

保险建议书

谨致
丰先生

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

汇丰汇悦寰球高端医疗保险

投保人信息

| | | | |
|-----|----|-----------|------|
| 姓名 | 性别 | 出生日期 | 年龄 |
| 丰先生 | 男 | XXXX年X月X日 | XX周岁 |

被保险人信息

| | 姓名 | 与投保人关系 | 性别 | 出生日期 | 年龄 |
|---------|-----|--------|----|-----------|------|
| (主)被保险人 | 丰先生 | 本人 | 男 | XXXX年X月X日 | XX周岁 |
| 附属被保险人1 | 李女士 | 配偶 | 女 | XXXX年X月X日 | XX周岁 |
| 附属被保险人2 | 丰小丰 | 子女 | 男 | XXXX年X月X日 | XX周岁 |
| 附属被保险人3 | 丰丰小 | 子女 | 女 | XXXX年X月X日 | XX周岁 |
| 附属被保险人4 | 丰丰丰 | 子女 | 男 | XXXX年X月X日 | XX周岁 |
| 附属被保险人5 | 丰小小 | 子女 | 女 | XXXX年X月X日 | XX周岁 |

投保险种信息

| 被保险人 | 产品名称 | 产品代码 | 计划类别 | 年度免赔额 | 是否首次投保或保险期间届满后申请投保 | 参加基本医疗保险或公费医疗 | 保险期间 | 保险费 |
|------|--------------|------|------|---------|--------------------|---------------|------|---------|
| 丰先生 | 汇丰汇悦寰球高端医疗保险 | HEM | 神州C | 0元 | 是 | 是 | 1年 | XX,XXX元 |
| 李女士 | 汇丰汇悦寰球高端医疗保险 | HEM | 神州C | 10,000元 | 是 | 否 | 1年 | XX,XXX元 |
| 丰小丰 | 汇丰汇悦寰球高端医疗保险 | HEM | 神州A | 10,000元 | 是 | 是 | 1年 | XX,XXX元 |
| 丰丰小 | 汇丰汇悦寰球高端医疗保险 | HEM | 神州A | 10,000元 | 是 | 是 | 1年 | XX,XXX元 |
| 丰丰丰 | 汇丰汇悦寰球高端医疗保险 | HEM | 神州B | 10,000元 | 是 | 是 | 1年 | XX,XXX元 |
| 丰小小 | 汇丰汇悦寰球高端医疗保险 | HEM | 神州B | 10,000元 | 是 | 否 | 1年 | XX,XXX元 |

合计保险费 XX,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。

汇丰汇悦寰球高端医疗保险

以下对汇丰汇悦寰球高端医疗保险合同简称为“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

保险合同所接受的被保险人的投保年龄为（投保年龄以周岁计算）：

➢ 单一被保险人的情形下：18 周岁至 65 周岁

➢ 多被保险人的情形下：

主被保险人 - 18 周岁至 65 周岁；

附属被保险人 - 30 天到 65 周岁

若您在上一保险期间届满前为同一被保险人重新申请投保保险合同的，投保年龄可延至 99 周岁。

保险期间

保险合同的保险期间为一年。**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。

保险责任概览

根据您选择的保障计划，下表为该计划项下的保险责任及健康管理服务的概览，关于每项保险责任的具体内容、给付条件及免责事由，以及健康管理服务具体内容等请参见保险合同条款。在保险期间内，我们将按照保险合同的约定在适用补偿原则后承担被保险人发生的必须且合理的医疗费用，并提供健康管理服务。

