

中国平安财产保险股份有限公司
平安产险附加健康守护少儿传染病医疗保险条款
注册号：C00001732522024092000483

第一条 本附加保险合同须附加于各种意外伤害、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 本保险合同的被保险人应为身体健康、符合保险人承保条件的，且投保时年龄在 0 周岁（指出生满 30 日且健康出院的婴儿）至 18 周岁（含）的少儿。

保险责任

第三条 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：

（一）少儿传染病门诊急诊基本医疗保险支付范围内医疗费用保险责任

被保险人于等待期后（连续不间断续保者自续保生效后）因确诊本附加合同约定的少儿传染性疾病，在医院进行门诊急诊治疗的，保险人对其在门诊急诊期间发生的、符合当地社会保险行政部门规定的基本医疗保险支付范围内的合理医疗费用，在扣除约定的免赔额后乘以约定的给付比例在约定的该项保险责任的保险金额限额内给付少儿传染病门诊急诊基本医疗保险支付范围内医疗费用保险金。具体的免赔额和给付比例在保险合同中载明。如果投保人按被保险人拥有公费医疗或基本医疗保险的情况进行投保，但申请理赔时未从上述途径获得医疗费用补偿的，保险人在扣除约定的免赔额后，按约定给付比例的 90% 给付该项医疗费用保险金。

（二）少儿传染病门诊急诊基本医疗保险支付范围外医疗费用保险责任

被保险人于等待期后（连续不间断续保者自续保生效后）因确诊本附加合同约定的少儿传染性疾病，在医院进行门诊急诊治疗的，保险人对其在门诊急诊期间发生的、符合当地社会保险行政部门规定的基本医疗保险支付范围外的合理医疗费用，在扣除约定的免赔额后乘以约定的给付比例在约定的该项保险责任的保险金额限额内给付少儿传染病门诊急诊基本医疗保险支付范围外医疗费用保险金。具体的免赔额和给付比例在保险合同中载明。

（三）少儿传染病住院基本医疗保险支付范围内医疗费用保险责任

被保险人于等待期后（连续不间断续保者自续保生效后）因确诊本附加合同约定的少儿传染性疾病，经医院确诊必须住院治疗的，保险人对其在住院期间发生的、符合当地社会保险行政部门规定的基本医疗保险支付范围内的合理医疗费用，在扣除约定的免赔额后乘以约定的给付比例在约定的该项保险责任的保险金额限额内给付少儿传染病住院基本医疗保险支付范围内医疗费用保险金。具体的免赔额和给付比例在保险合同中载明。如果投保人按被保险人拥有公费医疗或基本医疗保险的情况进行投保，但申请理赔时未从上述途径获得医疗费用补偿的，保险人在扣除约定的免赔额后，按约定给付比例的 60% 给付该项医疗费用保险金。

（四）少儿传染病住院基本医疗保险支付范围外医疗费用保险责任

被保险人于等待期后（连续不间断续保者自续保生效后）因确诊本附加合同约定的少儿传染性疾病，经医院确诊必须住院治疗的，保险人对其在住院期间发生的、符合当地社会保险行政部门规定的基本医疗保险支付范围外的合理医疗费用，在扣除约定的免赔额后乘以约定的给付比例在约定的该项保险责任的保险金额

限额内给付少儿传染病住院基本医疗保险支付范围外医疗费用保险金。具体的免赔额和给付比例在保险合同中载明。

（五）特定传染性疾病保险责任

被保险人于等待期后（连续不间断续保者自续保生效后）经医院确诊确诊本附加合同约定的特定传染性疾病，保险人按该项保险责任的保险金额一次性给付特定传染性疾病保险金，对被保险人的该项保险责任终止。

以下条款适用于上述（一）至（四）项保险责任：

在本附加合同保险期间内，被保险人不论一次或多次经医院确诊必须进行治疗的，保险人按照各项保险责任的约定给付各项医疗费用保险金，但各项保险责任的累计给付金额分别以被保险人的各项保险责任约定的保险金额为限。任意一项保险责任一次或累计给付金额达到该项保险责任约定的保险金额时，保险人对被保险人的该项保险责任终止。

保险期间届满被保险人治疗仍未结束（以出院视为结束）的，保险人继续按上述约定承担保险责任至本附加合同满期日起第30日（含第30日）止。但累计给付金额达到该项保险责任约定的保险金额时，保险人对被保险人的该项保险责任终止。

