供的保障	7. 合同效力的中止和恢复	11. 16 门诊
2. 1 保险金额	7. 1 效力中止	11. 17 慢性病
2. 2 保险期间	7. 2 效力恢复	11. 18 先天性畸形、变形和染 色体异常
2. 3 保证续保	8. 保单权益转移	11. 19 醉酒
2. 4 保险责任	8. 1 保单权益转移	11. 20 毒品
2. 5 补偿原则	9. 如何解除保险合同	11. 21 酒后驾驶
2. 6 责任免除	9. 1 您解除合同的手续及风险	11. 22 无合法有效驾驶证驾驶
3. 如何申请领取保险金	10. 其他需要关注的事项	11. 23 无有效行驶证
3. 1 受益人	10. 1 明确说明与如实告知	11. 24 机动车
3. 2 保险事故通知	10. 2 年龄性别错误	11. 25 潜水
3. 3 保险金申请	10. 3 合同内容变更	11. 26 攀岩
3. 4 保险金给付	10. 4 被保险人状态变更	11. 27 探险
3. 5 诉讼时效	10. 5 联系方式变更	11. 28 武术比赛
4. 如何支付保险费及费率调节 机制	10. 6 争议处理	11. 29 特技表演
4. 1 保险费的交纳	10. 7 保险事故鉴定	11. 30 康复治疗
4. 2 风险保险费	11 释义	11. 31 医疗事故
4. 3 合同内容的调整	11. 1 基本医疗保险	11. 32 简单赔付率
4. 4 宽限期	11. 2 法定退休年龄	
4. 5 差额返还机制	11. 3 既往症	
5. 个人账户的运作管理	11. 4 适用商业健康保险税收优 惠政策的纳税人	
5. 1 个人账户设立	11. 5 纳税	
5. 2 个人账户价值的计算	11. 6 补充医疗保险	
5. 3 个人账户结算	11. 7 保单年度	
5. 4 结算利率	11. 8 有效身份证件	
5. 5 个人账户利息	11. 9 医疗必需且合理	
5. 6 个人账户最低保证利率	11. 10 协议管理医疗机构	



东吴健康保个人税收优惠型健康保险 A1 款（万能型）条款

在本条款中，“您”指投保人，“我们”、“本公司”均指东吴人寿保险股份有限公司。

① 您与我们的合同

- 1.1 保险合同构成** 东吴健康保个人税收优惠型健康保险 A1 款（万能型）合同（以下简称“本合同”）由保险单及所附东吴健康保个人税收优惠型健康保险 A1 款（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、批单和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，已参加公费医疗或**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**连续纳税**（见 11.5）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 11.6），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 保险合同成立及生效** 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的次日零时起生效，具体生效日以保险单所载的日期为准。
本合同生效日以后每年的对应日是保单周年日。**保单年度**（见 11.7）以该日期计算。如当月无对应同一日，则以该月最后一日作为对应日。
- 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。如果您已享受税收优惠，在您补交税收优惠额度后，我们将无息退还您所交的保险费。
若您符合本合同第 8 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 11.8）；

(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。

自我们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，我们不承担给付保险金的责任。

② 我们提供的保障

2.1 保险金额 本合同的保险金额见附表一。

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零时止。

对于医疗保险金责任，我们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，我们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，我们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我们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，向我们交纳续期保险费的，本合同于保险期间届满的次日起延续有效一年。

若被保险人经与我们协商解除本合同后再次投保本产品，我们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，我们承担下列保险责任：

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 11.9）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**（见 11.10）（不含特需和国际医疗部）**住院**（见 11.11）治疗的，对于其住院发生的医疗必需且合理的本合同约定范围内的住院医疗费用，我们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，按照本合同附表一所列的给付比例给付住院医疗费用保险金：

本合同规定范围内的住院费用，指被保险人在住院期间实际发生的**药品费**（见 11.12）、**住院手术费**（见 11.13）、**床位费**（见 11.14）和**其他费用**（见 11.15）之和。

住院前后门 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）住院治疗的，

门诊费用保险金

对于被保险人在与住院相同的医院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医疗必需且合理的本合同约定范围内的**门诊**（见 11.16）治疗费用，我们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，按照本合同附表一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，我们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一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；我们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，该保单年度我们对被保险人的该项保险责任终止。

