

中国人寿财产保险股份有限公司
学生、幼儿平安保险（互联网专属）附加学
生、幼儿住院医疗保险（B）条款
(注册编号：C00010832522021122436123)

总则

第一条 在投保《中国人寿财产保险股份有限公司学生、幼儿平安保险（互联网专属）》（以下简称“主险”）的基础上，投保人可以投保本附加险。本附加险条款与主险条款相悖之处，以本附加险条款为准；本附加险条款未尽事宜，以主险条款为准。主险效力终止，本附加险效力亦同时终止；主险无效，本附加险亦无效。

受益人

第二条 除另有约定外，本附加险保险金的受益人为被保险人本人。

保险责任

第三条 在保险期间内，被保险人因遭受意外伤害或在本附加险的等待期满后因罹患的疾病，在中华人民共和国境内（不包括香港、澳门、台湾地区）二级以上（含二级）医院或者保险人认可的医疗机构进行住院治疗，对于保险期间内被保险人发生的必要、合理的且属于当地社会医疗保险报销标准范围内的住院医疗费用，保险人依照下列约定给付保险金：

(一) 订立本附加险时，被保险人未投保社会医疗保险

的，对被保险人所支出的必要、合理的且属于本保险单签发地社会医疗保险报销范围的住院医疗费用，保险人每次扣除本保险合同中约定的免赔额后，对于剩余的部分，在本附加险保险金额范围内，按保险合同双方约定的分档给付比例给付住院医疗保险金。

（二）订立本附加险时，被保险人已投保社会医疗保险的，保险人应对被保险人的保险费给予相应优惠，同时按照下列约定给付住院医疗保险金：

1. 对于被保险人所支出的必要、合理的且属于本保险单签发地社会医疗保险报销范围的住院医疗费用，被保险人应首先通过社会医疗保险报销，保险人对可通过社会医疗保险报销部分的医疗费用不负赔偿责任；

2. 对于被保险人所支出的必要、合理的且属于本保险单签发地社会医疗保险报销范围的住院医疗费用，保险人在扣除被保险人可通过社会医疗保险进行报销的金额后，就剩余的属于本保险单签发地社会医疗保险报销范围的住院医疗费用，每次扣除本保险合同中约定的免赔额后，对于剩余的部分，在本附加险保险金额范围内，按保险合同双方约定的分档给付比例给付住院医疗保险金。

（三）给付比例分人民币 1,000 元(含)以下部分、人民币 1,000 元以上至 5,000 元(含)部分、人民币 5,000 元以上至 10,000 元(含)部分、人民币 10,000 元以上至 30,000 元(含)部分、人民币 30,000 元以上部分五个档位，由投保人、保险人协商确定，最高不超过 100%，并在保险合同中载明。

如投保人、保险人未约定给付比例，给付比例以基准给付比例为准。

档位	基准给付比例 (%)
人民币 1,000 元(含)以下部分	50%
人民币 1,000 元以上至 5,000 元(含)部分	60%
人民币 5,000 元以上至 10,000 元(含)部分	70%
人民币 10,000 元以上至 30,000 元(含)部分	80%
人民币 30,000 元以上部分	90%

(四) 保险期间结束时，被保险人仍在接受住院治疗的，保险人继续承担保险责任至被保险人当次出院止，但最长不超过从保险期间截止日的次日起后延连续 90 日。

(五) 本附加险为费用补偿性医疗保险。若保险事故发生时，被保险人可以从其他医疗保障制度或保险计划（包括但不限于城镇居民基本医疗保险、农村合作医疗保险、大病医疗保险、公费医疗、任何商业保险合同）获得医疗费用补偿，被保险人从其他途径可获补偿与保险人给付的保险金之和不得超过被保险人实际发生的医疗费用。

(六) 本附加险项下，保险人所负给付保险金的责任以本附加险保险金额为限，对被保险人一次或者累计给付的保险金达到本附加险保险金额时，保险人对该被保险人的保险责任终止。

责任免除

第四条 因下列原因之一，导致被保险人支出医疗费用的，保险人不承担给付保险金责任：

- (一) 主险条款约定的责任免除事项；
- (二) 被保险人健康护理等非治疗性行为；
- (三) 被保险人在家自设病床治疗；
- (四) 被保险人洗牙、洁齿、验光、装配假眼、假牙、假肢或者助听器等；
- (五) 被保险人罹患性病、精神病、精神分裂症；
- (六) 活检、穿刺、造影等创伤性检查及康复性手术；
- (七) 射频消融手术、心脏瓣膜置换手术、非外伤性视网膜脱离（脱落）手术；
- (八) 肥胖症、性早熟、腹股沟疝、鞘膜积液、包茎、腺样体肥大及打鼾、椎间盘突出（椎间盘膨出）、自发性气胸；
- (九) 恶性血液系统中白血病、淋巴瘤、再生障碍性贫血；
- (十) 系统性红斑狼疮及并发症、特发性血小板减少性紫癜及并发症、迁延性心机损害、颅内肿瘤、癫痫、糖尿病、畸胎瘤、肾积水、骨肿瘤；
- (十一) 被保险人投保前所患未治疗及未治愈疾病（包括先天性疾病）及已有残疾的治疗和康复；
- (十二) 被保险人首次投保的情况下，在保险合同载明的等待期满前发生的医疗行为；
- (十三) 未经保险人同意的转院治疗（医学必需的除外）。

保险期间

第五条 除另有约定外，本附加险的保险合同期间为一

年,以保险合同载明的起讫时间为准。

保险金额与免赔额

第六条 本附加险保险金额由投保人与保险人协商确定,并在保险合同中载明。

第七条 本附加险免赔额由投保人与保险人协商确定,并在保险合同中载明。

保险金的申请与给付

第八条 被保险人或者其监护人作为保险金申请人填写保险金给付申请书,并凭下列证明和资料向保险人申请给付保险金:

- (一) 保险金给付申请书;
- (二) 保险单原件;
- (三) 保险金申请人的户籍证明或者身份证明;

(四) 二级以上(含二级)医院或者保险人认可的医疗机构出具的住院医疗费用收据原件或医疗费分割单、住院证明及病历;

(五) 被保险人若已通过其他途径获得了部分住院医疗费用补偿并无法提供医疗费用原始凭证时,需提供住院医疗费用凭证复印件,同时出具注明已给付比例和金额、加盖支付费用单位公章的分割单等相关证明。

本保险合同所指分割单应符合财政部《会计基础工作规范》的有关要求。涉及社会医疗保险时,分割单指社会医疗保险费用结算表,或当地社会医疗保险结算办法所规定的其他类似费用结算证明;

(六) 保险金申请人的代理人提出申请的，应提供授权委托书、身份证明等相关证明文件；

(七) 保险金申请人所能提供的其他与本项申请相关的材料。

保险金申请人未履行前款约定的申请材料提供义务，导致保险人无法核实损失情况的，保险人对无法核实部分不承担赔偿责任。

其他事项

第九条 保险期间内，被保险人已投保社会医疗保险的，应当及时通知保险人，保险人应对未到期的保险费给予相应优惠，退还优惠的保险费。

释义

首次投保：指投保人为被保险人第一次向保险人投保本产品的情形；对于曾经向保险人投保本产品，但在该保险期间届满前未重新提出投保申请，在保险期间届满后再次申请投保本产品的，视为首次投保。

保险金申请人：指被保险人、受益人或依法享有保险金请求权的其他人。