

# 渤海财险

## 附加旅行高风险运动人身意外伤害医疗费用保险条款

### 总则

**第一条** 本附加险合同（以下简称“本合同”）是渤海财产保险股份有限公司旅行高风险运动人身意外伤害保险合同（以下简称“主险合同”）的附加险合同。本合同依主险合同投保人的申请，经保险人同意而订立。本合同作为主险合同的组成部分，主险合同效力终止，本合同效力亦同时终止；主险合同无效，本合同亦无效。本合同与主险合同相抵触之处，以本合同为准，未尽之处，以主险合同为准。

**第二条** 本合同的投保人、被保险人与主险合同的投保人、被保险人约定一致。

**第三条** 除另有约定外，本合同的受益人为被保险人本人。

### 保险责任

**第四条** 在本合同保险期间内，被保险人遭受主险合同保险责任范围内的意外伤害事故，且因该事故为直接且单独原因导致其在主险合同释义所指的医疗机构（下同）进行治疗的，保险人按如下约定向被保险人给付医疗费用保险金：

（1）在中华人民共和国境内的医疗机构进行治疗的，对被保险人每次事故中所支出的符合当地社会医疗保险主管部门规定可报销范围内的必要的<sup>1</sup>、合理的<sup>2</sup>医疗费用，保险人按如下约定给付医疗费用保险金：

对于参加社会基本医疗保险的被保险人，保险人在扣除免赔额及当地社会医疗保险或其他途径已经补偿或给付部分后，按约定的给付比例给付医疗费用保险金；对于未参加社会医疗保险的被保险人，保险人在扣除免赔额及其他途径已经补偿或给付部分后，按约定的给付比例给付医疗费用保险金。

（2）在中华人民共和国境外的医疗机构进行治疗的，对被保险人在每次事故中所支出的必要的、合理的医疗费用，保险人在扣除免赔额及其他途径已经补偿或给付部分后，按约定的给付比例给付医疗费用保险金。

（3）本合同保险期间届满时，被保险人仍在接受门诊或住院治疗的，保险人所负保险责任期限可按下列约定延长：门诊治疗者，自保险期间届满次日起计算，以15日为限；住院治疗者，自保险期间届满次日起计算至出院之日止，最长以90日为限。

以上免赔额和给付比例由投保人与保险人协商约定，并载明于保险单中。

保险人承担的给付医疗费用保险金的责任以本合同约定的保险金额为限，对一次或者累计给付保险金之和达到该保险金额时，对该被保险人的保险责任终止。

### 责任免除

**第五条** 除主险合同约定的责任免除事项外，下列损失、费用和责任，保险人也不负给付保险金责任：

- （一）被保险人在本合同生效前的已有伤残或已遭受意外伤害的治疗和康复；
- （二）被保险人的法定传染病<sup>3</sup>，遗传性疾病<sup>4</sup>，先天性畸形、变形或染色体异常<sup>5</sup>；

(三) 被保险人患性病<sup>6</sup>；

(四) 被保险人的洗牙、牙齿美白、正畸以及非因保险事故导致的烤瓷牙、种植牙或镶牙等牙齿保健和修复；

(五) 被保险人非因保险事故导致的视力矫正手术；

(六) 被保险人非因保险事故导致装配假眼、假肢或者助听器；

(七) 被保险人的变性手术、非因保险事故导致的整容或矫形手术；

(八) 被保险人购买或者使用专用支架、器械、设备；

(九) 被保险人任何获取移植器官或者捐献器官所产生的费用；

(十) 被保险人在非主险合同释义所指的医疗机构进行治疗的；

(十一) 被保险人健康护理等非治疗性行为；

(十二) 未经保险人同意的转院治疗；

(十三) 其他不属于本合同责任范围内的损失、费用和责任，保险人不负责赔偿。

### 保险金额、免赔额和保险费

**第六条** 保险金额是保险人承担给付保险金责任的最高限额。

本合同的保险金额由投保人与保险人协商约定，并载明于保险单中。

本合同的免赔额由投保人与保险人协商约定，并载明于保险单中。

除另有约定外，投保人应在保险合同成立时一次交清保险费。保险费交清前发生的保险事故，保险人不承担保险金给付责任。

### 保险期间

**第七条** 本合同的保险期间最长不超过一年，以保险单载明的起止时间为准。

(一) 若本合同与主险合同同时投保，则本合同的保险期间与主险合同的保险期间相同；

(二) 若投保人在主险合同保险期间内申请投保本附加险，则本合同保险期间开始日自保险人同意承保并收取保险费时开始（以保险人的批注或批单载明的日期为准），本合同的满期日与主险合同的满期日相同。

### 保险金的申请

**第八条** 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。

- 1、保险金给付申请书；
- 2、保险单原件或其他保险凭证；
- 3、保险金申请人及被保险人的身份证明；

---

4、事发当地有权部门出具的保险事故证明或中国驻该国使、领馆出具的相关事故资料的领事认证，如涉及外文的，提供中外文对照材料（文件内容以外文为准）；

5、被保险人就诊的医疗机构出具的门诊病历、诊断证明、住院病历、出院小结复印件、医疗费用收据原件、明细单、检查报告单等相关资料，如涉及外文的，提供中外文对照材料（文件内容以外文为准）；

6、有关部门出具的与确认保险事故的性质、原因、伤害程度有关的意外事故证明和资料，如涉及外文的，提供中外文对照材料（文件内容以外文为准）；

7、保险金申请人所需提供的其他与本项申请相关的材料；

8、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。

## 释义

**1、必要的：**符合临床诊疗规范的诊断、治疗费用。

**2、合理的：**仅限治疗本次意外伤害事故直接导致的伤情所产生的医疗费用，但不包括由于治疗各类疾病或既往外伤所产生的医疗费用。

**3、法定传染病：**指《中华人民共和国传染病防治法》中规定的甲、乙、丙类传染病，以及国务院卫生行政部门决定并予以公布的其他传染病。

**4、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。

**5、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。

**6、性病：**是指由性行为接触为主要传播途径的、严重危害健康的传染性疾病，包括淋病、梅毒、非淋菌性尿道炎、尖锐湿疣、生殖器疱疹、软下疳、性病性淋巴肉芽肿、艾滋病等疾病。