

阳光财产保险股份有限公司

附加学生、幼儿疾病门急诊医疗保险条款（2012 版）

总则

第一条

在投保阳光财产保险股份有限公司学生、幼儿意外伤害保险、健康保险类保险合同（以下简称“主保险合同”）的基础上，投保人可以投保本附加险。主保险合同效力终止，本附加险合同效力亦同时终止；主保险合同无效，本附加险合同亦无效。本附加险合同未约定事项，以主保险合同为准；主保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

本附加保险合同的被保险人为主保险合同的被保险人。

第三条

本附加保险合同的投保人与主保险合同一致。

第四条

除另有约定外，本附加保险合同的保险金受益人为被保险人本人。

保险责任

第五条

在本附加保险合同保险期间内且在保险责任生效日起 30 日后（续保者自续保生效后），被保险人因疾病或症状（不含参加本附加保险合同前已经存在的、尚未治愈的疾病或症状）在国家卫生行政部门批准的二级以上（含二级）医院进行门诊或急诊治疗，就被保险人支出的合理的、必要的，且符合保险单签发地的社会医疗保险（指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）药品目录、诊疗项目目录以及服务设施范围和支付标准的医疗费用，**保险人按照本附加保险合同约定，依据保险单中载明的每日门急诊医疗费用免赔额、门急诊医疗费用赔付比例、每日门急诊医疗费用给付限额、年度门急诊医疗费用保险金额，按如下规则计算并给付门急诊医疗费用保险金（以下简称保险金）：**

（一）若医疗费用小于或等于免赔额，则保险金等于零；

（二）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：

$A = (\text{医疗费用} - \text{免赔额}) \times \text{医疗费用赔付比例}$

$B = \text{医疗费用给付限额}$

（1）若 $A \leq B$ ，则保险金 = A

(2) 若 $A > B$, 则 保险金 = B

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:

$A = (\text{医疗费用} - \text{免赔额}) \times \text{医疗费用赔付比例}$

$B = \text{医疗费用} - \text{已取得的医疗费用补偿}$

$C = \text{医疗费用给付限额}$

(1) 若 $A \leq B$: 当 $A \leq C$ 时, 保险金 = A ; 当 $A > C$ 时, 保险金 = C

(2) 若 $A > B$: 当 $B \leq C$ 时, 保险金 = B ; 当 $B > C$ 时, 保险金 = C

保险人每次给付的门急诊医疗费用保险金以每日医疗费用给付限额为限, 累计给付的门急诊医疗费用保险金以年度门急诊医疗费用保险金额为限。

(三) 本附加保险合同约定每日门急诊医疗费用免赔额、每日门急诊医疗费用给付限额时, 无论被保险人同一日内是否发生多家医院、多个科室门急诊就诊, 保险人以就诊当日 0 时起至 24 时止计为 1 日计算保险金。

(四) 每日门急诊医疗费用免赔额、门急诊医疗费用赔付比例、每日门急诊医疗费用给付限额、年度门急诊医疗费用保险金额由投保人在投保时与保险人约定, 并在保险单中载明。

(五) 本附加保险合同的门急诊医疗保险责任遵循医疗费用补偿原则。保险人给付的门急诊医疗费用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门急诊医疗费用金额为限。

(六) 在本附加保险合同保险期间内, 无论被保险人一次或多次发生保险责任范围内的事故, 保险人均按上述约定给付保险金, 但累计给付金额达到保险单所载的该被保险人的年度门急诊保险金额时, 本附加保险合同对该被保险人的保险责任终止。

责任免除

第六条

因下列情形之一导致本附加保险合同的被保险人门急诊治疗, 保险人不承担保险金给付责任:

(一) 投保人、被保险人的任何故意行为;

(二) 被保险人因从事非法、故意犯罪的活动或因抗拒依法采取的刑事强制措施而导致的伤害或依法被拘禁或服刑期间;

