



## 阅读指引

请扫描以查询验证条款

本阅读指引有助于您理解条款，对“平安尊欣人生医疗保险合同”内容的解释以条款为准。



### 您拥有的重要权益

- ❖ 被保险人可以享受本主险合同提供的保障 .....2.2
- ❖ 您有退保的权利 .....5.1



### 您应当特别注意的事项

- ❖ 我们对免除保险人责任的条款作了特别提示，详见条款正文中背景突出显示的内容 ..... 2.1、2.2、2.3、3.2、3.3、4.1、6.2、7
- ❖ 退保会给您造成一定的损失，请您慎重决策 .....5.1
- ❖ 您应当按时支付保险费 .....4.1
- ❖ 您在接受部分医疗项目前，应通知我们，并经我们同意后方可就治疗，否则我们承担的保险责任将会减少，详见条款正文中背景突出显示的内容 ..... 2.2
- ❖ 费用型医疗险是适用补偿原则的，详见条款正文中背景突出显示的内容 .....2.2
- ❖ 您有及时向我们通知保险事故的责任 .....3.2
- ❖ 请留意条款所称合作医院的特定含义 ..... 2.1、7.4
- ❖ 我们对一些重要术语进行了解释，并作了显著标识，请您注意 ..... 7
- ❖ 本主险合同的有效期为1年，若保险期满时续保成功，本主险合同将延续有效 ..... 1.6



条款是保险合同的重要内容，为充分保障您的权益，请您仔细阅读本条款。



### 条款目录

1. 您与我们的合同	6.2 年龄错误	7.18 保险金额
1.1 合同构成	6.3 合同内容变更	7.19 全球紧急救援
1.2 合同成立与生效	6.4 联系方式变更	7.20 既往症
1.3 保险对象	6.5 效力终止	7.21 遗传性疾病
1.4 投保年龄	6.6 争议处理	7.22 先天性畸形、变形或染色体异常
1.5 保障区域	<b>7. 释义</b>	7.23 感染艾滋病病毒或患艾滋病
1.6 保险期间和续保	7.1 周岁	7.24 醉酒
<b>2. 我们提供的保障</b>	7.2 有效身份证件	7.25 毒品
2.1 保障计划和医疗机构	7.3 同时参保	7.26 潜水
2.2 保险责任	7.4 合作医院	7.27 攀岩
2.3 责任免除	7.5 住院	7.28 探险
<b>3. 如何申请领取保险金</b>	7.6 意外伤害	7.29 武术比赛
3.1 受益人	7.7 保险事故	7.30 特技表演
3.2 保险事故通知	7.8 住院医疗费用	7.31 职业病
3.3 保险金申请	7.9 医学必要	7.32 医疗事故
3.4 保险金的给付	7.10 门诊急诊医疗费用	7.33 酒后驾驶
3.5 诉讼时效	7.11 次限额	7.34 无合法有效驾驶证驾驶
<b>4. 如何支付保险费</b>	7.12 每次治疗	7.35 无有效行驶证
4.1 保险费的支付	7.13 物理治疗及其他特殊治疗	7.36 机动车
4.2 保险费率调整	7.14 顺势治疗	7.37 直接结算医院
4.3 宽限期	7.15 针灸治疗	7.38 净保险费
<b>5. 如何解除保险合同</b>	7.16 耐用医疗设备购买或租赁	
5.1 合同解除	7.17 中草药费用	
<b>6. 其他需要关注的事项</b>		
6.1 明确说明与如实告知		

