

阳光财产保险股份有限公司

附加学生、幼儿疾病住院医疗保险条款

(注册编号: C00009332522019061109941)

总则

第一条 本附加保险合同只附加于学生、幼儿意外伤害类、健康保险类主险合同；主险合同终止时，本附加保险合同同时终止；若本附加保险合同条款与主险合同条款互有冲突，则以本附加保险合同条款为准；本附加保险合同的未尽事宜，按主险合同相应条款执行。

保险责任

第二条

一、在主保险合同有效的前提下，在本附加保险合同保险期间内，如果被保险人自本附加保险合同生效日起 30 日后（以下简称“等待期”，续保者不受 30 日规定的限制），因罹患疾病须入医院住院治疗，就被保险人因该疾病支出的，符合社会医疗保险（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）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，保险人在扣除被保险人通过其他任何途径（指社会医疗保险、公费医疗或商业保险等任何第三方）已获得补偿及本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疾病住院医疗保险金（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）：

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%

二、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。

三、无论被保险人一次或多次发生保险事故，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，本附加保险合同对该被保险人的保险责任终止。

四、本附加保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、公费医疗、其他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。被保险人已经从其他任何途径取得医疗费用补偿的，保险人仅对扣除已获得补偿后的剩余医疗费用，按照合同约定免赔额和赔付比例承担给付保险金责任。

责任免除

第三条 对下列期间发生的或下列原因导致的本附加保险合同的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）；

（二）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；

（三）被保险人作为人体器官捐赠者的任何费用；

（四）被保险人因意外伤害住院；

（五）社会医疗保险规定的不予支付的情形，或不符合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；

（六）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；

（七）被保险人首次投保本附加保险合同或者非及时续保，自本附加保险合同生效之日起30日内罹患疾病直至痊愈所支出的医疗费用；

（八）属于主保险合同的责任免除事项。

保险金额和保险费

第四条 保险金额由投保人与保险人双方协商确定，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。

投保人应该按照合同约定向保险人交付保险费。

保险期间

第五条 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起始日与主险合同的保险期间起始日相同，最长不超过1年，具体以保险单中载明的起讫时间为准；

若本附加险合同与主险合同非同时投保，即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），最长不超过1年且本附加险合同保险期间的终止日不得超出主险合同的保险期间的终止日，具体以保险单载明的起讫时间为准。

保险金的申请与给付

第六条 保险金申请人向保险人申请给付保险金时，应提交以下证明和材料。保险金申请人因特殊原因不能提供以下证明和材料的，应提供其它合法有效的证明和材料。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）由受益人作为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；

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，被保险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。

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、伤害程度等有关的证明和资料。

释义

1、医院：本附加保险合同所指的医院是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二十四小时的医疗和护理服务；
- (4) 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。

上述医院的定义适用于除香港、澳门、台湾地区以外的中国境内地区。

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

2、合理且必需的医疗费用：指符合以下条件的医疗费用：

- (1) 对治疗被保险人的疾病合适且必需；
- (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) 应由医师出具处方、诊断证明；
- (4) 与当地普遍接受的医疗专业标准相一致；
- (5) 非主要以为了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。

3、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。

4、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，并正式办理入出院手续，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。

5、等待期：指自本合同生效日起计算的一段时间，具体天数由保险人和投保人在投保时约定并在保险合同上载明。在等待期内发生保险事故的，保险人不承担给付保险金的责任。