

# 太平财产保险有限公司

## 附加旅行医疗费用保险条款（2011 版）

### 总则

**第一条** 本附加保险合同（以下简称附加险合同）依主险合同投保人的申请，经保险人同意而订立。本附加险合同作为主险合同的组成部分，主险合同效力终止，本附加险合同效力亦同时终止；主险合同无效，本附加险合同亦无效。本附加险合同与主险合同相抵触之处，以本附加险合同为准，本附加险合同未约定事项，以主险合同为准。

本保险合同由保险条款、投保单、保险单或其他保险凭证、批单等组成。凡涉及本保险合同的约定，均应采用书面形式。

**第二条** 除另有约定外，本附加险合同保险金的受益人为被保险人本人。

### 保险责任

**第三条** 在本附加险合同的保险期限内，保险人承担下列保险责任：

#### 一、境内旅行医疗费用

被保险人持有有效证件在中华人民共和国境内（不含香港、澳门、台湾地区）旅行期间，因遭受意外伤害事故，并自意外伤害事故发生之日起五日内到认可的医疗机构进行必要的治疗，保险人对其事故发生之日起九十日内实际支出的合理医疗费用，在扣除本附加险合同中约定的免赔额后，按本附加险合同中约定的给付比例给付医疗费用保险金。具体的免赔额、给付比例在保险合同中载明。

如被保险人在境内旅行期间罹患急性疾病，且自急性疾病发生之日起 24 小时内到认可的医疗机构进行必要的治疗，保险人对其事故发生之日起九十日内实际支出的合理医疗费用，在扣除本附加险合同中约定的免赔额后，按本附加险合同中约定的给付比例给付医疗费用保险金。具体的免赔额、给付比例在保险合同中载明。

#### 二、境外旅行医疗费用

被保险人持有有效证件在中华人民共和国境外（包括香港、澳门、台湾地区）旅行期间，因遭受意外伤害事故或罹患突发性疾病，并自意外伤害事故或突发性疾病发生之日起五日内到认可的医疗机构进行必要的治疗，保险人对其事故发生之日起九十日内实际支出的合理医疗费用，在扣除本附加险合同中约定的免赔额后，按本附加险合同中约定的给付比例给付医疗费用保险金。具体的免赔额、给付比例在保险合同中载明。

如意外伤害事故或罹患突发性疾病发生在境外的，被保险人返回境内后需要继续治疗的，保险人对被保险人返回境内后三十日内（最长不超过事故发生之日起九十日），在认可的医疗机构进行治疗所实际支出的合理医疗费用负赔偿责任，但以本附加险合同项下该被保险人的医疗费用保险金额的 20%为限，且惟此医疗的第一次治疗需发生在境外旅行期间。保险人对境内治疗的基本医疗保险支付范围之外的药品、检查、治疗、材料等费用不负赔偿责任。

三、本附加合同承担牙科治疗费用，但仅限于因遭受意外伤害事故导致的牙齿伤害，在认可的医疗机构经医生诊断，必须进行的为减轻剧痛而支付的合理紧急牙科治疗费用，包括医生诊断费、手术费、药费（仅限医生处方中用于减轻疼痛的药品）。

四、本附加险合同为费用补偿型保险合同，适用医疗费用补偿原则。若被保险人的损失已从其他保险单或其它途径获得赔偿，保险人可根据有关单位或保险单承保公司出具的相关单证或给付保险金证明，在本附加险合同对应的保险金额限额内仅承担被保险人除前述其他赔偿额之外剩余部分的赔偿责任。

五、保险人对每一被保险人所负给付意外伤害医疗费用保险金的责任以本附加险合同所载每一被保险人的意外伤害医疗费用保险金额为限，一次或累计给付的保险金达到其本附加险合同项下该被保险人的意外伤害医疗费用保险金额时，保险人对该被保险人在本附加险合同下的保险责任终止。

