

**黄河财产保险股份有限公司**  
**学生、幼儿意外伤害保险附加住院医疗保险（互联网专用）**  
**条款**

（注册号：C00023132522022030123533）

**总则**

**第一条** 本附加险合同须附加于黄河财产保险股份有限公司各款互联网专用学生、幼儿意外伤害保险（以下简称“主险”）合同。本附加险合同由保险条款、投保单、保险单、保险凭证以及批单等组成。凡涉及本附加险合同的约定，均应采用书面形式。

主险合同效力终止，本附加险合同效力亦终止；主险合同无效，本附加险合同亦无效。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。本附加险合同未约定事项，以主险合同为准。

**第二条** 凡主险合同的投保人与被保险人，均可作为本附加险合同的投保人及被保险人。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** 在保险期间内，被保险人因遭受主险合同责任范围内的意外伤害事故住院治疗或自本附加险合同生效后且在保险合同载明的等待期（若保险合同未载明等待期，则等待期为本附加险合同生效之日起连续计算的三十日，最长不超过九十日，正常续保不适用等待期）后因疾病住院治疗，保险人依下列约定赔偿保险金：

（一）被保险人在中华人民共和国境内（不含港、澳、台地区，下同）保险人指定或认可的医疗机构住院诊疗所实际支出的、符合保险单签发地政府基本医疗保险主管部门规定可报销的、合理且必要的医疗费用，**保险人在扣除本附加险合同中约定的免赔额后**，在保险金额范围内，按照本附加险合同所附《住院医疗费用分级累进赔偿比例表》中的赔偿比例或双方在保险单中约定的赔偿比例赔偿住院医疗保险金。

（二）被保险人因意外伤害事故住院治疗，保险人仅对被保险人自事故发生之日起一百八十日内（含）发生的符合本附加险合同要求的医疗费用承担赔偿责任。

（三）保险期间届满被保险人治疗仍未结束的，保险人继续承担赔偿责任的期限自保险期满次日起，至出院之日止，最长以九十日为限，但保险单另有约定的不受此限。

（四）被保险人因疾病住院治疗，出院后若因同一原因再次住院，且前次出

院与下次住院间隔未超过三十日，视为同一次住院。

（五）本附加险合同为费用补偿型保险合同，适用医疗费用补偿原则。若被保险人除本附加险合同外已经从其它保险计划或任何其他途径取得医疗费用补偿，则保险人的赔偿责任以住院医疗保险金额为限，对被保险人获得补偿后的余额按照本附加险合同约定赔偿保险金。

（六）在保险期间，保险人按照本附加险合同约定对被保险人所负的住院医疗保险责任以保险单所载的住院医疗保险金额为限，对被保险人一次或累计赔偿的保险金达到住院医疗保险金额时，保险人对被保险人的保险责任随之终止。

### 责任免除

第四条 因发生下列原因或情形之一的，保险人不负保险金赔偿责任：

1. 主险合同中的责任免除也适用于本附加险合同，但属于第三条保险责任的不在其限。

2. 投保人的故意行为；

3. 保险单中特别约定的除外疾病；

4. 被保险人投保前已有的残疾、未书面告知的既往症；

5. 本附加险合同约定的等待期内所患疾病；

6. 遗传性疾病、先天性畸形、变形和染色体异常（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）。

第五条 保险人对下列费用不负赔偿保险金责任：

1. 用于牙科治疗、视力矫正手术、矫形、整容、美容或修复、外科整形手术、变性手术、预防性手术（如预防性阑尾切除）、安装及购买辅助用具（如轮椅、假肢、助听器、假眼、配镜等）的费用；

