

富德财产保险股份有限公司

附加个人境内旅行意外伤害医疗保险条款

(产品注册号为: C00016332522025022008653)

总则

第一条 本附加险合同须附加于个人境内旅行意外伤害保险合同(以下简称“主险合同”)。主险合同所附条款、投保单、保险单、保险凭证以及批单等,凡与本附加险合同相关者,均为本附加险合同的构成部分。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;本附加险合同未尽事宜,以主险合同条款规定为准。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。

第二条 除另有约定外,本附加险合同的保险金受益人为被保险人本人。

保险责任

第三条 在本附加险合同保险期间内,被保险人在中国境内(不含港、澳、台地区)旅行期间,因遭受主险合同责任范围内的意外伤害事故,并在中华人民共和国境内(不含港、澳、台地区)二级以上(含二级)医院(见释义)或保险人认可的医疗机构进行治疗,保险人就被保险人自事故发生之日起180日内实际支出的符合当地社会基本医疗保险(见释义)主管部门规定可报销的必需且合理(见释义)的医疗费用,扣除保险合同中约定的免赔额和被保险人从其他途径获得的针对该医疗费用的补偿后,余额部分按照保险单中载明的给付比例给付医疗保险金。其中,免赔额、给付比例由投保人、保险人双方约定,并在保险单中载明。

如保险期间届满时,被保险人因在保险期间内发生的该次意外事故造成的门急诊或住院(见释义)治疗仍未结束的,保险人按下列约定继续承担保险责任:门急诊治疗者,自保险期间届满次日起计算,最多延长15日;住院治疗者,自保险期间届满次日起计算至出院之日止,最多延长60日;但任何情况下,被保险人自该次意外事故发生之日起180日以后的医疗费用保险人不承担保险责任。

保险人对被保险人一次或者累计给付保险金达到本附加险合同约定的保险金额时,保险人对被保险人的本附加险合同保险责任终止。

费用补偿原则

第四条 本附加险合同适用费用补偿原则。被保险人通过任何途径所获得的医疗费用补偿金额总和以其实际支出的医疗费用金额为限。若被保险人已经从其他途径(包括社会基本医疗保险、公费医疗、工作单位、保险人在内的任何商业保险机构等)获得相关医疗费用补偿,则保险人仅对被保险人实际发生的医疗费用扣除其所获医疗费用补偿后的剩余部分,按本附加险合同约定负责赔偿。

社会基本医疗保险个人账户部分支出视为个人支付,不属于已获得的医疗费用补偿。

责任免除

第五条 主险条款中列明的“责任免除”事项,也适用于本附加险合同,保险人不承担保险责任。

第六条 下列原因造成被保险人发生医疗费用支出的，保险人不承担给付保险金责任：

- （一）被保险人非因意外伤害而进行的整容、整形手术，以及因任何原因进行的美容；
- （二）被保险人非因意外伤害而进行的牙科诊疗或手术、视力矫正、因矫正视力而做的眼科验光检查，以及任何原因导致的牙齿修复或牙齿整形、安装及购买残疾用具（如轮椅、假肢、假眼、假牙或者助听器等）；
- （三）被保险人进行一般身体检查、疗养、特别护理、静养、康复性治疗、物理治疗、心理治疗或预防性治疗；
- （四）被保险人不符合入院标准住院、挂床住院或应当出院但拒不出院而造成的延长住院费用；
- （五）被保险人投保前已有伤残的治疗和康复。

第七条 下列费用支出，保险人也不承担给付保险金责任：

- （一）当地社会医疗保险或其他公费医疗管理部门规定的自费项目和药品费用；
- （二）营养费、康复费、辅助器具费、护理费、交通费、伙食费、住宿费、误工费、取暖费、丧葬费、救护车费用；

第八条 对于本附加险合同载明的免赔额，保险人不承担给付保险金的责任。

保险期间

第九条 本附加险合同保险期间与主险合同保险期间一致，但最长不超过一年。

保险金额

第十条 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、保险人双方约定，并在保险单中载明。

免赔额和给付比例

第十一条 除另有约定外，本附加险合同免赔额和给付比例由投保人与保险人双方在投保时协商约定，具体以保险单中载明的为准。

非保证续保

第十二条 本附加险产品为非保证续保保险产品。保险期间届满，投保人需要重新向保险公司申请投保本产品，并经保险人同意，交纳保险费，获得新的保险合同。

保险金的申请与给付

第十三条 保险金申请人向保险人申请给付保险金时，应提交以下材料，因特殊原因不能提供以下材料的，应提供其它合法有效的材料。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）索赔申请书；
- （二）保险单及其他保险凭证；
- （三）保险金申请人的有效身份证明；
- （四）被保险人的旅行证明和相关资料，如景点门票、护照、签证、机票或车船票；
- （五）被保险人发生意外伤害事故的证明；
- （六）二级以上（含二级）医院或保险人认可的医疗机构出具的医疗费用发票/收据、费用明细清单/帐、病历、出院小结、诊断证明及其他医疗记录等；

(七)对于已经从社会基本医疗保险、公费医疗和任何第三方(包括任何商业医疗保险)获得相关医疗费用补偿的,应提供社会基本医疗保险机构、商业保险机构或其他第三方的医疗费用分割单或医疗费用结算证明;

(八)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;

(九)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

【二级以上(含二级)医院】指在中国境内(不包括香港、澳门、台湾)经中华人民共和国卫生部审核认定的二级或二级以上的公立医院普通部,不包括如下医疗或医疗服务机构:

1. 特需医疗、外宾医疗、干部病房、联合病房、国际医疗中心、VIP 部、联合医院、A 级病房;

2. 诊所、康复中心、家庭病床、护理机构;

3. 休养、戒酒、戒毒中心。

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,且能够提供全天二十四小时合格医师及护士的驻院医疗及护理服务。

被保险人须在本定义规定的医疗机构治疗。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医疗机构治疗。

【社会基本医疗保险】指国家最新修订颁布的《社会保险法》规定的基本医疗保险,包括职工基本医疗保险、城镇居民基本医疗保险、新型农村合作医疗等政府举办的基本医疗保险。

【必需且合理】指同时符合以下 2 个条件:

1. 符合通常惯例

指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的费用。

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。

2. 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与接受治疗当地普遍接受的医疗专业实践标准一致的项目。

对是否医学必需由保险人根据客观、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。

【住院】指被保险人确因临床需要、经医生诊断必须留院治疗，正式办理入院及出院手续，并确实入住医疗机构正式病房接受治疗的行为过程；被保险人必须连续留院二十四小时以上且由医疗机构收取病房或床位费用，**但不包括下列情况：**

1. 被保险人在医院的门急诊观察室、家庭病床（房）入住；
2. 被保险人在特需病房、外宾病房或其它不属于社会医疗保险范畴的高等级病房入住；
3. 被保险人入住康复科、康复病床或接受康复治疗；
4. 被保险人住院期间一天内未接受与入院诊断相关的检查和治疗，或一天内住院不满二十四小时，但遵医嘱到外院接受临时治疗的除外；
5. 被保险人住院体检；
6. 挂床住院及其他不合理的住院。挂床住院指办理正式住院手续的被保险人，在住院期间每日非 24 小时在床、在院，具体表现包括在住院期间连续若干日无任何治疗，只发生检查检验费、诊疗费、床位费等情况。