

目录

安盛天平个人意外伤害保险（2026版）（互联网专属）条款 C00007832312025121290063..... 2

安盛天平附加个人交通意外伤害保险（2025版）（互联网专属）条款 C00007832322025062028693.....15

安盛天平附加个人意外医疗保险（2025版）（A款）（互联网专属）条款 C00007832522025090807773..... 18

安盛天平附加个人意外住院津贴保险（2025版）（互联网专属）条款 C00007832522025062028673.....25

安盛天平附加个人意外骨折保险（2026版）（互联网专属）条款 C00007832322025121290183.....30

安盛天平个人意外伤害保险（2026版）（互联网专属）条款

C00007832312025121290063

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、职业分类、投保要求及相关证明材料由投保人、保险人双方约定并在保险单中载明。符合保险单载明的承保年龄、职业分类、投保要求且身体健康、能够正常工作、学习或生活的自然人，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 本合同项下的受益人包括：

（一）意外身故保险金受益人

订立本合同时，被保险人或投保人经被保险人同意可以指定一人或数人为意外身故保险金受益人。意外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，各意外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意外身故保险金受益人，但需书面通知保险人，由保险人出具相应批单。对因意外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）意外全残保险金、意外残疾保险金受益人

除另有约定外，本合同的意外全残保险金、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，应由其监护人指定或变更受益人。

第二章 保险期间

第六条 本合同的保险期间以保险单载明的保险期间为准，自本合同生效日零时起算。二十四小时为一日，以北京时间为准。

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保障项目，各被保险人对应的保障项目以保险单或批单所载为准。若本保险责任项下的保障项目未在保险单或批单中载明，则本合同中关于该保障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，在本合同约定的保障区域、保障时间内，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

在本合同保险期间内，在本合同约定的保障区域、保障时间内，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致成《人身保险伤残评定及代码》（国家市场监督管理总局、国家标准化委员会 2024 年第 24 号，标准编号为 GB/T 44893-2024，全文同）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上升一级，最高上升至第一级。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任一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。

（三）意外全残保险金

在本合同保险期间内,在本合同约定的保障区域、保障时间内,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全残的,保险人按该被保险人对应的保险金额给付意外全残保险金,同时保险人对该被保险人的保险责任终止。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全残保险金。

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) 被保险人遭受司法当局拘禁或被判入狱;
- (三) 被保险人醉酒(每百毫升血液酒精含量大于等于 80 毫克)或受毒品、管制药物的影响;
- (四) 被保险人酒后驾驶、无有效驾驶证驾驶或驾驶无有效行驶证的机动交通工具。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;
- (五) 被保险人因罹患精神和行为障碍疾病(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)、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);
- (六) 脊椎间盘疾病、病理性骨折、疲劳性骨折或压力性骨折、重度骨质疏松疾病;
- (七) 被保险人因疾病,包括但不限于高原反应、中暑及猝死、非意外伤害导致的细菌和病毒感染;
- (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、整容手术、整形手术、内外科手术或其他医疗行为导致的伤害、细菌或病毒感染期间(但因意外伤害所致的流产、分娩、伤口发生感染者除外);
- (九) 被保险人涉及或从事采煤与煤类能源生产、煤矿安全作业、天然气开采及安全作业、石油开采/加工/炼制及安全作业、油砂生产、棕榈油生产、争议性武器制造、烟草制造、海上作业、地下作业、山洞作业、二级及以上的高处作业(以中华人民共和国国家标准 GB/T 3608-2008 为准)(如另有约定,以保险单或批单所载为准)的职业活动期间;
- (十) 被保险人受雇于商业船只;
- (十一) 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);
- (十二) 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。

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自由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)被保险人未遵医嘱或医生开具的处方,私自服用、涂用、或注射药物;

(六)投保前已存在之受伤及其并发症;

(七)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;

(八)被保险人进行高风险运动或活动。

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 被保险人对应的保险费按照本合同约定的保险金额和费率确定。投保人应当根据本合同约定交纳保险费。投保人未按约定交纳保险费的,保险合同不生效,保险人对保险合同生效前发生的保险事故不承担保险责任。

第十二条 若被保险人自愿投保由保险人承保的多种综合保险(不包含团体保险),且在不同保障产品中有相同保险利益的,则保险人仅按其中保险金额最高者做出赔偿,并退还其它保险项下已收取的相应保险利益的保险费。

第十三条 本合同为非保证续保合同。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。

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

第十四条 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。

第十五条 保险人依据本合同第十九条、第二十条、第二十三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。

第十六条 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。

第十七条 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，应当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

第十八条 投保人应当在保险合同成立时交清保险费。投保人未按约定交纳保险费的，保险合同不生效，保险人对保险合同生效前发生的保险事故不承担保险责任。

第十九条 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，保险人有权解除合同或取消该被保险人资格。

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或该被保险人资格被取消前发生的保险事故，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或该被保险人资格被取消前发生的保险事故，不承担赔偿或者给付保险金的责任，但应当退还保险费。

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，保险人应当承担给付保险金责任。

第二十条 被保险人涉及多种职业风险的（包括兼职、实习），应以职业分类等级最高的职业类别投保。

被保险人职业或工种变更时，应在变更发生十天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合同或取消该被保险人资格，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条约定解除合同或取消该被保险人资格的，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后未到期保险费的差额。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。

第二十一条 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。

第二十二条 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）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期间届满日的二十四时起，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。

