**富强套餐A-1版 投保说明**

* **本方案为保险产品组合。**
* 保险合同生效时间（即保单生效时间）：保险合同于投保人提出保险申请、本公司同意承保后合同成立，保险合同自保险公司同意承保、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。
* 投保年龄规定：**16-60周岁身体健康的在职员工**；投保人首次投保后，保险期间届满再次申请投保本保险且与本公司协商一致的，在职员工其投保年龄可放宽至64周岁。
* **投保人数：**若投保单位职业类别为**1-3类职业**，则**最低**投保被保险人数为**5人**；若投保单位有**4类职业类别人员**，则**最低**投保被保险人数为**10人**；若投保单位中有**五类职业类别人员**，则最低投保被保险人数为**15人**。
* **职业限制：请投保人务必如实、准确的填写被保险人职业，本保险产品仅限承保一至五类职业人员**，职业类别以**平安养老保险股份有限公司最新职业类别表**为准。
* 投保份数限制： **仅限投保1份**。
* 保险期间：**一年，不接受小于一年的短期投保**。
* 交费方式：趸交。
* **本产品为不保证续保产品。**保险期间届满，投保人需要重新向本公司申请投保本产品，经本公司同意并交纳保险费，获得新的保险合同。**若本公司停止本产品的销售，将会及时通知，本公司自停止销售时起不再接受投保申请。**
* 保障内容及特别约定：

适用标准条款：《平安团体意外伤害保险（2022版）（B款）》平保养发【2022】348号（代码P3412），《平安附加意外伤害团体医疗保险》平保养发【2020】413号（代码P0512），《平安附加意外伤害住院现金补贴团体医疗保险》平保养发【2020】413号（代码P0610）。

币种：人民币

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **保险责任** | **责任描述** | **保险金额** |
| 意外身故（P3412） | 意外身故 | 90万元 |
| 意外伤残（P3412） | 《劳动能力鉴定职工工伤与职业病致残等级》（GB/T 16180-2014）**中1-10级保险责任，给付比例分别为一级100%、二级80%、三级60%、四级50%、五级30%、六级20%、七级15%、八级8%、九级5%、十级3%** |
| 猝死（P3412） | 猝死 | 30万元 |
| 意外医疗（P0512） | 基本医疗保险范围内合理医疗费用，**100%赔付** | 90万元 |
| 意外住院津贴（P0610） | 意外住院天数乘以日津贴额，**最高180天** | 200元/天 |

* **特别约定：**

**1、我公司仅承担中华人民共和国境内责任（不含港澳台）；2、猝死指表面健康的人因潜在疾病、机能障碍在出现症状后24小时内发生的非暴力性突然死亡。该急性症状是被保险人在保险合同生效之前未曾接受诊断或治疗且在保险合同的有效期间内突然发生的。猝死的认定以医疗机构的诊断或公安、司法机关的鉴定以及有资质的鉴定机构出具的鉴定报告为准；3、意外伤残责任按《劳动能力鉴定职工工伤与职业病致残等级》（GB/T16180-2014）（职业病除外）执行，其中赔付比例依次为一级100%、二级80%、三级60%、四级50%、五级30%、六级20%、七级15%、八级8%、九级5%、十级3%，等级不累计计算；4、P0512承担被保险人每次意外事故发生后180日内，符合当地基本医疗保险规定范围内的合理医疗费用，按100%比例给付意外医疗保险金；5、首次投保前已患疾病、先天性疾病、遗传性疾病以及上述疾病的并发症导致的保险事故为除外责任；6、无其他特别约定。**

