

融盛财产保险股份有限公司

团体护理津贴保险条款

总则

第一条 合同构成

本保险合同由保险条款、投保单、保险单以及经投保人和保险人认可的与保险合同有关的其他书面凭证（包括但不限于健康问卷、声明、批单）组成。凡涉及本保险合同的约定，均应采用书面形式。

第二条 投保人

对被保险人有保险利益的法人、非法人组织均可作为投保人，包括但不限于各级政府、社保中心、医保中心、疾控中心等。

第三条 被保险人

除另有约定外，年龄在出生满 28 日(含)至 105 周岁(含)、已参加当地社会基本医疗保险、首次投保时或非续保投保时能正常工作或生活且符合健康告知的自然人可作为本保险合同的被保险人，保险人接受被保险人首次投保或非续保投保的年龄不超过 65 周岁。

第四条 受益人

除另有约定外，本保险合同保险金的受益人为被保险人本人。

保险责任

第五条 保险责任

在保险期间内，被保险人因遭受意外伤害或在等待期后罹患疾病，导致被保险人日常生活能力障碍从而引发护理需要，且经保险人认可的护理服务机构（以下简称“护理服务机构”）或失能评估机构（以下简称“鉴定机构”）认定，符合本保险合同约定的政府及其相关部门规定的护理等级或失能等级标准，并在保险人认可的专业机构、养老机构等护理服务机构接受护理服务或在保险人认可的家庭病房或社区居家护理形式接受专项护理（以下简称“保险事故”），保险人按照被保险人在护理期间发生的实际接受护理的日数，在扣除保险合同载明的每次事故免赔日数后，按照约定的每日护理津贴给付标准给付护理津贴保险金，并以约定的累计最高给付日数为限。

除另有约定外，被保险人因同一意外事故或同一疾病多次需护理的，前次护理结束与后次护理期开始这两个时间点的间隔未超过 90 日（含），视为一次护理服务。

失能等级及认定频次、每次事故免赔日数、每日护理津贴给付标准、每次事故最高给付日数、累计最高给付日数或护理津贴保险金额由投保人与保险人协商确定并在保险合同中载明。如保险合同中未载明每次事故最高给付日数、累计最高给付日数，在每个保险期间内，每次事故最高给付日数最多为 90 日，累计最高给付日数最多为 180 日，以被保险人接受约定的护理服务的日数为准。

对于被保险人在前述评估过程中发生的、合理且必要的失能等级评估费用，保险人按照本保险合同的约定也承担给付责任，具体以保险单中载明的为准。

第六条 等待期

等待期是指自保险期间起始时间起计算的一段时间，经过该段时间后，保险人才对被保险人承担给付保险金责任。被保险人在投保后至等待期结束前发生的疾病所导致的护理需要，无论此护理是否发生在等待期内，保险人均不承担保险金给付责任。

本保险合同的等待期由投保人和保险人双方约定，并在保险单中载明。如未载明的，则默认为 60 日。被保险人因意外伤害发生保险事故的，没有等待期。

续保的情况下，无等待期。本保险合同期满前，投保人可向保险人申请续保，经保险人审核后予以承保；续保合同保险期间的起始日期与续保对应上一保险合同保险期间的终止日期相连不间断。

责任免除

第七条 情形除外

除另有约定外，在下列任一情形下，保险人不承担给付保险金的责任：

- (一) 投保人对被保险人的故意杀害或故意伤害；
- (二) 被保险人故意自杀、自伤，但被保险人自杀时为无民事行为能力人的除外；

(三) 被保险人故意犯罪或者抗拒依法采取的刑事强制措施、被政府依法拘禁以及入狱期间伤病；

(四) 被保险人殴斗、醉酒、主动吸食或注射毒品，违反规定使用麻醉或精神药品；

(五) 被保险人酒后驾驶、无合法有效驾驶证驾驶或者驾驶无合法有效行驶证的机动车交通工具；

(六) 被保险人所患既往症及本附加保险合同中特别约定的除外疾病引起的相关费用，但投保时保险人已知晓并作出书面认可的除外；

(七) 任何医疗事故导致的损害；

(八) 被保险人接受以保健为目的的疗养、特别护理、静养，康复性治疗、物理治疗、心理治疗或预防性治疗；

(九) 被保险人患性病，精神和行为障碍，在本附加保险合同承保范围外的遗传性疾病，先天性畸形、变形或染色体异常（依据世界卫生组织《疾病和有关健康问题的国际统计分类》（ICD-10）确定）；