第二十三条 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。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在给付保险金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或取消该被保险人资格并向投保人退还该被保险人的保险期间内剩余天数按日计算的保险费。对于本合同解除前或该被保险人资格被取消前发生的保险事故，保险人不承担给付保险金的责任。

第二十四条 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。

第二十五条 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

第二十六条 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）保险金给付申请书（原件）（如适用）；

- (二) 保险合同；
- (三) 被保险人及其他保险金申请人（如有）的身份证明；
- (四) 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）；
- (五) 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）；
- (六) 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）；
- (七) 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；
- (八) 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；
- (九) 保险人要求提供的其他材料。

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。

第二十七条 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。

第二十八条 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。

第二十九条 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。

第三十条 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。

第三十一条 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或取消该被保险人资格，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或取消该被保险人资格，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。

第三十二条 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相关法律规定确定（不包括香港、澳门、台湾地区法律），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

第三十三条 在本合同保险期间内，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。

第三十四条 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对应的保险费：

退还该被保险人对应的保险费金额=该被保险人对应的已交保险费*(1-退保手续费比例25%)*(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。

如另有约定，以保险单或批单所载为准，但最高不超过 25%。

第三十五条 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。

第三十六条 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。

第三十七条 本合同发生下列情况之一时将会自动终止：

- （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期间届满日；
- （二）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

第三十八条 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，且适用中华人民共和国法律（不包括香港、澳门、台湾地区法律）。

第三十九条 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（不包括香港、澳门、台湾地区法律）执行。仲裁裁决是终局的，对双方均有约束力；

(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

【批单】 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。

【周岁】 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。

【正常工作、学习】 在加入保险计划前 3 个月内因疾病或意外事故导致缺勤不超过 15 天。

【职业分类】 职业类别一：行政和文员类办公室内勤或管理人员如会计师、顾问、文员、医生等；职业类别二：以室内工作为主，涉及室外工作或偶尔涉及轻体力劳动者，如美容师、不使用工具及机械的土木工程师或销售人员等；职业类别三：涉及轻体力劳动或涉及使用工具或轻型机械（除木材加工机械）的劳动者，例如企业小车司机、厨房工人等；职业类别四：需要进行体力劳动者如室内装潢人员、装表接电工人等；职业类别五：操作机械的工人等；职业类别六：炼钢原料工人及加工工人等。被保险人涉及多种职业风险的（包括兼职、实习），应以职业分类等级最高的职业类别投保。超出以上职业类别的职业不属于保险人承保范围。具体职业类别以保险人在官方正式渠道（包括但不限于官网、官微、官方客服）公布或通知的《职业类别表》为准。

【意外事故】 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、伤残或身故。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】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或医疗机构出具的医学死亡证明等，则以上述文件为准（法律文件与医学死亡证明不一致时，以法律文件为准），但需符合“貌似健康的人因潜在疾病、机能障碍或其他原因出现症状后在保险单约定的时间内发生的非暴力性突然死亡，属于疾病身故”。

【全残】符合《人身保险伤残评定及代码》（国家市场监督管理总局、国家标准化管理委员会 2024 年第 24 号，标准编号为 GB/T 44893-2024）中列明的一级伤残标准的伤残。

【战争】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。

【毒品】中华人民共和国刑法规定的鸦片、海洛因、甲基苯丙胺（冰毒）、吗啡、大麻、可卡因以及国家规定管制的其他能够使人形成瘾癖的麻醉药品和精神药品，但不包括由医生开具并遵医嘱使用的用于治疗疾病但含有毒品成分的处方药品。

【酒后驾驶】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。

【无有效驾驶证】指下列情形之一：

- （一）无驾驶证或驾驶证有效期已届满；
- （二）驾驶的机动车与驾驶证载明的准驾车型不符；
- （三）实习期内驾驶公共汽车、营运客车或者载有爆炸物品、易燃易爆化学物品、剧毒或者放射性等危险物品的机动车，实习期内驾驶的机动车牵引挂车；
- （四）持未按规定审验的驾驶证，以及在暂扣、扣留、吊销、注销驾驶证期间驾驶机动车；
- （五）使用各种专用机械车、特种车的人员无国家有关部门核发的有效操作证，驾驶营业性客车的驾驶人无国家有关部门核发的有效资格证书；
- （六）依照法律法规或公安机关交通管理部门有关规定不允许驾驶机动车的其他情况下驾车。

【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。

【机动车】以动力装置驱动或者牵引，供人员乘用或者用于运送物品以及进行工程专项作业的轮式车辆。

【病理性骨折】指以下三大类骨折：

- （一）因骨髓炎、骨结核、骨肿瘤等骨骼本身病变所引起的骨折；
- （二）老年、营养不良及内分泌等因素，导致全身性骨质疏松引起的骨折；
- （三）骨发育障碍所引起的一种先天性疾患引起的病理性骨折。

【重度骨质疏松症】骨密度或骨矿含量值较正常成人骨密度平均值降低 2.5 个标准差以上并伴有一个或一个以上的脆性骨折。

【高处作业】中华人民共和国国家标准 GB/T 3608-2008《高处作业分级》规定：在距坠落高度基准面 2m 或 2m 以上有可能坠落的高处进行的作业，都称为高处作业。高处作业分级以中华人民共和国国家标准 GB/T 3608-2008《高处作业分级》为准。

