

农银人寿金穗福娃医疗保险

产品说明书

一、产品基本特征

1、保险责任

在本主险合同保险期间内，我们承担如下保险责任：

一般医疗保险金：

若被保险人因意外伤害或在等待期后因意外伤害以外的原因，在本主险合同约定的**医疗机构**¹接受治疗发生的需个人支付的、**合理且必要**²的医疗费用，我们在扣除对应的免赔额和单次免赔额后，按约定的补偿原则及赔付标准给付一般医疗保险金。

在本主险合同保险期间内，我们按照下列约定承担一般医疗保险金责任：

1. 住院医疗费用

被保险人经医疗机构诊断必须接受住院治疗，我们对被保险人每次住院实际发生的需个人支付的、合理且必要的住院医疗费用，在扣除免赔额后，按约定的补偿原则及赔付标准给付一般医疗保险金。

住院医疗费用包括治疗费、检查检验费、手术费、材料费、救护车使用费、床位费、护理费、重症监护室床位费和药品费。

对本主险合同保险期间届满前发生的且延续至本主险合同保险期间届满后 30 日（含第 30 日）内的需个人支付的、合理且必要的住院医疗费用，我们在扣除免赔额后，按约定的补偿原则及赔付标准给付一般医疗保险金。

2. 特殊门诊医疗费用

被保险人经医疗机构诊断必须接受特殊门诊治疗，我们对被保险人在保险期间内实际发生的需个人支付的、合理且必要的特殊门诊医疗费用，在扣除免赔额后，按约定的补偿原则及赔付标准给付一般医疗保险金。

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、肿瘤内分泌疗法和肿瘤靶向疗法的治疗费用；

（3）器官移植后的门诊抗排斥治疗费。

3. 门诊手术医疗费用

被保险人经医疗机构诊断必须接受门诊手术治疗，我们对被保险人在保险期间内实际发生的需个人支付的、合理且必要的门诊手术医疗费用，在扣除免赔额后，按约定的补偿原则及赔付标准给付一般医疗保险金。

4. 住院前后门急诊医疗费用

被保险人经医疗机构诊断必须接受住院治疗，在住院前 15 日（含住院前第 15 日）和出院后 30 日（含出院后第 30 日）内，因与该次住院相同原因而接受门急诊治疗，我们对被保险人在保险期间内实际发生的需个人支付的、合理且必要的门急诊医疗费用（**但不包括特殊门诊医疗费用和门诊手术医疗费用**），在扣除免赔额后，按约定的补偿原则及赔付标准给付一般医疗保险金。

5. 急诊医疗费用

¹ **医疗机构：**指符合下列所有条件的机构：

（1）指经国家卫生行政部门评定的二级或二级以上综合医疗机构或专科医院（前述综合医疗机构和专科医院中的观察室、联合病床、康复病房、家庭长期护理病床除外）；

（2）不包括精神病院、私人诊所，以及作为康复、疗养、护理、戒酒、戒毒或类似的医疗机构。

特需病房、外宾病房、国际部以及干部病房不在本主险合同责任范围内。

当被保险人因遭受意外伤害事故须急救时不受此限，但经急救处理伤情稳定后，必须转入本主险合同所指医疗机构治疗。

² **合理且必要：**指同时满足下列要求：（1）治疗所必须的；（2）不超过安全、足量治疗原则的；（3）非试验性、研究性项目所产生的；（4）符合接受治疗当地通行的医疗标准。对是否合理且必要由我们根据客观、审慎、合理的原则进行核定，若被保险人对核定结果有不同意见，可委托双方认可的权威医学机构或者权威医学专家进行审核鉴定。

被保险人经医疗机构诊断接受急诊治疗，我们对被保险人在保险期间内实际发生的需个人支付的、合理且必要的挂号费、治疗费、药品费、检查检验费、手术费（**但不包括急诊留院观察费**），每次在扣除单次免赔额后，按约定的补偿原则及赔付标准给付一般医疗保险金。

