

众惠财产相互保险社

意外伤害保险 A 款（互联网专属）条款

总 则

第一条 保险合同构成

本保险合同由保险单或其他保险凭证及所附条款、投保单、与本保险合同有关的投保文件、声明、批注、附贴批单、其他书面协议构成。凡涉及本保险合同的约定，均应采用书面形式。

第二条 保险人

本保险合同的保险人为众惠财产相互保险社（以下简称“本社”或“保险人”）。

第三条 投保人

A 类投保人：具有完全民事行为能力的被保险人本人、对被保险人有保险利益的其他人。

B 类投保人：对被保险人有保险利益的特定团体。“特定团体”指法人、非法人组织以及其他不以购买保险为目的而组成的团体。特定团体属于法人或非法人组织的，投保人应为该法人或非法人组织；特定团体属于其他不以购买保险为目的而组成的团体的，投保人可以是特定团体中的自然人。

第四条 被保险人

除本保险合同另有约定外，凡身体健康、能正常生活的自然人或本保险合同约定的特定团体成员，均可作为本保险合同的被保险人。经保险人书面同意，特定团体成员的配偶、子女、父母也可作为本保险合同的被保险人。特定团体为投保人的在保险合同签发时被保险人不得少于 3 人。投保时被保险人为 0 周岁（释义一）的，应当为出生满 28 日且已健康出院的婴儿。

投保人不得为无民事行为能力人投保本保险，父母为其未成年子女投保本保险的，不受前款规定限制。对未成年人死亡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。

第五条 受益人

本保险合同的受益人包括：

（一）意外身故保险金受益人

订立本保险合同时，被保险人或投保人可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《中华人民共和国民法典》的规定履行给付保险金的义务：

1. 没有指定意外身故保险金受益人，或者意外身故保险金受益人指定不明无法确定的；
2. 意外身故保险金受益人先于被保险人死亡，没有其他意外身故保险金受益人的；
3. 意外身故保险金受益人依法丧失受益权或者放弃受益权，没有其他意外身故保险金受益人的。

意外身故保险金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，推定意外身故保险金受益人死亡在先。

投保人指定或变更意外身故保险金受益人的，须经被保险人书面同意。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意外身故保险金受益人。投保人为与其有劳动关系的劳动者投保人身保险，不得指定被保险人及其近亲属以外的人为受益人。

被保险人或投保人可以变更意外身故保险金受益人，但需书面通知保险人，由保险人在本保险合同上批注。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。

（二）意外残疾保险金受益人

除另有约定外，本保险合同的意外残疾保险金的受益人为被保险人本人。

保险责任

第六条 保险责任

本保险合同的保险责任包括“意外身故保险责任”和“意外残疾保险责任”，可由投保人、保险人双方约定一项或两项承保，并在保险单中载明，未在保险单中载明或批注的责任不产生任何效力。

在保险期间内，被保险人因遭受**意外伤害（释义二）**事故导致身故、残疾的，保险人依照下列约定给付保险金。

（一）意外身故保险责任

在保险期间内，被保险人遭受意外伤害事故，并自该事故发生之日起 180 日（含）内以此事故为直接且单独的原因导致身故的，**保险人按本保险合同载明的该被保险人对应的意外保险金额给付意外身故保险金，同时对该被保险人的保险责任终止。**

在保险期间内，被保险人因遭受意外伤害事故且自该事故发生日起下落不明，后经人民法院宣告死亡的，保险人按本保险合同载明的该被保险人对应的意外保险金额给付意外身故保险金。但若被保险人被宣告死亡后生还的，**保险金受领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意外身故保险金。**

被保险人身故前保险人已给付第（二）款约定的意外残疾保险金的，意外身故保险金应扣除已给付的意外残疾保险金。

（二）意外残疾保险责任

在保险期间内，被保险人遭受意外伤害事故，并自该事故发生之日起 180 日（含）内以此事故为直接且单独的原因造成本保险合同所附《人身保险伤残评定标准及代码》（保监发[2014]6 号，标准编号为 JR/T0083-2013）（详见附件）所列伤残程度之一的，**保险人按《人身保险伤残评定标准及代码》所列给付比例乘以本保险合同载明的该被保险人对应的意外保险金额给付意外残疾保险金。**如自事故发生之日起 180 日后治疗仍未结束的，则按该事故发生之日起第 180 日的身体情况进行伤残评定，并据此给付意外残疾保险金。**如被保险人的伤残项目不在《人身保险伤残评定标准及代码》之列，本社不承担给付意外残疾保险责任。**

1. 被保险人因同一意外伤害事故导致两处或两处以上残疾时，本社根据《人身保险伤残评定标准及代码》规定的多处伤残评定原则给付意外残疾保险金。

2. 被保险人如在本次意外伤害事故之前已有残疾，本社按合并后的残疾程度在《人身

保险伤残评定标准及代码》中所对应残疾等级的给付比例扣除原有残疾程度在《人身保险伤残评定标准及代码》中所对应残疾等级的给付比例后，乘以本保险合同载明的该被保险人对应的意外保险金额，承担向该被保险人给付意外残疾保险金的责任。

在保险期间内，若本社对该被保险人累计给付的各项保险金之和达到该被保险人对应的意外保险金额时，则本社对该被保险人的本保险合同约定的各项保险责任均终止。

责任免除

第七条 原因除外

因下列情况之一，造成被保险人身故、残疾的，保险人不承担给付保险金责任：

- （一）投保人对被保险人的故意杀害或故意伤害；
- （二）被保险人故意犯罪、抗拒依法采取的刑事强制措施；
- （三）被保险人故意或重大过失自致伤害，或因被保险人挑衅或故意行为等可归咎于被保险人的原因而导致的打斗、被袭击或被谋杀；
- （四）被保险人妊娠、流产、分娩；
- （五）被保险人发生疾病、高原反应、中暑（释义三）、猝死（释义四）；
- （六）被保险人接受整容手术及其他内、外科手术在内的任何医疗行为而造成的意外；
- （七）被保险人药物过敏或未遵医嘱，擅自服用、涂用、注射药物；
- （八）非因意外伤害导致的细菌或病毒感染；
- （九）核爆炸、核辐射或核污染。
- （十）被保险人自杀，但被保险人自杀时为无民事行为能力人的除外。

第八条 期间除外

被保险人在下列期间遭受伤害导致身故、残疾的，保险人不承担给付保险金责任：

- （一）战争、军事冲突、暴乱、武装叛乱或恐怖活动期间；
- （二）被保险人受酒精、毒品、管制药物（即麻醉药品、精神药品、医疗用毒性药品、放射性药品）影响期间；
- （三）被保险人非法搭乘交通工具或搭乘未经当地相关部门登记许可的交通工具期间；
- （四）被保险人酒后驾驶（释义五）机动车、无合法有效驾驶证驾驶（释义六）或驾驶无合法有效行驶证（释义七）的机动车期间；
- （五）被保险人从事职业运动或可获得报酬的运动或竞技期间；被保险人从事潜水、跳伞、攀岩（释义八）、探险（释义九）、驾驶滑翔机或滑翔伞、武术、摔跤、特技、赛马、赛车、蹦极等高风险运动（释义十）和活动期间；
- （六）被保险人存在精神和行为障碍（依据世界卫生组织《疾病和有关健康问题的国际统计分类》第十次修订版（ICD-10）确定）期间；
- （七）被保险人感染艾滋病病毒（HIV）或患艾滋病（AIDS）（释义十一）期间；
- （八）被保险人从事违法、犯罪活动期间；
- （九）被保险人在中华人民共和国境外（包括香港、澳门、台湾地区）期间。

保险金额

第九条 本保险合同的保险金额由投保人、保险人双方约定，并在保险单中载明。

保险期间

第十条 本保险合同的保险期间以保险单中载明的为准，最长不超过一年。

保险人义务

第十一条 明确说明义务

订立保险合同，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单应当附格式条款，保险人应当向投保人说明合同的内容。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单、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。

第十二条 签发保险单义务

本保险合同成立后，保险人应当及时向投保人签发保险单或其他保险凭证。

第十三条 补充索赔证明和资料的通知义务

保险人按照合同的约定，认为**保险金申请人（释义十二）**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。

第十四条 核定、赔付义务

保险人收到被保险人或者受益人的给付保险金的请求后，应当及时作出核定；情形复杂的，应当在三十日内作出核定，但合同另有约定的除外。

保险人应当将核定结果通知被保险人或者受益人；对属于保险责任的，在与被保险人或者受益人达成给付保险金的协议后十日内，履行给付保险金义务。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日内向被保险人或者受益人发出拒绝给付保险金通知书，并说明理由。

第十五条 先行赔付义务

保险人自收到给付保险金的请求和有关证明、资料之日起六十日内，对其给付保险金的数额不能确定的，应当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保险金的数额后，应当支付相应的差额。

投保人、被保险人义务

第十六条 交付保险费义务

本保险合同保险费支付方式分为一次性支付全部保险费或分期支付保险费，由投保人、保险人双方约定，并在保险合同中载明。

约定一次性支付全部保险费的，投保人应当在保险合同成立时一次性支付全部保险费。**投保人未按约定全额支付应缴保险费的，保险合同不生效，对保险合同生效前发生的保险事故，保险人不承担保险责任。**

约定分期支付保险费的，每期缴费金额应一致，投保人在投保时支付首期保险费，并

应于保险合同约定的各分期缴费之日前及时并足额支付当期应缴保险费。投保人未按约定支付首期保险费的，保险合同不生效，对保险合同生效前发生的保险事故，保险人不承担保险责任。若投保人未按约定支付当期应缴保险费，保险人允许投保人在缴费延长期内补缴保险费，如果被保险人在此缴费延长期内发生保险事故，保险人按照保险合同约定给付保险金，但有权先从给付的保险金中扣除投保人欠缴的剩余各期的保险费。缴费延长期由投保人、保险人双方约定，并在保险合同中载明。

