

富德财产保险股份有限公司

附加团体旅行意外伤害住院津贴保险条款

(产品注册号为: C00016332522025060321873)

总则

第一条 本附加险合同须附加于团体类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,本附加险合同的受益人为被保险人本人。

保险责任

第三条 保险期间内,被保险人持有效证件在保险单约定的承保区域内旅行期间,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)或保险人认可的境外医院(见释义)住院(见释义)治疗的,对于被保险人的每次实际住院天数(见释义),保险人按照如下约定向该被保险人给付每次住院津贴保险金:

(一)当被保险人每次实际住院天数不超过每次住院津贴免赔天数时,保险人不承担给付每次住院津贴保险金。

(二)当被保险人每次实际住院天数减去每次住院津贴免赔天数大于每次住院津贴最高给付天数时:

每次住院津贴保险金=每次住院津贴最高给付天数×每天住院津贴金额。

(三)当被保险人每次实际住院天数减去每次住院津贴免赔天数大于零且不超过每次住院津贴最高给付天数时:

每次住院津贴保险金=(每次实际住院天数-每次住院津贴免赔天数)×每天住院津贴金额。

若被保险人因同一原因多次住院,前次出院与后次住院日期间隔未达 90 天的,视为同一次住院。除另有约定外,保险期间届满时被保险人住院治疗仍未结束的,保险人继续承担保险责任至被保险人该次住院出院之日或者保险期间届满之日起第 60 日 24 时(以先发生者为准)止。

保险人对每一被保险人一次或累计给付的住院津贴天数以保险单中载明的每次住院津贴最高给付天数、累计最高给付天数为限。

责任免除

第四条 主险条款中列明的“责任免除”事项,也适用于本附加险合同,保险人不承担给付保险金责任。

第五条 下列原因造成被保险人住院治疗的,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;

(五) 被保险人投保前已有伤残的治疗和康复;

(六) 被保险人在非保险人认可的医疗机构住院治疗。

第六条 对于本附加险合同载明的每次住院津贴免赔天数, 保险人不承担给付保险金的责任。

保险期间

第七条 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。

每天住院津贴金额、免赔天数与给付天数

第八条 每天住院津贴金额、每次住院津贴免赔天数、每次住院津贴最高给付天数、累计最高给付天数由投保人与保险人协商确定, 并在保险单中载明。

除另有约定外, 每次住院津贴免赔天数为 3 天, 每次住院津贴最高给付天数为 90 天, 累计最高给付天数为 180 天。

非保证续保

第九条 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) 保险单或其他保险凭证;

(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) 意外伤害事故证明(凡由境外机构或人员出具的文件必须经境外出险地合法公证机构对文件的有效性 & 真实性进行公证, 或经中国驻当地所在国使领馆认可);

(六) 二级以上(含二级)医院或保险人认可的境外医院出具的病历、入院证明、出院小结、医疗诊断证明及其他医疗记录等;

(七) 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;

(八) 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。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。

【保险人认可的境外医院】是指符合下列所有条件的医疗机构：

（一）拥有合法经营执照；

（二）设立的主要目的为向受伤者和患病者提供留院治疗和护理服务；

（三）有合格的医生和护士提供全日 24 小时的医疗和护理服务；

（四）非主要作为康复医院、诊所、护理、疗养、戒酒、戒毒或类似的医疗机构。

被保险人须在本定义规定的医疗机构治疗。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。

【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。

【每次实际住院天数】指自入院至当次住院出院经过的天数（不含出院当天），不包括被保险人在住院治疗期间有擅自离院情形的天数。