

保险合同

Insurance Contract

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
二、保险条款.....	4
1、复星联合药神一号疾病保险条款.....	4
三、药品清单.....	16
四、保险投保书.....	17
五、健康告知.....	18
六、客户服务指南.....	20
七、收费凭证.....	22

复星联合健康保险股份有限公司 保险单

保单号: W00000000000000
合同成立日: 2020年5月26日
保险期间: 自2020年5月27日零时起至2021年5月26日二十四时止



客户信息

	姓名	证件类型	证件号码	性别	出生日期	年龄
投保人	测试	身份证	888888888888888888	女	1995/08/27	24岁
被保险人	测试	身份证	888888888888888888	女	1995/08/27	24岁

保险计划

险种名称	基本保险金额	交费频次	交费期间	币种: 人民币元 首期核定后保费
复星联合药神一号疾病保险 特药医疗费用保险责任	1000000	趸交	一次交清	90.00
				首期保险费合计: 90.00

特别约定

以下空白

总裁



客服热线: 4006-11-7777

出单机构: 互联网业务部

服务地址: 广东省广州市天河区华穗路406号17层自编01-03单元

为确保您的保单权益, 请及时拨打本公司服务电话, 登录公司官网或至柜台进行查询、核实保单信息, 并按照合同中的条款“阅读指引”仔细阅读条款。

公司官网: <http://www.fosun-uhf.com>

打印日期: 2020-05-26



请扫描以查询验证条款

复星联合药神一号疾病保险条款

阅读指引

本阅读指引助您理解复星联合健康保险股份有限公司（以下简称“本公司”）《复星联合药神一号疾病保险条款》（以下简称“本保险条款”）

拥有的重要权益

- ◇ 被保险人可以享受的保险保障.....2.3
- ◇ 投保人有退保的权利.....5.1

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.....3.2
- ◇ 按时支付保险费.....4.1
- ◇ 退保会造成一定的损失，请慎重决策.....5.1
- ◇ 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显著标识，请仔细阅读正文中背景突出显示的内容

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

条款目录

<p>1. 合同订立</p> <p>1.1 合同构成</p> <p>1.2 合同成立与生效</p> <p>1.3 投保范围</p> <p>1.4 犹豫期</p> <p>2. 提供的保障</p> <p>2.1 保险金额</p> <p>2.2 保险期间</p> <p>2.3 保险责任</p> <p>2.4 责任免除</p> <p>3. 保险金申领</p> <p>3.1 受益人</p> <p>3.2 保险事故通知</p> <p>3.3 保险金申请</p> <p>3.4 代理申请及其他</p> <p>3.5 配合调查</p> <p>3.6 保险金的给付</p> <p>3.7 诉讼时效</p>	<p>4. 保险费交纳</p> <p>4.1 保险费的交纳</p> <p>4.2 续保</p> <p>5. 合同解除</p> <p>5.1 解除合同的手续及风险</p> <p>6. 其他事项</p> <p>6.1 明确说明与如实告知</p> <p>6.2 本公司合同解除权的限制</p> <p>6.3 年龄错误</p> <p>6.4 合同内容变更</p> <p>6.5 联系方式变更</p> <p>6.6 争议处理</p>
--	--

复星联合药神一号疾病保险条款

(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, 仅在该专业名词第一次出现的地方做释义, 该释义适用全文。)

1 合同订立

- 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之间订立的《复星联合药神一号疾病保险合同》(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 合同成立与生效** 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** 符合本公司承保条件者均可作为本合同的被保险人。投保年龄以周岁²计算。
- 1.4 犹豫期** 自投保人签收本合同的次日零时起, 有 15 日的犹豫期。在此期间, 请投保人认真阅读本合同, 如果投保人认为本合同与投保人的需求不相符, 可以在此期间提出解除本合同, 本公司向投保人无息退还保险费。
解除本合同时, 投保人须填写解除合同申请书, 并提供保险合同和有效身份证件³, 自本公司收到投保人的解除合同申请书起, 本合同即被解除, 对于合同解除前发生的保险事故, 本公司不承担保险责任。

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, 本合同保险期间为一年, 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。

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: 指按法定有效身份证明文件中记载的出生日期计算的年龄, 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。

³有效身份证件: 指由政府主管部门规定的证明个人身份的证件, 如: 居民身份证、按规定可使用的有效护照、军官证、警官证、士兵证、户口簿等证件。

2.3 保险责任 本保险分设特定恶性肿瘤疾病保险责任、特药医疗费用保险责任，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：

