

阳光财产保险股份有限公司

附加学生、幼儿住院医疗保险条款（2016 版）

总则

第一条

在投保阳光财产保险股份有限公司学生、幼儿意外伤害类保险合同（以下简称“主险”）的基础上，投保人可以投保本附加险。主险合同效力终止，本附加险合同效力亦同时终止；主险合同无效，本附加险合同亦无效。本附加险合同未约定事项，以主险合同为准；主险合同与本附加险合同相抵触之处，以本附加险合同为准。凡涉及本附加险合同的约定，均应采用书面形式。

第二条

本附加险合同的投保人与主险合同的投保人一致。

第三条

除另有约定外，本附加险合同的受益人为被保险人本人。

保险责任

第四条

本附加险的保险责任分为两个部分，投保人可以根据被保险人实际的医疗保障需求选择投保，组成本保险合同项下的保险责任。

一、一般住院医疗保障

对于未参加当地社会医疗保险（指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、城乡医疗救助等非商业性质保险，下同）的被保险人，可投保以下保障。

在本附加险保险期间内，被保险人因遭受意外伤害或自本附加险合同生效 90 天后因罹患疾病（续保不受此限），在保险人指定或认可的医疗机构住院治疗，保险人根据住院治疗期间所发生的符合保险单签发地的社会医疗保险药品目录、诊疗项目目录以及服务设施范围和支付标准的必需的医疗费用（以下简称“医疗费用”），保险人在扣除保险合同约定的免赔额人民币 100 元后，按如下分级累进的赔付比例表计算并给付一般住院医疗保险金（本附加险合同中对免赔额另有约定的，按约定的免赔额计算并给付保险金）：

分级	医疗费用（F）（单位：人民币元）	分级累进的赔付比例
一级	$100 < F \leq 1,000$	50%
二级	$1,000 < F \leq 5,000$	60%
三级	$5,000 < F \leq 10,000$	70%
四级	$10,000 < F \leq 30,000$	80%
五级	$F > 30,000$	90%

1、若医疗费用小于或等于免赔额，则保险金等于零；

2、若医疗费用大于免赔额：

(1) 若被保险人未从其它保险计划或任何其他途径取得医疗费用补偿，那么，保险金为：医疗费用减去免赔额后，按上表分级累进的赔付比例计算所得金额。

(2) 若被保险人已从其它保险计划或任何其他途径取得医疗费用补偿，那么：

A=医疗费用减去免赔额后，按上表分级累进的赔付比例计算所得金额

B=医疗费用－已取得的医疗费用补偿

若 $A \leq B$ ，则保险金=A

若 $A > B$ ，则保险金=B

二、补充住院医疗保障

对于已参加当地社会医疗保险的被保险人，可投保以下保障。

(一) 在主险合同有效的前提下，在本附加险合同保险期间内、被保险人已开始享受社会医疗保险待遇且自本附加险合同生效日起 30 日后（续保者不受 30 日规定的限制），被保险人因所参加的社会医疗保险规定范围内的事故须入医院住院治疗，在社会医疗保险支付费用后，就被保险人自付的医疗费用，保险人在扣除 100 元的免赔额以后按 80%的比例计算并给付补充住院医疗保险金（本附加险合同中对免赔额和赔付比例另有约定的，按约定的免赔额和赔付比例计算并给付保险金）。保险人累计给付的金额以合同约定的该项保险金额为限，超出部分保险人不承担保险责任。

医疗费用包括以下几项：

1、社会医疗保险起付标准以下，由被保险人自付的医疗费用；

2、社会医疗保险起付标准以上最高支付限额以下的共付段以内，由被保险人自付的医疗费用；

3、社会医疗保险最高支付限额以上，由被保险人自付的医疗费用。

(二) 保险人按如下规则计算并给付保险金：

1、若医疗费用小于或等于免赔额，则保险金等于零；

2、若医疗费用大于免赔额：

(1) 若被保险人未从其它保险计划或任何其他途径取得医疗费用补偿，那么，保险金 = (医疗费用－免赔额) × 赔付比例

(2) 若被保险人已从其它保险计划或任何其他途径取得医疗费用补偿，那么：

A= (医疗费用－免赔额) × 赔付比例

B=医疗费用－已取得的医疗费用补偿

若 $A \leq B$ ，则保险金=A

若 $A > B$ ，则保险金=B

第五条

被保险人因保险事故须到医院进行合理且必需的住院治疗，在本附加保险合同载明的保险期间内，每次保险事故累计住院治疗天数以 180 日为限，保险人对超出部分不承担给付

保险金责任。

被保险人因保险事故须到医院进行合理且必需的住院治疗，若至本附加保险合同终止日治疗仍未结束的，保险人继续承担给付保险金责任，并**最长延续至本附加保险合同终止日起第 30 日且该次保险事故累计治疗天数不超过 180 日。**

