

中国太平洋财产保险股份有限公司
附加学生幼儿住院医疗保险（2020 版）条款

总则

第一条 本附加险合同（以下简称“本保险合同”）附加于个人类学生幼儿意外伤害保险合同（以下简称“主险合同”）。本保险合同由保险条款、投保单、保险单、保险凭证以及批单等组成。凡涉及本保险合同的约定，均应采用书面形式。

第二条 被保险人应为主险合同的被保险人。

第三条 除另有约定外，本保险合同的住院医疗费用保险金、疾病全残保险金受益人为被保险人本人，疾病身故保险金受益人为被保险人的继承人或依法享有保险金请求权的其他自然人。

保险责任

第四条 在本保险合同保险期间内，保险人按下列约定承担保险责任：

一、住院医疗费用保险金

除另有约定外，自本保险合同生效日起 90 日为等待期，在本保险合同保险期间内，被保险人因遭受意外伤害或者自等待期（及时续保者免等待期）后因疾病住院治疗，保险人依下列约定给付保险金：

（一）被保险人在保险人认可的医疗机构住院诊疗所支出的、符合当地基本医疗保险主管部门规定可报销的每次住院医疗费用，保险人在住院医疗费用保险金额范围内，在扣除约定免赔额后按投保时投保人选择的本保险合同所附的分级累进制《住院医疗费用分级累进给付比例表》给付比例档次所约定的级距分段和给付比例给付住院医疗费用保险金或扣除约定免赔额后按照非分级累进制约定的给付比例给付住院医疗费用保险金。

（1）免赔额：指每次事故免赔金额。**除另有约定外，本合同的免赔额为100元。**若被保险人已从保险人在内的商业保险机构获得医疗费用补偿，可用于抵扣免赔额但不可抵扣级距分段中的比例扣减金额或非分级累进制约定比例的扣减金额。商业保险机构以外的任何机构获得的医疗费用补偿，均不可抵扣免赔额及级距分段中的比例扣减金额或非分级累进制约定比例的扣减金额。

（2）给付比例：本合同给付比例分为分级累进制给付比例和非分级累进制给付比例，分级累进制给付比例是指《住院医疗费用分级累进给付比例表》级距分段对应的每次住院医疗费用给付比例，非分级累进制给付比例由双方约定。本合同采用分级累进制时，由投保人从《住院医疗费用分级累进给付比例表》中选择给付比例档次，投保人未选择时，**默认档次为A档。**本合同采用非分级累进制时，除另有约定外，**给付比例为80%。**

（3）级距分段：指采用分级累进制时，《住院医疗费用分级累进给付比例表》中的每次住院医疗费用分段，每次住院医疗费用从第一分段开始计算，超出部分纳入第二分段进行计算，以此类推。

免赔额、给付比例分别按照被保险人是否采用分级累进制由投保人和保险人在投保时约定。

（二）被保险人因疾病或意外伤害而住院治疗，到保险期间届满仍未结束的，保险人在本附加险合同保险责任范围内继续承担给付保险金责任，**其中疾病住院治疗最长可至保险期间届满之日起第 90 日止，意外伤害住院治疗最长可至意外伤害发生之日起第 180 日止。**

（三）本合同属于费用补偿型医疗保险合同，保险人在本保险合同保险责任范围内给付

保险金，但若被保险人已从其它途径（包括但不限于基本医疗保险、工作单位、保险人在内的任何商业保险机构等）取得补偿，对于与当地基本医疗保险支付范围相符的合理医疗费用，保险人在扣除其他途径的补偿后，在住院医疗费用保险金额的限额内按照本保险合同约定给付住院医疗费用保险金。

（四）保险人按照本款约定对被保险人所负的住院医疗保险责任以保险单所载的住院医疗费用保险金额为限，一次或累计给付的保险金达到住院医疗费用保险金额时，保险人对被保险人的本款保险责任终止。

二、疾病身故保险金（可选）

除另有约定外，自本保险合同生效日起 90 日为等待期，被保险人在保险期间内自等待期（及时续保者免等待期）后初次罹患的疾病导致在保险期限内身故，保险人按疾病身故保险金额一次性给付疾病身故保险金。保险人对被保险人的保险责任终止。