2.3.1 特定恶性肿瘤疾病保险责任 本合同的特定恶性肿瘤疾病保险责任分项限额由投保人与本公司约定，并于本合同中载明。

在本合同保险期间内，被保险人在等待期⁴后在本公司指定或认可的医疗机构⁵由专科医生⁶确诊初次发生⁷本合同列明的一种或多种特定恶性肿瘤⁸，本公司按本合同载明的特定恶性肿瘤疾病保险责任分项限额给付特定恶性肿瘤疾病保险金，本项保险责任终止。

被保险人在本合同等待期内，在本公司指定或认可的医疗机构由专科医生确诊初次发生本合同列明的特定恶性肿瘤（无论一种或者多种），本公司不承担给付保险金的责任，并无息返还所交保险费，同时本合同终止。

⁴等待期：除另有约定外，本合同生效日起90天内（含第90天）为等待期，续保时无等待期。

⁵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。

⁶专科医生：专科医生应当同时满足以下五项条件：（1）具有有效的中华人民共和国《医师资格证书》；（2）具有有效的中华人民共和国《医师执业证书》，并按期到相关部门登记注册；（3）具有有效的中华人民共和国主治医师或主治医师以上职称的《医师职称证书》；（4）在经中华人民共和国卫生部评审确定的属于二级以上（含）的医院的相应科室从事临床工作三年以上；（5）非被保险人本人及其直系亲属。

⁷确诊初次发生：指被保险人自出生之日起第一次经医院确诊患有本合同列明的一种或多种特定恶性肿瘤，而不是指自本合同生效、复效之后第一次经医院确诊患有本合同列明的一种或多种特定恶性肿瘤。

⁸特定恶性肿瘤：指原发于被保险人特定部位的恶性肿瘤，包括肺癌、肝癌、胃癌、肾癌、白血病、结直肠癌、前列腺癌、卵巢癌、乳腺癌、淋巴瘤、骨髓瘤、鼻咽癌、头颈癌、黑色素瘤、软组织肉瘤、胃肠道间质瘤、胰腺神经内分泌瘤。特定部位的恶性肿瘤需经病理学检查结果明确诊断，且临床诊断属于世界卫生组织《疾病和有关健康问题的国际统计分类》（ICD-10）的恶性肿瘤范畴。

其中恶性肿瘤是指恶性细胞不受控制的进行性增长和扩散，浸润和破坏周围正常组织，可以经血管，淋巴管和体腔扩散转移到身体其它部位的疾病。经病理学检查结果明确诊断，临床诊断属于世界卫生组织《疾病和有关健康问题的国际统计分类》（ICD-10）的恶性肿瘤范畴，不包括：

（1）原位癌

（2）相当于Binet分期方案A期程度的慢性淋巴细胞白血病；

（3）感染艾滋病病毒或患艾滋病期间所患恶性肿瘤；

（4）相当于Ann Arbor分期方案I期程度的何杰金氏病；

（5）TNM分期为T1N0M0期或更轻分期的前列腺癌。

2.3.2 特药医疗费用保险责任

本合同的特药医疗费用保险责任分项限额为人民币 100 万元。

在本合同保险期间内，被保险人在等待期后在本公司指定或认可的医疗机构由专科医生确诊初次发生本合同列明的一种或多种特定恶性肿瘤，对于治疗该特定恶性肿瘤发生的且同时满足以下条件的药品费用（以下简称“满足条件的药品费用”），本公司根据本合同第 2.3.3 条“特药医疗费用计算方法”的约定，给付特药医疗费用保险金，特药医疗费用保险金累计以本合同载明的该被保险人的特药医疗费用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。

被保险人在本合同等待期内，在本公司指定或认可的医疗机构由专科医生确诊初次发生本合同列明的特定恶性肿瘤（无论一种或者多种），本公司不承担给付保险金的责任，并无息返还所交保险费，同时本合同终止。