保证续保期间内，我们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一中所列的保证续保期间内医疗费用保险金给付限额为限；我们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保证续保期间内医疗费用保险金给付限额时，我们在保证续保期间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（不含特需和国际医疗部）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，及其他符合当地基本医疗保险规定的特定门诊治疗的，对其每次门诊实际发生并支付的医疗必需且合理的本合同约定范围内的特定门诊治疗费用，我们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，按照本合同附表一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，我们对被保险人累计给付的特定门诊治疗费用保险金以附表一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（不含特需和国际医疗部）进行符合本合同规定**慢性病**（见 11.17）门诊治疗的，对其每次门诊实际发生并支付的医疗必需且合理的本合同约定范围内的门诊治疗费用，我们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，按照本合同附表一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，我们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一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一中所列的单个保单年度内医疗费用年度保险金给付限额时，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一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，且其已从公费医疗或基本医疗保险获得费用补偿，则我们按照附表一中保险金给付比例表所列的给付比例乘以被保险人已发生的责任范围内医疗费用的 80% 给付相应保险金；

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医疗费用，我们按照附表一中保险金给付比例表所列的给付比例乘以被保险人已发生的符合基本医疗保险基金支付范围的医疗费用的 50% 给付相应保险金；

对于医疗必需的国产普通型材料，我们承担的费用范围参照附表一中的约定；对于医疗必需的进口材料，我们按照附表一中保险金给付比例表所列的给付比例乘以被保险人已发生的该材料费用 30% 给付相应保险金。若该进口材料无法用类似国产普通型材料替代的，被保险人需向我们申请，我们将按照与国产普通型材料费用相同的方式给予赔付。

健康管理服务

在本合同保险期间内且本合同有效，我们为被保险人提供如下的健康管理服务：

（一）家庭医生电话服务

我们为被保险人提供 7 天*24 小时的健康热线咨询，包括健康风险评估、健康咨询、用药指导、健康教育等服务内容。

（二）慢性病管理服务

我们为被保险人提供符合当地饮食生活习惯的慢性病管理服务，包括定期电话问诊咨询，并对用药、饮食、生活习惯进行干预等。

（三）肿瘤标志物筛查

在每个保单年度内我们为被保险人提供一次包含甲胎蛋白（AFP）、癌胚抗原（CEA）、肿瘤相关抗原（CA199、CA125）四项的肿瘤标志物筛查服务。

随着医学技术发展及医学检测手段的进步，我们会对相关肿瘤标志物筛查进行改进提升，肿瘤标志物筛查可能会被替代或者更新。

健康管理服务属于健康咨询或预测范围，不涉及医学诊疗范畴，我们不对医学诊疗结果负责。

其他附加增值服务

在本合同保险期间内且本合同有效，我们为被保险人提供如下的其他附加增值服务：

恶性肿瘤专家预约挂号

对初次诊断为恶性肿瘤的被保险人，在向本公司提供相关医疗诊断信息和资料进行申请确认后，我们为被保险人提供北京、上海、南京三个城市的三甲医院副主任医师及以上（不指定医生）专家门诊挂号服务，五个工作日内给予预约安排。

个人账户保险金

个人账户累积可用于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

我们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我们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，我们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，我们不承担给付保险金的责任：

- (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 11.18）（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 11.19），主动吸食或注射**毒品**（见 11.20）；
- (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 11.21）、**无合法有效驾驶证驾驶**（见 11.22）或**驾驶无有效行驶证**（见 11.23）的**机动车**（见 11.24）；
- (9) 被保险人参加**潜水**（见 11.25）、跳伞或其他空中运动、登山、**攀岩**（见 11.26）或**攀爬建筑物、探险**（见 11.27）、**武术比赛**（见 11.28）、**摔跤比赛、特技表演**（见 11.29）、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 11.30）、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 11.31）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 如何申请领取保险金

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 日内通知我们。

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，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) 保险合同；
- (2) 申请人的有效身份证件；
- (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) 保险合同；
- (2) 申请人的有效身份证件；
- (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，我们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 我们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,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。

我们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。利息按照我们确定的利率按单利计算,且我们确定的利率不低於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,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;我们最终确定给付保险金的数额后,将支付相应的差额。

我们有权对理赔进行核查,您和被保险人有义务提供我们所要求的相关材料。如果受益人向我们提起虚假的保险金申请,我们有权追回已支付的相应保险金,并对其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 被保险人向我们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 如何支付保险费及费率调节机制

4.1 保险费的交纳 本合同的保险费和交费方式由您与我们约定,并在保险单上载明。约定的保险费不得低於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机构对个人税收优惠型健康保险的相关规定以及我们的规定。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,您可向我们申请变更交费标准,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於我们规定的最低标准,且应符合个人税收优惠型健康保险的相关政策规定。

