

华农财产保险股份有限公司

学生、幼儿意外伤害保险附加住院医疗保险 B 款条款

注册编号：C00010132522022072502923

总则

第一条 本附加险合同是学生、幼儿意外伤害保险合同（以下简称主险合同）的附加险合同，依主险合同投保人的申请，经保险人审核同意而订立。主险合同效力终止，本附加险合同效力亦终止；主险合同无效，本附加险合同亦无效。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。本附加险合同未约定事项，以主险合同为准。

凡涉及本附加险合同的约定，均采用书面形式。

第二条 凡主险合同的被保险人，均可作为本附加险合同的被保险人。

第三条 除另有约定外，本附加险合同的住院医疗保险金受益人为被保险人本人。

保险责任

第四条 在本附加险合同的保险期间内，被保险人遭受主险合同责任范围内的意外伤害或者在本附加险合同约定的**等待期**（释义一）后（续保者不受等待期的限制）因疾病而在**医院**（释义二）进行**住院**（释义三）治疗，所支出的符合**当地**（释义四）**基本医疗保险**（释义五）主管部门规定可以报销的**必需且合理**（释义六）的医疗费用，保险人在扣除被保险人通过其他任何途径（包括但不限于基本医疗保险、公费医疗、工作单位、保险人在内的任何商业保险机构等）及本附加险合同约定的单次住院免赔额 100 元后，按照如下赔付比例计算并给付住院医疗保险金（本附加险合同中对免赔额以及赔付比例另有约定的，按照保险单上约定的免赔额和赔付比例计算并给付保险金）：

（一）被保险人已从其他途径（包括但不限于基本医疗保险、公费医疗、工作单位、保险人在内的任何商业保险机构等）获得本附加险责任范围内的医疗费用补偿的：

分级	医疗费用（F） （单位：人民币元）	分级累进赔付比例
一级	$F \leq 1000$ 及以下	50%
二级	$1000 < F \leq 5000$	60%
三级	$5000 < F \leq 10000$	70%
四级	$10000 < F \leq 30000$	80%
五级	$F > 30000$	90%

(二) 被保险人未从其他途径(包括但不限于基本医疗保险、公费医疗、工作单位、保险人在内的任何商业保险机构等)获得本附加险责任范围内的医疗费用补偿的:

分级	医疗费用(F) (单位:人民币元)	分级累进赔付比例
一级	$F \leq 1000$ 及以下	40%
二级	$1000 < F \leq 5000$	50%
三级	$5000 < F \leq 10000$	60%
四级	$10000 < F \leq 30000$	70%
五级	$F > 30000$	80%

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金给付责任,其中疾病住院医疗最长可至保险期限届满之日起第30日(含)止,意外伤害住院医疗最长可至意外伤害发生之日起第180日(含)。

本附加险合同为费用补偿型合同,适用医疗费用补偿原则。若被保险人已从其他途径(包括但不限于基本医疗保险、公费医疗、工作单位、保险人在内的任何商业保险机构等)取得补偿,保险人在扣除其他途径已获得的补偿后,对于剩余部分住院医疗费用根据本附加险合同约定在被保险人的住院医疗保险金额的限额内按照本附加险合同约定的免赔额、赔付比例给付住院医疗保险金。

本附加险合同上述给付保险金责任以保险单上载明的本附加险合同项下的住院医疗保险金额为限。对被保险人一次或者累计给付的保险金达到住院医疗保险金额时,本附加险合同的保险责任终止。

责任免除

第五条 在下列期间发生的或因下列情形之一导致被保险人支出医疗费用的,保险人不承担保险金赔偿责任:

- (一) 投保人的故意行为;
- (二) 被保险人因意外伤害导致罹患疾病;
- (三) 被保险人故意犯罪、抗拒依法采取的刑事强制措施;
- (四) 被保险人妊娠、流产、分娩、避孕、药物过敏、中暑、猝死;
- (五) 被保险人接受整容手术及其他内、外科手术或因接受治疗发生医疗事故;
- (六) 被保险人未遵医嘱,私自服用、涂用、注射药物;

(七) 核爆炸、核辐射或核污染；

(八) 恐怖袭击；

(九) 被保险人犯罪或拒捕；

(十) 被保险人从事高风险运动或参加职业或半职业体育运动。

第六条 被保险人在下列期间遭受伤害导致医疗费用支出的，保险人也不承担给付保险金责任：

(一) 战争、军事行动、暴动或武装叛乱期间；

(二) 被保险人醉酒或毒品、管制药物的影响期间；

(三) 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期间；

(四) 被保险人精神失常（释义七）或精神错乱（释义八）期间。

第七条 被保险人支出的任何属于下列项目的医疗费用，保险人不承担给付保险金责任：

(一) 用于矫形、整容、美容、安装以及购买残疾用具（如轮椅、假肢、助听器、假眼、配镜等）；

(二) 被保险人体检、疗养、心理咨询或康复治疗的费用；

(三) 被保险人投保前已有的治疗和康复费用；

(四) 间接损失，包括交通费、食宿费、生活补助费、误工补贴等。

保险金额与保险费

第八条 被保险人的保险金额是保险人对该被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。

第九条 本附加险合同的保险费由保险人根据保险金额、具体风险状况等确定，并在保险单中载明其金额。

不保证续保

第十条 本附加险合同为不保证续保合同，本附加险合同保险期间不超过一年。保险期间届满，投保人可以重新向保险公司申请投保本附加险合同，并经保险人同意，交纳保险费，获得新的保险合同。