满足条件的药品费用须同时满足以下要求：

（1）用于治疗特定恶性肿瘤的药品处方是由本公司指定或认可的医疗机构专科医生开具的、被保险人当前治疗**医学必需**⁹的药品；

（2）每次的处方剂量不超过 1 个月，且开具时间须在本合同保险期间内；

（3）上述药品处方中所列明的药品属于**本公司指定的药品清单**¹⁰中的药品；

（4）上述药品处方中所列明的药品是在本公司指定或认可的医疗机构或**本公司指定或认可的药店**¹¹购买的药品；

（5）在本公司指定或认可的药店购买的药品须符合本合同附表一处方审核及购药流程的约定。

除上述在本公司指定或认可的医疗机构或本公司指定或认可的药店发生的特药医疗费用以外的其他医疗费用，本公司不承担给付保险金的责任。

⁹**医学必需**：指医疗费用符合下列所有条件：（1）治疗疾病所必需的项目；（2）不超过安全、足量治疗原则的项目；（3）由医生开具的处方药；（4）非试验性的、非研究性的项目；（5）与接受治疗当地普遍接受的医疗专业实践标准一致的项目。

¹⁰**本公司指定的药品清单**：以本公司最新公布信息为准。您可以拨打服务热线 4006-11-7777 咨询。本公司保留对药品清单进行变更的权利，将根据医疗水平的发展对药品清单进行更新。

药品清单中的药品分类以药品处方开具时《国家基本医疗保险、工伤保险和生育保险药品目录》的有效版本为准；药品的适应症以国家食品药品监督管理局批准的药品说明书为准。

¹¹**本公司指定或认可的药店**：以本公司最新公布信息为准。您可以拨打服务热线 4006-11-7777 咨询。

本公司保留对上述合作的药店名单做出适当调整的权利。

本公司合作的药店同时满足以下条件：

- （1）取得国家药品经营许可证、GSP 认证；
- （2）具有完善的冷链药品送达能力；
- （3）提供专业的药品资讯、患者教育、追踪随访；
- （4）该药店内具有医师、执业药师等专业人员提供服务；

2.3.3 特药医疗费用计算方法

特药医疗费用保险金给付包括**特定目录外药品费用**¹²保险金给付及**特定目录内药品费用**¹³保险金给付。

一、特定目录外药品费用保险金的计算方法

特定目录外药品费用保险金给付金额=（每次发生的特定目录外药品费用—每次从其他途径已获得的特定目录外药品费用补偿）×100%

从其他途径已获得的特定目录外药品费用补偿，包含因发生该特定目录外药品费用，已从公费医疗、互助保险、除本保险外的其他商业保险、公益慈善机构、第三方责任人等其他途径实际获得的特定目录外药品费用补偿。

二、特定目录内药品费用保险金的计算方法

特定目录内药品费用保险金给付金额=（每次发生的特定目录内药品费用—每次从其他途径已获得的特定目录内药品费用补偿）×每次发生的特定目录内药品费用对应的给付比例

其中每次发生的特定目录内药品费用对应的给付比例按照以下方式确定：

给付条件	给付比例
如果被保人已从 社会医疗保险 ¹⁴ 、公费医疗、互助保险、除本保险外的其他商业保险、公益慈善机构、第三方责任人等获得特定目录内药品费用补偿	100%
如果被保人未从社会医疗保险、公费医疗、互助保险、除本保险外的其他商业保险、公益慈善机构、第三方责任人等获得特定目录内药品费用补偿	60%

从其他途径已获得的特定目录内药品费用补偿，包含因发生该特定目录内药品费用，已从社会医疗保险、公费医疗、互助保险、除本保险外的其他商业保险、公益慈善机构、第三方责任人等其他途径实际获得的特定目录内药品费用补偿。社会医疗保险个人账户支出部分视为个人支付，不属于已获得的医疗费用补偿。

2.4 责任免除

2.4.1 一般责任免除

因下列第（1）至（7）项情形之一直接或间接导致被保险人发生特定恶性肿瘤或发生特定恶性肿瘤需要治疗产生特药医疗费用的，本公司不承担给付任何保险金的责任；因第（8）至（15）项情形之一直接或间接导致被保险人发生特定恶性肿瘤需要治疗产生药品费用的，本公司不承担给付特药医疗费用保险金的责任：

（1）投保人对被保险人故意杀害或故意伤害；

（2）被保险人故意自伤，故意犯罪以及抗拒依法采取的刑事强制措施；

¹²特定目录外药品费用：满足条件的药品费用中未被纳入《国家基本医疗保险、工伤保险和生育保险药品目录》（以药品处方开具时的有效版本为准）的药品所发生的费用。

¹³特定目录内药品费用：满足条件的药品费用中被纳入《国家基本医疗保险、工伤保险和生育保险药品目录》（以药品处方开具时的有效版本为准）的药品所发生的费用。

¹⁴社会医疗保险：各省市区城镇职工基本医疗保险办法和各省市区城镇职工地方附加医疗保险办法规定的医疗保险，包括新农合、城镇职工基本医疗保险、城镇居民基本医疗保险等政府举办的基本医疗保障项目。其中各省市区城镇职工基本医疗保险办法是指各省市区人民政府令发布的为保障职工基本医疗需求制定的管理办法。

