

富德财产保险股份有限公司

附加团体境外旅行突发急性病医疗保险条款

(产品注册号为: C00016332522025070227403)

总则

第一条 本附加险合同须附加于团体类境外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 保险人根据下列约定承担保险责任:

(一) 突发急性病境外医疗费用保险金

在本附加险合同保险期间内,被保险人持有效证件在中国境外(包括港、澳、台地区,以下简称“境外”)旅行期间,因突发急性病(见释义)在境外保险人认可的医疗机构(见释义)进行门急诊或住院(见释义)治疗,保险人对于被保险人自该急性病发生之日起90日(含)内实际支出的符合医院所在当地政府核准的收费标准的、必需且合理(见释义)的医疗费用,在扣除本附加险合同约定的免赔额后,按照本附加险合同约定的给付比例给付突发急性病境外医疗费用保险金,但累计给付金额以保险单载明的本附加险合同的保险金额为限。

(二) 突发急性病返回境内医疗费用保险金

在本附加险合同保险期间内,被保险人持有效证件在中国境外旅行期间,因突发急性病在境外就医,并因该急性病于返回中国境内(不包括港、澳、台地区,以下简称“境内”)后需继续接受门急诊或住院治疗的,保险人对于被保险人在中国境内二级以上(含二级)医院(见释义)继续治疗而实际支出的、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的医疗费用,在扣除本附加险合同约定的免赔额后,按照本附加险合同约定的给付比例给付突发急性病返回境内医疗费用保险金。但承担责任的时间以被保险人返回境内后30日(含)和自该急性病发生之日起90日(含)两者中的短者为限。

(三) 保险人对每一被保险人一次或者累计给付保险金达到该被保险人本附加险合同约定的保险金额时,保险人对该被保险人的本附加险合同保险责任终止。

(四) 不论被保险人支付医疗费用时使用何种货币,保险人均按汇率折合人民币后,以人民币支付保险金。有关汇率以保险事故发生日的中国银行挂牌外汇中间价为准。

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 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) 矫形、整形、整容、美容；
- (二) 被保险人进行牙科诊疗、牙科手术、牙齿修复或牙齿整形，视力矫正、因矫正视力而做的眼科验光检查；
- (三) 健康体检、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（包括但不限于预防性阑尾切除、预防性扁桃体切除等）；
- (四) 被保险人投保前已有伤残的治疗和康复；
- (五) 既往症（见释义）及并发症（见释义）、性传播疾病、感染艾滋病病毒（HIV 阳性）或患艾滋病（AIDS）、遗传性疾病（见释义）、先天性疾病（见释义）或缺陷、先天性畸形、变形或染色体异常（见释义）；
- (六) 职业病、地方病、慢性病和慢性病的急性发作，投保前已患未治愈疾病的急性发作或并发症；
- (七) 投保人、被保险人的故意行为导致被保险人突发急性病；
- (八) 被保险人遭受意外伤害事故而进行治疗；
- (九) 接种疫苗、内外科手术或其他任何医疗行为导致的突发急性病；
- (十) 被保险人未遵医嘱，私自服用、涂用、注射药物；
- (十一) 被保险人醉酒、主动吸食或者注射毒品；
- (十二) 被保险人精神或行为障碍；
- (十三) 核爆炸、核辐射、核污染导致被保险人突发急性病；
- (十四) 恐怖袭击、战争、军事行动、暴动、武装叛乱；
- (十五) 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；
- (十六) 被保险人在境外突发急性病，但未在当地经医生诊治，而回境内进行的任何门急诊及住院治疗所发生的费用，除非已经过保险人的认可和同意的治疗；
- (十七) 被保险人旅行的目的是为了进行治疗或该旅行违背医嘱；
- (十八) 根据被保险人的主治医生的意见，可以合理延迟至被保险人返回原出发地后进行而被保险人坚持在当地进行的治疗或手术；
- (十九) 被保险人的产前产后检查、妊娠（包括但不限于宫外孕）、流产（含自然流产、人工流产）、分娩（包括但不限于剖腹产、难产）、节育手术、绝育手术、治疗不孕不育症以及上述原因引起的并发症；
- (二十) 被保险人出发前或出发当日，被保险人的旅行途经地、目的地已被中华人民共和国外交部、中华人民共和国文化和旅游部、中华人民共和国国家卫生健康委员会或具有相似法定职权的政府机构列为禁止前往或不建议前往的国家或地区。或被保险人的出发地政府或其他相关有权机构发布的出入境限制、隔离限制或全国封锁规定而限制被保险人出境

的。

第六条 下列费用支出，保险人也不承担给付保险金责任：

（一）被保险人返回境内治疗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）各种康复治疗器械、眼镜、假体、义肢、义齿、义眼、助听器、轮椅等辅助器具费，所有非处方医疗器械，非处方药物，保健食品及用品；

（三）营养费、康复费、护理费、交通费、伙食费、住宿费、陪住费、误工费、取暖费、丧葬费、材料费、病历费；

（四）未能取得医院或医生证明的相关费用。

第七条 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

第八条 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

第九条 保险金额是保险人承担给付保险金责任的最高限额。本附加险保险金额由投保人、保险人双方约定，并在保险单中载明。

免赔额和给付比例

第十条 本附加险合同免赔额和给付比例由投保人与保险人双方约定，并在保单中载明。

非保证续保

第十一条 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

第十二条 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）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；

（六）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；

（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

【突发急性病】指被保险人在保险生效之前未曾接受治疗或诊断、在保险期间突然发生的、并且经临床医学诊断需进行紧急治疗方能避免身体或生命伤害的疾病，**不包括既往症、慢性病、精神病、精神分裂、艾滋病、职业病、地方病、性传播疾病、遗传性疾病、先天性疾病或缺陷、先天性畸形、牙齿治疗、预防性手术等非必须紧急治疗的手术、器官移植。**

【医疗机构】是指符合下列所有条件的医疗机构：

1. 拥有合法经营执照；
2. 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；
3. 有合格的医生和护士提供全日 24 小时的医疗和护理服务；
4. 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。

【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。

【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。**

【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。

【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。

【既往症】指在保险生效日前被保险人已患有的且已知晓的有关疾病或症状。通常有以下情况：

(1) 保险生效日前，医生已有明确诊断，长期治疗未间断；

(2) 保险生效日前，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；

(3) 保险生效日前，医生已有明确诊断，但未予治疗。

【并发症】指疾病在发展过程中偶然引起的另一种疾病或症状，且新引起的疾病或症状非医务人员的过失所致。

【遗传性疾病】指生殖细胞或受精卵的遗传物质（染色体和基因）发生突变或畸变所引起的疾病，通常具有由亲代传至后代的垂直传递的特征，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。

【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。

【先天性畸形、变形或染色体异常】指被保险人出生时就具有的畸形、变形或染色体异常。先天性畸形、变形和染色体异常依照世界卫生组织《疾病和有关健康问题的国际统计分类》第十次修订版（ICD-10）确定。

本附加险合同未解释的术语，均以主险合同条款中的释义为准。