中华联合财产保险股份有限公司
CHINA UNITED PROPERTY INSURANCE COMPANY LIMITED

暖宝保（增值版）保险单

保险单号：0120224401960219G900000009

鉴于投保人已向本保险人投保“暖宝保（增值版）”，并按本保险合同约定交付保险费，保险人同意按照“暖宝保（增值版）”的约定承担保险责任，特立本保险单为凭。与本保险单有关的附加条款、特约条款、批单以及投保单是本保险单不可分割的组成部分。

投保人	姓 名：	会员测试	联系电话：	17305691963
	证件类型：	港澳通行证	证件号码：	H41252586
	与被保险人关系：	父母		
被保险人	姓 名：	门诊测试	是否有社保：	无
	证件类型：	港澳通行证	证件号码：	H65986524
受益人		法定		

险种名称	保险责任	保险金额
学生幼儿意外伤害保险（互联网专属）条款	意外身故/伤残保险责任	200000.0
	意外伤害住院医疗保险责任	20000.0
附加学生幼儿重大疾病保险（互联网专属)条款	重大疾病保险责任	100000.0
附加疫苗接种意外保险（互联网专属）条款	疫苗接种意外伤害保险责任	200000.0
附加学生幼儿门急诊医疗保险（互联网专属）条款	门急诊医疗保险责任	5000.0
附加学生幼儿疾病住院医疗保险（互联网专属）条款	疾病住院医疗责任	8000.0

保险费：	人民币：捌佰玖拾捌元整	RMB：898.00
保险期间：	2022年04月19日零时起至2023年04月18日二十四时止	
保险合同争议解决方式:	诉讼	

特别约定

1.本保险单承保区域仅限中华人民共和国境内（不包含香港、澳门、台湾地区）。2.保单适用条款为《学生幼儿意外伤害保险（互联网专属）》（注册号：C0000123231202112213131 3）、《附加学生幼儿疾病住院医疗保险（互联网专属）》（注册号：C0000123252202112294966 3）、《附加疫苗接种意外保险（互联网专属）》（注册号：C0000121340220211216229 73）、《附加学生幼儿重大疾病保险（互联网专属）》（注册号：C0000123252202112232791 3）、《附加学生幼儿门急诊医疗保险（互联网专属）》 （注册号：C0000123252202112294925 3）。3.附加门急诊医疗在当地基本医疗保险报销范围内的合理且必要费用保额5000元；疾病出险每次免赔额300元，意外出险无免赔；每次门急诊赔付限额500元；赔付比例100%。每次门急诊是指被保险人1日（就诊当日0时起至24时止）内在同一所医院同一个科室（例如：内科、外科、儿科、妇产科、眼科、耳鼻喉科、口腔科、中医科分别为不同的科室）就诊的门诊或急诊 。 4.附加意外住院医疗在当地基本医疗保险报销范围内的合理且必要费用保额2万元；免赔额0元，赔付比例100%。 5.附加疾病住院医疗在当地基本医疗保险报销范围内的合理且必要费用保额8000元；免赔额0元，赔付比例100%。 6.等待期：意外出险和续保无等待期；门急诊责任疾病出险等待期15

天；疾病住院医疗责任出险等待期90天；特定重大疾病等待期60天。7.保险期间内同一被保险人限投保一份，多次投保无效。8.本产品就诊医院为中华人民共和国境内（港、澳、台地区除外）合法经营的二级及二级以上公立医院的普通部，不包括其他特需医疗、外宾/干部/联合病房、国际医疗中心、VIP部、联合医院等；北京平谷区、密云县、怀柔区、天津武清、徐州睢宁所有医院除外。意外伤害急救不受此限，但经急救情况稳定后，必须根据病情及时转入前述所指医院治疗。9.未成年人身故保额权限按照《关于父母为其未成年人子女投保以死亡为给付保险金条件人身保险有关问题的通知》（保监发【2015】90号）执行。对于被保险人不满10周岁的，身故保险金给付限额不得超过人民币20万元；对于被保险人已满10周岁但未满18周岁的，身故保险金给付限额不得超过人民币50万元。10.出险后请在24小时内报案，若被保险人发生死亡事故，请即时报案，报案电话为：95585。

投保告知

投保人应在对所有被保险人健康充分了解的基础上履行如实告知义务。投保人承诺完全知晓所有被保险人健康。若被保险人健康状况与下述内容不符：

（1）本公司有权不同意承保。

（2）若发生保险事故，本公司不承担赔付或给付保险金的责任，并有权不退还保险费。

投保人在投保本保险合同时已确认健康告知问询的下述问题答案均为否：

1.被保险人过去2年内是否发现健康检查异常（如血液、超声、影像检查、内镜、病理检查等）？

2.被保险人目前或过往是否患下列疾病:正患肺炎未治愈、抽搐、正在腹泻中未治愈、小儿麻痹、儿童多动症、脊髓灰质炎、麻疹、流行性脑脊髓膜炎、流行性乙型脑炎、白喉、破伤风、百日咳等疾病、先天性、遗传性疾病、畸形或已经患有少儿重大疾病保险中的重大疾病？

3.被保险人目前或过往是否存在下列任意一项:不明原因的发热、头晕、气喘、腹痛、紫癜、视力或者听力障碍、身体包块或肿物,消瘦(体重超过2公斤)？

4.被保险人过去2年内投保人身保险或健康保险时，是否被保险公司拒保、延期、加费或者附加相关条件承保？

5.2周岁以下被保险人出生时是否曾有体重低于5斤（2.5Kg），或出生后是否曾有过抢救、入住新生儿病房等异常情况？

6.被保险人过去5年内是否住院或被要求进一步检查、手术或治疗（不包括鼻炎/急性胃肠炎/单次发作已痊愈的肺炎/上呼吸道感染住院）？

重要提示：尊敬的投保人，为更好的保障您和被保险人的权益，如您发现被保险人的实际情况与投保告知中的内容不符，或对保单特约的任何一项内容持有异议，请及时联系我司做解约处理，否则将视作认可接受上述全部内容，并接受因未如实告知所导致的包括拒赔在内的一切后果。

温馨提示

1、保单查询及报案电话：95585（无法接通时加拨‘020’）；

2、网络查询请访问http://query.cic.cn/autoclaim/epiq/main.jsp

3、保障内容详见所附条款，敬请特别留意责任免除部分。

签单机构：中华联合财产保险股份有限公司广州中心支公司经纪业务部

地址：广州市天河区珠江东路421号901A

中华联合财产保险股份有限公司广东分公司

中华联合财产保险股份有限公司 电子保单专用章

销售渠道：经纪业务	销售渠道名称：慧择保险经纪有限公司
业务员：杨婷	职业证号：01001844010480002014000185

中华联合财产保险股份有限公司

学生幼儿意外伤害保险（互联网专属）条款

注册号：C00001232312021122131313

总　则

第一条　本保险合同由保险条款、投保单、保险单、以及保险人与投保人认可的、与保险合同有关的其他书面协议（包括但不限于合法有效的声明、批注、批单、健康问卷）组成。凡涉及本保险合同的约定，均应采用书面形式。

