

华泰财险附加学生幼儿疾病住院医疗费用保险（2024 版）条款

（注册号：C00015432522024070500133）

附加保险合同订立

第一条 华泰财险附加学生幼儿疾病住院医疗费用保险合同（以下简称“本附加险合同”）须附加于保险人意外伤害保险（以下简称“主险合同”）使用。主险合同效力终止，本附加险合同效力亦同时终止；主险合同无效，本附加险合同亦无效。主险合同与本附加险合同相抵触之处，以本附加险合同为准。本附加险合同未约定事项，以主险合同为准。凡涉及本附加险合同的约定，均采用书面形式。

第二条 被保险人

本附加险合同的投保人、被保险人与主险合同相同。

第三条 受益人

除另有约定外，本附加险合同保险金的受益人为被保险人本人或其监护人。

保险责任

第四条 在本附加险合同约定的保险期间内，被保险人自本附加险合同约定的等待期后（具体等待期在保险单中载明，重新投保不受此限）初次患有疾病，经保险人认可的医疗机构诊断必须住院治疗的，对被保险人所支出的符合保险单签发地社会医疗保险报销范围的、合理且必要的医疗费用，保险人在扣除双方约定的免赔额后，按保险单载明的该被保险人在本附加险合同的保险金额、赔付比例和下述约定给付疾病住院医疗保险金：

（一）最长给付期限：被保险人因疾病而住院治疗，保险人给付的住院医疗保险金最长给付时间可至保险期间届满之日起第 30 日（含）止。

（二）保险人对每一被保险人所负给付疾病住院医疗保险金的责任以保险合同所载每一被保险人的疾病住院医疗保险金额为限，一次或累计给付保险金额达到该被保险人对应的疾病住院医疗保险金额时，保险人对该被保险人在本附加险合同项下的保险责任终止。

（三）当被保险人住院治疗跨两个保险年度时，保险人以保险事故发生日当年度本附加险合同对应的保险金额为限给付疾病住院医疗保险金。若本附加险合同期满后不再重新投保，但被保险人住院治疗至保险期间届满后仍未结束的，保险人仍按照本附加险合同承担保险责任，直至本附加险合同第四条第（一）项约定的最长给付期限届满时为止，但累计给付金额以保险合同所载每一被保险人的疾病住院医疗保险金额为限。

（四）若被保险人的损失已从社会医疗保险、商业性医疗费用补偿型医疗保险、其他政府机构或者社会福利机构获得赔偿的，保险人须根据有关单位或保险单承保公司出具的相关单证或给付保险金证明，在本附加险合同对应的保险金额限额内仅承担被保险人除前述其他赔偿额之外剩余部分的赔偿责任。

1. 若被保险人未从社会医疗保险、公费医疗、其它商业性费用补偿型医疗保险、其他政府机构或者社会福利机构、其他责任方获得疾病住院医疗费用补偿，保险人按如下公式根据本附加险合同的约定给付疾病住院医疗保险金：

疾病住院医疗保险金=（被保险人实际支出的符合本附加险合同约定的疾病住院医疗费用-免赔额）×赔付比例

2. 若被保险人已从社会医疗保险、公费医疗、其它商业性费用补偿型医疗保险、其他政府机构或者社会福利机构、其他责任方获得疾病住院医疗费用补偿（以下简称已获得的疾病住院医疗费用补偿），保险人按如下公式根据本附加险合同的约定给付疾病住院医疗保险金：

疾病住院医疗保险金=（被保险人实际支出的符合本附加险合同约定的疾病住院医疗费用-已获得的疾病住院医疗费用补偿-免赔额）×赔付比例

3. 被保险人以参加社会医疗保险身份投保,但未以参加社会医疗保险身份就诊并结算或结算金额为0的,保险人按如下公式根据本附加险合同的约定给付疾病住院医疗保险金:

疾病住院医疗保险金=(被保险人实际支出的符合本附加险合同约定的疾病住院医疗费用-已获得的疾病住院医疗费用补偿-免赔额)×赔付比例。

4. 社会医疗保险个人账户支出部分视为个人支付,不属于已获得的疾病住院医疗费用补偿。

针对本条第1到3项保险金额、免赔额及赔付比例在保险单中载明。保险人累计给付金额以保险单载明的该被保险人相应保险金额为限。

责任免除

第五条

(一) 对于下列原因,直接或间接导致被保险人支出住院治疗费用的,保险人不承担赔偿责任:

1. 被保险人未遵医嘱,私自服用、涂用、注射药物;
2. 被保险人因检查、麻醉、手术治疗(含整容手术)、药物治疗等导致的医疗事故,以及由此引发的并发症;
4. 被保险人流产、堕胎、分娩、不孕症、避孕或绝育手术、变性手术、人体试验和人工生殖,及由此而引起的并发症;
5. 被保险人接受矫形、视力矫正手术、美容、变性手术、整容手术、牙科治疗及牙科保健;
6. 康复治疗或训练、休养或疗养、健康体检等非治疗性的行为及无客观病征证明其不健康及以捐献身体器官为目的的医疗行为;
7. 被保险人因包皮环切术、包皮剥离术、包皮气囊扩张术、性功能障碍、性早熟、发育迟缓治疗发生的医疗费用;
8. 预防性手术(如预防性阑尾切除、预防性扁桃体切除)、椎间盘突出症;
9. 被保险人醉酒,服用、吸食或注射毒品或服用影响行为能力的相关药品或受管制药品的影响;
10. 任何生物、化学、原子武器、原子能或核能爆炸、辐射或污染;

(二) 因下列情形之一,直接或间接导致被保险人支出住院治疗费用的,保险人不承担赔偿责任:

1. 被保险人故意或因重大过失在投保时未如实告知的既往症;
2. 被保险人在本附加险合同生效前患有的、本附加险合同生效时尚未治愈的疾病及已有残疾的治疗和康复;
3. 被保险人在本附加险合同生效前或者等待期内患有疾病而接受检查但在等待期内或等待期届满后确诊的疾病;
4. 被保险人患有先天性疾病未治愈的;
5. 被保险人患有特定传染病、职业病、地方病、精神和行为障碍、心理疾病、遗传性疾病、先天性畸形、变形或染色体异常(以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(ICD-10)》为准);
6. 被保险人患艾滋病(AIDS)或感染艾滋病病毒(HIV呈阳性);

(三) 下列损失、费用和责任,保险人不承担保险金给付责任:

1. 被保险人在保险人认可的医疗机构外治疗发生的医疗费用(保险人书面同意的不在此限)、保险单签发地社会医疗保险主管部门规定的自费项目(含乙类自付项目);

2. 非处方药物、保健食品及用品、各种康复治疗器械、眼镜、假体、义肢、义齿、义眼、助听器、自用的按摩保健和治疗用品、所有非处方医疗器械的费用；

3. 被保险人在保险人认可的医疗机构外的社会药房购药花费的费用（保险人认可的医疗机构的医生开具处方且药品属于当地社会医疗保险报销范围的、被保险人治疗合理且必要的花费不在此限）；

4. 被保险人发生的护理（陪住）费、取暖费、交通费、误工费、空调费、膳食费、特需服务费、营养性药品等需要自理的费用；

5. 被保险人未经保险人同意的转院治疗、被保险人在家自设病床治疗的费用。

若由于本附加险合同责任免除导致被保险人身故的，保险人对被保险人在本附加险合同项下的保险责任终止，除法律规定不退还保险费的情形外，保险人退还相应的未到期保险费。

保险期间、保险金额、免赔额、赔付比例和保险费

第七条 保险期间

本附加险合同保险期间与主险合同相同。

第八条 保险金额

保险金额是保险人承担给付保险金责任的最高限额。本附加险合同保险金额由投保人、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。

第九条 免赔额与赔付比例

免赔额与赔付比例可以根据每一被保险人是否参加社会医疗保险、商业性医疗费用补偿型医疗保险等情况，由投保人、保险人双方约定，并在保险单中载明。

第十条 保险费

保险费的交付方式、交付日期与主险合同相同。

保险事故通知

第十一条 投保人、被保险人或者保险金受益人知道保险事故发生后，应当及时或在保险人书面同意延长的期限内通知保险人。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，保险人对无法确定的部分，不承担给付保险金责任，但保险人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的除外。

