



阅 读 指 引

请扫描以查询验证条款

本阅读指引有助于您理解条款，对“平安互联网少儿门急诊（B）医疗保险”内容的解释以条款为准。

您拥有的重要权益

- ❖ 签收本主险合同后15日内您可以要求全额退还保险费.....1.6
- ❖ 被保险人可以享受本主险合同提供的保障.....2.2
- ❖ 您有退保的权利.....6.1

您应当特别注意的事项

- ❖ 我们对免除保险人责任的条款作了特别提示，详见条款正文中背景突出显示的内容.....2.2、3.1、3.2、7.1、7.2、脚注
- ❖ 退保会给您造成一定的损失，请您慎重决策.....6.1
- ❖ 费用补偿型医疗保险是适用补偿原则的.....2.2.7
- ❖ 您有及时向我们通知保险事故的责任.....5.2
- ❖ 我们对一些重要术语进行了解释，并作了显著标识，请您注意.....脚注
- ❖ 本主险合同的保险期间为1年.....1.7

条款是保险合同的重要内容，为充分保障您的权益，请您仔细阅读本条款。条款目录如下：

1. 您与我们的合同

1.1 合同构成

1.2 合同成立与生效

1.3 保险对象

1.4 投保年龄

1.5 保障区域

1.6 犹豫期

1.7 保险期间与不保证续保

2. 我们提供的保障

2.1 保险计划

2.2 保险责任

3. 责任免除

3.1 责任免除

3.2 其他免责条款

4. 如何支付保险费

4.1 保险费的支付

5. 如何领取保险金

5.1 受益人
- 5.2 保险事故通知

5.3 保险金申请

5.4 保险金的赔付

5.5 诉讼时效
6. 如何解除保险合同

6.1 您解除合同的手续及风险
7. 其他需要关注的事项

7.1 明确说明与如实告知

7.2 年龄错误

7.3 合同内容变更

7.4 联系方式变更

7.5 效力终止

附表 平安互联网少儿门急诊（B）医疗保险计划表

平安互联网少儿门急诊（B）医疗保险条款

在本条款中，“您”指投保人，“我们”、“本公司”均指平安健康保险股份有限公司。

1 您与我们的合同

- 1.1 合同构成** 本保险条款、保险合同、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、其他书面或电子协议都是您与我们之间订立的保险合同的组成部分。
“平安互联网少儿门急诊（B）医疗保险合同”以下简称为“本主险合同”。
- 1.2 合同成立与生效** 您提出投保申请，我们审核您的投保申请和被保险人健康状况后同意承保，本主险合同成立。
本主险合同自我们同意承保，并签发保险合同时开始生效，我们承担保险责任的时间以保险合同记载的保险期间为准。
- 1.3 保险对象** 本主险合同的保险对象（即被保险人）须满足以下全部条件：
1. 被保险人于本主险合同生效日前365天内在中华人民共和国境内（不包括香港、澳门及台湾地区）累计居住至少183天；若被保险人投保时不满1周岁，则被保险人在中华人民共和国境内（不包括香港、澳门及台湾地区）累计居住时间不少于自出生之日起至投保之日止累计日数的二分之一；
2. 被保险人在保险期间开始之日符合1.4条投保年龄要求；
3. 被保险人的身体健康状况能够通过我们的核保审核。
您的两名及以上的子女若均满足上述条件，可以**同时参保**¹本保险，形成家庭保单。
- 1.4 投保年龄** 指保险期间开始时被保险人的年龄，投保年龄以**周岁**²计算。
本主险合同接受的首次投保年龄为0周岁至17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。被保险人年满17周岁前（含17周岁），保险期间届满，可以重新向我们申请投保本产品，并经过我们同意，交纳保险费，获得新的保险合同。
- 1.5 保障区域** 本主险合同的保障区域为中华人民共和国境内（不包括香港、澳门及台湾地区）。除本主险合同另行约定外，被保险人在保险合同载明的保障区域外就医的，不属于保险责任范围。
- 1.6 犹豫期** 自您收到本主险合同电子保险单次日起，有15日的犹豫期。在此期间请您认真审视本主险合同，如果您认为本主险合同与您的需求不相符，您可以在在此期间提出解除本主险合同，我们将无息退还您所支付的全部保险费。解除本主险合同时，您需要填写申请书，并提供您的保险合同及有效身份

