

短期健康保险产品投保须知书

尊敬的客户：

您好！为帮助您更好地认识和投保本保险产品，充分保障您的合法权益，请您在填写投保单之前认真阅读该产品条款，重点关注基本保险金额、等待期、保险责任、保险期间、不保证续保、如实告知与保险合同的解除、投保年龄与保费高低的关联性、除外责任及其他免责条款等以下条款内容：

产品名称：中信保诚「至佳搭档」住院费用补偿医疗保险 A 款

一、基本保险金额

本主险合同（指您购买的《中信保诚「至佳搭档」住院费用补偿医疗保险 A 款》产品合同）的基本保险金额以保险单位为基础，每保险单位对应的基本保险金额及各项保险金的年度给付限额见附表《保险金年度给付限额》，保险单位数由您与我们约定并在保险合同上载明。

二、等待期

自本主险合同生效日起 30 天为等待期。在等待期内，被保险人发生疾病，由此导致住院治疗、门急诊治疗的，无论上述疾病治疗时间与合同生效之日是否间隔超过 30 天，我们均不承担保险责任。

若您在本主险合同保险期间届满前重新申请投保，经我们审核同意，并于本主险合同保险期间届满前收取保险费，新的保险合同自本主险合同期满日 24 时起生效，不重新计算等待期。

若您在本主险合同保险期间届满后重新申请投保，等待期将重新计算。

三、保险责任

在本主险合同有效期内，我们将承担以下保险责任：

我们在给付以下（1）、（2）项所列保险金时，如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、工作单位、本公司在内的任何商业保险机构等）取得补偿，我们的最高给付金额不超过被保险人实际支出的医疗必要的医疗费用扣除其所获补偿后的余额。

在本主险合同有效期内，被保险人因遭受意外伤害事故或在等待期届满后首次发生的疾病在我们认可的医院接受住院治疗，我们将按被保险人在医院接受治疗所发生的实际支出的医疗必要的医疗费用给付以下保险金：

（1） 如果被保险人在我们认可的医院接受住院治疗，并且已经获得基本医疗保险、公费医疗或者城乡居民大病保险补偿，我们向被保险人给付以下两项保险金：

a. 住院医疗费用保险金

基本医疗费用：我们按住院期间被保险人实际支出的医疗必要的基本医疗费用的 100% 给付保险金，每个保单年度住院此项保险金的累计给付金额以 6000 元/保险单位 × 保险单位数为限。

基本医疗外药品费：我们按住院期间被保险人实际支出的医疗必要的基本医疗外药品费的 80% 给付保险金，每个保单年度住院此项保险金的累计给付金额以 1500 元/保险单位 × 保险单位数为限。

b. 住院前、后门诊医疗费用保险金

如果被保险人在住院前 14 天（含）及出院后 30 天（含）内，因为与住院相同的原因进行门诊治疗，我们按被保险人实际支出的医疗必要的门诊医疗费用的 80%，向被保险人给付住院前、后门诊医疗费用保险金。每个保单年度住院前、后门诊医疗费用保险金的累计给付金额以 500 元/保险单位 × 保险单位数为限。

(2) 如果被保险人在医院住院且接受治疗，并且没有获得基本医疗保险、公费医疗或者城乡居民大病保险补偿，我们向被保险人给付以下两项保险金：

a. 住院医疗费用保险金

针对被保险人住院期间实际支出的医疗必要的住院费、基本医疗药品费、基本医疗外药品费和其他医疗费用，我们按该四项费用的 60% 给付保险金。该四项费用的每保险单位年度给付限额见附表《保险金年度给付限额》。

b. 住院前、后门诊医疗费用保险金

如果被保险人在住院前 14 天（含）及出院后 30 天（含）内，因为与住院相同的原因进行门诊治疗，我们按被保险人实际支出的医疗必要的门诊医疗费用的 60%，向被保险人给付住院前、后门诊医疗费用保险金。每个保单年度住院前、后门诊医疗费用保险金的累计给付金额以 500 元/保险单位 × 保险单位数为限。

附表：保险金年度给付限额

给付项目		每保险单位年度给付限额	
		被保险人本次住院已从基本医疗保险、公费医疗或者城乡居民大病保险等获得费用补偿	被保险人本次住院未从基本医疗保险、公费医疗或者城乡居民大病保险等获得费用补偿
住院 医疗 费用	住院费	6000 元	400 元
	其他医疗费用		3600 元
	药品费		2000 元
	基本医疗药品费	1500 元	
基本医疗外药品费			
住院前、后门诊医疗费用		500 元	

备注：每保险单位对应的基本保险金额为住院医疗费用年度给付限额与住院前、后门诊医疗费用年度给付限额之和。

如被保险人拥有其他有效的《中信保诚「至佳搭档」住院费用补偿医疗保险 A 款》，我们将合并所有的《中信保诚「至佳搭档」住院费用补偿医疗保险 A 款》的保险单位数，按本条约定的赔付比例计算保险金。

在每一保单年度内，我们累计给付的保险金以本主险合同约定的基本保险金额为限。当被保险人住院治疗跨二个保单年度时，我们以被保险人该次住院入院日所在保单年度本主险合同约定的基本保险金额为限给付保险金。

四、保险期间

本主险合同保险期间为一年，自生效日 24 时起至次年的对应日 24 时止，如果当月无对应的同一日，则至该月最后一日 24 时止。

五、不保证续保

本主险合同不保证续保。

本主险合同保险期间为一年。保险期间届满，您需要重新向我们申请投保本产品，并经我们同意，交纳保险费，获得新的保险合同。

六、如实告知与保险合同的解除

我们就您和被保险人的有关情况提出询问，您应当如实告知。如果您故意或者因重大过失未履行如实告知义务，足以影响我们决定是否承保或者提高保险费率的，我们有权依照法律的规定解除本主险合同。