| 保障计划 | 神州 A 有免赔额 | 神州 A 无免赔额 | 神州 B 有免赔额 | 神州 B 无免赔额 | 神州 C 有免赔额 | 神州 C 无免赔额 | 国际 A 有免赔额 | 国际 A 无免赔额 | 国际 B 有免赔额 | 国际 B 无免赔额 |
|-----------|-----------|-----------|-----------|-----------|-----------|-----------|-----------|-----------|-----------|-----------|
| 保障区域 | 中国境内 | 中国境内 | 中国境内 | 中国境内 | 中国境内 | 中国境内 | 全球（除美国） | 全球（除美国） | 全球（除美国） | 全球（除美国） |
| 年度免赔额 | 10000 元 | 0 元 | 10000 元 | 0 元 | 10000 元 | 0 元 | 10000 元 | 0 元 | 10000 元 | 0 元 |
| 保险金额 | 500 万元 | 500 万元 | 500 万元 | 500 万元 | 600 万元 | 600 万元 | 800 万元 | 800 万元 | 800 万元 | 800 万元 |
| 医疗机构的选择 | 不包含昂贵医院 | 不包含昂贵医院 | 不包含昂贵医院 | 不包含昂贵医院 | 包含昂贵医院 | 包含昂贵医院 | 不包含昂贵医院 | 不包含昂贵医院 | 包含昂贵医院 | 包含昂贵医院 |
| 保险责任 | 给付比例或给付限额 | | | | | | | | | |
| 一般住院费用补偿金 | 1、床位费 | 全额 | 全额 | 全额 | 全额 | 全额 | 全额 | 全额 | 全额 | 全额 |
| | 2、膳食费 | 全额 | 全额 | 全额 | 全额 | 全额 | 全额 | 全额 | 全额 | 全额 |
| | 3、药品费 | 全额 | 全额 | 全额 | 全额 | 全额 | 全额 | 全额 | 全额 | 全额 |
| | 4、住院杂费 | 全额 | 全额 | 全额 | 全额 | 全额 | 全额 | 全额 | 全额 | 全额 |
| | 5、护理费 | 全额 | 全额 | 全额 | 全额 | 全额 | 全额 | 全额 | 全额 | 全额 |
| | 6、检查检验费 | 全额 | 全额 | 全额 | 全额 | 全额 | 全额 | 全额 | 全额 | 全额 |
| | 7、治疗费 | 全额 | 全额 | 全额 | 全额 | 全额 | 全额 | 全额 | 全额 | 全额 |
| | 8、医生诊疗费 | 全额 | 全额 | 全额 | 全额 | 全额 | 全额 | 全额 | 全额 | 全额 |
| | 9、救护车费 | 全额 | 全额 | 全额 | 全额 | 全额 | 全额 | 全额 | 全额 | 全额 |

