



请扫描以查询验证条款

阅读指引

平安康乐医疗保险产品提供医疗费用保障

为了帮助您更好地了解产品，我们先介绍几个保险条款中常用的术语

- ❖ 被保险人就是受保险合同保障的人。
- ❖ 投保人就是购买保险并交纳保险费的人。
- ❖ 受益人就是发生保险事故后领取保险金的人。
- ❖ 保险人就是保险公司。

与您有重大利害关系的条款事关您的切身利益，请您务必仔细、认真阅读

- ❖ 本保险条款中背景突出的内容属于免除保险人责任的条款。
- ❖ 本保险条款中加了下划线的标题及该标题下的所有内容属于其他与您有重大利害关系的条款。

下面我们举例说明本产品提供哪些保障

例子：王先生（30 周岁，享有基本医疗保险）为自己投保了平安康乐医疗保险（简称康乐医疗）。保险期间内，因意外骨折住院治疗，产生合理且必要的治疗费用人民币 50000 元，其中，基本医疗保险报销 25000 元，免赔额 10000 元。

本例中王先生为投保人、被保险人及一般医疗保险金受益人，平安人寿为保险人。

保险金	领取人	给付金额
一般医疗保险金	王先生	$(50000 \text{ 元} - 25000 \text{ 元} - 10000 \text{ 元}) \times 100\% = 15000 \text{ 元}$

以上举例仅供您更好地理解产品之用，您所购买产品的具体保险利益以保险合同中载明的为准。

条款目录

1. 我们保什么、保多久

- 1.1 保险计划
- 1.2 保险责任
- 1.3 保险期间

2. 我们不保什么

- 2.1 责任免除
- 2.2 其他免责条款

3. 如何支付保险费

- 3.1 保险费的支付

4. 如何领取保险金

- 4.1 受益人
- 4.2 保险事故通知
- 4.3 保险金申请
- 4.4 保险金的给付

5. 如何退保

- 5.1 您解除合同的手续及风险

6. 需关注的其他内容

- 6.1 合同构成
- 6.2 合同成立与生效
- 6.3 投保年龄
- 6.4 年龄错误
- 6.5 明确说明与如实告知
- 6.6 未还款项
- 6.7 合同内容变更
- 6.8 效力终止
- 6.9 争议处理

附表

险种简称：康乐医疗

险种代码：1083

中国平安人寿保险股份有限公司

平安康乐医疗保险条款

在本条款中，“您”指投保人，“我们”、“本公司”均指中国平安人寿保险股份有限公司。

① 我们保什么、保多久

这部分讲的是我们提供的保障以及我们提供保障的期间。

1.1 保险计划 本主险合同保险金年度给付限额、年免赔额、给付比例见附表。

1.2 保险责任 在本主险合同保险期间内，我们承担如下保险责任：

1.2.1 等待期 被保险人在本主险合同生效之日起30日内发生疾病，因该疾病而导致**住院¹**治疗、指定门诊治疗或住院前后的门急诊治疗的，无论上述治疗时间与本主险合同生效之日是否间隔超过30日，我们都不承担给付保险金的责任。
被保险人在本主险合同生效之日起30日内经**医院²确诊³**发生本主险合同所定义的“恶性肿瘤——重度”，因此而导致住院治疗、指定门诊治疗或住院前后的门急诊治疗的，无论上述治疗时间与本主险合同生效之日是否间隔超过30日，我们都不承担给付保险金的责任，向您返还所交保险费，本主险合同终止。

上述30日的时间称为等待期。

以下两种情形，无等待期：

- (1) 被保险人因**意外伤害⁴**发生上述情形的；
- (2) 您在不迟于上一保险期间届满后60日重新投保本产品的。

1.2.2 一般医疗保险金 **1. 住院医疗费用**
被保险人因疾病或意外伤害经医院诊断必须住院治疗的，对于住院期间发生的**合理且必要⁵**的住院医疗费用，我们按本主险合同约定的保险金计算方法，在保险金的给付限额内给付一般医疗保险金。

¹ **住院**指被保险人因疾病或意外伤害而入住医院的正式病房进行治疗，并正式办理入出院手续，不包括入住门诊观察室、家庭病床、挂床住院或其他不合理的住院。

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1日无任何治疗，只发生护理费、诊疗费、床位费等情况。

² **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公立医院，但不包括精神病院及专供康复、休养、戒毒、戒酒、护理、养老等非以直接诊治病人为目的的医疗机构。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。

³ **确诊**指被保险人经手术治疗或病理检查确诊“恶性肿瘤——重度”的，以医院出具的病理报告日期为疾病确诊日期；被保险人未经手术治疗或病理检查但后续进行放射性疗法或化学药物性疗法的，以首次放疗或化疗日期为疾病确诊日期。

