

中国太平洋财产保险股份有限公司

附加旅行急性病保险条款

注册号：C00001432522020050804681

总则

第一条 本保险合同附加于含意外伤害保险责任的各类旅行个人人身保险合同（以下简称“主险合同”），依主险合同投保人的申请，经保险人审核同意而订立。主险合同效力终止，本保险合同效力亦终止；主险合同无效，本保险合同亦无效。主险合同与本保险合同相抵触之处，以本保险合同为准。本保险合同未约定事项，以主险合同为准。

第二条 凡主险合同的被保险人，均可作为本保险合同的被保险人。

第三条 受益人

除另有约定外，本保险合同医疗费用保险金的受益人为被保险人本人，急性病身故保险金受益人为被保险人的继承人或依法享有保险金请求权的其他自然人。

保险责任

第四条 保险责任

一、医疗费用保险金

保险期间内，被保险人在旅行期间突发急性病，并在发病之日起五日（含）内在保险人认可的医疗机构治疗，保险人对被保险人自发病之日起三十日（含）内（或保单约定的日期）所支出的符合本保险单签发地政府社会医疗保险主管部门规定可以报销的合理且必要的医疗费用，按下列约定承担保险金给付责任：

（一）保险人对于医疗费用，在扣除100元免赔额后按80%的给付比例或按保险单约定的免赔额及给付比例给付急性病医疗费用保险金。保险期间内，保险人承担的保险期间届满被保险人治疗仍未结束的，保险人继续承担保险金给付保险责任，除另有约定外，住院治疗者最长至发病之日起第三十日止，门诊治疗者最长至发病之日起第十五日止。

应当给付的保险金=(被保险人发生的医疗费用的有效金额-免赔额)*给付比例

说明：

（1）被保险人发生的医疗费用的有效金额=被保险人每次就诊发生的合理且必要的属于保险责任范围内的医疗费用-被保险人从公费医疗、基本医疗保险、城乡居民大病保险取得的医疗费用补偿金额总和-被保险人从工作单位、保险人在内的商业保险公司等任何其他途径取得的医疗费用补偿金额总和。多次就诊被保险人累计发生的医疗费用的有效金额等于单次就诊被保险人发生的医疗费用的有效金额相加；

（2）免赔额：指每次事故免赔金额。除另有约定外，本合同的免赔额为100元；

（3）给付比例：指医疗费用给付比例，除另有约定外，本合同的给付比例为80%。若被保险人已从保险人在内的商业保险机构获得医疗费用补偿，则给付比例较保单约定的给付比例增加5个百分点，但同时，增加后的给付比例最高不超过100%。

(二) 在保险期间内, 保险人按照本合同约定对被保险人所负的急性病医疗费用保险金给付责任以保险单所载该被保险人的急性病医疗费用保险金额为限, 一次或累计给付的保险金达到急性病医疗费用保险金额时, 保险人对该被保险人的本条保险责任终止。

(三) 本保险合同为费用补偿型保险合同, 适用医疗费用补偿原则。保险人在本保险合同保险责任范围内给付保险金, 但若被保险人已从其它途径(包括但不限于社会医疗保险、公费医疗、工作单位、保险人在内的任何商业保险机构等)取得补偿, 对于与当地社会医疗保险支付范围相符的合理医疗费用, 保险人在扣除其他途径的补偿后, 在医疗费用保险金额的限额内按照本保险合同约定的免赔额和给付比例给付急性病医疗费用保险金。

二、急性病身故保险金责任(可选)

在本保险合同保险期间内, 被保险人突发急性病, 并在发病之日起三十日(或约定的时间)内因该急性病导致身故的, 保险人按照本保险合同约定的身故保险金额给付身故保险金。

上述责任为可选, 如未在保险单中列明, 保险人不承担赔偿责任。

责任免除

第五条 本保险合同的责任免除如下:

一、主险合同无效或失效, 保险人不负任何给付保险金责任;

