新华人寿保险股份有限公司
新乐硼中子医疗保险（互联网）
健康管理服务手册

致您

尊敬的先生/女士：

感谢您作为被保险人选择新华人寿保险股份有限公司（以下简称“本公司”），非常荣幸为您和您的家人提供服务！

本公司委托第三方服务商（即上海镁信健康科技集团股份有限公司，以下简称“镁信健康”）为您提供本服务手册约定的服务，指定保险产品生效且过等待期后可享受本手册约定的服务，服务指定保险产品为（新乐硼中子医疗保险（互联网）以下简称“指定产品”）。

本服务手册旨在帮助您了解您所享有的服务内容以及服务流程，如发现服务手册与指定产品保险合同不一致，请以指定保险产品合同为准。

考虑到镁信健康需根据您的信息协助提供相应服务项目，本公司届时会将您的手机号码、姓名等必要信息提供给镁信健康。本公司建议您认真查看镁信健康的隐私政策，了解他们如何处理您的个人信息。同时本公司将按照适用法律的要求，与镁信健康签署含有必要内容的合同，保证您的个人信息安全。

本公司保留所有服务内容和服务流程解释的权利。若您对服务有任何疑问，请联系镁信健康健康管家企业微信进行咨询（服务时间：周一至周五 9:00-21:00，周末 9:00-17:00，法定节假日除外），我们将竭诚为您提供帮助。祝您拥有健康美好的生活！

新华人寿保险股份有限公司

一、服务项目简介

本服务手册适用产品：新乐硼中子医疗保险（互联网）。本公司为您提供如下服务：

服务项目	服务简介
硼中子俘获疗法一站式服务	为符合指定产品保险合同约定的硼中子疗法使用条件的客户提供就医规划，硼中子俘获疗法线上咨询协助、指定医疗机构线下门诊就医协助及硼中子俘获疗法治疗费用垫付服务。

二、服务详情

1.服务内容

在等待期后经本公司认可医院的专科医生确诊初次发生指定产品保险合同所指的“头颈部重度恶性肿瘤”，且符合该合同指定的适应症（详见附表 1，下同），审核通过后，将提供就医规划服务，协助安排指定医疗机构（详见附表 1，下同）进行线上咨询以初步评估疗法适用性，在初步评估通过后安排线下门诊就医，经线下门诊评估可以接受硼中子俘获疗法治疗的，提供硼中子俘获疗法费用垫付服务。

2.服务对象

保单的被保险人

3.启用条件

本产品保障期限和保险金额范围内，在等待期后经本公司认可医院的专科医生确诊初次发生指定产品保险合同所指的"头颈部重度恶性肿瘤"，并在确诊之日起 3 年内符合该合同指定的适应症，可启用该服务。

4.服务次数

保险金额范围内，且在确诊之日起 3 年内，不限次。

5.服务流程

（1）服务申请

您可关注下方新华保险官方微信公众号，点击“我的服务-服务中心-康养-增值服务-新乐硼中子医疗保险（互联网）”跳转镁信服务页面提交服务申请；

（2）疗法适用性评价及保险责任前置审核

镁信健康在收到您的申请资料（申请资料清单详见本手册附表 2）后，将进行疗法适用性评价，如需补充材料的，镁信健康客服人员将联系您收取。在收齐您的完整材料后，镁信健康将与新华保险进行审核并出具审核结论，审核事项包括保险责任匹配、疗法适用性评价等。该环节整体审核时长一般为 3 个工作日，情形复杂的最长不超过 30 个自然日。如审核不通过，镁信健康将联系您告知审核不通过的结论并说明原因。

（3）线上评估协助

前置审核通过后，镁信健康将联系您在指定医疗机构的线上平台上传病历资料，由指定医疗机构初步评估疗法适用性。

（4）就医预约规划

您经指定医疗机构线上初步评估适合使用硼中子俘获疗法后；镁信健康将据您的需求，预约安排指定医疗机构相关科室的专家线下门诊，进一步完善评估，评估通过后将制定正式治疗方案。

（5）疗法费用垫付安排

治疗方案明确后，医院将与您沟通具体疗程细节及日程安排。就诊治疗前，您需配合填写并提交相应授权材料，经核对无误，镁信健康将为您安排硼中子俘获疗法费用垫付服务，垫付金额以指定产品保险责任约定范围和剩余保险金额为限。镁信健康会向指定医疗机构收取治疗发票并协助治疗费用的理赔手续（指定治疗供应方不再向个人提供治疗发票）；您需承担服务外应由您个人承担的特定治疗费用的部分（如有）。

