

新华人寿保险股份有限公司

瑞吉 A 款特定疾病团体医疗保险

产品说明

在本产品说明中，“本合同”指瑞吉 A 款特定疾病团体医疗保险合同，“本公司”指新华人寿保险股份有限公司。

为便于投保人了解本产品特性，本公司就本产品作如下说明：

一、产品基本特征

（一）保险责任

在本合同保险期间内，本公司按下列规定承担保险责任：

1. 等待期

自本合同生效之日（或合同效力恢复之日，或新增加的被保险人自本公司对该新增加的被保险人承担保险责任的起始之日）起 90 日（含）为等待期。

被保险人在等待期内因疾病原因确诊发生本合同所指的轻度疾病或重度疾病，本公司对该被保险人不承担保险责任，本公司退还该被保险人对应的实际缴纳的保险费，本公司对该被保险人的保险责任终止。

被保险人因意外伤害原因由本公司认可医院的专科医生确诊初次发生本合同所指的轻度疾病或重度疾病的，无等待期。

2. 轻度疾病医疗费用保险金

被保险人因意外伤害原因或于等待期后因疾病原因，由本公司认可医院的专科医生确诊初次发生本合同所指的轻度疾病，且未发生本合同所指的重度疾病，并因该轻度疾病在本公司认可医院接受治疗的，对其确诊前 30 日内（含）及确诊后每次治疗该轻度疾病实际发生并支付的**医疗必需且合理**的医疗费用，本公司按条款第 2.3.5 条医疗费用保险金计算方法，计算并给付轻度疾病医疗费用保险金。

在本合同保险期间内对每位被保险人，本公司累计承担给付轻度疾病医疗费用保险金责任的轻度疾病种类以 5 种为限，对每种轻度疾病累计给付的轻度疾病医疗费用保险金以该被保险人基本保险金额的 20%为限；本公司累计给付轻度疾病种类达到 5 种且每种轻度疾病累计给付轻度疾病医疗费用保险金达到该被保险人基本保险金额的 20%时，本公司对该被保险人的轻度疾病医疗费用保险金责任终止。

被保险人因同一疾病原因或同次意外伤害事故，确诊初次发生多种本合同所指的轻度疾病，本公司按上述规定，仅对其中一种轻度疾病承担给付轻度疾病医疗费用保险金责任。

被保险人确诊初次发生本合同所指的重度疾病，本公司对该被保险人的轻度疾病医疗费用保险金责任终止。

3. 重度疾病医疗费用保险金

被保险人因意外伤害原因或于等待期后因疾病原因，由本公司认可医院的专科医生确诊初次发生本合同所指的重度疾病，并因该重度疾病在本公司认可医院接受治疗的，对其确诊前 30 日内（含）及确诊后每次治疗该重度疾病实际发生并支付的**医疗必需且合理**的医疗费用，本公司按条款第 2.3.5 条医疗费用保险金计算方法，计算并给付重度疾病医疗费用保险金。本公司对该被保险人确诊的该重度疾病承担给付重度疾病医疗费用保险金责任，对其后续确诊的其他重度疾病不再承担给付重度疾病医

疗费用保险金责任。

被保险人在保险期间届满前 1 年内初次确诊本合同所指的重度疾病并因该重度疾病在认可医院接受治疗，且在保险期间届满时对该重度疾病治疗仍未结束的，本公司将在保险期间届满后继续承担给付重度疾病医疗费用保险金责任，但最长不超过该重度疾病确诊之日起 1 年。

被保险人因同一疾病原因或同次意外伤害事故，确诊初次发生多种本合同所指的重度疾病，本公司按上述规定，仅对其中一种重度疾病承担给付重度疾病医疗费用保险金责任。被保险人因同一疾病原因或同次意外伤害事故，同时确诊初次发生本合同所指的重度疾病和轻度疾病，本公司按上述规定承担给付重度疾病医疗费用保险金责任，不承担给付轻度疾病医疗费用保险金责任。

在本合同保险期间内对每位被保险人，本公司累计给付的重度疾病医疗费用保险金以该被保险人的基本保险金额为限；本公司累计给付的重度疾病医疗费用保险金达到该被保险人的基本保险金额时，本公司对该被保险人的保险责任终止。

