

中国平安财产保险股份有限公司
平安产险个人意外伤害保险（B款）条款

注册号：C00001732312021011000211

总则

第一条 本保险合同由保险条款、投保单、保险单、保险凭证以及批单等组成。凡涉及本保险合同的约定，均应采用书面形式。

第二条 本保险合同的被保险人应为六十五周岁（含）以下、身体健康、能正常工作或正常生活的自然人。

第三条 本保险合同的投保人应为具有完全民事行为能力的被保险人本人、对被保险人有保险利益的其他人。

第四条 本保险合同的受益人包括：

（一）身故保险金受益人

订立本保险合同时，被保险人或投保人可指定一人或数人为身故保险金受益人。身故保险金受益人为数人时，应确定其受益顺序和受益份额；未确定受益份额的，各身故保险金受益人按照相等份额享有受益权。投保人指定受益人时须经被保险人同意。

被保险人死亡后，有下列情形之一的，保险金作为被保险人的遗产，由保险人依照有关法律法规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死亡，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死亡，且不能确定死亡先后顺序的，推定受益人死亡在先。

被保险人或投保人可以变更身故保险金受益人，但需书面通知保险人，由保险人在本保险合同上批注。**对因身故保险金受益人变更发生的法律纠纷，保险人不承担任何责任。**

投保人指定或变更身故保险金受益人的，应经被保险人书面同意。被保险人为无民事行为能力人或限制民事行为能力人的，应与其监护人指定或变更身故保险金受益人。

（二）伤残、医疗、误工津贴、住院护理津贴保险金受益人

除另有约定外，本保险合同的伤残、医疗、误工津贴、住院护理津贴保险金的受益人为被保险人本人。

保险责任

第五条 本保险合同的保险责任分为“必选责任”及“可选责任”。投保人在已投保“必选责任”的前提下，可以同时投保“可选责任”；若投保人未投保“必选责任”，则单独投保“可选责任”不产生任何效力。保险责任由投保人在投保时与保险人协商确定，并在保险合同中载明。

第六条 保险期间内，被保险人因遭受意外伤害事故导致身故、伤残、医疗费用支出或住院治疗的，保险人依照下列约定给付保险金。

（一）必选责任：身故保险责任

保险期间内，被保险人遭受意外伤害事故，并自事故发生之日起一百八十日内因该事故身故的，保险人按意外伤害保险金额给付身故保险金，**对该被保险人的保险责任终止。**

被保险人因遭受意外伤害事故且自该事故发生日起下落不明，后经人民法院宣告死亡的，保险人按意外伤害保险金额给付身故保险金。**但若被保险人被宣告死亡后生还的，保险金受领人应于知道或应当知道被保险人生还后三十日内退还保险人给付的身故保险金。**

被保险人身故前保险人已给付第（二）款约定的伤残保险金的，身故保险金应扣除已给付的伤残保险金。

（二）必选责任：伤残保险责任

保险期间内，被保险人遭受意外伤害事故，并自该事故发生之日起一百八十日内因该事故造成《人身保险伤残评定标准及代码》（下简称《伤残评定标准》）所列伤残之一的，**保险人按该表所列给付比例乘以意外伤害保险金额给付伤残保险金。**如第一百八十日治疗仍未结束的，按当日的身体情况进行伤残鉴定，并据此给付伤残保险金。

1. 当同一保险事故造成两处或两处以上伤残时，应首先对各处伤残程度分别进行评定，如果几处伤残等级不同，以最重的伤残等级作为最终的评定结论；如果两处或两处以上伤残等级相同，伤残等级在原评定基础上最多晋升一级，最高晋升至第一级。同一部位和性质的伤残，不应采用《伤残评定标准》条文两条以上或者同一条文两次以上进行评定。

2. **被保险人如在本次意外伤害事故之前已有伤残，保险人按合并后的伤残程度在《伤残评定标准》中所对应的给付比例给付伤残保险金，但应扣除原有伤残程度在《伤残评定标准》所对应的伤残保险金。**

在保险期间内，前述第（一）、（二）款下的保险金累计给付金额以保险单载明的意外伤害保险金额为限。

（三）可选责任：医疗保险责任

保险期间内，被保险人遭受意外伤害事故，并在符合本保险合同释义的医院（以下简称“释义医院”）进行治疗，**保险人就被保险人自事故发生之日起一百八十日内实际支出的按照当地社会医疗保险主管部门规定可报销的、必要的、合理的医疗费用超过人民币 100 元的部分给付医疗保险金。**如投保人与保险人对免赔额和赔付比例另有约定，可在保险单中进行载明。

被保险人无论一次或多次遭受意外伤害事故，保险人均按上述规定分别给付医疗保险金，**但累计给付金额以被保险人的意外伤害医疗保险金额为限，累计给付金额达到意外伤害医疗保险金额时，对被保险人的该项保险责任终止。**

若被保险人已从其他途径（包括公费医疗、社会基本医疗保险、其他费用补偿型医疗保险等）获得医疗费用补偿，则保险人仅对被保险人实际发生的医疗费用扣除其所获医疗费用补偿后的剩余部分按本保险合同约定负责赔偿。社会基本医疗保险个人账户部分支出视为个人支付，不属于已获得的医疗费用补偿。

（四）可选责任：误工津贴保险金

保险期间内，被保险人遭受意外伤害事故，并自事故发生之日起一百八十日内因该事故在释义医院住院治疗，**保险人就被保险人的合理住院天数，按照保险单载明的误工津贴日额给付误工津贴保险金。**

被保险人因意外伤害事故一次住院治疗的，**保险人给付误工津贴保险金天数以六十天**

为限 被保险人因同一原因间歇性住院，前次出院与后次入院日期间隔未超过九十天（含九十天）的，视为一次住院治疗。

被保险人无论一次或多次遭受意外伤害事故进行住院治疗，保险人均按上述规定分别给付误工津贴保险金，但对被保险人累计给付天数以九十天为限。

（五）可选责任：住院护理津贴保险金

保险期间内，被保险人遭受意外伤害事故，并自事故发生之日起一百八十日内因该事故在释义医院住院治疗，经医师诊断被保险人必须实施特级或一级护理的，保险人就被保险人接受护理的合理天数，按照保险单载明的住院护理津贴日额给付住院护理津贴保险金。

被保险人因意外伤害事故一次住院治疗的，保险人给付住院护理津贴保险金天数以六十天为限。被保险人因同一原因间歇性住院，前次出院与后次入院日期间隔未超过九十天（含九十天）的，视为一次住院治疗。

被保险人无论一次或多次遭受意外伤害事故进行住院治疗，保险人均按上述规定分别给付住院护理津贴保险金，但对被保险人累计给付天数以九十天为限。

责任免除

第七条 因下列原因造成被保险人身故、伤残、医疗费用支出或住院治疗的，保险人不承担给付保险金责任：

- （一）投保人、被保险人的故意行为；
- （二）被保险人自致伤害或自杀，但被保险人自杀时为无民事行为能力人的除外；
- （三）因被保险人挑衅或故意行为而导致的打斗、被袭击或被谋杀；
- （四）被保险人妊娠、流产、分娩、疾病、药物过敏、中暑、猝死；
- （五）被保险人接受整容手术及其他内、外科手术；
- （六）被保险人未遵医嘱，私自服用、涂用、注射药物；
- （七）核爆炸、核辐射或核污染；
- （八）被保险人犯罪或拒捕；
- （九）被保险人从事高风险运动或参加职业或半职业体育运动。

第八条 被保险人在下列期间遭受伤害导致身故、伤残、医疗费用支出或住院治疗的，保险人也不承担给付保险金责任：

- （一）战争、军事行动、暴动或武装叛乱期间；
- （二）被保险人主动吸食或注射毒品期间；
- （三）被保险人酒后驾车、无有效驾驶证驾驶或驾驶无有效行驶证的机动车期间。

第九条 下列费用，保险人不承担给付保险金责任：

（一）保险单签发地社会医疗保险或其他公费医疗管理部门规定的自费项目，如自费药品费用等；

（二）因椎间盘膨出和突出造成被保险人支出的医疗费用；

（三）营养费、康复费、辅助器具费、整容费、美容费、修复手术费、牙齿整形费、

牙齿修复费、镶牙费、护理费、交通费、伙食费、误工费、丧葬费。

保险金额

第十条 保险金额是保险人承担给付保险金责任的最高限额。

本合同的保险金额分为意外伤害保险金额、意外伤害医疗保险金额、误工津贴保险金额、住院护理津贴保险金额，由投保人、保险人双方约定，并在保险单中载明。

保险期间

第十一条 本合同保险期间由保险人和投保人协商确定，以保险单载明的起讫时间为准。

保险人义务

第十二条 本合同成立后，保险人应当及时向投保人签发保险单或其他保险凭证。

第十三条 保险人按照本合同的约定，认为被保险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、被保险人补充提供。

第十四条 保险人收到被保险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，保险人将在确定是否属于保险责任的基本材料收集齐全后，尽快做出核定。

保险人应当将核定结果通知被保险人；对属于保险责任的，在与被保险人达成给付保险金的协议后十日内，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三日内向被保险人发出拒绝给付保险金通知书，并说明理由。

第十五条 保险人自收到给付保险金的请求和有关证明、资料之日起六十日内，对其给付的数额不能确定的，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。

第十六条 投保人符合保险法规定的退还保险费相关要求的，保险人应当按照保险法相关规定退还保险单的现金价值。

投保人、被保险人义务

第十七条 除另有约定外，投保人应当在保险合同成立时交清保险费。

第十八条 订立保险合同，保险人就被保险人的有关情况提出询问的，投保人应当如实告知。

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

前款规定的合同解除权，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。自合同成立之日起超过二年的，保险人不得解除合同；发生保险事故的，保险人应当承担给付保险金责任。

投保人故意不履行如实告知义务的，保险人对于合同解除前发生的保险事故，不承担

给付保险金责任，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，保险人对于合同解除前发生的保险事故，不承担给付保险金责任，但应当退还保险费。

保险人在合同订立时已经知道投保人未如实告知的情况的，保险人不得解除合同；发生保险事故的，保险人应当承担给付保险金责任。

第十九条 被保险人变更职业或工种时，投保人或被保险人应在十日内以书面形式通知保险人。

被保险人所变更的职业或工种依照保险人职业分类在拒保范围内的，保险人在接到通知后有权解除本保险合同，并按照接到通知的日期计算并退还原职业或工种所对应的保险单的现金价值。被保险人未按本条约定通知保险人，若发生保险事故，保险人不承担给付保险金的责任。

被保险人所变更的职业或工种依照保险人职业分类危险程度增加但仍可承保或在拒保范围内但保险人认定可以继续承保的，保险人自接到通知之日起，按其差额增收保险费。被保险人未按本条约定通知保险人，若发生保险事故，保险人按其原交保险费与新职业或工种所对应的保险费的比例计算并给付保险金。

被保险人所变更的职业或工种依照保险人职业分类危险程度降低的，保险人自接到通知之日起，按其差额退还保险单的现金价值。

第二十条 投保人、被保险人或者保险金受益人知道保险事故发生后，应当在 48 小时内及时通知保险人。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，保险人对无法确定的部分，不承担给付保险金责任，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。

上述约定，不包括因不可抗力而导致的迟延。

保险金申请与给付

第二十一条 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）身故保险金申请

1. 保险金给付申请书；
2. 保单号或有效保险凭证；
3. 保险金申请人的身份证明；

4. 公安部门或医疗机构出具的被保险人死亡证明书；若被保险人为宣告死亡，保险金申请人应提供人民法院出具的宣告死亡证明文件；若为境外出险，需提供事故发生地使领馆出具的包含死亡原因的书面证明材料；如本保险合同要求的死亡证明可证明死亡原因的，可用死亡证明；否则，保险金申请人应提供司法鉴定机构或保险人认可的机构出具的死因鉴定报告；

5. 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；

6. 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。

(二) 伤残保险金申请

1. 保险金给付申请书；
2. 保单号或有效保险凭证；
3. 被保险人身份证明；
4. 二级以上（含二级）或保险人认可的医疗机构或司法鉴定机构出具的伤残鉴定诊断书；
5. 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；
6. 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。