费用垫付服务不同于理赔，垫付是为缓解您就医期间资金压力，不代表已确认符合保险责任。如您最终不符合指定产品保险合同约定的赔偿条件，或垫付费用超过最终厘定的理赔金，镁信健康有权向您追偿该笔垫付费用。

（6）保险理赔协助

如您已使用疗法费用垫付服务接受治疗的，镁信健康将与指定医疗机构完成结算获取发票后，收集您签署的授权材料和理赔材料，发起理赔申请以及代为领取垫付的理赔款项。对于镁信健康已经垫付的费用，新华保险将不再接受您个人提交的理赔申请。如涉及您自行支付的治疗费用、异地就医费用，或通过其它方式自行接受治疗需申请事后理赔的，镁信健康将协助您准备理赔材料进行理赔申请，由您领取理赔款项。

6.服务须知

（1）本服务仅包含硼中子治疗当次住院发生的所有保险责任范围内的费用的垫付服务，治疗前期因疗法评估所产生的保险责任范围内医疗费用不属于垫付范畴，您需自行支付后向本公司申请理赔。

附表 1：硼中子俘获疗法指定清单

硼中子俘获疗法指定清单			
疗法	指定适应癌症种类	指定适应症	指定医疗机构
硼中子俘获疗法	头颈部重度恶性肿瘤	适用于不可切除的局部晚期或复发性头颈部重度恶性肿瘤（未发现远处器官转移）	鹏博（海南） 硼中子医院

附表 2：服务及理赔申请资料清单

服务申请资料	（1)客户自确诊之日起由认可医院出具的门急诊和住院病历、诊断证明、出院小结、与诊断证明相关的病历、显微镜检查、血液检验及其它科学方法检验报告及其它所需要的医学材料。 （2）硼中子治疗评估意见和治疗方案资料
理赔申请资料	（1）理赔申请书（详见本手册附件一）； （2）申请人及被保险人的有效身份证件（如权益人为未成年人，需额外提供监护人身份证明复印件、与权益人的监护关系证明复印件）； （3）认可医院、指定医疗机构出具的附有病历、必要病理检验、血液检验及其他科学方法检验报告的疾病诊断证明书原件、门急诊病历原件、门急诊处方、出院小结或住院病历（加盖医院病历专用章）； （4）认可医院、指定医疗机构出具的医疗费用收据原件和医疗费用明细清单； 被保险人以公费医疗、基本医疗保险参保人员身份接受治疗的，如上述单证中部分医疗费用已由公费医疗、基本医疗保险、城乡居民大病保险支付，还须提供公费医疗、基本医疗保险、城乡居民大病保险经办机构开具的医疗费用报销分割单原件或按公费医疗有关规定取得医疗费用补偿的证明。 （5）如申请硼中子异地就医费用保险金，还须提供被保险人及陪同人员（如有）实名火车票、机票及行程单、住宿酒店开具的住宿费发票和费用明细清单 （6）医疗垫付服务协议（详见本手册附件二）； （7）医疗垫付明细确认单（详见本手册附件三）； （8）所能提供的与确认保险事故的性质、原因、伤害或损失程度等有关的其他证明和资料。

附件 1：索赔申请书

索赔申请书（通用版）

NCI 新华保险

CA011

NO.

投保单位名称：（团体客户填写）_____

保单号：（团体客户填写）_____ 赔案号：_____

填写提示：请务必认真填写下表内容并仔细阅读红黑字体及背面索赔申请须知。

申请类型	申请人	完全民事行为能力人 必填项	无/限制民事行为能力人 必填项
非身故类	被保险人（本人）	**被保险人、事故信息、领取**信息栏	**被保险人、领款人、事故信息、领取**信息栏
	法定继承人（申请时被保险人已身故的）	**被保险人、受益人、事故信息、领取**信息栏	**被保险人、受益人、领款人、事故信息、领取**信息栏
身故类	指定受益人/法定继承人	**被保险人、受益人、事故信息、领取**信息栏	**被保险人、受益人、领款人、事故信息、领取**信息栏

1. 依据申请类型、申请人及民事行为能力不同，填写对应的必填项。投保人出险且申请保费豁免的，投保人信息应填写至“被保险人信息”栏。
2. 受益人为非自然人或受益人授权非自然人领款，且达到反洗钱尽职调查标准的，须同时填写《非自然人客户身份基本信息登记表》。

