

# 平安 e 无忧惠民版医疗保险（互联网）产品说明书

在本说明书中，“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，“合同”均指您与我们之间签订的平安 e 无忧惠民版医疗保险（互联网）合同，“条款”是指平安 e 无忧惠民版医疗保险（互联网）条款。

## 产品特点

- 保额高，住院更安心

一般医疗保险金年度给付限额 100 万，保障范围广，放心治疗

## 主要保单利益

### 保险责任

在合同保险期间内，我们承担如下保险责任：

- 一般医疗保险金

被保险人因遭受意外伤害事故或因患疾病在医院接受治疗的，我们依照下列约定在该项保险金的给付限额内给付一般医疗保险金：

#### 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的住院医疗费用，我们按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一般医疗保险金。

对合同保险期间届满前发生的且延续至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，我们按合同约定的保险金计算方法计算并给付一般医疗保险金。

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一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。

（8）药品费：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，我们按

合同约定的保险金计算方法计算并给付一般医疗保险金：

- (1) 门诊肾透析费；
- (2) 门诊恶性肿瘤治疗费，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。

### 3. 住院前后门诊急诊医疗费用

被保险人在住院前30日内或出院后30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），我们按合同约定的保险金计算方法计算并给付一般医疗保险金。

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。

### ● 重大疾病医疗保险金

被保险人经医院确诊初次发生合同“6 重大疾病释义”所定义的“重大疾病”，并在

医院接受治疗的，我们首先按照上述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，我们依照下列约定在该项保险金的给付限额内给付重大疾病医疗保险金：

### 1. 重大疾病住院医疗费用

被保险人因发生重大疾病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重大疾病住院医疗费用，我们按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重大疾病医疗保险金。

对合同保险期间届满前发生的且延续至合同保险期间届满后 30 日内的合理且必要的重大疾病住院医疗费用，我们按本主险合同约定的保险金计算方法计算并给付重大疾病医疗保险金。

合同约定的“重大疾病住院医疗费用”包含内容同上述“一般医疗保险金”中的“住院医疗费用”。

### 2. 重大疾病指定门诊医疗费用

被保险人因发生重大疾病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。

对于因上述治疗发生的合理且必要的门诊医疗费用，我们按合同约定的保险金计算方法计算并给付重大疾病医疗保险金。

### 3. 重大疾病住院前后门诊急诊费用

被保险人因重大疾病住院前30日内或出院后30日内，因为重大疾病而发生的合理且必要的门诊急诊费用（不包括上述第2项“重大疾病指定门诊医疗费用”中的治疗项目），我们按合同约定的保险金计算方法计算并给付重大疾病医疗保险金。

合同约定的“重大疾病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”。

## ● 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、城乡居民大病保险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（金额见合同附表），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、城乡居民大病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：**如被保险人在投保时选择以拥有基本医疗保险或公费医疗身份投保，但在就诊时未从基本医疗保险或公费医疗取得医疗费用补偿，则给付比例为 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、城乡居民大病保险、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。

合同保险期间内保险金年度给付限额、年免赔额、给付比例见下表：

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	100 万 (三项合计)
		指定门诊医疗费用	
		住院前后门诊急诊费用	
	重大疾病医疗保险金	重大疾病住院医疗费用	100 万 (三项合计)
		重大疾病指定门诊医疗费用	
		重大疾病住院前后门诊急诊费用	
年免赔额			一档：1 万 二档：2 万 三档：3 万
给付比例			100% (如被保险人在投保时选择以拥有基本医疗保险或公费医疗身份投保，但在就诊时未从基本医疗保险或公费医疗取得医疗费用补偿，则给付比例为 60%)

## 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，先天性畸形、变形或染色体异常引起的医疗费用；
- (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》第十次修订版（ICD-10）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）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) 被保险人服用、吸食或注射毒品;
- (18) 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;
- (19) 被保险人酒后驾驶机动车;
- (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) 所有基因疗法和细胞免疫疗法造成的医疗费用。

#### ● 其他免责条款:

除以上责任免除外,合同中还有一些免除保险人责任的条款,详见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 重大疾病释义”、“7.4 年龄错误”、“脚注 1 住院”、“脚注 2 医院”、“脚注 10 肿瘤放射疗法”及附表。

#### ● 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。

## ● 年龄错误的处理

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合同约定投保年龄限制的，我们有权解除合同，并向您退还合同的现金价值。我们行使合同解除权适用条款“7.5 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。

