

# 平安安医保（星耀版）医疗保险产品说明书

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”指平安安医保（星耀版）医疗保险合同，“条款”指平安安医保（星耀版）医疗保险条款。

## 产品特点

- **含 0 免赔责任**

一般医疗保险金免赔额为 0 元

意外门诊急诊医疗保险金免赔额为 0 元

- **高保额医疗保障、先进药械疗法**

保险期间内保险金总给付限额 600 万

一般医疗保险金 600 万保额

重大疾病医疗保险金 600 万保额

住院期间及住院前后院外药品及医疗器械费用保险金 600 万保额

住院期间及住院前后重大疾病院外药品及医疗器械费用保险金 600 万保额

质子重离子医疗保险金 600 万保额

- **守护孩子心理健康**

提供关爱少儿特定精神疾病住院医疗保险金，保障合同约定的重度抑郁障碍、精神分裂症、双相情感障碍导致的住院医疗费用

## 主要保单利益

### 保险责任

合同的保险责任分为“基本部分”保险责任及“可选部分”保险责任。您可以单独投保

“基本部分”保险责任，也可以在投保“基本部分”保险责任的同时投保“可选部分”保险责任，但不能单独投保“可选部分”保险责任。

在合同保险期间内，我们所保障的具体保险责任由您选择并在保险单上载明。

## 基本部分

合同基本部分保险责任如下：

### ● 一般医疗保险金

被保险人因疾病或意外伤害在二级及以上医保定点医院普通部接受治疗的，我们依照下列约定给付一般医疗保险金。一般医疗保险金包含住院医疗费用、指定门诊医疗费用和住院前后门诊急诊医疗费用三项。

#### 1. 住院医疗费用

被保险人因疾病或意外伤害经二级及以上医保定点医院普通部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，我们按照合同第1.6条约定的保险金计算方法计算并在一般医疗保险金的给付限额内（见条款附录2）给付。

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、不高于普通单人间病房的住院床位费（不包括套房、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被保险人需在重症监护病房进行合理且必要的医疗而产生的床位费。

##### （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，可以作为医院独立的款项，也可以合并并在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）药品费和医疗器械使用费

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一般药品和医疗器械保障目录范围内的药品费用。药品费中不包含中草药费用。

医疗器械使用费指以治疗为目的，提供必要的医学手段而购买、租用和使用在一般药品和医疗器械保障目录范围内的医疗器械发生的费用。

#### （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）转诊救护车使用费

指住院期间以抢救生命或治疗为目的，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，救护车的使用仅限于同一地级市或直辖市中的医疗运送。

#### （12）住院期间门诊费用

指住院期间因与该次住院相同原因而产生的门诊费用，包括医生诊疗费、检查检验费、

治疗费、药品费和医疗器械使用费。

医生诊疗费指主诊医生或会诊医生的劳务费用，包括挂号费；

检查检验费、治疗费、药品费和医疗器械使用费同以上第（6）（7）（8）项约定。

## 2. 指定门诊医疗费用

被保险人因疾病或意外伤害在二级及以上医保定点医院普通部进行如下治疗发生的合理且必要的医疗费用，我们按照合同第1.6条约定的保险金计算方法计算并在一般医疗保险金的给付限额内（见条款附录2）给付。

（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（含住院和出院当日），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医疗费用（不包括上述第2项“指定门诊医疗费用”中的治疗项目），我们按照合同第1.6条约定的保险金计算方法计算并在一般医疗保险金的给付限额内（见条款附录2）给付。

合同约定的“住院前后门诊急诊医疗费用”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

指门急诊期间发生的以治疗为目的，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。

（3）检查检验费

指门急诊期间发生的以诊断为目的，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) 药品费和医疗器械使用费

药品费指门急诊期间发生的，合理且必要的由医生开具的一般药品和医疗器械保障目录范围内的药品费用。药品费中不包含中草药费用。

医疗器械使用费指以治疗为目的，提供必要的医学手段而购买、租用和使用在一般药品和医疗器械保障目录范围内的医疗器械发生的费用。

#### (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院的费用，救护车的使用仅限于同一地级市或直辖市中的医疗运送。

计算本项保险金的有效金额与计算条款1.5.4住院期间及住院前后院外药品及医疗器械费用保险金的有效金额共用，详见保险计划表（条款附录2）中约定。

### ● 重大疾病医疗保险金

被保险人经二级及以上医保定点医院普通部确诊初次发生合同“7. 重大疾病释义”所定义的“重大疾病”，并在二级及以上医保定点医院普通部接受治疗的，我们依照下列约定给付重大疾病医疗保险金。

