

众诚汽车保险股份有限公司

附加旅行期间医疗费用补偿保险条款（2023 互联网专属版）

注册号：C00015132522023060600373

总则

第一条 本附加险合同附加于各种互联网专属旅行意外伤害保险合同（以下简称**主险合同**）。主险合同所附条款、投保单及其附件、保险单、保险凭证以及批单等，均为附加险合同的构成部分。凡涉及附加险合同的约定，均应采用书面形式。

主险合同无效，附加险合同亦无效。主险合同与附加险合同相抵触之处，以附加险合同为准。附加险合同未约定事项，以主险合同为准。

第二条 除另有约定外，附加险合同投保人、被保险人与主险合同保持一致。

第三条 除另有约定外，本条款保险金受益人为被保险人本人。

保险责任

第四条 在保险期间内，被保险人在旅行期间遭受主险合同责任范围内的意外伤害事故或突发急性病，并在符合本条款释义的医疗机构进行治疗，自**事故发生或疾病诊断之日起 180 日内实际支出的必需且合理的医疗费用**，保险人按**保险单载明的免赔额和赔付比例**计算给付**旅行医疗费用保险金**。

本附加保险合同为费用补偿型保险合同，适用医疗费用补偿原则。被保险人如果已从其它任何途径（包括农村合作医疗保险、社会基本医疗保险、公费医疗、任何第三方个人或工作单位、保险人在内的任何商业保险机构、政府机构或者社会福利机构等）获得医疗费用补偿，保险人以**保险金额**为限，对被保险人获得补偿后的医疗费用的余额按照本附加保险合同约定给付**保险金**，即被保险人从全部途径获得的所有补偿金额之和不得超过被保险人实际发生的医疗费用。

若被保险人未以参加社会医疗保险身份就诊并结算的，则保险人根据本保险合同单独约定的给付比例进行给付。

保险人所负给付**医疗保险金**的责任以本附加保险合同项下的**保险金额**为限，对被保险人**一次或者累计给付保险金**达到本附加保险合同项下该被保险人的**保险金额**时，**保险责任**终止。

责任免除

第五条 下列**费用**或因下列**原因**造成被保险人**费用支出**的，**保险人**不承担**给付保险金**责任：

- （一）既往症及其并发症；
- （二）出险就诊地**社会医疗保险**或**公费医疗**管理部门规定的**自费项目**和**药品费用**；
- （三）**椎间盘膨出或突出症、性病**；
- （四）**遗传性疾病、先天性畸形、变形和染色体异常**；
- （五）**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**；
- （六）**一般性身体检查、疗养、特别护理、静养康复性治疗、物理治疗或心理治疗**；
- （七）**非因意外伤害而进行的视力矫正或因矫正视力而作的眼科验光检查**；
- （八）**洗牙、牙齿美白、正畸、烤瓷牙、种植牙或镶牙等牙齿保健和修复**，但因**意外伤害**引起的一般**牙齿治疗或手术**除外；
- （九）**整容、美容或修复手术**；
- （十）**营养费、辅助器具费、护理费、交通费、伙食费、误工费、丧葬费**；
- （十一）**被保险人主动吸食或注射毒品**；

(十二) 主险合同列明的“责任免除”事项。

第六条 发生本条款第五条情形(除投保人、被保险人故意制造保险事故的), 被保险人身故的, 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险费。投保人、被保险人故意制造保险事故的, 保险人有权解除合同, 并不退还保险费。

保险金额、免赔额与给付比例

第七条 本附加险保险金额、免赔额和给付比例由投保人与保险人双方约定, 并征得被保险人同意与认可后在保险单载明, 未经被保险人同意并认可保险金额的, 本附加险合同无效。

保险费

第八条 除另有约定外, 投保人应在保险合同成立时一次性缴清保险费, 投保人未按约定缴清保险费的, 保险合同不发生效力, 合同生效前发生的保险事故, 保险人不承担给付保险金责任。

投保人选择分期缴付保险费的, 需经投保人申请并经保险人同意, 在保险合同载明保险费分期缴付的周期及每期缴付金额。投保人未在保险责任起始前缴付首期保险费, 保险合同不生效, 保险人不承担给付保险金责任。缴付首期保险费后, 投保人应当按约定时间缴付余下各期保险费。投保人未在当期应缴费日缴付当期保险费, 可在保险人催告之日起 30 日内(含本数)或约定的当期应缴费日次日起 60 日内(含本数)补交当期保险费。前述规定期限简称宽限期。