附页：可提供第二诊疗意见的疾病  
附表：平安尊欣人生医疗保险计划表

# 平安尊欣人生医疗保险条款

在本条款中，“您”指投保人，“我们”、“本公司”均指平安健康保险股份有限公司。

## ① 您与我们的合同

---

- 1.1 合同构成** 本保险条款、保险单或其他保险凭证、投保书、与保险合同有关的投保文件、合法有效的声明、批注、批单、附加险合同、其他书面协议都是您与我们之间订立的保险合同的构成部分。  
“平安尊欣人生医疗保险合同”以下简称为“本主险合同”。
- 1.2 合同成立与生效** 您提出保险申请、我们同意承保，本主险合同成立。  
本主险合同自我们同意承保、收取首期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。  
本主险合同生效日以后每年的对应日是保单周年日。如果当月无对应的同一日，则以该月最后一日作为对应日。
- 1.3 保险对象** 在中华人民共和国境内居住的所有国籍人士均可作为本主险合同的被保险人。非中华人民共和国国籍的被保险人需持有中华人民共和国政府部门的工作签证或拥有中华人民共和国境内居留证或长期居住权，并提供中华人民共和国境内固定居住地址。
- 1.4 投保年龄** 指投保时被保险人的年龄，投保年龄以**周岁**（见 7.1）计算，本主险合同接受的投保年龄为 0 周岁至 65 周岁，最高可续保至 80 周岁，投保时被保险人为 0 周岁的，应当为出生满 28 日且已健康出院的婴儿。  
投保时被保险人未满 18 周岁的，可以与被保险人**同时参保**（见 7.3），也可以单独参保，同时参保和单独参保分别适用于不同的费率。
- 1.5 保障区域** 本主险合同的保障区域分为中国大陆、中国大陆及香港，您可以在投保时选定。
- 1.6 保险期间和续保** 本主险合同的保险期间为 1 年。  
若您在投保时选择了自动续保方式，每一保险期间届满之前，若我们未收到您不再继续投保的书面通知，经我们审核同意并按续保时对应的费率收取保险费后本主险合同将延续有效。新续保的合同自期满日次日零时起生效，保险期间为 1 年。  
经审核后，若我们不接受续保的，我们会在本主险合同保险期间届满之前，以书面形式通知您。

## ② 我们提供的保障

---

- 2.1 保障计划和医疗机构** 本主险合同的投保计划包括精选计划和优选计划，由您在投保时与我们约定并在保险单上载明。**各投保计划的保险金限额、合作医院**（见 7.4，以

下简称“医院”)的保险金给付比例见附表。

本主险合同中合作医院分为以下两类:

(1) 全额赔付医院: 如被保险人在此类医院就医, 对于保险责任范围内的医疗费用, 给付比例为 100%;

(2) 部分自付医院: 如被保险人在此类医院就医, 对于保险责任范围内的医疗费用, 给付比例为 80%。

## 2.2 保险责任

在本主险合同有效期内, 我们承担如下保险责任:

### 等待期

您首次投保或非连续投保本保险时, 被保险人因疾病需要**住院**(见 7.5) 治疗或接受门诊治疗的, 自本主险合同生效日起 30 日为等待期; 续保或者因**意外伤害**(见 7.6) 进行治疗的无等待期。被保险人在等待期内发生的**保险事故**(见 7.7), 无论治疗时间与生效之日是否间隔超过等待期, 我们不承担给付保险金的责任。

如果在等待期后发生保险事故, 我们承担下列保险责任:

### 住院医疗保险金

被保险人因疾病或意外伤害经医院确诊必须住院治疗的, 对于住院期间发生的合理且必要的**住院医疗费用**(见 7.8), 我们按被保险人所住医院的类别对应的给付比例, 在各项费用的年限额、日限额和最高给付日数范围内给付住院医疗保险金。本项保险金的给付比例、年限额、日限额及最高给付日数见附表。

在每一保单年度内, 我们仅对被保险人住院累计 180 日内发生的上述各项费用承担保险责任。

对等待期后本主险合同到期日前发生的且延续至本主险合同到期日后 30 日内的住院治疗, 对于合理且必要的住院医疗费用, 我们仍然按照上述给付比例, 在各项费用的年限额和日限额范围内给付住院医疗保险金, 但累计给付日数以各项责任对应的最高给付日数为限, 各项费用累计给付金额以各对应项费用最高给付金额为限。

对于被保险人因特殊疾病或项目、特殊门诊、牙科原因在医院进行住院治疗的, 不在住院医疗保险金项下赔付。

### 门诊医疗保险金

被保险人因疾病或意外伤害需要门诊急诊治疗的, 对于每次在医院治疗发生的合理且必要的**门诊急诊医疗费用**(见 7.10), 我们按被保险人所在医院的类别对应的给付比例, 在各项费用的年限额、**次限额**(见 7.11) 以及最高给付次数范围内给付门诊医疗保险金。本项保险金的给付比例、年限额、次限额以及最高给付次数见附表。

