



请扫描以查询验证条款

## 阅读指引

本阅读指引有助于您理解条款，对“平安住院医疗保险（基础版）合同”内容的解释以条款为准。



### 您拥有的重要权益

- ❖ 签收本主险合同后10日内您可以要求全额退还保险费.....1.6
- ❖ 被保险人可以享受本主险合同提供的保障.....2.4
- ❖ 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、2.4、2.5、3.2、3.3、6.1、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诊或治疗，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.....2.4
- ❖ 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.....2.4
- ❖ 您有及时向我们通知保险事故的责任.....3.2
- ❖ 请注意条款所称医院范围、医院及直接结算医院的特定含义.....2.2、7.28
- ❖ 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.....1.7

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	4.2 宽限期	7.11 既往症
1.1 合同构成	4.3 保险费率调整	7.12 遗传性疾病
1.2 合同成立与生效	5. 如何解除保险合同	7.13 先天性畸形、变形或染色体异常
1.3 保险对象	5.1 合同解除	7.14 感染艾滋病病毒或患艾滋病
1.4 投保年龄	6. 其他需要关注的事项	7.15 醉酒
1.5 保障区域	6.1 明确说明与如实告知	7.16 毒品
1.6 犹豫期	6.2 年龄错误	7.17 潜水
1.7 保险期间和续保	6.3 合同内容变更	7.18 攀岩
2. 我们提供的保障	6.4 联系方式变更	7.19 探险
2.1 保障计划	6.5 效力终止	7.20 武术比赛
2.2 医院范围	6.6 争议处理	7.21 特技表演
2.3 等待期	7. 释义	7.22 职业病
2.4 保险责任	7.1 周岁	7.23 医疗事故
2.5 责任免除	7.2 有效身份证件	7.24 酒后驾驶
3. 如何申请领取保险金	7.3 保险金额	7.25 无合法有效驾驶证驾驶
3.1 受益人	7.4 住院	7.26 无有效行驶证
3.2 保险事故通知	7.5 意外伤害	7.27 机动车
3.3 保险金申请	7.6 保险事故	7.28 直接结算医院
3.4 保险金的给付	7.7 社会医疗保险	7.29 净保险费
3.5 诉讼时效	7.8 医学必要	
4. 如何支付保险费	7.9 注意缺陷症	
4.1 保险费的支付	7.10 注意缺陷多动障碍	

# 平安住院医疗保险（基础版）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、其他书面或电子协议都是您与我们之间订立的保险合同的构成部分。  
“平安住院医疗保险（基础版）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。
- 1.5 保障区域** 本主险合同的保障区域为中国大陆。
- 1.6 犹豫期** 自您签收本主险合同次日起，有10日的犹豫期。在此期间请您认真审视本主险合同，如果您认为本主险合同与您的需求不相符，您可以在此期间提出解除本主险合同，我们将无息退还您所支付的全部保险费。  
解除本主险合同时，您需要填写申请书，并提供您的保险合同及**有效身份证件**（见 7.2）。自我们收齐上述资料时起，本主险合同即被解除，附加险合同同时解除，合同解除前发生的保险事故我们不承担保险责任。
- 1.7 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** 我们会提供不同的保障计划，其中会约定不同的投保年龄、**保险金额**（见 7.3）、保障责任、责任年限额、给付比例和免赔额等。  
您的投保计划由您在投保时和我们约定，并在保险单上载明。  
说明：  
**免赔额**：指被保险人发生的保险责任范围内的费用中必须由被保险人自行负担的金额；当发生的保险责任范围内的费用超过该金额时，我们才开始对超过部分承担相应的保险责任。
- 2.2 **医院范围** 被保险人可以就诊的医院范围由您在投保时和我们约定并在保险单上载明。被保险人在约定的医院范围内就诊，对于保险责任范围内的医疗费用，我们承担保险责任；如被保险人未在约定的医院范围内就诊，我们不承担保险责任。  
  
