

第一章 总则

第一条 本保险合同（以下简称“本合同”）由保险条款、投保材料、保险单或其他保险凭证、批单等组成。凡涉及本合同的约定，均采用书面形式。

第二条 承保年龄要求由投保人、保险人双方约定并在保险单中载明，最高不超过 100 周岁。符合保险单载明的承保年龄要求且身体健康、能够正常工作或生活的自然人，可作为本合同的被保险人。本合同的投保人应为具有完全民事行为能力的被保险人本人或对被保险人有保险利益的其他人。

为未成年人投保的人身保险，因被保险人身故给付的保险金总和不得超过国务院保险监督管理机构规定的限额，身故给付的保险金额总和约定也不得超过前述限额。

第三条 本合同的受益人包括：

（一）身故保险金受益人

订立本合同时，被保险人或投保人经被保险人同意可指定一人或数人为身故保险金受益人。身故保险金受益人为数人时，应确定其受益顺序和受益份额；未确定受益份额的，各身故保险金受益人按照相等份额享有受益权。

被保险人或投保人经被保险人同意可以变更身故保险金受益人，但需书面通知保险人，由保险人出具相应批单。对因身故保险金受益人变更发生的法律纠纷，保险人不承担任何责任。

被保险人死亡后，有下列情形之一的，保险金作为被保险人的遗产，由保险人依照有关继承的法律法规履行给付保险金的义务：

1. 没有指定受益人，或者受益人指定不明无法确定的；
2. 受益人先于被保险人死亡，没有其他受益人的；
3. 受益人依法丧失受益权或者放弃受益权，没有其他受益人的。

受益人与被保险人在同一事件中死亡，且不能确定死亡先后顺序的，推定受益人死亡在先。

（二）意外残疾保险金受益人

除另有约定外，本合同的意外残疾保险金的受益人为被保险人本人。

第四条 受益人故意造成被保险人死亡、伤残、疾病的，或者故意杀害被保险人未遂的，该受益人丧失受益权。

第五条 投保人指定或变更受益人时须经被保险人同意。被保险人为无民事行为能力人或限制民事行为能力人的，应与其监护人指定或变更受益人。

第二章 保险期间

第六条 本合同保险期间由保险人和投保人协商确定，以保险单载明的起讫时间为准，但最长不超过一年。

第三章 保险责任

第七条 投保人可以选择投保以下一项或多项承保项目，各被保险人对应的承保项目以保险单或批单所载为准。若本保险责任项下的承保项目未在保险单上或批单上载明，则本保险条款中关于该承保项目的约定不发生法律效力。

（一）意外身故保险金

在本合同保险期间内，被保险人遭受意外事故，并自该意外事故发生之日起180日内（含第180日，下同）以该意外事故为直接且单独原因身故的，保险人按该被保险人对应的保险金额给付意外身故保险金，同时保险人对该被保险人的保险责任终止。

若该被保险人于身故前，保险人根据本合同约定已就该被保险人给付意外残疾保险金的，则保险人给付意外身故保险金时应扣除已给付的意外残疾保险金。

（二）意外残疾保险金

在保险期间内，被保险人遭受意外事故，并自事故发生之日起180日内以该事故为单独且直接的原因致成《人身保险伤残评定标准及代码》（标准编号为JR/T 0083—2013，全文同）（行业标准）所列伤残程度等级之一者，则保险人按该被保险人对应的保险金额乘以《人身保险伤残评定标准及代码》中该项身体伤残程度等级所对应的保险金给付比例给付意外残疾保险金。若自该意外事故发生之日起180日内治疗仍未结束的，按被保险人第180日的身体情况进行伤残程度等级鉴定，保险人据此给付意外残疾保险金。

若被保险人因同一意外事故造成两处或两处以上伤残时，按《人身保险伤残评定标准及代码》对各处伤残程度分别进行评定。如果几处伤残等级不同，以最重的伤残等级作为最终的评定结论；如果两处或两处以上伤残等级相同，伤残等级在原评定基础上最多晋升一级，最高晋升至第一级。同一部位和性质的伤残，不应采用《人身保险伤残评定标准及代码》条文两条以上（含）或者同一条文两次以上（含）进行评定，保险人按最终评定的伤残程度等级对应的保险金给付比例给付意外残疾保险金。

对于本次意外事故发生前（含保险合同生效日前）的伤残（以下统称“既有伤残”），被保险人因本次意外事故所致的伤残合并既有伤残被评定为较严重等级伤残的，保险人按下述计算公式给付本次意外残疾保险金：

给付的本次意外残疾保险金=保险单或批单所载的该被保险人对应的保险金额*（合并既有伤残后的较严重等级伤残所对应的保险金给付比例-既有伤残的伤残等级所对应的保险金给付比例）。

保险人在本合同项下对被保险人累计给付的意外身故保险金和意外残疾保险金达到保险单或批单所载的该被保险人对应的保险金额时，保险人对该被保险人的保险责任终止。

第四章 责任免除

第八条 下列情形下，不论任何原因造成的保险事故，保险人不承担给付保险金责任：

（一）战争、军事行动、暴动或武装叛乱；已宣战或未宣战的战争或相关行动、入侵、外敌行为、敌对势力、内战、叛乱、革命、起义、行使军权、篡权、罢工、暴动或民众骚乱。

（二）被保险人因遭受司法当局拘禁或被判入狱。

（三）被保险人因酗酒或受酒精、毒品、管制药物的影响。

（四）被保险人置身于任何飞机或空中运输工具（以乘客身份搭乘民用或商业航班者除外）。

（五）被保险人从事石油挖掘、采矿、空中摄影、处理爆炸物、森林砍伐、建筑工地现场施工、木材搬运、地下作业、山洞作业、水上作业，二级或以上的高处作业（以中华人民共和国国家标准 G B 3608—83 为准）的职业活动期间。

（六）被保险人酒后驾驶、无照驾驶或驾驶无有效行驶证的机动车辆。被保险人非法搭乘交通工具或搭乘未经当地相关政府部门登记许可的交通工具。

（七）被保险人罹患性病或性传播疾病、艾滋病（AIDS）或感染艾滋病病毒（HIV）（上述定义，应按世界卫生组织所订的定义为准。若在被保险人的血液样本中发现上述病毒或其抗体，则认定病人已受该病毒感染）。

（八）被保险人妊娠、流产、分娩、疾病、药物过敏、食物中毒、美容手术、外科整形手术、细菌或病毒感染（但因意外伤害致有伤口而发生感染者除外）。

（九）被保险人受雇于商业船只；被保险人于海军、空军、陆军服军役或以警察、消防人员、警务人员身份执行任务期间；职业性操作或测试任何种类交通工具。被保险人参与执行军警任务或以执法者身份执行任务。

（十）被保险人猝死。

（十一）被保险人由于高原反应导致的身故。

第九条 由下列任何原因造成的保险事故，保险人不承担给付保险金责任：

（一）任何生物、化学、原子能武器，原子能或核能装置所造成的爆炸、灼伤、污染或辐射；电离辐射或来自任何辐射核燃料或来自燃料燃烧产生的任何核废料所致的放射能污染，放射性有毒爆炸、或其他任何爆炸性核装置或其核部件的危险物质。

（二）投保人的故意行为，或被保险人自致伤害或自杀，但被保险人自杀时为无民事行为能力人的除外。

（三）因被保险人挑衅或故意行为而导致的打斗、被袭击或被谋杀。

（四）被保险人故意犯罪或者抗拒依法采取的刑事强制措施。

（五）被保险人因精神错乱或失常而导致的意外。

(六) 被保险人未遵医嘱或医生开具的处方，私自服用、涂用、或注射药物。

(七) 投保前已存在之受伤及其并发症。

(八) 被保险人参与任何职业或半职业体育活动、竞赛或任何设有奖金或报酬的体育运动。

(九) 被保险人进行赛马、需要使用水下呼吸装置的水下活动、潜水、滑水、冲浪、跳水、滑翔翼、跳伞、空中跳跃、滑雪或冰上运动、狩猎、勘探地上坑洞、探险、任何种类的速度竞赛或比赛（徒步除外）、蹦极、竞技体育、极限运动、使用特定装备（包括但不限于鞋底钉、冰爪、镐、锚、螺栓、竖钩、锁扣、引绳或顶绳攀登的锚定设备等）攀登山峰或下山、海拔 5500 米以上的任何活动、攀岩运动、摔跤、柔道、空手道、跆拳道、马术、武术、拳击的运动、特技表演等高风险活动。