同一保险期间内，累计给付的急诊医疗费用金额以人民币 1 万元为限，当累计给付急诊医疗费用金额之和达到上述限额，被保险人在该保险期间内的急诊医疗费用保险责任终止。

同一保险期间内，我们最多承担 5 次急诊医疗费用的给付责任，每次急诊挂号就诊行为视作 1 次急诊医疗，我们给付 5 次急诊医疗费用后，被保险人在该保险期间内的急诊医疗费用保险责任终止。

6. 意外门诊医疗费用

被保险人因意外伤害经医疗机构诊断接受门诊治疗，我们对被保险人在保险期间内实际发生的需个人支付的、合理且必要的挂号费、治疗费、药品费、检查检验费、手术费，每次在扣除单次免赔额后，按约定的补偿原则及赔付标准给付一般医疗保险金。

同一保险期间内，累计给付的意外门诊医疗费用金额以人民币 1 万元为限，当累计给付意外门诊医疗费用金额之和达到上述限额，被保险人在该保险期间内的意外门诊医疗费用保险责任终止。

同一保险期间内，我们最多承担 5 次意外门诊医疗费用的给付责任，每次门诊挂号就诊行为视作 1 次门诊医疗，我们给付 5 次意外门诊医疗费用后，被保险人在该保险期间内的意外门诊医疗费用保险责任终止。

同一保险期间内，累计给付的上述各项一般医疗保险金金额之和以人民币 200 万元为限，当累计给付一般医疗保险金金额之和达到上述限额，被保险人在该保险期间内的一般医疗保险金保险责任终止。

重大疾病医疗保险金

若被保险人因意外伤害或在等待期后因意外伤害以外的原因，经医疗机构**专科医生**³在本主险合同保险期间内或本产品此前曾经有效的保险期间内**初次确诊**⁴符合定义的重大疾病，在本主险合同约定的医疗机构接受治疗发生的需个人支付的、合理且必要的医疗费用，我们按约定的补偿原则及赔付标准给付重大疾病医疗保险金。

在本主险合同保险期间内，我们按照下列约定承担重大疾病医疗保险金责任：

1. 重大疾病住院医疗费用

被保险人经医疗机构专科医生**初次确诊**符合定义的重大疾病，且经医疗机构诊断必须接受住院治疗，我们对被保险人每次住院实际发生的需个人支付的、合理且必要的住院医疗费用，按约定的补偿原则及赔付标准给付重大疾病医疗保险金。

重大疾病住院医疗费用包括治疗费、检查检验费、手术费、材料费、救护车使用费、床位费、护理费、重症监护室床位费、和药品费。

对本主险合同保险期间届满前发生的且延续至本主险合同保险期间届满后 30 日（包括第 30 日）内的需个人支付的、合理且必要的重大疾病住院医疗费用，我们按约定的补偿原则及赔付标准给付重大疾病医疗保险金。

2. 重大疾病特殊门诊医疗费用

被保险人经医疗机构专科医生**初次确诊**符合定义的重大疾病，必须接受特殊门诊治疗，我们对被保险人在保险期间内实际发生的需个人支付的、合理且必要的特殊门诊医疗费用，按约定的补偿原则及赔付标准给付重大疾病医疗保险金。

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、肿瘤内分泌疗法和肿瘤靶向疗法的治疗费用；

（3）器官移植后的门诊抗排斥治疗费。

3. 重大疾病门诊手术医疗费用

被保险人经医疗机构专科医生**初次确诊**符合定义的重大疾病，必须接受门诊手术治疗，我们对被保险人在保险期内实际发生的需个人支付的、合理且必要的门诊手术医疗费用，按约定的补偿原则及赔付标准给付重大疾病医疗保险金。

4. 重大疾病住院前后门急诊医疗费用

被保险人经医疗机构专科医生**初次确诊**符合定义的重大疾病，且经医疗机构诊断必须住院治疗，我们对被保险人在住院治疗前 15 日（含住院前第 15 日）和出院 30 日（含出院后第 30 日）内，因与该次

