

亚太财产保险有限公司

母婴意外伤害保险附加新生儿重症住院及手术医疗保险条款

注册号：C00003832522020032000122

总则

第一条 本附加合同须附加于亚太财产保险有限公司母婴意外伤害保险（以下简称“主险合同”）。主险合同所附条款、投保单、保险单、保险凭证以及批单等，凡与本附加合同相关者，均为本附加合同的构成部分。凡涉及本附加合同的约定，均应采用书面或者电子形式。

主险合同效力终止，本附加合同效力亦终止；主险合同无效，本附加合同亦无效。主险合同与本附加合同相抵触之处，以本附加合同为准。本附加合同未约定事项，以主险合同为准。

保险责任

第二条 在本附加合同保险期间内，连带被保险人在出生后三十日内（含第三十日，下同）在中华人民共和国境内（不含港、澳、台地区）医院接受住院治疗或手术治疗的，对在连带被保险人出生后三十日内发生的，医学必须的医疗费用，保险人按照下列约定给付新生儿重症住院及手术保险金：

（一）本附加合同所承担的住院治疗医疗费用的条件是，连带被保险人在出生后三十日内曾入住重症监护病房或被医院下达病重/病危通知书；

（二）保险人对于连带被保险人的重症住院及手术医疗费用，在扣除本附加合同约定的免赔额后，按本附加合同约定的给付比例，在新生儿重症住院及手术医疗保险金额内给付新生儿重症住院及手术医疗保险金。

本附加合同的免赔额和给付比例，由投保人和保险人协商确定，并在保险合同中载明。保险人可以根据以下情况设置不同的赔偿标准：

1. 有社保且已使用社保：连带被保险人享有社会医疗保险或公费医疗保障，且在申请理赔时已经从社会医疗保险或公费医疗保障中获得医疗费用补偿；

2. 有社保但未使用社保：投保时告知保险人，连带被保险人享有社会医疗保险或公费医疗保障，但在申请理赔时未从社会医疗保险或公费医疗保障中获得医疗费用补偿；

3. 无社保：连带被保险人投保时未享有社会医疗保险或公费医疗保障，且在申请理赔时未从社会医疗保险或公费医疗保障中获得医疗费用补偿。

（三）保险期间届满连带被保险人治疗仍未结束的，保险人继续承担新生儿重症住院及手术医疗保险责任，但至该连带被保险人出生之日起第三十日止。

（四）保险人针对每一连带被保险人累计给付的新生儿重症住院及手术医疗保险金累计以本附加合同约定的该连带被保险人的新生儿重症住院及手术医疗保险金额为限，一次或累计给付的保险金达到该保险金额时，保险人对该连带被保险人的保险责任终止。

第三条 本附加合同适用补偿原则。被保险人通过任何途径所获得的医疗费用补偿金额总和以其实际支出的医疗费用金额为限。被保险人已经从社会基本医疗保险（包括农村合作医疗保险）或任何第三方（包括任何商业医疗保险）获得相关医疗费用补偿的，保险人仅对扣除已获得补偿后的剩余医疗费用，按照本附加合同约定承担给付保险金责任。

责任免除

第四条 下列费用或因下列原因，造成连带被保险人发生的医疗费用，保险人不负责赔偿：

（一）非医学必需的费用，出生后陪同被保险人住院期间发生的费用，新生儿护理、洗澡费用等；

（二）医院没有下达病重/病危通知书及未曾入住重症监护室情形下发生的任何住院医疗费用；

（三）试验性治疗费用；

（四）在中华人民共和国境外（含港、澳、台地区）医院、中外合资医院、民营医院、康复中心、联合诊所、特需（色）门诊、特需病房等非本保险合同定义的医院所发生的任何医疗费用；

（五）连带被保险人患遗传性疾病、先天性疾病、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）。

第五条 主险合同中所有责任免除条款（如适用）均适用于本附加合同。

保险金申请

第六条 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) 保险单或其他保险凭证；
- (三) 保险金申请人的身份证明；
- (四) 医院出具的连带被保险人《出生医学证明》、新生儿临床诊断报告、住院病历、处方、病理检查报告、化验检查报告、手术记录（如有）；
- (五) 医疗费用原始发票及费用清单；
- (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。

保险金申请人提出索赔申请时，应向保险人提交医疗费用收据原件。如在社会医疗保险经办机构、其他保险人或其他单位已经获得部分医疗费用赔偿，医疗费用收据原件已被赔付或报销单位留存，保险金申请人在提出索赔申请时，应向保险人提交医疗费用收据财务分割单或在医疗费用收据复印件上注明已赔付金额，并加盖赔付单位的财务章。

释义

医院：指符合下列所有条件的医疗机构，但不包括主要作为康复、门诊、护理、疗养、戒酒、戒毒或类似的机构。

- (1) 拥有合法经营执照；
- (2) 设立的主要目的是向受伤者和患者提供留院治疗和护理服务；
- (3) 有医师和护士提供全日 24 小时的医疗和护理服务；
- (4) 二级（含）以上的公立医院，包括保险人认可的与二级（含）以上公立医院相同规模的医院。

医学必需：指针对伤害本身的医疗服务以及治疗，并有确实的医疗需要，治疗应具医学依据并符合医学上的普遍标准。

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

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。

试验性治疗：指不符合被保险人接受医疗所在地医学界认可实践的治疗方法、手段、设备、药品等，比如治疗或处方药未被证明有效，治疗或临床试验尚未在被保险人接受治疗的地区获得批准，处方药被用于其许可证规定以外的目的。