

中国太平洋财产保险股份有限公司

中高端住院医疗保险条款

(产品注册号: C00001432512017021000001)

第一部分 基本条款

第一条 保险合同构成

本合同(以下简称“本合同”)由保险条款、投保单、保险单、保险凭证以及批单等组成。凡涉及本合同的约定,均采用书面形式。

第二条 被保险人和投保人

一、被保险人

除另有约定外,出生 90 天以上至 60 周岁(含 60 周岁),身体健康的能正常生活或正常工作的自然人,可作为本合同的被保险人。被保险人最高可以连续投保至 80 周岁(含 80 周岁)。

二、投保人

投保人应为具有完全民事行为能力的被保险人本人、对被保险人有保险利益的其他人。

第三条 受益人

除另有约定外,本合同的医疗保险金的受益人为被保险人本人。

第四条 如实告知

订立保险合同,保险人就保险标的或者被保险人的有关情况提出询问的,投保人应当如实告知。

投保人故意或者因重大过失未履行前款规定的义务,足以影响保险人决定是否同意承保或者提高保险费率的,保险人有权解除本合同。

投保人故意不履行如实告知义务的,保险人对于合同解除前发生的保险事故,不承担给付保险金责任,并不退还保险费。

投保人因重大过失未履行如实告知义务,对保险事故的发生有严重影响的,保险人对于合同解除前发生的保险事故,不承担给付保险金责任,但应当退还保险费。

保险人依据本条所述取得的保险合同解除权,自保险人知道有解除事由之日起,超过三十日不行使而消灭。

保险人在合同订立时已经知道投保人未如实告知的情况的,不得解除合同;发生保险事故的,保险人应当承担给付保险金责任。

第五条 被保险人职业变更

一、被保险人变更职业或工种时,投保人或被保险人应在 15 日内以书面形式通知保险人。

二、被保险人所变更的职业或工种依照保险人职业分类在拒保范围内的,保险人在接到通知后有权当即解除本合同并按照接到通知之日退还原职业或工种所对应的未到期净保险

费。被保险人所变更的职业或工种依照保险人职业分类仍可承保的或在拒保范围内但保险人认定可以继续承保的,保险人按照接到通知之日计算并退还原职业或工种所对应的未到期净保险费,投保人补交按照保险人接到通知之日计算的新职业或工种所对应的未到期净保险费。

三、被保险人所变更的职业或工种,依照保险人的职业分类其危险性增加,且未依本条约定通知保险人而发生保险事故的,保险人按其原交保险费与新职业或工种所对应的保险费的比例计算并给付保险金。**被保险人所变更的职业或工种依照保险人职业分类在拒保范围内,保险人不承担给付保险金的责任。**

第六条 年龄计算与错误处理

一、被保险人的年龄以周岁计算。

二、投保人在申请投保时,应将被保险人的真实年龄在投保单上填明。投保人申报的被保险人年龄不真实,并且其真实年龄不符合本合同约定年龄限制的,保险人可以解除本合同,并向投保人退还未到期净保险费。

第七条 合同变更

一、在本合同有效期内,经投保人和保险人协商,可以变更本合同的有关内容。变更时应当由保险人在保险单或者其他保险凭证上予以批注或附贴批单,或由投保人和保险人订立变更的书面协议。

二、投保人住所或通讯地址变更时,应及时以书面形式通知保险人。投保人未通知的,保险人按本合同所载的最后住所或通讯地址发送的有关通知,均视为已发送给投保人。

第八条 合同解除与终止

一、在本合同成立后,投保人可以书面形式通知保险人解除合同,但保险人已根据本合同约定给付保险金的除外。

投保人解除本合同时,应提供下列证明文件和资料:

- (一) 保险合同解除申请书;
- (二) 保险单原件;
- (三) 保险费交付凭证;
- (四) 投保人身份证明或投保单位证明。

投保人要求解除本合同,自保险人接到保险合同解除申请书之时起,本合同的效力终止。保险人收到上述证明文件和资料之日起 30 日内退还保险单的未到期净保险费。

二、发生下列情形时,本合同自动终止:

- (一) 保险合同期满;
- (二) 被保险人死亡;
- (三) 被保险人不再满足本合同的投保资格要求,但被保险人在保险期间起始日满足年龄要求要求的,在保险期间内保险责任不因其年龄的改变而自动终止。

第九条 争议处理

一、因履行本合同发生的争议,由当事人协商解决。协商不成的,提交保险单载明的仲裁机构仲裁;保险单未载明仲裁机构或争议发生后未达成仲裁协议的,依法向中华人民共和国法院(不含香港、澳门特别行政区和台湾地区法院)起诉。