⁴ **意外伤害**指遭受外来的、突发的、非本意的、非疾病的使身体受到伤害的客观事件。

⁵ **合理且必要**指同时满足下列要求：

- (1) 治疗所必需的；
- (2) 不超过安全、足量治疗原则的；
- (3) 非试验性、研究性项目所产生的；
- (4) 符合接受治疗当地通行的医疗标准。

对是否合理且必要由我们根据客观、审慎、合理的原则进行核定，若被保险人对核定结果有不同意见，可委托双方认可的权威医学机构或者权威医学专家进行审核鉴定。

在每一保险期间内，因疾病或意外住院的最高给付日数为180日，疾病或意外住院累计超过180日后发生的医疗费用，不属于保险责任范围。

对本主险合同保险期间届满前发生的且延续至本主险合同保险期间届满后30日内的合理且必要的住院医疗费用，我们按本主险合同约定的保险金计算方法计算并给付一般医疗保险金。

本主险合同约定的“住院医疗费用”包含如下内容：

(1) 床位费

指住院期间实际发生的、不高于双人病房的住院床位费（不包括单人病房、套房、家庭病床）。

(2) 加床费

指未满18周岁⁶的被保险人在住院治疗期间，我们根据合同约定给付其合法监护人（限一人）在医院留宿发生的加床费；或女性被保险人在住院治疗期间，我们根据合同约定给付其1周岁以下哺乳期婴儿在医院留宿发生的加床费。

(3) 重症监护室床位费

指住院期间出于**医学必要**⁷被保险人需在重症监护室进行合理且必要的医疗而产生的床位费。重症监护室指配有中心监护台、心电监护仪及其他监护抢救设施，相对封闭管理，符合重症监护病房（ICU）、冠心病重症监护病房（CCU）标准的单人或多人监护病房。

(4) 护理费

指住院期间根据医嘱所示的护理等级确定的护理费用。

(5) 膳食费

指住院期间根据医生的医嘱，由作为医院内部专属部门的、为住院病人配餐的食堂配送的膳食费用。膳食费应包含在医疗账单内；根据各医疗机构的惯例，可以作为独立的款项、也可以合并病房费等其他款项内。

(6) 检查检验费

指住院期间实际发生的，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合理的医疗费用，包括X光费、心电图费、B超费、脑电图费、内窥镜费、肺功能仪费、分子生化检验费和血、尿、便常规检验费等。

(7) 治疗费

指住院期间以治疗疾病为目的，提供必要的医学手段而发生的合理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，具体以就诊医院的费用项目划分为准。

本项责任不包含如下费用：**物理治疗、中医理疗及其他特殊疗法**⁸费用。

(8) 药品费

⁶周岁指按有效身份证件中记载的出生日期计算的年龄，自出生之日起为零周岁，每经过一年增加一岁，不足一年的不计。过了周岁生日，从第二天起，为已满××周岁。如被保险人出生日期为2018年10月1日，则2019年10月2日至2020年10月1日期间，被保险人年龄为1周岁。

⁷医学必要指被保险人接受治疗或服务、使用器械或服用药品符合以下条件：

- (1) 医师处方要求且对治疗被保险人疾病或伤害合适且必需；
- (2) 在范围、持续期、强度、护理上不超过为被保险人提供安全、恰当、合适的诊断或治疗所需的水平；
- (3) 与接受治疗当地普遍接受的医疗专业实践标准一致；
- (4) 非主要为了个人舒适或为了被保险人父母、家庭、医师或其他医疗提供方的方便；
- (5) 非病人学术教育或职业培训的一部分或与之相关；
- (6) 非试验性或研究性。

⁸物理治疗、中医理疗及其他特殊疗法：物理治疗是指应用人工物理因子（如光、电、磁、声等）来治疗疾病，具体疗法包括电疗、光疗、磁疗、热疗等；中医理疗是指以治疗疾病为目的，被保险人接受由具有相应资格的医生实施的针灸治疗、推拿治疗、拔罐治疗或刮痧治疗；其他特殊疗法包括顺势治疗、职业疗法及语音治疗。

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药品的费用。药品费中不包含中草药费用。

(9) 医生费

指包括外科医生、麻醉师、内科医生、**专科医生⁹**的费用。

(10) 手术费

指当地卫生行政部门规定的手术项目的费用。包括手术费、麻醉费、手术监测费、手术材料费、术中用药费、手术设备费；若因器官移植而发生的手术费用，**不包括器官本身的费用和获取器官过程中的费用。**

(11) 救护车使用费

指住院期间以抢救生命或治疗疾病为目的，根据医生建议，被保险人需医院转诊过程中的医院用车费用。

2. 指定门诊医疗费用

被保险人因疾病或意外伤害在医院进行如下治疗发生的合理且必要的医疗费用：

(1) 门诊肾透析费；

(2) 门诊恶性肿瘤（重度）治疗费，包括**肿瘤化学疗法¹⁰、肿瘤放射疗法¹¹、肿瘤免疫疗法¹²、肿瘤内分泌疗法¹³、肿瘤靶向疗法¹⁴**的治疗费用；

(3) 器官移植后的门诊抗排异治疗费；

(4) **门诊手术费¹⁵**。

对于因上述治疗发生的合理且必要的门诊医疗费用，我们按本主险合同约定的保险金计算方法计算并给付一般医疗保险金。

3. 住院前后门诊急诊费用

被保险人在住院前7日内或出院后7日内，因与该次住院治疗相同原因而发生的合理且必要的门诊急诊费用（**不包括上述第2项“指定门诊医疗费用”中的治疗项目**），我们按本主险合同约定的保险金计算方法计算并给付一般医疗保险金。

