

阳光财产保险股份有限公司
附加个人住院津贴保险（互联网专属）条款
（注册号：C00009331922021122840513）

总则

第一条 在投保阳光财产保险股份有限公司意外伤害类（互联网专属）保险、健康类（互联网专属）保险（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，均采用书面形式。

第二条 本附加险合同的被保险人为主险合同的被保险人。

第三条 本附加险合同的投保人与主险合同一致。

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 本附加险合同的保险责任分为基本部分和可选部分。基本部分包含个人意外伤害住院津贴保险金给付与个人疾病住院津贴保险金给付，投保人可选择其中一项或者两项投保，可选部分为个人特定疾病住院津贴保险金，可选部分是在投保人已选择投保基本部分中个人疾病住院津贴保险金给付的前提下可以选择投保的部分，若可选部分未在保险单中载明或批注，可选部分不产生任何效力。

一、基本部分

（一）个人意外伤害住院津贴保险金给付

在本附加险合同保险期间内，被保险人遭受主险合同保险责任范围内的**意外伤害**事故，并以该次意外伤害事故为直接原因导致伤害，需到医院接受**住院治疗**的，**保险人**按如下规则计算并给付个人意外伤害住院津贴保险金。

个人意外伤害住院津贴保险金 = （个人意外伤害每次住院合理天数 - 个人意外伤害每次住院免赔天数） × 个人意外伤害住院津贴日给付金额。

（二）个人疾病住院津贴保险金给付

在本附加险合同保险期间内，被保险人自本附加险合同生效之日起 30 日（不含）后患非因意外伤害事故导致的疾病到医院接受**住院治疗的**，**保险人**按如下规则计算并给付个人疾病住院津贴保险金。

个人疾病住院津贴保险金 = （个人疾病每次住院合理天数 - 个人疾病每次住院免赔天数） × 个人疾病住院津贴日给付金额。

被保险人在本附加险合同生效之日起 30 日内患疾病并由此而导致住院治疗的，保险人不承担给付保险金的责任。

二、可选部分

个人特定疾病住院津贴保险金给付

在本附加险合同保险期间内，被保险人自本附加险合同生效之日起 30 日后因自出生以来初次确诊罹患本附加险合同约定的**特定疾病**到医院接受住院治疗的，保险人按如下规则计算并给付特定疾病住院津贴保险金。

特定疾病住院津贴保险金 = (特定疾病每次住院合理天数 - 特定疾病每次住院免赔天数) × 特定疾病住院津贴日给付金额

第六条 本附加险合同中基本部分和可选部分中的每次住院免赔天数、住院津贴日给付金额由投保人和保险人在签订本附加险合同时协商确定，在保险单中载明，一经确定，在本附加险合同保险期间内不得变更。

在本附加险合同保险期间内，对于被保险人的每次住院，保险人给付住院津贴的累计日数以 90 日为限。

若至本附加险合同保险期间届满日，被保险人仍未结束本次住院治疗的，保险人继续给付住院津贴，但最长延续至本附加险保险期间届满日后第 30 日，且保险人对该次住院累计给付住院津贴的日数不超过 90 日。

在本附加险合同保险期间内，无论被保险人一次或多次住院，保险人在本附加险合同基本部分或可选部分项下分别累计给付住院津贴的日数以保险单中载明的基本部分或可选部分累计给付最高天数为限，但最长不超过 180 日。

责任免除

第七条 下列原因导致被保险人住院治疗的，保险人不承担保险金给付责任：

- (一) 投保人的故意行为；
- (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；或被保险人在本附加险合同生效前已经存在且未治愈的疾病、受伤；或对被保险人在本附加险合同生效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）；
- (五) 被保险人患精神类疾病如精神分裂症、抑郁症、厌食症、失眠症等或因患精神类疾病发作导致的伤害；
- (六) 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；
- (七) 被保险人药物过敏、椎间盘突出（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）；
- (八) 被保险人进行一般健康检查、疗养、整形手术、牙齿治疗、屈光不正治疗、心理咨询、器官移植；
- (九) 被保险人因任何医疗行为导致的医疗事故；
- (十) 被保险人挂床、不属于本附加险合同住院定义的行为或在非本附加险合同定义的医院住院。

