

《泰康泰享年年医疗保险（费率可调）》

产品说明书

风险提示

泰康人寿保险有限责任公司《泰康泰享年年医疗保险（费率可调）》为费率可调的长期医疗保险产品，在保证续保期间内费率可能调整。

本产品说明书仅针对《泰康泰享年年医疗保险（费率可调）》。在本产品说明书中，“您”指投保人，“我们”、“本公司”均指在保险单上签章的泰康人寿保险有限责任公司的分公司，“本产品”、“本保险”均指我们提供的“泰康泰享年年医疗保险（费率可调）产品”，“本合同”指您与我们之间订立的“泰康泰享年年医疗保险（费率可调）合同”，“被保险人”指本合同的被保险人。

为方便您了解和购买本产品，请您仔细阅读本产品说明书：

一、产品特色

提供长期医疗保障：本产品为费率可调的费用报销型长期医疗保险，含有保证续保条款且保证续保期间为 20 年。

满足多样化医疗保障需求：本产品承担特定疾病住院津贴保险金、特定疾病医疗保险金及非因特定疾病医疗保险金，满足客户对高额医疗费用的保障需求。

家庭保单费率优惠：本产品为家庭保单（投保人的三个及以上家庭成员同时投保）提供 95 折费率优惠。

二、保险责任

在本合同保险期间内，我们承担的保险责任概括如下：

保险责任的具体内容以产品条款约定为准。

保险期间	1 年			
保证续保期间	20 年			
等待期	90 日			
犹豫期	15 日			
保障区域	中国境内（不含香港、澳门、台湾）			
保险责任及责任描述				
保险责任	责任描述			
特定疾病*住院津贴保险金	特定疾病住院津贴保险金=实际住院天数×特定疾病住院日额			
医疗 保 险 金	特定疾病 医疗保 险金	0 免赔额	适用情形	给付比例
			如果被保险人以拥有基本医疗保险、公费医疗的状态投保，且以参加基本医疗保险、公费医疗的身份就诊并结算	100%
	非因特定 疾病医 疗保 险金	年度免赔额 1 万元	如果被保险人以拥有基本医疗保险、公费医疗的状态投保，但未以参加基本医疗保险、公费医疗的身份就诊并结算	60%
如果被保险人以无基本医疗保险、公费医疗的状态投保			100%	

注*：本合同所定义的特定疾病共有 123 种，其中 28 种特定疾病为中国保险行业协会发布的《重大疾病保险的疾病定义使用规范（2020 年修订版）》（以下简称“规范”）规定的重度疾病，其中 3 种特定疾病为“规范”规定的轻度疾病，且疾病名称和疾病定义与“规范”一致，其他特定疾病为“规范”规定范围之外的疾病。

本合同的保障计划表如下：

泰康泰享年年医疗保险（费率可调）保障表					
（以下所有金额均以人民币计算，单位为元）					
医院类别			泰康自有医院、二级及以上公立医院普通部（不含其附属的国际医疗、特需医疗、贵宾医疗、外宾医疗或者相类似的部门和科室）		
保证续保期间内给付限额	特定疾病住院津贴保险金		36,000		
	医疗保险金		8,000,000		
年度给付限额	特定疾病住院津贴保险金		18,000		
	特定疾病医疗保险金		4,000,000		
	非因特定疾病医疗保险金		2,000,000		
基本保险金额*			4,000,000		
年度免赔额	特定疾病医疗保险金		0		
	非因特定疾病医疗保险金		10,000		
一、特定疾病住院津贴保险金			特定疾病住院日额	100	
二、特定疾病合理医疗费用	1. 特定疾病住院医疗费用	(1) 床位费及膳食费	日限额	1,000	
		(2) 材料费	年限额	200,000	
		(3) 监护人陪护床位费、重症监护室床位费、药品费、治疗费、护理费、检查化验费、手术相关费用、医生费（诊疗费）、救护车使用费	年限额	不设单项最高限额	
	2. 特定疾病特殊门诊医疗费用	(1) 门诊恶性肿瘤治疗费，门诊恶性肿瘤治疗包括化学疗法、放射疗法、肿瘤免疫疗法、肿瘤内分泌疗法、肿瘤靶向疗法	年限额	200,000	
		(2) 门诊肾透析费		200,000	
		(3) 器官移植后的门诊抗排异治疗费		不设单项最高限额	
		(4) 门诊手术治疗费		不设单项最高限额	
3. 特定疾病住院前后门急诊医疗费用	年限额	100,000			
三、非因特定疾病合理医疗费用	1. 非因特定疾病住院医疗费用	(1) 床位费及膳食费	日限额	1,000	
		(2) 材料费	年限额	100,000	
		(3) 监护人陪护床位费、重症监护室床位费、药品费、治疗费、护理费、检查化验费、手术相关费用、医生费（诊疗费）、救护车使用费	年限额	不设单项最高限额	
	2. 非因特定疾病特殊门诊医疗费用	(1) 门诊肾透析费	年限额	100,000	
		(2) 器官移植后的门诊抗排异治疗费		不设单项最高限额	
		(3) 门诊手术治疗费		不设单项最高限额	
	3. 非因特定疾病住院前后门急诊医疗费用	年限额	50,000		