¹**同时参保**指您在一次投保行为中为两名及以上符合本主险合同约定条件的被保险人申请投保且所有被保险人均被我们同意承保的情况。

²**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。

证件。自我们收齐上述资料时起，本主险合同即被解除。犹豫期内解除保险合同的，合同解除前发生的**保险事故**³我们不承担保险责任，已经承担保险责任的情况下，被保险人应当向我们退还已经支付的保险金，您对被保险人退还保险金应承担连带责任。

1.7 保险期间与不保证续保

本主险合同的保险期间为 1 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合理建议。

2 我们提供的保障

2.1 保险计划

本主险合同的保险计划的保险金赔付限额、赔付比例、免赔额等条款未尽内容详见保险计划表。

2.2 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：

2.2.1 等待期

除另有约定外，自本主险合同保险期间开始日起 30 天内（含第 30 天）为等待期。在等待期内被保险人确诊本主险合同约定的**指定疾病**，因该疾病所产生的医疗费用，无论此等费用是否发生在等待期内，我们都不承担保险责任。

以下两种情形，无等待期：

（1）因**意外伤害**⁴发生的保险事故；

（2）根据本条款 1.7 条的约定获得新的保险合同并经我们审核免除被保险人的等待期的。

2.2.2 免赔额

除另有约定外，本主险合同中的免赔额均为次免赔额。具体是指：单一被保险人在一个保险期间内每一次就诊**⁵发生的、虽然属于保险责任范围内的医疗费用，但依照本主险合同约定仍旧由被保险人个人自行承担，我们不予赔付的金额。只有当免赔额因以下两种情况抵扣完毕时，我们才开始按照约定承担保险金赔付责任：**

1. **被保险人个人自行承担的**属于保险责任范围内的医疗费用，包括其**基本医疗保险**⁶个人账户支出的医疗费用；

2. **从基本医疗保险和公费医疗保险之外的其他途径获得的**属于保险责任范围内的医疗费用补偿。

除另有约定外，本主险合同的免赔额为次免赔额，即保险责任范围内的每一次就诊的免赔额。

请注意：通过基本医疗保险和公费医疗保险获得的补偿，不可用于抵扣免赔额。

³保险事故指发生本主险合同保险责任范围内的事件。

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。

⁵一次就诊指被保险人一个自然日内在同一医院同一科室进行一次门急诊挂号就医。

⁶基本医疗保险指《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。

2.2.3 意外门急诊保险金

在本主险合同保险期间内，被保险人因遭受意外伤害事故在本主险合同约定的**医院⁷**门诊部门或急诊部门接受治疗的，对于因此产生的、必须由被保险人个人自行承担的合理且必要的、属于**基本医疗保险范围内⁸**的**医生诊疗费⁹**、**治疗费¹⁰**、**检查检验费¹¹**、**药品费¹²**、**医疗器械使用费¹³**、**门诊手术费¹⁴**（即“门诊急诊医疗费用”）以及**基本医疗保险范围外的药品费**，我们依据 2.2.5 条保险金计算方法结合补偿原则在保险金总赔付限额内赔付意外门急诊保险金。

如无特别约定，被保险人在本主险合同约定的医院范围外接受诊疗，尤其是在私立医院，公立医院特需部、vip 部、国际部或国际医疗中心接受诊疗的，对于因此产生的医疗费用我们将不承担保险责任。

2.2.4 指定疾病门急诊保险金

在本主险合同保险期间内，被保险人因遭受意外伤害事故或在等待期后因意外伤害以外的原因，经本主险合同约定的医院确诊指定疾病的，对于在该医院的门诊部门或急诊部门接受治疗产生的、必须由被保险人个人自行承担的合理且必要的、属于**基本医疗保险范围内的医生诊疗费、治疗费、检查检验费、药品费、医疗器械使用费、门诊手术费**（即“门诊急诊医疗费用”）以及**基本医疗保险范围外的药品费**，我们依据 2.2.5 条保险金计算方法结合补偿原则在保险金总赔付限额内赔付指定疾病门急诊保险金。