重大疾病医疗保险金包含重大疾病住院医疗费用、重大疾病指定门诊医疗费用和重大疾病住院前后门诊急诊医疗费用三项。

#### 1. 重大疾病住院医疗费用

被保险人因发生重大疾病经二级及以上医保定点医院普通部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，我们按照合同第1.6条约定的保险金计算方法计算并在重大疾病医疗保险金的给付限额内（见条款附录2）给付。

合同约定的“重大疾病住院医疗费用”包含内容同条款“1.5.2 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二级及以上医保定点医院普通部进行如下治疗发生的合理且必要的医疗费用，我们按照合同第1.6条约定的保险金计算方法计算并在重大疾病医疗保险

金的给付限额内（见条款附录 2）给付。

（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. 重大疾病住院前后门诊急诊医疗费用

被保险人因重大疾病在住院前 30 日内或出院后 30 日内（含住院和出院当日），因为重大疾病而发生的合理且必要的门诊急诊医疗费用（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），我们按照合同第 1.6 条约定的保险金计算方法计算并在重大疾病医疗保险金的给付限额内（见条款附录 2）给付。

合同约定的“重大疾病住院前后门诊急诊医疗费用”包含内容同条款“1.5.2 一般医疗保险金”中的“住院前后门诊急诊医疗费用”。

### ● 住院期间及住院前后院外药品及医疗器械费用保险金

被保险人因疾病或意外伤害经二级及以上医保定点医院普通部确诊必须住院治疗的，在住院期间以及住院前 30 日内或出院后 30 日内（含住院和出院当日），由于本次住院治疗所需的药品或医疗器械无法在治疗医院内获得，而需从治疗医院外购买的满足以下所有条件的药品费用及医疗器械费用，我们按照合同第 1.6 条约定的保险金计算方法计算并在本项保险金的给付限额内（见条款附录 2）给付。

（一）合同约定的从治疗医院外购买药品的费用须同时满足以下所有条件：

1. 购买药品须持有当前住院治疗所在的二级及以上医保定点医院普通部的专科医生开具的外配处方，且为被保险人本次住院治疗所必需的药品；
2. 外配处方开具时该药品在一般药品和医疗器械保障目录范围内，且符合中国国家药品监督管理部门批准的药品说明书所列明的适应症和用法用量；
3. 本项责任所称药品费用不包含中草药费用；
4. 本项责任所称药品不包含已获得国家药品监督管理部门批准上市的靶向药物、免疫治

疗药物、肿瘤内分泌治疗药物、放射性药物；

5. 我们承担责任的每次院外购药的外配处方剂量不超过 30 天，不包括为未来治疗提前购买的药物；

6. 购买药品前您需提交院外购药预审核申请并经我们审核同意，具体如下：

(1) 院外购药预审核申请材料：

您在院外购买药品前须先向我们提交院外购药预审核申请，申请时需提供材料详见条款“5.3.2 院外购药预审核、重大疾病院外购药预审核、住院期间及住院前后院外药品及医疗器械费用保险金、住院期间及住院前后重大疾病院外药品及医疗器械费用保险金申请所需的证明和资料”。

(2) 院外购药给付比例 B：

您在院外购买药品前按合同约定提交院外购药预审核申请并经我们审核同意的，本项保险金的给付比例 B 为 100%；若您在院外购买药品前未提交院外购药预审核申请，购买药品后再向我们申请本项保险金并经我们审核通过的，我们按 60%的给付比例给付本项保险金；对于不符合约定条件的购药费用，无法通过预审核及保险金申请审核，我们不承担给付本项保险金的责任。

(二) 合同约定的从治疗医院外购买医疗器械的费用须同时满足以下所有条件：

1. 该医疗器械的使用须由当前治疗所在的二级及以上医保定点医院普通部的专科医生明确诊断建议开具，且属于一般药品和医疗器械保障目录范围内的医疗器械并为被保险人当前治疗所必需；

2. 该医疗器械的使用须符合中国国家药品监督管理部门批准的医疗器械说明书所列明的适用范围。

计算本项保险金的有效金额与计算条款 1.5.2 一般医疗保险金的有效金额共用，详见保险计划表（条款附录 2）中约定。

## ● 住院期间及住院前后重大疾病院外药品及医疗器械费用保险金

被保险人经二级及以上医保定点医院普通部确诊初次发生合同“7. 重大疾病释义”所定义的“重大疾病”，并经二级及以上医保定点医院普通部确诊必须住院治疗的，在住院期间

以及住院前 30 日内或出院后 30 日内（含住院和出院当日），由于本次住院治疗所需的重大疾病药品或医疗器械无法在治疗医院内获得，而需从治疗医院外购买的满足以下所有条件的重大疾病药品费用及医疗器械费用，我们按照合同第 1.6 条约定的保险金计算方法计算并在本项保险金的给付限额内（见条款附录 2）给付。