(三) 被保险人酗酒或受酒精、毒品、管制药物的影响;

(四) 被保险人未遵医嘱, 私自服用、涂用、注射药物; 或不遵守医院规章制度, 不配合治疗的行为造成的后果;

(五) 被保险人药物过敏、椎间盘突出(包括椎间盘膨出、椎间盘突出、椎间盘脱出、游离型椎间盘等类型)、法定传染病、职业病、性传播疾病、恶性肿瘤、脑中风、心肌梗塞、慢性肾功能衰竭、肝硬化、糖尿病、高血压(II期以上)及其引起的并发症;

(六) 被保险人进行健康检查、疗养、屈光不正治疗、验光、装配屈光镜/眼镜/助听器、矫形、整容、整形、心理咨询、器官移植/器官捐赠、包皮环切手术、洗牙/洁齿等牙科治疗或手术、任何原因导致的牙齿修复或矫形、视力矫正手术;

(七) 被保险人妊娠(含宫外孕)、流产、分娩(含剖腹产)、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;

(八) 被保险人在参加本附加保险合同前已经存在的既往症、受伤或异常检查结果(续保者除外);或被保险人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);

(九) 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;或患艾滋病或感染艾滋病病毒期间;或患精神类疾病如精神分裂症、抑郁症、厌食症、失眠症等;

(十) 被保险人因意外伤害事故或因医疗事故发生的门急诊医疗费用;

(十一) 被保险人发生的住院医疗费用或家庭病床的医疗费用,或就诊的诊疗机构不属于本附加保险合同的医院定义,或在香港特别行政区、澳门特别行政区、台湾地区、中华人民共和国境外的诊疗机构就诊;

(十二) 本附加保险合同中载明的免赔额。

保险金额和保险费

第七条

每日门急诊医疗费用给付限额是保险人承担给付每日门急诊医疗费用保险金责任的最高限额,年度门急诊医疗费用保险金额是保险人累计承担给付保险金责任的最高限额。本附加保险合同的每日门急诊医疗费用给付限额和年度门急诊医疗费用保险金额由投保人与保险人双方约定,并在保险单中载明。

第八条

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

第九条

(一) 若本附加保险合同与主保险合同同时投保,则本附加保险合同的保险期间与主保险合同相同,最长不超过一年;

(二) 若投保人在主保险合同保险期间内申请投保本附加保险合同,则本附加保险合同保险期间自保险人同意承保并收取保险费之日起,至主保险合同期满之日止,最长不超过一年,以保险单载明的起讫时间为准。

保险人义务

第十条

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。

第十一条

本附加保险合同成立后，保险人应当及时向投保人签发保险单或其他保险凭证。

第十二条

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。

第十三条

保险人收到保险金申请人给付保险金的请求及相关证明、材料后，应当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，但本附加保险合同另有约定的除外。

保险人应当将核定结果书面通知保险金申请人；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的协议后 10 日内，履行给付保险金义务。本附加保险合同对保险金及给付期限有约定的，保险人应当依照保险合同的约定，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 日内向申请人发出拒绝给付保险金通知书，并说明理由。

第十四条

保险人自收到给付保险金的请求和有关证明、资料之日起 60 日内，对其给付保险金的数额不能确定的，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

第十五条

除另有约定外，投保人应当在保险合同成立时交清保险费。

第十六条

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，保险人有权解除本附加保险合同。

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。

第十七条

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。

第十八条

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延迟。

保险金申请与给付

第十九条

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，应提供其它合法有效的材料。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) 保险单正本原件或其它保险凭证原件；

(三) 被保险人户籍证明或身份证明；

(四) 医院出具医疗费用收据正本原件及医疗费用清单、用药处方、诊断证明、影像检查报告、病历；医疗费用收据；

被保险人支出医疗费用并提出索赔申请时，应向保险人提交医疗费用收据正本原件。如被保险人在社会保险机构、其他保险公司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，被保险人在提出索赔申请时，应向保险人提交医疗费用结算单、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。

