

# 阳光财产保险股份有限公司

## 学生、幼儿意外伤害保险条款（2014 版）

### 总则

**第一条** 本保险合同由保险单或其他保险凭证及所附条款、投保单、与本保险合同有关的投保文件、声明、批注、附贴批单、其他书面协议构成。凡涉及本保险合同的约定，均应采用书面形式。

**第二条** 在合法开办的学校或者幼儿园注册，身体健康，能正常学习和生活的全日制大、中、小学学生和幼儿，可作为本保险合同的被保险人。

投保人不得为无民事行为能力人投保以死亡为给付保险金条件的人身保险。父母为其未成年子女投保本保险合同的，不受该项限制。

2016 年 1 月 1 日（不含）前，父母为其未年满 18 周岁的子女投保本保险合同，还投保了其他人身保险合同的，在被保险人年满 18 周岁之前，本保险合同与其他保险合同约定的被保险人死亡给付的保险金额总和、被保险人死亡时本保险人与其他保险人实际给付的保险金额总和均不得超过人民币 10 万元。

自 2016 年 1 月 1 日（含）开始，对于父母为其未成年子女投保的人身保险，在被保险人成年之前，本保险合同与其他保险合同约定的被保险人死亡给付的保险金额总和、被保险人死亡时本保险人与其他保险人实际给付的保险金额总和按以下限额执行：

（一）对于被保险人不满 10 周岁的，不得超过人民币 20 万元。

（二）对于被保险人已满 10 周岁但未满 18 周岁的，不得超过人民币 50 万元。

自 2016 年 1 月 1 日（含）开始，对于投保人为其未成年子女投保以死亡为给付保险金条件的每一份保险合同，以下三项可以不计算在前款规定限额之中：

（一）投保人已交保险费或被保险人死亡时合同的现金价值；对于投资连结保险合同、万能保险合同，该项为投保人已交保险费或被保险人死亡时合同的账户价值。

（二）合同约定的航空意外死亡保险金额。此处航空意外死亡保险金额是指航空意外伤害保险合同约定的死亡保险金额，或其他人身保险合同约定的航空意外身故责任对应的死亡保险金额。

（三）合同约定的重大自然灾害意外死亡保险金额。此处重大自然灾害意外死亡保险金额是指重大自然灾害意外伤害保险合同约定的死亡保险金额，或其他人身保险合同约定的重大自然灾害意外身故责任对应的死亡保险金额。

**第三条** 具有完全民事行为能力的被保险人本人，或者具有完全民事行为能力且对被保险人具有保险利益的人，可以作为投保人向保险人投保本保险合同。

**第四条** 本保险合同的受益人包括：

（一）身故保险金受益人

订立本保险合同时，被保险人或投保人可指定一人或数人为身故保险金受益人。身故保险金受益人为数人时，应确定其受益顺序和受益份额；未确定受益份额的，各身故保险金受益人按照相等份额享有受益权。投保人指定受益人时须经被保险人同意。

被保险人死亡后，有下列情形之一的，保险金作为被保险人的遗产，由保险人依照《中华人民共和国继承法》的规定履行给付保险金的义务：

- 1、没有指定受益人，或者受益人指定不明无法确定的；
- 2、受益人先于被保险人死亡，没有其他受益人的；
- 3、受益人依法丧失受益权或者放弃受益权，没有其他受益人的。

受益人与被保险人在同一事件中死亡，且不能确定死亡先后顺序的，推定受益人死亡在先。

被保险人或投保人可以变更身故保险金受益人，但需书面通知保险人，由保险人在本保险合同上批注。对因身故保险金受益人变更发生的法律纠纷，保险人不承担任何责任。

投保人指定或变更身故保险金受益人的，应经被保险人书面同意。被保险人为无民事行为能力人或限制民事行为能力人的，应由其监护人指定或变更身故保险金受益人。

## （二）残疾保险金受益人

除另有约定外，本保险合同的残疾保险金的受益人为被保险人本人。

## 保险责任

**第五条** 本保险合同的保险责任分为基本部分和可选部分。可选部分是在投保人已选择基本部分的前提下可以选择投保的部分，若可选部分未在保险单上载明或批注，可选部分不产生任何效力。

### 一、基本部分

#### 意外伤害身故保险责任

在保险期间内，被保险人遭受意外伤害事故，并自该事故发生之日起 180 日内以该事故为直接且单独原因导致身故的，保险人按保险金额给付身故保险金，对该被保险人的保险责任终止。

被保险人因遭受意外伤害事故且自该事故发生之日起下落不明，后经人民法院宣告死亡的，保险人按保险金额给付身故保险金。但若被保险人被宣告死亡后生还的，保险金受领人应于知道或应当知道被保险人生还后 30 日内退还保险人给付的身故保险金。

被保险人身故前保险人已给付本条可选部分约定的残疾保险金的，身故保险金应扣除已给付的保险金。

### 二、可选部分

#### 意外伤害残疾保险责任

在保险期间内，被保险人遭受意外伤害事故，并自该事故发生之日起 180 日内以该事故为直接且单独原因造成《人身保险伤残评定标准及代码》（JR/T 0083-2013，简称“《标准》”）所列残疾之一的，保险人按该《标准》所列给付比例乘以保险单所载的保险金额给付残疾保险金。如第 180 日治疗仍未结束的，按第 180 日当日的身体情况进行残疾鉴定，并据此给付残疾保险金。

（1）被保险人因同一意外伤害事故造成两处或两处以上伤残时，应首先根据《标准》对各处伤残程度分别进行评定，如果几处伤残等级不同，以最重的伤残等级作为最终的评定结论并据此给付残疾保险金；如果两处或两处以上伤残等级相同，伤残等级在原评定基础上最多晋升一级，最高晋升至第一级。同一部位和性质的伤残，不应采用《标准》条文两条以上或者同一条文两次以上进行评定。

（2）被保险人如在本次意外伤害事故之前已有残疾，保险人按合并后的残疾程度在《标准》中所对应的给付比例给付残疾保险金，但应扣除原有残疾程度在《标准》中所对

应的残疾保险金。

本条身故保险金、残疾保险金累计给付金额之和以保险单所载的保险金额为限。

### 责任免除

**第六条** 因下列情形之一，造成被保险人身故或残疾，保险人不承担保险金给付责任：

- （一）投保人的任何故意行为；
- （二）被保险人自致伤害或自杀，但被保险人自杀时为无民事行为能力人的除外；
- （三）因被保险人的挑衅而导致的打斗、被袭击或被谋杀；
- （四）被保险人因从事非法、犯罪的活动或因抗拒依法采取的刑事强制措施而导致的伤害；
- （五）被保险人未遵医嘱，私自服用、涂用、注射药物；
- （六）被保险人从事潜水、滑水、滑雪、风浪板、蹦极、跳伞、水上摩托艇、滑翔翼、攀岩运动、探险活动、拳击、柔道、跆拳道、空手道、武术比赛、摔跤比赛、特技表演、马术、赛马、各种车辆表演、赛车运动、驾驶卡丁车等高风险运动；
- （七）被保险人因精神类疾病如精神分裂症、抑郁症、厌食症、失眠症等发作而导致的伤害；细菌或病毒感染（但因意外伤害事故导致有伤口而感染的除外）；
- （八）被保险人妊娠（含宫外孕）、流产、分娩（含剖腹产）、不孕不育症（包括人工受孕、试管婴儿等）、避孕及节育手术或由妊娠、分娩、流产、节育所导致的任何并发症；
- （九）被保险人患先天性疾病、遗传性疾病、先天性畸形、变形或染色体异常；
- （十）被保险人因任何疾病、食物/药物过敏、食物中毒、中暑、整容手术、高原反应、猝死、椎间盘突出症（包括椎间盘膨出、椎间盘突出、椎间盘脱出、游离型椎间盘等类型）、医疗事故或其他医疗导致的伤害；
- （十一）被保险人因意外伤害事故以外的原因失踪而被法院宣告死亡的；
- （十二）战争、军事行动、暴乱、恐怖活动或武装叛乱；
- （十三）任何生物、化学、原子能武器，原子能或核能装置所造成的爆炸、灼伤、污染或辐射。

**第七条** 被保险人在下列期间遭受伤害导致身故、残疾的，保险人也不承担给付保险金责任：

- （一）被保险人依法被拘禁或服刑期间；
- （二）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辆期间；
- （三）被保险人醉酒或受酒精、毒品、管制药物的影响期间；
- （四）被保险人患艾滋病或感染艾滋病病毒期间。

若由于本保险合同中责任免除的情形导致的被保险人死亡，保险人将退还未满期净保险费。

## 保险金额和保险费

**第八条** （一）保险金额由投保人与保险人双方约定，并在保险单中载明。保险金额一经确定，中途不得变更。

（二）保险金额是保险人承担给付保险金责任的最高限额。

（三）投保人应该按照合同约定向保险人交付保险费。

## 保险期间

**第九条** 保险期间由投保人和保险人约定，以保险单上载明的起讫时间为准。保险人按照约定的保险期间承担保险责任。

## 保险人义务

**第十条** 订立保险合同时，采用保险人提供的格式条款的，保险人向投保人提供的投保单应当附格式条款，保险人应当向投保人说明保险合同的内容。对保险合同中免除保险人责任的条款，保险人在订立合同时应当在投保单、保险单或者其他保险凭证上作出足以引起投保人注意的提示，并对该条款的内容以书面或者口头形式向投保人作出明确说明；未作提示或者明确说明的，该条款不产生效力。

**第十一条** 本保险合同成立后，保险人应当及时向投保人签发保险单或其他保险凭证。

**第十二条** 保险人认为保险金申请人提供的有关索赔的证明和资料不完整的，应当及时一次性通知保险金申请人补充提供。

**第十三条** 保险人收到申请人的给付保险金的请求后，应当及时作出是否属于保险责任的核定；情形复杂的，应当在 30 日内作出核定，但本保险合同另有约定的除外。保险人应当将核定结果书面通知申请人；对属于保险责任的，在与申请人达成有关给付保险金的协议后 10 日内，履行给付保险金义务。本保险合同对给付保险金期限有约定的，保险人应当依照保险合同的约定，履行给付保险金义务。

保险人收到申请人的给付保险金的请求后，对不属于保险责任的，应当自作出核定之日起 3 日内向申请人发出拒绝给付保险金通知书，并说明理由。

**第十四条** 保险人自收到给付保险金的请求和有关证明、资料之日起 60 日内，对其给付保险金的数额不能确定的，应当根据已有证明和资料可以确定的数额先予支付；保险人最终确定给付保险金的数额后，应当支付相应的差额。

## 投保人、被保险人义务

**第十五条** 投保人应当在保险合同成立时一次性交清保险费。投保人未按约定交付保险费的，对保险费交付前发生的保险事故，保险人不承担保险赔偿责任。

**第十六条** 订立保险合同，保险人就保险标的或者被保险人的有关情况提出询问的，投保人应当如实告知。

投保人故意或者因重大过失未履行前款规定的义务，足以影响保险人决定是否同意承保或者提高保险费率的，保险人有权解除本保险合同。

前款规定的合同解除权，自保险人知道有解除事由之日起，超过 30 日不行使而消灭。自合同成立之日起超过 2 年的，保险人不得解除合同；发生保险事故的，保险人应当承担给付保险金责任。