注*：本合同保险期间内累计的特定疾病医疗保险金与非因特定疾病医疗保险金之和以基本保险金额为限。

三、责任免除

因下列情形之一导致被保险人发生保险事故或者发生医疗费用的，我们不承担保险责任，且该次发生的医疗费用不计入本合同保险期间内累计的合理医疗费用，该次从其他途径已获得的医疗费用补偿不计入本合同保险期间内累计的从其他途径已获得的医疗费用补偿：

- (1) 在中国境外的国家或者地区接受治疗；
- (2) 未书面告知的既往症、本合同特别约定除外的疾病；
- (3) 非医院收取的医疗费用、未经医生开具的处方或者申请单而自行发生的医疗费用、医生开具的超过 30 天部分的药品费用；
- (4) 遗传性疾病，先天性畸形、变形或染色体异常；
- (5) 性病、精神和行为障碍（以世界卫生组织（WHO, World Health Organization）颁布的《疾病和有关健康问题的国际统计分类》第十次修订版（ICD-10）为准）；
- (6) 不孕不育治疗、避孕、节育（含绝育）、子宫体腔内妊娠、产前产后检查、流产、堕胎、分娩（含难产）、变性手术、人体试验、人工生殖，或者由前述任一原因引起的并发症；
- (7) 疗养、康复治疗、心理治疗、美容、矫形、视力矫正手术、牙齿治疗、非意外事故所致的整容手术、医用康复器械、体外或者植入的医疗辅助装置或者用具（义齿、义肢、义眼、义乳、眼镜或者隐形眼镜等）及其安装费用；
- (8) 投保人对被保险人的故意杀害、故意伤害；
- (9) 被保险人故意自伤、自杀（但被保险人故意自伤、自杀时为无民事行为能力人的除外）；
- (10) 被保险人挑衅或者故意行为而导致的打斗、被袭击、被谋杀；
- (11) 被保险人从事下列高风险运动：潜水、跳伞、攀岩、蹦极、驾驶滑翔机或者滑翔伞、探险、摔跤、武术比赛、特技表演、赛马、赛车；
- (12) 战争、军事行动、暴乱、武装叛乱、核爆炸、核辐射、核污染；
- (13) 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；
- (14) 未获得中华人民共和国国家或者地方政府主管部门批准的治疗或者药物；
- (15) 各类医疗鉴定，包括但不限于医疗事故鉴定、精神病鉴定、孕妇胎儿性别鉴定、验伤鉴定、亲子鉴定、遗传基因鉴定费用；
- (16) 质子治疗、重离子治疗、中子治疗；
- (17) 基因疗法、细胞免疫疗法。

被保险人在下列期间内发生保险事故的，我们不承担保险责任，且该次发生的医疗费用不计入本合同保险期间内累计的合理医疗费用，该次从其他途径已获得的医疗费用补偿不计入本合同保险期间内累计的从其他途径已获得的医疗费用补偿：

- (1) 被保险人感染艾滋病病毒或患艾滋病（但符合本合同特定疾病定义中因职业关系导致的感染艾滋病病毒或患艾滋病、经输血导致的感染艾滋病病毒或患艾滋病、因器官移植原因导致的感染艾滋病病毒或患艾滋病定义的不在此限）；
- (2) 被保险人故意犯罪、抗拒依法采取的刑事强制措施、被政府依法拘禁或者服刑；
- (3) 被保险人醉酒，服用、吸食或注射毒品，违反规定使用麻醉或者精神药品；