4. 豁免保险费

被保险人因意外伤害原因或于等待期后因疾病原因，由本公司认可医院的专科医生确诊初次发生本合同所指的轻度疾病或重度疾病，投保人可免交自确诊之日起该被保险人对应的本保险的续期保险费，本公司视同其按期交纳。

5. 医疗费用保险金计算方法

对被保险人每次实际发生并支付的属于本合同保险责任范围内的医疗必需且合理的各项医疗费用，本公司按下列公式计算医疗费用保险金：

医疗费用保险金=（每次发生并支付的属于本合同保险责任范围内的医疗必需且合理的医疗费用—公费医疗、基本医疗保险、城乡居民大病保险和其他费用补偿型医疗保险等其他途径已经补偿或给付的部分）×赔付比例

赔付比例：100%；如被保险人以参加公费医疗或基本医疗保险身份投保，但未以参加公费医疗或基本医疗保险身份就医并结算的，赔付比例为 70%。

被保险人以参加公费医疗或基本医疗保险身份投保，在本公司认可医院接受质子重离子治疗或在本公司认可医院特需医疗、国际部医疗接受治疗，如其所发生的本合同保险责任范围内的医疗必需且合理的全部医疗费用，当地公费医疗、基本医疗保险均不予支付，则不受上述“未以参加公费医疗或基本医疗保险身份就医并结算”的规定限制。

（二）本合同所指的特定疾病

本合同所指的特定疾病包括本合同所指的轻度疾病和重度疾病。本合同所指的轻度疾病共 40 种、重度疾病共 130 种，具体疾病名称、疾病定义参见本合同保险条款。

（三）补偿原则

本公司在向受益人给费用补偿型医疗保险金时，如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、城乡居民大病保险、其他费用补偿型医疗保险等其他途径获得了补偿或赔偿，且该补偿或赔偿金额与本公司按本合同约定给付的费用补偿型医疗保险金之和超过了被保险人实际发生的医疗费用，本公司将按被保险人实际发生的医疗费用扣除被保险人从其他途径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。

（四）责任免除

被保险人因下列 1-10 项情形之一发生本合同所指的轻度疾病或重度疾病的，或因下列第 11 项情形发生医疗费用的，本公司不承担保险责任：

1. 投保人对被保险人的故意杀害、故意伤害；
2. 故意犯罪或抗拒依法采取的刑事强制措施；
3. 故意自伤，但自伤时为无民事行为能力人的除外；

4. 自本合同成立之日（新增加的被保险人自本公司对该新增加的被保险人承担保险责任的起始之日）或本合同效力恢复之日起二年内自杀，但自杀时为无民事行为能力人的除外；
5. 主动服用、吸食或注射毒品；
6. 战争、军事冲突、暴乱或武装叛乱；
7. 核爆炸、核辐射或核污染；
8. 遗传性疾病，先天性畸形、变形或染色体异常；
9. 感染艾滋病病毒或患艾滋病；
10. 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期间遭受意外伤害；
11. 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。

发生上述第 1 项情形导致被保险人发生本合同所指的重度疾病的，本公司对该被保险人的保险责任终止，本公司向该被保险人退还该被保险人对应的现金价值。

发生上述 2-10 项情形导致被保险人发生本合同所指的重度疾病的，本公司对该被保险人的保险责任终止，本公司向投保人退还该被保险人对应的现金价值。

（五）其他免责条款

除上述责任免除外，本公司对可能影响本合同保障的重要内容进行了显著标识，请投保人仔细阅读条款正文加粗的部分。

（六）保险期间

本合同的保险期间由投保人和本公司约定，投保人可选择被保险人终身，或至被保险人 65 周岁、70 周岁、80 周岁保单生效对应日，并在保险单上载明。保险期间自本合同生效日的零时开始。

如投保人选择被保险人终身，则本合同项下每一被保险人的保险期间至该被保险人身故时止。如投保人选择至被保险人 65 周岁、70 周岁、80 周岁保单生效对应日，则本合同项下每一被保险人的保险期间至该被保险人 65 周岁、70 周岁、80 周岁保单生效对应日零时终止。

（七）保险费的交纳

本合同的交费方式和交费期间由投保人和本公司约定，但须符合本公司当时的投保规定，约定的交费方式和交费期间将在保险单上载明。本合同的交费方式可选择一次交清、3 年交、4 年交、5 年交、6 年交、7 年交、8 年交、9 年交、10 年交、15 年交、20 年交或 30 年交。

