

阳光财产保险股份有限公司

旅行意外伤害保险附加医疗费用补偿保险（互联网专属）条款

（注册号：C00009332522022010536281）

总则

第一条 在投保阳光财产保险股份有限公司旅行意外类（互联网专属）保险（以下简称“主险”）的基础上，投保人可以投保本附加险。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。本附加险合同未约定事项，以主险合同为准；主险合同与本附加险合同相抵触之处，以本附加险合同为准。凡涉及本附加险合同的约定，均应采用书面形式。

第二条 本附加险合同的被保险人与主险合同的被保险人一致。

第三条 本附加险合同的投保人与主险合同的投保人一致。

第四条 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

第五条 本附加险合同的保险责任分为基本部分和可选部分。基本部分为意外伤害医疗费用保险金，可选部分为突发急性病医疗费用保险金。

可选部分是在投保人已选择投保基本部分的前提下可以选择投保的部分，若可选部分未在保险单中载明或批注，可选部分不产生任何效力。

在主险合同有效的前提下，在本附加险合同的保险期间内，被保险人在旅行期间，保险人承担下列保险责任：

（一）基本部分

意外伤害医疗费用保险金

被保险人因遭受主险合同保险责任范围内的意外伤害事故而支出的合理且必需的医疗费用，保险人依照第六条约定，在扣除本附加险合同约定的免赔额后，按本附加险合同约定的给付比例在意外伤害医疗保险金额内赔偿意外伤害医疗保险金。

（二）可选部分

突发急性病医疗费用保险金

被保险人因突发急性病而支出的合理且必需的医疗费用，保险人依照第六条约定，在扣除本附加险合同约定的免赔额后，按本附加险合同约定的给付比例在突发急性病医疗保险金额内赔偿突发急性病医疗保险金。

第六条 保险人对下列医疗费用承担补偿责任：

（一）如意外伤害事故或突发急性病发生在境外，自意外伤害事故或突发急性病发生之日起 90 日内，被保险人在事故发生地所在国家或地区的医疗机构进行治疗所实际支出的符合本附加险合同约定的合理且必需的医疗费用。

（二）如意外伤害事故或突发急性病发生在境内，自意外伤害事故或突发急性病发生之日起 90 日内，被保险人在境内医疗机构进行治疗所发生的符合当地的社会医疗保险药品目录、诊疗项目目录以及服务设施范围和支付标准的医疗费用。不符合的部分，保险人不

承担保险金赔偿责任。

(三) 若被保险人在境外治疗后转回境内继续治疗, 保险人对被保险人返回境内后 30 日内(最长不超过自意外伤害事故或突然急性病发生之日起 90 日)在境内医疗机构继续进行治疗所发生的符合当地的社会医疗保险药品目录、诊疗项目目录以及服务设施范围和支付标准的医疗费用承担保险金赔偿责任。

(四) 在保险期间内, 无论被保险人一次或多次遭受意外伤害事故或突发急性病, 保险人均按上述约定赔偿保险金。当单项保险责任项下累计赔偿的保险金总额达到保险单所载该被保险人的单项保险责任的保险金额时, 本附加险合同对该被保险人的该项保险责任终止。

(五) 本附加险合同的保险责任遵循医疗费用补偿原则。若被保险人已从其他途径(包括社会医疗保险、公费医疗、工作单位、保险人在内的任何商业保险机构等)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照本保险合同的约定进行赔付。社会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。

若被保险人已参加基本医疗保险、公费医疗的, 但未以参加基本医疗保险、公费医疗身份就诊并结算的, 则保险人根据保险单中单独约定的赔付比例进行赔付。

(六) 本附加险合同承担的牙科治疗费用仅限于因遭受意外伤害事故导致的牙齿伤害, 在保险人认可的医疗机构经医生诊断, 初次就诊而支付的合理紧急牙科治疗费用, 包括医生诊断费、手术费、药费(仅限医生处方中用于减轻疼痛的药品)。

责任免除

第七条 因下列原因导致被保险人支出医疗费用的, 保险人不承担赔偿保险金责任:

- (一) 主险合同列明的责任免除事项; 属于本附加险保险责任的不在此限;
- (二) 投保人、被保险人的故意行为;
- (三) 因被保险人或其家属不遵守医院规章制度、不配合治疗的行为造成的后果;
- (四) 遗传性疾病、先天性疾病、先天性畸形、变形和染色体异常;
- (五) 被保险人在本附加险合同保险期间开始前已患有的既往疾病和症状, 以及由该疾病引发的其他疾病(无论发生在本附加险合同保险期间开始前);
- (六) 被保险人旅行的目的之一是为了进行治疗或该旅行违背医嘱;
- (七) 根据被保险人的主治医生或救援机构的意见, 可以被合理延迟至被保险人返回其原出发地后进行, 而被保险人坚持在当地进行的治疗或手术。

第八条 下列各项损失、费用, 保险人不承担赔偿保险金责任:

- (一) 到达医院前, 被保险人未经保险人同意擅自使用或自助选择救助服务所发生的费用;
- (二) 未取得当地医院出具原始发票或收据及医疗证明的费用;
- (三) 被保险人支出的挂号费、护理费、陪住费、取暖费、伙食费、误工费、停尸费、救护车费用、材料费、病历费;

