

中国大地财产保险股份有限公司 附加团体旅游医疗费用保险（互联网专属） 条款

注册号：C00001032522021122841853

总则

第一条 本保险是团体意外伤害类保险（互联网专属）（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，保险金的受益人为被保险人本人。

保险责任

第四条 本附加保险条款分设意外医疗保险责任、突发急性病医疗保险责任。其中，意外医疗保险责任为必选责任，突发急性病医疗保险责任为可选责任，投保人在投保必选责

任基础上才可投保可选责任。

第五条 意外医疗保险责任：

在保险期间内，被保险人于旅行期间遭受意外，在保险人指定或者认可的医疗机构治疗由该意外引致的伤害，保险人就该意外发生之日起一百八十日内所支出的符合当地城镇职工基本医疗保险规定的支/给付范围和标准的（被保险人系境外旅游的，境外治疗不在此限）、医学必要的医疗费用（以下简称“每次事故合理医疗费用”），按“ $(\text{每次事故合理医疗费用}-\text{次免赔额}) \times \text{给付比例}$ ”给付意外医疗保险金。

保险人根据本附加险合同针对每一被保险人给付的意外医疗保险金累计以意外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意外医疗保险责任终止。

第六条 突发急性病医疗保险责任：

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，保险人就该意外发生之日起一百八十日内所支出的符合当地城镇职工基本医疗保险规定的支/给付范围和标准的（被保险人系境外旅游的，境外治疗不在此限）、医学必要的医疗费用（以下简称“每次事故合理医疗费用”），按“ $(\text{每次事故合理医疗费用}-\text{次免赔额}) \times \text{给付比例}$ ”给付突发急性病医疗保险金。

费用-次免赔额) ×给付比例”给付突发急性病医疗保险金。

保险人根据本附加险合同针对每一被保险人给付的突发急性病医疗保险金累计以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突发急性病医疗保险责任终止。

责任免除

第七条 由于下列任何原因发生费用的，保险人不承担给付保险金的责任：

- (一) 投保前已有的伤害；
- (二) 投保人的故意行为，被保险人自致伤害；
- (三) 既往症，遗传性疾病，先天性疾病，先天性畸形、变形或者染色体异常，本附加险合同另有约定的不在此限；
- (四) 从事违法犯罪活动或者拒捕，因被保险人挑衅或者故意行为导致争执、打斗而引发意外或者因此被攻击或者被伤害；
- (五) 未遵医嘱而私自服用、涂用或者注射药物，药物过敏，细菌或者病毒感染（意外导致的伤口感染不在此限），医疗事故；
- (六) 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，但意外所致的流产、分娩不在此限；

（七）从事潜水、跳伞、攀岩、探险、武术比赛、摔跤、特技、赛马、赛车、蹦极以及其他风险程度类似的高风险活动，竞技性、职业性运动，本附加险合同另有约定的不在此限；

（八）任何生物武器、化学武器、核武器，核能装置造成的爆炸、灼伤、污染或者辐射，恐怖活动，战争、军事行动、暴动或者武装叛乱。

第八条 在下列任何期间被保险人发生事故发生费用的，保险人不承担给付保险金的责任：

（一）被司法机关采取强制措施期间；

（二）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）或者癫痫发作期间，被保险人感染艾滋病病毒或患艾滋病期间；

（三）醉酒或者受酒精、毒品、管制药品的影响期间；

（四）酒后驾驶、无有效驾驶证驾驶或者驾驶无有效行驶证的机动车期间，以非乘客身份搭乘航空器具或搭乘非经当地政府登记许可的航空器具期间。

（五）被保险人通过旅行社安排进行旅游的，被保险人脱离旅行社安排的旅游行程期间，以及旅行社安排的旅游行程终止后的期间。

第九条 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) 非直接用以治疗意外引致的伤害而发生的费用；
- (二) 矫形、洗牙、洁齿、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、安装及购买伤残用具（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；
- (三) 不必要的转院治疗引发的额外费用；
- (四) 系境内旅游和入境旅游的，在境外医院、中外合资医院、民营医院、康复中心、联合诊所、特需（色）门诊、特需病房等非保险人指定或者认可的医疗机构发生的费用；
- (五) 医疗费用中依法应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。

保险金额、次免赔额、给付比例

第十条 被保险人的意外医疗保险金额、突发急性病医疗保险金额由投保人与保险人约定，并于本附加险合同中载明。

第十一条 除本附加险合同另有约定外，次免赔额为 100 元，

赔付比例为 90%。

保险金的申请与给付

第十二条 保险金申请人向保险人申请给付保险金时，应当以书面形式提交下列证明和资料：

- (一) 保险金给付申请书；
- (二) 保险合同原件；
- (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，还须提供受托人身份证明、授权委托书；
- (四) 保险人认可的机构（包括公安机关）出具的事故证明；
- (五) 保险人指定或者认可的医疗机构出具的诊断证明书、处方、病历及医疗费用原始收据；
- (六) 投保人、被保险人或者受益人所能提供的与确认事故的性质、原因或者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 被保险人遭受事故的，保险人有权对投保人、被保险人、保险金申请人、有关医疗机构等进行调查和检查（包括提请作必要、合理的解剖检验），投保人、被保险人、保险金申请人等应当予以充分配合。

医疗费用补偿原则

第十四条 被保险人因每次遭受意外或突发急性病而接受治疗发生医疗费用，保险人针对其给付的医疗保险金以该次事故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：指投保前被保险人未曾接受治疗或者诊断，在保险期间突然发作的疾病；或被保险人在投保前已患有慢性疾病，在保险期间内由慢性疾病引发而突然发作的疾病。

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，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。

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。

保险人指定或者认可的医疗机构: 包括保险人约定的医疗机构,以及符合下列条件的医疗机构:境内二级以上(含),具有符合有关医院管理规定设置标准的医疗设备,并且提供二十四小时有合格医师及护士的医疗和护理等服务的医疗机构,但不包括联合病房、家庭病床以及主要为康复、护理、休养、戒酒、戒毒或类似目的提供服务的医疗机构。