

中国平安财产保险股份有限公司
平安产险意外伤害保险（互联网版）条款

注册号：C00001732312024062802603

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，均采用书面形式。

第二条 本保险合同的被保险人应为身体健康，能正常工作或生活的，首次投保年龄不超过七十五周岁（含）、续保不超过八十周岁（含）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。**

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，应由其监护人指定或变更身故保险金受益人。

（二）其他保险责任的保险金受益人

除另有约定外，本保险合同除身故保险金以外的其他保险责任的保险金受益人为被保险人本人。

第五条 本保险合同仅限于互联网渠道销售。

保险责任

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”，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，并在保险单中载明。

第七条 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、住院、骨折或关节脱位的，保险人依照下列约定给付保险金，具体承担的责任和对应的保险金以保险单载明的为准。

（一）必选责任：意外伤害身故保险责任

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重新出现的，保险金受领人应于知道或应当知道被保险人重新出现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：意外伤害伤残保险责任

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。

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，达到该限额时，保险人对被保险人的意外伤害身故保险责任和意外伤害伤残保险责任均终止。

（三）可选责任：意外伤害医疗保险责任

保险期间内，被保险人因遭受意外伤害事故，并因此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，保险人就其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、合理的医疗费用扣除保险单载明的免赔额按赔付比例给付意外伤害医疗保险金。

被保险人不论一次或多次发生本项保险事故，保险人均按上述规定分别给付意外伤害医疗保险金，但累计给付金额以保险单载明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：意外伤害住院津贴保险责任

在保险期间内，被保险人因遭受意外伤害事故，并自事故发生之日起一百八十日内因该事故在释义医院进行治疗，保险人就被保险人的合理住院天数扣除保险单载明的免赔天数后，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，累计给付天数达到一百八十天时，对被保险人的意外伤害住院津贴保险责任终止。

若投保人与保险人对免赔天数和赔付天数限额另有约定，可在保险单中进行载明，按保险单载明的免赔天数和赔付天数限额给付意外伤害住院津贴保险金。

（五）可选责任：意外伤害住院护理津贴保险责任

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；被保险人因同一伤情间歇性住院，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。

（六）可选责任：交通意外伤害身故或伤残特别保险责任

在保险期间内，被保险人以**乘客身份**乘坐客运公共交通工具期间遭受意外伤害事故，并自事故发生之日起一百八十日内身故的，保险人除给付第（一）项“意外伤害身故保险金”外还按第（一）项确定的“意外伤害身故保险金”金额给付“交通意外伤害身故特别保险金”。

在保险期间内，被保险人以**乘客身份**乘坐客运公共交通工具期间遭受意外伤害事故，并自事故发生之日起一百八十日内造成《伤残评定标准》所列伤残程度之一的，保险人除给付第（二）项“意外伤害伤残保险金”外还按第（二）项确定的“意外伤害伤残保险金”金额给付“交通意外伤害伤残特别保险金”。

（七）可选责任：意外骨折、关节脱位保险责任

在保险期间内，被保险人遭受意外伤害事故，并因此造成本保险合同所附《骨折或关节脱位给付比例表》（以下简称《给付表一》）所列骨折、关节脱位程度之一者，保险人按《给付表一》中所列给付比例乘以意外骨折、关节脱位保险金额给付“意外伤害骨折、关节脱位保险金”。

《给付表一》对意外骨折、脱位对应的津贴等级及赔付比例进行了分类和分级，划分为一至五级，最重为第一级，最轻为第五级。

除椎骨骨折外，《给付表一》中所列骨折均指开放性骨折，如为闭合性骨折并住院施行切开复位手术，保险人按《给付表一》中对应的该骨折给付比例乘以 75%的比例给付；如为闭合性骨折或椎骨骨折住院但未施行切开复位手术，则按《给付表一》中该骨折对应的给付比例乘以 25%的比例给付；如为闭合性骨折或椎骨骨折门诊治疗，则按《给付表一》中该骨折对应给付比例乘以 10%的比例给付。

1. 当同一保险事故造成两处或两处以上骨折、关节脱位时，应首先对各处对应的津贴

等级分别进行评定，如果几处等级不同，以最重的等级作为最终的评定结论；如果两处或两处以上等级相同，给付比例在原基础上最多晋升一级，最高晋升至第一级。同一部位和性质的骨折、关节脱位，不应采用《给付表一》条文两条或以上或者同一条文两次或以上进行评定。

2. 若发生多次意外骨折、关节脱位，则本次意外伤害导致的骨折、关节脱位合并前次骨折、关节脱位可领取较严重等级的意外伤害骨折、关节脱位保险金者，按较严重等级标准给付，但前次已给付的意外伤害骨折、关节脱位保险金应予以扣除。被保险人在投保前已有或因责任免除事项导致《给付表一》所列的骨折、关节脱位，该骨折、关节脱位应按照《给付表一》判断对应的意外伤害骨折、关节脱位保险金金额，保险人在给付意外伤害骨折、关节脱位保险金时应当扣除前述投保前已有或因责任免除事项导致的意外伤害骨折、关节脱位保险金金额。3. 若被保险人遭受意外事故所致骨折、关节脱位程度同属《伤残评定标准》和《给付表一》，则按给付金额较高者予以赔付。

