

长江财产保险股份有限公司 学生、幼儿平安保险附加医保外 住院医疗保险条款

总则

第一条 本附加保险合同须附加于学生、幼儿平安保险合同（以下简称“主险合同”）。主险合同所附保险条款、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。

主险合同与本附加保险合同相抵触的，以本附加保险合同为准；本附加保险合同未约定事项，以主险合同为准。主险合同效力终止的，本附加保险合同效力亦同时终止；主险合同无效，本附加保险合同亦无效。

第二条 除另有约定外，本附加保险合同保险金的受益人为被保险人本人。

保险责任

第三条 在保险期间内，被保险人自本附加保险合同生效之日起因遭受意外伤害事故或经过本附加保险合同约定的等待期后因罹患疾病，并在本附加保险合同约定的医疗机构接受住院治疗的，对于住院期间发生的超出当地基本医疗保险规定的合理且必要的住院医疗费用（药品目录、诊疗项目目录及服务设施范围和支付标准，但为正常医疗救治所必需的医疗费用），保险人在扣除约定的免赔额后，依照约

定的给付比例在医保目录外住院医疗保险金额内扩展承担医保目录外费用。

在每一保单年度内，因意外伤害或经过本附加保险合同约定的等待期后因罹患疾病住院的最高给付日数为 180 日，累计医保目录外住院天数超过 180 日发生的医疗费用，不属于保险责任范围。

经过等待期后在本附加保险合同到期日前发生的并延续至本附加保险合同到期日后 90 日内（含第 90 日）的住院治疗，对此期间发生的超出当地基本医疗保险规定的合理且必要的住院医疗费用，保险人仍将按照本附加保险合同的约定在医保目录外住院医疗保险金额内给付住院医疗保险金。

保险人在本项下累计给付金额以本附加保险合同约定的医保目录外住院医疗保险金的保险金额为限，一次或累计赔偿的金额达到本项医保目录外住院医疗保险金额时，保险人对于被保险人在医保目录外住院医疗保险金项下的保险责任终止。

第四条 本附加保险适用医疗费用补偿原则。若保险事故发生时，被保险人通过任何途径所获得的医疗费用补偿金额总和以其实际支出的医疗费用金额为限。被保险人已经从其它途径（包括但不限于社会医疗保险、公费医疗、工作单位、保险人在内的任何商业保险机构）获得相关医疗费用补偿的，对被保险人所支出的合理且必要的各项医疗费用，保险人在扣除前述已经补偿的费用后，按照本附加保险合同约定对剩余部分承担保险责任。被保险人不得就已经补偿的费

用再次向保险人申请保险金。

针对被保险人以有社保身份投保并且使用社保结算、或以有社保身份投保但未使用社保结算、或以无社保身份投保的，投保人和保险人可分别约定免赔额和给付比例，并在保险单中载明。

责任免除

第五条 主保险合同约定的责任免除同样适用本附加保险，但主保险合同约定的保险人不承担自费项目和药品费用的除外。

第六条 虽然有医生处方，但不是自开具该处方的医生所执业的医疗机构购买的（以药品费票据为准）药品费用。

保险金额、免赔额和给付比例

第七条 保险金额是保险人承担给付保险金责任的最高限额。本附加保险合同的保险金额由投保人、保险人协商确定，并在保险单中载明。

第八条 本附加保险合同的免赔额、给付比例由投保人和保险人在投保时约定，并在保险单中载明。

保险期间和不保证续保

第九条 本附加保险合同的保险期间由保险人和投保人协商确定，具体以保险单载明的起讫时间为准，最长不得超过一年。

第十条 本附加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公司申请投保本产品，并经保险人同意，交纳保险费，获得新的保险合同。

释义

意外伤害：指以外来的、突发的、非本意的、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。以下情形属于疾病范畴，非本条款所指意外伤害：

1. 猝死：指由潜在疾病、身体机能障碍或其他非外来性原因所导致的、在出现急性症状后发生的突然死亡，以医院的诊断或公安、司法机关的鉴定为准；

2. 过敏及由过敏引发的变态反应性疾病；

3. 高原反应；

4. 中暑；

5. 细菌、病毒或其他病原体导致的感染性疾病。

医疗机构：指中华人民共和国境内（港、澳、台地区除外）经中国卫生部门评审确定的二级或二级以上公立医院普通部，但前述医院并不包括观察室、特需医疗、国际医疗、联合病房、联合医院、康复病房和干部病房。

也不包括以下或类似医疗机构：

1. 精神病院，精神心理治疗中心；

2. 老人院、疗养院、戒毒中心或戒酒中心；

3. 健康中心或天然治疗所、疗养或康复院。

住院：指被保险人因疾病或意外伤害而入住保险合同约定的医疗机构的正式病房进行治疗，并正式办理入出院手续，但不包括入住门诊观察室、家庭病床、挂床住院或其他不合理的住院。

挂床住院指办理正式住院手续的被保险人，在住院期间

每日非 24 小时在床、在院。具体表现包括在住院期间连续若干日无任何治疗，只发生护理费、诊疗费、床位费等情况。

合理且必要：指符合以下两个条件

1. 符合通常惯例：指与接受医疗服务所在地通行治疗规范、通行治疗方法、平均医疗费用价格水平一致的费用。

是否符合通常惯例由保险人根据客观、审慎、合理的原则进行审核；如果被保险人对审核结果有不同意见，可由双方认同的权威医学机构或者权威医学专家进行审核鉴定。

2. 医学必要：指被保险人接受治疗或服务、使用器械或服用药品符合以下条件：

(1) 医师处方要求且对治疗被保险人疾病或伤害合适且必需；

(2) 在范围、持续期、强度、护理上不超过为被保险人提供安全、恰当、合适的诊断或治疗所需的水平；

(3) 与接受治疗当地普遍接受的医疗专业实践标准一致；

(4) 非主要为了个人舒适或为了被保险人父母、家庭、医师或其他医疗提供方的方便；

(5) 非病人学术教育或职业培训的一部分或与之相关；

(6) 非试验性或研究性。

社会医疗保险：本附加保险合同所称的社会医疗保险包括城镇职工基本医疗保险、城镇居民基本医疗保险、新型农村合作医疗、医疗救助等政府举办的基本医疗保障项目。