被保险人信息

姓名		性别		国籍		行业		职业	
证件类型	□身份证 □其他_____	证件有效期限	年 月 日起至 20 年 月 日止/ □长期				
证件号码						**手机**	
联系地址	省/直辖市 市 区/县 乡镇/街道 门牌号/村组						
在其他保险公司投保及已获得其他保险公司或第三方赔偿信息							

受益人信息

提示：如受益人非被保险人本人，本栏必填。

姓名/名称		性别		国籍			
证件类型	□身份证 □其他_____	证件有效期限	年 月 日起至 20 年 月 日止/ □长期				
证件号码						**手机**	
联系地址	省/直辖市 市 区/县 乡镇/街道 门牌号/村组						
受益人类型：□指定受益人 □法定继承人	与被保险人关系	□本人 □夫妻 □父子 □父女 □母子 □母女 □劳动关系 □其他_____					
关系声明	本人因 _____ 无法提供与被保险人身份关系证明，特此声明，并愿为此承担相应法律责任。						

领款人信息

提示：如保险金领款人非被保险人或受益人本人（含监护人代无/限制民事行为能力人申请理赔的），本栏必填。

与受益人关系	□本人 □夫妻 □父子 □父女 □母子 □母女 □劳动关系 □其他_____ □无，与被保险人关系_____	关系声明	本人因_____无法提供与□受益人/□被保险人身份关系证明，特此声明，并愿为此承担相应法律责任。

姓名/名称		性别		国籍			
证件类型	□身份证 □其他_____	证件有效期限	年 月 日起至 20 年 月 日止/ □长期				
证件号码						**手机**	
联系地址	省/直辖市 市 区/县 乡镇/街道 门牌号/村组						

事故信息

理赔类型：□身故 □伤残 □高残/全残 □重大疾病 □特种疾病 □医疗 □保费豁免 □失能/护理 □失业 □仅申请住院补贴			
事故日期	20 年 月 日	事故地点	
详细经过：（如曾住院须写明医院名称、住院起止日期、疾病诊断名称等）		费用补偿型医疗保险申请顺序意愿：	

领取

户名		**开户银行**		**账号**	

委托授权声明

委托信息栏	**是否委托：□否 □是 若选择“是”，请务必详细填写以下《委托授权声明》**				
委托事项	1. 向新华保险递交理赔申请材料及受领退回的申请材料 □同意 □不同意 2. 接收新华保险的理赔决定通知 □同意 □不同意				
受托人姓名		与委托人关系	□亲属 □朋友 □其他_____	证件类型	□身份证 □其他_____
证件号码		证件有效期限	年 月 日起至 20 年 月 日止/ □长期		
手机		**说明：签署本授权时，应同时提供委托人与受托人的身份证原件及复印件或影印件。**			

委托人签名：_____ 受托人签名：_____

全国统一客服电话 95567 网址：www.newchinalife.com 2603L

第 1 页 共 2 页

索赔申请须知

尊敬的客户：

为确保您的正当权益，在填写《索赔申请书》前请您仔细阅读以下内容：

1. 哪些人有权申请理赔？

（1）申请非身故类保险金（医疗保险金、残疾保险金、重疾保险金、失能保险金等）：由被保险人本人申请。

（2）申请身故保险金：由身故受益人申请。

A.保单指定身故受益人的：由保单指定的身故受益人申请。

B.保单未指定身故受益人的：按照法律相关规定执行，由被保险人的全体继承人申请。

（3）申请保费豁免：由投保人或被保险人申请。

注：上述申请人未成年或不具备完全民事行为能力的，由申请人的法定监护人代为申请。

2. 身故保险金受益人为多人的情况，如何办理理赔申请？

（1）申请身故保险金时，受益人须分别填写本《索赔申请书》 。

（2）多人委托一人办理时，每一委托人均须填写本《委托授权声明》 。

3. 如果进行保险金转账，目前支持保险金转账的银行有哪些？支持实时支付的银行有哪些？

支付账户类型	银行名称
银行卡：借记卡	工行、农行、中行、建行、招行、邮储、交行、民生、光大、中信、兴业、浦发、华夏、广发、平安、农村信用联合银行
存折：通存通兑的个人活期结算类账户	工行、农行、中行、建行、招行、邮储、交行、民生、光大、中信
支持实时支付功能银行	工行、农行、中行、建行、招行、邮储、浦发、交行

