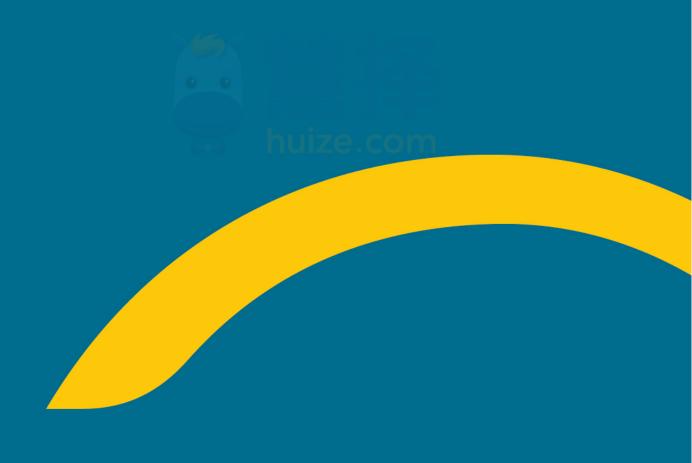


复星联合健康保险股份有限公司 Fosun United Health Insurance Co., Ltd.





保险合同目录

本保险合同由保险单、保险条款以及与合同有关的投保文件、合法有效的声明、批注和其他书面协议共同构成。

一、	保险单	. 3
_,	保险条款	. 4
	1、复星联合星护孕育综合疾病保险条款	. 4
三、	保险投保书	19
四、	健康告知	20
五、	客户服务指南	21
\ \.	此费 任证	23





复星联合健康保险股份有限公司

FOSUN UNITED HEALTH INSURANCE CO., Ltd.

保险单

保单号: W86180000157296

保险生效时间: 2018年02月12日

保险期间: 2018年02月12日起至2019年02月11日止



投保人与被保险人信息

 投保人
 张三测试
 证件号码: HZ666666
 性别: 女
 出生日期: 1988年06月18日

 被保人
 张三测试
 证件号码: HZ666666
 性别: 女
 出生日期: 1988年06月18日

币种: CNY

 险种及责任
 保险金额/份数
 免赔额
 赔付比例
 保险费

 复星联合星护孕育综合疾病保险
 20000.00
 66.79

保险费合计: 66.79元

本次妊娠前次分娩是否为剖腹产:否

投保时孕周: 6 胚胎数: 1

身故保险金受益人信息

被保险人 受益人 受益人证件号 是被保险人的 受益顺序 受益比例

张三测试 法定继承人

特别约定:

- 1. 若投保人已投保唐氏综合症保障责任,则唐氏综合症保障责任包含终止妊娠医疗责任,保额2500元;
- 2. 本产品适用条款为《复星联合星护孕育综合疾病保险条款》;
- 3. 投保告知本次妊娠为单胎的,本公司对被保险人承担单胞胎有关保险责任。若后续产检过程中确认为多胎妊娠的,双胞胎可在孕周满18周之前申请加费承保或退保,三胞胎可申请退保。若被保险人在投保时确认为多胎妊娠但未告知保险公司,保险公司知晓此情况后有权解除合同并不承担赔偿或者给付保险金的责任;





总裁

保单机构: 电子商务部

服务地址:广州市天河区林和中路8号海航大厦24楼01-05单元

业务经办人: 电子商务部 公司官网: www.fosun-uhi.com 客服热线: 4006-11-7777 编印日期: 2018年02月11日

为确保您的保单权益,请及时拨打本公司服务电话、登录网站或到柜台进行查询,核实保单信息。



请扫描以查询验证条款

复星联合星护孕育综合疾病保险条款

阅读指引

本阅读指引有助于您理解复星联合健康保险股份有限公司(以下简称"本公司")《复星联合星护孕育综合疾病保险条款》(以下简称"本保险条款")

分拥有的重要权益

	\Rightarrow	被保险人享受的保险保障 · · · · · · · 2.3
		投保人有解除合同的权利 ······5.1
\bigcirc	应当	特别注意的事项
		在某些情况下,本公司不承担保险责任2.4
		及时向本公司通知保险事故的责任 3.2
		投保人应当按时交纳保险费4.1
		退保会给投保人造成一定的损失,请慎重决策
		投保人有如实告知的义务6.1
		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,请仔细阅读正文中背景突出显示的内

✔ 条款是保险合同的重要内容,为充分保障您的权益,请仔细阅读本条款

全条款目录

1. 合同订立

- 1.1 合同构成
- 1.2 合同成立与生效
- 1.3 投保范围

2. 提供的保障

- 2.1 保险金额
- 2.2 保险期间
- 2.3 保险责任
- 2.4 责任免除

3. 保险金申领

- 3.1 受益人
- 3.2 保险事故通知
- 3.3 保险金申请
- 3.4 代理申请及其他
- 3.5 配合调查
- 3.6 保险金的给付
- 3.7 诉讼时效

4. 保险费交纳

- 4.1 保险费的交纳
- 4.2 续保保费

5. 合同解除

5.1 解除合同的手续及风险

6. 其他事项

- 6.1 明确说明与如实告知
- 6.2 本公司合同解除权的限制
- 6.3 年龄或性别错误
- 6.4 未还款项
- 6.5 合同内容变更
- 6.6 联系方式变更
- 6.7 争议处理

复星联合星护孕育综合疾病保险条款

(本公司在每页底部对一些专业名词做了释义,这些释义为本条款的重要组成部分。同一专业名词在 条款中出现多次的,本公司仅在该专业名词第一次出现的地方做了释义,该释义适用于全文。)

1 合同订立

效

1.1 合同构成 本保险条款、投保单或其他投保文件、保险单或其他保险凭证、附贴批

单和其他约定书,均为投保人与本公司订立的《复星联合星护孕育综合疾病保险合同》(以下简称"本合同")的构成部分。凡涉及本合同的约

定,均应当采用书面形式。

1.2 合同成立与生 投保人提出投保申请、本公司同意承保,本合同成立。

合同生效日期在本合同中载明。保单年度、保险费**约定交纳日**¹均以该日期计算。

1.3 投保范围 除另有约定外,凡身体健康、孕周在 28 周以下(含 28 周)且年龄 45

周岁²以下(含 45 周岁)的女性,可作为本合同的被保险人。

在保险期间内,被保险人分娩的新生儿可自动成为本合同的第二被保险人,具体由投保人与本公司约定,并于本合同中载明。

2 提供的保障

2.1 保险金额 被保险人各项保险责任对应的分项限额,均由投保人与本公司约定,并

于本合同中载明。

2.2 保险期间 除另有约定外,本合同的保险期间最长为一年;自本合同生效之日零时

起至约定的终止日的二十四时止,具体由投保人与本公司约定并在本合

同中载明。

2.3 保险责任 本保险分设唐氏综合症保险责任、妊娠疾病保险责任、妊娠身故保险责

任、意外流产医疗保险责任、新生儿重症住院及手术医疗保险责任、新生儿严重先天性疾病保险责任、新生儿溶血性黄疸医疗保险责任、新生 儿窒息性黄疸医疗保险责任、新生儿胆红素脑病保险责任,供投保人选