若投保人在缴费延长期内未补缴当期应缴保险费，本保险合同在上期保险费对应的保障期满日 24 时终止，终止之日后（含缴费延长期内）发生的保险事故，保险人不承担保险责任。

第十七条 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。

前款规定的合同解除权，自保险人知道有解除事由之日起，超过三十日不行使而消灭。

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；发生保险事故的，保险人应当承担给付保险金的责任。

第十八条 职业或工种变更通知义务

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不在承保职业范围（释义十三）内的，保险人在接到通知后有权解除本保险合同并按照接到通知之日退还原职业或工种所对应的未到期净保险费（释义十四）。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可承保或虽不在承保职业范围内但保险人认定可以继续承保的，保险人自接到通知之日起，按变更前、后保险费的差额向投保人增收自被保险人职业或工种变更之日起的保险费。

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，保险人自接到通知之日起，按变更前、后保险费的差额向投保人退还自被保险人职业或工种变更之日起的未到期净保险费。

被保险人所变更的职业或工种，依照保险人职业分类其危险性增加，且未依本条约定通知保险人而发生保险责任范围内的保险事故的，保险人按其原保险费与新职业或工种所对应的保险费的比例计算并给付保险金。被保险人所变更的职业或工种依照保险人职业分类不在承保职业范围内，保险人不承担给付保险金的责任，保险人退还被保险人职业或工种变更之日起的未到期净保险费。

第十九条 住址或通讯地址变更通知义务

投保人住所或通讯地址变更时，应及时以书面形式通知保险人。投保人未通知的，保险人按本保险合同所载的最后住所或通讯地址发送的有关通知，均视为已送达投保人。

第二十条 变更批注

在保险期间内，投保人需变更保险合同其他内容的，应以书面形式向保险人提出申请。保险人同意后出具批单，并在本保险合同中批注。

第二十一条 年龄的确定及错误的处理

被保险人的投保年龄，按照法定身份证件登记的出生日期所计算出的周岁年龄为准，本保险合同所承保的被保险人的投保年龄必须符合年龄要求。投保人在申请投保时，应按被保险人的周岁年龄填写。若发生错误，保险人按照以下规定处理：

（一）投保人申报的被保险人年龄不真实，且真实年龄不符合本保险合同约定的年龄限制的，保险人有权终止对该被保险人的保险责任，并向投保人退还保险责任终止时该被保险人对应的本保险合同的未满期净保险费。

（二）投保人申报的被保险人年龄不真实，导致投保人实付保险费少于应付保险费的，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。

（三）投保人申报的被保险人年龄不真实，导致投保人支付保险费多于应付保险费的，保险人应将多收的保险费无息退还投保人。

第二十二条 被保险人员变动通知义务

（一）在保险期间内，投保人因人员变动，需增加、减少被保险人时，应以书面形式向保险人提出申请。保险人同意后出具批单，并在本保险合同中批注。

（二）被保险人人数增加时，保险人在审核同意后，于收到申请之日的次日零时开始承担保险责任，并按约定增收保险费。

（三）被保险人人数减少时，保险人在审核同意后，于收到申请之日的次日零时起，对减少的被保险人终止保险责任，并按约定退还未满期净保险费，但减少的被保险人本人或其保险金申请人已领取过任何保险金的，保险人不退还未满期净保险费。

第二十三条 保险事故通知义务

投保人、被保险人或者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（释义十五）而导致的迟延。

保险金申请

第二十四条 保险金申请

保险金申请人向保险人申请给付保险金时，应提交以下材料：

（一）意外身故保险金申请

1. 理赔申请书；
2. 保险单或其他保险凭证；
3. 保险金申请人的有效身份证明；

4.受益人户籍证明及身份证明；

5.被保险人的户籍注销证明；

6.公安部门或司法部门、中华人民共和国境内二级或二级以上公立医院或保险人认可的医疗机构（释义十六）出具的被保险人身故证明或验尸报告。若被保险人为宣告死亡，保险金申请人应提供中华人民共和国人民法院出具的宣告死亡证明文件；

7.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；

8.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；

9.保险金作为被保险人遗产时，须提供可证明合法继承权的相关权利文件；

10.受益人为无民事行为能力人或者限制民事行为能力人的，由其监护人代为申领保险金，并需要提供监护人的身份证明等资料。

（二）残疾保险金申请

1.理赔申请书；

2.保险单或其他保险凭证；

3.被保险人的有效身份证件；

4.中华人民共和国境内二级或二级以上公立医院或保险人认可的医疗机构出具的诊断证明，以及司法鉴定机构出具的伤残程度鉴定诊断书；

5.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；

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；

7.受益人或者继承人为无民事行为能力人或者限制民事行为能力人的，由其监护人代为申领保险金，并需要提供监护人的身份证明等资料。

如果被保险人本人作为保险金受益人已向保险人书面申领保险金，但在实际领取保险金前身故，保险金将作为其遗产，由保险人向其合法继承人给付。

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。

争议处理和法律适用

第二十五条 争议处理

因履行本保险合同发生的争议，由当事人协商解决。协商不成的，提交保险合同载明的仲裁机构仲裁；保险合同未载明仲裁机构且争议发生后未达成仲裁协议的，依法向有管辖权的中华人民共和国人民法院提起诉讼。

第二十六条 法律适用

与本保险合同有关的以及履行本保险合同产生的一切争议处理适用中华人民共和国法律（不包括香港、澳门、台湾地区法律）。

保险合同的解除、终止

第二十七条 保险合同解除

保险责任开始前，投保人要求解除本保险合同的，保险人应当退还已缴纳保险费。

保险责任开始后，投保人要求解除本保险合同，自保险人接到保险合同解除申请材料之日次日零时起，本保险合同的效力终止。保险人退还本保险合同的未满期净保险费。

若本保险合同已发生保险金给付，未满期净保险费为零。

投保人解除本保险合同时，应提供下列证明文件和资料：

- (一) 保险合同变更申请书；
- (二) 保险单或其他保险凭证；
- (三) 投保人身份证明。

第二十八条 保险合同的自动终止

发生下列情形时，本保险合同自动终止：

- (一) 保险合同期满；
- (二) 因本保险合同其他条款所约定的情况而终止效力。

被保险人在其保险期间内身故，或者被保险人的保险期间届满，保险人对该被保险人的保险责任终止。

释义

一、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，自出生之日起为0周岁，每经过一年增加一岁，不足一年的不计。

二、意外伤害：指以外来的、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。**自然死亡、疾病身故、猝死、自杀以及自伤均不属于意外伤害。**

三、中暑：指在高温环境下人体体温调节功能紊乱而引起的中枢神经系统和循环系统障碍为主要表现的急性疾病。

四、猝死：指由潜在疾病、身体机能障碍或其他非外来性原因所导致的、在出现急性症状后发生的突然死亡，猝死的认定以医院的诊断或者公安、司法机关的鉴定为准。

五、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。

六、无合法有效驾驶证驾驶：

被保险人存在下列情形之一者：

- (1) 无驾驶证或驾驶证有效期已届满；
- (2) 驾驶的机动车与驾驶证载明的准驾车型不符；
- (3) 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；
- (4) 持未按规定审验的驾驶证，以及在被暂扣、扣留、吊销、注销驾驶证期间驾驶机动车；
- (5) 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；

(6) 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。

七、无合法有效行驶证：

指下列情形之一：

(1) 机动车被依法注销登记的；

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

(3) 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。

八、攀岩：指攀登悬崖、楼宇外墙、人造悬崖、冰崖、冰山等运动。

九、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，而故意使自己置身其中的行为，如江河漂流、徒步穿越沙漠或人迹罕至的原始森林等活动。

十、高风险运动：指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，包括但不限于潜水，冲浪，滑水，滑雪，滑冰，乘坐或驾驶商业民航班机以外的飞行器，驾驶或乘坐滑翔翼，滑翔伞，跳伞或其他高空运动，攀岩运动，探险活动，武术，摔跤，柔道，空手道，跆拳道，马术，拳击，特技表演（含训练），替身表演（含训练），驾驶卡丁车，赛马，赛艇，赛车，各种车辆表演（含训练），蹦极。

十一、感染艾滋病病毒（HIV）或患艾滋病（AIDS）：艾滋病病毒指人类免疫缺陷病毒，英文缩写为 HIV。艾滋病指人类免疫缺陷病毒引起的获得性免疫缺陷综合征，英文缩写为 AIDS。在人体血液或其他样本中检测到艾滋病病毒或其抗体呈阳性，没有出现临床症状或体征的，为感染艾滋病病毒；如果同时出现了明显临床症状或体征的，为患艾滋病。

十二、保险金申请人：指受益人或被保险人的继承人或依法享有保险金请求权的其他自然人。

十三、承保职业范围：指属于《众惠财产相互保险社职业类别表》中 1-4 类职业或不属于《众惠财产相互保险社特殊职业分类表》所列职业，**具体承保职业范围将在产品销售页面或投保文件中展示，本社保留对上述承保职业范围进行变更的权力。**

十四、未到期净保险费：指本保险合同所具有的最低现金价值，若保险费为一次性支付的： $未到期净保险费 = 净保险费 \times (1 - m/n)$ ，其中， m 为已生效天数， n 为保险期间天数，经过日期不足一日的按一日计算， $净保险费 = 保险费 \times (1 - 退保费用率)$ ，具体退保费用率在保险单中载明，个单退保费用率不超过 35%，团单退保费用率不超过 25%。

若保险费为分期支付的： $未到期净保险费 = 当期净保险费 \times (1 - m/n)$ ，其中， m 为当期已生效天数， n 为当期天数，经过日期不足一日的按一日计算， $当期净保险费 = 当期保险费 \times (1 - 退保费用率)$ ，具体退保费用率在保险单中载明，个单退保费用率不超过 35%，团单退保费用率不超过 25%。

