

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 B 款条款（2016 版）

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。

第二条

本附加险合同的被保险人与主险合同的被保险人一致。

第三条

本附加险合同的投保人与主险合同的投保人一致。

第四条

除另有约定外，本附加险合同的受益人为被保险人本人。

保险责任

第五条

本保险合同的保险责任分为三个部分，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、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，符合保险单签发地的社会医疗保险（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、诊疗项目目录以及服务设施范围和支付标准的必需的医疗费用（以下简称“医疗费用”），保险人累计给付的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。

保险人按如下规则计算并给付意外伤害住院医疗保险金：

意外伤害住院医疗保险金由保险人在扣除意外伤害住院医疗免赔额人民币 100 元后，按如下分级累进的赔付比例表计算并给付（本附加险合同中对免赔额另有约定的，按约定的免赔额计算并给付保险金）：

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≤30,000	80%
五级	F>30,000	90%

1、若意外伤害住院医疗费用小于或等于意外伤害住院医疗免赔额，则意外伤害住院医疗保险金等于零；

2、若意外伤害住院医疗费用大于意外伤害住院医疗免赔额：

(1) 若被保险人未从其它保险计划或任何其他途径取得意外伤害住院医疗费用补偿，那么，意外伤害住院医疗保险金为：意外伤害住院医疗费用减去意外伤害住院医疗免赔额后，按上表分级累进的意外伤害住院医疗赔付比例计算所得金额。

(2) 若被保险人已从其它保险计划或任何其他途径取得意外伤害住院医疗费用补偿，那么：

A=意外伤害住院医疗费用减去意外伤害住院医疗免赔额后，按上表分级累进的意外伤害住院医疗赔付比例计算所得金额

B=意外伤害住院医疗费用—已取得的意外伤害住院医疗费用补偿

若 $A \leq B$ ，则意外伤害住院医疗保险金=A

若 $A > B$ ，则意外伤害住院医疗保险金=B

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，符合保险单签发地的社会医疗保险（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、诊疗项目目录以及服务设施范围和支付标准的必需的医疗费用（以下简称“医疗费用”），保险人在扣除 100 元的免赔额以后按 80% 的比例计算并给付意外伤害门/急诊医疗保险金（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），保险人累计给付的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。

保险人按如下规则计算并给付意外伤害门急诊医疗保险金：

1、若意外伤害门/急诊医疗费用小于或等于意外伤害门/急诊医疗免赔额人民币 100 元，则意外伤害门/急诊医疗保险金等于零；

2、若意外伤害门/急诊医疗费用大于意外伤害门/急诊医疗免赔额人民币 100 元：

(1) 若被保险人未从其它保险计划或任何其他途径取得意外伤害门/急诊医疗费用补偿，那么，意外伤害门/急诊医疗保险金=（意外伤害门/急诊医疗费用—意外伤害门/急诊医疗免赔额人民币 100 元）×意外伤害门/急诊医疗赔付比例 80%

(2) 若被保险人已从其它保险计划或任何其他途径取得意外伤害门/急诊医疗费用补偿，那么：

A=（意外伤害门/急诊医疗费用—意外伤害门/急诊医疗免赔额人民币 100 元）×意外伤害门/急诊医疗赔付比例 80%

B=意外伤害门/急诊医疗费用—已取得的意外伤害门/急诊医疗费用补偿

若 $A \leq B$ ，则意外伤害门/急诊医疗保险金=A

若 $A > B$ ，则意外伤害门/急诊医疗保险金 = B

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，符合保险单签发地的社会医疗保险（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、诊疗项目目录以及服务设施范围和支付标准的必需的医疗费用（以下简称“医疗费用”），保险人在扣除 100 元的免赔额以后按 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（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）。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。

保险人按如下规则计算并给付意外伤害住院或门/急诊共用保额医疗保险金：

1、若意外伤害住院或门/急诊医疗费用小于或等于合同约定的意外伤害住院或门/急诊医疗免赔额，则意外伤害住院或门/急诊医疗保险金等于零；

2、若意外伤害住院或门/急诊医疗费用大于合同约定的意外伤害住院或门/急诊医疗免赔额：

（1）若被保险人未从其它保险计划或任何其他途径取得意外伤害住院或门/急诊医疗费用补偿，那么，意外伤害住院或门/急诊共用保额医疗保险金 = （意外伤害住院或门/急诊医疗费用 - 意外伤害住院或门/急诊医疗免赔额） × 意外伤害住院或门/急诊共用保额医疗赔付比例；

（2）若被保险人已从其它保险计划或任何其他途径取得意外伤害住院或门/急诊医疗费用补偿，那么：

$A = (\text{意外伤害住院或门/急诊医疗费用} - \text{意外伤害住院或门/急诊医疗免赔额}) \times \text{意外伤害住院或门/急诊共用保额医疗赔付比例}$

$B = \text{意外伤害住院或门/急诊医疗费用} - \text{已取得的意外伤害住院或门/急诊医疗费用补偿}$

若 $A \leq B$ ，则意外伤害住院或门/急诊共用保额医疗保险金 = A

若 $A > B$ ，则意外伤害住院或门/急诊共用保额医疗保险金 = B

第六条

被保险人因保险事故须到医院进行合理且必需的治疗，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，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，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、其它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。

责任免除

第七条

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）本附加险合同签发地的社会医疗保险规定的不予支付的情形，或不符合本附加险合同签发地的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；
- （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）属于主险合同的责任免除事项；
- （九）本附加险合同约定的免赔额。

保险金额和保险费

第八条

（一）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。

（二）保险金额是保险人承担给付保险金责任的最高限额。

第九条

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。

保险期间

第十条

（一）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与主险合同的保险期间相同；

（二）若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），本附加险合同的满期日与主险合同的满期日相同。

保险人义务

第十一条

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。

第十二条

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者其他保险凭证。

第十三条

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。

第十四条

保险人在收到保险金申请人的保险金给付申请书及有关证明和资料后，应及时作出是否属于保险责任的核定；情形复杂的，应当在 30 日内作出核定，但本附加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，保险人应在与保险金申请人达成有关给付保险金数额的协议后 10 日内，履行给付保险金义务；本附加险合同对保险金及给付期限有约定的，保险人应当依照本附加险合同的约定，履行给付保险金义务。保险人依照前款约定作出核定后，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。

第十五条

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

第十六条

除另有约定外，投保人应当在保险合同成立时一次交清保险费。

第十七条

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，保险人有权解除本附加保险合同。

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。

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) 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）；
- 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。

(二) 医疗费用收据：

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。

第十九条

保险金申请人向保险人请求给付保险金的诉讼时效期间为2年，自其知道或者应当知道保险事故发生之日起计算。

争议处理和法律适用

第二十条

因履行本附加保险合同发生的争议，由当事人协商解决。

协商不成的，提交保险单载明的仲裁机构仲裁。保险单未载明仲裁机构或者争议发生后未达成仲裁协议的，可向中华人民共和国有管辖权的人民法院起诉。

第二十一条

与本附加保险合同有关的以及履行本附加保险合同产生的一切争议处理适用中华人民共和国法律（不包括香港、澳门及台湾地区法律）。

释义

1、保险人：指与投保人签订本附加险合同的阳光财产保险股份有限公司。

2、肢：指人体的四肢，即左上肢、右上肢、左下肢和右下肢。

3、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。

4、不可抗力：指不能预见、不能避免并不能克服的客观情况。

5、意外伤害：指以外来的、突发的、非本意的和非疾病的客观事件为直接且单独的原因致使身体受到的伤害。

6、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。

7、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。