⁹**专科医生：**专科医生应当同时满足以下四项资格条件：

- (1) 具有有效的中华人民共和国《医师资格证书》；
- (2) 具有有效的中华人民共和国《医师执业证书》，并按期到相关部门登记注册；
- (3) 具有有效的中华人民共和国主治医师或主治医师以上职称的《医师职称证书》；
- (4) 在二级或二级以上医院的相应科室从事临床工作三年以上。

¹⁰**肿瘤化学疗法**指针对恶性肿瘤（重度）的化学治疗。化疗是使用医学界公认的化疗药物以杀死癌细胞、抑制癌细胞生长繁殖为目的而进行的治疗。本主险合同所指的化疗为被保险人根据医嘱，在医院进行的静脉注射化疗。

¹¹**肿瘤放射疗法**指针对恶性肿瘤（重度）的放射治疗。放疗是使用各种不同能量的射线照射肿瘤组织，以抑制和杀灭癌细胞为目的而进行的治疗。本主险条款所指的放疗为被保险人根据医嘱，在医院的专门科室进行的放疗。

¹²**肿瘤免疫疗法**指应用免疫学原理和方法，使用肿瘤免疫治疗药物提高肿瘤细胞的免疫原性和对效应细胞杀伤的敏感性，激发和增强机体抗肿瘤免疫应答，并应用免疫细胞和效应分子输注宿主体内，协同机体免疫系统杀伤肿瘤、抑制肿瘤生长。本主险合同所指的肿瘤免疫治疗药物需符合法律、法规要求并经过国家食品药品监督管理局批准用于临床治疗。

¹³**肿瘤内分泌疗法**指针对恶性肿瘤（重度）的内分泌疗法，用药物抑制激素生成和激素反应，杀死癌细胞或抑制癌细胞的生长。本主险合同所指的内分泌治疗药物需符合法律、法规要求并经过国家食品药品监督管理局批准用于临床治疗。

¹⁴**肿瘤靶向疗法**指在细胞分子水平上，针对已经明确的致癌点来设计相应的靶向治疗药物，利用具有一定特异性的载体，将药物或其他杀伤肿瘤细胞的活性物质选择性地运送到肿瘤部位攻击癌细胞的疗法。本主险合同所指的靶向治疗的药物需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。

¹⁵**门诊手术费**指门诊急诊发生的合理且必要的手术医疗费用，包括外科医生费、手术室费、恢复室费、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。

本主险合同约定的“住院前后门诊急诊费用”包含如下内容：

- (1) 医生诊疗费：指被保险人门诊急诊期间发生的主诊医生或会诊医生的劳务费用，包括挂号费。
- (2) 治疗费：指门急诊发生的以治疗疾病为目的，提供必要的医学手段而发生的合理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，具体以就诊医院的费用项目划分为准。
本项责任不包含如下费用：物理治疗、中医理疗及其他特殊疗法费用。
- (3) 检查检验费：指门急诊发生的以诊断疾病为目的，采取必要的医学手段进行检查及检验而发生的合理的医疗费用，包括X光费、心电图费、B超费、脑电图费、内窥镜费、肺功能仪费、分子生化检验费和血、尿、便常规检验费等。
- (4) 药品费：被保险人每次门急诊发生的，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药品的费用。
药品费不包含中草药费用。
- (5) 救护车使用费：指为抢救生命由急救中心派出的救护车运送被保险人至医疗机构的费用。

上述各项保险金的累计给付金额不超过年度保险金给付限额（见附表）。

1.2.3 恶性肿瘤（重度） 医疗保险金

被保险人经医院确诊初次发生本主险合同所定义的“恶性肿瘤——重度”，并在医院接受治疗的，我们首先按照前款约定给付一般医疗保险金，当我们累计给付金额达到一般医疗保险金的年度保险金给付限额后，我们依照下列约定给付恶性肿瘤（重度）医疗保险金：

1. 恶性肿瘤（重度）住院医疗费用

被保险人因发生“恶性肿瘤——重度”经医院诊断必须住院治疗的，对于住院期间发生的合理且必要的恶性肿瘤（重度）住院医疗费用，我们按本主险合同约定的保险金计算方法，在该项保险金的给付限额内给付恶性肿瘤（重度）医疗保险金。

在每一个保险期间内，恶性肿瘤（重度）住院的最高给付日数为180日，恶性肿瘤（重度）住院累计超过180日后发生的医疗费用，不属于保险责任范围。

对本主险合同到期日前发生的且延续至本主险合同到期日后30日内的住院治疗，对于合理且必要的恶性肿瘤（重度）住院医疗费用，我们按本主险合同约定的保险金计算方法计算并给付恶性肿瘤（重度）医疗保险金。