投保人在宽限期内补交当期保险费, 被保险人在宽限期内发生保险事故的, 保险人应当按照合同约定给付保险金。

投保人超过宽限期仍未补交当期保险费, 合同效力于上一缴费周期届满日后中止, 合同效力中止后发生保险事故(包括被保险人在宽限期内发生保险事故), 保险人不承担给付保险金的责任。

前款合同效力恢复规则, 按《中华人民共和国保险法》相关规定执行。

保险期间

第九条 除另有约定外, 本附加险合同的“保险期间”同主险合同一致。

续保

第十条 本保险合同为不保证续保合同。保险期间届满, 投保人需要重新向保险人申请投保本产品, 并经保险人同意, 交纳保险费, 获得新的保险合同。

保险人义务

第十一条 订立保险合同时, 采用保险人提供的格式条款, 保险人向投保人提供的投保单应当附格式条款, 保险人应当向投保人说明保险合同内容。

对保险合同中免除保险人责任的条款, 保险人在订立合同时应当在投保单、保险单、本保险条款或者其他保险凭证上作出足以引起投保人注意的提示, 并对该条款内容以书面形式向投保人作出明确说明; 应做提示或者明确说明而未做, 该条款不产生效力。

第十二条 保险合同成立后, 保险人应当及时向投保人签发保险单或其他保险凭证。

第十三条 投保人和保险人可以协商变更合同内容。变更保险合同的, 应当由保险人在保险单或者其他保险凭证上批注或者附贴批单, 或者由投保人和保险人订立变更书面协议。

第十四条 保险人依本条款第十八条取得的合同解除权, 自保险人知道有解除事由之日起, 超过 30 日不行使而消灭。

第十五条 保险人按照本条款第二十二条款的约定, 认为被保险人提供的有关索赔的证明和资料不完整的, 应当及时一次性通知投保人、被保险人补充提供。

第十六条 保险人收到被保险人的给付保险金的请求后, 应当及时作出是否属于保险责任的核定; 情形复杂的, 应当在 30 日内作出核定, 但合同另有约定的除外。

保险人应当将核定结果通知保险金申请人; 属于保险责任的, 在与保险金申请人达成给付保险金协议后 10 日内, 履行给付保险金义务。保险合同对给付保险金期限有约定的, 保险人应当按照约定履行给付保险金义务。保险人未及时履行前款规定义务, 除

给付保险金外，还应当赔偿被保险人因此受到的损失。

任何单位和个人不得非法干预保险人履行给付保险金义务，也不得限制被保险人取得保险金权利。

保险人依照前述约定作出核定后，对不属于保险责任的，应当自作出核定之日起 3 日内向被保险人发出拒绝给付保险金通知书，并说明理由。

第十七条 保险人自收到给付保险金请求和有关证明、资料之日起 60 日内，对其给付数额不能确定的，应当先予给付根据已有证明和资料可以确定的数额；保险人最终确定给付金额后，应当支付相应差额。

投保人义务与被保险人义务

第十八条 投保人应当如实填写投保单并回答保险人提出的询问，履行如实告知义务。

投保人故意或者因重大过失未履行前述规定的如实告知义务，足以影响保险人决定是否同意承保或者提高保险费率的，保险人有权解除保险合同。保险合同自保险人的解约通知书到达投保人时解除。

投保人故意不履行如实告知义务的，保险人对合同解除前发生的保险事故，不给付保险金，并不退还保险费。

投保人因重大过失未履行如实告知义务，对保险事故的发生有严重影响的，保险人对合同解除前发生的保险事故，不承担给付保险金责任，但应当退还保险费。

保险人在合同订立时已经知道投保人未如实告知的情况的，保险人不得解除合同；发生保险事故的，保险人应当给付保险金。

第十九条 投保人住所、通讯地址、电话或电子邮件等联系方式变更时，应及时以书面形式通知保险人。投保人未通知，保险人按保险合同所载最后联系方式发送的有关通知，均视为已送达投保人。

第二十条 投保人、被保险人知道保险事故发生，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，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。

投保人或被保险人因不可抗力导致延迟履行上述通知义务的，不属于违反通知义务。

保险金申请与给付

第二十一条 保险人收到投保人、被保险人或者受益人的保险事故通知后，应在 1 个工作日内一次性给予理赔指导；在收到被保险人或者受益人的给付保险金请求后，保险人认为有关证明和资料不完整的，应于 2 个工作日内一次性通知投保人、被保险人或者受益人补充；在收到被保险人或者受益人的给付保险金请求及完整材料后，于 5 个工作日内作出核定，并于作出核定后 1 个工作日内通知申请人；如遇复杂情形，可将核定期限延展至 30 日。