第八条 主险合同中列明的“责任免除”事项，未列入本附加险保险责任的，也适用于本附加险。

保险金额和保险费

第九条 保险金额是保险人承担给付保险金责任的最高限额。

本附加险合同的保险金额包括基本部分保险金额和可选部分保险金额，其中：

基本部分保险金额=基本部分日给付金额×基本部分累计给付最高天数

可选部分保险金额=可选部分日给付金额×可选部分累计给付最高天数

投保人应该按照合同约定向保险人支付保险费。

保险期间

第十条 本附加险合同的保险期间与主险合同的保险期间一致，最长不超过 1 年。

投保人、被保险人义务

第十一条 投保人应当在本附加险合同成立时一次性支付全部保险费。投保人未按约定支付全部保险费的，本附加险合同不生效。

保险金申请与给付

第十二条 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。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、委托人和受托人的有效身份证件等相关证明文件。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) 保险金给付申请书；
- (二) 保险单原件或其他保险凭证原件；
- (三) 保险金申请人的有效身份证件；
- (四) 符合本合同定义的医院出具的出院证明或住院天数证明、诊断证明、住院病历；
- (五) 因特定疾病住院的，还需提供符合本合同定义的医院出具的附有病理显微镜检查、血液检验及其它科学方法检验报告的疾病诊断证明书；
- (六) 保险金申请人所能提供的其他与确认保险事故的性质、原因等有关的证明和资料。

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的原因致使身体受到的伤害。

2. 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符合本合同定义的医院视为自动离开医院，保险人仅对该日以前的实际住院日数按照本附加险合同约定给付住院津贴。

3. 每次住院合理天数：

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。

住院合理天数：指被保险人因意外伤害或疾病入住医院住院部病房进行治疗，并正式办理入出院手续，一日 24 小时住在医院的实际天数，不包括挂床等不合理住院天数。

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。

4. **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。

5. **特定疾病：**指被保险人自出生以来初次确诊罹患下列疾病：

5.1 恶性肿瘤——重度

指恶性细胞不受控制的进行性增长和扩散，浸润和破坏周围正常组织，可以经血管、淋巴管和体腔扩散转移到身体其他部位，病灶经组织病理学检查（涵盖骨髓病理学检查）结果明确诊断，临床诊断属于世界卫生组织（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）的恶性肿瘤类别及《国际疾病分类肿瘤学专辑》第三版（ICD-O-3）的肿瘤形态学编码属于 3、6、9（恶性肿瘤）范畴的疾病。