上述所称医院，须为当地合法注册的医疗机构，但不包括疗养院、护理院、康复中心、戒酒或戒毒中心、精神心理治疗中心以及无相应医护人员或设备的二级或三级医院的联合医院或联合病房。
- 2.3 **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 7.4）治疗、特殊门诊治疗或住院前后的门急诊治疗的，自本主险合同生效日起 30 日为等待期；被保险人因精神疾病需要上述治疗的，自本主险合同生效日起 10 个月为等待期。续保或者因**意外伤害**（见 7.5）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 7.6），我们不承担给付保险金的责任。
- 2.4 **保险责任** 在本主险合同有效期内，被保险人因疾病或意外伤害经确诊需要住院治疗、特殊门诊治疗或住院前后的门急诊治疗的，对于在其投保计划对应的医院范围内进行上述治疗发生的、合理且必要的如下类型的医疗费用，即保险责任范围内的医疗费用，按照如下公式计算每次就诊应当给付的保险金：  
**某次就诊应当给付的保险金 A=（该次就诊保险责任范围内的医疗费用-年免赔额余额或本合同总免赔额余额）\*责任赔付比例\*医院赔付比例\*社保赔付比例**  
说明：  
（1）**一次就诊**指一次住院，或一次门诊（包括特殊门诊或住院前后的门急诊）。**一次住院**指被保险人因疾病或意外伤害住院治疗，自入院日起至出院日止之期间；但如果因同一原因再次住院，且前次出院与下次住院间隔未超过 30 日，视为同一次住院。  
**一次门诊**指被保险人在一日（零时起至二十四时止）在同一所医院同一个科室的就诊。  
（2）**该次就诊保险责任范围内的医疗费用**=社保范围内医疗费用\*100%+社保范围外医疗费用\* a%。社保范围外的医疗费用赔付比例为 a%，a=0 或 100，根据您的投保计划确定。  
**社保范围内的医疗费用**：是指按照**社会医疗保险**（见 7.7）或公费医疗的相关规定，属于社会医疗保险或公费医疗范围内的医疗费用，扣除从社会医疗保险或公费医疗已经取得的补偿（如无补偿，则补偿为零）后的余额。  
**社保范围外的医疗费用**：是指按照社会医疗保险或公费医疗的相关规定，不属于社会医疗保险或公费医疗范围内的医疗费用。

(3) **免赔额余额**是指前次理赔经“保险责任范围内的医疗费用”抵扣剩余的免赔额。举例来说,假设免赔额为1000,如未就诊过,则免赔额余额为1000;如第一次就诊累计的“保险责任范围内医疗费用”为800,则针对本次就诊理赔后免赔额余额为200,本次赔付为0;如第二次就诊累计的“保险责任范围内医疗费用”为600,则针对本次就诊理赔后免赔额余额为0。

**年免赔额**是指一个保单年度内对应的免赔额;

**本合同总免赔额**是指本合同(包括本主险合同及其附加险合同)对应的总的免赔额。

(4)当某次就诊保险责任范围内的医疗费用>年免赔额余额时,本次赔付金额>0;

当某次就诊保险责任范围内的医疗费用≤年免赔额余额时,本次赔付金额=0。

(5) **责任赔付比例**:为 $b\%$  ( $0 \leq b \leq 100$ ),根据您的投保计划确定。当该比例为0%时,表明该项费用不属于保险责任范围,赔付为0。

(6) **医院赔付比例**:为 $c\%$  ( $0 \leq c \leq 100$ ),根据您的投保计划确定,不同医院的赔付比例可能不同。

(7) **社保赔付比例**:如投保时被保险人有社会医疗保险,但本次就诊时被保险人未使用社会医疗保险,则该赔付比例为60%;在其他情况下,该赔付比例为100%。

## 住院医疗费用

1.常规医疗费用:包括床位费、加床费、重症监护室床位费、护理费、检查检验费、治疗费、药品费、医生费、手术费、救护车使用费。

(1) **床位费**: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)。

(2) **加床费**:指未满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。

(3) **重症监护室床位费**:住院期间出于**医学必要**(见7.8)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**:住院期间根据医嘱所示的护理等级确定的护理费用。