#### 责任免除

第四条 主保险合同列明的各项责任免除条款均适用于本附加险合同，若主险合同中责任免除条款与本条款有相抵触之处，则应以本条款为准。

第五条 因下列情形之一，直接或间接导致被保险人发生医疗费用支出的，保险人不承担赔偿责任：

（一）被保险人健康护理（含体检、健康体检、疗养、特别护理或静养）等非治疗性的行为及无客观病征证明其不健康及以捐献身体器官为目的的医疗行为所产生的费用；

（二）被保险人流产（但因遭受意外伤害所致不在此限）、堕胎、分娩、不孕症、避孕或绝育手术、变性手术、人体试验和人工生殖，及由此而引起的并发症；

（三）被保险人发生的护理（陪住）费、取暖费、交通费、误工费、空调费、膳食费、特需服务费、营养性药品等需要自理的费用；

（四）用于矫形、整容、美容、心理咨询、器官移植、角膜屈光成形手术或修复、安装及购买残疾用具（如轮椅、假肢、助听器、假眼、假牙、配镜等）的费用；

(五) 因腰椎间盘突出症或错位、扁桃腺、腺样体、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在此限；

(六) 被保险人移植人工器官、非因意外伤害而进行的牙科治疗或手术以及任何原因导致的牙齿修复或牙齿整形；

(七) 被保险人先天性疾病和症状、遗传性疾病、先天性畸形或缺陷的治疗和康复所产生的费用；

(八) 被保险人投保前已患上的疾病和症状；因精神病、精神分裂症、心理疾病、性病的治疗和康复所产生的费用；

(九) 被保险人在家自设病床治疗；

(十) 被保险人在非认可的医疗机构治疗发生的医疗费用；

(十一) 中国境内治疗的，保险单签发地社会医疗保险主管部门规定的自费项目；

(十二) 根据被保险人的主治医生或救援机构的意见，可以被合理延迟至被保险人返回其原出发地后进行，而被保险人坚持在当地进行治疗或手术所产生的费用；

(十三) 被保险人旅行的目的是为了进行治疗或该旅行违背医嘱；

(十四) 任何因当地急救组织或第三方提供服务而被保险人不需负责给付的费用或任何已包含在旅行收费中的费用；

(十五) 被保险人遭受意外伤害事故或罹患突发性疾病，经过当地医生诊断，但在回原出发地后进行的与本次意外伤害事故或突发性疾病没有直接关系的门急诊及住院治疗所发生的费用；

(十六) 其它在保险单或保险凭证中载明的责任免除事项。

### 保险事故通知

**第六条** 投保人、被保险人或者保险金受益人知道保险事故发生后，应于被保险人入院之日起 24 小时内或经保险人书面同意延长的期限内通知保险人。

被保险人应在认可的医疗机构就诊，若因急诊未在认可的医疗机构就诊的，应在 24 小时内或经保险人书面同意延长的期限内通知保险人，并根据病情及时转入认可的医疗机构。若

确需转入非认可的医疗机构就诊的，应向保险人提出书面申请，保险人在接到申请后三日内给予答复，对于保险人同意在非认可的医疗机构就诊的，对被保险人在非认可的医疗机构发生的医疗费用按本附加险合同的规定给付保险金。

**第七条** 若被保险人在旅行期间同时享有救援服务的，当发生保险事故时，被保险人或其旅行同伴应在 24 小时内通知保险人委托的救援机构或其授权代表（以下简称“救援机构”）提供医疗服务咨询或安排住院，否则，保险人有权不承担给付保险金责任。

上述约定，不包括因不可抗力而导致的迟延。

### 保险金申请与给付

**第八条** 发生保险责任范围内的事故，保险金申请人请求赔偿时，应向保险人提供以下证明和资料。保险金申请人因特殊原因不能提供以下材料的，应提供其他合法有效的材料。**保险金申请人未能提供有关材料，导致保险人无法核实的，保险人对无法核实部分不承担给付保险金的责任。**

- (1) 保险金申请人填具的索赔申请书；
- (2) 保险单或其他保险凭证正本；
- (3) 被保险人身份证明；
- (4) 认可的医疗机构出具的附有病理检查、化验检查及其他医疗仪器检查报告的医疗诊断证明、病历及医疗、医药费原始单据、结算明细表；
- (5) 若是商务旅行，需被保险人的雇主提供的被保险人商务旅行的证明；
- (6) 保险金申请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。

**第九条** 当被保险人通过救援机构在保险金额内支付医疗费用时，本附加险合同的受益人自动变更为救援机构，该费用由保险人直接支付给救援机构，保险人不接受任何非通过救援机构的索赔。若实际医疗费用超过本附加险合同的保险金额，则超出部分的费用由被保险人或其亲属自行与救援机构结算。