特别提示：信用卡、借贷卡不支持转账支付功能，无法进行理赔金转账。

反保险欺诈提示

诚信是保险合同基本原则，涉嫌保险欺诈将承担以下责任：

【刑事责任】进行保险诈骗犯罪活动，可能会受到拘役、有期徒刑，并处罚金或没收财产的刑事处罚，保险事故的鉴定人、证明人故意提供虚假的证明文件，为他人诈骗提供条件的，以保险诈骗罪的共犯论处。

【行政责任】进行保险诈骗活动，尚不构成犯罪的，可能会受到15日以下的拘留、5000元以下罚款的行政处罚；保险事故的鉴定人、证明人故意提供虚假的证明文件，为他人诈骗提供条件的，也会受到相应行政处罚。

【民事责任】故意或因重大过失未履行如实告知义务，保险公司不承担赔偿或给付保险金的责任。

为维护保险消费者的合法权益，请您及时向我公司举报涉嫌保险欺诈的行为，举报电话:95567。

防范非法集资风险提示

1. 我司从未授权各分支机构、保险代理人、公司员工或其他人员销售基金、信托、理财产品等非保险金融产品；
2. 我司从未与任何第三方理财机构进行合作、销售任何非保险金融产品；
3. 我司从未通过自营网络平台或第三方网络平台销售任何非保险金融产品；
4. 请您提高风险防范意识，警惕非法集资风险。

声明与授权

（请申请人及受托人务必认真阅读，以便充分理解本“声明与授权”内容）

1. 本人声明所提交的全部证明文件材料均属实，本申请书填写内容真实，且已阅读并知晓《反保险欺诈提示》、《防范非法集资风险提示》。

2. 本人声明本申请书载明的联系地址和联系电话均真实有效，新华保险据此发送的各类理赔通知均可送达本人，由于信息错误导致通知失败的不利后果由本人承担。

3. 因本人或受托人过错导致银行转账不成功、未及时或未全额收取理赔款项的，新华保险公司不承担责任。

4. 本人未授权新华保险销售人员或服务人员代领保险金，若有相关授权，新华保险有权视为无效。

5. 本人同意并授权：基于提供保险服务的需要，新华保险在必要时可随时按照新华人寿保险股份有限公司个人信息保护政策（扫描下文二维码获取；下同）处理本人提供的或新华保险收集的本人以及相关个人信息主体的个人信息（“个人信息”）。本授权书之影印件、传真件、扫描件和原件具有同等效力，本人及被保险人对此均无异议。

6. 本人同意并授权：基于提供保险服务的需要，新华保险在必要时可随时向医疗机构、公安部门及理赔相关其他机构及个人索取、查询、调阅、摘抄、复印被保险人的相关材料，本授权书之影印件、传真件、扫描件和原件具有同等效力，本人及被保险人对此均无异议。为上述目的，新华保险可向上述合作机构提供被保险人的姓名、身份证号及合作机构要求的其他必要身份信息。为确保信息安全，新华保险及其合作机构应采取有效措施，并承担保密义务。

7. 特别地，为新华保险履行保险合同，提供保险服务所必需，本人明确授权：新华保险可将本人及被保险人的姓名、身份证号、证件类型提供给中国银行保险信息技术管理有限公司（以下简称“中国银保信”）。本人同意中国银保信可以对上述信息以及本人及被保险人的其他必要信息（包括投保、承保、理赔等保险信息、风险评定信息、健康医疗信息）进行收集、存储并经加工、分析后，将数据处理结果传递给新华保险用于实现上述目的（中国银保信联系方式：privacy@cbit.com.cn ）。上述新华保险对个人信息的处理以新华人寿保险股份有限公司个人信息保护政策规定内容为准。

声明：“本人已扫描二维码，认真阅读并理解新华人寿保险股份有限公司个人信息保护政策，同意新华保险按照该个人信息保护政策的规定处理本人提供的或新华保险收集的本人以及相关个人信息主体的个人信息。”特别地，本人同意新华人寿保险股份有限公司按照本政策的规定实施以下个人信息处理活动（以勾选者为准）：

☐ 处理个人信息保护政策和本申请书中以加粗方式标注的敏感个人信息（如手机号码、身份证号码、银行账户信息等）

☐ 将个人信息提供给个人信息保护政策中列明的第三方

本声明与授权自签署之日起即产生独立的法律效力。如本人及相关主体的信息发生变化，将及时联系新华保险办理信息更新。如因信息不真实、不准确、不完整或未及时更新而引起的问题，由本人自行承担相应后果。

