

中国平安财产保险股份有限公司

平安旅行附加急性病医疗费用补偿保险条款

总则

第一条 本附加保险合同须附加于各种短期意外险、健康险保险合同（以下简称“主保险合同”）。主保险合同所附条款、投保单、保险单、保险凭证以及批单等，凡与本附加保险合同相关者，均为本附加保险合同的构成部分。凡涉及本附加保险合同的约定，均应采用书面形式。

若主保险合同与本附加保险合同的条款互有冲突，则以本附加保险合同的条款为准。本附加保险合同未尽事宜，以主保险合同的条款规定为准。

第二条 除另有约定外，本附加保险合同的保险金受益人为被保险人本人。

第三条 本保险合同的保险责任包括急性病医疗保险责任、急性病补充医疗保险责任。

被保险人未享有社会医疗保险或公费医疗保障，则只能投保急性病医疗保险责任；被保险人拥有社会医疗保险或公费医疗保障，则只能投保急性病补充医疗保险责任。

保险责任

第四条 在保险期间内，保险人承担下列保险责任：

（一）急性病医疗保险责任

被保险人在保险期间遭受急性病，并在符合本条款第十四条释义的医院（以下简称“释义医院”）进行治疗，自事故发生或诊断之日起 180 日内实际支出的，符合治疗地社会医疗保险或其他公费医疗主管部门规定的可报销范围内的，必要、合理的医疗费用，保险人按保险单载明的免赔额和赔付比例给付急性病医疗费用保险金。

被保险人在保险期间内无论一次或多次遭受急性病，保险人均按上述规定分别给付急性病医疗费用保险金，**但累计给付金额以被保险人的急性病医疗费用保险金额为限，累计给付金额达到急性病医疗费用保险金额时，对被保险人保险责任终止。**

（二）急性病补充医疗保险责任

被保险人在保险期间遭受急性病，并在释义医院进行治疗，自事故发生或诊断之日起 180 日内实际支出的，符合治疗地社会医疗保险或其他公费医疗主管部门规定的可报销范围内的，必要、合理的医疗费用，保险人对社会医疗保险或公费医疗赔付之后的剩余部分按保险单载明的免赔额及赔付比例给付急性病补充医疗费用保险金。

被保险人在保险期间内无论一次或多次遭受急性病，保险人均按上述规定分别给付急性病补充医疗费用保险金，**但累计给付金额以被保险人的急性病补充医疗费用保险金额为限，累计给付金额达到补充医疗费用保险金额时，对被保险人保险责任终止。**

上述急性病医疗保险责任、急性病补充医疗保险责任，被保险人如果已从其他途径获得补偿，则保险人只承担合理医疗费用剩余部分的保险责任。

责任免除

第五条 因下列原因造成被保险人医疗费用支出的，保险人不承担给付保险金责任：

- (一) 投保人的故意行为；
- (二) 被保险人自致伤害或自杀，但被保险人自杀时为无民事行为能力人的除外；
- (三) 因被保险人挑衅或故意行为而导致的打斗、被袭击或被谋杀；
- (四) 被保险人未遵医嘱，私自服用、涂用、注射药物；
- (五) 核爆炸、核辐射或核污染；
- (六) 椎间盘膨出或突出症、性病；
- (七) 既往疾病、慢性病；
- (八) 遗传性疾病、先天性畸形、变形或染色体异常；
- (九) 不孕不育治疗、人工受精、怀孕、分娩（含难产）、流产、堕胎、节育（含绝育）、产前产后检查以及由以上原因引起之并发症；
- (十) 牙科治疗、整容、美容或修复、疗养、康复治疗、矫形、视力矫正手术。

第六条 被保险人在下列期间遭受伤害导致医疗费用支出的，保险人也不承担给付保险金责任：

- (一) 战争、军事行动、暴动或武装叛乱期间；
- (二) 被保险人醉酒或毒品、管制药物的影响期间；
- (三) 被保险人患艾滋病（AIDS）或感染艾滋病病毒（HIV 呈阳性）期间。

