

长城烽火台金悦版医疗保险产品说明书

在本产品说明书中，“您”指投保人，“我们”、“本公司”均指长城人寿保险股份有限公司。

投保须知

（一）投保年龄

指投保时被保险人的年龄，投保年龄以周岁计算。本主险合同接受的首次投保年龄为0周岁（指出生满30日且已健康出院的婴儿）至65周岁（含），最大续保年龄为99周岁。

若被保险人及其家庭成员均满足前述条件，被保险人的家庭成员可以与被保险人共同投保本产品。家庭成员具体包括：

- （1）投保时具有合法婚姻关系的配偶；
- （2）未满21周岁的未婚子女（若未婚子女为全日制在校学生，可放宽至未满26周岁）。

若您于保证续保权终止后或在保证续保期间届满的次日零时起60日后向我们提出重新投保申请，我们视为首次投保。

（二）保险期间

本主险合同的保险期间为1年。

（三）保证续保期间

您首次投保本主险合同时，自本主险合同生效之日起每6年为一个保证续保期间。

（四）交费方式

本主险合同的交费方式为一次交清。

（五）保证续保期间内的保证续保权

在保证续保期间内，您享有如下保证续保权。

在每个保险期间届满前或在本主险合同约定的宽限期内，若您申请续保本主险合同：

- （1）我们按照该保证续保期间期初约定的费率表以续保当时被保险人的年龄、基本医疗保险或公费医疗身份、保障计划情况、共同投保家庭成员人数收取相应的保险费；
- （2）我们不因被保险人的健康状况或历史赔付情况而拒绝您续保；
- （3）我们不因本保险产品停止销售而不接受您续保；
- （4）保险期间于上一个本主险合同保险期间届满的次日重新起算，保险期间1年。

（六）保证续保期间内的保证续保权终止

在保证续保期间内，发生下列情形之一的，您享有的保证续保权终止，我们不再接受续保：

- （1）被保险人续保时年龄超过99周岁；
- （2）您在保险期间届满前或在本主险合同约定的宽限期内，未申请续保本主险合同，或未按照该保证续保期间期初约定的费率表以续保当时被保险人的年龄、基本医疗保险

或公费医疗身份、保障计划情况、共同投保家庭成员人数所对应的保险费率和本主险合同约定的保险费交纳方式交纳续保相应的保险费；

(3) 您未按照本主险合同“明确说明与如实告知”约定履行如实告知义务。

(七) 保证续保期间届满后的续保

在保证续保期间届满时，您将不再享有保证续保的权利。

(1) 在保证续保期间届满前，若您申请续保本主险合同，我们将重新审核被保险人是否符合续保条件。若我们审核同意您续保，本主险合同将进入下一个保证续保期间。我们将按下一个保证续保期间期初约定的费率表以续保当时被保险人的年龄、基本医疗保险或公费医疗身份、保障计划情况、共同投保家庭成员人数收取相应的保险费。若我们审核不同意您续保，我们将不再收取您续保相应的保险费，本主险合同效力于该保证续保期间届满之日即行终止。

(2) 在保证续保期间届满前，若您未申请续保本主险合同，我们将不再收取您续保相应的保险费，本主险合同效力于该保证续保期间届满之日即行终止。

(3) 若保证续保期间届满后，被保险人年龄大于94周岁的，则该被保险人的下一个保证续保期间将小于6年，最大续保年龄为99周岁。

(4) 若本保险产品停止销售，我们不再接受保证续保期间届满后的续保，但会向您提供投保其他保险产品的合理建议。

保障计划

本主险合同的保障计划以及保障计划中涉及的医院范围、基本保险金额、免赔额、给付比例、各项费用赔付限额、最高赔付次数及最高赔付日数等详见本主险合同附件1，由您在投保时与我们约定并在保险单上载明。