我们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 我们对本合同承担的 2.4 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 合同内容的调整 我们将根据国家相关政策法规以及国务院保险监督管理机构的相关规定,决定是否调整本合同内容。我们调整本合同内容并经国务院保险监督管理机构审批后向社会公布,然后将按照

调整后的合同内容接受您续保。

4.4 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，我们仍承担给付医疗保险金的责任，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，我们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，我们有权对被保险人的健康状况进行核保。

4.5 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 11.32）。

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，我们将于下一会计年度的 3 月 31 日前返还至您的个人账户。

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，我们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，我们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中国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我们的，原个人账户价值须转入我们，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）我们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，我们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，本合同的个人账户价值随即转移至您指定的保险公司，本合同终止。

如果有其他约定的影响保单账户价值的情形，保单账户价值按约定增加或减少。

- 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。
- 5.4 结算利率** 我们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。结算利率不得低于最低保证利率。
- 5.5 个人账户利息** 我们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，按我们本月公布的上个月的结算利率进行累积。
- 如果本合同终止，我们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。
- 5.6 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。
- 本合同保险期间内各年度最低保证利率为3.0%。本合同在每个保险期间的实际结算利率不会低于最低保证利率。
- 我们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。如果个人账户价值低于个人账户最低保证价值，我们将个人账户价值调升至个人账户最低保证价值。
- 5.7 退保费用** 您解除本合同时，我们将扣除您需要补交的税收优惠额度作为退保费用，用于向税务机关补交税收优惠额度。
- 5.8 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，我们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，未到期净风险保险费为零。

⑦ 合同效力的中止和恢复

- 7.1 效力中止** 在本合同效力中止期间，我们不承担医疗保险金保险责任，个人账户累积继续有效。
- 7.2 效力恢复** 自本合同效力中止之日起，您可以书面申请恢复本合同效力。您应按我们的规定提供被保险人的健康声明书及其他相关证明文件，经我们审核同意，本合同自您按我

们的规定支付保险费后的次日零时起效力恢复。

⑧ 保单权益转移

8.1 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. 您申请并经我们审核同意后，我们接受您在其他保险公司投保的符合中国保监会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. 保单转移时，我们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。

⑨ 如何解除保险合同

9.1 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我们提供下列资料的原件：

- (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时起，本合同终止。我们自收到解除合同申请书之日起30日内向您退还现金价值。

⑩ 其他需要关注的事项

10.1 明确说明与如实告知

订立本合同时，我们应当向您明确说明本合同的内容。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。

我们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。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。

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，但应当向您退还保险费。

我们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，我们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。

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。

10.2 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，本公司向您退还个人账户价值扣除相应的退保费用后的余额和未到期净风险保险费。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至您的个人账户。

10.3 合同内容变更

在本合同有效期内，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。

10.4 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我们。我们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，被保险人需向我们提供有无参加公费医疗或基本医疗保险的证明。

- 10.5 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我们。如果您未以书面形式或者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者通讯地址发送的有关通知，均视为已送达给您。
- 10.6 争议处理** 合同争议解决方式由当事人在合同约定时从下列两种方式中选择一种：
(1) 因履行本合同发生的争议，由当事人协商解决，协商不成的，提交仲裁；
(2) 因履行本合同发生的争议，由当事人协商解决，协商不成的，依法向人民法院起诉。
- 10.7 保险事故鉴定** 如果被保险人发生保险事故，您和我们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。

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。
- 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 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，缴纳的金额需大于零。
- 11.6 补充医疗保险** 补充医疗保险是相对于基本医疗保险而言的，指团体组织、团体缴费（而非个人缴费）的、用于补偿基本医疗保险以外的住院医疗费用型保险产品。
- 11.7 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。
- 11.8 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、军官证、警官证、士兵证、户口簿等证件。
- 11.9 医疗必需且合** 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

理

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。

对是否医疗必需由我们理赔人员根据客观、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。

- 11.10 **协议管理医疗机构** 指基本医疗保险规定的协议管理医疗机构，不包括主要作为康复、护理、疗养、戒毒、戒毒或者相类似的医疗机构。
- 11.11 **住院** 指被保险人确因临床需要入住医院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，离开医院 12 小时以上，视为自动离开医院，我们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。
- 11.12 **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，且已经过我们审核同意的药品。
- 11.13 **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。
- 11.14 **床位费** 指被保险人在住院期间发生的医院床位的费用，不包括陪人床、观察病房床位和家庭病床的费用。
- 11.15 **其他费用** 指被保险人在住院期间发生的除药品费、手术费、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) 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。