申请人签名：_____ 日期：_____ 受托人签名：_____ 日期：_____

受理人签名：_____ 日期： 20 年 月 日

附件 2：医疗垫付服务协议

《医疗垫付服务协议》

尊敬的客户：

为确保您的正当权益，在申请医疗垫付服务前请您仔细阅读以下内容：

新华人寿保险股份有限公司（以下简称“新华保险”）委托上海镁信健康科技集团股份有限公司（以下简称“镁信健康”，与新华保险合称为“我们”）为您提供医疗垫付服务。为向您提供服务之需，我们需要处理与本项目相关的您的个人信息。

【特别提示】您知悉并理解，《隐私政策》是本《医疗垫付服务协议》不可分割的组成部分。为了保障您的合法权益，请您务必仔细阅读并透彻理解本《医疗垫付服务协议》和《隐私政策》的全部内容，特别是以粗体/粗体下划线标识提示您重点关注的条款，并在确认清楚知悉且完全同意授权后，于《医疗垫付服务协议》文本末端签署您的姓名。您签署本《医疗垫付服务协议》，即意味着您同意我们按照《医疗垫付服务协议》和《隐私政策》的规定向您提供服务并处理您的个人信息，且本《医疗垫付服务协议》将立即在您和我们之间成立并发生法律效力。

本项目主要收集被保险人的个人信息，考虑到可能存在被保险人本人无法自行申请之情况。在此情况下，如您为被保险人家属，作为有权代表，您需确保您已经向被保险人披露了个人信息处理规则并获得被保险人明示授权向我们提供被保险人的个人信息，用于本项目各场景之目的（详见《隐私政策》）。

如果您对我们如何收集和处理您的个人信息有任何问题或者疑虑，您可直接联系本项目运营专员或通过《隐私政策》中“投诉、意见反馈与争议解决”提供的其他联系方式联系我们。**在此提请您注意，我们仅授权项目运营专员收集您的个人信息，请您在提供个人信息之前注意核实收集您个人信息人员的身份。**

正文

甲方信息			
被保险人姓名		联系电话	
证件类型	□身份证 □护照 □其他_____	证件有效期至	
证件号码			
保单号		赔案号（可不填）	
开户行		账号	
乙方信息			
公司名称			
地址及电话			
开户行			
帐　号			

住院信息			
事故类型	□意外 □疾病 □其他__ _____	主要症状及诊断	
就诊医院	事故经过及后续治疗方案		

协议内容

1.甲方明确知悉并同意乙方为甲方提供的医疗垫付增值服务。

2.甲方因医疗费用筹措困难向乙方申请医疗垫付服务。甲方基于乙方为甲方提供了医疗垫付服务的事实，甲方确认授权并同意乙方开展如下事宜：

（1）确认乙方有权收集本次住院所涉及的理赔材料并向新华保险提出理赔申请；

（2）确认向乙方在提供垫付金额的范围内转让保险金权益权利，在新华保险作出理赔决定后，确认乙方享受在垫付金额范围内优先受领理赔款项，超出垫付金额之外的理赔款由甲方自行享有；

（3）确认乙方在理赔后对垫付款受领金额存在疑问情况下，授权乙方向新华保险了解本次理赔结论及金额。

3.甲方明确知悉医疗垫付服务并非保险合同理赔。即无论乙方是否同意医疗垫付申请，均不构成新华保险对于该垫付事项承担保险责任的承诺，也不代表新华保险认可该事故属于保险责任。

4.甲方同意授权乙方及新华保险：

（1）在必要时可随时向医疗机构、公安部门及理赔相关其他机构及个人索取、查询、调阅、摘抄、复印被保险人的相关资料，本授权书之影印件、传真件、扫描件和原件具有同等效力；

（2）向其具有必要合作关系的机构提供被保险人信息（包括但不限于理赔、医疗等）；

（3）对被保险人信息进行合理使用。

为确保信息安全，乙方、新华保险及其合作机构应采取有效措施，并承担保密义务。

5.甲方应保证在向乙方申请医疗垫付服务的有关文件上所填写的内容与信息皆为真实详尽，如有虚假不实或隐瞒情况，乙方有权依法追究法律责任。

6.甲方知悉并同意乙方在执行以上事项时，均可以与其合作方共同处理上述信息，包括但不限于收取并审核垫付申请材料、事故的调查和取证、调取所有医疗单证。

7.垫付审核是审查医疗项目合理性和必要性的重要方式，甲方明确知悉医疗垫付服务申请提交后，乙方需结合甲方具体情况以及保险合同进行垫付审核，最终出具是否同意垫付申请的结论。