(三) 医疗保险金申请

1. 保险金给付申请书；
2. 保单号或有效保险凭证；
3. 被保险人身份证明；
4. 释义医院出具的医疗证明和医疗费用原始凭证；
5. 保险金申请人所能提供的与确认保险事故的性质、原因、伤害程度等有关的其他证明和资料；
6. 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。

(四) 误工津贴保险金及住院护理津贴保险金申请

1. 保险金给付申请书；
2. 保单号或有效保险凭证；
3. 被保险人身份证明；
4. 释义医院出具的病历和住院证明；
5. 保险金申请人所能提供的与确认保险事故的性质、原因、伤害程度等有关的其他证明和资料；
6. 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。

争议处理和法律适用

第二十二条 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或者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（不包括港澳台地区）人民法院起诉。

第二十三条 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

第二十四条 本保险合同涉及的外币与人民币的汇率，以结算当日中华人民共和国中国人民银行公布的外汇汇率为准。

第二十五条 投保人和保险人可以协商变更合同内容。

变更保险合同的，应当由保险人在保险单或者其他保险凭证上批注或附贴批单，或者投保人和保险人订立变更的书面协议。

第二十六条 在本保险合同成立后，投保人可以通过书面形式通知保险人解除合同，但保险人已根据本保险合同约定给付保险金的除外。

投保人解除本保险合同时，应提供下列证明文件和资料：

- (一) 保险合同解除申请书；
- (二) 保险单原件；
- (三) 保险费交付凭证；
- (四) 投保人身份证明。

投保人要求解除本保险合同，自保险人接到保险合同解除申请书之时起，本保险合同的效力终止。保险人收到上述证明文件和资料之日起三十日内退还保险单的现金价值。

释义

第二十七条

【周岁】 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。

【意外伤害】 指以外来的、突发的、非本意的和非疾病的客观事件为直接且单独的原因致使身体受到的伤害。

【医院】 指保险人与投保人约定的定点医院，未约定定点医院的，则指经中华人民共和国卫生部门评审确定的二级或二级以上的公立医院，但不包括主要作为诊所、康复、护理、休养、静养、戒酒、戒毒等或类似的医疗机构。该医院必须具有符合国家有关医院管理规则设置标准的医疗设备，且全天二十四小时有合格医师及护士驻院提供医疗及护理服务。

【人身保险伤残评定标准及代码】 《人身保险伤残评定标准及代码》（JR/T 0083—2013）是由中国保险监督管理委员会发布（原保监会保监发[2014]6号）并经国家标准化委员会备案的中华人民共和国金融行业标准。

【住院】 指被保险人入住医院之正式病房进行治疗，并正式办理入院出院手续，不包括家庭病床或其它非正式病房、挂床住院或入住门诊观察室。

【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。

【酒后驾车】 指车辆驾驶人员在其血液中的酒精含量大于或者等于 20mg/100mL 时的驾驶行为。

【无有效驾驶证】 被保险人存在下列情形之一者：

- (1) 无驾驶证，驾驶证被依法扣留、暂扣、吊销、注销；

(2) 驾驶的机动车与驾驶证载明的准驾车型不符；

(3) 实习期内驾驶公共汽车、营运客车或者执行任务的警车、载有危险物品的机动车或牵引挂车的机动车；

(4) 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、许可证书或其他必备证书，驾驶出租机动车或营业性机动车无交通运输管理部门核发的许可证书或其他必备证书。

【无有效行驶证】指下列情形之一：

(1) 机动车行驶证、号牌被注销的；

(2) 未按规定检验或检验不合格。

【辅助器具费】指购买、安装或修理假肢、矫形器、假眼、假牙和配置轮椅等辅助器具的费用。

【保险单的现金价值】保险期间为一年及以内的，计算方法为： $\text{保险费} \times [1 - (\text{保险单已经过天数} / \text{保险期间天数})]$ ，经过天数不足一天的按一天计算。

保险期间为一年以上的，计算方法由投保人、保险人依据法律法规、人身保险精算规定确定，并在保险合同中载明。如保险合同未载明的，则计算方法为： $\text{保险费} \times [1 - (\text{保险单已经过天数} / \text{保险期间天数})]$ ，经过天数不足一天的按一天计算。

【不可抗力】指不能预见、不能避免并不能克服的客观情况。

【保险金申请人】指受益人或被保险人的继承人或依法享有保险金请求权的其他自然人。

【高风险运动】指比一般常规性的运动风险等级更高、更容易发生人身伤害的运动，在进行此类运动前需有充分的心理准备和行动上的准备，必须具备一般人不具备的相关知识和技能或者必须在接受专业人士提供的培训或训练之后方能掌握。被保险人进行此类运动时须具备相关防护措施或设施，以避免发生损失或减轻损失，包括但不限于潜水、滑水、滑雪、滑冰、驾驶或乘坐滑翔翼、滑翔伞、跳伞、攀岩运动、探险活动、武术比赛、摔跤比赛、柔道、空手道、跆拳道、马术、拳击、特技表演、驾驶卡丁车、赛马、赛车、各种车辆表演、蹦极。

【职业体育运动】指以职业运动员身份参加追求竞技比赛票房价值、以商业牟利为目的的竞技体育活动。职业体育运动员指参加职业体育运动，并以此为主要收入来源的人。

【半职业体育运动】指非职业运动员参加职业体育运动赛事、或其他设有奖金或报酬的体育运动，但并不以此为主要收入来源。

中国平安财产保险股份有限公司
平安产险附加意外伤害医疗保险条款
注册编号：C00001732522021042349031

总则

第一条 本附加保险合同须附加于各种意外伤害保险合同或健康保险合同（以下简称“主保险合同”）。主保险合同所附条款、投保单、保险单、保险凭证以及批单等，凡与本附加保险合同相关者，均为本附加保险合同的构成部分。凡涉及本附加保险合同的约定，均应采用书面形式。

若主保险合同与本附加保险合同的条款互有冲突，则以本附加保险合同的条款为准。本附加保险合同未尽事宜，以主保险合同的条款规定为准。

第二条 除另有约定外，本附加保险合同的保险金的受益人为被保险人本人。

保险责任

第三条 保险期间内，被保险人遭受意外伤害事故，并因此在符合本附加保险合同释义的医院（以下简称“释义医院”）进行治疗，对于被保险人自事故发生之日起一百八十日内实际发生的必须由被保险人自行承担的按照当地基本医疗保险或其他公费医疗主管部门规定可报销的、必需且合理的医疗费用，保险人按照保险单载明的免赔额及给付比例给付意外医疗保险金。

其中，针对以下两种情况，投保人和保险人分别约定免赔额和给付比例，并在保险单中载明：

1. 有社保：被保险人享有基本医疗保险或公费医疗保障，且在申请理赔时已经从基本医疗保险或公费医疗保障中获得医疗费用补偿；

2. 无社保：被保险人申请理赔时未享有基本医疗保险或公费医疗保障，或没有从基本医疗保险或公费医疗保障中获得医疗费用补偿。

被保险人因意外伤害或疾病住院治疗之期间，自入院日起至出院日止，但若因同一原因再次住院，且前次出院与下次住院间隔未超过三十天，视为同一次住院。被保险人无论一次或多次遭受意外伤害事故，保险人均按上述规定分别给付意外伤害医疗保险金，但累计给付金额以被保险人的意外伤害医疗保险金额为限，累计给付金额达到意外伤害医疗保险金额时，对被保险人保险责任终止。

对于在等待期后、本保险合同到期日前发生的且延续至本保险合同到期日后九十日内（若保险合同另有约定的，以保险单载明为准）的住院治疗，对于必需且合理的住院医疗费用，保险人均按上述约定给付意外伤害医疗保险金，但累计给付金额达到意外伤害医疗保险金额时，对被保险人的保险责任终止。

补偿原则

第四条 本保险合同遵循医疗费用补偿原则。保险人给付的保险金与被保险人从其所参加的基本医疗保险、公费医疗、城乡居民大病保险、除本产品之外的其他商业保险、其他政府机构或者社会福利机构、公益慈善机构、第三方责任人等其他任何途径取得医疗费用

补偿总额，以被保险人实际发生的医疗费用金额为限。

责任免除

第五条 因下列原因造成被保险人医疗费用支出的，保险人不承担给付保险金责任：

- (一) 投保人的故意行为；
- (二) 被保险人自致伤害或自杀，但被保险人自杀时为无民事行为能力人的除外；
- (三) 因被保险人挑衅或故意行为而导致的打斗、被袭击或被谋杀；
- (四) 被保险人发生疾病、药物过敏、中暑、猝死；
- (五) 被保险人接受整容手术及其他内、外科手术；
- (七) 核爆炸、核辐射或核污染；
- (八) 被保险人犯罪或拒捕；
- (九) 被保险人从事高风险运动或参加职业或半职业体育运动。

第六条 被保险人在下列期间遭受伤害导致医疗费用支出的，保险人也不承担给付保险金责任：

- (一) 被保险人发生意外伤害事故时，其所在国家或地区处于战争、军事行动、暴动或武装叛乱期间；
- (二) 被保险人主动吸食或注射毒品影响期间；
- (三) 被保险人酒后驾车、无有效驾驶证驾驶或驾驶无有效行驶证的机动车期间。

第七条 下列费用，保险人不承担给付保险金责任：

- (一) 保险单签发地基本医疗保险或其他公费医疗管理部门规定的自费项目和自费药品费用；
- (二) 因任何原因造成的椎间盘膨出和突出而造成被保险人支出的医疗费用；
- (三) 因妊娠、流产、分娩而支出的医疗费用；
- (四) 营养费、康复费、辅助器具费、整容费、美容费、修复手术费、牙齿整形费、牙齿修复费、镶牙费、护理费、交通费、伙食费、误工费、丧葬费。

保险金额

第八条 保险金额是保险人承担给付保险金责任的最高限额。本附加保险合同的意外伤害医疗保险金额由投保人、保险人双方约定，并在保险单中载明。

保险期间与续保

第九条 本保险合同保险期间由投保人和保险人双方约定，并在保险单中载明，且最长不得超过一年、也不得小于主保险合同的保险期间。

第十条 本保险产品遵循不保证续保条款：本产品保险期间不超过一年。保险期间届满，投保人需要重新向保险人申请投保本产品，经保险人同意，交纳保险费，获得新的保险合同。

保险金申请与给付

第十一条 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) 保单号；

(三) 被保险人身份证明、保险金申请人身份证明；

(四) 释义医院出具的医疗证明和医疗费用原始凭证；

(五) 保险金申请人所能提供的与确认保险事故的性质、原因、伤害程度等有关的其他证明和资料；

(六) 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。

被保险人经基本医疗保险或公费医疗报销后又通过其它途径获得了部分医疗费用的补偿并无法提供医疗费用原始凭证时，需提供住院医疗费用凭证复印件等相关证明并注明已给付的比例和金额，加盖支付费用单位的印章后保险人按本合同承担剩余合理医疗费用的保险责任。

其他事项

第十二条 保险事故发生后，被保险人需要治疗的，应在释义医院就诊，若因急诊未在释义医院就诊的，应在三日内通知保险人，并根据病情及时转入释义医院。若确需转入非释义医院就诊的，应向保险人提出书面申请，保险人在接到申请后三日内给予答复，对于保险人同意在非释义医院就诊的，对该期间发生的医疗费用按本附加保险合同规定给付保险金。

第十三条 发生下列情况之一者，本附加保险合同即行终止：

(一) 主保险合同终止；

(二) 投保人解除本附加保险合同。

投保人要求解除本附加保险合同，自保险人接到保险合同解除申请书之时起，本附加保险合同的效力终止。保险人收到上述证明文件和资料之日起三十日内退还保险单的现金价值，其计算方法如下：

保险单的现金价值=保险费×[1-（保险期间已经过天数/保险期间天数）]，经过天数不足一天的按一天计算。

释义

第十四条

【医院】指保险人与投保人约定的定点医院，未约定定点医院的，则指经中华人民共和国卫生部门评审确定的二级或二级以上的公立医院，但不包括主要作为诊所、康复、护理、

休养、静养、戒酒、戒毒等或类似的医疗机构。该医院必须具有符合国家有关医院管理规则设置标准的医疗设备，且全天二十四小时有合格医师及护士驻院提供医疗及护理服务。

【基本医疗保险】本合同所称的基本医疗保险是指《中华人民共和国社会保险法》所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。