二、主险合同中列明的“责任免除”事项, 也适用于本保险合同;

三、下列情形或者下列费用, 保险人不负任何给付保险金责任:

(一) 非因急性病而发生的治疗;

(二) 被保险人自致的疾病或伤害, 但被保险人为无民事行为能力人的除外;

(三) 被保险人投保前已有的残疾、未告知的既往症以及保险单特别约定除外的疾病;

(四) 被保险人进行一般健康检查、疗养、康复治疗、心理咨询或治疗, 或进行以捐献身体器官为目的的医疗行为;

(五) 被保险人先天性畸形、变形和染色体异常(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);

(六) 被保险人患性病、精神和行为障碍(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);

(七) 被保险人患职业病;

(八) 被保险人进行牙齿治疗、整容、美容、矫形、外科整形手术、变性手术、预防性手术(如预防性阑尾切除);

(九) 被保险人在二级以下且非保险人认可的医疗机构的治疗费用。

四、下列情形或者下列费用, 保险人不负任何给付急性病身故保险金责任:

(一) 投保人故意造成被保险人身故或疾病;

(二) 被保险人故意自伤、故意犯罪或抗拒依法采取的刑事强制措施;

- (三) 被保险人服用、吸食或注射毒品；
- (四) 被保险人未遵医嘱，私自使用药物，但按使用说明的规定使用非处方药不在此限；
- (五) 战争、军事冲突、暴乱或武装叛乱；
- (六) 核爆炸、核辐射或核污染；
- (七) 遗传性疾病，先天性畸形、变形或染色体异常；
- (八) 被保险人遭受意外伤害并因本次意外伤害直接导致被保险人在该意外伤害事故发生之日起180日内身故。

保险金额和保险费

第六条 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。保险金额一经确定，中途不得变更。

投保人应该按照合同约定向保险人交纳保险费并一次性交清。

保险期间

第七条 本保险合同保险期间与主险合同一致，除另有约定外，本保险合同保险期间最长为一年，以保险单载明的起讫时间为准。

保险金申请与给付

第八条 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：

一、医疗费用保险金申请

- (一) 保险金给付申请书；
- (二) 保险单原件；
- (三) 保险金申请人的身份证明；

(四) 保险人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、结算明细表和处方；如投保时被保险人有社会基本医疗保险或公费医疗，但保险金申请人未能提供社会基本医疗保险或公费医疗保障的医疗费用的补偿证明，保险人均视同被保险人未参加社会基本医疗保险或公费医疗保障的情况给付保险金，给付比例将按保险单约定的给付比例降低20个百分点；

(五) 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。

二、急性病身故保险金申请

- (一) 保险金给付申请书；
- (二) 保险单原件；
- (三) 保险金申请人的身份证明；

(四) 公安部门出具的被保险人户籍注销证明、中华人民共和国境内二级以上(含二级)或保险人认可的医院出具的被保险人身故证明书;

(五) 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;

(六) 保险金作为被保险人遗产时, 必须提供可证明合法继承权的相关权利文件。

申请人因特殊原因不能提供上述材料的, 应提供其他合法有效的材料。保险人认为保险金申请人提供的有关索赔的证明和资料不完整的, 将及时一次性通知补充提供。

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。

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。受益人为无民事行为能力人或者限制民事行为能力人的, 由其监护人代为申领保险金, 并需要提供监护人的身份证明等资料。

投保人解除保险合同

第九条 若投保人解除主险合同, 本保险合同一并解除, 合同解除后, 保险人参照主险合同有关规定退还本保险合同的未满期净保险费。如投保人申请解除本保险合同, 须填写解除合同申请书并向保险人提供下列资料:

- 一、保险合同;
- 二、投保人的有效身份证件。

自保险人收到解除合同申请书时起, 本保险合同终止。保险人自收到解除合同申请书之日起 30 日内向投保人退还本保险合同的未满期净保险费。

合同终止

第十条 发生下列情形之一, 本保险合同即时终止:

- 一、主险合同无效、解除、终止或保险期间届满;
- 二、本保险合同保险期间届满;
- 三、本保险合同约定的其他情形。

主险合同无效、解除、终止而导致本保险合同终止的, 保险人向投保人退还未满期净保险费, 但保险人已根据本保险合同约定给付保险金的除外; 主险合同按约定不退还保险费的, 本保险合同也不退还未满期净保险费。

其他事项

第十一条 医疗注意事项如下:

一、被保险人须在保险人认可的医疗机构治疗。急救不受此限, 但经急救情况稳定后, 须转入规定级别或保险人认可的医疗机构治疗;

二、被保险人因医疗条件限制，确需转院治疗，必须有转出医院主治医师以上级别人员签署的会诊报告及转院证明；

三、被保险人如为境外就医，本保险责任中的医疗费用按照被保险人在境内的保险单签发地相同治疗的平均水平折算；

四、本保险合同涉及的外币与人民币的汇率，以结算当日中国人民银行公布的外汇汇率为准。

第十二条 被保险人支出医疗费用并提出索赔申请后，应向保险人提交相关病历记录及医疗费用收据原件。当赔付金额未达实际支出医疗费用的全额时，索赔申请人可以书面形式向保险人申请发还收据原件。保险人在加盖印戳并注明已赔付金额后发还收据原件。

释 义

第十三条 除另有约定外，本保险合同中的下列词语具有如下含义：

旅行期间：指被保险人在保险期间内搭乘交通工具出发前往其境内日常居住地之外的旅行目的地之时起至该被保险人完成该次旅程后返回至其境内日常居住地之时止。

急性病：指在保险期间内，被保险人在保单生效之日前未曾接受治疗及诊断且在旅行途中突然发病必须立即在医院接受治疗方能避免损坏身体健康的疾病。经保险双方书面同意，可以在保单上列明所承保的急性病。

由以下原因所导致的疾病，不在本定义的范围之内：

1、被保险人患精神病或精神分裂、先天性疾病（包括先天性畸形）、遗传性疾病、性传播疾病；

2、牙齿治疗或预防性手术等非必须紧急治疗的手术，投保人与保险人有约定的除外；

3、被保险人住院后使用任何不被当地国家医疗机构认可有治疗价值的医疗或者护理手段以及产品；

4、任何获取移植器官或者捐献器官的行为；

5、发生在本合同保险单所列明的保险期间、范围和保险责任以外的保险事故；

6、化学污染；

7、保险单生效日前被保险人已具有的、保险期间内正在接受治疗、诊断、会诊或服用处方药物疾病或在保险单生效日前经医生诊断需在保险期间内进行诊断和治疗的疾病。

合理且必要的医疗费用：指治疗期间发生的符合本保险合同签发地政府当时适用的《城镇职工基本医疗保险药品目录》、《城镇职工基本医疗保险诊疗项目目录》、《城镇职工基本医疗保险医疗服务设施项目范围》及相关规定的医疗费用，**不含以下费用：**

1、按规定使用某些药品、进行特殊检查和特殊治疗时，需个人先行自付一定比例的医疗费用；

2、按规定转外就医需个人提高自负一定比例的医疗费用；

3、基本医疗保险制度规定以外的个人自费的医疗费用。

保险人认可的医疗机构：保险公司在保险单、批单或者批注中列明的医疗机构。未约定

定点医院的，则指中华人民共和国境内（港、澳、台地区除外）合法经营的二级以上（含二级）公立医院。

未到期净保费： $\text{未到期净保险费} = \text{保险费} \times [1 - (\text{保险单已经过天数} / \text{保险期间天数})] \times (1 - \text{费用比例})$ 。经过日数不足一日的按一日计算。

净保险费指投保人所交纳的保险费扣除每张保险单平均承担的保险人各项费用（含营业费用、代理费、各项税金、保险保障基金等）后的余额，费用比例同主险规定。

社会医疗保险：指包括城镇职工基本医疗保险、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障项目。