

合众人寿保险股份有限公司

合众附加投保人豁免保险费重大疾病保险（2024）B

产品说明书

本产品说明书所载信息供您在理解本产品时参考，各项内容均以《合众附加投保人豁免保险费重大疾病保险（2024）B》条款为准。

在本产品说明书中，“您”指投保人，“我们”、“本公司”均指合众人寿保险股份有限公司，“本附加合同”指您与我们之间订立的“合众附加投保人豁免保险费重大疾病保险（2024）B 合同”。

【产品性质】

合众附加投保人豁免保险费重大疾病保险（2024）B 是疾病保险。疾病保险是指发生保险合同约定的疾病时，为被保险人提供保障的保险。

【投保须知】

- 1. 投保范围：被保险人 18—73 周岁
- 2. 保险期间：同被豁免合同
- 3. 交费方式：由您和我们约定并在保险单上载明

【保险责任】

在本附加合同保险期间内，我们承担如下保险责任：

等待期

被保险人在本附加合同生效（或最后复效）之日起 90 天（含）内因疾病导致身故或者全残，或初次发生且经医院的专科医生明确诊断患本附加合同所定义的重大疾病，我们将无息返还您所交的本附加合同的保险费，本附加合同终止。这 90 天的时间称为等待期。

被保险人因意外伤害导致身故、或本附加合同定义的全残或重大疾病，无等待期。

被保险人因意外伤害导致或在等待期后发生保险事故，我们按照下列方式承担保险责任：

身故豁免保险费

被保险人身故，自被保险人身故之日后的下一个保单周年日起，我们将逐期豁免被豁免合同的续期保险费，本附加合同终止。您每期被豁免的保险费视为已缴纳。

上述被豁免的续期保险费不包含被保险人身故之日前所欠交的保险费和利息。

全残豁免保险费

被保险人全残，自被保险人确定为全残之日后的下一个保单周年日起，我们将逐期豁免被豁免合同的续期保险费，本附加合同终止。您每期被豁免的保险费视为已缴纳。

上述被豁免的续期保险费不包含被保险人确定为全残之日前所欠交的保险费和利息。

重大疾病豁免保险费

被保险人初次发生且经医院的专科医生明确诊断患本附加合同所定义的重大疾病，自被保险人确诊重大疾病之日后的下一个保单周年日起，我们将逐期豁免被豁免合同的续期保险费，本附加合同终止。您每期被豁免的保险费视为已缴纳。

上述被豁免的续期保险费不包含被保险人确诊重大疾病之日前所欠交的保险费和利息。

【责任免除】

因下列第（1）-（6）项情形之一导致被保险人身故的，我们不承担“身故豁免保险费”的责任；因下列第（1）-（7）项情形之一导致被保险人全残的，我们不承担“全残豁免保险费”的责任；因下列第（2）-（9）项情形之一导致被保险人初次发生本附加合同所定义的“重大疾病”的，我们不承担“重大疾病豁免保险费”的责任：

（1）被保险人自本附加合同成立或者合同效力恢复之日起 2 年内自杀，但被保险人自杀时为无民事行为能力人的除外；

（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）被保险人服用、吸食或注射毒品；

（4）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；

（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）被保险人故意自伤，但被保险人自伤时为无民事行为能力人的除外；

（8）被保险人感染艾滋病病毒或患艾滋病；

（9）遗传性疾病，先天性畸形、变形或染色体异常。

发生上述第（1）-（6）项情形导致被保险人身故的，本附加合同终止，我们向您的继承人退还本附加合同的现金价值；

发生上述第（1）-（7）项情形导致被保险人全残的，本附加合同终止，我们向您退还本附加合同的现金价值；

发生上述第（2）-（9）项情形导致被保险人初次发生本附加合同所定义的重大疾病的，本附加合同终止，我们向您退还本附加合同的现金价值。

【其他免责条款】

除上述责任免除情形外，本附加合同中还有一些免除保险责任的条款，详见合众附加投保人豁免保险费重大疾病保险（2024）B 条款中“2.3 保险责任”、“3.1 保险事故通知”、“4.4 合同效力中止”、“5.1 明确说明与如实告知”、“5.3 年龄性别错误”、“6 附件一 重大疾病种类及定义”及部分“脚注释义”中标注突出的字体内容。

