

**中国平安财产保险股份有限公司**  
**平安产险学生住院医疗保险（互联网版）条款**

注册号：C00001732512021122944473

**总则**

**第一条** 本保险合同由保险条款、投保单、保险单、保险凭证以及批单等组成。凡涉及本保险合同的约定，均采用书面形式。

**第二条** 本保险合同的被保险人应为身体健康，能正常参加学习的各类大、中、小学及中等专业学校全日制在册学生。

**第三条** 本保险合同的投保人应为具有完全民事行为能力的被保险人本人、对被保险人有保险利益的其他人。

**第四条** 除另有约定外，本保险合同的住院医疗保险金的受益人为被保险人本人。

**第五条** 本保险合同仅限于互联网渠道销售。

**保险责任**

**第六条** 在保险期间内，被保险人因遭受意外伤害事故或自保险期间开始且保险单载明的等待期满之日后（续保者自续保生效后）因疾病在符合本保险合同释义的医院（以下简称“释义医院”）住院治疗，对于其实际发生的必须由被保险人自行承担的**按照当地基本医疗保险或其他公费医疗主管部门规定可报销的、必需且合理的床位费、手术费、药费等合理医疗费用**，保险人按照保险合同的约定给付保险金。

其中，投保人和保险人针对以下两种情况，分别约定免赔额和给付比例，并在保险单中载明：

1、被保险人以参加基本医疗保险（或其他费用补偿型医疗保险）身份投保，并以参加基本医疗保险（或其他费用补偿型医疗保险）身份接受治疗并结算的；或以及被保险人以未参加基本医疗保险（或其他费用补偿型医疗保险）身份投保的；则保险人根据本附加保险合同约定**扣除保险单载明的免赔额后按 100%**予以赔偿。

2、若被保险人以参加基本医疗保险（或其他费用补偿型医疗保险）身份投保，但未以参加基本医疗保险（或其他费用补偿型医疗保险）身份接受治疗并结算的，则保险人根据本附加保险合同约定**扣除保险单载明的免赔额后按 60%**予以赔偿。

被保险人因意外伤害或疾病住院治疗之期间，自入院日起至出院日止，但若因同一原因再次住院，且前次出院与下次住院间隔未超过三十天，视为同一次住院。被保险人不论一次或多次住院治疗，保险人均按上述规定分别给付保险金，**但累计给付金额以保险金额为限，当累计给付金额达到保险金额时，对被保险人的保险责任终止。**

对于在等待期后、本保险合同到期日前发生的且延续至本保险合同到期日后九十日内（若保险合同另有约定的，以保险单载明为准）的同一次住院治疗，对于必需且合理的住院医疗费用，保险人均按上述约定给付保险金，**但累计给付金额达到保险金额时，对被保险人的保险责任终止。**

**补偿原则**

第七条 本保险合同遵循医疗费用补偿原则。

本保险合同适用医疗费用补偿原则。若被保险人已从其他途径（包括基本医疗保险、公费医疗、工作单位、保险人在内的任何商业保险机构，以及依法承担侵权损害赔偿责任的第三人等）获得医疗费用补偿，则保险人仅对被保险人实际发生的医疗费用扣除其所获医疗费用补偿后的余额按本保险合同的约定进行赔付。基本医疗保险个人账户部分支出视为个人支付，不属于已获得的医疗费用补偿。

### 责任免除

第八条 因下列原因导致被保险人住院治疗的，保险人不承担给付保险金责任：

- （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）因被保险人挑衅或故意行为而导致的打斗、被袭击或被谋杀；
- （四）核爆炸、核辐射或核污染；
- （五）被保险人犯罪或拒捕；
- （六）被保险人从事高风险运动或参加职业或半职业体育运动；
- （七）既往症及并发症；
- （八）被保险人等待期内出现疾病、等待期内接受检查但在等待期后确诊的疾病；
- （九）遗传性疾病、先天性畸形、变形和染色体异常；
- （十）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之并发症；
- （十一）被保险人主动吸食或注射毒品。

第九条 被保险人在下列期间遭受伤害导致住院治疗的，保险人也不承担给付保险金责任：

- （一）被保险人发生住院医疗事故时，其所在国家或地区处于战争、军事行动、暴动或武装叛乱期间；
- （二）被保险人酒后驾车、无有效驾驶证驾驶或驾驶无有效行驶证的机动车期间；
- （三）被保险人患艾滋病（AIDS）或感染艾滋病病毒（HIV呈阳性）期间。

