



请扫描以查询验证条款

提示：条款正文中背景突出显示的文字内容为免除本公司保险责任的条款，请注意仔细阅读。

## 平安健康保险股份有限公司 平安附加门诊急诊团体医疗保险条款

### 第一条 保险合同构成

本保险合同（以下简称“本附加险合同”）由保险单或其它保险凭证及所附条款、投保单、被保险人名册等与本附加险合同有关的投保文件、合法有效的声明、批注、批单、其它书面协议构成。

### 第二条 保险合同成立与生效

投保人提出保险申请、本公司同意承保，本附加险合同成立。

本附加险合同自本公司同意承保、收取保险费并签发保险单开始生效，具体生效日以保险单所载的日期为准。

### 第三条 投保范围

团体可作为投保人，为其成员向本公司投保本保险，参保成员的配偶与子女也可参加本保险。另有约定的按约定内容执行。

### 第四条 保险责任

投保人为被保险人首次投保本保险或非连续投保本保险时，

自本附加险合同生效日起 30 日为等待期，投保人为被保险人连续投保本保险的或被保险人因遭受意外伤害事故进行治疗的无等待期。

被保险人在等待期内发生疾病，由此而导致的门诊急诊治疗，无论治疗时间与本附加险合同生效之日是否间隔超过 30 日，本公司不承担给付保险金的责任。

在本附加险合同有效期内，在等待期结束后，本公司承担下列保险责任：

（一）基础责任：门诊目录内医疗保险金

被保险人因遭受意外伤害事故或疾病，每次在标准医院治疗发生的、符合当地社会基本医疗保险规定的、合理且必要的门诊急诊医疗费用，在扣除被保险人按照社会医疗保险或公费医疗的有关规定取得的医疗费用补偿及约定的次免赔额后，本公司按如下给付比例，在对应的门诊次限额及年限额范围内给付门诊目录内医疗保险金。另有约定的按约定执行。

给付条件	给付比例
被保险人已从社会医疗保险或公费医疗获得费用补偿	80%
被保险人未从社会医疗保险或公费医疗获得费用补偿	60%

（二）可选责任：门诊目录外医疗保险金

被保险人因遭受意外伤害事故或疾病，每次在标准医院治疗发生的、超出当地社会基本医疗保险规定的、合理且必要的门诊急诊医疗费用，在扣除约定的次免赔额后，本公司按约定的给付比例，在对应的门诊次限额及年限额范围内给付门诊目录外医疗

保险金。另有约定的按约定执行。

被保险人不论一次或多次接受门诊急诊治疗，本公司均按上述约定给付保险金，但累计给付金额不超过该被保险人的保险金额，累计给付金额达到其保险金额时，对该被保险人保险责任终止。

若被保险人已从其它途径（包括社会医疗保险、公费医疗、工作单位、本公司在内的任何商业保险机构等）取得补偿，本公司将按照上述约定的赔偿范围、免赔额、给付比例等，在该被保险人的次限额、年限额以及保险金额范围内计算给付保险金，且给付的金额以不超过该被保险人发生的合理且必要的门诊急诊医疗费用扣除其所获补偿后的余额为限。

## 第五条 责任免除

因下列情形之一，造成被保险人门诊急诊医疗费用支出的，本公司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、故意伤害；
- （二）被保险人故意自伤、故意犯罪或者抗拒依法采取的刑事强制措施；
- （三）被保险人殴斗、醉酒，主动吸食或注射毒品；
- （四）被保险人酒后驾驶、无合法有效驾驶证驾驶，或驾驶无有效行驶证的机动车；
- （五）被保险人感染艾滋病病毒或患艾滋病期间因疾病导

致的；

(六) 战争、军事冲突、暴乱或武装叛乱；

(七) 核爆炸、核辐射或核污染；

(八) 遗传性疾病，先天性畸形、变形和染色体异常；

(九) 保险单中特别约定的除外疾病及其并发症；

(十) 既往症；

(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的并发症；

(十二) 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；

(十三) 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）；

(十四) 疗养、矫形、视力矫正手术、美容、牙科保健及牙科治疗、康复治疗、非意外事故所致整容手术；

(十五) 从事潜水、跳伞、攀岩、蹦极、驾驶滑翔机或滑翔伞、探险、摔跤、武术比赛、特技表演、赛马、赛车等高风险运动。

## 第六条 保险金额和保险费

本附加险合同的保险金额和保险费由投保人和本公司在投保时约定并于保险单中载明。

## **第七条 保险期间与续保**

本附加险合同的保险期间为一年。

本附加险合同保险期间届满前，投保人可向本公司申请续保本保险，本公司审核同意后为投保人办理续保手续，并按续保当时被保险人的风险性质重新厘定费率并收取保险费。

## **第八条 明确说明与如实告知**

订立本附加险合同时，本公司会向投保人说明本附加险合同的内容。对本附加险合同中免除本公司责任的条款，本公司在订立合同时会在投保单、保险单或者其它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。