- (3) 被保险人主动服用、吸食或注射**毒品**¹⁵；
- (4) 未书面告知的**既往症**¹⁶；
- (5) 被保险人**遗传性疾病**¹⁷，**先天性畸形、变形或染色体异常**¹⁸；
- (6) 被保险人**感染艾滋病病毒或患艾滋病**¹⁹；
- (7) **战争**²⁰、**军事冲突**²¹、**恐怖主义活动**²²、**暴乱**²³或武装叛乱；核爆炸、核辐射或核污染。
- (8) 被保险人在中华人民共和国领土以外的国家或地区以及香港特别行政区、澳门特别行政区、台湾地区接受治疗；
- (9) 药品处方的开具与国家食品药品监督管理总局批准的该药品说明书中所列明的适应症用法用量不符；
- (10) 未经科学或者医学认可的试验性或者研究性治疗及其产生的后果所产生的费用；
- (11) 未被治疗所在地权威部门批准的治疗，未获得治疗所在地政府许可或者批准的药品或者药物；
- (12) 被保险人用药时长符合慈善赠药申请条件，但因被保险人或者受益人未提交慈善赠药申请或者提交的慈善赠药申请材料不全导致慈善赠药申请未通过而发生的药品费用；
- (13) 在本公司指定或认可的医疗机构或本公司指定或认可的药店发生的特药医疗费用以外的其他医疗费用；
- (14) 在非本公司指定或认可的医疗机构，或在非本公司指定或认可的药店中购买的药品，或在非本公司指定或认可的医疗机构发生的任何药品费用；
- (15) 满足条件的药品费用之外的任何其他医疗费用。

发生上述第（1）项情形导致被保险人被确诊发生本合同列明的一种或多种特

¹⁵ **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。

¹⁶ **既往症**：指在保险人对其保险责任生效之前被保险人已知或应该知道的有关疾病或症状。通常有以下情况：

- (1) 在保险人对其保险责任生效之前，医生已有明确诊断，长期治疗未间断；
- (2) 在保险人对其保险责任生效之前，医生已有明确诊断，治疗后症状未完全消失，有间断治疗情况；
- (3) 在保险人对其保险责任生效之前，未经医生诊断和治疗，但症状明显且持续存在，以普通人医学常识应当知晓。

¹⁷ **遗传性疾病**：指生殖细胞或受精卵的遗传物质（染色体和基因）发生突变或畸变所引起的疾病，通常具有由亲代传至后代的垂直传递的特征。

¹⁸ **先天性畸形、变形或染色体异常**：指被保险人出生时就具有的畸形、变形或染色体异常。先天性畸形、变形和染色体异常依照世界卫生组织《疾病和有关健康问题的国际统计分类》（ICD-10）确定。

¹⁹ **感染艾滋病病毒或患艾滋病**：艾滋病病毒指人类免疫缺陷病毒，英文缩写为 HIV。艾滋病指人类免疫缺陷病毒引起的获得性人类免疫缺陷综合征，英文缩写为 AIDS。在人体血液或其他样本中检测到艾滋病病毒或其抗体呈阳性，没有出现临床症状征的，为感染艾滋病病毒；如果同时出现了明显临床症状或体征的，为患艾滋病。

²⁰ **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，以政府宣布为准。

²¹ **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。

²² **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。

²³ **暴乱**：指破坏社会秩序的武装骚动，以政府宣布为准。

定恶性肿瘤的，本合同终止，本公司向被保险人退还未满期净保险费²⁴；发生上述第（2）至（7）项情形之一导致被保险人被确诊发生本合同列明的一种或多种特定恶性肿瘤的，本合同终止，本公司向投保人退还未满期净保险费。

2.4.2 其他免责条款

除“2.4.1 一般责任免除”外，本合同还有一些免除本公司责任的条款，详见“1.4 犹豫期”、“2.3 保险责任”、“3.2 保险事故通知”、“3.3 保险金申请”、“4.2 续保”、“6.1 明确说明与如实告知”、“6.3 年龄错误”、“附表一”中背景突出显示的内容；“2.3.1 特定恶性肿瘤疾病保险责任”中脚注背景突出显示的内容。

