

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

(注册编号: C00009332522019061109961)

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。

保险责任

第二条 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 30 天后（以下简称“等待期”）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社会医疗保险药品目录、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一般住院医疗保险金（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、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。

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（以下简称“等待期”，续保者不受 30 日规定的限制），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社会医疗保险药品目录、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 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。

第三条 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、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

第四条 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）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。

第五条 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）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。

第六条 其他属于主险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

第七条 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

第八条 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

第九条 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，应提供其他合法有效的证明和材料。**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；

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。

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。

释义

1、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。

2、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 24 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。

3、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。

4、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。**