在每一保单年度内, 对于投保时未满 18 周岁且单独参保的被保险人, 我们仅对其门诊累计 15 次以内发生的上述各项费用承担保险责任。

对于被保险人因特殊疾病或项目、特殊门诊、牙科原因在医院进行门诊治疗的, 不在门诊医疗保险金项下赔付。

### 特殊疾病或项目医疗保险金

被保险人在医院进行**物理治疗及其他特殊治疗**(见 7.13), 或者在医院进行治疗时发生**耐用医疗设备购买或租赁费**(见 7.16)、**中草药费用**(见 7.17), 对于其每次在医院治疗发生的合理且必要的费用, 我们按被保险人所在医院的类别对应的给付比例, 在各项费用的年限额、次限额以及最

高给付次数范围内给付医疗保险金。本项保险金的给付比例、次限额以及最高给付次数见附表。

### 特殊门诊医疗保险金

被保险人在医院进行门诊肾透析、门诊恶性肿瘤电疗、化疗或放疗，对于其每次在医院治疗发生的合理且必要的特殊门诊医疗费用，我们按被保险人所在医院的类别对应的给付比例，在年限额范围内给付特殊门诊医疗保险金。本项保险金的给付比例、年限额见附表。

### 牙科医疗保险金

被保险人因意外伤害需要牙科治疗的，对于在该意外伤害发生之日起 7 日内，在医院牙科门、急诊治疗原本完整无损的、未经过任何治疗的自身牙齿而发生的合理且必要的紧急治疗和修复的费用（不包括牙科例行检查和牙病的诊治），我们按被保险人所在医院的类别对应的给付比例，在年限额范围内给付牙科医疗保险金。本项保险金的给付比例、年限额见附表。

### 最高给付金额

对于上述各项保险责任，被保险人不论一次或多次在医院进行治疗，我们均按上述约定给付各项保险金，但各项费用的累计给付金额以不超过各对应项最高给付金额为限，各项费用的累计给付金额达到其各对应项费用最高给付金额时，我们对被保险人的该项保险责任终止；各项费用的累计给付日、次数以不超过各对应项最高给付日、次数为限，各项费用的累计给付日、次数达到其对应项最高给付日、次数时，我们对被保险人的该项保险责任终止；累计给付金额以不超过被保险人的**保险金额**（见 7.18）为限，累计给付金额达到保险金额时，我们对被保险人的保险责任终止。保险金额见附表。

在您为被保险人连续投保本保险期间，门诊医疗保险金累计给付金额以连续投保期间内门诊医疗保险金最高给付金额为限，各项保险金累计给付金额以连续投保期间内保险金最高给付金额为限，门诊医疗保险金累计给付金额超过上限时，或各项保险金累计给付金额超过上限时，本主险合同效力终止。门诊医疗保险金最高给付金额见附表。

### 补偿原则

对于上述各项保险金，若被保险人已从工作单位、本公司在内的任何商业保险机构取得补偿的，我们将按上述约定的赔偿范围、给付比例、费用限额、最高给付日数及最高给付次数计算得出的金额给付保险金，且最高给付金额不超过被保险人实际发生的医疗费用扣除其所获补偿后的余额。

### 第二诊疗意见

被保险人初次罹患附页所列的 18 种疾病，可通过本公司联系中国大陆地区的医生提供第二诊疗意见。

### 全球紧急救援

在本主险合同有效期内，被保险人需要紧急救援的，可拨打 24 小时救援热线电话，我们将通过授权的救援机构提供**全球紧急救援**（见 7.19）服务。

### 预授权

被保险人拟接受下列医疗项目前，应通过服务热线向我们提出预授权申请：

（一）单价大于 5000 元的单项检查；

（二）所有住院治疗和手术治疗（含门诊手术）；

（三）首次门诊肾透析、门诊恶性肿瘤电疗、化疗或放疗治疗。

紧急情况下，如被保险人未能及时获得预授权的，被保险人需在开始接受上述医疗项目后 48 小时之内通知我们。

被保险人若未获得事先授权或紧急情况下未能在规定时间内通知我们的，对于被保险人发生的合理且必要的医疗费用，我们将按合同约定的赔偿范围、赔付比例、费用限额、最高给付日数及最高给付次数计算得出的金额，再乘以 60% 的比例给付保险金。