十五、不可抗力：指不能预见、不能避免并不能克服的客观情况。

十六、认可的医疗机构：指在中华人民共和国境内（不包括香港、澳门、台湾地区）经中华人民共和国卫生部门评审确定的二级或二级以上的公立医院普通部或投保人与保险

人协商共同指定的医疗机构，但不包括主要作为体检、诊所、康复、护理、休养、静养、戒酒、戒毒等或类似的医疗机构。该医院必须具有符合国家有关医院管理规则设置标准的医疗设备，且全天二十四小时有合格医师及护士驻院提供医疗及护理服务。

附件：《人身保险伤残评定标准及代码》、《众惠财产相互保险社职业类别表》、《众惠财产相互保险社特殊职业分类表》

众惠财产相互保险社

附加特定疾病保险 A 款（互联网专属）条款

总则

第一条 附加保险合同构成

本附加保险合同须附加于意外伤害保险、短期健康保险合同（以下简称“主保险合同”）项下。

主保险合同所附条款、投保单、保险单、保险凭证以及批单等构成主保险合同的全部书面文件，凡与本附加保险合同相关者，均为本附加保险合同的构成部分。

本附加保险合同与主保险合同相抵触之处，以本附加保险合同为准。本附加保险合同未约定事项，以主保险合同为准。**主保险合同效力终止，本附加保险合同效力亦同时终止；主保险合同无效，本附加保险合同亦无效。**

凡涉及本附加保险合同的约定，均应采用书面形式。

第二条 受益人

本附加保险合同的受益人包括：

（一）新型冠状病毒肺炎身故保险金受益人

订立本附加保险合同时，被保险人或投保人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《中华人民共和国民法典》的规定履行给付保险金的义务：

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

身故保险金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，推定身故保险金受益人死亡在先。

被保险人或投保人可以变更身故保险金受益人，但需书面通知保险人，由保险人在本附加保险合同上批注。**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。**

投保人指定或变更身故保险金受益人的，须经被保险人书面同意。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身故保险金受益人。

（二）其他保险金受益人

除另有约定外，本附加保险合同的其他保险金的受益人为被保险人本人。

保险责任

第三条 本附加保险合同的保险责任包括“重大疾病保险金”、“新型冠状病毒肺炎保险金”、“新型冠状病毒肺炎医疗费用保险金”、“新型冠状病毒肺炎住院津贴保险金”和“新型冠状病毒肺炎身故保险金”。可由投保人、保险人双方约定其中一项或多项承保，并在保险单中载明，未在保险单中载明或批注的责任不产生任何效力。

（一）重大疾病保险金

在本附加保险合同保险期间内，被保险人因意外伤害（释义一）或在等待期（释义二）后因患疾病，经中华人民共和国境内（不包括香港、澳门、台湾地区）二级或二级以上公立医院（释义三）或本社认可的医疗机构确诊初次患有（释义四）本附加保险合同约定的重大疾病（释义五），本社按照本附加保险合同载明的重大疾病保险金额向该被保险人给付保险金，同时本社对该被保险人在本项下的保险责任终止。

（二）新型冠状病毒肺炎保险金

在本附加保险合同保险期间内，被保险人在等待期后经卫生主管部门公布的**新型冠状病毒肺炎（释义六）**医疗救治定点医院确诊初次患有新型冠状病毒肺炎并达到本附加保险合同所附《新型冠状病毒肺炎给付比例表》（详见附表）所列临床分型标准之一的，本社按《新型冠状病毒肺炎给付比例表》所列给付比例乘以本附加保险合同载明的新型冠状病毒肺炎保险金额给付保险金。

在本项附加保险责任下，若被保险人先后被确诊不同临床分型标准的，本社已给付某一临床分型标准保险金的，再次给付保险金时需扣除已给付保险金。

本项保险金累计给付金额以本附加保险合同载明的新型冠状病毒肺炎保险金额为限。在本附加保险合同保险期间内，若本社在本项下累计给付的保险金数额之和达到本附加保险合同约定的新型冠状病毒肺炎保险金额时，本社对该被保险人在本项下的保险责任终止。

（三）新型冠状病毒肺炎医疗费用保险金

在本附加保险合同保险期间内，被保险人在等待期后经卫生主管部门公布的新型冠状病毒肺炎医疗救治定点医院确诊初次患有新型冠状病毒肺炎的，本社对于被保险人在确诊前发生的与该疾病诊断、治疗相关的需要个人支付的**必需且合理（释义七）**的医疗费用，本社按照本附加保险合同的约定给付新型冠状病毒肺炎医疗费用保险金。

本项责任适用医疗费用补偿原则。若被保险人已从其他途径（包括基本医疗保险、公费医疗、财政补助、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，则本社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保险合同的约定进行赔付。若被保险人以参加基本医疗保险或公费医疗身份投保，但未以参加基本医疗保险或公费医疗身份就诊并结算的，则本社根据本附加保险合同单独约定的给付比例进行赔付。

（四）新型冠状病毒肺炎住院津贴保险金

在本附加保险合同保险期间内，被保险人在等待期后经卫生主管部门公布的新型冠状病毒肺炎医疗救治定点医院确诊初次患有新型冠状病毒肺炎，且因该疾病需要住院（释义八）诊疗的，本社按照本附加保险合同载明的新型冠状病毒肺炎住院津贴日保险金额乘以实际住院天数给付住院津贴保险金。累计给付津贴天数以保险单载明的累计给付天数为限，当累计给付天数达到保险单载明的累计给付天数时，本社对该被保险人在本项下的保险责任终止。

（五）新型冠状病毒肺炎身故保险金

在本附加保险合同保险期间内，被保险人在等待期后经卫生主管部门公布的新型冠状病毒肺炎医疗救治定点医院确诊初次患有新型冠状病毒肺炎，且在本附加保险合同期

间内因该疾病导致身故的，本社按照本附加保险合同载明的新型冠状病毒肺炎身故保险金额给付保险金，同时本社对该被保险人在本项下的保险责任终止。

在等待期内发生保险事故，本社不承担给付保险金的责任，但向投保人无息退还该被保险人对应的已缴纳保险费，同时对该被保险人的保险责任终止。

第四条 健康管理服务

在本附加保险合同保险期间内，保险人或保险人委托的服务机构可以为被保险人提供健康咨询、慢病管理、就医服务等健康管理服务，具体内容详见《健康管理服务手册》（释义九）。是否包含健康管理服务由投保人、保险人双方约定，并在保险单中载明，未在保险单中载明的不产生任何效力。

责任免除

第五条 因下列原因或者存在下列情形之一的，本社不承担给付保险金的责任：

- （一）投保人或被保险人的故意或重大过失行为导致的罹患疾病或身故；
- （二）被保险人在初次投保前或非续保前所患既往症（释义十）；等待期内接受检查但在等待期后确诊的疾病。
- （三）被保险人未遵医嘱，擅自服用、涂用、注射药物；
- （四）遗传性疾病（释义十一）、先天性畸形、变形或染色体异常（释义十二）（依据世界卫生组织《疾病和有关健康问题的国际统计分类》第十次修订版（ICD-10）确定）。
- （五）被保险人在不符合本附加保险合同约定的医院或医疗机构就诊发生的医疗费用；未经医生处方自行购买的药品；虽持有医生处方，但未在开具处方的医生执业的医疗机构（以收费票据载明的医疗机构信息为准）购买的药品、医疗器械或医疗耗材；虽持有医生处方，但处方剂量超过30天以上部分的药品；
- （六）属于主保险合同的责任免除事项。

第六条 因下列原因或者存在下列情形之一的，本社不承担给付“新型冠状病毒肺炎保险金”、“新型冠状病毒肺炎医疗费用保险金”、“新型冠状病毒肺炎住院津贴保险金”和“新型冠状病毒肺炎身故保险金”的责任：

- （一）被保险人在投保前被确认为新型冠状病毒肺炎疑似病例或密切接触者；
- （二）被保险人在投保前已出现与新型冠状病毒肺炎相关的症状，或者已就新型冠状病毒肺炎症状（包括但不限于发热、干咳、乏力等）到医疗机构就诊或检查；
- （三）因新型冠状病毒肺炎以外原因造成被保险人身故；
- （四）未经科学或医学认可的实验性或研究性治疗，未获得国务院药品监督管理部门许可或批准上市的治疗方法或药品药物，上述治疗费用及其产生的后果所继发的费用不属于保障范围。

免赔额

第七条 免赔额由投保人与本社在订立本附加保险合同时协商确定，并在保险单中载明。

保险金额

第八条 本附加保险合同的各项保险金额由投保人、保险人双方约定，并在保单中载明。

保险期间

第九条 附加保险合同保险期间由投保人和保险人协商确定，保险期间的止期以下列先发生的时间为准：1、中华人民共和国国家卫生健康委员会或其他国家职能部门发布相关公告或信息说明特定疾病疫情结束之日 24 时；2、保险单所载保险期间的届满日 24 时，保险期间最长不超过一年。

续保

第十条 本附加保险合同不保证续保。本附加保险合同保险期间不超过一年，保险期间届满，投保人需要重新向保险人申请投保本产品，并经保险人同意，交纳保险费，获得新的附加保险合同。

保险费支付方式

第十一条 本附加保险合同保险费支付方式分为一次性支付全部保险费或分期支付保险费，由投保人、保险人双方约定，并在附加保险合同中载明。

约定一次性支付全部保险费的，投保人应当在附加保险合同成立时一次性支付全部保险费。投保人未按约定全额支付应缴保险费的，附加保险合同不生效，对附加保险合同生效前发生的保险事故，保险人不承担保险责任。

约定分期支付保险费的，每期缴费金额应一致，投保人在投保时支付首期保险费，并应于附加保险合同约定的各分期缴费之日前及时并足额支付当期应缴保险费。投保人未按约定支付首期保险费的，附加保险合同不生效，对附加保险合同生效前发生的保险事故，保险人不承担保险责任。若投保人未按约定支付当期应缴保险费，保险人允许投保人在缴费延长期内补缴保险费，如果被保险人在此缴费延长期内发生保险事故，保险人按照附加保险合同约定给付保险金，但有权先从给付的保险金中扣除投保人欠缴的剩余各期的保险费。缴费延长期由投保人、保险人双方约定，并在附加保险合同中载明。

