

中国大地保险附加境外旅行医疗保险条款

【注册编号：C00001032522019072200881】

总 则

第一条 本附加保险合同（以下简称“本附加合同”）附加于主险合同。凡主险合同内容与本附加合同相关的部分，以及本附加保险条款，均为本附加合同的组成部分。

本附加保险条款未尽事项，以主险保险条款为准；若主险保险条款与本附加保险条款内容冲突，则以本附加保险条款为准。

主险合同效力终止，本附加合同效力亦同时终止。

第二条 本附加合同的投保人、被保险人同主险合同。

第三条 本附加合同的保险金受益人为被保险人本人。

保险责任

第四条 本附加保险分设境外旅行意外医疗保险责任、境外旅行意外和突发急性病医疗保险责任，由投保人选择投保。

第五条 与各项保险责任对应的保险事故如下：

境外旅行意外医疗保险责任：在保险期间内，被保险人持有效证件在境外旅行期间，遭受意外；

境外旅行意外和突发急性病医疗保险责任：在保险期间内，被保险人持有效证件在境外旅行期间，遭受意外或者突发急性病。

第六条 被保险人发生与所投保的保险责任对应的保险事故，因此在保险期间届满前于境外医疗机构接受治疗，由此发生医疗必需的、符合通常惯例水平的医疗费用的（以下简称“合理医疗费用”），包括医生、手术、住院、处方药品、检查、医疗用品、救护车等费用，保险人按“（合理医疗费用－次免赔额）× 赔付比例”给付保险金。特别地，该保险事故属意外性质且被保险人为缓解疼痛而必须接受牙科门诊治疗的，仅简单、临时的填补或者修补治疗（不包括安装托牙、假牙）费用属保险责任范围。

前款在境外接受治疗的被保险人于保险期间届满前返回境内且需要继续接受治疗的，在社会基本医疗保险定点医疗机构接受治疗所发生的医疗必需的、符合就诊地社会基本医疗保险规定的支付范围和标准的医疗费用，纳入前款医疗保险金给付范围，但除本附加合同另有约定外，保险人给付的与本款所述医疗费用对应的医疗保险金累计以该被保险人保险金额的20%为上限。

保险期间届满时被保险人住院治疗仍未结束的，保险人继续承担保险责任至被保险人该次住院出院之时或者对应事故发生之日起第一百八十日二十四时（以先发生者为准）止；保险期间届满时被保险人门诊治疗仍未结束的，保险人继续承担保险期间届满次日起十五日内发生的医疗费用。

保险人针对每一被保险人给付的医疗保险金累计以其保险金额为上限，当达到该限额时，本附加合同约定的对该被保险

人的保险责任终止。

责任免除

第七条 对下列任何费用，保险人不承担给付保险金的责任：

（一）因主险合同中列明的责任免除事项而发生的医疗费用或者与主险合同中列明的责任免除事项相关的医疗费用；

（二）治疗既往症，腰椎间盘突出症，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），先天性畸形、变形和染色体异常，遗传性疾病，性传播疾病，艾滋病（AIDS）或者感染艾滋病病毒（HIV 阳性）发生的费用；

（三）在境内发生不符合当地社会基本医疗保险规定的支付范围和标准的医疗费用，医疗机构独立或者私人病房费，非医疗必需的费用；

（四）与精神疾病、错乱或者失常有关的医疗费用，受酒精、毒品或者管制药物影响或者滥用、误用药物而发生的医疗费用；

（五）与怀孕（含宫外孕）、流产、分娩（含剖腹产）、避孕、绝育手术、治疗不孕症、人工受孕以及由此导致的并发症有关的医疗费用，但意外所致的流产、分娩不在此限；

（六）非因意外而进行的牙科治疗或者手术费用，任何原因导致的牙齿修复或牙齿整形费用；

（七）非因意外而进行的视力矫正或者因矫正视力而作的眼科验光检查费用，屈光不正费用治疗；

（八）美容手术、外科整形手术或者任何非医疗必要的手术费用，一般身体检查、疗养、特别护理或静养、康复性治疗或者心理治疗费用，装配假眼、假牙、假肢或者购买残疾用具费用（另有约定的不在此限），任何获取移植器官或者捐献器官所产生的费用；

（九）对药物过敏或者其他医疗导致的伤害的治疗费用；

（十）扁桃腺、腺状肿、疝气、女性生殖器官疾病的治疗与外科手术，但若为避免生命危险或健康永久性损伤而导致被保险人须立即接受的紧急治疗或手术，不适用本项责任免除规定；

（十一）根据被保险人的主治医生的意见，可以被合理延迟至被保险人返回境内后进行而被保险人坚持在境外进行治疗或者手术费用；

（十二）未能取得医疗机构或者医生出具的医疗报告的费用，无原始票据的费用，试验性治疗费用；

（十三）为进行治疗或者违背医嘱的旅行期间发生的任何治疗或者手术；

（十四）医疗费用中依法应当由第三者赔偿的部分，但第三者逃逸、失踪且虽经诉讼无可以执行的财产或者无赔偿能力

的不在此限。

免赔额、赔付比例、保险金额

第八条 每一被保险人的免赔额、赔付比例、保险金额由投保人和保险人约定，并于本附加合同中载明。

适用住院医疗、普通门诊医疗、意外牙科门诊医疗的免赔额可分别确定，且投保人、保险人双方可约定与普通门诊医疗、意外牙科门诊医疗事故对应的每次或者累计分项保险金给付限额。