## 2.3 责任免除

因下列情形之一，造成被保险人医疗费用支出的，我们不承担给付保险金的责任：

（一）被保险人所患**既往症**（见 7.20）及保险单中特别约定的除外疾病引起的相关费用；

（二）**遗传性疾病**（见 7.21），**先天性畸形、变形或染色体异常**（见 7.22）引起的医疗费用；

（三）疗养、矫形、视力矫正手术、美容、本主险合同中未列明的健康体检项目、非意外事故所致整容手术；

（四）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；

（五）包皮环切术、包皮气囊扩张术、性功能障碍治疗；

（六）除牙科意外伤害治疗外的其他牙科治疗及其他相关费用，其中包括对咀嚼食物或咀嚼其他外物引起的牙齿伤害的治疗费、咨询费、检查费等；

（七）除心脏瓣膜、人工晶体、人工关节之外的其他人工器官材料费、安装和置换等费用、各种康复治疗器械、假体、义肢、自用的按摩保健和治疗用品、所有非处方医疗器械；

（八）本主险合同中未列明的耐用医疗设备的购买或租赁费用；

（九）被保险人患性病引起的医疗费用；

（十）被保险人**感染艾滋病病毒或患艾滋病**（见 7.23）期间因疾病导致的医疗费用；

（十一）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）；

（十二）未经医生处方自行购买的药品、滋补类中草药及其泡制的各类酒制剂、医生开具的超过 90 天部分的药品费用；

（十三）使用如下大型医疗设备：

1、单光子发射电子计算机扫描装置（SPECT）；

2、正电子发射断层扫描装置（PET-CT）；

3、电子束 CT（Electron Beam CT）；

4、微电极导向立体定向术设备；

5、非临床诊疗必须，效果不确定的诊疗项目；

6、热敏成像、毛发检测、重金属过滤或矿物研究；

7、医用直线加速器。

（十四）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；

（十五）超出通常惯例的医疗费用；

（十六）投保人对被保险人的故意杀害、故意伤害；

（十七）被保险人故意自伤、故意犯罪或抗拒依法采取的刑事强制措施；

(十八) 被保险人殴斗、**醉酒** (见 7.24), 主动吸食或注射**毒品** (见 7.25);  
(十九) 从事**潜水** (见 7.26)、跳伞、**攀岩** (见 7.27)、蹦极、驾驶滑翔机或滑翔伞、**探险** (见 7.28)、**武术比赛** (见 7.29)、摔跤比赛、**特技表演** (见 7.30)、赛马、赛车等高风险运动导致的伤害引起的治疗;  
(二十) 由于**职业病** (见 7.31)、**医疗事故** (见 7.32) 引起的医疗费用;  
(二十一) 被保险人**酒后驾驶** (见 7.33)、**无合法有效驾驶证驾驶** (见 7.34) 或驾驶**无有效行驶证** (见 7.35) 的**机动车** (见 7.36) 导致交通意外引起的医疗费用;  
(二十二) 核爆炸、核辐射或核污染、化学污染; 战争、军事冲突、暴乱或武装叛乱;  
(二十三) 冒名住院、不符合入院标准、挂床住院或住院病人应当出院而拒不出院 (从医院确定出院之日起发生的一切医疗费用);  
(二十四) 被保险人接受实验性治疗, 即未经科学或医学认可的医疗。

### ③ 如何申请领取保险金

- 3.1 **受益人** 除另有约定外, 本主险合同的受益人为被保险人本人。
- 3.2 **保险事故通知** 请您或受益人在知道保险事故发生后 10 日内通知我们。  
如果您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, 我们对无法确定的部分, 不承担给付保险金的责任, 但我们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或者虽未及时通知但不影响我们确定保险事故的性质、原因、损失程度的除外。
- 3.3 **保险金申请** 在申请保险金时, 请按照下列方式办理:
- 保险金申请方式** 受益人可通过以下两种方式向我们申请保险金:  
(一) 医疗费用直接结算  
被保险人向我们申请直接结算, 我们同意的, 对于被保险人在**直接结算医院** (见 7.37) 发生的保险责任范围内的医疗费用, 我们将与该医院直接结算。此方式不支持特殊疾病或项目医疗保险金的申请。  
被保险人在直接结算医院就诊并进行直接结算的, 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, 或者应从保险金中扣减的欠交保费等, 上述费用应由被保险人负担但该医院未向其收取的, 在接到本公司通知后, 被保险人应当将上述相应款项退还本公司。  
(二) 保险事故发生后申请给付保险金  
受益人还可于保险事故发生后向我们申请给付保险金。
- 保险金申请所需材料** 由受益人填写保险金给付申请书, 并提供下列证明和资料:  
1、保险合同;  
2、受益人的有效身份证件;  
3、医院出具的入出院证明或门诊证明;  
4、医院出具的医疗诊断书及住院或门诊发生医疗费用的原始凭证、医