被保险人的意外骨折、关节脱位保险金累计给付以保险单载明的意外骨折、关节脱位保险金额为限，累计给付金额达到意外骨折、关节脱位保险金额时，对被保险人的该项保险责任终止。

（八）可选责任：轻度骨折津贴

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轻度骨折（即该骨折伤害不属于《伤残评定标准》中的伤残项目也不属于《给付表一》所列骨折、关节脱位项目），保险人按保险单约定的每次轻度骨折津贴给付保险金。

被保险人不论一次或多次发生本项保险事故，保险人均按上述规定分别给付保险金，但累计给付金额以保险单载明的轻度骨折保险金额为限，累计给付金额达到轻度骨折保险金额时，对被保险人的该项保险责任终止。

（九）可选责任：骨密度检测津贴

在保险期间内，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骨折伤害且因该骨折伤害在释义医院进行骨密度检测的，保险人按保险单约定的每次骨密度检测津贴给付保险金。

被保险人不论一次或多次发生本项保险事故，保险人均按上述规定分别给付保险金，但累计给付金额以保险单载明的骨密度检测保险金额为限，累计给付金额达到骨密度检测保险金额时，对被保险人的该项保险责任终止。

若被保险人因同一保险事故多次进行骨密度检测，保险人仅给付一次骨密度检测津贴。

责任免除

第八条 因下列原因造成的保险事故，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；
- (十) 被保险人病理性骨折或被诊断为骨质疏松并因该病症而导致的伤害；
- (十一) 被保险人投保前已有骨折的；
- (十二) 被保险人没有遭受骨折伤害，因其他原因或主动进行骨密度检测。

第九条 被保险人在下列期间遭受伤害导致保险事故的，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。

第十条 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、赔付比例与免赔额

第十一条 保险金额是保险人承担给付保险金责任的最高限额。

本保险合同的保险金额分为意外伤害保险金额，意外伤害医疗保险金额，意外伤害住院津贴保险金额，住院护理津贴保险金额，交通意外伤害身故特别保险金额，交通意外伤害伤残特别保险金额，意外伤害骨折、关节脱位保险金额，轻度骨折保险金额，每次轻度骨折津贴，骨密度检测保险金额，每次骨密度检测津贴，由投保人、保险人双方约定，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、公费医疗获得的补偿，不可用于抵扣免赔额。

免赔额、免赔天数、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

第十二条 本保险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，认为投保人、被保险人、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、被保险人或受益人补充提供。

第十五条 保险人收到被保险人或受益人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或受益人；对属于保险责任的，在与被保险人或受益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或受益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。

第十七条 投保人符合法律法规规定以及本保险合同约定的退还保险费相关要求的，保险人应当按照相关规定和约定退还保险单的现金价值。

投保人、被保险人义务

第十八条 除另有约定外，投保人应当在保险合同成立时交清保险费。

第十九条 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。

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未到期净保费。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。

第二十一条 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。

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，应在保险事故发生后的二十四时的三日内通知保险人，并根据病情及时转入释义医院。若确需在非释义医院就诊的，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，对这期间发生的医疗费用按本保险合同规定给付保险金。

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

第二十二条 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）意外伤害身故保险金、交通意外伤害身故特别保险金的申请

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）意外伤害伤残保险金、交通意外伤害伤残特别保险金及意外骨折、关节脱位保险金的申请

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的疾病诊断书及司法鉴定机构出具的伤残鉴定报告；

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。

（三）意外伤害医疗保险金、轻度骨折津贴、骨密度检测津贴的申请

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）意外伤害住院津贴保险金、意外伤害住院护理津贴保险金的申请

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

第二十三条 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境内（**不包括港澳台地区**）人民法院起诉。

第二十四条 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

第二十五条 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。

第二十六条 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。

第二十七条 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）保险单原件；
- （三）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

第二十八条

【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。

【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)是由原中国保险监督管理委员会发布（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】指被保险人因意外伤害而入住医院之正式病房进行治疗，并正式办理入出院手续，**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。**

【一次住院】指被保险人因意外伤害住院治疗，自入院日起至出院日止之期间，但若因同一伤情再次住院，且前次出院与下次住院间隔未超过九十天，视为同一次住院。

【客运公共交通工具】是指经相关政府部门登记许可的以客运为目的的民航班机、列车（包括客运列车、地铁、轻轨列车）、汽车（包括公共汽车、电车、出租汽车）及轮船。**不包括租赁的机动车、非机动车。**

【乘坐客运公共交通工具期间】被保险人乘坐客运民航班机时，该期间指自被保险人进入客运民航班机的舱门时起至飞抵目的地走出舱门时止；被保险人乘坐客运列车和客运汽车时，该期间指自被保险人持有效车票上车时起至被保险人到达车票载明或约定的旅程终点下车时止；被保险人乘坐客运轮船时，该期间指自被保险人检票踏上轮船时起至被保险人到达船票载明的旅程终点离开轮船时止。