第二十二条 保险金申请人向保险人申请给付保险金时，应提交与确认保险事故性质、原因、损失程度等有关的证明和材料。保险金申请人因特殊原因不能提供以下材料的，应提供其他具有同等证明效力的合法有效的材料。

1. 保险金给付申请书；
2. 保险金申请人有效身份证件；
3. 支持索赔的全部账单、证明、信息和证据，包括但不限于医院出具的病历资料、医学诊断书、处方、病理检查报告、化验检查报告、医疗费用原始单据、费用明细单据、住院每日费用结算清单（保险期间届满但治疗尚未结束时需提供）、手术费用清单（发生手术时需提供）等；
4. 保险金申请人所能提供的与确认保险事故性质、原因、损失程度等有关的其他证明和资料；
6. 保险金申请人委托他人申请的，还应提供经公证的授权委托书原件、委托人和受托人的身份证件等相关证明文件。

若通过保险人指定的网站、电子邮箱或其它互联网平台上传提交影像材料进行保险金申请的，在申请完成后，应按保险人要求递交相应的书面材料。

保险金作为被保险人遗产时，保险金申请人应当提供可证明其合法继承的相关文件。

保险金申请人未能提供上述约定的证明或资料，导致保险人无法核实事故情况及真实性，保险人对无法核实部分不承担给付保险金责任。

第二十三条 保险金申请人向保险人请求给付保险金的诉讼时效期间为二年，自其知道或者应当知道保险事故发生之日起计算。

争议处理与法律适用

第二十四条 因履行保险合同发生的争议，由当事人协商解决。协商不成的，提交保险单载明的仲裁机构仲裁；保险单未载明仲裁机构或者争议发生后未达成仲裁协议的，依法向具有管辖权的人民法院提起诉讼。

第二十五条 与保险合同有关的以及履行保险合同产生的一切争议处理，适用中华人民共和国法律（不包括香港、澳门和台湾地区的法律）。

其他事项

第二十六条 在保险合同成立后，投保人 can 以书面形式通知保险人解除合同。

投保人解除保险合同时，应提供下列证明文件和资料：

- （一）保险合同解除申请书；
- （二）投保人有效身份证件；
- （三）投保人已通知被保险人退保的有效证明。

投保人要求解除保险合同，保险人应当自收到解除合同通知之日起 30 日内，按照合同约定退还保险合同的未满期净保费。

第二十七条 发生下列情况之一者，附加险合同即行终止：

- （一）主险合同终止；
- （二）投保人解除附加险合同；
- （三）附加险合同约定的其他情形。

释义

【急性病】指被保险人突然发生、不及时救治将危及生命安危的急性疾病。

【医疗机构】指保险人认可的根据所在国家法律规定合法成立、运营并符合以下所有标准的医疗机构：

1. 主要运营目的是以住院病人形式提供接待患病、受伤的人并为其提供医疗护理和治疗；

2. 在一名或若干医生的指导下为病人治疗，其中最少有一名合法执业资格的驻院医生驻诊；

3. 维持足够妥善的设备为病人提供医学诊断和治疗，并于机构内或由其管理的其他地方提供进行各种手术的设备；

4. 有合法执业的护士提供和指导二十四小时的全职护理服务。

本保险合同所指的医疗机构不包括以下机构：

- 1. 精神病院；
- 2. 老人院、疗养院、戒毒中心和戒酒中心；
- 3. 健康中心或天然治疗所、疗养或康复院。

若医疗机构处于中国境内（不包括香港、澳门及台湾地区），则必须是中华人民共和国卫生部医院等级分类中的二级或二级以上的医院或保险人认可的医疗机构。

【既往症】指在第一次投保前罹患的被保险人已知或应该知道的有关疾病或症状。通常有以下情况：

（一）在第一次投保前，医生已有明确诊断，长期治疗未间断；

（二）在第一次投保前，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；

（三）在第一次投保前，医生已有明确诊断，但未予以治疗。

【并发症】指在某种原发疾病或情况发展进程中发生的、由于原发疾病或情况或其他独立原因所导致的继发疾病或情况。

【未到期净保费】指本合同所具有的价值，通常体现为解除合同时，根据精算原理计算的，由保险人退还的保险费金额。

未到期净保费=净保费×(1-m/n)，其中，m为已生效天数，n为保险期间的天数，经过天数不足一日的按一日计算。

【保险金申请人】指受益人或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。

其他释义适用主险合同。