(十) 被保险人感染艾滋病病毒或患艾滋病（但符合本附加保险合同约定的“职业原因导致人类免疫缺陷病毒（HIV）感染”、“输血原因导致人类免疫缺陷病毒（HIV）感染”、“器官移植原因导致 HIV 感染”不在此限）；

(十一) 战争、军事行动、暴乱或者武装叛乱；

(十二) 核爆炸、核辐射或者核污染、化学污染；

(十三) 因职业病、医疗事故导致的；

(十四) 因第三方责任导致被保险人生活不能自理的情形;

(十五) 经鉴定被保险人已经不符合保险合同约定的护理保险待遇享受条件的;

(十六) 非保险人认可的定点护理服务机构提供的服务;

(十七) 不属于保险合同约定的护理形式的服务。

保险金额、免赔日数

第八条 保险金额

本保险合同的保险金额是保险人承担给付该被保险人保险金责任的最高限额。对某一被保险人一次或者累计给付保险金达到保险金额时，保险人对该被保险人所承担的保险责任终止。

本保险合同的各项保险金额由投保人与保险人在订立保险合同时协商确定，并在保险单中载明。

第九条 免赔日数

本附加保险合同的免赔日数是指被保险人在保险期间内发生的、虽然属于本保险合同保险责任范围内，但依照本保险合同约定保险人不予赔付津贴的天数。

保险期间与续保

第十条 保险期间

本保险合同的保险期间由投保人与保险人在订立保险合同时协商确定，并在保险单中载明，且最长不得超过一年。

第十一条 非保证续保

本保险合同为非保证续保合同。保险期间届满，投保人需要重新向保险人申请投保本产品，并经保险人同意，交纳保险费，获得新的保险合同。

若保险期间届满时，本保险合同对应保险产品统一停售，保险人将不再接受投保申请。

保险人义务

第十二条 格式条款的提示与说明

订立保险合同时，采用保险人提供的格式条款的，保险人向投保人提供的投保单应当附格式条款，保险人应当向投保人说明保险合同的内容。对保险合同中免除保险人责任的条款，保险人在订立保险合同时应当在投保单、保险单或者其他保险凭证上作出足以引起投保人注意的提示，并对该条款的内容以书面或者口头形式向投保人作出明确说明；未作提示或者明确说明的，该条款不产生效力。

第十三条 签发保单

本保险合同成立后，保险人应当及时向投保人签发保险单或其他保险凭证。

第十四条 及时一次性通知补充索赔证明和资料

保险人认为投保人、被保险人或者受益人提供的有关索赔的证明和资料不完整的，应当及时一次性通知投保人、被保险人或者受益人补充提供。

第十五条 及时核定赔付

保险人收到被保险人或者受益人的给付保险金的请求后，应当及时作出是否属于保险责任的核定；情形复杂的，应当在 30 日内作出核定，但保险责任的核定必须依赖于特定证明、鉴定、判决、裁定或其他证据材料的，保险人应在被保险人或者受益人提供或自行取得上述证据材料起 30 日内作出核定。

保险人应当将核定结果通知被保险人或者受益人；对属于保险责任的，在与被保险人或者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。保险合同对给付保险金的期限有约定的，保险人应当按照约定履行给付保险金的义务。保险人依照前款约定作出核定后，对不属于保险责任的，应当自作出核定之日起 3 日内向被保险人或者受益人发出拒绝给付保险金通知书，并说明理由。

保险人自收到给付保险金的请求和有关证明、资料之日起 60 日内，对其赔偿保险金的数额不能确定的，应当根据已有证明和资料可以确定的数额先予支付；保险人最终确定给付的数额后，应当支付相应的差额。

投保人、被保险人义务

第十六条 交费义务

除另有约定外，投保人应当在订立本保险合同时一次性足额交清保险费。投保人未按照本保险合同的约定一次性足额交清保险费的，保险合同不生效，保险合同生效前发生的保险事故，保险人不承担给付保险金的责任。