### 释义

#### 1. 突发性疾病：

指被保险人在本附加险合同规定的保险期间内，在旅行时首次罹患的突发性疾病或出现

的症状，但不包括本附加险合同生效前罹患的任何疾病或出现的任何症状及任何慢性疾病。

## 2. 急性疾病

是指在本附加险合同保险期间内，被保险人在境内旅行期间发生以下的疾病或症状，且该疾病或症状不在本附加险保险责任免除范围内：

- (1) 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）；
- (2) 急性阑尾炎或剧烈呕吐或严重腹泻；
- (3) 休克或昏迷；
- (4) 高原反应；
- (5) 癫痫发作；
- (6) 严重喘息或呼吸困难；
- (7) 急性心肌梗塞或心力衰竭或严重心律失常；
- (8) 高血压危象、高血压脑病、脑血管意外；
- (9) 非因意外伤害所导致的出血；
- (10) 急性尿潴留；
- (11) 食物中毒；
- (12) 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。

## 3. 认可的医疗机构：

在中国境内（不包括香港、澳门、台湾）是指经中华人民共和国卫生部门评审确定的二级或以上的公立医院或投保人与保险人协商共同指定的医院或医疗机构。意外伤害急救不受此限，但经急救情况稳定后，须根据病情及时转入前述指定或认可的医疗机构治疗。

在中国境外（包括港、澳、台）是指保险人认可的根据所在国家法律规定合法成立、运营并符合以下标准的医疗机构：

- 1) 主要运营目的是以住院病人形式提供接待患病、受伤的人并为其提供医疗护理和治疗，

2) 在一名或若干医生的指导下为病人治疗，其中最少有一名合法执业资格的驻院医生驻诊，

3) 维持足够妥善的设备为病人提供医学诊断和治疗，并于机构内或由其管理的其他地方提供进行各种手术的设备，

4) 有合法执业的护士提供和指导二十四小时的全职护理服务。

**本附加险合同中所指医院不包括以下或类似的医疗机构：**

- 1) 精神病院；
- 2) 老人院、疗养院、戒毒中心和戒酒中心；
- 3) 健康中心或天然治疗所、疗养或康复院。

#### **4. 合理医疗费用**

在中华人民共和国境外治疗的，指从医疗角度考虑使被保险人得到医生的诊治所必需的治疗、医药用品和医疗服务的正常费用；且不超过被保险人治疗所在国家或地区类似医疗服务的通常水平；且不超过未投保本附加险合同情况下应支付的医疗费用。包括医生诊断、处方、手术费、住院费、药费（仅限于医生处方所指定的药品）、X光检查、医疗用品、救护车等费用。

在中华人民共和国境内治疗的，指符合保险单签发地政府基本医疗保险报销范围的、合理且必要的医疗费用。

#### **5. 住院**

指被保险人因意外伤害，经医生根据临床诊断，必须入住医院之正式病房进行治疗，正式办理入院手续且连续住院二十四小时以上，但不包括入住门诊观察室、家庭病床、其它挂床住院及不合理的住院。如被保险人因非医疗目的自行离开病房12小时（含）以上，视为自动出院。

挂床住院指被保险人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除外。

#### **6. 先天性疾病：**

指被保险人一出生就具有的疾病（症状或体征）。这些疾病是因人的遗传物质（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中某些物理、化学和生物等因素的作用，使胎儿局部体细胞发育异常，导致婴儿出生时有关器官系统在结构或功能上呈现异常。

**7. 投保前已患上的疾病和症状：**

指被保险人在投保本附加险合同前六个月内曾出现任何症状而引致寻求诊断、医疗护理或医药治疗；或被保险人在本投保本附加险合同前六个月内曾经医生推荐接受医药治疗或医疗意见。

**8. 原出发地：**

若被保险人进行的旅行目的地为中国境内（不包括香港、澳门及台湾地区），则原出发地指被保险人在中国境内的日常居住地；若被保险人进行的旅行目的地为中国境外（包括香港、澳门及台湾地区），则原出发地指中国境内。

**本附加条款的未解释名词，均以主险的名词解释为准。**