本主险合同约定的“恶性肿瘤（重度）住院医疗费用”包含内容同“1.2.2 一般医疗保险金”中的“住院医疗费用”。

2. 恶性肿瘤（重度）指定门诊医疗费用

被保险人因发生“恶性肿瘤——重度”在医院进行如下治疗发生的合理且必要的医疗费用：

门诊恶性肿瘤（重度）治疗费，包括肿瘤化学疗法、肿瘤放射疗法、肿瘤免疫疗法、肿瘤内分泌疗法、肿瘤靶向疗法治疗费用。

对于因上述治疗发生的合理且必要的门诊医疗费用，我们按本主险合同约定的保险金计算方法计算并给付恶性肿瘤（重度）医疗保险金。

3. 恶性肿瘤（重度）住院前后门诊急诊费用

被保险人因“恶性肿瘤——重度”住院前7日内或出院后7日内，因为“恶性肿瘤——重度”而发生的合理且必要的门诊急诊医疗费用（不包括第2项“恶性肿瘤（重度）指定门诊医疗费用”），我们按本主险合同约定的保险金计算方法计算并给付恶性肿瘤（重度）医疗保险金。

本主险合同约定的“恶性肿瘤（重度）住院前后门诊急诊费用”包含内容同“1.2.2 一般医疗保险金”中的“住院前后门诊急诊费用”。

上述各项保险金的累计给付金额不超过年度保险金给付限额（见附表）。

下述使用到的疾病定义是2020年中国保险行业协会发布的《重大疾病保险的疾病定义使用规范（2020年修订版）》中所规定的重大疾病。

本主险合同所定义的“恶性肿瘤——重度”指恶性细胞不受控制的进行性增长和扩散，浸润和破坏周围正常组织，可以经血管、淋巴管和体腔扩散转移到身体其他部位，病灶经**组织病理学检查**¹⁶（涵盖骨髓病理学检查）结果明确诊断，临床诊断属于世界卫生组织（WHO, World Health Organization）《疾病和有关健康问题的国际统计分类》第十次修订版（ICD-10¹⁷）的恶性肿瘤类别及《国际疾病分类肿瘤学专辑》第三版（ICD-O-3¹⁸）的肿瘤形态学编码属于3、6、9（恶性肿瘤）范畴的疾病。

下列疾病不属于“恶性肿瘤——重度”，不在保障范围内：

(1) ICD-O-3 肿瘤形态学编码属于0（良性肿瘤）、1（动态未定性肿瘤）、2（原位癌和非侵袭性癌）范畴的疾病，如：

a. 原位癌，癌前病变，非浸润性癌，非侵袭性癌，肿瘤细胞未侵犯基层，上皮内瘤变，细胞不典型性增生等；

b. 交界性肿瘤，交界恶性肿瘤，肿瘤低度恶性潜能，潜在低度恶性肿瘤等；

(2) **TNM 分期**¹⁹为I期或更轻分期的甲状腺癌；

(3) TNM 分期为T₁N₀M₀期或更轻分期的前列腺癌；

(4) 黑色素瘤以外的未发生淋巴结和远处转移的皮肤恶性肿瘤；

(5) 相当于Binet 分期方案A期程度的慢性淋巴细胞白血病；

(6) 相当于Ann Arbor 分期方案I期程度的何杰金氏病；

(7) 未发生淋巴结和远处转移且WHO 分级为G1 级别（核分裂像<10/50 HPF 和ki-67≤2%）或更轻分级的神经内分泌肿瘤。

¹⁶**组织病理学检查**是通过局部切除、钳取、穿刺等手术方法，从患者机体采取病变组织块，经过包埋、切片后，进行病理检查的方法。

通过采集病变部位脱落细胞、细针吸取病变部位细胞、体腔积液分离病变细胞等方式获取病变细胞，制成涂片，进行病理检查的方法，属于细胞病理学检查，不属于组织病理学检查。

¹⁷**ICD-10**指《疾病和有关健康问题的国际统计分类》第十次修订版（ICD-10），是世界卫生组织（WHO）发布的国际通用的疾病分类方法。

¹⁸**ICD-O-3**指《国际疾病分类肿瘤学专辑》第三版（ICD-O-3），是WHO发布的针对ICD中肿瘤形态学组织学细胞类型、动态、分化程度的补充编码。其中形态学编码：0代表良性肿瘤；1代表动态未定性肿瘤；2代表原位癌和非侵袭性癌；3代表恶性肿瘤（原发性）；6代表恶性肿瘤（转移性）；9代表恶性肿瘤（原发性或转移性未肯定）。如果出现ICD-10与ICD-O-3不一致的情况，以ICD-O-3为准。

