中意财产保险有限公司

附加学生、幼儿住院医疗保险（A 版）条款

注册号：C0001173252202607318343 3

总则

第一条

在投保《中意财产保险有限公司学生、幼儿意外伤害保险（A 版）》（以下简称“主险”）的基础上，投保人可以投保本附加险。本附加险条款与主险条款相悖之处，以本附加险条款为准；本附加险条款未尽事宜，以主险条款为准。主险效力终止，本附加险效力亦同时终止；主险无效，本附加险亦无效。

第二条　被保险人

本附加保险合同的被保险人为主险合同的被保险人。

第三条　投保人

本附加保险合同的投保人与主险合同一致。

第四条　受益人

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

第五条　保险责任

在保险期间内，保险人按照下述约定承担保险责任：

（一）被保险人因遭受意外伤害或**自本附加险生效之日起并在等待期后**因罹患疾病，在中华人民共和国境内（**不包括香港、澳门、台湾地区**）医院或者保险人指定或认可的医疗机构进行住院治疗，保险人对被保险人所支出的属于当地基本医疗保险、公费医疗报销范围内

的合理且必要的住院医疗费用，按本附加险的约定，给付被保险人住院医疗保险金。

（二）订立保险合同时，被保险人未投保基本医疗保险、公费医疗的，**对被保险人所支出的必要、合理的且属于当地基本医疗保险、公费医疗主管部门规定可报销的住院医疗费用，保险人扣除本保险合同中约定的免赔额后，在本项保险金额范围内，按保险合同双方约定的给付比例给付住院医疗保险金。**

（三）订立保险合同时，被保险人已投保基本医疗保险、公费医疗的，保险人按照下列约定给付医疗保险金：

1、**对于被保险人所支出的必要、合理的且属于当地基本医疗保险、公费医疗主管部门规定可报销的住院医疗费用，被保险人应首先通过基本医疗保险、公费医疗报销，保险人对可通过基本医疗保险报销部分的医疗费用不负责给付；**

2、**对于被保险人所支出的必要、合理的且属于当地基本医疗保险、公费医疗主管部门规定可报销的住院医疗费用，保险人在扣除被保险人可通过基本医疗保险、公费医疗进行报销的金额后，就剩余的属于当地基本医疗保险、公费医疗主管部门规定可报销的住院医疗费用，扣除本保险合同中约定的免赔额后，在本项保险金额范围内，按保险合同双方约定的给付比例给付住院医疗保险金。**

（三）给付比例分人民币 1,000 元(含)以下部分、人民币 1,000 元以上至 5,000 元(含)部分、人民币 5,000 元以上至 10,000 元(含)部分、人民币 10,000 元以上至 30,000 元(含)部分、人民币 30,000 元以上部分五个档位，由投保人、保险人协商确定，最高不超过 100%，并在保险合同中载明。

如投保人、保险人未约定给付比例，给付比例以基准给付比例为准。

档位	基准给付比例（%）
人民币 1,000 元(含)以下部分	50%
人民币 1,000 元以上至 5,000 元(含)部分	60%
人民币 5,000 元以上至 10,000 元(含)部分	70%
人民币 10,000 元以上至 30,000 元(含)部分	80%
人民币 30,000 元以上部分	90%

（四） 保险期间届满被保险人治疗仍未结束的，保险人继续承担保险责任直至当次治疗结束时止，**但不得超过保险合同中约定的具体时限（该时限自保险期间届满之日的次日起计算，保险合同中未约定具体时间的，以90日为限）。**

（五） **保险人所负给付保险金的责任以本附加险对应项保险金额为限，对被保险人一次或者累计给付的保险金达到其保险金额时，保险人对该被保险人的本款保险责任终止。**

第六条　本附加险为费用补偿型保险，适用医疗费用补偿原则。若保险事故发生时，被保险人可以从**其他医疗保障制度或保险计划**（包括但不限于基本医疗保险、公费医疗、大病医疗保险、其他保险合同等）获得住院医疗费用补偿，**则保险人给付的保险金与被保险人从其他医疗保障制度或保险合同中可获补偿，合计不得超过被保险人实际发生的医疗费用金额。**