第十条 下列费用，保险人不承担给付保险金责任：

- （一）保险单签发地基本医疗保险或其他公费医疗管理部门规定的自费项目和自费药品费用；
- （二）因任何原因造成的椎间盘膨出和突出而造成被保险人支出的医疗费用；
- （三）营养费、康复费、辅助器具费、整容费、美容费、修复手术费、矫形费、视力矫正费、牙齿整形费、牙齿修复费、镶牙费、护理费、交通费、伙食费、误工费、丧葬费。

### 保险金额、免赔额与赔付比例

第十一条 保险金额是保险人承担给付保险金责任的最高限额。

本保险合同中的免赔额是指被保险人在保险期间内发生的、虽然属于本保险合同保险责任范围内的医疗费用，但依照本保险合同约定仍旧由被保险人自行承担，保险人不予赔付的金额。被保险人从其他途径已获得的医疗费用补偿可用于抵扣免赔额，但通过基本医疗保险、政府主办补充医疗、公费医疗获得的补偿，不可用于抵扣免赔额。

本保险合同的保险金额、免赔额、赔付比例由投保人、保险人双方约定，并在保险单中载明。

### 保险期间与续保

**第十二条** 本保险合同保险期间由保险人和投保人协商确定，并在保险单中载明，且最长不得超过一年。

**第十三条** 本保险产品遵循不保证续保条款：本产品保险期间不超过一年。保险期间届满，投保人需要重新向保险人申请投保本产品，经保险人同意，交纳保险费，获得新的保险合同。

若发生下列情形之一的，本合同不再接受续保：

- (一) 本产品统一停售；
- (二) 被保险人身故；
- (三) 投保人对于保险人就投保人或者被保险人的有关情况提出的询问未履行如实告知义务，足以影响保险人决定是否同意承保，保险人已经解除保险合同的；
- (四) 投保人未如实告知，被保险人不符合投保条件或存在欺诈情形的；

### 等待期

**第十四条** 本保险合同的等待期由投保人和保险人双方约定，并在保险单中载明，最长不得超过一百八十天；如未载明的，则默认为十天。

因意外伤害发生保险责任的，无等待期。

如为连续不间断续保的（同一被保险人连续在本保险人处投保本条款为基础的保险合同，保险期间衔接不中断），从第二期保险合同起的连续不间断续保保险合同不适用等待期。

若保险合同未连续不间断续保，则需重新适用等待期。

### 缴费方式与宽限期

**第十五条** 投保人可以选择一次性全额支付保险费，也可以根据合同约定分期支付保险费。

若投保人选择一次性支付保险费的，投保人应当在投保时一次性交清保险费。

若投保人选择分月支付保险费的，在交纳首月保险费后，投保人应当在每月保险费约定支付日交纳对应月份的保险费。

**第十六条** 若投保人分期支付保险费，在支付首期保险费后未按约定在应付之日交纳保险费，保险人允许投保人在催告之日起三十日（含第三十日）内补交保险费，如果被保险人在此三十日内发生保险事故，保险人仍按照合同约定给付保险金，但有权从给付的保险金中

扣除投保人欠缴的保险费。

若投保人在保险人催告之日起三十日（含第三十日）内未补交保险费，则本合同自当期保费的应付之日起终止，对于保险合同终止后发生的保险事故，保险人不承担保险责任。

### 保险人义务

**第十七条** 订立本保险合同时，采用保险人提供的格式条款的，保险人向投保人提供的投保单应当附格式条款，保险人应当向投保人说明本保险合同的内容。对保险合同中免除保险人责任的条款，保险人在订立合同时应当在投保单、保险单或者其他保险凭证上做出足以引起投保人注意的提示，并对该条款的内容以书面或者口头形式向投保人做出明确说明。未作提示或者明确说明的，该条款不产生效力。