无论被保险人一次或多次发生保险事故住院治疗，保险人均按上述约定承担给付保险金责任，但**累计给付的保险金总额达到保险单所载的该被保险人的保险金额时，本附加险合同对该被保险人的保险责任终止。**

本附加险合同的保险责任遵循医疗费用补偿原则。保险人给付的保险金与被保险人从其所参加的社会医疗保险、其它保险计划或从第三责任方、社会福利机构、按政府规定补偿等其他任何途径取得医疗费用补偿总额，**以被保险人实际支出的医疗费用金额为限。**

责任免除

第六条

因下列情形之一，造成被保险人支出医疗费用，保险人不承担保险金给付责任：

（一）被保险人患先天性疾病、遗传性疾病、先天性畸形、变形或染色体异常；或被保险人在参加本附加险合同前已经存在的既往症、受伤或异常检查结果（续保者在之前的保险期间内发生的既往症、受伤或异常检查结果除外）；或被保险人本次投保前已有残疾的康复或治疗；修复、安装及购买残疾用具（如轮椅、假肢、助听器、假眼、假牙等）；

（二）被保险人患精神类疾病如精神分裂症、抑郁症、厌食症、失眠症等；

（三）被保险人进行包皮环切手术、牙科治疗或手术、任何原因导致的牙齿修复或矫形、视力矫正手术；

（四）被保险人妊娠（含宫外孕）、流产、分娩、不孕不育症（包括人工受孕、试管婴儿等）、避孕及节育手术或由妊娠、分娩、流产、节育所导致的任何并发症；整容手术、医疗事故或其他医疗导致的伤害；

（五）被保险人患艾滋病或艾滋病病毒感染期间；被保险人患性传播疾病；

（六）被保险人酗酒，或服用、吸食或注射毒品或未经注册医师处方的麻醉剂或药物；

（七）投保人、被保险人的任何故意行为；

（八）被保险人从事或参与犯罪、非法活动、拒捕或斗殴；

（九）因被保险人不遵守医院规章制度，不配合治疗的行为造成的后果；

（十）战争、军事行动、暴乱、恐怖活动或武装叛乱；原子能或核能装置所造成的爆炸、污染或辐射。

第七条

被保险人支出的以下医疗费用，保险人不承担保险金给付责任：

（一）被保险人作为人体器官捐赠者的任何费用；

（二）本附加险合同签发地的社会医疗保险规定的不予支付的情形，或不符合本附加险合同签发地的社会医疗保险药品目录、诊疗项目目录以及服务设施范围和支付标准规定的医疗费用；

（三）被保险人首次投保本附加险合同或者非及时续保，自本附加险合同等待期内罹患疾病直至痊愈所支出的医疗费用。

第八条

其他属于主保合同的责任免除事项及其导致产生的医疗费用，保险人也不负责赔偿。

保险金额和保险费

第九条

本附加险的保险金额由投保人与保险人双方约定，并在保险单中载明。保险金额一经确定，中途不得变更；保险金额是保险人承担给付保险金责任的最高限额。

第十条

投保人应该按照合同约定向保险人交付保险费。投保人未按约定交付保险费的，对于保险费交付前发生的保险事故，保险人不承担保险金给付责任。

保险期间

第十一条

（一）若本附加险合同与主险合同同时投保，则本附加险合同的保险期间与主险合同的保险期间相同；

（二）若投保人在主险合同保险期间内申请投保本附加险合同，则本附加险合同保险期间开始日自保险人同意承保并收取保险费时开始（以保险人的批注或批单载明的日期为准），本附加险合同的满期日与主险合同的满期日相同。

保险人义务

第十二条

订立保险合同时，采用保险人提供的格式条款的，保险人向投保人提供的投保单应当附格式条款，保险人应当向投保人说明保险合同的内容。对保险合同中免除保险人责任的条款，保险人在订立合同时应当在投保单、保险单或者其他保险凭证上作出足以引起投保人注意的提示，并对该条款的内容以书面或者口头形式向投保人作出明确说明；未作提示或者明确说明的，该条款不产生效力。

第十三条

本保险合同成立后，保险人应当及时向投保人签发保险单或其他保险凭证。

第十四条

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，应当及时一次性通知保险金申请人补充提供。

第十五条

保险人在收到保险金申请人的保险金给付申请书及有关证明和资料后，应及时作出是否属于保险责任的核定；情形复杂的，应当在 30 日内作出核定，但本保险合同另有约定的除外。

保险人应当将核定结果通知保险金申请人；对属于保险责任的，保险人应在与保险金申请人达成有关给付保险金数额的协议后 10 日内，履行给付保险金义务；对不属于保险责任的，应当自作出核定之日起 3 日内向保险金申请人发出拒绝给付保险金通知书，并说明理由。