【必需且合理】指符合通常惯例且医学必需。

1. 符合通常惯例：指与接受医疗服务所在地通行治疗规范、通行治疗方法、平均医疗费用价格水平一致的费用。

对是否符合通常惯例由保险人根据客观、审慎、合理的原则进行审核；如果被保险人对审核结果有不同意见，可由双方认同的权威医学机构或者权威医学专家进行审核鉴定。

2. 医学必需：指医疗费用符合下列所有条件：

- (1) 治疗意外伤害或者疾病所必需的、有医生处方的项目；
- (2) 不超过安全、足量治疗原则的项目；
- (3) 非试验性的、非研究性的项目；
- (4) 与接受治疗当地普遍接受的医疗专业实践标准一致的项目。

对是否医学必需由保险人根据客观、审慎、合理的原则进行审核；如果被保险人对审核结果有不同意见，可由双方认同的权威医学机构或者权威医学专家进行审核鉴定。

【酒后驾车】指车辆驾驶人员在其血液中的酒精含量大于或者等于 20mg/100mL 时的驾驶行为。

【无有效驾驶证】被保险人存在下列情形之一者：

- (1) 无驾驶证，驾驶证被依法扣留、暂扣、吊销、注销；
- (2) 驾驶的机动车与驾驶证载明的准驾车型不符；
- (3) 实习期内驾驶公共汽车、营运客车或者执行任务的警车、载有危险物品的机动车或牵引挂车的机动车；
- (4) 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、许可证书或其他必备证书，驾驶出租机动车或营业性机动车无交通运输管理部门核发的许可证书或其他必备证书。

【无有效行驶证】指下列情形之一：

- (1) 机动车行驶证、号牌被注销的；
- (2) 未按规定检验或检验不合格。

【高风险运动】指比一般常规性的运动风险等级更高、更容易发生人身伤害的运动，在进行此类运动前需有充分的心理准备和行动上的准备，必须具备一般人不具备的相关知识和技能或者必须在接受专业人士提供的培训或训练之后方能掌握。被保险人进行此类运动时须具备相关防护措施或设施，以避免发生损失或减轻损失，包括但不限于潜水、滑水、滑雪、

滑冰、驾驶或乘坐滑翔翼、滑翔伞、跳伞、攀岩运动、探险活动、武术比赛、摔跤比赛、柔道、空手道、跆拳道、马术、拳击、特技表演、驾驶卡丁车、赛马、赛车、各种车辆表演、蹦极。

【职业体育运动】指以职业运动员身份追求竞技比赛票房价值、以商业牟利为目的竞技体育活动。职业体育运动员指参加职业体育运动，并以此为主要收入来源的人。

【半职业体育运动】指非职业运动员参加职业体育运动赛事、或其他设有奖金或报酬的体育运动，但并不以此为主要收入来源。

【辅助器具费】指购买、安装或修理假肢、矫形器、假眼、假牙和配置轮椅等辅助器具的费用。

其他释义参照主保险合同条款。

中国平安财产保险股份有限公司
平安产险附加意外伤害住院津贴保险条款

注册编号：C00001732522021031025262

总则

第一条 本附加保险合同须附加于各种意外伤害保险合同或健康保险合同(以下简称主保险合同)。主保险合同所附条款、投保单、保险单、保险凭证以及批单等,凡与本附加保险合同相关者,均为本附加保险合同的构成部分。凡涉及本附加保险合同的约定,均应采用书面形式。

若主保险合同与本附加保险合同的条款互有冲突,则以本附加保险合同的条款为准。本附加保险合同未尽事宜,以主保险合同的条款规定为准。

第二条 除另有约定外,本附加保险合同的意外伤害住院津贴保险金受益人为被保险人本人。

保险责任

第三条 保险期间内,被保险人遭受意外伤害事故,并自事故发生之日起一百八十日内因该事故在符合本附加保险合同第十一条释义的医院(以下简称“释义医院”)进行住院治疗,保险人就被保险人的合理住院天数,按照保险单载明的意外伤害住院津贴日额计算给付“意外伤害住院津贴保险金”。

被保险人多次遭受意外伤害事故进行住院治疗,保险人均按上述规定分别给付意外伤害住院津贴保险金,但保险人一次或多次累计给付意外伤害住院津贴保险金的天数以一百八十天为限,当累计给付天数达到一百八十天时,本附加保险合同对被保险人的保险责任终止。

责任免除

第四条 因下列原因造成被保险人住院治疗的,保险人不承担给付保险金责任:

- (一) 投保人的故意行为;
- (二) 被保险人自致伤害或自杀,但被保险人自杀时为无民事行为能力人的除外;
- (三) 因被保险人挑衅或故意行为而导致的打斗、被袭击或被谋杀;
- (四) 被保险人疾病、药物过敏、中暑、猝死;
- (五) 被保险人接受整容手术及其他内、外科手术;
- (六) 被保险人未遵医嘱,私自服用、涂用、注射药物;
- (七) 核爆炸、核辐射或核污染;
- (八) 被保险人犯罪或拒捕;
- (九) 被保险人从事高风险运动或参加职业或半职业体育运动;
- (十) 被保险人投保前已有残疾的康复或治疗。

第五条 被保险人在下列期间住院治疗的，保险人也不承担给付保险金责任：

- (一) 被保险人发生意外伤害事故时，其所在国家或地区处于战争、军事行动、暴动或武装叛乱期间；
- (二) 被保险人醉酒或受毒品、管制药物影响期间；
- (三) 被保险人酒后驾车、无有效驾驶证驾驶或驾驶无有效行驶证的机动车期间。

保险金额

第六条 保险金额是保险人承担给付保险金责任的最高限额。本保险合同的意外伤害津贴日额由投保人、保险人双方约定，并在保险单中载明。

保险金申请与给付

第七条 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) 保单号；
- (三) 保险金受益人的有效身份证件；
- (四) 释义医院出具的病历和住院证明；
- (五) 保险金申请人所能提供的与确认保险事故的性质、原因、伤害程度等有关的其他证明和资料；
- (六) 若保险金受益人委托他人申请的，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。

其他事项

第八条 被保险人变更职业或工种时，投保人或被保险人应在10日内以书面形式通知保险人。

被保险人所变更的职业或工种依照保险人职业分类在拒保范围内的，保险人在接到通知后有权解除本保险合同并按照接到通知之日退还原职业或工种所对应的最低现金价值。被保险人所变更的职业或工种依照保险人职业分类危险程度增加但仍可承保或在拒保范围内但保险人认定可以继续承保的，保险人自接到通知之日起，按其差额增收保险费。

被保险人所变更的职业或工种依照保险人职业分类危险程度降低的，保险人自接到通知之日起，按其差额退还最低现金价值。

被保险人所变更的职业或工种，依照保险人职业分类其危险性增加，且未依本条约定通知保险人而发生保险事故的，保险人按其原交保险费比新职业或工种所对应的保险费率计算并给付保险金。被保险人所变更的职业或工种依照保险人职业分类在拒保范围内，保险人不承担给付保险金的责任。

第九条 保险事故发生后，被保险人需要住院的，应在释义医院住院治疗，若因急诊未在释义医院住院的，应在三日内通知保险人，并根据病情及时转入释义医院。若确需转入非释义医院住院的，应向保险人提出书面申请，保险人在接到申请后三日内给予答复，对于保

险人同意在非释义医院住院的，对该期间按本附加保险合同规定给付住院津贴保险金。

第十条 发生下列情况之一者，本附加保险合同即行终止：

- (一) 主保险合同终止；
- (二) 投保人解除本附加保险合同。

释义

第十一条

【医院】指保险人与投保人约定的定点医院，未约定定点医院的，则指经中华人民共和国卫生部评审确定的二级或二级以上的公立医院，**但不包括主要作为诊所、康复、护理、休养、静养、戒酒、戒毒等或类似的医疗机构。**该医院必须具有符合国家有关医院管理规则设置标准的医疗设备，且全天二十四小时有合格医师及护士驻院提供医疗及护理服务。

【住院】指被保险人因疾病或意外伤害而入住医院之正式病房进行治疗，并正式办理入院出院手续，不包括家庭病床或其它非正式病房、挂床住院或入住门诊观察室。

【高风险运动】指比一般常规性的运动风险等级更高、更容易发生人身伤害的运动，在进行此类运动前需有充分的心理准备和行动上的准备，必须具备一般人不具备的相关知识和技能或者必须在接受专业人士提供的培训或训练之后方能掌握。被保险人进行此类运动时须具备相关防护措施或设施，以避免发生损失或减轻损失，包括但不限于潜水、滑水、滑雪、滑冰、驾驶或乘坐滑翔翼、滑翔伞、跳伞、攀岩运动、探险活动、武术比赛、摔跤比赛、柔道、空手道、跆拳道、马术、拳击、特技表演、驾驶卡丁车、赛马、赛车、各种车辆表演、蹦极。

【职业体育运动】指以职业运动员身份追求竞技比赛票房价值、以商业牟利为目的竞技体育活动。职业体育运动员指参加职业体育运动，并以此为主要收入来源的人。

【半职业体育运动】指非职业运动员参加职业体育运动赛事、或其他设有奖金或报酬的体育运动，但并不以此为主要收入来源。

【醉酒】指血液中的酒精含量大于或者等于 80mg/100mL。

【酒后驾车】指车辆驾驶人员在其血液中的酒精含量大于或者等于 20mg/100mL 时的驾驶行为。

【无有效驾驶证】被保险人存在下列情形之一者：

- (1) 无驾驶证，驾驶证被依法扣留、暂扣、吊销、注销；
- (2) 驾驶的机动车与驾驶证载明的准驾车型不符；
- (3) 实习期内驾驶公共汽车、营运客车或者执行任务的警车、载有危险物品的机动车或牵引挂车的机动车；
- (4) 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、许可证书或其他必备证书，驾驶出租机动车或营业性机动车无交通运输管理部门核发的许可证书或其他必备证书。

【无有效行驶证】指下列情形之一：

- (1) 机动车行驶证、号牌被注销的；
- (2) 未按规定检验或检验不合格。

【最低现金价值】最低现金价值=净保费×(1-m/n)，其中，m 为已生效天数，n 为保险

期间的天数，经过日期不足一日的按一日计算。

其他释义参照主保险合同条款。

中国平安财产保险股份有限公司

平安家庭财产保险条款

注册号：C00001732112019121811592

总则

第一条 本保险合同由保险条款、投保单、保险单、保险凭证以及批单等组成，凡涉及本保险合同的约定，均应采用书面形式。

第二条 本保险合同的被保险人应为自然人。

第三条 本保险合同的投保人应为具有完全民事行为能力的自然人。

第四条 本保险合同可以承保的家庭财产包括由被保险人所有的房屋主体、房屋装修、室内财产及其他经投保人申请且经保险人书面同意承保的其他家庭财产，具体承保的家庭财产以保单载明为准。