(4) 被保险人酒后驾驶、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。

除上述“责任免除”外，本合同中还有一些免除本公司责任的条款，如“等待期”、“保险责任”、“补偿原则”、“保险事故通知”、“效力中止”、“保证续保”、“明确说明与如实告知”、“年龄性别错误”、“被保险人基本医疗保险或者公费医疗状态错误”、“职业或者工种的确定与变更”、“特定疾病定义”、“释义”及其他以黑体字体显示的内容。

四、保证续保

本保险的保证续保期间为 20 年，自您首次投保本保险的合同生效日零时开始生效，如果您中断投保后又再次投保本保险的，将视为重新投保，本保险的保证续保期间自中断后再次投保本保险的合同生效日零时开始生效。

若您选择了自动申请续保，在保证续保期间内的每一保险期间届满之前，若我们未收到您停止继续投保本保险的书面通知，在按续保时对应的费率收取保险费后，我们将按保证续保期间开始时约定的承保条件为您续保本合同。每次续保，均按前述规则类推。

若您未选择自动申请续保，且未在本合同期满日前向我们提出继续投保本保险的书面申请的，本合同自期满日的 24 时起效力终止。

每一保证续保期间届满之前，若您要继续享有本保险提供的保障，您需要向我们提出继续投保本保险的书面申请。经我们审核做出同意您继续投保本保险决定，且经您与我们协商并达成协议的，在按继续投保本保险时对应的费率交纳保险费后，本合同将延续有效且进入下一个保证续保期间。如果经审核，我们做出不同意您继续投保本保险决定的，我们将以书面形式通知您，本合同自该保证续保期间届满日的 24 时起效力终止。

保证续保期间内，若发生下列情形之一，本合同不再续保且保证续保将自行终止，您在下列任一情形之后的投保或者续保申请，均视为重新投保：

- (1) 被保险人所变更的职业或者工种依照我们职业分类在本合同拒保范围内；
- (2) 在上一保险期间届满时，您未按照本合同的约定在新续保合同的宽限期内交纳新续保合同的保险费；
- (3) 发生投保人不如实告知或者投保人、被保险人、受益人欺诈等其他不符合续保条件的情形。

每一保证续保期间届满时，若发生下列情形之一，我们不再接受您继续投保本保险的申请：

- (1) 被保险人的年龄超过 80 周岁；
- (2) 本保险已停售；
- (3) 未通过上述继续投保本保险的审核。

五、保险费率调整

1、保险费率调整的依据

保险费率调整的触发条件的具体指标中的一项或者多项发生变化，导致发生以下一种或者多种情形时，我们有权决定是否调整保险费率：

- (1) 上一年度本保险赔付率超过 75%；
- (2) 上一年度本保险赔付率高于行业平均赔付率。

若上一年度本保险赔付率低于 85%，且低于行业平均赔付率 10 个百分点及以上，我们当年度不上浮本保险的费率。

保险费率调整的触发条件的具体指标包括：

- （1） 社会平均医疗服务的成本或者使用情况发生变化；
- （2） 国家卫生政策、医保政策或者其他相关政策发生重大变化；
- （3） 本保险实际赔付情况发生变化。

2、保险费率调整的流程及您获知相关信息的途径

我们会将保险费率调整情况在泰康人寿官网（www.taikanglife.com）“公开信息披露”专栏的“专项信息”栏目下设“长期医疗保险”子栏目中公示 30 个自然日，并说明该次保险费率调整的生效时间，同时以书面形式或者双方认可的其他形式通知您，通知形式在保险单上载明。

我们将在保险费率调整生效后的首个新续保合同生效日前 45 日以书面形式或者双方认可的其他形式通知您，并说明保险费率调整的原因、保险费率调整的决策流程及保险费率的调整结果，通知形式在保险单上载明。

3、产品上市销售时间、首次保险费率调整时间，后续保险费率调整的时间间隔以及每次保险费率调整上限

本保险的首次保险费率调整的时间不早于本保险上市销售之日起满 3 年，每次保险费率调整的时间间隔不短于 1 年。

我们会在泰康人寿官网（www.taikanglife.com）“公开信息披露”专栏的“专项信息”栏目下设“长期医疗保险”子栏目中披露本保险的上市销售日期。本保险的上市销售日期是指本保险最早可被购买的日期，不是本合同的生效日。