指定疾病门急诊保险金有日限额的限制，每日赔付金额不超过日限额。

指定疾病包括：**病毒性肝炎、麻疹、百日咳、白喉、新生儿破伤风、新冠病毒感染、甲流、乙流、手足口病、猴痘、肺炎、气管炎、支气管炎、幼儿急疹、肠炎、扁桃体炎、喉炎、水痘、狂犬病、流行性乙型脑炎。**

如无特别约定，被保险人在本主险合同约定的医院范围外接受诊疗，尤其是

⁷医院指中华人民共和国境内（香港、澳门及台湾地区除外）合法经营的二级以上（含二级）属事业单位性质的公立医院的普通部（不包含公立医院的**特需部**、vip 部、国际部或国际医疗中心）以及本主险合同约定的其他医院。不包括疗养院、护理院、以康复治疗为主要职能的医疗机构（如康复医院）、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以及其他我们不承担保险责任的医院（具体以保险合同约定为准）。

特需部指设立于属事业单位性质的公立医院中，医疗费收费主体为属事业单位性质的公立医院，且产生的医疗费用满足以下条件之一的诊疗部门：

（1）在医疗费票据或清单中明确属特需医疗，如包含“特需”、“特需部”、“特需医疗”、“特需门诊”、“特需病房”、“特需床位”等表述；

（2）虽然未明确属特需医疗，但相关医疗费用与当地发改委、物价局等医疗服务价格管理部门发布的公立医院医疗服务价格相比有明显升高且部分或全部应当可以经基本医疗保险结算的医疗费项目因医院的原因无法经基本医疗保险结算。

⁸**基本医疗保险范围内**指根据被保险参保地的基本医疗保险政策，应当由基本医疗保险全部或部分承担的医疗费用项目。未参加基本医疗保险的被保险人，以其就诊地基本医保政策为准。

⁹**医生诊疗费**指包括外科医生、麻醉师、内科医生、专科医生的诊疗费用。

¹⁰**治疗费**指以治疗疾病为目的，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相关消耗品的费用，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、中医疗疗及其他特殊疗法费用。**

物理治疗、中医疗疗及其他特殊疗法：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；中医疗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等；其他特殊疗法包括顺势治疗、职业疗法及语音治疗等。

¹¹**检查检验费**指实际发生的，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。

¹²**药品费**指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。药品费中不包含根据中医药方组合一种或多种中药材进行内服或外用的中草药药品费（中草药饮片、中草药颗粒和中草药膏方等），本项费用仅包括条款约定的医院收取的费用（以收费票据为准）。

¹³**医疗器械使用费**指以治疗疾病为目的，为提供必要的医学手段而购买、租用和使用医疗器械所发生的费用。本项费用仅包括条款约定的医院收取的费用（以收费票据为准）。

¹⁴**门诊手术**指发生在医院门诊部门或急诊部门的合理且必要的手术医疗，门诊手术费包括外科医生费、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。本项费用仅包括条款约定的医院收取的费用（以收费票据为准）。

在私立医院，公立医院特需部、vip 部、国际部或国际医疗中心接受诊疗的，对于因此产生的医疗费用我们将不承担保险责任。

2.2.5 保险金计算方法

1. 对于一次就诊，意外门急诊保险金按如下方法计算：

我们应当赔付的保险金数额=被保险人个人自行承担的属于基本医疗保险范围内的门诊急诊医疗费用×赔付比例 A+基本医疗保险范围外的药品费×赔付比例 B

(1) 赔付比例 A 按如下两种情况确定：

(a) 如果被保险人本次就诊发生的门诊急诊医疗费用得到了基本医疗保险或公费医疗的部分补偿（即补偿金额大于 0），则赔付比例 A 为 80%；

(b) 如果被保险人本次就诊发生的门诊急诊医疗费用未得到基本医疗保险或公费医疗的补偿（即补偿金额为 0），则赔付比例 A 为 50%。

(2) 赔付比例 B 为 30%。

2. 对于一次就诊，指定疾病门急诊保险金按如下方法计算：

(1) 对于基本医疗保险范围内的医疗费用，我们应当赔付的保险金数额=（被保险人个人自行承担的属于基本医疗保险范围内的门诊急诊医疗费用-次免赔额）×赔付比例 A

(a) 赔付比例 A 确定方式同意外门急诊保险金的赔付比例 A；

(b) 次免赔额为 100 元，如本次就诊“被保险人个人自行承担的属于基本医疗保险范围内的门诊急诊医疗费用”≤100 元，则我们应当赔付的保险金额数额为 0 元。