择投保。

在本合同保险期间内,依投保人的保险责任选择,本公司按下列约定对

被保险人承担保险责任:

¹**约定交纳日**:指本合同生效日在每月、每季或每半年(根据交费方式确定)的对应日。当月无对应的同一日,则以该月最后一日为对应日。

²周岁: 指按有效身份证件中记载的出生日期计算的实足年龄,自出生之日起为零周岁,每经过一年增加一岁,不足一年的不计。

2.3.1 唐氏综合症

被保险人在二十孕周内投保,并在投保时尚未进行唐氏筛查,或在投保 时已经在**本公司指定或认可的医疗机构**³进行了唐氏筛查并且检查结论 为 **21 三体低风险**⁴的情况下,可以投保本责任。

- 1. 如被保险人在投保时未进行唐氏筛查,且投保后被保险人生产的新生儿经本公司指定或认可的医疗机构确诊患有唐氏综合症的,本公司按本保险责任对应的唐氏综合症分项限额给付保险金,本项保险责任终止。
- 2. 如被保险人在投保时未进行唐氏筛查,且在保险期间内的唐氏筛查 中确定检查结论为 21 三体高风险,且决定在保险期间内在本公司指 定或认可的医疗机构终止妊娠,本公司针对被保险人终止妊娠过程 中发生的医学必需的医疗费用,按本保险责任对应的终止妊娠分项 限额给付终止妊娠医疗保险金。 本公司依据本合同针对被保险人给 付的终止妊娠医疗保险金累计以其终止妊娠医疗分项限额为上限, 当达到该限额时,本合同终止。
- 3. 如被保险人在投保时已经在本公司指定或认可的医疗机构进行了唐氏筛查且确定检查结论为21三体低风险,且保险期间内被保险人生产的新生儿经本公司指定或认可的医疗机构确诊患有唐氏综合症的,本公司按本保险责任对应的唐氏综合症分项限额给付保险金,本项保险责任终止。
- 4. 如被保险人在投保时已经在本公司指定或认可的医疗机构进行了完成了唐氏筛查且确定检查结论为 21 三体低风险,但保险期间内被保险人进行复诊过程中确定检查结论为 21 三体高风险,且决定在保险期间内在本公司指定或认可的医疗机构终止妊娠,本公司针对被保险人终止妊娠过程中发生的医学必需的医疗费用,按本保险责任对应的终止妊娠分项限额给付终止妊娠医疗保险金。本公司依据本合同针对被保险人给付的终止妊娠医疗保险金累计以其终止妊娠医疗分项限额为上限,当达到该限额时,本合同终止。

对于被保险人于保险期间内在本公司指定或认可的医疗机构终止妊娠,如保险期间届满时该被保险人治疗仍未结束,本公司继续承担终止妊娠 医疗保险责任,但本公司所负保险责任的期限自保险期间届满次日起,门诊治疗以十五日为上限;住院治疗以三十日为上限。

2.3. 妊娠疾病

保险期间内,被保险人在本合同生效日起三十日后,在本公司指定或认可的医疗机构确诊初次患有本合同列明的一项或多项**妊娠疾病⁶,本**公司

³本公司指定或认可的医疗机构:包括本公司指定医疗机构,以及符合下列所有条件的机构:(1)位于境内,拥有合法经营执照,当地基本医疗保险管理机构最新公布的二级以上(含二级)的定点医院,或其它合同双方约定的医院;(2)设立的主要目的为向受伤者和患病者提供留院治疗和护理服务;(3)有合格的医生和护士提供全日二十四小时的医疗和护理服务;(4)非主要作为康复医院、诊所、护理、疗养、戒酒、戒毒或类似的医疗机构。

²¹ 三体低风险:对于筛查结果,高风险的截断值为 1/270,风险高于 1/270 为 21 三体高风险,否则为 21 三体低风险。 **5 妊娠疾病:** 指符合本合同列表一所列的任何一种疾病定义所述条件的疾病。 妊娠疾病不包括意外流产、自愿终止妊娠、非选择性剖腹产、假性临产、偶发性起斑、人工不当操作、先兆流产、偶发点滴性出血、妊娠期内医师处方要求的休养、孕妇恶心、妊娠剧吐以及及与妊娠困难的处理有关但医学上并非妊娠独有的类似症状。

按本合同约定的妊娠疾病保险责任分项限额给付妊娠疾病保险金,本项 保险责任终止。

> 被保险人在本合同生效日起三十日内(含三十日),在本公司指定或认可 的医疗机构确诊初次患有本合同列明的一项或多项妊娠疾病,本公司将 按投保人已交纳本项保险责任保险费数额(不计息)给付妊娠疾病保险 金,本项保险责任终止。

2.3.3 妊娠身故

2

保险期间内,被保险人于分娩过程中或分娩后五日内(含五日),因 2.3.2 所述妊娠疾病原因导致身故的,本公司按该被保险人妊娠身故保险责任 分项限额给付妊娠身故保险金,同时本合同终止。

2.3.4 意外流产医疗

保险期间内,被保险人在本公司指定或认可的医疗机构自然流产或治疗 性流产, 本公司针对被保险人流产过程中发生的医学必需的医疗费用给 付意外流产医疗保险金。本公司依据本合同针对被保险人给付的意外流 产医疗保险金累计以其意外流产医疗保险责任分项限额为上限,当达到 该限额时,本合同终止。

自然流产指胎儿尚无独立生存的能力,也未使用人工方法,而因意外伤 害事故或其他原因导致胚胎或胎儿自动脱离母体而排出;治疗性流产指 为了抢救孕妇生命或健康所做的流产。

2.3.5 新生儿重症住 院及手术医疗

保险期间内,被保险人分娩的新生儿出生后三十日内(含三十日)在本 公司指定或认可的医疗机构接受手术治疗或住院治疗,并在治疗期间曾 入住重症监护室或下达病重/病危通知书的,对在该三十日期间内发生的 医学必需的相应费用,本公司在扣除5000元免赔额后,向被保险人给付 新生儿重症住院及手术医疗保险金。

若保险期间届满时治疗仍未结束,本公司继续承担新生儿重症住院及手 术医疗保险责任,但至该新生儿出生之日起第三十日止。

本公司根据本合同针对每一新生儿给付的新生儿重症住院及手术医疗保 险金累计以新生儿住院及手术医疗保险责任分项限额为上限,当达到该 限额时,本项保险责任终止。

天性疾病

2.3.6 新生儿严重先 保险期间内,如被保险人分娩的新生儿存活满三十日的,在一周岁前经 本公司指定或认可的医疗机构确诊,存有本保险合同列明的一项或多项 **严重先天性疾病**6的,本公司按新生儿严重先天性疾病保险责任分项限额 给付新生儿严重先天性疾病保险金,本项保险责任终止。