(5) **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。

(6) **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。

(7) **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。

(8) **医生费**:包括外科医生、麻醉师、内科医生、专科医生的费用。

(9) **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。

(10) **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，救护车的使用仅限于同一城市中的医疗运送。

2. 精神疾病治疗费用：被保险人因患精神疾病（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）在当地合法注册的精神病专科医院或设有精神病科室的医疗机构进行治疗，包括但不限于对贪食症、厌食、**注意缺陷症**（见7.9）和**注意缺陷多动障碍**（见7.10）的治疗。

在每一保单年度内，住院的最高给付日数为180日，累计住院超过180日发生的医疗费用，不属于保险责任范围。

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“2.4 保险责任”前述约定计算并给付保险金。

### 特殊门诊医疗费用

是指被保险人在医院进行如下治疗发生的合理且必要的医疗费用：

- （1）门诊肾透析；
- （2）门诊恶性肿瘤电疗、化疗或放疗；
- （3）门诊靶向治疗。

靶向治疗是在细胞分子水平上，针对已经明确的致癌位点来设计相应的治疗药物，利用具有一定特异性的载体，将药物或其它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。

靶向治疗的药物需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。

### 住院前后门急诊医疗费用

指在住院前 7 日内及出院后 14 日内，与该次住院相同原因而发生的门急诊医疗费用，不包括门诊肾透析、门诊恶性肿瘤的电疗、化疗或放疗、或者门诊靶向治疗费用。

### 最高给付金额

在一个保单年度内，被保险人不论一次或多次在医院进行治疗，我们均按上述约定在各项责任年限额内给付保险金，超过单项责任年限额的部分，我们不承担保险责任；各项责任累计给付金额不超过本主险合同的保险金额，累计给付金额达到或超过保险金额时，超过部分我们不承担保险责任，本主险合同保险责任终止。

如您为被保险人连续投保本保险及其附加险，则连续投保的多个保单年度内本合同（包括本主险合同及其附加险合同）保险金累计给付金额以本主险合同保险金额的三倍为限。本合同保险金累计给付金额达到本主险合同保险金额的三倍时，我们不再承担保险责任，本主险合同及其附加险合同同时终止。

### 补偿原则

对于上述各项保险金，若被保险人已从其他途径（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）取得补偿的，我们将按“2.4 保险责任”前述规定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。

### 预授权

如投保计划中包含了如下责任，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）单价大于 10000 元的药品；

(三) 所有住院治疗；

(四) 质子重离子治疗；

(五) 首次特殊门诊治疗（包括门诊肾透析、门诊恶性肿瘤电疗、化疗或放疗治疗，或者门诊靶向治疗）。

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。

被保险人在进行上述治疗前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“2.4 保险责任”前述规定计算得出的金额，再乘以 60%的比例给付保险金。

## 2.5 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 7.11）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 7.12），**先天性畸形、变形或染色体异常**（见 7.13）引起的医疗费用；

(三) 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；

(四) 如下项目的治疗：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；

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

(六) 各种健美治疗项目，包括但不限于营养、减肥、增胖、增高费用；

(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) 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) 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；

(十) 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；

(十一) 被保险人**感染艾滋病病毒或患艾滋病**（见 7.14）期间因疾病导致的；

(十二) 被保险人患性病引起的医疗费用；

(十三) 未经医生处方自行购买的药品或非医院药房购买的药品、滋补类中草药及其泡制的各类酒制剂、医生开具的超过 30 天部分的药品费用；

(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) 投保人对被保险人的故意杀害、故意伤害；

(十六) 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；

(十七) 被保险人**殴斗、醉酒**（见 7.15），主动吸食或注射**毒品**（见 7.16）；

(十八) 从事**潜水**（见 7.17）、跳伞、**攀岩**（见 7.18）、蹦极、驾驶滑翔机或滑翔伞、**探险**（见 7.19）、**武术比赛**（见 7.20）、摔跤比赛、**特技表演**（见 7.21）、赛马、赛车等高风险运动导致的伤害引起的治疗；