（一）合同约定的从治疗医院外购买重大疾病药品的费用须同时满足以下所有条件：

1. 购买重大疾病药品须持有当前住院治疗所在的二级及以上医保定点医院普通部的专科医生开具的外配处方，且为被保险人本次住院治疗所必需的药品；

2. 外配处方开具时该重大疾病药品在一般药品和医疗器械保障目录范围内，且符合中国国家药品监督管理部门批准的药品说明书所列明的适应症和用法用量；

3. 本项责任所称药品费用不包含中草药费用；

4. 本项责任所称药品不包含已获得国家药品监督管理部门批准上市的靶向药物、免疫治疗药物、肿瘤内分泌治疗药物、放射性药物；

5. 我们承担责任的每次重大疾病院外购药的外配处方剂量不超过 30 天，不包括为未来治疗提前购买的药物；

6. 购买重大疾病药品前您需提交重大疾病院外购药预审核申请并经我们审核同意，具体如下：

（1）重大疾病院外购药预审核申请材料：

您在院外购买重大疾病药品前须先向我们提交院外购药预审核申请，申请时需提供的材料详见条款“5.3.2 院外购药预审核、重大疾病院外购药预审核、住院期间及住院前后院外药品及医疗器械费用保险金、住院期间及住院前后重大疾病院外药品及医疗器械费用保险金申请所需的证明和资料”。

（2）重大疾病院外购药给付比例 B：

您在院外购买重大疾病药品前按合同约定提交重大疾病院外购药预审核申请并经我们审核同意的，本项保险金的给付比例 B 为 100%；若您在院外购买重大疾病药品前未提交重大疾病院外购药预审核申请，购买重大疾病药品后再向我们申请本项保险金并经我们审核通过的，我们按 60%的给付比例给付本项保险金；对于不符合约定条件的购药费用，无法通过预审核及保险金申请审核，我们不承担给付本项保险金的责任。

(二) 合同约定的从治疗医院外购买重大疾病医疗器械的费用须同时满足以下所有条件:

1. 该重大疾病医疗器械的使用须由当前治疗所在的二级及以上医保定点医院普通部的专科医生明确诊断建议开具, 且属于一般药品和医疗器械保障目录范围内的医疗器械并为被保险人当前治疗“重大疾病”所必需;

2. 该重大疾病医疗器械的使用须符合中国国家药品监督管理部门批准的医疗器械说明书所列明的适用范围。

## ● 质子重离子医疗保险金

被保险人经二级及以上医保定点医院确诊初次发生合同第1.5.11条所定义的“恶性肿瘤——重度”, 并在我们指定质子重离子医疗机构接受质子重离子放射治疗的, 对于被保险人因接受质子重离子放射治疗所实际支出的合理且必要的质子重离子医疗费用, 我们在质子重离子医疗保险金的给付限额内(见条款附录2)给付。

合同约定的“质子重离子医疗费用”包含如下内容:

### (1) 床位费

指住院期间实际发生的、不高于普通单人间病房的住院床位费(不包括套房、家庭病床)。

### (2) 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。

### (3) 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, 可以作为医院独立的款项、也可以合并并在病房费等其他款项内。

### (4) 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。

### (5) 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。

(6) 医生费

指包括外科医生、麻醉师、内科医生、专科医生的费用。

(7) 药品费和医疗器械使用费

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一般药品和医疗器械保障目录范围内的药品费用。药品费中不包含中草药费用。

医疗器械使用费指以治疗疾病为目的，提供必要的医学手段而购买、租用和使用在一般药品和医疗器械保障目录范围内的医疗器械发生的费用。

合同约定的“质子重离子医疗费用”不包括肿瘤化学疗法、肿瘤免疫疗法、肿瘤内分泌疗法和肿瘤靶向疗法所产生的医疗费用。

因本产品为费用补偿型医疗保险，对于符合一般医疗保险金、重大疾病医疗保险金、特需医疗保险金（若您选择可选部分）给付条件的质子重离子医疗费用，我们将按质子重离子医疗保险金给付，不会重复给付一般医疗保险金、重大疾病医疗保险金、特需医疗保险金。

## ● 关爱少儿特定精神疾病住院医疗保险金

被保险人经二级及以上医保定点医院普通部心理科、心身科、精神科确诊初次发生合同约定的特定精神疾病，并在二级及以上医保定点医院普通部心理科、心身科、精神科接受特定精神疾病住院治疗的，对于住院期间发生的合理且必要的特定精神疾病住院医疗费用，我们按照合同第 1.6 条约定的保险金计算方法计算并在关爱少儿特定精神疾病住院医疗保险金的给付限额内（见条款附录 2）给付。