第十七条 如实告知义务

投保人应如实填写投保单并回答保险人提出的询问，履行如实告知义务。

投保人故意或者因重大过失未履行前款约定的义务，足以影响保险人决定是否同意承保或者提高保险费率的，保险人有权解除本保险合同。

前款约定的合同解除权，自保险人知道有解除事由之日起，超过三十日不行使而消灭。

投保人故意不履行如实告知义务的，保险人对于本保险合同解除前发生的保险事故，不承担给付保险金的责任，并不退还保险费。

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，保险人对于本保险合同解除前发生的保险事故，不承担给付保险金的责任，但退还保险费。

保险人在本保险合同订立时已经知道投保人、被保险人未如实告知的情况的，保险人不得解除本保险合同；发生保险事故的，保险人承担给付保险金的责任。

第十八条 住址或通讯地址变更通知义务

为确保保险人的通知能有效送达，请投保人务必正确填写投保人、被保险人及受益人的住所、通讯地址、电话及电子邮箱等联系方式。当这些联系方式变更时，请及时以书面形式或双方认可的其他形式通知保险人。如果未能通知保险人，保险人按所知的最后联系方式所发送的有关通知，均视

为已经送达给投保人、被保险人及受益人。

第十九条 年龄的确定及错误的处理

被保险人的投保年龄，以法定身份证件登记的周岁年龄为准，本保险合同所承保的被保险人的投保年龄必须符合年龄要求。投保人在申请投保时，应按被保险人的周岁年龄填写。若发生错误，保险人按照以下规定处理：

(一) 投保人申报的被保险人年龄不真实，且真实年龄不符合本保险合同约定的年龄限制的，保险人有权解除本保险合同，并向投保人退还未满期净保费。

(二) 投保人申报的被保险人年龄不真实，导致投保人实付保险费少于应付保险费的，保险人有权更正并要求投保人补交保险费，或在给付保险金时按照实付保险费与应付保险费的比例支付。

(三) 投保人申报的被保险人年龄不真实，导致投保人支付保险费多于应付保险费的，保险人应将多收的保险费无息退还投保人。

第二十条 保险事故通知义务

发生保险责任范围内的事故后，保险人及时了解保险事故的性质、发生原因、损失情况，对给付保险金至关重要。投保人、被保险人或受益人应在知道保险事故发生之日起 10 日内书面说明事故发生的的原因、经过和损失情况并通知保险人。

如果投保人、被保险人或受益人因故意或重大过失未及

时通知，导致保险事故的性质、发生原因、损失情况等难以确定的，保险人对无法确定的部分，不承担给付保险金的责任，但保险人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的除外。

第二十一条 被保险人变动通知义务

在保险期间内，投保人因其人员变动，需增加、减少被保险人时，应以书面形式向保险人提出申请。保险人同意后出具批单，并在本保险合同中批注。

被保险人人数增加时，保险人在审核同意后出具批单，于批单生效日零时开始承担责任，并按约定增收相应的保险费。

被保险人人数减少时，投保人提供已通知相应被保险人退保的有效证明，保险人在审核同意后出具批单，于批单生效日零时起，对减少的被保险人终止保险责任，并按约定退还相应的未满期净保费。但减少的被保险人已发生任何保险金给付或已发生本保险合同约定的保险事故但尚未给付保险金的，保险人不退还该被保险人项下相应的未满期净保费。

第二十二条 其他内容变更通知义务

在保险期间内，投保人需变更合同内容的，应以书面形式向保险人提出申请。保险人同意后出具批单，并在本保险合同中批注。

保险金申请与给付

第二十三条 保险金的申请

保险金申请人向保险人申请给付保险金时，应提交以下材料。保险金申请人因特殊原因不能提供以下材料的，应提供其他合法有效的材料。保险金申请人未能提供有关材料，导致保险人无法核实该申请的真实性的，保险人对无法核实部分不承担给付保险金的责任。

- (一) 保险金给付申请书；
- (二) 保险单；
- (三) 被保险人身份证明、保险金申请人身份证明；
- (四) 保险人认可的护理服务机构或鉴定机构出具的护理需求等级评估报告或失能鉴定材料；
- (五) 保险人认可的护理服务机构或医疗机构出具的照护时间相关证明；
- (六) 照护鉴定机构出具的照护状态鉴定报告；
- (七) 保险金申请人所能提供的与确认保险事故的性质、原因、损失程度等有关的其他证明和资料；

