

华泰财产保险有限公司

全球至尊健康团体医疗保险条款（2015 版）

一般条款

第一条 保险合同的组成

本保险合同包括保险单（指团体保险单）、团体投保申请书或其他申请表、与投保人约定的保险费率以及保单文件，包括保险凭证、保障一览表和被保险人手册。投保人、被保险人或受益人的权利将受到上述条款而非其他任何条款的影响。

第二条 语言

保险合同可使用英文或中文。如中英文有不一致之处，以中文版本为准。

第三条 受益人

除另有约定外，本保险合同的受益人为被保险人本人。

第四条 投保资格

被保险人需为 65 周岁以下（含 65 周岁）。任何在 30 天的投保资格期内未进行登记的员工或连带被保险人须接受个人核保。

新生儿的投保自其出生之后受理（受新生儿保障限制）。保险人在新生儿出生后 30 天内接到投保人书面通知，且接到通知后 30 天内收到全额保险费的，可办理新生儿投保。

在合同生效日或续保之日，不满 18 周岁且与被保险人一起居住，或正在接受全日制教育的不满 26 周岁的子女，可在合同生效日或此后任一续保日作为被保险人的连带被保险人进行投保。子女只可随父母或其他合法监护人一起参保，且参保各方享有同等的保障。

人工受孕出生的连带被保险人需提交一份健康声明。保险人保留驳回投保人投保申请的权利。

第五条 保险终止

（一）若出现如下情况，投保人所购保险可能终止：

1. 投保人撤销或终止团体计划。
2. 被保险人自愿终止团体计划中的保险。
3. 投保人未能按照员工投保金额足额支付应承担的保险费。

（二）若出现如下情况，投保人所购该被保险人的保险可能终止：

1. 被保险人不再符合投保条件（例如：被保险人的雇佣关系解除）。
2. 被保险人已用尽团体计划规定的最大累计保障。
3. 如果保险人通知被保险人，保险人已支付治疗费用，但该费用不在团体计划条款规定

范围内，在接到通知后 14 天内，被保险人应向保险人偿还该费用。

第六条 理赔范围

保险人将依照下列约定给付保险金：

各项保障金额将不会超过各项保障相应支付限额；所有保障的总金额不得超过双方同意的保险单最高保障金额；所有费用必须是医疗必需的合理且惯常的费用，如**被保险人已从公费医疗机构、社会医疗保险等任何其他途径取得补偿，则保险人仅针对剩余部分给付。**

本保险合同承保被保险人在当前保险期间内发生的医疗费用。

第七条 保险期间

保险期间在保险单（团体保险单）中载明，以在保险单（团体保险单）和保险凭证中载明的开始和终止日期为准。被保险人的保障计划从保险凭证所注明的保险期间开始生效。其后，可按照投保人申请经保险人同意后每年进行续期。

保险人义务

第八条 保单文件

保险人将在保险合同订立后，及时向投保人签发保险单。保险人将为此保险单中的每一位被保险人以及所有符合条件的连带被保险人提供保险凭证。

第九条 理赔

如果保险人发现所递交的索赔申请和相关资料不充分，应当及时一次性通知投保人、被保险人或者受益人补交相关材料。

如果被保险人或受益人已提交完整的索赔材料，保险人将按照索赔申请表中规定的付款方式为符合相应理赔条件的被保险人或受益人进行赔偿。

投保人和被保险人义务

第十条 风险变更

在合同有效期内，保险标的的危险程度显著增加的，被保险人应当按照合同约定及时通知保险人，保险人可以按照合同约定增加保险费或者解除保险合同。

第十一条 投保人如实告知义务

订立保险合同，保险人就保险标的或者被保险人的有关情况提出询问的，投保人应当如实告知。

投保人故意或者因重大过失未履行前款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，保险人有权解除合同。

投保人故意不履行如实告知义务的，保险人对于保险合同解除前发生的保险事故，不承担赔偿或者给付保险金的责任，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，保险人对于合同解除前发生的保险事故，不承担赔偿或者给付保险金的责任，但应当退还保险费。

第十二条 参保期计算

无论因任何原因，被保险人的保险期间出现中断，本保险合同责任免除条款第二十六条第（一）项中规定的两年连续参保期重新计算。

第十三条 索赔通知

请被保险人务必将索赔申请表填写完整，并且在治疗结束后的六个月内递交给保险人。

适用法律

第十四条 适用法律

本保险单的适用法律会在保险凭证中予以规定。如果未载明法律规定，则保险单将按照中华人民共和国法律（香港、澳门和台湾地区法律除外）予以解释，且应接受中华人民共和国法院的非专属司法管辖。

其他

第十五条 家庭/家属保障

被保险人及其家属应投保在同一保险单及保险责任下。

第十六条 投保资格

保险人有权拒绝接受投保人的投保申请。保险人有权要求投保人在申请中提供年龄证明和/或健康申明。保险人有权使用附加选项、责任免除、或增加保险费来应对投保人或被保险人在其申请表中表明的情况，或作为重要因素向保险人告知的情况。

第十七条 医疗鉴定

当保险人认为索赔条件可能直接或间接地涉及到责任免除条款时，保险人保留要求进一步检验和/或鉴定的权利。

第十八条 豁免

在任何情况下，保险人对于本保险单任何条款的弃权均不会影响将来其它情况下对该条款的使用。这包括但不限于费用或保险赔偿的支付。

第十九条 保险人终止保单的权利

当投保人未按保险合同约定的时间足额支付保险费时，保险人有权终止保险单及相关保险/计划。保险人有权决定在后续保险费补交后是否恢复保险，且承保条件和保障范围可能会有所变更。