3 保险金申领

3.1 受益人

除另有约定外，本合同的特定恶性肿瘤疾病保险金和特药医疗费用保险金的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当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。

3.3.1 特定恶性肿瘤疾病保险金申请

受益人需作为申请人填写保险金给付申请书，并向本公司提供下列证明文件、资料原件：

（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）所能提供的与确认保险事故的性质、原因、伤害程度等有关的其他证明和资料。

²⁴未到期净保险费：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到期净保险费= $P \times (1 - N \div M) \times (1 - 35\%)$ ，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到期净保险费= $P \times (1 - N \div M) \times (1 - 35\%)$ ，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。

- 3.3.2 特药医疗费用保险金申请** 受益人需作为申请人填写保险金给付申请书，并向本公司提供下列证明文件、资料原件：
- (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被保险人诊断证明(病理诊断或加盖医务处公章或具有同等效力公章的临床诊断)、本公司指定或认可的药店出具的药品费用收据或者发票，本公司留存其原件；
 - (3) 本公司合作的药店出具的药品费用清单、本公司指定或认可的医疗机构出具的被保险人的处方、门诊及住院病历、入出院记录以及与诊断证明相关的病理显微镜检查、血液检验及其他科学方法检验报告；
 - (4) 如果已从其他途径获得了补偿，则须提供从其他途径报销的凭证，本公司留存其原件；
 - (5) 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。
- 对于本公司已经与本公司合作的药店直接结算的药品费用，本公司不再接受受益人对该部分保险金的申请。
- 3.4 代理申请及其他** 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 10 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保险金的诉讼时效期间为 2 年，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** 投保人应当按照本合同约定的交费方式向本公司交纳保险费。保险费的交纳日以款项到达本公司账户之日为准。分期支付保险费的，在交纳首期保险费后，投保人应当在每个保险费约定交纳日交纳其余各期保险费。
- 4.2 续保** 本合同保险期间届满时，投保人可向本公司申请续保本合同。续保不重新计算等待期。
- 在本合同保险期间内，被保险人在等待期后在本公司指定或认可的医疗机构由专科医生确诊初次发生本合同列明的一种或多种特定恶性肿瘤后，经本公司审核同意，您可为被保险人继续投保本合同特药医疗费用保险责任一次。
- 本公司有权根据被保险人的年龄、医疗费用通胀水平、本保险合同整体经营状况调整被保险人在续保时的费率，但费率调整适用于本合同的所有被保险人或同一投保年龄段的所有被保险人，本公司不会因为某一被保险人的健康状况变化或历史理赔情况而单独调整该被保险人的续保费率。在投保人接受费率调整的前提下，本公司方可为投保人办理续保手续。
- 本合同期满后30日内，经投保人申请，本公司签发保单，视同为同意续保。续保保单和上年度保单的保险期间在时间上不间断。本合同期满后30日内，因投保人未申请续保本合同或未交纳续保保费的，视为放弃续保权利。投保人需重新申请投保，经本公司审核同意后签发保单，且需重新计算等待期。
- 如被保险人超过 105 周岁或者本合同统一停售，本公司不再接受投保人续保请求。
- 如投保人或被保险人有损害本公司利益的欺诈行为，或投保人未履行如实告知义务、未按时交纳保险费，本公司有权拒绝被保险人的续保请求。

5 合同解除

- 5.1 解除合同的手续及风险** 本合同成立后，投保人可申请解除合同。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。
- 投保人在犹豫期后解除合同会遭受一定损失。本公司根据本合同已给付保险金或承担给付保险金责任的，不退还本合同保险单的未满期净保险费。

6 其他事项

- 6.1 明确说明与如实告知** 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。
- 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 本公司合同解除权的限制** 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。自本合同成立之日起超过 2 年的，本公司不得解除合同；发生保险事故时，我们承担给付保险金的责任。
- 6.3 年龄错误** 投保人在申请投保时，应将与有效身份证件相符的被保险人的出生日期或周岁年龄在投保单或其他投保文件上填明，若发生错误按照下列方式办理：
- (1) 投保人申报的被保险人年龄不真实，并且其真实年龄不符合本合同约定投保年龄限制的，本公司有权取消该被保险人的被保资格，并向投保人退还相应未到期净保险费。本公司行使被保险人的被保资格取消权适用“6.2 本公司合同解除权的限制”的规定。
- (2) 投保人申报的被保险人年龄不真实，致使投保人实交保险费少于应交保险费的，本公司有权更正并要求投保人补交保险费，但若已经发生保险事故，本公司有权按实收保险费占应交保险费的比例给付第 2 部分“提供的保障”约定的保险金。
- (3) 投保人申报的被保险人年龄不真实，致使投保人实交保险费多于应交保险费的，本公司会将多收的保险费无息退还给投保人。
- 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，并由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。
- 6.5 联系方式变更** 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变更时，请及时以书面形式或投保人与本公司约定的其他形式通知本公司。若投保人未通知本公司，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

