

中华联合财产保险股份有限公司

附加学生幼儿特定传染病医疗保险条款

总 则

第一条 本附加保险合同为各类学生幼儿意外伤害保险合同（以下简称“主险合同”）的附加合同。本附加保险合同与主险合同相抵触之处，以本附加保险合同为准。本附加保险合同未约定事项，以主险合同为准。主险合同效力终止，本附加保险合同效力亦同时终止；主险合同无效，本附加保险合同亦无效。

凡涉及本附加险合同的约定，均采用书面形式。

第二条 本附加保险合同的投保人和被保险人与主险合同一致。

第三条 除另有约定外，本附加保险合同的医疗保险金受益人为被保险人本人。

保险责任

第四条 在本附加保险合同的保险期间内，被保险人在等待期后、在中华人民共和国境内（不含港澳台地区）二级或二级以上医院经具有相应资质的医生确诊罹患本附加保险合同约定的特定传染病，且因该特定传染病在二级以上（含二级）医院接受相关治疗的，保险人依照本附加保险合同的约定给付保险金。

被保险人首次投保或者非续保本附加保险时，自本附加保险合同生效之日起一定期间为等待期，具体期间在保险单中载明。续保本附加保险的保险合同无等待期。

本附加险合同为不保证续保合同。保险期间届满，投保人需要重新向保险人申请投保本产品，并经保险人同意，交纳保险费，获得新的保险合同。

本附加保险合同的保险责任分为“特定传染病医疗”和“特定传染病住院津贴”，投保人可以选择投保一项或两项，由投保人在投保时与保险人协商确定，并在保险单载明。

责任一：特定传染病医疗保险责任

被保险人在等待期后经医院确诊罹患本附加保险合同所约定的特定传染病，并经医院诊断必须进行必要的门急诊治疗或住院治疗的，保险人对被保险人每次实际支出的、符合当地社会医疗保险主管部门规定的、必需且合理的门急诊（不包括急诊留院观察期）医疗费用或住院医疗费用，以及被保险人所支出的、根据当地社会医疗保险主管部门关于基本医疗保险药品目录的相关规定，需由被保险人承担的自费药品费用，在扣除社会基本医疗保险、公费医疗或任何第三方（包括任何商业医疗保险）已经补偿或给付的部分以及本附加保险合同约定的免赔额后，对其余额按本附加保险合同约定的给付比例给付医疗保险金。

免赔额和给付比例由投保人、保险人双方约定，并在保险单中载明。针对被保险人是否以参加社会医疗保险或者公费医疗身份就诊并结算，投保人和保险人分别约定免赔额和给付比例，并在保险单中载明。

保险期间届满时，被保险人门诊治疗仍未结束的，保险人继续按照前述约定承担保险金的给付责任至被保险人当次门诊治疗结束之日止，但自保险期间届满之日的次日起不超过十五日；保险期间届满时，被保险人住院治疗仍未结束的，保险人继续按照前述约定承

担保险金的给付责任至被保险人当次出院之日止，但自保险期间届满之日的次日起不超过九十日。保险人对于特定传染病门诊医疗费用或特定传染病住院医疗费用的累计给付金额以本附加保险合同约定的特定传染病医疗保险金额为限，当保险人累计给付金额达到本附加保险合同约定的特定传染病医疗保险金额时，特定传染病医疗责任终止。

责任二：特定传染病住院津贴保险责任

被保险人在等待期后经医院确诊罹患本附加保险合同所约定的特定传染病，并经医院诊断必须进行住院治疗，保险人对被保险人的合理住院天数，在扣除本附加保险合同约定的每次事故住院免赔天数后，按本附加保险合同约定的每日住院津贴金额与扣除免赔天数后的住院天数的乘积给付住院津贴保险金，计算公式如下：

住院津贴保险金=（实际住院天数-每次事故住院免赔天数）×每日住院津贴金额

被保险人单次住院治疗的，每次住院治疗的住院津贴给付天数以每次住院最高给付天数为限。每日住院津贴金额、每次住院免赔天数和每次住院最高给付天数由投保人与保险人协商确定，并在保险单载明。如未载明，每次住院免赔天数为3天，每次住院最高给付天数为90天。

被保险人无论一次或多次罹患特定传染病进行住院治疗，保险人均按上述规定分别给付住院津贴保险金，但对同一被保险人一次或多次累计给付天数以180天为限，当累计给付天数达到180天时，特定传染病住院津贴保险责任终止。对同一被保险人一次或多次累计给付天数若保单另有约定的，以保单约定为准。

补偿原则

第五条 特定传染病医疗保险责任适用医疗费用补偿原则。若被保险人已从其他任何途径（包括但不限于社会基本医疗保险、公费医疗、工作单位、侵权人或侵权责任承担方、保险人在内的任何商业保险机构等）获得医疗费用补偿，保险人仅对被保险人实际发生的医疗费用扣除其所获医疗费用补偿后的余额按照本附加保险合同的约定承担给付保险金责任。被保险人的社保卡个人账户部分支出视为个人支付，不属于已获得的医疗费用补偿，不进行前述扣除。