若投保人在缴费延长期内未补缴当期应缴保险费，本附加保险合同在上期保险费对应的保障期满日 24 时终止，终止之日后（含缴费延长期内）发生的保险事故，保险人不承担保险责任。

保险金申请

第十二条 保险金申请

保险金申请人向保险人申请给付保险金时，应提交以下材料：

- （一）理赔申请书；
- （二）保险单或其他保险凭证；
- （三）保险金申请人的有效身份证件；

（四）保险人指定或认可的医疗机构出具的附有病理检、血液检查及其他科学方法报告的疾病诊断证明书；被保险人申请医疗费用保险金的，还应提供病历资料、医疗费用单据、费用明细单据等；对于新型冠状病毒肺炎医疗费用保险金若被保险人已从其他途径获得医疗费用补偿的，还应提供医疗费用分割单、理赔结算单；被保险人身故的，还应提供国家卫生行政部门认定的医疗机构、公安部门或其它相关机构出具的被保险人的死亡证明；

（五）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；

（六）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；

(七) 保险金作为被保险人遗产时，须提供可证明合法继承权的相关权利文件；

(八) 受益人或者继承人为无民事行为能力人或者限制民事行为能力人的，由其监护人代为申领保险金，并需要提供监护人的身份证明等资料。

(九) 地市级及地市级以上政府部门出具的要求被保险人按规定必须接受集中隔离的书面证明资料，并在证明上盖该公章。

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，本社对无法核实部分不承担赔偿保险金的责任。

释义

一、意外伤害：指以外来的、突发的、非本意的和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。**自然死亡、疾病身故、猝死、自杀以及自伤均不属于意外伤害。**

二、等待期：指自本附加保险合同生效日起计算的一段时间，具体天数由保险人和投保人在投保时约定并在附加保险合同上载明，最长不超过 90 天，续保不计算等待期。**在等待期内发生保险事故的，保险人不承担给付保险金的责任。**

三、医院：是指在中华人民共和国境内（不包括香港、澳门、台湾地区）经中华人民共和国卫生部门评审确定的二级或二级以上的公立医院，**但不包括主要作为体检、诊所、康复、护理、休养、静养、戒酒、戒毒等或类似的医疗机构。**该医院必须具有符合国家有关医院管理规则设置标准的医疗设备，且全天二十四小时有合格医师及护士驻院提供医疗及护理服务。

四、初次患有：是指被保险人第一次发生并首次被确诊患上本附加保险合同约定的疾病，并且该疾病在该被保险人投保前并未发病。其中恶性肿瘤确诊之日为手术病理取材或病理活检取材日期。

五、重大疾病：本附加保险合同约定的重大疾病如下：

(一) 恶性肿瘤——重度

指恶性细胞不受控制的进行性增长和扩散，浸润和破坏周围正常组织，可以经血管、淋巴管和体腔扩散转移到身体其他部位，病灶经**组织病理学检查（释义十三，涵盖骨髓病理学检查）**结果明确诊断，临床诊断属于世界卫生组织（WHO, World Health Organization）《疾病和有关健康问题的国际统计分类》第十次修订版（ICD-10）的恶性肿瘤类别及《国际疾病分类肿瘤学专辑》第三版（ICD-O-3）的肿瘤形态学编码属于 3、6、9（恶性肿瘤）范畴的疾病。

下列疾病不属于“恶性肿瘤——重度”，不在保障范围内：

1. ICD-O-3 肿瘤形态学编码属于 0（良性肿瘤）、1（动态未定性肿瘤）、2（原位癌和非侵袭性癌）范畴的疾病，如：

a. 原位癌，癌前病变，非浸润性癌，非侵袭性癌，肿瘤细胞未侵犯基底层，上皮内瘤变，细胞不典型性增生等；

b. 交界性肿瘤，交界恶性肿瘤，肿瘤低度恶性潜能，潜在低度恶性肿瘤等；

2. TNM 分期为 I 期或更轻分期的甲状腺癌；

3. TNM 分期为 T₁N₀M₀ 期或更轻分期的前列腺癌；

4. 黑色素瘤以外的未发生淋巴结和远处转移的皮肤恶性肿瘤；

5. 相当于 Binet 分期方案 A 期程度的慢性淋巴细胞白血病；

6. 相当于 Ann Arbor 分期方案 I 期程度的何杰金氏病；

7. 未发生淋巴结和远处转移且 WHO 分级为 G1 级别(核分裂像 $<10/50$ HPF 和 ki-67 $\leq 2\%$) 或更轻分级的神经内分泌肿瘤。

TNM 分期采用 AJCC 癌症分期手册标准。该标准由美国癌症联合委员会与国际抗癌联合会 TNM 委员会联合制定，是目前肿瘤医学分期的国际通用标准。T 指原发肿瘤的大小、形态等；N 指淋巴结的转移情况；M 指有无其他脏器的转移情况。

甲状腺癌的 TNM 分期采用目前现行的 AJCC 第八版定义标准，我国国家卫生健康委员会 2018 年发布的《甲状腺癌诊疗规范（2018 年版）》也采用此定义标准，具体见下：

甲状腺乳头状癌、滤泡癌、低分化癌、Hürthle 细胞癌和未分化癌

pT_x: 原发肿瘤不能评估

pT₀: 无肿瘤证据

pT₁: 肿瘤局限在甲状腺内，最大径 ≤ 2 cm

T_{1a} 肿瘤最大径 ≤ 1 cm

T_{1b} 肿瘤最大径 > 1 cm, ≤ 2 cm

pT₂: 肿瘤 2~4cm

pT₃: 肿瘤 > 4 cm, 局限于甲状腺内或大体侵犯甲状腺外带状肌

pT_{3a}: 肿瘤 > 4 cm, 局限于甲状腺内

pT_{3b}: 大体侵犯甲状腺外带状肌, 无论肿瘤大小

带状肌包括：胸骨舌骨肌、胸骨甲状肌、甲状舌骨肌、肩胛舌骨肌

pT₄: 大体侵犯甲状腺外带状肌外

pT_{4a}: 侵犯喉、气管、食管、喉反神经及皮下软组织

pT_{4b}: 侵犯椎前筋膜, 或包裹颈动脉、纵隔血管

甲状腺髓样癌

pT_x: 原发肿瘤不能评估

pT₀: 无肿瘤证据

pT₁: 肿瘤局限在甲状腺内，最大径 ≤ 2 cm

T_{1a} 肿瘤最大径 ≤ 1 cm

T_{1b} 肿瘤最大径 > 1 cm, ≤ 2 cm

pT₂: 肿瘤 2~4cm

pT₃: 肿瘤 > 4 cm, 局限于甲状腺内或大体侵犯甲状腺外带状肌

pT_{3a}: 肿瘤 > 4 cm, 局限于甲状腺内

pT_{3b}: 大体侵犯甲状腺外带状肌, 无论肿瘤大小

带状肌包括：胸骨舌骨肌、胸骨甲状肌、甲状舌骨肌、肩胛舌骨肌

pT₄: 进展期病变

pT_{4a}: 中度进展, 任何大小的肿瘤, 侵犯甲状腺外颈部周围器官和软组织, 如喉、气管、食管、喉反神经及皮下软组织

pT_{4b}: 重度进展, 任何大小的肿瘤, 侵犯椎前筋膜, 或包裹颈动脉、纵隔血管

区域淋巴结: 适用于所有甲状腺癌

pN_x: 区域淋巴结无法评估

pN₀: 无淋巴结转移证据

pN₁: 区域淋巴结转移

pN_{1a}: 转移至VI、VII区(包括气管旁、气管前、喉前/Delphian 或上纵隔)淋巴结, 可以为单侧或双侧。

pN_{1b}: 单侧、双侧或对侧颈淋巴结转移(包括I、II、III、IV或V区)淋巴结或咽后淋巴结转移。

远处转移: 适用于所有甲状腺癌

M₀: 无远处转移

M₁: 有远处转移

乳头状或滤泡状癌(分化型)			
年龄<55岁			
	T	N	M
I期	任何	任何	0
II期	任何	任何	1
年龄≥55岁			
I期	1	0/x	0
	2	0/x	0
II期	1~2	1	0
	3a~3b	任何	0
III期	4a	任何	0
IVA期	4b	任何	0
IVB期	任何	任何	1
髓样癌(所有年龄组)			
I期	1	0	0
II期	2~3	0	0
III期	1~3	1a	0
IVA期	4a	任何	0
	1~3	1b	0
IVB期	4b	任何	0
IVC期	任何	任何	1

未分化癌（所有年龄组）			
IVA 期	1~3a	0/x	0
IVB 期	1~3a	1	0
	3b~4	任何	0
IVC 期	任何	任何	1

注：以上表格中“年龄”指患者病理组织标本获取日期时的年龄。

（二）较重急性心肌梗死

急性心肌梗死指由于冠状动脉闭塞或梗阻引起部分心肌严重的持久性缺血造成急性心肌坏死。急性心肌梗死的诊断必须依据国际国内诊断标准，符合：

1. 检测到肌酸激酶同工酶（CK-MB）或肌钙蛋白（cTn）升高和/或降低的动态变化，至少一次达到或超过心肌梗死的临床诊断标准；

2. 同时存在下列之一的证据，包括：缺血性胸痛症状、新发生的缺血性心电图改变、新生的病理性 Q 波、影像学证据显示有新出现的心肌活性丧失或新出现局部室壁运动异常、冠脉造影证实存在冠状动脉血栓。