第七条 下列费用，保险人不承担给付保险金责任：

- (一) 被保险人治疗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、辅助器具费、护理费、交通费、伙食费、误工费、丧葬费。

发生上述第五、六条情形，被保险人身故的，保险人对被保险人保险责任终止，并对投保人按日计算退还未满期净保费。

保险金额

第八条 本附加保险合同的急性病医疗费用保险金额、急性病补充医疗费用保险金额由投保人、保险人双方约定，并在保险单中载明。

保险金申请与给付

第九条 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。保险金申请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。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) 保险金给付申请书；
- (二) 保险单原件；
- (三) 被保险人身份证明；
- (四) 释义医院出具的医疗证明和医疗费用原始凭证；

(五) 保险金申请人所能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;

(六) 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。

被保险人经社会医疗保险或公费医疗报销后又通过其它途径获得了部分住院医疗费用的补偿并无法提供医疗费用原始凭证时, 需提供住院医疗费用凭证复印件等相关证明并注明已给付的比例和金额, 加盖支付费用单位的印章后保险人按本合同承担剩余合理住院医疗费用的保险责任。

其他事项

第十条 投保人应当根据被保险人的社保状况如实选择保险责任, 并在保单中载明。若保险期间内被保险人的社保状况发生改变, 应在 10 日内通知保险人, 保险人有权调整保险费。

第十一条 保险事故发生后, 被保险人需要治疗的, 应在释义医院就诊, 若因急诊未在释义医院就诊的, 应在三日内通知保险人, 并根据病情及时转入释义医院。若确需转入非释义医院就诊的, 应向保险人提出书面申请, 保险人在接到申请后三日内给予答复, 对于保险人同意在非释义医院就诊的, 对该期间发生的医疗费用按本附加保险合同规定给付保险金。

第十二条 被保险人如为境外就医, 本项保险责任中的医疗费用按照被保险人在国内的保险单签发地相同治疗的平均水平折算。

本附加保险合同涉及的外币与人民币的汇率, 以结算当日中华人民共和国中国人民银行公布的外汇汇率为准。

第十三条 发生下列情况之一者, 本附加保险合同即行终止:

- (一) 主保险合同终止;
- (二) 投保人解除本附加保险合同。

释义

第十四条

【急性病】指被保险人在本附加保险合同生效之前未曾接受治疗或诊断、在保险期间首次罹患且于 72 小时内急性发作的、并且必须立即接受治疗方能避免身体或生命伤害的疾病, 不包括既往疾病、慢性病、精神病、精神分裂、艾滋病、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。

【医院】指保险人与投保人约定的定点医院, 未约定定点医院的, 则指经中华人民共和国卫生部门评审确定的二级或二级以上的公立医院, 但不包括主要作为诊所、康复、护理、休养、静养、戒酒、戒毒等或类似的医疗机构。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, 且全天二十四小时有合格医师及护士驻院提供医疗及护理服务。

【既往疾病】指在本合同生效之前已经确诊, 或虽未经确诊但已经出现典型症状或已接受治疗, 或合同生效后确诊的疾病根据相关诊治资料说明或在医学上判定无法在保险合同开始后的短期内形成的疾病或症状。

【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。

【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》（ICD-10）确定。

【患艾滋病或感染艾滋病病毒】艾滋病病毒指人类免疫缺陷病毒，英文缩写为 HIV。艾滋病指人类免疫缺陷病毒引起的获得性免疫缺陷综合征，英文缩写为 AIDS。在人体血液或其它样本中检测到艾滋病病毒或其抗体呈阳性，没有出现临床症状或体征的，为感染艾滋病病毒；如果同时出现了明显临床症状或体征的，为患艾滋病。

【辅助器具费】指购买、安装或修理假肢、矫形器、假眼、假牙和配置轮椅等辅助器具的费用。

其他释义参照主保险合同条款。

