

中国太平洋人寿保险股份有限公司 附加学生、幼儿住院医疗保险条款

(2009年8月呈报中国保险监督管理委员会备案)

第一条 合同构成

附加学生、幼儿住院医疗保险合同(以下简称“本附加险合同”)是学生、幼儿意外伤害保险合同(以下简称“主险合同”)的附加险合同。依主险合同投保人的申请,经本公司同意而订立。

本附加险合同由保险单及所附条款、批注、附贴批单、投保单以及相关的文件、声明、本附加险合同书面协议构成。

“附加学生、幼儿住院医疗保险”简称“附加学生、幼儿住院”。

第二条 合同成立与生效

投保人提出保险申请、本公司同意承保,本附加险合同成立。

合同生效日期在保险单上载明。

第三条 投保范围

本附加险合同的投保范围与主险合同相同。

第四条 保险责任

在本附加险合同保险期间内,本公司承担如下保险责任:

一、住院医疗保险责任:

被保险人遭受意外伤害或自本附加险合同生效之日起90日后(依本附加险合同第八条约定续保的不受该90日规定的限制)因疾病在二级以上(含二级)医院或本公司认可的其它医疗机构住院诊疗实际发生的、符合当地社会医疗保险规定可报销的医疗费用,本公司每次扣除100元免赔额后,按下表规定的比例分级累进给付医疗保险金。

住院医疗费用支出	对应部分给付比例
人民币100元以上至1,000元部分	50%
人民币1,000元以上至5,000元部分	60%
人民币5,000元以上至10,000元部分	70%
人民币10,000元以上至30,000元部分	80%
人民币30,000元以上部分	90%

二、特定疾病门诊医疗保险责任:

被保险人自本附加险合同生效之日起90日后(依本附加险合同第八条约定续保的不受该90日规定的限制),初次患下列疾病所发生的特定医疗费用,本公司按本条第一款规定的比例分级累进给付特定疾病门诊医疗保险金,但一次或累计给付的特定疾病门诊医疗保险金最高不超过保险金额的25%。

(一)恶性肿瘤或再生障碍性贫血的门诊治疗费用;

(二)慢性肾功能衰竭(尿毒症期)的透析治疗费用及肾移植手术后的抗排异药品费用。

三、若被保险人已从其他途径获得医疗费用补偿或给付,本公司对其意外伤害或疾病实际发生的、符合当地社会医疗保险规定可报销的医疗费用,在扣除从其他途径获得的医疗费用补偿或给付后,按其余额给付医疗保险金,但住院医疗保险责任最高不超过按本条第一款计算所得的金额,特定疾病门诊医疗保险责任最高不超过按本条第二款计算所得的金额。

四、保险期间届满被保险人治疗仍未结束,本公司将继续承担保险责任直至被保险人治疗结束,但自保险期间届满次日起,本公司承担的住院医疗责任最长不超过90日,特定疾病门诊医疗责任最长不超过15日。

五、本公司承担的保险责任以本附加险合同约定的保险金额为限。本公司一次或者累计给付的住院医疗保险金与特定疾病门诊医疗保险金之和达到本附加险合同约定的保险金额时,本附加险合同终止。

第五条 责任免除

因下列情形之一，造成被保险人医疗费用支出的，本公司不负给付保险金责任：

- 一、主险合同“责任免除”条款所列情形；
- 二、被保险人健康护理等非治疗性行为；
- 三、被保险人家庭病床或挂床治疗；
- 四、被保险人洗牙、洁齿、验光、装配假眼、假牙、假肢或助听器；
- 五、被保险人患性病或精神病；
- 六、被保险人患先天性疾病或遗传性疾病；
- 七、被保险人在本附加险合同生效前已患疾病或已有残疾的治疗和康复；
- 八、自本附加险合同生效之日起 90 日内患疾病直至痊愈所支出的医疗费用（依本附加险合同第八条的约定续保的不受该 90 日规定的限制）；
- 九、被保险人因第三者伤害而发生的医疗费用中依法已由他人承担的部分；
- 十、被保险人已从其他途径获得医疗费用补偿或给付的部分；
- 十一、当地社会医疗保险规定不属于报销范围的诊疗项目或药品。

第六条 保险期间

本附加险合同须与主险合同同时投保，保险期间为 1 年。保险期间在保险单上载明。

第七条 保险金额及保险费

- 一、本附加险合同的保险金额由投保人和本公司协商确定，但最低为 10000 元。
- 二、保险费依据保险金额和保险费率计收，由投保人在投保时一次性支付。

第八条 续保

投保人在保险期间届满的 10 日前，可以提出续保一年的书面申请，经本公司审核同意，并由投保人在保险期间届满前支付续保保险费后，本附加险合同于保险期间届满的次日起延续有效一年。

本公司保留拒绝续保或者在续保时调整保险费的权利。

第九条 医疗机构

被保险人遭受意外伤害或患疾病需住院治疗的，应在二级以上（含二级）医院或者本公司认可的其它医疗机构治疗，但遭受意外伤害的急、危、重病人不受上述限制。被保险人经急救病情稳定后，应转入二级以上（含二级）医院或者本公司认可的其它医疗机构治疗。