本合同履行过程中，双方发生争议时，可以从下列两种方式中选择一种争议处理方式：

（1）因履行本合同发生的争议，由双方协商解决，协商不成的，提交本合同约定的仲裁委员会仲裁；

（2）因履行本合同发生的争议，由双方协商解决，协商不成的，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：处方审核及购药流程（在本公司指定或认可的药店购买药品）

在本合同保险期间内，被保险人在等待期后经本公司指定或认可的医疗机构确诊初次发生本合同所列的一种或多种特定恶性肿瘤，在该特定恶性肿瘤的治疗过程中，根据专科医生开具的用于治疗该特定恶性肿瘤的药品处方购药的，如果被保险人须在本公司指定或认可的药店购买上述药品处方中所列明的药品，且该药品属于本公司指定的药品清单中的药品，须按照以下流程进行授权申请、药品处方审核、药品自取、送药上门服务及慈善赠药申请：

（1） 授权申请

在本公司指定或认可的药店购买本公司指定的药品清单中的药品须进行授权申请。

被保险人或者受益人作为申请人向本公司提交特定恶性肿瘤药品授权申请（以下简称“授权申请”），并按照本公司要求提交相关授权申请材料，主要包括与被保险人相关的个人信息、诊断证明、与诊断证明相关的检查检验报告、药品处方及其他所需要的医学材料。

如果申请人未提交授权申请或者授权申请审核未通过，本公司不承担给付特药医疗费用保险金的责任。

（2） 药品处方审核

在本公司指定或认可的药店购买本公司指定的药品清单中的药品须进行药品处方审核。

本公司安排授权的第三方服务商对您进行药品处方审核。对于药品处方审核中，申请人授权申请时提交的与被保险人相关的医学材料不足以支持药品处方审核，或者医学材料中相关的科学方法检验报告结果不支持药品处方的开具，本公司有权要求客户补充其他与药品处方审核相关的医学材料。

如果申请人的药品处方审核未通过，本公司不承担给付特药医疗费用保险金的责任。

（3） 药品自取、送药上门服务

送药上门服务仅限在本公司指定或认可的药店购买本公司指定的药品清单中的药品。

药品处方审核通过后，申请人须从本公司指定或认可的药店名单选定购药药店，本公司将会提供购药凭证。申请人须在购药凭证生成后的 30 日内完成到店自取或送药上门服务预约，取药时需提供药品处方、购药凭证、被保险人的有效身份证件及被保险人的中华人民共和国社会保障卡（仅特定目录内药品需提供）。

（4） 慈善赠药申请

本公司指定的药品清单中有慈善赠药项目的药品须进行慈善赠药申请。

如果被保险人用药时长符合本公司指定或认可的慈善机构援助项目赠药（以下简称“慈善赠药”）申请条件，本公司将通知申请人并安排授权的第三方服务商协助申请人进行申请材料准备，申请人须提供申请慈善赠药合理且必需的材料。慈善赠药项目审核通过后，申请人须到慈善赠药项目的指定药店领取赠药；如果申请人未通过慈善赠药项目审核，申请人须按照上述第（2）条的约定重新进行药品处方审核。

本公司指定或认可的慈善机构指依法成立、符合《中华人民共和国慈善法》规定，以面向社会开展慈善活动为宗旨的非营利性组织机构。慈善机构可以采取基金会、社会团体、社会服务机构等组织形式。

[本页内容结束]

《复星联合药神一号疾病保险》药品清单

药品分类	靶向药物分子名	
目录内	阿法替尼	埃克替尼
	奥希替尼	厄洛替尼
	安罗替尼	吉非替尼
	克唑替尼	贝伐珠单抗
	阿昔替尼	达沙替尼
	培唑帕尼	拉帕替尼
	瑞戈非尼	利妥昔单抗
	舒尼替尼	尼妥珠单抗
	维莫非尼	硼替佐米
	西妥昔单抗	曲妥珠单抗
	尼洛替尼	索拉非尼
	伊布替尼	伊马替尼
	阿比特龙	依维莫司
	阿帕替尼	重组人血管内皮抑制素
目录外	艾乐替尼	仑伐替尼
	奥拉帕尼	达克替尼
	哌柏西利	阿特朱单抗
	芦可替尼	帕妥珠单抗
	纳武单抗	呋喹替尼
	帕博利珠单抗	吡咯替尼
	特瑞普利单抗	信迪利单抗