被保险人或投保人有如下行为的，保险人可随时终止其保险：

- (一) 用不实言论误导保险人。
- (二) 出于非本保险单规定原因的其他目的，故意套取保障权益。
- (三) 同意第三方尝试获取不正当金钱利益，从而对保险人的利益造成损害。
- (四) 未能遵守本保险单条款或未能真诚履行责任。

第二十条 欺诈或无理由索赔

涉嫌欺诈或无理由索赔的，与该次索赔相关的所有已赔付和/或应赔付保障将被索回或不予赔付（如适用）。此外，自投保日起，与该被保险人相关的所有保险保障将予以撤销作废，并不退还保险费。

第二十一条 责任

因任何原因造成保险单终止的，保险人的责任即刻终止。此原因包括但不限于，不续约和未按照约定支付保险费。

第二十二条 合同当事方

本合同当事方仅包括投保人和保险人。

第二十三条 货币

本保险单给付保险金的货币限定为与保险费相同的货币。对于被保险人使用当地货币支付医疗费用的理赔案件，保险人将根据被保险人接受治疗之日在 www.oanda.com 网站上登载的汇率进行折算后赔付。

第二十四条 冲突或国内动乱、化学或放射性污染

由冲突或国内动乱、化学及核材料或核燃料燃烧或任何其它相关情况引起的化学或放射性污染直接或间接产生的医疗费用及支出均属于本保险单的理赔范围，前提是被保险人：

- (一) 不是冲突或国内动乱的积极参与者；
- (二) 未参与直接或间接导致伤害或疾病的非法行为；
- (三) 在不知情的情况下进入发生冲突、国内动乱、自然灾害、化学、核或放射性污染的国家、地区或地点或在这些地方逗留；
- (四) 无意中身处由冲突、国内动乱、自然灾害、化学、核或放射性污染导致的病患或伤害风险之中；
- (五) 并非任何武装力量、安保部门成员，包括保镖以及任何类型的化学、核或放射性污染清扫人员（包括政府或私人工作者）。

基于在保险生效日或续保日所提供的信息，保险人会评估被保险人在高风险地区当前、未来或发展中的风险暴露程度，同时会将维持被保险人安全所需的任何行为、限制、免责条款或附加保险费通知投保人。

保障内容

第二十五条 保障内容

保险人按本保险条款第六条的约定承担被保险人如下费用：

(一) 住院治疗：

以住院或日间留院方式治疗所患伤病（包括对于慢性病急性发作的稳定治疗）产生的费用，但必须根据本保险合同第二十九条的约定事先得到保险人的授权批准，包括：

1. 住院床位费及膳食费用；
2. 重症监护室使用费；
3. 由合格护士提供护理的收费；
4. 手术费及手术室费用；
5. 包括会诊在内的医生费用；
6. 包括病理检验，B超及X光检查在内的诊疗程序；
7. 整形重建手术（包括门诊治疗）费用，即因保险期间内发生的意外事故或疾病导致必需恢复自然功能或状态的整形重建手术，且相关治疗是在事故或疾病发生后的12个月内实施，且保险处于有效期内；
8. 由医生或专科医生开出的药物和敷料及医疗器械，包括传统中药；
9. 康复治疗（包括门诊治疗）费用，即3天或以上住院治疗，在获认可的医院康复科进行的康复治疗，且必须是在出院后14天内进行。相关治疗必须是由医生推荐且亲自指导。相关治疗包括特殊治疗室使用费、物理和/或语言矫治费，及其他通常由康复病房提供的服务所产生的费用。

(二) 保险地区范围外的意外事故与紧急治疗：

本保障内容适用于被保险人在美国短时旅行时，发生紧急的疾病或意外，须在医院急诊室接受紧急治疗而产生的医疗费用。相关伤病必须在当次旅行中首次出现，被保险人在旅行前从未出现任何相关症状，且未接受相关治疗或接受过任何相关医疗建议。

本保障内容也包括因被保险人在美国的短期旅行中遇到意外事故或紧急情况导致的普通门诊治疗。相关伤病必须在当次旅行中首次出现，被保险人在旅行前从未出现任何相关症状，且未接受相关治疗或接受过任何相关医疗建议。

急诊及普通门诊治疗可适用保障免赔额。

在美国境内遇到意外事故或紧急情况时，被保险人应在入住医院的急救病房前后尽快联系保险人。

本保障内容不包括妊娠并发症和/或分娩并发症。

(三) 电脑断层扫描(CT)、正电子电脑断层扫描(PET)及核磁力共振扫描(MRI)：

以住院病人、日间留院病人或门诊病人接受的扫描检查，**这些检查必须事先得到保险人的授权批准。**

(四) 器官移植：

本保单承保以下器官移植费用：心脏、肺、肾、胰腺、肝、同种异体骨髓、自体骨髓。

（五）住院精神科治疗：

在医院的精神科接受住院治疗。所有保障须事前获得保险人授权，所有治疗均需由注册精神科医生直接监督进行。**如治疗前未事先获得保险人的书面确认，保险人将不承担理赔责任。**但是，由医师（而非精神病专科医生）初步会诊导致的精神病转诊费赔偿不需得到事先授权批准。

（六）牙齿意外受损：

因意外损坏天然健全牙齿后 10 天内在医院急诊室或者牙科诊所进行的治疗。后续随访治疗仅限一次就诊，且须在第一次治疗后的 30 天之内进行，并且事前须获保险人授权同意。**因进食发生的牙齿意外损坏不在保险范围内。**

（七）医院现金保障：

被保险人因发生保障范围内的伤病，接受住院治疗，未产生任何住院及治疗费用，保险人将启动现金保障赔付。若需申请本现金保障，被保险人应要求主治医生在理赔申请单上签名并由医院盖章。