第二条　在学校或者幼儿园注册，身体健康的大、中、小学学生和幼儿，可作为被保险人。

第三条　对被保险人有保险利益的人或组织可作为投保人。

第四条　本保险合同的受益人包括：

（一）身故保险金受益人

订立本保险合同时，投保人或者被保险人可以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，被保险人或者投保人可以确定受益顺序和受益份额；如果未确定受益份额，受益人按照相等份额享有受益权。

被保险人为无民事行为能力人或限制民事行为能力人的，可以由其监护人指定受益人。

投保人或者被保险人可以变更身故保险金受益人并书面通知保险人。保险人收到变更受益人的书面通知后，在保险单或其他保险凭证上批注或附贴批单。

投保人在指定和变更身故保险金受益人时，必须经过被保险人同意。被保险人为无民事行为能力人或限制民事行为能力人时，应由其监护人指定或变更保险金受益人。

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，意外身故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有关继承的法律规定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。

受益人故意造成被保险人死亡的，或者故意杀害被保险人未遂的，该受益人丧失受益权。

（二）伤残保险金、医疗保险金、住院津贴保险金受益人

除另有约定外，本保险合同的伤残保险金、医疗保险金和住院津贴保险金的受益人为被保险人本人。

保险责任

第五条　本保险合同的保险责任分为**“必选责任”及“可选责任”。投保人在已选择投保 “必选责任”的前提下，可以选择投保“可选责任”中的一项或多项；若投保人未投保“必选责任”，**

则不能单独投保“可选责任”。保险责任由投保人在投保时与保险人协商确定，并在保险单中载明。

第六条 在保险期间内，发生保险责任事故，保险人依照下列约定给付保险金。

一.必选责任 ：意外伤害身故/伤残保险金责任

（一）意外伤害身故保险责任

被保险人遭受意外伤害，并自意外伤害发生之日起 180 日内因该意外伤害身故的，保险人按本保险合同载明的意外伤害身故/伤残保险金额给付身故保险金，对该被保险人的保险责任终止。

被保险人遭受意外伤害且自意外伤害发生日起下落不明，后经人民法院宣告死亡的，保险人按本保险合同载明的意外伤害身故/伤残保险金额给付身故保险金。**但若该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身故保险金。**

被保险人身故前保险人已给付必选责任第（二）项约定的伤残保险金的，身故保险金应扣除已给付的伤残保险金。

（二）意外伤害伤残保险责任

被保险人遭受意外伤害，并自意外伤害发生之日起 180 日内因该意外伤害造成《人身保险伤残评定标准及代码》（JR/T 0083-2013，由原中国保险监督管理委员会发布，保监发〔2014〕6 号，以下简称《评定标准及代码》）所列伤残程度之一的，**保险人按《评定标准及代码》所对应伤残等级的给付比例乘以意外伤害身故/伤残保险金额给付伤残保险金。如第 180 日治疗仍未结束的，按当日的身体情况进行伤残评定，并据此给付伤残保险金。**

1.被保险人因同一意外伤害造成两处或两处以上伤残时，保险人根据《评定标准及代码》规定的多处伤残评定原则给付伤残保险金。

2.被保险人如在本次意外伤害之前已有伤残，保险人按合并后的伤残程度在《评定标准及代码》中所对应伤残等级的给付比例扣除原有伤残程度在《评定标准及代码》中所对应伤残等级的给付比例，给付伤残保险金。

在保险期间内，必选责任第（一）、（二）项下的保险金累计给付金额以保险合同载明的意外伤害身故/伤残保险金额为限。

二、可选责任

（一）意外伤害门急诊医疗保险责任

被保险人遭受意外伤害，并因该意外伤害在中华人民共和国境内（不含香港、澳门及台湾地区）二级及以上公立医院或保险人认可的医疗机构进行必要的门诊或急诊治疗，保险人按下列约定给付意外伤害门急诊医疗保险金：

1.对于被保险人自意外伤害发生之日起 180 日内所实际支出的必需且合理的、符合当地基本医疗保险报销范围的门急诊医疗费用（以下简称合理医疗费用），**保险人在扣除基本医疗保险、公费医疗和任何第三方（包括保险人在内的任何商业保险机构）已经补偿或给付部分以及本保险合同约定的免赔额后，对其余额按本保险合同约定的给付比例和每次事故门急诊给付限额给付意外伤害门急诊医疗保险金。**意外伤害门急诊医疗费用的免赔额、给付比例以及每次事故门急诊给付限额由投保人、保险人双方约定，并在保险合同中载明。

2.被保险人一次或多次遭受意外伤害，保险人均按上述规定分别给付意外伤害门急诊医疗保险金，**但对被保险人一次或多次累计给付金额以本保险合同载明的意外伤害门急诊医疗保险金额为限，当累计给付金额达到意外伤害门急诊医疗保险金额时，对被保险人的意外伤害门急诊医疗保险责任终止。**

3.意外伤害门急诊医疗保险责任适用补偿原则。**被保险人如果已从基本医疗保险、公费医疗和任何第三方（包括保险人在内的任何商业医疗保险）获得意外伤害门急诊医疗费用补偿，保险人仅对扣除已获得补偿后的意外伤害门急诊合理医疗费用剩余部分，按照本保险合同约定承担给付保险金责任。**

（二）意外伤害住院医疗保险责任

被保险人在保险期间内遭受意外伤害，并因该意外伤害在中华人民共和国境内（不含香港、澳门及台湾地区）二级及以上公立医院或保险人认可的医疗机构进行必要的住院治疗，保险人按下列约定给付意外伤害住院医疗保险金：

1.对于被保险人自意外伤害发生之日起180日内所实际支出的必需且合理的、符合当地基本医疗保险报销范围的住院医疗费用（以下简称合理医疗费用），**保险人在扣除基本医疗保险、公费医疗和任何第三方（包括保险人在内的任何商业保险机构）已经补偿或给付部分以及本保险合同约定的免赔额后，对其余额按本保险合同约定的给付比例和每次事故住院给付限额给付意外伤害住院医疗保险金。**意外伤害住院医疗费用的免赔额、给付比例以及每次事故住院给付限额由投保人、保险人双方约定，并在保险合同中载明。

2.被保险人一次或多次遭受意外伤害，保险人均按上述规定分别给付意外伤害住院医疗保险金，**但对被保险人一次或多次累计给付金额以本保险合同载明的意外伤害住院医疗保险金额为限，当累计给付金额达到意外伤害住院医疗保险金额时，对被保险人的意外伤害住院医疗保险责任终止。**

3.意外伤害住院医疗保险责任适用补偿原则。**被保险人如果已从基本医疗保险、公费医疗和任何第三方（包括保险人在内的任何商业医疗保险）获得意外伤害住院医疗费用补偿，保险人仅对扣除已获得补偿后的意外伤害住院合理医疗费用剩余部分，按照本保险合同约定承担给付保险金责任。**

（三）意外伤害医疗保险责任

被保险人遭受意外伤害，并以该次意外伤害为直接原因在中华人民共和国境内（不含香港、澳门及台湾地区）二级及以上公立医院或保险人认可的医疗机构进行必要的治疗，保险人按照下列约定给付意外伤害医疗保险金：