(十) 被保险人进行各种车辆表演、车辆竞赛或练习、驾驶卡丁车。

第五章 保险金额和保险费

第十条 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，并在保险单或批单中载明。

第十一条 投保人应当根据本合同约定交纳保险费。若投保人未按约定交纳保险费的，保险人有权解除本合同。对于未按约定及时足额交纳保险费前发生的保险事故，保险人不承担保险责任。

第十二条 仅当保险期间为一年时，投保人可于保险期间届满时或之前，向保险人缴付续保保险费以示申请续保，若保险人同意承保且保险人已收到续保保险费，则保险人将向投保人出具下一个保险期间对应的保险单或其他保险凭证。本合同可按上述续保方式续保至被保险人均已达到保险单上所载的最高承保年龄后的首个保险单满期日。

若保险人拒绝续保，则保险人将无息退还投保人已缴付的续保保险费。

第六章 保险人义务

第十三条 订立保险合同时，采用保险人提供的格式条款的，保险人向投保人提供的投保材料应当附格式条款，保险人应当向投保人说明保险合同的内容。对保险合同中免除保险人责任的条款，保险人在订立合同时应当在投保材料、保险单或者其他保险凭证上作出足以引起投保人注意的提示，并对该条款的内容以书面或者口头形式向投保人作出明确说明；未作提示或者明确说明的，该条款不产生效力。

第十四条 保险人依据本保险条款第十七条、第二十一条所取得的保险合同解除权或取消被保险人资格的权利，自保险人知道有解除或取消事由之日起，超过三十日不行使而消灭。自本合同成立之日起超过二年的，保险人不得解除合同或取消该被保险人资格；发生保险事故的，保险人承担赔偿责任。

保险人在合同订立时已经知道投保人未如实告知的情况的，保险人不得解除合同或取消该被保险人资格；发生保险事故的，保险人应当承担赔偿责任。

第十五条 本合同成立后，保险人应当及时向投保人签发保险单或其他保险凭证。

第十六条 如果保险人认为保险金申请人提供的有关索赔的证明和资料不完整的，将会及时一次性通知保险金申请人补充提供。

第七章 投保人、被保险人义务

第十七条 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，保险人有权解除本合同。

投保人故意不履行如实告知义务的，保险人对于合同解除前发生的保险事故，不承担给付保险金责任，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，不承担给付保险金责任，但应当退还保险费。

第十八条 被保险人变更职业或工种时，投保人或被保险人应在 10 日内以书面形式通知保险人。

被保险人所变更的职业或工种依照保险人职业分类在拒保范围内的，保险人在收到通知后有权解除本合同并按照收到通知之日退还相应保险责任期间剩余天数按日计算的保险费。被保险人未依本条约定通知保险人而发生保险事故或保险人根据本款约定解除合同的，保险人不承担给付保险金的责任。

被保险人所变更的职业或工种依照保险人职业分类危险程度增加但仍在承保范围内的，保险人有权自收到通知之日收取变更前未到期保险费的差额，若被保险人未依本条约定通知保险人而发生保险事故的，若发生保险事故，保险人按实收保险费与应收保险费的比例计算给付保险金。

被保险人所变更的职业或工种依照保险人职业分类危险程度降低的，保险人向投保人退还变更职业或工种前后该被保险人对应的未到期保险费的差额。

第十九条 投保人住所或通讯地址变更时，应在变更发生十天内以书面形式通知保险人。投保人未通知的，保险人按本合同所载的最后住所或通讯地址发送的有关通知，均视为已发送给投保人。

第二十条 保险人将按以下约定减少本合同项下的被保险人：

(一) 若某被保险人在保险期间内无理赔记录，则投保人可以申请减少该被保险人，经保险人审核后，可以减少该被保险人。自保险人收到投保人申请减少该被保险人的书面申请文件之日的二十四时起，本合同项下的被保险人将不再包含该被保险人。除本合同另有约定外，保险人将退还该被保险人保险期间内剩余天数按日计算的保险费。

(二) 当保险期间为一年时，则自某一被保险人达到保险单上所约定的最高承保年龄后的首个保险单满期日的二十四时起，本合同项下的被保险人将不再包含该被保险人。

(三) 若被保险人身故，则自其身故之日起，本合同项下的被保险人将不再包含该被保险人。

第二十一条 被保险人的投保年龄，以法定身份证件登记的周岁年龄为准，本合同所承保的被保险人的投保年龄必须符合保险单所载的年龄要求，最高不超过 100 周岁。投保人在申请投保时，应按被保险人的周岁年龄填写。

若申报的被保险人的年龄不真实，致使投保人支付的保险费少于应付保险费的，则保险人有权更正并要求投保人补交保险费或者在给付保险金比例时按照实付保险费与应付保险费的比例支付。

若申报的被保险人的年龄不真实致使投保人支付的保险费多于应付的保险费的，保险人将该被保险人对应的多收保险费无息退还投保人。

若申报的被保险人的年龄不真实，并且其真实年龄不符合保险人承保要求的，则保险人有权解除本合同并向投保人退还保险期间内剩余天数按日计算的保险费。对于本合同解除前发生的保险事故，保险人不承担给付保险金的责任。

第二十二条 投保人、被保险人或者保险金受益人知道保险事故发生后，应当及时通知保险人。故意或者因重大过失未及时通知，致使保险事故的性质、原因、损失程度等难以确定的，保险人对无法确定的部分，不承担给付保险金责任，但保险人通过其他途径已经及时知道或者应当及时知道保险事故发生的除外。

第二十三条 在保险期间内被保险人因遭遇意外事故而失踪，后经法院宣告为死亡的，保险人将按照本合同约定给付保险金。若被保险人被宣告死亡后生还的，保险金受益人应于知道或应当知道被保险人生还后 30 日内退还保险人给付的保险金。

第八章 保险金申请与给付

第二十四条 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（如未注明提供原件的，在核对查验原件后提交复印件即可）：

(一) 被保险人及其他保险金申请人（如有）的身份证明；

(二) 公安部门出具的被保险人户籍注销证明、二级及以上公立医院普通部或保险人认可的医疗机构出具的被保险人身故证明或其他相关类似证明（如适用）；

(三) 若被保险人为宣告死亡，保险金申请人应提供人民法院出具的宣告死亡证明文件（如适用）；

(四) 二级及以上公立医院普通部或保险人认可的医疗机构或司法鉴定机构出具的被保险人伤残程度鉴定书（如适用）；

(五) 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；

(六) 若保险金申请人委托他人申请给付保险金的，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。

保险金申请人因特殊原因不能提供以上材料的，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。

第二十五条 保险人收到保险金申请人的给付保险金的请求后，应当及时作出是否属于保险责任的核定；情形复杂的，应当在 30 日内作出核定，但保险合同另有约定的除外。

保险人应当将核定结果通知保险金申请人；对属于保险责任的，在与被保险人达成给付保险金的协议后 10 日内，履行赔偿保险金义务。保险合同对给付保险金的期限有约定的，保险人应当按照约定履行给付保险金的义务。保险人依照前款约定作出核定后，对不属于保险责任的，应当自作出核定之日起 3 日内向保险金申请人发出拒绝给付保险金通知书，并说明理由。

第二十六条 保险人自收到给付保险金的请求和有关证明、资料之日起 60 日内，对其给付的数额不能确定的，将会根据已有证明和资料可以确定的数额先予支付；保险人最终确定给付的数额后，将会支付相应的差额。

第二十七条 保险人有权要求被保险人作身体检查或提供有关的检验报告。如被保险人身故，保险人有权要求司法鉴定机构对保险事故进行鉴定。

第二十八条 理赔时，如需由外币转换为人民币支付，则保险人在支付保险金时所适用的汇率以支付当日中国人民银行公布的人民币汇率中间价为准。

第二十九条 未发生保险事故，被保险人或者受益人谎称发生了保险事故，向保险人提出赔偿或者给付保险金请求的，保险人有权解除合同，并不退还保险费。

投保人、被保险人故意制造保险事故的，保险人有权解除合同，不承担赔偿或者给付保险金的责任。

保险事故发生后，投保人、被保险人或者受益人以伪造、变造的有关证明、资料或者其他证据，编造虚假的事故的原因或者夸大损失程度的，保险人对其虚报的部分不承担赔偿或者给付保险金的责任。