较重急性心肌梗死指依照上述标准被明确诊断为急性心肌梗死，并且必须同时满足下列至少一项条件：

1. 心肌损伤标志物肌钙蛋白（cTn）升高，至少一次检测结果达到该检验正常参考值上限的 15 倍（含）以上；

2. 肌酸激酶同工酶（CK-MB）升高，至少一次检测结果达到该检验正常参考值上限的 2 倍（含）以上；

3. 出现左心室收缩功能下降，在确诊 6 周以后，检测左室射血分数（LVEF）低于 50%（不含）；

4. 影像学检查证实存在新发的乳头肌功能失调或断裂引起的中度（含）以上的二尖瓣反流；

5. 影像学检查证实存在新出现的室壁瘤；

6. 出现室性心动过速、心室颤动或心源性休克。

其他非冠状动脉阻塞性疾病所引起的肌钙蛋白（cTn）升高不在保障范围内。

（三）严重脑中风后遗症

指因脑血管的突发病变引起脑血管出血、栓塞或梗塞，须由头颅断层扫描（CT）、核磁共振检查（MRI）等影像学检查证实，并导致神经系统永久性的功能障碍。神经系统永久性的功能障碍，指疾病确诊 180 天后，仍遗留下列至少一种障碍：

1. 一肢（含）以上肢体（释义十四）肌力（释义十五）2 级（含）以下；

2. 语言能力完全丧失（释义十六），或严重咀嚼吞咽功能障碍（释义十七）；

3. 自主生活能力完全丧失，无法独立完成六项基本日常生活活动（释义十八）中的三项或三项以上。

（四）重大器官移植术或造血干细胞移植术

重大器官移植术，指因相应器官功能衰竭，已经实施了肾脏、肝脏、心脏、肺脏或小肠的异体移植手术。

造血干细胞移植术,指因造血功能损害或造血系统恶性肿瘤,已经实施了造血干细胞(包括骨髓造血干细胞、外周血造血干细胞和脐血造血干细胞)的移植手术。

(五) 冠状动脉搭桥术(或称冠状动脉旁路移植术)

指为治疗严重的冠心病,已经实施了切开心包进行的冠状动脉血管旁路移植的手术。

(六) 严重慢性肾衰竭

指双肾功能慢性不可逆(释义十九)性衰竭,依据肾脏病预后质量倡议(K/DOQI)制定的指南,分期达到慢性肾脏病5期,且经诊断后已经进行了至少90天的规律性透析治疗。规律性透析是指每周进行血液透析或每天进行腹膜透析。

以上“(一)恶性肿瘤——重度”至“(六)严重慢性肾衰竭”所列重大疾病定义根据中国保险行业协会2020年公布的《重大疾病保险的疾病定义使用规范》做出。

《疾病和有关健康问题的国际统计分类》第十次修订版(ICD-10),是世界卫生组织(WHO)发布的国际通用的疾病分类方法。《国际疾病分类肿瘤学专辑》第三版(ICD-O-3),是WHO发布的针对ICD中肿瘤形态学组织学细胞类型、动态、分化程度的补充编码。其中形态学编码:0代表良性肿瘤;1代表动态未定性肿瘤;2代表原位癌和非侵袭性癌;3代表恶性肿瘤(原发性);6代表恶性肿瘤(转移性);9代表恶性肿瘤(原发性或转移性未肯定)。如果出现ICD-10与ICD-O-3不一致的情况,以ICD-O-3为准。

六、新型冠状病毒肺炎:本附加保险合同约定的新型冠状病毒肺炎指由2019新型冠状病毒(2020年1月被世界卫生组织暂时命名为2019-nCoV)感染的肺炎。

七、必需且合理:

1、符合通常惯例:指与接受医疗服务所在地通行治疗规范、通行治疗方法、平均医疗费用价格水平一致的费用。

对是否符合通常惯例由保险人根据客观、审慎、合理的原则进行审核;如果被保险人对审核结果有不同意见,可由双方认同的权威医学机构或者权威医学专家进行审核鉴定。

2、医疗费用具体内容如下:

(1)床位费:指被保险人使用医院床位的费用,但不包括陪人床、观察病床位和家庭病床的费用;

(2)护理费:指根据医嘱所示的护理等级确定的护理费用;

(3)重症监护室床位费:指被保险人使用医院重症监护室床位的费用;

(4)诊疗费:指治疗期间实际发生的,以诊察、检查、治疗为目的医生诊断费用;

(5)检查检验费:指治疗期间实际发生的、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合理的医疗费用,包括X光费、心电图费、B超费、脑电图费、内窥镜费、肺功能仪费、分子生化检验费和血、尿、便常规检验费等;

(6)治疗费:指以治疗疾病为目的,提供必要的医学手段而发生的合理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、体外反搏费等;

(7)药品费:指治疗期间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:1)主要起营养滋补作用的单方、复方中药或中成药,如花旗参,冬虫夏草,白糖参,朝鲜红参,玳瑁,蛤蚧,珊瑚,狗宝,红参,琥珀,灵芝,羚羊角尖粉,

马宝，玛瑙，牛黄，麝香，西红花，血竭，燕窝，野山参，移山参，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；2）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；3）用中药材和中药饮片炮制的各类酒制剂等；

（8）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、手术材料费、手术一次性用品费、手术中用药费、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。

八、住院：是指被保险人因疾病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。

但不包括下列情况：

- 1、被保险人在医院的（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基本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。

九、《健康管理服务手册》：《健康管理服务手册》将在产品销售页面或投保文件中展示。

十、既往症：指在被保险人获得被保资格之前罹患的被保险人已知或应该知道的有关疾病或症状。包括但不限于以下情况：

1. 被保险人获得被保资格前，医生已有明确诊断，长期治疗未间断；
2. 被保险人获得被保资格前，医生已有明确诊断，治疗后症状未完全消失，有间断用药情况；
3. 被保险人获得被保资格前，已向医生寻求治疗或诊断，医生尚未明确诊断，且症状未完全消失；
4. 被保险人获得被保资格前已发生或存在的症状，虽未经医生诊断和治疗，但症状已经显现足以促使一般普通人士引起注意并因该症状在获得被保资格后寻求诊断、治疗或护理。

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

十二、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》第十次修订版（ICD-10）确定。

十三、组织病理学检查：是通过局部切除、钳取、穿刺等手术方法，从患者机体采取病变组织块，经过包埋、切片后，进行病理检查的方法。

通过采集病变部位脱落细胞、细针吸取病变部位细胞、体腔积液分离病变细胞等方式获取病变细胞，制成涂片，进行病理检查的方法，属于细胞病理学检查，不属于组织病理学检查。

十四、肢体：肢体是指包括肩关节的整个上肢或包括髋关节的整个下肢。

十五、肌力：指肌肉收缩时的力量。肌力划分为0-5级，具体为：

0级：肌肉完全瘫痪，毫无收缩。

1级：可看到或者触及肌肉轻微收缩，但不能产生动作。

2级：肌肉在不受重力影响下，可进行运动，即肢体能在床面上移动，但不能抬高。

3级：在和地心引力相反的方向中尚能完成其动作，但不能对抗外加阻力。

4级：能对抗一定的阻力，但较正常人为低。

5级：正常肌力。

十六、语言能力完全丧失：指无法发出四种语音（包括口唇音、齿舌音、口盖音和喉头音）中的任何三种、或声带全部切除，或因大脑语言中枢受伤害而患失语症。

十七、严重咀嚼吞咽功能障碍：指因牙齿以外的原因导致器质障碍或机能障碍，以致不能作咀嚼吞咽运动，除流质食物外不能摄取或吞咽的状态。

十八、六项基本日常生活活动：（1）穿衣：自己能够穿衣及脱衣；（2）移动：自己从一个房间到另一个房间；（3）行动：自己上下床或上下轮椅；（4）如厕：自己控制进行大小便；（5）进食：自己从已准备好的碗或碟中取食物放入口中；（6）洗澡：自己进行淋浴或盆浴。

六项基本日常生活活动能力的鉴定不适用于0-3周岁幼儿。

十九、不可逆：指自疾病确诊或意外伤害发生之日起，经过积极治疗180天后，仍无法通过现有医疗手段恢复。

本附加保险合同的未释义名词，以本附加保险合同所附属的主保险合同条款中的释义为准。

附表：《新型冠状病毒肺炎给付比例表》

临床分型	给付比例
轻型	10%
普通型	30%
重型	80%
危重型	100%

注：临床分型标准按照中华人民共和国国家卫生健康委员会印发《新型冠状病毒肺炎诊疗方案》确定并以医院的诊断证明为准，若标准更新以更新后标准为准。

众惠财产相互保险社

附加猝死保险（A款）条款

总则

第一条 合同构成

本附加保险合同须附加于意外伤害保险、短期健康保险合同（以下简称“主保险合同”）项下。

主保险合同所附条款、投保单、保险单、保险凭证以及批单等构成主保险合同的全部书面文件，凡与本附加保险合同相关者，均为本附加保险合同的构成部分。

本附加保险合同与主保险合同相抵触之处，以本附加保险合同为准。本附加保险合同未约定事项，以主保险合同为准。**主保险合同效力终止，本附加保险合同效力亦同时终止；主保险合同无效，本附加保险合同亦无效。**

凡涉及本附加保险合同的约定，均应采用书面形式。

第二条 受益人

订立本合同时，被保险人或投保人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。

被保险人死亡后，有下列情形之一的，保险金作为被保险人的遗产，由本社依照《中华人民共和国继承法》的规定履行给付保险金的义务：

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

身故保险金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，推定身故保险金受益人死亡在先。

投保人为与其有劳动关系的劳动者投保本保险，不得指定被保险人及其近亲属以外的人为受益人。

身故保险金受益人故意造成被保险人身故的，该受益人丧失受益权。

被保险人或投保人可以变更身故保险金受益人，但需书面通知本社，由本社在本合同上批注。**对因身故保险金受益人变更发生的法律纠纷，本社不承担任何责任。**

投保人指定或变更身故保险金受益人的，须经被保险人书面同意。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身故保险金受益人。

保险责任

第三条 被保险人在本附加保险合同保险期间内猝死的，本社按照本附加保险合同约定的保险金额给付猝死保险金，**对该被保险人的保险责任终止。**

前款所称的猝死指由潜在疾病、身体机能障碍或其他非外来性原因所导致的、在出现急性症状后 24 小时内发生的死亡,猝死的认定以中华人民共和国境内(不包括香港、澳门、台湾地区)经中华人民共和国卫生部门评审确定的二级或二级以上的公立医院或本社认可的医疗机构诊断为准、或经公安机关、司法机关的鉴定为准。

