

华泰财险附加团体境外工作人员突发性疾病医疗费用保险（2025 版）条款

总则

第一条 本附加团体境外工作人员突发性疾病医疗费用保险条款（以下简称“本附加条款”）须附加于保险单载明的意外伤害保险合同（以下简称“主险合同”）使用。

第二条 本附加险合同作为保险合同的组成部分之一，主险合同效力终止，本附加险合同效力亦同时终止；主险合同无效，本附加险合同亦无效。涉及本附加条款项下的保险责任，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 基本保险责任

在保险期间内，被保险人持有合法有效证件在中国境外工作或返回中国境内探亲、休假、公务出差期间患有突发性疾病，保险人按照本附加险合同约定负责赔偿被保险人因下列事项产生的医疗费用：

（一）如确诊突发性疾病发生在中国境外，且在中国境外合法经营的医疗机构就诊或住院治疗，就其自突发性疾病确诊之日起九十日（含九十日）内在中国境外治疗实际支出的必要且合理的医疗费用，**保险人根据本附加险合同约定扣除免赔额后、按照约定的给付比例给付突发性疾病医疗保险金，保险人累计给付金额不超过保险单中载明的该保险人对应的突发性疾病医疗保险金额。**

（二）如确诊突发性疾病发生在中国境外，且被保险人在突发性疾病确诊后九十日（含九十日）内返回中国境内继续就诊或住院治疗的，就其自突发性疾病确诊之日起一百八十日内（含第一百八十日）在中国境内保险人认可的医院实际支出的必要且合理的、符合保险单签发地社会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，**保险人根据本附加险合同约定扣除免赔额后、按照约定的给付比例给付突发性疾病医疗保险金，保险人累计给付金额不超过保险单中载明的该保险人对应的突发性疾病医疗保险金额。**

（三）如确诊突发性疾病发生在中国境内休假、探亲、和公务出差期间，且被保险人未在中国境外治疗的，就其自突发性疾病确诊之日起一百八十日（含第一百八十日）内在中国境内保险人认可的医院就诊或住院实际支出的必要且合理的、符合保险单签发地社会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，**保险人根据本附加险合同约定扣除免赔额后，按照约定的给付比例给付突发性疾病医疗保险金，保险人累计给付金额不超过保险单中载明的该保险人对应的突发性疾病医疗保险金额。**

当被保险人就诊或住院治疗跨两个保单年度时，保险人以突发性疾病确诊之日当年度本附加险合同对应的突发性疾病医疗保险金额为限给付保险金。

若被保险人的损失已从其他途径（包括公费医疗、社会医疗保险、其他商业性费用补偿型医疗保险、其他政府机构或社会福利机构、其他责任方）获得医疗费用赔偿，保险人可根据有关单位或保险单承保公司出具的相关单证或给付保险金证明，在本附加险合同对应的保险金额限额内仅承担该被保险人除前述其他赔偿额之外剩余部分的赔偿责任。

1. 若被保险人以参加社会医疗保险身份投保，且已从社会医疗保险、公费医疗、其他商业性费用补偿型医疗保险、其他政府机构或社会福利机构、其他责任方获得医疗费用补偿（以下简称已获得的医疗费用补偿），保险人按照如下公式根据本合同的约定给付保险金。

突发性疾病医疗保险金=（被保险人实际支出的符合本附加险合同约定的医疗费用-已

获得的医疗费用补偿-免赔额)×赔付比例。

社会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。

2. 若被保险人以未参加社会医疗保险身份投保,且未从社会医疗保险、公费医疗、其他商业性费用补偿型医疗保险、其他政府机构或社会福利机构、其他责任方获得医疗费用补偿,保险人按照如下公式根据本附加险合同的约定给付保险金:

突发性疾病医疗保险金=(被保险人实际支出的符合本附加险合同约定的医疗费用-免赔额)×赔付比例

3. 若被保险人以参加社会医疗保险身份投保,但未以参加社会医疗保险身份就诊并结算的,保险人按照如下公式根据本附加险合同的约定给付保险金。

突发性疾病医疗保险金=(被保险人实际支出的符合本附加险合同约定的医疗费用-免赔额)×赔付比例

针对本条第1到3项保险金额、免赔额及赔付比例在保险单中载明。保险人累计给付金额以保险单载明的相应保险金额为限。

第四条 可选保险责任

投保人在投保基本保险责任的前提下,可以通过在保险合同中另行约定的方式**额外增加一项或多项**可选保险责任,保险人将根据该约定对被保险人在下述情形下或期间内遭受的本附加险合同约定的保险事故,按照本附加险合同约定负责赔偿,具体以**保险单或保险凭证**载明为准。

(一) 感染传染病、流行疫病或大规模流行疫病。

(二) 在中国境内保险人认可的医疗机构进行治疗时,对于自突发性疾病确诊之日起一百八十日(含第一百八十日)内该被保险人实际支出的保险单签发地社会医疗保险主管部门规定以外的**必要且合理**的医疗费用。

