

中国医学科学院预防接种异常反应
团体疾病保险项目
(北京地区)



2025 年 12 月

非免疫规划疫苗预防接种异常反应 保险协议

甲方：中国医学科学院医学生物学研究所（以下简称甲方）

法定代表人（或负责人）：游丹

注册地址（或经营地址）：云南省昆明市五华区茭菱路 935 号

联系人：黄品译 联系电话：13008694016/0871-65957882

乙方：中国人民健康保险股份有限公司北京分公司（以下简称乙方）

负责人：叶立坚

注册地址：北京市西城区阜成门外大街 22 号 1 幢 6 层

联系人：李纯，联系电话：13717687076/010-80884375

为不断提高北京市预防接种异常反应补偿工作管理服务水平，提升人民群众满意度，在北京市卫生健康委、北京市疾控中心的监督指导下，在北京生物制品研究会搭建的平台下，甲乙双方在平等互利的基础上，根据《中华人民共和国民法典》、《中华人民共和国疫苗管理法》、《中华人民共和国保险法》、《北京市预防接种异常反应补偿办法（试行）》（以下简称《北京市补偿办法》）等相关规定，达成本合作协议（以下简称“本协议”），本协议属于保险合同的构成部分，具有同等效力。

一、合作原则

甲乙双方坚持“企业投保，专业运作，便捷高效，长期合作”的原则，充分发挥健康保险公司风险管理专业、精算核价准确、机

构团队健全、服务标准统一、赔付处理高效的优势，实现疫苗生产企业、受种者、保险公司三赢的合作目的。

二、合作形式

经双方协商确定保障责任、服务要求、保费核算标准后，甲方为接种本企业销售的所有非免疫规划疫苗的受种者向乙方投保。

在北京市卫生健康委、北京市疾控中心和甲方的监督下，乙方依据双方约定的保险保障方案及相关规定开展预防接种异常反应补偿工作。

三、合作期限

本协议合作期限为1年，即保险期间为2026年1月1日至2026年12月31日。

四、合作内容

（一）保费标准

参照既往的补偿情况，经科学厘定并经甲乙双方协商，按单支疫苗0.30元的标准交纳。

预计2026年向市疾控中心供应疫苗总支数（2026年1月1月-2026年12月31日供应量）为78000支，按单支保费0.3元计算，保费共计23400元（人民币大写：贰万叁仟肆佰元整）。

下一年度保费厘定参考上一年度实际理赔支出和实际疫苗销售量。如当年实际销售疫苗量与测算数量差异在5%以内的，保费在下一年度不做调整。实际投放数量与测算数量差异在5%以上的，与测算数量的差异部分将在下一年度合作时进行调整。

（二）划拨方式

甲方应在签订投保书后 15 个工作日将保费划拨给乙方，乙方应在收到保费后一个工作日内开具增值税发票并将发票连同保险合同按甲方要求送达甲方。续年度保费的计算和划账以此类推。

（三）保险责任

对于在合作期间内于北京市行政区域内卫生行政部门指定的医疗机构接种（或首次报案）甲方生产或销售的非免疫规划疫苗的所有受种者，经调查诊断属于或不除外异常反应的，适用《中国人民健康保险股份有限公司预防接种异常反应团体疾病保险条款》规定的保险责任，主要内容如下：

- 1、医疗费用保险金
- 2、医疗津贴保险金（等同于《北京市补偿办法》中误工费）
- 3、鉴定费保险金
- 4、护理保险金
- 5、残疾生活补助护理保险金
- 6、辅助医疗器具保险金
- 7、身故保险金
- 8、丧葬费用保险金
- 9、遗体转运费用保险金
- 10、预防接种异常反应咨询服务、预防接种异常反应调查诊断鉴定协助服务