第十六条

保险人自收到给付保险金请求和有关证明、资料之日起 60 日内，对其给付保险金数额

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保险金的数额后，应当支付相应的差额。

投保人、被保险人义务

第十七条

除另有约定外，投保人应当在保险合同成立时交清保险费。

第十八条

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，保险人按本保险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。

第十九条

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，保险人有权解除本保险合同。

前款规定的合同解除权，自保险人知道有解除事由之日起，超过 30 日不行使而消灭。自合同成立之日起超过 2 年的，保险人不得解除合同；发生保险事故的，保险人应当承担给付保险金责任。

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。

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

第二十条

投保人、被保险人或者保险金受益人知道保险事故发生后，应当在及时通知保险人。**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。

保险金的申请与给付

第二十一条

保险金申请人向保险人申请给付保险金时，应提交作为索赔依据的证明和材料。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：

- 1、保险单正本原件或其它保险凭证原件；
- 2、被保险人户籍证明及身份证明；
- 3、卫生行政部门批准的二级以上（含二级）医院出具的就诊病历、诊断证明、处方及医疗、医药费原始单据、医疗费用明细清单；
- 4、保险金申请人所能提供的其他与确认保险事故的性质、原因、损失程度等有关的证明和资料。

（二）医疗费用收据：

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。

被保险人与医院结算医疗费用时，若属于社会医疗保险应支付的部分已由医院记账，则应向保险人提交医疗费用收据原件；若被保险人全额支付了本次医疗费用，则被保险人应先在社会医疗保险经办机构办理报销后，再向保险人申请给付保险金。

如被保险人在社会医疗保险经办机构、其他保险人或其它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。

第二十二条

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 2 年，自其知道或者应当知道保险事故发生之日起计算。

争议处理和法律适用

第二十三条

因履行本附加险合同发生的争议，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者争议发生后未达成仲裁协议的，可向中华人民共和国有管辖权的人民法院起诉。

第二十四条

与本附加险合同有关的以及履行本附加险合同产生的一切争议处理适用中华人民共和国法律（不包括香港、澳门及台湾地区法律）。

释义

- 1、**周岁**：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。
- 2、**保险人**：指与投保人签订本保险合同的阳光财产保险股份有限公司。
- 3、**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。
- 4、**社会医疗保险规定范围内的事故**：指社会医疗保险支付参保人员医疗费用的事故，包括疾病、意外事故等，以被保险人所参加的社会医疗保险的规定为准。
- 5、**医院治疗**：指符合被保险人所参加的社会医疗保险待遇的治疗，可以包括住院、门诊特定项目、指定慢性病中的一种或多种，但无论被保险人所参加的社会医疗保险是否包括

普通门急诊，本附加保险合同所指的医院治疗均不包括。

6、共付段：指参保人员和社会医疗保险按比例共同负担的，社会医疗保险起付标准以上、最高支付限额以下的，符合保险单签发地社会医疗保险规定的医疗费用。

7、先天性疾病：指一出生时就具有的疾病（症状或体征）。这些疾病是指因人的遗传物质（包括染色体以及位于其中的基因）发生了对人体有害的改变而引起的，或因母亲怀孕期间受到内外环境中某些物理、化学和生物等因素的作用，使胎儿局部体细胞发育异常，导致婴儿出生时有关器官、系统在结构或功能上呈现异常。

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》（ICD10）确定。

8、艾滋病：指人类免疫缺乏病毒引起的获得性/后天性免疫缺乏综合症，英文缩写为 AIDS。按世界卫生组织制定的定义为准，如在血液样本中发现后天性免疫力缺乏综合症病毒或其抗体，则可认定为感染艾滋病或艾滋病病毒。

艾滋病病毒：指后天性免疫力缺乏综合症病毒即人类免疫缺陷病毒，英文缩写为 HIV。在人类血液或其他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；如果同时出现了明显的临床症状或体征的，为患艾滋病。

9、既往症：指被保险人在保单生效日之前所患的已知或应该知道的疾病或已存在的症状。

10、并发症：指在某种原发疾病或情况发展进程中发生的、由于原发疾病或情况、或其他独立原因所导致的继发疾病或情况。

11、性传播疾病：发生在生殖器官的内源性或外源性通过性行为或非性行为传播的传播性疾病。

12、医院：

（1）境外的医院：指符合下列所有条件的机构，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；

（2）境内的医院：指二级或二级以上的医院，包括保险人认可的与二级或二级以上医院相同规模的医院。

被保险人须在本定义规定的医院治疗。急救不受此限制，但在急救情况稳定后，须转入本定义规定的医院治疗。

13、住院：指被保险人因疾病或意外伤害入住医院的正式病房进行治疗，并正式办理入院手续，**不包括入住门诊观察室、其他非正式病房或挂床住院**。若被保险人非治疗需要离开保险人指定或认可的医院视为自动离开医院，保险人仅对该日以前住院治疗负保险责任。