投保人故意不履行如实告知义务的，保险人对于合同解除前发生的保险事故，不承担给付保险金责任，并不退还保险费。

投保人因重大过失未履行如实告知义务，对保险事故的发生有严重影响的，保险人对于合同解除前发生的保险事故，不承担给付保险金责任，但应当退还保险费。

保险人在合同订立时已经知道投保人未如实告知的情况的，保险人不得解除合同；发生保险事故的，保险人应当承担给付保险金责任。

**第十七条** 投保人住所或通讯地址变更时，应及时以书面形式通知保险人。投保人未通知的，保险人按本保险合同所载的最后住所或通讯地址发送的有关通知，均视为已发送给投保人。

**第十八条** 发生本保险合同保险责任范围内的事故后，投保人、被保险人或受益人应于知道保险事故发生之日起及时通知保险人。

投保人、被保险人或受益人故意或者因重大过失未及时通知，致使保险事故的性质、原因、损失程度等难以确定的，保险人对无法确定的部分，不承担给付保险金的责任，但保险人通过其他途径已经及时知道或者应当及时知道保险事故发生的除外。

上述约定，不包括因不可抗力而导致的迟延。

### 保险金的申请与给付

**第十九条** 保险金申请人向保险人申请给付保险金时，应提交作为索赔依据的证明和材料。保险金申请人因特殊原因不能提供以下材料的，应提供其它合法有效的材料。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。**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）若被保险人身故，由身故保险金受益人作为申请人填写保险金给付申请书，并凭下列证明和资料向保险人申请给付保险金：

- 1、保险单正本原件或其它保险凭证原件；
- 2、受益人户籍证明及身份证明；
- 3、公安部门或卫生行政部门批准的二级以上（含二级）医院或保险人认可的医疗机构出具的被保险人死亡证明；
- 4、被保险人户籍注销证明；
- 5、保险金申请人所能提供的其他与确认保险事故的性质、原因、伤害程度等有关的证明和资料。

（二）若被保险人残疾，由残疾保险金受益人作为申请人填写保险金给付申请书，并凭下列证明和资料向保险人申请给付保险金：

- 1、保险单正本原件或其它保险凭证原件；
- 2、被保险人户籍证明及身份证明；
- 3、卫生行政部门批准的二级以上（含二级）医院或保险人认可的医疗机构或司法鉴定机构出具的残疾程度鉴定诊断书；

4、保险金申请人所能提供的其他与确认保险事故的性质、原因、伤害程度等有关的证明和资料。

**第二十条** 被保险人或者受益人在未发生保险事故的情况下，谎称发生了保险事故，向保险人提出给付保险金的请求的，保险人有权解除本保险合同，并不退还保险费。

**投保人、被保险人故意制造保险事故的，保险人有权解除本保险合同，不承担给付保险金的责任，并不退还保险费。**

**保险事故发生后，投保人、被保险人或者受益人以伪造、变造的有关证明、资料或者其他证据，编造虚假的事故原因或者夸大损失程度的，保险人对其虚报部分不承担给付保险金的责任。**

投保人、被保险人或者受益人有前三款规定行为之一，致使保险人支付保险金或者支出费用的，应当予以退还或者赔偿。

**第二十一条** 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2年，自其知道或者应当知道保险事故发生之日起计算。

### 争议处理和法律适用

**第二十二条** 因履行本保险合同发生的争议，由当事人协商解决。

协商不成的，提交保险单载明的仲裁机构仲裁。保险单未载明仲裁机构或者争议发生后未达成仲裁协议的，可向中华人民共和国有管辖权的人民法院起诉。

**第二十三条** 与本保险合同有关的以及履行本保险合同产生的一切争议处理适用中华人民共和国法律（不包括香港、澳门及台湾法律）。

### 其他事项

**第二十四条** 在本保险合同保险期间内，投保人和保险人经协商同意，可以变更本保险合同的有关内容。

变更本保险合同的，应当由保险人在原保险单或者其他保险凭证上批注或者附贴批单，或者由投保人和保险人订立变更的书面协议。

**第二十五条** 本保险合同成立后，投保人可以书面申请要求解除本保险合同，但保险人已根据本保险合同约定给付保险金的除外。

投保人要求解除本保险合同时，应提供下列证明和材料：

- （一）保险单正本或其他保险凭证；
- （二）保险合同解除申请书；
- （三）投保人的身份证明。

投保人要求解除本保险合同的，自保险人接到保险合同解除申请书之日起，本保险合同效力终止，保险人于接到上述证明和资料之日起30日内退还未满期净保险费。

### 释义

**1、意外伤害：**指以外来的、突发的、非本意的和非疾病的客观事件为直接且单独的原因致使身体受到的伤害。

2、**周岁**：以法定身份证明文件中记载的出生日期为基础计算的实足年龄。

3、**保险人**：指与投保人签订本保险合同的阳光财产保险股份有限公司。

4、**保险金申请人**：指受益人或被保险人的继承人或依法享有保险金请求权的其他自然人。

5、**不可抗力**：指不能预见、不能避免并不能克服的客观情况。

6、**潜水**：指以辅助呼吸器材在江、河、湖、海、水库、运河等水域进行的水下运动。

7、**攀岩运动**：指攀登悬崖、楼宇外墙、人造悬崖、冰崖、冰山等运动。

8、**武术比赛**：指两人或两人以上对抗性柔道、空手道、跆拳道、散打、拳击等各种拳术及各种使用器械的对抗性比赛。

9、**探险活动**：指明知在某种特定的自然条件下有失去生命或使身体受到伤害的危险，而故意使自己置身其中的行为。如江河漂流、徒步穿越沙漠或人迹罕见的原始森林等活动。

10、**特技**：指马术、杂技、驯兽等特殊技能。

11、**艾滋病**：指人类免疫缺乏病毒引起的获得性/后天性免疫缺乏综合症，英文缩写为 AIDS。按世界卫生组织制定的定义为准，如在血液样本中发现后天性免疫力缺乏综合症病毒或其抗体，则可认定为感染艾滋病或艾滋病病毒。

**艾滋病病毒**：指后天性免疫力缺乏综合症病毒即人类免疫缺陷病毒，英文缩写为 HIV。在人类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的临床症状或体征的，为患艾滋病。

12、**先天性疾病**：指一出生时就具有的疾病（症状或体征）。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。

**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，通常具有由亲代至后代的垂直传递的特征。

**先天性畸形、变形或染色体异常**：指被保险人出生时就具有的畸形、变形或染色体异常。先天性畸形、变形和染色体异常依照世界卫生组织《疾病和有关健康问题的国际统计分类》（ICD10）确定。

13、**未到期净保险费**：

未到期净保险费=保险费×（1-保险期间经过天数 / 保险期间的天数）×（1-25%）。经过天数不足一天的按一天计算。

14、**《人身保险伤残评定标准及代码》**：标准编号为 JR/T0083-2013，是由中国保险监督管理委员会发布（保监发[2014]6号）并经国家标准化委员会备案的中华人民共和国金融行业标准。

# 阳光财产保险股份有限公司

## 个人医疗保险条款（2012 版）

### 总则

#### 第一条

本保险合同由保险条款、投保单、保险单、保险凭证以及批单等组成。凡涉及本保险合同的约定，均采用书面形式。

#### 第二条

凡身体健康、能正常工作或生活的自然人，均可作为本保险合同的被保险人。凡出生满 30 天至 18 周岁（含）、身体健康、能正常学习生活的、被保险人的未成年子女，或被保险人的配偶、父母，经保险人同意可作为连带被保险人，由投保人统一向保险人投保本保险。以下所称“被保险人”无特别说明的，均指被保险人和连带被保险人。

#### 第三条

具有完全民事行为能力的被保险人本人，或者凡年满 18 周岁具有完全民事行为能力且对被保险人具有保险利益的人，均可作为投保人向保险人投保本保险合同。

#### 第四条

除另有约定外，本保险合同的保险金受益人为被保险人本人。

被保险人或投保人可以变更受益人，但须书面通知保险人，由保险人在本保险合同上批注。投保人变更受益人时须经被保险人同意。

### 保险责任

#### 第五条

本保险合同的保险责任分为基本部分和可选部分。基本部分包括住院低段医疗保险金给付、住院高段医疗保险金给付和住院中段医疗保险金给付，可选部分包括门诊医疗保险金给付和女性生育保险金给付。

可选部分是在投保人已选择基本部分保险责任中一项或多项的前提下，才可以选择投保的部分，且可以投保其中一项或多项；基本部分和可选部分的各项保险责任若未在保险单上载明或批注，则不产生任何效力。

##### 一、基本部分

##### （一）住院医疗低段保险金给付

在本保险合同保险期间内，被保险人因保险责任范围内的意外伤害事故，或初次投保于本保险合同保险责任生效日起 30 日等待期后（续保从续保生效日起，无等待期）因保险责任范围内的疾病事故；经医院（指国家卫生行政部门评定的二级以上含二级医院，下同）诊断须入医院住院治疗的，保险人承担下列保险责任：



被保险人住院治疗发生的，符合保险合同签发地社会医疗保险（指保险合同签发地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、城乡医疗救助等非商业性质保险，下同）规定的药品目录、诊疗项目目录及服务设施范围和支付标准的，合理且必要的医疗费用，保险人就社会医疗保险最低支付标准以下的由个人自付的部分，在扣除每次住院医疗低段免赔额之后，按住院医疗低段给付比例给付住院低段医疗保险金，但累计给付金额以保险合同载明的住院医疗低段保险金额为限。每次住院医疗低段免赔额、住院医疗低段给付比例、住院医疗低段保险金额以保险合同载明为准。

## （二）住院医疗中段保险金给付

在本保险合同保险期间内，被保险人因保险责任范围内的意外伤害事故，或初次投保于本保险合同保险责任生效日起 30 日等待期后（续保从续保生效日起，无等待期）因保险责任范围内的疾病事故；经医院诊断须入医院住院治疗的，保险人承担下列保险责任：

被保险人住院治疗发生的，符合保险合同签发地社会医疗保险规定的药品目录、诊疗项目目录及服务设施范围和支付标准的，合理且必要的医疗费用，保险人就社会医疗保险最低支付标准以上至最高支付限额以下的部分，在扣除社会医疗保险应当或已经支付部分及每次住院医疗中段免赔额之后，按住院医疗中段给付比例给付住院中段医疗保险金，但累计给付金额以住院医疗中段保险金额为限。每次住院医疗中段免赔额、住院医疗中段给付比例、住院医疗中段保险金额以保险合同载明为准。

## （三）住院医疗高段保险金给付

在本保险合同保险期间内，被保险人因保险责任范围内的意外伤害事故，或初次投保于本保险合同保险责任生效日起 30 日等待期后（续保从续保生效日起，无等待期）因保险责任范围内的疾病事故；经医院诊断须入医院住院治疗的，保险人承担下列保险责任：

被保险人住院治疗发生的，符合保险合同签发地社会医疗保险规定的药品目录、诊疗项目目录及服务设施范围和支付标准的，合理且必要的医疗费用，保险人就社会医疗保险最高支付限额以上的部分，在扣除每次住院高段医疗免赔额之后，按住院医疗高段给付比例给付住院医疗高段保险金，但累计给付金额以住院医疗高段保险金额为限。每次住院医疗高段免赔额、住院医疗高段给付比例、住院医疗高段保险金额以保险合同载明为准。