- (十九) 由于**职业病**（见 7.22）、**医疗事故**（见 7.23）引起的医疗费用；
- (二十) 被保险人**酒后驾驶**（见 7.24）、**无合法有效驾驶证驾驶**（见 7.25）或驾驶**无有效行驶证**（见 7.26）的**机动车**（见 7.27）导致交通意外引起的医疗费用；
- (二十一) 核爆炸、核辐射或核污染、化学污染；恐怖袭击、战争、军事冲突、暴乱或武装叛乱；
- (二十二) 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；
- (二十四) 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；
- (二十五) 各类医疗鉴定，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、遗传基因鉴定费用。

### 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、被保险人或受益人在知道保险事故发生后 10 日内通知我们。  
如果您、被保险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，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。  
被保险人应在本主险合同中约定的医院范围内就诊，若因急诊未在约定的医院就诊的，应在3日内通知我们，并在病情好转后及时转入约定的医院。
- 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  
如投保计划中包含直接结算服务，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 7.28）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。  
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：  
（一）保险合同；  
（二）受益人的有效身份证件；  
（三）医院出具的入出院证明或门诊证明；

(四) 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;

(五) 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。
- 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。

## ④

### 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及其投保计划确定。
- 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。  
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。  
如果您不同意费率调整的,我们将不再为您续保本保险。



## 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**（见 7.29）。您申请解除本主险合同，必须申请将其附加险合同同时解除。您在犹豫期后解除合同会遭受一定损失。

## 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。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到期净保险费。
  - （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。您通过我们同意或者认可的网站等互联网渠道提出对本主险合同进行变更，视为您的书面申请，您向我们在线提交的电子信息与您向我们提交的书面文件具有相同的法律效力。

- 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、电话或电子邮箱等联系方式变更时，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) 续保时被保险人年龄超过 80 周岁；  
(三) 续保时您无意续保或我们不接受续保；  
(四) 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出诉讼。

## 7 释义

- 7.1 **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。
- 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 **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。
- 7.4 **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。
- 7.5 **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。
- 7.6 **保险事故** 指保险合同约定的保险责任范围内的事故。
- 7.7 **社会医疗保险** 本主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。
- 7.8 **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。

7.9	<b>注意缺陷症</b>	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。
7.10	<b>注意缺陷多动障碍</b>	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。
7.11	<b>既往症</b>	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。
7.12	<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。
7.13	<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。
7.14	<b>感染艾滋病病毒或患艾滋病</b>	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。
7.15	<b>醉酒</b>	指每百毫升血液的酒精含量大于或等于 100 毫克。
7.16	<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。
7.17	<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。
7.18	<b>攀岩</b>	指攀登悬崖、楼宇外墙、人造悬崖、冰崖、冰山等运动。
7.19	<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。
7.20	<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。

- 7.21 **特技表演** 指进行马术、杂技、驯兽等表演。
- 7.22 **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。
- 7.23 **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。
- 7.24 **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。
- 7.25 **无合法有效驾驶证驾驶** 指下列情形之一：  
1、没有取得驾驶资格；  
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。
- 7.26 **无有效行驶证** 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。
- 7.27 **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。
- 7.28 **直接结算医院** 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。
- 7.29 **净保险费** 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： $\text{净保险费} \times (1-35\%)$ 。  
未到期净保险费的计算分两种情况：  
(1) 您为被保险人首次投保或非连续投保本保险的：  
如果保险经过日数 $\leq 30$ 日，未到期净保险费=净保险费；  
如果保险经过日数 $> 30$ 日，未到期净保险费=净保险费 $\times [1 - (\text{保险经过日数} - 30) / (\text{保险期间的日数} - 30)]$ ，经过日数不足1日的按1日计算。  
(2) 您为被保险人连续投保本保险的：  
未到期净保险费=净保险费 $\times (1 - \text{保险经过日数} / \text{保险期间的日数})$ ，经过日数不足1日的按1日计算。