(一) 基本保险金额

本主险合同的基本保险金额为人民币400万元。我们在本主险合同有效期内累计给付的各项保险金之和以本主险合同的基本保险金额为限。

本主险合同各项保险金责任的基本保险金额根据您投保时选择的保障计划确定，由您在投保时与我们约定并在保险单上载明。

(二) 免赔额、免赔额余额

(1) 本主险合同的免赔额，由您在投保时与我们约定并在保险单上载明。

(2) 本主险合同所指免赔额均指年度免赔额，指在本主险合同有效期内，应由被保险人自行承担，本主险合同不予赔偿的部分。被保险人从基本医疗保险、公费医疗、政府主办补充医疗获得的补偿，不可用于抵扣免赔额。但被保险人从其他途径（包括除本主险合同之外的商业性费用补偿型医疗保险、其他政府机构或者社会福利机构）已获得的医疗费用补偿可用于抵扣免赔额。

(3) 在本主险合同有效期内，被保险人每次理赔申请所抵扣的免赔额可进行累计，

已从本主险合同获得的医疗费用补偿不可用于抵扣免赔额。

(4) 在本主险合同有效期内，免赔额经抵扣后剩余的金额为免赔额余额，且免赔额余额大于或等于人民币0元。

(三) 给付比例

(1) 一般医疗保险金的给付比例为100%。若被保险人以参加基本医疗保险、公费医疗身份投保，但在保险事故发生时未以参加基本医疗保险、公费医疗身份就诊并结算，一般医疗保险金的给付比例为60%。

(2) 重大疾病医疗保险金的给付比例为100%。若被保险人以参加基本医疗保险、公费医疗身份投保，但在保险事故发生时未以参加基本医疗保险、公费医疗身份就诊并结算，重大疾病医疗保险金的给付比例为60%（质子重离子医疗费用不受此条限制）。

(3) 恶性肿瘤——重度院外特定药品费用医疗保险金的给付比例为100%。若被保险人以参加基本医疗保险、公费医疗身份投保，但在保险事故发生时未以参加基本医疗保险、公费医疗身份就诊并结算，恶性肿瘤——重度院外特定药品费用医疗保险金中的社保目录内的特定药品费用的给付比例为60%。

(4) 在线问诊药品费用医疗保险金的给付比例为60%。

保险责任

本主险合同的保险责任分为基本部分和可选部分。您具体投保的保险责任以保险单载明的为准。

在本主险合同有效期内，我们承担如下保险责任：

(一) 等待期

您首次投保本主险合同时，自本主险合同生效之日起30日内（含第30日）称为等待期。若被保险人因意外伤害以外的原因在等待期内经医院专科医生明确诊断确诊疾病，由此导致接受治疗产生的医疗费用，无论是否发生在等待期内，我们均不承担给付保险金的责任。且被保险人该次从其他途径已获得的医疗费用补偿不可用于抵扣本主险合同约定的免赔额。

被保险人因意外伤害以外的原因在等待期内经医院专科医生明确诊断初次患本主险合同约定的一种或多种重大疾病，我们不承担给付保险金的责任，将向您返还本主险合同累计已交保险费（无息），同时本主险合同终止。

非首次投保或者因意外伤害并经医院专科医生明确诊断必须进行治疗的无等待期。

基本部分

(二) 一般医疗保险金

若被保险人因意外伤害或于等待期后因意外伤害以外的原因经医院专科医生明确诊断确诊疾病必须接受治疗的，我们对发生在医院内且由医院实际收取的下列四项医疗费用，按本主险合同的约定给付一般医疗保险金。

（1）住院医疗费用

指被保险人经医院专科医生明确诊断必须在医院住院治疗的，被保险人实际支出的、合理且必要的住院医疗费用。

若被保险人接受本主险合同保险责任范围内的住院治疗，且在保险期间届满时该治疗仍未结束的，对于被保险人该次住院治疗，我们在本主险合同约定的一般医疗保险金的基本保险金额内继续承担相应的保险责任，最长至保险期间届满后的第30日（含）的二十四时止。