保险金的申请与给付

第九条 保险人已通过其授权机构承担被保险人发生的医疗费用的，保险金申请人不应再向保险人申请保险金，其他情形的，保险金申请人向保险人申请给付保险金时，应当提交下列证明和资料。保险金申请人因特殊原因不能提供下列证明和资料的，应当提供其他合法、有效的证明和资料。保险金申请人未能提供有关证明和资料，导致保险人无法核实事故的原因、性质、损害事实或者损失程度的，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）保险单或者其他保险凭证；

（三）保险金申请人的身份证明，若保险金申请人委托他人申请的，还须提供受托人身份证明、授权委托书；

（四）旅行证明文件；

（五）保险人认可机构（包括公权机构）出具的意外事故证明或者医疗机构出具的突发急性病证明（包括病历、诊断证明）；

（六）医疗机构出具的处方、医疗费用收据及明细清单；

（七）投保人、被保险人或者保险金申请人所能提供的其他与确认事故的原因、性质、损害事实或者损失程度等有关的证明和资料。

第十条 在理算保险金的数额时，需由外币转换为人民币的，所适用的汇率以中国银行公布的相关机构开具费用发票日期相应的外币与人民币汇率的中间价为准。

第十一条 被保险人每次发生医疗费用的，保险人给付的相应保险金，以相应保险责任范围内的医疗费用，扣除被保险人已从社会基本医疗保险、公费医疗、互助保险、除本保险外的其他商业保险、公益慈善机构、第三方责任人等获得的补偿后的余额为上限。

释 义

境外：指除中国大陆以外的国家、地区。中国香港、澳门、台湾视为境外。

境内：指中国大陆。

突发急性病：指对被保险人保险责任生效前，该被保险人未曾接受治疗及诊断且在保险期间内突然发生、须立即接受治疗方能避免损坏身体健康的疾病。

医疗机构：指拥有合法经营执照，设立的主要目的为向受伤者和患病者提供住院治疗和护理服务而非主要作为康复医

院、诊所、护理、疗养、戒酒、戒毒、养老院或类似目的，具有符合所在地有关医院管理规则设置标准的医疗设施，有合格的医生和护士提供全日二十四小时的医疗和护理服务的机构。若位于中国大陆，该医疗机构须为二级以上（含）。

医疗必需：指在某种情况下对所提供的治疗认为：（1）满足被保险人的基本健康需求；（2）符合该情况下的诊断；（3）为提供健康服务的原因，以最具经济高效的方式提供，种类得当，有显而易见的医疗效果；（4）实施的原因不是为了被保险人或者其医生的便利。

符合通常惯例水平：指不超过在治疗所在地执业的其他类似专业人员为同一性别、相似年龄、类似疾病提供同等医疗服务收取的费用，不论被保险人是否有能力支付，也不论是否已有保险或保险是否充分。

既往症：指保险人对其保险责任生效前被保险人已具有且已就此接受治疗、诊断或者服用处方药物的疾病、症状，或者经主治医生诊断需在保险期间内进行诊断和治疗的疾病、症状。

遗传性疾病：指生殖细胞或者受精卵的遗传物质（染色体和基因）发生突变或者畸变所引起的疾病，通常具有由亲代传至后代的垂直传递的特征。许多遗传性疾病在出生时并未显现。

先天性畸形、变形和染色体异常：指出生时就具有的畸形、变形或者染色体异常。先天性畸形、变形和染色体异常确定依照世界卫生组织《疾病和有关健康问题的国际分类》（ICD - 10）确定。先天性畸形、变形和染色体异常可能来自于父母遗传，或者因胎儿在子宫内时受到伤害或者感染，或者因胎儿在出生时发生异常或者受到伤害。

性传播疾病：指发生在生殖器官的内源性或者外源性通过性行为或者非性行为传播的传播性疾病，包括但不限于梅毒、淋病、尖锐湿疣、疱疹、软下疳、淋巴肉牙肿、非淋菌性尿道炎（包括支原体、衣原体阳性）。

艾滋病：指获得性免疫缺陷综合症的简称。

艾滋病病毒：指获得性免疫缺陷病毒的简称。

获得性免疫缺陷综合症（AIDS）：按世界卫生组织制定的定义为准。若在被保险人的血液样本中发现艾滋病病毒或者其抗体，则认定被保险人已被艾滋病病毒感染或者患艾滋病。

试验性治疗：指不符合接受医疗所在地医学界认可实践的治疗方法、手段、设备、药品等。

保险金申请人：指受益人、被保险人的继承人或者依法享有保险金请求权的其他人。