

中原农业保险股份有限公司

学生幼儿意外伤害保险附加住院医疗保险条款

总则

第一条 本保险合同须附加于中原农业保险股份有限公司学生幼儿意外伤害保险（以下简称主险合同）。本附加险合同未约定事项以主险合同为准，与主险合同内容冲突之处，以本附加险合同为准。主险合同效力终止，本附加险合同效力亦同时终止。

第二条 本附加险合同的投保人和被保险人与主险合同一致。

第三条 除另有约定外，本附加险合同保险金的受益人为被保险人本人。

保险责任

第四条 首次投保本保险或非连续投保本保险时，被保险人因疾病住院治疗的观察期为90天，续保或因意外伤害住院治疗无观察期。

被保险人因遭受意外伤害或者自本保险合同生效之日起90日后因疾病住院治疗（续保者不受90日规定的限制），保险人依下列约定给付保险金：

（一）被保险人在保险人指定或认可的医疗机构每次住院所支出直接用于医疗的、合理的、符合当地社会基本医疗保险支付范围的医疗费用，在扣除被保险人已从其他途径取得的补偿后，对超过人民币100元以上部分，保险人在保险金额范围内，按以下规定分级累进比例给付保险金。

级数	医疗费用级距	给付比例
1	1000元及以下的部分	50%
2	人民币1,000元以上至5,000元部分	60%
3	人民币5,000元以上至10,000元部分	70%
4	人民币10,000元以上至30,000元部分	80%
5	人民币30,000元以上部分	90%

（二）保险期间届满被保险人治疗仍未结束的，保险人所负保险责任的期限可延长至被保险人出院之日止，但以上责任期限延长以90日为限。

（三）保险人所承担给付保险金的责任以该被保险人的保险金额为限，对被保险人一次或者累计给付的保险金总额达到其保险金额时，保险人对该被保险人的保险责任终止。

第五条 本保险合同适用补偿原则。被保险人通过任何途径所获得的医疗费用补偿金额总和以其实际支出的医疗费用金额为限。被保险人已经从社会基本医疗保险或任何第三方（包括任何商业医疗保险）获得相关医疗费用补偿的，保险人仅对扣除已经获得补偿后的剩余医疗费用，按照本合同约定承担给付保险金的责任。

责任免除

第六条 因下列原因造成被保险人支出医疗费用的，保险人不承担给付保险金责任：

（一）主险合同无效或失效；

- (二) 主险合同列明的责任免除事项（疾病除外）；
- (三) 未经保险人同意的转院治疗；
- (四) 被保险人罹患性病、精神病、精神分裂症或精神失常；
- (五) 被保险人首次参加本保险或非及时续保的，对自本保险合同生效之日起 90 日内罹患疾病或症状的治疗。

第七条 下列损失、费用，保险人不承担给付保险金责任：

- (一) 被保险人在康复医院、联合诊所、民办医院、私人诊所以及境外医疗机构等非保险人指定或认可的医疗机构进行治疗；
- (二) 被保险人一般身体检查、疗养、静养、健康护理等非治疗性行为或以家庭病床、挂床、压床等方式进行治疗；
- (三) 被保险人洗牙、洁齿、整容、矫形、器官移植、验眼配镜，装配假眼、假牙、假肢或助听器等残疾用具；
- (四) 对既往症、先天性疾病、遗传性疾病、畸形或已有残疾的治疗和康复；
- (五) 被保险人支出的医疗费用中依法应由第三者赔偿的部分，但肇事者逃逸或无赔偿能力的除外。

第八条 本保险条款其他条目中约定的不承担、免除或减少保险责任的部分，保险人也不负责赔偿。

保险金额与给付比例

第九条 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。

第十条 针对以下三种情况，投保人和保险人分别约定给付比例，并在保险单中载明。

1. 有社保且已使用社保：被保险人享有社会医疗保险或公费医疗保障，且在申请理赔时已经从社会医疗保险或公费医疗保障中获得医疗费用补偿；
2. 有社保但未使用社保：投保时告知保险人已参加社会医疗保险或公费医疗保障，但就诊时未使用或就诊时未参加社会医疗保险或公费医疗保障；
3. 无社保：被保险人投保时未享有社会医疗保险或公费医疗保障，且没有从社会医疗保险或公费医疗保障中获得医疗费用补偿。

保险期间

第十一条 本保险合同保险期间由保险人和投保人协商确定，以保险合同载明的起讫时间为准，最长不得超过一年。

第十二条 保险期间届满，投保人需要重新向保险公司申请投保本产品，交纳保险费，并获得新的保险合同。

保险金申请与给付

第十三条 被保险人同时拥有多份有效的费用补偿型医疗保险保险单的，可以自主决定理赔申请顺序。

第十四条 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。保险金申请人因特殊原因不能提供以下材料的，应提供其他合法有效的材料。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。

- (一) 保险金给付申请书；
- (二) 保险单原件及其他保险凭证；
- (三) 保险交费凭证；
- (四) 保险金申请人的身份证明；
- (五) 保险人指定或认可的医疗机构出具的医疗费用原始收据、诊断证明书、病历；
- (六) 对于已经从当地基本医疗保险或其他途径获得补偿的，须提供相应机构或单位出具的分割单或医疗费用结算证明；
- (七) 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；
- (八) 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。

第十五条 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二年，自其知道或者应当知道保险事故发生之日起计算。

其他事项

第十六条 除另有约定外，投保人应在保险合同成立时一次交清保险费。**投保人未按约定交清保险费的，保险合同不生效。**

第十七条 投保人申请解除主险合同时，本附加险合同一并解除，**但保险人已根据保险合同约定给付保险金的除外。**保险人根据主险合同约定向投保人退还未满期保险费。

第十八条 保险人如停售该保险产品，应为已购买产品的被保险人在保险期间内继续提供保障服务，并按照相关规定通过官网、销售渠道、即时通讯等途径披露告知投保人、被保险人。披露的内容应包括产品停售的具体原因、具体时间，以及后续服务措施等信息。

释义

第十九条 本保险合同涉及下列术语时，适用下列释义：

住院：指被保险人因疾病而入住保险人指定或认可的医疗机构的正式病房，并正式办理入、出院手续，但不包括门（急）诊观察室诊疗、其他非正式的病床或挂床住院。

既往症：指被保险人在本保险合同生效日之前所患的已知的有关疾病或症状。

认可的医疗机构：是指在中华人民共和国境内（不包括香港、澳门、台湾）经中华人民共和国卫生部门评审确定的二级或以上的公立医院或投保人与保险人协商共同指定的医院或医疗机构，但不包括主要作为门诊、康复、护理、疗养、戒酒、戒毒或相类似的医疗机构。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，并且提供 24 小时有合格医师及护士的医疗和护理等服务。

其他途径：包括互助基金等医疗保险机构、商业保险机构（含保险人）、工作单位或其他任何对被保险人承担民事责任的第三方。