

渤海财险

附加旅行急性病医疗保险条款

总则

第一条 本附加险合同（以下简称“本合同”）是渤海财险境内（外）旅行意外伤害保险合同（以下简称“主险合同”）的附加险合同。本合同依主险合同投保人的申请，经保险人同意而订立。本合同作为主险合同的组成部分，主险合同效力终止，本合同效力亦同时终止；主险合同无效，本合同亦无效。本合同与主险合同相抵触之处，以本合同为准，未尽之处，以主险合同为准。

第二条 本合同的投保人、被保险人与主险合同的投保人、被保险人约定一致。

保险责任

第三条 在本合同的保险期间内，被保险人突发急性病，以此为直接且单独原因自该急性病发生之日起5日内在医疗机构进行治疗的，保险人按如下约定对该急性病发生之日起90日内发生的医疗费用给付急性病医疗保险金：

（一）在中华人民共和国境内（不含港澳台地区）的医疗机构进行治疗的，对被保险人每次事故中所支出的符合当地社会医疗保险主管部门规定可报销范围内的必要的、合理的医疗费用，保险人按如下约定给付急性病医疗保险金：

对于参加社会医疗保险的被保险人，保险人在扣除免赔额及当地社会医疗保险或其他途径已经补偿或给付部分后，在本合同保险金额内按约定的给付比例给付急性病医疗保险金；对于未参加社会医疗保险的被保险人，保险人在扣除免赔额及其他途径已经补偿或给付部分后，在本合同保险金额内按约定的给付比例给付急性病医疗保险金。

（二）在中华人民共和国境外的医疗机构进行治疗的，对被保险人在每次事故中所支出的必要的、合理的医疗费用，保险人在扣除免赔额及其他途径已经补偿或给付部分后，按约定比例给付急性病医疗保险金。

（三）免赔额及给付比例由投保人及保险人协商约定，并载明于保险单中。

（四）保险人承担给付急性病医疗保险金的责任以本合同约定的急性病医疗保险金额为限，对一次或者累计给付保险金之和达到该保险金额时，本合同的保险责任终止。

责任免除

第四条 除主险合同约定的责任免除事项外，下列损失、费用和责任，保险人也不负给付保险金责任：

- （一）被保险人在非本合同释义所指的医疗机构进行治疗的；
- （二）被保险人在本合同生效前的已有伤残或已遭受意外伤害的治疗和康复；
- （三）被保险人的洗牙、牙齿美白、正畸以及非因保险事故导致的烤瓷牙、种植牙或

镶牙等牙齿保健和修复；

（四）被保险人非因保险事故导致的视力矫正手术；

（五）被保险人非因保险事故导致装配假眼、假肢或者助听器；

（六）被保险人的变性手术、非因保险事故导致的整容或矫形手术；

（七）被保险人在康复疗养院、私人诊所、民办门诊部、社区（或企业内部）医疗服务中心（站）、家庭病床、挂床等治疗；

（八）被保险人一般性体格检查、健康检查、疗养或康复治疗、心理治疗、美容、特别护理或静养、非手术或药物治疗、健康护理等非治疗性行为；

（九）被保险人购买或者使用专用支架、器械、设备；

（十）被保险人任何获取移植器官或者捐献器官所产生的费用；

（十一）未经保险人同意的转院治疗；

（十二）被保险人在台湾、香港、澳门地区或中华人民共和国境外治疗；

第五条 投保人、被保险人未履行本条款中约定的投保人、被保险人相关义务的，保险人不承担相应的保险责任。

第六条 其他不属于本合同责任范围内的损失、费用和责任，保险人不负责赔偿。

保险期间

第七条 本合同的保险期间最长不超过一年，以保险单载明的起止时间为准。

（一）若本合同与主险合同同时投保，则本合同的保险期间与主险合同的保险期间相同；

（二）若投保人在主险合同保险期间内申请投保本附加险，则本合同保险期间开始日自保险人同意承保并收取保险费时开始（以保险人的批注或批单载明的日期为准），本合同的满期日与主险合同的满期日相同。

保险金额

第八条 保险金额是保险人承担给付保险金责任的最高限额。

本合同的保险金额由投保人、保险人双方约定，并在保险单中载明。

保险金的申请及给付

第九条 保险金申请人向保险人申请给付保险金时，除主险约定的材料外，还应提交以下材料。被保险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。**被保险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：**

1、保险金申请书；

2、保险单原件；

3、保险金申请人及被保险人的身份证明；

4、被保险人就诊医院出具的门诊病历、诊断证明、住院病历、出院小结原件、医疗费用收据原件、明细单、检查报告单等相关资料，如涉及外文的，提供中英文对照材料（文件内容以外文为准）；

5、有关部门提供的与确认保险事故的性质、原因、伤害程度等有关的其他证明和资料，如涉及外文的，提供中英文对照材料（文件内容以外文为准）；

6、保险金申请人所需提供的其他与本项申请相关的材料；

7、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

本合同涉及下列术语时，适用下列释义：

1、必要的：符合临床诊疗规范的诊断、治疗费用。

2、合理的：仅限治疗本次急性病事故直接导致的伤情所产生的医疗费用，但不包括由于治疗各类疾病或既往外伤所产生的医疗费用。

3、突发急性病：指被保险人在本附加险合同生效之日前 180 日内未曾接受诊断和治疗的，在本附加险保险期间内突然发生的、不及时救治将危及生命的急性疾病，但以下疾病或由以下原因所导致的疾病，不在本定义的范围之内：

（1）原来已患有的慢性病和慢性病的急性发作；

（2）被保险人患精神病或精神分裂；

（3）牙齿治疗或预防性手术等非必须紧急治疗的手术，投保人与本公司另有约定的除外；

（4）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手段、护理手段或产品；

（5）任何获取移植器官或者捐献器官的行为；

（6）化学污染。