（详见附件 1《保障方案》）

五、甲方的权利和义务

（一）甲方或甲方授权部门提出调整预防接种异常反应保险保障方案的意见与建议，并积极与乙方协商后确定。

（二）甲方或甲方授权部门组织开展项目的第三方评估。

（三）甲方或甲方授权部门有权对乙方的整个理赔服务情况进行监督、检查、考核、评估。

（四）甲方在必要时候，配合乙方完成预防接种异常反应调查诊断、鉴定、损害等级评定的核实工作。

六、乙方的权利和义务

（一）乙方组织专人负责该项目的运作，应建立专业服务队伍，指导出现疑似异常反应的受种人进行调查诊断、鉴定及损害程度评定，并提供相关政策咨询服务。

（二）乙方配合企业做好预防接种异常反应相关宣传、培训工作，向受种者、医疗机构及医务人员宣传保障范围、赔付流程等宣传引导工作，协助甲方在投保区域内销售推广工作。

（三）乙方定期向甲方报告疫苗异常反应发生情况及补偿工作进展。

（四）乙方接受甲方、行业监管部门的监督。

（五）乙方搭建专用运营平台，建立规范的工作流程，实现咨询、理赔全流程电子化记录。

（六）建立 95518 服务热线，提供及时咨询服务。

(七) 对于严重病例，在全流程政策指导的基础上提供必要的心理咨询服务，并在经济补偿后，有针对性的开展政策指导、缓解解决受种人的实际困难。

七、违约责任与争议处理

(一) 甲、乙双方应严格履行本协议，任何一方违反协议或履行协议不符合约定时，违约方在收到守约方要求纠正其违约行为的书面通知之日，应立即停止其违约行为，并在 30 日内赔偿守约方因此受到的所有损失。如违约方继续进行违约行为或不履行其义务，守约方除就其所有损失而获得违约方违约金和补偿外，亦有权提前终止本合同。

(二) 本协议履行过程中发生的任何争议，双方应协商解决。协商不成时，任何一方可向合同履行所在地人民法院提起诉讼。

八、反洗钱条款

甲乙双方应根据《中华人民共和国反洗钱法》和中国人民银行、中国银行业监督管理委员会、中国证券监督管理委员会、中国保险监督管理委员会《金融机构客户身份识别和客户身份资料及交易记录保存管理办法》和《保险业反洗钱工作管理办法》等法律规定要求，相互提供必要的协助，采取有效的客户身份识别措施，共同推进反洗钱方面的合作。

甲方应按照乙方的反洗钱法律义务要求识别客户身份。配合乙方开展识别客户身份工作、使乙方在办理业务时能够及时获得保险业务客户身份信息(客户有效身份证件或者其他身份证明文件)、乙

方可留存达到反洗钱标准人员的必要客户信息以及团体客户受益所有人身份识别所要求及规定。乙方应为甲方代其识别客户身份提供培训等必要协助。乙方在办理业务时应及时获得保险业务客户身份信息，必要时，可以从甲方获得客户有效身份证件或者其他身份证明文件的复印件或者影印件。

乙方承担未履行客户身份识别义务的最终责任，但甲方未按本合同约定进行客户身份识别的，应承担相应责任。

九、消费者权益保护条款

甲乙双方须严格执行国家现行消费者权益保护相关法律法规、国家金融监督管理总局消费者权益保护制度相关要求，切实做好消费者权益保护工作。包括但不限于：

（一）乙方应配合甲方向消费者说明告知必要的产品和服务信息，充分保障消费者知情权与公平交易权等合法权益。

（二）乙方应遵循合法、合理、必要原则，收集、存储、使用客户个人信息，确保在取得甲方明确授权的前提下使用 and 提供信息，保障消费者信息安全权等合法权益。

（三）乙方应确保服务的连续性。在本协议约定的合作期间内产生的服务订单，即使双方合同关系终止，如果合同有约定，乙方应按照合同提供相应的服务。

（四）合作中产生的消费纠纷，乙方应积极配合处理消费投诉，协助甲方对消费投诉事项进行核实，配合提供相关情况，促进消费投诉妥善解决。由于乙方原因产生的后果由乙方承担。

(五) 甲方有权利对乙方消费者权益保护相关工作进行监督评价。若乙方存在侵害消费者权益行为的, 应及时整改。若乙方拒不整改或整改后仍不能满足消费者权益保护要求的, 甲方有权对乙方进行追责, 情节严重的甲方有权列入合作机构黑名单并取消合作, 对此造成的后果由乙方承担。

十、个人信息保护和数据安全责任条款

基于该业务的顺利开展, 甲乙双方将在业务活动中基于不同的法律关系向对方传输处理己方个人信息和其他数据(统称为“数据”) 的处理活动。基于双方的具体合作开展方式, 双方在业务合作中可能承担不同的数据处理角色及与之相应的数据安全责任。甲乙双方应严格遵循《民法典》《个人信息保护法》《数据安全法》《网络安全法》《全国人民代表大会常务委员会关于加强网络信息保护的決定》及国家标准《信息安全技术个人信息安全规范》等适用国家和地区关于数据安全和个人信息保护相关的法律法规、国家和行业标准以及相关监管规范(以下统称“适用数据保护规定”) 的要求, 并依本协议所明确的方式、范围以及处理目的来处理数据