【投保前已存在之受伤】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。

【职业或半职业体育活动】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。

【高风险活动】比一般常规性的运动风险等级更高、更容易发生人身伤害的运动，在进行此类运动前需有充分的心理准备和行动上的准备，必须具备一般人不具备的相关知识和技能或者必须在接受专业人士提供的培训或训练之后方能掌握。被保险人进行此类运动时须具备相关防护措施或设施，以避免发生损失或减轻损失。包括但不限于海拔 5000 米以上的任何活动、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、攀岩运动、任何种类的速度竞赛或比赛（徒步除外）、竞技体育、极限运动、蹦极、需要使用水下呼吸装置的水下活动、潜水、滑水、跳水、滑雪或滑雪板运动、滑冰、驾驶或乘坐滑翔翼、滑翔伞、跳伞、探险活动、狩猎活动、驾驶卡丁车、赛马、赛车、各种车辆表演、车辆竞赛或练习、特技表演。

如另有约定，以保险单或批单所载为准。

【潜水】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】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】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】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、任何针对中小學生组织的包括上述体育项目在內的体育比赛。

【极限运动】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】攀登悬崖、楼宇外墙、人造悬崖、冰崖、冰山等运动。

【特技表演】进行马术、杂技、驯兽等表演。

【保险金申请人】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。

【医院】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或保险人在保险单或批单中载明认可的医疗机构。

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或保险人在保险单或批单中载明认可的医疗机构。

若保险人根据医疗水平的发展对指定的医疗机构列表进行更新，具体以保险人在官方正式渠道（包括但不限于官网、官微、官方客服）公布或通知为准。

若保险人根据医疗水平的发展对指定的限制医疗机构列表进行更新，具体以保险人在官方正式渠道（包括但不限于官网、官微、官方客服）公布或通知为准。保险人不承担被保险人在限制医疗机构发生的任何费用。

【急症】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。

【医师/医生】并非被保险人或其配偶、父母、岳父母、子女、兄弟姐妹、祖父母、外祖父母、孙子女、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】具有护士资格（并非被保险人或其配偶、父母、岳父母、子女、兄弟姐妹、祖父母、外祖父母、孙子女、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)

安盛天平附加个人交通意外伤害保险（2025版）（互联网专属）条款
C00007832322025062028693

第一章 总则

第一条 安盛天平附加个人交通意外伤害保险（2025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。

若本附加合同未在保险单或批单中载明，则本附加合同不发生法律效力。

第二条 除另有约定外，本附加合同的保险金的受益人与主合同保持一致。

第二章 保险期间

第三条 本附加合同的保险期间同主合同的保险期间，或以本附加合同的批注所载明的保险期间为准，自本附加合同生效日零时起算。二十四小时为一日，以北京时间为准。

第三章 保险责任

第四条 本附加合同中的**交通意外事故**包括以下六种情形。投保人可以选择投保以下一种或多种情形，各被保险人对应的情形以保险单或批单所载为准。**若本保险责任项下的情形未在保险单或批单中载明，则本附加合同中关于该情形的约定不发生法律效力。**

- （一）被保险人以**乘客身份乘坐民航班机期间**的交通意外事故；
- （二）被保险人以**乘客身份乘坐列车期间**的交通意外事故；
- （三）被保险人以**乘客身份乘坐轮船期间**的交通意外事故；
- （四）被保险人以**乘客身份乘坐营运汽车期间**的交通意外事故；
- （五）被保险人以**驾驶员身份驾驶非营运汽车期间**的交通意外事故；
- （六）被保险人以**乘客身份乘坐非营运汽车期间**的交通意外事故。

第五条 保险人承担以下多项保障项目：

（一）交通意外身故保险金

在本附加合同保险期间内，在本附加合同约定的保障区域、保障时间内，被保险人在本附加合同第四条约定的情形下遭受交通意外事故，并自该交通意外事故发生之日起 180 日内（含第 180 日，下同）以该交通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交通意外身故保险金，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，保险人根据本附加合同约定已就该被保险人给付交通意外残疾保险金的，则保险人给付交通意外身故保险金时应扣除已给付的交通意外残疾保险金。

（二）交通意外残疾保险金

在本附加合同保险期间内，在附加本合同约定的保障区域、保障时间内，被保险人在本附加合同第四条约定的情形下遭受交通意外事故，并自该交通意外事故发生之日起 180 日内（含第 180 日，下同），以该交通意外事故为直接且单独原因致成《人身保险伤残评定标准及代码》（标准编号为 GB/T 44893-2024，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交通意外残疾保险金。若自该交通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，保险人据此给付交通意外残疾保险金。

若被保险人因同一交通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上升一级，最高上升至第一级。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交通意外残疾保险金。

对于本次交通意外事故发生前（含保险合同生效日前）的伤残（以下统称“既有伤残”），被保险人因本次交通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交通意外残疾保险金：

给付的本次交通意外残疾保险金=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）。

保险人在本附加合同项下对任一被保险人累计给付的交通意外身故保险金和交通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

第六条 除本附加合同明确约定的保险责任以外，主合同中责任免除条款（如适用）均适用于本附加合同。

第七条 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）被保险人置身于任何未在保险单中明确列明的交通工具；
- （二）被保险人置身于任何非法经营客运业务的交通工具；
- （三）职业性操作或测试任何种类交通工具；
- （四）被保险人违反道路交通管理规定超载驾驶；
- （五）被保险人驾驶的机动车行驶超过规定时速 50%以上。