本保障内容不适用于被保险人入住医院急诊室/急诊病房的情况。

（八）父母医院留宿费用：

年龄低于 18 周岁作为住院病人入住医院的被保险人需由父母一方或法定监护人（一共仅限一人）进行陪护所产生的医院住宿费用。

（九）肿瘤：

以住院、日间留院或门诊方式进行的与癌症相关的医疗必需的诊断和治疗（包括姑息治疗）。

（十）慢性疾病：

慢性疾病（不含癌症）的常规检查、用于控制病情发展的药物和敷料、住院费，护理费、肾透析费、手术费及姑息治疗的费用。癌症治疗费用可依据肿瘤保障内容获得赔付。

本保障不适用保单免赔额。

（十一）先天性疾病或畸形：

对被保险人在本保险合同生效日后发生的先天性疾病或畸形的治疗，或在本保险合同生效前一年内出生的作为连带被保险人的被保险人子女发生的先天性疾病或畸形的治疗。

（十二）耐用医疗设备、假肢与矫形器材（DMEPOS）：

赔付的保障内容包括：

1. 医疗必需的由治疗医生开具的耐用医疗设备，能对开具的处方药物和敷料产生疗效起到必要或辅助作用。这包括助听器费用；
2. 住院病人或日间留院病人接受治疗后的辅助器材费用，包括拐杖的购买或租用费用，以及轮椅初次购买或租用的相关费用；
3. 外科手术后的体外假肢，包括支架及其固定、人工假眼以及人工假肢的初次购

买和固定费用；

4. 矫形器材, 包括矫形鞋垫和矫形支架。

本保障内容不包括家庭家具类和适应类设备的提供、改装和固定。

(十三) 艾滋病:

因感染人类免疫缺陷病毒(HIV) 或与其相关联的疾病, 和/或包括患性免疫缺陷综合症(AIDS) 或 AIDS 关联综合征(ARC) 和/或其突变体或衍生变体在内的 HIV 相关疾病而产生的治疗费用。

保障范围仅限于此类疾病确诊前后的医生会诊费用、常规检查、药物和敷料(试验类或未获药效证明类药品除外)、住院和护理费。

责任免除中的性传播疾病除外不适用于本保障。

(十四) 临终关怀:

由临终关怀机构对诊断为晚期疾病的被保险人进行的临终关怀治疗。这些治疗包括:

1. 姑息治疗以及其他急性和慢性症状的治疗;
2. 在医生或专科医生指导下的医疗社工服务;
3. 心理和饮食咨询;
4. 由医生或专科医生进行的会诊或病例治疗服务;
5. 由合格护士提供的非全日制或间断性门诊护理服务, 每天不超过八小时。

(十五) 激素替代疗法:

医生或专科医生对人为诱发和/或自然提前(指 40 岁之前)的女性停经进行的治疗, 包括会诊费以及开具的处方药片、植入物或补片费用。

(十六) 门诊治疗:

包括医生费用、专科医生费用, 会诊及护理费用。门诊费用包括诊断和手术治疗(病理检测, X 光、医生或专科医生开出的药物和敷料及医疗器械)。由医生转介的物理疗法, 每种伤病仅限 10 个疗程。如需进一步治疗, 被保险人须提交由专科医生所做的病情复查报告。对此类治疗首次理赔时需提供该治疗的转诊信/报告。

(十七) 精神科门诊治疗:

对于门诊病人精神病治疗, 包括专科医生会诊, 所有治疗必须获得保险人的事先授权批准, 且必须一直在医师的直接指导下进行。**若进行此类治疗前没有得到保险人的书面确认, 保险人将不负有赔付任何保障的责任。**但是, 由医师(而非精神病专科医生)初步会诊导致的精神病转诊费赔偿不需得到事先授权批准。

(十八) 门诊手术:

被保险人接受门诊手术所实际发生的手术费, **但必须根据本保险合同第二十九条的约定事先得到保险人的授权批准。**本合同保障内容包括门诊内窥镜检查的费用, 包括: 胃镜检查、支气管窥镜检查、结肠镜检查、阴道镜检查, **但不包括腹腔镜检查和关节腔镜检查,** 这两项检查可根据住院治疗保障内容获得赔付。

(十九) 替代疗法:

经由医生或专科医生提出转诊建议且直接监督的，由注册脊医师、整骨医师、顺势疗法医师、足科医师或针灸师实施的替代疗法。

(二十) 接种疫苗：

疫苗和预防接种，包括医疗必需的旅行疫苗接种。

(二十一) 家庭护理：

根据专科医生的建议，被保险人经住院治疗或日间留院治疗出院后，随即聘用合格护士提供家庭护理而产生的费用。**家庭护理不能以家庭原因或便利为由开展。**该保障范围内的所有治疗必须经保险人预先批准。

(二十二) 急诊交通费用：

被保险人因急诊需要住院或日间留院，经医生或专科医生认为有医疗必要而使用最合适的交通工具护送被保险人往来医院接受治疗所发生的交通费用。**本保障内容不包括租车费用。**

(二十三) 护送转院：

当发生紧急情况且当地无法提供所需治疗时，需将被保险人护送转院至由保险人确定的最近的合适医疗机构，并以住院或日间留院方式入住医院而产生的费用。保险人的医疗顾问将决定转送医院的最佳交通方式以及被保险人将转送的最佳医院。

护送转院需事先获得保险人的书面同意，且在转院前需要主治医师或专科医生提供给保险人相关证明文件，包括紧急情况发生所在地无法进行所需治疗的确认书。

本保障内容不包括所有因怀孕及分娩而产生的护送转院费用，除非因属于怀孕并发症的保障内容而需要护送转院。也不包括在非认可的滑雪场所或类似的冬季运动场所产生的海空救援或登山救援费用。