责任免除

第六条 主险合同无效或失效，保险人不承担给付保险金责任。

第七条 在保险期间开始前或等待期内，被保险人与传染病患者或疑似患者接触而被隔离，在隔离期间确诊罹患传染病而因此产生的医疗费用，保险人不承担给付保险金责任。

第八条 因下列原因造成被保险人医疗费用支出或住院的，保险人不承担给付保险金责任：

- （一）投保人或被保险人的故意行为；
- （二）被保险人在投保前罹患本附加保险合同载明的特定传染病并在合同订立时未治愈的，或者投保前已被医疗机构列为疑似传染病患者；
- （三）被保险人未遵医嘱，私自服用、涂用、注射药物；
- （四）被保险人违反规定使用麻醉或精神药品；

(五) 被保险人患遗传性疾病、先天性畸形、变形或者染色体异常（依据世界卫生组织《疾病和有关健康问题的国际统计分类》（ICD10））；

(六) 被保险人患精神和行为障碍（依据世界卫生组织《疾病和有关健康问题的国际统计分类》（ICD10））；

(七) 预防性治疗、实验性或试验性治疗；

(八) 非医学必须的治疗，包括但不限于健康护理、疗养、静养、康复为主要目的的医疗行为；

(九) 未经医生处方自行购药或非医院药房购药，医生开具的超过 30 天部分的药品费用；

(十) 被保险人在非保险人指定或者认可的医疗机构进行治疗而发生的医疗费用；

(十一) 被保险人感染艾滋病病毒（HIV）或者患艾滋病（AIDS）期间；

(十二) 战争、军事行动、暴乱、武装叛乱、核爆炸、核辐射或核污染等放射性污染。

保险金额

第九条 保险金额是保险人承担给付保险金责任的最高限额。本附加保险合同的保险金额由投保人、保险人双方约定，并在保险单中载明。

保险金申请

第十条 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) 保险金给付申请书；

(二) 保险单或保险凭证；

(三) 保险金申请人的有效身份证件；

(四) 二级以上（含二级）医院或保险人认可的医疗机构具的特定传染病诊断证明书以及由医院出具的与诊断证明书相关的医嘱单，住院清单，出院小结，治疗病程，医疗费用原始凭证，病理显微镜检查、血液检验及其他科学方法检验报告。

(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) 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。

(七) 受益人为无民事行为能力人或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。

被保险人经社会医疗保险或公费医疗报销后又通过其他途径获得了部分医疗费用的补偿并无法提供医疗费用原始凭证时，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，保险人按本附加保险合同承担剩余合理医疗费用的保险责任。

其他事项

第十一条 被保险人应在二级以上（含二级）医院或保险人认可的医疗机构就诊，若因急诊未在上述保险人认可的医疗机构就诊的，应在三日内通知保险人，并根据病情及时转入上述保险人认可的医疗机构。

若确需转入非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答复，对于保险人同意在非认可的医疗机构就诊的，对该期间发生的医疗费用按本附加保险合同的规定给付保险金。

第十二条 发生下列情况之一者，本附加保险合同即行终止：

- （一）主险合同终止；
- （二）投保人解除本附加保险合同。

释义

第十三条 除另有约定外，本保险合同中的下列词语具有如下含义：

1、医院或保险人认可的医疗机构：指保险人与投保人约定的定点医院或医疗机构，未约定定点医院或医疗机构的，则指经中华人民共和国卫生部门评审确定的二级或二级以上的公立医院，但不包括主要作为诊所、康复、护理、休养、静养、戒酒、戒毒等类似的医疗机构；该医院必须具有符合国家有关医院管理规则设置标准的医疗设备，且全天二十四小时有合格医生及护士驻院提供医疗及护理服务。

2、住院：是指被保险人确因临床需要，正式办理入院及出院手续，并确实入住医疗机构正式病房接受治疗的行为过程，且入住医疗机构必须达二十四小时以上且由医疗机构收取病房或床位费用，但不包括入住门诊观察室、家庭病床、其他挂床住院及被保险人未达到入院标准而办理入院手续或者已达到出院标准而不办理出院手续的情形。如被保险人因非医疗目的自行离开病房十二小时（含）以上，视为自动出院。

挂床住院指被保险人住院过程中一日内未接受与入院诊断相关的检查和治疗，或一日内住院不满二十四小时，遵医嘱到外院接受临时诊疗的除外。

3、门急诊治疗：指被保险人因临床需要，正式办理挂号手续，并确实是在医疗机构的门诊部接受治疗的行为过程。

4、社会基本医疗保险：指根据国家相关政策规定，目前国内城乡居民参加的城镇职工基本医疗保险、城镇居民基本医疗保险、新型农村合作医疗保险。

5、必需且合理医疗费用：

（1）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。

（2）医学必需：指被保险人在医疗治疗期间发生的实际的符合下列所有条件的医疗费用：（1）治疗传染病所必需的的医疗费用；（2）医疗费用不超过安全、足量治疗原则；（3）有医生开具的处方；（4）非试验性的、非研究性的治疗。对是否医学必需由保险人根据客观、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。

6、续保：投保人在合同终止日起30日内（含）向保险人提出继续投保申请且经保险人同意的，视为续保，但保险生效日期不得早于投保人提出继续投保申请之日；投保人在合同终止日起30日后提出继续投保申请的，为新投保。

7、特定传染病：（1）脊髓灰质炎；（2）麻疹；（3）流行性乙型脑炎；（4）百日咳；（5）新生儿破伤风；（6）猩红热；（7）流行性腮腺炎；（8）风疹；（9）手足口病；（10）新型冠状病毒肺炎。

8、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。

9、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。

10、单次住院：与前次住院原因相同，且前次出院与下次入院间隔未超过30日（含第30日）的再次住院视为同一次住院。