



请扫描以查询验证条款

平安养老保险股份有限公司

平安健康守护少儿传染病医疗保险条款

提示：

条款正文中加粗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。

第一条 保险合同构成

本保险合同（以下简称“本合同”）由保险单或其它保险凭证及所附条款、投保单等与本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，本合同成立。

本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 投保对象

凡身体健康的 0 周岁（指出生满 30 日且健康出院的婴儿）至 18 周岁者均可作为被保险人，由其本人、父母或监护人作为投保人投保本保险。

第四条 保险责任

除另有约定外，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无等待期。

被保险人在等待期内经医院确诊罹患本合同约定的少儿传染性疾病，由此而导致的治疗，无论治疗时间与生效之日是否间隔超过 30 日，本公司均不承担给付保险金的责任。

在本合同有效期内，除等待期期间依前款约定外，本公司根据投保人与本公司的约定承担以下一项或多项保险责任：

（一）门诊急诊社保内医疗费用保险金

被保险人因发生本合同约定的少儿传染性疾病，经医院确诊必须门诊急诊治疗的，本公司就其在门诊急诊期间发生的、符合当地社会基本医疗保险管理机构规定的社会基本医疗保险范围内的合理医疗费用，按约定的支付范围和支付比例给付门诊急诊社保内医疗费用保险金。

被保险人不论一次或多次门诊急诊治疗，本公司均按上述约定给付门诊急诊社保内医疗费用保险金，**但累计给付金额以该被保险人的门诊急诊社保内医疗费用保险金为限**，累计给付金额达到其门诊急诊社保内医疗费用保险金额时，对该被保险人的门诊急诊社保内医疗费用保险责任终止。

（二）门诊急诊社保外医疗费用保险金

被保险人因发生本合同约定的少儿传染性疾病，经医院确诊必须门诊急诊治疗的，本公司就其在门诊急诊期间发生的、按当地社会基本医疗保险管理机构规定的社会基本医疗保险范围外的合理医疗费用（包括乙类个人自负部分的医疗费用），按约定的支付范围和支付比例给付门诊急诊社保外医疗费用保险金。

被保险人不论一次或多次门诊急诊治疗，本公司均按上述约定给付门诊急诊医疗社保外医疗费用保险金，

但累计给付金额以该被保险人的门诊急诊医疗社保外医疗费用保险金额为限，累计给付金额达到其门诊急诊医疗社保外医疗费用保险金额时，对该被保险人的门诊急诊医疗社保外医疗费用保险责任终止。

（三）住院医疗社保内医疗费用保险金

被保险人因发生本合同约定的少儿传染性疾病，经医院确诊必须住院治疗的，本公司就其在住院期间发生的、符合当地社会基本医疗保险管理机构规定的社会基本医疗保险范围内的合理医疗费用，按约定的支付范围和支付比例给付住院医疗社保内医疗费用保险金。

被保险人不论一次或多次住院治疗，本公司均按上述约定给付住院医疗社保内医疗费用保险金，但累计给付金额以该被保险人的住院医疗社保内医疗费用保险金额为限，累计给付金额达到其住院医疗社保内医疗费用保险金额时，对该被保险人的住院医疗社保内医疗费用保险责任终止。

（四）住院医疗社保外医疗费用保险金

被保险人因发生本合同约定的少儿传染性疾病，经医院确诊必须住院治疗的，本公司就其在住院期间发生的、按当地社会基本医疗保险管理机构规定的社会基本医疗保险范围外的合理医疗费用（包括乙类个人自负部分的医疗费用），按约定的支付范围和支付比例给付住院医疗社保外医疗费用保险金。

被保险人不论一次或多次住院治疗，本公司均按上述约定给付住院医疗社保外医疗费用保险金，但累计给付金额以该被保险人的住院医疗社保外医疗费用保险金额为限，累计给付金额达到其住院医疗社保外医疗费用保险金额时，对该被保险人的住院医疗社保外医疗费用保险责任终止。

被保险人在保险期间内发生且延续至本合同满期日后 30 日内的治疗，本公司按照约定承担给付以上各项医疗费用保险金的责任。

本公司在本合同保险责任范围内给付以上各项医疗费用保险金，但若被保险人已从其它途径（包括但不限于社会基本医疗保险、公费医疗、工作单位、侵权人或侵权责任承担方、本公司在内的任何保险机构）获得补偿，对于合理医疗费用，本公司在扣除其他途径已获得的补偿后，对于剩余部分费用根据本合同约定在保险金额限额内按照约定的支付范围和支付比例给付医疗保险金。

（五）特定传染性疾病保险金

被保险人因发生本合同约定的特定传染性疾病，本公司按本项责任的保险金额给付特定传染性疾病保险金，本项保险责任终止。特定传染性疾病保险金给付以一次为限。

第五条 责任免除

因下列情形之一造成被保险人发生保险事故的，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；
- （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；
- （十）既往症；

