

中国平安财产保险股份有限公司
平安产险附加境外旅行医疗费用补偿保险（互联网版）条款
注册号：C00001732522021122438063

总则

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

保险责任

第三条 在本附加保险合同保险期间内，被保险人在保险合同约定投保的地域范围内因遭受下列保险事故的，保险人根据下列约定承担保险责任：

（一）境外医疗费用

在保险期间内的境外旅行期间，被保险人遭受主保险合同约定的意外伤害事故或自保险期间开始且保险单载明的**等待期满之日后（续保从续保生效日起）罹患疾病（责任免除部分列明除外的疾病除外）**，且必须在境外医疗机构进行必要治疗的，对于其实际支出的、必需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（**不包括辅助生活的非治疗用品**）等费用。

如果被保险人遭受前述意外伤害事故或罹患前述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前述意外事故或疾病发生之日起九十日。

（二）返回境内医疗费用

在保险期间内的境外旅行期间，被保险人遭受主保险合同约定的意外伤害事故或自保险期间开始且保险单载明的**等待期满之日后（续保者自续保生效后）罹患疾病（责任免除部分列明除外的疾病除外）**，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、按照当地社会医疗保险主管部门规定可报销的、**

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返回境内医疗费用保险金，但最高不超过保险单载明的境内外医疗费用保险金额，最长给付期限为自其返回境内之日起三十日。

补偿原则和赔付标准

第四条 本附加保险合同遵循医疗费用补偿原则。

本附加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附加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。

关于赔付标准的说明如下：

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保险合同载明的“一般赔付比例”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保险合同载明的“其他赔付比例”予以赔偿。

在保险期间内，保险人对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。

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生的意见，可以被合理延迟至被保险人返回境内后进行的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。本附加保险合同的境内外医疗费用保险金额由投保人、保险人双方协商确定，并在保险合同中载明。

免赔额、一般赔付比例、其他赔付比例由投保人、保险人双方协商确定，并在保险合同中载明。

保险期间与续保

第九条 本附加保险合同保险期间由投保人、保险人双方约定，并在保险单中载明，且最长不得超过一年、也不得小于主保险合同的保险期间。

第十条 本附加保险产品遵循不保证续保条款：本产品保险期间不超过一年。保险期间届满，投保人需要重新向保险人申请投保本产品，经保险人同意，交纳保险费，获得新的保险合同。

若发生下列情形之一的，本合同不再接受续保：

- (一) 本产品统一停售；
- (二) 被保险人身故；
- (三) 投保人对于保险人就投保人或者被保险人的有关情况提出的询问未履行如实告知义务，足以影响保险人决定是否同意承保，保险人已经解除保险合同的；
- (四) 投保人未如实告知，被保险人不符合投保条件或存在欺诈情形的；

等待期

第十一条 本附加保险合同的等待期由投保人和保险人双方约定，并在保险单中载明，最长不得超过一百八十天；如未载明的，则默认为三十天。

因意外伤害发生保险责任的，无等待期。

如为连续不间断续保的（同一被保险人连续在本保险人处投保本条款为基础的保险合同，保险期间衔接不中断），从第二期保险合同起的连续不间断续保保险合同不适用等待期。

若保险合同未连续不间断续保，则需重新适用等待期。

保险金申请与给付

第十二条 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) 释义医院出具的病历材料（包括出院记录或出院小结）、诊断证明、处方、病理检查报告、化验检查报告、医疗费用原始凭证及费用明细单据等；

(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。

第十三条 被保险人同时拥有多份有效的费用补偿型医疗保险单的，可以自主决定理赔申请顺序。

被保险人经基本医疗保险或公费医疗报销后又通过其它途径获得了部分医疗费用的补偿并无法提供医疗费用原始凭证时，需提供门急诊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附加保险合同约定承担剩余合理医疗费用的保险责任。争议处理和法律适用

第十四条 因履行本附加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且争议发生后未达成仲裁协议的，依法向中华人民共和国法院（不包括港澳台地区）起诉。

第十五条 与本附加保险合同有关的以及履行本附加保险合同产生的一切争议处理适用中华人民共和国法律（不包括港澳台地区法律）。

其他事项

第十六条 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。

【境内】指中华人民共和国境内，不包括香港、澳门、台湾地区。

【等待期】又称保险责任等待期、观察期，指从保险合同生效日开始后一定时间内，对被保险人因疾病所致的保险事故，保险人不承担责任，等待期结束后保险人才按照保险合同约定承担保险责任。

【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。

【既往症】指被保险人在本附加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：本附加保险合同生效前，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。

【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。**

【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医院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。

【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。

其他释义参照主保险合同条款。