（2）特殊门诊医疗费用

指被保险人经医院专科医生明确诊断必须在医院接受以下特殊门诊治疗的，被保险人实际支出的、合理且必要的下列特殊门诊医疗费用：

① 门诊肾透析费用；

② 门诊恶性肿瘤——重度（见本主险合同附件2）治疗费用：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异治疗费用。

（3）门诊手术医疗费用

指被保险人经医院专科医生明确诊断必须在医院接受门诊手术治疗的，被保险人实际支出的、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

指被保险人经医院专科医生明确诊断必须在医院住院治疗，在住院前30日（含住院当日）和出院后30日（含出院当日）内，与该次住院相同原因而接受门急诊治疗的，被保险人实际支出的、合理且必要的住院前后门急诊医疗费用（但不包括本条上述约定的特殊门诊医疗费用和门诊手术医疗费用）。

我们在本主险合同有效期内累计给付的一般医疗保险金之和以本主险合同约定的一般医疗保险金的基本保险金额为限。

（三）重大疾病医疗保险金

若被保险人因意外伤害或于等待期后因意外伤害以外的原因经医院专科医生明确诊断初次患本主险合同约定的一种或多种重大疾病，必须接受治疗的，对发生在医院内且由医院实际收取的下列五项医疗费用：

我们首先按照一般医疗保险金的约定给付一般医疗保险金，当累计给付金额达到一般医疗保险金的基本保险金额后，我们按本主险合同的约定给付重大疾病医疗保险金。

（1）重大疾病住院医疗费用

指被保险人经医院专科医生明确诊断初次患本主险合同约定的重大疾病且必须在医院住院治疗的，被保险人实际支出的、合理且必要的重大疾病住院医疗费用。

若被保险人接受本主险合同保险责任范围内的重大疾病住院治疗，且在保险期间届

满时该治疗仍未结束的，对于被保险人该次重大疾病住院治疗，我们在本主险合同约定的重大疾病医疗保险金的基本保险金额内继续承担相应的保险责任，最长至保险期间届满后的第30日（含）的二十四时止。

（2）重大疾病特殊门诊医疗费用

指被保险人经医院专科医生明确诊断初次患本主险合同约定的重大疾病且必须在医院接受以下特殊门诊治疗的，被保险人实际支出的、合理且必要的重大疾病特殊门诊医疗费用：

① 门诊肾透析费用；

② 门诊恶性肿瘤——重度治疗费用：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异治疗费用。

（3）重大疾病门诊手术医疗费用

指被保险人经医院专科医生明确诊断初次患本主险合同约定的重大疾病且必须在医院接受门诊手术治疗的，被保险人实际支出的、合理且必要的重大疾病门诊手术医疗费用。

（4）重大疾病住院前后门急诊医疗费用

指被保险人经医院专科医生明确诊断初次患本主险合同约定的重大疾病且必须在医院住院治疗，在住院前30日（含住院当日）和出院后30日（含出院当日）内，与该次住院相同原因而接受门急诊治疗的，被保险人实际支出的、合理且必要的重大疾病住院前后门急诊医疗费用（但不包括本条上述约定的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）。

（5）质子重离子医疗费用

若被保险人因意外伤害或于等待期后因意外伤害以外的原因经医院专科医生明确诊断初次患本主险合同约定的恶性肿瘤——重度，且需在上海市质子重离子医院接受质子治疗、重离子治疗的，被保险人实际支出的、合理且必要的质子重离子医疗费用。

我们在本主险合同有效期内累计给付的重大疾病医疗保险金之和以本主险合同约定的重大疾病医疗保险金的基本保险金额为限。

（四）重大疾病住院津贴保险金

若被保险人因意外伤害或于等待期后因意外伤害以外的原因经医院专科医生明确诊断初次患本主险合同约定的一种或多种重大疾病，且必须在医院住院治疗的，我们按照约定的重大疾病住院津贴日额乘以被保险人该次住院的实际住院日数，给付重大疾病住院津贴保险金，即：