【关节脱位】是指经二级以上（含二级）医院或保险人认可的医疗机构诊断证明属于《给付表一》中列明的关节脱位且需住院施行切开复位手术。

【开放性骨折】是指发生皮肤破裂，断骨与外界相通的骨折。

【闭合性骨折】是指未发生皮肤破裂，没有伤口，断骨不与外界相通的骨折。

【轻度骨折】指经释义医院诊断为骨折伤害，但该骨折伤害未达到定残标准、不属于《伤残评定标准》中的伤残项目和《给付表一》所列骨折、关节脱位项目。

【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。

【病理性骨折】是指因疾病导致骨骼强度下降（骨量减少或骨骼脆性改变）的部位发生的任何骨折。

【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：净保费×[1－（保险单已经过天数/保险期间天数）]，经过天数不足一天的按一天计算。

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，则计算方法为净保费×[1－（保险单已

经过天数/保险期间天数)]，**经过天数不足一天的按一天计算。**

【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。

【保险人认可的机构】指有执业资格的医疗机构、公安机关、法院，其出具的包含死亡原因和时间的身故证明，须加盖有效的公章。

给付表一：

中国平安财产保险股份有限公司
骨折或关节脱位给付比例表

骨折或关节脱位项目	项目等级	津贴等级	给付比例
头部骨折	颅盖骨（包括额、顶、枕、筛、颞或蝶骨）缺损	第一级	100%
头部骨折	颅盖骨（包括额、顶、枕、筛、颞或蝶骨）骨折	第四级	40%
头部骨折	下颌骨骨折	第五级	20%
头部骨折	颧骨或上颌骨骨折	第五级	20%
头部骨折	鼻骨骨折	第五级	20%
躯干骨折	椎骨（注1）椎体压缩性骨折（注2）且棘突、横突或椎弓根骨折	第一级	100%
躯干骨折	椎骨椎体压缩性骨折	第二级	80%
躯干骨折	骨盆骨折（包括髌臼、骶、髂、耻、坐骨骨折，但不包括尾骨骨折）	第二级	80%
躯干骨折	肩胛骨骨折	第四级	40%
躯干骨折	多根肋骨骨折	第四级	40%
躯干骨折	胸骨骨折	第四级	40%
躯干骨折	锁骨骨折	第四级	40%
躯干骨折	尾骨骨折	第五级	20%
躯干骨折	棘突、横突或椎弓根骨折	第五级	20%
躯干骨折	单根肋骨骨折	第五级	20%
上肢骨折	肱骨骨折	第二级	80%
上肢骨折	桡尺骨双骨折	第二级	80%
上肢骨折	桡骨或尺骨骨折	第三级	60%
上肢骨折	腕骨骨折	第五级	20%
上肢骨折	掌骨或指骨骨折	第五级	20%
上肢关节脱位	肩关节脱位	第四级	40%
上肢关节脱位	肘关节脱位	第四级	40%
下肢骨折	股骨颈骨折	第一级	100%
下肢骨折	股骨（不含股骨颈）骨折	第二级	80%
下肢骨折	胫腓骨双骨折	第二级	80%
下肢骨折	胫骨或腓骨骨折	第三级	60%
下肢骨折	踝关节（注3）骨折	第三级	60%
下肢骨折	骰骨骨折	第四级	40%
下肢骨折	距骨或跟骨骨折	第四级	40%
下肢骨折	足骨（不含距骨、跟骨）骨折	第五级	20%
下肢关节脱位	髋关节脱位	第一级	100%
下肢关节脱位	膝关节脱位	第三级	60%

注1：本保险合同所称的椎骨包括颈椎、胸椎、腰椎骨折，但不包括骶骨和尾骨骨折。

注 2：压缩性骨折指因外力导致椎骨的椎体部分发生压缩、变形或爆裂。

注 3：踝关节指由胫骨、腓骨下端的关节面与距骨滑车构成，包括外踝、内踝。

注 4：因意外事故导致肢体的断离则按照断离处骨的开放性骨折给付，肢体断离处远端任何骨的骨折将不获得给付。

中国平安财产保险股份有限公司

平安监护人责任保险条款

注册号:C00001730912019122509301

总则

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

第二条 本保险合同适用的“被监护人”仅限于未满十八周岁的无民事行为能力人或限制民事行为能力人，不包括不能辨认或者不能完全辨认自己行为的人（例如精神疾病患者、智力障碍者）。

在符合中华人民共和国法律（不包括港澳台地区法律）有关监护人规定前提下，前款所述被监护人的“监护人”，可作为本保险合同的投保人、被保险人。

保险责任

第三条 在保险期间内，被保险人承担监护义务的被监护人在中华人民共和国境内（港澳台地区除外）造成第三者人身伤亡或财产损失，依照中华人民共和国法律（不包括港澳台地区法律）应由被保险人承担的经济赔偿责任，保险人根据本保险合同的约定负责赔偿。

第四条 保险事故发生后，被保险人因保险事故而被提起仲裁或者诉讼的，对应由被保险人支付的仲裁或诉讼费用以及事先经保险人书面同意支付的其他必要的、合理的法律费用（以下简称“法律费用”），保险人按照本保险合同约定也负责赔偿。

