

富德财产保险股份有限公司
附加学生幼儿个人疾病住院医疗保险条款
(产品注册号为: C00016332522024090524563)

总则

第一条 本附加险合同须附加于学生幼儿个人意外伤害保险合同（以下简称“主险合同”）。主险合同所附条款、投保单、保险单、保险凭证以及批单等，凡与本附加险合同相关者，均为本附加险合同的构成部分。本附加险合同与主险合同相抵触之处，以本附加险合同为准；本附加险合同未尽事宜，以主险合同条款规定为准。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。

第二条 除另有约定外，本附加险合同的保险金受益人为被保险人本人。

保险责任

第三条 保险期间内，被保险人自本附加险合同生效之日起等待期后因疾病而在中华人民共和国境内（不含港、澳、台地区）二级以上（含二级）医院(见释义)或者保险人指定或认可的医疗机构进行住院（见释义）治疗，保险人依照下列约定给付保险金：

等待期自本附加险生效之日起计算；具体期限由投保人和保险人协商确定并在保险单中载明但最长不得超过 180 天。若保险单中未载明等待期，则等待期为 90 日（含）。

等待期内发生的疾病，无论治疗时间是否超过等待期，保险人均不承担给付保险金责任。除另有约定外，续保（见释义）者免等待期。

（一）对于被保险人实际支出的符合当地社会基本医疗保险（见释义）主管部门规定可报销的必需且合理（见释义）的疾病住院医疗费用，保险人扣除本保险合同中约定的免赔额和被保险人从其他途径（包括但不限于社会基本医疗保险、公费医疗、工作单位、除本保险外的其他商业保险、任何第三方等）获得的针对该医疗费用的补偿、赔偿后，余额部分按投保时投保人选择的《住院医疗费用分级累进给付比例表》给付比例档次所约定的级距分段和给付比例，在疾病住院医疗保险金额范围内给付疾病住院医疗保险金，或按照非分级累进制约定的给付比例在疾病住院医疗保险金额范围内给付疾病住院医疗保险金。

《住院医疗费用分级累进给付比例表》

级距分段 \ 给付比例	给付比例档次		
	A 档	B 档	C 档
不超过 1000 元（含 1000 元）的部分	50%	55%	45%
1000 元以上至 5000 元（含 5000 元）的部分	60%	65%	55%
5000 元以上至 10000 元（含 10000 元）的部分	70%	75%	65%
10000 元以上至 30000 元（含 30000 元）的部分	80%	85%	75%
30000 元以上的部分	90%	95%	85%

1. **免赔额**：指每次事故绝对免赔金额。若被保险人已从其他途径获得医疗费用补偿，可用于抵扣免赔额。但通过社会基本医疗保险（统筹账户部分）和公费医疗获得的补偿，不可用于抵扣免赔额。除另有约定外，本合同的免赔额为100元。

2. **给付比例**：本合同给付比例分为分级累进制给付比例和非分级累进制给付比例，分级累进制给付比例是指《住院医疗费用分级累进给付比例表》级距分段对应的每次住院医疗费用给付比例。本合同采用分级累进制时，由投保人从《住院医疗费用分级累进给付比例表》中选择给付比例档次，投保人未选择时，**默认档次为A档**。本合同采用非分级累进制时，本附加险合同采用非分级累进制时，除另有约定外，给付比例为80%。

3. **级距分段**：指采用分级累进制时，《住院医疗费用分级累进给付比例表》中的每次住院医疗费用分段，每次住院医疗费用从第一分段开始计算，超出部分纳入第二分段进行计算，以此类推。

给付比例按照被保险人是否采用分级累进制由投保人和保险人在投保时约定。

（二）除另有约定外，保险期间届满时被保险人住院治疗仍未结束的，**保险人继续承担保险责任至被保险人该次住院出院之日或者保险期间届满之日起第90日24时（以先发生者为准）止。**

（三）保险人对被保险人所负给付保险金的责任以保险单所载的被保险人疾病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疾病住院医疗保险金额时，保险人对被保险人本附加险合同项下的保险责任终止。

费用补偿原则

第四条 本附加险合同适用费用补偿原则。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。若被保险人已经从其他途径（包括社会基本医疗保险、公费医疗、工作单位、保险人在内的任何商业保险机构等）获得相关医疗费用补偿，则保险人仅对被保险人实际发生的医疗费用扣除其所获医疗费用补偿后的剩余部分，按本附加险合同约定负责赔偿。

社会基本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。

责任免除

第五条 下列原因造成被保险人发生住院医疗费用支出的，**保险人不承担给付保险金责任**：

（一）矫形、整形、整容、美容；

（二）被保险人进行牙科诊疗、牙科手术、牙齿修复或牙齿整形，视力矫正、因矫正视力而做的眼科验光检查；

（三）被保险人进行健康体检、疗养、特别护理、静养、康复性治疗、物理治疗、心理治疗或预防性治疗（包括但不限于预防性阑尾切除、预防性扁桃体切除等）；

（四）被保险人不符合入院标准住院、挂床住院，或应当出院但拒不出院而造成的延长住院费用；

（五）被保险人在非保险人认可的医疗机构进行治疗，或在家自设病床治疗；

（六）被保险人投保前已有伤残的治疗和康复；

(七) 既往疾病(见释义)及并发症、性传播疾病、感染艾滋病病毒(HIV 阳性)或患艾滋病(AIDS)(见释义)、遗传性疾病(见释义)、先天性疾病(见释义)或缺陷、先天性畸形、变异或染色体异常;