本保障内容包括：

1. 护送转院费用，包括因医疗必需，护送被保险人往来治疗的另外一名人员的交通费用。
2. 被保险人以日间留院方式接受治疗时往来医院治疗的交通费用；
3. 被保险人以住院方式接受治疗入院后，一名陪护人员往来医院探望该被保险人的交通费用；
4. 被保险人及一名陪同人士返回居住国或护送转院前所在国家的经济舱机票费用；
5. 入住医院前后短期内在专科医生治疗的情况下被保险人和陪护人员的非医院住宿费。

(二十四) 紧急探望：

当作为连带被保险人的被保险人的亲属遭受意外事故被列入危急人员名单时，被保险人及其未成年子女（16岁以下）需要往来于该亲属国籍所在国或居住国的合理交通和住宿费用，具体费用限额以保险单中的约定为准。

(二十五) 遗体转运及安葬：

被保险人发生保险责任范围内的伤病导致身故，被保险人遗体或其骨灰运至国籍所在国或居住国而产生的交通费用，或按照死亡发生地的惯例进行合理安葬或火葬的费用。合理的安葬或火葬的费用包括：

重开坟墓和安葬费用，或

新开坟墓和安葬费用，包含安葬专有权费，或如下火葬费用：

1. 火葬费用；
2. 医生证明费用；
3. 火葬前必须除去的心脏起搏器或其它医疗设备的费用。

但不包括其它的葬礼费用，例如：

葬礼承办者的费用；

鲜花；

发放死者现金、储蓄和财产所需的文件费用；

任何人员往返葬礼的路费，包括：

1. 安排葬礼，或
2. 参加葬礼等。

（二十六）母婴保障， 包括：

- 1、 妊娠并发症：

女性被保险人在产前阶段或分娩时发生的如下疾病，需要获认可的妇产科专科医生进行治疗而产生的费用，或因妊娠并发症导致的产后六周内所需的检查费用：异位妊娠、妊娠期糖尿病、葡萄胎、流产（实际流产或先兆流产）、先兆子痫、产程或死胎、产后出血及胎盘胎膜留滞。

因人工受孕而产生的并发症，包括（但不限于）早产或多胞胎，不属于本合同保障范围。

本保障范围内的所有治疗必须按照本合同条款第二十九条的约定事先得到保险人的授权批准。

本保障内容自本保险合同生效日或投保日（以较晚日期为准）起首个 12 个月后在保险期间内发生的相关费用可获赔付，如续保，该 12 个月可连续计算。

- 2、 新生儿保障（新生儿必须加入保障计划，本保障内容方可生效。）：

新生儿在出生后 30 天内发生急性疾病住院接受治疗而产生的费用。**本保障内容不包括因人工受孕产生的并发症（包括但不限于早产或多胞胎）。**

本保障内容不包括新生儿出现的先天异常，但可根据本保险合同第二十五条第（十一）项先天性疾病或畸形的保障内容获得赔付。

投保人在新生儿出生 30 天内向保险人提交书面告知并在告知之日后的 30 天内向保险人支付所有保险费的，新生儿将被纳入保险范围。出生后 30 天内因新生儿发生急性疾病而接受的住院治疗由新生儿保障所涵盖，但不包含在住院病人护理保障内。若新生儿是在不孕症治疗（人工受孕）后出生，投保人还需向保险人提供相关健康声明。

- 3、 新生儿医院留宿：

新生儿(出生不超过 16 周)因母亲(该母亲应为保单载明的被保险人) 分娩后在医院接受住院治疗而在医院留宿的费用。

责任免除

第二十六条 责任免除

因下列情形之一，直接或间接导致被保险人发生医疗费用或其他费用支出的，保险人不承担给付保险金责任，除非保险人与投保人或被保险人有其他的约定：

- (一) 被保险人接受过治疗，且在本合同生效日之前症状已存在并为被保险人所知，或者被保险人就此寻求过诊断意见的任何伤病或相关疾病（即既往伤病）。
1. 但投保时已告知保险人且被认可承担给付保险金责任的除外。
 2. 在投保人连续参保满两年后，如果未出现以下情况，保险人将承担该被保险人治疗该既往伤病的医疗费用，但不包括先天性疾病或畸形：
 - (1) 就该既往伤病向医生或专科医生寻求过治疗或诊断意见（包括体检）；
 - (2) 该既往伤病出现过相关的症状；
 - (3) 为治疗该既往伤病服用过药物（包括药品、特殊饮食或注射）。
- (二) 肾衰竭的支持治疗，包括透析（除非被保险人的保障计划已包括慢性病保障）。然而，保险人仍将赔付下列情况中的肾透析费用：
1. 手术前后短时间内；
 2. 发生在急性继发性肾衰竭监护期间。
- (三) 保险人根据一般意见认定为实验性质或疗效未经证实的治疗。
- (四) 在本保险合同生效日之前已存在或寻求过诊断意见的先天异常，但年龄小于12个月的婴儿除外。若已购买涵盖投保前已存疾病的先天异常保障，则此免责条款取消。
- (五) 医生开具的预防性药物和进行的常规检查和体检，包括但不限于妇科检查（已购买健康检查保障的除外）。常规的听力测试（已购买听力保障的除外）。
- (六) 非病理性/自然性的视力退化，包括但不限于近视、远视、散光以及任何针对非病理性/自然性视力退化的矫正性手术。此项免责条款包括常规视力检查，除非已购买并在保险凭证上载明视力保健保障。
- (七) 康复治疗，但不包括住院治疗保障中列明的康复治疗费用。
- (八) 在健康水疗院、自然疗法诊所、美容院或附属于此类机构的机构治疗；任何非正规医疗治疗手段或服务，如按摩，水疗，气功等；或者在已成为被保险人住所或长期住处的医院；或者全部/部分因为家庭原因而入院所接受的治疗。
- (九) 整容治疗及其导致的任何结果。
- (十) 由于体重减轻或体重问题而接受的治疗（包括但不限于肥胖疗程，减肥药品或补充剂，健康会所会员资格，节食疗程以及在疗养机构进行的针对饮食异常的治疗。任何因减轻体重或其它除外的项目引起的并发症。）
- (十一) 另类治疗，包括但不限于催眠治疗和哺乳检查及治疗。
- (十二) 器官移植寻找供体的费用，或从器官捐献者体内摘除器官，运送器官及所有的相关费用。
- (十三) 自愿剖腹产费用。对于由先前任何非急诊性剖腹产导致的医疗必需的剖腹产费用，需要保险人的预先授权。（此项免责条款不适用于选择性购买的常规怀孕保障）
- (十四) 非病理性的妊娠终止、产前辅导班及与分娩无关的助产费用。
- (十五) 新生儿护理。但如已购买常规生育保障，对于母亲（作为被保险人）正在医院接受住院治疗，其孩子出生后24小时内的新生儿护理可获得赔付。
- (十六) 由男性及女性节育、绝育（或复通）直接或间接导致费用。不孕症治疗（辅助受孕）可在已购买的不孕症治疗保障中予以赔付。不孕症治疗（辅助受孕）导致的妊娠并发症和常规怀孕费用可在已购买的常规怀孕保障中予以赔付。
- (十七) 对阳痿或其相关疾病的治疗及其治疗后果。
- (十八) 直接或间接与变性相关的治疗及其治疗后果。
- (十九) 性病或其它任何通过性传播的疾病及其相关疾病（艾滋病保障下列明的内容不在此列）。