责任免除

第七条

因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：

1、主险条款约定的责任免除事项；

2、被保险人健康护理等非治疗性行为；

3、被保险人在家自设病床治疗；

4、被保险人洗牙、洁齿、验光、装配假眼、假牙、假肢或者助听器等；

5、被保险人罹患性病、精神和行为障碍（依照世界卫生组织《疾病和有关健康问题的国际统计分类（ICD-10）》确定）；

6、活检、穿刺、造影等创伤性检查及康复性手术；

7、射频消融手术、心脏瓣膜置换手术、非外伤性视网膜脱离（脱落）手术；

8、肥胖症、性早熟、腹股沟疝、鞘膜积液、包茎、腺样体肥大及打鼾、椎间盘突出（椎间盘膨出）、自发性气胸；

9、恶性血液系统中白血病、淋巴瘤、再生障碍性贫血；

10、系统性红斑狼疮及并发症、特发性血小板减少性紫癜及并发症、迁延性心机损害、颅内肿瘤、癫痫、糖尿病、畸胎瘤、肾积水、骨肿瘤；

11、被保险人投保前所患未治疗及未治愈疾病（包括先天性疾病）及已有残疾的治疗和康复；

12、被保险人首次参加本附加保险或者未及时续保，在保险合同载明的等待期（若保险合同未载明等待期，等待期为本附加保险合同生效之日起算的连续 90 日）直至痊愈所支出的医疗费用；

13、未经保险人同意的转院治疗；

14、保险合同中载明的免赔额。

保险金额

第八条

保险金额是保险人承担给付保险金责任的最高限额。本附加保险合同的**保险金额**由投保人、保险人双方约定，并在保险单中载明。

免赔额、给付比例

第九条

免赔额（率）、给付（赔付）比例由投保人、保险人双方约定，并在保险合同中载明。

保险期间和等待期

第十条

若本附加保险合同与主险合同同时投保，则本附加保险合同的保险期间与主险合同的保险期间相同；

若投保人在主险合同保险期间内申请投保本附加保险合同，则本附加保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），本附加保险合同的满期日与主险合同的满期日相同。

除另有约定外，本附加保险合同的等待期由投保人和保险人在订立保险合同时协商确定，并在保险合同中载明。连续重新投保本附加保险合同的，不受等待期限制。

不保证续保

第十一条

本附加保险合同为不保证续保合同。保险期间届满前，投保人需要重新向保险人申请投保本产品，经保险人同意，交纳保险费，获得新的保险合同。续保合同的具体生效日以保险人新签发的保险合同载明日期为准。

如本保险产品或主险产品停售，则保险人不再接受投保人续保申请。

保险金申请与给付

第十二条

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下列证明和材料：

（一）保险金索赔申请书；

（二）保险单或其他保险凭证；

（三）被保险人身份证明、保险金申请人身份证明；

（四）医院出具的病历、诊断证明、处方及医疗费用原始凭证；

（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；

（六）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。

（七）**如被保险人在基本医疗保险、公费医疗机构、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报销分割单或在医疗费用收据复印件上注明已赔付金额，并加盖赔付单位的印章。**

保险金申请人因特殊原因不能提供上述材料的，应提供其它合法有效的材料。**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。**

第十三条

保险金申请人向保险人请求给付保险金的诉讼时效期间根据相关法律法规确认，自其知道或者应当知道保险事故发生之日起计算。

其他

第十四条

在本附加合同有效期内，经投保人和保险人协商，可以变更本附加保险合同的有关内容。变更本保险合同的，应当由保险人在原保险合同或者其他保险凭证上批准或者附贴批单，或者由投保人和保险人订立变更的书面协议。

释义

1、**保险人**：指与投保人签订本附加保险合同的 中意 财产保险有限公司。

2、**医院**：指保险人与投保人约定的定点医院，未约定定点医院的，则指经中华人民共和国卫生部门评审确定的二级或二级以上的公立医院，**但不包括主要作为诊所、康复、护理、**

休养、静养、戒酒、戒毒等或类似的医疗机构。该医院必须具有符合国家有关医院管理规则设置标准的医疗设备，且全天二十四小时有合格医师及护士驻院提供医疗及护理服务。被保险人须在本定义规定的医院治疗。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：**指被保险人遭受保险责任事故，经医生根据临床诊断，必须入住医院之正式病房进行治疗，正式办理入院手续且连续住院二十四小时以上，**但不包括入住门诊观察室、家庭病床、其它挂床住院及不合理的住院。如被保险人因非医疗目的自行离开病房 12 小时（含）以上，视为自动出院。**

挂床指办理正式住院手续的被保险人，在住院期间每日非 24 小时在床、在院，包括在住院期间连续若干日无任何治疗，只发生护理费、诊疗费、床位费的情况。

4、**基本医疗保险：**指《中华人民共和国社会保险法》所规定的基本医疗保险，包括职工基本医疗保险、城镇居民基本医疗保险、新型农村合作医疗保险等政府设立的基本医疗保障项目。

公费医疗：指卫生部、财政部印发《公费医疗管理办法》(卫计字〔89〕第 138 号)所规定的公费医疗。

5、**必要、合理的医疗费用：**指符合以下条件的医疗费用：

（1）对治疗被保险人的伤害或病情合适且必需；

（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。

6、**保险金申请人：**指受益人或被保险人的继承人或依法享有保险金请求权的其他自然人。

（本页结束）