

# 投保须知及声明

## 一、投保须知

### 1、投保地区

本计划仅限在中国大陆有固定居住地的人士投保。

### 2. 保单形式

网上投保为您提供电子保单，根据《中华人民共和国合同法》第十一条规定，数据电文是合法的合同表现形式，电子保单与纸质保单具有同等法律效力。您可以登录 [www.tk.cn](http://www.tk.cn) 自助查询对电子保单的真实性进行验证。

### 3. 如实告知

您应如实填写投保信息，并就我们提出的询问据实告知，否则我们有权根据《中华人民共和国保险法》第十六条的规定解除保险合同且不承担赔偿责任：

(1) 订立保险合同时，保险公司就保险标的或者被保险人的有关情况提出询问的，投保人应当如实告知。

(2) 投保人故意或者因重大过失未履行前款规定的如实告知义务，足以影响保险公司决定是否同意承保或者提高保险费率的，保险公司有权解除合同。

(3) 投保人故意不履行如实告知义务的，保险公司对于合同解除前发生的保险事故，不承担赔偿责任，并不退还保险费。

(4) 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，保险公司对于合同解除前发生的保险事故，不承担赔偿责任，但退还保险费。

### 4. 信息变更

如果您的邮件地址、通信地址、邮编、联系电话发生变化，请与本公司客户服务电话 95522-3 联系，办理变更事宜。

### 5. 偿付能力及风险综合测评

我公司最新季度综合偿付能力充足率、风险综合评级评价结果等信息，请登录我公司偿付能力信息披露页面 <http://channel.tk.cn/page/notice/index.html> 进行查询。

## 二、产品说明

1. 本产品适用条款《泰康在线财产保险股份有限公司个人预防接种医疗意外保险》注册号：C000199134012021081200153；《泰康在线财产保险股份有限公司附加预防接种失效医疗保险》注册号：C00019932522021081200113。

2. 首次投保时被保险人年龄为出生满 30 天（含）-55 周岁（含）；**被保险人未满 18 周岁时，投保人必须为其父母或法定监护人；**

3. 本产品生效日为投保成功日次日零时生效；
4. 同一被保险人同一保险期间内只可投保一张保单；
5. **本产品不保证续保。**本保险合同保险期间为一年，保险期间届满前三十日(含第三十日)内，投保人需要重新向保险公司申请投保本产品，经保险人审核同意后，投保人交纳保险费，并获得新的保险合同；**被保险人因接种保单载明的疫苗发生疫苗预防接种异常反应或偶合症而导致身故或伤残的，保险人不接受投保人续保申请；**
6. 本产品承保的疫苗范围：**(1) 疫苗预防接种意外身故/伤残、疫苗预防接种异常反应医疗、疫苗预防接种偶合症医疗保险责任的疫苗范围为免疫规划疫苗、非免疫规划疫苗及保单载明的特定传染病疫苗；(2) 疫苗预防接种失效医疗保险责任的疫苗范围为免疫规划疫苗及保单载明的特定传染病疫苗；**
7. 本保单载明的特定传染病为**新型冠状病毒肺炎（COVID-19）**；
8. **疫苗预防接种失效医疗保险责任：**保险期间内被保险人在接种单位完成保单载明的疫苗接种后的有效免疫期间内确诊该疫苗所预防的疾病，且因该疾病在医院首次接受相关治疗起180日内发生社保范围内的医疗费用责任，**其中有效免疫期间为：完成接种后的第30天起至完成接种后的第180天止，且不超出保险期间；**
9. **完成接种**指按疫苗使用规范成功服用或注射规定范围内的剂量，**若某种疫苗需要多次接种的，指完成最后一次接种即为该疫苗完成接种；超过规定的接种时间而未接种的，视为未完成接种；**
10. 本产品医疗费用限定为符合当地社会基本医疗保险主管部门规定的必需且合理的**医疗费用**；社会基本医疗保险指《社会保险法》第三章规定的基本医疗保险，包括职工基本医疗保险、城镇居民基本医疗保险、新型农村合作医疗等政府举办的基本医疗保险；
11. 本产品承保的**疫苗预防接种异常反应医疗保险责任、疫苗预防接种偶合症医疗保险责任、疫苗预防接种失效医疗保险责任赔偿标准如下：**

(1) 若被保险人发生的属于保险责任范围内的医疗费用已从社保或其他机构获得补偿，我们按如下公式赔偿医疗保险金：

$$\text{医疗保险金} = (\text{社保报销范围内的医疗费用} - \text{已获得的医疗费用补偿} - \text{免赔额}) \times 100\%$$

注：本产品免赔额为0

(2) 若被保险人发生的属于保险责任范围内的医疗费用未从社保或其他机构获得补偿，我们按如下公式赔偿医疗保险金：

$$\text{医疗保险金} = (\text{社保报销范围内的医疗费用} - \text{免赔额}) \times 50\%$$

注：本产品免赔额为0；

12. 本产品医疗费用补偿相关保障限定为中华人民共和国境内合法经营的二级以上(含二级)公立医院或保险公司认可的其他医疗机构(不含国际医疗及特需部)；

### 三、投保声明

1.本人同意贵公司为本保险及与本保险之相关服务的目的收集本人的个人资料,无论该资料是从本投保申请或其他地方所获取。本人理解贵公司为提升保险服务质量,可能会与第三方机构、组织或个人合作,此类合作可能需要使用本人的个人资料。在此理解下,本人同意并授权贵公司及与贵公司存在合作关系的机构、组织或个人将收集的本人的个人资料用于:(1)该保险的投保审核;(2)该保险的理赔;(3)提供与该保险有关之服务;(4)与本人联络。

2.本人已完整阅读并了解以上投保须知及投保险种的保险条款,尤其是对其中免除保险人责任的条款或约定(包括但不限于责任免除、投保人被保险人义务、保险金申请与给付等),本人已充分理解并接受上述内容,同意以此作为订立保险合同的依据。

3.投保时,本投保人已就该产品的保障内容以及保险金额等向被保险人/被保人监护人进行了明确说明,征得其同意并授权投保人为其购买保险,如因投保人未如实告知造成任何损失由本投保人承担。

4.投保单中所填写的内容均属实,如有隐瞒或不实告知,保险公司有权解除保险合同,对于合同解除前发生的任何事故,保险公司可不承担任何责任。

5.本人同意保险公司通过手机(包括手机短信)、E-mail 适时提供保险信息服务。

6.本人已知晓本产品生效后退保有损失,投保人要求解除保险合同的,保险人按短期费率计收保险责任开始之日起至合同解除之日止期间的保险费,并退还剩余部分保险费;

**剩余部分保险费=保险费×[1-(保险单已经过天数/保险期间天数)]**

经过天数不足一天的按一天计算。若本合同已发生保险金赔偿,剩余部分保险费为零。