二、与本合同有关的以及履行本合同产生的一切争议处理适用中华人民共和国法律(不

含香港、澳门特别行政区和台湾地区法律)。

三、保险金申请人向保险人请求给付保险金的诉讼时效期间为二年，自其知道或者应当知道保险事故发生之日起计算。

第二部分 保险责任和责任免除

第十条 保险责任

在本合同的保险期间内，被保险人因遭受意外伤害事故或自等待期后因罹患疾病，在中华人民共和国境内二级(含)以上医院(不含香港、澳门特别行政区和台湾地区医院，下同)或本合同约定的其他医院进行治疗所发生的合理且必需的实际医疗费用，保险人按下列约定给付保险金。

一、住院医疗费用保险金

被保险人经中华人民共和国境内二级(含)以上医院或本合同约定的其他医院诊断必须住院治疗的，保险人对被保险人住院期间发生的合理且必需的医疗费用，在扣除约定的免赔额后，按照约定的给付比例进行给付。住院医疗费用包括床位费、膳食费、护理费、重症监护室床位费、诊疗费、检查检验费、治疗费、药品费、手术费等。

除另有约定外，本合同不承担被保险人入住特需病房、外宾病房或本合同约定的医院内其它不属于社会医疗保险范畴的高等级病房发生的医疗费用。

二、补偿原则和给付标准

(一) 本合同适用医疗费用补偿原则。若被保险人已从其他途径(包括社会医疗保险、公费医疗、工作单位、任何第三方、保险人在内的任何商业保险机构等)获得医疗费用补偿，**则保险人仅对被保险人实际发生的医疗费用扣除其应获得的医疗费用补偿后的余额按照本合同的约定进行给付。**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。

(二) 本合同中所指免赔额均指年免赔额。从其他途径已获得的医疗费用补偿可用于抵扣免赔额，**但通过社会医疗保险和公费医疗保险获得的补偿，不可用于抵扣免赔额。**

(三) **若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的，则保险人根据保险单上另行约定的给付比例进行赔付。**

(四) 若投保人和保险人另有约定，则对于被保险人实际发生的医疗费用，保险人按照另行约定并在保险合同中载明的条件和方式进行给付。

(五) 保险人对被保险人各项医疗费用给付限额以合同约定的各项医疗保险金的保险金额为限，当保险人累计给付金额达到合同约定的保险金额时，保险人对被保险人在本项下的保险责任终止。

三、等待期

(一) 投保人首次投保本保险或非连续投保本保险时，被保险人因疾病进行住院治疗的，等待期自本合同生效日起，等待期天数为保险单载明的天数。**被保险人在等待期内或本合同生效日前已发生的疾病及典型症状，保险人不承担给付保险金的责任。**

投保人在合同终止日后30日内提出继续投保申请且经保险人同意的，为连续投保；投保人在合同终止日后第31日起提出继续投保申请的，视作首次投保。

(二) 投保人首次投保本保险或非连续投保本保险时，被保险人因意外伤害进行住院治疗的无等待期。**被保险人因本合同生效前发生的意外伤害事故住院治疗，保险人不承担给付保险金的责任。**

(三) 投保人连续投保本保险时无等待期。

第十一条 责任免除

因以下期间或原因导致被保险人住院治疗的，保险人均不承担给付保险金的责任：

- (一) 投保人对被保险人的故意杀害、故意伤害；
- (二) 被保险人故意自伤、故意犯罪或者抗拒依法采取的刑事强制措施；
- (三) 被保险人自杀，但被保险人自杀时为无民事行为能力人的除外；
- (四) 被保险人酗酒、殴斗、主动吸食或注射毒品，违反规定使用麻醉或精神药品；
- (五) 被保险人酒后驾驶、无有效驾驶证驾驶或驾驶无有效行驶证照的机动车；
- (六) 战争、军事冲突、暴乱或武装叛乱；
- (七) 核爆炸、核辐射或核污染；
- (八) 被保险人从事高风险运动、参加任何职业或半职业体育运动；
- (九) 被保险人醉酒、服用毒品或未遵医嘱私自服用、涂用、注射药物；
- (十) 被保险人分娩、流产、宫外孕、不孕不育治疗、人工受精、怀孕、堕胎、节育（含绝育）、产前产后检查以及由以上原因引起的并发症；
- (十一) 被保险人患精神和行为障碍（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）；
- (十二) 被保险人接受矫形、视力矫正手术、美容、变性手术、牙科保健及非意外伤害事故所致的整容手术；
- (十三) 被保险人在投保前罹患的、投保时尚未治愈的疾病，被保险人在投保时未如实告知的既往疾病以及在本合同签订日前 24 个月内已经存在的疾病或症状；
- (十四) 被保险人在非本合同约定的医院就诊发生的医疗费用；
- (十五) 被保险人患遗传性疾病，先天性畸形、变形或染色体异常（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））；
- (十六) 被保险人感染艾滋病病毒或患艾滋病；
- (十七) 康复治疗或训练、修养或疗养、健康体检、隔离治疗（定义医院内的除外）、非处方药物、保健食品及用品、体外或植入的医疗辅助装置或用具（义肢、轮椅、拐杖、助听器、眼镜或隐形眼镜、义眼等等）及其安装；
- (十八) 预防性治疗、实验性或试验性治疗。