每次保险费率调整不超过调整前保险费率的 30%。

保险费率调整适用于本保险的所有被保险人或者同一风险组别的所有被保险人。我们不会因为单个被保险人健康状况的差异实行差别化的保险费率调整政策。

4、投保人对于保险费率调整的权利、义务

您为被保险人续保本合同时，须自该次保险费率调整生效后的首个新续保合同的生效日起按照新的保险费率支付保险费，该次保险费率调整生效前您已经支付的保险费不受该次保险费率调整的影响。

如果您不接受保险费率调整且要求解除本合同，我们将按照本合同的约定为您办理解除合同的手续。如果您不接受保险费率调整且不再继续投保本合同，您须在本合同期满日前以书面形式通知我们，本合同自期满日的 24 时起效力终止。

六、您解除合同的手续及风险

如果被保险人未发生保险事故，且您在犹豫期后要求解除本合同，您须填写解除合同申请书，并向我们提供下列资料的原件：

- （1） 本合同；
- （2） 您的有效身份证件。

自我们收到前述材料时起，本合同终止。我们自收到解除合同申请书之日起 30 日内向您退还本合同终止时的现金价值。

您在犹豫期后解除合同会遭受一定损失。如果已发生保险金给付的，您不得要求解除本合同。

七、案例演示

1、本产品提供的保障

投保人王某为被保险人李某（30 周岁、男性、有基本医疗保险和除本合同之外的商业性费用补偿型医疗保险）购买本保险。本保险的上市销售日期为 2021 年 3 月 15 日，假设本合同的生效日为 2021 年 3 月 16 日，本合同的保险期间为 1 年，自 2021 年 3 月 16 日零时开始，至 2022 年 3 月 15 日 24 时止。被保险人在本合同保险期间内共计发生三次治疗，每次治疗情况及医疗费用情况具体如下：

治疗编号	首次治疗	第二次治疗	第三次治疗
治疗时间	2021 年 7 月 1 日至 2021 年 8 月 7 日	2021 年 10 月 1 日至 2021 年 10 月 27 日	2021 年 12 月 1 日至 2021 年 12 月 25 日
治疗项目	因特定疾病住院	非因特定疾病住院	非因特定疾病住院
实际发生的医疗费用	12 万元	8 万元	6 万元
合理医疗费用	11.8 万元	7.7 万元	5.5 万元
是否以参加基本医疗保险的身份就诊并结算	是	是	否
从基本医疗保险、公费医疗、政府主办补充医疗等非商业保险途径已获得的医疗费用补偿金额	3 万元	2 万元	0 万元
是否已从除本合同之外的商业性费用补偿型医疗保险获得医疗费用补偿	否	是	是
从除本合同之外的商业性费用补偿型医疗保险已获得的医疗费用补偿金额	0 万元	1.5 万元	1 万元

则医疗保险金的计算方法如下：

(1) 被保险人首次治疗，因特定疾病住院，实际发生的医疗费用为 12 万元，其中合理医疗费用为 11.8 万元，本次治疗的特定疾病医疗保险金的计算方法如下：

- ① 本次治疗发生的特定疾病有效医疗费用：8.8 万元（特定疾病合理医疗费用 11.8 万元-从基本医疗保险、公费医疗、政府主办补充医疗等非商业保险途径已获得的特定疾病医疗费用补偿金额 3 万元）；
- ② 特定疾病医疗保险金的年度免赔额余额：0 万元；
- ③ 本次治疗对应的给付比例：被保险人以拥有基本医疗保险的状态投保，且以参加基本医疗保险的身份就诊并结算，因此，本次治疗对应的给付比例为 100%；

根据公式，本次治疗的特定疾病医疗保险金为 8.8 万元（（本次治疗发生的特定疾病有效医疗费用 8.8 万元-特定疾病医疗保险金的年度免赔额余额 0 万元）×本次治疗对应的给付比例 100%）。

- ④ 补偿原则：本次治疗按特定疾病医疗保险金的计算公式得到的特定疾病医疗保险金 8.8 万元+本次治疗从基本医疗保险、公费医疗、政府主办补充医疗等非商业保险途径已获