投保人、被保险人或者受益人有前款规定的，致使保险人支付保险金或者支出费用的，应当退回或者赔偿。

第三十条 被保险人向保险人请求给付保险金的诉讼时效依据中华人民共和国（“中国”）法律（为本合同之目的，不包括香港、澳门、台湾地区的法律，下同）相关法律规定确定，自其知道或者应当知道保险事故发生之日起计算。

第九章 合同变更、解除与终止

第三十一条 在本合同有效期内，投保人需变更本合同内容的，应以书面形式向保险人提出申请。保险人同意后出具批单。

若被保险人身故，则保险人不接受本合同中有关该被保险人的任何内容的变更申请。

第三十二条 保险责任开始前，投保人有权书面通知保险人解除本合同，本合同的效力自保险人收到保险合同解除申请书之日二十四时或者申请书上载明的合同终止时间（以较晚者为准）终止。保险人自收到保险合同解除申请书之日起三十日内，全额退还保险费。

在保险期间内，投保人有权书面通知保险人解除本合同，本合同的效力自保险人收到保险合同解除申请书之日二十四时或者申请书上载明的合同终止时间（以较晚者为准）终止。对于保险期间内已有理赔记录的被保险人，保险人对该被保险人不退还保险费；对于保险期间内无理赔记录的被保险人，保险人自收到解除合同通知书之日起三十日内，按照下述计算公式退还保险费：

退还保险费金额=已交保险费*（原保险期间-已经过的保险期间）/原保险期间，保险期间按日计算。

第三十三条 投保人申请解除本合同时，应提供以下材料：

- （一）保险合同解除申请书；
- （二）保险合同原件；
- （三）保险费交付凭证；
- （四）投保人和被保险人身份证明。

第三十四条 本合同成立后，保险人根据保险法规定或者本合同约定要求解除本合同的，除保险法另有规定或本合同另有约定外，本合同自解除通知送达投保人最后所留通讯地址时终止。

第三十五条 本合同发生下列情况之一时将会自动终止：

(一) 当保险期间为一年时，被保险人达到保险单上所约定的最高承保年龄后的首个保险期间届满日；

(二) 当保险期间为一年时，保险期间届满，投保人无意续保或保险人不接受本合同续保；

(三) 本合同因其他条款所列情况而终止。

第十章 争议处理和法律适用

第三十六条 本合同的订立、效力、解释、执行及合同争议的解决、均受中国管辖，且适用中国法律。

第三十七条 投保人、被保险人与保险人之间由本合同引起的或与本合同有关的任何争议，协商不成的，可按下述方式之一解决：

(一) 中国国际经济贸易仲裁委员会，按照申请仲裁时该会现行有效的仲裁规则进行仲裁。该仲裁应按照中华人民共和国的法律执行。仲裁裁决是终局的，对双方均有约束力。或

(二) 具有司法管辖权的法院裁判。

投保人与保险人在本合同签署时应确定上述之一的方式作为争议解决方式。如果没有特别约定，则第（二）种方式为本合同默认的争议解决方式。

第十一章 释义

【意外事故】指因遭遇外来的、突发的、非本意的、非疾病的、不可预见的客观事件，并以此为直接且单独原因导致其身体伤害、残疾或身故。**为避免疑义，任何情形导致的猝死均不属于本合同承保的意外事故。**

【猝死】指貌似健康的人因潜在疾病、机能障碍或其他原因在出现症状后 24 小时内发生的非暴力性突然死亡，属于疾病身故。猝死的认定，如有公安机关、检察院、法院等司法机关的法律文件、医疗机构的诊断书等，则以上述法律文件、诊断书等为准。

【《人身保险伤残评定标准及代码》】指《人身保险伤残评定标准及代码》（JR/T 0083—2013）是由中国保险监督管理委员会发布（保监发[2014]6号）并经国家标准化委员会备案的中华人民共和国金融行业标准。

【战争】指不管宣战与否，主权国家为达到其经济、疆域的扩张、民族主义、种族、宗教或其他目的而进行的任何战争或军事行动。

【职业或半职业的体育运动】指被保险人以某项体育运动项目作为一种谋生的手段，或被保险人由该项运动所赚取的收入达到其年收入的 50%以上。

【潜水】指以辅助呼吸器材在江、河、湖、海、水库、运河等水域进行的水下活动。

【探险】指明知在某种特定的自然条件下有失去生命或使身体受到伤害的危险，而故意使自己置身于其中的行为，如：江河漂流、登山、前往未曾勘察或未经开垦的地区、极地探险、徒步穿越沙漠或人迹罕至的原始森林等活动。

【蹦极】指用弹性绳索一端系着身体或足踝，另一端系着高处平台，然后从高台一跃跳下的活动。又称高空弹跳，笨猪跳或绑紧跳。

【竞技体育】指任何有体能要求的、特技类的、竞赛类的有组织体育活动赛事（包括训练在内），包括但不限于自行车、三项全能、冬季两项，超级马拉松、马术、帆船及其他水上运动项目、足球、橄榄球、曲棍球、体操、撑杆跳、击剑、举重、射箭、射击、武术、拳击以及所有冬季体育运动项目。竞技体育不包括由投保人组织的友谊赛、任何针对中小学生的包括上述体育项目在内的体育比赛。

【极限运动】指需要高水准专业能力、高度专业化器械或特殊技能的、挑战自身体能极限的极易对身体造成伤害或危及生命的体育运动，包括但不限于巨浪冲浪、冬季运动（如无舵雪橇、有舵雪橇、滑雪、滑雪板跳跃或表演）、独木舟冲急流、悬崖跳水、马术跳跃赛、马球、特技表演以及自行车、摩托车、空中或海上船只速度赛或表演。

【攀岩】指攀登悬崖、楼宇外墙、人造悬崖、冰崖、冰山等运动。

【特技表演】指进行马术、杂技、驯兽等表演。

【高风险活动】指易对身体造成伤害或危及生命的活动。包括但不限于蹦极、水肺潜水、冲浪、悬崖跳水，急流漂筏、任何江河海漂流、前往未曾勘察或未经开垦的地区、极地探险、徒步穿越沙漠或人迹罕至的原始森林活动、登山、室内外滑雪或滑雪板运动、赛马、竞技体育、狩猎活动、特技表演及海上船只的速度赛或表演。

【中国/中华人民共和国】为本合同之目的，**不包括台湾、香港及澳门地区。**

【投保前已存在之受伤】指被保险人于保险合同生效日前十二个月内曾因受伤出现任何症状而寻求诊断、医疗护理或医疗治疗。

【医院】指拥有合法经营执照，有合格医生和护士为病人提供 24 小时留院治疗和护理服务的，**但不包括主要目的为康复、疗养、护理、戒酒、戒毒或类似的医疗机构。**

若非因急症在中国境内的医院治疗，则该医院必须是符合上述条件的二级及以上公立医院普通部。

若因急症需要就近在中国境内非二级及以上公立医院普通部治疗，被保险人需在保险事故发生时起 48 小时内通知保险人，并在身体状态稳定后转入符合上述条件的二级及以上公立医院普通部。

【急症】指被保险人遭受必须经医师紧急治疗以避免生命或健康永久性伤害的突发症状。

【周岁】指以法定身份证明文件中记载的出生日期为基础计算的实足年龄。

【批单】指保险人签发的书面声明或通知，以确认和记录对本合同的任何修正，包括任何用词变化或本合同保障范围的变化，或在限制条件下承保时的限制条件。

【酒后驾驶】指经检测或鉴定，发生事故时车辆驾驶人员每百毫升血液中的酒精含量达到或超过一定的标准，公安机关交通管理部门依据《道路交通安全法》的规定认定为饮酒后驾驶或醉酒后驾驶。

【无有效行驶证】指下列情形之一：

(一) 机动车被依法注销登记的；

(二) 无公安机关交通管理部门核发的行驶证、号牌，或亦无临时号牌或临时移动证的机动交通工具；

(三) 未在规定检验期限内进行机动车安全技术检验或检验未通过的机动交通工具。未依法按时进行或通过机动车安全技术检验。

【保险金申请人】指本合同的被保险人、保险金受益人、被保险人的法定继承人或法律规定享有保险金请求权的其他人。

【医师/医生】指并非被保险人或其配偶、(岳)父母、子女、(外)祖父母、(外)孙子女或其业务关联者(如商业合作伙伴、雇员或雇主)，且已获得其所执业国家的医疗卫生当局核发的行医执照的执业医师，其提供的治疗服务内容应在其执照和业经培训范围内。本合同中凡提及“医师/医生”应在适用的情况下理解为全科医师和/或专科医师。