若保险金申请人委托他人申请的，还应提供授权委托书原件、委托人和受托人的身份证明等相关证明文件。

保险人保留复核被保险人是否处于照护状态的权利。保险人有权定期对被保险人的照护状态进行重新鉴定，直至该被保险人的照护状态终止、该被保险人身故、保险期间届满（以其中先发生者为准），投保人和被保险人应予以配合。如果因投保人或者被保险人的原因（被保险人因身体原因不适合进行照护状态鉴定的情形除外）导致保险人无法核实损

失情况的，保险人对无法核实部分不承担赔偿责任。

争议处理和法律适用

第二十四条 争议处理

因履行本保险合同发生的争议，由当事人协商解决。协商不成的，提交保险单载明的仲裁机构仲裁；保险单未载明仲裁机构且争议发生后未达成仲裁协议的，依法向中华人民共和国境内（不含港澳台地区）有管辖权的人民法院起诉。

第二十五条 法律适用

与本保险合同有关的以及履行本保险合同产生的一切争议处理适用中华人民共和国法律（不包括港澳台地区法律）。

其他事项

第二十六条 保险合同变更

在本保险合同有效期内，经与保险人协商一致，投保人可以变更本保险合同的有关内容。合同变更可以通过对本保险合同批注或附贴批单以及双方订立书面变更协议来实现。

第二十七条 保险合同解除

本保险合同成立后，除另有约定外，投保人可以要求解除本保险合同。但已发生任何保险金给付或已发生本保险合同约定的保险事故但尚未给付保险金的，投保人不得要求解除本保险合同。

投保人要求解除本保险合同时，应填写保险合同解除申请书，并提交保险单、保险费交付凭证和投保人身份证明。

本保险合同自保险人接到保险合同解除申请书时终止。

保险责任开始前，投保人要求解除保险合同的，保险人将无息退还投保人所支付的全部保险费。

保险责任开始后，投保人要求解除保险合同的，保险人应向投保人退还本保险合同的未满期净保费。

第二十八条 保险合同终止

发生下列情形之一的，本保险合同自动终止：

- (一) 保险合同期满；
- (二) 被保险人死亡；
- (三) 法律法规规定或本保险合同约定的其他导致本保险合同效力终止的情形。

释义

第二十九条 本保险合同涉及下列术语时，适用以下释义：

(一) 当地

除保险合同另有约定外，指被保险人参加社会基本医疗保险所在地。

(二) 社会基本医疗保险

指国家最新修订颁布的《中华人民共和国社会保险法》规定的基本医疗保险，包括城镇职工基本医疗保险、城镇居民基本医疗保险或城乡居民基本医疗保险、新型农村合作医疗等政府举办的基本医疗保障项目。

(三) 周岁

指以法定身份证明文件中记载的出生日期为基础计算的实足年龄。

（四）意外伤害

指以外来的、突发的、非本意的、非疾病的使身体受到伤害的客观事件。以下情形属于疾病范畴，非本条款所指意外伤害：

1. 猝死：指由潜在疾病、身体机能障碍或其他非外来性原因所导致的、在出现急性症状后发生的突然死亡，以医院的诊断或公安、司法机关的鉴定为准；
2. 过敏及由过敏引发的变态反应性疾病；
3. 高原反应；
4. 中暑；
5. 细菌、病毒或其他病原体导致的感染性疾病。

（五）日常生活能力障碍

指缺失以下若干项自主生活能力：

1. 进食：自己从已准备好的碗或者碟中取食物放入口中；
2. 穿衣：自己能够穿衣及脱衣；
3. 移动：自己从一个房间到另一个房间；
4. 行动：自己上下床或者上下轮椅；
5. 如厕：自己控制进行大小便；
6. 洗澡：自己进行淋浴或者盆浴。

（六）护理等级或失能等级

指被保险人因日常生活能力障碍，日常生活须受到他人

护理，经由投保人与保险人共同约定的医疗（鉴定）机构或医疗（鉴定）人员根据日常生活能力障碍的标准对被保险人日常生活能力评定量化，认定其日常护理等级或失能等级。

除保险合同另有约定外，评估标准参照《国家医保局财政部关于印发《长期护理保险失能等级评估管理办法(试行)》的通知》（医保发〔2023〕29号）中有关评估标准的规定。