第八条 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）被保险人乘坐交通工具违反承运人关于安全乘坐的规定而导致事故发生的；
- （二）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 附加合同终止

第九条 本附加合同发生下列情况之一时将会自动终止：

- （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期间届满日；
- （二）保险期间届满，投保人无意续保或保险人不接受本附加合同续保；
- （三）本附加合同因其他条款所列情况而终止；
- （四）主合同终止，本附加合同同时终止。

第六章 释义

【交通意外事故】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导致交通工具倾覆、出轨、坠落、沉没、起火、爆炸、与其他物体碰撞，并以此为直接且单独原因导致其身体伤害、伤残或身故。**为避免疑义，任何情形导致的猝死均不属于本合同承保的交通意外事故。**

【乘坐】从被保险人以乘客身份双脚踏入机舱、车厢或甲板时开始，至被保险人离开机舱、车厢或甲板时终止。

【民航班机】经相关政府部门登记许可的以客运为目的的民航班机。民航班机包括经营固定航班的航空公司或包机公司经营的固定翼飞机、航空公司所经营的且在两个固定的商业机场之间或有营运执照的商业直升机场之间运营的直升飞机等。**凡上述所列的各种交通工具用于非公共交通工具的目的和用途，均不符合本合同释义范围。**

【列车】经相关政府部门登记许可的以客运为目的的列车。列车包括客运列车、地铁、轻轨列车、磁悬浮列车、有轨电车等。**凡上述所列的各种交通工具用于非公共交通工具的目的和用途，均不符合本合同释义范围。**

【轮船】经相关政府部门登记许可的以客运为目的的轮船。轮船包括客运轮船、渡船、气垫船、水翼船等。**凡上述所列的各种交通工具用于非公共交通工具的目的和用途，均不符合本合同释义范围。**

【营运汽车】经相关政府部门依法颁发公共交通营运执照，以收费方式合法载客的营运汽车。营运汽车包括公共汽车、长途客运汽车、出租汽车、网约车（仅限四轮机动车）和任何按固定的路线和时刻表运营的固定机场客车等。**凡上述所列的各种交通工具用于非公共交通工具的目的和用途，均不符合本合同释义范围。**

【驾驶】从被保险人以驾驶员身份双脚踏入车厢时开始，至被保险人离开车厢时终止。

【非营运汽车】被保险人合法拥有或租赁的 7 座（含）以下非营运为目的的四轮机动车辆（不包含国家机关及企事业单位用车、货车、摩托车、拖拉机、特种车及残疾人电动车）。

（此页内容结束）

安盛天平附加个人意外医疗保险（2025版）（A款）（互联网专属）条款

C00007832522025090807773

第一章 总则

第一条 安盛天平附加个人意外医疗保险（2025版）（A款）（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。

若本附加合同未在保险单或批单中载明，则本附加合同不发生法律效力。

第二条 本附加合同保险金的受益人为被保险人本人。

第二章 保险期间

第三条 本附加合同的保险期间同主合同的保险期间。

第三章 保险责任

第四条 投保人可以选择且仅可以选择投保以下任意一项保障项目，各被保险人对应的保障项目以保险单或批单所载为准，各保障项目不支持同时投保。若本保险责任项下的保障项目未在保险单或批单中载明，则本附加合同中关于该保障项目的约定不发生法律效力。

（一）基本医疗保险支付范围内意外医疗保险金

在本附加合同保险期间内，在本附加合同约定的保障区域、保障时间内，若被保险人因遭受意外事故，而于意外事故发生日起 180 日内（含第 180 日）以该意外事故为直接单独原因接受医院治疗的，保险人就符合当地社会保险行政部门规定的基本医疗保险支付范围内的、已支出必需且合理的实际医疗费用，在扣除约定的免赔额后乘以本附加合同约定的给付比例在本附加合同约定的该项责任保险金额的限额内给付基本医疗保险支付范围内意外医疗保险金。

（二）基本医疗保险支付范围内和乙类个人自负部分意外医疗保险金

在本附加合同保险期间内，在本附加合同约定的保障区域、保障时间内，若被保险人因遭受意外事故，而于意外事故发生日起 180 日内（含第 180 日）以该意外事故为直接单独原因接受医院治疗的，保险人就符合当地社会保险行政部门规定的基本医疗保险支付范围内和乙类个人自负部分的、已支出必需且合理的实际医疗费用，在扣除约定的免赔额后乘以本附加合同约定的给付比例在本附加合同约定的该项责任保险金额的限额内给付基本医疗保险支付范围内和乙类个人自负部分意外医疗保险金。

（三）意外医疗保险金

在本附加合同保险期间内，在本附加合同约定的保障区域、保障时间内，若被保险人因遭受意外事故，而于意外事故发生日起 180 日内（含第 180 日）以该意外事故为直接单独原因接受医院治疗的，保险人就已支出必需且合理的实际医疗费用，**在扣除约定的免赔额后乘以本附加合同约定的给付比例**在本附加合同约定的该项责任保险金额的限额内给付意外医疗保险金。