责任免除

第四条 被保险人因下列情形导致猝死的,保险人不承担给付保险金的责任:

- (一) 投保人对被保险人的故意杀害或故意伤害;
- (二) 被保险人故意犯罪、抗拒依法采取的刑事强制措施;
- (三) 被保险人自杀,但被保险人自杀时为无民事行为能力人的除外;
- (四) 被保险人故意或重大过失自致伤害,或因被保险人挑衅、寻衅滋事或其他故意行为等可归咎于被保险人的原因而导致的打斗、被袭击、被谋杀;
- (五) 被保险人受酒精、管制药品或毒品的影响,或未遵医嘱,擅自服用、涂用、注射药物;
- (六) 被保险人在初次投保前或非续保前所患既往症(释义一);
- (七) 被保险人患精神性疾病、遗传性疾病,先天性畸形、变形或染色体异常(依据世界卫生组织《疾病和有关健康问题的国际统计分类》(ICD-10)确定);
- (八) 被保险人接受包括整容手术及其他内、外科手术;
- (九) 被保险人感染艾滋病病毒(HIV)或患艾滋病(AIDS)(释义二);
- (十) 战争、军事行动、暴乱或者武装叛乱,恐怖袭击;
- (十一) 生物污染、化学污染、核爆炸、核辐射或者核污染;
- (十二) 被保险人酒后驾驶、无有效驾驶证驾驶(释义三)或者驾驶无有效行驶证(释义四)的机动车辆;
- (十三) 慢性病(释义五)的急性发作;
- (十四) 被保险人妊娠、流产、分娩、药物过敏;
- (十五) 属于主保险合同的责任免除事项。

保险金额

第五条 本附加保险合同的保险金额由投保人、保险人双方约定,并在保险单中载明。

保险期间

第六条 本附加保险合同的保险期间同主保险合同一致。

保险金的申请

第七条 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:

- (一) 理赔申请书;

- (二) 保险单或其他保险凭证；
- (三) 保险金申请人的有效身份证件；
- (四) 受益人户籍证明及身份证明；
- (五) 被保险人的户籍注销证明；

(六) 公安部门或司法部门、中华人民共和国境内二级以上(含二级)或保险人认可的医疗机构出具的被保险人身故证明或验尸报告。若被保险人为宣告死亡, 保险金申请人应提供中华人民共和国人民法院出具的宣告死亡证明文件；

(七) 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；

(八) 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；

(九) 保险金作为被保险人遗产时, 须提供可证明合法继承权的相关权利文件；

(十) 受益人为无民事行为能力人或者限制民事行为能力人的, 由其监护人代为申领保险金, 并需要提供监护人的身份证明等资料。

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。

释 义

一、**既往症**: 指被保险人在保单生效日之前所患的已知的疾病或症状。

二、**感染艾滋病病毒(HIV)或患艾滋病(AIDS)**: 艾滋病病毒指人类免疫缺陷病毒, 英文缩写为HIV。艾滋病指人类免疫缺陷病毒引起的获得性免疫缺陷综合征, 英文缩写为AIDS。在人体血液或其它样本中检测到艾滋病病毒或其抗体呈阳性, 没有出现临床症状或体征的, 为感染艾滋病病毒; 同时出现了明显临床症状或体征的, 为患艾滋病。

三、**无有效驾驶证驾驶**:

被保险人存在下列情形之一者:

- (1) 无驾驶证或驾驶证有效期已届满;
- (2) 驾驶的机动车与驾驶证载明的准驾车型不符;
- (3) 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;
- (4) 持未按规定审验的驾驶证, 以及在被暂扣、扣留、吊销、注销驾驶证期间驾驶机动车;
- (5) 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;
- (6) 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。

四、**无有效行驶证**: 指下列情形之一:

- (1) 机动车被依法注销登记的;

(2) 无公安机关交通管理部门核发的行驶证、号牌，或临时号牌或临时移动证的机动车辆；

(3) 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车辆。未依法按时进行或通过机动车安全技术检验。

五、慢性病：至少符合以下一种特征的医疗症状：（1）无限期存在，无已知的治愈方法。（2）复发或可能复发。（3）具有永久性。（4）被保险人需要接受康复治疗或特殊训练以缓和症状。（5）需要长期观察、会诊、检查、检测及测试。

本附加保险合同的未释义名词，以本附加保险合同所附属的主保险合同条款中的释义为准。

众惠财产相互保险社

附加法定传染病扩展隔离津贴保险(互联网专属)条款

总则

第一条 附加保险合同构成

本附加保险合同须附加于意外伤害保险、短期健康保险合同（以下简称“主保险合同”）项下。

主保险合同所附条款、投保单、保险单、保险凭证以及批单等构成主保险合同的全部书面文件，凡与本附加保险合同相关者，均为本附加保险合同的构成部分。

本附加保险合同与主保险合同相抵触之处，以本附加保险合同为准。本附加保险合同未约定事项，以主保险合同为准。**主保险合同效力终止，本附加保险合同效力亦同时终止；主保险合同无效，本附加保险合同亦无效。**

凡涉及本附加保险合同的约定，均应采用书面形式。

第二条 受益人

除另有约定外，本附加保险合同的受益人为被保险人本人。

保险责任

第三条 经投保人申请并经本社同意，在本附加保险合同的保险期间内，被保险人在**等待期（释义一）**后因在主保险合同保障范围内的同一空间内有密切接触事实，后经国家公告（含地市级）显示该空间有本附加保险合同约定的**法定传染病（释义二）**确诊病例，被保险人于保险期间内或保险期间结束后一定期间（具体期间由投保人和保险人双方约定，并在本附加保险合同中载明，**但最长不超过保险期间结束后 30 日**）内，经地市级及地市级以上国家卫生行政相关部门通知要求实行**集中隔离（释义三）**且自费支付隔离费用的，本社根据本附加保险合同约定的每日隔离津贴额，按照被保险人自费支付隔离费用的实际隔离天数给付隔离津贴，**累计给付日数最长不超过 30 天。**

保险人对每一被保险人累计给付隔离津贴日数不得超过本附加保险合同约定的累计给付日数。当本社对该被保险人累计给付隔离津贴的日数达到累计给付日数时，保险人对该被保险人的保险责任终止。

若被保险人在本附加保险合同生效日前已出现符合本附加保险合同载明的法定传染病相关的密切接触事实，即使在生效后才被通知实行集中隔离的，本社亦不承担给付保险金的责任，同时保险人对该被保险人的保险责任终止。

责任免除

第四条 因下列原因或者存在下列情形之一的，本社不承担给付保险金的责任：

- （一）投保人、被保险人的故意行为；
- （二）被保险人在投保前已确诊或疑似感染或因与疑似罹患传染病人密切接触的；
- （三）在保险期间内，国家未公告显示有传染病确诊患者和被保险人在同一空间内；
- （四）被保险人被要求居家隔离的；

- (五) 因保险事故造成被保险人的间接损失和任何精神损害赔偿；
- (六) 被保险人违反隔离相关规定和要求而造成的扩大损失；
- (七) 被保险人虽然被集中隔离但未自费支付的隔离费用；
- (八) 属于主保险合同的责任免除事项。

保险金额

第五条 本附加保险合同的每日隔离津贴额、累计给付日数由投保人、保险人双方约定，并在保险单中载明。

保险期间

第六条 除另有约定外，本附加保险合同的保险期间同主保险合同一致，最长不超过一年。

续保

第七条 本附加保险合同不保证续保。本附加保险合同保险期间不超过一年，保险期间届满，投保人需要重新向保险人申请投保本产品，并经保险人同意，交纳保险费，获得新的附加保险合同。

保险费支付方式

第八条 本附加保险合同保险费支付方式分为一次性支付全部保险费或分期支付保险费，由投保人、保险人双方约定，并在附加保险合同中载明。

约定一次性支付全部保险费的，投保人应当在附加保险合同成立时一次性支付全部保险费。投保人未按约定全额支付应缴保险费的，附加保险合同不生效，对附加保险合同生效前发生的保险事故，保险人不承担保险责任。

约定分期支付保险费的，每期缴费金额应一致，投保人在投保时支付首期保险费，并应于附加保险合同约定的各分期缴费之日前及时并足额支付当期应缴保险费。投保人未按约定支付首期保险费的，附加保险合同不生效，对附加保险合同生效前发生的保险事故，保险人不承担保险责任。若投保人未按约定支付当期应缴保险费，保险人允许投保人在缴费延长期内补缴保险费，如果被保险人在此缴费延长期内发生保险事故，保险人按照附加保险合同约定给付保险金，但有权先从给付的保险金中扣除投保人欠缴的当期应缴的保险费。缴费延长期由投保人、保险人双方约定，并在附加保险合同中载明。

若投保人在缴费延长期内未补缴当期应缴保险费，本附加保险合同在上期保险费对应的保障期满日 24 时终止，终止之日后（含缴费延长期内）发生的保险事故，保险人不承担保险责任。

保险金的申请

第九条 保险金申请

保险金申请人向保险人申请给付保险金时，应提交以下材料：

- (一) 理赔申请书；
- (二) 保险单或其他保险凭证；
- (三) 保险金申请人的有效身份证件；
- (四) 地市级及地市级以上国家卫生行政相关部门要求被保险人实行集中隔离的

通知和证明自费支付隔离费用材料；

(五) 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；

(六) 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；

(七) 保险金作为被保险人遗产时，须提供可证明合法继承权的相关权利文件；

(八) 受益人或者继承人为无民事行为能力人或者限制民事行为能力人的，由其监护人代为申领保险金，并需要提供监护人的身份证明等资料。

如果被保险人本人作为保险金受益人已向保险人书面申领保险金，但在实际领取保险金前身故，保险金将作为其遗产，由保险人向其合法继承人给付。

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。

释义

一、等待期：指自本附加保险合同生效日起计算的一段时间，具体天数由本社和投保人在投保时约定并在附加保险合同上载明，最长不超过90天，续保不计算等待期。在等待期内发生保险事故的，本社不承担给付保险金的责任。

