

平安产险附加境外旅行医疗费用补偿保险（A款）（互联网版）

注册号：C00001732522022101051233

总则

第一条 本附加保险合同须附加于互联网版的意外伤害保险合同（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 本保险合同仅限于互联网渠道销售。

保险责任

第三条 保险期间内，保险人根据下列约定承担保险责任：

（一）境外医疗费用

被保险人在境外旅行期间罹患疾病或遭受主保险合同约定的意外伤害事故，且必须在境外医疗机构进行治疗的，对于其实际支出的、必须由被保险人自行承担的、必需且合理的医疗费用，保险人按照本附加险合同的约定赔偿境外医疗费用保险金，但最高不超过保险单载明的境内外医疗费用保险金额。

前述“医疗费用”指医疗费用账单上列明的下述医疗费用，按当地政府核准的收费标准为限，包括：

1. 住院治疗费用、手术费用、救护车费。
2. 门诊治疗、医生诊察、处方费用。
3. 处方药品、检查检验（包括X光检查）、护理、医疗用品（如绷带）等费用。

如果被保险人遭受意外伤害事故或罹患疾病导致其身体无法移动，在原定旅行回程日以前无法运送回国的，保险人继续承担此期间的境外医疗费用，直到被保险人能够被移动为止，但最长不超过自该意外事故或疾病发生之日起九十日。

保险人对于被保险人在境外发生的医疗费用给付期限最长为自该意外事故或疾病发生之日起九十日。

（二）返回境内医疗费用

被保险人在境外旅行期间遭受主保险合同约定的意外伤害事故或罹患疾病并在境外就医，返回境内后因该意外事故或疾病仍需在境内医疗机构继续接受治疗的，对于其实际支出的、按照当地基本医疗保险主管部门规定可报销的、必须由被保险人自行承担的、必需且合理的住院医疗费用，保险人按照保险单载明的免赔额及给付比例给付返回境内医疗费用保险金，最长给付期限为自其返回境内之日起三十日，最高不超过保险单载明的境内外医疗费用保险金额。

其中，投保人和保险人针对以下两种情况，分别约定免赔额和给付比例，其中无社保约定的给付比例最高不得超过20%：

1、被保险人以参加基本医疗保险（或其他费用补偿型医疗保险）身份投保，并以参加基本医疗保险（或其他费用补偿型医疗保险）身份接受治疗并结算的；或以及被保险人以未

参加基本医疗保险（或其他费用补偿型医疗保险）身份投保的；则保险人根据本附加保险合同约定扣除保险单载明的免赔额后按**100%**予以赔偿。

2、若被保险人以参加基本医疗保险（或其他费用补偿型医疗保险）身份投保，但未以参加基本医疗保险（或其他费用补偿型医疗保险）身份接受治疗并结算的，则保险人根据本附加保险合同约定扣除保险单载明的免赔额后按**60%**予以赔偿。

保险期间内，保险人对上述各项保险金累计赔付金额以保险单载明的境内外医疗费用保险金额为限。

补偿原则

第四条 本附加保险合同遵循医疗费用补偿原则。

本保险合同适用医疗费用补偿原则。若被保险人已从其他途径（包括基本医疗保险、公费医疗、工作单位、保险人在内的任何商业保险机构，以及依法承担侵权损害赔偿责任的第三人等）获得医疗费用补偿，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余额按本保险合同的约定进行赔付。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 主保险合同项下的各项责任免除仍然适用于本附加保险合同。

第六条 下列情形发生的医疗费用，保险人不承担给付保险金责任：

- （一）被保险人违背医嘱而进行旅行；
- （二）被保险人旅行的目的就是寻求或接受医疗；
- （三）根据被保险人的主治医师的意见，可以被合理延迟至被保险人返回境内后进行治疗而被保险人坚持在境外进行的治疗或手术。

第七条 下列医疗费用，保险人不承担给付保险金责任：

- （一）既往症及其并发症、精神病、性传播疾病、感染艾滋病病毒或患艾滋病、遗传性疾病、先天性疾病或缺陷、先天性畸形造成的医疗费用；
- （二）非因意外伤害而进行的牙科治疗或手术的费用、任何原因导致的牙齿修复或牙齿整形的费用、以及对非自然牙进行的任何治疗费用；
- （三）非因意外伤害而进行的视力矫正的费用，以及因矫正视力而作的眼科验光检查的费用；
- （四）常规体检、预防性治疗、康复性治疗、心理治疗费用；
- （五）美容手术、外科整形、等任何非必须紧急治疗的手术费用；
- （六）营养费用；
- （七）未取得当地医疗机构出具的医疗证明以及医疗费用原始凭证的费用。
- （八）保险合同载明的免赔额。