第三部分 保险期间、保险金额和保险费

第十二条 保险期间

除另有约定外，本合同保险期间为一年，自保险单载明的起始日零时开始，至约定的终止日 24 时止。

第十三条 保险金额和保险费

一、本合同各项保险金额由投保人与保险人在投保时约定。

二、除另有约定外，投保人应当在保险合同成立时交清保险费。投保人未按本款约定交付保险费的，本合同不生效，保险人不承担保险责任。

第四部分 保险金的申请和给付

第十四条 保险事故通知

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。

上述约定，不包括因不可抗力而导致的迟延。

第十五条 保险金的申请

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) 保险单原件；

(三) 保险金申请人的身份证明；

(四) 医院出具的完整病历资料(包括门急诊病历、住院病历或出院小结以及相关的检查报告)；

(五) 医疗费用原始收据、医疗费用明细清单及医疗费用分割单(若发生手术费用，还需提供手术费用的原始凭证，被保险人享有社会医疗保险或公费医疗保障的，需包含社会医疗保险或公费医疗有关规定取得医疗费用补偿的证明)；

(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；

(七) 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。

二、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。

第十六条 保险金的给付

一、保险人收到被保险人的给付保险金的请求后，应当及时作出核定；情形复杂的，应当在三十日内作出核定，但保险合同另有约定的除外。

二、保险人应当将核定结果通知被保险人；对属于保险责任的，在与被保险人达成给付保险金的协议后十日内，履行给付保险金义务。保险合同对给付保险金的期限有约定的，保险人应当按照约定履行给付保险金的义务。保险人依照前款约定作出核定后，对不属于保险责任的，应当自作出核定之日起三日内向被保险人发出拒绝给付保险金通知书，并说明理由。

三、保险人自收到给付保险金的请求和有关证明、资料之日起六十日内，对其给付的数额不能确定的，应当根据已有证明和资料可以确定的数额先予支付；保险人最终确定给付的数额后，应当支付相应的差额。

第五部分 其他事项

第十七条 释义

除另有约定外，本合同中的下列词语具有如下含义：

周岁：指以法定身份证明文件中记载的出生日期为基础计算的实足年龄。

保险人：指与投保人签订本合同的中国太平洋财产保险股份有限公司。

意外伤害：指以外来的、突发的、非本意的和非疾病的客观事件为直接且单独的原因致使身体受到的伤害。

疾病：指本合同签发之日起，经等待期（续保不受此限）后被保险人所患疾病或症状，但不包括本合同生效前、等待期内已接受或曾被医生建议需采取诊疗措施的任何疾病或症状。

医院：指经国家卫生行政部门审核的二级或以上的综合性或专科医院，但不包括作为诊所、康复、联合病房、家庭病床、护理、休养或戒酒、戒毒等医疗机构。该医院必须具有系统的、充分的诊断设备，全套外科手术设备及提供二十四小时的医疗与护理服务。

住院：指被保险人因意外伤害和疾病，经医生诊断正式办理住院手续，须住医院接受治疗超过二十四小时。但不包括下列情况：

- 1、被保险人在医院的（门）急诊观察室、家庭病床（房）入住；
- 2、被保险人入住康复科、康复病床或接受康复治疗；
- 3、被保险人住院期间一天内未接受与入院诊断相关的检查和治疗，或一天内住院不满二十四小时；但遵医嘱到外院接受临时治疗的除外；
- 4、被保险人住院体检；
- 5、挂床住院及其他不合理的住院。

合理且必需的医疗费用：指符合如下约定条件的医疗费用

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：指医疗费用符合下列所有条件：

- （1）治疗意外伤害或者疾病所必需的项目；
- （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。

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。

免赔额：指全年免赔额，按照保险期间内医疗费用自付和自费的部分合计计算，本公司在扣除免赔额后给付住院医疗保险金。已获得的住院医疗费用补偿，除社会医疗保险和公费医疗保险以外，可抵扣年免赔限额。