第六条 保险金额与保险费

本合同的保险金额和保险费由投保人在投保时与本公司约定并于保险单中载明。

本合同的保险费按照被保险人是否享有社会基本医疗保险或公费医疗保障适用不同的费率标准。

投保人须在投保时一次性交清保险费。

第七条 保险期间与续保

本合同的保险期间为 1 年。

本合同保险期间届满之前投保人可向本公司申请续保本保险，经本公司审核同意并按续保时对应的费率收取保险费后本合同将延续有效。新续保的合同自期满日次日零时起生效，保险期间为 1 年。

第八条 明确说明与如实告知

订立本合同时，本公司会向投保人说明本合同的内容。对本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，本公司有权解除本合同。

如果投保人故意不履行如实告知义务，对于解除本合同前发生的保险事故，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，对于解除本合同前发生的保险事故，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，本公司不得解除本合同；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

投保人或者被保险人可以指定一人或多人为保险金受益人。除另有约定外，本合同的各项保险金受益人为被保险人本人。

受益人为多人时，可以确定受益顺序和受益份额；如果没有确定份额，各受益人按照相等份额享有受益权。

被保险人为无民事行为能力人或限制民事行为能力人的，可以由其监护人指定受益人。

投保人或者被保险人可以变更受益人并书面通知本公司。本公司收到变更受益人的书面通知后，在保险单或其它保险凭证上批注或附贴批单。

投保人在指定和变更受益人时，必须经过被保险人同意。

被保险人身故后，有下列情形之一的，保险金作为被保险人的遗产，由本公司依照《中华人民共和国继承法》的规定履行给付保险金的义务：

- （一）没有指定受益人，或者受益人指定不明无法确定的；
- （二）受益人先于被保险人身故，没有其他受益人的；
- （三）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身故，且不能确定身故先后顺序的，推定受益人身故在先。

受益人故意造成被保险人身故、伤残、疾病的，或者故意杀害被保险人未遂的，该受益人丧失受益权。

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医院就诊或住院，若因急诊未在约定医院就诊或住院的，应在就诊或住院后 3 日内通知本公司，并根据病情好转情况及时转入约定的医院。若确需在非约定的医院就诊或住院的，应向本公司提出书面申请，本公司在接到申请后 3 日内给予答复，对于本公司同意在非约定的医院就诊

或住院的，本公司按约定承担给付保险金的责任。

第十二条 保险金申请

（一）由门诊急诊社保内医疗费用保险金、门诊急诊社保外医疗费用保险金、住院医疗社保内医疗费用保险金或住院医疗社保外医疗费用保险金申请人填写相应的保险金给付申请书，并提供下列证明和资料：

1. 保险合同；
2. 申请人的有效身份证件；
3. 医疗病历；
4. 医院出具的医疗费用原始凭证和医疗费用结算清单；
5. 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。

（二）由特定传染性疾病保险金申请人填写相应的保险金给付申请书，并提供下列证明和资料：

1. 保险合同；
2. 申请人的有效身份证件；
3. 医疗病历；
4. 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。

申请人申请保险金时，如提供的以上证明和资料不完整，本公司将及时一次性通知申请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（**但投保人、被保险人或者受益人补充提供有关证明和资料的期间不计算在内**）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。

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，自其知道或者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合同约定投保年龄限制的，本公司有权解除合同，并向投保人退还本合同的未满期净保险费。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 联系方式变更

投保人的住所、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他形式通知本公

司，投保人未以书面形式或双方认可的其他形式通知的，本公司按本合同注明的最后住所或通讯地址发送的有关通知，均视为已送达给投保人。

第十七条 合同内容变更

在本合同有效期内，经投保人和本公司协商一致，可以变更本合同的有关内容。变更本合同的，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书面的变更协议。

第十八条 投保人解除合同的手续

如投保人申请解除本合同，须填写解除合同申请书并向本公司提供下列资料：

- (一) 保险合同；
- (二) 投保人的有效身份证件。

自本公司收到解除合同申请书时起，本合同终止。本公司自收到解除合同申请书之日起 30 日内向投保人退还本合同的未满期净保险费。

第十九条 争议处理

本合同履行过程中，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，也可依法直接向法院提起诉讼。

第二十条 释义

【本公司】指平安养老保险股份有限公司。

【周岁】以有效身份证件中记载的出生日期计算。

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

【门诊急诊】指被保险人因发生本合同约定的少儿传染性疾并至医院的门诊部或急诊部进行治疗。

【医院】指本公司与投保人约定的定点医院，未约定定点医院的，则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）医院。

【少儿传染性疾并】指国家法定传染病中的以下十类传染病：1. 脊髓灰质炎；2. 麻疹；3. 流行性乙型脑炎；4. 百日咳；5. 白喉；6. 新生儿破伤风；7. 猩红热；8. 流行性腮腺炎；9. 风疹；10. 手足口病。

【医疗费用】

(一) 门诊急诊医疗费用包括药费、治疗费、检查检验费、特殊检查治疗费、救护车费、门诊手术费。

1. 药费

门诊急诊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处方药品的费用。

2. 治疗费

指以治疗疾病为目的，提供医学手段而发生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、机疗费、理疗费、输血费、输氧费、体外反搏费。