十一、其他事项

(一) 《北京市补偿办法》和北京市相关预防接种异常反应补偿政策和文件作为签订本协议的主要依据, 甲乙双方共同遵守执行。

(二) 甲乙双方要建立定期沟通协调机制, 通报在预防接种异常反应补偿运行过程中发现的问题并协商制定解决方案。同时, 建立信息共享机制, 共享相关业务资料与数据。

(三) 本协议组成文件为：

(1) 非免疫规划疫苗预防接种异常反应保险协议及附件；

(2) 中国人民健康保险股份有限公司预防接种异常反应团体疾病保险条款；

(3) 形成合同的其他有关文件。

上述文件互为补充和解释，如有不清或相互矛盾之处，以所列顺序在前的为准。

(四) 甲方或乙方均不得向对方或对方经办人或其他相关人员索要、收受、提供、给予协议约定外的任何个人利益，包括但不限于明扣、暗扣、现金、购物卡、实物、有价证券、旅游或其他非物质性利益等。

(五) 在承保及服务过程中，乙方要严格履行对保险保障项目相关各项信息的保密义务，乙方对甲方提供的数据负有保密责任，未经允许不得泄露或从事与本项目无关的事项。

(六) 本协议未尽事宜，经甲乙双方协商一致，可订立补充协议。补充协议为本协议不可分割的一部分，与本协议具有同等法律效力。

(七) 开具甲方发票信息及乙方收取保费收入户信息如下（此项务必填写完整，用于开具发票）。

1. 甲方

账号名称：中国医学科学院医学生物学研究所

账号：2502 0120 0902 2109 796

开户行：中国工商银行昆明市正义支行

纳税人识别号：1210 0000 4312 0651 07

2. 乙方

账号名称：中国人民健康保险股份有限公司北京分公司

开户行：中国工商银行北京金台路支行

账号：0200 0202 1920 0199 453 。

（八）本协议经双方代表签字，并加盖公章后生效。

（九）本协议一式两份，甲、乙双方各执壹份，具有同等法律效力。

甲 方：中国医学科学院医学生物学研究所

法定代表人：

（或授权代表）：医学研究所

时 间： 年 月 日

乙 方：中国人民健康保险股份有限公司北京分公司

负责人：

（或授权代表）：

时 间： 年 月 日

附件 1：保障方案

一、乙方承担如下保险责任：

1 医疗费用保险金：预防接种异常反应发生之日起 3 年内或损害程度等级评定之日以前 2 年内（以时间较长者为准），被保险人在医疗保险或新农合定点非营利性医疗机构因诊治、康复预防接种异常反应相关疾病实际支出的基本医疗费用，在由城镇职工医疗保险基金、城镇居民医疗保险基金、新型农村合作医疗基金以及医疗救助资金等医疗保障制度报销后的个人自付部分（含自费，国际、特需除外），凭可提供的原始收费单据或相关报销审批单支付。

2 医疗津贴保险金（等同于保障项目中的误工费）：被保险人在预防接种异常反应相关疾病治疗期间本人或其家属（按 1 人计算）的陪护误工费。

医疗津贴保险金根据被保险人的实际误工时间，按照预防接种异常反应发生时上一年度北京市职工年平均工资计算。

医疗津贴保险金=单日津贴额*赔付天数。

单日津贴额按照预防接种异常反应发生时上一年度北京市职工年平均工资除以上一年度全年实际天数计算；赔付天数根据被保险人接受治疗的诊疗资料确定。

被保险人因病持续误工的，误工时间可以计算至预防接种异常反应损害等级评定之日前 1 日，最长不超过 20 年。

3 护理保险金：需要专人陪护的，按照预防接种异常反应发生时北京市因公致残返城知青护理费标准计算，按照 1 人计算，最长不超过 20 年。

4 残疾生活补助护理保险金：根据被保险人损害程度等级（一至十级损害程度等级补偿系数分别为 100%-10%），按照预防接种异常反应发生时北京市上一年度城镇居民人均可支配收入计算，自预防接种异常反应损害程度等级确定之日起，补偿 20 年。六十周岁以上的，年龄每增加一岁减少一年；七十五周岁以上的，按五年计算。

