

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：C00001732312021120910153

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。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）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，并在保险合同中载明。

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、伤残或医疗费用支出的，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，且身故保险金和伤残保险金累计给付不超过意外伤害保险金额，医疗保险金累计给付不超过意外伤害医疗保险金额。

（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生还的，保险金受领人应于知道或应当知道被保险人生还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》（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。

（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住院治疗，**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，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金

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住院治疗，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”。**

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，应首先对各处伤残程度分别进行评定，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（投保前已有或因责任免除事项所致《给付表一》所列的骨折、关节脱位视为已给付意外伤害骨折、关节脱位保险金）应予以扣除。

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其意外骨折、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的，保险人就其因该骨折伤害在释义医院进行骨密度检测的费用，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 因下列原因造成被保险人身故、伤残或医疗费用支出的，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）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身故、伤残或医疗费用支出的，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，住院护理津贴保险金，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、虽然属于本合同保险责任范围内的医疗费用，但依照本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，并在保险合同中载明。

保险期间

第十二条 本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；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 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，应当在四十八小时内及时通知保险人。**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，投保人可以通过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) 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直接且单独的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。

【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。

【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	给付比例
头部骨折	颅盖骨（包括额、顶、枕、筛、颞或蝶骨）骨折	100%
头部骨折	下颌骨骨折	20%
头部骨折	颧骨或上颌骨骨折	20%
头部骨折	鼻骨骨折	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	100%
躯干骨折	椎骨椎体压缩性骨折或棘突、横突或椎弓根骨折	80%
躯干骨折	骨盆骨折（包括髌白、骶、髂、耻、坐骨骨折，但不包括尾骨骨折）	80%
躯干骨折	肩胛骨骨折	40%
躯干骨折	肋骨（含多根肋骨多处骨折）骨折	40%
躯干骨折	胸骨骨折	40%
躯干骨折	锁骨骨折	40%
躯干骨折	尾骨骨折	20%
上肢骨折	肱骨骨折	80%
上肢骨折	桡尺骨双骨折	80%
上肢骨折	桡骨或尺骨骨折	60%
上肢骨折	腕骨骨折	20%
上肢骨折	掌骨或指骨骨折	20%
上肢关节脱位	肩关节脱位	40%
上肢关节脱位	肘关节脱位	40%
下肢骨折	股骨颈骨折	100%
下肢骨折	股骨（不含股骨颈）骨折	100%
下肢骨折	胫腓骨双骨折	80%
下肢骨折	胫骨或腓骨骨折	60%
下肢骨折	踝关节（注3）骨折	60%
下肢骨折	髌骨骨折	40%
下肢骨折	跖骨或跟骨骨折	40%
下肢骨折	足骨（不含跖骨、跟骨）骨折	20%
下肢关节脱位	髋关节脱位	100%
下肢关节脱位	膝关节脱位	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：因意外事故单独或直接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
平安产险附加意外伤害医疗保险（基础款）（互联网版）条款

注册号：C00001732522022122800731

总则

第一条 本附加保险合同须附加于各种互联网版的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的受益人为被保险人本人。

第三条 本保险产品仅限于互联网渠道销售。

保险责任

第四条 保险期间内，被保险人在中华人民共和国境内（不含港澳台地区）遭受意外伤害事故，并因该次意外事故为直接原因导致伤害且在符合本附加保险合同释义的医院（以下简称“释义医院”）进行治疗，对于被保险人自事故发生之日起一百八十日内（含第一百八十日）实际发生的必须由被保险人自行承担的按照当地基本医疗保险或其他公费医疗主管部门规定可报销的、必需且合理的医疗费用，保险人按照保险单载明的免赔额及给付比例给付意外医疗保险金。

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。

被保险人因意外伤害住院治疗期间，自入院日起至出院日止，但若因同一次事故导致的伤情再次住院，且前次出院与本次住院间隔未超过三十天，视为同一次住院。被保险人无论一次或多次遭受意外伤害事故，保险人均按上述规定分别给付意外伤害医疗保险金，但累计给付金额以被保险人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，保险人对被保险人保险责任终止。

对于在等待期后、本保险合同到期日前发生的且延续至本保险合同到期日后九十日内（若保险合同另有约定的，以保险单载明为准）的住院治疗，对于必需且合理的住院医疗费用，保险人均按上述约定给付意外伤害医疗保险金，但保险合同约定的累计给付金额达到意外伤害医疗保险金额时，对被保险人的保险责任终止。

补偿原则

第五条 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 因下列原因造成被保险人医疗费用支出的，保险人不承担给付保险金责任且不退还保险单的现金价值：

- （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）被保险人发生疾病、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；
- （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）被保险人主动吸食或注射毒品

第七条 被保险人在下列期间遭受伤害导致医疗费用支出的，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。

第八条 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）因任何原因造成的椎间盘膨出和突出而造成被保险人支出的医疗费用；
- （三）因妊娠、流产、分娩而支出的医疗费用；
- （四）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

第九条 保险金额是保险人承担给付保险金责任的最高限额。本附加保险合同的意外伤害医疗保险金额由投保人、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，但通过公费医疗、基本医疗保险、政府补助获得的补偿，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。

等待期

第十条 本保险合同的等待期由投保人和保险人双方约定，并在保险单中载明，自保险期间起始日开始计算，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。

