中国平安财产保险股份有限公司

平安产险附加自费医疗保险（互联网版）条款

注册号：C00001732522022072500081

总则

第一条 本附加保险合同须附加于各种互联网版本的意外伤害保险合同或互联网版本的健康保险合同（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受益人为被保险人本人。

第三条　本保险合同仅限于互联网渠道销售。

保险责任

第四条 在保险期间内，被保险人发生主保险合同中的保险事故，并因该事故在符合本附加保险合同释义医院诊断必须住院接受治疗的，对被保险人住院治疗期间实际发生的必须由被保险人自行承担的超出当地基本医疗保险（含农村合作医疗保险）或其他公费医疗主管部门规定的保险诊疗项目及住院服务标准以外的、合理且必需的医疗费用，**保险人按照本附加险合同约定的赔付项目及赔付比例给付“自费医疗保险金”，且最高不超过自费医疗保险金额。**

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。

被保险人一次或多次因主保险合同中的保险事故进行治疗，保险人均按上述规定向被保险人分别给付自费医疗保险金，**但累计给付金额以保险金额为限。累计给付金额达到保险金额时，对该被保险人的保险责任终止。**

补偿原则

第五条 本保险合同遵循医疗费用补偿原则。

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。

责任免除

第六条 因下列原因导致的损失、费用，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）遗传性疾病，先天性畸形、变形或染色体异常；

（五）核爆炸、核辐射、核污染或化学污染；

（六）既往症及其并发症，但投保时保险人认可的除外；

（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）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；

（九）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；

（十）被保险人从事高风险运动或参加职业或半职业体育运动；

（十一）被保险人主动吸食或注射毒品；

（十二）被保险人等待期内出现疾病、等待期内接受检查但在等待期后确诊的疾病。

第七条 被保险人在下列期间发生的保险事故，保险人不承担给付保险金责任：

（一）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；

（二）被保险人患艾滋病（AIDS）或感染艾滋病病毒（HIV呈阳性）期间；

（三）所在国家或地区处于战争、军事行动、暴动、恐怖袭击或武装叛乱期间。

第八条 下列费用或损失，保险人不承担给付保险金责任：

（一）如下项目的治疗费用：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、蜘蛛静脉、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；

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

（三）被保险人因预防、康复、疗养、保健性、预防性或非疾病治疗类项目发生的医疗费用；体外或植入的医疗辅助装置或用具（眼镜、义齿、义眼、义肢、助听器等）及其安装和租赁费用；

（四）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；

（五）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；

（六）由于职业病、医疗事故引起的医疗费用；

（七）因不符合入院标准、挂床住院或住院病人应当出院但拒不出院（从医院确定出院之日起）而发生的一切医疗费用；

（八）代诊，无原始发票的费用，电话咨询费，没有按时就诊的预约费用，非医师处方要求的服务费用，不在执业范围的医疗服务费用，不符合专业认可标准或者为进行适当治疗所不必要的医疗和牙科服务费用，非医学必需的费用，超过通常惯例水平的费用；

（九）包皮环切术、包皮剥离术、包皮气囊扩张术、性功能障碍治疗；

（十）各类医疗鉴定费用，鉴定类型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；

（十一）各种健美治疗项目，包括但不限于营养、减肥、增胖、增高费用；

（十二）下列药品费用：

1．未经医生建议自行进行的任何治疗或未经医生处方自行购买的药品；

2．虽然有医生处方，但药品不是自开具该处方的医生所执业的医院购买的（以药品费票据为准）；

3．虽然有医生建议，但相关治疗不是在医院进行的或相关费用不是由医院收取的（以相关医疗费票据为准）；

4．滋补类中草药及其泡制的各类酒制剂涉及的药品费用；

5．虽然有医生处方，但每次处方的剂量超过 30 天部分的药品费用。

等待期

第九条 本附加保险合同的等待期由投保人与保险人双方约定，并在保险单中载明，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。

投保人在本附加保险合同上一保险期间届满后，在与投保人约定的时日内成功重新投保本产品并支付应付保险费的，无等待期；因意外伤害接受治疗的，无等待期。

若保险合同未连续不间断续保，则需重新适用等待期。

保险金额、赔付比例与免赔额

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。

本附加保险合同的自费医疗保险金额由投保人、保险人在投保时协商确定，并在保险

单中载明。

本附加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。

本附加保险合同的免赔额、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。

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；

缴费方式与宽限期

第十三条 投保人可以选择一次性全额支付保险费，也可以根据合同约定分期支付保险费。

若投保人选择一次性支付保险费的，**投保人应当在投保时一次性交清保险费。**

若投保人选择分月支付保险费的，**在交纳首月保险费后，投保人应当在每个保险费约定支付日交纳其余各月对应月份的保险费。**

第十四条 若投保人分期支付保险费，在支付首期保险费后未按约定在应付之日交纳保险费，保险人允许投保人在催告之日起三十日（含第三十日）内补交保险费，如果被保险人在此三十日内发生保险事故，保险人仍按照合同约定给付保险金，**但有权从给付的保险金中扣除投保人欠缴的保险费。**

若投保人在保险人催告之日起三十日（含第三十日）内未补交保险费，则本合同自当期保费的应付之日起终止，对于保险合同终止后发生的保险事故，保险人不承担保险责任。

保险金申请与给付

第十五条 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。

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、保险金申请人身份证明；

4、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；

5、保险金申请人所能提供的其他与确认保险事故的性质、原因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。

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保险合同约定承担剩余合理医疗费用的保险责任。

其他事项

第十条 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

第十一条

【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。

【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。

其他释义参照主保险合同条款。