责任免除

第五条 存在下列情形之一的，保险人不负责赔偿：

- （一）被监护人、监护人不符合本保险合同第二条规定的适用范围；
- （二）事故发生时，被监护人与被保险人不具有监护关系。

第六条 下列原因造成的损失、费用和责任，保险人不负责赔偿：

- （一）被保险人的故意行为；
- （二）被保险人或与其共同居住的成年家庭成员教唆、帮助被监护人损害第三者；
- （三）战争、敌对行为、军事行动、武装冲突、恐怖活动、罢工、骚乱、暴动；
- （四）核辐射、核爆炸、核污染或其他放射性污染；
- （五）大气污染、土地污染、水污染或其他各种污染；

（六）被监护人酒后驾驶、未取得驾驶证驾驶、偷开他人交通工具（包括但不限于机动车、机动船舶、航空器）；

（七）被监护人自伤、自杀、醉酒、吸毒、打架、斗殴、犯罪。

第七条 下列损失、费用和责任，保险人不负责赔偿：

（一）被保险人或其家庭成员的人身伤亡、所有或管理的财产的损失；

（二）数码产品损失，包括但不限于智能手机、数码相机、平板电脑、摄像机、笔记本电脑、MP3、MP4 等含有数码技术的电子产品；

（三）金银、首饰、珠宝、玉器、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，或其他难以鉴定价值的财产的损失；

（四）罚款、罚金或惩罚性赔偿；

（五）精神损害赔偿；

（六）间接损失；

（七）本保险合同中载明的免赔额、按免赔率折算的免赔额。

第八条 其他不属于本保险责任范围内的一切损失、费用和责任，保险人不负责赔偿。

赔偿限额与免赔额（率）

第九条 赔偿限额由投保人与保险人协商确定，并在保险合同中载明。

第十条 每次事故免赔额（率）由投保人与保险人在签订保险合同时协商确定，并在保险合同中载明。

保险期间

第十一条 除另有约定外，保险期间为一年，以保险单载明的起讫时间为准。

保险人义务

第十二条 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。

第十三条 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。

第十四条 保险人收到被保险人的赔偿保险金的请求后，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，在与被保险人达成赔偿保险金的协议后十日内，履行赔偿保险金义务。保险合同对赔偿保险金的期限有约定的，保险人应当按照约定履行赔偿保险金的义务。保险人依照前款的规定作出核定后，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赔偿保险金通知书，并说明理由。

第十五条 保险人自收到赔偿保险金的请求和有关证明、资料之日起六十日内，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；保险人最终确定赔偿的数额后，应当支付相应的差额。

投保人、被保险人义务

第十六条 订立保险合同，保险人就被监护人或者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如实告知义务，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，保险人应当承担赔偿保险金的责任。

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，不承担赔偿保险金的责任，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，保险人对于合同解除前发生的保险事故，不承担赔偿保险金的责任，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，保险人应当承担赔偿保险金的责任。

第十七条 除另有约定外，投保人应在保险合同成立时交清保险费。投保人未按约定交纳保险费，保险合同不生效。

第十八条 被保险人应加强对被监护人的教育与管理，认真履行监护职责，采取合理的预防措施，尽力避免或减少责任事故的发生。

投保人、被保险人未履行上述义务的，保险人有权要求增加保险费或者解除合同。

第十九条 在保险合同有效期内，保险标的的危险程度显著增加的，被保险人应当及时通知保险人，保险人可以增加保险费或者解除合同。

被保险人未履行前款约定的通知义务的，因保险标的的危险程度显著增加而发生的保险事故，保险人不承担赔偿责任。

第二十条 知道保险事故发生后，被保险人应该：

（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而扩大的损失，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，保险人对无法确定的部分，不承担赔偿责任，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，保险人对无法确定或核实的部分不承担赔偿责任。

第二十一条 被保险人收到受害人的损害赔偿请求时，应立即通知保险人。未经保险

人书面同意，被保险人对第三者或其代理人作出的任何承诺、拒绝、出价、约定、付款或赔偿，保险人不受其约束。对于被保险人自行承诺或支付的赔偿金额，保险人有权重新核定，不属于本保险责任范围或超出应赔偿限额的，保险人不承担赔偿责任。在处理索赔过程中，保险人有权自行处理由其承担最终赔偿责任的任何索赔案件，被保险人有义务向保险人提供其所能提供的资料和协助。

第二十二条 被保险人获悉可能发生诉讼、仲裁时，应立即以书面形式通知保险人；接到法院传票或其他法律文书后，应将其副本及时送交保险人。保险人有权以被保险人的名义处理有关诉讼或仲裁事宜，被保险人应提供有关文件，并给予必要的协助。