3. 检查检验费

指以诊断疾病为目的，采取必要的医学手段进行检查及检验而发生的医疗费用，包括医处费、诊查费、妇检费、X光费、心电图费、B超费、脑电图费、内窥镜费、肺功能仪费、分子生化费和血、尿、便常规检查费。

4. 特殊检查治疗费

包括 CT、ECT、彩超、活动平板、动态心电图、心电监护、介入治疗、PCR、体外碎石、高压氧、体外射频、核磁共振、血液透析等大型和高费用检查治疗项目费。

5. 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。

6. 门诊手术费

指当地卫生行政部门规定的手术项目的费用。包括手术室费、麻醉费、手术监测费、手术辅助费、材料

费、一次性用品费、手术中用药费、手术设备费。

(二) 住院医疗费用包括床位费、手术费、药费、治疗费、护理费、检查检验费、特殊检查治疗费、救护车费。

1. 床位费

指住院期间使用的医院床位(不包括观察病房之床位、陪人床、家庭病床)的费用。

2. 手术费

手术指被保险人因发生本合同约定的少儿传染性疾病住院后, 为治疗疾病、挽救生命而施行的手术, 不包括活检、穿刺、造影等创伤性检查以及康复性手术。

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。

3. 药费

指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处方药品的费用。

4. 治疗费

指以治疗疾病为目的, 提供医学手段而发生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、机疗费、理疗费、输血费、输氧费、体外反搏费。

5. 护理费

指住院期间根据医嘱所示的护理等级确定的费用, 包括护工费、消毒费、换药费、陪人费、煎药费、烤火费。

6. 检查检验费

指以诊断疾病为目的, 采取必要的医学手段进行检查及检验而发生的医疗费用, 包括医处费、诊查费、妇检费、X光费、心电图费、B超费、脑电图费、内窥镜费、肺功能仪费、分子生化费和血、尿、便常规检查费。

7. 特殊检查治疗费

包括CT、ECT、彩超、活动平板、动态心电图、心电监护、介入治疗、PCR、体外碎石、高压氧、体外射频、核磁共振、血液透析等大型和高费用检查治疗项目费。

8. 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。

【社会基本医疗保险】指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。

【支付范围】指根据投保人与本公司约定的医疗费用免赔额和医疗费用限额共同确定的本公司承担保险责任的范围。

【支付比例】指根据投保人与本公司约定的医疗费用免赔额和医疗费用限额共同确定的本公司承担保险责任的比例。

【乙类个人自负部分的医疗费用】指被保险人使用社会基本医疗保险支付部分费用的诊疗项目以及药品的, 由被保险人自行支付的不在社会基本医疗保险范围内的医疗费用。

【住院】指被保险人因发生本合同约定的少儿传染性疾病而入住医院之正式病房接受全日24小时监护治疗的过程, 并正式办理入出院手续, 不包括入住门诊观察室、其它非正式病房或挂床住院。

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, 只收护理费、诊疗费、床位费等情况。

【特定传染性疾病】包括如下三种重度传染病:

(一) 脊髓灰质炎

指由于脊髓灰质炎病毒感染所致的瘫痪性疾病，临床表现为运动功能损害或呼吸无力。脊髓灰质炎必须明确诊断。本合同仅对脊髓灰质炎造成的神经系统功能损害导致被保险人一肢或一肢以上肢体机能永久完全丧失的情况予以理赔。肢体机能永久完全丧失，指疾病确诊 180 天后，每肢三大关节中的两大关节仍然完全僵硬，或不能随意活动。

（二）流行性乙型脑炎后遗症

指因患流行性乙型脑炎导致的神经系统永久性的功能障碍。神经系统永久性的功能障碍，指疾病确诊 180 日后，仍遗留下列一种或一种以上障碍：

1. 一肢或一肢以上肢体机能完全丧失；
2. 语言能力或咀嚼吞咽能力完全丧失；
3. 自主生活能力完全丧失，无法独立完成六项基本日常生活活动中的三项或三项以上。

（三）重症手足口病

指由肠道病毒引起的急性传染病，主要症状表现为手、足、口腔等部位的斑丘疹、疱疹。重症手足口病必须符合下列全部条件：

1. 经专科医生诊断为手足口病；
2. 伴有所列危重并发症之一：脑膜炎、脑炎、脑脊髓炎、肺水肿或心肌炎；
3. 接受了住院治疗。

【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，被公安机关交通管理部门依法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：

- （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。

【无有效行驶证】指下列情形之一：

- （1）未取得有效行驶证；
- （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。

【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。

【艾滋病病毒】指后天性免疫力缺乏综合症病毒。

后天性免疫力缺乏综合症的定义应按世界卫生组织制定的定义为准，如在血液样本中发现后天性免疫力缺乏综合症病毒或其抗体，则可认定为感染艾滋病或艾滋病病毒。

【艾滋病】指后天性免疫力缺乏综合症。

【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。

【既往症】指被保险人在本合同生效日之前所患的已知的有关疾病或症状。

【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缴纳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，扣除部分占所交保险费的35%。