以下条款适用于上述任意一项保障项目：

在本附加合同保险期间内，在本附加合同约定的保障区域、保障时间内，被保险人不论一次或多次遭受意外事故，经医院确诊必须接受治疗的，保险人按照各项保险责任的约定给付各项医疗保险金。当累计给付金额达到该项责任保险金额时，保险人对被保险人的该项保险责任终止。**如有单次事故赔偿限额，则以单次事故赔偿限额为限**给付各项医疗保险金。单次事故赔偿限额由投保人、保险人双方约定，并在保险单或批单中载明。

保险期间届满被保险人治疗仍未结束的，保险人继续按上述约定承担保险责任至该次意外事故发生之日起第 180 日止。

若被保险人已从其他途径（包括但不限于基本医疗保险、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附加合同的约定进行赔付。

若被保险人无基本医疗保险等其他医疗费用补偿保险，或拥有基本医疗保险等其他医疗费用补偿保险，但申请理赔时未从上述途径获得医疗费用补偿的，保险人在扣除约定的免赔额后乘以本附加合同约定的给付比例在本附加合同约定的该项责任保险金额的限额内给付保险金。

第四章 责任免除

第五条 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均适用于本附加合同。

第六条 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）细菌、病毒或其他病原体感染（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、高原反应、猝死；

（二）视力矫正或因矫正视力而作的眼科验光检查；屈光不正；

（三）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；

（四）任何自然产生的状况、衰老退化现象及渐进过程；

（五）遗传性疾病，先天性疾病，先天性畸形、变形或染色体异常；

(六) 脊椎间盘疾病、病理性骨折、疲劳性骨折或压力性骨折、重度骨质疏松疾病。

第七条 下列各项损失、费用或责任，保险人不负任何赔偿责任：

(一) 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；

(二) 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；

(三) 中草药、中药材或任何传统中医治疗。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、拔罐治疗、刮痧治疗、整骨治疗、敷贴疗法；

(四) 应用人工物理因子（如光、电、磁、声等）治疗疾病的物理治疗。包括但不限于电疗、光疗、磁疗、热疗；

(五) 顺势治疗、职业疗法及语音治疗。

第五章 不保证续保

第八条 本附加合同为非保证续保合同。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。

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 保险金申请与给付

第九条 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) 医院出具的病历、出院小结（如适用）、诊断证明、费用明细清单及其他医疗记录等；

(三) 医院所签发的医药费用原始正式收据；

(四) 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；

(五) 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；

(六) 保险人要求提供的其他材料。

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。

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。

第十条 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。

第七章 附加合同效力终止

第十一条 本附加合同发生下列情况之一时将会自动终止：

- （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。

第八章 释义

除本附加合同明确约定释义以外，主合同中所有的释义均适用于本附加合同。

【基本医疗保险】包括城镇职工基本医疗保险、城镇居民基本医疗保险、新型农村合作医疗等政府举办的基本医疗保障项目。

【意外事故】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、伤残或身故。**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。**

【医院】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或保险人在保险单或批单中载明认可的医疗机构。

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或保险人在保险单或批单中载明认可的医疗机构。

若保险人根据医疗水平的发展对指定的医疗机构列表进行更新，具体以保险人在官方正式渠道（包括但不限于官网、官微、官方客服）公布或通知为准。

若保险人根据医疗水平的发展对指定的限制医疗机构列表进行更新，具体以保险人在官方正式渠道（包括但不限于官网、官微、官方客服）公布或通知为准。保险人不承担被保险人在限制医疗机构发生的任何费用。

【急症】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。

【医师/医生】并非被保险人或其配偶、父母、岳父母、子女、兄弟姐妹、祖父母、外祖父母、孙子女、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】具有护士资格（并非被保险人或其配偶、父母、岳父母、子女、兄弟姐妹、祖父母、外祖父母、孙子女、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。

【当地】若被保险人有基本医疗保险，当地指被保险人基本医疗保险的参保地；若被保险人无基本医疗保险，当地指被保险人就诊医院的所在地。

【必需且合理】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。

【医疗费用】包括床位费、手术费、药品费、治疗费、护理费、检查检验费、特殊检查治疗费、救护车费，以治疗当地政府核准的收费标准为限。

（一）床位费

指被保险人住院期间实际发生的、不高于双人病房的住院床位的费用（不包括观察病房之床位、陪人床、单人病房、套房、家庭病床）。

（二）手术费

手术指被保险人为治疗疾病、挽救生命而施行的手术，**不包括活检、穿刺、造影等创伤性检查以及康复性手术。**

手术费指当地卫生行政部门规定的手术项目的费用，包括手术室费、麻醉费、手术监测费、手术辅助费、材料费、一次性用品费、术中用药费、手术设备费；若因器官移植而发生的手术费用，**不包括器官本身的费用和获取器官过程中的费用。**

（三）药品费

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。

（四）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、输血费、输氧费、体外反搏费。

（五）护理费

指住院期间根据医嘱所示的护理等级确定的费用，包括消毒费和换药费。

（六）检查检验费

指以诊断疾病为目的，采取必要的医学手段进行检查及检验而发生的医疗费用，包括医处费、诊查费、妇检费、X光费、心电图费、B超费、脑电图费、内窥镜费、肺功能仪费、分子生化费和血、尿、便常规检查费。

