

# 中国大地保险学生、幼儿意外伤害保险

## 附加住院医疗保险（B款）条款

【注册编号：C00001032522020022400872】

### 总则

**第一条** 本保险是学生、幼儿意外伤害保险（以下简称“主险”）的附加险。

凡主险合同内容与本附加险合同相关者及本附加险条款，均为本附加险合同的构成部分。

本附加险条款未尽事项，以主险条款为准；若本附加险条款与主险条款内容冲突，则以本附加险条款为准。

主险合同效力终止的，本附加险合同效力同时终止。

**第二条** 本附加险合同投保人、被保险人同主险合同。

**第三条** 除另有约定外，本附加险合同的保险金的受益人为被保险人本人。

### 保险责任

**第四条** 本附加险合同的住院医疗保险责任分为意外住院医疗保险责任、疾病住院医疗保险责任和特殊疾病门诊医疗保险责任，供选择投保。

**第五条** 与各项责任对应的保险事故分别为如下：

（一）与意外住院医疗保险责任对应的保险事故：在保险期间内，被保险人每次遭受意外并在社会基本医疗保险定点医疗机构接受住院治疗。

（二）与疾病住院医疗保险责任对应的保险事故：在保险期间内，被保险人自本附加险合同生效之日起经过三十日的等待期后（在身体健康情况下续保的或者本附加险合同另有约定的不在此限）患疾病而在社会基本医疗保险定点医疗机构接受住院治疗。

（三）与特殊疾病门诊医疗保险责任对应的保险事故：保险期间内，被保险人自本附加险合同生效之日起经过三十日的等待期后（在身体健康情况下续保的或者本附加险合同另有约定的不在此限）患特殊疾病而在社会基本医疗保险定点医疗机构接受门诊治疗。

**第六条** 被保险人发生与所投保的保险责任对应的保险事故，由此发生的符合当地社会基本医疗保险规定的支/给付范围和标准的、医学必要的医疗费用（以下简称“每次合理医疗费用”），除本附加险合同另有约定外，保险人扣除次免赔额 100 元，按下列约定的费用部分与对应比例的乘积，分级累进给付住院医疗保险金：

次免赔额以上至 1,000 元部分	50%
人民币 1,000 元以上至 5,000 元部分	60%
人民币 5,000 元以上至 10,000 元部分	70%
人民币 10,000 元以上至 30,000 元部分	80%
人民币 30,000 元以上部分	90%

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时或者对应意外发生之日起第一百八十日二十四时（以先发生者为准）止；保险期间届满时被保险人特殊疾病门诊治疗仍未结束的，保险人继续承担保险期间届满次日起十五日内发生的医疗费用。

保险人根据本附加险合同针对每一被保险人给付的各项责任保险金累计以其住院医疗保险金额为上限，当达到该限额时，本附加险合同约定的对该被保险人的住院医疗保险责任终止。

### 责任免除

第七条 对被保险人发生的下列任何费用，保险人不承担给付保险金的责任：

（一）因主险合同中列明的责任免除事项而发生的医疗费用或者与主险合同中列明的责任免除事项相关的医疗费用；

（二）不符合本附加险合同约定的支/给付范围和标准的医疗费用；

（三）矫形、洗牙、洁齿、整容、美容、心理咨询、体检、疗养、静养、康复治疗、健康护理、家庭病床治疗费用，修复、安装或者购买残疾用具（包括但不限于特别支架、器材、轮椅、拐杖、义肢、助听器、义牙、义眼、配镜）费用，与购置移植器官、捐献器官、保存和运输器官相关费用，体外医疗装置或者器材费用，试验性治疗费用；

（四）不必要的转院治疗发生的额外费用；

（五）非医疗所必须的住院发生的费用，包括但不限于被保险人的健康检查，以疗养、康复为主要目的的医疗行为；

（六）治疗既往症，精神和行为障碍（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-11）》为准），先天性疾病，先天性畸形、变形和染色体异常，遗传性疾病，性传播疾病，艾滋病（AIDS）或者感染艾滋病病毒（HIV 阳性）发生的费用；