（七）专业机构

指取得卫生计生部门行政许可的护理院或开设了养老床位的二级及以下医疗机构，为参保人员提供长期24小时连续护理服务。

（八）养老机构

指在民政部门登记备案的养老机构，为参保人员提供长期24小时连续护理服务。

（九）家庭病房

指对符合住院条件、需要连续治疗，但因本人生活不能自理或行动不便，到医疗机构住院有困难，需医护人员上门提供服务的患者，由社区卫生服务中心（乡镇卫生院）在其家中或养老机构设立病床，并指定医护人员定期查床、治疗、护理，同时在特定病历上记录服务过程的一种基层卫生服务形式。

（十）居家护理

指在民政部门登记备案的社区居家养老机构或取得卫生计生部门行政许可的社区卫生服务中心，为参保人员提供

上门居家护理服务。

（十一）酗酒

指酒精摄入过量。长期过量饮酒导致身体脏器严重损害，或一次大量饮酒导致急性酒精中毒或自制力丧失造成自身伤害、斗殴肇事或交通肇事。酒精过量由医疗机构或公安部门判定。

（十二）毒品

指《中华人民共和国刑法》规定的鸦片、海洛因、甲基苯丙胺（冰毒）、吗啡、大麻、可卡因以及国家规定管制的其他能够使人形成瘾癖的麻醉药品和精神药品，但不包括由医生开具并遵医嘱使用的用于治疗疾病但含有毒品成分的处方药品。

（十三）酒后驾驶

指经检测或者鉴定，发生事故时车辆驾驶人员每百毫升血液中的酒精含量达到或者超过一定的标准，公安机关交通管理部门依据《中华人民共和国道路交通安全法》的规定认定为饮酒后驾驶或者醉酒后驾驶。

（十四）无合法有效驾驶证

指被保险人存在下列情形之一：

1. 无驾驶证或驾驶证有效期已届满；
2. 驾驶的机动车与驾驶证载明的准驾车型不符；
3. 实习期内驾驶执行任务的警车、消防车、救护车、工程救险车；实习期内驾驶公共汽车、营运客车或者载有爆炸

物品、易燃易爆化学物品、剧毒或者放射性等危险物品的机动车，实习期内驾驶的机动车牵引挂车；

4. 持未按规定审验的驾驶证，以及在暂扣、扣留、吊销、注销驾驶证期间驾驶机动车；

5. 使用各种专用机械车、特种车的人员无国家有关部门核发的有效操作证，驾驶营业性客车的驾驶人无国家有关部门核发的有效资格证书；

6. 依照法律法规或公安机关交通管理部门有关规定不允许驾驶机动车的其他情况下驾车。

（十五）无合法有效行驶证

指发生保险事故时被保险人驾驶的机动车无公安机关交通管理部门、农机部门等政府管理部门核发的行驶证或号牌，或行驶证不在有效期内，或该机动车未按规定检验或检验不合格。

（十六）既往症

指在本保险合同生效日之前被保险人已患的疾病。通常有以下情况：

1. 本保险合同生效前，医生已有明确诊断，长期治疗未间断；

2. 本保险合同生效前，医生已有明确诊断，治疗后症状未完全消失，有间断用药情况；

3. 本保险合同生效前，医生已有明确诊断，但未予治疗；

4. 本保险合同生效前，未经医生诊断和治疗，但症状或

体征明显且持续存在，并以此症状或体征为主诉进行就诊治疗的疾病。

（十七）保健

指为保护和增进人体健康、防止发生疾病而所采取的综合性措施。

（十八）遗传性疾病

指生殖细胞或受精卵的遗传物质（染色体和基因）发生突变或畸变所引起的疾病，通常具有由亲代传至后代的垂直传递的特征。

（十九）先天性畸形、变形或染色体异常

指被保险人出生时就具有的畸形、变形或染色体异常。先天性畸形、变形和染色体异常依照世界卫生组织《疾病和有关健康问题的国际统计分类》第十次修订版（ICD-10）确定。

（二十）感染艾滋病病毒或患艾滋病

艾滋病病毒指人类免疫缺陷病毒，英文缩写为 HIV。艾滋病指人类免疫缺陷病毒引起的获得性免疫缺陷综合征，英文缩写为 AIDS。在人体血液或其他样本中检测到艾滋病病毒或其抗体呈阳性，没有出现临床症状或体征的，为感染艾滋病病毒；如果同时出现了明显临床症状或体征的，为患艾滋病。