（七）特殊检查治疗费

包括CT、ECT、彩超、活动平板、动态心电图、心电监护、介入治疗、PCR、体外碎石、高压氧、体外射频、核磁共振、血液透析等大型和高费用检查治疗项目费。

（八）救护车费

指为抢救生命由急救中心派出的救护车费用及医院转诊过程中的医院用车费。

【住院】被保险人因意外事故或疾病，经医生诊断在医院正式办理住院手续，须入住医院接受治疗超过二十四小时。但不包括下列情况：

- （一）被保险人在医院的（门）急诊观察室、家庭病床（房）入住；
- （二）被保险人在特需病房、外宾病房或其它不属于基本医疗保险范畴的高等级病房入住；
- （三）被保险人入住康复科、康复病床或接受康复治疗；
- （四）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；
- （五）被保险人住院体检；
- （六）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，在住院期间每日非二十四小时在院。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。

【免赔额】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。

【乙类个人自负部分】对于被保险人使用基本医疗保险支付部分费用的诊疗项目或药品，由被保险人自行支付的不在基本医疗保险支付范围内的医疗费用。

【遗传性疾病】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】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》（ICD10）确定。

【病理性骨折】指以下三大类骨折：

- （一）因骨髓炎、骨结核、骨肿瘤等骨骼本身病变所引起的骨折；
- （二）老年、营养不良及内分泌等因素，导致全身性骨质疏松引起的骨折；
- （三）骨发育障碍所引起的一种先天性疾患引起的病理性骨折。

【猝死】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或医疗机构出具的医学死亡证明等，则以上述文件为准（法律文件与医学死亡证明不一致时，以法律文件为准），但需符合“貌似健康的人因潜在疾病、机能障碍或其他原因出现症状后在保险单约定的时间内发生的非暴力性突然死亡，属于疾病身故”。

（此页内容结束）

安盛天平附加个人意外住院津贴保险（2025版）（互联网专属）条款

C00007832522025062028673

第一章 总则

第一条 安盛天平附加个人意外住院津贴保险（2025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。

若本附加合同未在保险单或批单中载明，则本附加合同不发生法律效力。

第二条 本附加合同的保险金的受益人为被保险人本人。

第二章 保险期间

第三条 本附加合同的保险期间同主合同的保险期间，或以本附加合同的批注所载明的保险期间为准，自本附加合同生效日零时起算。二十四小时为一日，以北京时间为准。

第三章 保险责任

第四条 投保人可以选择投保以下一项或多项保障项目，各被保险人对应的保障项目以保险单或批单所载为准。若本保险责任项下的保障项目未在保险单或批单中载明，则本附加合同中关于该保障项目的约定不发生法律效力。

（一）意外住院津贴保险金

在本附加合同保险期间内，在本附加合同约定的保障区域、保障时间内，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）因该事故在医院必须接受住院治疗的，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住院津贴保险金：

意外住院津贴保险金=意外住院津贴每日赔偿金额*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30日内（含第30日，下同）的住院治疗，保险人继续按照本附加合同的约定给付意外住院津贴保险金。对于本附加合同保险期间届满日起30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，保险人给付意外住院津贴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。

无需手术治疗的住院，保险人在保险年度内仅对被保险人承担一次赔偿责任，且最长赔付天数为7日。

（二）意外监护病房住院津贴保险金

在本附加合同保险期间内，在本附加合同约定的保障区域、保障时间内，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）因该事故在医院必须接受监护病房住院治疗的，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住院津贴保险金：

意外监护病房住院津贴保险金=意外监护病房住院津贴每日赔偿金额*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30日内（含第30日，下同）的住院治疗，保险人继续按照本附加合同的约定给付意外监护病房住院津贴保险金。对于本附加合同保险期间届满日起30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，保险人给付意外监护病房住院津贴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。

无需手术治疗的住院，保险人在保险年度内仅对被保险人承担一次赔偿责任，且最长赔付天数为7日。

第四章 责任免除

第五条 除本附加合同明确约定的保险责任以外，主合同中责任免除条款（如适用）均适用于本附加合同。

第六条 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）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；

（二）视力矫正或因矫正视力而作的眼科验光检查；屈光不正；

（三）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；

（四）中草药、中药材或任何传统中医治疗。传统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、顺外治疗、整骨治疗；

（五）任何自然产生的状况、衰老退化现象及渐进过程；

（六）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；

（七）椎间盘疾病、病理性骨折、疲劳性骨折或压力性骨折、因骨质疏松导致的骨折或关节替换；

（八）遗传性疾病、先天性畸形、变形和染色体异常；

（九）投保前已存在之受伤及其并发症；

（十）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；

（十一）被保险人因罹患精神和行为障碍疾病（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)、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);

(十二) 被保险人未遵医嘱私自服用、涂用、注射药物;

(十三) 职业病、医疗事故;

(十四) 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;

(十五) 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;

(十六) 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;

(十七) 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;

(十八) 采用未被治疗所在地政府批准的治疗;

(十九) 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;

(二十) 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;

(二十一) 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、中医调理及其他特殊疗法而发生的治疗, 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)。

第五章 投保人、被保险人义务

第七条 对任何一次入院治疗超过七日的, 投保人、被保险人须在住院天数届满七日之前通知保险人, 保险人有权核查该住院是否为必须且合理的。

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。

第六章 保险金申请与给付

第八条 保险金申请人向保险人申请给付保险金时, 应在出院之日起三十日内提交以下材料(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) 保险金给付申请书(原件)(如适用);

(二) 保险合同;

(三) 被保险人及其他保险金申请人(如有)的身份证明;

(四) 完整的门、急诊病历;

(五) 出院小结原件;

(六) 住院医疗正式收据;

