投保须知:

1、本计划由德华安顾人寿保险有限公司承保，目前在山东、江苏设立分支机构，产品理赔服务在山东、江苏，,在没有设立分公司的地区，客户服务将通过网络和电话实现。

2、投保前请您认真阅读保险条款，特别是关于保险责任、责任免除、犹豫期、退保及其金额等关键信息的条款，确认已理解并认可其内容，并全面理解所要投保的产品。

3、投保人、被保险人姓名、性别、出生日期、身份证件或身份证明文件的类型、电话号码等客户个人信息，是与计算保费、核保、寄送保单、客户回访等事项直接相关的重要客户信息，请您如实完整提供并正确填写。若您不提供真实、完整的客户信息，将可能导致您的权益无法得到保障。投保后，如果您的联系电话和联系地址等客户信息发生变更，请及时联系我公司办理更正手续。对于您的客户信息，我公司声明并承诺：未经您的同意不会将客户信息用于我公司和第三方机构的销售活动。

4、本产品投保人须仅为中国税收居民(中国税收居民是指在中国境内有住所，或者无住所而在境内居住满一年的个人)

5、首次投保成功后，您应每月足额缴纳续期保险费，请确保您提供的支付账号有足够的余额。如因账户余额等原因缴纳不成功，，本公司提供 60 日的交费宽限期（自保单载明保险费交费日期的次日起 60 日内）。在交付保险费宽限期结束时，若您仍未交付保险费，保险合同效力中止。

6、投保人及被保险人应就本公司提出的询问据实告知，否则本公司有权解除保险合同。

7、本次投保本公司为您提供电子保单。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。如您需要提供保险费发票可通过拨打德华安顾人寿全国统一客服电话客服电话 4008880011 提出申请。

保单服务：

1.联系方式或交费账号：您可以拨打德华安顾人寿全国统一客服电话 4008880011 ，在通过身份验证后，您可以将新的联系方式或交费账号信息告知我们的客户服务人员来进行变更。其他的变更请参照德华安顾人寿官网“客户服务”中“保单服务”的要求提供相应书面或影像资料向德华安顾人寿提出申请。

2.犹豫期退保：您可以拨打德华安顾人寿全国统一客服电话 4008880011，在通过身份验证后进行办理。

我公司将在收到退保申请后 3 个工作日内予以处理；款项返还至投保人首期交费账号。

疾病定义

本合同所约定的疾病名称及定义如下：

恶性肿瘤：指恶性细胞不受控制的进行性增长和扩散，浸润和破坏周围正常组织，可以经血管、淋巴管和体腔扩散转移到身体其它部位的疾病。经病理学检查结果明确诊断，临床诊断属于世界卫生组织《疾病和有关健康问题的国际统计分类》（ICD-10）的恶性肿瘤范畴。

下列疾病不在保障范围内：

1、原位癌；

2、相当于 Binet 分期方案 A 期程度的慢性淋巴细胞白血病；

3、相当于 Ann Arbor 分期方案 I 期程度的何杰金氏病；

4、皮肤癌（不包括恶性黑色素瘤及已发生转移的皮肤癌）；

5、TNM 分期为 T1N0M0 期或更轻分期的前列腺癌；

6、感染艾滋病病毒或患艾滋病期间所患恶性肿瘤。

责任免除：

因下列情形之一，直接或间接导致被保险人发生本合同所定义的恶性肿瘤，本公司不承担给付保险金的责任：

一、被保险人服用、吸食或注射毒品，被保险人感染艾滋病病毒或患艾滋病；

二、战争、军事冲突、暴乱或武装叛乱，核爆炸、核辐射或核污染；

三、遗传性疾病，先天性畸形、变形或染色体异常。

因上述情形导致被保险人发生本合同所约定的恶性肿瘤的，本合同终止，本公司向投保人退还本合同的现金价值。