(五) 保险金申请人所能提供的与确认保险事故的性质、原因等有关的其他证明和资料。

第二十条

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

第二十一条

因履行本附加保险合同发生的争议，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，依法向中华人民共和国有管辖权的人民法院起诉。

第二十二条

与本附加保险合同有关的以及履行本附加保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**：指与投保人签订本附加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、**医院**：指拥有合法经营执照，有医师和护士提供全日 24 小时的医疗和护理服务，并且由国家卫生行政部门批准的二级以上（含二级）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，但不包括主要作为康复、护理、疗养、戒酒、戒毒或类似的机构。

5、**合理的医疗费用**：指符合保单签发地社会医疗保险规定的保险药品目录、诊疗项目目录及服务设施范围和支付标准的医疗费用，且不含以下费用：

（1）按规定使用某些药品、进行特殊检查和特殊治疗时，需个人自付一定比例的医疗费用；

（2）按规定转外就医需个人提高自负一定比例的医疗费用；

（3）社会医疗保险管理规定以外的个人自费的医疗费用。

必要的医疗费用：指符合以下条件的医疗费用：

（1）对治疗被保险人的伤害、疾病或症状合适且必需；

（2）在范围、持续期、强度、护理上不超过为被保险人提供安全、恰当、合适的诊断或治疗所需水平；

（3）医师出具处方、诊断证明；

（4）与当地普遍接受的医疗专业标准相一致；

（5）非主要以为个人舒适或为了被保险人父母、家庭、医师或其他护理提供方的方便；

（6）非病人学术教育或职业培训的一部分或与之相关；

（7）非试验性或研究性。

6、**住院**：指被保险人因疾病或意外伤害而入住医院之正式病房进行治疗，并正式办理入出院手续。

家庭病床：指被保险人因疾病或意外伤害事故以及因此产生的并发症，在医院（包括住院部与门诊部）范围以外，要求医院医护人员以出诊形式上门，提供诊断、治疗服务，或被保险人没有到医院就诊，让其它人员以转述形式向医院医生讲述病情，使医生依据转述病情而开药。不包括为抢救生命由急救中心 120 派出的医护人员与救护车的急救费用及医院转诊

过程中的费用。

7、性传播疾病：指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。

8、法定传染病：指《中华人民共和国传染病防治法》规定的传染病。分为甲类、乙类和丙类。

甲类传染病是指：鼠疫、霍乱。

乙类传染病是指：传染性非典型肺炎、艾滋病、病毒性肝炎、脊髓灰质炎、人感染高致病性禽流感、麻疹、流行性出血热、狂犬病、流行性乙型脑炎、登革热、炭疽、细菌性和阿米巴性痢疾、肺结核、伤寒和副伤寒、流行性脑脊髓膜炎、百日咳、白喉、新生儿破伤风、猩红热、布鲁氏菌病、淋病、梅毒、钩端螺旋体病、血吸虫病、疟疾。

丙类传染病是指：流行性感冒、流行性腮腺炎、风疹、急性出血性结膜炎、麻风病、流行性和地方性斑疹伤寒、黑热病、包虫病、丝虫病，除霍乱、细菌性和阿米巴性痢疾、伤寒和副伤寒以外的感染性腹泻病。

上述规定以外的其他传染病，根据其暴发、流行情况和危害程度，需要列入乙类、丙类传染病的，由国务院卫生行政部门决定并予以公布。

9、艾滋病：指人类免疫缺陷病毒引起的获得性/后天性免疫缺陷综合症，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。

10、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。

11、既往症：指被保险人在本附加保险合同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。

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。

12、医疗事故：指医疗机构及其医务人员在医疗活动中，违反医疗卫生管理法律、行政法规、部门规章和诊疗护理规范、常规，过失造成患者人身损害的事故。

13、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。