合同约定的特定精神疾病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、不高于普通单人间病房的住院床位费（不包括套房、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 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被保险人需在重症监护病房进行合理且必要的医疗而产生的床位费。

### (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, 可以作为医院独立的款项、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) 药品费和医疗器械使用费

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一般药品和医疗器械保障目录范围内的药品费用。药品费中不包含中草药费用。

医疗器械使用费指以治疗为目的, 提供必要的医学手段而购买、租用和使用在一般药品和医疗器械保障目录范围内的医疗器械发生的费用。

### (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) 转诊救护车使用费

指住院期间以抢救生命或治疗为目的，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，**救护车的使用仅限于同一地级市或直辖市中的医疗运送。**

#### (12) 住院期间门诊费用

指住院期间因与该次住院相同原因而产生的门诊费用，包括医生诊疗费、检查检验费、治疗费、药品费和医疗器械使用费。

医生诊疗费指主诊医生或会诊医生的劳务费用，包括挂号费；检查检验费、治疗费、药品费和医疗器械使用费同以上第（6）（7）（8）项约定。

**合同约定的特定精神疾病**指经二级及以上医保定点医院普通部心理科、心身科、精神科专科医生确诊初次发生的精神分裂症、双相情感障碍或重度抑郁障碍。

合同约定的特定精神疾病的诊断必须基于 ICD-10 的标准，并需要同时满足以下条件：

(1) 住院治疗必须主要是由于合同约定的特定精神疾病，因任何其他原因或精神疾病而住院治疗除外。

**(2) 不包括因药物、酒精或药物滥用而导致的精神分裂症，以及因药物或酒精康复而住院治疗。**

### ● 意外门诊急诊医疗保险金

被保险人因意外伤害经二级及以上医保定点医院普通部的门急诊部门诊断须进行必要的门诊急诊治疗，对于被保险人发生的与该次意外伤害相关的合理且必要的门诊急诊医疗费用，我们按照合同第 1.6 条约定的保险金计算方法计算并在意外门诊急诊医疗保险金的给付限额内（见条款附录 2）给付。

合同约定的意外门诊急诊医疗费用包含如下内容：

#### (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

指门急诊期间发生的以治疗为目的，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

指门急诊期间发生的以诊断为目的，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) 药品费和医疗器械使用费

药品费指门急诊期间发生的，合理且必要的由医生开具的一般药品和医疗器械保障目录范围内的药品费用。药品费中不包含中草药费用。

医疗器械使用费指以治疗为目的，提供必要的医学手段而购买、租用和使用在一般药品和医疗器械保障目录范围内的医疗器械发生的费用。

## 可选部分

若您在投保基本部分保险责任时同时选择投保可选部分保险责任，我们将按照您的选择承担可选责任；若您未选择投保可选部分，我们不承担可选部分保险责任。

### ● 特需医疗保险金

被保险人因疾病或意外伤害在合同约定的特需医疗机构接受治疗的，我们依照下列约定给付特需医疗保险金。特需医疗保险金包含特需住院医疗费用、特需指定门诊医疗费用和特需住院前后门诊急诊医疗费用三项。

#### 1. 特需住院医疗费用

被保险人因疾病或意外伤害经合同约定的特需医疗机构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，我们按照合同第1.6条约定的保险金计算方法计算并在特需医疗保险金的给付限额内（见条款附录2）给付。

合同约定的“特需住院医疗费用”包含如下内容：

(1) 床位费

指住院期间实际发生的、不高于普通单人间病房的住院床位费(不包括套房、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 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被保险人需在重症监护病房进行合理且必要的医疗而产生的床位费。

(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，可以作为医院独立的款项、也可以合并并在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) 药品费和医疗器械使用费

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一般药品和医疗器械保障目录范围内的药品费用。药品费中不包含中草药费用。

医疗器械使用费指以治疗为目的，提供必要的医学手段而购买、租用和使用在一般药品和医疗器械保障目录范围内的医疗器械发生的费用。

(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) 转诊救护车使用费

指住院期间以抢救生命或治疗为目的，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，救护车的使用仅限于同一地级市或直辖市中的医疗运送。

(12) 住院期间门诊费用

指住院期间因与该次住院相同原因而产生的门诊费用，包括医生诊疗费、检查检验费、治疗费、药品费和医疗器械使用费。

医生诊疗费指主诊医生或会诊医生的劳务费用，包括挂号费；

检查检验费、治疗费、药品费和医疗器械使用费同以上第(6)(7)(8)项约定。

## 2. 特需指定门诊医疗费用

被保险人因疾病或意外伤害在合同约定的特需医疗机构进行如下治疗发生的合理且必要的医疗费用，我们按照合同第1.6条约定的保险金计算方法计算并在特需医疗保险金的给付限额内（见条款附录2）给付。