【护士】指具有护士资格(并非被保险人或其配偶、(岳)父母、子女、(外)祖父母、(外)孙子女或其业务关联者，包括商业合作伙伴、雇员或雇主)，且已获得其所执业国家的医疗卫生当局核发的执业执照，其提供的服务内容应在其执照和业经培训范围内。

(此页内容结束)

安盛天平附加个人意外医疗费用补偿保险（2022版）（互联网专属）条款
C00007832522021120715543

第一条 附加合同的订立和构成

《安盛天平附加个人意外医疗费用补偿保险（2022版）（互联网专属）》合同（以下简称“本附加合同”），依主合同投保人的申请，经保险人同意而订立。本附加合同附加于主合同而成立，未约定事项以主合同为准，与主合同互有冲突之处，则以本附加合同为准。主合同效力终止，本附加险合同效力亦同时终止；主合同无效，本附加合同亦无效。

如果本附加合同的承保项目在保险单或批注项内未载明，则该承保项目的保险责任不发生效力。

第二条 本附加合同生效

本附加合同的生效时间同主合同的生效时间，或以本附加合同的批注所载明的生效时间为准。

第三条 受益人

本附加合同保险金的受益人为被保险人本人。

第四条 保险责任

本附加合同保险期间内，若被保险人因遭受意外事故，而于意外事故发生日起一百八十（180）天内以该意外事故为直接单独原因接受合法注册的医生、护士、医院或救护车服务并且已支出必需且合理的实际医疗费用，则保险人在扣除保险单所载的免赔额后，再按照保险单所载的赔付比例进行赔付，但最高以保险单上所载本附加合同项下该被保险人相应的保险金额为限。

实际的医疗费用以当地政府核准的收费标准为限。保险赔付范围包括医生诊断、处方、手术费、救护车费、住院费、药费、X光检查、医院内收取的护理费、医疗用品等在医院内支出的费用。

若被保险人已从其他途径（包括但不限于社会基本医疗保险、公费医疗、工作单位、其他政府机构或者社会福利机构、公益慈善机构、第三方责任人、保险人在内的任何商业保险机构等）获得的医疗费用补偿，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照本合同的约定进行赔付。

第五条 责任免除

除本附加合同明确约定的保险责任以外，主合同中所有责任免除条款（如适用）均适用于本附加合同。

(一)任何由下列原因直接或者间接造成的损失或费用，保险人不承担给付保险金的责

任:

1、先天性疾病和先天性畸形。

(二)下列情形下,不论任何原因造成的保险事故,保险人不承担给付保险金责任:

1、细菌或病毒感染(但因保险期间内发生的意外伤害致有伤口而发生感染者除外)、食物中毒、药物过敏、中暑。

2、视力矫正或因矫正视力而作的眼科验光检查;屈光不正。

3、一般身体检查、疗养、特别护理或静养、康复性治疗或任何与压力,焦虑,抑郁,紧张,情绪相关的治疗及精神性、心理性治疗。

4、任何自然产生的状况、衰老退化现象及渐进过程。

5、任何原因进行的牙齿保养、牙齿修复、牙齿整形或牙齿植种;非因意外事故进行的任何牙科检查、治疗或手术,以及任何进食活动(包括咀嚼或啃咬)引发的牙科治疗;对非自然牙进行的任何治疗。

6、椎间盘疾病。

(三)下列各项损失、费用或责任,保险人不负任何赔偿责任:

1、营养费、康复费、整容费、美容费、修复手术费、交通费、伙食费、误工费、丧葬费等费用。

2、中草药、中药材、中药制剂、复方中药、中成药、膏方、膏药或任何中医治疗费用。中医治疗包括但不限于推拿、按摩、指压治疗、足科治疗、营养师治疗、理疗、针法、灸法、针灸、顺势治疗、整骨治疗、敷贴疗法。

第六条 证明文件/索赔申请

保险金申请人向保险人索赔时,应提供以下证明和资料作为索赔单证递送予保险人,以申请本附加合同项下保险金(如未注明原件的,在核对查验原件后提交复印件即可):

(一) 被保险人的身份证明;

(二) 完整的门、急诊病历;

(三) 出院小结(如适用);

(四) 医院所签发的医药费用原始正式收据;

(五) 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;

(六) 若被保险人委托他人申请给付保险金的,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。

当赔付金额未达实际支出医药费用的全额时,保险金申请人可书面向保险人申请发还收据原件。保险人在加盖印戳并注明已赔付金额后发还收据原件。

若保险金申请人因特殊原因不能提供上述证明,则应提供法律认可的其他有关证明材料,以提出索赔申请。

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。

保险人在收到保险金申请人的赔偿请求及完整的索赔资料后，将及时作出核定。情形复杂的，如无法在法律规定的时限内作出核定，则双方同意适当延长，但延长的时限最长不超过三十（30）天。

保险人应当将核定结果通知保险金申请人；对属于保险责任的，在与保险金申请人达成给付保险金的协议后十（10）日内，履行赔偿保险金义务。本保险合同对给付保险金的期限有约定的，保险人应当按照约定履行给付保险金的义务。保险人依照前款约定作出核定后，对不属于保险责任的，应当自作出核定之日起三（3）日内向索赔申请人发出拒绝给付保险金通知书，并说明理由。

第七条 附加合同效力的终止

本附加合同于发生下列情况之一时终止：

- （一）主合同终止，本附加合同同时终止；
- （二）本附加合同保险期间届满。

第八条 释义

【意外事故】指因遭遇外来的、突发的、非本意的、非疾病的、不可预见的客观事件，并以此为直接且单独原因导致其身体伤害、残疾或身故。

【必需且合理】指符合通常惯例且属于医疗必需。符合通常惯例指被保险人接受的医疗服务满足以下条件：

（一）该服务是为了满足医疗需要且符合治疗当地的通行治疗规范、采用了治疗当地的通行治疗方法；

（二）医疗费用没有超过治疗当地对类似情形治疗的常规费用，类似情形是指在同一地区、对相同性别、近似年龄的人所患的同类疾病或身体伤害实施的类似治疗或服务。

【免赔额】指在属于承保范围的索赔金额中，依据本附加合同申请相应的保险金前，应当由被保险人自己承担的额度。

【药品费】指实际发生的合理且必要的、由医生开具的、具有国家药品监督管理部门核发的药品批准文号或者进口药品注册证书、医药产品注册证书的国产或进口药品的费用。

但不包括营养补充类药品，免疫功能调节类药品，美容及减肥类药品，预防类药品，以及下列中药类药品：

主要起营养滋补作用的或以提高人体免疫力为主要用途的单方、复方中药或中成药，包括但不限于如各类参(包括人参、花旗参、白糖参、朝鲜红参、红参、野山参、移山参等)及其饮片剂片剂，冬虫草，玳瑁，蛤蚧，珊瑚，狗宝，琥珀，灵芝，羚羊角尖粉，马宝，玛瑙，牛黄，麝香，西红花，血竭，燕窝，珍珠（粉），紫河车，阿胶，阿胶珠，血宝胶囊，红桃K口服液，十全大补丸，十全大补膏等；鹿角胶、龟鹿二仙胶、龟板胶、鳖甲胶、马宝、珊瑚、玳瑁、冬虫夏草、藏红花、羚羊、犀角、牛黄、麝香、鹿茸、铁皮枫斗。部分可以入药的动物及动物脏器，如鹿茸，海马，胎盘，鞭，尾，筋，骨等；用中药材和中药饮片炮制的各类酒制剂等。

【治疗费】指以治疗疾病为目的，提供医学手段而发生的治疗者的技术劳务费和医疗器械使用费，以及消耗品的费用，包括注射费、机疗费、理疗费、输血费、输氧费、体外反搏费。

但治疗费不包含物理治疗、中医理疗及其他特殊疗法。

物理治疗是指应用人工物理因子（如光、电、磁、声等）来治疗疾病，具体疗法包括电疗、光疗、磁疗、热疗等；

中医理疗是指以治疗疾病为目的，被保险人接受由具有相应资格的医生实施的针灸治疗、推拿治疗、拔罐治疗或刮痧治疗；

其他特殊疗法包括顺势治疗、职业疗法及语音治疗。

（此页内容结束）

安盛天平附加个人意外每日住院津贴保险（2022版）（互联网专属）条款
C00007832522021120713763

第一条：附加合同的订立和构成

《安盛天平附加个人意外每日住院津贴保险（2022版）（互联网专属）》合同（以下简称“本附加合同”），依主合同投保人的申请，经保险人同意而订立。本附加合同附加于主合同而成立，未约定事项以主合同为准，与主合同互有冲突之处，则以本附加合同为准。主合同效力终止，本附加合同效力亦同时终止；主合同无效，本附加合同亦无效。

