

阳光财产保险股份有限公司宁波市分公司
学生幼儿意外伤害综合保险
附加学生幼儿补充医疗保险条款（2014版）

总则

第一条

在投保《阳光财产保险股份有限公司宁波市分公司学生幼儿意外伤害综合保险条款》（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。

第二条

已参加主保险合同且已参加社会医疗保险的被保险人可作为本附加保险合同的被保险人。

第三条

除另有约定外，本附加保险合同的受益人为被保险人本人。

保险责任

第四条

在保险期间内，被保险人在保险单签发地社会医疗保险定点医疗机构治疗，保险人依照下列约定承担给付保险金责任：

（一）意外伤害门急诊医疗费用补偿

在保险期间内，若被保险人遭受意外伤害事故，在保险单签发地社会医疗保险定点医疗机构进行门急诊治疗，保险人对被保险人在该次意外伤害事故发生之日起180日内发生的合理且必要的医疗费用，在扣除社会医疗保险及任何第三方（包括第三者责任、商业保险等）已经补偿或给付部分，以及本附加保险合同约定的每次事故意外伤害门急诊医疗费用免赔额50元后，对其余额按本附加保险合同约定的给付比例80%给付。被保险人无论发生一次或多次保险责任范围内事故，保险人给付的意外伤害门急诊医疗费用保险金累计不得超过本附加保险合同载明的意外伤害门急诊医疗费用保险金额。

（二）疾病门急诊医疗费用补偿

在保险期间内，被保险人自本附加险合同生效之日起90日后（经保险人同意后再次投保者不受本款90日等待期的限制）初次罹患疾病，在社会医疗保险定点医疗机构进行疾病门急诊治疗，若保险期间内累计合理且必要的医疗费用超过3000元的，保险人对其超出部分按本附加保险合同约定的给付比例80%给付。被保险人无论发生一次或多次保险责任范围内事故，保险人给付的疾病门急诊医疗费用保险金累计不得超过本附加保险合同载明的疾病门急诊医疗费用保险金额。

（三）住院及特殊病种门诊医疗费用补偿

在保险期间内，若被保险人遭受意外伤害事故或自本附加险合同生效之日起90日后（经保险人同意后再次投保者不受本款90日等待期的限制）初次罹患疾病，在社会医疗保险定点医疗机构住院或进行特殊病种规定治疗项目门诊治疗，保险人对被保险人在保险期间内累计发生并实际支出的合理且必要的住院或特殊病种门诊费用，在扣除社会医疗保险及任何第三

方（包括第三者责任、商业保险等）已经补偿或给付部分，以及本附加保险合同约定的每次住院或特殊病种门诊医疗费用免赔额100元后，对其余额按本附加保险合同约定的给付比例90%给付。被保险人无论发生一次或多次保险责任范围内事故，保险人给付的住院及特殊病种门诊医疗费用保险金累计不得超过本附加保险合同载明的住院及特殊病种门诊医疗费用保险金额。

（四）特殊病种规定治疗项目按照保险单签发地社会医疗保险管理规定确定。

（五）本保险合同的医疗费用保险责任遵循医疗费用补偿原则。保险人给付的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、第三者责任或从任何其他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。

（六）在任何情况下，保险人给付保险金的责任以投保人所选保险责任对应的保险金额为限，当累计给付金额达到该项保险责任所对应的保险金额时，保险人对被保险人的该项保险责任终止。

责任免除

第五条

在下列期间，被保险人发生治疗费用的，保险人不承担给付保险金责任：

- （一）被保险人依法被拘禁或服刑期间；
- （二）被保险人酒后驾车、无有效驾驶证驾驶或驾驶无有效行驶证的机动车辆期间；
- （三）被保险人醉酒或受酒精、毒品、管制药物的影响期间。

第六条

对下列治疗费用或因下列情形之一导致被保险人发生治疗费用的，保险人不负保险金给付责任：

- （一）被保险人投保前已有残疾、确诊的疾病、受伤、异常检查结果的康复或治疗；
- （二）被保险人包皮环切手术、视力矫正手术、变性手术、矫形、整容手术或其他医疗导致的伤害；
- （三）被保险人洗牙、正畸、洁齿、牙齿美白、烤瓷牙、种植牙等牙齿保健和修复；
- （四）被保险人验光、装配屈光镜、美容、心理咨询、器官移植；
- （五）被保险人健康检查、康复治疗或疗养、静养或特别护理；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）因被保险人或其家属不遵守医院规章制度，不配合治疗的行为造成的后果；
- （七）被保险人挂号费、膳食费、陪护费、取暖费、交通费；
- （八）所有不符合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；
- （九）被保险人在香港特别行政区、澳门特别行政区、台湾地区或中国境外的诊疗；
- （十）细菌或病毒感染（但因意外伤害事故导致有伤口而感染的除外）；

(十一) 被保险人因食物/药物过敏、食物中毒、中暑、整容手术、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;