8.如果接受了乙方的垫付服务，甲方明确知悉办理出院手续时如发生退费，所退款项在乙方实际垫付金额的范围内应退至乙方。

9.如果接受了乙方的垫付服务，甲方同意出院的同时向乙方提交全部索赔材料并委

托乙方代为向新华保险申请理赔（如有特殊情况，经乙方同意后最长不超过 15 日）；如甲方逾期未提供材料的，乙方有权要求甲方退还垫付款，由甲方依据已获得乙方转让的保险金请求权自行向新华保险申请理赔。如甲方在新华保险持有多个有效的医疗保险保单，则授权乙方优先申请已提供垫付服务的保险产品所对应的保险责任赔付。若理赔完成后需要返还相关单证，甲方可向新华保险提出申请。
【注】索赔材料包括：新华保险索赔申请书、被保险人身份证件原件（乙方审验后退还并留存复印件）、被保险人银行卡复印件、出院小结原件、医疗费用票据原件及其对应的费用清单明细原件、病理检验、血液检验及其它科学方法检验报告原件、意外事故证明（仅限由公安机关等政府机关出具）以及反洗钱识别材料（医疗费用总金额超过 1 万元时提供）等。具体材料根据案件具体情况进行确定。

10.关于本次事故后续理赔事宜，甲方明确知悉并同意：
（1）如理赔款金额大于或等于医疗垫付金额，乙方将获得新华保险与实际垫付金额等值的理赔款支付，如有剩余金额继续支付给甲方；
（2）如理赔款金额小于医疗垫付金额，乙方将获得新华保险全部理赔款支付，且甲方应向乙方归还差额部分；
（3）如新华保险不予理赔，甲方应向乙方全额归还医疗垫付金额；
（4）承诺不向新华保险提出重复理赔。
在上述（2）（3）的情况下，甲方应在接到乙方归还通知后的十个工作日内完成款项支付，如逾期未还，乙方有权扣除甲方之后发生的保险事故在获得甲方同意后从甲方后期保险事故理赔金额中扣除等值保险金，甲方与新华保险之间就理赔决定的争议解决（包括诉讼）不影响甲方差额款项的归还行为。如果甲方在收到归还通知后的第三十个工作日仍未完成款项支付，甲乙双方应进行协商解决，协商不成可向乙方注册地人民法院提起诉讼，乙方保留诉诸法律的权利。

11.甲方同意对于收款帐号的正确有效性负责，并自行承担因甲方提供的帐号问题而导致划帐不成功，或赔款垫付款转入他人帐户的后果，乙方不承担任何责任。

12.如甲方完全丧失行为能力，或出现身故事宜，则甲方指定的委托代理人和甲方保险合同的投保人、受益人须对前述提供理赔材料及退还差额部分承担连带责任。

13.甲方应如实向乙方告知本次疾病相关的信息（包括医疗就诊信息以及事故发生情况），若未如实告知或隐瞒信息的，乙方有权要求甲方承担由此产生的不利后果（包括新华保险因此拒赔导致乙方的损失）。

14.本协议自双方签字盖章之日起生效。

15.《隐私政策》是本服务协议的组成部分，请认真阅读后签署。

《隐私政策》

为提供本手册所述的医疗垫付增值服务（“服务”或“本项服务”），服务过程中需要您授权新华保险收集、使用、存储或必要时向医疗机构、公安部门、相关其他机构及个人查询、调阅、摘抄、复印您的相关材料和个人信息。请仔细阅读并理解本《隐私政策》，以了解新华保险在本项服务中处理个人信息的规则。

（一）新华保险委托上海镁信健康科技集团股份有限公司（以下简称“镁信健康”，与新华保险合称为“我们”）为您提供本项服务并处理个人信息。镁信健康将仅在本隐私政策所述处理目的、方式和范围内处理个人信息。新华保险会要求镁信健康采取必要措施保护个人信息，并对其个人信息处理活动进行监督。

