

富德财产保险股份有限公司
附加学生幼儿疾病门急诊医疗保险条款
（产品注册号为：C00016332522026052129453）

总则

第一条 本附加险合同须附加于个人类学生幼儿意外健康保险合同（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的受益人为被保险人本人。

保险责任

第三条 在本附加险合同保险期间内，被保险人在合同约定的等待期（见释义，续保者不受此限制）后罹患疾病而在中华人民共和国境内（不包括香港、澳门、台湾地区）二级以上（含二级）医院（见释义）或者保险人认可的医疗机构接受门急诊治疗的，对被保险人因该次治疗所实际发生的符合当地社会医疗保险或公费医疗主管部门规定可报销的合理且必需的医疗费用，保险人扣除被保险人已从其他途径（包括但不限于社会基本医疗保险、公费医疗、任何第三方、除本保险外的其他商业保险等）获得的针对该医疗费用的补偿后由其个人实际支出的医疗费用，保险人按照“（个人实际支出的医疗费用-免赔额）×给付比例”计算给付疾病门急诊医疗保险金。

保险期间届满被保险人治疗仍未结束的，保险人继续承担保险责任至被保险人该次治疗结束之日或保险期间届满次日起第15日（以先发生者为准）止。

保险人每日给付的门急诊医疗费用保险金以本附加险合同约定的每日门急诊医疗费用保险金额为限，累计给付的门急诊医疗费用保险金以本附加险合同约定的年度门急诊医疗费用保险金额为限。

本附加险合同约定每日门急诊医疗费用免赔额、每日门急诊医疗费用保险金额时，无论被保险人在同一日内是在一家或多家医院的一个或多个科室进行门急诊治疗的，以该就诊日0时起至24时止计为一日，保险人按照本附加险合同约定计算并给付该日的门急诊医疗费用保险金。

责任免除

第四条 主险合同中所有责任免除条款（如适用）均适用于本附加险合同，若主险合同中责任免除条款与本附加险条款有相抵触之处，则应以本附加险条款为准。

第五条 因下列原因或下列情形之一导致被保险人发生医疗费用，保险人不承担保险金给付责任：

（一）投保人、被保险人的故意行为；

（二）被保险人未遵医嘱，私自服用、涂用、注射药物，但按使用说明的规定使用非处方药不受此限；

(三) 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；

(四) 被保险人进行健康检查、疗养、屈光不正治疗、验光、装配屈光镜/眼镜/助听器、整容、整形、心理咨询、器官移植/器官捐赠、包皮环切手术、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；

(五) 被保险人的既往症（见释义）及并发症（见释义）、等待期内罹患的疾病（不论治疗是否在等待期内），但保险双方另有约定的不受此限；

(六) 被保险人在本保险合同生效前已有残疾的康复、治疗；

(七) 修复、安装及购买残疾用具（如轮椅、假肢、助听器、假眼、假牙等）；

(八) 被保险人因意外伤害或医疗事故（见释义）接受门急诊治疗；

(九) 被保险人感染艾滋病病毒（HIV阳性）或患艾滋病（AIDS）（见释义）；

(十) 被保险人遗传性疾病（见释义）、先天性疾病（见释义）或缺陷、先天性畸形、变形或染色体异常（见释义）；

(十一) 被保险人患精神性疾病（依据世界卫生组织《疾病和有关健康问题的国际统计分类》第十次修订版（ICD-10）分类为精神和行为障碍的疾病）；

(十二) 被保险人接受住院治疗或家庭病床（见释义）的治疗。

保险金额、免赔额与赔付比例

第六条 每日门急诊医疗费用保险金额是保险人承担每日门急诊医疗费用保险金给付责任的最高限额，年度门急诊医疗费用保险金额是保险人在保险期间内累计承担保险金给付责任的最高限额。

本附加险合同的每日门急诊医疗费用保险金额和年度门急诊医疗费用保险金额由投保人、保险人双方约定，并在保险单中载明。

第七条 本附加险合同的每日门急诊医疗费用免赔额、门急诊医疗费用赔付比例由投保人、保险人双方约定，并在保险单中载明。

保险期间和非保证续保

第八条 本产品保险期间最长不超过一年，以保险单载明的起讫时间为准。本保险合同为非保证续保合同。保险期间届满，投保人需要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。

保险金的申请与给付

第九条 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) 保险金给付申请书；

(二) 保险单或其他保险凭证；

(三) 保险金申请人的身份证明；

(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、门急诊病历、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。保险金申请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。

释义

【等待期】指自保险合同生效之日起计算的一段时间，具体天数由保险人和投保人在投保时约定并在保险单载明，最长不超过180天。等待期内确诊的疾病，无论等待期内治疗还是等待期外治疗，保险人均不承担给付保险金责任。除另有约定外，等待期为90日（含）。

【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。

【既往症】指在本合同生效日之前被保险人已患且已确诊的疾病。通常有以下情况：

1. 本保险合同生效前，医生已有明确诊断，长期治疗未间断；

2. 本保险合同生效前，医生已有明确诊断，治疗后症状未完全消失，有间断用药情况；

3. 本保险合同生效前，医生已有明确诊断，但未予治疗。

【并发症】指疾病在发展过程中偶然引起的另一种疾病或症状，且新引起的疾病或症状非医务人员的过失所致。

【医疗事故】指医院或指定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及常规，过失造成患者人身损害的事故。

【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。

【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（WHO, World Health Organization）《疾病和有关健康问题的国际统计分类》第十次修订版（ICD-10）确定。

【家庭病床】指被保险人因疾病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，让其他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。

本附加险合同未解释的术语，均以主险合同条款中的释义为准。