二、法定传染病：特指下列法定传染病发生暴发流行疫情情况（不包括非流行性单发性病例）。法定传染病指《中华人民共和国传染病防治法》中规定以及经国务院卫生行政部门予以调整的甲类、乙类、丙类传染病（具体分类以《中华人民共和国传染病防治法》规定以及国务院卫生行政部门关于调整乙类、丙类传染病的文件为准），但不包括艾滋病、淋病、梅毒。

本附加保险合同可承保法定传染病中的一种或多种，具体由投保人和保险人双方约定，并在附加保险合同中载明。

三、集中隔离：指将有疑似患者实行集中的隔离治疗，每个患者处于一个单独的空间进行隔离，直到确认身体无疾病。

本附加保险合同的未释义名词，以本附加保险合同所附属的主保险合同条款中的释义为准。

众惠财产相互保险社

附加预防接种医疗意外保险（互联网专属）条款

总则

第一条 附加保险合同构成

本附加保险合同须附加于意外伤害保险、短期健康保险合同（以下简称“主保险合同”）项下。

主保险合同所附条款、投保单、保险单、保险凭证以及批单等构成主保险合同的全部书面文件，凡与本附加保险合同相关者，均为本附加保险合同的构成部分。

本附加保险合同与主保险合同相抵触之处，以本附加保险合同为准。本附加保险合同未约定事项，以主保险合同为准。**主保险合同效力终止，本附加保险合同效力亦同时终止；主保险合同无效，本附加保险合同亦无效。**

凡涉及本附加保险合同的约定，均应采用书面形式。

第二条 被保险人

除本附加保险合同另有约定外，适宜进行**疫苗（释义一）预防接种（释义二）**的自然人可作为本附加保险合同的被保险人。

第三条 受益人

（一）身故保险金受益人

订立本附加保险合同时，被保险人或投保人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。

被保险人死亡后，有下列情形之一的，保险金作为被保险人的遗产，由本社依照《中华人民共和国民法典》的规定履行给付保险金的义务：

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

身故保险金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，推定身故保险金受益人死亡在先。

被保险人或投保人可以变更身故保险金受益人，但需书面通知本社，由本社在本附加保险合同上批注。**对因身故保险金受益人变更发生的法律纠纷，本社不承担任何责任。**

投保人指定或变更身故保险金受益人的，应经被保险人书面同意。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身故保险金受益人。

（二）残疾保险金、医疗保险金、住院津贴保险金受益人

除本附加保险合同另有约定外，本附加保险合同的残疾保险金、医疗保险金、住院津贴保险金的受益人为被保险人本人。

保险责任

第四条 预防接种医疗意外

本附加保险合同预防接种医疗意外含以下五项，可由投保人、保险人双方约定一项或多项承保，并在保险单中载明，未在保险单中载明或批注的预防接种医疗意外不产生任何效力。

（一）预防接种异常反应

指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。

预防接种异常反应的判定，根据《预防接种异常反应鉴定办法》（释义三，以下简称“《鉴定办法》”）进行的预防接种异常反应鉴定结论为准，诊断结论与鉴定结论有出入的，以鉴定结论为准（下同）。

（二）预防接种偶合症

指受种者在接种时正处于某种疾病的潜伏期或者前驱期，接种后巧合发病。

偶合症的判定，以预防接种异常反应调查诊断结论或者根据《鉴定办法》进行的预防接种异常反应鉴定结论为准。

（三）预防接种一般反应

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。

（四）预防接种事故

指由于在预防接种实施过程中接种单位及其医务人员违反预防接种工作规范、免疫程序、疫苗使用指导原则、接种方案，造成受种者机体组织器官、功能损害。

预防接种事故的判定，以医疗事故技术鉴定结论为准。

（五）疫苗质量事故

指由于疫苗质量不合格，接种后造成受种者机体组织器官、功能损害。

疫苗质量事故的判定，以药品监督管理部门出具的疫苗质量检验结果报告为准。

第五条 保险责任

在本附加保险合同的保险期间内，被保险人在经人民政府卫生主管部门指定的预防接种单位接种本附加保险合同约定的疫苗，发生保险单载明的预防接种医疗意外并导致身故、残疾的，或发生医疗费用的，本社依照以下约定给付保险金。

本附加保险合同的保险责任包括“身故保险责任”、“残疾保险责任”、“医疗费用保险责任”和“住院津贴保险责任”四项，可由投保人、保险人双方约定一项或多项承保，并在保险单中载明，未在保险单上载明或批注的责任不产生任何效力。

（一）身故保险责任

在本附加保险合同的保险期间内，被保险人发生保险单载明的预防接种医疗意外并自该预防接种医疗意外发生之日起 180 日（含）内因该预防接种医疗意外为直接原因身故的，本社按照保险单载明的身故保险金额给付身故保险金，对该被保险人的保险责任终止。

若同时投保身故保险责任和残疾保险责任的，在给付身故保险金前，保险人已给付残疾保险金，则在给付身故保险金时，需扣除已给付的残疾保险金。

（二）残疾保险责任

在本附加保险合同的保险期间内，被保险人发生保险单载明的预防接种医疗意外并自该预防接种医疗意外发生之日起 180 日（含）内因该预防接种医疗意外为直接原因造成本合同所附《人身保险伤残评定标准及代码》（保监发[2014]6 号，标准编号为 JR/T0083-2013）（详见附件）所列伤残程度之一的，本社按《人身保险伤残评定标准及代码》所列给付比例乘以保险单载明的残疾保险金额给付残疾保险金。如自事故发生之日起 180 日后治疗仍未结束的，则按事故发生之日起第 180 日（含）的身体情况进行评定，并据此给付残疾保险金。

如被保险人的伤残项目不在《人身保险伤残评定标准及代码》之列，本社不承担给付残疾保险金责任。

被保险人因同一预防接种医疗意外导致一项以上残疾时，本社根据《人身保险伤残评定标准及代码》规定的多处伤残评定原则给付残疾保险金。

被保险人如在本次预防接种医疗意外之前已有残疾，本社按合并后的残疾程度在《人身保险伤残评定标准及代码》中所对应的残疾给付比例中扣除原有残疾程度在《人身保险伤残评定标准及代码》中所对应残疾等级的给付比例后，乘以本合同载明的残疾保险金额，承担向被保险人给付残疾保险金的责任。

（三）医疗费用保险责任

在本附加保险合同的保险期间内，被保险人发生保险单载明的预防接种医疗意外，并因该预防接种医疗意外在医院（释义四）或本社认可的医疗机构进行治疗，对于被保险人因该预防接种医疗意外所支出的必需且合理（释义五）的医疗费用，本社在扣除社会基本医疗保险、公费医疗、社会医疗救助或任何第三方（包括任何商业医疗保险）已经补偿或给付部分以及本附加保险合同约定的免赔额后，对其余额按照本附加保险合同约定的各给付比例、各分项限额给付医疗费用保险金。其中，各免赔额、各给付比例、各分项给付限额由投保人、保险人双方约定，并在保险单中载明。

保险期间届满被保险人相关治疗、鉴定等后续处理事宜仍未结束的，本社所负保险责任期限可经投保人、保险人双方约定自保险期间届满次日起延长，延长的具体时间以附加保险合同载明为准；若本附加保险合同未载明的，则视为自保险期间届满次日起计算 90 日。

本社所负给付医疗费用保险金的责任以本附加保险合同载明的医疗费用保险金为限，对被保险人一次或者累计给付的保险金达到该保险金额时，本社对该被保险人在本附加保险合同项下的保险责任终止。

本项责任适用补偿原则。被保险人通过任何途径所获得的医疗费用补偿金额总和以其实际支出的医疗费用金额为限。

（四）住院津贴保险责任

在本附加保险合同的保险期间内，被保险人在经人民政府卫生主管部门指定的医疗卫生机构接种本附加保险合同约定范围内的疫苗后发生保险单载明的预防接种医疗意外后需要住院（释义六）治疗的，本社按被保险人的实际住院天数扣除保险单载明的免赔天数后，乘以保险单载明的住院津贴日金额计算并给付住院津贴保险金，最高累计给付天数为 180 天。累计给付天数达到 180 天时，本社对被保险人的该项保险责任终止。

保险期间届满被保险人治疗仍未结束的，本社继续承担给付住院津贴保险金责任，最长延长至保险期满之日起 90 日止。

责任免除

第六条 因下列情形之一，导致被保险人身故、残疾或发生医疗费用支出的，本社不承担给付保险金责任：

- (一) 投保人对被保险人的故意杀害或故意伤害；
- (二) 被保险人或者其家属（释义七）未遵医嘱，私自服用、涂用、注射药物；
- (三) 被保险人或者其家属接种前，未按照要求如实提供被保险人的健康状况、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；
- (四) 对于有接种禁忌而不能接种的受种者，在医护人员提出医学建议后，受种者或受种者监护人仍要求实施接种的；
- (五) 被保险人或其家属未按规定程序按时接受疫苗的预防接种；
- (六) 被保险人或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；
- (七) 被保险人在不具有卫生主管部门要求具备预防接种条件的单位接种疫苗；
- (八) 使用过期、变质、质量不合格的疫苗或使用未经国家药品监督管理部门认可的疫苗；
- (九) 实施接种的医务人员未参加卫生主管部门组织的预防接种专业培训或考核不合格；
- (十) 接种单位违反《中华人民共和国疫苗管理法》、《疫苗流通和预防接种管理条例》、预防接种工作规范、免疫程序、疫苗使用指导原则、接种方案（但承保“预防接种事故”的不在此列）；
- (十一) 心因性反应（释义八）；
- (十二) 被保险人在预防接种前已患有或遗传已免疫的疾病；
- (十三) 被保险人在预防接种后患有已免疫的疾病；
- (十四) 一般身体检查、疗养、特别护理、静养、康复性治疗、物理治疗或心理治疗；
- (十五) 被保险人在不符合本附加保险合同约定的医院或医疗机构就诊发生的医疗费用；未经医生处方自行购买的药品；虽持有医生处方，但未在开具处方的医生执业的医疗机构（以收费票据载明的医疗机构信息为准）购买的药品、医疗器械或医疗耗材；虽持有医生处方，但处方剂量超过 30 天以上部分的药品；被保险人发生的不符合本附加保险合同约定的门（急）诊费用；
- (十六) 未经科学或医学认可的实验性或研究性治疗，未获得国务院药品监督管理部门许可或批准上市的治疗方法或药品药物，上述治疗费用及其产生的后果所继发的费用不属于保障范围。