（二十一）职业原因导致人类免疫缺陷病毒（HIV）感染

指被保险人的职业归属于下列职业列表内的职业，在其常规职业工作过程中遭遇外伤，或者职业需要处理血液或者其他体液时感染上人类免疫缺陷病毒（HIV）。必须满足下列全部条件：

1. 感染必须是在被保险人正在从事其职业工作中发生；
2. 血清转化必须出现在事故发生后的 **6** 个月以内；
3. 必须提供被保险人在所报事故发生后的 **5** 天以内进行的检查报告，该报告必须显示被保险人血液 HIV 病毒阴性和/或 HIV 抗体阴性；
4. 必须在事故发生后的 **12** 个月内证实被保险人体内存有 HIV 病毒或者 HIV 抗体。

职业列表：

医生（包括牙医）	救护车工作人员
护士	助产士
医院化验室工作人员	警察（包括狱警）
医院护工	消防人员

在任何治愈艾滋病（AIDS）或阻止 HIV 病毒作用的疗法被发现以后，或能防止 AIDS 发生的医疗方法被研究出来以后，本保障将不再予以赔付。

（二十二）输血原因导致人类免疫缺陷病毒（HIV）感染

指被保险人感染人类免疫缺陷病毒并且符合下列所有条件：

1. 在保险期间起始日后，被保险人因治疗必需而接受输血，并且因输血而感染人类免疫缺陷病毒；
2. 提供输血治疗的输血中心或医疗机构出具该项输血感染属医疗责任事故的报告，或法院终审裁定为医疗责任并且不准上诉；
3. 提供输血治疗的输血中心或医疗机构必须拥有合法经营执照；
4. 受感染的被保险人不是血友病患者。

在任何治愈艾滋病或阻止人类免疫缺陷病毒作用的疗法被发现以后，或能防止艾滋病发生的医疗方法被研究出来以后，本保障将不再予以赔付。

任何因其他传播方式（包括性传播或静脉注射毒品等）导致的人类免疫缺陷病毒感染不在保障范围内。

保险人必须拥有获得使用被保险人的血液样本的权利和能够对这些样本进行独立检验的权利。

（二十三）器官移植原因导致 HIV 感染

指因进行器官移植而感染上人类免疫缺陷病毒（HIV）或患艾滋病，且须满足下列全部条件：

1. 在保险期间起始日后，被保险人因治疗必需而实施器官移植，并且因器官移植而感染人类免疫缺陷病毒或患艾滋病；
2. 提供器官移植治疗的器官移植中心或医院出具的此次因器官移植感染人类免疫缺陷病毒或患艾滋病，属于医疗

事故的报告，或者法院终审裁定为医疗事故并且不准上诉；

3. 提供器官移植治疗的器官移植中心或医院必须拥有合法经营执照。

任何因其他传播方式（包括性传播或静脉注射毒品等）导致的 HIV 感染或患艾滋病不在保障范围内。

（二十四）职业病

指企业、事业单位和个体经济组织的劳动者在职业活动中，因接触粉尘、放射性物质和其他有毒、有害物质等因素而引起的疾病。职业病的认定需遵循《中华人民共和国职业病防治法》中的相关规定及鉴定程序。

（二十五）医疗事故

指医疗机构及其医务人员在医疗活动中，违反医疗卫生管理法律、行政法规、部门规章和诊疗护理规范及常规，过失造成患者人身损害的事故。

（二十六）保险金申请人

除另有约定外，本保险合同的保险金申请人是指被保险人本人。

（二十七）照护状态终止

指在本保险合同保险期间内被保险人的身体状态和健康状况好转或恢复，经由投保人与保险人共同约定的医疗（鉴定）机构或医疗（鉴定）人员根据日常生活能力障碍的标准对被保险人日常生活能力评定量化，认定其可以独立完成前述六项基本日常生活活动中的任五项或五项以上的（本

保险合同另有约定的不在此限），无需他人帮助、护理可维系正常日常生活，不再符合本保险合同约定的照护状态。

如当地政府对于该释义另有要求，则以当地政府的要求为准。

（二十八）未满期净保费

未满期净保费 = 保险费 × [1 - (保险单已经过天数 / 保险期间天数)] × (1 - 费用比例)，经过天数不足一天的按一天计算。除另有约定外，费用比例为 25%。