

泰康在线财产保险股份有限公司

附加境内旅行医疗费用补偿保险条款

总则

第一条 本附加保险合同须附加于境内旅行意外伤害保险合同（以下简称“主保险合同”）。主保险合同所附条款、投保单、保险单、保险凭证以及批单等，凡与本附加保险合同相关者，均为本附加保险合同的构成部分。凡涉及本附加保险合同的约定，均采用书面或电子形式。

若主保险合同与本附加保险合同的条款互有冲突，则以本附加保险合同的条款为准。本附加保险合同未尽事宜，以主保险合同的条款规定为准。

第二条 除另有约定外，本附加保险合同医疗保险金的受益人为被保险人本人。

保险责任

第三条 保险人根据下列约定承担保险责任：

保险期间内，如果被保险人在中国境内（不包含港、澳、台地区，下同）旅行期间遭受主保险合同约定的**意外伤害事故或突发疾病**，且因该意外伤害或突发疾病需要在**医院**进行治疗，对于所实际发生的、符合当地政府核准的收费标准的合理且必需的医疗费用，保险人根据本附加保险合同的约定，在保险单载明的保险金额范围内向被保险人予以赔偿。

上述“医疗费用”包括以下费用：

- 1、住院医疗费用，包括手术费用、药品费用、检查费用、床位费用、医院杂项费用等。
- 2、门诊医疗费用，包括医生诊疗费用、检查费用、处方费用、医用耗材费用等。
- 3、肢体辅助设备（如拐杖、轮椅）的费用（前提条件是被保险人是因为发生保险事故而首次使用该设备）。

保险人对于被保险人发生的医疗费用的最长给付期限为自保险事故发生之日起九十（90）日。

在保险期间内，住院医疗费用、门诊医疗费用、肢体辅助设备费用的赔偿限额分别以保险单载明的对应保险金额为限。

如果被保险人可以且已从公费医疗、社会基本医疗保险、其他费用补偿型医疗保险、政府机构或社会福利机构取得医疗费用补偿，保险人负责赔偿剩余部分。

如果被保险人未从公费医疗、社会基本医疗保险、其他费用补偿型医疗保险、政府机构或社会福利机构取得医疗费用补偿，则保险人按其实际支出的合理必要的医疗费用给付补偿金进行赔偿，但以保险单所载本附加险项下相应的保险金额的百分之二十（20%）为限。

第四条 在保险期间内，保险人累计赔付金额以保险单所载的相应的保险金额为限。对被保险人累计赔付的保险金达到保险金额时，本附加保险合同终止。

责任免除

第五条 主保险合同的所有责任免除条款均适用于本附加保险合同。

第六条 被保险人因下列情形造成的损失、费用，保险人不承担给付保险金责任：

- (一) 被保险人以家庭病床治疗、挂床治疗等产生的费用；
- (二) 被保险人用于矫形、洁齿、洗牙、整容、美容、器官移植、验光配镜、视力矫正手术及治疗或修复的费用；
- (三) 被保险人健康护理等非治疗性行为或康复治疗产生的费用；
- (四) 被保险人投保前已有残疾的治疗和康复的费用；
- (五) 被保险人的交通费、营养费、食宿费、生活补助费、误工补贴费；
- (六) 腰椎间盘突出或膨出症；
- (七) 先天性畸形、变形和染色体异常，遗传性疾病，性传播疾病；
- (八) 精神疾病、错乱、失常，受酒精、毒品、管制药品影响或滥用、误用药物；
- (九) 妊娠、流产、分娩、不孕症、避孕及绝育手术；
- (十) 一般身体检查、疗养、特别护理或静养、心理治疗；
- (十一) 扁桃腺、腺状肿、疝气、女性生殖器官疾病的治疗与外科手术；
- (十二) 被保险人旅行的目的是为了进行治疗或该旅行违背医嘱；
- (十三) 保险责任开始前已存在的疾病及其并发症；
- (十四) 被保险人的医疗费用中依法应由第三者承担的部分；
- (十五) 社会医疗保险政策规定不予支付的项目和费用。

保险期间

第七条 本附加保险合同的保险期间由保险人和投保人协商确定，以保险单载明的起讫时间为准。

保险金额和保险费

第八条 保险金额是保险人承担给付保险金责任的最高限额。保险金额由投保人和保险人在投保时约定，并在保险单中载明。

第九条 投保人应该按照约定向保险人交纳保险费。

保险金的申请

第十条 保险金申请人应于治疗结束后三十日内凭下述证明和资料向被保险人申请给付保险金。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) 保险单或其他保险凭证原件；
- (三) 保险金申请人的法定身份证明；
- (四) 有关部门出具的意外伤害事故证明；
- (五) 二级以上（含二级）医院或者保险人认可的医疗机构出具的完整的门、急诊病例及出院小结；医疗诊断证明，医疗、医药费原始单据及各种检查、化验报告等原始单据；

(六) 其他与本项索赔相关的必要的证明和材料;

(七) 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。

释义

【意外伤害】是指以外来的、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。

【突发疾病】指被保险人突然发生、不及时救治将危及生命安危的急性疾病; 或被保险人在保险责任生效前已患有慢性疾病, 在保险期间内慢性疾病出现急性发作。突发疾病包括但不限于: 高热(成人达到 38.5 摄氏度或以上, 小儿达到 39 摄氏度或以上)、急性阑尾炎或剧烈呕吐或严重腹泻、休克或昏迷、高原反应、癫痫发作、严重喘息或呼吸困难、急性心肌梗塞或心力衰竭或严重心律失常、高血压危象/高血压脑病/脑血管意外、非因意外伤害所导致的出血、急性尿潴留、非因意外伤害所导致的突发性的眼睛红肿疼痛或视力障碍、感染传染病。

【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。

【家庭病床】是指被保险人因疾病或意外伤害事故以及因此产生的并发症, 在医院(包括住院部与门诊部)范围以外, 要求医院医护人员以出诊形式上门, 提供诊断、治疗服务, 或被保险人没有到医院就诊, 让其它人员以转述形式向医院医生讲述病情, 使医生依据转述病情而开药。不包括为抢救生命由急救中心 120 派出的医护人员与救护车的急救费用及医院转诊过程中的费用。

【挂床】是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。

【先天性畸形、变形和染色体异常】是指被保险人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。

【遗传性疾病】是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。

【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)。

【保险责任开始前已存在的疾病】是指被保险人于本附加险合同首个生效日前六个月内曾因疾病出现任何症状而寻求诊断、医疗护理或医药治疗, 或医生推荐其接受医药治疗或医疗意见。