

中国大地财产保险股份有限公司
附加团体旅行突发急性病医疗保险（2023版A款）条款

【注册编号：C00001032522023032452043】

总则

第一条 本保险是团体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”计算并结合本附加险保险条款第五条约定的费用补偿原则确定给付的旅行突发急性病医疗保险金数额。

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该被保险人旅行突发急性病医疗保险金额的20%为上限。

保险期间届满时被保险人治疗仍未结束的，保险人继续承担保险责任至其该次治疗结束之时或者保险期间届满之日起第九十日（以先发生者为准）止。

保险人根据本附加险合同针对每一被保险人给付的旅行突发急性病医疗保险金累计以其旅行突发急性病医疗保险金额为上限，当达到该限额时，本附加险合同约定的对该被保险人的旅行突发急性病医疗保险责任终止。

第五条 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。

责任免除

第六条 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，除非本附加险合同约定予以承保；

（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，或者试验性治疗费用；

（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-10）》界定的为准）的费用；

（五）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）治疗既往症发生的费用；

（七）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；

（八）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。

第七条 在下列任何情形下，保险人不承担保险责任：

（一）境外旅行以治疗为目的的；

（二）被保险人违背医嘱进行旅行的。

保险金额和保险费

第八条 每一被保险人的旅行突发急性病医疗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。

第九条 保险费由保险人在承保时计算确定。

免赔额和给付比例

第十条 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

第十一条 保险期间最长不超过一年，具体起迄时间与主险合同一致。

不保证续保

第十二条 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

第十三条 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；
- (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。

第十四条 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。

第十五条 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。

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的，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。

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。

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。

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）。

必需且合理：指医疗费用同时满足以下条件：

(一) 符合通常惯例，即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，可由双方认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，即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。

住院：指入住保险人指定或者认可的医疗机构的正式病房，并办理入出院手续，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。

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。

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）。

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）医生已有明确诊断，长期治疗未间断；

（二）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）医生已有明确诊断，但未予治疗；

（四）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。

**中国大地财产保险股份有限公司
附加团体旅行突发急性病医疗保险
(2023版A款)费率规章**

【注册编号: C00001032522023032452043】

一、每一被保险人基础费率(元/每万元保额)

保险期间	境内游	出入境游
1-2日	0.12	0.16
3-4日	0.16	0.24
5-10日	0.21	0.32
11-20日	0.34	0.52
21-30日	0.48	0.72
31-60日	0.58	0.87
61-90日	0.85	1.27
91-180日	1.38	2.07
181日-1年	2.21	3.31

上述基础费率对应的每一被保险人基准赔付情形如下:

指标	基准
保险金额(元)	10,000
次免赔额(元)	100
给付比例	80%
社保类型	社会基本医疗保险

二、费率调整系数

根据下述风险因素对应的调整系数对基础费率做上下浮动:

(一) 保险金额调整系数

每一被保险人保险金额(万元)	调整系数
0.5及以下	[1.50,3.00]
0.5-1(含)	[1.00,1.50)
1-2(含)	[0.75,1.00)
2-5(含)	[0.50,0.75)

5-10(含)	[0.35,0.50)
10-20(含)	[0.20,0.35)
20-50(含)	[0.15,0.20)
50-100(含)	[0.10,0.15)

(二) 免赔额调整系数

每一被保险人次免赔额(元)	调整系数
0(含)-100(含)	[1.0,1.2]
100-200(含)	[0.9,1.0)
200-500(含)	[0.8,0.9)
500-1,000(含)	[0.7,0.8)

(三) 给付比例调整系数

每一被保险人给付比例	60%(含)-70%(含)	70%-80%(含)	80%-90%(含)	90%-100%(含)
调整系数	[0.7,0.9]	(0.9,1.0]	(1.0,1.1]	(1.1,1.3]

(四) 社保类型调整系数

被保险人社保类型	拥有公费医疗	参加社会基本医疗保险	无
调整系数	[0.8,0.9)	[0.9,1.0]	[1.5,2.0]

(五) 综合调整系数

风险因素	分类	调整系数
被保险人旅行方式	随团旅行	[0.6,1.0]
	自助旅行	(1.0,1.2]
	自驾车旅行	(1.2,1.5]
	徒步旅行、野营、探险考察	(1.5,2.0]
旅行地医疗费用水平	旅行地人均医疗费用支出较低	[0.6,0.8]
	旅行地人均医疗费用支出中等	(0.8,1.0]
	旅行地人均医疗费用支出较高	(1.0,2.0]

旅行目的	旅游观光	1.0
	商务出行不含较重体力劳动职业如加工制造、建筑、交通、冶金、石油开采等	(1.0,2.0]
	商务出行含较重体力劳动职业如加工制造、建筑、交通、冶金、石油开采等	(2.0,4.0]

备注：在确定综合调整系数时，可以根据情况从上述选项中选择一个或多个调整系数，相乘得出最终的综合调整系数。

(六) 规模调整系数

预计渠道人次	3-1万	1万-2万	2万-5万	5万以上
调整系数	[0.8,1.0]	[0.7,0.8)	[0.6,0.7)	[0.5,0.6)

费率调整系数 = 保险金额调整系数 × 免赔额调整系数 × 给付比例调整系数 × 社保类型调整系数 × 综合调整系数 × 规模调整系数

当某项调整系数相关风险信息不确定时，该系数取 1.0。

三、保险费（元人民币）

每一被保险人费率 = 该被保险人基础费率 × 该被保险人费率调整系数

每一被保险人保险费 = 该被保险人保险金额（万元） × 该被保险人费率

总保险费为所有被保险人保险费之和。