³ **专科医生**：专科医生应当同时满足以下四个资格条件：（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。

⁴ **初次确诊**：指自被保险人出生之日起第一次经医疗机构确诊患有某种疾病，而不是指自本主险合同生效之后第一次经医疗机构确诊患有某种疾病。

住院相同原因而实际发生的需个人支付的、合理且必要的门急诊医疗费用（但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），按约定的补偿原则及赔付标准给付重大疾病医疗保险金。

5. 质子重离子医疗费用

被保险人经医疗机构专科医生初次确诊符合定义的恶性肿瘤一重度（无论一种或多种），在我们指定的质子重离子医院接受质子重离子治疗的，我们对被保险人在保险期间内实际发生的需个人支付的、合理且必要的质子重离子医疗费用，按约定的补偿原则及赔付标准给付重大疾病医疗保险金。

对本主险合同保险期间届满前发生的且延续至本主险合同保险期间届满后 180 日（含第 180 日）内的需个人支付的、合理且必要的质子重离子医疗费用，我们按约定的补偿原则及赔付标准给付重大疾病医疗保险金。

同一保险期间内，累计给付的质子重离子医疗费用金额以人民币 100 万元为限，当累计给付质子重离子医疗费用金额之和达到上述限额，被保险人在该保险期间内的质子重离子医疗费用保险责任终止。

被保险人经医疗机构专科医生初次确诊符合定义的重大疾病，必须接受医疗机构治疗的，我们首先按照保险责任第一项“一般医疗保险金”的约定给付一般医疗保险金，但不扣除任何免赔额。当我们累计给付金额达到人民币 200 万元后，我们按照保险责任第二项“重大疾病医疗保险金”的约定承担给付重大疾病医疗保险金的责任。

同一保险期间内，累计给付的一般医疗保险金与重大疾病医疗保险金金额之和达到人民币 400 万元，被保险人在该保险期间内的一般医疗保险责任和重大疾病医疗保险责任终止。

免赔额和单次免赔额

免赔额指被保险人在一个保险期间内自行承担，本主险合同不予赔偿的部分。

在一个保险期间内，本主险合同的一般医疗保险责任的免赔额为人民币 1 万元，并将在每次续保或重新投保时重置为人民币 1 万元；重大疾病医疗保险责任的免赔额为人民币 0 元。

单次免赔额指被保险人发生属于保险责任第一项“一般医疗保险金”中“急诊医疗费用”和“意外门诊医疗费用”责任范围内的保险事故，每次门诊或急诊医疗时，须先由被保险人自行承担，本主险合同不予赔偿的部分。本主险合同的单次免赔额为人民币 200 元。

被保险人通过基本医疗保险、公费医疗或城乡居民大病保险获得的医疗费用补偿，不可用于抵扣免赔额或单次免赔额。被保险人从商业性费用补偿医疗保险、其他政府机构或者社会福利机构等其他途径取得的相应医疗费用补偿以及个人自付部分，只要在本主险合同保险责任范围内，均可以用于抵扣免赔额或单次免赔额。但被保险人发生属于保险责任第一项“一般医疗保险金”中“住院医疗费用”、“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”各项本主险合同保险责任范围内的保险事故，被保险人从商业性费用补偿医疗保险、其他政府机构或者社会福利机构等其他途径取得的相应医疗费用补偿以及个人自付部分，不可用于抵扣单次免赔额。

补偿原则和赔付标准

本主险合同适用医疗费用补偿原则。

被保险人发生属于保险责任第一项“一般医疗保险金”中“住院医疗费用”、“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”或者保险责任第二项“重大疾病医疗费用保险金”各项保险责任范围内的保险事故，若被保险人已从其他途径（包括基本医疗保险、公费医疗、城乡居民大病保险、其他商业保险机构的费用补偿医疗保险、其他政府机构或者社会福利机构）获得医疗费用补偿，则我们仅对被保险人实际发生的医疗费用，扣除其所获医疗费用补偿和免赔额后的余额，按照本主险合同约定的医疗费用给付比例（见保险利益表）进行给付。被保险人的社保卡个人账户部分支出视为个人支付，不属于已获得的医疗费用补偿。