被保险人应在保险人认可的医疗机构就诊，若因急诊未在保险人认可的医疗机构就诊的，应在自就诊之日起三日内通知保险人，并根据病情及时转入保险人认可的医疗机构。若确需转入非保险人认可的医疗机构就诊的，应向保险人提出书面申请，保险人在接到申请后三日内给予书面答复，对于保险人书面同意在非保险人认可的医疗机构就诊的，对被保险人在非保险人认可的医疗机构发生的住院医疗费用按本附加险合同规定给付保险金。

保险金申请

第十二条 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）住院医疗保险金的申请

保险金申请人凭下列证明文件、资料原件向保险人申请给付保险金：

1. 保险金给付申请书；
2. 保险单或保险凭证原件；

3. 被保险人的户籍证明或身份证明;
 4. 保险金申请人的身份证明;
 5. 由监护人作为保险金申请人的, 出具监护人的身份证明;
 6. 被保险人的学籍或园籍证明;
 7. 二级或二级以上医院或保险人指定的其它医疗机构出具的入院证明、附有病理检查、化验检查及其他医疗仪器检查报告的医疗诊断证明、病历及医疗、医药费原始单据、结算明细表和处方正本及医疗记录、住院证明正本;
 8. 其他与确认保险事故的性质、原因、损失程度等有关的证明和资料;
 9. 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。
 10. 对于已经从社会医疗保险、公费医疗、其它商业性医疗费用补偿型医疗保险、其他政府机构或者社会福利机构、其他责任方获得相关医疗费用补偿的, 应提供社会医疗保险机构、商业保险机构或其他第三方的医疗费用分割单或医疗费用结算证明原件。
- (二) 当赔付金额未达实际支出住院医疗费用的金额时, 保险金申请人可以书面形式向保险人申请发还原始单据, 保险人在加盖公章并注明已赔付金额后发还原始单据。

本附加险合同效力终止

第十三条 以下任何一种情况发生时, 本附加险合同效力终止, 保险人不再承担给付保险金的责任:

- (一) 投保人解除本附加险合同;
- (二) 主险合同解除、效力终止或保险期间届满;
- (三) 本附加险合同因保险合同约定或法律规定的其他情形而终止。

释义

1. 等待期

又称观察期或免责期, 是投保人与保险人双方约定的自起保之日起的疾病观察期。

2. 初次患有

指被保险人自出生之日起第一次出现而不是自本附加险合同等待期后第一次出现与本附加险合同所约定的疾病, 并已足以引起一般人士注意并去医疗机构寻求医疗检查, 且被诊断为本附加险合同所约定的疾病或在其后发展为本附加险合同约定的疾病。

3. 认可的医疗机构

是指经中华人民共和国境内(不含香港、澳门、台湾地区)卫生部门审核认定的二级或以上的公立医院或保险人认可并在保单中约定的医疗机构, 且仅限于上述医疗机构的普通部, 该医疗机构必须具有系统的、充分的诊断设备, 全套外科手术设备及能够提供二十四小时的医疗与护理服务的能力或资质。

不包括如下机构或医疗服务:

- (1) 特需医疗、外宾医疗、干部病房、联合病房、国际医疗中心、VIP 部、联合医院;
- (2) 诊所、康复中心、家庭病床、护理机构;
- (3) 休养、戒酒、戒毒中心;
- (4) 精神病院、精神心理治疗中心、老人院、疗养院、健康中心。

4. 住院

是指被保险人因意外伤害或疾病而入住医疗机构之正式病房接受全日 24 小时监护治疗的过程, 并正式办理入院手续。但不包括下列情况:

- (1) 被保险人在医疗机构的（门）急诊观察室、家庭病床（房）入住；
- (2) 被保险人在特需病房、外宾病房或其它不属于社会医疗保险范畴的高等级病房入住；
- (3) 被保险人入住康复科、康复病床或接受康复治疗；
- (4) 被保险人住院体检；
- (5) 挂床住院及其他不合理的住院。挂床住院指办理正式住院手续的被保险人，在住院期间每日非 24 小时在床、在院。具体表现包括在住院期间连续若干日无任何治疗和检查，只发生护理费、诊疗费、床位费等情况，但遵医嘱到外院接受临时治疗的除外。

5. 社会医疗保险

本附加险合同所称的社会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、新型农村合作医疗、医疗救助、少儿医保等政府举办的基本医疗保障项目。