(十二) 属于主险合同责任免除的情形。

若由于本附加险合同中责任免除的情形导致被保险人身故的, 保险人对该被保险人保险责任终止, 并退还该被保险人的未到期净保险费。

保险金额和保险费

第七条

保险金额是保险人承担给付保险金责任的最高限额。

保险金额由投保人、保险人双方约定, 并在保险单中载明。

投保人应该按照合同约定向保险人交纳保险费。

保险期间

第八条

本附加险合同保险期间由保险人和投保人协商确定, 以保险单载明的起讫时间为准, 但最长不超过一年。

保险人义务

第九条

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。

第十条

本保险合同成立后, 保险人应当及时向投保人签发保险单或其他保险凭证。

第十一条

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。

第十二条

保险人收到保险金申请人给付保险金的请求后, 应当及时作出核定; 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通知保险金申请人; 对属于保险责任的, 在与保险金申请人达成给付保险金的协议后10日内, 履行给付保险金义务。本附加保险合同对给付保险金的期限有约定的, 保险人应当按照约定履行给付保险金义务。保险人依照前款的规定作出核定后, 对不属于保险责任的, 应当自作出核定之日起3日内向保险金申请人发出拒绝给付保险金通知书, 并说明理由。

第十三条

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

第十四条

投保人应当在保险合同成立时一次性交清保险费。**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。**

第十五条

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。

第十六条

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。

第十七条

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迟延。

保险金的申请与给付

第十八条

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、 社会医疗保险定点医疗机构出具的附有病理检查、化验检查、血液检查及其它诊断报告的疾病诊断证明书、病历、住院证明、出院小结、医疗费用原始发票、住院医疗费用结帐明细清单等;

4、 转院治疗者须提供转出医院的转院证明;

5、 社会医疗保险经办机构出具的医疗费用结算单;

6、 投保人、被保险人或者受益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。

(二) 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原件。当赔付金额未达实际支出医疗费用的全额时, 保险金申请人可以书面形式向保险人申请退还收据原件。保险人在加盖印戳并注明已赔付金额后退还收据原件。

(三) 如被保险人在社会医疗保险机构、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。

其他事项

第十九条

若被保险人在社会医疗保险定点医疗机构外的其他医疗机构就医, 除社会医疗保险管理规定及相关规定另有规定外, **保险人对被保险人在非社会医疗保险定点医疗机构就医而发生的医疗费用将不承担保险责任。**

外地户籍的被保险人因病需回原籍住院治疗或在假期因病需在原籍住院治疗的, 需到参保关系所在地的社会医疗保险经办机构办理核准手续及备案, 并须及时以书面方式通知保险人。

释义

1、 **保险人:** 指与投保人签订本保险合同的阳光财产保险股份有限公司。

2、 **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等非商业性质保险。

3、 **合理的医疗费用:** 指符合保险单签发地社会医疗保险规定的保险药品目录、诊疗项目目录以及服务设施范围和支付标准的必要的医疗费用, 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;

4、 **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) 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。

5、住院：指被保险人因意外伤害而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十二小时以上，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。

6、每次住院：指被保险人因疾病或意外伤害住院治疗，自入院日起至出院日止的期间；但如果被保险人因同一疾病及其引发的并发症或同一意外伤害及其引发的并发症而住进医院两次（含）以上，若其前次住院出院之日与下次住院治疗入院之日间隔期间未超过30日，视为同一次住院。

7、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，通常具有由亲代传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。

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、无有效驾驶证

指被保险人存在下列情形之一者：

- (1) 无驾驶证或驾驶证有效期已届满；
- (2) 驾驶的机动车与驾驶证载明的准驾车型不符；
- (3) 实习期内驾驶公共汽车、营运客车或者载有爆炸物品、易燃易爆化学物品、剧毒或者放射性等危险物品的机动车，实习期内驾驶的机动车牵引挂车；
- (4) 持未按规定审验的驾驶证，以及在暂扣、扣留、吊销、注销驾驶证期间驾驶机动车；
- (5) 使用各种专用机械车、特种车的人员无国家有关部门核发的有效操作证，驾驶营业性客车的驾驶人无国家有关部门核发的有效资格证书；
- (6) 依照法律法规或公安机关交通管理部门有关规定不允许驾驶机动车的其他情况下驾车。

9、无有效行驶证

指下列情形之一：

- (1) 机动车被依法注销登记的；

(2) 无公安机关交通管理部门核发的行驶证、号牌，或临时号牌或临时移动证的机动车辆；

(3) 未在规定检验期限内进行机动车安全技术检验或检验未通过的机动车辆。

10、未到期净保险费：

未到期净保险费=保险费×(1-保险经过天数 / 保险期间的天数)×(1-25%)。经过天数不足一天的按一天计算。

11、病情稳定：指生命体征（心率、呼吸、血压）平稳，转院不致引起病情加重或有生命危险的情况。