被保险人发生属于保险责任第一项“一般医疗保险金”中“急诊医疗费用”和“意外门诊医疗费用”责任范围内的保险事故，若被保险人已从其他途径（包括基本医疗保险、公费医疗、城乡居民大病保险、其他商业保险机构的费用补偿医疗保险、其他政府机构或者社会福利机构）获得医疗费用补偿，则我们仅对被保险人实际发生的医疗费用，扣除其所获医疗费用补偿和单次免赔额后的余额，按照本主险合同的约定比例进行给付。被保险人的社保卡个人账户部分支出视为个人支付，不属于已获得的医疗费用补偿。

若被保险人以参加基本医疗保险或者公费医疗保险身份投保，但未从基本医疗保险或者公费医疗保险结算的，我们按照余额的 50%进行给付；在其他情况下，我们按照余额的 100%进行给付。

保险责任第二项“重大疾病医疗保险金”中的“质子重离子医疗费用”给付比例为 100%。

2、责任免除

因下列情形之一导致被保险人医疗费用支出的，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）被保险人故意犯罪或者抗拒依法采取的刑事强制措施；

- (3) 被保险人故意自伤、自杀，但被保险人为无民事行为能力人的除外；
- (4) 被保险人主动吸食或注射毒品；
- (5) 被保险人酒后驾驶、无合法有效驾驶证驾驶，或驾驶无有效行驶证的机动车；
- (6) 被保险人醉酒；
- (7) 被保险人怀孕、流产、分娩、产前产后检查、避孕、节育及绝育手术、不孕不育治疗、人工受精、性功能障碍治疗；
- (8) 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不在此限；
- (9) 被保险人进行美容医疗、整容手术、变性手术、牙齿治疗或矫形、屈光不正之矫治、安装义齿、义眼、助听器、义肢或其他附属品；
- (10) 被保险人进行健康检查、疗养、康复治疗、戒酒或戒毒治疗、物理治疗或心理治疗；
- (11) 被保险人作为器官捐献者接受的与器官摘除相关的医疗行为及其并发症、后遗症的治疗；
- (12) 被保险人患有性病、精神疾患、先天性疾病、先天性畸形、变形或染色体异常、遗传性疾病或投保时未告知的现患疾病及症状或既往症；
- (13) 被保险人从事潜水、跳伞、攀岩、蹦极、驾驶滑翔机或滑翔伞、探险、摔跤、武术比赛、特技表演、赛马、赛车等高风险运动；
- (14) 战争、军事冲突、暴乱或武装叛乱；
- (15) 核爆炸、核辐射或核污染。

发生上述情形导致被保险人医疗费用支出的，我们不承担给付保险金的责任，本主险合同继续有效。

发生上述第（1）项情形导致被保险人身故的，本主险合同终止，若未发生过保险金给付的，我们向除投保人之外的被保险人的继承人退还被保险人身故时本主险合同的现金价值。发生上述其他情形导致被保险人身故的，本主险合同终止，若未发生过保险金给付的，我们向您退还被保险人身故时本主险合同的现金价值。

3、投保范围、保险期间、交费方式

保险期间：1 年；

交费方式：一次交清；

投保范围：本主险合同接受的投保年龄为 2 周岁（含）至 30 周岁（含）。如果您在被保险人 31 周岁（含）至 36 周岁（含）期间投保本产品，需满足下列条件之一：