保险金额

第七条 本附加保险合同下的保险金额按照投保约定的各项预防接种医疗意外分别匹配身故保险金额、残疾保险金额、医疗费用保险金额，以及住院津贴日金额，各分项责任保险金额是本社承担给付各项保险金责任的最高限额。本附加保险合同的各分项责任的保险金额由投保人、保险人双方约定，并在保险单中载明。保险金额一经确定，在保险期间内不得变更。

保险期间

第八条 本附加保险合同的保险期间同主保险合同一致，最长不超过一年。

续保

第九条 本附加保险合同不保证续保。本附加保险合同保险期间不超过一年，保险期间届满，投保人需要重新向保险人申请投保本产品，并经保险人同意，交纳保险费，获得新的附加保险合同。

保险费支付方式

第十条 本附加保险合同保险费支付方式分为一次性支付全部保险费或分期支付保险费，由投保人、保险人双方约定，并在附加保险合同中载明。

约定一次性支付全部保险费的，投保人应当在附加保险合同成立时一次性支付全部保险费。投保人未按约定全额支付应缴保险费的，附加保险合同不生效，对附加保险合同生效前发生的保险事故，保险人不承担保险责任。

约定分期支付保险费的，每期缴费金额应一致，投保人在投保时支付首期保险费，并应于附加保险合同约定的各分期缴费之日前及时并足额支付当期应缴保险费。投保人未按约定支付首期保险费的，附加保险合同不生效，对附加保险合同生效前发生的保险事故，保险人不承担保险责任。若投保人未按约定支付当期应缴保险费，保险人允许投保人在缴费延长期内补缴保险费，如果被保险人在此缴费延长期内发生保险事故，保险人按照附加保险合同约定给付保险金，但有权先从给付的保险金中扣除投保人欠缴的当期应缴的保险费。缴费延长期由投保人、保险人双方约定，并在附加保险合同中载明。

若投保人在缴费延长期内未补缴当期应缴保险费，本附加保险合同在上期保险费对应的保障期满日 24 时终止，终止之日后（含缴费延长期内）发生的保险事故，保险人不承担保险责任。

保险金的申请

第十一条 保险金申请

保险金申请人（释义九）向保险人申请给付保险金时，应提交以下材料：

（一）身故保险金申请

1. 理赔申请书；
2. 保险单或其他保险凭证；
3. 保险金申请人的有效身份证件；
4. 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；
5. 公安机关或司法部门、二级或二级以上公立医院或保险人认可的医疗机构出具的被保险人死亡证明或验尸报告以证明死亡原因；
6. 如申请预防接种异常反应、预防接种偶合症理赔的，需提供根据《鉴定办法》进行的预防接种异常反应鉴定结论；
7. 如申请预防接种事故理赔的，还需提供医疗事故技术鉴定结论；
8. 如申请疫苗质量事故理赔的，还需提供药品监督管理部门出具的疫苗质量检验结果报告；
9. 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。

（二）残疾保险金申请

1. 理赔申请书；
2. 保险单或其他保险凭证；

3. 保险金申请人的有效身份证件；
4. 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；
5. 如对伤残鉴定适用标准另有约定的，还应提供司法部门、二级或二级以上公立医院或保险人认可的医疗机构、保险人认可的其他鉴定机构出具的伤残鉴定诊断书；
6. 如申请预防接种异常反应、预防接种偶合症理赔的，需提供根据《鉴定办法》进行的预防接种异常反应鉴定结论；
7. 如申请预防接种事故理赔的，还需提供医疗事故技术鉴定结论；
8. 如申请疫苗质量事故理赔的，还需提供药品监督管理部门出具的疫苗质量检验结果报告；
9. 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。

（三）医疗费用保险金申请

1. 理赔申请书；
2. 保险单或其他保险凭证；
3. 保险金申请人的有效身份证件；
4. 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；
5. 由医疗机构出具的诊断证明、病历、出院小结（如存在住院的）、医疗费用发票（包含费用清单）及其他重要医疗记录，包括但不限于住院志（如存在住院的）、体温单、医嘱单、化验单（检验报告）、医学影像检查资料、病理资料、护理记录等；
6. 如申请预防接种异常反应、预防接种偶合症理赔的，需提供根据《鉴定办法》进行的预防接种异常反应鉴定结论；
7. 如申请预防接种事故理赔的，还需提供医疗事故技术鉴定结论；
8. 如申请疫苗质量事故理赔的，还需提供药品监督管理部门出具的疫苗质量检验结果报告；
9. 对于已经从社会医疗保险、公费医疗或任何第三方包括任何商业医疗保险获得相关医疗费用补偿的，应提供社会医疗保险机构、商业保险机构或其他第三方的医疗费用分割单或医疗费用结算证明；
10. 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。

（四）住院津贴保险金申请

1. 理赔申请书；
2. 保险单或其他保险凭证；
3. 保险金申请人的有效身份证件；
4. 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；
5. 由医疗机构出具的诊断证明、病历、出院小结、医疗费用发票（包含费用清单）及其他重要医疗记录；
6. 如申请预防接种异常反应、预防接种偶合症理赔的，需提供根据《鉴定办法》进行的预防接种异常反应鉴定结论；
7. 如申请预防接种事故理赔的，还需提供医疗事故技术鉴定结论；

8. 如申请疫苗质量事故理赔的，还需提供药品监督管理部门出具的疫苗质量检验结果报告；

9. 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。

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。

受益人为无民事行为能力人或者限制民事行为能力人的，由其监护人代为申领保险金，并需要提供监护人的身份证明等资料。

如果被保险人本人作为保险金受益人已向保险人书面申领保险金，但在实际领取保险金前身故，保险金将作为其遗产，由保险人向其合法继承人给付。保险金作为被保险人遗产时，须提供可证明合法继承权的相关权利文件。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，本社对无法核实部分不承担给付保险金的责任。

释义

一、疫苗：是指为了预防、控制疾病的发生、流行，用于人体预防接种的疫苗类预防性生物制品。根据《中华人民共和国疫苗管理法》（中华人民共和国主席令第 30 号），分为两类：

免疫规划疫苗，是指居民应当按照政府的规定接种的疫苗，包括国家免疫规划确定的疫苗，省、自治区、直辖市人民政府在执行国家免疫规划时增加的疫苗，以及县级以上人民政府或者其卫生健康主管部门组织的应急接种或者群体性预防接种所使用的疫苗。

非免疫规划疫苗，是指由居民自愿接种的其他疫苗。

（上述政策文件如有更新、替代、补充的，应以更新、替代、补充后最新的文件为准）

二、预防接种：是指利用人工制备的抗原或抗体通过适宜的途径对机体进行接种，使机体获得对某种传染病的特异免疫力，以提高个体或群体的免疫水平，预防和控制针对传染病的发生和流行。

三、《预防接种异常反应鉴定办法》：是指原中华人民共和国卫生部于 2008 年 7 月 17 日颁布的《预防接种异常反应鉴定办法》（中华人民共和国卫生部令第 60 号）。

（上述政策文件如有更新、替代、补充的，应以更新、替代、补充后最新的文件为准）

四、医院：指在中华人民共和国境内（不包括香港、澳门、台湾地区）经中华人民共和国卫生部门评审确定的二级或二级以上的公立医院普通部，**但不包括主要作为体检、诊所、康复、护理、休养、静养、戒酒、戒毒等或类似的医疗机构。**该医院必须具有符合国家有关医院管理规则设置标准的医疗设备，且全天二十四小时有合格医师及护士驻院提供医疗及护理服务。

五、必需且合理：

1、符合通常惯例：指与接受医疗服务所在地通行治疗规范、通行治疗方法、平均医疗费用价格水平一致的费用。

对是否符合通常惯例由保险人根据客观、审慎、合理的原则进行审核；如果被保险人对审核结果有不同意见，可由双方认同的权威医学机构或者权威医学专家进行审核鉴定。

2、医学必需：**指医疗费用同时符合下列所有条件：**

- ①治疗意外伤害或者疾病所必需的项目；
- ②不超过安全、足量治疗原则的项目；
- ③由医生开具的处方药；

④非试验性的、非研究性的项目；

⑤与接受治疗当地普遍接受的医疗专业实践标准一致的项目。

对是否医学必需由保险人根据客观、审慎、合理的原则进行审核；如果被保险人对审核结果有不同意见，可由双方认同的权威医学机构或者权威医学专家进行审核鉴定。

六、住院：是指被保险人因意外伤害或疾病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。

但不包括下列情况：

1、被保险人在医院的（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基本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。

七、家属：指被保险人的配偶、子女、父母、（外）祖父母、兄弟姐妹、（外）孙子女、配偶父母、女婿、儿媳、姻亲兄弟姐妹。

八、心因性反应：在预防接种实施过程中或接种后因受种者心理因素发生的个体或者群体的反应。

心因性反应的判定，以预防接种异常反应调查诊断结论或者根据《鉴定办法》进行的预防接种异常反应鉴定结论为准。

九、保险金申请人：指受益人或被保险人的继承人或依法享有保险金请求权的其他自然人。

本附加保险合同的未释义名词，以本附加保险合同所附属的主保险合同条款中的释义为准。

附件：《人身保险伤残评定标准及代码》