本公司就投保人和被保险人的有关情况提出询问，投保人应当如实告知。

如果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，足以影响本公司决定是否同意承保或者提高保险费率的，本公司有权解除本附加险合同或取消该被保险人的保险资格。

如果投保人故意不履行如实告知义务的，对于解除本附加险合同或取消该被保险人的保险资格前发生的保险事故，本公司不承担给付保险金的责任，并不退还保险费。

如果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，对于解除本附加险合同或取消该被保险人的保险资格前发生的保险事故，本公司不承担给付保险金的责任，但应当退还保险费。

本公司在合同订立时已经知道投保人未如实告知的情况的，本公司不得解除本附加险合同或取消该被保险人的保险资格；发生保险事故的，本公司承担给付保险金的责任。

#### **第九条 本公司合同解除权的限制**

前条规定的合同解除权，自本公司知道有解除事由之日起，超过 30 日不行使而消灭。

#### **第十条 受益人**

除另有约定外，本附加险合同的保险金受益人为被保险人本人。

#### **第十一条 保险事故通知**

投保人或受益人应当在知道保险事故后 10 日内通知本公司。

如果投保人或受益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，本公司对无法确定的部分，不承担给付保险金的责任，但本公司通过其它途径已经及时知道或者应当及时知道保险事故发生或者虽未及时通知但不影响本公司确定保险事故的性质、原因、损失程度的除外。

被保险人应在投保人与本公司约定的标准医院就诊，若因急

诊未在约定的医院就诊的，应在就诊后 3 日内通知本公司，并在病情好转后及时转入约定的医院。

## **第十二条 保险金申请**

由受益人填写保险金给付申请书，并提供下列证明和资料：

- （一）保险单或其它保险凭证；
- （二）受益人的有效身份证件；
- （三）医院出具的医疗费用原始凭证；
- （四）医疗费用结算清单；

（五）医疗病历，包括但不限于病史描述、检查检验报告及药品明细和处方；

（六）所能提供的与确认保险事故的性质、原因等有关的其它证明和资料。

保险金作为被保险人遗产时，必须提供可证明合法继承权的相关权利文件。

以上证明和资料不完整的，本公司将及时一次性通知受益人补充提供有关证明和资料。

## **第十三条 保险金给付**

本公司在收到保险金给付申请书及上述有关证明和资料后，将在 5 日内作出核定；情形复杂的，在 30 日内作出核定。另有约定的按约定内容执行。

对属于保险责任的，本公司在与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。

本公司未及时履行前款规定义务的，除支付保险金外，会赔偿受益人因此受到的损失。如本公司要求投保人、被保险人或者受益人补充提供有关证明和资料的，上述 30 日期间会扣除投保人、被保险人或者受益人补充提供有关证明和资料期间，扣除期间自本公司作出的通知到达投保人、被保险人或者受益人之日起，至投保人、被保险人或者受益人按照通知要求补充提供的有关证明和资料到达本公司之日止。

对不属于保险责任的，本公司自作出核定之日起 3 日内向受益人发出拒绝给付保险金通知书并说明理由。

本公司在收到保险金给付申请书及有关证明和资料之日起 60 日内，对给付保险金的数额不能确定的，根据已有证明和资料可以确定的数额先予支付，本公司最终确定给付保险金的数额后，将支付相应的差额。

#### **第十四条 诉讼时效**

受益人向本公司请求给付保险金的诉讼时效期间为 2 年，自其知道或应当知道保险事故发生之日起计算。

#### **第十五条 年龄确定与错误处理**

（一）被保险人的年龄以周岁计算。

（二）投保人在申请投保时，应将与有效身份证件相符的被保险人的出生日期在投保单上填明，如果发生错误应按照下列方



式办理:

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险合同约定投保年龄限制的, 本公司有权解除本附加险合同或取消该被保险人的保险资格, 并向投保人退还该被保险人的未到期净保险费。本公司行使合同解除权适用“第九条 本公司合同解除权的限制”的规定。

2. 投保人申报的被保险人年龄不真实, 致使投保人实付保险费少于应付保险费的, 本公司有权更正并要求投保人补交保险费。若已经发生保险事故, 在给付保险金时按实付保险费和应付保险费的比例给付。