1.对于被保险人每次遭受意外伤害、且自该意外伤害发生之日起180日内所实际支出的**必需且合理的、符合当地基本医疗保险报销范围的医疗费用**（以下简称合理医疗费用），**保险人在扣除基本医疗保险、公费医疗和任何第三方（包括保险人在内的任何商业保险机构）已经补偿或给付部分以及本保险合同约定的免赔额后，对其余额按保险合同约定的给付比例给付意外伤害医疗保险金。免赔额、给付比例由投保人、保险人双方约定，并在保险单中载明。**

2.被保险人一次或多次遭受意外伤害，保险人均按上述规定分别给付意外伤害医疗保险金，**但对被保险人一次或多次累计给付金额以本保险合同载明的意外伤害医疗保险金额为限，当累计给付金额达到意外伤害医疗保险金额时，对被保险人的意外伤害医疗保险责任终止。**

3.意外伤害医疗保险责任适用补偿原则。**被保险人如果已从基本医疗保险、公费医疗和任何第三方（包括保险人在内的任何商业医疗保险）获得意外伤害医疗费用补偿，保险人仅对扣除已获得补偿后的意外伤害合理医疗费用剩余部分，按照本保险合同约定承担给付保险金责任。**

（四）意外伤害住院津贴保险责任

被保险人遭受意外伤害，并以该次意外伤害为直接原因在中华人民共和国境内（不含香港、澳门及台湾地区）二级及以上公立医院或保险人认可的医疗机构经医生诊断必须住院治疗的，保险人按照下列约定给付意外伤害住院津贴保险金：

1.对于被保险人每次住院的**合理的、实际的住院天数，保险人在扣除保险单约定的每次住院免赔天数后，按保险合同约定的每日住院津贴金额计算给付住院津贴保险金**，计算公式如下：

住院津贴保险金=（实际住院天数-每次住院免赔天数）×每日住院津贴金额

2.在保险期间内，若被保险人因同一原因多次住院治疗，前次出院与后次住院日期间隔未达90天的，则视为同一次住院。

3.除另有约定外，**被保险人单次住院治疗的，每次住院治疗的住院津贴保险金的给付天数最高以60日为限。**

4.**被保险人一次或多次遭受意外伤害进行住院治疗，保险人均按上述规定分别给付住院津贴保险金，但保险人对被保险人累计给付住院津贴保险金的天数以180天为限，当累计给付天数达到180天时，对被保险人的意外伤害住院津贴保险责任终止。**

责任免除

第六条　因下列原因之一造成被保险人身故、伤残、医疗费用支出或住院治疗的，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行为；

（二）因被保险人故意自伤或自杀，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）被保险人因妊娠、流产、分娩导致的伤害，但意外伤害所致的流产或分娩不在此限；

（五）被保险人因任何疾病导致的伤害，包括但不限于猝死、中暑、过敏、病毒或细菌感染（意外伤害导致的伤口感染不在此限）；

（六）被保险人未遵医嘱，私自服用、涂用、注射药物；

（七）被保险人接受包括美容、整容、整形手术、其他内、外科手术或其他诊疗活动在内的任何医疗行为导致的伤害；

（八）被保险人故意犯罪或抗拒依法采取的刑事强制措施；

（九）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；

（十）恐怖袭击。

第七条　被保险人在下列期间遭受伤害造成身故、伤残、医疗费用支出或住院治疗的，保险人不承担给付保险金责任：

（一）战争、军事行动、暴动、或武装叛乱期间；

（二）被保险人醉酒或受毒品、管制药物的影响期间；

（三）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期间；

（四）被保险人从事高风险运动期间，但被保险人作为专业运动员从事其专业运动除外；

（五）被保险人存在精神和行为障碍（以世界卫生组织颁布的《疾病和有关健康问题的国际统计分类（ICD-10）》）为准）期间，如该标准调整，除另有约定外，本条款自新标准生效时起适用新标准；

（六）被保险人患有艾滋病（AIDS）或感染艾滋病病毒（HIV）期间。

第八条　保险人不承担下列费用给付保险金责任：

（一）被保险人进行一般身体检查、疗养、特别护理、静养、康复性治疗、物理治疗、心理治疗或预防性治疗；

（二）被保险人在康复医院、联合病房、家庭病房等治疗；

（三）被保险人进行的整容、整形手术，以及因任何原因进行的美容；

（四）被保险人进行的矫形、器官移植或修复、视力矫正，牙齿整形以及安装及购买伤残用具（如轮椅、假肢、假眼、假牙、配镜或者助听器等）；

（五）因椎间盘膨出、椎间盘突出以及因脊椎间盘突出症（包括椎间盘突出、椎间盘膨出、椎间盘脱出、游离性椎间盘等）造成被保险人支出的医疗费用；

（六）营养费、康复费、辅助器具费、整容费、美容费、修复手术费、牙齿整形费、镶牙费、护理费、交通费、伙食费、误工费、丧葬费；

（七）被保险人不符合入院标准住院、挂床住院或应当出院但拒不出院造成的延长出院。

保险金额和保险费

第八条 保险金额是保险人承担给付保险金责任的最高限额。

保险金额由投保人和保险人双方在投保时约定，并在保险单中载明。

投保人应该按照本保险合同约定向保险人交纳保险费。

保险期间

第九条 本保险合同的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。

保险人义务

第十条 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单应当附格式条款，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单、保险单或者其他保险凭证上做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做出明确说明；未作提示或者明确说明的，该条款不产生效力。

第十一条 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。

第十二条 保险人认为被保险人或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投保人、被保险人及保险金申请人补充提供。

第十三条 保险人收到保险金给付申请书和有关证明、资料后，应当及时做出是否属于保险责任的核定；情形复杂的，应当在 30 日内做出核定，但保险合同另有约定的除外。

保险人应当将核定结果通知被保险人或保险金申请人；对属于保险责任的，在与被保险人或保险金申请人达成给付保险金的协议后 10 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的义务。

保险人依照前款约定做出核定后，对不属于保险责任的，应当自做出核定之日起 3 日内向被保险人或保险金申请人发出拒绝给付保险金通知书，并说明理由。

第十四条 保险人自收到保险金给付申请书和有关证明、资料之日起 60 日内，对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的数额后，应当支付相应的差额。

投保人、被保险人义务

第十五条 除另有约定外，投保人应当在保险合同成立时交清保险费；**保险费交清前，保险**

合同不生效。

第十六条 订立本保险合同，保险人就投保人、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，保险人有权解除保险合同。

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 30 日不行使而消灭。自合同成立之日起超过 2 年的，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。

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。

第十七条 投保人住所、通讯地址或电话等联系方式变更时，应及时以书面形式或双方认可的其他形式通知保险人。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，均视为已送达给投保人。

第十八条 投保人、被保险人或者保险金申请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。

上述约定，不包括因不可抗力而导致的迟延。

保险金申请与给付

第十九条 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。保险金申请人因特殊原因不能提供以下材料的，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。**

（一）身故保险金申请

1. 保险金给付申请书；

2. 保险合同或保险凭证；

3. 保险金申请人的有效身份证件；

4. 国家卫生行政部门认定的医疗机构、公安部门或其他相关机构出具的被保险人死亡证明；若被保险人为宣告死亡，须提供中华人民共和国法院出具的宣告死亡证明文件；若为境外出险，需提供事故发生地使领馆出具的包含死亡原因的书面证明材料；如本保险合同要求的死亡证明可证明死亡原因的，可用死亡证明；否则，保险金申请人应提供司法鉴定机构或保险人认可的机构出具的死因鉴定报告；