您故意不履行如实告知义务的，对于本主险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，且不退还未缴保险费。

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，对于本主险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，但会无息退还已缴保险费。

七、投保年龄与保费高低的关联性

1、投保年龄

投保年龄指您投保时被保险人的年龄，以周岁计算。

2、您缴纳保险费的义务

本主险合同的保险费、缴费方式和缴费期限由您和我们约定并在保险合同上载明。

保险费以被保险人投保时的年龄为基础核定计算。

3、年龄误告

您在申请投保时，应将与法定身份证明相符的被保险人的出生日期在投保书上填明，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主险合同约定投保年龄限制的，我们有权依照法律的规定解除合同，并退还您已缴当期保险费的未到期保险费。对于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) 您申报的被保险人年龄不真实，致使您实缴保险费少于应缴保险费的，我们有权更正并要求您补缴保险费。若已经发生保险事故，在给付保险金时按实缴保险费和应缴保险费的比例给付。
- (3) 您申报的被保险人年龄不真实，致使您实缴保险费多于应缴保险费的，我们会将多收的保险费无息退还给您。本主险合同的基本保险金额不因此改变。

八、除外责任

因以下情形之一造成被保险人接受住院治疗或住院前、后门诊治疗的，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) 故意自伤、故意犯罪或者抗拒依法采取的刑事强制措施；
- (3) 服用、吸食或注射违禁药品，成瘾性吸入有毒气体，醉酒或斗殴；
- (4) 药物过敏、食物中毒、医疗事故导致的伤害或未遵医嘱私自服用、涂用、注射药物；
- (5) 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) 参加潜水、滑水、跳伞、攀岩、蹦极跳、赛马、赛车、摔跤、探险活动及特技表演等高风险活动；
- (7) 因精神和行为障碍而导致的，精神和行为障碍依照世界卫生组织《疾病和有关健康问题的国际统计分类》第十次修订版[ICD-10]确定；
- (8) 遗传性疾病，先天性畸形、变形或染色体异常；
- (9) 怀孕、分娩、流产、不孕不育治疗、人工受孕、节育（绝育）、产前产后检查、非以治疗为目的之避孕及计划生育手术以及由以上原因引起的并发症；
- (10) 牙齿的治疗、修复，视力矫正；
- (11) 矫形整容手术；
- (12) 健康检查、疗养、静养或康复治疗；
- (13) 感染艾滋病病毒或患艾滋病期间因疾病而导致的；
- (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。

九、其他免责条款

除“除外责任”部分外，本主险合同中还有一些我们不承担或部分承担保险责任的内容，详见背景突出显示部分。

1、保险事故的通知

您、被保险人、受益人或其他权利人知道保险事故发生后应当及时（最迟不得超过10日）通知我们。

如果因为故意或者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，对无法确定的部分，我们不承担赔偿或者给付保险金的责任。

2、对无赔付记录客户增加年度给付限额

若当前保单年度内本主险合同没有赔付记录，并经我们同意，向您出具不计算等待期的新保险合同，新的保险合同中保单年度每保险单位的基本医疗外药品费年度给付限额将在上一个保单年度的基础上增加150元，最多可以增加至1950元。

本主险合同发生赔付后，若经我们同意，向您出具新的保险合同，新的保险合同中每保险单位的基本医疗外药品费年度给付限额恢复至1500元。

3、我们认可的医院

指经中华人民共和国卫生行政部门正式评定的二级或二级以上之公立医院的普通部（不含特需、国际医疗部、外宾病房、干部病房、VIP病房），但不包括精神病院、专科疾病防治所及专供康复、休养、戒毒、戒酒、护理、养老、美容等非以直接诊治病人之目的之医疗机构，也不包括各类诊所、门诊部及台湾、香港、澳门的医疗机构。该医院必须具有符合国家有关医院管理规则设置标准的医疗设备，且全天二十四小时有合格医师及护士驻院提供医疗及护理服务。

您可以通过我们的网站及客户服务热线获知最新的医院名单。若国家有关部门对于医院的评级标准有更改或取消，我们保留调整医院定义的权利。

4、住院

指被保险人因遭受意外伤害事故或患有疾病以及因此而产生的并发症，经医师诊断必须住院治疗，但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，且必须同时符合以下三个条件：

- (1) 办理了入院及出院手续；
- (2) 全天24小时在医院内接受治疗；
- (3) 入住医院住院部的正式病床。

5、基本医疗费用

指被保险人在住院治疗期间实际支出的医疗必要的以下费用，包括住院费（床位费）、护理费、诊疗费、挂号费、治疗费、检查费、化验费、手术费、麻醉费、药品费、注射费、处置费、输血费、输氧费、会诊费、救护车费。收据收费项目及金额应与医师处方一致。其中，

- 住院费：包括住院费（床位费）、护理费。
- 药品费：包括西药、中药、中成药的费用。
- 其他医疗费用：包括诊疗费、治疗费、检查费、化验费、手术费、麻醉费、注射费、处置费、输血费、输氧费、会诊费、救护车费。

另特别规定以下费用不在给付范围：空调费、取暖费、膳食费、护工费、陪人费、陪床费、水电费、通讯费、特需服务费、营养性药品费、杂费、其他费、本保险合同签发地颁发的基本医疗保险《基本医疗药品目录》和《基本医疗保险诊疗项目》规定的自费药品和项目。

6、基本医疗外药品费

指被保险人在住院治疗期间实际支出的、合理且必要的、本保险合同签发地颁发的基本医疗保险《基本医疗保险药品目录》以外的自费药品，但不包括下列种类的药品所支出的费用：营养类、美容及减肥类、预防类、中药类、免疫功能调节类。