

保险建议书

谨致
丰女士

保险销售机构：

保险销售人员：

保险销售人员编号/执业证编号：

联系电话号码：

汇丰人寿保险有限公司
中国（上海）自由贸易试验区世纪大道8号汇丰银行大楼20楼2002单元，21楼2101单元
若需联络本公司各分支机构，敬请查询本公司网站以了解各分支机构的地址及详细信息

保险计划说明

汇丰汇爱牙齿科医疗保险

投保人信息

姓名：丰女士	性别：女	出生日期：XXXX年XX月XX日	年龄：XX周岁
--------	------	------------------	---------

被保险人信息

姓名：丰女士	性别：女	出生日期：XXXX年XX月XX日	年龄：XX周岁
--------	------	------------------	---------

投保险种信息

主险：

被保险人	产品名称	产品代码	参加基本医疗保险或公费医疗	保险期间	保险费
丰女士	汇丰汇爱牙齿科医疗保险	DIA	是	1年	XXX元

合计保险费 XXX 元

货币单位：[人民币（元）]

重要声明

- 本保险建议书自编印日期起 30 日内有效。
- 本保险建议书仅供您理解保险条款所用，并不构成保险合同的一部分；具体内容请以正式保险合同为准。

汇丰汇爱牙齿科医疗保险

以下对本汇丰汇爱牙齿科医疗保险合同简称“保险合同”，投保人简称为“您”，汇丰人寿保险有限公司简称为“我们”、“本公司”。

- **投保范围**

保险合同接受的被保险人的投保年龄范围为 3 周岁至 85 周岁。

- **保险期间**

保险合同的保险期间为 1 年，自保险合同生效日当日 24 时起至保障满期日 24 时止。保险合同的保障满期日以保险单所载的保障满期日为准。**保险合同不保证续保**，保险期间届满，您需要重新向我们申请投保。

- **交费方式**

您应当在投保时一次性交清保险费。

- **保障区域**

保险合同的保障区域仅为中国大陆，不包括港澳台地区。被保险人在保险合同约定的保障区域外进行就医的任何费用，不属于保险责任范围。

- **指定医疗机构及就诊预约**

保险合同保险期间内，被保险人须在首次接受保险合同附表《保障项目分类表》（以下简称“保险合同附表”）中约定的齿科治疗前从我们提供的齿科医疗机构列表中选择一家作为指定医疗机构并告知我们。

指定医疗机构一经选定在每一保险期间内不得变更。重新投保保险合同时，被保险人须重新指定医疗机构。

被保险人每次在指定医疗机构接受保险合同附表中约定的预防齿科治疗、基础齿科治疗及重大齿科治疗前，均应进行就诊预约，以便以被保险人身份在指定医疗机构就诊。

- **保险责任**

- **预防齿科医疗保险金**

若被保险人在指定医疗机构接受保险合同附表（具体内容请参见保险合同条款，下同）中约定的预防齿科治疗的，对于被保险人个人支付的**必须且合理**的预防齿科医疗费用，我们在**人民币 5000 元的给付限额**内按 100%的给付比例给付预防齿科医疗保险金。

- **基础齿科医疗保险金**

若被保险人在指定医疗机构接受保险合同附表中约定的基础齿科治疗的，对于被保险人个人支付的**必须且合理**的基础齿科医疗费用，我们在**人民币 1000 元的给付限额**内按 80%的给付比例给付基础齿科医疗保险金。

- **重大齿科医疗保险金**

若被保险人在指定医疗机构接受保险合同附表中约定的重大齿科治疗的，对于被保险人个人支付的**必须且合理**的重大齿科医疗费用，我们在**人民币 1000 元的给付限额**内按 70%的给付比例给付重大齿科医疗保险金。