## 二、可选部分

### （一）门急诊医疗保险金给付

在本保险合同保险期间内，被保险人因保险责任范围内的意外伤害事故，或初次投保于本保险合同保险责任生效日起 30 日等待期后（续保从续保生效日起，无等待期）因保险责任范围内的疾病事故；到医院进行门诊或急诊治疗的，保险人承担下列保险责任：

被保险人门急诊治疗发生的，符合保险合同签发地社会医疗保险规定的药品目录、诊疗项目目录及服务设施范围和支付标准的，合理且必要的医疗费用，保险人在扣除每日门急诊医疗免赔额之后，按门急诊医疗赔付比例给付门急诊医疗保险金，但每日门急诊医疗保险金给付以每日门急诊医疗给付限额为限，累计门急诊医疗保险金给付以年度门急诊医疗保险金额为限。每日门急诊医疗免赔额、每日门急诊医疗给付限额、门急诊医疗赔付比例和年度门急诊医疗保险金额以保险合同载明为准。

## （二）女性生育医疗保险金给付

在本保险合同保险期间内，年龄在 20 至 55 周岁的女性被保险人于本保险合同保险责任生效日起 30 日等待期后（续保从续保生效日起，无等待期），因保险责任范围内的非正常妊娠终止，或因符合计划生育管理规定的正常妊娠；保险人承担下列保险责任：

被保险人在医院门急诊或普通病房住院治疗发生的，符合保险合同签发地社会医疗保险（含生育保险）规定的药品目录、诊疗项目目录以及服务设施范围和支付标准的，合理且必要的医疗费用，包括孕产期检查费用（指建立孕妇保健卡后并事先预约的检查费用）、分娩费用（包括剖宫产，不包括婴儿费用）、非正常妊娠终止费用（包括自然流产、人工流产及引产费用）、节育手术费用（包括上环、取环和结扎费用）；保险人在扣除任何女性生育补贴或补偿、社会医疗保险应当或已经支付部分及每次女性生育医疗免赔额之后，按女性生育医疗给付比例给付女性生育医疗保险金，但累计给付以女性生育医疗保险金额为限。

女性生育医疗免赔额、女性生育医疗给付比例、女性生育医疗保险金额以保险合同载明为准。本保险合同保险责任有效期已结束而被保险人孕产期还未结束的，保险人只承担保险责任有效期内发生的相关费用，续保者除外。

## 三、保险金计算规则：

（一）保险人按如下规则计算并给付上述各项保险金：

1、若医疗费用小于或等于免赔额，则保险金等于零；

2、若医疗费用大于免赔额：

（1）若被保险人未从其它保险计划或任何其他途径取得医疗费用补偿，那么， $\text{保险金} = (\text{医疗费用} - \text{免赔额}) \times \text{赔付比例}$

（2）若被保险人已从其它保险计划或任何其他途径取得医疗费用补偿，那么：

$A = (\text{医疗费用} - \text{免赔额}) \times \text{赔付比例}$

$B = \text{医疗费用} - \text{已取得的医疗费用补偿}$

若  $A \leq B$ ，则  $\text{保险金} = A$

若  $A > B$ ，则  $\text{保险金} = B$

3、免赔额和赔付比例由投保人与保险人在投保时约定，并在保险合同上载明。

（二）被保险人在等待期内发生的住院及与该住院视为同一次住院的治疗，**无论是否延续至等待期后，保险人均不承担给付保险金责任。**

当被保险人住院治疗跨两个保险年度时，保险人以住院入院日当年度保险合同对应的保险金额为限给付住院医疗费用保险金。

被保险人因保险事故须到医院进行合理且必需的住院治疗，在本保险合同载明的保险期间内，保险人以该次保险事故发生之日起 180 日为限，对超出部分不承担给付保险金责任。

被保险人因保险事故须到医院进行合理且必需的治疗，若至本保险合同终止日治疗仍未结束的，保险人继续承担给付保险金责任，**最长延续至本保险合同终止日起第30日且不超过该次保险事故发生之日起第180日。**

本保险合同约定每日门急诊医疗免赔额、每日门急诊医疗给付限额时，无论被保险人同一日内是否发生多家医院、多个科室门急诊就诊，保险人以就诊当日0时起至24时止计为1日计算保险金。

无论被保险人一次或多次发生保险事故，保险人均按上述约定承担给付保险金责任，但累计给付的保险金总额达到保险单所载的被保险人该项保险金额时，本保险合同对被保险人的该项保险责任终止。

本保险合同的保险责任遵循医疗费用补偿原则。保险人给付的保险金与被保险人从其所参加的社会医疗保险、其它保险计划或从第三责任方、社会福利机构、按政府规定补偿等其他任何途径取得医疗费用补偿总额，以被保险人实际支出的医疗费用金额为限。

## 责任免除

### 第六条

在本保险合同保险责任有效期内，发生下列情形之一的，保险人不承担保险金给付责任：

（一）投保人、被保险人的任何故意行为，自杀（但被保险人自杀时为无民事行为能力人的除外）或故意自伤、自残；

（二）被保险人因挑衅而导致的打斗、被袭击或被谋杀，

（三）被保险人因从事非法、犯罪的活动或因抗拒依法采取的刑事强制措施而导致的伤害或依法被拘禁、服刑、在逃期间；

（四）被保险人酗酒或受酒精、毒品、管制药物的影响；

（五）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辆；

（六）被保险人未遵医嘱，私自服用、涂用、注射药物；或不遵守医院规章制度，不配合治疗或延误治疗造成的后果；

（七）被保险人患法定传染病、职业病、性传播疾病及其引起的并发症；

（八）被保险人进行健康检查（按照本保险合同约定保险人同意承保女性生育医疗保险责任的孕产期检查不受此限）、疗养/康复治疗、屈光不正治疗、验光、装配屈光镜/眼镜/助听器、矫形/整容/整形、心理咨询/治疗、器官移植供体/器官捐赠、包皮环切手术、预防性手术、洗牙/洁齿等牙科治疗或手术、任何原因导致的牙齿修复或矫形、视力矫正手术；

（九）被保险人妊娠（含宫外孕）、流产、分娩（含剖宫产）、不孕不育症（包括人工受孕、试管婴儿等）、避孕及节育手术或由妊娠、分娩、流产、节育所导致的任何并发症（按照本保险合同约定保险人同意承保女性生育医疗保险责任的不受此限，但不符合国家或当地政府计划生育管理规定的生育行为及初次投保于本保险合同保险责任生效日起30日等待期前已怀孕的仍属责任免除范围）；

(十) 被保险人在参加本保险合同前已经存在的既往症、受伤或异常检查结果(续保者除外);或被保险人投保前已有生理缺陷、残疾的康复或治疗;修复、安装及购买残疾用具(如轮椅、假肢、助听器、假眼、假牙等);

(十一) 被保险人患先天性疾病、遗传性疾病、先天性畸形、变形或染色体异常;或患艾滋病或感染艾滋病病毒期间;或患精神类疾病如精神分裂症、抑郁症、厌食症、失眠症等;

(十二) 被保险人就诊的诊疗机构不属于国家卫生行政部门评定的二级以上含二级医院(意外伤害事故导致的首次就医可以在非指定医院进行,后续治疗在病情稳定后需转到国家卫生行政部门评定的二级以上含二级医院进行治疗),或在香港特别行政区、澳门特别行政区、台湾地区、中华人民共和国境外的诊疗机构就诊;

(十三) 被保险人发生家庭病床、挂床或不属于本保险合同住院医疗保险责任中住院定义的医疗行为;

(十四) 被保险人发生的不符合保险单签发地社会医疗保险规定的药品目录、诊疗项目目录及服务设施范围和支付标准的医疗费用,或因医疗事故及其他责任事故发生的医疗费用;

(十五) 被保险人从事潜水、滑水、滑雪、风浪板、蹦极、跳伞、水上摩托艇、滑翔翼、攀岩运动、探险活动、拳击、柔道、跆拳道、空手道、武术比赛、摔跤比赛、特技表演、马术、赛马、各种车辆表演、赛车运动、驾驶卡丁车等高风险运动;

(十六) 战争、军事冲突、暴乱或武装叛乱;

(十七) 任何生物、化学、原子能武器,原子能或核能装置所造成的爆炸、灼伤、污染或辐射。

发生上述情形,被保险人身故的,保险人对该被保险人保险责任终止,并向投保人退还该被保险人的未满期净保险费。

## 保险金额和保险费

### 第七条

保险金额是保险人承担给付保险金责任的最高限额。

本保险合同每位被保险人的保险金额由投保人和保险人约定,并于保险单上载明。

投保人应该按照本保险合同约定向保险人交付保险费,投保人未按约定交付保险费的,对于保险费交付前发生的保险事故,保险人不承担保险金给付责任。

## 保险期间

### 第八条

本保险合同保险期间由投保人和保险人约定,最长不超过一年,以保险单载明的起讫时间为准。

## 保险人义务

### 第九条

订立本保险合同时,采用保险人提供的格式条款的,保险人向投保人提供的投保单应当附格式条款,保险人应当向投保人说明保险合同的内容。对保险合同中免除保险人责任的条款,保险人在订立合同时应当在投保单、保险单或者其他保险凭证上作

出足以引起投保人注意的提示，并对该条款的内容以书面或者口头形式向投保人作出明确说明；未作提示或者明确说明的，该条款不产生效力。

#### **第十条**

本保险合同成立后，保险人应当及时向投保人签发保险单或其他保险凭证。

#### **第十一条**

保险人认为保险金申请人提供的有关索赔的证明和资料不完整的，应当及时一次性通知保险金申请人补充提供。

#### **第十二条**

保险人收到保险金申请人的赔偿或者给付保险金的请求后，应当及时作出是否属于保险责任的核定；情形复杂的，应当在 30 日内作出核定，但本保险合同另有约定的除外。保险人应当将核定结果书面通知保险金申请人。

对属于保险责任的，在与保险金申请人达成有关赔偿或者给付保险金的协议后 10 日内，履行赔偿或者给付保险金义务。本保险合同对赔偿或者给付保险金期限有约定的，保险人应当依照保险合同的约定，履行赔偿或者给付保险金义务。

保险人依照前款约定作出核定后，对不属于保险责任的，应当自作出核定之日起 3 日内向保险金申请人发出拒绝赔偿或给付保险金通知书，并说明理由。

#### **第十三条**

保险人自收到赔偿或者给付保险金的请求和有关证明、资料之日起 60 日内，对其赔偿或者给付保险金的数额不能确定的，应当根据已有证明和资料可以确定的数额先予支付；保险人最终确定赔偿或者给付保险金的数额后，应当支付相应的差额。

### **投保人、被保险人义务**

#### **第十四条**

除另有约定外，投保人应当在保险合同成立时交清保险费。

#### **第十五条**

订立保险合同，保险人就保险标的或者被保险人的有关情况提出询问的，投保人应当如实告知。

**投保人故意或者因重大过失未履行前款规定的义务，足以影响保险人决定是否同意承保或者提高保险费率的，保险人有权解除本保险合同。**

前款规定的合同解除权，自保险人知道有解除事由之日起，超过 30 日不行使而消灭。自合同成立之日起超过 2 年的，保险人不得解除合同；发生保险事故的，保险人应当承担给付保险金责任。