上述责任为可选，如未在保险单中列明，保险人不承担赔偿责任。

三、疾病全残保险金（可选）

除另有约定外，自本保险合同生效日起 90 日为等待期，被保险人在保险期间内自等待期（及时续保者免等待期）后初次罹患的疾病并直接导致被保险人在保险期限内达到《人身保险伤残评定标准及代码》[中国保险监督管理委员会发布(保监发[2014]6 号)并经国家标准化管理委员会备案(JR/T 0083-2013)]所列伤残程度第一级的任一者，保险人按疾病全残保险金额一次性给付疾病全残保险金。保险人对被保险人的本款保险责任终止。

上述责任为可选，如未在保险单中列明，保险人不承担赔偿责任。

本附加险的主险合同为¹人身意外保险且投保人选择投保疾病身故保险责任的，被保险人在主险意外身故、疾病身故中只能选择一项索赔。

责任免除

第五条 本保险合同的责任免除如下：

一、主险合同各项责任免除，也适用于本保险合同；

二、因发生下列原因或情形之一而发生医疗费用的，保险人不负住院医疗费用保险金给付责任：

（一）投保人、被保险人的故意行为；

（二）先天性畸形、变形或染色体异常。

三、保险人对下列费用不负住院医疗费用保险金给付责任：

（一）用于矫形、整容、美容、器官移植或修复、安装及购买残疾用具（如轮椅、假肢、助听器、假眼、配镜等）的费用；

（二）被保险人体检、疗养、心理咨询或康复治疗的费用；

（三）被保险人在非保险人认可医疗机构的医疗费用；

（四）各种间接损失，包括交通费、食宿费、生活补助费、误工补贴费等；

（五）被保险人投保前已有残疾的治疗和康复。

四、出现下列情形之一，导致被保险人身故或全残，保险人不承担给付疾病身故保险金及疾病全残保险金的责任：

（一）投保人、被保险人的故意行为；

- (二) 被保险人犯罪或抗拒依法采取的刑事强制措施;
- (三) 被保险人服用、吸食或注射毒品;
- (四) 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;
- (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、变形或染色体异常;
- (八) 被保险人遭受意外伤害, 并因本次意外伤害直接导致被保险人身故或全残。

保险期间

第六条 本保险合同保险期间与主险合同一致, 除另有约定外, 本保险合同保险期间最长为一年, 以保险单载明的起讫时间为准。

保险金额和保险费

第七条 保险金额是保险人承担给付保险金责任的最高限额。

保险金额由投保人、保险人双方约定, 并在保险单中载明。保险金额一经确定, 中途不得变更。

投保人应该按照合同约定向保险人交纳保险费。

保险金申请与给付

第八条 保险金申请人向保险人申请给付保险金时, 应提交以下材料。保险金申请人因特殊原因不能提供以下材料的, 应提供其他合法有效的材料。**保险金申请人未能提供有关材料, 导致保险人无法核实该申请的真实性的, 保险人对无法核实部分不承担给付保险金的责任:**

一、住院医疗费用保险金申请

- (一) 保险金给付申请书;
- (二) 保险单原件;
- (三) 保险金申请人的身份证明;

(四) 保险人认可的医疗机构出具的附有病理检查、化验检查、血液检查及其它诊断报告的疾病诊断证明书、病历、住院证明、出院小结、医疗费用原始发票、住院医疗费用结帐明细清单等;**如投保时被保险人有基本医疗保险, 但保险金申请人未能提供被保险人已获基本医疗保险保障的医疗费用补偿凭证, 将被视同被保险人未参加基本医疗保险保障, 给付比例将按保险单约定给付比例降低 5 个百分点;**

(五) 转院治疗者须提供转出医院的转院证明;

(六) 保险金申请人所能提供的与确认保险事故的性质、原因、损失程度等有关的其他证明和资料。

二、疾病身故保险金申请

- (一) 保险金给付申请书;
- (二) 保险单原件;

(三) 保险金申请人的身份证明;

(四) 公安部门出具的被保险人户籍注销证明、中华人民共和国境内二级以上(含二级)或保险人认可的医院出具的被保险人身故证明书;