¹⁹**TNM 分期**：TNM分期采用AJCC癌症分期手册标准。该标准由美国癌症联合委员会与国际抗癌联合会TNM委员会联合制定，是目前肿瘤医学分期的国际通用标准。T指原发肿瘤的大小、形态等；N指淋巴结的转移情况；M指有无其他脏器的转移情况。甲状腺癌的TNM分期：甲状腺癌的TNM分期采用目前现行的AJCC第八版定义标准，我国国家卫生健康委员会2018年发布的《甲状腺癌诊疗规范（2018年版）》也采用此定义标准，具体见附表。

1.2.4 保险金计算方法

我们按照如下公式计算每次就诊应当给付的保险金：

一次就诊应当给付的金额 = (被保险人发生的医疗费用的有效金额 - 年免赔额余额) × 给付比例

说明：

(1) **一次就诊**指一次住院，或一次门诊（包括指定门诊或住院前后的门急诊）。

一次住院指被保险人因疾病或意外伤害住院治疗，自入院日起至出院日止之期间；但如果因同一原因再次住院，且前次出院与下次住院间隔未超过 30 日，视为同一次住院。

一次门诊指被保险人在一日内（零时起至二十四时止）在同一所医院同一个科室的就诊。

(2) **被保险人发生的医疗费用的有效金额 = 被保险人每次就诊发生的合理且必要的属于保险责任范围内的医疗费用 - 被保险人从基本医疗保险²⁰或公费医疗获得的费用补偿**

多次就诊被保险人累计发生的医疗费用的有效金额等于单次就诊被保险人发生的医疗费用的有效金额相加。

(3) **年免赔额**指一个保险期间内对应的免赔额（金额见附表），被保险人从工作单位、商业保险等其他途径报销部分以及个人自付部分，均可以计入免赔额，但计入金额不超过年免赔额余额。从基本医疗保险或公费医疗报销部分，不能计入免赔额。

年免赔额余额指一个保险期间内免赔额经前次理赔中“被保险人发生的医疗费用的有效金额”抵扣过后剩余的金额。举例来说，假设年免赔额为 10000 元，如未就诊过，则年免赔额余额为 10000 元；如第一次就诊累计的“被保险人发生的医疗费用的有效金额”为 8000 元，则针对本次就诊理赔后年免赔额余额为 2000 元，本次给付为 0 元；如第二次就诊累计的“被保险人发生的医疗费用的有效金额”为 6000 元，则针对本次就诊理赔后年免赔额余额为 0 元，本次给付为 4000 元。

(4) 当被保险人某次就诊发生的医疗费用的有效金额 > 年免赔额余额时，本次给付金额 > 0 元；

当被保险人某次就诊发生的医疗费用的有效金额 ≤ 年免赔额余额时，本次给付金额 = 0 元。

(5) **给付比例**：如投保时被保险人有基本医疗保险或公费医疗，但就诊时被保险人未使用基本医疗保险或公费医疗，则该给付比例为 60%；在其他情况下，该给付比例为 100%。

(6) **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、本公司在内的任何商业保险机构等）取得补偿的，我们将按上述约定计算并给付保险金，且最高给付金额不超过被保险人实际发生的医疗费用扣除其所获补偿后的余额。

1.3 保险期间

本主险合同为不保证续保合同。

本产品保险期间为一年。保险期间届满，您需要重新向我们申请投保本产品，并经我们同意，交纳保险费，获得新的保险合同。

若保险期间届满时，本主险产品已停止销售，我们不再接受投保申请，但会向您提供投保其他保险产品的建议。

²⁰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。

② 我们不保什么

这部分讲的是我们不承担保险责任的情况。

2.1 责任免除

因下列情形之一造成被保险人医疗费用支出的，我们不承担给付保险金的责任：

- (1) 被保险人所患**既往症**²¹及保险单中特别约定的除外疾病引起的医疗费用；
- (2) **遗传性疾病**²²，**先天性畸形、变形或染色体异常**²³引起的医疗费用；
- (3) 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、牙科治疗、康复治疗、非意外事故所致整容手术；
- (4) 如下项目的治疗：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；
- (5) 各种矫形及生理缺陷的手术和检查治疗项目，包括但不限于平足及各种非功能性整容、矫形手术费用；
- (6) 各种健美治疗项目，包括但不限于营养、减肥、增胖、增高费用；
- (7) 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；
- (8) 包皮环切术、包皮剥离术、包皮气囊扩张术、性功能障碍治疗；
- (9) 除心脏瓣膜、人工晶体、人工关节之外的其他人工器官的购买、安装和置换等费用以及所有有源植入器械的购买、安装和置换等费用；
- (10) 各种矫治和防护器械、各种康复治疗器械、假体、义肢、轮椅、自用的按摩保健和治疗用品等所有非一次性使用医疗器械和非处方医疗器械的购买、租赁和置换费用；
- (11) 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；
- (12) 被保险人**感染艾滋病病毒或患艾滋病**²⁴期间因疾病导致的；
- (13) 未经医生处方自行购买的药品或非医院药房购买的药品、滋补类中草药及其泡制的各类酒制剂、医生开具的超过 30 天部分的药品费用；
- (14) 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）²⁵确定）治疗、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（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）