(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. 特需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（含住院和出院当日），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医疗费用（不包括上述第 2 项“特需指定门诊医疗费用”中的治疗项目），我们按照合同第 1.6 条约定的保险金计算方法计算并在特需医疗保险金的给付限额内（见条款附录 2）给付。

合同约定的“特需住院前后门诊急诊医疗费用”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

指门急诊期间发生的以治疗为目的，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。

（3）检查检验费

指门急诊期间发生的以诊断为目的，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）药品费和医疗器械使用费

药品费指门急诊期间发生的，合理且必要的由医生开具的一般药品和医疗器械保障目录范围内的药品费用。药品费中不包含中草药费用。

医疗器械使用费指以治疗为目的，提供必要的医学手段而购买、租用和使用在一般药品和医疗器械保障目录范围内的医疗器械发生的费用。

（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院的费用，救护车的使用仅限于同一地级市或直辖市中的医疗运送。

合同保险期间内各项年度保险金给付限额、给付比例、年免赔额数额等见下表。

## 平安安医保（星耀版）医疗保险计划表

单位：人民币元

保障区域	中国内地
------	------

保险期间内保险金总给付限额		600 万元			
各项保险金		给付限额	免赔额	给付比例	医疗机构范围
基本部分 (不含意外门诊急诊医疗保险金)	一般医疗保险金	600 万元	0 元	1. 给付比例 A: 被保险人发生的医疗费用的有效金额为 0-10000 元(含)部分(与住院期间及住院前后院外药品及医疗器械费用保险金共用), 80%; 被保险人发生的医疗费用的有效金额超过 10000 元部分(与住院期间及住院前后院外药品及医疗器械费用保险金共用), 100% 2. 给付比例 B: 100% (若您按被保险人拥有基本医疗保险或公费医疗的情况进行投保, 但申请理赔时未从上述途径获得医疗费用补偿的, 则为 60%)	二级及以上基本医疗保险定点医院普通部(不含医院特需部、国际部等, 医院不含昂贵医院等)
	重大疾病医疗保险金	600 万元	0 元	1. 给付比例 A: 100% 2. 给付比例 B: 100% (若您按被保险人拥有基本医疗保险或公费医疗的情况进行投保, 但申请理赔时未从上述途径获得医疗费用补偿的, 则为 60%)	二级及以上基本医疗保险定点医院普通部(不含医院特需部、国际部等, 医院不含昂贵医院等)
	住院期间及住院前后院外药品及医疗器械费用保险金	600 万元	0 元	1. 给付比例 A: 被保险人发生的医疗费用的有效金额为 0-10000 元(含)部分(与一般医疗保险金共用), 80%; 被保险人发生的医疗费用的有效金额超过 10000 元部分(与一般医疗保险金共用), 100% 2. 给付比例 B: 100% (若您院外购买药品前未提交院外购药预审核申请, 购买药品后再向我们申请该项保险金并经我们审核通过的, 给付比例为 60%)	二级及以上基本医疗保险定点医院普通部(不含医院特需部、国际部等, 医院不含昂贵医院等)
	住院期间及住院前后重大疾病院外药品及医疗器械费用保险金	600 万元	0 元	1. 给付比例 A: 100% 2. 给付比例 B: 100% (若您院外购买重大疾病药品前未提交院外购药预审核申请, 购买药品后再向我们申请该项保险金并经我们审核通过的, 给付比例为 60%)	二级及以上基本医疗保险定点医院普通部(不含医院特需部、国际部等, 医院不含昂贵医院等)

	质子重离子医疗保险金	600 万元 (床位费 限 1500 元/日)	0 元	100%	合同约定的质子重离子医疗机构
	关爱少儿特定精神疾病住院医疗保险金	5 万元	1 万元	1. 给付比例 A: 100% 2. 给付比例 B: 100% (若您按被保险人拥有基本医疗保险或公费医疗的情况进行投保, 但申请理赔时未从上述途径获得医疗费用补偿的, 则为 60%)	二级及以上基本医疗保险定点医院普通部 (不含医院特需部、国际部等, 医院不含昂贵医院等)
基本部分 (意外门诊急诊医疗保险金)	意外门诊急诊医疗保险金	10 万元	0 元	1. 给付比例 A: 80% 2. 给付比例 B: 100% (若您按被保险人拥有基本医疗保险或公费医疗的情况进行投保, 但申请理赔时未从上述途径获得医疗费用补偿的, 则为 60%)	二级及以上基本医疗保险定点医院普通部 (不含医院特需部、国际部等, 医院不含昂贵医院等)
可选部分	特需医疗保险金	600 万元	0 元	1. 给付比例 A: 80% 2. 给付比例 B: 100%	合同约定的特需医疗机构