重大疾病住院津贴保险金 = 重大疾病住院津贴日额 × 该次住院实际住院日数。

本主险合同约定的重大疾病住院津贴日额根据您投保时选择的保障计划而确定，由

您在投保时与我们约定并在保险单上载明。

本主险合同保险期间内，重大疾病住院津贴保险金累计赔付日数最高以60日为限。

重大疾病住院津贴保险金不适用于本主险合同第2.3条“补偿原则和赔付标准”。

（五）恶性肿瘤——重度院外特定药品费用医疗保险金

若被保险人因意外伤害或于等待期后因意外伤害以外的原因经医院专科医生明确诊断初次患本主险合同约定的恶性肿瘤——重度，对于治疗该恶性肿瘤——重度而实际支出的且同时满足以下条件的特定药品费用，我们按本主险合同的约定给付恶性肿瘤——重度院外特定药品费用医疗保险金。特定药品费用须同时满足以下条件：

（1）该特定药品的药品处方是由医院专科医生开具的；

（2）该特定药品及其所治疗的恶性肿瘤——重度在本主险合同约定的特定药品及其适用恶性肿瘤——重度范围清单表内，且药品处方符合国家药品监督管理局批准的该药品说明书中所列明的适应症及用法用量；

（3）被保险人在我们的指定药店购买药品处方中所列特定药品；

（4）每次的药品处方剂量不超过1个月。

若被保险人接受本主险合同保险责任范围内的特定药品治疗，且在保险期间届满时该治疗仍未结束的，我们在本主险合同约定的恶性肿瘤——重度院外特定药品费用医疗保险金的基本保险金额内继续承担相应的保险责任，最长至保险期间届满后的第30日（含）的二十四时止。

我们在本主险合同有效期内累计给付的恶性肿瘤——重度院外特定药品费用医疗保险金之和以本主险合同约定的恶性肿瘤——重度院外特定药品费用医疗保险金的基本保险金额为限。

可选部分

（六）重大疾病确诊保险金

若被保险人因意外伤害或于等待期后因意外伤害以外的原因，经医院专科医生明确诊断初次患本主险合同约定的重大疾病，我们将按确诊时本主险合同约定的重大疾病确诊保险金的基本保险金额一次性给付重大疾病确诊保险金，同时本项保险责任终止。

本主险合同约定的重大疾病确诊保险金的基本保险金额根据您投保时选择的保障计划而确定，由您在投保时与我们约定并在保险单上载明。

重大疾病确诊保险金不适用于本主险合同第2.3条“补偿原则和赔付标准”。

（七）在线问诊药品费用医疗保险金

若被保险人因意外伤害或于等待期后因意外伤害以外的原因，在本公司指定互联网医院接受在线问诊治疗，且经本公司指定互联网医院中注册医生确诊患本主险合同约定的特定疾病的一种或多种，对于被保险人用于治疗该特定疾病每次治疗实际发生的、合理且必要的，且同时满足以下条件的在线问诊药品费用，我们按本主险合同的约定给付

在线问诊药品费用医疗保险金。在线问诊药品费用须同时满足以下条件：

- (1) 该药品的药品电子处方是由本公司指定互联网医院中注册医生开具的；
- (2) 每次在线问诊开具的药品电子处方用量不超7日，药品种类不超过5种；
- (3) 被保险人在本公司指定互联网医院购买上述电子处方中所列的药品；
- (4) 该药品电子处方符合国家药品监督管理局批准的该药品说明书中所列明的适应症及用法用量；
- (5) 开具药品电子处方时该药品已获得国家药品监督管理局批准且已在中国大陆境内（不包括港、澳、台地区）上市。