（八）续期保险费的交纳、宽限期

本合同续期保险费应按保险单所载明的交费方式和交费日期交纳，投保人应该在所选择的交费期间内每年交纳保险费，交纳保险费的具体日期为当年的保单生效对应日，并在保险单上载明。如到期未交纳，自保险单所载明的交费日期的次日零时起 60 日为宽限期。宽限期内发生保险事故的，本公司承担保险责任，但在给付保险金时将扣减该被保险人对应的欠交保险费。

除另有约定外，投保人逾宽限期仍未交纳续期保险费的，本合同自宽限期满的次日零时起效力中止。

（九）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。保单年度末的现金价值金额在现金价值表上载明，保单年度之内的现金价值金额投保人可以向本公司查询。

保单年度：从保单生效日或保单生效对应日零时起至下一年度保单生效对应日零时止为一个保单年度。

二、利益演示

瑞吉 A 款特定疾病团体医疗保险利益演示

投保示例：

某公司为公司员工投保瑞吉 A 款特定疾病团体医疗保险，保险期间为终身，交费方式为 20 年交。

假设该公司某员工李先生 40 周岁（参加基本医疗保险），公司为其投保的基本保险金额为 10000 元，年交保险费为 323 元。李先生享有的保障如下：

单位：元

| 保单年度 | 当年保险费 (年初) | 累计保险费 (年初) | 轻度疾病医疗费用 保险金（每种 轻度疾病） | 重度疾病医疗 费用保险金 | 现金价值 (年末) |
|------|---------------|---------------|-----------------------------|-----------------|--------------|
| 1 | 323 | 323 | 2000 为限 | 10000 为限 | 122 |
| 2 | 323 | 646 | | | 266 |
| 3 | 323 | 969 | | | 416 |
| 4 | 323 | 1292 | | | 584 |
| 5 | 323 | 1615 | | | 758 |
| 6 | 323 | 1938 | | | 946 |
| 7 | 323 | 2261 | | | 1141 |
| 8 | 323 | 2584 | | | 1344 |
| 9 | 323 | 2907 | | | 1556 |
| 10 | 323 | 3230 | | | 1777 |
| 20 | 323 | 6460 | | | 4614 |
| 30 | 0 | 6460 | | | 5262 |
| 40 | 0 | 6460 | | | 5340 |
| 50 | 0 | 6460 | | | 5022 |
| 60 | 0 | 6460 | | | 4407 |
| 65 | 0 | 6460 | | | 3057 |

注：

1. 上述演示数据经过取整处理。

2. 自本合同生效之日（或合同效力恢复之日，或新增加的被保险人自本公司对该新增加的被保险人承担保险责任的起始之日）起 90 日（含）为等待期。

被保险人在等待期内因疾病原因确诊发生本合同所指的轻度疾病或重度疾病，本公司对该被保险人不承担保险责任，本公司退还该被保险人对应的实际缴纳的保险费，本公司对该被保险人的保险责任终止。

3. 在本合同保险期间内对每位被保险人，本公司累计承担给付轻度疾病医疗费用保险金责任的轻度疾病种类以 5 种为限，对每种轻度疾病累计给付的轻度疾病医疗费用保险金以该被保险人基本保险金额的 20%为限；本公司累计给付轻度疾病种类达到 5 种且每种轻度疾病累计给付轻度疾病医疗费用保险金达到该被保险人基本保险金额的 20%时，本公司对该被保险人的轻度疾病医疗费用保险金责任终止。

4. 本公司对被保险人在本合同保险期间内初次确诊发生的本合同所指的重度疾病承担给付重度疾病医疗费用保险金责任，对其后续确诊的其他重度疾病不再承担给付重度疾病医疗费用保险金责任。

5. 在本合同保险期间内对每位被保险人，本公司累计给付的重度疾病医疗费用保险金以该被保险人的基本保险金额为限；本公司累计给付的重度疾病医疗费用保险金达到该被保险人的基本保险金额时，本公司对该被保险人的保险责任终止。

6. 以上均须满足本合同约定的给付条件。

本产品说明供了解产品使用，具体内容以保险条款和保险合同为准。