2.3.7 新生儿溶血性 在保险期间内,被保险人分娩的新生儿经本公司指定或认可的医疗机构 首次确诊因**新生儿溶血**⁷导致的**病理性黄疸⁸**,本公司针对治疗病理性黄疸

⁶**严重先天性疾病:**指符合本合同附表二所列的任何一种疾病定义所述条件的疾病。

⁷新生儿溶血:指由于以下约定因素引起的新生儿溶血症状:①红细胞增多症:即静脉血红细胞>6*10^12/L,血红蛋白>220g/L, 红细胞压积>65%; ②血管外溶血: 如较大的头颅血肿、皮下血肿、颅内出血、肺出血和其他部位出血; ③同族免疫性溶血: 见于血型不合如 ABO 溶血病和 RH 溶血病;④因以下原因导致的红细胞膜异常,致使红细胞破坏增加:葡萄糖-6-磷酸脱氢

黄疸医疗

过程中发生的医学必需的医疗费用给付新生儿溶血性黄疸医疗保险金。 本公司依据本合同给付的新生儿溶血性黄疸医疗保险金以新生儿溶血性 黄疸医疗保险责任分项限额为上限,当达到该限额时,本项保险责任终 止。

黄疸医疗

2.3.8 新生儿窒息性 保险期间内,被保险人分娩的新生儿经本公司指定或认可的医疗机构首 次确诊因新生儿窒息⁹导致的病理性黄疸,本公司针对治疗病理性黄疸过 程中发生的医学必需的医疗费用给付新生儿窒息性黄疸医疗保险金。本 公司依据本合同给付的新生儿窒息性黄疸医疗保险金以新生儿窒息性病 理性黄疸医疗保险责任分项限额为上限,当达到该限额时,本项保险责 任终止。

脑病

2.3.9 新生儿胆红素 被保险人在保险期间内分娩的新生儿,在出生六周内经本公司指定或认 可的医疗机构首次确诊患有**新生儿胆红素脑病**10,本合同按新生儿胆红素 脑病保险责任分项限额给付新生儿胆红素脑病保险金,同时本项保险责 任终止。

2.4 责任免除

2.4.1 一般责任免除

因下列情形之一导致保险事故的,本公司不承担保险责任:

- (1) 投保人的故意行为。
- (2)被保险人自杀或故意自伤,但自杀或自伤时为无民事行为能力人的 不受此限。
- (3)被保险人犯罪或抗拒依法采取的刑事强制措施,被保险人遭受司法 当局拘禁或被判入狱。
- (4)被保险人**猝死¹¹、斗殴¹²、醉酒¹³,**服用、吸食或注射**毒品¹⁴。**

酶 (G-6-PD) 缺陷、丙酮酸激酶缺陷、己糖激酶缺陷、遗传性球形红细胞增多症、遗传性椭圆形细胞增多症、遗传性口形 红细胞增多症、婴儿固缩红细胞增多症、维生素 E 缺乏和低锌血症; 血红蛋白病; 由于血红蛋白肽链数量和质量缺陷而引

⁸病理性黄疸: 新生儿经专科医生确诊出现以下任何一项症状者即为病理型黄疸: ①生后 24 小时内出现黄疸: ②血清胆红素 足月儿>221umo1/L(12.9mg/d1)、早产儿>257umo1/L(15mg/d1)、或每日上升超过 85umo1/L(5mg/d1);③黄疸持续时间足月 儿>2 周, 早产儿>4 周; ④黄疸退而复现; ⑤血清结合胆红素>34umo1/L(2mg/d1)

⁹新生儿窒息: 指新生儿经专科医生确诊患有以下任何一种症状: ①脐动脉血显示严重代谢性或混合性酸中毒, PH<7; ②Apgar 评分 0-3 分, 并且持续时间>5 分钟; ③新生儿早期有神经系统表现,包括但不限于惊厥、昏迷或肌张力低下; ④出生早期 有多器官功能不全的证据。

¹⁰**新生儿胆红素脑病**: 指出生一周的新生儿由于胆红素毒性作用所致的急性脑损伤。除严重高血红素血症以外,存在典型神 经系统症状体征,如嗜睡、惊厥、肌张力异常、角弓反张等;头颅 MRI 显示体征性的双侧苍白球 T1 和 T2 加权像对称性高信 号改变。

¹¹**猝死**:指貌似健康的人因潜在疾病、机能障碍或其他原因在出现症状后 24 小时内发生的非暴力性突然死亡。猝死的认定, 如有司法机关的法律文件、医疗机构的诊断书等,则以上述法律文件、诊断书等为准。

¹²**斗殴**:指双方或多方通过拳脚、器械等武力以求制胜的行为。斗殴的认定,如有司法机关、公安部门的有关法律文件,则以 上述法律文件为准。

¹³醉酒: 指因饮酒而表现出动作不协调、意识紊乱、舌重口吃或其他不能清醒地控制自己行为的状态。醉酒的认定,如有司法 机关、公安部门的有关法律文件、医院的诊断书等,则以上述法律文件、诊断书等为准。

¹⁴**毒品:**指中华人民共和国刑法规定的鸦片、海洛因、甲基苯丙胺(冰毒)、吗啡、大麻、可卡因以及国家规定管制的其他能 够使人形成瘾癖的麻醉药品和精神药品,但不包括由医生开具并遵医嘱使用的用于治疗疾病但含有毒品成分的处方药品。

- (5)被保险人**酒后驾驶¹⁵、无合法有效驾驶证驾驶¹⁶,**或驾驶**无有效行驶** 证17的机动车18期间。
- (6)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 方药的不在此限。
- (7)被保险人从事**潜水¹⁹、跳伞、攀岩²⁰、蹦极、驾驶滑翔机/滑翔伞、** 探险²¹、摔跤、**武术比赛²²、特技表演²³、**赛马、赛车等高风险运动;被保 险人参与任何水、陆、空交通工具的竞赛,或作为职业运动员参与任何 体育竞赛。
- (8)被保险人精神和行为障碍(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)或癫痫发作期间遭受的任何意 外。
- (9) 战争²⁴、军事冲突²⁵、恐怖主义活动²⁶、暴乱²⁷或武装叛乱;核爆炸、 核辐射或核污染。
- 免除

2.4.2 妊娠身故责任 对发生下列任何情形导致被保险人身故,本公司不承担妊娠身故保险责 任:

- (1) 流产致使身故;
- (2) 通过人工授精、试管授精、配子输卵管内移植或受精卵输卵管植入 怀孕情形下发生的身故;
- (3) 因醉酒或受酒精、毒品或管制药品发生的身故。
- 责任免除

2.4.3 意外流产医疗 对发生下列任何情形导致被保险人流产,本公司不承担意外流产医疗保 险责任:

(1)被保险人流产发生在怀孕后的 12 周之内;