补偿原则

第四条 补偿原则适用于本附加保险合同少儿传染病门诊急诊基本医疗保险支付范围内医疗费用保险责任、少儿传染病门诊急诊基本医疗保险支付范围外医疗费用保险责任、少儿传染病住院基本医疗保险支付范围内医疗费用保险责任、少儿传染病住院基本医疗保险支付范围外医疗费用保险责任。

若被保险人已从其他途径（包括但不限于基本医疗保险、城乡居民大病保险、公费医疗、保险人在内的任何保险机构）获得医疗费用补偿，对于被保险人发生的保险责任范围内的合理且必需的医疗费用，保险人在扣除被保险人已从其他途径获得的补偿后，对于剩余部分医疗费用在本合同保险金额的限额内按照约定的免赔额和给付比例给付保险金。

责任免除

第五条 因下列情形之一造成被保险人发生保险事故的，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）被保险人殴斗、醉酒、主动吸食或注射毒品，以及上述行为导致的事故；
- （四）被保险人酒后驾驶机动车、无合法有效驾驶证驾驶机动车，或驾驶无合法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期间因疾病导致的；
- （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、变形或染色体异常引起的；
- （九）既往症及其并发症。

保险金额、免赔额与给付比例

第六条 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、给付比例由投保人、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

第七条 本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。

第八条 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）本合同停售；

（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）本合同因其他条款所列情况而导致效力终止。

等待期

第九条 除另有约定外，自本附加合同生效日起 30 日（含第 30 日）为等待期。

被保险人在等待期内经医院确诊罹患本附加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，保险人均不承担给付医疗费用保险金的责任。

被保险人在等待期内经医院确诊罹患本附加合同约定的特定传染性疾病，保险人不承担给付特定传染性疾病保险金的责任。

符合以下情形之一的无等待期：

（一）投保人在保险期间届满前重新申请为被保险人投保本产品，经保险人同意并交纳保险费，获得新的保险合同；

（二）被保险人因遭受**意外事故**，确诊本附加合同定义的少儿传染性疾病而导致治疗的或确诊本附加合同定义的特定传染性疾病。

若保险合同未连续不间断续保，则需重新适用等待期。

保险人义务

第十条 订立本合同时，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。

第十一条 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。

第十二条 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。

第十三条 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，应当在三十日内作出核定，但本合同另有约定的除外。

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。

第十四条 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。保险人认为被保险人或受益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、被保险人或者受益人补充提供。

投保人、被保险人义务

第十五条 除另有约定外，投保人应当在保险合同成立时交清保险费。

若投保人选择一次性支付保险费，投保人应当在投保时一次性交清保险费；若投保人选择分期支付保险费，在支付首期保险费后，投保人应当在保险费约定支付日支付其余各期的保险费。若未按时支付的，投保人应于保险人催告投保人支付保险费之日起三十日的期限内支付当期保险费。上述期限内发生的保险事故，保险人仍会承担保险责任，但在给付保险金时有权扣减投保人对应的欠交保险费。

投保人在上述期限内未支付保险费的，则本保险合同自上述期限届满的次日零时起效力中止。如果保险人在保险合同效力中止期间发生保险事故的，保险人不承担保险责任。

合同效力依照前款约定中止的，经投保人与保险人协商并达成协议，在投保人补交保险费后，保险合同效力恢复，保险人继续承担保险责任至保险期间届满；合同效力至保险期间届满时仍未恢复的，本保险合同于保险期间届满时终止。

第十六条 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。

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。

第十七条 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。

上述约定，不包括因不可抗力而导致的迟延。

第十八条 保险事故发生后，被保险人需要治疗的，应在释义医院治疗，若因急诊未在释义医院治疗的，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治疗的，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治疗的，对该期间发生的医疗费用按本保险合同规定给付医疗保险金。

第十九条 在本合同有效期内，被保险人因遭受意外事故或突发急性病需要紧急救援时，应立即拨打保险人提供的救援电话联系救援机构报警中心并由救援机构安排紧急救援和治疗，保险人按本合同的约定承担保险责任。

因不可抗力或被保险人健康状况在异常紧急的情况下须急救而无法及时联系救援机构，待条件许可时，应立即联系救援机构并由救援机构安排后续的紧急救援和治疗，保险人仍按本合同的约定承担保险责任。

保险金申请与给付

第二十条 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，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）由少儿传染病门诊急诊基本医疗保险支付范围内医疗费用保险金、少儿传染病门诊急诊基本医疗保险支付范围外医疗费用保险金、少儿传染病住院基本医疗保险支付范围内医疗费用保险金或少儿传染病住院基本医疗保险支付范围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. 保险合同或保险单号；
2. 被保险人及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、原因等有关的其他证明和资料。