对因未及时提供上述通知或必要协助引起或扩大的损失，保险人不承担赔偿责任。

第二十三条 被保险人请求赔偿时，应向保险人提供下列证明和资料：

- （一）保险单正本；
- （二）被保险人或其代表填具的索赔申请书；
- （三）受害人向被保险人提出索赔的相关材料；
- （四）造成受害人人身伤害的，应包括：受害人的病历、诊断证明、医疗费等医疗原始单据；受害人的人身伤害程度证明：受害人伤残的，应当提供具备相关法律法规要求的伤残鉴定资格的医疗机构出具的伤残程度证明；受害人死亡的，公安机关或医疗机构出具的死亡证明书；
- （五）造成受害人财产损失的，应包括：损失清单、费用清单；
- （六）被保险人与受害人所签订的赔偿协议书或和解书；经判决或仲裁的，应提供判决书或仲裁裁决文书；
- （七）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，保险人对无法核实部分不承担赔偿责任。

赔偿处理

第二十四条 保险人的赔偿以下列方式之一确定的被保险人的赔偿责任为基础：

- （一）被保险人和向其提出损害赔偿请求的受害人协商并经保险人确认；
- （二）仲裁机构裁决；
- （三）人民法院判决；
- （四）保险人认可的其他方式。

第二十五条 被保险人的被监护人给第三者造成损害，被保险人未向该第三者赔偿的，保险人不负责向被保险人赔偿保险金。

第二十六条 发生保险责任范围内的损失，保险人按以下方式计算赔偿：

- （一）对于造成的损失，保险人在赔偿限额内计算赔偿，对每次事故承担的法律费用的赔偿金额不超过每次事故赔偿限额的 10%，但合同另有约定的除外。

(二) 在依据本条第(一)款计算的基础上,保险人在扣除每次事故免赔额(率)后进行赔偿;

(三) 在保险期间内,保险人对多次事故承担的本条款第三、四条规定的赔偿金额之和累计不超过累计赔偿限额。

第二十七条 发生保险事故造成财产损失的,应当尽量修复。修理前被保险人须会同保险人检验,确定修理项目、方式和费用。否则,保险人有权重新核定,不属于本保险责任范围或超出应赔偿限额的,保险人不承担赔偿责任。

第二十八条 发生保险事故时,如果被保险人的损失能够从其他相同保障的保险项下也能够获得赔偿,则本保险人按照本保险合同的赔偿限额与其他保险合同及本保险合同的赔偿限额总和的比例承担赔偿责任。其他保险人应承担的赔偿金额,本保险人不负责垫付。被保险人在请求赔偿时应当如实向保险人说明与本保险合同保险责任有关的其他保险合同的情况。对未如实说明导致保险人多支付保险金的,保险人有权向被保险人追回多支付的部分。

第二十九条 发生保险责任范围内的损失,应由有关责任方负责赔偿的,保险人自向被保险人赔偿保险金之日起,在赔偿金额范围内代位行使被保险人对有关责任方请求赔偿的权利,被保险人应当向保险人提供必要的文件和所知道的有关情况。

被保险人已经从有关责任方取得赔偿的,保险人赔偿保险金时,可以相应扣减被保险人已从有关责任方取得的赔偿金额。

保险事故发生后,在保险人未赔偿保险金之前,被保险人放弃对有关责任方请求赔偿权利的,保险人不承担赔偿责任;保险人向被保险人赔偿保险金后,被保险人未经保险人同意放弃对有关责任方请求赔偿权利的,该行为无效;由于被保险人故意或者因重大过失致使保险人不能行使代位请求赔偿的权利的,保险人可以扣减或者要求返还相应的保险金。

第三十条 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

第三十一条 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,应向中华人民共和国境内(港澳台地区除外)人民法院起诉。

第三十二条 本保险合同的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

第三十三条 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。

第三十四条 本保险合同生效后,投保人可随时书面申请解除保险合同。若投保人申请解除保险合同,需凭保险单及相关批单正本、保费发票、本人身份证明办理退保手续,保险人将退还未满期保险费,计算公式:未到期保险费=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。

保险人亦可解除本保险合同。保险责任开始前，保险人要求解除合同的，不得向投保人收取手续费并应退还已收取的保险费；保险责任开始后，**保险人可提前十五天通知投保人解除合同，对保险责任开始之日起至合同解除之日止期间的保险费，按日比例计收，剩余部分退还投保人。**

第三十五条 保险期间内，当被监护人的年龄达到 18 周岁时，本保险合同对该被监护人所承担的保险责任即行终止。保险人按照保险责任开始之日起至合同解除之日止期间与保险期间的日比例计收保险费，并退还剩余部分保险费。

中国平安财产保险股份有限公司
平安产险预防接种意外伤害保险（互联网版）条款

注册号：C00001732312023040359553

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，应由其监护人指定或变更身故保险金受益人。

（二）伤残保险金、预防接种一般反应医疗保险金、非预防接种一般反应医疗保险金、住院津贴保险金的受益人

除另有约定外，本保险合同的伤残保险金、预防接种一般反应医疗保险金、非预防接种一般反应医疗保险金、住院津贴保险金的受益人为被保险人本人。

第五条 本保险合同仅限于互联网渠道销售。

保险责任

第六条 本保险合同所指的保险事故为：

- （一）预防接种一般反应；
- （二）预防接种异常反应；
- （三）因接种单位违反预防接种工作规范、免疫程序、疫苗使用指导原则、接种方案给被保险人造成的损害；
- （四）因疫苗质量不合格给被保险人造成的损害；
- （五）偶合症。