| | | | | | | | | | | | |
|------------|---------------------|--------------------|--------------------|--------------------|--------------------|--------------------|--------------------|--------------------|--------------------|--------------------|--------------------------|
| | 10、重症监护病房费 | 全额 | 全额 | 全额 | 全额 | 全额 | 全额 | 全额 | 全额 | 全额 | 全额 |
| | 11、住院陪床费 | 全额 | 全额 | 全额 | 全额 | 全额 | 全额 | 全额 | 全额 | 全额 | 全额 |
| | 12、物理治疗费 | 全额 | 全额 | 全额 | 全额 | 全额 | 全额 | 全额 | 全额 | 全额 | 全额 |
| | 13、替代疗法费 | 全额 | 全额 | 全额 | 全额 | 全额 | 全额 | 全额 | 全额 | 全额 | 全额 |
| | 14、中医治疗费 | 全额 | 全额 | 全额 | 全额 | 全额 | 全额 | 全额 | 全额 | 全额 | 全额 |
| | 15、常规手术费 | 全额 | 全额 | 全额 | 全额 | 全额 | 全额 | 全额 | 全额 | 全额 | 全额 |
| | 16、重建手术费 | 13万元（每次意外伤害或疾病） | 13万元（每次意外伤害或疾病） | 13万元（每次意外伤害或疾病） | 13万元（每次意外伤害或疾病） | 13万元（每次意外伤害或疾病） | 13万元（每次意外伤害或疾病） | 13万元（每次意外伤害或疾病） | 13万元（每次意外伤害或疾病） | 13万元（每次意外伤害或疾病） | 13万元（每次意外伤害或疾病） |
| | 17、医疗设备费，包括以下3项费用 | — | | | | | | | | | |
| | 17.1、内置医疗设备 | 全额 | 全额 | 全额 | 全额 | 全额 | 全额 | 全额 | 全额 | 全额 | 全额 |
| | 17.2、外置医疗设备 | 8万元（每次手术或同一种疾病） | 8万元（每次手术或同一种疾病） | 8万元（每次手术或同一种疾病） | 8万元（每次手术或同一种疾病） | 8万元（每次手术或同一种疾病） | 8万元（每次手术或同一种疾病） | 8万元（每次手术或同一种疾病） | 8万元（每次手术或同一种疾病） | 8万元（每次手术或同一种疾病） | 8万元（每次手术或同一种疾病） |
| | 17.3、重建装置和重建材料 | 8万元（每次手术） | 8万元（每次手术） | 8万元（每次手术） | 8万元（每次手术） | 8万元（每次手术） | 8万元（每次手术） | 8万元（每次手术） | 8万元（每次手术） | 8万元（每次手术） | 8万元（每次手术） |
| | 18、康复治疗费 | 6.5万元 | 6.5万元 | 6.5万元 | 6.5万元 | 6.5万元 | 6.5万元 | 6.5万元 | 6.5万元 | 6.5万元 | 6.5万元 |
| | 19、疾病终末期关怀费 | 6.5万元 | 6.5万元 | 6.5万元 | 6.5万元 | 6.5万元 | 6.5万元 | 6.5万元 | 6.5万元 | 6.5万元 | 6.5万元 |
| | 20、艾滋病/感染艾滋病病毒住院治疗费 | 等待期180日，20万元 | 等待期180日，20万元 | 等待期180日，20万元 | 等待期180日，20万元 | 等待期180日，20万元 | 等待期180日，20万元 | 等待期180日，20万元 | 等待期180日，20万元 | 等待期180日，20万元 | 等待期180日，20万元 |
| | 21、精神疾病住院治疗费 | 等待期180日，3.5万元 | 等待期180日，3.5万元 | 等待期180日，3.5万元 | 等待期180日，3.5万元 | 等待期180日，3.5万元 | 等待期180日，3.5万元 | 等待期180日，3.5万元 | 等待期180日，3.5万元 | 等待期180日，3.5万元 | 等待期180日，3.5万元 |
| 延伸医疗费用补偿金 | 1、手术后家中看护费 | 全额 | 全额 | 全额 | 全额 | 全额 | 全额 | 全额 | 全额 | 全额 | 全额 |
| | 2、恶性肿瘤靶向药物基因检测费 | 3万元 | 3万元 | 3万元 | 3万元 | 5万元 | 5万元 | 3万元 | 3万元 | 5万元 | 5万元 |
| | 3、院外特定药品医药费 | 全额 | 全额 | 全额 | 全额 | 全额 | 全额 | 全额 | 全额 | 全额 | 全额 |
| | 4、质子重离子医疗费 | 全额 | 全额 | 全额 | 全额 | 全额 | 全额 | 全额 | 全额 | 全额 | 全额 |
| 指定门急诊费用补偿金 | 1、住院前后门急诊费 | 全额 | 全额 | 全额 | 全额 | 全额 | 全额 | 全额 | 全额 | 全额 | 全额 |
| | 2、特殊门诊医疗费 | 全额 | 全额 | 全额 | 全额 | 全额 | 全额 | 全额 | 全额 | 全额 | 全额 |
| | 3、门急诊手术医疗费 | 全额（其中，医疗设备费用限额参见下文 | 全额（其中，医疗设备费用限额参见下文 | 全额（其中，医疗设备费用限额参见下文 | 全额（其中，医疗设备费用限额参见下文 | 全额（其中，医疗设备费用限额参见下文 | 全额（其中，医疗设备费用限额参见下文 | 全额（其中，医疗设备费用限额参见下文 | 全额（其中，医疗设备费用限额参见下文 | 全额（其中，医疗设备费用限额参见下文 | 全额（其中，医疗设备费用限额参见下文“责任给付限 |