(七) 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;

(八) 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;

(九) 保险人要求提供的其他材料。

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。

第七章 附加合同终止

第九条 本附加合同发生下列情况之一时将会自动终止:

- (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期间届满日;
- (二) 保险期间届满, 投保人无意续保或保险人不接受本附加合同续保;
- (三) 本附加合同因其他条款所列情况而终止;
- (四) 主合同终止, 本附加合同同时终止。

第八章 释义

【意外事故】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、伤残或身故。**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。**

【医院】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或保险人在保险单或批单中载明认可的医疗机构。

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或保险人在保险单或批单中载明认可的医疗机构。

若保险人根据医疗水平的发展对指定的医疗机构列表进行更新, 具体以保险人在官方正式渠道 (包括但不限于官网、官微、官方客服) 公布或通知为准。

若保险人根据医疗水平的发展对指定的限制医疗机构列表进行更新, 具体以保险人在官方正式渠道 (包括但不限于官网、官微、官方客服) 公布或通知为准。保险人不承担被保险人在限制医疗机构发生的任何费用。

【急症】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。

【医师/医生】并非被保险人或其配偶、父母、岳父母、子女、兄弟姐妹、祖父母、外祖父母、孙子女、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**】具有护士资格（并非被保险人或其配偶、父母、岳父母、子女、兄弟姐妹、祖父母、外祖父母、孙子女、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。

【**住院**】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**】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**】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**】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》（ICD10）确定。

【**职业病**】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《中华人民共和国职业病防治法》中的相关规定及鉴定程序。

【**医疗事故**】医疗机构及其医务人员在医疗活动中，违反当地医疗卫生管理法律、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**】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。

【**中医疗疗**】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**】顺势治疗、职业疗法及语音治疗等。

（此页内容结束）

安盛天平附加个人意外骨折保险（2026版）（互联网专属）条款**C00007832322025121290183**

第一章 总则

第一条 安盛天平附加个人意外骨折给付保险（2026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。

若本附加合同未在保险单或批单中载明，则本附加合同不发生法律效力。

第二章 保险期间

第二条 本附加合同的保险期间同主合同的保险期间。

第三章 保险责任

第三条 投保人可以选择投保以下一项或多项保障项目，各被保险人对应的保障项目以保险单或批单所载为准。若本保险责任项下的保障项目未在保险单或批单中载明，则本附加合同中关于该保障项目的约定不发生法律效力。

（一）意外骨折定额给付保险金

在本附加合同保险期间内，在本附加合同约定的保障区域、保障时间内，被保险人遭受意外事故导致骨折，且自该意外事故发生之日起 90 日内（含第 90 日）发生《骨折程度与保险金给付比例表》内列明的骨折项目或《关节替换保险金给付比例表》内列明的关节替换项目，保险人按该被保险人在本附加合同中约定的保险金额乘以上述保险金给付比例表中所列的给付比例给付意外骨折定额给付保险金。

若同一意外事故导致《骨折程度与保险金给付比例表》中所列多块骨的骨折，保险人将按以上约定给付各块骨的意外骨折定额给付保险金，以保险单或批单所载的该被保险人对应的保险金额为限。

若同一意外事故导致《骨折程度与保险金给付比例表》中所列同一块骨发生多处骨折，保险人仅按照最严重骨折所对应的一块骨的给付比例、系数计算并给付对应的意外骨折定额给付保险金。

对于被保险人于本附加合同生效前同一块骨已存在的或发生过的骨折，保险人不给付意外骨折定额给付保险金。

若保险人累计给付的意外骨折定额给付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。

（二）意外骨折住院津贴保险金

在本附加合同保险期间内，在本附加合同约定的保障区域、保障时间内，被保险人遭受意外事故导致骨折，且自该意外事故发生之日起 180 日内（含第 180 日）经医院确诊必须住院治疗的，保险人按该被保险人在本附加合同中约定的保险金额乘以《骨折部位与保险金给付比例、系数表》所对应的骨折部位的给付比例以及系数向被保险人给付意外住院骨折津贴保险金。

若同一意外事故导致《骨折部位与保险金给付比例、系数表》中所列多块骨的骨折，保险人将按以上约定给付各块骨的意外住院骨折津贴保险金，以保险单或批单所载的该被保险人对应的保险金额为限。

若同一意外事故导致《骨折部位与保险金给付比例、系数表》中所列同一块骨发生多处骨折，保险人仅按照最严重骨折所对应的一块骨的给付比例、系数计算并给付对应的意外住院骨折津贴保险金。若连续 90 日（含第 90 日）因意外事故导致同一块骨发生一次以上骨折的，不论该 90 日（含第 90 日）内的各意外事故原因是否相同，视为同一次意外事故，保险人仅按照一次最严重骨折所对应的一块骨的给付比例、系数计算并给付意外住院骨折津贴保险金。

对于被保险人于本附加合同生效前同一块骨已存在的或发生过的骨折，保险人不给付意外骨折住院津贴保险金。

若保险人累计给付的意外骨折住院津贴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

第四条 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均适用于本附加合同。

第五条 下列期间或情形下不论任何原因造成的保险事故，保险人不负赔偿责任：

- （一）既往症；
- （二）职业病、医疗事故；
- （三）遗传性疾病，先天性疾病，先天性畸形、变形或染色体异常；
- （四）脊椎间盘疾病、病理性骨折、疲劳性骨折或压力性骨折、因骨质疏松导致的骨折或关节替换；
- （五）被保险人因罹患精神和行为障碍疾病（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）、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）；
- （六）因意外事故单独或直接导致肢体的断离，肢体断离处远端任何骨的骨折。