对于不满足上述条件的在线问诊药品费用，我们不承担给付在线问诊药品费用医疗保险金的责任。

我们在每个自然月内累计给付的在线问诊药品费用医疗保险金的次数以1次为限，保险期间内总累计给付在线问诊药品费用医疗保险金的次数以10次为限。

我们给付在线问诊药品费用医疗保险金的金额以每次在线问诊500元为限，在本主险合同有效期内累计给付的在线问诊药品费用医疗保险金之和以本主险合同约定的在线问诊药品费用医疗保险金的基本保险金额为限。

补偿原则和赔付标准

本主险合同适用医疗费用补偿原则。若被保险人已从基本医疗保险、公费医疗、政府主办补充医疗和其他途径获得医疗费用补偿，则我们仅对被保险人实际支出的、合理且必要的、符合本主险合同保险责任范围内的医疗费用扣除其所获医疗费用补偿和对应的免赔额后的余额，按本主险合同约定的给付比例进行给付。基本医疗保险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。

责任免除

发生下列情形之一导致被保险人发生疾病、发生住院治疗、达到疾病状态或进行手术的，或者发生医疗费用的，我们不承担给付保险金的责任，且该次从其他途径已获得的医疗费用补偿不可用于抵扣免赔额：

- (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) 被保险人故意自伤或自杀，但被保险人自杀时为无民事行为能力人的除外；
- (4) 被保险人斗殴，醉酒，服用、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，或驾驶无合法有效行驶证的机动车；
- (6) 被保险人感染艾滋病病毒或患艾滋病；
- (7) 被保险人未遵医嘱，私自服用、涂用、注射药物；

- (8) 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；
- (9) 战争、军事冲突、暴乱或武装叛乱；
- (10) 核爆炸、核辐射或核污染；
- (11) 遗传性疾病、先天性畸形、变形或染色体异常；
- (12) 既往症，及本主险合同特别约定除外的疾病和治疗；
- (13) 不孕不育治疗、人工受精、怀孕、分娩（含剖宫产）、流产、妊娠（含宫外孕）、堕胎、节育（含绝育）、产前产后检查以及由以上原因引起的并发症；
- (14) 指定医院外的其他医疗机构产生的医疗费用；
- (15) 一般健康检查、预防性治疗、康复性治疗、保健性治疗、物理治疗、心理治疗或以捐献身体器官为目的的医疗行为；
- (16) 性病、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）；
- (17) 疗养、矫形、屈光不正、美容、牙科保健及康复治疗、非意外事故所致整容手术、变性手术；
- (18) 购买人工器官；
- (19) 除心脏瓣膜、人工晶体、人工关节之外的其他人工器官材料费、安装和置换等费用、各种康复治疗器械、假体、义肢、自用的按摩保健和治疗用品、所有非处方医疗器械（符合本主险合同附件3“住院医疗费用”中的“耐用医疗设备费用”，不受此条限制）；
- (20) 被保险人接受实验性治疗（即未经科学或医学认可的医疗），或接受未被治疗所在地权威部门批准的治疗；
- (21) 被保险人进行免疫接种、疫苗接种或预防接种；
- (22) 因检查、麻醉、手术治疗、药物治疗而导致的医疗意外，或医疗事故所产生的医疗费用；
- (23) 接受各类医疗鉴定、医疗咨询和健康预测。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；医疗咨询包括但不限于健康咨询、睡眠咨询、性咨询、心理咨询；
- (24) 在中国境外的国家或地区，以及台湾地区、香港和澳门特别行政区发生的治疗；
- (25) 被保险人的疾病状况确定对特定药品已经耐药；
- (26) 未在医院、我们的指定药店或本公司指定互联网医院购买的药品；
- (27) 椎间盘突出症、职业病、特定传染病、地方病；
- (28) 美容、保健品及补益类中成药。