下列疾病不属于“恶性肿瘤——重度”，不在保障范围内：

（1）ICD-O-3 肿瘤形态学编码属于 0（良性肿瘤）、1（动态未定性肿瘤）、2（原位癌和非侵袭性癌）范畴的疾病，如：

a. 原位癌，癌前病变，非浸润性癌，非侵袭性癌，肿瘤细胞未侵犯基底层，上皮内瘤变，细胞不典型性增生等；

b. 交界性肿瘤，交界恶性肿瘤，肿瘤低度恶性潜能，潜在低度恶性肿瘤等；

（2）TNM 分期为 I 期或更轻分期的甲状腺癌；

（3）TNM 分期为 T₁N₀M₀ 期或更轻分期的前列腺癌；

（4）黑色素瘤以外的未发生淋巴结和远处转移的皮肤恶性肿瘤；

（5）相当于 Binet 分期方案 A 期程度的慢性淋巴细胞白血病；

（6）相当于 Ann Arbor 分期方案 I 期程度的何杰金氏病；

（7）未发生淋巴结和远处转移且 WHO 分级为 G1 级别（核分裂像 < 10/50 HPF 和 ki-67 ≤ 2%）或更轻分级的神经内分泌肿瘤。

5.2 较重急性心肌梗塞

急性心肌梗死指由于冠状动脉闭塞或梗阻引起部分心肌严重的持久性缺血造成急性心肌坏死。急性心肌梗死的诊断必须依据国际国内诊断标准，符合（1）检测到肌酸激酶同工酶（CK-MB）或肌钙蛋白（cTn）升高和/或降低的动态变化，至少一次达到或超过心肌梗死的临床诊断标准；（2）同时存在下列之一的证据，包括：缺血性胸痛症状、新发生的缺血性心电图改变、新生成的病理性Q波、影像学证据显示有新出现的心肌活性丧失或新出现局部室壁运动异常、冠脉造影证实存在冠状动脉血栓。

较重急性心肌梗死指依照上述标准被明确诊断为急性心肌梗死，并且必须同时满足下列至少一项条件：

（1）心肌损伤标志物肌钙蛋白（cTn）升高，至少一次检测结果达到该检验正常参考值上限的15倍（含）以上；

（2）肌酸激酶同工酶（CK-MB）升高，至少一次检测结果达到该检验正常参考值上限的2倍（含）以上；

（3）出现左心室收缩功能下降，在确诊6周以后，检测左室射血分数（LVEF）低于50%（不含）；

（4）影像学检查证实存在新发的乳头肌功能失调或断裂引起的中度（含）以上的二尖瓣反流；

（5）影像学检查证实存在新出现的室壁瘤；

（6）出现室性心动过速、心室颤动或心源性休克。

其他非冠状动脉阻塞性疾病所引起的肌钙蛋白（cTn）升高不在保障范围内。

5.3 严重脑中风后遗症

指因脑血管的突发病变引起脑血管出血、栓塞或梗塞，须由头颅断层扫描（CT）、核磁共振检查（MRI）等影像学检查证实，并导致神经系统永久性的功能障碍。神经系统永久性的功能障碍，指疾病确诊180天后，仍遗留下列至少一种障碍：

（1）一肢（含）以上肢体肌力2级（含）以下；

（2）语言能力完全丧失，或严重咀嚼吞咽功能障碍；

（3）自主生活能力完全丧失，无法独立完成六项基本日常生活活动中的三项或三项以上。

5.4 重大器官移植术或造血干细胞移植术

重大器官移植术，指因相应器官功能衰竭，已经实施了肾脏、肝脏、心脏、肺脏或小肠的异体移植手术。

造血干细胞移植术，指因造血功能损害或造血系统恶性肿瘤，已经实施了造血干细胞（包括骨髓造血干细胞、外周血造血干细胞和脐血造血干细胞）的移植手术。

5.5 冠状动脉搭桥术（或称冠状动脉旁路移植术）

指为治疗严重的冠心病，已经实施了切开心包进行的冠状动脉血管旁路移植的手术。

所有未切开心包的冠状动脉介入治疗不在保障范围内。

5.6 严重慢性肾衰竭

指双肾功能慢性不可逆性衰竭，依据肾脏病预后质量倡议（K/DOQI）制定的指南，分期达到慢性肾脏病 5 期，且经诊断后已经进行了至少 90 天的规律性透析治疗。规律性透析是指每周进行血液透析或每天进行腹膜透析。

5.7 急性或亚急性重症肝炎

指因肝炎病毒感染引起肝脏组织弥漫性坏死，导致急性肝功能衰竭，且经血清学或病毒学检查证实，并须满足下列全部条件：

- （1）重度黄疸或黄疸迅速加重；
- （2）肝性脑病；
- （3）B 超或其它影像学检查显示肝脏体积急速萎缩；
- （4）肝功能指标进行性恶化。

5.8 严重非恶性颅内肿瘤

指起源于脑、脑神经、脑被膜的非恶性肿瘤，ICD-O-3 肿瘤形态学编码属于 0（良性肿瘤）、1（动态未定性肿瘤）范畴，并已经引起颅内压升高或神经系统功能损害，出现视乳头水肿或视觉受损、听觉受损、面部或肢体瘫痪、癫痫等，须由头颅断层扫描（CT）、核磁共振检查（MRI）或正电子发射断层扫描（PET）等影像学检查证实，且须满足下列至少一项条件：

