

中国大地财产保险股份有限公司
附加状元乐学生、幼儿住院医疗保险条款
(大地财险)(备-健康)[2013](附)2号

总则

第一条 本附加保险合同(以下简称“本附加合同”)附加于主险合同。凡主险合同内容与本附加合同相关者及本保险条款,均为本附加合同的组成部分。

本保险条款未尽事项,以主险合同的保险条款(以下简称“主险保险条款”)为准;若主险保险条款与本保险条款内容冲突,则以本保险条款为准。

主险合同效力终止,本附加合同效力亦同时终止。

第二条 投保人、被保险人同主险合同。

第三条 除另有依法指定外,受益人为被保险人本人。

保险责任

第四条 住院医疗保险责任:

在保险期间内,被保险人因遭受意外或者自本附加合同生效之日起第三十日后(即等待期为30日,本附加合同另有约定或在身体健康情况下连续续保的不在此限)患疾病而在社会基本医疗保险定点医疗机构每次接受住院治疗,若由此发生的符合约定的当地社会基本医疗保险(未约定的则为当地城镇职工居民基本医疗保险,下同)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“每次住院合理医疗费用”)超过次免赔额人民币100元,除另有约定外,保险人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%

若保险期间届满时被保险人住院治疗仍未结束,保险人继续承担住院医疗保险责任至其当次住院出院之时或者保险期间届满后第九十日二十四时(以先发生者为准)止。

保险人根据本附加合同针对每一被保险人给付的住院医疗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

第五条 除另有约定外，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）不符合约定的当地社会基本医疗保险规定的支/给付范围和标准的医疗费用，在非社会基本医疗保险定点医疗机构发生的医疗费用，在主要为提供康复、护理、疗养、戒酒、戒毒或者相类似目的服务的医疗机构发生的医疗费用；

（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、安装及购买残疾用具（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-10）》为准），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连续续保的，其成为本附加合同被保险之日起三十日内发生的疾病医疗费用，以及三十日后发生的、与该被保险人三十日内所患疾病相关的医疗费用；

（八）医疗费用中依法应当由第三者赔偿的部分，但第三者逃逸、失踪、死亡且虽经诉讼无可以执行的财产或者无赔偿能力的不在此限。

保险金额

第六条 每一被保险人的住院医疗保险金额由投保人与保险人约定，并于本附加合同中载明。

保险金的申请与给付

第七条 保险金申请人向保险人申请给付保险金时，应当以书面形式提交下列证明和资料：

1. 保险金给付申请书；

2. 保险单或者其他保险凭证;
3. 保险金申请人的身份证明, 若保险金申请人委托他人申请的, 还须提供受托人身份证明、授权委托书;
4. 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。

保险金申请人因特殊原因不能提供前款约定的证明和资料的, 应当提供其他合法、有效的证明和资料。**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该申请内容的真实性的, 保险人对无法核实部分不承担给付保险金的责任。**

第八条 被保险人遭受事故的, 保险人有权对投保人、被保险人、保险金申请人和有关医疗机构等进行调查和检查, 投保人、被保险人、保险金申请人等应当予以充分配合。

第九条 保险金申请人对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

第十条 对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

连续续保: 指在本附加合同保险期间届满前后十五日内, 投保人与保险人就本保险继续订立下一年度保险合同, 前后保险期间之间连续不断, 以使被保险人继续参加本保险的行为。

当地: 指签发本附加合同的保险人分支机构所在地。

社会基本医疗保险: 指根据政府有关法律法规/规定建立的、由指定的行政主管部门管理的、在所属地域范围内实行基本医疗保险基金统一筹集、使用和管理的社会医疗保障制度。包括但不限于城镇职工基本医疗保险、城镇居民基本医疗保险、城乡居民基本医疗保险、新型农村合作医疗。

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。

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。

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。

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-10）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。

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。