5 辅助医疗器具保险金：被保险人发生预防接种异常反应后，需要配置补偿功能器具的，凭医疗机构证明或者预防接种异常反应鉴定书中的医疗护理建议，按国产普通适用型器具配置，需更换的按 4 次进行保险金核算。

6 鉴定费保险金：与预防接种异常反应调查诊断、鉴定有关的检查检验费用、预防接种异常反应鉴定费、损害程度等级评定费、尸检费等费用凭正规发票支付。

二、被保险人因预防接种异常反应（包含不排除预防接种异常反应）死亡的，乙方承

担如下保障责任：

1 身故保险金：除一次性支付 20 万元身故保险金外，再按照预防接种异常反应发生时北京市上一年度城镇居民人均可支配收入计算，补偿 20 年；六十周岁以上的，年龄每增加一岁减少一年；七十五周岁以上的，按五年计算。

2 丧葬费用保险金：按照发生预防接种异常反应的受种者死亡时北京市有关规定的丧葬费补助标准计算。

3 遗体转运费用保险金：遗体转运保险金 5000 元。

4 被保险人死亡前因诊治、康复预防接种异常反应相关疾病支出的医疗费用保险金、医疗津贴保险金、护理保险金、辅助医疗器具保险金、鉴定费保险金等参照本保障方案“一”中的规定计算。

三、若被保险人医疗期尚未届满，医疗费尚不能确定的，一次性给付除医疗费以外的其他补偿，预防接种异常反应发生 3 年内或损害程度等级评定之日以前 2 年内（以时间较长者为准）的医疗费可随时报销。

四、名词释义

1 预防接种异常反应发生 是指受种者首次出现预防接种异常反应相关症状的时间点。

2 需要专人陪护的 按相关规定，“需要专人陪护的”是指被保险人预防接种异常反应损害程度等级评定为一至四级之情形。

附件 2： 疫苗产品信息

疫苗名称:肠道病毒 71 型灭活疫苗(人二倍体细胞), 英文名:

Enterovirus Type 71 Vaccine, Inactivated (Human Diploid Cell)

【执行标准】YBS00312015

【批准文号】国药准字 S20150016

商品名称:埃必维

通用名称: Sabin 株脊髓灰质炎灭活疫苗(Vero 细胞)

英文名: Inactivated Poliomyelitis Vaccine , Sabin Strains

【执行标准】YBS0002015

【批准文号】国药准字 S2015002

生产地址:云南省昆明高新区马金铺灯盏花街 168 号

注册地址:云南省昆明高新区马金铺灯盏花街 168 号

邮政编码:650503

电话号码:(0871)68335392

传真号码:(0871)6833811

网址:www.imbcams.ac.cn

中国人民健康保险股份有限公司

预防接种异常反应团体疾病保险条款

阅读指引

本阅读指引旨在帮助投保人理解条款，具体内容以条款约定为准。



投保人拥有的重要权益

- ❖ 本合同为被保险人提供的保障内容在保险责任条款中列明.....2.3
- ❖ 投保人有解除本合同的权利.....3.2



投保人需要特别注意的事项

- ❖ 对某些情形造成的保险事故，本公司不承担保险责任.....2.6/2.7
- ❖ 投保人应当按约定支付保险费.....4.1
- ❖ 投保人有如实告知的义务.....6.1
- ❖ 保险事故发生后，请及时通知本公司.....5.1
- ❖ 解除合同会造成一定的损失，请慎重抉择.....3.2
- ❖ 本合同对条款中出现的一些重要术语进行了解释，请投保人注意.....7
- ❖ 请投保人仔细阅读本合同对预防接种异常反应的定义.....7.3