如果本附加合同的承保项目在保险单或批注项内未载明，则该承保项目的保险责任不发生效力。

第二条：本附加合同生效

本附加合同的生效时间同主合同的生效时间，或以本附加合同的批注所载明的生效时间为准。

第三条：受益人

本附加合同保险金的受益人为被保险人本人。

第四条：保险责任

（一）意外住院津贴保险金：

在本附加合同保险期间内，被保险人因遭受**意外事故（见释义）**在**医院（见释义）**必须接受**住院（见释义）**治疗的，保险人在扣除每次住院免赔天数后按照以下计算公式对被保险人给付意外住院津贴保险金：

意外住院津贴保险金 = 意外每日住院津贴赔偿金额 × 实际住院天数（见释义）

本附加合同保险期间届满时，若被保险人仍未结束住院治疗的，对于被保险人在保险期间届满日起三十日（含第三十日）内的住院治疗，保险人继续按照本附加合同的约定给付住院津贴。对于本附加合同保险期间届满日起三十日后的住院，保险人不再承担保险责任。但无论被保险人一次或多次住院，保险人给付保险金的赔偿天数不超过本附加合同约定的每次住院最长赔偿天数及全年累计最长赔偿天数。

若被保险人本次住院与前次住院原因相同，并且前次出院与本次入院间隔不超过九十日的，则本次住院与前次住院视为同一次住院。

（二）意外监护病房津贴保险金：

在本附加合同保险期间内，被保险人因遭受意外事故而在监护病房接受住院治疗的，保险人在扣除每次住院免赔天数后按照以下计算公式对被保险人给付意外监护病房津贴保险金：

意外监护病房津贴保险金 = 意外每日监护病房津贴赔偿金额 × 实际住院天数

本附加合同保险期间届满时，若被保险人仍未结束住院治疗的，对于被保险人在保险期间届满日起三十日（含第三十日）内的住院治疗，保险人继续按照本附加合同的约定给付住

院津贴。对于本附加合同保险期间届满日起三十日后的住院，保险人不再承担保险责任。但无论被保险人一次或多次住院，保险人给付保险金的赔偿天数不超过本附加合同约定的每次住院最长赔偿天数及全年累计最长赔偿天数。

若被保险人本次住院与前次住院原因相同，并且前次出院与本次入院间隔不超过九十日的，则本次住院与前次住院视为同一次住院。

上述两项保险责任由投保人和保险人在投保时约定，未经双方约定并载明于保险单中的，保险人不承担给付保险金的责任。

第五条 责任免除

除本附加合同明确约定的保险责任以外，主合同中所有责任免除条款（如适用）均适用于本附加合同。

（一）因下列情形之一造成被保险人住院治疗的，保险人不承担给付保险金的责任：

1. 投保人对被保险人的故意杀害、故意伤害；
2. 被保险人故意自伤、故意犯罪或者抗拒依法采取的刑事强制措施；
3. 被保险人殴斗、醉酒，主动吸食或注射毒品；
4. 被保险人酒后驾驶机动车、无合法有效驾驶证驾驶机动车，或驾驶无有效行驶证的机动车；
5. 被保险人感染艾滋病病毒或患艾滋病期间因疾病导致的；

（二）因下列原因之一造成被保险人住院治疗的，保险人不承担给付保险金的责任：

1. 战争、军事冲突、暴乱或武装叛乱；
2. 核爆炸、核辐射或核污染；
3. 遗传性疾病（见释义）、先天性畸形、变形和染色体异常（见释义）。
4. 不孕不育治疗、人工受精、怀孕、分娩（含难产）、流产、堕胎、节育（含绝育）、产前产后检查以及由以上原因引起的并发症，包皮环切术、包皮剥离术、包皮气囊扩张术、性功能障碍治疗。
5. 精神和行为障碍（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）以及性病。
6. 被保险人未遵医嘱私自服用、涂用、注射药物。
7. 职业病（见释义）、医疗事故（见释义）。
8. 被保险人接受疗养、矫形、视力矫正手术、美容、减肥塑形、变性手术、牙科保健及康复治疗、非意外事故所致整容手术。
9. 被保险人在不符合保险人指定或认可的医疗机构进行住院治疗。
10. 不符合入院标准、挂床住院的治疗，住院病人应当出院而拒不出院。
11. 各类医疗鉴定，包括但不限于医疗事故鉴定、精神病鉴定、孕妇胎儿性别鉴定、验伤鉴定、亲子鉴定、遗传基因鉴定。
12. 采用未被治疗所在地政府批准的治疗。
13. 康复、医疗咨询、健康体检、保健性或非疾病治疗类项目，使用眼镜、隐形眼镜、义齿、义眼、义肢、助听器等各种康复性器具，自用的按摩保健和治疗用品、所有非处方医疗器械，但由投保人和保险人约定的并在保险单中明确列明承保的除外。
14. 各种医疗咨询和健康预测，如健康咨询、睡眠咨询、性咨询、心理咨询。

15.基因咨询、筛查、检查和治疗，预防性治疗、实验性或试验性治疗，物理治疗（见释义）、中医调理（见释义）及其他特殊疗法（见释义）而发生的治疗，成瘾性症状治疗，功能医学检查（包括但不限于全套个人化营养评估、抗氧化维生素分析、氧化压力分析、营养与毒性元素分析、肠道免疫功能分析）。

16.从事潜水、跳伞、攀岩、蹦极、驾驶滑翔机或滑翔伞、探险、摔跤、武术比赛、特技表演、赛马、赛车等高风险运动。

第六条：保险金的申请和给付

（一）保险事故的通知

对任何一次入院治疗超过七（7）天的，被保险人须在住院天数届满七天之前通知保险人，保险人有权核查该住院是否为必须且合理的。

如因被保险人未及时通知保险人，而导致保险事故的性质、原因、入院时间的必须且合理性等难以确定的，保险人对无法确定的损失部分不承担给付保险金的责任，但保险人通过其他途径已经及时知道或者应当及时知道保险事故发生的除外。

上述约定，不包括因不可抗力而导致的迟延。

（二）保险金的申请

保险金申请人向保险人申请给付保险金时，应在出院之日起二十（20）天内提供以下证明和资料原件作为索赔凭证，递交给保险人（如未注明原件的，在核对查验原件后提交复印件即可）：

- 1、 被保险人的身份证明；
- 2、 完整的门、急诊病历；
- 3、 出院小结原件；
- 4、 住院医疗正式收据；
- 5、 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；
- 6、 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。

若保险金申请人因特殊原因不能提供上述证明，则应提供法律认可的其他有关证明材料，以提出保险金申请。

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，保险人仅对可以确定的部分支付保险金，对无法核实部分不承担保险责任。

保险人在收到保险金申请人的赔偿请求及完整的索赔资料后，将及时作出核定。情形复杂的，如无法在法律规定的时限内作出核定，则双方同意适当延长，但延长的时限最长不超过三十（30）天。

保险人应当将核定结果通知保险金申请人；对属于保险责任的，在与保险金申请人达成给付保险金的协议后十（10）日内，履行赔偿保险金义务。本保险合同对给付保险金的期限

有约定的，保险人应当按照约定履行给付保险金的义务。保险人依照前款约定作出核定后，对不属于保险责任的，应当自作出核定之日起三（3）日内向索赔申请人发出拒绝给付保险金通知书，并说明理由。

第七条：附加险合同效力的终止

本附加合同于发生下列情况之一时终止：

- (一)主合同终止，本附加合同同时终止；
- (二)本附加合同保险期间届满。

第八条：释义

【意外事故】指因遭遇外来的、突发的、非本意的、非疾病的、不可预见的客观事件，并以此为直接且单独原因导致其身体伤害、残疾或身故。

【医院】指拥有合法经营执照，有合格医生和护士为病人提供二十四（24）小时留院治疗和护理服务的，**但不包括主要作为康复医院、诊所、疗养、护理、戒酒、戒毒或类似的医疗机构。**

