

中国平安财产保险股份有限公司
平安产险附加急性病医疗保险（互联网版）条款

注册编号：C00001732522021122949083

总 则

第一条 本附加保险合同须附加于各类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受益人为被保险人本人。

第三条 本合同的保险责任包括急性病费用保险责任、补充急性病费用保险责任。

被保险人未享有基本医疗保险或公费医疗保障，则只能投保急性病费用保险责任；被保险人享有基本医疗保险或公费医疗保障，除急性病费用保险责任外，还可以投保补充急性病费用保险责任。

第四条 本附加保险合同仅限于互联网渠道销售。

保险责任

第五条 在保险期间内，保险人承担下列保险责任：

（一）急性病费用保险责任

被保险人因遭受本保险合同释义中的急性病，并自该疾病发作的次日零时起至第三十日的二十四时内在符合本保险合同释义中的医院（以下简称“释义医院”）因该疾病实际发生的必须由被保险人自行承担的、必需且合理的各项药费、治疗费、检查检验费及门诊手术费，保险人按保险合同约定的免赔额及给付比例给付急性病医疗费用，累计给付金额不得超过急性病费用保险金额。

（二）补充急性病费用保险责任

被保险人因遭受本保险合同释义中的急性病，并自该疾病发作的次日零时起至第三十日的二十四时内在释义医院因该疾病实际发生的必须由被保险人自行承担的各项药费、治疗费、检查检验费及门诊手术费，保险人对基本医疗保险或公费医疗赔付之后的剩余部分，保险人按保险合同约定的免赔额及给付比例给付补充急性病医疗费用，累计给付金额不得超过补充急性病费用保险金额。

补偿原则

第六条 本保险合同遵循医疗费用补偿原则。

本保险合同适用医疗费用补偿原则。若被保险人已从其他途径（包括基本医疗保险、

公费医疗、工作单位、保险人在内的任何商业保险机构，以及依法承担侵权损害赔偿责任的第三人等）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余额按本保险合同的约定进行赔付。

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

第七条 因下列原因造成被保险人进行治疗的，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）被保险人未遵医嘱，私自服用、涂用、注射药物；
- （五）核爆炸、核辐射或核污染；
- （六）被保险人犯罪或拒捕；
- （七）被保险人从事高风险运动或参加职业或半职业体育运动；
- （八）既往症及其并发症；
- （九）腰椎间盘突出和突出症、性病；
- （十）遗传性疾病、先天性畸形、变形和染色体异常、法定传染病；
- （十一）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之并发症；
- （十二）被保险人患职业病、恶性肿瘤、慢性肾功能衰竭、肝硬化、糖尿病、高血压（Ⅱ期以上）及其引起的并发症；
- （十三）牙科治疗、整容、美容或修复、疗养、康复治疗、矫形、视力矫正手术及其他内、外科手术导致的医疗事故。
- （十四）被保险人主动吸食或注射毒品。

第八条 被保险人在下列期间进行门诊急诊治疗的，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；
- （三）被保险人患艾滋病（AIDS）或感染艾滋病病毒（HIV 呈阳性）期间。

第九条 下列费用，保险人也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）营养费、护理费、交通费、伙食费、误工费、丧葬费。

保险金额、免赔额与给付比例

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。本附加保险合同的急性病费用保险金额、补充急性病费用保险金额、免赔额及给付比例由投保人、保险人双方约定，并在保险单中载明。

本附加保险合同的免赔额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特定药品费用，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，但通过社会医疗保险、政府主办补充医疗、公费医疗获得的补偿，不可用于抵扣免赔额。

保险期间与续保

第十一条 本附加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、也不得小于主保险合同的保险期间。

第十二条 本附加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。

若发生下列情形之一的，本合同不再接受续保：

- (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，保险人已经解除保险合同的；
- (四) 投保人未如实告知，被保险人不符合投保条件或存在欺诈情形的；

缴费方式与宽限期

第十三条 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。

若投保人选择分期支付保险费的，在交纳首月保险费后，投保人应当在每月保险费约定支付日交纳对应月份的保险费。

第十四条 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，如果被保险人在这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。

保险金申请与给付

第十五条 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) 保险金申请书;
- (二) 保单号或其他有效保险凭证;
- (三) 被保险人身份证明、保险金申请人身份证明;
- (四) 释义医院出具的病历、急性病诊断证明、处方及医疗费用原始凭证;
- (五) 保险金申请人所能提供的与确认保险事故的性质、原因、损失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

第十六条 投保人应当根据被保险人的社保状况如实选择保险责任, 并在保单中载明。若保险期间内被保险人的社保状况发生改变, 应在十日内通知保险人, 保险人有权调整保险费。

第十七条 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。

第十八条 有关被保险人的年龄确定与错误处理, 按下列约定:

- (一) 被保险人的年龄以周岁计算。
- (二) 投保人在投保时, 应将被保险人的真实年龄在投保单上填明, 如果发生错误应按照下列规定办理:
 1. 投保人申报的被保险人年龄不真实, 并且其真实年龄不符合本附加保险合同约定年龄限制的, 保险人可以解除合同, 并向投保人退还保险单的现金价值。
 2. 投保人申报的被保险人年龄不真实, 致使投保人支付的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; 或者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。
 3. 投保人申报的被保险人年龄不真实, 致使投保人支付的保险费多于应付保险费的, 保险人应当将多收的保险费退还投保人。

第十九条 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

第二十条

【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。

【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。

【药费】指根据当地公费医疗或基本医疗保险管理规定中用药范围内的中、西药费用。

【治疗费】指以治疗疾病为目的，提供医学手段而发生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，包括注射费、理疗费、输血费、输氧费、体外反搏费。

【检查检验费】指以诊断疾病为目的，采取必要的医学手段进行检查及检验而发生的医疗费用，包括X光费、心电图费、B超费、脑电图费、内窥镜费以及肺功能仪、血、尿、便常规检查和分子生化费。

【门诊手术费】指当地卫生行政部门规定的手术项目的费用。包括手术室费、麻醉费、手术监测费、手术辅助费、材料费、一次性用品费、手术中用药费、手术设备费。

【急性病】指被保险人在本附加合同生效之日前未曾接受治疗及诊断或曾接受治疗及诊断但已治愈，在保险期间内突然发生必须立即在医院接受治疗方能避免损害身体健康的疾病。**不包括既往疾病、慢性病、精神病、精神分裂、艾滋病、性传播疾病、遗传性疾病、先天性疾病或缺陷、先天性畸形、牙齿治疗（但因意外伤害事故导致的必须进行的牙科门诊治疗不在此限）、预防性手术等非必须紧急治疗的手术、器官移植。**

【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。

【既往症】指被保险人在本附加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。

【并发症】指疾病在发展过程中偶然引起的另一种疾病或症状，且新引起的疾病或症状非医务人员的过失所致。

【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。

【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。

【患艾滋病或感染艾滋病病毒】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。

【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。

【法定传染病】本条款所指的传染病必须同时符合以下三个条件：1. 该种疾病为《中华人民共和国传染病防治法》中所列明；2. 该种疾病以国家卫生部公布的关于该种疾病的最新定义为准。

【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。

其他释义参照主合同条款。