第七条 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”，则不可单独投保“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。

第八条 保险期间内，被保险人在经人民政府卫生主管部门指定的医疗卫生机构接种本保险合同约定范围内的疫苗后发生本保险合同第六条中约定的保险事故而导致被保险人身故、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，被保险人发生本保险合同第六条中约定的保险事故，并自事故发生之日起一百八十日内因该事故身故的，保险人按身故保险金额给付身故保险金后，对被保险人的保险责任终止。

被保险人身故前保险人已给付本条第（二）项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，被保险人发生本保险合同第六条中约定的保险事故，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》（以下简称《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身故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身故保险金额为限。

（三）可选责任：预防接种一般反应医疗保险责任

保险期间内，被保险人发生预防接种一般反应，并在符合本保险合同释义的医院（以下简称“释义医院”）或接种疫苗的医疗卫生机构进行治疗，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，按保险单载明的免赔额、赔付比例计算给付预防接种一般反应医疗保险金。

被保险人无论一次或多次发生预防接种一般反应，保险人均按上述规定分别给付预防接种一般反应医疗保险金，但累计给付金额以被保险人的预防接种一般反应医疗保险金额为限，累计给付金额达到预防接种一般反应医疗保险金额时，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）获得医疗费用补偿，或应由依法承担损害赔偿责任的第三人承担的医疗费用补偿，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。

（四）可选责任：非预防接种一般反应医疗保险责任

保险期间内，被保险人发生本保险合同第六条中约定的（二）至（五）项保险事故，并在释义医院或接种疫苗的医疗卫生机构进行治疗，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，按保险单载明的免赔额、赔付比例计算给付非预防接种一般反应医疗保险金。

被保险人无论一次或多次发生非预防接种一般反应，保险人均按上述规定分别给付非预防接种一般反应医疗保险金，但累计给付金额以被保险人的非预防接种一般反应医疗保险金额为限，累计给付金额达到预防非预防接种一般反应医疗保险金额时，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）获得医疗费用补偿，或应由依法承担损害赔偿责任的第三人承担的医疗费用补偿，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。

（五）可选责任：住院津贴保险责任

保险期间内，被保险人发生本保险合同第六条中约定的保险事故，并在释义医院或接种疫苗的医疗卫生机构进行治疗，保险人按被保险人的合理住院天数乘以保险单载明的住院津贴日金额计算并给付住院津贴保险金，最高给付天数为一百八十天。

责任免除

第九条 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）不配合治疗或擅自使用药物；

（三）被保险人有疫苗说明书规定的接种禁忌，在接种前投保人、被保险人或者被保险人的监护人未如实提供被保险人的健康状况和接种禁忌等情况，接种后被保险人原有疾病急性复发或者病情加重；

（四）心因性反应。

保险金额、免赔额与赔付比例

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。

本保险合同的身故保险金额、预防接种一般反应医疗保险金额、非预防接种一般反应医疗保险金额和住院津贴日金额，由投保人与保险人协商确定，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

第十一条 本保险合同保险期间由投保人和保险人协商确定，并在保险单中载明。

保险人义务

第十二条 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；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，在五个工作日内作出核定，情况复杂的，应于三十日内作出核定。

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一个工作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。

第十七条 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

第十八条 除另有约定外，投保人应当在保险合同成立时交清保险费。

第十九条 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。

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。

第二十一条 保险事故发生后，被保险人需要治疗的，应在释义医院或接种疫苗的医疗卫生机构进行治疗就诊，若因急诊未在释义医院或接种疫苗的医疗卫生机构进行治疗就诊的，应在三日内通知保险人，并根据病情及时转入释义医院或接种疫苗的医疗卫生机构进行治疗。若确需转入非释义医院或非接种疫苗的医疗卫生机构进行治疗就诊的，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或非接种疫苗的医疗卫生机构进行治疗就诊的，对这期间发生的医疗费用按本保险合同约定给付保险金。

保险金申请与给付

第二十二条 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. 保单号或其他有效保险凭证；
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；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. 疫苗接种的医疗机构出具的事故证明及治疗的医疗机构出具的病例资料；
6. 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；
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。

（二）伤残保险金申请

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；

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. 疫苗接种的医疗机构出具的事事故证明及治疗的医疗机构出具的病例资料；

6. 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；

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。

（三）预防接种一般反应、非预防接种一般反应医疗保险金申请

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；

4. 释义医院或接种疫苗的医疗机构出具的医疗证明和医疗费用原始凭证；

5. 疫苗接种的医疗机构出具的事事故证明及治疗的医疗机构出具的病例资料；

6. 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；

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。

（四）住院津贴保险金申请

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；

4. 释义医院或接种疫苗的医疗机构出具的诊断证明和住院证明；

5. 疫苗接种的医疗机构出具的事事故证明及治疗的医疗机构出具的病例资料；

6. 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；

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

第二十三条 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境内（不包括港澳台地区）人民法院起诉。

第二十四条 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

第二十五条 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。

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。

释义

第二十六条

【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。

【预防接种一般反应】指在预防接种后发生的，由疫苗本身所固有的特性引起的，对机体只会造成一过性生理功能障碍的反应。主要有发热和局部红肿，同时可能伴有全身不适、倦怠、食欲不振、乏力等综合症状。