若非因**急症（见释义）**在中国境内的医院治疗，则该医院必须是符合上述条件的二级及以上公立医院普通部。

若因急症需要就近在中国境内非二级及以上公立医院普通部治疗，被保险人需在保险事故发生时起四十八（48）小时内通知保险人，并在身体状态稳定后转入符合上述条件的二级及以上公立医院普通部。

【住院】指被保险人因疾病或意外事故而入住医院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，**不包括入住门诊观察室、其它非正式病房或挂床住院。**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，只收护理费、诊疗费、床位费等情况。

【实际住院天数】指被保险人在医院住院部病房内实际的住院治疗天数。住院满二十四小时为一天，**但不含被保险人在住院治疗期间擅自离院期间的天数。**

【遗传性疾病】指生殖细胞或者受精卵的遗传物质（染色体和基因）发生突变或者畸变所引起的疾病，通常具有由亲代传至后代的垂直传递的特征。

【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、变形或者染色体异常。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。

【职业病】指企业、事业单位和个体经济组织的劳动者在职业活动中，因接触粉尘、放射性物质和其他有毒、有害物质等因素而引起的疾病。职业病的认定需遵循《中华人民共和国

国职业病防治法》中的相关规定及鉴定程序。

【医疗事故】指医疗机构及其医务人员在医疗活动中，违反医疗卫生管理法律、行政法规、部门规章和诊疗护理规范及常规，过失造成患者人身损害的事故。

【物理治疗】指应用人工物理因子（如光、电、磁、声等）来治疗疾病，具体疗法包括电疗、光疗、磁疗、热疗等。

【中医理疗】指以治疗疾病为目的，被保险人接受由具有相应资格的医生实施的针灸治疗、推拿治疗、拔罐治疗或刮痧治疗。

【其他特殊疗法】指顺势治疗、职业疗法及语音治疗等。

【急症】指被保险人遭受必须经医师紧急治疗以避免生命或健康永久性伤害的突发病状。

（此页内容结束）

安盛天平附加个人意外骨折定额给付保险（2022 版）（互联网专属）条款

C00007832322021120713733

第一条 附加合同的订立和构成

《安盛天平附加个人意外骨折定额给付保险（2022 版）（互联网专属）》合同（以下简称“本附加合同”），依主合同投保人的申请，经本公司同意而订立。本附加合同附加于主合同而成立，主合同的条款也适用于本附加合同，若主合同与本附加合同的条款互有冲突，则以本附加合同为准。

若本附加合同的承保项目在保险单上或批注项内未载明，本附加合同不发生效力。

第二条 本附加合同生效

本附加合同的生效时间同主合同的生效时间，或以本附加合同的批注所载明的生效时间为准。

第三条 保险责任

任何被保险人于本附加合同保险期间内遭遇意外事故，且自事故发生之日起九十天内发生《骨折程度与保险金给付比例表》内列明的骨折或《关节替换保险金给付比例表》内列明的关节替换，本公司按上述表中所列的给付比例乘以本附加合同保险单上所载该被保险人相应的保险金额计算和给付保险金。

本公司在本附加合同保险期间内对任一被保险人承担的保险金的累计金额以保险单上所载本附加合同项下该被保险人相应的保险金额有限。

若同一意外事故导致同一骨的骨折，不论该骨发生一处或多处骨折，本公司仅按照较严重项目的骨折给付保险金。在对同一骨的骨折或同一关节替换给付保险金后，本公司对该骨或该关节的保险责任即终止。

第四条 责任免除

除本附加合同明确约定的保险责任以外，主合同中所有责任免除条款（如适用）均适用于本附加合同。

（一）除保险单中明确约定承保的之外，下列期间或情形下不论任何原因导致的医药费用，本公司不负赔偿责任：

1. 细菌或病毒感染（但因保险期间内发生的意外伤害致有伤口而发生感染者除外）、药物过敏。
2. 一般身体检查、疗养、特别护理或静养、康复性治疗或任何与压力，焦虑，抑郁，紧张，情绪相关的治疗及精神性、心理性治疗。
3. 骨质疏松症。

第五条 证明文件/索赔申请

被保险人支出医药费用后,应自治疗结束日起的三十天内向本公司递交以下证明和资料原件(如未注明提供原件的,在核对查验原件后提交复印件即可):

- (一) 被保险人的身份证明;
- (二) 完整的门、急诊病历;
- (三) 出院小结(如适用);
- (四) 医院所签发的医药费用原始正式收据;
- (五) 医院出具的相关的病历记录、X光片或CT光片及其他医学影像诊断报告书或手术证明;
- (六) 被保险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;
- (七) 若被保险人委托他人申请的,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;
- (八) 本公司公布的理赔指南中规定的其他资料。

保险金申请人因特殊原因不能提供以上材料的,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,导致本公司无法核实该申请的真实性的,本公司对无法核实部分不承担给付保险金的责任。**

当赔付金额未达实际支出医药费用的全额时,保险金申请人可书面向本公司申请发还收据原件。本公司在加盖印戳并注明已赔付金额后发还收据原件。

第六条 附加合同效力的终止

本附加合同于发生下列情况之一时终止:

- (一) 主合同终止,本附加合同同时终止;
- (二) 本附加合同保险期间届满。

第七条 释义

本附加合同所称的意外事故:

指因遭遇外来的、突发的、非本意的、非疾病的、不可预见的客观事件,并以此为直接且单独原因导致其身体伤害、残疾或身故。

本附加合同所称的骨折:

指由于意外事故单独且直接导致骨质的连续性发生完全或部分性中断,包括发生于椎体的压缩性骨折,不包括骨的不完全断裂(如骨裂)。

本附加合同所称的骨质疏松症:

指按照WHO和美国国家骨质疏松基金会共同推荐的标准,当被检者骨量值与青年人平均骨量值相比,减少2.5倍标准差以上。

(此页内容结束)

《骨折程度与保险金给付比例表》

项目	骨折项目	最高给付比例	
一	骨盆（注1）骨折	多处骨折（注2），至少一处为开放性骨折（注3） 单处开放性骨折（注3） 多处闭合性骨折（注4） 本项目下其他骨折	60% 30% 20% 15%
二	股骨或跟骨骨折	多处骨折（注2），至少一处为开放性骨折（注3） 单处开放性骨折（注3） 多处闭合性骨折（注4） 本项目下其他骨折	50% 25% 15% 12%
三	胫骨、腓骨、颅骨（注6）、 锁骨、肱骨、桡骨、尺骨、 腕骨（注7）骨折（但不包 括桡骨远端骨折）	多处骨折（注2），至少一处为开放性骨折（注3） 单处开放性骨折（注3） 多处闭合性骨折（注4） 颅骨凹陷骨折（须经手术治疗） 本项目下其他骨折	40% 20% 15% 10% 8%
四	桡骨远端骨折	开放性骨折（注3） 本项目下其他骨折	15% 8%
五	肩胛骨、髌骨、胸骨、掌骨 （注8）、跖骨（注9）、跗骨 （注10）骨折	开放性骨折（注3） 本项目下其他骨折	15% 8%
六	椎骨（注11）骨折（包括颈 椎、胸椎、腰椎骨折， 但不包括骶骨和尾骨骨折）	椎体压缩性骨折（注12）且棘突、横突或椎弓根骨折 椎体压缩性骨折（注12）或棘突、横突或椎弓根骨折 本项目下其他骨折	30% 15% 8%
七	下颌骨骨折	多处骨折（注2），至少一处为开放性骨折（注3） 单处开放性骨折（注3） 多处闭合性骨折（注4） 本项目下其他骨折	15% 12% 10% 5%
八	肋骨（注13）、颧骨、尾骨、 上颌骨、鼻骨、趾骨（注14） 指骨（注15）骨折	多处骨折（注2），至少一处为开放性骨折（注3） 单处开放性骨折（注3） 多处闭合性骨折（注4） 本项目下其他骨折	10% 8% 5% 3%

注：

1. 骨盆作为同一块骨处理，包括耻骨、髌骨、坐骨、骶骨，不包括尾骨。
2. 多处骨折指同一骨上有一处以上的骨折。
3. 开放性骨折指骨折附近的皮肤和粘膜破裂，骨折处与外界相通。
4. 闭合性骨折指骨折时骨折处皮肤或粘膜完整，不与外界相通。
5. 颅骨作为同一块骨处理。