## ● 等待期

被保险人在合同生效之日起30日内发生疾病，因该疾病而导致住院治疗、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。

被保险人在合同生效之日起30日内经医院确诊发生合同“6. 重大疾病”所定义的“重大疾病”，我们不承担给付保险金的责任，向您返还所交保险费，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。

## 合同解除（退保）

### ● 退保金及合同解除（退保）风险：

合同成立后，您可以申请解除合同，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，合同终止。我们自收到解除合同申请书之日起 30 日内向您退还合同的现金价值。

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。

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  $\leq 30$  天，现金价值=保险费  $\times$  (1-35%)；

如果保险经过天数  $> 30$  天，现金价值=保险费  $\times$  (1-35%)  $\times$  [1 - (保险经过天数-30) / (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：

现金价值=保险费  $\times$  (1-35%)  $\times$  (1 - 保险经过天数 / 保险期间的天数)，经过天数不足 1 天的按 1 天计算。

## 投保年龄

被保险人 0 周岁(须出生满 28 日且已健康出院)至 70 周岁可投保本产品，条款“7.3 投保年龄”约定的特定情形下 71 周岁-99 周岁也可投保本产品；且须符合投保当时我们的规定。

## 保险期间

保险期间为一年，不保证续保。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。

## 交费方式

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 日内申请重新投保并经我们同意的，您应于该 60 日内支付保险费；若您未在该 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。

## 明确说明与如实告知

订立合同时，我们会向您说明合同的内容。对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，我们有权解除合同。

如果您故意不履行如实告知义务，对于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。

## 投保举例

赵先生（30 周岁，享有基本医疗保险）首次为自己投保了 1 份平安 e 无忧惠民版医疗保险（互联网），选择年免赔额 2 万。

本例中赵先生为投保人、被保险人及受益人，平安人寿为保险人。

保险金	领取人	领取背景	给付金额
一般医疗保险金	赵先生	如果等待期后赵先生经医院诊断初次发生严重慢性呼吸衰竭（合同约定的重大疾病之一）必须住院治疗，住院期间发生合同约定的住院医疗费用 72 万元，同时赵先生从基本医疗保险获得费用补偿 30 万元	（合理且必要的属于保险责任范围内的医疗费用 72 万元-基本医疗保险费用补偿 30 万元-免赔额余额 2 万元）*给付比例 100%=40 万元

## 利益演示表

单位：人民币元

保险费	一般医疗保险金年度给付限额	重大疾病医疗保险金年度给付限额	现金价值(退保金)
169 元	100 万元	100 万元	现金价值具体计算方法详见本产品说明书“合同解除（退保）”对应内容

### 重要提示：

1. 本保险产品由中国平安人寿保险股份有限公司承保、负责理赔。

2. 以上保险方案及利益演示仅供您更好地理解产品之用，您所投保产品的保险利益以保险合同中约定的为准。
3. 各项保险金的实际理赔情况以保险合同约定为准，提示您特别关注保险合同中的保险责任、责任免除及特别约定等事项。
4. 以上利益演示数据仅反映被保险人在此前未发生保险事故的情况下当前保单年度的对应数值。
5. 本产品为一年期产品，保费随被保险人年龄增加、是否首次投保等各项因素的变化可能逐年不同，具体数额详见费率表。
6. 上表所列保险利益、数值等，均根据投保案例中被保险人的周岁年龄、年免赔额档次、年免赔额余额计算所得。如果设定的周岁年龄、年免赔额档次、年免赔额余额与实际周岁年龄、年免赔额档次、年免赔额余额不同，对应的保险利益和数据等将会有所不同。
7. 被保险人经医院确诊初次发生合同约定的重大疾病，并在医院接受治疗的，我们首先按照合同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，我们再依照条款约定在该项保险金的给付限额内给付重大疾病医疗保险金。
8. 本产品保险期间为一年。以上利益演示仅展示一个保险期间数值。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。
9. 已购买其他商业费用补偿型医疗保险的客户请根据自身需求选择购买本产品。

**本产品说明书所载资料供您理解保险条款所用，各项内容均以保险条款为准。**

本产品说明书中背景突出的内容属于免除保险人责任的内容，加下划波浪线的内容为其他我们认为需要特别提示您注意的内容，请您重点关注；但具体保险责任免除、减轻及其他与您有重大利害关系的内容详见保险条款。

中国平安人寿保险股份有限公司  
深圳市福田区益田路 5033 号平安金融中心 邮编 518033  
全国统一总机 86 400 8866 338  
全国服务热线 95511