2. 被保险人体检、疗养、心理咨询或康复治疗的费用；

3. 被保险人非保险人指定或认可医疗机构的医疗费用；

4. 保险单签发地政府基本医疗保险管理部门规定的自费部分和比例自付部分；

5. 各种间接损失，包括交通费、营养费、护理费、食宿费、伙食费、生活补助费、误工补贴费、丧葬费等；

6. 被保险人投保前所患未治愈疾病（包括先天性疾病）及已有残疾的治疗和康复；

7. 未经保险人同意的转院治疗；

8. 在保险单或保险凭证中载明的免赔额或其他责任免除事项。

## 保险期间

**第六条** 本附加险的保险期间需与主险保险期间一致，且最长不超过一年。

**第七条** 本附加险合同为不保证续保合同，保险期间不超过一年，保险期间届满时，投保人需重新向保险人申请投保本产品，并经保险人同意，交纳保险费，获得新的保险合同。

## 保险金额、免赔额

**第八条** 保险金额是保险人承担赔偿保险金责任的最高限额。本附加险合同的保险金额为“住院医疗保险金额”，由投保人、保险人双方约定，并在保险单中载明。

**第九条** 本附加险合同的免赔额由投保人、保险人双方约定，并在保险单中载明。

## 保险金申请与赔偿

**第十条** 被保险人或其监护人作为保险金申请人向保险人申请赔偿保险金时，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赔偿保险金的责任：

- （一）索赔申请书；
- （二）保险单或其他保险凭证；
- （三）保险金申请人的户籍证明或身份证明；
- （四）保险人指定或认可的医疗机构出具的诊断证明书、病历、住院证明、出院小结、医疗费用原始发票、住院医疗费用结账明细清单等；
- （五）转院治疗者须提供转出医院的转院证明；
- （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。

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。受益人为无民事行为能力人或者限制民事行为能力人的，由其监护人代为申领保险金，并需要提供监护人的身份证明等资料。

**第十一条** 被保险人若已通过其他途径获得了部分住院医疗费用的补偿并无法提供医疗费用原始凭证时，需提供住院医疗费用凭证复印件，同时出具注明已给付比例和金额、加盖支付费用单位公章的分割单等相关证明，保险人按本附加险合同在剩余住院医疗费用内承担保险责任。

本附加险合同所指分割单位应符合财政部《会计基础工作规范》的有关要求。

涉及基本医疗保险时，分割单指基本医疗保险费用结算表，或当地基本医疗保险结算办法所规定的其他类似费用结算证明。

## 释义

**第十二条** 除另有约定外，本附加险合同中的下列词语具有如下含义，未释义名词以主险合同释义为准。

**1. 住院：**指被保险人因意外伤害或疾病而入住医院的正式病房进行治疗，并正式办理入院手续，且由医院收取病房或床位费用。**不包括入住门（急）诊观察室、家庭病床、疗养院、挂床住院及其他非正式病房等不合理的住院。**

**2. 续保：**投保人在本附加险合同终止之日起三十日内（含）提出继续投保申请且经保险人同意的，为续保；投保人在本附加险合同终止日后第三十一日起提出继续投保申请的，视作首次投保。

**3. 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。**猝死不属于意外伤害。**猝死的认定以保险人指定或认可的医疗机构出具的猝死鉴定为准。

**4. 合理且必要的医疗费用：**指住院治疗期间发生的符合保险单签发地政府当时适用的《城镇职工基本医疗保险药品目录》、《城镇职工基本医疗保险诊疗项目目录》、《城镇职工基本医疗保险医疗服务设施项目范围》及相关规定的医疗费用，**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，需个人先行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）基本医疗保险制度规定以外的个人自费的医疗费用和药品费用；

（4）营养费、护理费、食宿费、交通费、伙食费、生活补助费、误工补贴费、丧葬费。

**5. 保险人指定或认可的医疗机构：**在中国境内（不包括港、澳、台地区）是指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。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指定或认可的医疗机构治疗。

**本附加险合同所指医院不包括以下或类似的医疗机构：**

（1）精神病院；

（2）老人院、疗养院、美容整形医疗机构、戒毒中心和戒酒中心；

（3）健康中心或天然治疗所、疗养或康复院。

**6. 既往症：**指被保险人在本附加险合同生效日之前罹患的已知或应该知道的有关疾病或症状。

附表：住院医疗费用分级累进赔偿比例表

累进级数	医疗费用级距	赔偿比例
1	人民币 1000 元及以下的部分	50%
2	人民币 1000 元以上至 5000 元（含）部分	60%
3	人民币 5000 元以上至 10000 元（含）部分	70%
4	人民币 10000 元以上至 30000 元（含）部分	80%
5	人民币 30000 元以上部分	90%