注：

1. 本公司保留对药品清单进行变更的权利，将根据医疗水平的发展对药品清单进行更新，药品清单以本公司最新公布信息为准。
2. 药品分类以药品处方开具时《国家基本医疗保险、工伤保险和生育保险药品目录》的有效版本为准。
3. 上述药品的适应症以国家食品药品监督管理总局批准的药品说明书为准。

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、投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:测试	性别:女	出生日期:1995年08月27日	与被保险人关系:本人
	回访电话:13800138000	移动电话:13800138000	固定电话:	
	证件名称:身份证	证件号码:888888888888888888	有效期至:2022年03月17日	
	国籍:中国	职业名称:家族主妇、主夫	职业代码:2001002	
	工作单位:	E-mail:chanpin-test@huize.com		
	通讯地址:广东省深圳市南山区粤海路动漫园3栋5楼	邮政编码:000000		

被保险人	姓名:测试	性别:女	出生日期:1995年08月27日	联系电话:13800138000
	国籍:中国	现住址:广东省深圳市南山区粤海路动漫园3栋5楼	邮政编码:000000	
	证件名称:身份证	证件号码:888888888888888888	有效期至:2022年03月17日	
	工作单位:	职业名称:家族主妇、主夫	职业代码:2001002	

身故受益人信息

身故受益人姓名	性别	是被保险人的	证件号码	受益顺序	受益比例

保险计划

险种名称	基本保险金额	交费频次	交费期间	首期核定后保费
复星联合药神一号疾病保险		趸交	一次交清	
特药医疗费用保险责任	1000000			90.00
				首期保险费合计:90.00
首期保险费合计:90.00	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:一次交清		

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。

个人税收居民身份声明:

投保人确认本保单下投保人、被保险人、受益人均仅为中国税收居民。

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。

被保险人健康告知

请提供“是”或“否”的答案。对未成年被保险人，请被保险人的父母代为回答。投保人应在对所有被保险人健康和职业状况充分了解的基础上履行如实告知义务。如被保险人健康和职业状况与下述告知内容不符：

(1) 本公司有权不同意承保或解除合同；

(2) 如发生保险事故，本公司不承担赔偿或给付保险金的责任，对于故意不如实告知的，不退还保险费。

1、您最近2年内是否因健康异常发生过住院或手术，或由体检医师或医生给您提出住院或手术的建议？

2、您是否抽烟大于400支年（支年=每日吸烟支数*烟龄），或被医生提出吸烟、饮酒的建议或警告？

3、过去2年中，您是否在3个月内因不明原因导致的体重增加或减少超过5公斤（因未成年人正常生长发育或健身运动、分娩导致的除外）？

4、您是否在投保或复效其他人身险产品时被拒保、延期、加费或除外责任承保，或曾经申请过寿险、重疾险理赔，或最近1年累计投保重疾险产品保额超过100万？

5、您是否从事或经常参与任何危险的运动或赛事（如跑酷、赛车、海拔3000米以上登山、室外攀岩、滑雪、潜水、跳伞、蹦极、驾驶航空机具以及其它危险运动或赛事），或计划前往战乱、政局动荡国家或地区？

6、您是否曾经或正在使用迷幻剂、毒品或其他违禁药物，是否有麻醉剂成瘾、酒精或药物滥用成瘾，或在最近1年内因病连续服药超过30天？

7、在过去2年内您是否存在以下一项或几项检查结果异常，被建议随诊、复检或进一步检查：血液、尿液检查、心电图、影像学检查（X光、B超、CT、核磁共振）、内窥镜、细胞学检查、病理活检、眼底检查等？