5. 保险金申请人所能提供的与确认保险事故的性质、原因等有关的其他证明和资料；

6. 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；

7. 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、委托人和受托人的有效身份证件等相关证明文件。

（二）伤残保险金申请

1.保险金给付申请书；

2.保险合同或保险凭证；

3.保险金申请人的有效身份证件；

4.保险人指定或认可的有合法资质的鉴定机构出具的伤残程度鉴定书；

5.保险金申请人所能提供的与确认保险事故的性质、原因、伤害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。

（三）医疗保险金申请

1.保险金给付申请书；

2.保险单或保险凭证；

3.被保险人和保险金申请人的身份证明；

4.中华人民共和国境内（不含香港、澳门及台湾地区）二级及以上医院或保险人指定或认可的医疗机构出具的诊断书、病历、医疗费用清单及医疗费用原始凭证；

被保险人若已通过其他途径获得了部分医疗费用的补偿并无法提供医疗费用原始凭证时，需提供医疗费用凭证复印件，同时出具注明已给付医疗费用性质、比例和金额、加盖支付费用单位公章的费用分割单等相关证明，保险人按合同约定在剩余的合理医疗费用内予以补偿。

5.保险金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；

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。

（四）住院津贴保险金申请

1.保险金给付申请书；

2.保险单或保险凭证；

3.保险金申请人的有效身份证件；

4.中华人民共和国境内（不含香港、澳门及台湾地区）二级及以上医院或者保险人指定或认可的医疗机构出具的入出院证明、医疗病历、诊断证明书；

5.保险金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；

6.若被保险人、受益人委托他人申请的，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。

第二十条 保险金申请人向保险人请求给付保险金的诉讼时效期间为2年，自其知道或者应当知道保险事故发生之日起计算。

争议处理和法律适用

第二十一条 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，提交保险单载明的仲裁机构仲裁；保险单未载明仲裁机构或者争议发生后未达成仲裁协议的，依法向法院起

诉。

第二十二条 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（不包括港澳台地区法律）。

其他事项

第二十三条 投保人和保险人可以协商变更合同内容。

变更保险合同的，应当由保险人在保险单或者其他保险凭证上批注或者附贴批单，或者由投保人和保险人订立变更的书面协议。

第二十四条 在本保险合同成立后，投保人可以书面形式通知保险人解除合同，但保险人已根据本保险合同约定给付保险金的除外。

投保人解除本保险合同时，应提供下列证明文件和资料：

（一）保险合同解除申请书；

（二）保险合同；

（三）保险费交付凭证；

（四）投保人的有效身份证件。

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书之时起，本保险合同的效力终止。除另有约定外，保险人收到上述证明文件和资料之日起 30 日内向投保人退还本保险合同项下最低现金价值。

释 义

除另有约定外，本附加保险合同涉及下列术语时，适用下列释义：

1.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。以下情形属于疾病范畴，非本条款所指意外伤害：

（1）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，以医院的诊断或公安、司法机关的鉴定为准；

（2）过敏及由过敏引发的变态反应性疾病；

（3）高原反应；

（4）中暑；

（5）细菌、病毒或其他病原体导致的感染性疾病。

2.认可的医疗机构：指保险人与投保人约定的定点医院，未约定定点医院的，则指经中华人民共和国卫生部门评审确定的二级及以上的公立医院，但不包括主要作为诊所、康复、护理、休养、静养、戒酒、戒毒等类似的医疗机构；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生及护士驻院提供医疗及护理服务。特需病房、外宾病房、国际部以及干部病房不在本保险合同责任范围内。

3.住院：指被保险人因意外伤害或疾病，经医生根据临床诊断，必须入住医院之正式病房进行治疗，正式办理入院手续且连续住院二十四小时以上，但不包括入住门诊观察室、家庭病床、其他挂床住院及被保险人未达到入院标准而办理入院手续或者已达到出院标准而不办理出院手续的情形。如被保险人因非医疗目的自行离开病房十二小时（含）以上，视为自动出院。

挂床住院指被保险人住院过程中一日内未接受与入院诊断相关的检查和治疗，或一日内住院不满二十四小时，遵医嘱到外院接受临时诊疗的除外。

4.必需且合理：指同时符合以下 2 个条件：

（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医学专家进行审核鉴定。

（2）医学必需：指医疗费用符合下列所有条件：

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专家进行审核鉴定。

5.基本医疗保险：指国家最新修订颁布的《社会保险法》规定的基本医疗保险，包括职工基本医疗保险、城乡居民基本医疗保险或者其他类似的社会医疗保险，以被保险人实际参加者为准；被保险人未参加的，每次住院合理医疗费用按照城镇职工基本医疗保险的范围执行。

6.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。

7.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。

8.无有效驾驶证：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）持未按规定审验或审验不合格的驾驶证，以及在暂扣、扣留、吊销、注销驾驶证期间驾驶机动车；

（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。

9.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、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。

10.毒品：指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。

11.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，包括以下运动,以及保险合同载明的其他高风险运动：

蹦极、跳台跳水、跳伞、热气球、滑翔机、滑翔翼、滑翔伞、动力伞的空中运动；

潜水：指使用水肺等需佩戴呼吸装置的水下运动；

攀岩运动：指攀登悬崖/人造悬崖、楼宇外墙、冰崖、冰山的运动；

漂流、快艇、摩托艇、狩猎、探险的运动以及拓展训练；

滑冰、滑雪、滑水、冰球运动；

卡丁车、马术、武术、摔跤、拳击、散打、柔道、空手道、跆拳道运动。

12.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。

13.不可抗力：指不能预见、不能避免并不能克服的客观情况。

14.有效身份证件：指由政府主管部门规定的证明个人身份的证件，如：居民身份证、按规定可使用的有效护照、军官证、警官证、士兵证等证件。

15.最低现金价值：

最低现金价值＝净保费×[1-(保险合同已生效天数/保险合同保险期限的天数)]；

净保费=保险费×（1－费用比例）。保险合同已生效天数不足一天的按一天计算。“保险合同已生效天数”是指本保险合同从生效之日至终止之日实际经过的天数。除另有约定外，费用比例为 35%。

中华联合财产保险股份有限公司

附加疫苗接种意外保险（互联网专属）条款

注册号：C00001213402202112162297 3

总 则

第一条 本附加保险合同是我公司各类意外伤害保险（互联网专属）合同（以下简称“主保险合同”）的附加合同，只有在投保了主保险合同的基础上，方可投保本附加保险。

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 本附加保险合同的投保人和被保险人与主保险合同一致。

第三条 本附加保险合同的受益人与主保险合同一致。

保险责任

第四条

在本附加保险合同保险期间内，被保险人经卫生行政管理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本附加保险合同约定的保险事故而导致被保险人身故或伤残的，保险人依照下列约定给付保险金。