疗费用结算清单、病历（若申请手术费用保险金还需提供手术费用的原始凭证）；

5、检查检验报告及药品明细和处方；

6、所能提供的与确认保险事故的性质、原因等有关的其他证明和资料。

以上证明和资料不完整的，我们将及时一次性通知受益人补充提供有关证明和资料。

### 3.4 保险金的给付

我们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。

对属于保险责任的，我们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；若我们在收到保险金给付申请书及上述有关证明和资料后第 30 日仍未作出核定，除支付保险金外，我们将从第 31 日起按超过天数赔偿受益人因此受到的利息损失。如我们要求投保人、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，扣除期间自我们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保险人之日止。利息按照我们公示的利率按单利计算，且保证该利率不低于中国人民银行公布的同期金融机构人民币活期存款基准利率。

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

我们在收到受益人的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；我们最终确定给付保险金的数额后，将支付相应的差额。

被保险人在境外发生医疗费用，我们的各项保险金均按医疗费用结算清单中最早帐单日期对应的中华人民共和国国家外汇管理局公布的人民币汇率中间价换算成人民币支付。

被保险人需要第二诊疗意见的，可由我们按合同约定提供有关服务。

### 3.5 诉讼时效

受益人向我们请求给付保险金的诉讼时效期间为 2 年，自其知道或者应当知道保险事故发生之日起计算。



## 如何支付保险费

### 4.1 保险费的支付

本主险合同的费率按照被保险人年龄和所选计划确定。

#### 无理赔续保

在任何一个保单年度内，如受益人未向我们申请给付保险金，则在续保时可享受无理赔续保费率折扣，该折扣基于受益人连续多少年未向我们申请给付保险金。

如果受益人未向我们申请给付保险金，下列无理赔续保费率折扣将适用其续保保费：

仅上一年无理赔：10%折扣

连续两年无理赔：15%折扣

连续三年及以上无理赔：20%折扣

如果受益人已按无理赔续保费率折扣支付保险费，其后递交以前保单年度的保险金给付申请、导致不符合无理赔条件的，我们将从保险金或应退还的未到期净保险费中扣除对应保单年度已享受的无理赔续保费率折扣。如果上述扣除不足以抵扣无理赔续保费率折扣，我们有权要求您支付剩余的无理赔续保费率折扣。

- 4.2 宽限期** 本主险合同一年期满时，若我们同意续保，则自期满日的次日零时起 60 日为宽限期。宽限期内发生保险事故的，我们仍承担保险责任，但在给付保险金时会扣减您欠交的保险费。如果您宽限期结束之后仍未支付保险费，则我们自宽限期满的次日零时起不再承担保险责任。
- 4.3 保险费率调整** 您的保费会随着您的年龄增长而上升。同时，我们每年都会检视费率，使其反映我们的整体理赔经验和医疗通胀等在内的一系列因素。我们将根据本主险合同计算费率所用的计算基础与实际情况的偏差程度，决定保险费率是否调整及调整幅度。本保险的费率调整针对所有被保险人，或同一投保年龄、同一投保区域等某一类人群的被保险人。如果您不同意费率调整，可以申请解除合同。自我们收到解除合同申请书时起，本主险合同终止，我们向您退还本主险合同的未到期**净保险费**（见 7.38）。我们进行保险费率调整后，您须按调整后续保当时的保险费率支付续期保险费，保险费率调整前您已经支付的保险费不受影响。

## **5 如何解除保险合同**

- 5.1 合同解除** 您可以申请解除本主险合同，请填写解除合同申请书并向我们提供下列资料：
- （一）保险合同；
  - （二）您的有效身份证件。
- 自我们收到解除合同申请书时起，本主险合同终止。我们自收到解除合同申请书之日起 30 日内向您退还本主险合同的未到期净保险费。
- 同时参保情况下的合同解除** 同时参保情况下，您可以为同时参保的所有被保险人或者部分被保险人申请解除保险合同。
- 若您为同时参保的所有被保险人申请解除保险合同，则整个合同解除，我们对同时参保的所有被保险人的保险责任全部终止，并退还本主险合同的未到期净保险费。
- 若您为同时参保的部分被保险人申请解除保险合同，我们对这部分被保险人的保险责任终止，并退还其主险合同的未到期净保险费，对剩余的被保险人仍承担保险责任。若剩余的被保险人均为原被保险人的未满 18 周岁的子女，下一保单年度续保时剩余被保险人将适用单独投保情况下相应的费率。
- 因您申请解除保险合同之外的原因导致我们对部分被保险人的保险责任终止，若剩余的被保险人均为原被保险人的未满 18 周岁的子女，下一保单年度续保时剩余被保险人将适用单独投保情况下相应的费率。