## 保险金计算方法

对于一般医疗保险金、重大疾病医疗保险金、住院期间及住院前后院外药品及医疗器械费用保险金、住院期间及住院前后重大疾病院外药品及医疗器械费用保险金、关爱少儿特定精神疾病住院医疗保险金、意外门诊急诊医疗保险金、特需医疗保险金(若您选择可选部分), 我们按照如下公式计算每次就诊应当给付的金额, 在一般医疗保险金、重大疾病医疗保险金、住院期间及住院前后院外药品及医疗器械费用保险金、住院期间及住院前后重大疾病院外药品及医疗器械费用保险金、关爱少儿特定精神疾病住院医疗保险金、意外门诊急诊医疗保险金、特需医疗保险金给付限额内给付:

$$\text{一次就诊应当给付的金额} = (\text{被保险人发生的医疗费用的有效金额} - \text{年免赔额余额}) \times \text{给付比例 A} \times \text{给付比例 B}$$

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的期间；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（具体的免赔额金额详见条款附录 2）。

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行承担的部分，均可以计入免赔额，但计入金额不超过年免赔额余额；被保险人从基本医疗保险、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 A:

合同不同的保险金，给付比例 A 不同，具体如下：

保险金	给付比例 A
一般医疗保险金	80% (被保险人发生的医疗费用的有效金额为 0-10000 元(含)部分,与住院期间及住院前后院外药品及医疗器械费用保险金共用)
	100%

	(被保险人发生的医疗费用的有效金额超过 10000 元部分, 与住院期间及住院前后院外药品及医疗器械费用保险金共用)
重大疾病医疗保险金	100%
住院期间及住院前后院外药品及医疗器械费用保险金	80% (被保险人发生的医疗费用的有效金额为 0-10000 元(含)部分, 与一般医疗保险金共用)
	100% (被保险人发生的医疗费用的有效金额超过 10000 元部分, 与一般医疗保险金共用)
住院期间及住院前后重大疾病院外药品及医疗器械费用保险金	100%
关爱少儿特定精神疾病住院医疗保险金	100%
意外门诊急诊医疗保险金	80%
特需医疗保险金(若您选择可选部分)	80%

#### (6) 给付比例 B:

合同一般医疗保险金、重大疾病医疗保险金、住院期间及住院前后院外药品及医疗器械费用保险金、住院期间及住院前后重大疾病院外药品及医疗器械费用保险金、关爱少儿特定精神疾病住院医疗保险金、意外门诊急诊医疗保险金、特需医疗保险金(若您选择可选部分)的给付比例 B 均为 100%; 对于一般医疗保险金、重大疾病医疗保险金、关爱少儿特定精神疾病住院医疗保险金、意外门诊急诊医疗保险金, 若您按被保险人拥有基本医疗保险或公费医疗的情况进行投保, 但申请理赔时未从上述途径获得医疗费用补偿的, 则上述保险金的给付比例 B 均为 60%; 对于住院期间及住院前后院外药品及医疗器械费用保险金、住院期间及住院前后重大疾病院外药品及医疗器械费用保险金, 若您在院外购买药品或重大疾病药品前未提交院外购药预审核申请, 购买药品后再向我们申请保险金并经我们审核通过的, 给付比例为 60%。

## 责任延续

合同如下保险责任适用本条款。

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医

疗费用，我们按照合同约定给付保险金。

保险责任	
1.5.2	一般医疗保险金中的“1.住院医疗费用”责任
1.5.3	重大疾病医疗保险金中的“1.重大疾病住院医疗费用”责任
1.5.4	住院期间及住院前后院外药品及医疗器械费用保险金
1.5.5	住院期间及住院前后重大疾病院外药品及医疗器械费用保险金
1.5.6	质子重离子医疗保险金
1.5.7	关爱少儿特定精神疾病住院医疗保险金
1.5.9	特需医疗保险金中的“1.特需住院医疗费用”责任（若您选择可选部分）

## 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）和其他主体（包括工作单位、第三方侵权责任主体或本公司在内的任何商业保险机构等）取得医疗费用补偿的，我们将按合同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合理且必要的医疗费用扣除其所获补偿后的余额。

## 保险金给付限额

在合同保险期间内，对于合同约定的各项保险责任，被保险人不论一次或多次进行治疗，我们均按上述约定给付保险金。但各项保险金的累计给付金额以条款附录2《平安安医保（星耀版）医疗保险计划表》中约定的各项保险责任对应的给付限额为限，各项保险金的累计给付金额达到其对应的限额时，该项保险责任终止。