（1）保证续保期间内续保的；

（2）保证续保期间届满后 60 日前（含第 60 日）您为同一被保险人提出重新投保本产品的申请。

您提出首次投保或重新投保的申请后，需经我们审核确定是否同意承保。

保证续保期间内，我们不会因为被保险人的健康状况或历史理赔情况而拒绝您的续保申请。

4、保证续保：本主险合同采取保证续保方式。

在保证续保期间内，您未在本主险合同保险期间届满日之前向我们提出停止续保申请，并且您于保险期间届满日之前或在本主险合同约定的续保宽限期内，向我们交纳保险费的，我们将按照原条款和约定费率继续承保，本主险合同于保险期间届满日的次日起延续有效一年。

保证续保期间：若您首次投保本主险合同，自首次投保本主险合同的生效日起，每 6 年为一个保证续保期间；若您重新投保本主险合同，则自重新投保本主险合同的生效日起，每 6 年为一个保证续保期间。

保证续保权：在保证续保期间内，您享有如下保证续保权：

（1）一个保证续保期间内，您按该保证续保期初约定的费率表依被保险人年龄变化、参加基本医疗保险或公费医疗的情况变化交纳相应的保险费；

（2）一个保证续保期间内，我们不因被保险人在该保证续保期间内的健康状况或历史理赔情况而拒绝您的续保申请；

（3）一个保证续保期间内，您的保证续保权不因该产品停止销售而终止。

保证续保权终止：在保证续保期间内，若发生下列情形之一的，我们不再接受续保：

（1）您在本主险合同保险期间届满日之前向我们申请解除合同；

（2）被保险人续保时的年龄超过 36 周岁（不含）；

（3）您在本主险合同约定的续保宽限期结束时，仍未按照续保当时被保险人的年龄、参加基本医疗保险或公费医疗的情况所对应的保险费率一次性交纳相应的保险费；

（4）如您未履行如实告知义务，我们有权终止您的保证续保权。

保证续保期间届满时的重新投保：保证续保期间届满时，您需要向我们申请重新投保本产品，并经我们同意，按重新投保当时被保险人的年龄、参加基本医疗保险或公费医疗的情况所对应的保险费率一次性交纳保险费，获得新的保险合同。

您在保证续保期间届满时重新投保本产品的，我们有权对被保险人的健康状况进行核保，并确定是否同意

承保。

如果您在保证续保期间届满前重新申请投保本产品，经我们审核同意，并交纳保险费的，我们将向您提供新的保险合同，新的保险合同自保证续保期间届满日次日零时起生效。

如果您在保证续保期间届满后重新申请投保本产品，经我们审核同意，并交纳保险费的，我们将向您提供新的保险合同，新的保险合同自我们收取保险费并签发保险单的次日零时起生效。

如果我们不同意承保，本主险合同自保险期间届满日的 24 时起效力终止。

每次保证续保期间届满时重新投保均遵循以上规则。

若本产品已停售，我们不再接受重新投保，但会及时通知您，并向您提供投保其他保险产品的合理建议。

5、 保单利益

本主险合同的保单利益包括保险责任（一般医疗保险金和重大疾病医疗保险金）、责任免除、保证续保利益和退保金等，具体内容详见下表和本主险合同条款。

保险金额	400 万 (同一保险期间内，本主险合同累计所承担的各项保险金之和最高以 400 万为限)	
一般医疗保险金免赔额	1 万	
	急诊医疗费用	单次免赔额：200
	意外门诊医疗费用	单次免赔额：200
重大疾病医疗保险金免赔额	0	
一般医疗基本保险金额	200 万	其中，急诊医疗费用限额：1 万
		其中，意外门诊医疗费用限额：1 万
重大疾病医疗基本保险金额	200 万	其中，质子重离子医疗费用限额：100 万
医疗费用给付比例	若被保险人以参加基本医疗保险或者公费医疗保险身份投保，但未从基本医疗保险或者公费医疗保险结算的，我们按照余额的 50% 进行给付；在其他情况下，该给付比例为 100%。 质子重离子医疗费用给付比例为 100%。	