【预防接种异常反应】指合格的疫苗在实施规范接种过程中或者实施规范接种后造成受种者机体组织器官、功能损害，相关各方均无过错的药品不良反应。常见的预防接种异常反应包括无菌性脓肿、热性惊厥、过敏性休克、过敏性皮疹、过敏性紫癜、血小板减少性紫癜、局部过敏反应、血管性水肿、多发性神经炎、臂丛神经炎、癫痫、脑病、脑炎和脑膜炎、脊灰疫苗相关病例以及接种卡介苗后的淋巴结炎、骨髓炎、全身散播性卡介苗感染等。

【偶合症】指受种者在接种时正处于某种疾病的潜伏期或者前驱期，接种后偶合发病。

【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。

【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。

【心因性反应】是指在预防接种实施过程中或接种后因受种者心理因素发生的个体或者群体的反应。

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

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，则计算方法为净保费×[1-（保险单已经过天数/保险期间天数）]，经过天数不足一天的按一天计算。

【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。

【必要的、合理的】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。

中国平安财产保险股份有限公司

平安产险附加三度烧烫伤意外伤害保险（互联网版）条款

注册号：C00001732322021120911293

第一条 本附加保险合同须附加于各类意外伤害保险、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。

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。

第二条 经投保人申请并经保险人同意，在保险期间内，被保险人发生主保险合同中的意外事故，并自事故发生之日起一百八十日内因该事故造成本附加保险合同附表一《三度烧烫伤与给付比例表》所列烧烫伤程度之一的，保险人按附表一所列给付比例乘以本附加保险合同烧烫伤保险金额给付“意外伤害烧烫伤保险金”。如第一百八十日治疗仍未结束的，按当日的身体情况进行烧烫伤鉴定，并据此给付意外伤害烧烫伤保险金。

（一）被保险人因同一意外伤害事故导致附表一中一项以上烧烫伤时，保险人给付各项烧烫伤保险金之和，但给付总额不超过本附加保险合同烧烫伤保险金额。

（二）被保险人如在本次意外伤害事故之前已有烧烫伤，保险人应当给付的“意外伤害烧烫伤保险金”按合并后的烧烫伤程度在附表一中所对应的给付比例扣除原有烧烫伤在附表一中所对应的给付比例计算。

第三条 本附加保险合同项下烧烫伤保险金额，由投保人、保险人在投保时协商确定，并在保险合同中载明。

第四条 本保险合同仅限于互联网渠道销售。

附表一：三度烧烫伤与给付比例表

身体部位	项 目	烧烫伤等级（三度烧烫伤面积占全身皮肤面积百分比）	给付比例
头颈、手部	一	不少于 8%	100%
	二	不少于 5%但少于 8%	75%
	三	不少于 2%但少于 5%	50%
身体(不含头颈、手部)	四	不少于 20%	100%
	五	不少于 15%但少于 20%	75%
	六	不少于 10%但少于 15%	50%

注：三度烧烫伤指烧烫伤程度估计方法中的三度，伤及皮肤全层或皮下组织，甚至更深。

中国平安财产保险股份有限公司

平安产险附加救护车费用补偿保险（互联网版）条款

注册号：C00001731922022011979323

总则

第一条 本附加保险合同须附加于各种意外伤害保险或健康保险合同（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 本附加保险合同仅限于互联网渠道销售。

保险责任

第三条 保险期间内，被保险人发生主保险合同中保险事故后，需要安排救护车的，对于被保险人因该事故实际支付的、必要的救护车费用，保险人按照主保险合同的医疗费用赔付约定负责赔偿。

保险金额

第四条 保险金额是保险人承担给付保险金责任的最高限额。本附加保险合同的保险金额由投保人、保险人双方约定，并在保险单中载明。

赔偿处理

第五条 被保险人向保险人申请赔偿保险金时，除提交主保险合同规定的相关材料外，还须提交符合本条款释义的医院出具的医疗证明和救护车费用原始凭证。被保险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赔偿保险金的责任。

其他事项

第五条 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

第六条

【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。

【救护车费用】指救护车车辆使用费，**不含医生诊费、检查费、医药费、治疗费、担架费等其他费用。**

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
平安产险附加自费医疗保险（互联网版）条款

注册号：C00001732522022072500081

总则

第一条 本附加保险合同须附加于各种互联网版本的意外伤害保险合同或互联网版本的健康保险合同（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组成部分。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 本保险合同仅限于互联网渠道销售。

保险责任

第四条 在保险期间内，被保险人发生主保险合同中的保险事故，并因该事故在符合本附加保险合同释义医院诊断必须住院接受治疗的，对被保险人住院治疗期间实际发生的必须由被保险人自行承担的超出当地基本医疗保险（含农村合作医疗保险）或其他公费医疗主管部门规定的保险诊疗项目及住院服务标准以外的、合理且必需的医疗费用，**保险人按照本附加合同约定的赔付项目及赔付比例给付“自费医疗保险金”，且最高不超过自费医疗保险金额。**