**投保人故意不履行如实告知义务的，保险人对于合同解除前发生的保险事故，不承担给付保险金责任，并不退还保险费。**

**投保人因重大过失未履行如实告知义务，对保险事故的发生有严重影响的，保险人对于合同解除前发生的保险事故，不承担给付保险金责任，但应当退还保险费。**

保险人在合同订立时已经知道投保人未如实告知的情况的，保险人不得解除合同；发生保险事故的，保险人应当承担给付保险金责任。

## 第十六条

投保人住所或通讯地址变更时，应及时以书面形式通知保险人。投保人未通知的，保险人按本保险合同所载的最后住所或通讯地址发送的有关通知，均视为已发送给投保人。

## 第十七条

投保人、被保险人或者保险金受益人知道保险事故发生后，应当及时通知保险人。**故意或者因重大过失未及时通知，致使保险事故的性质、原因、损失程度等难以确定的，保险人对无法确定的部分，不承担给付保险金责任，但保险人通过其他途径已经及时知道或者应当及时知道保险事故发生的除外。**

上述约定，不包括因不可抗力而导致的延迟。

### 保险金的申请与给付

## 第十八条

保险金申请人向保险人申请给付保险金时，应提交作为索赔依据的证明和材料。保险金申请人因特殊原因不能提供以下材料的，应提供其它合法有效的材料。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。**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) 保险金申请人填写的保险金给付申请书；

(二) 保险单正本原件或其它保险凭证原件；

(三) 被保险人户籍证明及身份证明；

(四) 医院出具的医疗费用收据原件、诊断证明、门急诊或住院病历、医疗费用明细清单、门急诊用药处方、检查化验报告；

(五) 保险金申请人所能提供的其他与确认保险事故的性质、原因、伤害程度等有关的证明和资料。

被保险人支出医疗费用并提出索赔申请时，应向保险人提交医疗费用收据原件。如被保险人在社会医疗保险经办机构、其他保险人或其它单位已经获得部分医疗费用赔偿，医疗费用收据原件已被赔付或报销单位留存，被保险人在提出索赔申请时，应向保险人提交医疗费用收据财务分割单或在医疗费用收据复印件上注明已赔付金额，并加盖赔付单位的财务章。

## 第十九条

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 2 年，自其知道或者应当知道保险事故发生之日起计算。

### 争议处理和法律适用

## 第二十条

因履行本保险合同发生的争议，由当事人协商解决。

协商不成的，提交保险单载明的仲裁机构仲裁。保险单未载明仲裁机构或者争议发生后未达成仲裁协议的，可向中华人民共和国有管辖权的人民法院起诉。

## 第二十一条

与本保险合同有关的以及履行本保险合同产生的一切争议处理适用中华人民共和国法律（不包括香港、澳门及台湾法律）。

## 其他事项

## 第二十二条

在本保险合同成立后，经投保人和保险人协商，可以变更本保险合同的有关内容。变更本保险合同的，应当由保险人在原保险单或者其它保险凭证上批注或者附贴批单，或者由投保人和保险人订立变更的书面协议。

## 第二十三条

在本保险合同成立后，投保人可以通过书面通知保险人解除本保险合同，但保险人已根据本保险合同约定给付保险金的除外。

投保人要求解除合同时，应提供下列证明和资料：

- （一）保险单正本原件或其它保险凭证原件；
- （二）保险合同解除申请书；
- （三）投保人身份证明。

投保人要求解除本保险合同的，自保险人接到解除合同申请书之时起，本保险合同效力终止。保险人于收到上述证明和资料之日起 30 日内向投保人退还保险单的未到期净保险费。

## 释义

1、**周岁**：以法定身份证明文件中记载的出生日期为基础计算的实足年龄。

2、**保险人**：指与投保人签订本保险合同的阳光财产保险股份有限公司。

3、**保险金申请人**：指受益人或被保险人的继承人或依法享有保险金请求权的其他自然人。

4、**医院**：指拥有合法经营执照，有医师和护士提供全日 24 小时的医疗和护理服务的医疗机构，并且按照国家卫生部《医院分级管理办法（试行草案）》由相应医院评审委员会评审并由省、自治区、直辖市卫生厅（局）以上卫生行政部门审定批准的二级以上（含二级）医院；包括保险人认可的与二级或二级以上医院相同规模的医院，但不包括主要作为康复、护理、疗养、戒酒、戒毒或类似的医疗机构。

5、**合理的医疗费用**：指符合保险合同签发地社会医疗保险规定的保险药品目录、诊疗项目目录以及服务设施范围和支付标准的医疗费用，且不含以下费用：

- （1）按规定使用某些药品、进行特殊检查和特殊治疗时，需个人自付一定比例的医疗费用；
- （2）按规定转外就医需个人提高自负一定比例的医疗费用；
- （3）社会医疗保险管理规定以外的个人自费的医疗费用。

**必要的医疗费用**：指符合以下条件的医疗费用：

- （1）对治疗被保险人的伤害、疾病或症状合适且必需；

(2) 在范围、持续期、强度、护理上不超过为被保险人提供安全、恰当、合适的诊断或治疗所需水平；

(3) 医师出具处方、诊断证明；

(4) 与当地普遍接受的医疗专业标准相一致；

(5) 非主要以为个人舒适或为了被保险人父母、家庭、医师或其他护理提供方的方便；

(6) 非病人学术教育或职业培训的一部分或与之相关；

(7) 非试验性或研究性。

**6、住院：**指被保险人因疾病或意外伤害而入住医院之正式病房进行治疗，并正式办理入出院手续。

**每次住院：**指被保险人因疾病或意外伤害住院治疗，自入院日起至出院日止的期间；但如果被保险人因同一疾病及其引发的并发症或同一意外伤害及其引发的并发症而住进医院两次（含）以上，若其前次住院出院之日与下次住院治疗入院之日间隔期间未超过 90 日，视为同一次住院。

**挂床：**指被保险人虽然办理了住院手续，但在住院过程中一日内未接受与住院诊断相关的检查和治疗，或一日内住在医院不满 24 小时的情形，遵医嘱到外院接受临时诊疗的除外。

**家庭病床：**指被保险人因疾病或意外伤害事故以及因此产生的并发症，在医院（包括住院部与门诊部）范围以外，要求医院医护人员以出诊形式上门，提供诊断、治疗服务，或被保险人没有到医院就诊，让其它人员以转述形式向医院医生讲述病情，使医生依据转述病情而开药。不包括为抢救生命由急救中心 120 派出的医护人员与救护车的急救费用及医院转诊过程中的费用。

**7、流产：**是指在胎儿足以存活之前，由于某些原因而发生妊娠中断现象。包括自发性、病理性的自然流产，及以药物或手术方式予以终止怀孕的人工流产。

**引产：**是指妊娠 20 周以后，因母体或胎儿方面的原因，须用人工方法诱发子宫收缩而结束妊娠的治疗方法。

**8、性传播疾病：**指发生在生殖器官的内源性或外源性通过性行为或非性行为传播的传播性疾病。

**9、法定传染病：**指《中华人民共和国传染病防治法》规定的传染病。分为甲类、乙类和丙类。

甲类传染病是指：鼠疫、霍乱。

乙类传染病是指：传染性非典型肺炎、艾滋病、病毒性肝炎、脊髓灰质炎、人感染高致病性禽流感、麻疹、流行性出血热、狂犬病、流行性乙型脑炎、登革热、炭疽、细菌性和阿米巴性痢疾、肺结核、伤寒和副伤寒、流行性脑脊髓膜炎、百日咳、白喉、新生儿破伤风、猩红热、布鲁氏菌病、淋病、梅毒、钩端螺旋体病、血吸虫病、疟疾。

丙类传染病是指：流行性感冒、流行性腮腺炎、风疹、急性出血性结膜炎、麻风病、流行性和地方性斑疹伤寒、黑热病、包虫病、丝虫病，除霍乱、细菌性和阿米巴性痢疾、伤寒和副伤寒以外的感染性腹泻病。



上述规定以外的其他传染病，根据其暴发、流行情况和危害程度，需要列入乙类、丙类传染病的，由国务院卫生行政部门决定并予以公布。

**10、职业病：**指企业、事业单位和个体经济组织等用人单位的劳动者在职业活动中，因接触粉尘、放射性物质和其他有毒、有害因素而引起的疾病。根据《中华人民共和国职业病防治法》，职业病的分类和目录由国务院卫生行政部门会同国务院安全生产监督管理部门、劳动保障行政部门制定、调整并公布。

**11、艾滋病：**指人类免疫缺乏病毒引起的获得性/后天性免疫缺乏综合症，英文缩写为 AIDS。按世界卫生组织制定的定义为准，如在血液样本中发现后天性免疫力缺乏综合症病毒或其抗体，则可认定为感染艾滋病或艾滋病病毒。

**艾滋病病毒：**指后天性免疫力缺乏综合症病毒即人类免疫缺陷病毒，英文缩写为 HIV。在人类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的临床症状或体征的，为患艾滋病。

**12、先天性疾病：**指一出生时就具有的疾病（症状或体征）。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。

**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，通常具有由亲代至后代的垂直传递的特征。

**先天性畸形、变形或染色体异常：**指被保险人出生时就具有的畸形、变形或染色体异常。先天性畸形、变形和染色体异常依照世界卫生组织《疾病和有关健康问题的国际统计分类》（ICD10）确定。

**13、既往症：**指被保险人在本保险合同生效日之前所患的已知或应该知道的疾病或已存在的症状。

**并发症：**指在某种原发疾病或情况发展进程中发生的、由于原发疾病或情况、或其他独立原因所导致的继发疾病或情况。

**14、医疗事故：**指医疗机构及其医务人员在医疗活动中，违反医疗卫生管理法律、行政法规、部门规章和诊疗护理规范、常规，过失造成患者人身损害的事故。

**15、意外伤害：**指以外来的、突发的、非本意的和非疾病的客观事件为直接且单独的原因致使身体受到的伤害。

**16、肢：**指人体的四肢，即左上肢、右上肢、左下肢和右下肢。

#### **17、无有效驾驶证**

指被保险人存在下列情形之一者：

- （1）无驾驶证或驾驶证有效期已届满；
- （2）驾驶的机动车与驾驶证载明的准驾车型不符；
- （3）实习期内驾驶公共汽车、营运客车或者载有爆炸物品、易燃易爆化学物品、剧毒或者放射性等危险物品的机动车，实习期内驾驶的机动车牵引挂车；
- （4）持未按规定审验的驾驶证，以及在暂扣、扣留、吊销、注销驾驶证期间驾驶机动车；

(5) 使用各种专用机械车、特种车的人员无国家有关部门核发的有效操作证，驾驶营业性客车的驾驶人无国家有关部门核发的有效资格证书；

(6) 依照法律法规或公安机关交通管理部门有关规定不允许驾驶机动车的其他情况下驾车。

#### **18、无有效行驶证**

指下列情形之一：

(1) 机动车被依法注销登记的；

(2) 无公安机关交通管理部门核发的行驶证、号牌，或临时号牌或临时移动证的机动车辆；

(3) 未在规定检验期限内进行机动车安全技术检验或检验未通过的机动车辆。

**19、未到期净保险费：**未到期净保险费=保险费×（1-保险期间经过天数 / 保险期间的天数）×（1-25%）。经过天数不足一天的按一天计算。

**20、不可抗力：**指不能预见、不能避免并不能克服的客观情况。

# 附加学生、幼儿意外伤害医疗保险 B 款条款（2016 版）

## 总则

### 第一条

在投保阳光财产保险股份有限公司学生、幼儿意外伤害类保险合同（以下简称“主险”）的基础上，投保人可以投保本附加险。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。本附加险合同未约定事项，以主险合同为准；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。凡涉及本附加险合同的约定，均应采用书面形式。