| | | “责任给付 限额”) | “责任给付 限额”) | “责任给付 限额”) | “责任给付 限额”) | “责任给付 限额”) | “责任给付 限额”) | “责任给付 限额”) | “责任给付 限额”) | “责任给付 限额”) | “责任给付 限额”) | 额”) |
|---------------|---------------|---------------|---------------|------------------|------------------|------------------|------------------|------------------|------------------|-------------------|-------------------|------------------|
| | 4、门诊手术前后门急诊费 | 全额 | 全额 | 全额 | 全额 | 全额 | 全额 | 全额 | 全额 | 全额 | 全额 | 全额 |
| 紧急费用补偿金 | 1、意外急症门急诊费 | 全额 | 全额 | 全额 | 全额 | 全额 | 全额 | 全额 | 全额 | 全额 | 全额 | 全额 |
| | 2、意外紧急牙齿门急诊费 | 全额 | 全额 | 全额 | 全额 | 全额 | 全额 | 全额 | 全额 | 全额 | 全额 | 全额 |
| | 3、全球紧急救援费 | 限额 80 万 | 限额 80 万 | 限额 80 万 | 限额 80 万 | 限额 80 万 | 限额 80 万 | 限额 80 万 | 限额 80 万 | 限额 80 万 | 限额 80 万 | 限额 80 万 |
| 一般门急诊费用补偿金 | 1、基本门急诊费 | / | / | 50 次 | 50 次 | 50 次 | 50 次 | 50 次 | 50 次 | 50 次 | 50 次 | 50 次 |
| | 1.1、医生诊疗费 | / | / | 全额 | 全额 | 全额 | 全额 | 全额 | 全额 | 全额 | 全额 | 全额 |
| | 1.2、检查检验费 | / | / | 全额 | 全额 | 全额 | 全额 | 全额 | 全额 | 全额 | 全额 | 全额 |
| | 1.3、治疗费 | / | / | 全额 | 全额 | 全额 | 全额 | 全额 | 全额 | 全额 | 全额 | 全额 |
| | 1.4、药品费 | / | / | 全额 | 全额 | 全额 | 全额 | 全额 | 全额 | 全额 | 全额 | 全额 |
| | 2、精神疾病门急诊费 | / | / | 等待期 180 日，8000 元 | 等待期 180 日，8000 元 | 等待期 180 日，8000 元 | 等待期 180 日，8000 元 | 等待期 180 日，8000 元 | 等待期 180 日，8000 元 | 等待期 180 日，8000 元 | 等待期 180 日，8000 元 | 等待期 180 日，8000 元 |
| 特色门急诊费用补偿金 | 1、物理治疗费 | / | / | / | / | 限额 6500 元 | 限额 6500 元 | / | / | 限额 6500 元 | 限额 6500 元 | |
| | 2、替代疗法费 | | | | | | | | | | | |
| | 3、中医治疗费 | | | | | | | | | | | |
| 牙科医疗补偿金 | 1、基本牙科治疗费 | / | / | / | / | / | / | / | / | 等待期 90 日，给付比例 80% | 等待期 90 日，给付比例 80% | |
| | 2、重大牙科治疗费 | | | | | | | | | 共限额 8000 元 | 共限额 8000 元 | |
| 健康管理服务 | | | | | | | | | | | | |
| 健康管理服务 | 1、视频咨询 | √ | √ | √ | √ | √ | √ | √ | √ | √ | √ | √ |
| | 2、第二诊疗预约安排 | 中国境内 | 中国境内 | 中国境内 | 中国境内 | 中国境内 | 中国境内 | 中国境内 | 全球（除美国） | 全球（除美国） | 全球（除美国） | 全球（除美国） |
| | 3、MDT 多学科会诊意见 | / | / | 中国境内执业医师意见 | 中国境内执业医师意见 | 中国境内执业医师意见 | 中国境内执业医师意见 | 中国境内执业医师意见 | 中国境内执业医师意见 | 中国境内执业医师意见 | 全球（除美国）执业医师意见 | 全球（除美国）执业医师意见 |