条款中凡是以黑体字加下划线标示的内容均为免除或减轻本公司责任的条款，请投保人特别注意。



条款是保险合同的重要内容，为充分保障投保人的权益，请投保人仔细阅读本条款。



条款目录

- | | |
|--------------------|--------------------|
| 1. 被保险人范围 | 5.1 保险事故通知 |
| 1.1 被保险人范围 | 5.2 受益人 |
| 2. 保险责任及责任免除 | 5.3 保险金申请资料 |
| 2.1 保险期间 | 5.4 保险金的给付 |
| 2.2 保险金额 | 5.5 诉讼时效 |
| 2.3 保险责任 | 6. 其他事项 |
| 2.4 预防接种异常反应疾病管理服务 | 6.1 明确说明与如实告知 |
| 2.5 健康管理服务 | 6.2 本公司合同解除权的限制 |
| 2.6 责任免除 | 6.3 合同内容变更 |
| 2.7 其他免责条款 | 6.4 联系方式变更 |
| 3. 合同效力 | 6.5 争议处理 |
| 3.1 合同成立与生效 | 7. 名词释义 |
| 3.2 解除合同的手续及风险 | 7.1 免疫规划疫苗 |
| 3.3 被保险人变动 | 7.2 追溯期 |
| 4. 保险费 | 7.3 预防接种异常反应 |
| 4.1 保险费 | 7.4 基本医疗保险 |
| 5. 保险金的申请和给付 | 7.5 政府主办补充医疗 |
| | 7.6 《中华人民共和国疫苗管理法》 |
| | 7.7 中国境外 |
| | 7.8 现金价值 |

中国人民健康保险股份有限公司

预防接种异常反应团体疾病保险条款

1 被保险人范围

- 1.1 **被保险人范围**除另有约定外，凡已接受**免疫规划疫苗**^{7.1}预防接种的个人均可作为本合同的被保险人参加本保险。

2 保险责任及责任免除

- 2.1 **保险期间** 本合同的保险期间为一年。

- 2.2 **保险金额** 由投保人与本公司共同约定被保险人各项保险责任的保险金额，并在保险单中载明。

- 2.3 **保险责任** 在保险期间或本合同约定的**追溯期**^{7.2}内，被保险人在承保区域范围内接受免疫规划疫苗预防接种，经负责组织预防接种异常反应处置工作的相关卫生行政部门确定初次发生本合同约定的**预防接种异常反应**^{7.3}，由被保险人或其受益人在保险期间内初次向本公司提出补偿要求的，本公司按照约定承担下列保险责任中的一项或多项：

2.3.1 疾病医疗保障

医疗费用保险金

被保险人因发生预防接种异常反应相关疾病进行诊断、治疗的，本公司在约定的给付期限和给付范围内，对投保所在地**社会医疗保险**^{7.4}、**公费医疗**、**政府主办补充医疗**^{7.5}和其他费用补偿型医疗保险途径支付后、需要被保险人个人负担的医疗费用，按约定给付医疗费用保险金。

本公司对每一被保险人累计给付医疗费用保险金以约定的该被保险人的医疗费用保险金的保险金额为限。

医疗津贴保险金

被保险人因发生预防接种异常反应相关疾病接受治疗期间，本公司对被保险人或其一名陪护人员发生的误工损失，按下述公式给付医疗津贴保险金：

医疗津贴保险金=约定的该被保险人的医疗津贴日额标准×治疗天数

治疗天数按被保险人因预防接种异常反应接受治疗或康复治疗的诊疗资料确定。

每一被保险人医疗津贴保险金的最长给付天数以约定的天数为限。

2.3.2 疾病伤残护理保障

护理保险金

被保险人因发生预防接种异常反应，参照《医疗事故分级标准（试行）》评定伤残等级为一至四级需要护理的，本公司按下述方式给付护理保险金，同时对该被保险人的该项责任终止：

护理保险金=约定的该被保险人的护理保险金的保险金额×伤残等级系数

残疾生活补助护理保险金

被保险人因发生预防接种异常反应，参照《医疗事故分级标准（试行）》鉴定为伤残的，本公司根据其伤残程度等级和相应的给付标准，按下述方式给付残疾生活补助护理保险金，同时对该被保险人的该项责任终止：

残疾生活补助护理保险金=约定的该被保险人的残疾生活补助护理保险金的保险金额×伤残等级系数

如无特别约定，伤残等级评定标准参考《医疗事故分级标准（试行）》，按照下表执行：

医疗事故等级	一级 乙等	二级 甲等	二级 乙等	二级 丙等	二级 丁等	三级 甲等	三级 乙等	三级 丙等	三级 丁等	三级 戊等
对应的伤残等级	一级	二级	三级	四级	五级	六级	七级	八级	九级	十级
伤残等级系数	100%	90%	80%	70%	60%	50%	40%	30%	20%	10%

辅助医疗器具保险金

被保险人因预防接种异常反应导致伤残，凭医疗机构证明或预防接种异常反应鉴定书中的医疗护理建议，需要配置补偿功能器具的，本公司按照国产普通适用型器具的标准给付辅助医疗器具保险金。

