投保须知及声明

一、投保须知

1.投保对象：参加江西省职工基本医疗保险或城乡居民基本医疗保险的人员。

2.投保条件：投保不设置年龄、户籍、既往病史、健康状况、职业类型等限制条件。

3.投保时间：投保周期为2026年11月13日至2027年1月31日，投保周期内集中投保，分批生效，具体保障生效时间见《产品方案》。

4.保险期间：本保障计划的保险期限为1年。

5.等待期：无等待期。

6.投保份数：每位被保险人仅限一份。

7.缴费人与被保险人关系：仅限于本人、父母、配偶、子女、及其他有可保利益者。监护人须确定对所填未成年被保险人拥有法定监护权，确定所填未成年被保险人的信息真实有效，确定承担为该未成年被保险人支付保费、办理保全理赔等义务；如有不实，该监护人将承担法律后果。

8.支付方式：医保个账支付(仅限本人、父母、配偶、子女)、微信支付、云闪付支付、支付宝支付。

9.产品组成及价格：

赣惠保2027普惠版：100元/人/年；

赣惠保2027标准版：158元/人/年；

赣惠保2027臻享版：500元/人/年。

10.关于撤单、退保约定：

（1）若缴费人需要撤单的，应在缴费期内提出，相关保费全额原路退回至缴费人。

（2）如果缴费人采用医保账户或家庭共济账户参保，在缴费期结束之后不支持退保。

（3）如果缴费人采用其他交费方式参保，并发生保险赔款，在被保险人对应的保障期间开始日之后不能退保。

（4）如果缴费人采用其他交费方式参保，且未发生保险赔款，在缴费期结

束之后、在被保险人对应的保险保障期结束日之前退保，退保金按以下方法计算：

退保金＝保险费 x(1-25%)x(1-已经过日数／保险保障期天数）。已经过日数不足一日的按一日计算。

在保险保障期结束日之后，不能退保。

11.投保凭证：“赣惠保”生效后，仅提供电子个人参保凭证，不向个人提供发票。根据《中华人民共和国民法典》规定，数据电文是合法的合同表现形式，电子个人参保凭证具有法律效力。

12.医保个人账户支付约定：符合江西省医保个人账户支付规定的用户，可以用医保个人账户支付本产品保险费,详见投保界面《医保个人账户支付授权书》

13.承保公司：

主承保公司

中国人民财产保险股份有限公司江西省分公司

副主承保公司

中国人寿保险股份有限公司江西省分公司

联合承保公司

中国平安财产保险股份有限公司江西分公司、中国太平洋财产保险股份有限公司江西分公司、中国人寿财产保险股份有限公司江西省分公司、中国大地财产保险股份有限公司江西分公司、恒邦财产保险股份有限公司江西分公司、太平财产保险有限公司江西分公司、阳光财产保险股份有限公司江西省分公司、中国太平洋人寿保险股份有限公司江西分公司、中国人民健康保险股份有限公司江西分公司、太平人寿保险有限公司江西分公司、工银安盛人寿保险有限公司江西分公司、中邮人寿保险股份有限公司江西分公司

14.本《投保须知及声明》应结合《保险条款》及其《产品方案》一起解读、理解。《投保须知及声明》、《保险条款》、《产品方案》中“保险责任”、“责任免除（不予支付的医疗费用）”及“特别约定”、“释义”、“附录”不一致的，以《产品方案》相关约定和表述为准。

15.“赣惠保”由山东智诚惠民保险经纪有限公司和山东智诚惠民保险经纪有限公司江西分公司提供保险经纪服务。

二、缴费人声明

1.本人/本人监护人已完整阅读并理解《投保须知及声明》《产品方案》《保险条款》《重要告知》《理赔须知》等展示的信息，对其中免除保险公司责任的条款或约定（包括但不限于责任免除、投保人及被保险人义务、保险金申请与给付等），本人/本人监护人已充分理解并接受上述内容。

2.本人已就本产品的保障内容以及保险金额等内容向所有被保险人/被保险人监护人进行了明确说明，已就下述《被保险人声明》内容对其进行了明确说明，已征得其同意为其购买本产品。

3.本人确认被保险人/被保险人监护人信息填写无误，被保险人符合参保条件。

4.本人确认填写信息（包括身份信息、亲属关系）真实有效，如有隐瞒或告知不实，保险公司有权解除保险合同，并对保险合同解除前发生的任何保险事故不承担任何责任。

5.本人确认并知悉，本产品须先行缴纳保费，本保障计划的保险期限为1年。

6.本人/本人监护人同意服务平台及保险人通过即时通讯（包括微信）、手机（包括手机短信）、E-mail等适时提供保险信息服务。

7.本人/本人监护人同意“赣惠保”的承保保险公司及其委托机构以开展“赣惠保”及相关服务为目的向医疗机构或其他有关单位和个人查询、调阅、摘抄、复印与本人投保、理赔及其它与本保险申请事项相关的资料，本人/本人监护人愿意承担由此产生的法律后果。

三、被保险人声明

1.本人/监护人已完整阅读并理解《投保须知及声明》、《产品方案》、《重要告知》、《理赔须知》等展示的信息，对其中免除保险公司责任的条款或约定（包括但不限于不予支付的医疗费用、投保人及被保险人义务、保险金申请与给付等），本人/本人监护人已充分理解并接受上述内容。

2.本人/监护人确认填写信息真实有效，本人如有隐瞒或告知不实，保险公司有权解除合同，并对保险合同解除前发生的任何保险事故不承担任何责任。

3.本人/监护人知悉并同意本产品由中国人民财产保险股份有限公司江西省

分公司主承保。

4. 本人/监护人确认符合参保条件，并知悉本产品关于既往症人员赔付规则的相关约定。

5. 本人/监护人确认并知悉本保障计划的保险期限为 1 年。

6. 本人/监护人确认并知悉，“赣惠保”是**熠保科技（上海）有限公司江西分公司**为投保人发起的团体保险，本人/监护人同意并授权其为本人及所填信息的被保险人投保“赣惠保”。

7.本人/监护人授权本产品的承保公司向医疗机构或其他有关单位和个人查询、调阅、摘抄、复印与本人参保、理赔及其它与本保险申请事项相关的资料，本人/本人监护人愿意承担由此产生的一切法律后果。

8.本人/监护人同意服务平台及保险人通过即时通讯（包括微信）、手机（包括手机短信）、E-mail 等适时提供保险信息服务。

9.基于开展“赣惠保”及相关服务的目的，除法律另有规定之外，本人/本人监护人知悉并授权承保保险公司可向因服务必要而开展合作的伙伴提供所查询、收集的本人信息以及本人因享受承保保险公司服务而产生的信息。

〈全文完〉