- （1）已经实施了开颅进行的颅内肿瘤完全或部分切除手术；
- （2）已经实施了针对颅内肿瘤的放射治疗，如 γ 刀、质子重离子治疗等。

下列疾病不在保障范围内：

- （1）脑垂体瘤；
- （2）脑囊肿；
- （3）颅内血管性疾病（如脑动脉瘤、脑动静脉畸形、海绵状血管瘤、毛细血管扩张症等）。

5.9 严重慢性肝衰竭

指因慢性肝脏疾病导致的肝衰竭，且须满足下列全部条件：

- （1）持续性黄疸；
- （2）腹水；
- （3）肝性脑病；
- （4）充血性脾肿大伴脾功能亢进或食管胃底静脉曲张。

因酗酒或药物滥用导致的肝衰竭不在保障范围内。

5.10 双目失明

指因疾病或意外伤害导致双眼视力永久不可逆性丧失，双眼中较好眼须满足下列至少一项条件：

- (1) 眼球缺失或摘除；
- (2) 矫正视力低于 0.02（采用国际标准视力表，如果使用其它视力表应进行换算）；
- (3) 视野半径小于 5 度。

被保险人申请理赔时必须提供理赔当时的视力丧失诊断及检查证据，且年龄必须在一周岁以上。

5.11 瘫痪

指因疾病或意外伤害导致两肢或两肢以上肢体随意运动功能永久完全丧失。肢体随意运动功能永久完全丧失，指疾病确诊 180 天后或意外伤害发生 180 天后，每肢三大关节中的两大关节仍然完全僵硬，或肢体肌力在 2 级（含）以下。

5.12 心脏瓣膜手术

指为治疗心脏瓣膜疾病，已经实施了切开心脏进行的心脏瓣膜置换或修复的手术。

所有未切开心脏的心脏瓣膜介入手术不在保障范围内。

5.13 严重阿尔茨海默病

指因大脑进行性、不可逆性改变导致智能严重衰退或丧失，临床表现为严重的认知功能障碍、精神行为异常和社交能力减退等，其日常生活必须持续受到他人监护。须由头颅断层扫描（CT）、核磁共振检查（MRI）或正电子发射断层扫描（PET）等影像学检查证实，并经相关专科医生确诊，且须满足下列至少一项条件：

- (1) 由具有评估资格的专科医生根据临床痴呆评定量表（CDR, Clinical Dementia Rating）评估结果为 3 分；
- (2) 自主生活能力完全丧失，无法独立完成六项基本日常生活活动中的三项或三项以上。

阿尔茨海默病之外的其他类型痴呆不在保障范围内。

5.14 严重脑损伤

指因头部遭受机械性外力，引起脑重要部位损伤，导致神经系统永久性的功能障碍。须由头颅断层扫描（CT）、核磁共振检查（MRI）或正电子发射断层扫描（PET）等影像学检查证实。神经系统永久性的功能障碍，指脑损伤 180 天后，仍遗留下列至少一种障碍：

- (1) 一肢（含）以上肢体肌力 2 级（含）以下；
- (2) 语言能力完全丧失，或严重咀嚼吞咽功能障碍；
- (3) 自主生活能力完全丧失，无法独立完成六项基本日常生活活动中的三项或三项以上。

5.15 严重原发性帕金森病

是一种中枢神经系统的退行性疾病，临床表现为运动迟缓、静止性震颤或肌强直等，经相关专科医生确诊，且须满足自主生活能力完全丧失，无法独立完成六项基本日常生活活动中的三项或三项以上。