¹⁸酒后驾驶: 指经检测或鉴定,发生事故时车辆驾驶人员每百毫升血液中的酒精含量达到或超过一定的标准,公安机关交通管 理部门依据《道路交通安全法》的规定认定为饮酒后驾驶或醉酒后驾驶。

¹⁶无合法有效驾驶证驾驶:指下列任何驾驶情形:(1)没有取得驾驶资格;(2)驾驶与驾驶证准驾车型不相符合的车辆;(3) 持审验不合格的驾驶证驾驶: (4) 持学习驾驶证学习驾车时, 无教练员随车指导, 或不按指定时间、路线学习驾车。

¹⁷无有效行驶证:指下列任何情形:(1)未取得行驶证;(2)机动车被依法注销登记的;(3)未依法按时进行或通过机动车安 全技术检验。

¹⁸**机动车**:指以动力装置驱动或者牵引,上道路行驶的供人员乘用或者用于运送物品以及进行工程专项作业的轮式车辆。

¹⁹潜水:指使用辅助呼吸器材在江、河、湖、海、水库、运河等水域进行的水下运动。

²⁰攀岩:指攀登悬崖、楼宇外墙、人造悬崖、冰崖、冰山等运动。

²¹探险: 指明知在某种特定的自然条件下有失去生命或使身体受到伤害的危险,而故意使自己置身于其中的行为,如: 江河漂 流、登山、徒步穿越沙漠或人迹罕至的原始森林等活动。

²²**武术比赛**:指两人或两人以上对抗性柔道、空手道、跆拳道、散打、拳击等各种拳术及使用器械的对抗性比赛。

²³特技表演: 指进行马术、杂技、驯兽等表演。

²⁴战**争**:指国家与国家、民族与民族、政治集团与政治集团之间为了一定的政治、经济目的而进行的武装斗争,以政府宣布为

²⁵军事冲突:指国家或民族之间在一定范围内的武装对抗,以政府宣布为准。

²⁶恐**怖主义活动**:指以制造社会恐慌、危害公共安全或胁迫国家机关、国际组织为目的,采取暴力、破坏、恐吓等手段,造成 或意图造成人员伤亡、重大财产损失、公共设施损坏、社会秩序混乱等严重社会危害的行为,以及煽动、资助或以其他方式 协助实施上述活动的行为。

²⁷暴乱:指破坏社会秩序的武装骚动,以政府宣布为准。

(2)被保险人进行除治疗性流产以外的人工流产,其中治疗性流产是指 为了抢救孕妇生命或健康所做的流产。

2.4.4 新生儿重症住 院及手术医疗 责任免除

对附属被保险人发生的下列任何费用,本公司不承担给付新生儿重症住 院及手术医疗保险金的责任:

- (1) 非医学必需的费用, 出生后陪同被保险人住院期间发生的费用, 新 生儿护理、洗澡费用,有关医疗机构没有下达病重/病危通知书情形下住 院期间发生的任何费用;
- (2) 试验性治疗²⁸;
- (3) 非在本公司指定或认可的医疗机构发生的医疗费用。
- 天性疾病责任 任: 免除

2.4.5 新生儿严重先 对下列任何情形,本公司不承担给付新生儿严重先天性疾病保险金的责

- (1)投保前被保险人已知悉存在或被医疗机构告知可能存在的严重先天 性疾病:
- (2) 非本保险合同中列明的严重先天性疾病;
- (3) 出生后存活未满三十日情形下发生的任何严重先天性疾病;
- (4) 在一周岁后发现的任何严重先天性疾病。
- 2.4.6 新生儿胆红素 脑病责任免除

对下列任何情形,本公司不承担给付新生儿胆红素脑病保险金的责任:

(1) 新生儿出生六周后确诊为新生儿胆红素脑病。

3 保险金申领

受益人 3.1

被保险人或投保人可以指定一人或数人为保险金受益人。被保险人为无 民事行为能力人或限制民事行为能力人的,可以由其监护人指定受益人。

受益人为数人的,被保险人或投保人可以确定受益顺序和受益份额;未 确定受益份额的, 受益人按照相等份额享有受益权。

被保险人或投保人可以变更受益人并书面通知本公司。本公司收到变更 受益人的书面通知后,在保险单或其他保险凭证上批注或附贴批单。

投保人指定或变更受益人时,须经被保险人同意。

被保险人身故后,有下列情形之一的,保险金作为被保险人的遗产,由 本公司依照《中华人民共和国继承法》的规定履行给付保险金的义务:

- (1) 没有指定受益人,或受益人指定不明无法确定的;
- (2) 受益人先于被保险人身故,没有其他受益人的;

²⁸试验性治疗: 指不符合被保险人接受医疗所在地医学界认可实践的治疗方法、手段、设备、药品等。

(3) 受益人依法丧失受益权或放弃受益权,没有其他受益人的。

受益人与被保险人在同一事件中身故,且不能确定身故先后顺序的,推 定受益人身故在先。

受益人故意造成被保险人身故的,或故意杀害被保险人未遂的,该受益 人丧失受益权。

除另有约定外,疾病、医疗保险金受益人为被保险人本人。

3.2 保险事故通知

投保人、被保险人或受益人应在知道保险事故发生后 10 日内通知本公司。

若投保人、被保险人或受益人故意或因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,本公司对无法确定的部分,不承担给付保险金的责任,但本公司通过其他途径已经及时知道或应当及时知道保险事故发生或虽未及时通知但不影响本公司确定保险事故的性质、原因、损失程度的除外。

3.3 保险金申请

受益人向本公司申请给付保险金时,应当填写保险金给付申请书,并以 书面形式提交下列证明和资料。受益人因特殊原因不能提供下列证明和 资料的,应当提供其他合法、有效的证明和资料。受益人未能提供有关 证明和资料,导致本公司无法核实事故的性质、原因、损失程度的,本 公司对无法核实部分不承担给付保险金的责任。

以上证明和资料不完整的,本公司将及时一次性通知补充提供有关的证明和资料。

3.3.1 唐氏综合症保 险金申请

- (1) 受益人有效身份证件;
- (2) 唐氏综合症保险金申请需要新生儿《出生医学证明》、本公司指定或认可的医疗机构出具的附有病历、病理显微镜检查、血液检验及其他科学方法检验报告的疾病诊断证明书;
- (3)终止妊娠医疗保险金申请需要本公司指定或认可的医疗机构出具的 妊娠证明、诊断证明、出院小结或者出院病历(加盖医院病历专用章)、 手术证明(若实施手术还需提供手术证明)、检查检验报告、医疗费用发 票及明细;
- (4) 所能提供的与确认事故的性质、原因、损害程度等有关的其他证明和资料。

3.3.2 妊娠疾病保险 金申请

- (1) 受益人有效身份证件;
- (2)本公司指定或认可的医疗机构出具的附有病历、病理显微镜检查、血液检验及其他科学方法检验报告的疾病诊断证明书;
- (3) 所能提供的与确认事故的性质、原因、损害程度等有关的其他证明