6. 所有同侧腕骨作为同一块骨处理。
7. 所有同侧掌骨作为同一块骨处理。
8. 所有同侧跖骨作为同一块骨处理。
9. 所有同侧跗骨作为同一块骨处理。
10. 所有椎骨作为同一块骨处理，包括椎体、棘突、横突和椎弓根。
11. 压缩性骨折指因外力导致松质骨因压缩而变形。
12. 所有肋骨作为同一块骨处理。
13. 所有同侧趾骨作为同一块骨处理。
14. 所有同侧指骨作为同一块骨处理。

《关节替换保险金给付比例表》

	项目	最高给付比例
一	人工全髋关节替换	100%
二	人工全膝关节替换(单膝)	50%

(此页内容结束)

安盛天平附加个人责任保险（2022版）（互联网专属）条款

C00007830922021120609813

第一条 附加合同的订立和构成

《安盛天平附加个人责任保险（2022版）（互联网专属）》合同（以下简称“本附加合同”），依据主合同投保人的申请，经本公司同意而订立。本附加合同附加于主合同而成立，未约定事项以主合同为准；与主合同互有冲突之处，则以本附加合同为准。主合同效力终止，本附加合同效力亦同时终止；主合同无效，本附加合同亦无效。

凡涉及本附加合同的约定，均应采用书面形式。

如果本附加合同的承保项目在保（险）单或批注项内未载明，则该承保项目的保险责任不发生效力。

第二条 本附加合同的生效

本附加合同的生效时间同主合同的生效时间，或以本附加合同的批注所载明的生效时间为准。

第三条 保险责任

（一）个人责任赔偿金：本附加合同保险期间内，若任何被保险人因意外事故造成第三方（不包括与被保险人有抚养、扶养及赡养关系的人）死亡、身体伤害或财产损失，而依法应向第三方承担赔偿责任，则本公司以保险单所载的本附加合同项下该被保险人相应的保险金额为限补偿被保险人所实际支付的赔偿金额。

（二）法律费用：本附加合同保险期间内，上述（一）中保险事故发生后，被保险人因保险事故而被提起仲裁或者诉讼的，对应由被保险人支付的仲裁或诉讼费用以及事先经本公司书面同意支付的其他必要的、合理的费用（以下简称“法律费用”），本公司按照本保险合同约定也负责赔偿。

当保险期间为一年时，本公司对于本附加合同项下该被保险人相应的个人责任保险金额适用于整个保险期间。

第四条 责任免除

除本附加合同明确约定的保险责任以外，主合同中所有责任免除条款（如适用）均适用于本附加合同，若互有冲突，则以本附加合同为准。

(一) 下列原因直接或间接造成的任何损失、费用或责任，本公司不负任何赔偿责任：

- 1、 被保险人违反当地法律的行为、故意、恶意、犯罪行为。
- 2、 被保险人未履行自己的合同责任，包括雇主责任或其他合同责任。
- 3、 被保险人的贸易、商业或职业行为。

(二) 下列期间或情形下，不论任何原因造成的损失、费用或责任，本公司不负赔偿责任：

- 1、 被保险人饮酒、吸食或注射毒品、服用国家管制的精神药品或者麻醉药品。
- 2、 被保险人精神错乱、智障状态。
- 3、 被保险人使用或驾驶任何海、陆、空机动或非机动交通工具。
- 4、 被保险人参加赛马、赛车、任何形式的冬季运动、竞赛或使用武器。

(三) 下列各项损失、费用或责任，本公司不负任何赔偿责任：

- 1、 对被保险人亲属的责任。
- 2、 对被保险人或其亲属或被保险人的任何雇员所有或在其管理、控制下或委托其保管的财产。
- 3、 任何由法院裁判的惩罚性、加重性或警戒性的赔偿，以及任何刑事诉讼产生的法律费用、罚金或类似费用。
- 4、 任何形式的间接损失、精神损害赔偿。
- 5、 被保险人未经本公司同意自行承诺承担的损失、费用或责任。
- 6、 被保险人所有或在其管理、控制下的动物所引起的责任。

第五条 被保险人义务

在本附加合同保险期间内发生保险事故，被保险人应尽快通知本公司。未经本公司事先书面同意，被保险人向任何一方作出的任何承诺、拒绝、出价、约定、付款或赔偿，本公司不受其约束。对于被保险人自行承诺或支付的赔偿金额，保险人有权重新核定，不属于本保险责任范围或超出应赔偿限额的，保险人不承担赔偿责任。

在处理索赔过程中，本公司有权自行处理由其承担最终赔偿责任的任何索赔案件，被保险人有义务向本公司提供其所能提供的资料和协助。

经被保险人同意，本公司有权自行或以被保险人名义抗辩及支付赔偿。本公司有权为维护自身利益自费向其他有关各方索偿赔款。被保险人有义务协助本公司调查或执行任何理赔。被保险人获悉可能发生诉讼、仲裁时，应立即以书面形式通知本公司；接到法院传票或其他法律文书后，应将其副本及时送交本公司。本公司有权以被保险人的名义处理有关诉讼或仲裁事宜，被保险人应提供有关文件，并给予必要的协助。

对因未及时提供上述通知或必要协助导致扩大的损失，本公司不承担赔偿责任。

第六条 证明文件/索赔申请

保险金申请人向本公司索赔时，应在返回日常居住地或日常工作地之日起的三十天内提供以下证明和资料作为索赔单证递交本公司（如未注明提供原件的，在核对查验原件后提交复印件即可）：

- （一）被保险人的身份证明；
- （二）书面事故报告；
- （三）警方报告复印件（如适用）；
- （四）目击者证词；
- （五）现场照片；
- （六）诉状、法院传票（如适用）；
- （七）判决书、裁决书或调解书（如适用）；
- （八）赔偿协议（如适用）；
- （九）赔偿给付凭证（如本公司直接向第三方支付赔偿金，则无需提供赔偿给付凭证）；
- （十）索赔申请人的身份证明；
- （十一）索赔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；
- （十二）若索赔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。

保险金申请人因特殊原因不能提供以上材料的，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，导致本公司无法核实该申请的真实性的，本公司对无法核实部分不承担给付保险金的责任。**

第七条 附加合同效力的终止

本附加合同于发生下列情况之一时终止：

- （一）主合同终止，本附加合同同时终止；
- （二）本附加合同保险期间届满。

第八条 释义

【意外事故】指因遭遇外来的、突发的、非本意的、非疾病的、不可预见的客观事件，并以此为直接且单独原因导致其身体伤害、残疾或身故。**为避免疑义，任何情形导致的猝死均不属于本合同承保的意外事故。**

（此页内容结束）

安盛天平附加预防接种意外伤害保险（2022版）（互联网专属）条款

C00007832322021120609793

第一条 附加合同的订立和构成

《安盛天平附加预防接种意外伤害保险（2022版）（互联网专属）》合同（以下简称“本附加合同”），依主合同投保人的申请，经保险人同意而订立。本附加合同附加于主合同而成立，未尽之处以主合同的条款（如适用）为准，若主合同与本附加合同的条款互有冲突，则以本附加合同为准。

若本附加合同在保险单上未载明，本附加合同不发生效力。

第二条 本附加合同的保险期间

本附加合同的保险期间同主合同的保险期间。

第三条 保险责任

（一）预防接种身故保险金

在本附加合同的保险期间内，被保险人在接种单位（释义一）实施疫苗（释义二）接种后，遭受预防接种事故（释义三）或发生预防接种异常反应（释义四），并自事故或异常反应发生之日起180日内以该次事故或异常反应为直接原因身故的，保险人按保险单所载被保险人预防接种身故保险金额给付身故保险金。

被保险人身故前保险人已给付本条款约定的预防接种伤残保险金的，身故保险金应扣除已给付的伤残保险金。

（二）预防接种伤残保险金

本附加合同的保险期间内，被保险人在接种单位实施疫苗接种后，遭受预防接种事故或发生预防接种异常反应，并自事故或异常反应发生之日起180日内以该次事故或异常反应为直接原因致《人身保险伤残评定标准及代码》（标准编号为JR/T 0083—2013，全文同）（行业标准）所列残疾之一的，则保险人按该被保险人预防接种伤残保险金额乘以《人身保险伤残评定标准及代码》中该项身体伤残程度等级所对应的保险金给付比例给付预防接种伤残保险金。若自该事故或异常反应发生之日起180日内治疗仍未结束的，按该被保险人第180日的身体情况进行伤残程度等级鉴定，保险人据此给付预防接种伤残保险金。

