

华泰财险附加境外工作人员医疗费用保险条款

总则

第一条 本附加境外工作人员医疗费用保险条款（以下简称本附加条款）须附加于保险合同载明的保险人主险条款使用。

第二条 本附加条款作为保险合同的组成部分之一，主险条款效力终止，本附加条款效力亦同时终止；主险条款无效，本附加条款亦无效。本附加条款与主险条款相抵触之处，以本附加条款约定为准，本附加条款未约定事项，以主险条款约定为准。

保险责任

第三条 在保险期间内，被保险人持有合法有效证件在中华人民共和国（不含港澳台）境外工作或回国探亲、休假、出差期间，遭受意外伤害事故或突发疾病，保险人按照本附加条款约定负责赔偿被保险人因下列事项产生的医疗费用：

（一）如意外伤害事故或突发疾病发生在境外，且全程在境外合法经营的医疗机构就诊或住院治疗的，就其自意外伤害事故发生或突发疾病诊断之日起九十日（含九十日）内在境外治疗实际支出的合理、惯常且必须的医疗费用。**保险人根据本保险合同约定扣除免赔额后、按照保险合同约定的给付比例给付医疗保险金，保险人累计给付金额不超过保险合同中载明的医疗费用保险金额。**

（二）如意外伤害事故或突发疾病发生在境外，且被保险人直接返回中国境内或在境外合法经营的医疗机构就诊或住院治疗后又返回境内继续治疗的，就其自意外伤害事故发生或突发疾病诊断之日起一百八十日内（含第一百八十日）**（境外治疗以九十日为限）**在中国境内保险人认可的医院实际支出的合理、惯常且必须的、符合当地社会基本医疗保险主管部门规定的社会医疗保险报销范围内的医疗费用。**保险人根据本保险合同约定扣除免赔额后、按照保险合同约定的给付比例给付医疗保险金，保险人累计给付金额不超过保险合同中载明的医疗费用保险金额。**

（三）如意外伤害事故或突发疾病发生在中国境内（不含港澳台）休假、探亲和出差期间，且被保险人未在境外治疗，就其自意外伤害事故发生或突发疾病诊断之日起一百八十日（含第一百八十日）在中国境内保险人认可的医院就诊或住院实际支出的合理、惯常且必须的、符合当地社会基本医疗保险主管部门规定的社会医疗保险报销范围内的医疗费用。**保**

险人根据本保险合同约定扣除免赔额后，按照保险合同约定的给付比例给付医疗保险金，
保险人累计给付金额不超过保险合同中载明的医疗费用保险金额。

当被保险人住院治疗跨两个保险年度时，保险人以意外伤害事故发生日或突发疾病诊断之日当年度保险合同对应的保险金额为限给付医疗保险金。

第四条 可选保险责任

投保人可以通过在保险合同中另行约定的方式投保如下保险责任。

（一）在保险期间内，保险人持有合法有效证件在境外工作、回国探亲、休假或出差期间，因遭受传染病、流行疫病或大规模流行疫病导致在境外合法经营的医疗机构或中国境内保险人认可的医疗机构就诊或住院治疗的，保险人按照本附加条款的约定给付医疗费用。

（二）在保险期间内，保险人在回国探亲、休假或出差期间，因遭受意外伤害事故或突发疾病，在中国境内保险人认可的医疗机构就诊或住院治疗的，因该次保险事故所发生的必要的疫苗费用（包含自费疫苗），保险人按照本附加条款的约定给付医疗费用。

责任免除

第五条 对被保险人发生的下列医药费用支出，保险人不承担赔偿责任：

1、被保险人康复性治疗、物理治疗、安胎及分娩（包括剖腹产、流产及引产）等所产生的费用；

2、因避孕或绝育手术、扁桃腺、腺样体、疝气、女性生殖器官疾病、药物过敏的治疗费用或上述疾病导致的手术所产生的医疗费用；

3、被保险人护理（陪住）费、取暖费、伙食费、误工费及装配假眼、假牙、假肢、用于矫形、整容、安装残疾用具、聘用特别看护或私家看护等需要自付的费用；

4、被保险人美容、整形、矫形术、非必须紧急性治疗的手术、心理咨询及角膜屈光成形手术所产生的费用；

5、被保险人健康护理（含体检、健康体检、疗养、特别护理或静养）等非治疗性的行为及无客观病征证明其不健康及以捐献身体器官为目的的医疗行为所产生的费用；

6、被保险人移植人工器官、验光、洗牙、洁齿、牙齿治疗或手术及镶补所产生的费用，但因意外伤害引起的一般牙齿治疗或手术除外；

7、被保险人先天性疾病和症状、遗传性疾病、先天性畸形或缺陷的治疗和康复所产生的费用；

8、被保险人投保前已患上的疾病和症状（慢性病的急性发作除外）、精神病、精神分裂症、心理疾病、性病的治疗和康复所产生的费用；

9、无当地医院出具原始发票或收据及医疗证明的费用；

10、被保险人在中国境内治疗支出的费用超过社会基本医疗保险同类医疗费用标准的费用；

11、主险条款约定的责任免除事项。

医疗押金担保或垫付救援服务

第六条 当被保险人遭受意外伤害事故或突发疾病时，被保险人或其旅行同伴通知保险人委托的救援机构或其授权代表（以下简称“救援机构”）提供医疗服务咨询或安排住院时，对于担保住院期间发生的医疗押金，在保险人授权的条件下，救援机构在本附加条款项下的保险金额内负责为被保险人住院期间医疗费用进行担保。

