

中国大地财产保险股份有限公司 附加个人旅行突发急性病医疗保险条款

【注册编号：C00001032522022062205033】

总 则

第一条 本保险是个人旅行意外伤害类保险（以下简称“主险”）的附加险。在投保了主险的基础上，方可投保本附加险。

凡主险合同内容与本附加险合同相关的部分以及本附加险条款，均为本附加险合同的构成部分。

本附加险条款未尽事项，以主险条款为准；若本附加险条款与主险条款内容冲突，则以本附加险条款为准。

主险合同终止的，本附加险合同同时终止；主险合同无效的，本附加险合同也无效。

第二条 本附加险合同的投保人、被保险人同主险合同。

第三条 除本附加险合同另有约定外，保险金受益人为被保险人本人。

保险责任

第四条 在保险期间内，被保险人于旅行期间突发急性病，在保险人指定或者认可的医疗机构治疗该急性病，由此发生的符合当地社会基本医疗保险规定的支/给付范围和标准的（被保险人系境外旅行并在境外治疗的，不在此限）、必需且合理的医疗费用（以下简称“每次合理医疗费用”），保险人按照“（每次合理医疗费用-次免赔额）×给付比例”计算给付旅行突发急性病医疗保险金。

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，对其在保险人指定或者认可的医疗机构发生的符合当地社会基本医疗保险规定的支/给付范围和标准的、必需且合理的医疗费用，纳入本附加险合同保险金给付范围，但除本附加险合同另有约定外，保险人给付的与本项所述医疗费用对应的医疗保险金累计以保险金额的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其该次住院出院之时或者保险期间届满之日起第九十日二十四时（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责任至保险期间届满之日起第十五日二十四时止。

保险人根据本附加险合同针对被保险人给付的旅行突发急性病医疗保险金累计以其保险金额为上限，当达到该限额时，本附加险合同约定的对被保险人的保险责任终止。

责任免除

第五条 对被保险人发生的下列任何费用，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）任何原因导致的牙齿修复、整形或者保健，如洗牙、洁齿、牙齿美白、正畸、烤瓷牙、种植牙或者镶牙的费用；

（三）矫形、整容、美容、心理咨询、体检、疗养、静养、康复治疗、健康护理、家庭病床治疗费用，修复、安装或者购买残疾用具（包括但不限于特别支架、器材、轮椅、拐杖、义肢、助听器、义牙、义眼、配镜）费用，与购置移植器官、捐献器官、保存和运输器官相关费用，体外医疗装置或者器材费用，试验性治疗费用；

（四）治疗精神和行为障碍（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-11)》界定的为准）的费用；

（五）治疗既往症，椎间盘突出症，先天性疾病，先天性畸形、变形和染色体异常，遗传性疾病，性传播疾病的费用；

（六）被保险人在境外治疗的，根据被保险人主治医生的意见，可以合理延迟至被保险人返回境内治疗而被保险人坚持在境外治疗或者手术而产生的费用；

（六）非因保险人指定或者认可的医疗机构在技术、设备等方面不具备正常治疗条件而转往其他医疗机构治疗发生的不必要的转院治疗费用，但提供转出医院同意转院证明的除外。

第六条 在下列任何情形下，保险人不承担给付保险金的责任：

（一）境外旅行以治疗为目的；

（二）被保险人违背医嘱进行旅行。

保险金额和保险费

第七条 保险金额由投保人与保险人约定，并在本附加险合同中载明。

第八条 保险费由保险人在承保时计算确定。

免赔额和给付比例

第九条 旅行突发急性病医疗保险责任的次免赔额和给付比例由投保人与保险人约定，并在本附加险合同中载明。本附加险合同中未载明的，旅行突发急性病医疗次免赔额为100元，给付比例为80%。

保险期间

第十条 保险期间同主险合同。

不保证续保

第十一条 本附加险合同为不保证续保合同。保险期间届满前，投保人可重新向保险人投保本附加险，经保险人同意，交纳保险费，获得新的保险合同。但本附加险不保证续保。

保险金的申请与给付

第十二条 保险金申请人向保险人请求给付保险金时，应当提交下列证明和资料：

（一）保险金给付申请书；

（二）保险单或者其他保险凭证、批单；

（三）保险金申请人的身份证明，若保险金申请人系受托

申请，还应当提供授权委托书和授权委托人的身份证明；

（四）保险人指定或者认可的医疗机构出具的医疗费用原始收据及明细、诊断证明、病历、出院证明；

（五）投保人、被保险人或者受益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。

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性质、原因或者损失程度的，保险人对无法核实部分不承担给付保险金的责任。

第十三条 收到保险事故发生的通知或信息的，保险人有权对投保人、被保险人、受益人和有关医疗机构等进行调查和检查，投保人、被保险人、受益人等应当尽量予以配合。

第十四条 被保险人或受益人向保险人请求给付保险金的诉讼时效期间为二年，自其知道或者应当知道保险事故发生之日起计算。

医疗费用补偿原则

第十五条 本附加险为费用补偿型医疗保险。被保险人因每次突发急性病接受治疗而发生医疗费用，保险人针对其给付的医疗保险金以该次合理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

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。

保险人指定或者认可的医疗机构：被保险人在境内治疗的，指经社会基本医疗保险经办机构确定，为社会基本医疗保险的参保人员提供医疗服务的医疗机构；被保险人在境外治疗的，指境外医疗机构。

社会基本医疗保险：包括职工基本医疗保险、城镇居民基本医疗保险、新型农村合作医疗和城乡居民基本医疗保险等政府举办的基本医疗保障项目。在计算每次合理医疗费用时，社会基本医疗保险以被保险人实际参加的类型为准；被保险人未参加社会基本医疗保险的，以职工基本医疗保险为准。

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，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，但不包括康复医院、诊所、养老院以及主要为护理、疗养、戒酒、戒毒或类似目的提供服务的医疗机构。

当地：指签发本附加险合同的保险人分支机构所在地。

必需且合理的医疗费用：指医疗费用同时满足以下条件：

（一）符合通常惯例：指医疗费用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。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，可由双方共同的权威医学机构或者权威医学专家进行审核鉴定。

（二）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项目；
- 2.不超过安全、足量治疗原则的项目；
- 3.由医生开具的处方药；
- 4.非试验性的、非研究性的项目；
- 5.与接受治疗当地普通接受的医疗专业实践标准一致的项目。

境内：指中华人民共和国境内（不包括港澳台地区）。

境外：指中华人民共和国境外（包括港澳台地区）。

住院：指入住保险人指定或者认可的医疗机构的正式病房，并办理入院手续，不包括门（急）诊观察室诊疗、家庭病床、挂床住院、其他非正式的病床住院及不合理住院。被保险人因非医疗目的自行离开病房十二小时以上（含）的，视为自动出院。

挂床：指住院过程中一日内未接受与入院诊断相关的检查和治疗或者一日内住院不满二十四小时。遵医嘱到外院接受临时诊疗的不在此限。

既往症：指在本附加险合同生效前罹患的被保险人已知或应该知道的有关疾病。通常有以下情况：

（一）本附加险合同生效前，医生已有明确诊断，长期治疗未间断；

（二）本附加险合同生效前，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；

（三）本附加险合同生效前，医生已有明确诊断，但未予治疗；

（四）本附加险合同生效前，未经医生诊断和治疗，但症状或体征明显且持续存在，以普通人医学常识应当知晓。

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。

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-11）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、淋巴肉芽肿、非淋菌性尿道炎（包括支原体、衣原体阳性）。

试验性治疗：指不符合中国大陆医学界公认可行的治疗方法、手段、设备、药品等。