

太平养老保险股份有限公司北京分公司致学生的一封信

亲爱的同学您好：

您好，首先祝贺您顺利进入新的学年，开始了新一轮的学习生活。

为了确保我校所有在校生在求学期间（如在校学习、生活，参加社会实践，寒暑假期间等）发生意外伤害或疾病时，本人或家庭能得到一定的经济补偿，北京师范大学委托太平养老保险股份有限公司北京分公司为在校生建立人身保险保障计划，学生自愿办理，太平保驾护航。

中国太平保险集团公司（简称“中国太平”），现为中央直管的三大国有保险集团之一。中国太平是我国历史最悠久的民族保险品牌，经营区域遍及中国内地、港澳、东南亚及东亚、大洋洲、欧洲等地区。太平养老保险股份有限公司（以下简称“太平养老”）成立于2004年，注册地上海，是中国太平旗下专业从事团体保险和养老金服务的重要子公司。

我们为北师大学习提供的保险方案如下：

保障	保额	保险责任/报销比例	保费
意外伤害保险责任	10万	保障意外导致的身故和残疾（十级281项）	100元/人/年
疾病身故责任	5万	保障疾病导致的身故	
重大疾病保险责任	10万	保障105种重大疾病责任， 一经确诊一次性给付保额	
意外医疗门诊保险责任	1万	保障因意外导致的门诊责任 0免赔，100%赔付	
住院医疗保险责任	1万	保障因意外和疾病导致的住院责任 经公费医疗结算后，0免赔100%赔付， 未经公费医疗结算0免赔10%赔付	

太平学生综合保险计划保险责任（摘要）

一、保险期限：保险责任生效日期为2021年9月30日零时，保险责任终止日期为2022年9月29日二十四时。

二、投保条件：所有符合入学条件的在校学生。

注：未成年学生投保，根据保监会对于未成年投保寿险的规定，需要填写（附件1）的投保确认书。

三、保险责任：在本合同保险责任范围有效期内，本公司承担下列保险责任：

1、意外伤害保险：（1）意外身故保险责任：参保学生因遭受意外伤害事故，且自意外伤害事故发生之日起一百八十日内，因该意外事故导致身故，本公司按本合同约定的保险金额给付意外身故保险金，同时本合同对该参保学生的本项保险责任终止。（2）意外残疾责任：参保学生遭受意外伤害事故，且自意外伤害事故发生之日起一百八十日内，因该意外事故导致身体残疾，本公司根据《人身保险伤残评定标准》的规定给付意外残疾保险金。参保学生仍需继续接受治疗的，本公司根据参保学生在第一百八十日时的身体状况及本公司指定或认可的鉴定机构对参保学生的鉴定结果，依据《人身保险伤残评定标准》的规定给付意外残疾保险金。

2、疾病身故保险：参保学生自本险种生效之日起三十日后因疾病身故的，本公司按本合同约定的保险金额给付疾病身故保险金，本合同对该参保学生的本项保险责任终止。对于首次投保前已罹患重疾的，本公司不承担其已患重疾及其并发症导致的疾病身故责任。

3、重大疾病保险：自保险合同生效之日起30天后，参保学生经本公司指定或认可的医疗机构确诊，初次罹患本合同所指重大疾病，保险公司给付重大疾病保险金100,000元，涵盖105种重大疾病，具体参见太平条款。

4、意外门诊保险：参保学生因意外伤害，在二级及以上公立医院进行门诊急诊治疗，或在就近医院抢救（参保学生病情稳定后须转入本公司指定医院治疗）累计所发生的应由参保学生自付的治疗费、检查费、手术费、药费等各项合理的社保范围内的医疗费用，本公司按照免赔额为人民币0元，本公司承担参保学生参保学生自付合理费用100%的报销比例；本项保险金额为1万元。

5、住院责任：

（1）参保学生在校医院及其指定或认可医院发生的符合公费医疗规定可报销的医疗费用：若已经公费医疗结算，保险公司凭公费医疗开具的分割单，在扣除自费、自付部分费用后，对剩余符合公费医疗范围内的费用，按照100%的比例予以赔付；若未经公费医疗结算，扣除自费、自付部分费用后，按照

10%的比例予以赔付，并开具分割单

注：校公费医疗指定医院，请参考网址内容：xyy.bnu.edu.cn

(2) 参保学生在非校医院及其指定或认可医院（限二级及以上的公立医院）发生的符合当地社会医疗保险主管部门规定可报销的医疗费用，保险公司按照 10%的比例给予赔付；

注：疾病住院等待期 30 天，意外住院无等待期；

以上所有医疗责任，若参保学生之医疗费用可依法律及政府之规定而有所补偿，或从其它福利计划或医疗保险计划取得部分或全部补偿，乙方仅负责按约定补偿剩余部分，并以保险金额为限