和资料

3.3.3 妊娠身故保险 金申请

- (1) 受益人有效身份证件;
- (2) 本公司指定或认可的医疗机构出具的妊娠疾病证明、就诊病历:
- (3)本公司指定或认可的医疗机构、公安部门或其他有权机构出具的被保险人的死亡证明;
- (4) 所能提供的与确认事故的性质、原因、损害程度等有关的其他证明和资料。

3.3.4 意外流产医疗 保险金申请

- (1) 受益人有效身份证件;
- (2)本公司指定或认可的医疗机构出具的妊娠证明、诊断证明、出院小结或者出院病历(加盖医院病历专用章)、手术证明(若实施手术还需提供手术证明)、检查检验报告、医疗费用发票及明细;
- (3) 所能提供的与确认事故的性质、原因、损害程度等有关的其他证明和资料。

3.3.5 新生儿重症住 院及手术医疗 保险金申请

- (1) 受益人有效身份证件;
- (2)本公司指定或认可的医疗机构出具的诊断证明、出院小结或者出院病历(加盖医院病历专用章)、手术证明(若实施手术还需提供手术证明)、检查检验报告、医疗费用发票及明细;
- (3) 所能提供的与确认事故的性质、原因等有关的其他证明和资料。

3.3.6 新生儿严重先 天性疾病保险 金申请

- (1) 受益人有效身份证件:
- (2)新生儿《出生医学证明》、本公司指定或认可的医疗机构出具的附有病历、病理显微镜检查、血液检验及其他科学方法检验报告的疾病诊断证明书;
- (3) 所能提供的与确认事故的性质、原因、损害程度等有关的其他证明和资料。

3.3.7 新生儿胆红素 脑病保险金申 请

- (1) 受益人有效身份证件;
- (2)新生儿《出生医学证明》、本公司指定或认可的医疗机构出具的附有病历、病理显微镜检查、血液检验及其他科学方法检验报告的疾病诊断证明书;
- (3) 所能提供的与确认事故的性质、原因、损害程度等有关的其他证明和资料。

3.3.8 新生儿溶血性 黄疸医疗或新

(1) 受益人有效身份证件;

生儿窒息性黄 疸医疗保险金 申请

- (2) 本公司指定或认可的医疗机构出具的诊断证明、出院小结或者出院 病历(加盖医院病历专用章)、手术证明(若实施手术还需提供手术证明)、 检查检验报告、医疗费用发票及明细;
 - (3) 所能提供的与确认事故的性质、原因等有关的其他证明和资料。

3.4 他

代理申请及其 受益人委托他人申请给付保险金的,还应当提供受托人身份证明、授权 委托书。保险金作为遗产时,还应当提供可证明合法继承权的相关权利 文件。受益人或继承人为未成年人或无民事行为能力人时,由其合法监 护人代其申请领取保险金,并提供未成年人或无民事行为能力证明和合 法监护权证明。

3.5 配合调查

被保险人遭受事故的,除法律禁止的情况外,本公司有权对投保人、被 保险人、受益人等,就事故的性质、原因、结果及被保险人的损伤程度 和身体情况等,进行调查、检查、评估和鉴定(包括但不限于提请作必 要、合理的解剖检验),投保人、被保险人、受益人等应当予以充分配 合。

3.6 保险金的给付

收到保险金给付申请书及有关证明和资料后,本公司将在5个工作日内 作出核定;情形复杂的,在30日内作出核定。

本公司应当将核定结果通知受益人。对属于保险责任的,在与受益人达 成给付保险金的协议后 10 日内履行给付保险金义务; 对不属于保险责任 的,本公司自作出核定之日起3日内向受益人发出拒绝给付保险金通知 书,并说明理由。对属于保险责任情形,本公司未履行前两款约定的义 务的,除履行给付保险金的义务外,还应当赔偿受益人因此受到的利息 损失。利息按照中国人民银行公布的金融机构人民币活期存款基准利率, 就超过日数以单利方式计算。

自收到保险金给付申请书及有关证明和资料之日起60日内,本公司对给 付保险金的数额不能确定的,本公司应当按照根据已有证明和资料可以 确定的数额先予支付; 最终确定给付保险金的数额后, 本公司支付相应 的差额。

3, 7 诉讼时效

受益人向本公司请求给付相应保险金的诉讼时效期间为2年。诉讼时效 期间自其知道或应当知道保险事故发生之日起计算。

4 保险费交纳

4. 1 保险费的交纳

本合同的保险费应当在投保时一次交清(另有约定的不受此限)。保险费 的交纳日以款项到达本公司账户之日为准。

4. 2 续保保费

本合同保险期间届满前,投保人可向本公司申请续保本保险,本公司将 对申请进行审核,做出是否同意投保人继续投保本保险的决定。若本公

司做出不同意投保人继续投保本保险决定,本公司将通知投保人。

投保人继续投保本保险时,本公司并按续保时重新厘定的费率标准收取 新续保合同的保险费。

若本公司已明确拒绝续保,但投保人已交纳续保保险费,本公司将无息 退还已交付的保险费。

若根据本合同的约定被保险人的被保资格于续保时已经丧失或终止,但 投保人已交纳续保保险费,本公司将无息退还已交付的该被保险人相应 部分的续保保险费。

5 合同解除

5. 1 解除合同的手 本合同成立后,投保人可申请解除合同。 续及风险

投保人申请解除本合同时,应当向本公司送达:

- (1) 解除合同申请书;
- (2) 本合同;
- (3) 投保人有效身份证件:
- (4) 本公司要求的其他有关证明和资料。

本合同的效力至本公司接到解除合同申请书之日的次日零时或解除合同 申请书上载明的合同终止时间(二者中以较晚者为准)终止。本公司自 收到完整的证明和资料之日起30日内向投保人退还本合同的未满期净 保险费29。

投保人解除合同会遭受一定损失。

6 其他事项

6. 1 实告知

明确说明与如 订立本合同时,本公司会向投保人明确说明本合同的内容。对本合同中 免除本公司责任的条款,本公司在订立合同时会在投保单、保险单或其 他保险凭证上作出足以引起投保人注意的提示,并对该条款的内容以书 面或口头形式向投保人作出明确说明,未作提示或明确说明的,该条款 不产生效力。

²⁹未满期净保险费: 与被保险人对应的保险费系一次性交费时, 该被保险人名下的未满期净保险费=P×(1-N÷M)×(1-35%), 其中:P指为该被保险人一次性交纳的保险费,M指该被保险人的保险期间所包含的日数(计算日数时不足一日部分按一日计, 下同), N指从该被保险人的保险期间起始之日至本公司对该被保险人的保险责任提前终止之日实际经过的日数。 与被保险人对应的保险费系分期交费时,该被保险人名下的未满期净保险费=P;×(1-N÷M)×(1-35%),其中:P;指为该被 保险人交纳的最近一期保险费(以下简称"当期保险费"), M指从当期保险费的约定交纳日至下一期保险费的约定交纳日之 间所包含的日数,N指从当期保险费的约定交纳日至本公司对该被保险人的保险责任提前终止之日实际经过的日数。