11.16 门诊

指被保险人确因临床需要，正式办理挂号手续，并确实在医院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。

11.17 慢性病

本合同所指慢性病，是使被保险人身体结构及功能改变，无法彻底治愈，需要长期治疗、护理及特殊康复训练的疾病。慢性病的名称及定义如下：

一、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，须经心血管专科医师明确诊断并符合以下第一项，且同时符合第二、三项中的任意一项：

(一) 收缩压大于 140mmHg，舒张压大于 90mmHg。

(二) 存在以下任一项靶器官损害：

1. 心脏超声显示左心室肥厚；

2. 颈动脉超声证实有动脉粥样斑块或内膜中层厚度 (IMT) $\geq 0.9\text{mm}$ ；

3. 肾功能检查：血肌酐升高：男性 $>115\ \mu\text{mol/L}$ (1.3mg/dl)；女性 $>107\ \mu\text{mol/L}$ (1.2mg/dl)；

或白蛋白尿 $>30\text{mg}/24\text{h}$ ；或尿白蛋白/肌酐比值：男性 $\geq 22\text{mg}/\text{g}$ ，女性 $\geq 31\text{mg}/\text{g}$ 。

(三) 存在以下任一种并发症：

1. 心脏疾病，存在以下任一项疾病或症状：

(1) 心绞痛；

(2) 心肌梗死；

(3) 心力衰竭。

2. 脑血管疾病，存在以下任一项疾病或症状：

(1) 脑出血；

(2) 缺血性脑卒中；

(3) 短暂性脑缺血发作。

3. 肾脏疾病，存在以下任一项疾病或症状：

(1) 糖尿病肾病；

(2) 血肌酐升高男性超过 $133\ \mu\text{mol/L}$ 或女性超过 $124\ \mu\text{mol/L}$ ；

(3) 蛋白尿 $>300\text{mg}/24\text{h}$ 。

4. 血管疾病，存在以下任一项疾病或症状：

(1) 主动脉夹层；

(2) 外周血管病。

5. 高血压性视网膜病变，存在以下任一项疾病或症状：

(1) 视网膜出血或渗出；

(2) 视乳头水肿。

二、糖尿病：指一组以高血糖为特征的代谢性疾病，须经内分泌专科医师明确诊断并符合以下五项条件中的任意两项：

(一) 肾脏并发症须同时符合以下四项：

1. 慢性肾功能不全；

2. 蛋白尿 $>0.5\text{g}/24\text{h}$ ；

3. 血清肌酐 $>177\ \mu\text{mol/L}$ ；

4. 尿素氮 $>14.3\ \mu\text{mol/L}$ 。

(二) 眼部并发症须同时符合以下两项：

1. 眼底检查：出现微动脉瘤和(或)小出血、伴有或不伴有渗出等糖尿病视网膜

病变的改变；

2. 眼底荧光血管造影检查证实。

(三) 糖尿病足。

(四) 糖尿病心肌病。

(五) 脑血管意外等中枢神经系统并发症。

三、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，包括心肌梗死和心绞痛两种疾病或症状。心肌梗死和心绞痛须经心血管专科医师明确诊断并分别符合以下条件：

(一) 心肌梗死：须符合以下三项条件中的任意两项：

1. 持久的胸骨后疼痛。可同时发生心律失常、低血压和休克、急性心力衰竭；

2. 符合以下任一项心电图的特征性改变：

(1) ST 段抬高型心肌梗死：ST 段抬高呈弓背向上型，宽而深的 Q 波（病理性 Q 波），T 波倒置；

(2) 非 ST 段抬高型心肌梗死：无病理性 Q 波，有普遍性 ST 段压低 $\geq 0.1\text{mV}$ ，或有对称性 T 波倒置；或无病理性 Q 波，也无 ST 段变化，仅有 T 波倒置改变。

3. 实验室检查：血心肌坏死标记物（肌钙蛋白 I 或 T，肌酸激酶同工酶 CK-MB）增高并呈动态变化。

(二) 心绞痛须符合以下第一项，且同时符合第二、三项中的任意一项：

1. 典型心绞痛症状，如典型的发作性胸痛；

2. 需满足以下三项无创检查中的两项：

(1) 心电图（或 24 小时动态心电图）表现为缺血性 ST-T 变化；

(2) 运动平板心电图试验阳性（缺血性 ST-T 变化）；

(3) 放射性核素心肌显像（含负荷试验）提示心肌缺血性变化。

3. 选择性冠状动脉造影显示 1 支或多支冠状动脉管腔狭窄程度达 50% 以上。

- 11.18 **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。
- 11.19 **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。
- 11.20 **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。
- 11.21 **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。
- 11.22 **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) 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。