**第十八条** 本保险合同成立后，保险人应当及时向投保人签发保险单或其他保险凭证。

**第十九条** 保险人按照本保险合同的约定，认为被保险人提供的有关索赔的证明和资料不完整的，应当及时一次性通知投保人、被保险人补充提供。

**第二十条** 保险人收到被保险人的给付保险金的请求后，应当及时作出是否属于保险责任的核定；情形复杂的，保险人将在确定是否属于保险责任的基本材料收集齐全后，尽快做出核定。

保险人应当将核定结果通知被保险人；对属于保险责任的，在与被保险人达成给付保险金的协议后十日内，履行给付保险金义务。保险合同对给付保险金的期限有约定的，保险人应当按照约定履行给付保险金的义务。保险人依照前款约定作出核定后，对不属于保险责任的，应当自作出核定之日起三日内向被保险人发出拒绝给付保险金通知书，并说明理由。

**第二十一条** 保险人自收到给付保险金的请求和有关证明、资料之日起六十日内，对其给付的数额不能确定的，应当根据已有证明和资料可以确定的数额先予支付；保险人最终确定给付的数额后，应当支付相应的差额。

### 投保人、被保险人义务

**第二十二条** 订立保险合同，保险人就被保险人的有关情况提出询问的，投保人应当如实告知。

投保人故意或者因重大过失未履行前款规定的义务，足以影响保险人决定是否同意承保或者提高保险费率的，保险人有权解除本保险合同。

前款规定的合同解除权，自保险人知道有解除事由之日起，超过三十日不行使而消灭。自合同成立之日起超过二年的，保险人不得解除合同；发生保险事故的，保险人应当承担给付保险金责任。

投保人故意不履行如实告知义务的，保险人对于合同解除前发生的保险事故，不承担给付保险金责任，并不退还保险费。

投保人因重大过失未履行如实告知义务，对保险事故的发生有严重影响的，保险人对于合同解除前发生的保险事故，不承担给付保险金责任，但应当退还保险费。

保险人在合同订立时已经知道投保人未如实告知的情况的，保险人不得解除合同；发生保险事故的，保险人应当承担给付保险金责任。

**第二十三条** 投保人住所或通讯地址变更时，应及时以书面形式通知保险人。投保人未通知的，保险人按本保险合同所载的最后住所或通讯地址发送的有关通知，均视为已发送给

投保人。

**第二十四条** 投保人、被保险人知道保险事故发生后，应当及时通知保险人。故意或者因重大过失未及时通知，致使保险事故的性质、原因、损失程度等难以确定的，保险人对无法确定的部分，不承担给付保险金责任，但保险人通过其他途径已经及时知道或者应当及时知道保险事故发生的除外。

上述约定，不包括因不可抗力而导致的迟延。

**第二十五条** 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。

### 保险金申请与给付

**第二十六条** 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) 保单号或其他有效保险凭证；

(三) 被保险人身份证明、保险金申请人身份证明；

(四) 释义医院出具的完整病历材料（包括住院病历或出院小结）、医疗证明和医疗费用原始凭证；

(五) 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；

(六) 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。

被保险人经基本医疗保险或公费医疗报销后又通过其它途径获得了部分医疗费用的补偿并无法提供医疗费用原始凭证时，需提供住院医疗费用凭证复印件等相关证明并注明已给付的比例和金额，加盖支付费用单位的印章后保险人按本保险合同约定承担剩余合理医疗费用的保险责任。

### 争议处理和法律适用

**第二十七条** 因履行本保险合同发生的争议，由当事人协商解决。协商不成的，提交保险单载明的仲裁机构仲裁；保险单未载明仲裁机构且争议发生后未达成仲裁协议的，依法向中华人民共和国（不包括港澳台地区）人民法院起诉。

**第二十八条** 与本保险合同有关的以及履行本保险合同产生的一切争议处理适用中华人民共和国法律（不包括港澳台地区法律）。

## 其他事项

**第二十九条** 投保人和保险人可以协商变更合同内容。

变更保险合同的，应当由保险人在保险单或者其他保险凭证上批注或附贴批单，或者投保人和保险人订立变更的书面协议。

**第三十条** 在本保险合同成立后，投保人可以通过书面形式通知保险人解除合同，但保险人已根据本保险合同约定给付保险金的除外。

投保人解除本保险合同时，应提供下列证明文件和资料：

- (一) 保险合同解除申请书；
- (二) 保险单；
- (三) 保险费交付凭证；
- (四) 投保人身份证明。

投保人要求解除本保险合同，自保险人接到保险合同解除申请书之时起，本保险合同的效力终止。保险人收到上述证明文件和资料之日起三十日内退还保险单的现金价值，其计算方法如下：

