

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
(注册编号: C00009332522019061109951)

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“主险合同”)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,均采用书面形式。

保险责任

第二条 在本附加险合同保险期间内且自保险期间起始日起 30 日后(不含第 30 日)(续保者自续保保险期间起始日后),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、诊疗项目目录及服务设施范围和支付标准的医疗费用,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)已获得的补偿金额及本附加险合同约定的免赔额后,对剩余的医疗费用按本附加险合同约定的赔付比例给付门急诊医疗保险金。

保险人每日给付的门急诊医疗费用保险金以每日医疗费用保险金额为限,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。

(一) 本附加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保险金额时,无论被保险人同一日内是否在多家医院、多个科室门急诊就诊,保险人以就诊当日 0 时起至 24 时止计为一日计算保险金。

(二) 本附加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、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门急诊医疗费用金额为限。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的补偿金额及本附加险合同约定的免赔额后,按照本附加险合同约定的赔付比例承担给付保险金责任。

(三) 在本附加险合同保险期间内,无论被保险人一次或多次发生保险责任范围内的事,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,保险人对该被保险人的保险责任终止。

责任免除

第三条 因下列情形之一导致被保险人发生医疗费用,保险人不承担保险金给付责任:

- (一) 被保险人未遵医嘱,私自服用、涂用、注射药物;
- (二) 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;
- (三) 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；

(四) 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(续保者除外)；或被保险人投保前已有残疾的康复或治疗；

(五) 修复、安装及购买残疾用具(如轮椅、假肢、助听器、假眼、假牙等)；

(六) 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；

(七) 被保险人发生的住院医疗费用或家庭病床的医疗费用；

(八) 被保险人在就诊的诊疗机构不属于本附加险合同的医院定义的诊疗机构就诊，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；

(九) 主险合同项下的责任免除事项。

保险金额与免赔额、赔付比例

第四条 每日门急诊医疗费用保险金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在保险期间内累计承担给付保险金责任的最高限额。

本附加险合同的每日门急诊医疗费用保险金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协商确定，并在保险单中载明。

第五条 本附加险合同的每日门急诊医疗费用免赔额、门急诊医疗费用赔付比例由投保人与保险人协商确定，并在保险单中载明。

保险期间

第六条 若本附加险合同与主险合同同时投保，则本附加险合同保险期间与主险合同保险期间相同，最长不超过一年，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自保险人同意承保并收取保险费之日起，至主险合同期满之日止，最长不超过一年，以保险单载明的起讫时间为准。

保险金申请与给付

第七条 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。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他保险凭证原件；

(三) 被保险人户籍证明或身份证明；

(四) 医院出具的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；

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、其他保险人或其他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、损失程度等有关的其他证明和资料。

释义

1、医院：本附加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) 国家卫生行政部门批准的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、合理的医疗费用：指符合社会医疗保险规定的保险药品目录、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。

3、住院：指被保险人因疾病或症状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症状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，让其他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。

4、既往症：指被保险人在本附加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。

5、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。