第五条 下列财产不属于本保险合同的保险标的：

（一）金银、首饰、珠宝、货币、有价证券、票证、邮票、古玩、文件、账册、技术资料、图表、动植物以及其他无法鉴定价值的财产；

（二）违章建筑、危险建筑、非法占有的财产；

（三）用于生产经营的财产；

（四）其他保险单中载明的不属于保障范围的财产；

（五）其他不属于第四条所列范围的财产。

保险责任

第六条 保险期间内，保险标的在保险单载明的地址内由于下列原因发生的损失，保险人按照本保险合同的约定负责赔偿：

（一）火灾、爆炸，包括但不限于：

1. 家庭燃气用具、电器、用电线路以及其他内部或外部火源引起的火灾；

2. 家庭燃气用具、液化气罐以及燃气泄露引起的爆炸；

（二）空中运行物体坠落、外界物体倒塌；

（三）台风、暴风、暴雨、龙卷风、雷击、洪水、冰雹、暴雪、崩塌、冰凌、突发性滑坡、泥石流和自然灾害引起地面突然下陷下沉。

第七条 保险事故发生后，被保险人为防止或减少保险标的的损失所支付的必要的、合理的费用，保险人按照本保险合同的约定负责赔偿。

责任免除

第八条 下列原因造成的损失、费用，保险人不承担赔偿责任：

（一）投保人、被保险人及其家庭成员、家庭雇佣人员、暂居人员的故意或重大过失行为；

（二）战争、军事行动、暴动或武装叛乱；

- (三) 核辐射、核爆炸、核污染及其他放射性污染；
- (四) 地震、海啸，及其次生灾害；
- (五) 行政行为或司法行为。

第九条 下列损失、费用，保险人不负责赔偿：

(一) 家用电器因或超电压、碰线、漏电、自身发热等原因所造成的自身损毁，但发生燃烧造成火灾的除外；

(二) 保险标的因自身缺陷、变质、霉烂、受潮、虫咬、自然磨损，或保管不善所导致的损失；

(三) 保险标的在保险单载明地址的房屋外遭受的损失，但安装在房屋外的空调器和太阳能热水器等家用电器的室外设备除外；

(四) 间接损失。

第十条 每次事故免赔额（率）由投保人与保险人协商确定，并在保险单中载明。免赔额（率）内的损失、费用，保险人不承担赔偿责任。

保险期间

第十一条 本保险合同的保险期间由投保人与保险人双方约定，并在保险单中载明。

保险金额

第十二条 本保险合同的房屋主体保险金额、房屋装修保险金额、室内财产保险金额，由投保人与保险人双方约定，并在保险单中载明。

保险人义务

第十三条 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 保险人按照本保险合同的约定，认为被保险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、被保险人补充提供。

第十五条 保险人收到被保险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，保险人将在确定是否属于保险责任的基本材料收集齐全后，尽快做出核定。

保险人应当将核定结果通知被保险人；对属于保险责任的，在与被保险人达成给付保险金的协议后十日内，履行赔偿保险金义务。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三日内向被保险人发出拒绝给付保险金通知书，并说明理由。

第十六条 保险人自收到给付保险金的请求和有关证明、资料之日起六十日内，对其给付的数额不能确定的，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

第十七条 除另有约定外，投保人应当在保险合同成立时缴纳保险费。

第十八条 订立保险合同，保险人就被保险人的有关情况提出询问的，投保人应当如实告知。

投保人故意或者因重大过失未履行前款规定的义务，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。

投保人故意不履行如实告知义务的，保险人对于合同解除前发生的保险事故，不承担给付保险金责任，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，保险人对于合同解除前发生的保险事故，不承担给付保险金责任，但应当退还保险费。

第十九条 被保险人应当遵守国家有关消防、安全等方面的规定，采取合理的预防措施，尽力避免或减少保险事故的发生，维护保险标的的安全。

若被保险人未按照约定履行对保险标的的安全应尽责任，保险人有权要求增加保险费或者解除合同。

第二十条 保险事故发生后，被保险人应当：

(一) 尽力采取必要、合理的措施，防止或减少损失，否则，对因故意或重大过失扩大的损失，保险人不承担赔偿责任；

(二) 及时通知保险人，并书面说明事故发生的原因、经过和损失情况；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，对无法确定的部分，保险人不承担赔偿保险金的责任，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；

(三) 保护事故现场，允许并且协助保险人进行事故调查，对于拒绝或者妨碍保险人进行事故调查导致无法确定事故原因或核实损失情况的，对无法确定或核实的部分，保险人不承担赔偿责任；

(四) 涉及违法、犯罪的，应立即向公安部门报案，否则，对因此扩大的损失，保险人不承担赔偿责任。

赔偿处理

第二十一条 当发生保险事故后，被保险人需尽快向保险人报案，并提供以下资料：

(一) 保单号和索赔申请书；

(二) 被保险人的身份证明；

(三) 财产损失、费用清单，发票（或其他保险人认可的财产证明）；

(四) 投保人、被保险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。

被保险人未履行前款约定的索赔材料提供义务，导致保险人无法核实损失情况的，保险人对无法核实的部分不承担赔偿责任。

第二十二条 保险标的遭受损失后，如果有残余价值，应由被保险人和保险人双方协商处理。如折归被保险人，由双方协商确定其价值，并在保险赔款中扣除。

第二十三条 保险标的发生保险责任范围内的损失，保险人按实际损失计算赔偿，以保险金额和保险标的出险时实际价值的较小者为限。

被保险人为了防止或减少保险标的的损失所支付的必要、合理的费用，在保险标的损失赔偿金额之外另行计算，以保险金额和被施救保险标的出险时实际价值的较小者为限。被施救的财产中，若含有本保险合同未承保财产的，按被施救保险标的的出险时实际价值与全部被施救财产价值的比例分摊施救费用。

第二十四条 若保险标的发生部分损失，且该次赔偿金额与免赔额之和（不含施救费用）小于保险金额时，保险人履行赔偿义务后，本保险合同的保险金额自损失发生之日起按赔偿金额相应减少，且无需退还保险金额减少部分的保险费。

若保险标的发生全部损失，或该次赔偿金额与免赔额之和（不含施救费用）大于或等于保险金额时，保险人履行赔偿义务后，本保险合同自动终止。

第二十五条 保险人受理报案、进行现场查勘、核损定价、参与案件诉讼、向被保险人提供建议等行为，均不构成保险人对赔偿责任的承诺。

争议处理和法律适用

第二十六条 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或者争议发生后未达成仲裁协议的，依法向中华人民共和国（不包括港澳台地区）人民法院起诉。

第二十七条 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

第二十八条 保险金申请人向保险人请求保险金的诉讼时效，按照有关法律规定执行，自其知道或者应当知道保险事故之日起计算。

第二十九条 投保人和保险人可以协商变更合同内容。

变更保险合同的，应当由保险人在保险单或者其他保险凭证上批注或附贴批单，或者投保人和保险人订立变更的书面协议。

第三十条 在本保险合同成立后，投保人可以通过书面形式通知保险人解除合同，但保险人已根据本保险合同约定赔偿保险金的除外。

投保人解除本保险合同时，应提供下列证明文件和资料：

- （一）保险合同解除申请书；
- （二）保险单；
- （三）保险费交付凭证；
- （四）投保人身份证明。

投保人要求解除本保险合同，自保险人接到保险合同解除申请书之时起，本保险合同的效力终止。保险人收到上述证明文件和资料之日起三十日内退还保险单的未到期保费。

释义

【房屋主体】指房屋主体承重结构、围护结构，但不包括独立于房屋主体之外的车库、围墙等附属建筑物。其中，围护结构是指围合建筑空间四周的墙体、门、窗等。

【房屋装修】指房屋装潢中固定的、不能移动的硬装修，如固定装置的水暖、气暖、卫生、供水、管道煤气及供电设备、吊顶、墙面涂料等。

【室内财产】包括（1）普通家用电器（包括安装在房屋外的空调器和太阳能热水器等家用电器的室外设备）；（2）便携式家用电器（包括便携式电脑、移动电话、随身听、数码播放器、电动剃须刀、照相机、摄像机）；（3）床上用品、衣物、鞋帽、箱包、手表；（4）家具；（5）文体娱乐用品，包括文具、书籍、球具、棋牌；（6）投保人申请且经保险人书面同意承保的其他家庭财产。

【家庭成员】指与被保险人存在法律上的亲属关系的人员。

【暂居人员】指居住于标的房屋内超过五日的人员。

【间接损失】指有形财产的直接损坏、损毁后，进而造成的收益的减少或损失、价值的降低以及支出的增加等后果损失。

【全部损失】指保险标的整体损毁，或保险标的的修复费用与施救费用之和达到或超过出险当时的实际价值，保险人可推定全损。

【火灾】在时间或空间上失去控制的燃烧所造成的灾害。构成本保险的火灾责任必须同时具备以下三个条件：

1. 有燃烧现象，即有热有光有火焰；
2. 偶然、意外发生的燃烧；
3. 燃烧失去控制并有蔓延扩大的趋势。

因此，仅有燃烧现象并不等于构成本保险中的火灾责任。在生产、生活中有目的用火，如为了防疫而焚毁沾污的衣物，点火烧荒等属正常燃烧，不同于火灾责任。

因烘、烤、烫、烙造成焦糊变质等损失，既无燃烧现象，又无蔓延扩大趋势，也不属于火灾责任。

电机、电器、电气设备因超电压、碰线、孤花、漏电、自身发热所造成的本身损毁，不属于火灾责任。但如果发生了燃烧并失去控制蔓延扩大，才构成火灾责任，并对电机、电器、电气设备本身的损失负责赔偿。

【爆炸】爆炸分物理性爆炸和化学性爆炸。

1. 物理性爆炸：由于液体变为蒸汽或气体膨胀，压力急剧增加并大大超过容器所能承受的极限压力，因而发生爆炸。如锅炉、空气压缩机、压缩气体钢瓶、液化气罐爆炸等。关于锅炉、压力容器爆炸的定义是：锅炉或压力容器在使用中或试压时发生破裂，使压力瞬时降到等于外界大气压力的事故，称为“爆炸事故”。

2. 化学性爆炸：物体在瞬息分解或燃烧时放出大量的热和气体，并以很大的压力向四周扩散的现象。如火药爆炸、可燃性粉尘纤维爆炸、可燃气体爆炸及各种化学物品的爆炸等。

因物体本身的瑕疵，使用损耗或产品质量低劣以及由于容器内部承受“负压”（内压比外压小）造成的损失，不属于爆炸责任。

【台风】台风指中心附近最大平均风力12级或以上，即风速在32.6米/秒以上的热带气旋。

【暴风】指风力达8级、风速在17.2米/秒以上的自然风。

【暴雨】指每小时降雨量达16毫米以上，或连续12小时降雨量达30毫米以上，或连续24小时降雨量达50毫米以上的降雨。

【龙卷风】指一种范围小而时间短的猛烈旋风，陆地上平均最大风速在79米/秒-103米/秒，极端最大风速在100米/秒以上。

【雷击】指由雷电造成的灾害。雷电为积雨云中、云间或云地之间产生的放电现象。雷电的破坏形式分为直接雷击和感应雷击两种。

1. 直接雷击：由于雷电直接击中保险标的造成损失，属直接雷击责任。

2. 感应雷击：由于雷击产生的静电感应或电磁感应使屋内对地绝缘金属物体产生高电位放出火花引起的火灾，导致电器本身的损毁，或因雷电的高电压感应，致使电器部件的损毁，属感应雷击责任。

【洪水】指山洪暴发、江河泛滥、潮水上岸及倒灌。但规律性的涨潮、自动灭火设施漏水以及在常年水位以下或地下渗水、水管爆裂不属于洪水责任。

【冰雹】从强烈对流的积雨云中降落到地面的冰块或冰球，是直径大于5毫米，核心坚硬的固体降水。

【暴雪】指连续12小时的降雪量大于或等于10毫米的降雪现象。

【崩塌】石崖、土崖、岩石受自然风化、雨蚀造成崩溃下塌，以及大量积雪在重力作用下从高处突然崩塌滚落。

【冰凌】指春季江河解冻期时冰块飘浮遇阻，堆积成坝，堵塞江道，造成水位急剧上升，以致江水溢出江道，漫延成灾。

【突发性滑坡】斜坡上不稳的岩土体或人为堆积物在重力作用下突然整体向下滑动的现象。

【泥石流】由于雨水、冰雪融化等水源激发的、含有大量泥沙石块的特殊洪流。

【地面突然下陷下沉】地壳因为自然变异，地层收缩而发生突然塌陷。对于因海潮、河流、大雨侵蚀或在建筑房屋前没有掌握地层情况，地下有洞穴、矿穴，以致地面突然塌陷，也属地面突然下陷下沉。但未按建筑施工要求导致建筑地基下沉、裂缝、倒塌等，不在此列。

【地震】地壳发生的震动。

【海啸】海啸是指由海底地震，火山爆发或水下滑坡、塌陷所激发的海洋巨波。

【未到期保费】未到期保费=保险费 * (1-保险单已经过天数/保险期间天数)，其中保单已经过天数未满一天的按一天计算。

中国平安财产保险股份有限公司
平安附加承保地域特约条款
注册号为：C00001732322018031302341

本附加保险合同须附加于各类意外伤害保险、健康保险主险合同（以下简称“主保险合同”）。主保险合同所附条款、投保单、保险单、保险凭证以及批单等，凡与本附加保险合同相关者，均为本附加保险合同的构成部分。凡涉及本附加保险合同的约定，均应采用书面形式。本附加保险合同未尽事宜，以主保险合同的条款规定为准。若主保险合同与本附加保险合同的条款互有冲突，则以本附加保险合同的条款为准。