若被保险人因同一事故或异常反应造成两处或两处以上伤残时，按《人身保险伤残评定标准及代码》对各处伤残程度分别进行评定。如果几处伤残等级不同，以最重的伤残等级作为最终的评定结论；如果两处或两处以上伤残等级相同，伤残等级在原评定基础上最多晋升一级，最高晋升至第一级。同一部位和性质的伤残，不应采用《人身保险伤残评定标准及代码》条文两条以上（含）或者同一条文两次以上（含）进行评定，保险人按最终评定的伤残程度等级对应的保险金给付比例给付预防接种伤残保险金。

对于本次事故或异常反应发生前（含保险合同生效日前）的伤残（以下统称“既有伤残”），被保险人因本次事故或异常反应所致的伤残合并既有伤残被评定为较严重等级伤残的，保险人按下述计算公式给付本次预防接种伤残保险金：

给付的本次预防接种伤残保险金=保险单或批单所载的该被保险人对应的保险金额*(合并既有伤残后的较严重等级伤残所对应的保险金给付比例-既有伤残的伤残等级所对应的保险金给付比例)。

保险人在本合同项下对被保险人累计给付的预防接种身故保险金和预防接种伤残保险金达到保险单或批单所载的该被保险人对应的保险金额时，保险人对该被保险人的保险责任终止。

(三) 预防接种异常反应医疗保险金

在本附加合同的保险期间内，被保险人在接种单位全程实施疫苗接种后，发生预防接种异常反应，在被保险人认可的医疗机构(释义五)进行治疗，保险人就被保险人自事故发生之日起180日内实际支出的必需且合理(释义六)的医疗费用，在扣除保单约定的免赔额后按照合同约定承担预防接种异常反应医疗保险赔偿责任。

本项保险责任适用医疗费用补偿原则。若被保险人已从其他途径(包括社会医疗保险、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余额按照本合同的约定进行赔付。社保卡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。

(四) 预防接种失效医疗保险金

在本附加合同的保险期间内，被保险人在接种单位全程实施疫苗接种后，在该疫苗防疫有效期内首次罹患该疫苗所防疫疾病，保险人对于被保险人为治疗该疫苗所防疫疾病而实际支付的必需且合理的实际医疗费用，在扣除保单约定的免赔额后，按照合同约定承担预防接种失效医疗保险赔偿责任。

本项保险责任适用医疗费用补偿原则。若被保险人已从其他途径(包括社会医疗保险、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余额按照本合同的约定进行赔付。社保卡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。

第四条 责任免除

除本附加合同明确约定的保险责任以外，主合同中所有的责任免除条款均适用于本附加合同：

(一) 由于下列原因导致被保险人身故或发生费用的，保险人不承担给付或赔偿保险金的责任：

1. 被保险人未遵医生开具的处方私自服用、涂用、注射药物。

(二) 在下列任一情形下，被保险人身故或发生费用的，保险人不承担给付保险金的责任：

1. 因疫苗本身特性引起的接种后一般反应(释义七)；

2. 因疫苗变质、过期、质量不合格造成的损害或使用未经国家药品监督管理部门认可的疫苗；

3. 被保险人在接种时正处于某种疾病的潜伏期或者前驱期，接种后偶合发病；

4. 被保险人有疫苗说明书规定的接种禁忌，在接种前被保险人或者其监护人未如实提供被保险人的健康状况和接种禁忌等情况，接种后被保险人原有疾病急性复发或者病情加重；

5. 因心理因素发生的个体或者群体的心因性反应；

6. 被保险人未按规定程序按时接受疫苗的预防接种；

7. 被保险人及其家属不遵守医院规章制度、拒绝或者未按要求配合检查、治疗的行为。

(三) 对被保险人发生的下列任何费用，保险人不承担给付保险金的责任：

1. 用于矫形、整容、美容、器官移植或修复、安装及购买残疾用具（如轮椅、假肢、助听器、假眼、配镜等）的费用；
2. 被保险人体检、疗养、心理咨询或康复治疗的费用；
3. 被保险人在非保险人认可的医疗机构产生的治疗费用；
4. 其他不属于保险责任范围内的费用。

第五条 证明文件/索赔申请

保险金申请人向保险人申请给付保险金时，应提交以下作为索赔依据的证明和材料（如未注明提供原件的，在核对查验原件后提交复印件即可）：

（一）预防接种身故保险金申请：

1. 保险金申请人的有效身份证件；
2. 公安部门出具的被保险人户籍注销证明、被保险人认可的医疗机构出具的被保险人身故证明书；
3. 被保险人完整的接种记录和实施接种的医疗机构发票及事故情况说明(原件)；
4. 县级以上医疗事故鉴定（调解）中心出具的医疗事故技术鉴定结论；预防接种异常反应调查诊断结论或者预防接种异常反应鉴定结论(原件)；
5. 申请人所能提供的其他与确认保险事故的性质、原因等有关的其他证明和资料；
6. 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。

（二）预防接种伤残保险金申请：

1. 保险金申请人的有效身份证件；
2. 被保险人认可的医疗机构出具的被保险人伤残鉴定诊断书；
3. 被保险人完整的接种记录和实施接种的医疗机构发票及事故情况说明(原件)；
4. 县级以上医疗事故鉴定（调解）中心出具的医疗事故技术鉴定结论；预防接种异常反应调查诊断结论或者预防接种异常反应鉴定结论(原件)；
5. 申请人所能提供的其他与确认保险事故的性质、原因等有关的其他证明和资料；
6. 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。

（三）预防接种异常反应医疗保险金/预防接种失效医疗保险金申请：

1. 保险金申请人的有效身份证件；
2. 被保险人认可的医疗机构出具的医疗费用或医疗费用原始凭证；
3. 被保险人完整的接种记录和实施接种的医疗机构发票及事故情况说明(原件)；
4. 申请人所能提供的其他与确认保险事故的性质、原因等有关的其他证明和资料；
5. 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。

保险金申请人因特殊原因不能提供以上材料的，应提供其他合法有效的材料（原件）。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保险责任。

第六条 附加合同效力的终止

本附加合同于发生下列情况之一时终止：

- (一) 主合同终止，本附加合同同时终止；
- (二) 本附加合同保险期间届满。

第七条 释义

(一) 接种单位：

指经县级人民政府卫生主管部门依照《疫苗流通和预防接种管理条例》的规定指定的医疗卫生机构。

(二) 疫苗：

指为了预防、控制传染病的发生、流行，用于人体预防接种的疫苗类预防性生物制品。

(三) 预防接种事故：

预防接种事故是疫苗接种单位及其医务人员违反预防接种法律、行政法规、部门规章和接种工作规范、免疫程序、疫苗使用指导原则、接种方案，过失造成受种者人身损害的事故。

(四) 预防接种异常反应：

合格的疫苗在实施规范接种过程中或者实施规范接种后造成受种者机体组织器官、功能损害，相关各方均无过错的药品不良反应。常见的预防接种异常反应包括无菌性脓肿、热性惊厥、过敏性休克、过敏性皮疹、过敏性紫癜、血小板减少性紫癜、局部过敏反应、血管性水肿、多发性神经炎、臂丛神经炎、癫痫、脑病、脑炎和脑膜炎、脊灰疫苗相关病例以及接种卡介苗后的淋巴结炎、脑碎岩、全身散播性卡介苗感染等。

(五) 被保险人认可的医疗机构：

指国家卫生部医院等级分类中的二级或二级以上公立医院普通部，**不包括单独作为诊所、康复、护理、疗养、戒酒、戒毒等或相类似的医疗机构**；同时该医院必须具有符合有关医院管理规定设置标准的医疗设备，并且全日二十四小时有合格医师及护士驻院提供医疗和护理等服务。

(六) 必需且合理：

指符合通常惯例且属于医疗必需。符合通常惯例指被保险人接受的医疗服务满足以下条件：

该服务是为了满足医疗需要且符合治疗当地的通行治疗规范、采用了治疗当地的通行治疗方法；医疗费用没有超过治疗当地对类似情形治疗的常规费用，类似情形是指在同一地区、对相同性别、近似年龄的人所患的同类疾病或身体伤害实施的类似治疗或服务。

(七) 一般反应：

指在预防接种后发生的，由疫苗本身所固有的特性引起的，对机体只会造成一过性生理功能障碍的反应。主要有发热和局部红肿，同时可能伴有全身不适、倦怠、食欲不振、乏力等综合症状。

(此页内容结束)