责任免除

第五条 (一) 存在下列情形之一或因下列情形之一,直接或间接导致被保险人发生医疗费用支出的,保险人不承担赔偿责任:

1、被保险人流产、堕胎、安胎、分娩(包括剖腹产、引产)、不孕症、变性手术、人体试验和人工生殖,及由此而引起的并发症;

2、因椎间盘突出症或错位、避孕或绝育手术、扁桃腺、腺样体、疝气、女性生殖器官疾病、药物过敏的检查、治疗行为或上述疾病导致的手术;

3、被保险人康复性治疗、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;

4、被保险人先天性疾病、遗传性疾病、先天性畸形或缺陷(依据世界卫生组织《疾病和有关健康问题的国际统计分类》(ICD10))的治疗和康复;

5、因慢性病(慢性病的急性发作除外)或被保险人投保前已患上的疾病、精神疾病(依据世界卫生组织《疾病和有关健康问题的国际统计分类》(ICD10)分类为精神和行为障碍的疾病)、心理疾病、性病,及上述疾病的检查、治疗和康复;

6、根据被保险人的主治医生或救援机构的意见,可以被合理延迟至被保险人返回中国境内后进行治疗或手术,而被保险人坚持在中国境外进行治疗或手术而导致在中国境外发生的费用;

7、被保险人确诊突发性疾病,经过中国境外医生诊断,但在回中国境内后进行的与本次突发性疾病没有直接关系的门急诊及住院治疗;

8、 传染病、流行疫病和大规模流行疫病；（选择投保本附加条款第四条第（一）款可选保险责任的不适用）；

9、 被保险人为外籍人员时，其在原籍国期间；

10、 主险合同约定的责任免除事项。

（二）被保险人发生下列费用，保险人不承担赔偿责任：

1、 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；

2、 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，但因罹患突发性疾病在保险人认可的医院或医疗机构经医生诊断，必须进行以减轻被保险人疼痛为目的或者保障被保险人生命安全的紧急牙科治疗费用不受此限，包括医生诊断费、手术费、药费（仅限医生处方中用于减轻疼痛的药品）；

3、 无当地医院出具原始发票或收据及医疗证明的费用；

4、 被保险人在中国境内治疗支出的保险单签发地社会医疗保险主管部门规定的自费项目和乙类项目自付部分的费用；（选择投保本附加险条款第四条第（二）款可选保险责任的不适用）

5、 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；

6、 任何因当地急救组织或第三方提供服务的费用；

7、 到达医院前，任何被保险人未经保险人同意擅自使用或自助选择救助服务所发生的费用。

医疗押金担保或垫付救援服务

第六条 当被保险人确诊突发性疾病时，被保险人或其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，救援机构在本附加险合同项下该被保险人对应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。本附加险的保险金额由投保人、保险人双方约定，并在保险单中载明。投保人应该按照本附加险合同的约定向保险人一次性交纳保险费。投保人若未按约定足额交纳全部保险费的，本附加险合同不生效。保险人对本附加险合同生效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险合同项下约定免赔额及赔付比例等限制条件并在本附加险合同中载明。

保险期间

第八条 除非另有约定，本附加险合同的保险期间同主险合同一致。

免赔额与给付比例

第九条 免赔额与给付比例可以根据每一被保险人是否参加社会医疗保险、商业性医疗费用补偿型医疗保险等情况，由投保人、保险人双方约定，并在保险单中载明。

保险金申请

第十条 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：

（一） 索赔申请书；

- (二) 保险合同或保险凭证;
- (三) 被保险人及申请人的有效身份证明;
- (四) 境外出险, 提供被保险人的合法有效护照(含签证页);
- (五) 符合本附加险合同约定的医疗机构/医院出具的附有病理检查、化验检查及其他医疗仪器检查报告的医疗诊断证明、病历及医疗费用清单、医疗费用原始单据原件、出院小结;
- (六) 投保人或法律法规授权的有关部门出具的事事故经过及证明;
- (七) 投保人和被保险人雇佣关系或劳动关系的证明和资料(如涉及);
- (八) 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。**

第十一条 本附加险合同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。

第十二条 当赔付金额未达实际支出医疗费用的金额时, 索赔申请人可以书面形式向保险人申请发还申请人提供的医疗费用支出相关的原始单据, 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、境内/中国境内:

指中华人民共和国大陆范围内, 为本附加险合同之目的, **不包括香港、澳门、台湾地区。**

2、境外/中国境外:

指中华人民共和国大陆以外的国家或地区, 为本附加险合同之目的, 包括香港、澳门、台湾地区。

3、突发性疾病:

指被保险人在本附加险合同生效前未曾接受治疗及诊断且在保险期间突然发病并必须立即接受治疗方能避免损害身体健康的疾病, 不包括任何慢性病(慢性病的急性发作除外)和本附加险合同生效前确诊患有的任何疾病。

4、住院:

是指被保险人因突发性疾病而入住医疗机构之正式病房接受全日 24 小时监护治疗的过程, 并正式办理入出院手续。但不包括下列情况:

- (1) 被保险人在医疗机构的(门)急诊观察室、家庭病床(房)入住;
- (2) 被保险人在特需病房、外宾病房或其它不属于社会医疗保险范畴的高等级病房入住;
- (3) 被保险人入住康复科、康复病床或接受康复治疗;
- (4) 被保险人住院期间一天内未接受与入院诊断相关的检查和治疗, 或一天内住院不满二十四小时, 但遵医嘱到外院接受临时治疗的除外;
- (5) 被保险人住院体检;
- (6) 挂床住院及其他不合理的住院。挂床住院指办理正式住院手续的被保险人, 在住院期间每日非 24 小时在床、在院。具体表现包括在住院期间连续若干日无任何治疗, 只发生护理费、诊疗费、床位费等情况。

5、医疗机构/医院:

在中国境内的医疗机构/医院是指经中华人民共和国境内卫生部门评审确定的二级或二级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, 且仅限于上述医疗机

构的普通部。意外伤害急救不受此限，但经急救情况稳定后，须根据病情及时转入前述指定的医院或医疗机构治疗。

在中国境外的医疗机构/医院是指保险人认可的，根据所在国家或者地区法律合法成立、运营并符合以下标准的医疗机构/医院：

(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。

本附加险合同的医疗机构/医院不包括如下机构或医疗服务：

(1) 特需医疗、外宾医疗、干部病房、联合病房、国际医疗中心、VIP 部、联合医院；

(2) 诊所、康复中心、家庭病床、护理机构；

(3) 休养、戒酒、戒毒中心；

(4) 精神病院、精神心理治疗中心、老人院、疗养院、健康中心。

该医疗机构/医院必须具有系统的、充分的诊断设备，全套外科手术设备及能够提供二十四小时的医疗与护理服务的能力或资质。

6、必要且合理的医疗费用：

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治疗的，则发生的必要且合理的医疗费用指符合被保险人保险单签发地社会医疗保险规定的社会医疗保险报销范围内的药品目录、诊疗项目目录、服务设施范围和支付标准的医疗费用。

7、社会医疗保险：

本附加险合同所称的社会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、新型农村合作医疗、医疗救助、少儿医保等政府举办的基本医疗保障项目。

8、公费医疗：

指国家为保障国家工作人员而实行的、通过医疗卫生部门按规定向享受人员提供免费医疗及预防服务的一项社保制度。

9、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。具体疾病范围以有效的法律法规及规范性文件公布的为准。

(1) 甲类传染病（2 种）是指：鼠疫、霍乱。

(2) 乙类传染病（27 种）是指：新型冠状病毒感染、传染性非典型肺炎、艾滋病、病毒性肝炎、脊髓灰质炎、人感染高致病性禽流感、麻疹、流行性出血热、狂犬病、流行性乙型脑炎、登革热、猴痘、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。

10、流行疫病和大规模流行疫病：

流行疫病：是指在某国家、地区或区域突然爆发并快速传播的传染性疾病。以该国家或

地区政府发布的采取管制的公告时间为准，在公告之前算普通疾病或传染病，公告之后算流行疫病；

大规模流行疫病：指在整个洲际大陆或整个人类中流行的传染性疾病。以世界卫生组织公告该疫病是否已达到了国际公共卫生紧急事件（Public Health Emergency of International Concern，简称 PHEIC）时间为准，在公告之前算普通传染病或流行疫病，公告之后算大规模流行疫病。

11、先天性疾病：

指被保险人一出生就具有的疾病。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。

12、精神疾病：

精神疾病是指在各种生物学、心理学以及社会环境因素影响下，大脑功能失调，导致认知、情感、意志和行为等精神活动出现不同程度障碍为临床表现的疾病。

13、康复治疗：

指促使损伤、疾病、发育缺陷等致残因素造成的身心功能障碍或残疾恢复正常或接近正常。包括：

（1）运动疗法：康复训练最重要的方法，包括肌力增强训练及各个关节活动度的训练。

（2）其他物理治疗：电疗法、光疗法、磁场疗法、超声波疗法，还包括热传导疗法和冷疗法等。

（3）作业疗法：是应用有目的的、经过选择的作业活动，对由于身体上、精神上、发育上有功能障碍或残疾，以致不同程度地丧失生活自理和劳动能力的患者，进行评价、治疗和训练的过程。作业训练分为减轻手指屈曲痉挛和矫形器运用两部分。

（4）传统康复治疗：是指运用传统康复治疗技术如针灸、拔罐、推拿按摩、中药熏蒸等非药物治疗疾病。

（5）心理治疗。

14、慢性病：

指不构成传染、起病隐匿，病程长且病情迁延不愈，缺乏确切的传染性生物病因证据，病因复杂，具有长期积累形成疾病形态损害的疾病的总称。

15、慢性病的急性发作：

慢性病的急性发作是指经医院医生诊断若不及时救治将危及被保险人生命或加重其患病情况、对其身体状况产生严重影响。

本附加条款的未释义名词，以本附加条款所附属的主险合同条款中的释义为准。