每一被保险人辅助医疗器具保险金的累计给付次数以约定的次数为限。

2.3.3 疾病身故保障

疾病身故保险金

被保险人因发生预防接种异常反应相关疾病导致身故的，本公司按约定的该被保险人的疾病身故保险金额给付疾病身故保险金，同时对该被保险人的该项责任终止。

丧葬费用保险金

被保险人因发生预防接种异常反应相关疾病导致身故的，本公司除给付上述疾病身故保险金外，还按约定的丧葬费补助标准给付丧葬费用保险金，同时对该被保险人的该项责任终止。

遗体转运费用保险金

被保险人因发生预防接种异常反应相关疾病导致身故需要异地转运的，本公司除给付上述疾病身故保险金外，还按约定的遗体转运费用标准给付遗体转运费用保险金，同时对该被保险人的该项责任终止。

2.3.4 鉴定费用保险金

被保险人因预防接种异常反应发生的相关鉴定费、尸检费等费用，经确定属于预防接种异常反应的，本公司按照实际发生的费用给付鉴定费用保险金，同时对该被保险人的该项责任终止。

被保险人申请上述各项保险金的，需向当地相关卫生行政部门申请调查诊断或鉴定；经当地相关卫生行政部门确定属于当地预防接种异常反应补偿办法规定的补偿范围的，本公司按合同的约定给予补偿。

2.4 预防接种异常反应疾病管理服务

本公司为发生预防接种异常反应的被保险人提供下列疾病管理服务：

咨询服务

根据被保险人申请，本公司可为被保险人提供预防接种异常反应相关咨询服务，包括预防接种异常反应补偿的相关法律法规介绍、因预防接种异常反应导致伤残的后续就学、就业、伤残保障和救济等配套政策支持的指导等。

鉴定协助服务

被保险人疑似发生预防接种异常反应的，根据被保险人的申请，本公司可为被保险人提供预防接种异常反应鉴定协助服务，服务内容包括预防接种异常反应调查诊断、鉴定、损害程度评级等的流程咨询，指导、协助相关鉴定资料的整理等。

2.5 健康管理服务 本公司为承保区域内接受免疫规划疫苗预防接种的被保险人提供下列健康管理服务：

健康档案

在被保险人同意的前提下，本公司将为被保险人建立健康档案，将被保险人的健康医疗信息整理记录，定期收集更新，供被保险人查阅和使用。

健康咨询服务

被保险人可通过本公司客户服务热线、官网或移动客户端，针对与健康有关的问题和就医指导等方面的问题进行咨询，本项服务属信息咨询及建议性质，不构成医疗诊断及医疗意见。

健康资讯服务

本公司将通过官网或移动客户端等方式，为被保险人推送预防接种相关的资讯。

2.6 责任免除

因下列情形之一引起的保险事故，本公司不承担给付保险金的责任：

- 1) 《中华人民共和国保险法》规定不予支付的事项；
- 2) 除另有约定外，《中华人民共和国疫苗管理法》^{7.6}和当地预防接种异常反应补偿政策规定不予支付的事项；
- 3) 应当由基本医疗保险、公费医疗、政府主办补充医疗支付的；应当由第三人负担的；在中国境外^{7.7}就医的；
- 4) 被保险人在追溯期之前接种的疫苗导致的预防接种异常反应。

2.7 **其他免责条款** 除本条款第 2.6 条“责任免除”外，本合同中还有一些免除或减轻本公司责任的条款，详见本条款第 7 条“名词释义”中以黑体字加下划线标示的内容。

3 合同效力

3.1 合同成立与生效

投保人提出保险申请，本公司同意承保，本合同成立，合同成立日期于保险单上载明。

除另有约定外，自本合同成立，本公司收取保险费并签发保险单的次日零时起本合同生效，本公司自载明于保险单上的生效日开始承担本合同约定的保险责任。

3.2 解除合同的手续及风险

保险期间内，投保人可以书面申请解除本合同。自本公司接到申请书之日起，本合同效力终止。本公司自收到解除合同申请书之日起 30 日内向投保人退还本合同的**现金价值**^{7.6}。

投保人解除合同会遭受一定损失。

如果被保险人已发生本合同责任范围内的保险事故或已接受本合同约定的服务，本公司将不接受解除合同申请。

3.3 被保险人变动

如因人员变动需要增加被保险人时，投保人应书面通知本公司。经审核同意并收取相应保险费后，本公司按约定的日期开始承担该被保险人的保险责任。

如因人员变动需要减少被保险人时，投保人应书面通知本公司，相关被保险人资格自通知到达之日起丧失；如投保人要求的相关被保险人资格取消之日在通知到达日之后，则相关被保险人资格自投保人要求取消之日零时起丧失。如果该被保险人未发生本合同责任范围内的保险事故，本公司向投保人退还该被保险人的**现金价值**。