### 第二条

本附加险合同的被保险人与主险合同的被保险人一致。

### 第三条

本附加险合同的投保人与主险合同的投保人一致。

### 第四条

除另有约定外，本附加险合同的受益人为被保险人本人。

## 保险责任

### 第五条

本保险合同的保险责任分为三个部分，投保人可以根据被保险人实际的医疗保障需求选择投保，组成本保险合同项下的保险责任。

#### 一、意外伤害住院医疗保障

在主险合同有效的前提下，在本附加险合同保险期间内，如果被保险人遭受主险合同保险责任范围内的意外伤害事故须入医院进行意外伤害住院治疗，就被保险人在该次意外伤害事故发生之日起 180 日内支出的，符合保险单签发地的社会医疗保险（指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、城乡医疗救助等非商业性质保险，下同）药品目录、诊疗项目目录及服务设施范围和支付标准的必需的医疗费用（以下简称“医疗费用”），保险人累计给付的金额以本附加险合同约定的意外伤害住院医疗保险金额为限，超出部分保险人不承担保险责任。

保险人按如下规则计算并给付意外伤害住院医疗保险金：

意外伤害住院医疗保险金由保险人在扣除意外伤害住院医疗免赔额人民币 100 元后，按如下分级累进的赔付比例表计算并给付（本附加险合同中对免赔额另有约定的，按约定的免赔额计算并给付保险金）：

分级	意外伤害住院医疗费用（F） （单位：人民币元）	分级累进的意外伤害住院医疗赔付比例
一级	$100 < F \leq 1,000$	50%
二级	$1,000 < F \leq 5,000$	60%
三级	$5,000 < F \leq 10,000$	70%

四级	$10,000 < F \leq 30,000$	80%
五级	$F > 30,000$	90%

1、若意外伤害住院医疗费用小于或等于意外伤害住院医疗免赔额，则意外伤害住院医疗保险金等于零；

2、若意外伤害住院医疗费用大于意外伤害住院医疗免赔额：

(1) 若被保险人未从其它保险计划或任何其他途径取得意外伤害住院医疗费用补偿，那么，意外伤害住院医疗保险金为：意外伤害住院医疗费用减去意外伤害住院医疗免赔额后，按上表分级累进的意外伤害住院医疗赔付比例计算所得金额。

(2) 若被保险人已从其它保险计划或任何其他途径取得意外伤害住院医疗费用补偿，那么：

$A =$  意外伤害住院医疗费用减去意外伤害住院医疗免赔额后，按上表分级累进的意外伤害住院医疗赔付比例计算所得金额

$B =$  意外伤害住院医疗费用 - 已取得的意外伤害住院医疗费用补偿

若  $A \leq B$ ，则意外伤害住院医疗保险金 =  $A$

若  $A > B$ ，则意外伤害住院医疗保险金 =  $B$

## 二、意外伤害门/急诊医疗保障

在主险合同有效的前提下，在本附加险合同保险期间内，如果被保险人遭受主险合同保险责任范围内的意外伤害事故须入医院进行意外伤害门/急诊治疗，就被保险人在该次意外伤害事故发生之日起 180 日内（含）支出的，符合保险单签发地的社会医疗保险（指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、城乡医疗救助等非商业性质保险，下同）药品目录、诊疗项目目录及服务设施范围和支付标准的必需的医疗费用（以下简称“医疗费用”），保险人在扣除 100 元的免赔额以后按 80% 的比例计算并给付意外伤害门/急诊医疗保险金（本附加险合同中对免赔额和赔付比例另有约定的，按约定的免赔额和赔付比例计算并给付保险金），保险人累计给付的金额以本附加险合同约定的意外伤害门/急诊医疗保险金额为限，超出部分保险人不承担保险责任。

保险人按如下规则计算并给付意外伤害门急诊医疗保险金：

1、若意外伤害门/急诊医疗费用小于或等于意外伤害门/急诊医疗免赔额人民币 100 元，则意外伤害门/急诊医疗保险金等于零；

2、若意外伤害门/急诊医疗费用大于意外伤害门/急诊医疗免赔额人民币 100 元：

(1) 若被保险人未从其它保险计划或任何其他途径取得意外伤害门/急诊医疗费用补偿，那么，意外伤害门/急诊医疗保险金 = (意外伤害门/急诊医疗费用 - 意外伤害门/急诊医疗免赔额人民币 100 元)  $\times$  意外伤害门/急诊医疗赔付比例 80%

(2) 若被保险人已从其它保险计划或任何其他途径取得意外伤害门/急诊医疗费用补偿，那么：

$A =$  (意外伤害门/急诊医疗费用 - 意外伤害门/急诊医疗免赔额人民币 100 元)  $\times$  意外伤害门/急诊医疗赔付比例 80%

$B = \text{意外伤害门/急诊医疗费用} - \text{已取得的意外伤害门/急诊医疗费用补偿}$

若  $A \leq B$ ，则意外伤害门/急诊医疗保险金 = A

若  $A > B$ ，则意外伤害门/急诊医疗保险金 = B

### 三、意外伤害住院或门/急诊共用保额医疗保障

在主险合同有效的前提下，在本附加险合同保险期间内，如果被保险人遭受主险合同保险责任范围内的意外伤害事故须入医院进行意外伤害门/急诊或住院治疗，就被保险人在该次意外伤害事故发生之日起 180 日内支出的，符合保险单签发地的社会医疗保险（指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、城乡医疗救助等非商业性质保险，下同）药品目录、诊疗项目目录及服务设施范围和支付标准的必需的医疗费用（以下简称“医疗费用”），保险人在扣除 100 元的免赔额以后按 80% 的比例计算并给付意外伤害住院或门/急诊共用保额医疗保险金（本附加险合同中对免赔额和赔付比例另有约定的，按约定的免赔额和赔付比例计算并给付保险金）。保险人累计给付的保险金额以本附加险合同约定的意外伤害住院或门/急诊共用保额医疗保险金额为限，超出部分保险人不承担保险责任。

保险人按如下规则计算并给付意外伤害住院或门/急诊共用保额医疗保险金：

1、若意外伤害住院或门/急诊医疗费用小于或等于合同约定的意外伤害住院或门/急诊医疗免赔额，则意外伤害住院或门/急诊医疗保险金等于零；

2、若意外伤害住院或门/急诊医疗费用大于合同约定的意外伤害住院或门/急诊医疗免赔额：

（1）若被保险人未从其它保险计划或任何其他途径取得意外伤害住院或门/急诊医疗费用补偿，那么，意外伤害住院或门/急诊共用保额医疗保险金 = （意外伤害住院或门/急诊医疗费用 - 意外伤害住院或门/急诊医疗免赔额） × 意外伤害住院或门/急诊共用保额医疗赔付比例；

（2）若被保险人已从其它保险计划或任何其他途径取得意外伤害住院或门/急诊医疗费用补偿，那么：

$A = (\text{意外伤害住院或门/急诊医疗费用} - \text{意外伤害住院或门/急诊医疗免赔额}) \times \text{意外伤害住院或门/急诊共用保额医疗赔付比例}$

$B = \text{意外伤害住院或门/急诊医疗费用} - \text{已取得的意外伤害住院或门/急诊医疗费用补偿}$

若  $A \leq B$ ，则意外伤害住院或门/急诊共用保额医疗保险金 = A

若  $A > B$ ，则意外伤害住院或门/急诊共用保额医疗保险金 = B

### 第六条

被保险人因保险事故须到医院进行合理且必需的治疗，在本附加险合同载明的保险期间内，每次保险事故累计治疗天数以 180 日（含）为限，保险人对超出部分不承担给付保险金责任。

被保险人因保险事故须到医院进行合理且必需的治疗，若至本附加保险合同终止日治疗仍未结束的，保险人继续承担给付保险金责任，并最长延续至本附加保险合同终止日起第 30 日且该次保险事故累计治疗天数不超过 180 日。

无论被保险人一次或多次发生保险事故，保险人均按上述约定承担给付保险金责任，但累计给付的保险金总额达到保险单所载明的被保险人该项责任的医疗保险金额时，本附加险合同对该被保险人的该项保险责任终止。

本附加险合同的保险责任遵循医疗费用补偿原则。保险人给付的保险金与被保险人从其所参加的社会医疗保险、其它保险计划或从第三责任方、社会福利机构、按政府规定补偿等其他任何途径取得医疗费用补偿总额，以被保险人实际支出的医疗费用金额为限。

## 责任免除

### 第七条

因下列情形之一，造成被保险人支出医疗费用，保险人不承担保险金给付责任：

- （一）投保人、被保险人的任何故意行为；
- （二）因被保险人不遵守医院规章制度，不配合治疗等行为造成的后果；
- （三）被保险人洗牙、洁齿、验光、矫形、整容、心理咨询、器官移植；
- （四）被保险人投保前已有残疾的康复、治疗或修复、安装及购买残疾用具（如轮椅、假肢、助听器、假眼、假牙等）；
- （五）被保险人一般性身体检查、疗养、静养或心理治疗等非治疗性行为；
- （六）本附加险合同签发地的社会医疗保险规定的不予支付的情形，或不符合本附加险合同签发地的社会医疗保险药品目录、诊疗项目目录以及服务设施范围和支付标准规定的医疗费用；
- （七）被保险人因任何疾病、食物或药物过敏、食物中毒、中暑、高原反应、猝死、椎间盘突出症（包括椎间盘膨出、椎间盘突出、椎间盘脱出、游离型椎间盘等类型）、医疗事故或其他医疗导致的伤害；
- （八）属于主险合同的责任免除事项；
- （九）本附加险合同约定的免赔额。

## 保险金额和保险费

### 第八条

（一）保险金额由投保人与保险人双方约定，并在保险单中载明。保险金额一经确定，中途不得变更。

（二）保险金额是保险人承担给付保险金责任的最高限额。

### 第九条

投保人应该按照合同约定向保险人交付保险费。投保人未按约定交付保险费的，对于保险费交付前发生的保险事故，保险人不承担保险金给付责任。

## 保险期间

### 第十条

（一）若本附加险合同与主险合同同时投保，则本附加险合同的保险期间与主险合同的保险期间相同；

（二）若投保人在主险合同保险期间内申请投保本附加险合同，则本附加险合同保险期间开始日自保险人同意承保并收取保险费时开始（以保险人的批注或批单载明的日期为准），本附加险合同的满期日与主险合同的满期日相同。

## 保险人义务

### 第十一条

订立保险合同时，采用保险人提供的格式条款的，保险人向投保人提供的投保单应当附格式条款，保险人应当向投保人说明保险合同的内容。对保险合同中免除保险人责任的条款，保险人在订立合同时应当在投保单、保险单或者其他保险凭证上作出足以引起投保人注意的提示，并对该条款的内容以书面或者口头形式向投保人作出明确说明；未作提示或者明确说明的，该条款不产生效力。

### 第十二条

本保险合同成立后，保险人应当及时向投保人签发保险单或其他保险凭证。

### 第十三条

保险人认为保险金申请人提供的有关索赔的证明和资料不完整的，应当及时一次性通知保险金申请人补充提供。

### 第十四条

保险人在收到保险金申请人的保险金给付申请书及有关证明和资料后，应及时作出是否属于保险责任的核定；情形复杂的，应当在 30 日内作出核定，但本附加险合同另有约定的除外。