备注：

1. 汇丰汇悦寰球高端医疗保险合同的币种为人民币（元）。
2. 除上表特别列明的等待期外，其他保险责任和健康管理服务的等待期为30日。

• **责任给付限额**

每项保险责任的给付都须满足上表单项比例、次数或限额，总赔付限额以上表保险金额为限。

保险合同的保险期间内，上述“一般住院费用补偿金”中的“17、医疗设备费”的“外置医疗设备”与上述“指定门急诊费用补偿金”的“3、门急诊手术医疗费”中的“外置医疗设备”合并计算，共计限额 8 万元（每次手术或同一种疾病）。上述“指定门急诊费用补偿金”的“3、门急诊手术医疗费”中的“重建装置和重建材料”每次手术给付金额以人民币 8 万元为限。

- **年度免赔额**

年度免赔额指在保险期间内发生的虽然属于保险合同约定保险责任范围内的医疗费用，但依照保险合同的约定仍由被保险人自行承担，我们不予赔付的金额。

年度免赔额不适用于(1) 被保险人因患有保险合同约定的特定疾病在医疗机构接受治疗而导致的一般住院费用补偿金、延伸医疗费用补偿金、指定门急诊费用补偿金、紧急费用补偿金、一般门急诊费用补偿金和特色门急诊费用补偿金；(2) 牙科医疗补偿金。

被保险人从基本医疗保险（含大病保险）、公费医疗、工作单位以及我们在内的任何商业保险机构等其他途径已获得的医疗费用补偿可用于抵扣年度免赔额。

- **等待期**

自保险合同生效日 24 时起 30 日为等待期，但在下列情形下所适用的等待期分别如下：

(1) 一般住院费用补偿金中的艾滋病/感染艾滋病病毒住院治疗和精神疾病住院治疗费，等待期为自保险合同生效日 24 时起 180 日；

(2) 一般门急诊费用补偿金中的精神疾病门急诊费，等待期为自保险合同生效日 24 时起 180 日；

(3) 牙科医疗补偿金中的基本牙科治疗费和重大牙科治疗费，等待期为自保险合同生效日 24 时起 90 日；

我们对被保险人因在上述等待期内确诊相关疾病而产生的医疗费用不承担保险责任，无论该医疗费用是否发生在等待期内。

发生下列情形之一时，不受等待期限制：

(1) 被保险人因遭受意外伤害而发生上述情形的

(2) 您在上一保险期间届满前为同一被保险人重新申请投保保险合同，且经我们同意并在保险合同保险期间届满后 60 日内交纳保险费的。

(3) 您在我们指定的期限内将指定的产品转换为本产品且经我们同意的。

- **国际 B 保障计划下（如适用）“牙科医疗补偿金”责任的被保险人年龄限制**

若您在上一保险期限届满前为被保险人重新申请投保保险合同时被保险人年满 66 周岁的，我们不再承担牙科医疗补偿金责任。

- **常住地要求**

在保险合同有效期内，若被保险人停留在中国境外的累计天数超过 180 日，则视为常住地变化，被保险人应及时告知我们，我们对被保险人在中国境外停留累计超过 180 日后发生的费用不承担任何保险责任。常住地的要求不适用于全球紧急救援费。

- **预授权**

被保险人在接受下列任一治疗或服务之前，须在预定开始治疗日期前至少 48 小时向我们或服务机构提交预授权书面申请并获得我们批准：

(1) 所有住院治疗或所有手术治疗（含门急诊手术）；

(2) 首次门诊肾透析、门诊恶性肿瘤电疗、放疗或化疗治疗、首次器官移植后抗排斥门诊治疗；

(3) 预计单次就医超过 8000 元人民币的药品、检查、治疗或医疗设备；

(4) 康复治疗；

(5) 手术后家中看护；

(6) 疾病终末期关怀；

(7) 艾滋病/感染艾滋病病毒住院治疗；

(8) 精神疾病治疗；

(9) 全球紧急救援；

(10) 院外特定药品治疗；或

(11) 质子重离子治疗。

紧急情况下，如被保险人未能提前通知的，被保险人须自接受下列医疗项目后 48 小时之内进行书面通知。被保险人未获得预授权批准的，对于在与本公司合作的医疗服务网络内的医疗机构发生的符合保险合同约定的医疗费用，将可能无法享受直接结算服务。对于被保险人发生的费用超出或不符合保险合同保险责任的部分，我们不承担保险责任，相应的费用由被保险人自行承担。