- 11.23 **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。
- 11.24 **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。
- 11.25 **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。
- 11.26 **攀岩** 指攀登悬崖、楼宇外墙、人造悬崖、冰崖、冰山等运动。
- 11.27 **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。
- 11.28 **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。
- 11.29 **特技表演** 指进行马术、杂技、驯兽等表演。
- 11.30 **康复治疗** 指在康复医院、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。
- 11.31 **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。
- 11.32 **简单赔付率**
$$\text{简单赔付率} = \frac{\text{发生在该会计年度保单有效期内的全部赔款} + \text{该会计年度的额外费用}}{\text{在该会计年度经过有效的保单的全部经过保费}} * 100\%$$
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）。

附表一：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		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、保证续保有效期内累计医疗费用保险金额		1000,000	150,000

注：单一材料费用，指住院医疗费用和门诊治疗费用中，同一名称的医用材料费用（含一次性医疗器械、一次性进口医用材料等）。

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医疗费用	基本医疗保险基金支付范围外医疗费用
（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 1：若我们实际赔付的金额低于合同约定责任范围内被保险人医疗费用的 90%，我们将向被保险人自动补齐相关差额。

注 2：基本医疗保险基金支付范围外医疗费用详见附表二

附表二：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）发生的本公司认可的当地基本医疗保险基金支付范围外的下列医疗费用：

一、当地基本医疗保险规定由个人部分支付的药品、材料、诊疗项目中个人按一定比例支付的医疗费用。
如，基本医疗保险规定，使用“乙类目录”的药品发生的费用，先由个人支付一定比例后，再纳入基本医疗保险基金给付范围，则个人支付比例部分属于基本医疗保险基金支付范围外医疗费用。

二、当地基本医疗保险规定由个人全额支付的药品、材料、诊疗项目的医疗费用。

但不包括下列医疗费用：

1.使用超出最新版《中华人民共和国药典》范围以外的药品。（恶性肿瘤靶向药按照第三项列明予以赔付）

2.各类器官、组织移植的器官源及组织源。

3.与疾病诊疗无关或当地省、市《医疗服务项目价格》中明确各类特需诊疗费用。（1）牙齿的美白、义齿、高嵌体、种植牙、贴面以及相关费用，各种康复器械或矫形器械购置费用；（2）体检、预防治疗的费用，营养滋补、提高性功能的药品，包括单味的纯滋补中草药，如：西洋参、冬虫夏草、海马等，基本医疗保险中规定的单方或复方均不支付费用的中药饮片及药材。

三、用于治疗恶性肿瘤的靶向药品

序号	中文商品名	中文通用名	适用的恶性肿瘤类型
1	特罗凯	盐酸厄洛替尼片	肺癌
2	易瑞沙	吉非替尼片	肺癌
3	凯美纳	盐酸埃克替尼片	肺癌
4	格列卫、格尼可、昕维、诺利宁	甲磺酸伊马替尼片 / 胶囊	白血病、胃肠间质瘤（GIST）
5	赫赛汀	注射用曲妥珠单抗	乳腺癌
6	安维汀	贝伐珠单抗注射液	直肠癌
7	爱必妥	西妥昔单抗注射液	直肠癌
8	美罗华	利妥昔单抗注射液	淋巴瘤
9	万珂	硼替佐米	淋巴瘤、多发性骨髓瘤
10	泰欣生	尼妥珠单抗注射液	鼻咽癌
11	恩度	重组人血管内皮抑制素	非小细胞肺癌
12	利卡汀	碘[125I]美妥昔单抗	肝癌
13	飞尼妥	依维莫斯	肾癌
14	达希纳	尼洛替尼胶囊	白血病
15	施达赛、依尼舒	达沙替尼片	白血病
16	索坦	苹果酸舒尼替尼胶囊	胃肠间质瘤（GIST）、肾癌
17	多吉美	甲苯磺酸索拉非尼片	肾癌

靶向药品费用按下表给付限额赔付，靶向药给付限额合并计入在附表一单个保单年度内及保证续保有效期内医疗保险金给付限额表之内。

	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给付限额	50000	10000
保证续保期间内累计靶向药给付限额	100000	30000