- (二十) 由心理辅导者（除非由医生转介并直接监督）、家庭治疗师或丧亲辅导员提供治疗所产生的费用。
- (二十一) 对于学习障碍、多动症、注意力缺损症、言语矫治与生长发育、社会或行为问题的治疗（健康检查保障下列明的内容除外）。
- (二十二) 对酒精中毒、毒品或药物滥用或任何上瘾症状，以及由于上述滥用或上瘾而直接或间接导致的伤害或疾病而进行的治疗。对于居住国为捷克共和国的被保险人，若不涉及违法行为，保险人将按最低健康要求，对由服用药物或饮酒引发的意外事故所产生的治疗费用予以赔付。
- (二十三) 自杀或自杀未遂，或蓄意造成的自身身体伤害或疾病，或由于疏忽和鲁莽行为导致的身体伤害或疾病。
- (二十四) 由被保险人的违法行为、犯罪行为或协助犯罪行为直接或间接导致的伤害。
- (二十五) 被保险人不顾医学上的诊断意见而旅行所产生的费用。
- (二十六) 护送转院费用（除非经过保险人的预授权）。空中、海上或山区救援费用（除非发生在经保险人认可的滑雪区域或此类冬季运动胜地）。
- (二十七) 交通及住宿费用（除非在出行前已经获得保险人的书面同意）。但如果仅作为门诊治疗，则任何交通及住宿费用（包括租车费用）无法获得赔付。
- (二十八) 任何与失眠、睡眠障碍、睡眠窒息、疲劳、时差综合征、与工作压力有关的紧张状态，或相关疾病，而进行的治疗。
- (二十九) 无需处方即可购买的饮食补充剂及药物，包括但不限于维生素、矿物质和有机物质等。然而，如果购买了常规怀孕保障，保险人将支付产前处方维生素费用。
- (三十) 医生、专科医生或合格护士的出诊费用，除非出诊前已经过保险人的书面同意。
- (三十一) 从投保日或合同生效日（以较晚者为准）起12个月内，因妊娠并发症引起的费用，除非已投保既往病史不咎或已购买了无等待期妊娠并发症保障。
- (三十二) 体外假肢（包括相关维护或安装）、助听器或其它医疗或非医疗设备，除非在已经购买的耐用医疗设备、假肢与矫形器材（DMEPOS）及听力或视力保障中另有规定。
- (三十三) 危险活动，包括职业运动和/或参加任何类别的赛车运动；登山，包括地下洞穴、山洞探险或勘探；超过2500米海拔的徒步旅行；非认可的场地滑雪或其他非认可场地冬季体育活动；北极南极探险。
- (三十四) 任何不在保障范围内或除外的项目或治疗所导致的并发症。
- (三十五) 自我治疗或由直系家庭成员提供的治疗，包括但不限于处方或非处方药物，诊断测试及外科手术。
- (三十六) 被保险人保障计划中未列明的保障均不属于理赔范围。

保险索赔付款申请和求偿权

第二十七条 提交索赔

被保险人自其保险事故发生之日起的两年内拥有向保险人提出索赔的权利。被保险人只可对保险期间内接受的治疗提出索赔，且限于保险到期或终止前产生的费用。

所有索赔需要的证明文件和资料（包括但不限于原账目、单据和 X 光片）应当无偿提供给保险人。这包括（如果保险人要求提供）由医生或专科医生出具的医疗报告及病历详细资料。

按照本保障计划的条款规定，主治医生或专科医生填写索赔申请表所收取的费用不在理

赔范围内，被保险人须承担这些费用。

保险人将需要医疗人员或专科医生的转诊信，用于在如下治疗情况下进行索赔：

- (一) 脊椎按摩疗法；
- (二) 针灸疗法；
- (三) 整骨疗法；
- (四) 顺势疗法；
- (五) 足病治疗；
- (六) 物理疗法（10 个疗程后需要专科医生提供转诊信）。

保险人可接受收据原件的复印件，以此启动理赔程序并对被保险人或受益人的索赔进行评估（例如被保险人或受益人通过传真或电子邮件提交索赔），但保险人保留要求被保险人或受益人在保险人支付赔偿金之前递交原件的权利。