- 责任免除

- 因下列情形之一导致被保险人发生的任何医疗费用，我们不承担给付一般住院费用补偿金、延伸医疗费用补偿金、指定门急诊费用补偿金、一般门急诊费用补偿金、特色门急诊费用补偿金或牙科医疗补偿金的责任：

- (1) 保险合同生效时未如实告知的既往症；
- (2) 投保人对被保险人的故意杀害、故意伤害；
- (3) 因被保险人挑衅或故意行为而导致的打斗、被袭击或被谋杀；
- (4) 被保险人参与执行军、警任务；
- (5) 被保险人故意自伤；
- (6) 被保险人故意犯罪或者抗拒依法采取的刑事强制措施；
- (7) 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；
- (8) 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不在此限；
- (9) 战争、军事冲突、暴乱、武装叛乱；
- (10) 任何恐怖分子行为；
- (11) 核爆炸、核辐射或核污染；
- (12) 被保险人进行潜水、滑水、滑雪、轮滑、滑板、滑板车、滑翔翼、跳伞、蹦极、攀岩运动、探险活动；
- (13) 被保险人进行摔跤、柔道、空手道、跆拳道、马术、拳击、武术的比赛或被保险人进行特技表演；
- (14) 被保险人进行赛马、各种车辆表演、赛车运动、驾驶卡丁车；
- (15) 被保险人精神和行为障碍，但一般住院费用补偿金中的精神疾病住院治疗费和一般门急诊费用补偿金中的精神疾病门急诊费除外；
- (16) 视力矫正或被保险人因酗酒、因药物或成瘾品（包括但不限于毒品、酒精、管制药物）滥用或依赖而产生的任何费用；
- (17) 不孕不育治疗、人工受精、妊娠（包括异位妊娠）、分娩（含难产）、流产、堕胎、节育（含避孕及绝育）、产前产后检查以及由以上原因引起的并发症；
- (18) 美容、外科整形（一般住院费用补偿金中的重建手术费除外）、变性手术、脱发治疗、丰胸或者缩胸手术、成瘾性物质的戒断治疗、矫形；
- (19) 被保险人遗传性疾病、先天性畸形、变形或染色体异常；
- (20) 牙齿修复、牙齿整形，以及非因意外伤害而进行的牙齿、牙周、牙床治疗及手术（牙科医疗补偿金除外）；
- (21) 一般身体检查、疗养、特别护理或静养、既非手术又非药物的治疗；
- (22) 康复性治疗（一般住院费用补偿金中的康复治疗除外）；
- (23) 保险合同生效日起 30 日内药物过敏、食物中毒、细菌或病毒感染（但因意外伤害致有伤口而生感染者除外）或其他医疗导致的伤害；
- (24) 被保险人感染艾滋病病毒或患艾滋病（一般住院费用补偿金的艾滋病/感染艾滋病病毒住院治疗费除外）；
- (25) 被保险人接受实验性治疗，即未经科学或医疗机构认可的医疗；
- (26) 任何原因引起的性功能障碍的治疗，如阳痿治疗或其他性方面的问题，及包皮环切手术；
- (27) 被保险人接受肥胖或其并发症的治疗，包括但不限于减肥课程、减肥指导或药物减肥。但被保险人同时符合如下情况时，我们承担支付胃束带或胃旁路外科手术的费用：
 - ① 体重指数（BMI）达到 40 或以上并被诊断为病态肥胖，或能够提供文件证明被保险人在过去 24 个月已经尝试过其他减肥方法；
 - ② 在外科手术前已经经历了心理评估，并确认被保险人适宜进行这样的外科手术。
- (28) 因器官移植所产生供体的所有检查费、治疗费、手术费等任何医疗费用；获得该器官所需要的费用（包括但不限于寻找、获取、运送、贮存器官源或组织源的费用）；
- (29) 各类医疗鉴定，包括孕妇胎儿性别鉴定、验伤鉴定、亲子鉴定、非医学目的的遗传基因鉴定费用。