(四) 被保险人洗牙、洁齿、验光、矫形、整容、美容、心理咨询、器官移植或修复、安装及购买残疾用具或安装假器官(如轮椅、假肢、助听器、假眼、假牙等)的费用;

(五) 被保险人一般身体检查、疗养、静养、心理咨询、心理治疗及康复治疗等非临床治疗性行为的费用;

(六) 在境内医院治疗时发生的当地的社会医疗保险规定的药品目录、诊疗项目目录以及服务设施范围和支付标准以外的费用;

(七) 本保险合同约定的免赔额;

(八) 本保险合同约定的给付比例之外的费用。

保险金额、免赔额、给付比例

第九条 保险金额是保险人承担赔偿责任的最高限额。保险金额一经确定,中途不得变更。

投保人和保险人可以分别约定意外伤害医疗费用保险金额和突发急性病医疗费用保险金额,并在保险单中载明。保险单未载明保险责任及对应保险金额的,保险人不负责赔偿。

第十条 保险人和投保人可以在本附加险合同项下约定免赔额、给付比例等限制条件,并在保险单中载明。被保险人应自行承担保险单载明的免赔额范围内和给付比例之外的费用损失。

保险费

第十一条 投保人应该按照合同约定向保险人支付保险费。

保险期间

第十二条 本附加险合同的保险期间与主险合同的保险期间一致。

保险金的申请与赔偿

第十三条 保险金申请人向保险人申请赔偿保险金时,应提交作为索赔依据的证明和材料。保险金申请人因特殊原因不能提供以下材料的,应提供其它合法有效的材料。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。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赔偿保险金的责任。

(一) 保险金给付申请书;

(二) 保险单原件或其他保险凭证原件;

(三) 保险金申请人的有效身份证件;

(四) 符合本附加险合同约定的医院出具的诊断证明、病历、医疗费用原始收据、医

疗费用明细清单及医疗费用结算单；若被保险人已从其他途径（包括社会医疗保险、公费医疗、工作单位、保险人在内的任何商业保险机构等）获得医疗费用补偿，且赔付单位留存了医疗费用原始收据的，可提供加盖留存单位鲜章的医疗费用收据复印件或其他法定证明材料；

（五）意外事故应提供相关主管部门出具的事故证明文件；意外伤害事故发生地为境外的，应提供中华人民共和国驻外使领馆、办事机构出具的意外事故证明；

（六）保险金申请人所能提供的其他与确认保险事故的性质、原因、损失程度等有关的证明和资料。

第十四条 除另有约定外，本附加险合同的保险金申请人为被保险人本人。

释义

1、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原因致使身体受到的伤害。

2、突发急性病：指被保险人在保险合同生效之前未曾接受治疗或诊断、亦未出现或存在症状、体征、在旅行期间突然发生的、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、慢性病和慢性病的急性发作、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。**

常见的急性病：（1）高热（成人38.5摄氏度，小儿39摄氏度）；（2）急性腹部疼痛，剧烈呕吐，严重腹泻；（3）休克或者昏迷；（4）高原反应；（5）癫痫发作；（6）严重喘息，呼吸困难；（7）急性胸痛，心力衰竭，严重心律失常；（8）非因意外伤害所导致的，突发性眼睛红肿、疼痛或视力障碍；（9）非因意外伤害所导致的出血；（10）急性尿潴留；（11）食物中毒；（12）非药物原因所导致的急性过敏性疾病；（13）非因意外伤害所导致的，突发性眼睛红肿、疼痛或视力障碍。

3、保险人认可的医疗机构包括境外的医院和境内的医院：

境外的医院：指位于中华人民共和国境外，根据所在国家或地区法律合法成立、运营并符合下列所有标准的机构，**但不包括主要作为康复、门诊、护理、疗养、戒酒、戒毒或类似的机构：**

（1）拥有合法经营执照及执业许可；

（2）该医院必须具有系统的、充分的诊断设备，有医师和护士提供全日 24 小时的医疗和护理服务；

（3）二级或二级以上的医院，包括保险人认可的与二级或二级以上医院相同规模的医院。

境内的医院：指中华人民共和国境内（不含港、澳、台地区）二级或二级以上的医院，包括保险人认可的与二级或二级以上医院相同规模的医院。

被保险人须在本定义规定的医院治疗。意外伤害事故急救不受此限制，但在急救情况稳定后，须转入本定义规定的医院治疗。

4、必需且合理的医疗费用：同时满足以下两项条件的医疗费用：

（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医疗费用。

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：

- a. 治疗意外伤害所必需的项目；
- b. 不超过安全、足量治疗原则的项目；
- c. 由医生开具的处方药；
- d. 非试验性的、非研究性的项目；
- e. 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。

5、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。

6、既往疾病：保险生效日前被保险人已罹患的，已接受治疗、诊断、会诊或服用处方药物的疾病，或在保险合同生效日前经主治医师诊断或被医生推荐接受医药治疗或医疗意见的疾病，或在保险合同生效日前已经出现或存在的症状或体征。

7、原出发地：如被保险人进行旅行的目的地为中华人民共和国境内（不含港、澳、台地区），则原出发地指被保险人在中华人民共和国境内的户籍所在地或经常居住地；若被保险人进行的旅行目的地为中华人民共和国境外（含港、澳、台地区），则原出发地指中华人民共和国境内。

8. 保险金申请人：指被保险人本人、受益人或依法享有保险金请求权的其他自然人。