²¹既往症指被保险人在本主险合同生效日之前已患的已知或应该知道的有关疾病或症状。

²²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。

²³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。

²⁴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。

²⁵《疾病和有关健康问题的国际统计分类》（ICD-10）指世界卫生组织（WHO）制定的国际统一的疾病分类方法，它根据疾病的病因、病理、临床表现和解剖位置等特性，用一种系统有序的组合编码的方法对疾病进行分类。目前世界通用的是第 10 次修订本《疾病和有关健康问题的国际统计分类》，（ICD-10）是该分类第 10 次修订本的简称。

等费用；

(15) 投保人对被保险人的故意杀害、故意伤害；

(16) 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；

(17) 被保险人主动吸食或注射**毒品**²⁶；

(18) 被保险人从事**潜水**²⁷、跳伞、**攀岩**²⁸、蹦极、驾驶滑翔机或滑翔伞、**探险**²⁹、摔跤、**武术比赛**³⁰、**特技表演**³¹、赛马、赛车等高风险运动；

(19) 被保险人**酒后驾驶**³²**机动车**³³；

(20) 战争、军事冲突、暴乱或武装叛乱；

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

(22) 被保险人接受实验性治疗，即未经科学或医学认可的医疗；

(23) 未被治疗所在地权威部门批准的治疗，未获得治疗所在地政府许可或批准的药品或药物；

(24) 各类医疗鉴定，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、遗传基因鉴定费用；

(25) 所有**基因疗法**³⁴和**细胞免疫疗法**³⁵造成的医疗费用。

2.2 其他免责条款

除“2.1 责任免除”外，本主险合同中还有一些免除保险人责任的条款，详见以下条款中背景突出显示的内容：“1.2 保险责任”、“4.2 保险事故通知”、“6.4 年龄错误”、“脚注 1 住院”、“脚注 2 医院”、“附表”。

3 如何支付保险费

这部分讲的是您应当按时交纳保险费。

3.1 保险费的支付

本主险合同的保险费需要您在投保时一次交清。

若您在上一保险期间届满后 60 日内申请重新投保，您应于上述 60 日内一次性支付全部保险费；若您未在上述 60 日内支付保险费，自 60 日期满时，合同效力终止。

若被保险人在上一保险期间届满后 60 日内发生保险事故，我们仍承担保险责任，但会扣减您欠交的保险费。

²⁶ **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。

²⁷ **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。

²⁸ **攀岩**指攀登悬崖、楼宇外墙、人造悬崖、冰崖、冰山等运动。

²⁹ **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。

³⁰ **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。

³¹ **特技表演**指进行马术、杂技、飞车、驯兽等表演。

³² **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，公安机关交通管理部门依据《中华人民共和国道路交通安全法》的规定认定为饮酒后驾驶或醉酒后驾驶。

³³ **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。

³⁴ **基因疗法**指通过各种手段修复缺陷基因，以实现减缓或治愈疾病目的的技术。

³⁵ **细胞免疫疗法**指通过采集人体免疫细胞，在体外进行扩增和功能鉴定，然后向患者转移，达到杀灭血液及组织中的病原体、癌细胞、突变的细胞，从而打破机体免疫耐受，激活和增强机体免疫力的治疗方法。

4

如何领取保险金

这部分讲的是发生保险事故后受益人如何领取保险金。

- 4.1 受益人** 除另有指定外，本主险合同的受益人为被保险人本人。
- 4.2 保险事故通知** 请您、被保险人或受益人在知道保险事故发生后 10 日内通知我们。
如果您、被保险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，我们对无法确定的部分，不承担给付保险金的责任，但我们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或者虽未及时通知但不影响我们确定保险事故的性质、原因、损失程度的除外。
被保险人应在本主险合同中约定的医院就诊，若因急诊未在约定的医院就诊的，应在 3 日内通知我们，并在病情好转后及时转入约定的医院。
- 4.3 保险金申请** 在申请保险金时，请按照下列方式办理：
- 保险金申请** 由受益人填写保险金给付申请书，并提供下列证明和资料：
- (1) 保险合同；
 - (2) 受益人的**有效身份证件**³⁶；
 - (3) 医院出具的附有病理显微镜检查、血液检验及其他科学方法检验报告的疾病诊断证明书；
 - (4) 医院出具的医疗诊断书、医疗病历或出院小结、检查检验报告及药品明细处方；
 - (5) 医院出具的医疗费用原始凭证和医疗费用结算清单（被保险人享有基本医疗保险或公费医疗保障的，需包含按基本医疗保险或公费医疗有关规定取得医疗费用补偿的证明）；
 - (6) 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。
- 以上证明和资料不完整的，我们将一次性通知受益人补充提供有关证明和资料。
- 4.4 保险金的给付** 我们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 日内作出核定。
对属于保险责任的，我们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；若我们在收到保险金给付申请书及上述有关证明和资料后第 30 日仍未作出核定，除支付保险金外，我们将从第 31 日起按超过天数赔偿受益人因此受到的利息损失。利息按照我们公示的利率按单利计算，且保证该利率不低于中国人民银行公布的同期金融机构人民币活期存款基准利率。若我们要求投保人、被保险人或者受益人补充提供有关证明和资料的，则上述的 30 日不包括补充提供有关证明和资料的期间。
对不属于保险责任的，我们自作出核定之日起 3 日内向受益人发出拒绝给付保险金通知书并说明理由。
我们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