得的特定疾病医疗费用补偿金额 3 万元=11.8 万元，未超过被保险人本合同保险期间内实际发生的合理医疗费用 11.8 万元。

根据补偿原则，我们本次向受益人给付特定疾病医疗保险金 8.8 万元。

- (2) 被保险人第二次治疗，非因特定疾病住院，实际发生的医疗费用为 8 万元，其中合理医疗费用为 7.7 万元，本次治疗的非因特定疾病医疗保险金的计算方法如下：

- ① 本次治疗发生的非因特定疾病有效医疗费用：5.7 万元（非因特定疾病合理医疗费用 7.7 万元-从基本医疗保险、公费医疗、政府主办补充医疗等非商业保险途径已获得的非因特定疾病医疗费用补偿金额 2 万元）；
- ② 非因特定疾病医疗保险金的年度免赔额余额：1 万元（非因特定疾病医疗保险金的年度免赔额 1 万元-本合同保险期间内截至该次治疗前累计的非因特定疾病有效医疗费用 0 万元）；
- ③ 本次治疗对应的给付比例：被保险人以拥有基本医疗保险的状态投保，且以参加基本医疗保险的身份就诊并结算，因此，本次治疗对应的给付比例为 100%；

根据公式，本次治疗的非因特定疾病医疗保险金为 4.7 万元（（本次治疗发生的非因特定疾病有效医疗费用 5.7 万元-非因特定疾病医疗保险金的年度免赔额余额 1 万元）×本次治疗对应的给付比例 100%）。

- ④ 补偿原则：首次治疗的特定疾病医疗保险金 8.8 万元+第二次治疗按非因特定疾病医疗保险金的计算公式得到的非因特定疾病医疗保险金 4.7 万元+首次治疗从基本医疗保险、公费医疗、政府主办补充医疗等非商业保险途径已获得的特定疾病医疗费用补偿金额 3 万元+第二次治疗从基本医疗保险、公费医疗、政府主办补充医疗等非商业保险途径已获得的非因特定疾病医疗费用补偿金额 2 万元+第二次治疗从除本合同之外的商业性费用补偿型医疗保险获得的非因特定疾病医疗费用补偿金额 1.5 万元=20 万元，超过了被保险人本合同保险期间内实际发生的合理医疗费用共计 19.5 万元。

根据补偿原则，我们本次向受益人给付非因特定疾病医疗保险金 4.2 万元（按照被保险人实际发生的合理医疗费用扣除从其他途径的补偿金额后的余额给付非因特定疾病医疗保险金，即两次治疗实际发生的合理医疗费用共计 19.5 万元-两次治疗从基本医疗保险、公费医疗、政府主办补充医疗等非商业保险途径已获得的医疗费用补偿金额共计 5 万元-两次治疗从除本合同之外的商业性费用补偿型医疗保险获得的医疗费用补偿金额共计 1.5 万元-首次治疗的特定疾病医疗保险金 8.8 万元）。

- (3) 被保险人第三次治疗，非因特定疾病住院，实际发生的医疗费用为 6 万元，其中合理医疗费用为 5.5 万元，本次治疗的非因特定疾病医疗保险金的计算方法如下：

- ① 本次治疗发生的非因特定疾病有效医疗费用：5.5 万元（非因特定疾病合理医疗费用 5.5 万元-从基本医疗保险、公费医疗、政府主办补充医疗等非商业保险途径已获得的非因特定疾病医疗费用补偿金额 0 万元）；
- ② 非因特定疾病医疗保险金的年度免赔额余额：0 万元（本合同保险期间内截至该次治疗前累计的非因特定疾病有效医疗费用 5.7 万元>非因特定疾病医疗保险金的年度免赔额 1 万元）；
- ③ 本次治疗对应的给付比例：被保险人以拥有基本医疗保险的状态投保，但未以参加基本医疗保险的身份就诊并结算，因此，本次治疗对应的给付比例为 60%。

根据公式，本次治疗的非因特定疾病医疗保险金为 3.3 万元（（本次治疗发生的非因特定疾病有效医疗费用 5.5 万元-非因特定疾病医疗保险金的年度免赔额余额 0 万元）×本次治疗对