（一）身故保险责任

被保险人发生疫苗接种异常反应、疫苗接种一般反应或偶合症，并自以上情形发生之日起 180 日内以该次异常反应、一般反应或偶合症为直接原因身故的，保险人按疫苗接种意外保险金额给付身故保险金，**对该被保险人的保险责任终止。**

被保险人身故前保险人已给付本条第（二）项约定的伤残保险金的，身故保险金应扣除已给付的伤残保险金。

（二）伤残保险责任

被保险人发生疫苗接种异常反应、疫苗接种一般反应或偶合症，并自以上情形发生之日起 180 日内以该次异常反应、一般反应或偶合症为直接原因造成《人身保险伤残评定标准及代码》（JR/T 0083-2013，由原中国保险监督管理委员会发布，保监发〔2014〕6 号，以下简称《评定标准及代码》）所列伤残程度之一的，**保险人按《评定标准及代码》所对应伤残等级的给付比例乘以疫苗接种意外保险金额给付伤残保险金。如第 180 日治疗仍未结束的，按当日的身体情况进行伤残评定，并据此给付伤残保险金。**

（1）被保险人因同一次疫苗接种异常反应、疫苗接种一般反应或偶合症造成两处或两处以上伤残时，保险人根据《评定标准及代码》规定的多处伤残评定原则给付伤残保险金。

（2）被保险人如在同一次疫苗接种异常反应、疫苗接种一般反应或偶合症之前已有伤残，保险人按合并后的伤残程度在《评定标准及代码》中所对应的给付比例给付伤残保险金，但应扣除原有伤残程度在《评定标准及代码》所对应的伤残保险金。

在保险期间内，前述第（一）、（二）项下的保险金累计给付金额以保险合同载明的疫苗接种意外保险金额为限。

责任免除

第五条　主保险合同中列明的“责任免除”事项，也适用于本附加保险合同；若主保险合同的责任免除条款与本条款有相抵触之处，则应以本附加条款为准。

因下列原因造成被保险人疫苗接种身故和伤残的，保险人也不承担给付保险金责任：

（一）投保人、被保险人的故意行为；

（二）被保险人不配合治疗或未遵医嘱，私自服用、涂用、注射药物；

（三）被保险人有疫苗说明书规定的接种禁忌，在接种前投保人、被保险人或者被保险人的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；

（四）因心理因素发生的心因性反应；

（五）被保险人因医疗事故或医疗损害，或因保险责任以外的其他医疗意外引起的伤害；

（六）被保险人在不属于卫生行政管理部门指定的医疗卫生机构接受疫苗接种的；

（七）使用过期、变质、质量不合格的疫苗或使用未经药品监督管理部门认可的疫苗；

（八）被保险人未按规定程序按时接受疫苗的预防接种；

（九）因接种单位违反预防接种工作规范、免疫程序、疫苗使用指导原则、接种方案给被保险人造成的损害。

保险金额

第六条　保险金额是保险人承担给付保险金责任的最高限额。

本附加保险合同的保险金额由投保人、保险人双方约定，并在保险合同中载明。

保险期间与续保

第七条　本附加保险合同的保险期间最长不超过一年，具体由投保人和保险人协商确定，并在保险合同中载明。

本附加保险合同为不保证续保合同。保险期间届满，投保人需要重新向保险人申请投保，保险人有权对重新提出的投保申请进行审核，经保险人同意后，投保人交纳保险费，获得新的保险合同。

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，应提交以下材料。保险金申请人因特殊原因不能提供以下材料的，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。

（一）身故保险金申请

1. 保险金给付申请书；

2. 保险单或保险凭证；

3. 保险金申请人的有效身份证件；

4. 卫生行政管理部门认定的医疗机构、公安部门或其他相关机构出具的被保险人死亡证明；若被保险人为宣告死亡，须提供中华人民共和国法院出具的宣告死亡证明文件；若为境外出险，需提供事故发生地使领馆出具的包含死亡原因的书面证明材料；如本保险合同要求的死亡证明可

证明死亡原因的，可用死亡证明；否则，保险金申请人应提供司法鉴定机构或保险人认可的机构出具的死因鉴定报告；

5.若被保险人发生疫苗接种异常反应或偶合症的，需提供市级或者省级疫苗接种异常反应调查组织或政府认可的其他鉴定机构出具的疫苗接种异常反应或偶合症的调查诊断或鉴定结论；若被保险人发生疫苗接种一般反应的，需提供接种疫苗的医疗卫生机构出具的事故证明；

6.保险金申请人所能提供的与确认保险事故的性质、原因等有关的其他证明和资料；

7.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；

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、委托人和受托人的有效身份证件等相关证明文件。

（二）伤残保险金申请

1.保险金给付申请书；

2.保险单或保险凭证；

3.保险金申请人的有效身份证件；

4.保险人指定或认可的有合法资质的鉴定机构出具的伤残程度鉴定书；

5.若被保险人发生疫苗接种异常反应或偶合症的，需提供市级或者省级疫苗接种异常反应调查组织或政府认可的其他鉴定机构出具的疫苗接种异常反应或偶合症的调查诊断或鉴定结论；若被保险人发生疫苗接种一般反应的，需提供接种疫苗的医疗卫生机构出具的诊断证明；

6. 保险金申请人所能提供的与确认保险事故的性质、原因、伤害程度等有关的其他证明和资料；

7.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。

其他事项

第九条　发生下列情况之一者，本附加保险合同即行终止：

（一）主保险合同终止；

（二）投保人解除本附加保险合同。

释义

本附加保险合同涉及下列术语时，适用下列释义：

1.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。分为第一类疫苗和第二类疫苗。其中第一类疫苗是指政府免费向公民提供，公民应当依照政府的规定受种的疫苗，包括国家免疫规划确定的疫苗，省、自治区、直辖市国家在执行国家免疫规划时增加的疫苗，以及县级以上国家或者其卫生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；第二类疫苗，是指由公民自费并且自愿受种的其他疫苗。

2.疫苗接种异常反应：指合格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、骨髓炎、全身散播性卡介苗感染等。

3. 合格疫苗：指符合国家食品药品监督管理局《疫苗流通和预防接种管理条例 》等相关管理规定合规、合法生产与销售的疫苗。

4.疫苗接种一般反应：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。

5. 疫苗接种偶合症：指受种者而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。

本附加保险条款未解释的术语，均以主保险合同的释义为准。

中华联合财产保险股份有限公司

附加学生幼儿重大疾病保险（互联网专属）条款

注册号：C00001232522021122327913

总 则

第一条 本附加保险合同是我公司各类学生、幼儿意外伤害保险（互联网专属）合同（以下简称“主险合同”）的附加合同。只有在投保了主险合同的基础上，方可投保本附加保险。

本附加保险合同与主险合同相抵触之处，以本附加保险合同为准。本附加保险合同未约定事项，以主险合同为准。

主险合同效力终止，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 本附加保险合同的投保人和被保险人与主险合同一致。

第三条 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

第四条 等待期

投保人为被保险人首次投保本附加保险或者非续保本附加保险时，**自本附加保险合同生效之日起一定期间为等待期，具体期间在本附加保险合同中载明**，最长不超过 90 天。续保本附加保险无等待期。