（二）请注意，新华保险个人信息保护政策的内容将自动成为本《隐私政策》的组成部分。在申请服务过程中，如其他对您个人信息的处理事宜，本《隐私政策》未予以说明的，以新华保险个人信息保护政策为准；如就您的同一个人信息处理事项，本《隐私政策》和新华保险个人信息保护政策存在不一致的，以本《隐私政策》为准。您可以在新华保险官方网站（https://www.newchinalife.com/）的显著位置找到并阅读新华保险个人信息保护政策。**请您在申请服务时详细阅读并理解本《隐私政策》和新华保险个人信息保护政策的内容，特别是以字体加粗及标注下划线的方式显著提示的条款，以便做出适当的选择，确保最大程度保护您的利益。**

（三）我们如何收集和使用个人信息

如您选择申请本项服务，您需要向我们提供与本项目相关的如下个人信息，如果**您不同意提供以下信息，我们将无法向您提供服务。**

在您阅读完成服务申请的指引后，如您选择申请医疗垫付服务时，您将跳转至受我司委托的合作方镁信健康平台。为指导您完成服务申请，您需要提供如下相应的材料进行垫付审核：您已确诊疾病的**疾病诊断书扫描件、首次就诊病历扫描件、入院记录、门急诊病历、必要病理检验、血液检验及其他科学方法检验报告扫描件、缴费凭证、住院费用清单或住院费用账单截图、住院催款单、预估费用证明、被保险人有效身份证件扫描件以及与确认保险事故的性质、原因、伤害程度等有关的其他证明和资料。**

如被保险人为无民事行为能力人或限制民事行为能力人，需由监护人代为申请本项服务，需要补充提供其**监护人的有效身份证件及监护关系证明扫描件**。

若您的垫付服务通过审核后，您需要配合填写《医疗垫付服务协议》。垫付服务完成后，您需要配合提供**被保险人身份证件复印件（被保险人为无民事行为能力人或限制民事行为能力人时需要补充提供其监护人身份证件及监护关系证明复印件）、《索赔申请书》、《垫付费用明细确认单》以便于我们进行办理后续理赔，上述材料中您所提供的个人信息包括被保险人姓名、性别、联系电话、证件类型、证件有效期、证件号码、保单号、开户银行名称以及银行账号。**

（四）我们如何对外提供、转移、公开个人信息

我们不会向新华保险、镁信健康以外的其他任何公司、组织和个人提供、转移或公开披露您的个人信息，但法律法规或新华保险个人信息保护政策另有规定的情况除外。

（五）我们如何存储和保护您的个人信息

我们会按照新华保险个人信息保护政策的规定存储和保护您的个人信息，包括仅在为提供本项服务的必要的最短期限内存储您的个人信息。

（六）您有权决定是否同意我们按照本《隐私政策》（含新华保险个人信息保护

政策）的规定收集、使用和/或以其他方式处理您的个人信息。**对于提供服务所必需的个人信息，若您不同意提供，新华保险将无法向您提供相应服务。新华保险不承担因上述信息缺失导致的任何损失。**

（七）投诉、意见反馈与争议解决

您可通过下文提供的联系方式联系新华保险，行使个人信息相关知情权、决定权等权利。

新华保险及镁信健康关心您的服务质量及服务体验，如您在服务过程中有任何意见或建议，请随时联系我们。

1.新华保险联系方式：

投诉及意见反馈电话：95567【服务时间为：7*24 小时）】；

2. 镁信健康联系方式：

投诉及意见反馈电话：【400-005-7995】【服务时间为：7* 9:00-21:00】。

地址：【上海市枫林路 380 号 A 座 12 楼】

联系邮箱：【service@meditrusthealth.com】

个人信息保护团队邮箱：【privacy@ meditrusthealth.com】

或直接联系与您对接的项目运营专员。

此外，若您与我们就“新乐硼中子医疗保险（互联网）”服务计划所提供的医疗垫付服务发生任何纠纷或争议，首先应友好协商解决；协商不成的，您同意将纠纷或争议提交新华保险住所地有管辖权的人民法院诉讼解决。

授权人声明：

本授权书自我本人签署时生效且具有独立法律效力。

本人承诺，本人已仔细阅读并理解《医疗垫付服务协议》和《隐私政策》所有内容（特别是以粗体/粗体下划线标识的条款内容）的意义以及由此产生的法律效力，自愿作出以下授权，且本授权书是本人真实的意思表示：

本人同意新华保险和镁信健康按照《医疗垫付服务协议》和《隐私政策》的规定依法处理本人以及相关主体的个人信息。特别地，本人同意新华保险和镁信健康按照《医疗垫付服务协议》和《隐私政策》的规定实施以下个人信息处理活动（以勾选者为准）：