床位费：指被保险人使用的医院床位的费用。

膳食费：指实际发生的、由医院提供的合理的、符合惯常标准的膳食费用。

护理费：指根据医嘱所示的护理等级确定的护理费用。

检查检验费：指实际发生的、以诊断疾病为目的，采取必需的医学手段进行检查及检验而发生的合理的医疗费用，包括诊查费、妇检费、X光费、心电图费、B超费、脑电图费、内窥镜费、肺功能仪费、分子生化检验费和血、尿、便常规检验费等。

治疗费：指以治疗疾病为目的，提供必需的医学手段而发生的合理的治疗者的技术劳务费和医疗器械使用费，以及消耗品的费用，包括注射费、机疗费、理疗费、输血费、输氧费、体外反搏费等。

药品费：指实际发生的合理且必需的由医生开具的具有国家药品监督管理部门核发的药品批准文号或者进口药品注册证书、医药产品注册证书的国产或进口药品的费用。但不包括营养补充类药品，免疫功能调节类药品，美容及减肥类药品，预防类药品，以及下列中药类药品：（1）主要起营养滋补作用的单方、复方中药或中成药，如花旗参，冬虫草，白糖参，朝鲜红参，玳瑁，蛤蚧，珊瑚，狗宝，红参，琥珀，灵芝，羚羊角尖粉，马宝，玛瑙，牛黄，麝香，西红花，血竭，燕窝，野山参，移山参，珍珠（粉），紫河车，阿胶，阿胶珠，血宝胶囊，红桃K口服液，十全大补丸，十全大补膏等；（2）部分可以入药的动物及动物脏器，如鹿茸，海马，胎盘，鞭，尾，筋，骨等；（3）用中药材和中药饮片炮制的各类酒制剂等。出院带药应不超出本次住院治疗疾病范围，急性病不超过7天常用量，慢性病不超过1个月常用量，中草药不超过7日剂量。

手术费：指当地卫生行政部门规定的手术项目的费用。包括手术费、麻醉费、手术监测费、手术材料费、术中用药费、手术设备费；若因器官移植而发生的手术费用，不包括器官本身的费用和获取器官过程中的费用。

高风险运动：指比一般常规性的运动风险等级更高、更容易发生人身伤害的运动，在进行此类运动前需有充分的心理准备和行动上的准备，必须具备一般人不具备的相关知识和技能或者必须在接受专业人士提供的培训或训练之后方能掌握。被保险人进行此类运动时须具备相关防护措施或设施，以避免发生损失或减轻损失，包括但不限于潜水，滑水，滑雪，滑冰，驾驶或乘坐滑翔翼、滑翔伞，跳伞，攀岩运动，探险活动，武术比赛，摔跤比赛，柔道，空手道，跆拳道，马术，拳击，特技表演，驾驶卡丁车，赛马，赛车，各种车辆表演、蹦极。

醉酒：指被保险人血液中的酒精含量大于或者等于80mg/100mL。

无有效驾驶证：被保险人存在下列情形之一者：

- （1）无驾驶证或驾驶证有效期已届满；
- （2）驾驶的机动车与驾驶证载明的准驾车型不符；
- （3）实习期内驾驶公共汽车、营运客车或者载有爆炸物品、易燃易爆化学物品、剧毒或者放射性等危险物品的机动车，实习期内驾驶的机动车牵引挂车；

(4) 持未按规定审验的驾驶证，以及在暂扣、扣留、吊销、注销驾驶证期间驾驶机动车；

(5) 使用各种专用机械车、特种车的人员无国家有关部门核发的有效操作证，驾驶营业性客车的驾驶人无国家有关部门核发的有效资格证书；

(6) 依照法律法规或公安机关交通管理部门有关规定不允许驾驶机动车的其他情况下驾车。

无有效行驶证：指下列情形之一：

(1) 机动车被依法注销登记的；

(2) 无公安机关交通管理部门核发的行驶证、号牌，或临时号牌或临时移动证的机动车辆；

(3) 未在规定检验期限内进行机动车安全技术检验或检验未通过的机动车辆。

艾滋病病毒或患艾滋病：艾滋病病毒指人类免疫缺陷病毒，英文缩写为HIV。艾滋病指人类免疫缺陷病毒引起的获得性免疫缺陷综合征，英文缩写为AIDS。在人体血液或其它样本中检测到艾滋病病毒或其抗体呈阳性，没有出现临床症状或体征的，为感染艾滋病病毒；同时出现了明显临床症状或体征的，为患艾滋病。

未到期净保险费：

未到期净保险费=保险费×[1-(保险单已经过天数/保险期间天数)]×(1-费用比例)。
经过天数不足一天的按一天计算。除保单另有约定外，费用比例为20%。

保险金申请人：指受益人或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。

不可抗力：指不能预见、不能避免并不能克服的客观情况。