(2) 对于基本医疗保险范围外的医疗费用，我们应当赔付的保险金数额=（基本医疗保险范围外的药品费-次免赔额余额）×赔付比例 B

(a) 次免赔额余额的确定：如本次就诊“被保险人个人自行承担的属于基本医疗保险范围内的门诊急诊医疗费用”≥100 元，则次免赔额余额=0；如本次就诊“被保险人个人自行承担的属于基本医疗保险范围内的门诊急诊医疗费用”<100 元，则次免赔额余额=100-“被保险人个人自行承担的属于基本医疗保险范围内的门诊急诊医疗费用”；

(b) 赔付比例 B 为 30%；

(c) 如本次就诊“基本医疗保险范围外的药品费”≤次免赔额余额，则我们应当赔付的保险金数额为 0 元。

对于基本医疗保险范围内的医疗费用和基本医疗保险范围外的医疗费用我们应当赔付的保险金数额之和，即为本次就诊我们应当赔付的指定疾病门急诊保险金数额。

2.2.6 赔付限额

对于上述保险责任，被保险人不论一次或多次进行治疗，我们均按上述约定赔付保险金。但各项保险金保险责任的累计赔付金额不超过保险金总赔付限额；各项保险金赔付金额之和达到约定的保险金总赔付限额时，本主险合同终止。

2.2.7 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、城乡居民大病保险、工作单位、第三方侵权责任人（包含法人）或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赔付保险金，且最高赔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。

3 责任免除

3.1 责任免除

1. 因下列情形之一导致被保险人发生保险事故或造成医疗费用支出的，我们不承担赔付保险金的责任：

- (1) 投保人对被保险人的故意杀害、故意伤害；
- (2) 被保险人故意自杀或自伤、故意犯罪或者抗拒依法采取的刑事强制措施；
- (3) 被保险人殴斗、**醉酒¹⁵**、主动吸食或注射**毒品¹⁶**；
- (4) 被保险人**酒后驾驶¹⁷**、**无合法有效驾驶证驾驶¹⁸**或**驾驶无有效行驶证的交通工具¹⁹**；
- (5) 核爆炸、核辐射与核污染、战争、军事冲突、恐怖袭击、暴乱或武装叛乱；
- (6) 精神和行为障碍治疗以及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（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）²⁰确定的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）；
- (7) 各类医疗鉴定，包括但不限于医疗事故鉴定、精神病鉴定、验伤鉴定、亲子鉴定、遗传基因鉴定费用；
- (8) 遗传性疾病和**先天性畸形、变形或染色体异常²¹**；
- (9) **既往症²²**及保险合同特别约定的除外疾病；
- (10) 被保险人感染艾滋病病毒或患艾滋病期间因疾病导致的医疗费用；
- (11) 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；
- (12) 体检、口腔科（牙科）治疗；

¹⁵**醉酒**指每百毫升血液的酒精含量大于或等于 80 毫克。醉酒的认定如有司法机关、公安部门的有关法律文件、医院的诊断书等，则以上述法律文件、诊断书等为准。

¹⁶**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。

¹⁷**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。

¹⁸**无合法有效驾驶证驾驶**指下列情形之一：

- (1) 没有取得驾驶资格的情况下驾驶任何按中华人民共和国法律法规规定应当持有驾驶资格才能够驾驶的交通工具或在驾驶此等交通工具时驾驶资格证件处于暂扣、吊销或注销状态；
- (2) 驾驶与驾驶资格不符合的交通工具或进行与驾驶资格不符合的交通运输行为，如驾驶与所持机动车驾驶证准驾车型不相符合的机动车；
- (3) 持审验不合格的驾驶证或持应审验未审验的驾驶证驾驶；
- (4) 持学习驾驶证学习驾车时，无教练员随车指导，或不按指定时间、路线学习驾车。