保险金额和保险费

第七条 保险金额是保险人承担给付保险金责任的最高限额。保险金额由投保人、保险人双方约定，并在保险合同中载明。投保人应该按照本附加条款约定向保险人交纳保险费。投保人若未按约定足额交纳保险费，保险人对其实际足额支付之日前发生的保险事故，不承担相应的保险责任。保险人和投保人可以在本附加条款项下约定免赔额及赔付比例等限制条件并在保险合同中载明。

保险期间

第八条 除非另有约定，本附加条款的保险期间同主险合同一致。

保险金申请

第九条 保险金申请人请求赔偿时，应向保险人提供下列证明文件和资料：

- 1、索赔申请书
- 2、保险合同或保险凭证；
- 3、被保险人户籍证明或身份证明；
- 4、被保险人的合法有效证件（含签证页）；

5、医院出具的附有病理检查、代验检查及其他医疗仪器检查报告的医疗诊断证明、病历及医疗、医药费原始单据、出院小结原件；

6、投保人或有关政府部门出具的事故经过及证明；

7、投保人和被保险人雇佣关系或劳动关系的证明和资料；

8、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。

以上资料和证明是保险索赔的重要依据，如索赔申请人未能及时提供有关单证，导致保险人无法核实单证的真实性及其记载的内容的，保险人对无法核实部分不负赔偿责任。

第十条 本附加条款的损失计算和保险金支付在涉及外国货币时，均折合人民币计算，并以人民币赔偿。有关汇率以保险事故发生日的中国银行挂牌外汇中间价为准。

第十一条 若被保险人的损失已从其他途径或其他保险公司获得赔偿的，保险人可根据有关单位或保险公司出具的相关单证或给付保险金证明，在按照本附加条款赔偿保险金时，相应扣减被保险人已从其他途径或其他保险公司获得的赔偿金。

第十二条 当赔付金额未达实际支出住院医疗费用的金额时，索赔申请人可以书面形式向保险人申请发还原始单据，保险人在加盖公章并注明已赔付金额后发还原始单据。

释义

1、意外伤害：

指外来的、突发的、非本意的、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。

2、突发疾病：

指突然发生急性病、症状或体征，如不立即就医将危及生命。突发疾病包括但不限于：

- (1) 高热（成人达到 38.5 摄氏度或以上，小儿达到 39 摄氏度或以上）；
- (2) 急性阑尾炎或剧烈呕吐或严重腹泻；
- (3) 高原反应、癫痫大发作或癫痫持续状态、休克或昏迷；
- (4) 严重喘息或呼吸困难、肺栓塞；
- (5) 急性胸痛、急性心肌梗塞或心力衰竭或严重心律失常；
- (6) 高血压危象/高血压脑病/脑血管意外；
- (7) 五官、呼吸道、食道异物；
- (8) 非因意外伤害所导致的急性大出血；

(9) 急性尿潴留、肾绞痛、胆绞痛、胃肠绞痛、急性胃扩张/胃扭转；

(10) 急性过敏性疾病；

(11) 非因意外伤害所导致的突发性的眼睛红肿疼痛或视力障碍；

(12) 感染传染病。

3、住院：

指被保险人入住医院之正式病房进行治疗，经医生根据临床诊断，必须正式办理入院手续且连续住院二十四小时以上，但不包括入住门诊观察室、家庭病床、其他挂床住院及不合理的住院。如被保险人因非医疗目的自行离开病房十二小时（含）以上，视为自动出院。

4、医疗机构/医院：

在中国境内（不包括香港、澳门、台湾地区）的医院是指经中华人民共和国卫生部门评审确定的二级或以上的公立医院或投保人与保险人协商共同指定的医院或医疗机构。

在中国境外（包括香港、澳门、台湾地区）的医院是指保险人认可的，根据所在国家法律合法成立、运营并符合以下标准的医疗机构：

(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。

本附加条款中所指医院不包括以下机构：

(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。

5、合理、惯常且必须的医疗费用：

指由医生或医院根据被保险人的病情或伤情，实施的必要的医疗行为所发生的医疗费用。如被保险人在中国境内（不含港、澳、台）治疗的，则发生的合理、惯常且必须的医疗费用指符合被保险人中国境内常驻地基本医疗保险规定的药品目录、诊疗项目目录、服务设施范围和支付标准的医疗费用。

6、传染病：

指世界卫生组织、国务院卫生行政部门及其他官方卫生防疫组织公布的传染病病种，并

根据传染病暴发、流行情况和危害程度，可以决定增加、减少或者调整传染病病种。

传染病根据《中华人民共和国传染病防治法》的规定分为甲类、乙类和丙类。

（1）甲类传染病（2种）是指：鼠疫、霍乱。

（2）乙类传染病（26种）是指：传染性非典型肺炎（严重急性呼吸综合征）、艾滋病、病毒性肝炎、脊髓灰质炎、人感染高致病性禽流感、甲型H1N1流感、麻疹、流行性出血热、狂犬病、流行性乙型脑炎、登革热、炭疽、细菌性和阿米巴性痢疾、肺结核、伤寒和副伤寒、流行性脑脊髓膜炎、百日咳、白喉、新生儿破伤风、猩红热、布鲁氏菌病、淋病、梅毒、钩端螺旋体病、血吸虫病、疟疾。

（3）丙类传染病（11种）是指：流行性感冒、流行性腮腺炎、风疹、急性出血性结膜炎、麻风病、流行性和地方性斑疹伤寒、黑热病、包虫病、丝虫病，除霍乱、细菌性和阿米巴性痢疾、伤寒和副伤寒以外的感染性腹泻病、手足口病。

7、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。

本附加条款的未释义名词，以本附加条款所附属的主保险合同条款中的释义为准。