## ⑥

### 其他需要关注的事项

- 6.1 明确说明与如实告知** 订立本主险合同时，我们会向您说明本主险合同的内容，对本主险合同中免除我们责任的条款，我们在订立合同时会在投保书、保险单或其他保险凭证上作出足以引起您注意的提示，并对该条款的内容以书面或口头形式向您作出明确说明，未作提示或者明确说明的，该条款不产生效力。我们会就您和被保险人的有关情况提出询问，您应当如实告知。在本合同有效期内，被保险人职业、工种发生变更的，应于变更之日起 10 日内以书面形式通知我们。
- 如果您故意或者因重大过失未履行前款规定的如实告知义务，足以影响我们决定是否同意承保或者提高保险费率的，我们有权解除本主险合同。
- 如果您故意不履行如实告知义务，对于本主险合同解除前发生的保险事故，我们不承担给付保险金的责任，并不退还保险费。
- 如果您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，对于本主险合同解除前发生的保险事故，我们不承担给付保险金的责任，但会退还保险费。
- 我们在合同订立时已经知道您未如实告知的情况的，我们不得解除合同；发生保险事故的，我们承担给付保险金的责任。
- 6.2 年龄错误** 您在申请投保时，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，如果发生错误按照下列方式办理：
- （一）您申报的被保险人年龄不真实，并且其真实年龄不符合本主险合同约定投保年龄限制的，我们有权解除合同，并向您退还本主险合同的未满期净保险费。
- （二）您申报的被保险人年龄不真实，致使您实付保险费少于应付保险费的，我们有权更正并要求您补交保险费。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。
- （三）您申报的被保险人年龄不真实，致使您实付保险费多于应付保险费的，我们会将多收的保险费退还给您。
- 6.3 合同内容变更** 本主险合同有效期内，经您与我们协商一致，可以变更本主险合同的有关内容，变更本主险合同的，应当由我们在保险单或者其他保险凭证上批注或者附贴批单，或者由您与我们订立变更的书面协议。
- 6.4 联系方式变更** 为了保障您的合法权益，您的住所、通讯地址或电话等联系方式变更时，请及时以书面形式或双方认可的其他形式通知我们。若您未以书面形式或双方认可的其他形式通知我们，我们按本主险合同载明的最后住所或通讯地址发送的有关通知，均视为已送达给您。
- 6.5 效力终止** 当发生下列情形之一时，本主险合同效力终止：
- （一）被保险人身故；
- （二）被保险人年满 81 周岁；
- （三）本主险合同中列明的其他合同解除的情形。

6.6 争议处理 本主险合同履行过程中，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法院提起诉讼。

## 7 释义

- 7.1 周岁 指按**有效身份证件**（见 7.2）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。
- 7.2 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。
- 7.3 同时参保 指被保险人与其一名或一名以上未满 18 周岁的子女填写同一张投保单申请本主险合同，且被我们同意承保的情况。同时参保的家庭成员应当选择相同保障责任和同一档次的保障水平。
- 7.4 合作医院 指在本主险合同中列明的医院。由于各医疗机构的收费水平可能发生变化，我方会跟踪分析并适时更新和公布合作医院。合作医院发生变更时，我们会通知您，您也可以通过我们的服务电话或网站查询。
- 7.5 住院 指被保险人因疾病或意外伤害而入住医院的正式病房进行治疗，并正式办理入出院手续，**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，只发生护理费、诊疗费、床位费等情况。
- 7.6 意外伤害 指遭受外来的、突发的、非本意的、非疾病的使身体受到伤害的客观事件。
- 7.7 保险事故 指保险合同约定的保险责任范围内的事故。
- 7.8 住院医疗费用 指被保险人住院期间发生的医疗费用，包括：  
1、**床位费**：住院期间实际发生的、不高于标准单人病房（或私人病房）的住院床位费（**不包括套房、家庭病床**）。未满 18 周岁的被保险人在住院治疗期间，我们根据合同约定给付其合法监护人（限一人）在医院留宿发生的加床费；或女性被保险人在住院治疗期间，我们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加床费。  
2、**膳食费**：住院期间实际发生的、由医院提供的合理的、符合惯常标准的膳食费用，但不包括住院期间购买的个人用品。  
3、**护理费**：住院期间根据医嘱所示的护理等级确定的护理费用。  
4、**检查检验费**：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。  
5、**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。