若发生下列情形之一的，本附加险合同不再接受重新投保：

(一) 本附加险合同统一停售；

- (二) 被保险人身故;
- (三) 投保人未如实告知, 被保险人不符合投保条件或存在欺诈情形的;
- (四) 本附加险合同因其他条款所列情况而导致效力终止。

保险期间

第十一条 本附加险合同的保险期间与主险合同一致, 最长不超过一年。

保险金申请与给付

第十二条 由保险金受益人作为保险金的申请人。保险金申请人向保险人申请给付保险金时, 应提交以下材料原件。保险金申请人因特殊原因不能提供以下材料原件的, 应提供其他合法有效的材料原件。保险金申请人未能提供有关材料原件, 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。

- (1) 保险金给付申请书;
- (2) 保险合同凭证;
- (3) 被保险人身份证明;

(4) 支持索赔的全部账单、证明、信息和其他证明材料, 包括但不限于医院出具的病历资料、医学诊断书、处方、病理检查、化验检查报告、医疗费用原始单据(已从基本医疗保险获得补偿的, 需提供医保结算单原件及结算单位用印的医疗费用单据复印件; 已从其他商业保险获得赔偿的, 需提供费用结算分割单原件及结算单位用印的医疗费用单据复印件; 已从其他任何途径获得补偿或赔偿的, 需提供相应机构或单位出具的医疗费用结算证明)、费用明细单据等。保险金申请人因特殊原因不能提供上述材料的, 应提供其他合法有效的材料;

- (5) 保险金申请人所能提供的其他与本项申请相关的材料;

(6) 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。受益人为无民事行为能力人或者限制民事行为能力人的, 由其监护人代为申领保险金, 并需要提供监护人的身份证明等资料。

其他事项

第十三条 被保险人须在二级以上(含二级)或保险人认可的其他医疗机构治疗, 急危、重病人不受此限, 但经急救病情稳定之后, 必须转入保险人认可的医疗机构治疗, 被保险人因医疗条件限制, 确需转院治疗, 必须有转出医院主治医师及以上级别人员签署的会诊报告及转院证明。

释义

一、等待期：指自本附加险合同生效日起计算的一段时间，具体天数由保险人和投保人在投保时约定并在保险合同上载明，最长不超过 90 天。**等待期内发生疾病，无论等待期内治疗还是等待期外治疗，保险人均不承担给付保险金责任。**

二、医院：是指经中华人民共和国卫生部门审核认定的二级或以上的综合性或专科医院或保险认可的医疗机构，**不包括如下机构或医疗服务：**

- (1) 特需医疗、外宾医疗、干部病房、联合病房、国际医疗中心、VIP 部、联合医院；
- (2) 诊所、康复中心、家庭病床、护理机构；
- (3) 休养、戒酒、戒毒中心。

同时该医院必须具有符合有关医院管理规定设置标准的医疗设备及提供二十四小时的有合格医师及护士驻院的医疗与护理服务的能力和资质。

三、住院：指被保险人因疾病而入住医院之正式病房接受全日 24 小时监护治疗的过程，并正式办理入出院手续。**但不包括下列情况：**

- (1) 被保险人在医院的（门）急诊观察室、家庭病床（房）入住；
- (2) 被保险人在特需病房、外宾病房或其他不属于基本医疗保险范畴的高等级病房入住；
- (3) 被保险人入住康复科、康复病床或接受康复治疗；
- (4) 被保险人住院期间一天内未接受与入院诊断相关的检查和治疗，或一天内住院不满二十四小时；但遵医嘱到外院接受临时治疗的除外；

四、当地：分以下两种情况：

- (1) 若被保险人已从基本医疗保险获得补偿，当地指被保险人医保所在地；
- (2) 若被保险人未从基本医疗保险获得补偿，当地指被保险人治疗所在地。

五、基本医疗保险：指根据国家相关政策规定，目前国内城乡居民参加的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。

六、必需且合理：

(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：

- ①治疗意外伤害或者疾病所必需的项目；
- ②不超过安全、足量治疗原则的项目；
- ③由医生开具的处方药；
- ④非试验性的、非研究性的项目；

⑤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。

七、精神失常：是由患者个体内的遗传（基因）系统存在异常引起的，持久自发性精神活动异常一类疾病。包括精神分裂症、躁狂症、抑郁症和焦虑症。

八、精神错乱：也称为谵妄，患者有轻度的意识紊乱，因倾向于幻想，所以不能分辨外界和自己的状态，但还能意识到自己的思考，可是缺乏系统性，又因语无伦次，处于不解的状态。