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，或在享有基本医疗保险或公费医疗保障的情况下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。

被保险人一次或多次因主保险合同中的保险事故进行治疗，保险人均按上述规定向被保险人分别给付自费医疗保险金，**但累计给付金额以保险金额为限。累计给付金额达到保险金额时，对该被保险人的保险责任终止。**

补偿原则

第五条 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

第六条 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、核污染或化学污染；
- （六）既往症及其并发症，但投保时保险人认可的除外；
- （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）精神和行为障碍（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）、性病；
- （九）疗养、视力矫正手术、各种健康体检项目及预防性医疗项目、牙科保健及牙科治疗、康复治疗、非意外事故所致整容手术；
- （十）被保险人从事高风险运动或参加职业或半职业体育运动；
- （十一）被保险人主动吸食或注射毒品；
- （十二）被保险人等待期内出现疾病、等待期内接受检查但在等待期后确诊的疾病。

第七条 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）被保险人患艾滋病（AIDS）或感染艾滋病病毒（HIV呈阳性）期间；
- （三）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。

第八条 下列费用或损失，保险人不承担给付保险金责任：

- （一）如下项目的治疗费用：皮肤色素沉着、痤疮治疗、红斑痤疮治疗；雀斑、老年斑、痣的治疗和去除；对浅表静脉曲张、蜘蛛静脉、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；
- （二）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；
- （三）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；

（四）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；

（五）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；

（六）由于职业病、医疗事故引起的医疗费用；

（七）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；

（八）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；

（九）包皮环切术、包皮剥离术、包皮气囊扩张术、性功能障碍治疗；

（十）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；

（十一）各种健美治疗项目，包括但不限于营养、减肥、增胖、增高费用；

（十二）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，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，但每次处方的剂量超过 30 天部分的药品费用。

等待期

第九条 本附加保险合同的等待期由投保人与保险人双方约定，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。

投保人在本附加保险合同上一保险期间届满后，在与投保人约定的时日内成功重新投保本产品并支付应付保险费的，无等待期；因意外伤害接受治疗的，无等待期。

若保险合同未连续不间断续保，则需重新适用等待期。

保险金额、赔付比例与免赔额

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。

本附加保险合同的自费医疗保险金额由投保人、保险人在投保时协商确定，并在保险

单中载明。

本附加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、公费医疗获得的补偿，不可用于抵扣免赔额。

本附加保险合同的免赔额、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

第十一条 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。

第十二条 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。

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。

- 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、释义医院出具的病历材料（包括出院记录或出院小结）、诊断证明、处方、病理检查报告、化验检查报告、医疗费用原始凭证及费用明细单据等；
- 5、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；
- 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。

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。

其他事项

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。

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（互联网版）条款

注册号：C00001732522022072500061

总则

第一条 本附加保险合同须附加于各种互联网版本的意外伤害保险合同或互联网版本的健康保险合同（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。

第三条 本保险合同仅限于互联网渠道销售。

保险责任

第四条 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

第五条 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;

(十一) 被保险人醉酒、主动吸食或注射毒品。

第六条 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

第七条 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

第八条 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) 由医院专科医生出具的对被保险人的特定传染病诊断证明书以及由医院出具的与诊断证明书相关的医嘱单, 住院清单, 入、出院小结, 治疗病程; 病理显微镜检查、血液检验及其他科学方法检验报告;

(五) 被保险人身故的, 还应提供国家卫生行政部门认定的医疗机构、公安部门或其它相关机构出具的被保险人的死亡证明;

(六) 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;

(七) 保险金作为被保险人遗产时, 须提供可证明所有直系亲属合法继承权的相关权利文件, 及授权支付至保险金申请人的授权书;

(八) 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;

(九) 受益人或者继承人为无民事行为能力人或者限制民事行为能力人的, 由其监护人代为申领保险金, 并需要提供监护人的身份证明等资料。

其他事项

第九条 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。

第十条 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。

第十一条 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

第十二条

【医院】指国家卫生部医院等级分类中的二级或二级以上公立医院或卫生健康委员会指定的特定传染病诊治定点医院，但前述医院并不包括单独作为诊所、康复、护理、疗养、戒酒、戒毒等或相类似的医疗机构。同时该医院必须具有符合有关医院管理规定设置标准的医疗设备，并且全日 24 小时有合格医师及护士驻院提供医疗和护理等服务。

【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。

【猝死】：平素身体健康或貌似健康的患者，在出乎意料的短时间内，因自然疾病而突然死亡即为猝死。

【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的。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。

【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。

【最低现金价值】最低现金价值=净保费 $\times$ （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
平安附加适用医疗机构范围约定保险条款
注册号为：C00001731922019040903801

第一条 本附加保险合同须附加于各种意外险、健康险、责任险、家财险主险合同（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。

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 经投保人、保险人协商一致，主保险合同适用的医疗机构范围（包括但不限于伤者就诊医疗机构、出具医疗证明或身故证明的医疗机构）可由双方协商确定，并在保险合同中载明。