6、**药品费**：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。

7、**医生费**：包括外科医生、麻醉师、内科医生、专科医生的费用。

8、**非器官移植手术费**：住院期间为治疗疾病、挽救生命而施行的除器官移植手术以外的其他手术产生的合理的手术医疗费用，包括手术室费、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。

9、**器官移植手术费**：住院期间出于**医学必要**（见 7.9）被保险人作为受体接受肾脏、肝脏、心脏、肺以及造血干细胞移植手术产生的合理手术医疗费用，包括手术室费、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。**不包括器官本身的费用和获取器官过程中的费用。**

10、**重症监护室床位费**：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。

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**救护车的使用权限仅限于同一城市中的医疗运送。**

## 7.9 医学必要

指被保险人接受治疗或服务、使用器械或服用药品符合以下条件：

- 1、医师处方要求且对治疗被保险人疾病或伤害合适且必需；
- 2、在范围、持续期、强度、护理上不超过为被保险人提供安全、恰当、合适的诊断或治疗所需的水平；
- 3、与接受治疗当地普遍接受的医疗专业实践标准一致；
- 4、非主要为了个人舒适或为了被保险人父母、家庭、医师或其他医疗提供方的方便；
- 5、非病人学术教育或职业培训的一部分或与之相关；
- 6、非试验性或研究性。

## 7.10 门诊急诊医疗费用

指被保险人在医院进行门诊急诊发生的医疗费用，包括：

1、**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。

2、**治疗费**：指门、急诊发生的以治疗疾病为目的，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，具体以就诊医院的费用项目划分为准。

**治疗费中不包含激素替代治疗费，即女性被保险人因人工诱发或于 40 周岁之前出现女性更年期综合症而进行激素替代治疗发生的医疗费用。**

3、**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。

4、**药品费**：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处方药品的费用。

5、**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。

- 7.11 **次限额** 被保险人**每次治疗**（7.12）发生的保险责任范围内的费用的最高赔付限额。
- 7.12 **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。
- 7.13 **物理治疗及其他特殊治疗** 指被保险人在医院由具有相应资格的医生进行物理治疗、脊柱推拿、**顺势治疗**（见7.14）、**针灸治疗**（见7.15）、职业疗法或语音治疗。
- 7.14 **顺势治疗** 一种通过小剂量药物治疗以使病人症状逐渐缓解或消除的治疗方法，比如对于腹泻的顺势疗法是给予小剂量的放松剂。
- 7.15 **针灸治疗** 由具有相应资格的医生以针（包括激光）为工具实施的治疗。
- 7.16 **耐用医疗设备购买或租赁费** 指根据医生处方要求的、满足基本医疗需要的康复设备、矫形支具以及其他耐用医疗设备购买或租赁费，本项责任下承担的耐用医疗设备包括：  
(1) 外置胰岛素泵；  
(2) 脚托、臂托、颈背托或束带；  
(3) 轮椅（非电动轮椅）；  
(4) 义乳（仅限患乳腺癌并接受属于保险责任范围内的乳房切除术的被保险人）；  
(5) 助听器；  
(6) 外置心脏起搏器；  
(7) 便携式雾化器。
- 7.17 **中草药费用** 指住院或门急诊发生的中草药费用，**不包括滋补类中草药。**  
**滋补类中草药是指以提高人体免疫力为主要用途的单味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。**
- 7.18 **保险金额** 指我们承担相应赔偿或者给付保险金责任的最高限额。
- 7.19 **全球紧急救援** 指国际紧急救援和国内紧急救援，您可以通过我们的服务电话或网站查询最新的国际和国内紧急救援服务内容。
- 7.20 **既往症** 指在本主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、本主险合同生效前，医生已有明确诊断，长期治疗未间断；  
2、本主险合同生效前，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、本主险合同生效前发生，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。

