

阳光财产保险股份有限公司
附加学生、幼儿意外伤害医疗保险条款
(注册编号: C00009332522019061109921)

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，均应采用书面形式。

保险责任

第二条 本附加险合同的保险责任包含三种医疗保障，投保人可以根据被保险人的实际医疗保障需求选择投保一项或多项，并由保险人在保险单中载明。

一、意外伤害住院医疗保障

在主险合同有效的前提下，在本附加险合同保险期间内，如果被保险人遭受主险合同保险责任范围内的意外伤害事故须入医院进行意外伤害住院治疗，就被保险人在该次意外伤害事故发生之日起 180 日内支出的，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已获得补偿金额及本附加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（若本附加险合同中对免赔额和赔付比例另有约定的，按该约定的免赔额和赔付比例计算并给付保险金）：

分级	意外伤害住院医疗费用（F） (单位：人民币元)	分级累进的意外伤害住院医疗 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%

保险人累计给付的意外伤害住院医疗费用金额以本附加险合同约定的意外伤害住院医疗保险金额为限，超出部分保险人不承担保险责任。

二、意外伤害门/急诊医疗保障

在主险合同有效的前提下，在本附加险合同保险期间内，如果被保险人遭受主险合同保险责任范围内的意外伤害事故须入医院进行意外伤害门/急诊治疗，就被保险人在该次意外伤害事故发生之日起 180 日内（含）支出的，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已获得补偿金额及本附加险合同约定的免赔额人民币 100 元后，按 80% 的比例计算并给付意外伤害门/急诊医疗保险金（若本附加险合同中对免赔额和赔付比例另有约定的，按该约定

的免赔额和赔付比例计算并给付保险金), 保险人累计给付的意外伤害门/急诊医疗费用金额以本附加险合同约定的意外伤害门/急诊医疗保险金额为限, 超出部分保险人不承担保险责任。

三、意外伤害住院或门/急诊共用保额医疗保障

在主险合同有效的前提下, 在本附加险合同保险期间内, 如果被保险人遭受主险合同保险责任范围内的意外伤害事故须入医院进行意外伤害门/急诊或住院治疗, 就被保险人在该次意外伤害事故发生之日起 180 日内支出的, 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已获得补偿及本附加险合同约定的免赔额人民币 100 元后, 按 80%的比例计算并给付意外伤害住院门/急诊共用保额医疗保险金(若本附加险合同中对免赔额和赔付比例另有约定的, 按该约定的免赔额和赔付比例计算并给付保险金)。保险人累计给付的保险金额以本附加险合同约定的意外伤害住院或门/急诊共用保额医疗保险金额为限, 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意外伤害住院或门/急诊治疗, 在本附加险合同载明的保险期间内, 每次保险事故累计治疗天数以 180 日(含)为限, 若至本附加险合同保险期间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险合同保险期间终止日起第 90 日且该次保险事故累计治疗天数不超过 180 日, 保险人对超出部分不承担给付保险金责任。

在本附加险保险期间内, 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明的被保险人该项责任的医疗保险金额时, 本附加险合同对该被保险人的该项保险责任终止。

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的补偿金额与本附加险合同约定的免赔额后的剩余医疗费用, 按照本附加险合同约定的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) 投保人、被保险人、受益人的任何故意行为;
- (二) 因被保险人不遵守医院规章制度, 不配合治疗等行为造成的后果;
- (三) 被保险人洗牙、洁齿、验光、矫形、整容、心理咨询、器官移植;
- (四) 被保险人投保前已有残疾的康复、治疗或修复、安装及购买残疾用具(如轮椅、假肢、助听器、假眼、假牙等);
- (五) 被保险人一般性身体检查、疗养、静养或心理治疗等非治疗性行为;
- (六) 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;
- (七) 被保险人因任何疾病、食物或药物过敏、食物中毒、中暑、高原反应、猝死、椎间盘突出症(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)、医疗事故或其他医疗导致的伤害;

（八）主险合同项下的责任免除事项。

保险金额和保险费

第五条 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。

投保人应该按照合同约定向保险人交付保险费。**投保人未按约定交清保险费的，对于保险费交清前发生的保险事故，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，则本附加险合同的保险期间的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。**

由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他保险凭证原件；
- 2、被保险人户籍证明及身份证明；

3、医院出具的就诊病历、诊断证明、处方及医疗费、医药费原始单据（如住院治疗，须同时提供医疗费用明细清单）；

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，如被保险人在社会医疗保险经办机构、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，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、伤害程度等有关的证明和资料。

释义

- 1、**肢**：指人体的四肢，即左上肢、右上肢、左下肢和右下肢。

2、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) 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。意外伤害事故急救不受此限制，但在急救情况稳定后，须转入本定义规定的医院治疗。

3、必需的医疗费用：指符合以下条件的医疗费用：

- (1) 对治疗被保险人的伤害合适且必需；
- (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。