应的给付比例 60%)。

- ④ 补偿原则：首次治疗的特定疾病医疗保险金 8.8 万元+第二次治疗的非因特定疾病医疗保险金 4.2 万元+第三次治疗按非因特定疾病医疗保险金的计算公式得到的非因特定疾病医疗保险金 3.3 万元+首次治疗从基本医疗保险、公费医疗、政府主办补充医疗等非商业保险途径已获得的特定疾病医疗费用补偿金额 3 万元+第二次治疗从基本医疗保险、公费医疗、政府主办补充医疗等非商业保险途径已获得的非因特定疾病医疗费用补偿金额 2 万元+第二次治疗从除本合同之外的商业性费用补偿型医疗保险获得的非因特定疾病医疗费用补偿金额 1.5 万元+第三次治疗从除本合同之外的商业性费用补偿型医疗保险获得的非因特定疾病医疗费用补偿 1 万元=23.8 万元，未超过被保险人本合同保险期间内实际发生的合理医疗费用共计 25 万元。

根据补偿原则，我们本次向受益人给付非因特定疾病医疗保险金 3.3 万元。

因此，本合同保险期间内累计的医疗保险金为 16.3 万元（首次治疗的特定疾病医疗保险金 8.8 万元+第二次治疗的非因特定疾病医疗保险金 4.2 万元+第三次治疗的非因特定疾病医疗保险金 3.3 万元）。

2、保险费率调整情况演示表

本保险的上市销售日期为 2021 年 3 月 15 日，则本保险的首次保险费率调整的时间不早于 2024 年 3 月 15 日，且每次保险费率调整的时间间隔不短于 1 年。

李某，30 周岁、男性、有基本医疗保险，在本保险上市首日为自己购买了本保险，选择按年交纳保险费，不属于家庭保单。李某在前 10 个保险期间的应交年交保险费演示如下：

保险期间	被保险人年龄	产品上市销售时的保险费率	本次保险费率调整前的年交保险费	本次保险费率调整幅度	本次保险费率调整后的应交年交保险费(向下取整至元)
1	30	280	280	0%	280
2	31	369	369	0%	369
3	32	389	389	0%	389
4	33	404	404	5%	424
5	34	423	444	30% ^{注3}	577
6	35	448	611 ^{注4}	0%	611
7	36	454	618	0%	618
8	37	473	644	3%	663
9	38	507	711	0%	711
10	39	531	745	5%	782

上述保险费率调整情况的演示仅作为您可能面临的保险费率调整情况的参考，不代表本公司历史保险费率调整情况，也不代表本公司对未来保险费率调整的预期。

注 1：本保险上市 3 年内不进行保险费率调整，在本保险上市 3 年内投保人仅需依据产品上市销售时的保险费率表，根据所在保险期间被保险人的实际年龄、性别、基本医疗保险或者公费医疗状态、是否属于家庭保单和约定的保险费交纳方式交纳相应的保险费；

注 2：该保险费率调整演示的情形：

- 1) 假设由于国家卫生政策发生重大变化，保险费率在第 4 年上涨 5%，保险费率的调整适用于所有年龄、所有性别以及所有基本医疗保险或者公费医疗状态的被保险人；

- 2) 假设由于社会平均医疗服务的成本或者使用情况发生变化，保险费率在第 5 年上涨 30%；
- 3) 假设由于 37 周岁至 39 周岁男性被保险人的实际赔付情况发生变化，该年龄段的保险费率在第 8 年上涨 3%；
- 4) 假设由于本保险实际赔付情况发生变化，保险费率在第 10 年上涨 5%；

注 3：每次保险费率调整的幅度是不确定的，每次保险费率调整不超过调整前保险费率的 30%，该保险费率调整情况演示假设第 5 年的保险费率调整幅度达到该次保险费率调整的上限；

注 4：第 6 年的本次保险费率调整前的年交保险费为 611 元，计算演示如下：

截至第 6 年，保险费率已分别于第 4 年和第 5 年经历过两次调整。经第一次在第 4 年上涨 5% 后，35 周岁男性对应的调整后的年交保险费为 $448 \times 105\% = 470$ 元（向下取整）；经第二次在第 5 年上涨 30% 后，35 周岁男性对应的调整后的年交保险费为 $470 \times 130\% = 611$ 元（向下取整），因此本次保险费率调整前的年交保险费为 611 元。

本产品说明书内容仅供参考，具体内容以《泰康泰享年年医疗保险（费率可调）》条款为准。

本人已认真阅读并理解本产品条款及产品说明书。

投保人（签名）：

年 月 日