（二）由特定传染性疾病的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. 保险合同或保险单号；
2. 被保险人及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、原因等有关的其他证明和资料。

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。

其他事项

第二十一条 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。

第二十二条 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。

释义

第二十三条

【医院】

指投保人与保险人约定的定点医院。未约定定点医院的，则指中华人民共和国境内（不包括香港、澳门、

台湾地区)合法经营的二级以上(含二级)公立医院普通部,不包含其中的特需医疗、外宾医疗、干部病房。

本附加保险合同约定的医院不包括疗养院、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。

【少儿传染性疾病】

指国家法定传染病中的以下十类传染病:(一)脊髓灰质炎;(二)麻疹;(三)流行性乙型脑炎;(四)百日咳;(五)白喉;(六)新生儿破伤风;(七)猩红热;(八)流行性腮腺炎;(九)风疹;(十)手足口病。

【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。本附加保险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,或不能随意识活动。

(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。

【意外事故】

指外来的、突发的、非本意的和非疾病的导致被保险人的身体受到伤害的客观事件。

【门诊急诊】

指被保险人因遭受意外事故或因疾病至医院的门诊部或急诊部进行治疗。

【当地】

若被保险人有基本医疗保险,当地指被保险人基本医疗保险的参保地;若被保险人无基本医疗保险,当地指被保险人就诊医院的所在地。

【基本医疗保险】

指包括城镇职工基本医疗保险、城镇居民基本医疗保险、新型农村合作医疗等政府举办的基本医疗保障

项目。

【合理医疗费用】

指被保险人在医院治疗期间发生的实际的合理的医疗费用。

（一）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。

（二）手术费

指被保险人为治疗疾病创伤、挽救生命而施行的手术产生的，符合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。

（三）药品费

指治疗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。

（四）治疗费

指以治疗疾病、创伤为目的，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、体外反搏费等。

（五）护理费

指住院期间根据医嘱所示的护理等级确定的费用。

（六）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。

（七）特殊检查治疗费

包括CT、ECT、彩超、运动平板心电图、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。

（八）救护车使用费

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，救护车的使用仅限于同一城市中的医疗运送。

【住院】

指被保险人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、其他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。

【殴斗】

指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。

【醉酒】

指发生事故时被保险人每百毫升血液中的酒精含量大于或者等于80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。

【酒后驾驶】

指经检测或者鉴定，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者超过一定的标准，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者醉酒驾驶。

【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，包括超标电动车（超出《电动自行车安全技术规范》（GB 17761-2018）中对电动自行车认定标准的电驱动或电助动的车辆）、汽车及汽车列车、摩托车、拖拉机运输机组、轮式专用机械车、挂车，具体认定标准根据《机动车运行安全技术条件（GB 7258—2017）》。

【无合法有效驾驶证驾驶】

被保险人存在下列情形之一者：

- （一）无驾驶证，驾驶证被依法扣留、暂扣、吊销、注销；
- （二）驾驶的机动车与驾驶证载明的准驾车型不符；
- （三）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；
- （四）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。

【无合法有效行驶证】

指下列情形之一：

- （一）未取得合法有效行驶证；
- （二）机动车行驶证、号牌被依法注销登记的；
- （三）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。在人体血液或其他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。

【遗传性疾病】

指生殖细胞或者受精卵的遗传物质（染色体和基因）发生突变或者畸变所引起的疾病，通常具有由亲代传至后代的垂直传递的特征。

【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》第十次修订版（ICD-10）确定。

【既往症】

指被保险人在本附加保险合同生效日之前已确诊的疾病。既往症通常有以下情况：

- （一）本附加保险合同生效前，医生已有明确诊断，但未治疗；
- （二）本附加保险合同生效前，医生已有明确诊断，长期治疗未间断；
- （三）本附加保险合同生效前，医生已有明确诊断，治疗后未康复，有间断用药情况；
- （四）本附加保险合同生效前，未经医生诊断和治疗，但症状明显且持续存在足以促使一般普通谨慎人士引起注意并寻求诊断、治疗或护理的症状。

【并发症】

指疾病在发展过程中偶然引起的另一种疾病或症状，且新引起的疾病或症状非医务人员的过失所致。

【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、临时身份证、户口簿、按规定可使用的有效护照、军人身份证件、武装警察身份证件等证件。

【现金价值】 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。