³⁶有效身份证件指政府有权机关颁发的能够证明其合法真实身份的证件或文件等，如居民身份证、按规定可使用的有效护照、营业执照等。

险金的数额不能确定的，将根据已有证明和资料对可以确定的数额先予支付；我们最终确定给付保险金的数额后，将支付相应的差额。

5 如何退保

这部分讲的是您可随时申请退保。

- 5.1 您解除合同的手续及风险** 您可以申请解除本主险合同，请填写解除合同申请书并向我们提供下列资料：
- (1) 保险合同；
 - (2) 您的有效身份证件。
- 自我们收到解除合同申请书时起，本主险合同终止。我们自收到解除合同申请书之日起 30 日内向您退还本主险合同的**现金价值**³⁷。
- 您解除合同会遭受一定损失。
解除合同后，您会失去原有的保障。

6 需关注的其他内容

这部分讲的是您应当注意的其他事项。

- 6.1 合同构成** 本保险条款、保险单或其他保险凭证、投保书、与保险合同有关的投保文件、合法有效的声明、批注、批单、附加险合同、其他书面协议都是您与我们之间订立的保险合同的构成部分。
- 6.2 合同成立与生效** 您提出保险申请、我们同意承保，本主险合同成立。
本主险合同自我们同意承保、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。
- 6.3 投保年龄** 指投保时被保险人的年龄，投保年龄以周岁计算。
本主险合同接受的投保年龄为 0 周岁至 60 周岁，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。
若您在被保险人 61 周岁至 99 周岁期间投保本产品的，需要满足以下两个条件：
- (1) 非首次投保；
 - (2) 您需在上一个保险期间届满后 60 日内提出重新投保申请。
- 6.4 年龄错误** 您在申请投保时，应将与有效身份证件相符的被保险人的出生日期在投保书上填明，如果发生错误按照下列方式办理：
- (1) 您申报的被保险人年龄不真实，并且其真实年龄不符合本主险合同约

³⁷现金价值的计算分两种情况：

- (1) 首次投保或在上一保险期间届满 60 日后重新投保的：
如果保险经过天数 ≤ 30 天， $\text{现金价值} = \text{保险费} \times (1 - 15\%)$ ；
如果保险经过天数 > 30 天， $\text{现金价值} = \text{保险费} \times (1 - 15\%) \times [1 - (\text{保险经过天数} - 30) / (\text{保险期间的天数} - 30)]$ ，经过天数不足 1 天的按 1 天计算。
- (2) 不迟于上一保险期间届满后 60 日重新投保的：
 $\text{现金价值} = \text{保险费} \times (1 - 15\%) \times (1 - \text{保险经过天数} / \text{保险期间的天数})$ ，经过天数不足 1 天的按 1 天计算。

定投保年龄限制的，我们有权解除合同，并向您退还本主险合同的现金价值。我们行使合同解除权适用“6.5 明确说明与如实告知”中合同解除权限制的规定；

- (2) 您申报的被保险人年龄不真实，致使您实付保险费少于应付保险费的，我们有权更正并要求您补交保险费。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) 您申报的被保险人年龄不真实，致使您实付保险费多于应付保险费的，我们会将多收的保险费退还给您。

6.5 明确说明与如实告知

订立本主险合同时，我们会向您说明本主险合同的内容。对本主险合同中免除我们责任的条款，我们在订立合同时会在投保书、保险单或其他保险凭证上作出足以引起您注意的提示，并对该条款的内容以书面或口头形式向您作出明确说明，未作提示或者明确说明的，该条款不产生效力。

我们就您和被保险人的有关情况提出询问，您应当如实告知。

如果您故意或者因重大过失未履行前款规定的如实告知义务，足以影响我们决定是否同意承保或者提高保险费率的，我们有权解除本主险合同。

如果您故意不履行如实告知义务，对于本主险合同解除前发生的保险事故，我们不承担给付保险金的责任，并不退还保险费。

如果您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，对于本主险合同解除前发生的保险事故，我们不承担给付保险金的责任，但会退还保险费。

我们在合同订立时已经知道您未如实告知的情况的，我们不得解除合同；发生保险事故的，我们承担给付保险金的责任。

6.6 未还款项

我们在给付各项保险金、退还现金价值或返还保险费时，如果您有欠交的保险费或其他未还清款项，我们会在扣除上述欠款及应付利息后给付。

6.7 合同内容变更

在本主险合同保险期间内，经您与我们协商一致，可以变更本主险合同的有关内容。

为了保障您的合法权益，您的住所、通讯地址或电话等联系方式变更时，请及时以书面形式或双方认可的其他形式通知我们。若您未以书面形式或双方认可的其他形式通知我们，我们按本主险合同载明的最后住所或通讯地址所发送的有关通知，均视为已送达给您。