经投保人申请并经保险人同意，在保险期间内，在主保险合同下，保险人**仅对被保险人在保险单载明的区域范围内**发生的保险责任范围内保险事故承担给付保险金的责任。

中国平安财产保险股份有限公司

平安附加调整投保人范围保险条款

总 则

第一条 本附加保险合同须附加于各种意外伤害保险、健康保险、家庭财产保险、责任保险合同（以下简称“主保险合同”）。主保险合同所附条款、投保单、保险单、保险凭证以及批单等，凡与本附加保险合同相关者，均为本附加保险合同的构成部分。凡涉及本附加保险合同的约定，均应采用书面形式。

若主保险合同与本附加保险合同的条款互有冲突，则以本附加保险合同的条款为准。本附加保险合同未尽事宜，以主保险合同的条款规定为准。

保险责任

第二条 兹经投保人和保险人双方同意，可对主保险合同的投保人范围进行调整，但调整后的投保人必须符合《中华人民共和国保险法》等法律法规相关要求，具体以保险单载明为准。

中国平安财产保险股份有限公司
平安产险医疗费用保险（M款）条款
注册号：C00001732512022101402573

总则

第一条 本保险合同（以下简称“本合同”）由保险条款、投保单、保险单或其他保险凭证、批单等组成。凡涉及本合同的约定，均采用书面形式。

第二条 本合同的投保人应为具有完全民事行为能力的被保险人本人或对被保险人有保险利益的其他人。

第三条 凡身体健康，且能正常工作、生活的自然人，均可作为本合同的被保险人。

第四条 除另有约定外，本合同保险金的受益人为被保险人本人。

保险责任

第五条 保险计划和医疗机构

本保险合同的保障区域、医院范围、总保险金额、分项保险金额和每次事故保险金额、赔付天数上限、赔付比例及免赔额详见保险计划表。

此外，本保险合同中的医院分为以下两类

（一）昂贵医院

指超出惯常医疗费用水平的医院。被保险人在昂贵医院内发生的符合本保险合同保险责任范围内的医疗费用，保险人将**不承担或者额外按一定比例承担**保险责任范围内的医疗费用，详见保险计划。由于各医疗机构的收费水平可能发生变化，保险人会**跟踪分析并适时更新和公布昂贵医院列表**。昂贵医院列表发生变更时，投保人或被保险人可以通过保险人的网站查询。

（二）一般医院

符合医院释义但不在昂贵医院列表中的医院，均属于一般医院，被保险人在一般医院内发生的符合本保险合同保险责任范围内的医疗费用，保险人将按保险合同的约定承担保险责任范围内的医疗费用。

第六条 本保险合同的保险责任分为“必选责任”及“可选责任”。投保人在已选择投保“必选责任”的前提下，可以选择投保“可选责任”，**若投保人未投保“必选责任”，不得单独投保“可选责任”**。保险责任由投保人在投保时与保险人协商确定，并在保险合同中载明。

（一）必选责任：

1. 一般住院医疗费用保险责任

保险期间内，被保险人因遭受意外伤害事故或自保险期间开始且**保险单载明的等待期满后**（续保者自续保生效后），因疾病必须在符合本保险合同释义的医院（以下简称“释义医院”）接受住院治疗的，对于其实际发生的必须由被保险人自行承担的**必需且合理的各项住院医疗费用**，保险人按照保险合同约定**扣除保险单载明的免赔额后按赔付比例**承担一般住院医疗费用保险责任，**各项住院医疗费用最高不超过其分项保险金额，合计最高不超过一般住院医疗费用保险金额。**

被保险人在保险期间内接受上述治疗，住院治疗之期间自入院日起至出院日止，但若因同一原因再次住院，且前次出院与下次住院间隔未超过三十天，视为同一次住院。被保险人不论一次或多次住院治疗，保险人均按上述约定给付一般住院医疗保险金，**但累计给付金额以“一般住院医疗保险金额”为限，当累计给付金额达到“一般住院医疗费用保险金额”时，对被保险人的该项保险责任终止。**

对于在等待期后、本保险合同到期日前发生的且延续至本保险合同到期日后三十日内（若保险合同另有约定的，以保险单载明为准）的同一次住院治疗，对于必需且合理的住院医疗费用，保险人均按上述约定给付一般住院医疗保险金，**但累计给付金额达到“一般住院医疗保险金额”时，对被保险人的该项保险责任终止。**

对于被保险人因发生艾滋病、精神疾病以及牙科疾病原因进行住院治疗的治疗费，不在本项一般住院医疗费用保险金额项下赔付。

2、艾滋病及精神疾病住院治疗费用保险金

保险期间内，**保险单载明的等待期满之日后**（续保者自续保生效后），经释义医院专科医生明确诊断**初次发生**本保险合同释义规定的艾滋病或精神疾病，因该疾病必须在符合本保险合同释义医院接受治疗的，对于其实际发生的必须由被保险人自行承担的**必需且合理的各项住院医疗费用**，保险人按照保险合同约定**扣除保险单载明的免赔额后按赔付比例**承担艾滋病住院治疗费用、精神疾病住院治疗费用，**最高不超过艾滋病住院治疗费用、精神疾病住院治疗费用的分项保险金额。**除本项保险责任外，本保险合同其他所有保险责任均不承担因艾滋病或精神疾病导致的任何医疗费用。

3、无费用赔付住院津贴保险金

保险期间内，若被保险人的某次住院仅由于免赔额的原因且被保险人自愿放弃上述第1或第2项住院医疗保险金的赔付申请，或者被保险人书面放弃对某次住院保险人应赔付的住院医疗保险金的请求权，保险人根据保险合同所载的每日津贴金额乘以该次住院实际住院日数赔付无费用赔付住院津贴。**赔付该住院津贴后，保险人将不再赔付与该次住院相关的任何保险金，且该次住院产生的所有医疗费用不能抵扣免赔额。**

在保险期间内，“无费用赔付住院津贴保险金”赔付天数最多可达30日。本项责任不适用本保险合同约定的医疗费用直接结算。

免赔额不适用于无费用赔付住院津贴保险金。

4、特殊门诊医疗费用保险金

保险期间内，被保险人因遭受意外伤害事故或自保险期间开始且**保险单载明的等待期满后**（续保者自续保生效后），因**初次发生**必须在符合本保险合同释义的医院接受特殊门诊治疗的疾病的，对于其实际发生的必须由被保险人自行承担的**必需且合理的特殊门诊医疗费用**，保险人按照保险合同约定**扣除保险单载明的免赔额后按赔付比例**承担特殊门诊医疗费用保险责任，**最高不超过特殊门诊医疗费用保险金额**。本项责任不适用本保险合同约定的医疗费用直接结算。

特殊门诊医疗费用包括：

1) 门诊肾透析费；

2) 门诊恶性肿瘤治疗费，包括**化学疗法、放射疗法、肿瘤免疫疗法、肿瘤内分泌疗法、肿瘤靶向疗法**治疗费用；

5、出院后特别关怀保险金

被保险人在住院结束后90日内发生的家庭护理费、康复治疗费及临终关怀医疗费，保险人按照保险合同约定**扣除保险单载明的免赔额后按赔付比例**，在**出院后特别关怀保险金额内**赔付出院后特别关怀保险金。

保险人仅对被保险人在保险期限内发生的且符合本项责任约定的出院次日起90日内的费用承担保险责任。本项责任不适用本保险合同约定的医疗费用直接结算。

6、一般门急诊医疗费用保险金

保险期间内，被保险人因遭受意外伤害事故或自保险期间开始且**保险单载明的等待期满后**（续保者自续保生效后），因疾病必须在符合本保险合同释义的医院接受治疗的，对于其实际发生的必须由被保险人自行承担的**必需且合理的门诊急诊医疗费用和门诊手术费**，保险人按照保险合同约定**扣除保险单载明的免赔额后按赔付比例**承担一般住院医疗费用保险责任，**最高不超过一般门急诊医疗费用金额**。一般门急诊医疗费用保险金包含住院前后的门急诊和意外伤害门急诊。

本项保险责任对一般门诊急诊的就诊次数有限制，详见保险计划表。同一自然日内在同一个医院的同一个科室进行一次诊疗计为一次就诊。

对于被保险人因第4项中特殊门诊项目的治疗费以及除意外门急诊牙科医疗费外的所有牙科治疗引起的门急诊医疗费，均不在本项一般门急诊医疗费用保险金额项下赔付。

7、中医门诊及其他特殊疗法费用保险金

保险期间内，被保险人因遭受意外伤害事故或自保险期间开始且**保险单载明的等待期满后**（续保者自续保生效后），因疾病必须在符合本保险合同释义的医院接受治疗的，对于其实际发生的必须由被保险人自行承担的**必需且合理的中医门诊医疗费和其他特殊疗法医疗费**，保险人按照保险合同约定**扣除保险单载明的免赔额后按赔付比例**承担中医门诊及其他特殊疗法费用保险金，**最高不超过中医门诊及其他特殊疗法费用保险金额**。

对于被保险人因第4项中特殊门诊项目的治疗费以及所有牙科治疗引起的门急诊医疗费，均不在本项中医门诊及其他特殊疗法费用保险金额项下赔付。

8、保险区域外紧急医疗保险金

保险期间内，被保险人以短期旅游签证或短期商务签证的身份，在本保险合同约定的保障区域以外的全球其他国家和地区进行预定不长于**30个自然日**的短期旅行时，因遭受意外伤害事故或指定的突发急性病在本保险合同约定的网络医院进行紧急医疗的，对于由被保险人自行承担的**必需且合理的符合一般住院医疗保险金责任范围内的医疗费用以及门诊急诊医疗费用**，保险人按照保险合同约定扣除保险单载明的免赔额后按赔付比例承担保险区域外紧急医疗保险责任，**最高不超过保险区域外紧急医疗保险金额**。本项责任不适用本保险合同约定的医疗费用直接结算。

（二）可选责任

1、牙科治疗费用保险金

保险期间内，被保险人因遭受意外伤害事故或自保险期间开始且**保险单载明的等待期满后**（续保者自续保生效后），因疾病必须在符合本保险合同释义的医院接受治疗的，对于其实际发生的必须由被保险人自行承担的**必需且合理的牙科基础治疗费和牙科重大治疗费所产生的医疗费用**，保险人按照保险合同约定的赔付比例承担牙科治疗费用保险金，**最高不超过牙科治疗费用保险金额**。

免赔额不适用于牙科治疗费用保险金。

第七条 各项保险金责任的累计赔付金额以各对应项的保险金额为限，各项费用的累计赔付金额达到其对应项的保险金额时，保险人对被保险人的该项赔付责任终止。

保险期间内保险人赔付的总额以本保险合同约定的总保险金额为限，各项费用的累积赔付金额达到总保险金额的，不管是否某一项保险金责任达到其单项限额，本保险合同均完全终止。

预授权

第八条 被保险人拟接受下列医疗项目前，应于检查或治疗前至少2天向保险人提出预授权申请，并提供门急诊病历、住院或检查书面通知、检查报告以及既往的相关医疗、住院凭证等材料：

- （1）单价大于5000元的单项检查；
- （2）所有住院治疗；
- （3）全麻门诊手术。

紧急情况下，如被保险人未能事先申请预授权的，被保险人需在开始接受上述医疗项目后48小时之内通知保险人。

被保险人在进行上述治疗前，若未事先申请预授权或紧急情况下未能在规定时间内通知保险人的，保险人将按合同约定的赔偿范围、赔付比例、费用限额、最高赔付日数及最高赔付次数计算得出的金额，**再乘以60%的比例赔付保险金**。

补偿原则

第九条 本保险合同适用费用补偿原则。若被保险人已从其他途径（包括公费医疗、基本医疗保险、其他费用补偿型医疗保险、第三方侵权责任人等）获得医疗费用补偿，则保险人仅对被保险人实际发生的医疗费用扣除其所获医疗费用补偿后的剩余部分按本保险合同约定负责赔