8、您是否患有或曾患有下列疾病或症状，或因下列疾病而接受检查或治疗？

(1) 先天性疾病、职业病、身体或智力残疾、失聪、失明或高度近视1000度以上；

(2) 心脑血管疾病（高血压、冠心病、主动脉狭窄、肺动脉高压、脑血管瘤或畸形、脑中风、心肌梗塞/缺血、心瓣膜病、心肌病、心功能不全、肺心病）；

(3) 呼吸系统疾病（慢性支气管炎、肺结节、胸膜粘连、胸腔积液、肺气肿、哮喘、肺结核、肺栓塞、肺纤维化、慢性阻塞性肺病、呼吸功能衰竭）；

(4) 内分泌或免疫系统疾病（糖尿病、甲状腺功能亢进症、甲状腺功能减退症、甲状腺结节、原发性醛固酮增多症、嗜铬细胞瘤、系统性红斑狼疮、肌营养不良、强直性脊柱炎、风湿或类风湿关节炎）；

(5) 消化系统疾病（肝炎病毒感染或携带、肝硬化、胰腺炎、萎缩性胃炎、胃或

十二指肠溃疡、溃疡性结肠炎、克隆氏病)；

(6) 泌尿系统疾病 (肾炎、肾积水、肾病综合症、肾功能不全、肾动脉狭窄、多囊肾)；

(7) 血液系统或淋巴系统疾病 (贫血、白血病、血友病、骨髓增生异常综合症、何杰金氏病、非何杰金氏淋巴瘤)；

(8) 精神或神经系统疾病 (抑郁症、焦虑症、精神分裂症、酒精或药物滥用、癫痫、帕金森氏症、阿尔兹海默病、重症肌无力、多发性硬化、脑部或脊髓病变)；

(9) 癌症或任何肿瘤、原位癌、癌前病变、黑痣增大、未明确为良性的息肉、囊肿、结节、肿块、包块、占位、赘生物，HIV病毒携带或感染、艾滋病。

9、您是否为：

(1) 从事如下涉及或接触危险物职业：矿工、航海、海上救护、潜水、水下作业人员、爆破工、采掘工、隧道坑道或井下作业机械加工业搬运工、电讯电台及电力部门天线设施的制造、安装、维修人员、硫酸盐酸或硝酸等有毒化工品制造人员、森林砍伐人员、火药爆竹制造及加工、液化气体制造、高压电工程作业人员、高空作业人员、战地记者、高空杂技、特技、武打演员、动物园驯兽师；

(2) 现役军、警人员：防暴警察及负有特殊任务者、地面部队人员、水兵、空军飞行员、前线军人、特种兵 (伞兵、海军陆战队、化学兵、布雷爆破任务兵)；

(3) 曲棍球、橄榄球球员、滑雪教练、滑雪运动员。

10、您的父母或兄弟姐妹是否有人患过以下疾病：卵巢癌或乳腺癌 (仅对女性被保险人)、大肠癌、糖尿病、多发性硬化症、多囊肾性疾病？

11、15周岁以上女性告知：

(1) 您是否为高龄产妇 (35周岁以上) 或怀孕28周以上或存在妊娠并发症？

(2) 您是否曾/正患有以下症状或疾病：乳房肿块/结节、阴道不规则流血、子宫肌瘤、子宫内膜异位症、子宫内膜增生、卵巢囊肿、宫颈上皮内瘤变 (CIN)、TCT或HPV阳性、重度宫颈炎、葡萄胎或妊娠滋养系统疾病？

12、婴幼儿告知 (2周岁及以下告知)：

(1) 被保险人出生时体重是否小于2.5公斤？

(2) 是否有早产、抽搐、窒息、缺氧、畸形、发育迟缓、脑瘫、智能障碍、听力障碍、其他残障、反复气喘、遗传或先天性疾病？

说明：针对问题1所述住院治疗或手术不包含咽喉炎、鼻炎、扁桃体炎、肺炎、上呼吸道感染、阑尾炎、脂肪瘤、骨折 (非头部、脊柱或骨盆等部位)、颈椎疾病 (无椎间盘突出、关节错位或神经系统并发症)、急性胃炎、胆囊炎、顺产、剖腹产等已出院且痊愈。

部分为是

以上全否

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

疾病门诊医疗	1、2、3、6、12	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
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	

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:0000000000000000

保险费收费凭证

投保人: 测试	保险合同号: W0000000000000000
保险费交至日期: 一次交清	保险合同生效日期: 2020-05-27
保险产品名称	保费合计
复星联合药神一号疾病保险	90.00
保险费合计金额: (大写) 人民币玖拾元整 (小写) ¥90.00	
	
承保机构: 互联网业务部	

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。



FOSUN HEALTH

复星联合健康保险



客户服务热线
4006-11-7777

总公司地址：广州市天河区华穗路406号
之一17楼自编01-03单元
www.fosun-uhf.com



公司官网



公司官微