第二十八条 索赔通知

投保人或被保险人应在保险事故发生之后尽快通知保险人。**若投保人或被保险人故意或因重大过失未及时通知保险人，因此造成难以对损失的性质、原因和程度等方面进行鉴定的，对无法鉴定部分，保险人概不承担保险赔偿责任**，除非保险人已通过其他途径得知此事故。

第二十九条 预授权

在接受如下治疗前，被保险人需要获得保险人授权（预授权）：

- (一) 康复治疗；
- (二) 住院治疗；
- (三) 妊娠并发症；
- (四) 门诊手术；
- (五) 家庭护理；
- (六) 电脑断层扫描(CT)、正电子电脑断层扫描(PET)及核磁力共振扫描(MRI)；
- (七) 住院精神科治疗
- (八) 精神科门诊治疗；
- (九) 牙齿意外受损；
- (十) 护送转院；
- (十一) 不孕症治疗（若在附加保障中选择购买）。

第三十条 急救/护送转院

如果发生真实的医学紧急事件或转院，被保险人应通过其 ID 卡上的号码联系保险人。

第三十一条 住院病人和日间留院病人治疗

对于所有计划作为日间留院病人和住院病人进行的治疗，必须获得保险人的预先核准（预授权）。

（一）在美国以外的住院病人和日间留院病人治疗

若保险人知悉合理的日间留院/住院情况，将与医院以及相关的医疗人员或专科医生联系，安排直接付款。保险人在收到以下文件后会就治疗预计费用向医院寄送付款保函，向其确认该次治疗在保险人的理赔范围内：

医疗信息公布表格——被保险人须填写一份医疗信息公布表格，并尽快发送给保险人。延迟填写表格可能导致治疗延期。

医疗保险预授权申请表——医院须填写医疗保险预授权申请表，说明疾病详情以及将开展的治疗。

若无上述两份文件，保险人将无法出具付款保函。因此，被保险人须向医院确认文件已寄给保险人。保险人将口头确认治疗符合团体保险计划的条款要求，但是，必须事先出具付款保函才能完成预授权。如果疾病及需要接受的治疗不在保险范围内，保险人将尽快告知被保险人。

（二）美国境内住院病人和日间留院病人治疗

享有美国选择性治疗保障的被保险人可对美国境内的住院和日间留院治疗费用提出索赔，或不享有美国选择性治疗保障的被保险人在美国短途旅游期间新患疾病（旅行前未患）而在医院急诊室接受治疗的，该被保险人可对美国境内的急救治疗提出索赔。

在去美国旅行或在美国境内接受治疗之前，被保险人须核查自身的保险凭证，以确保治疗在理赔范围之内。

对于急诊入院的情况，被保险人、医院或被保险人家属应及时联系保险人，在出院前取得授权。**若未能将住院或日间留院事宜告知保险人，被保险人将可能仅获得相应费用合理赔偿金额的一部分。**

具体赔付比例和赔付方式为：

美国境内医疗服务商网络内的住院或日间留院治疗

保险人已与美国众多医疗服务商网络建立合作，被保险人在这些机构接受治疗产生的费用将由保险人直接结算支付。保险人将按照适用的应付款项部分处理索赔，并扣除免赔额和被保险人已从其他途径获得的赔偿。保险人支付赔款后，将向被保险人和医疗服务商发送《理赔通知书》复印件，详细说明账单结算方式和需由被保险人自付的金额。对于保障计划中未涵盖的疾病或治疗，保险人将尽快告知被保险人，**被保险人应按保险人告知的时间向保险人退回相应款项。**

美国境内医疗服务商网络之外的住院或日间留院治疗

在保险人美国境内医疗服务商网络以外接受治疗会受限制，**且被保险人须承担 50%的自付比例。**

第三十二条 门诊治疗

为了确保理赔的迅速处理，建议被保险人带上索赔申请表以便让治疗医生或专科医师进行填写。

（一）在医疗服务商网络内（美国境外）的门诊治疗

在除美国外所有相关合作国家，保险人提供直接结算网络/医疗服务商网络，使被保险人能够在一些经过挑选的医疗中心获得门诊治疗（保险凭证中有相关说明），所有符合赔偿要求的合理医疗费用将由保险人直接支付。如需在网络内任一家医疗中心寻求门诊治疗，被保险人需在接受治疗之前向医疗中心出示其全球保障会员卡，以保证被保险人无需自行支付医疗费用，这一点非常重要。被保险人可能需要向医疗服务商按就诊次数支付自付额，这在会员卡上有明确说明。

到达医疗中心时，被保险人需出示全球保障会员卡，应接待人员要求，填写一张注册表，治疗结束之后，检查医疗中心出具的索赔单，并签字确认已接受索赔单上所述的治疗服务。**对于保险范围以外的项目或接受的不合保险规定的治疗，被保险人需要自行向医疗中心支付费用。**

（二）在医疗服务商网络外（美国境外）的门诊治疗

对于在医疗服务商网络外（美国境外）的门诊治疗，被保险人需先自行支付治疗费用。

被保险人支付治疗费用后需提交索赔申请表寻求赔偿。若保险人处理特定索赔时，需要某些医疗信息，被保险人有责任向当前或既往的医生或专科医师索要这些信息。如果出现索赔单无法由医疗人员或专科医生或牙医填写的情况，被保险人可以提供的治疗收据应当包括以下所有信息：治疗日期，诊断或疾病信息，在就医过程中所接受的治疗，支付金额，相关机构/医疗服务商的盖章。保险人可以据此进行赔付。