6. 合理且必要的医疗费用

符合通常惯例：指与接受医疗服务所在地通行治疗规范、通行治疗方法、平均医疗费用价格水平一致的费用。

对是否符合通常惯例由保险人根据客观、审慎、合理的原则进行审核；**如果被保险人对审核结果有不同意见，可由双方认同的权威医学机构或者权威医学专家进行审核鉴定。**

医学必需：指医疗费用符合下列所有条件：

- (1) 治疗疾病所必需的项目；
- (2) 不超过安全、足量治疗原则的项目；
- (3) 由专科医生开具的处方药；
- (4) 非试验性的、非研究性的项目；
- (5) 与接受治疗当地普遍接受的医疗专业实践标准一致的项目。

如被保险人在中国境内（**不含香港、澳门、台湾地区**）治疗的，指符合被保险人保单签发地社会医疗保险报销范围的、合理且必要的医疗费用。

7. 管制药品

指根据《中华人民共和国药品管理法》及有关法规被列为特殊管理的药品，包括麻醉药品，精神药品，毒性药品及放射性药品。

8. 既往症

指在本附加险合同生效前患有的被保险人已知或应该知道的有关疾病。通常有以下情况：

- (1) 本附加险合同生效前，专科医生已有明确诊断，长期治疗未间断；
- (2) 本附加险合同生效前，专科医生已有明确诊断，治疗后症状未完全消失，有间断用药情况；
- (3) 本附加险合同生效前，未经专科医生诊断和治疗，但症状或体征明显且持续存在，以普通人医学常识应当知晓。

9. 先天性疾病

指被保险人一出生就具有的疾病（症状或体征）。这些疾病是因人的遗传物质（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异常，导致婴儿出生时有关器官系统在结构或功能上呈现异常。

10. 遗传性疾病

指生殖细胞或受精卵的遗传物质（染色体和基因）发生突变或畸变所引起的疾病，通常具有由亲代传至后代的垂直传递的特征。

11. 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。

12. 特定传染病

由《中华人民共和国传染病防治法》规定的甲类、乙类、丙类传染病，相关法律发生调整，则本定义作相应调整。

13. 职业病

在生产环境或劳动过程中，一种或几种对健康有害的因素导致的疾病。职业病的范围以国家正式颁布的种类为准。

14. 地方病

在一定地区或人群中发生的疾病。新病例来自本地。与地方的地质、地貌、水土、气候等因素密切相关，并在条件类似的地区蔓延流行。以当地地方病防治机构的公布为准。

15. 医生

指除被保险人或其直系亲属以外的，依据其执业国家或者地区之法律，正式注册且有行医资格，并在其行医资格范围内行医之医生。

16. 康复治疗

指促使损伤、疾病、发育缺陷等致残因素造成的身心功能障碍或残疾恢复正常或接近正常的治疗方式。包括：

(1) 运动疗法：康复训练最重要的方法，包括肌力增强训及各个关节活动度的训练。

(2) 其他物理治疗：电疗法、光疗法、磁场疗法、超声波疗法，还包括热传导疗法和冷疗法等。

(3) 作业疗法：是应用有目的的、经过选择的作业活动，对由于身体上、精神上、发育上有功能障碍或残疾，以致不同程度地丧失生活自理和劳动能力的患者，进行评价、治疗和训练的过程。作业训练分为减轻手指屈曲痉挛和部矫形器运用两部分。

(4) 传统康复治疗：是指运用传统康复治疗技术如针灸、拔罐、推拿按摩、中药熏蒸等非药物疗法治疗疾病。

(5) 心理治疗。

17. 非处方医疗器械

是指不需要医生处方，被保险人可以直接在药店、超市等销售点购买和使用的医疗器械。常用类型：

(1) 医用敷料：如创可贴、纱布、绷带等，用于轻微伤口的包扎和止血。

(2) 医用耗材：如一次性注射器、输液器、采血针等，用于医疗过程中的辅助治疗。

(3) 康复器具：如轮椅、拐杖、助行器等，帮助行动不便的人群进行日常活动。

(4) 家用医疗器械：如血压计、血糖仪、体温计等，用于家庭健康检测。

本附加险合同的未解释名词，均以主险合同内的名词解释为准。