第十条 受益人

除另有指定外，本附加险合同保险金的受益人为被保险人本人。

第十一条 保险金申请

申请人须填写保险金给付申请书，并提供下列证明和资料：

- 一、保险合同或其他保险凭证；
- 二、申请人的有效身份证件；
- 三、二级以上（含二级）医院或本公司认可的其它医疗机构出具的医疗费用原始凭证、诊断证明及病历；
- 四、所能提供的与确认保险事故的性质、原因等相关的其他证明、资料。

以上证明和资料不完整的，本公司将及时一次性通知申请人补充提供有关证明和资料。

第十二条 保险金给付

本公司在收到保险金给付申请书及合同约定的证明和资料后，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，本公司在与受益人达成给付保险金的协议后 10 日内，履行给付保险金义务。

本公司未及时履行前款规定义务的，除支付保险金外，应当赔偿受益人因此受到的损失。前述“损失”是指根据中国人民银行公布的同时期的人民币活期存款基准利率计算的利息损失。

对不属于保险责任的，本公司自作出核定之日起 3 日内向受益人发出拒绝给付保险金通知书并说明理

由。

本公司在收到保险金给付申请书及有关证明和资料之日起 60 日内，对给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；本公司最终确定给付保险金的数额后，将支付相应的差额。

第十三条 诉讼时效

受益人向本公司请求给付保险金的诉讼时效期间为 2 年，自其知道或应当知道保险事故发生之日起计算。

第十四条 投保人解除合同的手续及风险

如投保人申请解除本附加险合同，请填写解除合同申请书并向本公司提供下列资料：

- 一、保险合同；
- 二、投保人的有效身份证件。

自本公司收到解除合同申请书时起，本附加险合同终止。本公司自收到解除合同申请书之日起 30 日内向投保人退还保险单的现金价值。已发生过保险金给付或保险事故已发生将发生保险金给付的，投保人不得要求解除本附加险合同。

投保人解除合同会遭受一定损失。

第十五条 附加险合同终止

一、发生下列情况之一时，本附加险合同终止：

- (一) 主险合同终止；
- (二) 投保人解除本附加险合同；
- (三) 被保险人身故；
- (四) 本附加险合同保险期间届满且投保人未按照本附加险合同第八条约定进行续保的；
- (五) 本附加险合同约定的合同终止的其他情形。

二、本附加险合同因本条（一）、（二）或（三）规定终止时，如本附加险合同在该保险期间内未发生保险金给付，本公司向投保人退还保险单的现金价值。

第十六条 附则

一、本附加险合同未约定事项，以主险合同为准，若主险合同与本附加险合同的条款相抵触的，则以本附加险合同的条款为准；

二、主险合同无效，本附加险合同亦无效。

第十七条 释义

意外伤害：是指遭受外来的、突发的、非本意的、非疾病的客观事件直接致使身体受到的伤害。

恶性肿瘤：是指恶性细胞不受控制地生长与播散并侵袭和破坏正常组织，需要进行药物或手术（不包括内窥镜）治疗，在世界卫生组织颁布的《疾病和有关健康问题的国际统计分类》中属于恶性肿瘤类目的疾病。确诊恶性肿瘤必须有相关的病理检验。

以下疾病不属于本附加险合同约定的恶性肿瘤：

- 一、第一期何杰金氏病；
- 二、慢性淋巴性白血病；
- 三、原位癌；
- 四、恶性黑色素瘤以外的各种皮肤癌。

性病：是指由性行为接触为主要传播途径的、严重危害健康的传染性疾病，包括淋病、梅毒、非淋菌性尿道炎、尖锐湿疣、生殖器疱疹、软下疳、性病性淋巴肉芽肿、艾滋病等疾病。

精神病：是指精神活动的异常成为精神症状，达到一定严重程度、并且达到足够的频度或持续时间，造成主观痛苦和社会功能损害，最终符合现行诊断标准中的某类精神障碍诊断的疾病。

先天性疾病：指被保险人一出生时就具有的疾病（病症或体征）。这些疾病是指因人的遗传物质（包括染色体以及位于其中的基因）发生了对人体有害的改变而引起的，或因母亲怀孕期间受到内外环境中某

些物理、化学和生物等因素的作用，使胎儿局部体细胞发育不正常，导致婴儿出生时有关器官、系统在形态或功能上呈现异常。

遗传性疾病：是指遗传物质（基因或染色体）发生有害改变引起的疾病。

其他途径获得的医疗费用补偿或给付：指被保险人从工作单位、社保机构、保险公司（含本公司）或对其承担民事责任的第三人等获得的补偿、赔偿或给付。

本附加险合同生效前已患疾病或已有残疾：是指参加本保险之前被保险人已有的疾病或残疾。

本公司认可的其它医疗机构：是指在保险单（凭证）、批单或批注中列明的医疗卫生机构。

有效身份证件：指由政府主管部门规定的证明其身份的证件，如：居民身份证、按规定可使用的有效护照、军官证、警官证、士兵证、户口簿等证件。

现金价值：指本附加险合同保险单所具有的价值，通常体现为解除合同时，根据精算原理计算的，由本公司退还的那部分金额。现金价值 = 本附加险合同的保险费 × 0.75 × (1 - 经过月数/保险期间月数)，经过月数不足月的部分按经过一个月计算。

情形复杂：指保险事故的性质、原因、伤害或损失程度等在本公司收到保险金给付申请书及合同约定的证明和资料后 5 日内无法确定，需要进一步核实。