各项保险金给付金额之和达到约定的保险金总给付限额时，合同终止。

## 责任免除

因下列情形之一造成被保险人医疗费用支出或导致被保险人初次发生“恶性肿瘤——重度”或“重大疾病”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；
2. 遗传性疾病，先天性畸形、变形或染色体异常，先天性恶性肿瘤（BRCA1/BRCA2 基因突变家族性乳腺癌、遗传性非息肉病性结直肠癌、肾母细胞瘤即 Wilms 瘤、李-佛美尼综合症

(即 Li-Fraumeni 综合症) ) ;

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、牙科费用、非意外伤害所致整容手术;

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; 对蜘蛛脉、除瘢痕疙瘩型外的其它瘢痕、纹身去除、皮肤变色、上肢肘关节远端及面部静脉曲张的治疗或手术; 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、除腋臭;

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材料费、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、各种康复治疗器械、假体、义肢、自用的按摩保健和治疗用品、所有非处方医疗器械的购买、租赁和置换费用;

10. 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; 各类为生活提供便利和舒适的设备(如轮椅、拐杖等各类助行器械、自动床、电话托臂、床上多用桌、空调、空气净化器等其他类似设备)的购买、租赁、维修和置换费用; 保健食品及用品;

11. 被保险人感染艾滋病病毒或患艾滋病期间因疾病导致的;

12. 非医院药房购买的药品(不适用于住院期间及住院前后院外药品及医疗器械费用保险金、住院期间及住院前后重大疾病院外药品及医疗器械费用保险金); 未经医生处方自行购买的药品;

13. 滋补类中草药及其泡制的各类酒制剂;

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(不适用于关爱少儿特定精神疾病住院医疗保险金)、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、武术比赛、摔跤比赛、特技表演、赛马、赛车等高风险运动导致的伤害引起的治疗；

19. 由于职业病、医疗事故引起的医疗费用；

20. 被保险人酒后驾驶机动车；

21. 核爆炸、核辐射或核污染、化学污染；恐怖袭击、战争、军事冲突、暴乱或武装叛乱；

22. 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）；

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. 预防性治疗、休养或疗养、保健治疗、医疗鉴定、医疗咨询和健康预测；

25. 被保险人因精神疾病、未遵医嘱使用管制药物或处方药物、未按照说明书所示的内容使用非处方药物或有毒物质；

26. 康复治疗、心理治疗；

27. 姑息疗法、替代疗法、基因疗法、细胞免疫疗法、辅助疗法（如补钙、补充维生素等），再造手术、以及安全性和可靠性未经相关科学证明的诊断、治疗和外科手术所产生的任何费用；

28. 经我们审核被保险人的疾病状况，确定对申领药品已经耐药；

29. 腺样体肥大、疝气；

30. 生长发育相关的任何检验检查费用和治疗费用，包括但不限于矮小症、生长发育迟缓、性早熟、生长激素缺乏症、肢端肥大症等疾病及生长激素、胰岛素生长因子结合蛋白等药物使用。

## ● 其他免责条款

除“2.1 责任免除”外，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 保障区域”、“1.5 保险责任”、“1.6 保险金计算方法”、“1.7 补偿原则”、“5.2 保险事故通知”、“7. 重大疾病释义”、“8.3 年龄错误的处理”、“脚注 3 二级及以上医保定点医院普通部”、“脚注 4 住院”、“脚注 9 护理费用”、“脚注 13 肿瘤放射疗法”、“脚注 14 肿瘤免疫疗法”、“脚注 19 二级及以上医保定点医院”、“脚注 22 合同约定的特需医疗机构”、“脚注 23 组织病理学检查”、“脚注 62 六项基本日常生活活动”及条款附录。

## ● 保险事故通知

您、被保险人或受益人知道保险事故发生后应当在 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保险责任，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。

## ● 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单上填明，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。对于合同解除前发生的保险事故，我们不承担保险责任；

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。如果已经发生保险事故，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，我们向您退还多收的保险费。

## 等待期

自合同生效当日起（含生效当日）30日内，被保险人经医院确诊疾病，无论治疗该疾病的时间与合同生效之日是否间隔超过30日，因治疗该疾病发生的费用，我们都不承担给付任何保险金的责任。

自合同生效当日起（含生效当日）30日内，被保险人经医院确诊合同“7. 重大疾病释义”所定义的“重大疾病”或合同第1.5.11条所定义的“恶性肿瘤——重度”，我们不承担给付任何保险金的责任，向您返还所交保险费，合同终止。

上述30日的时间为等待期。

以下三种情形，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前重新投保本产品且经我们审核同意的；
3. 您已投保指定的产品，并在我们指定的期限内首次投保本产品且经我们审核同意的。