保险人应当将核定结果通知保险金申请人；对属于保险责任的，保险人应在与保险金申请人达成有关给付保险金数额的协议后 10 日内，履行给付保险金义务；本附加险合同对保险金及给付期限有约定的，保险人应当依照本附加险合同的约定，履行给付保险金义务。保险人依照前款约定作出核定后，对不属于保险责任的，应当自作出核定之日起 3 日内向保险金申请人发出拒绝给付保险金通知书，并说明理由。

### 第十五条

保险人自收到给付保险金请求和有关证明、资料之日起 60 日内，对其给付保险金数额不能确定的，应当根据已有证明和资料可以确定的数额先予支付；保险人最终确定给付保险金的数额后，应当支付相应的差额。

## 投保人、被保险人义务

### 第十六条

除另有约定外，投保人应当在保险合同成立时一次交清保险费。

### 第十七条

订立保险合同，保险人就保险标的或者被保险人的有关情况提出询问的，投保人应当如实告知。

投保人故意或者因重大过失未履行前款规定的义务，足以影响保险人决定是否同意承保或者提高保险费率的，保险人有权解除本附加保险合同。

前款规定的合同解除权，自保险人知道有解除事由之日起，超过 30 日不行使而消灭。自合同成立之日起超过 2 年的，保险人不得解除合同；发生保险事故的，保险人应当承担给付保险金责任。

**投保人故意不履行如实告知义务的，保险人对于合同解除前发生的保险事故，不承担给付保险金责任，并不退还保险费。**

**投保人因重大过失未履行如实告知义务，对保险事故的发生有严重影响的，保险人对于合同解除前发生的保险事故，不承担给付保险金责任，但应当退还保险费。**

保险人在合同订立时已经知道投保人未如实告知的情况的，保险人不得解除合同；发生保险事故的，保险人应当承担给付保险金责任。

## 保险金的申请与给付

### 第十八条

保险金申请人向保险人申请给付保险金时，应提交作为索赔依据的证明和材料。保险金申请人因特殊原因不能提供以下材料的，应提供其它合法有效的材料。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。**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）由保险金申请人填写保险金给付申请书，并凭下列证明和资料向保险人申请给付保险金：

- 1、保险单正本原件或其它保险凭证原件；
- 2、被保险人户籍证明及身份证明；
- 3、卫生行政部门批准的二级以上（含二级）医院出具的就诊病历、诊断证明、处方及医疗费、医药费原始单据（如住院治疗，须同时提供医疗费用明细清单）；
- 4、保险金申请人所能提供的其他与确认保险事故的性质、原因、伤害程度等有关的证明和资料。

（二）医疗费用收据：

保险金申请人提出索赔申请时，应向保险人提交医疗费用收据原件。

如被保险人在社会医疗保险经办机构、其他保险人或其它单位已经获得部分医疗费用赔偿，医疗费用收据原件已被赔付或报销单位留存，保险金申请人在提出索赔申请时，应向保险人提交医疗费用收据财务分割单或在医疗费用收据复印件上注明已赔付金额，并加盖赔付单位的财务章。

### 第十九条

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 2 年，自其知道或者应当知道保险事故发生之日起计算。

## 争议处理和法律适用

### 第二十条

因履行本附加保险合同发生的争议，由当事人协商解决。



协商不成的，提交保险单载明的仲裁机构仲裁。保险单未载明仲裁机构或者争议发生后未达成仲裁协议的，可向中华人民共和国有管辖权的人民法院起诉。

## 第二十一条

与本附加保险合同有关的以及履行本附加保险合同产生的一切争议处理适用中华人民共和国法律（不包括香港、澳门及台湾地区法律）。

## 释义

1、**保险人：**指与投保人签订本附加险合同的阳光财产保险股份有限公司。

2、**肢：**指人体的四肢，即左上肢、右上肢、左下肢和右下肢。

3、**保险金申请人：**指受益人或被保险人的继承人或依法享有保险金请求权的其他自然人。

4、**不可抗力：**指不能预见、不能避免并不能克服的客观情况。

5、**意外伤害：**指以外来的、突发的、非本意的和非疾病的客观事件为直接且单独的原因致使身体受到的伤害。

6、**医院：**本附加保险合同所指的医院是符合下列所有条件的机构，但不包括主要作为康复、门诊、护理、疗养、戒酒、戒毒或类似的机构。

（1）拥有合法经营执照；

（2）设立的主要目的是向受伤者和患者提供留院治疗和护理服务；

（3）有医师和护士提供全日 24 小时的医疗和护理服务；

（4）二级或二级以上的医院，包括保险人认可的与二级或二级以上医院相同规模的医院。

上述医院的定义适用于除香港、澳门、台湾地区以外的中国地区。

被保险人须在本定义规定的医院治疗。意外伤害事故急救不受此限制，但在急救情况稳定后，须转入本定义规定的医院治疗。

7、**必需的医疗费用：**指符合以下条件的医疗费用：

（1）对治疗被保险人的伤害合适且必需；

（2）在范围、持续期、强度、护理上不超过为被保险人提供安全、恰当、合适的诊断或治疗所需水平；

（3）应由医师出具处方、诊断证明；

（4）与当地普遍接受的医疗专业标准相一致；

（5）非主要为了个人舒适或为了被保险人父母、家庭、医师或其他护理提供方的方便；

（6）非病人学术教育或职业培训的一部分或与之相关；

（7）非试验性或研究性。

# 阳光财产保险股份有限公司

## 附加学生、幼儿住院医疗保险条款（2016 版）

### 总则

#### 第一条

在投保阳光财产保险股份有限公司学生、幼儿意外伤害类保险合同（以下简称“主险”）的基础上，投保人可以投保本附加险。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。本附加险合同未约定事项，以主险合同为准；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。凡涉及本附加险合同的约定，均应采用书面形式。

#### 第二条

本附加险合同的投保人与主险合同的投保人一致。

#### 第三条

除另有约定外，本附加险合同的受益人为被保险人本人。

### 保险责任

#### 第四条

本附加险的保险责任分为两个部分，投保人可以根据被保险人实际的医疗保障需求选择投保，组成本保险合同项下的保险责任。

##### 一、一般住院医疗保障

对于未参加当地社会医疗保险（指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、城乡医疗救助等非商业性质保险，下同）的被保险人，可投保以下保障。

在本附加险保险期间内，被保险人因遭受意外伤害或自本附加险合同生效 90 天后因罹患疾病（续保不受此限），在保险人指定或认可的医疗机构住院治疗，保险人根据住院治疗期间所发生的符合保险单签发地的社会医疗保险药品目录、诊疗项目目录及服务设施范围和支付标准的必需的医疗费用（以下简称“医疗费用”），保险人在扣除合同约定的免赔额人民币 100 元后，按如下分级累进的赔付比例表计算并给付一般住院医疗保险金（本附加险合同中对免赔额另有约定的，按约定的免赔额计算并给付保险金）：

分级	医疗费用 (F) (单位：人民币元)	分级累进的赔付比例
一级	$100 < F \leq 1,000$	50%
二级	$1,000 < F \leq 5,000$	60%
三级	$5,000 < F \leq 10,000$	70%
四级	$10,000 < F \leq 30,000$	80%

五级	F>30,000	90%
----	----------	-----

1、若医疗费用小于或等于免赔额，则保险金等于零；

2、若医疗费用大于免赔额：

(1) 若被保险人未从其它保险计划或任何其他途径取得医疗费用补偿，那么，保险金为：医疗费用减去免赔额后，按上表分级累进的赔付比例计算所得金额。

(2) 若被保险人已从其它保险计划或任何其他途径取得医疗费用补偿，那么：

A=医疗费用减去免赔额后，按上表分级累进的赔付比例计算所得金额

B=医疗费用—已取得的医疗费用补偿

若  $A \leq B$ ，则保险金=A

若  $A > B$ ，则保险金=B

## 二、补充住院医疗保障

对于已参加当地社会医疗保险的被保险人，可投保以下保障。

(一) 在主险合同有效的前提下，在本附加险合同保险期间内、被保险人已开始享受社会医疗保险待遇且自本附加险合同生效日起 30 日后（续保者不受 30 日规定的限制），被保险人因所参加的社会医疗保险规定范围内的事故须入医院住院治疗，在社会医疗保险支付费用后，就被保险人自付的医疗费用，保险人在扣除 100 元的免赔额以后按 80%的比例计算并给付补充住院医疗保险金（本附加险合同中对免赔额和赔付比例另有约定的，按约定的免赔额和赔付比例计算并给付保险金）。保险人累计给付的金额以合同约定的该项保险金额为限，超出部分保险人不承担保险责任。

医疗费用包括以下几项：

1、社会医疗保险起付标准以下，由被保险人自付的医疗费用；

2、社会医疗保险起付标准以上最高支付限额以下的共付段以内，由被保险人自付的医疗费用；

3、社会医疗保险最高支付限额以上，由被保险人自付的医疗费用。

(二) 保险人按如下规则计算并给付保险金：

1、若医疗费用小于或等于免赔额，则保险金等于零；

2、若医疗费用大于免赔额：

(1) 若被保险人未从其它保险计划或任何其他途径取得医疗费用补偿，那么，保险金=（医疗费用—免赔额）×赔付比例

(2) 若被保险人已从其它保险计划或任何其他途径取得医疗费用补偿，那么：

A=（医疗费用—免赔额）×赔付比例

B=医疗费用—已取得的医疗费用补偿

若  $A \leq B$ ，则保险金=A

若  $A > B$ ，则 保险金 = B

## 第五条

被保险人因保险事故须到医院进行合理且必需的住院治疗，在本附加保险合同载明的保险期间内，每次保险事故累计住院治疗天数以 180 日为限，**保险人对超出部分不承担给付保险金责任。**

被保险人因保险事故须到医院进行合理且必需的住院治疗，若至本附加保险合同终止日治疗仍未结束的，保险人继续承担给付保险金责任，并最长延续至本附加保险合同终止日起第 30 日且该次保险事故累计治疗天数不超过 180 日。

无论被保险人一次或多次发生保险事故住院治疗，保险人均按上述约定承担给付保险金责任，但累计给付的保险金总额达到保险单所载的该被保险人的保险金额时，本附加保险合同对该被保险人的保险责任终止。

本附加险合同的保险责任遵循医疗费用补偿原则。保险人给付的保险金与被保险人从其所参加的社会医疗保险、其它保险计划或从第三责任方、社会福利机构、按政府规定补偿等其他任何途径取得医疗费用补偿总额，以被保险人实际支出的医疗费用金额为限。

## 责任免除

### 第六条

因下列情形之一，造成被保险人支出医疗费用，**保险人不承担保险金给付责任：**

（一）被保险人患先天性疾病、遗传性疾病、先天性畸形、变形或染色体异常；或被保险人在参加本附加险合同前已经存在的既往症、受伤或异常检查结果（续保者在之前的保险期间内发生的既往症、受伤或异常检查结果除外）；或被保险人本次投保前已有残疾的康复或治疗；修复、安装及购买残疾用具（如轮椅、假肢、助听器、假眼、假牙等）；