偿。基本医疗保险个人账户部分支出视为个人支付，不属于已获得的医疗费用补偿。

责任免除

第十条 因下列原因导致的损失、费用，保险人不承担给付保险金责任：

- (一) 投保人、被保险人的故意行为；
- (二) 被保险人自致伤害或自杀，但被保险人自杀时为无民事行为能力人的除外；
- (三) 因被保险人挑衅或故意行为而导致的打斗、被袭击或被谋杀；
- (四) 遗传性疾病，先天性畸形、变形或染色体异常；
- (五) 核爆炸、核辐射或核污染、化学污染；
- (六) 既往症及其并发症；
- (七) 不孕不育治疗、人工受精、怀孕、分娩（含难产）、流产、堕胎、节育（含绝育）、产前产后检查以及由以上原因引起的并发症；
- (八) 性病；
- (九) 体检、疗养、视力矫正手术、非意外事故所致整容手术、各种美容整形项目，包括但不限于皮肤色素沉着、痤疮治疗、红斑痤疮治疗；良性皮肤损害（雀斑、老年斑、痣、疣等）的治疗和祛除；对浅表静脉曲张、蜘蛛脉、除瘢痕疙瘩型外的其它瘢痕、纹身去除、皮肤变色的治疗或手术；激光美容、除皱、除眼袋、开双眼皮、治疗斑秃、白发、秃发、脱发、植毛、脱毛、隆鼻、隆胸费用以及各种健美治疗项目，如营养、减肥、增胖、增高费用；
- (十) 被保险人在进行符合以下一项或多项标准的高风险运动过程中发生意外事故导致的医疗：
 - 从事本主险合同列明的高危职业；
 - 运动过程中必然涉及2米以上水深的自然水域水面或水下运动，包括但不限于各类、各级别的潜水、自然水域游泳（包括人工湖或人工水库）、跳水运动；
 - 运动过程中必然涉及距离普通正常理解的地面超过10米的高空的运动，包括但不限于跳伞、蹦极、非商业性的驾驶飞机等飞行器飞行、滑翔机或滑翔伞、翼装飞行、攀岩等；
 - 运动过程中需进入未经人工开发的区域，包括但不限于各类探险运动和除商业航线飞行外的航空航天活动；
 - 各类搏击或类军事运动，如摔跤、武术比赛、彩弹射击等仿真枪战运动；
 - 各类特技表演；
 - 除竞走、跑步以外的竞速运动，如赛马、赛车、竞速冰雪运动等

(十一) 被保险人主动吸食或注射毒品；

(十二) 被保险人在等待期内出现本保险合同约定的疾病的，或等待期内接受检查但在等待期后确诊的本保险合同约定的疾病而引起的相关费用；

(十三) 被保险人接受实验性治疗，即未经科学或医学认可的医疗

(十四) 未被治疗所在地权威部门批准的治疗，未获得治疗所在地政府许可或批准的药品或药物

(十五) 种植牙、嵌体、正畸治疗、贴面、美白牙齿，以美容为目的的牙齿处理，任何牙科治疗过程中使用的贵金属材料的相关费用；

第十一条 被保险人在下列期间发生的保险事故，保险人不承担给付保险金责任：

(一) 被保险人酒后驾车、无有效驾驶证驾驶或驾驶无有效行驶证的机动车期间；

(二) 所在国家或地区处于战争、军事行动、暴动、恐怖袭击或武装叛乱期间。

第十二条 下列费用或损失，保险人不承担给付保险金责任：

(一) 各种矫形及生理缺陷的手术和检查治疗费用，包括但不限于平足及各种非功能性整容、矫形手术费用；

(二) 被保险人因预防、康复、疗养、保健性、预防性或非疾病治疗类项目发生的医疗费用；体外或植入的医疗辅助装置或用具（眼镜、义齿、义眼、义肢、助听器等）及其安装和租赁费用；

(三) 耐用医疗设备（指各种康复设备、矫形支具以及其他耐用医疗设备）的购买或租赁费用；

(四) 各种医疗咨询和健康预测：如健康咨询、睡眠咨询、性咨询、心理咨询（依照世界卫生组织《疾病和有关健康问题的国际统计分类》（ICD-10）确定的精神和行为障碍以外的一般心理问题，如职场问题、家庭问题、婚恋问题、个人发展、情绪管理等）等费用；

(五) 由于职业病、医疗事故引起的医疗费用；

(六) 因不符合入院标准、挂床住院或住院病人应当出院但拒不出院（从医院确定出院之日起）而发生的一切医疗费用；

(七) 代诊，无原始发票的费用，电话咨询费，没有按时就诊的预约费用，非医师处方要求的服务费用，不在执业范围的医疗服务费用，不符合专业认可标准或者为进行适当治疗所不必要的医疗和牙科服务费用，非医学必需的费用，超过通常惯例水平的费用；

(八) 包皮环切术、包皮剥离术、包皮气囊扩张术、性功能障碍治疗；

(九) 各类医疗鉴定费用，鉴定类型包括但不限于医疗事故鉴定、精神病鉴定、孕妇胎儿性别鉴定、验伤鉴定、亲子鉴定、遗传基因鉴定；

(十) 各种健美治疗项目，包括但不限于营养、减肥、增胖、增高费用；

(十一) 下列药品费用:

1. 未经医生建议自行进行的任何治疗或未经医生处方自行购买的药品;
2. 虽然有医生处方, 但药品不是自开具该处方的医生所执业的医院购买的(以药品费票据为准);
3. 虽然有医生建议或医嘱, 但相关治疗不是在医院进行的或相关费用不是由医院收取的(以相关医疗费票据为准);
4. 滋补类营养药品、中草药及其泡制的各类酒制剂涉及的药品费用;
5. 虽然有医生处方, 但剂量超过三十天部分的药品费用。
6. 所有基因疗法 造成的医疗费用

健康管理服务

第十三条 自本保险合同生效之日起三十日后, 被保险人可以使用保险人提供的健康维护服务, 包括: (1) 境内高端医疗门诊预约; (2) 高端医疗驻点导诊; (3) 高端医疗驻点陪诊; (4) 高端医疗住院探视; (5) 海内外专家二诊意见; (6) 多学科会诊; (7) 海外就医预约; (8) 康复护理; (9) 特定疾病专案管理; (10) 全球紧急救援。

健康管理服务的详细内容及次数限制详见保险合同及服务手册。

保险金额、免赔额与赔付比例

第十四条 保险金额是保险人承担给付保险金责任的最高限额。

本保险合同的一般住院医疗费用保险金额、艾滋病及精神疾病住院治疗费用保险金额、无费用赔付住院津贴保险金额、特殊门诊医疗费用保险金额、出院后特别关怀保险金额、一般门急诊医疗费用保险金额、中医门诊及其他特殊疗法费用保险金额、保险区域外紧急医疗保险金额、牙科治疗费用保险金额、总共保险金额、各分项保险金额、每次事故保险金额、赔付天数上限由投保人、保险人在投保时协商确定, 并在保险单中载明。

本保险合同中的免赔额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的医疗费用, 但依照本保险合同约定仍旧由被保险人自行承担, 保险人不予赔付的金额。被保险人从其他途径已获得的医疗费用补偿可用于抵扣免赔额, 但通过基本医疗保险、政府主办补充医疗、公费医疗以及本保险合同中的无费用赔付住院津贴保险责任获得的补偿, 不可用于抵扣免赔额。

免赔额、赔付比例由投保人、保险人在投保时协商确定, 并在保险单中载明。

保险期间与续保

第十五条 本保险合同保险期间由投保人、保险人双方约定, 并在保险单中载明, 且最长不得超过一年。

第十六条 本产品遵循不保证续保条款: 本产品保险期间不超过一年。保险期间届满, 投保人需要重新向保险人申请投保本产品, 经保险人同意, 交纳保险费, 获得新的保险合同。

若发生下列情形之一的，本产品不再接受续保：

- （一）本产品统一停售；
- （二）被保险人身故；
- （三）投保人对于保险人就投保人或者被保险人的有关情况提出的询问未履行如实告知义务，足以影响保险人决定是否同意承保的；
- （四）被保险人不符合投保条件或存在欺诈情形的。

等待期

第十七条 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，最长不得超过一百八十天；如未载明的，则默认为三十天。

因意外伤害发生保险责任的，无等待期。

如为连续不间断续保的（同一被保险人连续在本保险人处投保本条款为基础的保险合同，保险期间衔接不中断），从第二期保险合同起的连续不间断续保保险合同不适用等待期。

若保险合同未连续不间断续保，则需重新适用等待期。

缴费方式与宽限期

第十八条 投保人可以选择一次性全额支付保险费，也可以根据合同约定分期支付保险费。

若投保人选择一次性支付保险费的，投保人应当在投保时一次性交清保险费。

若投保人选择分月支付保险费的，在交纳首月保险费后，投保人应当在每个保险费约定支付日交纳其余各月对应月份的保险费。

第十九条 若投保人分期支付保险费，在支付首期保险费后未按约定在应付之日交纳保险费，保险人允许投保人在催告之日起三十日（含第三十日）内补交保险费，如果被保险人在此三十日内发生保险事故，保险人仍按照合同约定给付保险金，**但有权从给付的保险金中扣除投保人欠缴的保险费。**若投保人在保险人催告之日起三十日（含第三十日）内未补交保险费，则本保险合同自当期保费的应付之日起终止，对于保险合同终止后发生的保险事故，保险人不承担保险责任。

保险人义务

第二十条 订立本保险合同时，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本保险合同的内容。对保险合同中免除保险人责任的条款，保险人在订立合同时应当在投保单、保险单或者其他保险凭证上做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做出明确说明。未作提示或者明确说明的，该条款不产生效力。

第二十一条 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。

第二十二条 保险人按照本保险合同的约定，认为被保险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、被保险人补充提供。

第二十三条 保险人收到被保险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，保险人将在确定是否属于保险责任的基本材料收集齐全后，尽快做出核定。

保险人应当将核定结果通知被保险人，对属于保险责任的，在与被保险人达成给付保险金的协议后十日内，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三日内向被保险人发出拒绝给付保险金通知书，并说明理由。

第二十四条 保险人自收到给付保险金的请求和有关证明、资料之日起六十日内，对其给付的数额不能确定的，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

第二十五条 订立保险合同，保险人就被保险人的有关情况提出询问的，投保人应当履行如实告知义务。

投保人故意或者因重大过失未履行前款规定的义务，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。

前款规定的合同解除权，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。自合同成立之日起超过二年的，保险人不得解除合同；发生保险事故的，保险人应当承担给付保险金责任。

投保人故意不履行如实告知义务的，保险人对于合同解除前发生的保险事故，不承担给付保险金责任，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，保险人对于合同解除前发生的保险事故，不承担给付保险金责任，但应当退还保险费。

保险人在合同订立时已经知道投保人未如实告知的情况的，保险人不得解除合同；发生保险事故的，保险人应当承担给付保险金责任。

第二十六条 投保人、被保险人知道保险事故发生后，应当及时通知保险人。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，保险人对无法确定的部分，不承担给付保险金责任，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。

上述约定，不包括因不可抗力而导致的迟延。

第二十七条 保险事故发生后，被保险人需要治疗的，应在本保险合同约定的医院内进行治疗，若因急诊未在本保险合同约定的医院内治疗的，应在三日内通知保险人，并根据病情及时转入本保险合同约定的医院。若确需转入非本保险合同约定的医院的，应向保险人提出书面申请，保险人在接到申请后三日内给予答复，对于保险人同意在非本保险合同约定的医院治疗的，对该期间发生的医疗费用按本保险合同规定给付住院医疗保险金。

保险金申请与给付

第二十八条 保险金申请人可通过以下两种方式申请保险金：

(1) 医疗费用直接结算

被保险人在直接结算医院就诊的，在免赔额已经被抵扣完毕的前提下，保险金申请人就可以提供医疗费用直结服务的保险责任向保险人申请直接结算，经保险人同意的，对于被保险人在直接结算医院发生的保险责任范围内的医疗费用保险人将与医院直接结算。

保险人已经向医院进行直接结算的，对于不属于保险责任范围内的医疗费用、超过相应费用限额的医疗费用、应当由被保险人按比例自付的医疗费用等应由被保险人自行承担但该医院未向其收取的，**在接到保险人通知后十日内，被保险人应当将上述相应款项退还保险人，未退还期间保险人有权中止医疗费用直接结算服务。**