除上述责任免除外，本主险合同中还有一些免除本公司责任的条款，详见“1.4 犹豫期”、“2.2 保险责任”、“4.2 保险事故通知”、“4.3 保险金申请”、“7.1 明确说明与如实告知”、“7.3 年龄错误”、“本主险合同附件1保障计划表”、“本主险合同附件2重大疾病”、“本主险合同附件3住院医疗费用”及重要术语中以阴影形式显示的内容。

等待期

您首次投保本主险合同时，自本主险合同生效之日起30日内（含第30日）称为等待期。若被保险人因意外伤害以外的原因在等待期内经医院专科医生明确诊断确诊疾病，由此导致接受治疗产生的医疗费用，无论是否发生在等待期内，我们均不承担给付保险金的责任。且被保险人该次从其他途径已获得的医疗费用补偿不可用于抵扣本主险合同约定的免赔额。

被保险人因意外伤害以外的原因在等待期内经医院专科医生明确诊断初次患本主险合同约定的一种或多种重大疾病，我们不承担给付保险金的责任，将向您返还本主险合同累计已交保险费（无息），同时本主险合同终止。

非首次投保或者因意外伤害并经医院专科医生明确诊断必须进行治疗的无等待期。

犹豫期及退保

（一）犹豫期

自您签收本主险合同之日起，有15日的犹豫期。

在此期间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，您可以在此期间提出解除本主险合同，我们将退还您所交纳的本主险合同对应的全部保险费。

犹豫期内解除本主险合同时，您需要填写申请书，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，对于合同解除前发生的保险事故，我们不承担保险责任。

（二）退保

1、您解除合同的手续及风险

（1）您在犹豫期后，可以书面通知要求解除本主险合同，并向我们提供下列证明和资料：

- ① 保险合同；
- ② 解除合同的申请书；
- ③ 您的有效身份证件。

（2）自我们收到解除合同的申请书时起，本主险合同终止。若本主险合同在保险期间内尚未发生保险金赔付，则我们在收到上述证明和资料之日起30日内向您退还本主险

合同的现金价值；若本主险合同在保险期间内已发生保险金赔付，则我们不退还现金价值。

(3) 您在犹豫期后解除本主险合同会遭受一定损失。

2、现金价值计算方法

现金价值指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，由本公司退还的那部分金额。退保需扣除的费用包括本主险合同平均承担的本公司营业费用、佣金、本公司依据本主险合同所承担的保险责任所收取的费用以及退保成本之和。

其计算公式为“本主险合同保险期间内已交保险费 \times (1-35%) \times (1-经过天数/保险期间天数)”，经过天数不足一天的按一天计算。“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。本主险合同在成立日之后至生效日之前的，经过天数为零。

利益演示

性别：男；首次投保年龄：40 周岁；保险期间：1 年；保证续保期间：6 年；投保时已参加公费医疗、基本医疗保险；选择保障计划二、保险责任为基本部分、免赔额为 10000 元。

金额单位：人民币元

保险单年度	保险单年度末年龄	当年度保险费	累计保险费	一般医疗保险金最大给付金额	重大疾病医疗保险金最大给付金额	重大疾病住院津贴保险金	恶性肿瘤——重度院外特定药品费用医疗保险金	保险单现金价值
1	41	1,735	1,735	1,500,000	1,500,000	200 元/日	1,500,000	0
2	42	2,663	4,398	1,500,000	1,500,000	200 元/日	1,500,000	0
3	43	2,663	7,061	1,500,000	1,500,000	200 元/日	1,500,000	0
4	44	2,663	9,724	1,500,000	1,500,000	200 元/日	1,500,000	0
5	45	2,663	12,387	1,500,000	1,500,000	200 元/日	1,500,000	0
6	46	2,663	15,050	1,500,000	1,500,000	200 元/日	1,500,000	0

注：1. 我们在本主险合同有效期内累计给付的各项保险金之和以400万为限。
2. 上述利益演示中，现金价值为保险单年度末对应的现金价值。

“本人已认真阅读并理解本产品说明书。”

投保人（签名）：