（七）首次参加本保险或者非续保的，等待期内发生的疾病医疗费用，以及等待期后发生的、与该被保险人等待期内所患疾病相关的医疗费用。

### 保险金额、免赔额、赔付比例

**第八条** 每一被保险人的住院医疗保险金额由投保人和保险人约定，并于本附加险合同中载明。

各项责任的次免赔额、赔付比例、给付限额可由投保人与保险人分别约定，并于本附加险合同中载明。

### 续保

**第九条** 本附加险合同为非保证续保合同。保险期间届满前后三十日（含）内，投保人可以重新向保险公司申请投保本产品，经保险人审核同意后，投保人交纳保险费，并获得新的保险合同。前后保险合同的保险期间在时间上不间断。

### 保险金的申请与给付

**第十条** 保险金申请人向保险人请求给付保险金时，应当提交下列证明和资料。

（一）保险金给付申请书；

（二）保险单或者其他保险凭证、批单；

（三）保险金申请人的身份证明，若保险金申请人系受托申请，还应当提供授权委托书和授权委托人的身份证明；

（四）社会基本医疗保险定点医疗机构出具的医疗费用原始收据及明细、诊断证明、病历、出院证明；

（五）投保人、被保险人或者受益人所能提供的与确认事故的性质、原因、损失程度等有关的其他证明和资料。

保险金申请人未能提供有关证明和资料，导致保险人无法核实保险事故的性质、原因、损失程度的，保险人对无法核实部分不承担给付保险金的责任。

**第十一条** 被保险人遭受保险事故的，保险人有权对投保人、被保险人、受益人和有关医疗机构等进行调查和检查，投保人、被保险人、受益人等应当尽量予以配合。

**第十二条** 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。

### 医疗费用补偿原则

**第十三条** 被保险人因遭受意外或者患疾病而每次接受住院治疗发生的医疗费用，保险人给付的住院医疗保险金以该次住院合理医疗费用，扣除被保险人已从社会基本医疗保险、公费医疗、互助保险、除本保险外的其他商业保险、公益慈善机构、第三方责任人等获得的补偿后的余额为上限。

## 释义

**当地：**除另有约定外，指签发本附加险合同的保险人分支机构所在地。

**社会基本医疗保险：**指城镇职工基本医疗保险、城乡居民基本医疗保险或者其他类似的社会医疗保险，以被保险人实际参加者为准；被保险人未参加的，每次意外合理医疗费用按照城镇职工基本医疗保险的范围执行。

**医疗机构：**指拥有合法经营执照，设立的主要目的为向受伤者和患病者提供住院治疗和护理服务而非主要作为康复医院、诊所、护理、疗养、戒酒、戒毒、养老院或类似目的，具有符合所在地有关医院管理规则设置标准的医疗设施，有合格的医生和护士提供全日二十四小时的医疗和护理服务的机构。

**住院：**指入住社会基本医疗保险定点医疗机构的正式病房，并办理入出院手续，不包括门（急）诊观察室诊疗、家庭病床、挂床住院、其他非正式的病床住院及不合理住院。被保险人因非医疗目的自行离开病房十二小时以上（含）的，视为自动出院。

**挂床：**指住院过程中一日内未接受与入院诊断相关的检查和治疗或者一日内住院不满二十四小时。遵医嘱到外院接受临时诊疗的不在此限。

**特殊疾病：**指依照保险合同指明的社会基本医疗保险有关规定，由统筹基金支付相应门诊医疗费用的特殊疾病，具体范围由投保人、保险人协商确定。

**既往症：**指在保险人对其保险责任生效前被保险人已患有的疾病和症状，以及与此相关的任何疾病和症状。

**先天性疾病：**指被保险人一出生时就具有的疾病（病症或体征）。这些疾病是指因人的遗传物质（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的作用，使胎儿局部体细胞发育不正常，导致婴儿出生时有关器官、系统在形态或功能上呈现异常。

**先天性畸形、变形和染色体异常：**指出生时就具有的畸形、变形或者染色体异常。先天性畸形、变形和染色体异常确定依照世界卫生组织《疾病和有关健康问题的国际分类》（ICD-11）确定。先天性畸形、变形和染色体异常可能来自于父母遗传，或者因胎儿在子宫内时受到伤害或者感染，或者因胎儿在出生时发生异常或者受到伤害。

**遗传性疾病：**指生殖细胞或者受精卵的遗传物质（染色体和基因）发生突变或者畸变所引起的疾病，通常具有由亲代传至后代的垂直传递的特征。许多遗传性疾病在出生时并未显现。

**性传播疾病：**指发生在生殖器官的内源性或者外源性通过性行为或者非性行为传播的传播性疾病，包括但不限于梅毒、淋病、尖锐湿疣、疱疹、软下疳、淋巴肉牙肿、非淋菌性尿道炎（包括支原体、衣原体阳性）。

**艾滋病：**指获得性免疫缺陷综合症的简称。

**艾滋病病毒：**指获得性免疫缺陷病毒的简称。

**获得性免疫缺陷综合症（AIDS）：**按世界卫生组织制定的定义为准。若在被

保险人的血液样本中发现艾滋病病毒或者其抗体,则认定被保险人已被艾滋病病毒感染或者患艾滋病。

**试验性治疗:**指不符合中国大陆医学界公认可行的治疗方法、手段、设备、药品等。

**保险金申请人:**指受益人或者依法享有保险金请求权的其他人。