## 合同解除（退保）

### ● 退保金及合同解除（退保）风险

合同成立后，您可以解除合同，请填写解除合同通知书并向我们提供下列证明和资料：

1. 保险合同；
2. 您的有效身份证件。

自我们收到解除合同通知书时起，合同终止。我们自收到解除合同通知书之日起30日内向您退还合同的现金价值。

您解除合同可能会遭受一定损失。

基本部分（不含意外门诊急诊医疗保险金）、可选部分（特需医疗保险金）的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后重新投保本产品的：

如果保险经过天数≤30天，现金价值=保险费×（1-35%）；

如果保险经过天数 > 30 天, 现金价值=保险费 × (1-35%) × [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前重新投保、已投保指定的产品并在指定期限内首次投保本产品的:

现金价值=保险费 × (1-35%) × (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。

基本部分(意外门诊急诊医疗保险金)的现金价值的计算:

现金价值=保险费 × (1-35%) × (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。

## 投保范围

合同接受的被保险人投保年龄为 0 周岁(须出生满 28 日)至 25 周岁, 且须符合投保当时我们的规定。

## 保险期间

合同为不保证续保合同。

本产品保险期间为一年, 自合同生效时起算。保险期间届满, 您需要重新向我们申请投保本产品, 并经我们审核同意, 交纳保险费, 获得新的保险合同。

若保险期间届满时, 本产品已停止销售, 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性交清。

## 明确说明与如实告知

订立合同时, 我们应当向您说明合同的内容。对保险条款中免除我们责任的条款, 我们

在订立合同时应当在投保单、保险单或者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者口头形式向您作出明确说明，未作提示或者明确说明的，该条款不成为合同的内容。

订立合同时，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，我们不承担保险责任，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，我们不承担保险责任，但会向您退还保险费。

## 投保举例

王先生（35 周岁）为儿子安安（6 周岁，拥有基本医疗保险）首次投保平安安医保（星耀版）医疗保险，未选择投保可选部分保险责任，首次投保保险费 698 元。

保险金	领取人	给付金额	领取条件
一般住院医疗保险金	安安	$\text{赔付金额 } 18.8 \text{ 万元} = (\text{合理且必要的属于保险责任范围内的医疗费用 } 20 \text{ 万元} - \text{基本医疗保险费用补偿 } 10000 \text{ 元} - \text{年免赔额余额 } 0 \text{ 元}) \times \text{给付比例 A} \times \text{给付比例 B} = 19 \text{ 万元} \times \text{给付比例 A} \times \text{给付比例 B} = 1 \text{ 万元} \times 80\% \times 100\% + 18 \text{ 万元} \times 100\% \times 100\%$	如果等待期后安安经医院确诊疾病必须住院医疗，在合同约定的二级及以上基本医疗保险定点医院普通部住院期间发生合同约定的住院医疗费用 20 万元，同时从基本医疗保险获得费用补偿 10000 元

## 利益演示表

单位：人民币元

年龄	6 周岁
首年保险费	698
保险期间内保险金总给付限额	600 万

各项保险金给付限额	一般医疗保险金	600万
	重大疾病医疗保险金	600万
	住院期间及住院前后院外药品及医疗器械费用保险金	600万
	住院期间及住院前后重大疾病院外药品及医疗器械费用保险金	600万
	质子重离子医疗保险金	600万
	关爱少儿特定精神疾病住院医疗保险金	5万
	意外门诊急诊医疗保险金	10万
<b>现金价值</b>		现金价值具体计算方法详见本说明书“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。
3. 以上表所列保险利益、数值等，均根据投保案例中被保险人的周岁年龄、免赔额计算所得。如果设定的周岁年龄、免赔额与实际周岁年龄、免赔额不同，对应的保险利益和数据等将会有所不同。
4. 本产品的保险费按照被保险人的周岁年龄确定，同时根据首次投保或在上一保险期间届满后重新投保本产品、不迟于上一保险期间届满前重新投保、已投保指定的产品并在指定期限内首次投保本产品、有无基本医疗保险或公费医疗、是否选择可选部分等不同，所需缴纳的保费也存在不同。具体详见费率表。
5. 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，并经我们审核同意，交纳保险费，获得新的保险合同。若保险期间届满时，本产品已停止销售，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。
6. 各项保险金对应的给付限额、给付比例、免赔额，需满足合同约定的给付条件，详见条款。

7. 一般医疗保险金、重大疾病医疗保险金、住院期间及住院前后院外药品及医疗器械费用保险金、住院期间及住院前后重大疾病院外药品及医疗器械费用保险金、质子重离子医疗保险金、关爱少儿特定精神疾病住院医疗保险金、意外门诊急诊医疗保险金、特需医疗保险金，需满足约定的给付条件，详见条款。
8. 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。
9. 本资料所载内容仅供您理解保险条款所用，在某些情况下，我们不承担给付保险金的责任，具体保险责任、责任免除、合同解除及其他内容详见条款。

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