保险金额、免赔额与赔付比例

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。本保险合同的境内外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。

本保险合同中的免赔额是指被保险人在保险期间内发生的、虽然属于本保险合同保险责任范围内的医疗费用，但依照本保险合同约定仍旧由被保险人自行承担，保险人不予赔付的金额。被保险人从其他途径已获得的医疗费用补偿可用于抵扣免赔额，但通过基本医疗保险、政府主办补充医疗、公费医疗获得的补偿，不可用于抵扣免赔额。

免赔额、赔付比例由投保人、保险人双方协商确定，并在保险单中载明。

投保人、被保险人义务

第九条 发生保险事故后，被保险人应及时联系保险人或通过保险人提供的紧急呼叫中心联系保险人的授权救援服务机构，并且应在指定的医疗机构就医或在救援服务机构的安排下就医。在紧急情况下，被保险人因身体状况危急须急救而暂时无法与救援服务机构取得联系的，应在恢复行动能力后立即通知救援服务机构。

投保人、被保险人知道保险事故发生后，应当及时通知保险人。**故意或者因重大过失未及时通知，致使保险事故的性质、原因、损失程度等难以确定的，保险人对无法确定的部分，不承担给付保险金责任**，但保险人通过其他途径已经及时知道或者应当及时知道保险事故发生的除外。

上述约定，不包括因不可抗力而导致的迟延。

第十条 被保险人应允许保险人对保险事故的原因、经过、损失程度进行合理的调查，如实提供相关的信息和文件，并在需要的情况下授权或允许其主治医生回答保险人、救援服务机构、授权医生所要求提供的信息。**被保险人不履行前述义务导致的保险人无法核定的损失，保险人不承担赔偿责任。**

保险金申请与给付

第十一条 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) 保单号或其他有效保险凭证；
- (三) 被保险人身份证明、保险金申请人身份证明；
- (四) 医疗机构出具的病历、诊断证明等医疗证明以及医疗费用原始凭证；
- (五) 保险金申请人所能提供的与确认保险事故的性质、原因、损失程度等有关的其他证明和资料。

其他事项

第十二条 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

【境外】指中华人民共和国香港、澳门、台湾地区，以及中华人民共和国之外的地区。

【医疗机构】是指符合下列所有条件的机构：

- （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二十四小时的医疗和护理服务；
- （4）非主要作为诊所、康复、护理、休养、静养、戒酒、戒毒等或类似的医疗机构。

若医疗机构处于中国境内（不包括港、澳、台地区），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或保险人认可的医疗机构。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。

【境内】指中华人民共和国境内，不包括香港、澳门、台湾地区。

【意外伤害】指以外来的、突发的、非本意的和非疾病的客观事件为直接且单独的原因致使身体受到的伤害。

【必需且合理】指符合通常惯例且医学必需。

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、有医生处方的项目；
- （2）不超过安全、足量治疗原则的项目；
- （3）非试验性的、非研究性的项目；
- （4）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。

【基本医疗保险】本合同所称的基本医疗保险是指《中华人民共和国社会保险法》所规定的基本医疗保险，包括城镇职工基本医疗保险、城镇居民基本医疗保险或城乡居民基本医疗保险、新型农村合作医疗等政府举办的基本医疗保障项目。

【医生】是指在医疗机构内行医并拥有处方权的医生，亦指在被保险人就医所在地区合法注册且有行医资格的医生。**医生不能为被保险人本人、被保险人的代理人、合伙人、雇**

员或雇主，或被保险人的家庭成员。

【既往症】指被保险人在本保险合同生效日之前已经确诊罹患的、或知道（应当知道）的有关疾病或症状。包括不限于以下情况：本保险合同生效前，医生已有明确诊断，长期治疗未间断的；医生已有明确诊断，治疗后症状未完全消失，有间断用药情况的；未经医生诊断和治疗，但症状明显且持续存在，以普通人医学常识应当知道的。

【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。

【感染艾滋病病毒或患艾滋病】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。在人体血液或其他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。