请注意第六条中明确不适用直结服务的保险金项目不能提供直结服务。

(2) 保险事故发生后申请赔付保险金

保险金申请人还可于保险事故发生后向保险人申请赔付保险金，保险人将按照支付保险费的币种赔付保险金。如果发生的医疗费用的币种和保险人应赔付的币种不同，**保险人将按医疗费用清单中最早账单日期对应的中华人民共和国国家外汇管理局公布的汇率中间价换算成应赔付的币种后**，计算并支付保险金。

第二十九条 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。**如保险人对保险金申请材料存疑，有权要求被保险人在保险人指定或认可的医疗机构进行复检确认；被保险人应予配合。保险金申请人未能提供有关材料或被保险人不予配合，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。**

- 1、保险金给付申请书；
- 2、保单号或其他有效保险凭证；
- 3、被保险人身份证明、保险金申请人身份证明；
- 4、支持索赔的全部账单、证明、信息和证据，包括但不限于医院出具的病历资料、医学诊断书、处方、病理检查、化验检查报告、医疗费用原始单据、费用明细单据等。保险金申请人因特殊原因不能提供上述材料的，应提供其他合法有效的材料；
- 5、被保险人的出入境记录、签证、交通工具和住宿预定证明等境内居住和短期旅行证明
- 6、保险金申请人所能提供的其他与确认保险事故的性质、原因等有关的其他证明和资料；
- 7、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。

被保险人经基本医疗保险或公费医疗报销后又通过其它途径获得了部分医疗费用的补偿并无法提供医疗费用原始凭证时，需提供住院医疗费用凭证复印件等相关证明并注明已给付的比例和金额，**加盖支付费用单位的印章后**保险人按本保险合同约定承担剩余合理医疗费用的保险责任。

争议处理和法律适用

第三十条 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法院（不包括港澳台地区）起诉。

第三十一条 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

第三十二条 投保人和保险人可以协商变更合同内容。

变更保险合同的，应当由保险人在保险单或者其他保险凭证上批注或附贴批单，或者投保人和保险人订立变更的书面协议。

第三十三条 在本保险合同成立后，投保人可以书面形式通知保险人解除合同，但保险人已根据本保险合同约定给付保险金的除外。

投保人解除本保险合同时，应提供下列证明文件和资料：

- （一）保险合同解除申请书；
- （二）保险单；
- （三）保险费交付凭证；
- （四）投保人身份证明。

投保人要求解除本保险合同，自保险人接到保险合同解除申请书之时起，本保险合同的效力终止。保险人收到上述证明文件和资料之日起三十日内退还保险单的现金价值，其计算方法如下：

保险单现金价值=净保费×[1-（保险期间已经过天数/保险期间天数）]，经过天数不足一天的按一天计算。

附表：

单位：人民币元

平安产险医疗费用保险（M款）计划表

根据您在投保时选择的保障区域、免赔额和医院范围，本保险合同必选责任部分共计有十六个不同价格的保险计划，详如下表。

必选责任					
保障区域	中国（不含港澳台）及其他地区指定医院	中国（含港澳台）及其他地区指定医院	全球除美国	全球	
免赔额	1万元或0元，由您在投保时选择确定	1万元或0元，由您在投保时选择确定	1万元或0元，由您在投保时选择确定	1万元或0元，由您在投保时选择确定	
医院范围	不包含或包含昂贵医院，由您在投保时选择确定	不包含或包含昂贵医院，由您在投保时选择确定	不包含或包含昂贵医院，由您在投保时选择确定	不包含或包含昂贵医院，由您在投保时选择确定	
赔付比例	100%	100%	100%	100%	
总保险金总额	400万元	600万元	800万元	800万元	
分项保险金额与每次事故保险金额	一般住院医疗费用保险金	400万元	600万元	800万元	800万元
	床位费、陪床费、重症监护室床位费、膳食费、护理费、治疗费、检查检验费、药品费、医生诊疗费、手术费、救护车使用费	400万元	600万元	800万元	800万元
	重建手术费	限10万元/每次住院	限10万元/每次住院	限10万元/每次住院	限10万元/每次住院
	医疗器械费	限10万元/每次住院	限10万元/每次住院	限10万元/每次住院	限10万元/每次住院
	艾滋病及精神疾病住院治疗费用保险金				
	艾滋病住院治疗费	20万元	20万元	20万元	20万元
	精神疾病住院治疗费	5万元	5万元	5万元	5万元
	特殊门诊医疗费用保险金	400万元	600万元	800万元	800万元

出院后特别关怀保险金	400 万元 限 90 日	600 万元 限 90 日	800 万元 限 90 日	800 万元 限 90 日
保险区域外紧急医疗保险金	50 万元	50 万元	50 万元	50 万元
一般门急诊医疗费用保险金	限 50 次	限 50 次	限 50 次	限 50 次
中医门诊及其他特殊疗法费用保险金	限额 2000 元/ 次, 总限额 8000 元	限额 2000 元/ 次, 总限额 8000 元	限额 2000 元/ 次, 总限额 8000 元	限额 2000 元/ 次, 总限额 8000 元
无费用赔付住院津贴保险金	600 元/日, 限 30 日	600 元/日, 限 30 日	600 元/日, 限 30 日	600 元/日, 限 30 日

根据您在投保时选择的保障区域和医院范围，本保险合同可选责任部分共计有八个不同价格的保险计划，详如下表。

可选责任				
保障区域	中国（不含港澳台）及其他地区指定医院	中国（含港澳台）及其他地区指定医院	全球除美国	全球
免赔额	0 元	0 元	0 元	0 元
赔付比例	80%	80%	80%	80%
牙科治疗费用保险金 包含牙科基础治疗费和牙科重大治疗费 共计限额：1 万元	年限额内按 80%比例理赔	年限额内按 80%比例理赔	年限额内按 80%比例理赔	年限额内按 80%比例理赔

释义

第三十四条

【意外伤害】指以外来的、突发的、非本意的和非疾病的客观事件为直接且单独的原因致使身体受到的伤害。

【医院】指保险人与投保人约定的定点医院，未约定定点医院的，则指经中华人民共和国卫生部门评审确定的二级或二级以上的公立医院普通部（不包含公立医院的特需医疗、外宾医疗、干部病房），但不包括主要作为诊所、康复、护理、休养、静养、戒酒、戒毒等或类似的医疗机构。该医院必须具有符合国家有关医院管理规则设置标准的医疗设备，且全天二十四小时有合格医师及护士驻院提供医疗及护理服务。

【专科医生】专科医生应当同时满足以下四项资格条件：

- (1) 具有有效的中华人民共和国《医师资格证书》；
- (2) 具有有效的中华人民共和国《医师执业证书》，并按期到相关部门登记注册；
- (3) 具有有效的中华人民共和国主治医师或主治医师以上职称的《医师职称证书》；
- (4) 在二级或二级以上医院的相应科室从事临床工作三年以上。

【住院】指被保险人因疾病而入住医院的正式病房进行治疗，并正式办理入院手续，**不包括**入住门诊观察室、家庭病床、挂床住院或其他不合理的住院。挂床住院指办理正式住院手续的被保险人，在住院期间每日非24小时在床、在院。具体表现包括在住院期间连续若干日无任何治疗或仅口服药物治疗，只发生护理费、诊疗费、床位费、口服药品费等情况。

【基本医疗保险】本保险合同所称的基本医疗保险是指《中华人民共和国社会保险法》所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。

【住院医疗费用】指被保险人住院期间在医院发生，实际由医院收取并由医院开具相关票据的医疗费用，包括：

(1) 床位费：本保险合同的计划一和计划二：床位费指住院期间实际发生的、不高于双人病房的住院床位费（**不包括单人病房、套房、家庭病床**）。本保险合同的计划三：床位费指住院期间实际发生的、不高于标准单人病房的住院床位费（**不包括套房、家庭病床**）。

(2) 陪床费：指未满18周岁的被保险人在住院治疗期间，保险人根据合同约定给付其合法监护人（**限一人**）在医院留宿发生的陪床费；或女性被保险人在住院治疗期间，保险人根据合同约定给付其一周岁以下哺乳期婴儿在医院留宿发生的陪床费。

(3) 重症监护室床位费指住院期间出于医学必要被保险人需在重症监护室进行合理且必要的医疗而产生的床位费。重症监护室指配有中心监护台、心电监护仪及其他监护抢救设施，相对封闭管理，符合重症监护病房（ICU）、冠心病重症监护病房（CCU）标准的单人或多人监护病房。

(4) 护理费：指住院期间根据医嘱所示的护理等级确定的护理费用。

(5) 膳食费：指住院期间根据医生的医嘱，由作为医院内部专属部门的、为住院病人配餐的食堂配送的膳食费用。膳食费应包含在医疗账单内；根据各医疗机构的惯例，可以作为独立的款项、也可以合并并在病房费等其他款项内。

(6) 检查检验费: 指住院期间实际发生的, 以诊断疾病为目的, 采取必要的医学手段进行检查及检验而发生的合理的医疗费用, 包括 X 光费、心电图费, B 超费、脑电图费、内窥镜费、肺功能仪费、分子生化检验费和血、尿、便常规检验费等。

(7) 治疗费: 指住院期间以治疗疾病为目的, 提供必要的医学手段而发生的合理的治疗者的技术劳务费和医疗器械使用费, 以及消耗品的费用, 具体以就诊医院费用项目划分为准。**本项责任不包含如下费用: 物理治疗、中医理疗及其他特殊疗法费用。**

(8) 药品费: 指住院期间实际发生的合理且必要的由医生开具的具有国家药品监督管理部门核发的药品批准文号或者进口药品注册证书、医药产品注册证书的国产或进口药品的费用。**本项药品费责任中不包含中草药费用。**

(9) 医生诊疗费: 指包括住院诊疗费、会诊费、出诊费、挂号费等医生诊疗的费用。

(10) 手术费: 指当地卫生行政部门规定的手术项目的费用。包括手术费、麻醉费、手术监测费、手术材料费、术中用药费、手术设备费; 若因器官移植而发生的手术费用, **不包括器官本身的费用和获取器官过程中的费用。**

(11) 救护车使用费: 指住院期间以抢救生命或治疗疾病为目的, 根据医生建议, **被保险人需医院转诊过程中的医院用车费用, 且救护车的使用仅限于同一城市中的医疗运送。**

(12) 中医治疗费用: 以治疗恶性肿瘤或原位癌为目的发生的必需且合理的中医治疗、中成药、中草药费用, **不包括滋补类中草药。**中医治疗包括针灸治疗、推拿治疗、拔罐治疗或刮痧治疗等。滋补类中草药, 即以提高人体免疫力为主要用途使用的中草药及成药, 包括但不限于人参、阿胶、鹿角胶、龟鹿二仙胶、龟板胶、鳖甲胶、马宝、珊瑚、玳瑁、冬虫夏草、藏红花、羚羊、犀角、牛黄、麝香、鹿茸、铁皮枫斗以及用中药材和中药饮片炮制的各类酒制剂。

(13) 卫生材料费: 指在医院为了治病所产生的除了药费之外的其它费用, 如一次性耗材、创面损伤辅料、功能敷料、生物材料、手术用品、粘贴材料、护创材料、医用纺织品、医用非织造布、敷料机械等材料费用。

【必需且合理】指符合通常惯例且医学必需。

1. 符合通常惯例: 指与接受医疗服务所在地通行治疗规范、通行治疗方法、平均医疗费用价格水平一致的费用。

对是否符合通常惯例由保险人根据客观、审慎、合理的原则进行审核; 如果被保险人对审核结果有不同意见, 可由双方认同的权威医学机构或者权威医学专家进行审核鉴定。

2. 医学必需: 指医疗费用符合下列所有条件:

(1) 治疗意外伤害或者疾病所必需的、有医生处方的项目;

(2) 不超过安全、足量治疗原则的项目;

(3) 非试验性的、非研究性的项目;