(五) 保险金申请人所能提供的与确认保险事故的性质、原因、损失程度等有关的其他证明和资料;

(六) 保险金作为被保险人遗产时, 必须提供可证明合法继承权的相关权利文件。

保险人认为保险金申请人提供的有关索赔的证明和资料不完整的, 将及时一次性通知补充提供。

若保险金申请人委托他人申请的, 还应提供授权委托书原件、委托人和受托人的身份证明等相关证明文件。受益人为无民事行为能力人或者限制民事行为能力人的, 由其监护人代为申领保险金, 并需要提供监护人的身份证明等资料。

三、疾病全残保险金申请

(一) 保险金给付申请书;

(二) 保险单原件;

(三) 保险金申请人的身份证明;

(四) 保险人认可的残疾鉴定机构出具的被保险人残疾程度鉴定书;

(五) 保险金申请人所能提供的与确认保险事故的性质、原因、损失程度等有关的其他证明和资料。

保险人认为保险金申请人提供的有关索赔的证明和资料不完整的, 将及时一次性通知补充提供。

若保险金申请人委托他人申请的, 还应提供授权委托书原件、委托人和受托人的身份证明等相关证明文件。受益人为无民事行为能力人或者限制民事行为能力人的, 由其监护人代为申领保险金, 并需要提供监护人的身份证明等资料。

投保人解除保险合同

第九条 若投保人解除主险合同, 本保险合同一并解除, 合同解除后, 保险人参照主险合同有关规定退还本保险合同的未满期净保险费。如投保人申请解除本保险合同, 须填写解除合同申请书并向保险人提供下列资料:

(一) 保险合同;

(二) 投保人的有效身份证件。

自保险人收到解除合同申请书时起, 本保险合同终止。保险人自收到解除合同申请书之日起 30 日内向投保人退还本保险合同的未满期净保险费。

条款适用

第十条 本保险合同所记载事项, 如与主险合同相抵触之处, 以本保险合同为准, 未尽事宜, 适用主险合同的规定。

释义

第十一条 除另有约定外, 本保险合同中的下列词语具有如下含义:

意外事故: 指外来的、突发的、不可预见的、非本意的和非疾病的导致被保险人的身体受到伤害的客观事件。

住院：指被保险人因意外或疾病而入住医院的正式病房进行治疗，并正式办理入院手续，不包括入住门诊观察室、家庭病床、其他挂床住院及不合理的住院。同一原因多次住院治疗且相邻两次住院出入院间隔时间小于 90 天的，视作同一次住院。

保险人认可的医疗机构：保险公司在保险单、批单或者批注中列明的医疗机构。未约定定点医院，则指中华人民共和国境内（港、澳、台地区除外）合法经营的二级以上（含二级）公立医院。

续保：投保人在合同终止之日起三十日内（含）提出继续投保申请且经保险人同意的，视为续保。投保人在合同终止之日后第三十日后提出继续投保申请的，为新投保。

疾病：被保险人在本保险合同生效后初次罹患的疾病。

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。

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。

未到期净保费： $\text{未到期净保险费} = \text{保险费} \times [1 - (\text{保险单已经过天数} / \text{保险期间天数})] \times (1 - \text{费用比例})$ 。经过日数不足一日的按一日计算。除保险单另有约定外，费用比例同主险。

净保费指投保人所缴纳的保险费扣除每张保险单平均承担的保险人各项费用（含营业费用、代理费、各项税金、保险保障基金等）后的余额。

《住院医疗费用分级累进给付比例表》

级距分段	给付比例						
	A 档	B 档	C 档	D 档	E 档	F 档	G 档
不超过 1000 元(含 1000 元)的部分	55%	50%	45%	40%	35%	30%	100%
1000 元以上至 5000 元(含 5000 元)部分	65%	60%	55%	50%	45%	40%	100%
5000 元以上至 10000 元(含 10000 元)部分	75%	70%	65%	60%	55%	50%	100%
10000 元以上至 30000 元(含 30000 元)部分	85%	80%	75%	70%	65%	60%	100%
30000 元以上部分	95%	90%	85%	80%	75%	70%	100%

注 1：本表“给付比例”按被保险人索赔时可获得基本医疗保险保障设置。