本公司就投保人、被保险人的有关情况提出询问,投保人应当如实告知。

投保人故意或因重大过失未履行前款规定的如实告知义务,足以影响本 公司决定是否同意承保或提高保险费率的,本公司有权解除本合同。

投保人故意不履行如实告知义务的,本公司对于本合同解除前发生的保 险事故,不承担给付保险金的责任,并不退还保险费。

投保人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,本公司对于本合同解除前发生的保险事故,不承担给付保险金的责 任,但会退还保险费。

本公司在本合同订立时已经知道投保人未如实告知的情况的,本公司不 得解除合同;发生保险事故的,本公司承担给付保险金的责任。

- 6. 2 除权的限制
- 本公司合同解 6.1 款规定的合同解除权,自本公司知道有解除事由之日起,超过30日 不行使而消灭。
- 6.3 未还款项 本公司在给付各项保险金、退还未满期净保险费或保险费等款项时,若 投保人有欠交的保险费或其他未还清款项, 本公司会在扣除相应款项后 给付。
- 6.4 合同内容变更 在本合同有效期内, 经投保人与本公司协商一致, 可以变更本合同的有 关内容,<mark>并由</mark>本公司在保险单或其他保险凭证上批注或附贴批单,或由 投保人与本公司订立书面的变更协议。
- 为保障投保人的合法权益,投保人的住所、通讯地址或电话等联系方式 6.5 联系方式变更 变更时,请及时以书面形式或双方认可的其他形式通知本公司。若投保 人未以书面形式或双方认可的其他形式通知本公司,本公司按本合同载 明的最后住所或通讯地址所发送的有关通知,均视为已送达。
- 6.6 争议处理 因履行本合同发生的争议,由当事人协商解决。协商不成的,可向本合 同载明的仲裁机构提交仲裁;本合同未载明仲裁机构或者争议发生后未 达成仲裁协议的,依法向人民法院起诉。

与本合同有关的以及履行本合同产生的一切争议处理适用中华人民共和 国法律(不包括港、澳、台地区法律)。

[本页内容结束]

附表一 妊娠疾病

- 1) 弥漫性血管内凝血: 指妊娠所并发的致命性疾病,因凝血功能障碍导致全身 性出血不止及器官损伤, 需经专科医生确诊, 并提供同时具有下列条件中的至少 三项的检验报告:
 - a) 血小板计数<100×109L或者呈进行性下降;
 - b) 血浆纤维蛋白原含量<1.5g/L 或者>4g/L 或者呈进行性下降;
 - c) 3P 试验阳性或者血浆 FDP>20mg/L;
 - d) 凝血酶原时间>15 秒或者超过对照组 3 秒以上。
- 2) 侵蚀性葡萄胎: 指异常增生的绒毛组织浸润性生长侵入子宫肌层或转移至其 他器官或组织的葡萄胎,并已经进行化疗或手术治疗。
- 3) 胎盘早期脱离: 指怀孕满 20 周后, 胎盘于胎儿产出前先行脱离, 以致胎儿窘 迫或者母体休克。 胎盘早期脱离需达第二或者第三级的脱离而施以紧急剖腹产手 术,且需经专科医生确诊。
- 4)子痫症:又称"重度妊娠高血压综合症",指血压持续高于 160mmHg/110mmHg、 蛋白尿≥5g/24h 或者尿常规中蛋白(++)-(++++)和/或伴水肿,有头痛等自 觉症状,并且有抽搐或者昏迷。需经专科医生确诊,同时并提供具有下列条件中 的至少两项的医学证明:
 - a) 血肌酐升高 (>1.6mg%);
 - b) 少尿(24小时总尿量少于500毫升);
 - c) 出现神经系统的异常或者视力异常;
 - d) 肺水肿;
 - e) 黄疸进行性加重;

 - f) <mark>胎儿</mark>宫内死亡; g) 血小板减少,凝血症;
 - h) HELLP 综合症(合并溶血、转氨酶升高、血小板减少)。
- 5) 羊水栓塞: 指因羊水进入母体循环所导致的急性呼吸窘迫或者休克。需经专 科医生确诊, 且必须提供有呼吸困难、凝血功能障碍、休克等相关医学证明文件, 并经胸部X光检查或者血液沉淀试验证实。
- 6) 妊娠期急性脂肪肝 (须终止妊娠): 指被保险人在妊娠期间出现原因不明的急 性严重肝脏损害,根据肝脏穿刺活检组织学检查明确诊断为妊娠期急性脂肪肝, 并且采取了立即终止妊娠的产科处理。

未经肝脏活检证实,仅为临床诊断的妊娠期急性脂肪肝不在本保障范围之内。

7) 前置胎盘: 指妊娠 28 周后,胎盘附着于子宫下段,甚至胎盘下缘达到或覆盖 宫颈内口,其位置低于胎先露部。前置胎盘需经专科医生确诊,且必须达到施以 紧急剖腹产手术的地步。