【犹豫期】

为了使您充分了解本附加合同的保障范围，确定选择了合适的基本保险金额、交费期限、保险期间和交费金额，自您签收本附加合同之日起，有 15 天的犹豫期。如果您在此期间提出解除本附加合同，需要填写书面申请书，并提供您的保险合同及有效身份证件，我们将在扣除不超过人民币 10 元的保单工本费后无息退还您所交的本附加合同的保险费。自我们收到您解除合同的书面申请时起，本附加合同即被解除。

【退保】

犹豫期届满，您可申请解除本附加合同。申请解除本附加合同时，请您填写解除合同申请书并向我们提供下列资料：

- （1）保险合同；
- （2）您的有效身份证件。

自我们收到解除合同申请书时起，本附加合同终止。我们自收到解除合同申请书之日起 30 日内向您退还本附加合同的现金价值。

您在犹豫期后解除合同会遭受一定损失。

【保险单的现金价值】

本附加合同保单年度末的现金价值会在保险单上载明。保单年度内的现金价值，您可以向我们咨询。现金价值指本附加合同所具有的价值，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。

【利益演示】

合先生（35 周岁）为自己投保合众附加投保人豁免保险费重大疾病保险（2024）B，保险期间同被豁免合同，选择的交费期限为 29 年，基本保险金额同被豁免合同的年交保险费为 10000 元，年交保险费为 1213 元。

合众附加投保人豁免保险费重大疾病保险（2024）B 利益演示

被保险人 35 周岁/男/同被豁免合同/29 年交/基本保险金额 10000 元/年交保险费 1213 元

单位：元

保单年度	保单年度末年龄	当年度保险费	累计保险费	身故豁免保险费	全残豁免保险费	重大疾病豁免保险费	现金价值
1	36	1213	1213	290000	290000	290000	0
2	37	1213	2426	280000	280000	280000	0
3	38	1213	3639	270000	270000	270000	0
4	39	1213	4852	260000	260000	260000	0
5	40	1213	6065	250000	250000	250000	0
6	41	1213	7278	240000	240000	240000	0
7	42	1213	8491	230000	230000	230000	183
8	43	1213	9704	220000	220000	220000	366
9	44	1213	10917	210000	210000	210000	518
10	45	1213	12130	200000	200000	200000	637
11	46	1213	13343	190000	190000	190000	719
12	47	1213	14556	180000	180000	180000	760
13	48	1213	15769	170000	170000	170000	759
14	49	1213	16982	160000	160000	160000	716
15	50	1213	18195	150000	150000	150000	631
16	51	1213	19408	140000	140000	140000	505
17	52	1213	20621	130000	130000	130000	341

18	53	1213	21834	120000	120000	120000	140
19	54	1213	23047	110000	110000	110000	0
20	55	1213	24260	100000	100000	100000	0
21	56	1213	25473	90000	90000	90000	0
22	57	1213	26686	80000	80000	80000	0
23	58	1213	27899	70000	70000	70000	0
24	59	1213	29112	60000	60000	60000	0
25	60	1213	30325	50000	50000	50000	0
26	61	1213	31538	40000	40000	40000	0
27	62	1213	32751	30000	30000	30000	0
28	63	1213	33964	20000	20000	20000	0
29	64	1213	35177	10000	10000	10000	0
剩余保单年度	65+	0	35177	0	0	0	0

请您在了解以上案例【利益演示】内容时，注意以下提示信息，可辅助您更准确的理解案例内容：

- （1）以上利益演示中所有数值均为实际取整所得，与实际数值可能会略有差异；
- （2）现金价值为保单年度末的值；
- （3）以上利益演示中“身故豁免保险费”、“全残豁免保险费”及“重大疾病豁免保险费”数值，为您达到本附加合同约定的身故豁免保险费责任、全残豁免保险费责任或重大疾病豁免保险费责任时，您被豁免的应交本附加合同所豁免合同剩余保险费金额，并非我们理赔给付的保险金数值。前述责任为逐期豁免，不视为本附加合同所豁免合同保险费您已经全部交齐；
- （4）本保障计划单位为人民币元，假定被保险人为标准体，所列费率、基本保险金额等与保险合同不一定一致，请以保险合同为准。

本产品说明书所载信息供您在理解本产品时参考，各项内容均以《合众附加投保人豁免保险费重大疾病保险（2024）B》条款为准。

投保人声明：本人已认真阅读并理解本产品说明书。

投保人签章：_____

签署日期：_____年_____月_____日