¹⁹**驾驶无有效行驶证的交通工具**指以下情形之一：

- (1) 被保险人所驾驶的交通工具未按中国法律规定取得行驶证等公共道路、公共水域或空域行驶资格证明；
- (2) 被保险人所驾驶的交通工具被依法注销登记的；
- (3) 被保险人所驾驶的交通工具未依法按时进行或通过机动车安全技术检验等法律规定的定期或不定期安全检验。

²⁰《**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。

²¹**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。

²²**既往症**指在本主险合同生效之前被保险人已患有的且已知晓的有关疾病或症状。

(13) 被保险人在进行符合以下一项或多项标准的高风险活动过程中发生意外伤害事故导致的就医治疗：

- 活动过程中必然涉及 2 米以上水深的自然水域水面或水下运动，包括但不限于各类、各级别的**潜水**²³、自然水域游泳（包括人工湖或人工水库）、跳水运动；
- 活动过程中必然涉及距离地面超过 10 米的高空运动，包括但不限于跳伞、蹦极、非商业性的驾驶飞机等飞行器飞行、滑翔机或滑翔伞、翼装飞行、**攀岩**²⁴等；
- 故意进入一般认知中存在生命危险的环境中或进入未经人工开发的自然区域活动，包括但不限于各类**探险**²⁵和除商业航线飞行外的航空航天活动；
- 各类搏击或类军事活动，如摔跤、**武术比赛**²⁶、彩弹射击等仿真枪战运动；
- 各类**特技表演**²⁷；
- 除竞走、跑步以外的竞速运动如赛马、赛车、竞速冰雪运动等；

(14) 被保险人接受实验性治疗（未经科学或医学认可的医疗）。

2. 符合以下任意一项情形的相关医疗费用，我们不承担保险责任：

(1) 未经医生建议自行进行的任何治疗或未经医生处方自行购买的药品；

(2) 虽然有医生建议，但相关治疗和检查检验不是在医院进行的或相关费用不是由医院收取的（以相关医疗费票据为准）；

(3) 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；

(4) 医院康复科、康复中心等以康复治疗为主要功能的科室所产生的费用；

(5) 中草药及其泡制的各类酒制剂涉及的药品费用；

(6) 各种矫治和防护医疗器械、各种康复治疗医疗器械、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。

3.2 其他免责条款

除“3.1 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“2.2 保险责任”、“5.2 保险事故通知”、“7.1 明确说明与如实告知”、“7.2 年龄错误”、脚注和附表中背景突出显示的内容。

4 如何支付保险费

4.1 保险费的支付

本主险合同的保险费按照被保险人的年龄、是否参加基本医疗保险或公费

²³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。

²⁴攀岩指攀登悬崖、楼宇外墙、人造悬崖、冰崖、冰山等运动。

²⁵探险指明知在某种特定的人工或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：攀爬建筑物、在离地超过 10 米的建筑物的顶部或建筑物外无护栏部位逗留、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。

²⁶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。

²⁷特技表演指进行马术、杂技、飞车、驯兽等表演。

医疗确定。您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。

5 如何领取保险金

- 5.1 受益人** 除另有约定外，本主险合同的受益人为被保险人本人。
- 5.2 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，不承担赔付保险金的责任，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。
被保险人未在约定的医院就诊产生的医疗费用，我们不承担保险责任。
- 5.3 保险金申请** 在申请保险金时，请按照下列方式办理：