如果由于被保险人变动，导致本合同不再满足国务院保险监督管理机构的相关投保规定时，本公司有权解除本合同，并向投保人退还本合同的**现金价值**。

4 保险费

4.1 **保险费** 保险费将根据投保人与本公司约定的保障内容进行确定，投保人应一次性向本公司交清保险费。

5 保险金的申请和给付

5.1 保险事故通知

投保人、被保险人或受益人知道保险事故发生后应当在 10 日内通知本公司。

如果投保人、被保险人或受益人故意或者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者应当及时知道保险事故发生或者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。

5.2 受益人

投保人或者被保险人可以指定一人或多人为身故保险金受益人。

身故保险金受益人为多人时，投保人或者被保险人可以确定受益顺序和受益份额；同一受益顺序如果没有确定受益份额，各受益人按照相等份额享有受益权；没有确定受益顺序的，各受益人按同一顺序享有受益权。

被保险人为无民事行为能力人或限制民事行为能力人的，可以由其监护人指定受益人。

投保人或者被保险人可以变更身故保险金受益人并书面通知本公司。本公司收到变更受益人的书面通知后，在保险单或其他保险凭证上批注或附贴批单。

投保人在指定和变更身故保险金受益人时，必须经过被保险人书面同意。投保人为与其有劳动关系的劳动者投保的，不得指定被保险人及其近亲属以外的人为受益人。

被保险人身故后，有下列情形之一的，保险金作为被保险人的遗产，由本公司依照《中华人民共和国继承法》的规定履行给付保险金的义务：

- 1) 没有指定受益人，或者受益人指定不明无法确定的；
- 2) 受益人先于被保险人身故，没有其他受益人的；
- 3) 受益人依法丧失受益权或者放弃受益权，没有其他受益人的。

受益人与被保险人在同一事件中身故，且不能确定身故先后顺序的，推定受益人身故在先。

受益人故意造成被保险人身故、伤残、疾病的，或者故意杀害被保险人未遂的，该受益人丧失受益权。

除本合同另有约定外，本合同非身故保险金的受益人为被保险人本人。

5.3 保险金申请资料 申请人应提供下列资料，本公司有权保留申请资料的原件或复印件：

- 1) 申请人和受益人的有效身份证件；
- 2) 预防接种异常反应补偿申请书；
- 3) 相关卫生行政部门出具的被保险人预防接种异常反应认定资料；
- 4) 申请医疗费用保险金、医疗津贴保险金的，还需提供医疗费用收据原件和费用清单，社会医疗保险经办机构或医院开具的医疗费用报销分割单原件。其中，被保险人进行门诊治疗的，还需提供医院出具的诊断证明书、处方和病历；被保险人住院治疗的，还需提供医院出具的诊断证明书、入院证明和出院小结；
- 5) 申请医疗津贴保险金的，还需提供相关卫生行政部门出具的预防接种异常反应损害程度分级认定资料；
- 6) 申请护理保险金、残疾生活补助护理保险金的，还需提供相关卫生行政部门出具的伤残程度等级鉴定书；
- 7) 申请辅助医疗器具保险金、鉴定费用保险金的，还需提供相关辅助医疗器具发票、鉴定费用发票；
- 8) 申请疾病身故保险金的，还需提供被保险人户籍注销证明，国家卫生行政部门认定的医疗机构、公安部门或其他相关机构出具的被保险人的死亡证明；
- 9) 所能提供的与确认保险事故的性质、原因等有关的其他证明和资料。

保险金作为被保险人遗产时，必须提供可证明合法继承权的相关权利文件。

以上证明和资料不完整的，本公司将及时一次性通知申请人补充提供有关证明和资料。

5.4 保险金的给付

本公司在收到保险金给付申请书及合同约定的证明和资料后，将及时作出核定；情形复杂的，在 30 日内作出核定。对属于保险责任的，本公司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。

本公司未及时履行前款规定义务的，除支付保险金外，应当赔偿受益人因此受到的损失。

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。

本公司在收到保险金给付申请书及有关证明和资料之日起 60 日内，对给付保险金的数额不能确定的，

根据已有证明和资料可以确定的数额先予支付；本公司最终确定给付保险金的数额后，将支付相应的差额。

- 5.5 **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，自其知道或者应当知道保险事故发生之日起计算。