保险单的现金价值=净保费×[1-（保险期间已经过天数/保险期间天数）]，经过天数不足一天的按一天计算。

## 释义

### 第三十一条

**【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。

**【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。

**【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，并正式办理入院出院手续，**不包括家庭病床或其它非正式病房、挂床住院或入住门诊观察室。**

**【基本医疗保险】**本合同所称的基本医疗保险是指《中华人民共和国社会保险法》所规定的基本医疗保险，包括城镇职工基本医疗保险、城镇居民基本医疗保险或城乡居民基本医疗保险、新型农村合作医疗等政府举办的基本医疗保障项目。

**【必需且合理】**指符合通常惯例且医学必需。

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。

对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. 医学必需：指医疗费用符合下列所有条件：

- (1) 治疗意外伤害或者疾病所必需的、有医生处方的项目；
- (2) 不超过安全、足量治疗原则的项目；
- (3) 非试验性的、非研究性的项目；
- (4) 与接受治疗当地普遍接受的医疗专业实践标准一致的项目。

**对是否医学必需由保险人根据客观、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。**

**【手术】**指被保险人因疾病或意外伤害住院后，为治疗疾病、挽救生命而施行的外科手术，**不包括活检、穿刺、造影等创伤性检查及康复性手术。**

**【高风险运动】**指比一般常规性的运动风险等级更高、更容易发生人身伤害的运动，在进行此类运动前需有充分的心理准备和行动上的准备，必须具备一般人不具备的相关知识和技能或者必须在接受专业人士提供的培训或训练之后方能掌握。被保险人进行此类运动时须具备相关防护措施或设施，以避免发生损失或减轻损失，包括但不限于潜水、滑水、滑雪、滑冰、驾驶或乘坐滑翔翼、滑翔伞、跳伞、攀岩运动、探险活动、武术比赛、摔跤比赛、柔道、空手道、跆拳道、马术、拳击、特技表演、驾驶卡丁车、赛马、赛车、各种车辆表演、蹦极。

**【职业体育运动】**指以职业运动员身份追求竞技比赛票房价值、以商业牟利为目的竞技体育活动的职业运动员指参加职业体育运动，并以此为主要收入来源的人。

**【半职业体育运动】**指非职业运动员参加职业体育运动赛事、或其他设有奖金或报酬的体育运动，但并不以此为主要收入来源。

**【既往症】**指被保险人在本保险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。包括但不限于以下情况：本保险合同生效前，医生已有明确诊断，长期治疗未间断；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；未经医生诊断和治疗，但症状明显且持续存在，以普通人医学常识应当知晓。

**【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。

**【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。

**【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》（ICD-10）确定。

**【酒后驾车】**指车辆驾驶人员在其血液中的酒精含量大于或者等于 20mg/100mL 时的驾驶行为。

**【无有效驾驶证】**被保险人存在下列情形之一者：

- (1) 无驾驶证，驾驶证被依法扣留、暂扣、吊销、注销；
- (2) 驾驶的机动车与驾驶证载明的准驾车型不符；
- (3) 实习期内驾驶公共汽车、营运客车或者执行任务的警车、载有危险物品的机动车或牵引挂车的机动车；
- (4) 使用各种专用机械车、特种车的人员无国家有关部门核发的有效操作证、许可证书或其他必备证书，驾驶出租机动车或营业性机动车无交通管理部门核发的许可证书或其他必备证书。

**【无有效行驶证】**指下列情形之一：

- (1) 机动车行驶证、号牌被注销的；
- (2) 未按规定检验或检验不合格。

**【患艾滋病或感染艾滋病病毒】**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。在人体血液或其它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。

**【辅助器具费】**指购买、安装或修理假肢、矫形器、假眼、假牙和配置轮椅等辅助器具的费用。

**【政府主办补充医疗】**指城乡居民大病保险、城镇职工大额医疗保险、城镇居民大额医疗保险等由政府主办对基本医疗保险进行补充的医疗保障项目，大额医疗保险在各地的具体名称会有所不同，以投保所在地政府主管部门规定的名称为准。

**【不可抗力】**指不能预见、不能避免并不能克服的客观情况。

**【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。