附表二 严重先天性疾病

- 1) 脊柱裂或颅裂: 指脊椎或颅骨不完全闭合,导致脊髓脊膜突出,脑(脊)膜突出或脑膨出,合并大小便失禁,部分或完全性下肢瘫痪或畸形等神经学上的异常。但不包括由 X 线摄片发现的没有合并脊椎脊膜突出或脑(脊)膜突出的隐性脊椎裂,以及由头颅 X 线摄片发现的颅骨缺失没有无隆起包块和神经症状的隐性颅裂。
- **2) 先天性脑积水**:指因进行性脑脊髓液积存在脑室而导致的致命性疾病,需采取植入外插引流管方式治疗。
- 3) 先天性室间隔缺损:指因心室间隔发育不全而形成的左右心室间的异常交通,在心室水平产生左向右分流的先天性心脏病,须经儿童心脏科医生明确诊断,且需要提供超声心动图或心导管或心血管造影检查结果。
- **4) 法乐氏四联症**:指因心脏的解剖学异常,导致右心室流出道梗阻引起的紫绀型先天性心脏病。须由超声心动、或核磁共振检查(MRI)、或心血管造影等影像学检查证实,同时存在以下四种心脏病理或心脏结构改变:
 - a) 右心室流出道狭窄(肺动脉狭窄);
 - b) 室间隔缺损;
 - c) 主动脉骑跨于左右心室;
 - d) 右心室肥厚。
- **5) 完全性大动脉转位**:指因胚胎发育异常导致大动脉位置及它们与心室连接不一致的先天性心脏病,经超声心动或心导管及心血管造影检查证实:主动脉位于前方,起于右心室,接受体循环的经脉血;肺动脉位于后方,起于左心室,接受经肺循环氧和的动脉血。
- **6) 先天性食管闭锁或食管气管痿**: 先天性食管闭锁是指因发育异常造成的食管通道不连贯,须经 X 线胃管检查或 X 线造影检查证实,存在下列情况之一者:
 - a) 食管闭锁, 近端或远端或远近端为盲端, 无痿;
 - b) 食管闭锁, 近端或远端或远近端为盲端, 有痿与气管相通;
 - c) 无食管闭锁, 但有痿与气管相通。
- 7) **唇腭裂**:指一种常见的出生缺陷,可以分为单纯唇裂、唇裂伴随腭裂两种情况,须经专科医师明确诊断,并已行修补手术。单纯唇裂不在保障范围内。
- **8) 先天性肛门闭锁**:指先天性会阴部肛门缺如,是消化道畸形中最常见的疾病,须经专科医师明确诊断,且已行肛门直肠成形术。低位直肠肛管畸形不在保障范围内。
- **9) 尿道下裂:** 男性下尿路及外生殖器最多见的先天性畸形之一。是因前尿道发育不全而致尿道口位置异常。
- **10)先天性膈疝**:是胚胎发育中,膈肌部分缺损为发病基础。胚胎发育第 10 周时原始中肠深入脐素,后形成消化道的各部分,同时完成肠旋转过程,固定于腹腔内,如膈肌闭合不全,胎儿及新生儿的胸、腹腔压力不平衡,腹腔脏器易进入胸腔,形成膈疝。
- **11) 膀胱外翻:**由于某种原因胚胎期泄殖腔向前移位,致下腹壁的中胚层结构不发育而形成。根据有无尿道上裂分为完全性与不完全性膀胱外翻,除伴尿道上裂外还多伴外生殖器畸形。
- **12)先天性甲状腺功能减退症**:由于甲状腺先天缺加、发育不良(原位和异味)或甲状腺激素合成途径缺陷而引起者称散发性甲状腺功能减退,因亩孕期饮食中缺碘引起者称地方性甲状腺功能减退。主要临床表现为体格和精神发育障碍。
- 13) 苯丙酮尿症: 是由于苯丙氨酸羟化酶 (PAH) 缺陷引起的苯丙氨酸代谢障碍。

主要原因是 PAH 基金突变。诊断指标: ①血苯丙氨酸>1200 μmg;②酪氨酸正常; ③尿三氯化铁 DNPH 试验阳性 (阳性结果出现较晚,不稳定); ④不能耐受经口给予的苯丙氨酸; ⑤辅酶 BH4 正常。



保险投保书

投保须知

感谢您选择复星联合健康保险股份有限公司为您服务,请您在投保之前仔细阅读以下提示:

- 1、为了使您详知所投保的保险内容并维护您的合法权益,请在投保之前仔细阅读保险条款,并确认已了解保险条款的各项内容(注意保险责任、责任免除、犹豫期、退保等关键信息)。
 - 2、投保资料是投保人向本公司申请投保的重要文件,本公司对投保资料及告知内容承担保密义务。
- 3、投保人(被保险人)在投保时应如实告知投保流程中的各项内容,不得故意隐瞒或不实告知,否则本公司有权依据法律规定及本保险合同约定解除保险合同,所有告知事项均以书面告知为准,口头告知无效。同时**您的个人信息(地址、电话等)将作为计算保险费、核保、寄送函件、电话回访等服务的重要依据,请您提供真实、完整的信息,否则将不利于保护您的合法权益。本公司承诺:未经客户同意,不会将客户信息用于本公司和第三方机构的销售活动。**
- 4、如果投保人选择分期交纳保险费,请投保人根据自身的财务状况,选择合适的交费期限和交费金额,无法持续交纳保险费可能导致保险合同效力中止或合同解除。本公司将于续期保费应缴日前向投保人发出交费提示。
- 5、保人应对被保险人有保险利益;如为未成年人投保以死亡为给付责任的保险,投保人须为未成年人的父母,且身故保险金总和不能超过保险监督管理机构的规定额度。

投保人	姓名:张三测试		性別:女	別: 女 出生日期: 1988年00		6月18日 与被保险人关系		糸: 本人	
	回访电话: 1380013800	0	移动电话: 13800138000		固定电话:				
	证件名称: 护照		证件号码: HZ666666		有效期至:				
	国籍:		职业名称:			职业代码:			
	工作单位:		E-mail: chanpin-test@huize.com						
	通讯地址:						邮政编码:	邮政编码:	
							•		
	姓名: 张三测试		性别: 女 出生日期: 1988年0		5月18日 联系电话: 13800138000		800138000		
被保	国籍:		现住址:				邮政编码:		
人	证件名称: 护照		证件号码: HZ666666			有效期至:			
	工作单位:		职业名称:			职业代码:			
身間	<u> </u>	别约定,生存 [。]	保险金受益人为被保险	<u> </u>					
受益	身故受益人姓名 性别		被保险人关系		证件号码		受益顺序	受益比例	
益人	法定继承人								
保隆	保险计划								
险种名称 基			基本保险金额 (元)/	份数/档数	保险费	(元)	交费期间	保险期间	
复	复星联合星护孕育综合疾病保险								
唐氏综合症 20000.00			20000.00	66. 79		一次交清	2018年02月12日至 2019年02月11日		
首期保险费合计: 66.79				首期交费方式:		续期交费方式:			
一年期主险/一年期附加险是否自动申请续保:									
目前被保险人是否享有社会医疗保险或公费医疗保障:									
划款银行: 续期转账帐号:						交费频率:			

投保人转账授权:请认真阅读下述授权声明信息并确认。

- 1、本投保书所填写银行及账号是投保人本人的开户银行及账号,投保人授权该银行从此账户支付与保险公司约定的各期保险费及暂收保险费并接收贵公司的各种退费。本人已在结算账户中保留开户银行所要求的最低存款余额,公司于核保通过或续期应缴日开始转账,若因账户存款余额不足造成的转账不成功,致使保险合同不成立或不能持续有效,因此引起的责任将由投保人承担。
- 2、投保人终止付款授权、变更付款授权账户时,应该于当期保险费到期日的30天前(含30天)向保险公司递交书面申请,办理变更手续。因未及时办理变更手续而导致的结果,投保人承担相应的责任。

提示:为了维护您的权益,如果您的联系地址、电话等个人信息发生变化,请拨打我公司全国统一客户服务和客户维权电话:4006-11-7777或到客服中心 及时办理变更。

孕育综合保险个人健康告知

请提供"是"或"否"的答案;