（二）被保险人患精神类疾病如精神分裂症、抑郁症、厌食症、失眠症等；

（三）被保险人进行包皮环切手术、牙科治疗或手术、任何原因导致的牙齿修复或矫形、视力矫正手术；

（四）被保险人妊娠（含宫外孕）、流产、分娩、不孕不育症（包括人工受孕、试管婴儿等）、避孕及节育手术或由妊娠、分娩、流产、节育所导致的任何并发症；整容手术、医疗事故或其他医疗导致的伤害；

（五）被保险人患艾滋病或艾滋病病毒感染期间；被保险人患性传播疾病；

（六）被保险人酗酒，或服用、吸食或注射毒品或未经注册医师处方的麻醉剂或药物；

（七）投保人、被保险人的任何故意行为；

（八）被保险人从事或参与犯罪、非法活动、拒捕或斗殴；

（九）因被保险人不遵守医院规章制度，不配合治疗的行为造成的后果；

（十）战争、军事行动、暴乱、恐怖活动或武装叛乱；原子能或核能装置所造成的爆炸、污染或辐射。

## 第七条

被保险人支出的以下医疗费用，保险人不承担保险金给付责任：

（一）被保险人作为人体器官捐赠者的任何费用；

（二）本附加险合同签发地的社会医疗保险规定的不予支付的情形，或不符合本附加险合同签发地的社会医疗保险药品目录、诊疗项目目录以及服务设施范围和支付标准规定的医疗费用；

（三）被保险人首次投保本附加险合同或者非及时续保，自本附加险合同等待期内罹患疾病直至痊愈所支出的医疗费用。

## 第八条

其他属于主保合同的责任免除事项及其导致产生的医疗费用，保险人也不负责赔偿。

## 保险金额和保险费

### 第九条

本附加险的保险金额由投保人与保险人双方约定，并在保险单中载明。保险金额一经确定，中途不得变更；保险金额是保险人承担给付保险金责任的最高限额。

### 第十条

投保人应该按照合同约定向保险人交付保险费。投保人未按约定交付保险费的，对于保险费交付前发生的保险事故，保险人不承担保险金给付责任。

## 保险期间

### 第十一条

（一）若本附加险合同与主险合同同时投保，则本附加险合同的保险期间与主险合同的保险期间相同；

（二）若投保人在主险合同保险期间内申请投保本附加险合同，则本附加险合同保险期间开始日自保险人同意承保并收取保险费时开始（以保险人的批注或批单载明的日期为准），本附加险合同的满期日与主险合同的满期日相同。

## 保险人义务

### 第十二条

订立保险合同时，采用保险人提供的格式条款的，保险人向投保人提供的投保单应当附格式条款，保险人应当向投保人说明保险合同的内容。对保险合同中免除保险人责任的条款，保险人在订立合同时应当在投保单、保险单或者其他保险凭证上作出足以引起投保人注意的提示，并对该条款的内容以书面或者口头形式向投保人作出明确说明；未作提示或者明确说明的，该条款不产生效力。

### 第十三条

本保险合同成立后，保险人应当及时向投保人签发保险单或其他保险凭证。

### 第十四条

保险人认为保险金申请人提供的有关索赔的证明和资料不完整的，应当及时一次性通

知保险金申请人补充提供。

### **第十五条**

保险人在收到保险金申请人的保险金给付申请书及有关证明和资料后，应及时作出是否属于保险责任的核定；情形复杂的，应当在 30 日内作出核定，但本保险合同另有约定的除外。

保险人应当将核定结果通知保险金申请人；对属于保险责任的，保险人应在与保险金申请人达成有关给付保险金数额的协议后 10 日内，履行给付保险金义务；对不属于保险责任的，应当自作出核定之日起 3 日内向保险金申请人发出拒绝给付保险金通知书，并说明理由。

### **第十六条**

保险人自收到给付保险金请求和有关证明、资料之日起 60 日内，对其给付保险金数额不能确定的，应当根据已有证明和资料可以确定的数额先予支付；保险人最终确定给付保险金的数额后，应当支付相应的差额。

## **投保人、被保险人义务**

### **第十七条**

除另有约定外，投保人应当在保险合同成立时交清保险费。

### **第十八条**

投保人住所或通讯地址变更时，应及时以书面形式通知保险人。投保人未通知的，保险人按本保险合同所载的最后住所或通讯地址发送的有关通知，均视为已发送给投保人。

### **第十九条**

订立保险合同，保险人就保险标的或者被保险人的有关情况提出询问的，投保人应当如实告知。

**投保人故意或者因重大过失未履行前款规定的义务，足以影响保险人决定是否同意承保或者提高保险费率的，保险人有权解除本保险合同。**

前款规定的合同解除权，自保险人知道有解除事由之日起，超过 30 日不行使而消灭。自合同成立之日起超过 2 年的，保险人不得解除合同；发生保险事故的，保险人应当承担给付保险金责任。

**投保人故意不履行如实告知义务的，保险人对于合同解除前发生的保险事故，不承担给付保险金责任，并不退还保险费。**

**投保人因重大过失未履行如实告知义务，对保险事故的发生有严重影响的，保险人对于合同解除前发生的保险事故，不承担给付保险金责任，但应当退还保险费。**

保险人在合同订立时已经知道投保人未如实告知的情况的，保险人不得解除合同；发生保险事故的，保险人应当承担给付保险金责任。

### **第二十条**

投保人、被保险人或者保险金受益人知道保险事故发生后，应当在及时通知保险人。故意或者因重大过失未及时通知，致使保险事故的性质、原因、损失程度等难以

确定的，保险人对无法确定的部分，不承担给付保险金责任，但保险人通过其他途径已经及时知道或者应当及时知道保险事故发生的除外。

上述约定，不包括因不可抗力而导致的迟延。

## 保险金的申请与给付

### 第二十一条

保险金申请人向保险人申请给付保险金时，应提交作为索赔依据的证明和材料。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）保险金申请人填写保险金给付申请书，并凭下列证明和资料向保险人申请给付保险金：

- 1、保险单正本原件或其它保险凭证原件；
- 2、被保险人户籍证明及身份证明；
- 3、卫生行政部门批准的二级以上（含二级）医院出具的就诊病历、诊断证明、处方及医疗、医药费原始单据、医疗费用明细清单；
- 4、保险金申请人所能提供的其他与确认保险事故的性质、原因、损失程度等有关的证明和资料。

（二）医疗费用收据：

保险金申请人提出索赔申请时，应向保险人提交医疗费用收据原件。

被保险人与医院结算医疗费用时，若属于社会医疗保险应支付的部分已由医院记账，则应向保险人提交医疗费用收据原件；若被保险人全额支付了本次医疗费用，则被保险人应先在社会医疗保险经办机构办理报销后，再向保险人申请给付保险金。

如被保险人在社会医疗保险经办机构、其他保险人或其它单位已经获得部分医疗费用赔偿，医疗费用收据原件已被赔付或报销单位留存，保险金申请人在提出索赔申请时，应向保险人提交医疗费用收据财务分割单或在医疗费用收据复印件上注明已赔付金额，并加盖赔付单位的财务章。

### 第二十二条

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2年，自其知道或者应当知道保险事故发生之日起计算。

## 争议处理和法律适用

### 第二十三条

因履行本附加险合同发生的争议，由当事人协商解决。

协商不成的，提交保险单载明的仲裁机构仲裁。保险单未载明仲裁机构或者争议发生后未达成仲裁协议的，可向中华人民共和国有管辖权的人民法院起诉。

### 第二十四条

与本附加险合同有关的以及履行本附加险合同产生的一切争议处理适用中华人民共和国法律（不包括香港、澳门及台湾地区法律）。

## 释义

1、**周岁**：以法定身份证明文件中记载的出生日期为基础计算的实足年龄。

2、**保险人**：指与投保人签订本保险合同的阳光财产保险股份有限公司。

3、**保险金申请人**：指受益人或被保险人的继承人或依法享有保险金请求权的其他自然人。

4、**社会医疗保险规定范围内的事故**：指社会医疗保险支付参保人员医疗费用的事故，包括疾病、意外事故等，以被保险人所参加的社会医疗保险的规定为准。

5、**医院治疗**：指符合被保险人所参加的社会医疗保险待遇的治疗，可以包括住院、门诊特定项目、指定慢性病中的一种或多种，但无论被保险人所参加的社会医疗保险是否包括普通门急诊，本附加保险合同所指的医院治疗均不包括。

6、**共付段**：指参保人员和社会医疗保险按比例共同负担的，社会医疗保险起付标准以上、最高支付限额以下的，符合保险单签发地社会医疗保险规定的医疗费用。

7、**先天性疾病**：指一出生时就具有的疾病（症状或体征）。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。

**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，通常具有由亲代至后代的垂直传递的特征。

**先天性畸形、变形或染色体异常**：指被保险人出生时就具有的畸形、变形或染色体异常。先天性畸形、变形和染色体异常依照世界卫生组织《疾病和有关健康问题的国际统计分类》（ICD10）确定。

8、**艾滋病**：指人类免疫缺乏病毒引起的获得性/后天性免疫缺乏综合症，英文缩写为AIDS。按世界卫生组织制定的定义为准，如在血液样本中发现后天性免疫力缺乏综合症病毒或其抗体，则可认定为感染艾滋病或艾滋病病毒。

**艾滋病病毒**：指后天性免疫力缺乏综合症病毒即人类免疫缺陷病毒，英文缩写为HIV。在人类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的临床症状或体征的，为患艾滋病。

9、**既往症**：指被保险人在保单生效日之前所患的已知或应该知道的疾病或已存在的症状。

10、**并发症**：指在某种原发疾病或情况发展进程中发生的、由于原发疾病或情况、或其他独立原因所导致的继发疾病或情况。

11、**性传播疾病**：发生在生殖器官的内源性或外源性通过性行为或非性行为传播的传播性疾病。

12、**医院**：

（1）境外的医院：指符合下列所有条件的机构，但不包括主要作为康复、门诊、护理、疗养、戒酒、戒毒或类似的机构。

①拥有合法经营执照；



②设立的主要目的是向受伤者和患者提供留院治疗和护理服务；

③有医师和护士提供全日 24 小时的医疗和护理服务；

(2) 境内的医院：指二级或二级以上的医院，包括保险人认可的与二级或二级以上医院相同规模的医院。

被保险人须在本定义规定的医院治疗。急救不受此限制，但在急救情况稳定后，须转入本定义规定的医院治疗。

**13、住院：**指被保险人因疾病或意外伤害入住医院的正式病房进行治疗，并正式办理入出院手续，**不包括入住门诊观察室、其他非正式病房或挂床住院**。若被保险人非治疗需要离开保险人指定或认可的医院视为自动离开医院，保险人仅对该日以前住院治疗负保险责任。