第五章 不保证续保

第六条 本附加合同为非保证续保合同。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。

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 保险金申请与给付

第七条 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）保险金给付申请书（原件）（如适用）；
- （二）保险合同；
- （三）被保险人的身份证明；
- （四）医院出具的病历、出院小结（如适用）、诊断证明、X光片或CT光片及其他医学影像诊断报告书或手术证明（如适用）、费用明细清单及其他医疗记录等；
- （五）医院所签发的医药费用原始正式收据；
- （六）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；
- （八）保险人要求提供的其他材料。

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。

第七章 附加合同效力终止

第八条 本附加合同发生下列情况之一时将会自动终止：

- （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。

第八章 释义

除本附加合同明确约定释义以外，主合同中所有的释义均适用于本附加合同。

【意外事故】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。

【意外骨折】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、裂缝骨折、青枝骨折、颅盖骨线形骨折）。

【既往症】在保险合同生效之前被保险人已患有的且已知晓的有关疾病或症状。

【职业病】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《中华人民共和国职业病防治法》中的相关规定及鉴定程序。

【遗传性疾病】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】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》（ICD10）确定。

【病理性骨折】指以下三大类骨折：

- （一）因骨髓炎、骨结核、骨肿瘤等骨骼本身病变所引起的骨折；
- （二）老年、营养不良及内分泌等因素，导致全身性骨质疏松引起的骨折；
- （三）骨发育障碍所引起的一种先天性疾患引起的病理性骨折。

【骨质疏松】参考世界卫生组织的以骨密度测量为基础的骨质疏松症的诊断标准，被检者骨密度或骨矿含量值较正常成人骨密度平均值降低 2.5 个标准差以上。

附表 1：

《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）	60%
		单处开放性骨折（注 3）	30%
		多处闭合性骨折（注 4）	20%
		本项目下其他骨折	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）	50%
		单处开放性骨折（注 3）	25%

		多处闭合性骨折（注 4）	15%
		本项目下其他骨折	12%
三	胫骨、腓骨、颅骨（注 5）、 锁骨、肱骨、桡骨、尺骨、腕 骨（注 6）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 7）、跖骨（注 8）、跗骨 （注 9）骨折	开放性骨折（注 3） 本项目下其他骨折	15% 8%
六	椎骨（注 10）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 12）、颧骨、尾骨、 上颌骨、鼻骨、趾骨（注 13）、指骨（注 14）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。

附表2:

《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%

附表3:

《骨折部位与保险金给付比例、系数表》

骨折部位		给付比例	系数 (f)
头部骨折	颅盖骨 (包括额、顶、枕、筛、颞或蝶骨) 骨折	100%	(1) 对于椎骨骨折, $f=1$; (2) 对于除椎骨骨折以外的其他骨折: ①若为开放性骨折, $f=1$; ②若为闭合性骨折并住院施行切开复位手术, $f=0.75$; ③若为闭合性骨折并住院但未施行切开复位手术, $f=0.25$ 。
	下颌骨骨折	20%	
	颧骨或上颌骨骨折	20%	
	鼻骨骨折	20%	
躯干骨折	椎骨椎体压缩性骨折且棘突、横突或椎弓根骨折	100%	
	椎骨椎体压缩性骨折或棘突、横突或椎弓根骨折	80%	
	骨盆骨折 (包括骶、髂、耻、坐骨股骨, 但不包括尾骨骨折)	80%	
	肩胛骨骨折	40%	
	肋骨 (含多根肋骨多处骨折) 骨折	40%	
	胸骨骨折	40%	
	锁骨骨折	40%	
	尾骨骨折	20%	
上肢骨折	肱骨骨折	80%	
	桡尺骨双骨折	80%	
	桡骨或尺骨骨折	60%	
	腕骨骨折	20%	
	掌骨或指骨骨折	20%	
下肢骨折	股骨颈骨折	100%	
	股骨 (不含股骨颈) 骨折	100%	
	胫腓骨双骨折	80%	
	胫骨或腓骨骨折	60%	
	踝关节骨折	60%	
	髌骨骨折	40%	
	跖骨或跟骨骨折	40%	
	足骨 (不含跖骨、跟骨) 骨折	20%	

注:

1. 意外住院骨折津贴保险金计算公式如下:

(1) 对于椎骨骨折, 意外住院骨折津贴保险金=约定的意外住院骨折津贴保险金额×上表所对应骨折部位的给付比例;

(2) 对于除椎骨骨折以外的其他骨折, 意外住院骨折津贴保险金=约定的意外住院骨折津贴保险金额×上表所对应骨折部位的给付比例×系数 (f):

①若为开放性骨折, $f=1$;

②若为闭合性骨折并住院施行切开复位手术, $f=0.75$;

③若为闭合性骨折并住院但未施行切开复位手术, $f=0.25$ 。

开放性骨折, 指骨折断端穿透皮肤的骨折; 闭合性骨折, 指骨折断端未穿透皮肤的骨折。

2. 因意外事故单独或直接导致肢体的断离则按照断离处骨的开放性骨折给付, 肢体断离处远端任何骨的骨折将不获给付。

(此页内容结束)