3. 投保人申报的被保险人年龄不真实, 致使投保人实付保险费多于应付保险费的, 本公司会将多收的保险费退还给投保人。

## 第十六条 被保险人变动

(一) 投保人因参保的团体成员变动需加保的, 应书面通知本公司, 本公司审核同意并收取相应保险费后, 开始承担保险责任。

(二) 本附加险合同有效期内, 投保人因参加本保险的团体成员离职、丧失保险资格或身故需退保的, 应书面通知本公司, 本公司对相应被保险人(含该成员及其配偶和子女)的保险责任自该成员离职、丧失保险资格或身故之日起终止。本公司对投保

人退还相应被保险人的未到期净保险费。

### **第十七条 联系方式变更**

投保人住所、通讯地址或电话等联系方式变更时，应及时以书面形式或双方认可的其它形式通知本公司，若投保人未以书面形式或双方认可的其它形式通知的，本公司按本附加险合同载明的最后住所或通讯地址所发送的有关通知，均视为已送达。

### **第十八条 合同内容变更**

在本附加险合同有效期内，经投保人和本公司协商同意，可以变更本附加险合同的有关内容。变更本附加险合同的，应当由本公司在原保险单或者其它保险凭证上批注或者附贴批单，或者由投保人和本公司订立变更的书面协议。

### **第十九条 投保人解除合同的手续**

在本附加险合同有效期内，投保人可以申请解除本附加险合同。

（一）投保人要求解除本附加险合同时，须填写解除合同申请书并向本公司提供下列资料：

1. 保险单或其它保险凭证；
2. 投保人的有效身份证件或有效身份证明。

（二）投保人要求解除本附加险合同的，自本公司收到解除合同申请书时起，本附加险合同终止。本公司于收到解除合同申请书之日起30日内向投保人退还本附加险合同的未到期净

保险费。

## **第二十条 争议处理**

本附加险合同履行过程中，双方发生争议不能协商解决的，可以达成仲裁协议通过仲裁解决，也可依法直接向有管辖权的中华人民共和国法院提起诉讼。与本附加险合同有关的争议，应由中华人民共和国法律管辖，并应根据中华人民共和国法律予以解释。

## **第二十一条 释义**

**【本公司】**指平安健康保险股份有限公司。

**【团体】**指中华人民共和国境内具有符合保险监管机构规定人数的成员的法人、非法人组织以及其他不以购买保险为目的而组成的团体。

**【成员】**团体为机关或企事业单位的，成员指该团体中身体健康、正常工作的在职员工；团体为社会团体的，成员指该团体的会员以及正式工作人员；团体为其他不以购买保险为目的而组成的团体的，成员指团体中的各自然人。

**【在职员工】**指每周正常工作时间不少于 30 小时的全职员工，不包括临时工。

**【配偶】**指投保时与参加本保险的团体成员存在合法婚姻关系的丈夫或妻子。

**【子女】**指投保时参加本保险的团体成员的出生 28 日以上

(并且已健康出院的), 19 周岁以下(含)(全日制学校学生至 23 周岁)且未婚的子女, 包括婚生子女、非婚生子女、合法收养的子女和有扶养关系的继子女。

**【被保险人】**指本附加险合同所附被保险人名册中所载人员。

**【连续投保】**指投保人为被保险人续保同一险种, 且续保保单的生效日为原保单到期日的次日。

**【意外伤害事故】**指外来的、突发的、非本意的、非疾病的使身体受到伤害的客观事件。

**【门诊急诊】**指被保险人因遭受意外伤害事故或疾病至医院的门诊部或急诊部进行治疗。

**【标准医院】**指中华人民共和国境内(港、澳、台地区除外)合法经营的二级以上(含二级)公立医院的普通部, 不包含其中的特需医疗、外宾医疗、干部病房。

**【社会医疗保险】**本附加险合同所称的社会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、新型农村合作医疗、医疗救助等政府举办的基本医疗保障项目。

**【门诊急诊医疗费用】**指被保险人在医院进行门诊急诊治疗发生的医疗费用, 包括:

(一) 医生诊疗费

指被保险人门、急诊期间发生的主诊医生或会诊医生的劳务

费用，包括挂号费。

## （二）药品费

指被保险人每次门、急诊发生的，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。

药品费中不包含中草药费用。

## （三）治疗费

指门、急诊发生的以治疗疾病为目的，提供必要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，包括注射费、输血费、输氧费、体外反搏费等。