在等待期内，被保险人非因意外伤害原因发生重大疾病的，保险人不承担保险责任，但全额无息退还投保人所交保险费，本附加保险合同终止。

第五条 保险责任

保险期间内，若被保险人因意外伤害或于**等待期后**初次发生，并经中华人民共和国境内（不含港、澳、台地区）二级及以上医院或保险人认可的医疗机构的专科医生确诊罹患本附加保险合同约定的重大疾病，保险人按保险单载明的重大疾病保险金额给付重大疾病保险金，对该被保险人的保险责任终止。

责任免除

第六条 因下列原因之一，导致被保险人发生疾病、达到疾病状态或进行手术的，保险人不承担保险责任：

（一）投保人的故意行为；

（二）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）被保险人故意犯罪或抗拒依法采取的刑事强制措施；

（四）被保险人酒后驾车、无有效驾驶证驾驶或驾驶无有效行驶证的机动车；

（五）被保险人醉酒或受毒品、管制药物影响；

（六）被保险人投保前已患保险单载明的重大疾病，及其转移、复发或并发症；

（七）遗传性疾病、先天性畸形、变形和染色体异常；

（八）被保险人患艾滋病（AIDS）或感染艾滋病病毒（HIV 呈阳性）；

（九）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；

（十）战争、军事冲突、暴乱或武装叛乱。

保险金额和保险费

第七条 保险金额是保险人承担给付保险金责任的最高限额。本附加保险合同的保险金额和保险费由投保人、保险人双方约定，并在保险单中载明。

保险期间和续保

第八条 本附加保险合同的保险期间最长不超过一年，具体由投保人和保险人协商确定，并在保险单中载明。

本附加保险合同为不保证续保合同。保险期间届满，投保人需要重新向保险人申请投保，保险人有权对重新提出的投保申请进行审核，经保险人同意后，投保人交纳保险费，获得新的保险合同。

保险金申请与给付

第九条 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。保险金申请人因特殊原因不能提供以下材料的，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。**

（一）保险金给付申请书；

（二）保险单或保险凭证；

（三）保险金申请人的有效身份证件；

（四）二级及以上医院或者保险人认可的医疗机构的专科医生出具的附有病历、必需的病理检验、血液或淋巴检验报告及其他科学诊断报告的诊断书或手术证明；

（五）保险金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；

（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。

其他事项

第十条 发生下列情况之一者，本附加保险合同即行终止：

（一）主险合同终止；

（二）投保人解除本附加保险合同。

释义

本附加保险合同涉及下列术语时，适用下列释义：

第十一条 除另有约定外，本附加保险合同中的下列词语具有如下含义：

1.医院或保险人认可的医疗机构：指保险人与投保人约定的定点医院或医疗机构，未约定定点医院或医疗机构的，则指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，但不包括主要作为精神病院、诊所、康复、护理、休养、静养、戒酒、戒毒等类似的医疗机构；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生及护士驻院提供医疗及护理服务。

2.专科医生:专科医生应当同时满足以下四项资格条件：（1）具有有效的中华人民共和国《医师资格证书》;（2）具有有效的中华人民共和国《医师执业证书》，并按期到相关部门登记注册;(3)具有有效的中华人民共和国主治医师或主治医师以上职称的《医师职称证书》;（4）在国家《医院分级管理标准》二级或二级以上医院的相应科室从事临床工作三年以上。

3.重大疾病：指符合下列定义的疾病或被保险人首次接受符合下列定义的手术：

3.1 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（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； -5- 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≤2%）或更轻分级的神经内分泌肿瘤。

3.2 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。

3.3 严重慢性肾衰竭

指双肾功能慢性不可逆性衰竭，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。

3.4 急性重症肝炎或亚急性重症肝炎

指因肝炎病毒感染引起肝脏组织弥漫性坏死，导致急性肝功能衰竭，且经血清学或病毒学检查证实，并须满足下列全部条件：

（1）重度黄疸或黄疸迅速加重；

（2）肝性脑病；

（3）B 超或其他影像学检查显示肝脏体积急速萎缩；

（4）肝功能指标进行性恶化。

3.5 严重非恶性颅内肿瘤

指起源于脑、脑神经、脑被膜的非恶性肿瘤，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）范畴，并已经引起 颅内压升高或神经系统功能损害，出现视乳头水肿或视觉受损、听觉 受损、面部或肢体瘫痪、癫痫等，须由头颅断层扫描（CT）、核磁共振 检查（MRI）或正电子发射断层扫描（PET）等影像学检查证实，且须满足下列至少一项条件：

（1）已经实施了开颅进行的颅内肿瘤完全或部分切除手术；

（2）已经实施了针对颅内肿瘤的放射治疗，如γ刀、质子重离子治疗等。

下列疾病不在保障范围内：

（1）脑垂体瘤；

（2）脑囊肿；

（3）颅内血管性疾病（如脑动脉瘤、脑动静脉畸形、海绵状血 管瘤、毛细血管扩张症等）。

3.6 严重脑炎后遗症或严重脑膜炎后遗症

指因患脑炎或脑膜炎导致的神经系统永久性的功能障碍。神经系 统永久性的功能障碍，指经相关专科医生确诊疾病 180 天后，仍遗留 下列至少一种障碍：

（1）一肢（含）以上肢体肌力 2 级（含）以下；

（2）语言能力完全丧失，或严重咀嚼吞咽功能障碍；

（3）由具有评估资格的专科医生根据临床痴呆评定量表（CDR， Clinical Dementia Rating）评估结果为 3 分；

（4）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中的三项或三项以上。

3.7 重型再生障碍性贫血

指因骨髓造血功能慢性持续性衰竭导致的贫血、中性粒细胞减少及血小板减少，且须满足下列全部条件：

（1）骨髓穿刺检查或骨髓活检结果支持诊断：骨髓细胞增生程度＜正常的 25%；如≥正常的 25%但＜50%，则残存的造血细胞应＜30%；

（2）外周血象须具备以下三项条件中的两项：

①中性粒细胞绝对值＜0.5×10^9/L；

②网织红细胞计数＜20×10^9/L；

③血小板绝对值＜20×10^9/L。

3.8 严重脊髓灰质炎

经专科医生明确诊断是由于脊髓灰质炎病毒感染所导致的运动功能障碍或者呼吸功能减弱的瘫痪性疾病。本保险合同仅对脊髓灰质炎造成的神经系统功能损害导致被保险人一肢或一肢以上肢体机能永久完全丧失的情况予以理赔。

被保险人若无因此感染而导致的瘫痪，则不符合理赔条件。其它病因所致的瘫痪，例如格林—巴利综合征（急性感染性多神经炎）则不在保障范围以内。

3.9 严重幼年型类风湿性关节炎

因非传染的慢性关节滑膜炎引起多处关节呈现的慢性关节炎症，并导致自身免疫失调，同时满足下列条件：

①经专科医生出具医学诊断证明，因病情严重，在医生的建议下已接受以治疗为目的的膝或髋关节的置换手术；

②经专科医生确诊，有广泛的关节损坏，临床及 X 线检查发现明显的畸形。至少下列 3 个关节受累：手关节、腕关节、肘关节、膝关节、髋关节、踝关节、脊椎关节或跖趾关节，关节畸形及功能异常持续至少 180 天。