如果需要进行治疗、针灸疗法、脊椎按摩疗法、整骨疗法、足科或顺势疗法治疗，被保险人需确保索赔材料中包含有医生或专科医师出具的转诊信。如果被保险人未能适当填写索赔单，索赔偿付可能会延迟。为保证能对所有合理索赔进行及时偿付，被保险人需确保在申请索赔时提交了所有所需文件。

（三）一次性直接结算

对于费用较高的医疗流程，可能存在例外情况。此种情况下，被保险人需要在接受治疗之前联系保险人，以便保险人直接向相关医疗机构付款。请注意，并非所有医疗机构都接受保险人的直接付款。若出现这种情况，被保险人需先支付账单，然后向保险人提交索赔单，以获取赔偿。

（四）美国境内的门诊治疗

享有美国选择性治疗保障的被保险人可对美国境内的门诊治疗提出索赔或不享有美国选择性治疗保障的被保险人在美国短途旅游期间新患疾病（旅行前未患）而在医院急诊病房接受治疗，该被保险人可对美国境内的急救治疗提出索赔。

在去美国旅行或在美国境内接受治疗之前，被保险人应核查保险凭证，以确保治疗在理赔范围之内。如果被保险人的保险单允许，在保险人医疗服务商网络范围内接受的门诊治疗可由保险人直接支付。在寻求治疗前，保险人建议被保险人联系保险人的客户服务团队，保险人可以为被保险人查找离被保险人位置最近的签约医疗服务商。

被保险人须向医疗服务商出示会员卡，由医疗服务商联系保险人以确认直接付款。上述过程需要一段时间。若被保险人收到需缴纳治疗费用的通知，请被保险人确保已向医疗机构清晰表明希望由保险人直接结算账单的意愿，由该医疗机构通过全球保障会员卡背面的联系方式与保险人进行联系。

保险人将按照被保险人适用的应付款项部分处理索赔，并扣除免赔额和被保险人已从其他途径获得的赔偿。保险人的应付赔款一经支付，将向被保险人和医疗服务商发送保险保障说明，并随附被保险人的责任说明和结算清单。

释义

1. 意外事故：指在本保险期间内，造成被保险人人身伤害的非疾病的、突发的、不可预见的、非本意的客观事件。
2. 恐怖主义行为：包括但不限于使用武力、暴力和/或对于任何个人或团体进行威胁的行为，无论是单独行动或代表/联合任何组织/政府，以政治、宗教、意识形态或种族等目的或原因，还是以影响政府和/或使公众或公众的任何部门引起恐慌为动机。
3. 急性病：指发病时间短、结束时间明确，保险人根据诊断意见或一般意见认为可治愈的疾病。
4. 诊疗意见：医生或专科医生的诊断结果，包括开具处方或重复使用处方。
5. 医疗器械：医生或专科医生在外科手术中使用的医疗器械，植入物和设备。
6. 保障地区：被保险人因罹患保险责任范围内的伤病，可接受治疗的地区范围。
7. 保障：本保险单覆盖的理赔范围，及在被保险人保险凭证的批单中载明的内容。
8. 人身伤害：被保险人仅因意外事故导致的断肢、残疾或其他身体伤害。
9. 保险凭证：载明投保人为被保险人所选的保险计划和保障组合、相关被保险人名单（包括其家属）等信息的清单。
10. 慢性病：至少具备以下特征之一的疾病、病情或伤害：
 - 1) 持续的不定期发作，并且已无法治愈；
 - 2) 复发或有复发的可能；
 - 3) 是持久性的；
 - 4) 被保险人需要接受康复治疗或特殊训练方可缓和的疾病；
 - 5) 需要接受长期监测、就诊、随访和检查。
11. 自付比例：被保险人需承担的费用占实际发生医疗费用总额的比例。
12. 合同生效日：指团体保险单上载明的保险单首次生效的日期。
13. 冲突/国内动乱：任何战争、侵略、外国敌视行为（无论是否宣战）、内战、反抗、革命、起义或军事行动或篡权、兵变、暴乱、罢工、军事管制或戒严或企图推翻政府或任何形式的恐怖主义行为。
14. 先天性疾病或畸形：指由于在妊娠至出生期间受影响而导致的遗传、物理或生物化学（代谢）缺陷、疾病或畸形（可能由遗传性疾病或怀孕期间感染引起），无论出生时是否显现。
15. 连续转保条款：保险人接受被保险人当前保险单的生效日，该日期将应用于保险人为被保险人重新提供的保险单。被保险人当前的承保或特殊接受条款，例如延期偿付或详细免责条款等，将在保险人的保单作为保险条款与条件予以保留。任何转保均不可获得升级保障。保险人始终保留拒绝接受连续转保条款要求的权利，而无需提供任何原因或解释/包括附加性免责条款。

