

永安财产保险股份有限公司 附加学生住院医疗保险条款（2014 版）

总则

第一条 本附加险是学生平安保险（以下简称“主险”）的附加保险，只有在投保了相应主险的基础上，方可投保下列附加险，并须另行缴纳附加险保险费。当主险保险责任终止时，附加险的保险责任也同时终止。

附加险条款与主险条款相抵触时以附加险条款为准，附加险未尽之处以主险条款为准。

第二条 除另有约定外，医疗保险金的受益人为被保险人本人。

第三条 医疗费用损失补偿原则

本保险中的医疗费用保险属于费用补偿型保险，即被保险人通过任何途径（包括本合同）所获得的医疗费用补偿金额的总和以被保险人实际支出的、符合本保险单签发地社会医疗保险主管部门规定可报销的、直接用于治疗的、合理且必要的医疗费用为限。

保险责任

第四条 在保险期间内，被保险人因遭受主险合同保险责任范围内的意外伤害事故或在本附加险约定的等待期（等待期最低 30 天，本附加险另有约定或续保的，不受等待期的限制）后初次罹患疾病，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）医院或保险人认可的其他医疗机构住院治疗，对被保险人每次保险事故所支出的必要的、合理的、符合当地社会医疗保险主管部门规定可报销的住院医疗费用，保险人按照下列规定承担保险责任：

（一）对于参加当地社会医疗保险的被保险人，保险人在扣除免赔额及当地社会医疗保险或其他途径已经补偿或给付部分后，按约定的比例给付住院医疗保险金；

（二）对于未参加当地社会医疗保险的被保险人，保险人在扣除免赔额及其他途径已经补偿或给付部分后，按约定的比例给付住院医疗保险金。

等待期、免赔额及给付比例，由投保人与保险人协商确定并在保险单上载明。

保险期间届满被保险人治疗仍未结束的，保险人承担给付保险金责任的期限，除另有约定外，自保险期间届满次日起，至被保险人出院之日或 90 日止（以先发生者为准）。

保险人所负给付保险金的责任以保险金额为限，对被保险人一次或者累计给付保险金达

到其保险金额时，保险责任终止。

责任免除

第五条 主险合同中列明的责任免除事项。

第六条 因下列原因造成被保险人医疗费用支出的，保险人不承担保险责任：

（一）被保险人所患先天性疾病、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）；

（二）艾滋病或感染艾滋病病毒，精神和行为障碍（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）；

（三）未告知的既往症及保险单中特别约定的除外疾病；

（四）等待期内患病（另有约定或续保的，不在此限）。

第七条 被保险人支出的下列费用，保险人不承担保险责任：

（一）用于矫形、整容、美容、心理咨询、器官移植，或修复、安装及购买残疾用具（如轮椅、假肢、助听器、假眼、配镜等）的费用；

（二）被保险人的营养费、康复费、整容费、护理费、交通费、伙食费、误工费、丧葬费；

（三）被保险人的休养、疗养、身体检查、牙科保健或健康护理等非治疗性行为产生的费用；

（四）不孕不育治疗、人工受精、怀孕、分娩（含难产）、流产、堕胎、节育（含绝育）、产前产后检查以及由以上原因引起的并发症产生的费用；

（五）其他本保险单签发地社会医疗保险（含公费医疗）管理部门规定的自费项目和药品费用。

保险金申请与给付

第八条 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）保险金理赔申请书；

（二）保险单原件；

(三) 被保险人身份证明;

(四) 二级以上(含二级)医院或保险人认可的其他医院出具的医疗证明和医疗费用原始凭证: 包括出、入院证明或诊断证明原件, 转院证明原件(均需盖医院公章); 门诊或住院病历、出院小结; 病理、血液、X光等检验报告; 门诊费用发票原件、处方或用药清单, 住院治疗的须住院费用发票原件、费用明细清单。如索赔已在其它单位报销后的剩余部分医疗费, 可提供医疗发票复印件, 由医疗发票原件留存单位在复印件上注明“与原件相符”字样并盖章, 且出具已报销医疗费用分割单;

(五) 公安等部门出具的意外伤害事故证明;

(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。

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、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。

3、不可抗力: 指不能预见、不能避免并不能克服的客观情况。

4、续保: 是指投保人在保险期间届满前的十日内, 以相同的被保险人提出继续投保与上一保单年度相同保险一年的书面申请, 经保险人审核同意, 并由投保人于保险期间届满前交付保险人规定的保险费后, 本附加合同于保险期间届满的次日起延续有效一年。续保时保险人有重新调整保险费的权利。

5、医院: 指中华人民共和国境内经卫生行政部门批准的有合法经营执照的县(区)级以上公立医院、二级(含)以上医院或保险人指定医院。但不包括主要作为门诊、康复、护理、疗养、戒酒、戒毒或相类似的医疗机构及民营医院、私人诊所、家庭病床等。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。

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，不包括家庭病床或其他非正式病房、挂床住院或入住门诊观察室。

被保险人因同一疾病或意外伤害，必须接受住院治疗两次以上时，若每次出院日期与再入院日期间隔未超过九十日的，视为一次住院。

7、既往症：指被保险人在本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。

8、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。

9、先天性疾病：指被保险人一出生时就具有的疾病（病症或体征）。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不正常，导致婴儿出生时有关器官、系统在形态或功能上呈现异常。

10、医疗费用：除本合同另有约定外，指治疗疾病或损伤而发生的符合本保险单签发地社会基本医疗保险管理规定可报销的、合理且必要的费用，包括药费、治疗费、手术费、检查检验费、床位费等。