3.10 严重川崎氏病

川崎病为一种病因不明的系统性血管炎，根据轻度贫血、白细胞计算升高和红细胞沉降率升高诊断。血液化验也可能发现血小板（血液中重要的凝血成分）显著升高。

本保险合同仅对诊断性检查证实川崎病并伴有管状动脉瘤或其他心血管并发症，而且实际接受了对此等并发症进行的手术治疗的情况予以理赔。

3.11 重症肌无力

指一种神经肌肉接头传递障碍所致的疾病，表现为局部或全身骨骼肌（特别是眼外肌）极易疲劳。疾病可以累及呼吸肌、上肢或者下肢的近端肌群或全身肌肉，须满足下列全部条件：

①经药物治疗和胸腺切除治疗一年以上仍无法控制病情；

②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中的三项或三项以上。

3.12 胰岛素依赖型糖尿病

胰岛素依赖型糖尿病的特征为严重的胰岛素缺乏并且依赖外源性胰岛素进行肌体的葡萄糖代谢和维持生命。胰岛素依赖型糖尿病的临床特点为烦渴、多尿、多食、体重下降、低血浆胰岛素水平和酮症酸中毒，自身抗体介质攻击破坏胰岛β细胞，需要胰岛素治疗和规律控制饮食。

本保险合同仅对已经持续接受了6个月以上胰岛素治疗的胰岛素依赖型糖尿病予以理赔。

4.肢体机能永久完全丧失，指疾病确诊180日后，每肢三大关节中的两大关节仍然完全僵硬，或不能随意识活动。肢体是指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。如无特别说明，全文提及处，意思相同。

5.语言能力完全丧失或严重咀嚼吞咽功能障碍：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。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。如无特别说明，全文提及处，意思相同。

6.六项基本日常生活活动：指（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。如无特别说明，全文提及处，意思相同。

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。

7.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。

8.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。

9.患艾滋病（AIDS）或感染艾滋病毒（HIV呈阳性）：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。

10.酒后驾车：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。

11.无有效驾驶证：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）持未按规定审验或审验不合格的驾驶证，以及在暂扣、扣留、吊销、注销驾驶证期间驾驶机动车；

（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。

12.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、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。

13.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。

14.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》（ICD-10）确定。

15.患艾滋病（AIDS）或感染艾滋病毒（HIV 呈阳性）：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。

16.毒品：指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。**

本附加保险条款的未解释名词，均以主险的名词解释为准。

中华联合财产保险股份有限公司

附加学生幼儿疾病住院医疗保险

（互联网专属）条款

总 则

第一条 本附加保险合同是我公司各类学生、幼儿意外伤害保险（互联网专属）合同（以下简称“主险合同”）的附加合同。只有在投保了主险合同的基础上，方可投保本附加保险。

本附加保险合同与主险合同相抵触之处，以本附加保险合同为准。本附加保险合同未约定事项，以主险合同为准。

主险合同效力终止，本附加保险合同效力亦同时终止；主险合同无效，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 本附加保险合同的投保人和被保险人与主险合同一致。

第三条 除另有约定外，本附加保险合同的医疗保险金受益人为被保险人本人。

保险责任

第四条 等待期

投保人为被保险人首次投保本附加保险或者非续保本附加保险时，**自本附加保险合同生效之日起一定期间为等待期，具体期间在本附加保险合同中载明，最长不超过 90 天。**续保本附加保险无等待期。

被保险人在等待期内罹患疾病的，保险人不承担给付保险金的责任，本附加保险合同继续有效。

第五条 在本附加险合同的保险期间内，被保险人在**等待期**后罹患疾病，在中华人民共和国境内（不含港、澳、台地区）二级或二级以上公立医院或保险人认可的医疗机构进行住院治疗，保险人按下列约定承担疾病住院医疗保险金给付责任：

（一）对于被保险人实际支出的**必需且合理**的、符合当地基本医疗保险或其他公费医疗主管部门规定可报销的疾病住院医疗费用，**保险人在扣除基本医疗保险、公费医疗或任何第三方(包括任何商业医疗保险)已经补偿或给付的部分以及本附加保险合同约定的免赔额后，对其余额按本附加保险合同约定的给付比例给付保险金。免赔额、给付比例由投保人、保险人双方约定，并在本附加保险合同中载明。**

如投保人、保险人未约定免赔额和给付比例，**保险人在扣除被保险人通过其它任何途径已获得补偿及每次事故免赔额 100 元后，按如下分级累进的给付比例计算并给付保险金。**

级数	医疗费用支出	给付比例
1	人民币 0 元以上至 1000 元（含 1000 元）的部分	50%
2	人民币 1000 元以上至 5000 元（含 5000 元）的部分	60%
3	人民币 5000 元以上至 10000 元（含 10000 元）的部分	70%
4	人民币 10000 元以上至 30000 元（含 30000 元）的部分	80%

级数	医疗费用支出	给付比例
5	人民币 30000 元以上部分	90%

（二）被保险人无论一次或多次住院医疗，保险人均按上述规定给付住院医疗保险金，**但累计给付金额以被保险人的住院医疗保险金额为限，累计给付金额达到保险金额时，本附加保险合同对该被保险人的保险责任终止。**

补偿原则

第六条 本附加险合同适用补偿原则。**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金额为限。**被保险人如果已从基本医疗保险、公费医疗和任何第三方（包括任何商业医疗保险）获得相关医疗费用补偿的，**保险人仅对扣除已获得补偿后的合理医疗费用剩余部分，按照本附加险合同约定承担给付保险金责任。**

责任免除

第七条 主险合同中列明的"责任免除"事项，也适用于本附加保险合同；若主险合同的责任免除条款与本条款有相抵触之处，则应以本条款为准。

因下列情形或原因之一，导致被保险人支出住院医疗费用的，保险人不承担给付保险金责任：

（一）投保人的故意行为；

（二）被保险人故意自伤或自杀，但被保险人自杀时为无民事行为能力人的除外；

（三）被保险人妊娠、流产、分娩、宫外孕、不孕不育治疗、人工受精、人工流产、节育（含绝育）、产前产后检查、变形以及由以上原因引起的并发症；

（四）被保险人进行整容、整形手术、美容；

（五）被保险人未遵医嘱，私自服用、涂用、注射药物，；

（六）被保险人进行牙科治疗、牙科手术、牙齿修复或牙齿整形，视力矫正手术，安装及购买康复性器具（如眼镜、轮椅、义齿、义眼、义肢、助听器等）；

（七）被保险人存在精神和行为障碍（以世界卫生组织颁布的《疾病和有关健康问题的国际统计分类（ICD-10》）为准），如该标准调整，除另有约定外，本条款自新标准生效时起适用新标准；