- 因下列情形之一导致被保险人就诊的，我们不承担给付紧急费用补偿金中的意外急症门急诊费和意外紧急牙齿门急诊费的责任：

- (1) 投保人对被保险人的故意杀害、故意伤害；
- (2) 因被保险人挑衅或故意行为而导致的打斗、被袭击或被谋杀；
- (3) 被保险人参与执行军、警任务；
- (4) 被保险人故意自伤；
- (5) 被保险人故意犯罪或者抗拒依法采取的刑事强制措施；
- (6) 被保险人因酗酒、因药物或成瘾品（包括但不限于毒品、酒精、管制药物）滥用或依赖而产生的任何费用；
- (7) 被保险人酒后驾驶、无合法有效驾驶证驾驶，或驾驶无有效行驶证的机动车；

- (8) 被保险人精神和行为障碍；
- (9) 被保险人因疾病、妊娠（包括异位妊娠）、流产、分娩（含难产）、药物过敏、食物中毒、整容手术或其他医疗导致的伤害；
- (10) 被保险人未遵医嘱，私自服用、涂用、注射药物；
- (11) 细菌或病毒感染（但因意外伤害致有伤口而生感染者除外）；
- (12) 战争、军事冲突、暴乱或武装叛乱；
- (13) 任何恐怖分子行为；
- (14) 核爆炸、核辐射或核污染；
- (15) 被保险人置身于任何飞机或空中运输工具（以乘客身份搭乘民用或商业航班者除外）期间；
- (16) 被保险人进行潜水、滑水、滑雪、轮滑、滑板、滑板车、滑翔翼、跳伞、蹦极、攀岩运动或探险活动；
- (17) 被保险人进行摔跤、柔道、空手道、跆拳道、马术、拳击、武术的比赛或被保险人进行特技表演；
- (18) 被保险人进行赛马、各种车辆表演、赛车运动、驾驶卡丁车。

➢ 因下列情形之一导致被保险人发生紧急运送、转送，或遗体送返或安葬的，我们不承担给付紧急费用补偿金中的全球紧急救援费的责任：

- (1) 投保人对被保险人的故意杀害、故意伤害；
- (2) 被保险人故意自伤；
- (3) 被保险人故意犯罪或者抗拒依法采取的刑事强制措施；
- (4) 被保险人酒后驾驶、无合法有效驾驶证驾驶，或驾驶无有效行驶证的机动车；
- (5) 战争、军事冲突、暴乱或武装叛乱；
- (6) 核爆炸、核辐射或核污染；
- (7) 被保险人受酒精、毒品、管制药物影响；
- (8) 出发地所在国政府、被保险人前往目的地所在国政府或联合国明确告知不建议前往的国家或地区；
- (9) 在山区、海上、沙漠、丛林或者类似的偏僻地区进行搜寻及救援被保险人而发生的费用，包括从船只或者海上撤离到岸边的空中或者海上搜寻费用；
- (10) 对因健康原因被医生建议不宜旅行的被保险人执意旅行引起的伤害或者疾病的救援费用；
- (11) 宗教仪式或者鲜花、遗体美容、服饰、购买墓地等费用。

除上述责任免除条款外，保险合同中还有一些免除我们责任的条款，详见保险合同中灰色背景标注的内容。

• 退保

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保险合同。自我们收到解除保险合同的书面申请时起，保险合同效力终止。我们自收到解除保险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*。您在合同生效后解除保险合同可能会遭受一定的损失。

*现金价值指保险单所具有的价值，通常体现为解除保险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。

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