本项责任不包含门诊肾透析、门诊恶性肿瘤的电疗、化疗或放疗发生的费用，以及物理治疗、中医理疗及其他特殊疗法费用。

## （四）检查检验费

指门、急诊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。

## （五）救护车费

指为抢救生命由急救中心派出的救护车费用及医院转诊过程中的医院用车费。

## （六）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。

**【物理治疗、中医理疗及其他特殊疗法】**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，具体疗法包括电疗、光疗、磁疗、热疗等；

中医理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。

**【次限额】**被保险人每次治疗发生的保险责任范围内的费用的最高赔付限额。

**【每次治疗】**被保险人在一日（零时起至二十四时止）在同一所医院同一个科室的就诊。

**【殴斗】**指因被保险人挑衅或故意行为而导致的打斗。

**【醉酒】**指每百毫升血液的酒精含量大于或等于 100 毫克。

**【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它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。

**【酒后驾驶】**指经检测或鉴定，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超过一定的标准，公安机关交通管理部门依据《道路交通安全法》的规定认定为饮酒后驾驶或醉酒后驾驶。

**【无合法有效驾驶证驾驶】**指下列情形之一：

- (一) 没有取得驾驶资格；
- (二) 驾驶与驾驶证准驾车型不相符合的车辆；
- (三) 持审验不合格的驾驶证驾驶；
- (四) 持学习驾驶证学习驾车时，无教练员随车指导，或不按指定时间、路线学习驾车。

**【无有效行驶证】**指下列情形之一：

- (一) 未取得行驶证；
- (二) 机动车被依法注销登记的；
- (三) 未依法按时进行或通过机动车安全技术检验。

**【机动车】**指以动力装置驱动或者牵引，上道路行驶的供人员乘用或者用于运送物品以及进行工程专项作业的轮式车辆。

**【艾滋病】**指人类免疫缺陷病毒引起的获得性免疫缺陷综合症，英文缩写为 AIDS。

**【艾滋病病毒】**指人类免疫缺陷病毒，英文缩写为 HIV。

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。

**【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。

**【既往症】**指在本附加险合同生效之前罹患的被保险人已知或应该知道的有关疾病或症状。通常有以下情况：

（1）本附加险合同生效前，医生已有明确诊断，长期治疗未间断；

（2）本附加险合同生效前，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）本附加险合同生效前发生，医生已有明确诊断，但未予治疗；或者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。

**【潜水】**指以辅助呼吸器材在江、河、湖、海、水库、运河等水域进行的水下运动或作业。

**【攀岩】**指攀登悬崖、楼宇外墙、人造悬崖、冰崖、冰山等运动。

**【探险】**指明知在某种特定的自然条件下有失去生命或使身



体受到伤害的危险,而故意使自己置身其中的行为,如江河漂流、登山、徒步穿越沙漠或人迹罕至的原始森林等活动。

**【武术比赛】**指两人或两人以上对抗性柔道、空手道、跆拳道、散打、拳击等各种拳术及使用器械的对抗性比赛。

**【特技表演】**指进行马术、杂技、驯兽等表演。

**【有效身份证件】**指由政府主管部门规定的证明其身份的证件,如:居民身份证、按规定可使用的有效护照、军官证、警官证、士兵证等证件。

**【周岁】**指按有效身份证件中记载的出生日期计算的年龄,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。

**【未到期净保险费】**未到期净保险费 = 净保险费 × (1 - 保险经过日数/保险期间的日数),经过日数不足1日的按1日计算。

净保险费指投保人所支付的保险费扣除每张保险单平均承担的本公司各项费用(含营业费用、代理费、各项税金、保险保障基金等)后的余额,扣除部分占所支付保险费的25%。

**【离职】**指投保人与被保险人解除劳动关系、投保人与被保险人的劳动合同到期终止以及其它被保险人不在投保人处从事工作,且投保人同意解除劳动关系或劳动关系终止处理的情形。

## 平安附加门诊急诊团体医疗保险

### 各保障项目给付限额及给付比例表（示例）

单位：人民币元

保险金额	1万
医疗机构	标准医院
保障项目	最高给付金额
（一）基础责任：门诊目录内医疗保险金	1万/年
给付比例	见“第四条 保险责任”所列表格
医生诊疗费、药品费、治疗费、检查检验费、门诊手术费、救护车使用费	次免赔额 50 次限额 200
（二）可选责任：门诊目录外医疗保险金	5000/年
给付比例	60%
医生诊疗费、药品费、治疗费、检查检验费、门诊手术费、救护车使用费	次免赔额 50 次限额 100