7.21	<b>遗传性疾病</b>	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。
7.22	<b>先天性畸形、变形或染色体异常</b>	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。
7.23	<b>感染艾滋病病毒或患艾滋病</b>	<p>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。</p> <p>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。</p>
7.24	<b>醉酒</b>	指每百毫升血液的酒精含量大于或等于 100 毫克。
7.25	<b>毒品</b>	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。
7.26	<b>潜水</b>	指使用辅助呼吸器材在江、河、湖、海、水库、运河等水域进行的水下运动。
7.27	<b>攀岩</b>	指攀登悬崖、楼宇外墙、人造悬崖、冰崖、冰山等运动。
7.28	<b>探险</b>	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，而故意使自己置身于其中的行为，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。
7.29	<b>武术比赛</b>	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。
7.30	<b>特技表演</b>	指进行马术、杂技、驯兽等表演。
7.31	<b>职业病</b>	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。
7.32	<b>医疗事故</b>	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。
7.33	<b>酒后驾驶</b>	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。
7.34	<b>无合法有效驾驶</b>	<p>指下列情形之一：</p> <p>1、没有取得驾驶证资格；</p>

	<b>证驾驶</b>	2、驾驶与驾驶证准驾车型不相符合的车辆； 3、持审验不合格的驾驶证驾驶； 4、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。
7.35	<b>无有效行驶证</b>	指下列情形之一： 1、未取得行驶证； 2、机动车被依法注销登记的； 3、未依法按时进行或通过机动车安全技术检验。
7.36	<b>机动车</b>	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。
7.37	<b>直接结算医院</b>	在本主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，我们会通知您，您也可以通过我们的服务电话或网站查询。对部分直接结算医院我们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。
7.38	<b>净保险费</b>	净保险费指不包含公司营业费用、佣金等其他费用的保险费。其计算公式为保险费×（1-35%）。 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。

附页：

## 可提供第二诊疗意见的疾病

1. 恶性肿瘤
2. 冠心病
3. 脑中风
4. 重要器官移植
5. 急性或亚急性重症肝炎
6. 慢性肝功能衰竭
7. 慢性肾功能衰竭
8. 再生障碍性贫血
9. 良性脑肿瘤
10. 原发性肺动脉高压
11. 多发性硬化症
12. 主动脉手术
13. 帕金森氏病
14. 系统性红斑狼疮
15. 原发性心肌病
16. 心脏瓣膜手术
17. 脑损伤
18. 侵蚀性葡萄胎（或称恶性葡萄胎）

附表:

## 平安尊欣人生医疗保险计划表

保障计划	精选计划	优选计划
保障区域范围	中国大陆及香港	中国大陆
医院给付比例	全额赔付医院: 100% 部分自付医院: 80%	全额赔付医院: 100%
直接结算	不支持	支持
年度保险金额(人民币元)	50万	100万
连续投保期间内保险金最高给付金额(人民币元)	150万	200万
各项保险责任	最高给付金额(人民币元)	
<b>一、住院医疗保险(住院累计限180日/年)</b>		
年限额	50万	100万
1. 床位费(含加床费)、膳食费、护理费	1000/日 其中膳食费 150 元/日	2000/日 其中膳食费 150 元/日
2. 检查检验费、治疗费、药品费	2万	全额理赔
3. 医生费	2万	全额理赔
4. 手术费	50万	50万
5. 重症监护室床位费	1000 元/日	2000 元/日
6. 救护车使用费	全额理赔	全额理赔
<b>二、门诊医疗保险金(未成年人单独参保时门诊限15次/年)</b>		
年限额	3万	5万
连续投保期间内门诊医疗保险金最高给付金额	6万	10万
1. 医生诊疗费、治疗费	500/次	全额理赔
2. 检查检验费、药品费	5000	2万
3. 门诊手术费	3500/次	全额理赔
<b>三、特殊疾病或项目医疗保险金</b>		
1. 物理治疗及其他特殊治疗费、中草药费用	350 元/次 限 10 次/年	500 元/次 限 10 次/年
2. 耐用医疗设备购买或租赁费	无	1.5 万
<b>四、特殊门诊医疗保险金</b>	20 万	20 万
1. 门诊肾透析, 门诊恶性肿瘤电疗、化疗或放疗	全额理赔	全额理赔
<b>五、牙科医疗保险金</b>		
1. 因意外伤害导致的牙科治疗	无	5 万
<b>六、第二诊疗意见</b>	提供	提供
<b>七、全球紧急救援</b>	提供	提供