平安产险少儿门急诊医疗保险条款

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，均应采用书面形式。

第二条 本保险合同的被保险人应为0周岁（含） 至17周岁（含） 、符合保险合同约定条件的，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 除另有约定外，本保险合同的医疗保险金的受益人为被保险人本人。

保险责任

第五条 保险期间内，被保险人因遭受意外伤害事故或自保险期间开始之日起三十日后（续保从续保生效日起） 罹患疾病，并经符合本保险合同释义的医院（以下简称“释义医院”）诊断须进行必要的门急诊治疗的，对于其每次实际发生的符合签发保险单分支机构所在地基本医疗保险规定的、合理且必需的门急诊（不包括急诊留院观察期） 医疗费用（以下简称“门急诊医疗费用”），在扣除被保险人按基本医疗保险或公费医疗有关规定取得的医疗费用补偿及单次免赔额后，按保险单约定的赔付比例给付门急诊医疗保险金。

其中，针对以下三种情况，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.有社保且已使用社保：

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.有社保但未使用社保：投保时告知保险人已参加基本医疗保险或公费医疗保障，但就诊时未使用或就诊时未参加基本医疗保险或公费医疗保障；

3.无社保：

被保险人投保时未享有基本医疗保险或公费医疗保障，且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。

被保险人无论一次或多次因意外伤害事故或疾病进行门急诊治疗，保险人均按上述规定向被保险人分别给付门急诊医疗保险金。每次给付金额以保险单载明的“单次赔偿限额”为限，累计给付金额以保险单载明的“少儿门急诊医疗保险金额”为限，累计给付次数以保险单载明的“保险金给付次数”为限。当累计金额达到保险单载明的“少儿门急诊医疗保险金额”或给付次数达到保险单载明的“门急诊医疗保险金给付次数”时，保险人对被保险人的保险责任终止。

补偿原则

第六条 本保险合同遵循医疗费用补偿原则。保险人给付的保险金与被保险人从其所参加的基本医疗保险、公费医疗、城乡居民大病保险、除本产品之外的其他商业保险、其他政府机构或者社会福利机构、公益慈善机构、第三方责任人等其他任何途径取得医疗费用补偿总额，以被保险人实际发生的医疗费用金额为限。

责任免除

第七条 因下列原因之一导致被保险人门急诊治疗的，保险人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）被保险人主动吸食或注射毒品；

（四）战争、军事冲突、暴乱或武装叛乱；

（五）核爆炸、核辐射或核污染；

（六）先天性畸形、变形或染色体异常；

（七）既往症；

（八）怀孕、分娩（含难产）、流产、堕胎、产前产后检查以及由以上原因引起的并发症；

（九）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）被保险人从事潜水、跳伞、攀岩、蹦极、驾驶滑翔机或滑翔伞、探险、摔跤、武术比赛、特技表演、赛马、赛车等高风险运动。

第八条 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）被保险人感染艾滋病病毒或患艾滋病期间因疾病导致的；

第九条 下列损失、费用，保险人不承担给付保险金的责任：

（一）预防性、康复性、保健性、美容整形等医疗费用；

（二）眼镜、义齿、义眼、义肢、助听器等康复性器具；

（三）牙科治疗医疗费用。

第十条 其他不属于本保险责任范围内的损失或费用，保险人不承担给付保险金的责任。

保险金额

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。

本保险合同的“少儿门急诊医疗保险金额”由投保人、保险人在投保时协商确定，并在保险合同中载明。单次赔偿限额、保险金给付次数、单次免赔额与赔付比例

第十二条 本保险合同的单次赔付限额、保险金给付次数、单次免赔额、赔付比例由投保人、保险人在投保时协商确定，并在保险合同中载明。

保险期间与续保

第十三条 本保险合同保险期间由投保人、保险人双方约定，并在保险单中载明，且最长不得超过一年。

第十四条 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。

缴费方式与宽限期

第十五条 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。

第十六条 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，但需投保人先行补交所有未缴期间的保险费。

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。

保险人义务

第十七条 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。

第十八条 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。

第十九条 保险人按照本保险合同的约定，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。

第二十条 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。

第二十一条 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。

投保人、被保险人义务

第二十二条 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。

第二十三条 在保险合同有效期内，因被保险人的职业或工种变更、前往传染病暴发地区等导致危险程度显著增加的，被保险人应当及时通知保险人，保险人可以增加保险费或者解除本保险合同项下对被保险人的保险责任。

被保险人未履行前款约定的通知义务的，因被保险人危险程度显著增加而发生的保险事故，保险人不承担保险金的责任。

第二十四条 在保险合同有效期内，若被保险人的基本医疗保险或公费医疗状态发生变更，投保人或被保险人须及时通知保险人，保险人将根据被保险人的最新状态进行相关补费或退费处理。保险人也将根据被保险人最新状态承担相应的保险责任。

第二十五条 投保人、被保险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。

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，对这期间发生的住院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

第二十六条 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。

如保险人对保险金申请材料存疑，有权要求被保险人在保险人指定或认可的医疗机构进行复检确认；被保险人应予配合。保险金申请人未能提供有关材料或被保险人不予配合，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；

（三）被保险人身份证明、保险金申请人身份证明；

（四）门急诊挂号证明；

（四）释义医院出具的疾病诊断证明书及门诊发生费用的原始凭证、门急诊病历；

（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，需提供门急诊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

第二十七条 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或者争议发生后未达成仲裁协议的，依法向中华人民共和国法院（不包括港澳台地区） 起诉。

第二十八条 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

第二十九条 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。

第三十条 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）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，其计算方法如下：

保险单现金价值 =保险费× [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

第三十一条

【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0周岁，每经过一年增加一岁，不足一年的不计。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。

【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。

【门急诊治疗】指被保险人因临床需要，正式办理挂号手续，并确实在医疗机构的门诊或急诊部接受治疗的行为过程。

【医院】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综合性或专科医院或保险人认可的医疗机构，且仅包括上述医院的普通部。

但不包括如下机构或医疗服务：

（一）特需医疗、外宾医疗、干部病房、联合病房、国际医疗中心、联合医院、 VIP部；

（二）诊所、康复中心、家庭病床、护理机构；

（三）休养、戒酒、戒毒中心。

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。

【单次】指被保险人同一天在同一医院同一科室所进行的门急诊治疗。

【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。

【潜水】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。

【攀岩】指攀登悬崖、楼宇外墙、人造悬崖、冰崖、冰山等运动。

【探险】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。

【武术比赛】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。

【特技表演】指进行马术、杂技、飞车、驯兽等表演。

【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。

【既往症】指被保险人在本保险合同生效日之前罹患的已知或应该知道的有关疾病或症状。包括不限于以下情况：本保险合同生效前，医生已有明确诊断，长期治疗未间断；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；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。

【先天性畸形、变形或染色体异常】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。

【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。

【感染艾滋病病毒或患艾滋病】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。

【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。

【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。