6.8 效力终止

当发生下列情形之一时，本主险合同效力终止：

- (1) 本主险合同的被保险人身故，本主险合同效力终止，我们退还本主险合同的现金价值；
- (2) 本主险合同中列明的其他合同终止的情形。

6.9 争议处理

本主险合同履行过程中，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。

附表 1:

平安康乐医疗保险计划表

单位: 人民币元

保障项目			
年度保险金 给付限额	一般医疗保险金	住院医疗费用	200 万 (三项合计)
		指定门诊医疗费用	
		住院前后门诊急诊费用	
	恶性肿瘤(重度) 医疗保险金	恶性肿瘤(重度)住院医疗费用	200 万 (三项合计)
		恶性肿瘤(重度)指定门诊医疗费用	
		恶性肿瘤(重度)住院前后门诊 急诊费用	
年免赔额			1 万
给付比例			100% (如投保时被保险人有基本医疗保险或公费医疗,但就诊时被保险人未使用基本医疗保险或公费医疗,则该给付比例为 60%)

附表 2:

甲状腺癌的 TNM 分期

甲状腺乳头状癌、滤泡癌、低分化癌、Hürthle 细胞癌和未分化癌

pT_x: 原发肿瘤不能评估

pT₀: 无肿瘤证据

pT₁: 肿瘤局限在甲状腺内, 最大径 ≤ 2cm

T_{1a} 肿瘤最大径 ≤ 1cm

T_{1b} 肿瘤最大径 > 1cm, ≤ 2cm

pT₂: 肿瘤 2~4cm

pT₃: 肿瘤 > 4cm, 局限于甲状腺内或大体侵犯甲状腺外带状肌

pT_{3a}: 肿瘤 > 4cm, 局限于甲状腺内

pT_{3b}: 大体侵犯甲状腺外带状肌, 无论肿瘤大小

带状肌包括: 胸骨舌骨肌、胸骨甲状肌、甲状舌骨肌、肩胛舌骨肌

pT₄: 大体侵犯甲状腺外带状肌外

pT_{4a}: 侵犯喉、气管、食管、喉反神经及皮下软组织

pT_{4b}: 侵犯椎前筋膜, 或包裹颈动脉、纵隔血管

甲状腺髓样癌

pT_x: 原发肿瘤不能评估

pT₀: 无肿瘤证据

pT₁: 肿瘤局限在甲状腺内, 最大径 ≤ 2cm

T_{1a} 肿瘤最大径 ≤ 1cm

T_{1b} 肿瘤最大径 > 1cm, ≤ 2cm

pT₂: 肿瘤 2~4cm

pT₃: 肿瘤 > 4cm, 局限于甲状腺内或大体侵犯甲状腺外带状肌

pT_{3a}: 肿瘤 > 4cm, 局限于甲状腺内

pT_{3b}: 大体侵犯甲状腺外带状肌, 无论肿瘤大小

带状肌包括: 胸骨舌骨肌、胸骨甲状肌、甲状舌骨肌、肩胛舌骨肌

pT₄: 进展期病变

pT_{4a}: 中度进展, 任何大小的肿瘤, 侵犯甲状腺外颈部周围器官和软组织, 如喉、气管、食管、喉反神经及皮下软组织

pT_{4b}: 重度进展, 任何大小的肿瘤, 侵犯椎前筋膜, 或包裹颈动脉、纵隔血管

区域淋巴结: 适用于所有甲状腺癌

pN_x: 区域淋巴结无法评估

pN₀: 无淋巴结转移证据

pN₁: 区域淋巴结转移

pN_{1a}: 转移至 VI、VII 区 (包括气管旁、气管前、喉前/Delphian 或上纵隔) 淋巴结, 可以为单侧或双侧。

pN_{1b}: 单侧、双侧或对侧颈淋巴结转移 (包括 I、II、III、IV 或 V 区) 淋巴结或咽后淋巴结转移。

远处转移: 适用于所有甲状腺癌

M₀: 无远处转移

M₁: 有远处转移

乳头状或滤泡状癌 (分化型)			
年龄 < 55 岁			
	T	N	M
I 期	任何	任何	0
II 期	任何	任何	1

年龄≥55岁			
I期	1	0/x	0
	2	0/x	0
II期	1~2	1	0
	3a~3b	任何	0
III期	4a	任何	0
IVA期	4b	任何	0
IVB期	任何	任何	1
髓样癌（所有年龄组）			
I期	1	0	0
II期	2~3	0	0
III期	1~3	1a	0
IVA期	4a	任何	0
	1~3	1b	0
IVB期	4b	任何	0
IVC期	任何	任何	1
未分化癌（所有年龄组）			
IVA期	1~3a	0/x	0
IVB期	1~3a	1	0
	3b~4	任何	0
IVC期	任何	任何	1

注：以上表格中“年龄”指患者病理组织标本获取日期时的年龄。

(完)