(4) 与接受治疗当地普遍接受的医疗专业实践标准一致的项目。

对是否医学必需由保险人根据客观、审慎、合理的原则进行审核; 如果被保险人对审核结果有不同意见, 可由双方认同的权威医学机构或者权威医学专家进行审核鉴定。

【医学必需】指医疗费用符合下列所有条件:

- (1) 治疗意外伤害或者疾病所必需的项目；
- (2) 不超过安全、足量治疗原则的项目；
- (3) 由医生开具的处方药；
- (4) 非试验性的、非研究性的项目；
- (5) 与接受治疗当地普遍接受的医疗专业实践标准一致的项目。

对是否医学必需由保险人根据客观、审慎、合理的原则进行审核；如果被保险人对审核结果有不同意见，可由双方认同的权威医学机构或者权威医学专家进行审核鉴定。

【艾滋病】指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。在人体血液或其它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。

【精神疾病】指被保险人因患精神疾病经当地合法注册的精神专科医疗机构或设有精神病科室的医疗机构确诊罹患精神疾病。包括但不限于对抑郁症、狂躁症、贪食症、厌食、注意缺陷症和注意缺陷多动障碍的治疗。

注意缺陷症指一种生物学方面改变所致的病理状态，症状表现为：注意力涣散、活动过多、冲动任性等。

注意缺陷多动障碍指一种常见的儿童精神障碍，主要表现为注意力涣散、活动过多和冲动任性等问题或伴有其他相关精神障碍，但只有当这些表现超出了儿童年龄和发育的正常范围才能诊断为注意缺陷多动障碍。

【物理治疗、中医疗疗及其他特殊疗法】物理治疗是指应用人工物理因子（如光、电、磁、声等）来治疗疾病，包括电疗、光疗、磁疗、热疗等；中医疗疗是指以治疗疾病为目的，被保险人接受由具有相应资格的医生实施的针灸治疗、推拿治疗、拔罐治疗或刮痧治疗；其他特殊疗法包括顺势治疗、职业疗法及语音治疗。

【化学疗法】指针对恶性肿瘤的化学治疗。化疗是使用医学界公认的化疗药物以杀死癌细胞、抑制癌细胞生长繁殖为目的而进行的治疗。本合同所指的化疗为被保险人根据医嘱，在医院进行的静脉注射、服用药物等方式的化疗。

【放射疗法】指针对恶性肿瘤的放射治疗。放疗是使用各种不同能量的射线照射肿瘤组织，以抑制和杀灭癌细胞为目的而进行的治疗。本合同所指的放疗为被保险人根据医嘱，在医院的专门科室进行的放疗，**但是质子重离子治疗不在范围内。**

【肿瘤免疫疗法】指应用免疫学原理和方法，使用肿瘤免疫治疗药物提高肿瘤细胞的免疫原性和对效应细胞杀伤的敏感性，激发和增强机体抗肿瘤免疫应答，并应用免疫细胞和效应分子输注宿主体内，协同机体免疫系统杀伤肿瘤、抑制肿瘤生长。本合同所指的肿瘤免疫治疗药物需符合法律、法规要求并经过国家食品药品监督管理总局批准用于临床治疗。

【肿瘤内分泌疗法】指针对恶性肿瘤的内分泌疗法，用药物抑制激素生成和激素反应，杀死癌细胞或抑制癌细胞的生长。本合同所指的内分泌治疗药物需符合法律、法规要求并经过国家

食品药品监督管理局批准用于临床治疗。

【肿瘤靶向疗法】指在细胞分子水平上，针对已经明确的致癌点来设计相应的靶向治疗药物，利用具有一定特异性的载体，将药物或其他杀伤肿瘤细胞的活性物质选择性地运送到肿瘤部位攻击癌细胞的疗法。本合同所指的靶向治疗药物需符合法律、法规要求并经过国家食品药品监督管理局批准用于临床治疗。

【家庭护理费】指根据医生建议，出院后必须立即在家中接受由专业护士提供的与住院治疗的病症直接相关的护理而发生的护理费用，包括康复保健、家庭健康指导等卫生咨询服务，以及换药、导尿、测血压、输液、注射、压力性溃疡护理、鼻饲、造瘘等可在居家环境下实施的临床护理技术服务而发生的相关费用。

专业护士指国家护士注册机构登记名册中登记在案的护士。

【康复治疗费】指在医院接受由专科医生进行的康复功能评估、确定康复目标、制定康复计划、实施治疗方案以实现最大程度的功能恢复和重建治疗而发生的医疗费用。治疗范围须满足下列条件其一：

(1) 手术后的康复治疗；(2) 中枢神经损伤后的康复治疗；(3) 脑卒中、脑中风或者脑出血后的康复治疗；(4) 言语或者吞咽功能障碍的康复治疗（因精神疾病导致的除外）。

以上治疗手段包括：物理治疗、中医理疗及其他特殊疗法、生物反馈疗法、康复营养、康复护理等。

【临终关怀医疗费】指被保险人因达到疾病的终末期状态而在当地合法注册的临终护理机构或设有临终护理病房的医疗机构，且在患者及其家属的要求和医生的同意下一切积极治疗已被放弃，仅接受以减轻痛苦为目的的姑息治疗所导致的治疗费用。疾病的终末期状态指疾病已经无法以现有的医疗技术治疗或缓解并且将导致被保险人在未来六个月内死亡。

【门诊急诊医疗费用】指医生诊疗费、治疗费、检查检验费、药品费和救护车使用费。

【门诊手术费】指门、急诊发生的合理且必要的手术医疗费用，包括外科医生费、手术室费、恢复室费、麻醉费、手术监测费、手术辅助费、材料费、一次性用品费、术中用药费、手术设备费。

【中医门诊医疗费】包括以下两类费用：

1.被保险人在具备就诊地当地行医资质的中医诊所接受具有中医行医资质的医生诊疗所发生的医生诊断费用、检查检验费、根据中医药方组合一种或多种中药材进行内服或外用的中草药药品费。

2.被保险人在医院发生的根据中医药方组合一种或多种中药材进行内服或外用的中草药药品费。

上述中草药药品费不包括以下中药材费用：人参、阿胶、鹿角胶、龟鹿二仙胶、龟板胶、鳖甲胶、马宝、珊瑚、玳瑁、冬虫夏草、藏红花、羚羊、犀角、牛黄、麝香、鹿茸、铁皮枫斗及铁皮石斛的费用，无论其是否单独使用。

【其他特殊疗法】指在医院或具备就诊地当地行医资质的中医诊所内由具有相应资格的医生进行物理治疗、推拿、顺势治疗、针灸治疗、职业疗法、语音治疗的相关费用。

【指定的突发急性病】指以下疾病病程短、病情相对严重，需要短期治疗的疾病，包括：
(1) 高热（成人摄氏38.5度以上、小儿摄氏39度以上）；(2) 急性腹痛、剧烈呕吐、严重腹泻；(3) 各种原因的休克；(4) 昏迷；(5) 癫痫发作；(6) 严重喘息、呼吸困难；(7) 急性胸痛、急性心力衰竭、严重心律失常；(8) 高血压危象、高血压脑病、脑血管意外；(9) 各种原因所致急性出血；(10) 急性泌尿道出血、尿闭、肾绞痛；(11) 各种急性中毒（如食物或药物中毒），各种意外（如触电、溺水）；(12) 脑外伤、骨折、脱位、撕裂、烧伤、烫伤或其他急性外伤；(13) 各种有毒动物或昆虫咬伤或者急性过敏性疾病；(14) 五官及呼吸道或食道异物，急性眼痛、眼红或眼肿，突然视力障碍以及眼外伤；(15) 其他给予危、急、重病者的紧急治疗。

【网络医院】指在本保险合同中列明的医院网络范围内的医院，不同的保障责任可能会对应不同的网络医院。网络医院发生变更时，您可以通过保险人的服务电话或网站查询。对部分网络医院保险人还可提供门诊预约服务，您可通过服务电话查询并进行预约。

【意外门急诊牙科医疗费】指被保险人在意外事故发生后14日内，因该意外事故的牙齿损伤而在医院或诊所接受门急诊治疗的费用，不包括任何牙齿修复和牙齿整形的费用。

【牙科基础治疗费】包括简单补牙（包括银汞合金或复合树脂充填）、简单拔牙、牙周治疗费（包括牙周刮治、牙根平整术等）。

【牙科重大治疗费】包括根管治疗（包括麻醉和拍片费用）、牙冠修复、义齿安装（仅指假牙，不包括种植牙，包括化验和麻醉费用）、智齿拔除治疗费。

【基本医疗保险】本合同所称的基本医疗保险是指《中华人民共和国社会保险法》所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。

【既往症】指被保险人在本保险合同生效日之前罹患的已知或应该知道的有关疾病或症状。包括不限于以下情况：本保险合同生效前，医生已有明确诊断，长期治疗未间断；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；未经医生诊断和治疗，但症状明显且持续存在，以普通人医学常识应当知晓。

【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。

【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》（ICD-10）确定。

【酒后驾车】指车辆驾驶人员在其血液中的酒精含量大于或者等于 20mg/100mL 时的驾驶行为。

【无有效驾驶证】被保险人存在下列情形之一者：

(1) 无驾驶证，驾驶证被依法扣留、暂扣、吊销、注销；

(2) 驾驶的机动车与驾驶证载明的准驾车型不符；

(3) 实习期内驾驶公共汽车、营运客车或者执行任务的警车、载有危险物品的机动车或牵引挂车的机动车；

(4) 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、许可证书或其他必备证书，驾驶出租机动车或营业性机动车无交通运输管理部门核发的许可证书或其他必备证书。

【无有效行驶证】指下列情形之一：

(1) 机动车行驶证、号牌被注销的；

(2) 未按规定检验或检验不合格。

【《疾病和有关健康问题的国际统计分类》(ICD-10)】指世界卫生组织(WHO)制定的国际统一的疾病分类方法，它根据疾病的病因、病理、临床表现和解剖位置等特性，用一种系统有序的组合编码的方法对疾病进行分类。目前世界通用的是第10次修订本《疾病和有关健康问题的国际统计分类》，(ICD-10)是该分类第10次修订本的简称。

【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。**

【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。

【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。

【高风险运动】指比一般常规性的运动风险等级更高、更容易发生人身伤害的运动，在进行此类运动前需有充分的心理准备和行动上的准备，必须具备一般人不具备的相关知识和技能或者必须在接受专业人士提供的培训或训练之后方能掌握。被保险人进行此类运动时须具备相关防护措施或设施，以避免发生损失或减轻损失，包括但不限于潜水、滑水、滑雪、滑冰、驾驶或乘坐滑翔翼、滑翔伞、跳伞、攀岩运动、探险活动、武术比赛、摔跤比赛、柔道、空手道、跆拳道、马术、拳击、特技表演、驾驶卡丁车、赛马、赛车、各种车辆表演、蹦极。

【职业体育运动】指以职业运动员身份追求竞技比赛票房价值、以商业牟利为目的的竞技体育活动。职业体育运动员指参加职业体育运动，并以此为主要收入来源的人。

【半职业体育运动】指非职业运动员参加职业体育运动赛事、或其他设有奖金或报酬的体育运动，但并不以此为主要收入来源。

【贵金属】指在牙科填充、镶牙、烤瓷牙以及治疗中使用的贵金属元素的材料，包括金、银和铂族金属(钌、铑、钯、钼、铱、铂)材料或贵金属合金，如金铂钯系合金，金铂系合金及铂银系合金等。

【基因疗法】指通过各种手段修复缺陷基因，以实现减缓或治愈疾病目的的技术

【直接结算医院】指在本保险合同中列明的可提供直接结算服务的医院，不同的保障责任可能会对应不同的直接结算医院。直接结算医院发生变更时，您可以通过保险人的服务电话或网站查询。对部分直接结算医院保险人还可提供门诊预约服务，您可通过服务电话查询并进行预约。

【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。

【周岁】指按照居民身份证、军官证、警官证、士兵证等有效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，自出生之日起为零周岁，每经过一年增加一岁，不足一年的不计。

【身份证明】指政府有权机关颁发的能够证明其合法真实身份的证件或文件等，如居民身份证、按规定可使用的有效护照、营业执照等。

【不可抗力】指不能预见、不能避免并不能克服的客观情况。

【保险金申请人】指受益人或被保险人的继承人或依法享有保险金请求权的其他自然人。