继发性帕金森综合征、帕金森叠加综合征不在保障范围内。

5.16 严重Ⅲ度烧伤

指烧伤程度为Ⅲ度，且Ⅲ度烧伤的面积达到全身体表面积的 20%或 20%以上。体表面积根据《中国新九分法》计算。

5.17 严重运动神经元病

是一组中枢神经系统运动神经元的进行性变性疾病，包括进行性脊肌萎缩症、进行性延髓麻痹症、原发性侧索硬化症、肌萎缩性侧索硬化症，经相关专科医生确诊，且须满足下列至少一项条件：

- (1) 严重咀嚼吞咽功能障碍；
- (2) 呼吸肌麻痹导致严重呼吸困难，且已经持续使用呼吸机 7 天（含）以上；
- (3) 自主生活能力完全丧失，无法独立完成六项基本日常生活活动中的三项或三项以上。

5.18 重型再生障碍性贫血

指因骨髓造血功能慢性持续性衰竭导致的贫血、中性粒细胞减少及血小板减少，且须满足下列全部条件：

(1) 骨髓穿刺检查或骨髓活检结果支持诊断：骨髓细胞增生程度<正常的 25%；如≥正常的 25%但<50%，则残存的造血细胞应<30%；

(2) 外周血象须具备以下三项条件中的两项：

- ①中性粒细胞绝对值< $0.5 \times 10^9/L$ ；
- ②网织红细胞计数< $20 \times 10^9/L$ ；
- ③血小板绝对值< $20 \times 10^9/L$ 。

5.19 主动脉手术

指为治疗主动脉疾病或主动脉创伤，已经实施了开胸（含胸腔镜下）或开腹（含腹腔镜下）进行的切除、置换、修补病损主动脉血管、主动脉创伤后修复的手术。主动脉指升主动脉、主动脉弓和降主动脉（含胸主动脉和腹主动脉），不包括升主动脉、主动脉弓和降主动脉的分支血管。

所有未实施开胸或开腹的动脉内介入治疗不在保障范围内。

5.20 脊髓灰质炎后遗症

脊髓灰质炎是由于脊髓灰质炎病毒感染所致的瘫痪性疾病，临床表现为运动功能损害或呼吸无力。脊髓灰质炎必须明确诊断。**本合同仅对脊髓灰质炎造成的神经系统功能损害导致被保险人一肢或一肢以上肢体机能永久完全丧失的情况予以理赔。**肢体机能永久完全丧失，指疾病确诊 180 天后，每肢三大关节中的两大关节仍然完全僵硬，或不能随意识活动。

6. 肢：指人体的四肢，即左上肢、右上肢、左下肢和右下肢。

7. 医院：

(1) 境外（包括港、澳、台地区）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：指中华人民共和国卫生部门审核认定的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住院治疗。急救不受此限制，但在急救情况稳定后，须转入符合本定义的医院进行住院治疗。

8. 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》第十次修订版（ICD10）确定。

9. 既往症：指在本附加险合同生效之前罹患的被保险人已知或应该知道的疾病。通常有以下情况：

- (1) 本附加险合同生效前，医生已有明确诊断，但未接受任何治疗；
- (2) 本附加险合同生效前，医生已有明确诊断，长期治疗未间断；
- (3) 本附加险合同生效前，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；
- (4) 本附加险合同生效前，医生已有明确诊断且已治愈的；
- (5) 本附加险合同生效前发生，未经医生诊断和治疗，但症状或体征明显，以普通人医学常识应当知晓。

10. 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。

11. 保险金申请人：指被保险人本人、受益人或依法享有保险金请求权的其他自然人。

12. 最低现金价值：

最低现金价值=净保险费×(1-m/n)，其中，m 为本附加险合同已生效天数，n 为保险期间的天数，经过日期不足一日的按一日计算。

净保险费指投保人所支付的保险费扣除每个保险合同平均承担的保险人的各项费用（含营业费用、代理费、各项税金、保险保障基金等）后的余额，**扣除部分占所交保险费的比例在保险单中约定。**