6、 等待期

等待期指自本主险合同生效日零时起 30 日内（含第 30 日）的这段时间。若被保险人在等待期内发生本主险合同约定的重大疾病，我们不承担给付保险金的责任，但将退还本主险合同已交纳的保险费，本主险合同终止。若被保险人在等待期内因本主险合同约定的重大疾病之外的原因需要治疗的，无论治疗是否延续至等待期后，我们均不承担给付保险金的责任，但本主险合同继续有效。

符合下列情形之一的无等待期：

- (1) 被保险人发生意外伤害的；
- (2) 保证续保期间内续保的；
- (3) 保证续保期间届满时，您为同一被保险人提出重新投保本产品的申请，经我们审核同意后收取保险费并签发新的保险单，且您提出重新投保的申请日在保证续保期间届满后 60 日前（含第 60 日）的。

二、 利益演示

被保险人为 6 周岁男孩，保险期间为 1 年，保证续保期间为 6 年，享有基本医疗保险或公费医疗保险。保单利益演示如下：

单位：元

保单年度	投保年龄	年交保险费	累计保险费	一般医疗基本保险金	重大疾病医疗基本保险金	现金价值（退保金）
1	6	200	200	2,000,000	2,000,000	0
2	7	211	411	2,000,000	2,000,000	0
3	8	211	622	2,000,000	2,000,000	0
4	9	211	833	2,000,000	2,000,000	0
5	10	211	1044	2,000,000	2,000,000	0
6	11	200	1,244	2,000,000	2,000,000	0

温馨提示：

- ① 保单年度：第 1 个保单年度为从首次投保本主险合同生效日起至保险期间届满时止，第 2-6 个保单年度为保证续保期间的各保单年度。
- ② 首期保险费为有等待期的保险费，保证续保期间续保的各年保险费为无等待期的保险费。

- ③ 现金价值：指保单所具有的价值，通常体现为解除本主险合同时，根据精算原理计算的，由我们退还的那部分金额。上述利益演示中的“现金价值（退保金）”是指保单年度末的现金价值。
- ④ 上述利益演示中的数值均为四舍五入后保留整数位，具体以保险合同载明为准。

三、犹豫期及退保

1、犹豫期

自您签收本主险合同之日起，有 15 日的犹豫期。

请您认真审视本主险合同，如果您认为本主险合同与您的需求不相符，您可以在在此期间提出解除本主险合同，我们将在扣除不超过 10 元工本费后无息退还您所支付的全部保险费。

解除本主险合同时，您需要填写保险合同变更申请书，并提供您的保险合同及有效身份证件。自我们收到您解除合同的书面申请时起，本主险合同即被解除。

2、退保

您在犹豫期内申请解除本主险合同，我们将在扣除不超过 10 元工本费后无息退还您所支付的全部保险费。

如在犹豫期后申请解除本主险合同，请填写保险合同变更申请并向我们提供下列资料：

- （1）保险合同；
- （2）您的有效身份证件。

自我们收到保险合同变更申请时起，本主险合同终止。我们自收到保险合同变更申请之日起 30 日内向您退还本主险合同的现金价值。

现金价值的计算公式为“ $\text{保险费} \times (1 - 35\%) \times [1 - (\text{本主险合同已经过天数} / \text{保险期间天数})]$ ”，“本主险合同已经过天数”是指本主险合同从生效之日至终止之日实际经过的天数，天数不足 1 天的不计。

若我们已给付过保险金，则您不得解除本主险合同。

考虑到保单平均承担的本公司经营支出、保险责任对应的成本以及投保人提前终止保单导致本公司的损失，本主险合同的现金价值根据相关精算原理计算，从您所交的保险费中扣除了相关费用。因此，您在犹豫期后解除合同可能会遭受一定损失。

客户（投保人）声明：本人已认真阅读并理解本产品说明书的全部内容，知悉本产品的产品基本特征、利益演示、犹豫期及退保等相关事宜。本产品说明书中有关该产品的说明、解释或表述，如与保险合同的条款或规定不一致时，均以保险合同的条款或规定为准。

签名（投保人）_____

_____年_____月_____日