6 其他事项

6.1 明确说明与如实告知

订立本合同时，本公司应向投保人说明本合同的内容。

本公司就投保人和被保险人的有关情况提出询问，投保人应当如实告知。

如果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，足以影响本公司决定是否同意承保或者提高保险费率的，本公司有权解除本合同或取消相关被保险人资格。

如果投保人故意不履行如实告知义务，对于本合同解除或取消相关被保险人资格前发生的保险事故，本公司不承担给付保险金的责任，并不退还保险费。

如果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，对于本合同解除或取消相关被保险人资格前发生的保险事故，本公司不承担给付保险金的责任，但应当退还保险费。

本公司在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或取消相关被保险人资格；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** 前条规定的合同解除权，自本公司知道有解除事由之日起，超过 30 日不行使而消灭。

- 6.3 **合同内容变更** 投保人和本公司可以协商变更合同内容。变更本合同的，由本公司在保险单或者其他保险凭证上批注或者附贴批单，或者由投保人和本公司订立变更的书面协议。

6.4 联系方式变更

本合同有效期内，投保人的住址、通讯地址或联系电话发生变更时，应及时通知本公司。

如果未通知本公司，本公司将按本合同注明的最后住址或通讯地址发送有关通知，并视为已送达投保人。

- 6.5 **争议处理** 因履行本合同发生的争议，由当事人协商解决，协商不成的，依法向被告所在地人民法院起诉。

7 名词释义

7.1 免疫规划疫苗

根据《中华人民共和国疫苗管理法》，**疫苗**是指为了预防、控制传染病的发生、流行，用于人体预防接种的疫苗类预防性生物制品。

免疫规划疫苗，是指公民应当依照政府的规定接种的疫苗，包括国家免疫规划确定的疫苗，省、自治区、直辖市人民政府在执行国家免疫规划时增加的疫苗，以及县级以上人民政府或者其卫生主管部门组织的应急接种或者群体性预防接种所使用的疫苗。

非免疫规划疫苗，是指居民自愿接种的其他疫苗。

- 7.2 **追溯期** 是指保险期间开始前的与保险期间相连续的一段时期，在这段时期内发生事故，投保人、被保险人或其受益人在保险期间内首次向保险人提出索赔，保险人按保险合同约定承担赔偿责任。如果该事故发生在追溯期之前，本公司不承担赔偿责任。

7.3 预防接种异常反应

根据《中华人民共和国疫苗管理法》，预防接种异常反应是指合格的疫苗在实施规范接种过程中或者实施规范接种后造成受种者机体组织器官、功能损害，相关各方均无过错的药品不良反应。**下列情形不属于预防接种异常反应：**

- 1) 因疫苗本身特性引起的接种后一般反应；
- 2) 因疫苗质量问题给受种者造成的损害；
- 3) 因接种单位违反预防接种工作规范、免疫程序、疫苗使用指导原则、接种方案给受种者造成的损害；
- 4) 受种者在接种时正处于某种疾病的潜伏期或者前驱期，接种后偶合发病；
- 5) 受种者有疫苗说明书规定的接种禁忌，在接种前受种者或者其监护人未如实提供受种者的健康状况和接种禁忌等情况，接种后受种者原有疾病急性复发或者病情加重；
- 6) 因心理因素发生的个体或者群体的心因性反应。

7.4 **基本医疗保险** 指城镇职工基本医疗保险、城乡居民基本医疗保险（或城镇居民基本医疗保险、新型农村合作医疗）。

7.5 **政府主办补充医疗** 指城乡居民大病保险、城镇职工大额医疗保险、城镇居民大额医疗保险等由政府主办对基本医疗保险进行补充的医疗保障项目，大额医疗保险在各地的具体名称会有所不同，以投保所在地政府主管部门规定的名称为准。

7.6 **《中华人民共和国疫苗管理法》** 发文号为 2019 年中华人民共和国主席令第 30 号，由中华人民共和国第十三届全国人民代表大会常务委员会第十一次会议通过，自 2019 年 12 月 1 日起施行。

7.7 **中国境外** 指中华人民共和国以外的国家和地区。但前往中华人民共和国的台湾、香港或者澳门地区也按“中国境外”处理。

7.8 **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，由本公司退还的那部分金额。

现金价值金额 = 年交保险费 × (1 - 15%) × (1 - 保单经过天数 / 365)。