- **意外齿科医疗保险金**

若被保险人因遭受意外伤害，且被保险人在意外伤害发生后的 14 日内经保险合同约定医院的医生诊断必须接受意外齿科治疗的，对于被保险人个人支付的**必须且合理**的意外齿科医疗费用，我们按下表约定的适用情形和给付比例，在给付限额内给付意外齿科医疗保险金。

适用情形		给付比例
被保险人以有公费医疗或基本医疗保险身份投保	被保险人本次就诊时已使用公费医疗、基本医疗保险	100%
	被保险人本次就诊时未使用公费医疗、基本医疗保险	80%
被保险人以无公费医疗且非基本医疗保险身份投保		100%

每一保险期间内，我们对被保险人累计给付意外齿科医疗保险金的给付限额为人民币 5000 元。

意外齿科医疗费用仅包括齿科外伤清创费用、齿科外伤缝合费用、齿科外伤拆线费用、外伤导致的牙周固定费用、外伤导致的齿科充填费用（不包括充填物自身费用）、外伤导致的拔牙费用以及因上述项目就诊产生的挂号费和检查费；且不包括美容目的的任何费用以及牙齿修复、做冠、种植相关的任何费用。

- **补偿原则**

若被保险人发生的属于保险责任范围内的齿科医疗费用已通过基本医疗保险（含大病保险）、公费医疗、工作单位、我们在内的任何商业保险机构以及其他机构或个人等途径获得补偿的，我们仅就获得补偿后的剩余部分按照保险合同的约定在给付限额内按给付比例承担相应的保险责任。

- **责任免除**

因下列情形之一导致被保险人发生齿科医疗费用的，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) 被保险人故意犯罪或者抗拒依法采取的刑事强制措施；
- (3) 被保险人故意自伤或自杀，但被保险人自杀时为无民事行为能力人的除外；
- (4) 被保险人主动吸食或注射毒品；
- (5) 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；
- (6) 被保险人未按约定进行就诊预约而直接在指定医疗机构接受保险合同附表中约定的预防齿科治疗、基础齿科治疗及重大齿科治疗的；
- (7) 被保险人在进行符合以下一项或多项标准的高风险活动过程中发生意外事故导致的齿科损伤：被保险人参加潜水、滑水、滑雪、滑冰，跳伞、攀岩、滑翔翼、驾驶滑翔机或滑翔伞、探险、摔跤、武术比赛、特技表演、赛马、赛车等高风险活动；
- (8) 被保险人在进行以下活动过程中发生意外事故导致的齿科损伤：被保险人参加为准备武术比赛、特技表演而开展的相关对抗性、竞技性训练。

- **其他免责情形**

除上述责任免除情形外，保险合同中还有一些免除我们责任的条款，详见保险合同背景突出显示的内容。

- **现金价值**

指保险单所具有的价值，通常体现为解除合同时根据精算原理计算的由我们退还的那部分金额。

现金价值的计算公式为：当期保险费 × (1 - 该保险费所保障的已经过日数 ÷ 该保险费所保障的日数) × (1 - 35%)，其中经过日数不足一日按一日计算。

- **合同解除**

在保险合同有效期内，您可以随时向我们提出书面申请解除合同（简称退保），并向我们提供下列证明和资料原件：

- (1) 您的有效身份证件；

(2) 其他本公司要求提供的证明和资料。

保险合同解除时未发生保险金给付的，自我们收到解除合同的书面申请时起，保险合同效力终止。我们自收到解除合同的书面申请之日起 30 日内向您退还保险合同效力终止之日的现金价值。

保险合同解除时已发生保险金给付或已发生保险合同约定的保险事故但尚未给付保险金的，我们不退还保险合同在合同终止之日的现金价值。保险合同解除后发生的保险事故我们不承担保险责任。您解除保险合同可能会遭受一定的损失。

声明：本人已认真阅读本保险建议书并理解以上事项。

投保人签名：_____ 签名日期：_____ 年 _____ 月 _____ 日

保险销售人员：_____ 签名日期：_____ 年 _____ 月 _____ 日