* **责任免除：**

**1、因下列情形之一，造成被保险人意外身故、猝死、意外伤残的，本公司不承担给付《平安团体意外伤害保险（2022版）（B款） 条款，平保养发[2022]348号》中所列的保险金的责任：**

**（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或自杀，但被保险人自杀时为无民事行为能力人的除外；**

**（三）被保险人殴斗、醉酒，主动吸食或注射毒品；**

**（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，或驾驶无有效行驶证的机动车；**

**（五）战争、军事冲突、暴乱或武装叛乱；**

**（六）核爆炸、核辐射或核污染；**

**（七）遗传性疾病、先天性畸形、变形和染色体异常；**

**（八）被保险人因妊娠（含宫外孕）、流产、分娩（含剖宫产）导致的伤害；**

**（九）被保险人因医疗事故（8.25）、药物过敏或精神和行为障碍（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）导致的伤害；**

**（十）被保险人未遵医嘱，私自使用药物，但按使用说明的规定使用非处方药不在此限；**

**（十一）细菌或病毒感染（因意外伤害导致的伤口发生感染者除外）；**

**（十二）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。**

**（十三）既往症（仅适用于猝死保险金责任）。**

**2、因下列情形之一造成被保险人医疗费用支出的，本公司不承担给付《平安附加意外伤害团体医疗保险条款，平保养发[2020]413号》中所列的保险金的责任：**

**（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；**

**（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，或驾驶无有效行驶证的机动车；**

**（五）战争、军事冲突、暴乱或武装叛乱；**

**（六）核爆炸、核辐射或核污染；**

**（七）被保险人因妊娠（含宫外孕）、流产、分娩（含剖宫产）导致的伤害；**

**（八）椎间盘突出症（包括椎间盘膨出、椎间盘突出、椎间盘脱出、游离型椎间盘等类型）；**

**（九）被保险人因医疗事故、药物过敏或精神和行为障碍（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）》确定）导致的伤害；**

**（十）被保险人未遵医嘱，私自使用药物，但按使用说明的规定使用非处方药不在此限；**

**（十一）细菌或病毒感染（因意外伤害导致的伤口发生感染者除外）；**

**（十二）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。**

**3、因下列情形之一造成被保险人住院治疗的，本公司不承担给付《平安附加意外伤害住院现金补贴团体医疗保险条款,** **平保养发[2020]413号》所列的保险金的责任：**

**（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；**

**（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，或驾驶无有效行驶证的机动车；**

**（五）战争、军事冲突、暴乱或武装叛乱；**

**（六）核爆炸、核辐射或核污染；**

**（七）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；**

**（八）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）》确定）、性病；**

**（九）疗养、矫形、视力矫正手术、美容、牙科保健及康复治疗、非意外事故所致整容手术；**

**（十）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；**

**（十一）椎间盘突出症（包括椎间盘膨出、椎间盘突出、椎间盘脱出、游离型椎间盘等类型）；**

**（十二）细菌或病毒感染（因意外伤害导致的伤口发生感染者除外）。**

* **争议解决：**

**1、凡因执行本协议及保险协议产生的一切争议，双方均应友好协商解决。**

**2、如协商不能解决，甲、乙双方均有权向对应承保保单的省级分公司所在地法院提起诉讼，通过诉讼方式解决争议的内容。**

* **其他投保要求：**

1. **投保人员清单中所有被保险人的职业类别需详细清楚告知。被保险人变更职业时，投保人应于十日内以书面形式通知本公司。若其职业危险程度增加时，本公司自接到通知之日起按其变更后职业费率增收未满期保险费。危险程度增加后未通知而发生保险事故的，本公司按其原收保险费与应收保险费的比例计算给付保险金；但若变更后职业属本公司拒保范围内(即不符合本次投保产品投保规则)的，本公司不承担给付保险金责任。**

**注：以上保险项目的保险责任见适用条款的具体说明，请在投保前，仔细阅读本保险条款，详细了解双方的权利义务；正式保险单签发后请详细审阅保单上的各项内容及有关条款，如有错漏请及时通知更正。除本投保说明所做出的规定外，一切与保险合同条款相违背的说明均属无效。**

**2、我公司不会以任何形式销售非平安集团（指中国平安保险（集团）股份有限公司及其直接或间接控股的公司）的理财投资类金融产品，请您注意保护自身权益。**

* **公司偿付能力信息披露：**

**本投保人已知悉保险人偿付能力充足率达到监管要求，并知悉可浏览**

**http://yl.pingan.com/px/publicInfoDisclosure/infoDisclosure/solvencyInfo.shtml查询贵公司最新的偿付能力信息。**

|  |
| --- |
| **投保人声明：**  **本单位已阅读本投保说明并已完全理解保险责任、免责条款，确认保险人已对前述条款进行提示和明确说明，同意遵守投保说明内容，并承诺与被保险人存在劳动关系，如不具有劳动关系，保险人有权解除保险合同。本单位及被保险人提供的各项告知及体检报告均真实、有效。如有隐瞒或不实告知，本单位愿意承担由此带来的法律后果。**  **投保人签章： 签章日期：** |

* **全国统一出险报案电话：95511-#-6-8。**