

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（互联网专属）条款

（注册号：C00009332522022011504351）

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（互联网专属）保险（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，符合当地的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且合理的医疗费用，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。

第四条 本附加险合同的保险责任遵循医疗费用补偿原则。若被保险人已从其他途径（包括社会医疗保险、公费医疗、工作单位、保险人在内的任何商业保险机构等）获得医疗费用补偿，则保险人仅对被保险人个人实际支付的医疗费用扣除其所获医疗费用补偿后的余额按照本合同的约定进行赔付。社会医疗保险个人账户部分支出视为个人支付，不属于已获得的医疗费用补偿。

若被保险人已参加基本医疗保险、公费医疗的，但未以参加基本医疗保险、公费医疗身份就诊并结算的，则保险人根据保险单中单独约定的赔付比例进行赔付。

责任免除

第五条 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

第六条 本附加险合同的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支付保险费。

保险期间

第七条 本附加险合同的保险期间与主险合同保险期间一致。

保险金的申请与给付

第八条 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）保险单原件或其他保险凭证原件；

（三）保险金申请人的有效身份证件；

（四）符合本附加险合同约定的医院出具的诊断证明、病历、医疗费用原始收据、医疗费用明细清单及医疗费用结算单；若被保险人已从其他途径（包括社会医疗保险、公费医疗、工作单位、保险人在内的任何商业保险机构等）获得医疗费用补偿，且赔付单位留存了医疗费用原始收据的，可提供加盖留存单位鲜章的医疗费用收据复印件或其他法定证明材料；

（五）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、澳门特别行政区、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。意外伤害事故导致的急救不受此限制，但在急救情况稳定后，须转入本定义规定的医院治疗。

3. 必需且合理的医疗费用：同时满足以下两项条件的医疗费用：

(1) 符合通常惯例：指与接受医疗服务所在地通行治疗规范、通行治疗方法、平均医疗费用价格水平一致的医疗费用。

对是否符合通常惯例由保险人根据客观、审慎、合理的原则进行审核；如果被保险人对审核结果有不同意见，可由双方认同的权威医学机构或者权威医学专家进行审核鉴定。

(2) 医学必需：指医疗费用符合下列所有条件：

- a. 治疗意外伤害所必需的项目；
- b. 不超过安全、足量治疗原则的项目；
- c. 由医生开具的处方药；
- d. 非试验性的、非研究性的项目；
- e. 与接受治疗当地普遍接受的医疗专业实践标准一致的项目。

对是否医学必需由保险人根据客观、审慎、合理的原则进行审核；如果被保险人对审核结果有不同意见，可由双方认同的权威医学机构或者权威医学专家进行审核鉴定。

4. 保险金申请人：指被保险人本人、受益人或依法享有保险金请求权的其他自然人。