## 阳光财产保险股份有限公司 监护人责任保险条款（2016 版）

### 总则

**第一条** 本保险合同由保险条款、投保单、保险单、保险凭证以及批单等组成。凡涉及本保险合同的约定，均采用书面形式。

**第二条** 凡符合《中华人民共和国民法通则》规定的个人监护人，均可作为本保险合同的被保险人。

### 保险责任

**第三条** 在保险期间内，被保险人的监护对象造成第三者人身伤亡或财产损失，依据中华人民共和国法律（不包括港澳台地区法律）应由被保险人承担的经济赔偿责任，保险人按照本保险合同约定在本保险合同载明的相应赔偿限额内负责赔偿。

**第四条** 保险事故发生后，被保险人因保险事故而被提起仲裁或者诉讼的，对应由被保险人支付的仲裁或诉讼费用以及事先经保险人书面同意支付的其他必要的、合理的费用（以下简称“法律费用”），保险人按照本保险合同约定也负责赔偿。

### 责任免除

**第五条** 下列损失、费用和责任，保险人不负责赔偿：

（一）监护对象因被保险人、其他监护人或与监护对象共同居住的成年家庭成员的教唆而造成的第三者人身伤亡或财产损失；

（二）被保险人及其同住家庭成员的人身伤亡或财产损失；

（三）监护对象系精神病人所致的赔偿责任；

（四）间接损失；

（五）本保险合同中载明的免赔额。

**第六条** 下列原因造成的损失、费用，保险人不负责赔偿：

（一）战争、敌对行动、军事行为、武装冲突、罢工、骚乱、暴动、盗窃、抢劫；

（二）核辐射、核爆炸、核污染及其他放射性污染；

（三）投保人、被保险人、监护对象及其他家庭成员、寄居人、雇佣人员的违法、犯罪或故意行为；

（四）地震、海啸及其次生灾害；

（五）行政行为或司法行为；

（六）大气污染、土地污染、水污染及其他各种污染，但因本保险合同责任范围内的事故造成的污染不在此限。

**第七条** 其他不属于本保险合同责任范围内的损失和费用，保险人不负责赔偿。

#### 赔偿限额与免赔额

**第八条** 赔偿限额包括每次事故赔偿限额、每次事故财产损失赔偿限额、每人赔偿限额、累计赔偿限额，由投保人与保险人协商确定，并在保险合同中载明。

**第九条** 每次事故财产损失免赔额由投保人与保险人在签订保险合同时协商确定，并在保险合同中载明。

#### 保险期间

**第十条** 除另有约定外，保险期间为一年，以保险单载明的起讫时间为准。

#### 保险费

**第十一条** 本保险合同的保险费由保险人根据累计赔偿限额及具体风险状况等因素确定，并在保险单上载明其金额。

#### 保险人义务

**第十二条** 订立本保险合同时，采用保险人提供的格式条款的，保险人向投保人提供的投保单应当附格式条款，保险人应当向投保人说明本保险合同的内容。对本保险合同中免除保险人责任的条款，保险人在订立合同时应当在投保单、保险单或者其他保险凭证上作出足以引起投保人注意的提示，并对该条款的内容以书面或者口头形式向投保人作出明确说明；未作提示或者明确说明的，该条款不产生效力。

**第十三条** 本保险合同成立后，保险人应当及时向投保人签发保险单或其他保险凭证。

**第十四条** 保险人按照本保险合同的约定，认为被保险人提供的有关索赔的证明和资料不完整的，应当及时一次性通知投保人、被保险人补充提供。

**第十五条** 保险人收到被保险人的赔偿保险金的请求后，应当及时作出核定；情形复杂的，应当在三十日内作出核定，但本保险合同另有约定的除外。

保险人应当将核定结果通知被保险人；对属于保险责任的，在与被保险人达成赔偿保险金的协议后十日内，履行赔偿保险金义务。本保险合同对赔偿保险金的期限有约定的，保险人应当按照约定履行赔偿保险金的义务。保险人依照前款的规定作出核

定后，对不属于保险责任的，应当自作出核定之日起三日内向被保险人发出拒绝赔偿保险金通知书，并说明理由。

**第十六条** 保险人自收到赔偿保险金的请求和有关证明、资料之日起六十日内，对其赔偿保险金的数额不能确定的，应当根据已有证明和资料可以确定的数额先予支付；保险人最终确定赔偿的数额后，应当支付相应的差额。

### 投保人、被保险人义务

**第十七条** 订立保险合同，保险人就保险标的或者被保险人的有关情况提出询问的，投保人应当如实告知。

投保人故意或者因重大过失未履行前款规定的如实告知义务，足以影响保险人决定是否同意承保或者提高保险费率的，保险人有权解除保险合同。

前款规定的合同解除权，自保险人知道有解除事由之日起，超过三十日不行使而消灭。自合同成立之日起超过二年的，保险人不得解除合同；发生保险事故的，保险人应当承担赔偿保险金的责任。

投保人故意不履行如实告知义务的，保险人对于合同解除前发生的保险事故，不承担赔偿保险金的责任，并不退还保险费。

投保人因重大过失未履行如实告知义务，对保险事故的发生有严重影响的，保险人对于合同解除前发生的保险事故，不承担赔偿保险金的责任，但应当退还保险费。

保险人在合同订立时已经知道投保人未如实告知的情况的，保险人不得解除合同；发生保险事故的，保险人应当承担赔偿保险金的责任。

**第十八条** 除另有约定外，投保人应当在保险合同成立时一次性交清保险费。保险事故发生时，投保人未缴纳保险费的，保险人不承担赔偿责任。

**第十九条** 在保险期间内，保险合同载明的事项发生变更，被保险人应及时通知保险人；被保险人未履行通知义务，保险人有权根据保险法相关规定处理。

**第二十条** 发生保险责任范围内的事故后：

（一）被保险人应尽力采取必要、合理的措施，防止或减少损失，否则，对因此扩大的损失，保险人不承担赔偿责任；

（二）投保人、被保险人应及时通知保险人，并书面说明事故发生的原因、经过和损失情况；故意或者因重大过失未及时通知，致使保险事故的性质、原因、损失程度等难以确定的，保险人对无法确定的部分，不承担赔偿责任，但保险人通过其他途径已经及时知道或者应当及时知道保险事故发生的除外；

（三）被保险人应保护事故现场，允许并且协助保险人进行事故调查；对于拒绝或者妨碍保险人进行事故调查导致无法确定事故原因或核实损失情况的，保险人对无法核实部分不承担赔偿责任。

**第二十一条** 被保险人收到损害赔偿请求时，应立即通知保险人。未经保险人书面同意，被保险人对受害人及其代理人作出的任何承诺、拒绝、出价、约定、付款或赔偿，保险人不受其约束。对于被保险人自行承诺或支付的赔偿金额，保险人有权重新核定，不属于本保险责任范围或超出应赔偿限额的，保险人不承担赔偿责任。在处理索赔过程中，保险人有权自行处理由其承担最终赔偿责任的任何索赔案件，被保险人有义务向保险人提供其所能提供的资料和协助。

**第二十二条** 发生保险责任范围内的事故时，被保险人获悉可能发生诉讼、仲裁时，应立即以书面形式通知保险人；接到法院传票或其他法律文书后，应将其副本及时送交保险人。保险人有权以被保险人的名义处理有关诉讼或仲裁事宜，被保险人应提供有关文件，并给予必要的协助。

**对因未及时提供上述通知或必要协助导致扩大的损失，保险人不承担赔偿责任。**

**第二十三条** 被保险人向保险人申请赔偿时，应提交保险单或保险凭证正本、损失清单，费用单据、有关部门的证明文件、必要时还应提交法院的判决书、裁定书或调解书、或仲裁机构出具的裁决书或调解书、或责任认定证明，以及投保人、被保险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。

**被保险人未履行前款约定的索赔材料提供义务，导致保险人无法核实损失情况的，保险人对无法核实部分不承担赔偿责任。**

### 赔偿处理

**第二十四条** 保险人的赔偿以下列方式之一确定的被保险人的赔偿责任为基础：

- （一）被保险人和向其提出损害赔偿请求的第三者协商并经保险人确认；
- （二）仲裁机构裁决；
- （三）人民法院判决；
- （四）保险人认可的其他方式。

**第二十五条** 保险人对被保险人给第三者造成的损害，可以依照法律的规定或者本合同的约定，直接向该第三者赔偿保险金。

被保险人给第三者造成损害，被保险人对第三者应负的赔偿责任确定的，根据被保险人的请求，保险人应当直接向该第三者赔偿保险金。被保险人怠于请求的，第三者有权就其应获赔偿部分直接向保险人请求赔偿保险金。

**被保险人给第三者造成损害，被保险人未向该第三者赔偿的，保险人不得向被保险人赔偿保险金。**

**第二十六条** 发生保险责任范围内的损失，保险人按以下方式计算赔偿：

（一）对于每次事故造成的损失，保险人在每次事故赔偿限额内计算赔偿，其中对每人的赔偿金额不得超过每人赔偿限额；

（二）在依据本条第（一）项计算的基础上，保险人在扣除每次事故财产损失免赔额后进行赔偿，但对于人身伤亡的赔偿不扣除免赔额；

（三）在保险期间内，保险人对多次事故损失的累计赔偿金额不超过累计赔偿限额。

**第二十七条** 除合同另有约定外，对每次事故法律费用的赔偿金额，保险人在第二十六条计算的赔偿金额以外按本保险合同的约定另行计算，但保险人对每次事故承

担的法律费用的赔偿金额不超过每次事故赔偿限额的 10%，在保险期间内累计赔偿金额不超过累计赔偿限额的 10%。

**第二十八条** 发生保险事故时，如果被保险人的损失在有相同保障的其他保险项下也能够获得赔偿，则本保险人按照本保险合同的赔偿限额与其他保险合同及本合同的赔偿限额总和的比例承担赔偿责任。

**其他保险人应承担的赔偿金额，本保险人不负责垫付。**若被保险人未如实告知导致保险人多支付赔偿金的，保险人有权向被保险人追回多支付的部分。

**第二十九条** 发生保险责任范围内的损失，应由有关责任方负责赔偿的，保险人自向被保险人赔偿保险金之日起，在赔偿金额范围内代位行使被保险人对有关责任方请求赔偿的权利，被保险人应当向保险人提供必要的文件和所知道的有关情况。

被保险人已经从有关责任方取得赔偿的，保险人赔偿保险金时，可以相应扣减被保险人已从有关责任方取得的赔偿金额。

**保险事故发生后，在保险人未赔偿保险金之前，被保险人放弃对有关责任方请求赔偿权利的，保险人不承担赔偿责任；**保险人向被保险人赔偿保险金后，被保险人未经保险人同意放弃对有关责任方请求赔偿权利的，该行为无效；由于被保险人故意或者因重大过失致使保险人不能行使代位请求赔偿的权利的，保险人可以扣减或者要求返还相应的保险金。

**第三十条** 被保险人向保险人请求赔偿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。

### 争议处理和法律适用

**第三十一条** 因履行本保险合同发生的争议，由投保人、被保险人、保险人协商解决。协商不成的，提交保险单载明的仲裁机构仲裁，保险单未载明仲裁机构或者争议发生后未达成仲裁协议的，依法向中华人民共和国人民法院起诉。

**第三十二条** 本保险合同的争议处理适用中华人民共和国法律（不包括港澳台地区法律）。

### 其他事项

**第三十三条** 保险责任开始前，投保人要求解除保险合同的，应当向保险人支付相当于保险费 5% 的手续费，保险人应当退还剩余保险费。

保险责任开始后，投保人要求解除保险合同的，自通知保险人之日起，保险合同解除。保险人按附表规定的短期费率表收取自保险责任开始之日起至合同解除之日止期间的保险费，并将剩余部分保险费退还给投保人。

### 附表：短期费率表

保险期间不足一年的，按以下标准计算短期保险费（按年保险费的百分比计算，不足一个月的按一个月计算）：

保险期间	一个月	二个月	三个月	四个月	五个月	六个月	七个月	八个月	九个月	十个月	十一个月	十二个月
年保险费的百分比	10%	20%	30%	40%	50%	60%	70%	80%	85%	90%	95%	100%