16. 每次就诊的自付额：被保险人在直接结算网络内接受治疗时向医疗提供商支付的金额。每次看病即为就诊。
17. 国籍：给被保险人签发有效护照的国家。
18. 居住国：本保险单首次生效之日或在每个续保日，被保险人日常居住的国家（每个保险期间内的居住时间不低于6个月）。
19. 保险范围：团体保险计划提供给被保险人的保障内容。
20. 投保日：保险凭证所载明的被保险人加入本保险单的日期。
21. 日间留院病人：在医院接受住院治疗，但不过夜的被保险人。
22. 扣除额：保险人可能从向被保险人支付的赔偿中扣除的金额，相当于在直接结算网络内接受治疗时向医疗提供商支付的自付额/自付比例。
23. 牙科医生：获得相关发证机关的许可在该国从事牙科治疗服务的人。
24. 连带被保险人：配偶、伴侣、和/或未婚子女（在合同生效日或续保日未满18周岁，与员工一起居住；或未满26周岁的全日制学生）。伴侣应指丈夫、妻子或具有类似关系、与员工长期共同居住的人。所有连带被保险人均须在保险凭证中列明。
25. 直系家庭成员：被保险人的配偶，子女，父母或兄弟姐妹。
26. 直接结算：在医疗提供商已签约并纳入保险人的直接结算网络，或者保险人已经接受并同意进行一次性直接结算，被保险人的医疗费用账单将直接由保险人支付。
27. 直接结算网络/医疗提供商网络（仅适用于某些国家）：指能为被保险人发生在保障范围内的伤病提供治疗，并能够接受由保险人直接结算费用的医疗提供商。但被保险人仍需在治疗时向医疗提供商支付相应的自付比例、自付额或免赔额。
请注意：如治疗的伤病不在本保险单理赔范围内，被保险人需自行承担相应的治疗费用，在要求付款时必须全额支付。未能按要求及时结算的，可中止或撤销被保险人的团体保险计划下的保险，保险费不予退还。
28. 药物和敷料：由医生或专科医生开具的基本药物、敷料和药品，必须有处方才能取得。
29. 选择性治疗：医疗所必需、已计划的，而非急诊所必需的治疗。
30. 急诊：突发的、严重的、在意料之外的且需要立即进行医疗救治的急性病症或者伤害。
31. 员工：被投保人聘用且具备参加团体保险资格的人员。
32. 护送转院：若在发病地无法取得治疗，而需要将被保险人转移到拥有适当设施的最近国家时所发生的费用，具体应由医生或专科医生与保险人的医疗顾问共同商讨后确定。所有机票仅限经济舱。
33. 免赔额：保险凭证上载明的，在赔付任意保障前，被保险人需自行承担的金额。
34. 外籍人士：每个保险期间，在国籍以外的国家或地区居住或工作时间超过六个月的人。
35. 一般意见：相关专业机构就确立医学诊疗所给出的意见和/或已被公认的对于任何伤病或治疗的医学意见。
36. 团体：至少由投保人的五名员工组成的团体。
37. 团体保单管理员：获授权可以代表团体的人员。
38. 遗传：从父母遗传给子女；继承。
39. 临终关怀：提供姑息疗法而非临床治疗的机构。
40. 医院：根据所在国家法律取得正式医学或外科医院执照的机构。
41. 住院病人：指被要求留住医院病床一晚以上，以接受治疗的被保险人。
42. 本国人：每个保险期间，在其有公民权的国家居住或工作时间超过六个月的人员。
43. 伤病：任何疾病、病症或者伤害，包括精神疾病。

44. 医生：在一所由世界卫生组织认可的医学院校学习并获得内科或者外科基本学位，并获得有关部门颁发的执照在该国家执业行医的人员。
45. 医疗必需：合格的医生认为合适的，与诊断相符的医疗服务或治疗，且根据公认的医学标准，是不可被省去的，提供治疗后不会给被保险人的状况或生活质量带来不良影响。
46. 被保险人：投保人所聘用的人员或受保的员工连带被保险人以及投保人所选团体保险保障内容。
47. 亲属：配偶、子女、兄弟、姐妹、父母、配偶的父母、配偶的兄弟姐妹。
48. 新生儿：出生时间不足16周的婴儿。
49. 器官移植：因伤疾更换主要器官（包括骨髓）。
50. 门诊病人：在认可的医疗机构接受治疗，但无需以住院或日间留院的方式接受治疗的被保险人。
51. 姑息疗法：根据诊断或一般意见所提供的旨在暂时缓解症状的治疗。姑息治疗不是用来治愈疾病的。本保险单中的姑息治疗包括肾透析。
52. 保险期间：在保险凭证中载明。保险期间为从合同生效日或此后适用的续保日起，连续12个月的时间。
53. 投保人：与保险人签订保险协议的公司或团体。
54. 保险单：指《团体保险单》，即保险人与投保人签订的保险内容（理赔范围详见保单文件）。
55. 保单文件：构成投保人和保险人之间合同协议的整套保单文件。包括申请表、团体构成表、保险凭证、被保险人手册和其他任何证明文件。
56. 单人病房：医院的单人居住病房。
57. 医疗提供商：是指在相关国家中获得合法许可提供治疗的提供商。
58. 医疗提供商网络：参与直接结算网络的治疗提供商。
59. 合格护士：目前在其居住国家的任何法定护理注册机构的护士登记表或名单上登记的护士。
60. 合理且惯常的费用：根据保险人在具体国家、地区或区域的经验判断，对有效服务或治疗收取的平均金额，并由得到外科医生、医师、专科医生或政府卫生机构作为独立的第三方的证实。
61. 康复治疗：协助在罹患伤病后需要物理治疗和独立生活帮助的被保险人，在医疗必需或实际可能的情况下，恢复到该伤病发生前的状态。
62. 相关疾病：如果保险人在经过一般诊断意见后确定任何疾病或伤害与其他疾病或伤害有关，或是由同一伤害或疾病引起的，这些疾病或伤害便属于相关疾病。
63. 续保日：自保险单生效日起的周年日。
64. 双人病房：医院的双人居住病房。
65. 天然健全牙齿：是指意外事故发生前，稳固且功能健全，无腐烂及严重牙周疾病，维护良好的牙齿。
66. 专科医生：指在经认可的医疗机构内，具体从事某一专业科别（如内科、外科、妇科、儿科）诊疗的医生。
67. 治疗：为治愈、缓解伤病而进行的手术、内科或其他治疗程序。
68. 保险人/保险人的：保单文件和保险凭证上载明的风险承担者和保障支付者。即华泰财产保险有限公司或其分支机构。
69. 普通病房：病人入住医院，与一人以上合住的病房。
70. 早产：指在满37孕周（258天）之前的分娩。