- 1、本次受孕是否采用辅助生殖技术(包括人工授精、试管婴儿、胚胎移植等)?
- **2**、本次妊娠是否已有妊娠并发症,如妊娠高血压、妊娠糖尿病等?是否有中度贫血或严重贫血?是否存在血小板增多?孕期是否有阴道异常流血?
- 3、如已进行唐氏综合症筛查,筛查结果是否为高风险?孕期产检大排畸是否提示胎儿发育异常?
- 4、是否曾治疗或被告知患有下列病症:恶性肿瘤、糖尿病、血友病、白血病、紫癜、系统性红斑狼疮、高血压症、冠心病、心肌梗塞、中风、缩窄性心包炎、先天性心脏病、风湿性心脏病、动脉瘤、脑血管意外(脑溢血、脑梗塞、血管畸形)、晕厥、肝硬化、呕血、吞咽困难、胰腺炎、肺结核、肺心病、肺气肿、癫痫、精神疾病、肾病综合症、尿毒症、青光眼、视网膜出血或剥离、G6PD 缺乏症、丙型肝炎、糖尿病、酒精或药物滥用成瘾、吸毒、性病、艾滋病、恶性传染病、眩晕症、抑郁症、记忆力减退、视力障碍、意识障碍、震颤、抽搐、惊厥、瘫痪、癫痫、腺体或淋巴结或器官增生肿大、身体缺陷、先天性疾病、遗传性疾病?
- 5、孕早期是否有长期患病史或长期服药史?最近一年是否服用足以影响行为能力的药品,如安定、巴比妥类?
- 6、您及配偶是否接受过遗传咨询,并被给出高于正常水平的遗传风险的结论?



客户服务指南

尊敬的客户:

您好!感谢您对复星联合健康保险股份有限公司的信任与支持!为了维护您的权益,更好 地享受我公司的保险服务,请您在收到保险合同后,仔细阅读以下内容:

- 一、**合同签收。** 收到保险合同时,请您仔细确认保险合同内容。确认无误后,请您在保单 回执上亲笔签名并将回执通过业务员交回我公司。若您收到的为电子保单,保单送达即视为您 已签收。请您确认合同内容准确无误,如有疑问,请及时与我司联系。
- 二、犹豫期退保。对于一年期以上的保险合同,我公司设有15天的犹豫期。犹豫期自您签收保险合同之日起开始计算。如果您在犹豫期内提出退保要求,我公司将扣除不超过10元工本费后无息退还保险费(电子保单不扣除工本费)。
- **三、退保。** 如果您在犹豫期之后提出退保,我公司将按合同约定退还部分保费,具体详见合同条款或保险单现金价值表(一年期以上的保险合同附有现金价值表)。
- 四、保全服务。 我公司为您提供保险合同内容变更、复效、保单补发、合同解除等保全服务。如果您需要以上服务,您可通过以下几种方式申请:
 - 1、拨打我公司客服电话进行申请;
 - 2、登录我公司官网或微信进行在线保全;
- 3、登录我公司官网下载保险合同变更申请书,填写书面申请并备齐保险合同、身份证明等相关资料到我公司服务柜面办理或委托他人代办。
- 五、合同效力中止。 如果您选择了分期缴纳保险费的方式,为了保证保险合同效力,请您按照合同约定,按时交纳续期保费。如果您未在合同约定时间内缴纳保险费,您的保险合同效力将处于中止状态。合同效力中止期间,我公司不承担保险责任。为了维持您的保单效力,我公司可能在合同约定交费日之前或宽限期内,通过电话、短信或信函等方式,善意提醒您按时交费。
- **六、合同效力恢复。** 对于一年期以上的保险合同,在保险合同效力中止之日起两年内,您可提交书面申请并根据我公司审核要求提供投保人、被保险人健康声明书或体检报告书、相关身份证件,申请恢复合同效力。
- **七、理赔。** 若发生保险事故,为方便您办理理赔手续,请及时以电话等方式通知我公司,或委托他人与我们联系。理赔申请应备材料详见下表:

申请项目	应备文件	1、理赔申请书 2、保险单
疾病住院医疗	1, 2, 3, 4, 5, 12	3、被保险人身份证明

疾病门诊医疗	1, 2, 3, 6, 12
意外伤害医疗	1, 2, 3, 4, 5, 6, 9, 12
重大疾病	1, 2, 3, 4, 7, 12
意外身故	1, 2, 9, 10, 11, 12
疾病身故	1, 2, 10, 11, 12
意外残疾	1, 2, 3, 8, 9, 12
疾病残疾	1, 2, 3, 8, 12
免交保费	1, 2, 3, 8, 12
失能收入损失保险	1, 2, 3, 4, 8, 12
长期护理保险	1, 2, 3, 4, 12
第三方管理医疗	1, 2, 3, 5, 6, 12, 13
境外意外及救援	1, 2, 12, 14

- 4、诊断证明/出院小结
- 5、住院费用原始发票及费用明细清单
- 6、门/急诊病历/手册、门诊发票及费用 清单或处方
- 7、病理及其他各项检查报告
- 8、伤残鉴定书
- 9、意外事故证明(若是交通事故须提供 交通管理部门出具的交通事故责任认 定书;若是工伤事故须提供相关单位 的工伤证明等)
- 10、死亡证明书、户籍注销证明
- 11、用以确定申请人身份的相关证明(见 注解)
- 12、受益人(监护人)银行账户复印件
- 13、公共账户使用授权书
- 14、被保险人护照、境外急性病或意外相 关证明资料、境外身故使领馆证明

八、委托代办。 如果您不能亲自前来我公司办理理赔申请以及合同内容变更、复效等事项,您可委托他人代办。除了需要提供您的身份证件、保险合同等相关手续资料外,请您的受托人携带您亲笔签名的委托书和其本人身份证件到我公司服务柜面办理。

九、信息变更通知。 如果您的联系地址或联系电话等信息发生变化,请您及时告知我公司, 以便我们能及时为您提供服务。

十、联系我们。 如果您还有其他不明事项,欢迎您随时垂询。我公司全国服务电话为4006-11-7777。

再次感谢您的信任与支持! 我公司将竭诚为您提供专业、优质的服务。

NO:1518329116318

保险费收费凭证

保险费交至日期: 2019年02月11日 保险合同生效日期: 2018年02月12日

复星联合星护孕育综合疾病保险 66.79

唐氏综合症

保险费合计金额: (大写)人民币陆拾陆元柒角玖分 (小写) ¥66.79



业务经办人: 电子商务部 业务经办人代码: 80000031

承保机构: 电子商务部

备注:本收费凭证视为公司已收取上述保险费,如需正式发票请持本凭证到本公司换取。本凭证遗失不补。



客户服务热线 4006-11-7777

总公司地址:广州市天河区林和中路8号海航大厦24楼01-05单元www.fosun-uhi.com







公司官微





复星联合健康保险股份有限公司(简称"复星联合健康保险")以健康发展、特色经营、创新驱动、体验至上为宗旨,专业提供健康保障及健康管理服务。复星联合健康保险立足广大消费者需求,开展各类医疗保险、疾病保险、失能收入损失保险、护理保险、意外保险业务,全力为客户提供优质的全生命周期产品,建立贴心的全流程服务体系。