由受益人填写保险金赔付申请书，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；
(3) 医院出具的医疗诊断书、医疗病历、检查检验报告及费用清单；
(4) 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）；
(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。
以上证明和资料不完整的，我们将及时一次性通知受益人补充提供有关证明和资料。
- 5.4 保险金的赔付** 我们在收到保险金的赔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赔付保险金的协议后 10 日内，履行赔付保险金义务；若我们在收到保险金赔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。
如我们要求您、被保险人或者受益人补充提供有关证明和资料的，那么自您、被保险人或者受益人收到补充提供有关证明和资料的通知之日起直至我们收到补充提供的有关证明和资料的期间将不计入上述 30 日。
对不属于保险责任的，我们自作出核定之日起 1 个工作日内向受益人发出拒绝赔付保险金通知书并说明理由。
我们在收到受益人的保险金赔付申请书及有关证明和资料之日起 60 日内，对赔付保险金的数额不能确定的，根据已有证明和资料可以确定的数额先予支付；我们最终确定赔付保险金的数额后，将支付相应的差额。

5.5 诉讼时效

受益人向我们请求赔付保险金的诉讼时效适用现行有效法律规定，自其知道或者应当知道保险事故发生之日起计算。

⑥ 如何解除保险合同

6.1 您解除合同的手续及风险

犹豫期后您申请解除本主险合同的，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**²⁸。

您解除合同会遭受一定损失。

⑦ 其他需要关注的事项

7.1 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。**我们的询问和您的告知将记载于本主险合同中作为保险合同的重要组成部分。**

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，我们不承担赔付保险金的责任，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，我们不承担赔付保险金的责任，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，我们承担赔付保险金的责任。

7.2 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**；

(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

²⁸现金价值的计算分两种情况：

(1) 本主险合同包含等待期的情况：

如果保险经过天数 ≤ 30 天，现金价值=已交保险费 $\times (1-35\%)$ ；

如果保险经过天数 > 30 天，现金价值=已交保险费 $\times (1-35\%) \times [1 - (\text{保险经过天数} - 30) / (\text{本合同生效日至保险费交至日的天数} - 30)]$ ，经过天数不足 1 天的按 1 天计算。

(2) 本主险合同免除等待期的情况：

现金价值=已交保险费 $\times (1-35\%) \times (1 - \text{保险经过天数} / \text{本合同生效日至保险费交至日的天数})$ ，经过天数不足 1 天的按 1 天计算。

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，在赔付保险金时按实付保险费和应付保险费的比例赔付；

（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。

7.3 合同内容变更

在本主险合同有效期内，经您与我们协商一致，可以变更本主险合同的有关内容。变更本主险合同的，应当由我们在保险单或者其他保险凭证上批注或者附贴批单，或者由您与我们订立书面的变更协议。

您通过我们同意或认可的网站等互联网渠道提出对本主险合同进行变更，视为您的书面申请，您向我们在线提交的电子信息与您向我们提交的书面文件具有相同的法律效力。

7.4 联系方式变更

为了保障您的合法权益，您的住所、通讯地址、电话或电子邮箱等联系方式变更时，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。

7.5 效力终止

当发生下列情形之一时，本主险合同效力终止：

- （1）被保险人身故；
- （2）本主险合同中列明的其他合同解除或终止的情形。

附表：

平安互联网少儿门急诊（B）医疗保险计划表

单位：人民币元

保险金总赔付限额	5000 元	
意外门急诊保险金	赔付限额	年限额同保险金总赔付限额
	次免赔额	0
	基本医疗保险范围内的“门诊急诊医疗费用”对应的赔付比例 A	如本次就诊从基本医疗保险或公费医疗取得的费用补偿金额>0：赔付比例 A 为 80% 如本次就诊从基本医疗保险或公费医疗取得的费用补偿金额=0：赔付比例 A 为 50%
	基本医疗保险范围外的“药品费”对应的赔付比例 B	30%
指定疾病门急诊保险金	赔付限额	年限额同保险金总赔付限额 日限额 500 元
	次免赔额	每次就诊 100 元； 对于基本医疗保险范围内、外的医疗费用需扣减次免赔额，优先从基本医疗保险范围内的医疗费用中扣减；详见 2.2.5 保险金计算方法
	基本医疗保险范围内的“门诊急诊医疗费用”对应的赔付比例 A	如本次就诊从基本医疗保险或公费医疗取得的费用补偿金额>0：赔付比例 A 为 80% 如本次就诊从基本医疗保险或公费医疗取得的费用补偿金额=0：赔付比例 A 为 50%
	基本医疗保险范围外的“药品费”对应的赔付比例 B	30%