(八) 被保险人遭受意外伤害进行治疗;

(九) 被保险人以捐献器官、移植人工器官为目的的医疗行为。

第六条 下列费用支出, 保险人也不承担给付保险金责任:

(一) 当地社会医疗保险或其他公费医疗管理部门规定的自费项目和药品费用;

(二) 各种康复治疗器械、眼镜、假体、义肢、义齿、义眼、助听器、轮椅等辅助器具费, 所有非处方医疗器械, 非处方药物, 保健食品及用品;

(三) 营养费、康复费、护理费、交通费、伙食费、住宿费、误工费、取暖费、丧葬费。

第七条 主险合同中列明的“责任免除”事项(但属于本附加险合同第三条保险责任的不在其限), 也适用于本附加险合同。

第八条 对于本附加险合同载明的免赔额, 保险人不承担给付保险金的责任。

保险金额

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。本附加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。

免赔额和给付比例

第十条 除另有约定外, 本合同的每次事故绝对免赔额为 100 元, 给付比例由投保人与保险人双方在投保时协商约定, 具体以保险单中载明的为准。

保险期间

第十一条 本附加险合同保险期间与主险合同保险期间一致, 但最长不超过一年, 以保险单载明的起讫时间为准。

非保证续保

第十二条 本附加险产品为非保证续保保险产品。保险期间届满前, 投保人需要重新向保险公司申请投保本产品, 并经保险人同意, 交纳保险费, 获得新的保险合同。

保险金的申请与给付

第十三条 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, 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。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) 索赔申请书;

(二) 保险单及其他保险凭证;

(三) 保险金申请人的有效身份证件;

(四) 二级以上(含二级)医院或保险人认可的医疗机构出具的医疗费用发票/收据、费用明细清单/帐、病历、出院小结、诊断证明及其他医疗记录等;

(五) 对于已经从社会基本医疗保险、公费医疗和任何第三方(包括任何商业医疗保险)获得相关医疗费用补偿的, 应提供社会基本医疗保险机构、商业保险机构或其他第三方的医疗费用分割单或医疗费用结算证明;

(六) 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;

(七) 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。

释义

【二级以上(含二级)医院】指在中国境内(不包括香港、澳门、台湾)经中华人民共和国卫生部门审核认定的二级或二级以上的公立医院普通部, 不包括如下医疗或医疗服务机构:

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、A 级病房;

2. 诊所、康复中心、家庭病床、护理机构;

3. 休养、戒酒、戒毒中心。

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, 且能够提供全天二十四小时合格医师及护士的驻院医疗及护理服务。

被保险人须在本定义规定的医疗机构治疗。意外伤害急救不受此限, 但经急救情况稳定后, 须根据病情及时转入前述医疗机构治疗。

【住院】指被保险人确因临床需要、经医生诊断必须留院治疗, 正式办理入院及出院手续, 并确实入住医疗机构正式病房接受治疗的行为过程; 被保险人必须连续留院二十四小时以上且由医疗机构收取病房或床位费用, 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、外宾病房或其它不属于社会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;

5. 被保险人住院体检;

6. 挂床住院及其他不合理的住院。挂床住院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, 具体表现包括在住院期间连续若干日无任何治疗, 只发生检查检验费、诊疗费、床位费等情况。

【续保】投保人在保险合同终止日前30日内提出继续投保申请且经保险人同意的, 为续保; 投保人在合同终止日后第1日起提出继续投保申请的, 视作首次投保。

【社会基本医疗保险】指国家最新修订颁布的《社会保险法》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、新型农村合作医疗等政府举办的基本医疗保险。

【必需且合理】指同时符合以下 2 个条件:

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。**

【既往疾病】保险生效日前被保险人已罹患的，已接受治疗、诊断、会诊或服用处方药物的疾病，或在保险生效日前经主治医师诊断或被医生推荐接受医药治疗或医疗意见的疾病。

【感染艾滋病病毒（HIV 阳性）或患艾滋病（AIDS）】艾滋病病毒指人类免疫缺陷病毒，英文缩写为 HIV；艾滋病指人类免疫缺陷病毒引起的获得性免疫缺陷综合征，英文缩写为 AIDS；在人体血液或其他样本中检测到艾滋病病毒或其抗体呈阳性，没有出现临床症状或体征的，为感染艾滋病病毒；如果同时出现了明显临床症状或体征的，为患艾滋病。

【遗传性疾病】指生殖细胞或受精卵的遗传物质（染色体和基因）发生突变或畸变所引起的疾病，通常具有由亲代传至后代的垂直传递的特征，以世界卫生组织颁布的《疾病和有关健康问题的国际统计分类（ICD-10）》为准。

【先天性疾病】指被保险人一出生就具有的疾病（症状或体征）。这些疾病是因人的遗传物质（包括染色体以及位于其中的基因）发生了对人体有害的改变而引起的，或因母亲怀孕期间受到内外环境中某些物理、化学和生物等因素的作用，使胎儿局部体细胞发育异常，导致婴儿出生时有关器官系统在结构或功能上呈现异常。