四、除外责任：1. 投保人对被保险人的故意杀害、故意伤害； 2. 被保险人故意犯罪或者抗拒依法采取的刑事强制措施； 3. 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； 4. 被保险人主动吸食或注射毒品； 5. 被保险人酒后驾驶，无合法有效驾驶证驾驶，或驾驶无有效行驶证的机动车； 6. 战争、军事冲突、暴乱或武装叛乱； 7. 核爆炸、核辐射或核污染。 8. 被保险人在投保前已罹患的疾病或已出现的症状； 9. 被保险人感染艾滋病病毒或患艾滋病； 10. 遗传性疾病，先天性畸形、变形或染色体异常。 11. 被保险人一般性体格检查、健康检查、疗养或康复治疗； 12. 牙齿治疗、美容手术、外科整形或预防性手术等非必须紧急治疗的手术； 13. 被保险人以家庭病床、挂床治疗等； 14. 被保险人洗牙、洁齿、验光、装配假眼、假牙、假肢或者助听器； 15. 被保险人因精神疾患导致的医疗费用支出； 16. 各省市社会医疗保险规定的不予结算的医疗费用或正在执行的自费项目和药品部分的费用； 17. 被保险人在非指定医院就诊发生的住院医疗费用； 18. 被保险人支出的医疗费用中依法应由第三者赔偿的部分，但肇事者逃逸或无赔偿能力的除外。 19. 被保险人酒后驾驶、无合法有效驾驶证驾驶，或驾驶无有效行驶证的机动车； 20. 被保险人怀孕（含宫外孕）、流产、分娩（含剖腹产）、避孕、绝育手术、治疗不孕症、人工受孕及由此导致的并发症； 21. 被保险人因医疗事故导致的医疗费用； 22. 被保险人未遵医嘱，私自服用、涂用、注射药物； 23. 被保险人进行潜水、跳伞、攀岩运动、探险活动、武术比赛、摔跤比赛、特技表演、赛马、赛车等高风险运动； 24. 被保险人从事或参与恐怖主义活动、邪教组织活动；

注：上述保险责任如有与条款规定相冲突之处，以本约定为准；本约定之未尽事宜，以《太平盛世团体意外伤害保险（201308）》《太平盛世团体一年定期寿险条款》、《太平盛世团体重大疾病保险 B 款（2018）条款》、《太平附加盛世绿洲住院团体医疗保险条款》《太平附加盛世团体意外医疗保险》条款为准。

五、 特别说明：

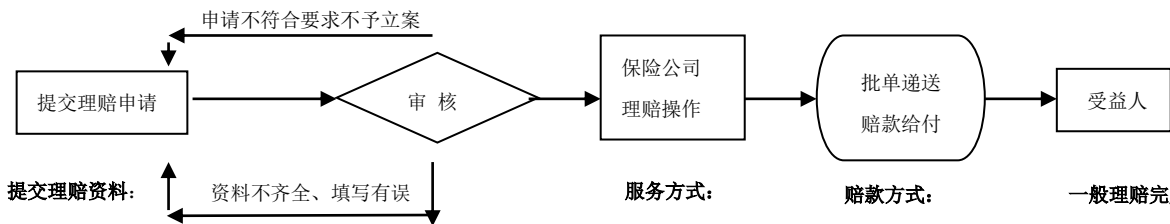
每个被保险人限投保一份，未成年人需要完成附件 1 告知，并亲笔签字交到院系老师处。



理赔须知：

为了确保保险公司能够准确、高效、快捷地处理您提出的理赔申请，在提交理赔前请仔细阅读下列理赔须知：

1. 一般理赔流程指引



提交理赔资料：

理赔申请书
其他理赔资料

服务方式：

学生出险后将理赔材料
交到本公司客服人员处

赔款方式：

转帐

一般理赔完成时间：

一般案件：15个工作日内
疑难案件：30个

*《理赔申请书》请向我院系老师所要，并办理理赔申请时，提交客服人员。

2. 理赔申请指引

- 1) 请用蓝黑墨水清楚、正确、完整地填写理赔申请书，如有遗漏，将会因退回补充填写而延误理赔时间；
- 2) 申请人一般为被保险人本人或其身故受益人；
- 3) 本理赔申请一般由申请人填写申请书，并提供理赔资料，交给投保单位统一代为办理，本申请书要求投保单位签章确认；
- 4) 如果出险人不是被保险人、事故时间不在保险有效期内、或申请人资格不符，本公司将不予立案。

3. 理赔申请资料指引

理赔申请所需资料	资料提供者
(1) 团体常规理赔申请书	被保险人
(2) 被保险人身份证明复印件、学生证复印件、授权转账的银行卡复印件	被保险人
(3) 受益人身份证、与被保险人的关系证明	受益人
(4) 如果凭原件报销（未经公费医疗结算）：入院证明、出院总结、疾病诊断证明书、门诊病历以及医疗费原始收据、住院费用清单原件、医疗保险住院费用结算单原件	保险公司指定或认可残疾鉴定机构
(5) 如果凭分割单报销（经公费医疗结算）：分割单原件、病历复印件以及医疗费原始收据复印件、住院费用清单复印件、医疗保险住院费用结算单复印件	被保险人就诊的医疗机构
(6) 被保险人病历、病理、血液或淋巴检验报告	被保险人就诊的医疗机构
(7) 被保险人医学死亡证明书	居委会、卫生防疫站及法律上认可的机构
(8) 宣告死亡证明文件	人民法院
(9) 被保险人户籍注销证明	被保险人户籍所在派出所
(10) 公司认为必要的与确认保险事故的性质、原因等有关的其它证明和资料	相关机构
其中	
<input type="checkbox"/> 身故保险金的申请： (1)、(3)、(7)、(8)、(9)、(10)	
<input type="checkbox"/> 意外医疗保险金的申请： (1)、(2)、(4) 或 (5)、(10)	
<input type="checkbox"/> 重大疾病保险金的申请： (1)、(2)、(6)、(10)	
<input type="checkbox"/> 住院医疗保险金的申请： (1)、(2)、(4) 或 (5)、(6)、(10)	

一、太平养老保险股份有限公司北京分公司联系方式

地址：北京市西城区骡马市大街16号太平金融中心9层东侧(100052)

24小时客户服务电话：95589-5

公司网址：www.cntaiping.com 微信公众号：太平养老

声明：本人已仔细阅读“太平养老保险股份有限公司北京分公司致学生的一封信”的各项内容，已清楚了解该信中产品的各项责任、责任免除及相关事项，并自愿购买该保险产品。

投保确认书

本人作为监护人，已了解保险产品的保险保障范围，并同意为被监护人____，身份证号：_____投保。

监护人签字：

时间：