

中国平安财产保险股份有限公司

平安（广西）学生意外伤害保险附加住院医疗费用补偿保险条款

注册号：C00001732522019062014442

总则

第一条 本附加险合同附加于平安（广西）学生意外伤害保险合同（以下简称“主保险合同”）。主保险合同所附条款、投保单、保险单、保险凭证以及批单等，凡与本附加保险合同相关者，均为本附加保险合同的构成部分。凡涉及本附加保险合同的约定，均应采用书面形式。

若主保险合同与本附加保险合同的条款互有冲突，则以本附加保险合同的条款为准。本附加保险合同未尽事宜，以主保险合同的条款规定为准。主保险合同效力终止，本附加保险合同效力亦同时终止；主保险合同无效，本附加险合同亦无效。

第二条 本附加险合同的投保人、被保险人与主险合同相同。

第三条 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。

保险责任

第四条 保险期间内，被保险人因遭受意外伤害或者自本保险合同生效之日起三十日（续保不受三十日规定的限制）后因疾病，在符合本保险合同释义的医院（以下简称“释义医院”）住院诊疗的，对于所支出的、符合社会基本医疗保险支付范围的费用，保险人按照以下标准赔付：

（一）保险人按照被保险人实际发生且符合前款规定的医疗费用扣除社会基本医疗保险赔偿金额或者免赔额后的剩余金额，按本附加险合同约定的赔付比例给付医疗保险金；

（二）被保险人从其他商业医疗保险保障计划或其他任何途径获得补偿的，保险人应按照被保险人实际发生且符合前款规定的的全部医疗费用扣除其他途径获得的补偿金额后的剩余金额进行赔偿，赔偿最高限额不超过第（一）条规定的赔偿金额。

针对以下两种情况，投保人和保险人分别约定每次住院医疗保险金免赔额和赔付比例，并在保险单上载明：

（一）被保险人已参加社会基本医疗保险，且在申请理赔时已从社会基本医疗保险获得针对该次医疗费用的补偿或赔偿；

（二）被保险人在申请理赔时未参加社会基本医疗保险，或被保险人已参加社会基本医疗保险，但未从社会基本医疗保险获得针对该次医疗费用的补偿或赔偿。

被保险人因疾病或意外伤害而住院治疗，到保险期间届满仍未结束的，保险人继续承担上述保险责任，其中疾病住院治疗最长可至保险期间届满之日起第三十日止，意外伤害住院治疗最长可至意外伤害发生之日起第一百八十日止。

保险人按照本款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，一次或累计给付的保险金达到住院医疗保险金额时，保险人对被保险人的本附加险合同保险责任终止。

责任免除

第五条 被保险人发生的下列医疗费用，保险人不承担保险责任：

- (一) 因主保险合同责任免除条款所列情形产生的医疗费用；
- (二) 被保险人对首次投保前已患未治愈疾病（详见释义）的治疗；
- (三) 被保险人对本附加险合同生效前已遭受的意外伤害或已有伤残的治疗（除另有约定外）；
- (四) 被保险人非因意外伤害导致的牙齿修复费用；
- (五) 被保险人先天性畸形、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）以及上述疾病的并发症；
- (六) 被保险人体检、疗养、心理咨询或康复治疗的费用；
- (七) 被保险人的视力矫正手术或者变性手术。

保险金额、免赔额（率）和保险费

第六条 保险金额是保险人承担给付保险金责任的最高限额。本保险合同的保险金额由投保人、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。

第七条 保险人和投保人可以在本附加险合同项下约定免赔额（率）等限制条件，并于保险合同中载明。

第八条 投保人应该按照本保险合同的约定向保险人缴纳保险费。保险费的交付方式、交付日期与主险合同相同。

保险期间

第九条 本附加险合同保险期间与主险合同一致，除另有约定外，本附加险合同保险期间最长为一年，以保险单载明的起讫时间为准。

赔偿处理

第十条 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。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) 保险金给付申请书。
- (二) 被保险人身份证明。
- (三) 释义医院出具的医疗费用原始结算凭证及明细清单/账、诊断证明、病历、出院小结等。

如被保险人以已参加社会基本医疗保险，且已从社会基本医疗保险获得针对该次医疗费用的补偿或赔偿的情况进行理赔申请，被保险人可不提供医疗费用结算凭证原件，但应提供医疗费用结算凭证复印件、社会基本医疗保险机构或单位出具的住院费用结算及补偿证明，并加盖相应机构或者单位公章。被保险人未能提供社会基本医疗保险的补偿证明，保险人均视同被保险未参加社会基本医疗的情况给付保险金。

如被保险人已从其他商业保险计划或其他途径获得补偿的导致无法提供结算凭证原件

的，需提供医疗费用结算凭证复印件、相应机构或单位出具的住院费用结算及补偿证明，并加盖相应机构或者单位公章。

转院治疗者需提供转出医院的转院证明。

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

（五）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 保险事故发生后，被保险人需要住院的，应在释义医院住院治疗，若因急诊未在释义医院住院的，应在三日内通知保险人，并根据病情及时转入释义医院。若确需转入非释义医院住院的，应向保险人提出书面申请，保险人在接到申请后三日内给予答复，对于保险人同意在非释义医院住院的，对该期间发生的医疗费用按本保险合同规定给付住院医疗保险金。

其他事项

第十二条 发生下列情况之一者，本附加保险合同即行终止：

- （一）主保险合同终止；
- （二）投保人解除本附加保险合同。

投保人不得要求单独解除本附加险合同。若投保人解除主险合同，本附加险合同一并解除，合同解除后，保险人参照主险合同有关规定退还本附加险合同的未到期净保险费。

释义

第十三条

【社会基本医疗保险】指《中华人民共和国社会保险法》规定的基本医疗保障项目。参加机关事业单位子女医疗统筹视同参加社会基本医疗保险。

【社会基本医疗保险支付范围】指符合社会基本医疗保险的药品目录、诊疗项目、医疗服务设施标准以及急诊、抢救的医疗费用。

【住院】指被保险人因意外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，不包括入住门诊观察室、家庭病床、其他挂床住院及不合理的住院。

【续保】投保人在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，视为续保。投保人在合同终止之日起三十日后提出继续投保申请的，为新投保。

【首次投保】投保人首次投保学生平安保险或者因在保险合同终止之日起三十日后才提出继续投保申请导致视为新投保的。

【已患未治愈疾病】首次投保前已确诊或对该疾病采取过治疗措施但未能消除该疾病的，属已患未治愈疾病。被保险人首次投保前如只有相关症状但未确诊的，在首次投保后才确诊的疾病，则不属于已患未治愈疾病的范畴。

【医院】指保险人与投保人约定的定点医院，未约定定点医院的，则指经中华人民共和国卫生部门评审确定的二级或二级以上的公立医院，但不包括主要作为诊所、康复、护理、休养、静养、戒酒、戒毒等或类似的医疗机构。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，且全天二十四小时有合格医师及护士驻院提供医疗及护理服务。

【其他途径】指互助基金、保险公司、工作单位或对其承担民事责任的第三人。

【未到期净保费】未到期净保费=保险费×[1-(保险单已经过天数/保险期间天数)]×(1-20%)。经过天数不足一天的按一天计算。

其他释义与主保险合同一致。