□ 处理本政策中以加粗或着重号方式标注的敏感个人信息。

被保险人授权签名：　　日期：

——新华人寿保险股份有限公司客户使用版——

附件 3：垫付明细确认单

垫付费用明细确认单

姓名：		性别：	身份证号：	
就诊医院：		就诊科室：	主要诊断：	
入院日期：		出院日期：	联系电话：	
序号	日期	垫付金额（元）	回款金额（元）	备注
1				
2				
3				
4				
5				
6				
7				
8				
9				
10				
11				
12				
合计（小写）				
申请理赔对公支付金额				
金额大写： 拾 万 仟 佰 拾 元 角 分				
被保险人本人签字				

注：若被保险人因身体等特殊原因无法签字，可由其监护人或直系亲属签字代办，效力等同被保险人，由此产生的法律责任由被保险人及其代办人承担。

——新华人寿保险股份有限公司客户使用版——

服务注意事项

1.本服务手册内包含的健康管理服务内容适用于：新乐硼中子医疗保险（互联网），请您仔细阅读相关服务标准以及您配套的保单内容，如您相关保险合同终止或失效，全部服务权益也将自动失效，镁信健康将停止为您提供服务。

2.本服务手册中，“您”均特指相关保单“被保险人”。

3.本服务手册旨在指导您更好地使用保单配套的健康管理服务，如发现本服务手册与保险条款不一致，以保险产品的保险条款为准。

4.本服务手册中服务为您提供的一切医疗信息（如：医院、医生信息、药房信息等）仅供参考，您拥有最终选择权。**镁信健康不承担由您使用、或参考服务相关就医信息而产生的一切责任、损失。**

5.本服务手册中提供的一切服务均限被保险本人使用，不得转让。如“被保险人”为未成年人，则需由监护人代为启用服务。

6.本服务手册中提供的健康服务非疾病诊疗服务，相关诊疗建议仅供参考，若您有寻求医学诊断、用药和治疗方案需求时，应到具有合法资质的医疗机构进行就医。

7.您在医院就诊时，提供医疗服务的是当地合法医疗机构或持证上岗的医护人员，**如在服务中发生任何医疗问题及纠纷的，均为您与相关医疗机构或医护人员之间的纠纷，镁信健康不承担任何连带责任。**

8.当您遇到急危重症时，为了确保您的生命安全，请您选择当地急救服务（如中国大陆地区急救热线电话：120）。

9.如无特殊约定，本服务手册提供的健康管理服务均不承担您使用服务时发生的医疗费用、生活费用。如相关费用符合配套保单约定的保障范围与标准，您可通过垫付/直结或者事后理赔，报销相关费用。

10.避免对公共医疗资源造成浪费，您使用服务时，需符合以下原则：

（1）治疗意外伤害或者保单所保障疾病所必需的；

（2）不超过安全、足量治疗原则的；

（3）由医生开具的处方药；

（4）非试验性的、非研究性的；

（5）与治疗所在地普遍接受的医疗专业实践标准一致的。

镁信健康将基于客观、审慎、合理的原则评估您的服务使用是否属于医学必需；如不符合医学必需原则，镁信健康有权拒绝为您提供服务，并且不承担由此造成的一切损失。如果您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.本服务手册中服务提供与否与保单理赔审核结论无关，服务提供并不意味着符合关联保单理赔标准，最终理赔以保险公司最终理赔审核调查结论为准。

12.如遇因不可抗力因素（如战争、动乱、灾荒、爆炸、罢工、自然灾害、政府行为、重大疫情等）而导致服务不能继续提供的，镁信健康将暂停或终止本服务手册中相关服务的提供。因不可抗力原因影响服务使用的，镁信健康不承担任何责任。

13.为满足服务权益配置，以及您使用各服务项目的需要，在使用服务过程中，镁信健康需要您真实、准确地提供必要个人信息，并可能向第三方收集您的个人信息。相关信息的获取方式、信息类型、使用与处理以及隐私保护原则将通过服务配套的《隐私政策》告知您，您可在服务平台查询，并予以授权。如您不同意相关内容，您可拒绝使用服务。

14.随着镁信健康服务体系的不断发展，以及受国家政策等外界因素的潜在影响，在未来，本手册中涉及的服务内容与标准可能会发生调整，届时镁信健康将及时调整本手册，并通过服务平台等途径，及时向您披露更新后的手册内容，并通过手机短信等方式，将调整内容及时告知于您，相关服务将按照最新调整后的标准提供。