如为连续不间断续保的（同一被保险人连续在本保险人处投保以本条款为基础的保险合同，保险期间衔接不中断），从第二期保险合同起的连续不间断续保保险合同不适用等待期。

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、也不得小于主保险合同的保险期间。

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，本保险产品不再接受续保：

- （一）本保险产品统一停售；
- （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的；
- （四）被保险人不符合投保条件或存在欺诈情形的。

保险金申请与给付

第十三条 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）释义医院出具的医疗证明和医疗费用原始凭证；

(五) 保险金申请人所能提供的与确认保险事故的性质、原因、伤害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

第十四条 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;
- (三) 因本合同其他条款所约定的情况而终止效力。

第十六条 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;
- (三) 投保人身份证明。

投保人要求解除本附加保险合同, 自保险人接到保险合同解除申请书之时起, 本附加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, 其计算方法如下:

保险单的现金价值=净保费×[1-(保险期间已经过天数/保险期间天数)], 经过天数不足一天的按一天计算。

释义

第十七条

【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直接且单独的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。

【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。

【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。

【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。

【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。

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

平安产险附加自费药费用补偿保险（互联网版）条款

注册号：C00001732522021122944423

总则

第一条 本附加保险合同须附加于意外伤害保险、健康保险主险合同（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 本保险合同仅限于互联网渠道销售。

保险责任

下列保险责任为可选保险责任，投保人可选择投保下列一项或多项保险责任，具体由投保人和保险人在投保时协商确定，并以保险合同载明为准。在保险期间内，保险人按照保险合同载明投保的保险责任承担保险责任。

第三条 在保险期间内，在保险合同约定投保的地域范围内，被保险人发生主保险合同保险责任范围内的保险事故，并因该事故在符合本附加保险合同释义的医院（以下简称“释义医院”）进行治疗，对于被保险人实际支出且必要、合理的下列医疗费用，保险人在全额自费药医疗保险金额内，按照保险合同载明的免赔额及赔付比例给付全额自费药医疗保险金：

不属于保险单签发地县级或市级社会基本医疗保险药品目录中甲类、乙类药品范围的其他药品费用。

第四条 在保险期间内，在保险合同约定投保的地域范围内，被保险人发生主保险合同保险责任范围内的保险事故，并因该事故在符合本附加保险合同释义的医院（以下简称“释义医院”）进行治疗，对于被保险人实际支出且必要、合理的下列医疗费用，保险人在乙类药品医疗保险金额内，按照保险合同载明的免赔额及赔付比例给付乙类药品医疗保险金：

属于保险单签发地县级或市级社会基本医疗保险药品目录中乙类药品的药品费用。

补偿原则和赔付标准

第五条 本附加保险合同遵循医疗费用补偿原则。

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。

关于赔付标准的说明如下：

1、被保险人以参加基本医疗保险（或其他费用补偿型医疗保险）身份投保，并以参加基本医疗保险（或其他费用补偿型医疗保险）身份接受治疗并结算的；或以及被保险人以未参加基本医疗保险（或其他费用补偿型医疗保险）身份投保的；则保险人根据本附加保险合同约定扣除保险单载明的免赔额后按保险合同载明的“一般赔付比例”予以赔偿。

2、若被保险人以参加基本医疗保险（或其他费用补偿型医疗保险）身份投保，但未以参加基本医疗保险（或其他费用补偿型医疗保险）身份接受治疗并结算的，则保险人根据本附加保险合同约定扣除保险单载明的免赔额后按保险合同载明的“其他赔付比例”予以赔偿。

责任免除

第六条 因下列原因造成被保险人医疗费用支出的，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。

第七条 被保险人在下列期间遭受伤害导致医疗费用支出的，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。

第八条 下列费用，保险人不承担给付保险金责任：

(一) 保险合同载明的免赔额。

保险金额、免赔额与赔付比例

第九条 本附加保险合同的全额自费药医疗保险金额、乙类药品医疗保险金额由投保人、保险人协商确定，并在保险合同中载明。

免赔额、一般赔付比例、其他赔付比例由投保人、保险人双方协商确定，并在保险合同中载明。

保险期间与续保

第十条 本附加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，但最长不超过一年、也不得小于主保险合同的保险期间。

本附加保险合同遵循“不保证续保条款”：“本产品保险期间为一年（或不超过一年）。保险期间届满，投保人需要重新向保险公司申请投保本产品，并经保险人同意，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；

保险金申请与给付

第十一条 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) 保单号或有效保险凭证；
- (三) 保险金申请人的身份证明；
- (四) 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；
- (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。

(七) 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。

第十二条 被保险人同时拥有多份有效的费用补偿型医疗保险保险单的，可以自主决定理赔申请顺序。

其他事项

第十三条 保险事故发生后，被保险人需要治疗的，应在释义医院就诊，若因急诊未在前述医疗机构就诊的，应在三日内通知保险人，并根据病情及时转入释义医院。若确需转入释义医院以外的医疗机构就诊的，应向保险人提出申请，保险人在接到申请后三日内给予答复，对于保险人同意在释义医院以外的医疗机构就诊的，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。

第十四条 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

【医院】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或保险人认可的医疗机构，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。该医疗机构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。

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，应与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 $\text{保险费} \times [1 - (\text{保险单已经过天数} / \text{保险期间天数})]$ ，**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。