（八）被保险人患艾滋病（AIDS）或感染艾滋病病毒（HIV 呈阳性）；

（九）被保险人进行一般身体检查、疗养、特别护理、静养、康复性治疗、物理治疗、心理治疗或预防性治疗；

（十）被保险人投保前已有残疾的治疗和康复；

（十一）被保险人挂床住院或在家自设病床治疗；

（十二）被保险人故意犯罪或抗拒依法采取的刑事强制措施；

（十三）被保险人受酒精、毒品、管制药物的影响，但遵医嘱使用药物的情形不在此限；

（十四）遗传性疾病，先天性畸形、变形或染色体变异；

（十五）既往疾病及本附加险合同等待期内所患疾病（续保除外）；

（十六）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；

（十七）战争、军事冲突、暴动或武装叛乱；

（十八）恐怖袭击。

保险期间和续保

第八条 本附加保险合同的保险期间最长不超过一年，具体由投保人和保险人协商确定，并在保险合同中载明。

第九条 本附加保险合同为不保证续保合同。保险期间届满，投保人需要重新向保险人申请投保，保险人有权对重新提出的投保申请进行审核，经保险人同意后，投保人交纳保险费，获得新的保险合同

保险金额

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。本附加保险合同的保险金额由投保人、保险人双方约定，并在保险合同中载明。

保险金申请

第十一条 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。保险金申请人因特殊原因不能提供以下材料的，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。**

1.保险金给付申请书；

2.保险合同或保险凭证；

3.保险金申请人的有效身份证件；

4.二级以上（含二级）医院或者保险人认可的医疗机构出具的医疗费用发票/收据、费用明细清单、病历、出院小结、诊断证明及其他医疗记录等；

5.保险金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；

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。

被保险人经基本医疗保险或公费医疗报销后又通过其他途径获得了部分医疗费用的补偿并无法提供医疗费用原始凭证时，应提供基本医疗保险机构、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，**保险人按本附加保险合同的约定承担剩余合理医疗费用的保险责任。**

其他事项

第十二条 被保险人应在二级及以上医院或保险人认可的医疗机构就诊，**若因急诊未在上述保险人认可的医疗机构就诊的，应在三日内通知保险人，并根据病情及时转入上述保险人认可的医疗机构。**

若确需转入非认可的医疗机构就诊的，应向保险人提出书面申请，保险人在接到申请后三日内给予答复，对于保险人同意在非认可的医疗机构就诊的，对该期间发生的医疗费用按本附加险合同的约定给付保险金。

第十三条 发生下列情况之一者，本附加险合同即行终止：

（一）主险合同终止；

（二）投保人解除本附加保险合同。

释义

第十四条 除另有约定外，本附加险合同中的下列词语具有如下含义：

1.医院/保险人认可的医疗机构：指保险人与投保人约定的定点医院或医疗机构，未约定定点医院或医疗机构的，则指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，但不包括主要作为诊所、康复、护理、休养、静养、戒酒、戒毒等类似的医疗机构；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生及护士驻院提供医疗及护理服务。

2.住院：指被保险人确因临床需要、经医生诊断必须留院治疗，正式办理入院及出院手续，并确实入住医疗机构正式病房接受治疗的行为过程，且入住医疗机构必须达二十四小时以上且由医疗机构收取病房或床位费用，但住院并不包括门诊观察室、急诊观察室、其他非正式病房、联合病房或挂床住院。

3.必需且合理：指同时符合以下 2 个条件：（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与接收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。

4.基本医疗保险：指根据国家相关政策规定，目前国内城乡居民参加的城镇职工基本医疗保险、城镇居民基本医疗保险、新型农村合作医疗保险等政府举办的医疗保险。

5.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。

6.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》（ICD-10）确定。

7.既往疾病：指被保险人在投保本附加险合同之前罹患的已知或应该知道的有关疾病或症状，包括不限于以下情况：本附加险合同生效之前或等待期内，医生已有明确诊断，长期治疗未间断；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；未经医生诊断和治疗，但症状明显且持续存在，以普通人医学常识应当知晓。

8.患艾滋病（AIDS）或感染艾滋病毒（HIV 呈阳性）：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。

中华联合财产保险股份有限公司
附加学生幼儿门急诊医疗保险（互联网专属）条款

总 则

第一条 本附加保险合同是我公司各类学生、幼儿意外伤害保险（互联网专属）合同（以下简称“主保险合同”）的附加合同。只有在投保了主保险合同的基础上，方可投保本附加保险。

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 本附加保险合同的投保人和被保险人与主保险合同一致。

第三条 除另有约定外，本附加保险合同的医疗保险金受益人为被保险人本人。

保险责任

第四条 等待期

投保人为被保险人首次投保本附加保险或者非续保本附加保险时，**自本附加保险合同生效之日起一定期间为等待期，具体期间在本附加保险合同中载明，最长不超过 90 天。**续保本附加保险无等待期。

被保险人在等待期内罹患疾病的，保险人不承担给付保险金的责任，本附加保险合同继续有效。

第五条 在本附加保险合同的保险期间内，被保险人因遭受意外伤害或在**等待期**后罹患疾病，经中华人民共和国境内（不包含香港、澳门、台湾地区）二级及以上公立医院或者保险人认可的医疗机构进行门诊或急诊治疗的**（**以下简称“门急诊”，**不包括被保险人在急诊留院观察期间的治疗）**，保险人对被保险人每次门急诊实际支付的符合当地基本医疗保险或公费医疗主管部门规定的目录范围内的、**必需且合理**的门急诊医疗费用，**在扣除基本医疗保险、公费医疗或任何第三方（包括保险人在内的任何商业保险机构）已经补偿或给付的部分以及本附加保险合同约定的每次门急诊医疗费用免赔额后，按本附加保险合同约定的给付比例在每次门急诊医疗限额内给付门急诊医疗保险金。每次门急诊医疗费用免赔额、给付比例和每次门急诊医疗限额由投保人、保险人双方约定，并在保险合同中载明。**

每次门急诊医疗保险金＝（每次门急诊必需且合理医疗费用－从其他途径已获得的门急诊费用补偿或给付－约定的每次门急诊医疗费用免赔额）×给付比例

被保险人于同一日（零时起至二十四时止）在同一所医院同一个科室进行的所有门急诊治疗视为一次就诊，适用于每次门急诊医疗费用免赔额和每次门急诊医疗限额。

被保险人无论一次或多次因意外伤害事故或疾病进行门急诊治疗，保险人均按上述规定向被保险人分别给付门急诊医疗保险金。每次给付金额以保险合同载明的每次门急诊医疗限额为限，累计给付金额以保险合同载明的门急诊保险金额为限；当累计金额达到保险合同载明的门急诊保险金额时，保险人对被保险人的保险责任终止。

补偿原则

第六条 本附加保险合同适用补偿原则。**若被保险人已从其他途径（包括基本医疗保险、公费医疗、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已获得医疗费用补偿后的剩余部分按本附加保险合同约定给付保险金。基本医疗保险个人账户部分支出视为个人支付，不属于已获得的医疗费用补偿。**

责任免除

第七条 主保险合同中列明的"责任免除"事项，也适用于本附加保险合同；若主保险合同的责任免除条款与本条款有相抵触之处，则应以本条款为准。

对下列费用或因下列原因导致被保险人接受治疗的，保险人不承担给付保险金责任：

（一）门急诊留院观察期间产生的费用；

（二）投保人的故意行为；

（三）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；

（四）被保险人醉酒，斗殴，主动吸食或注射毒品，违反规定使用麻醉或精神药品；

（五）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车；

（六）被保险人从事高风险运动导致的伤害引起的治疗；

（七）不孕不育治疗、避孕、节育（含绝育）、子宫体腔内妊娠、产前产后检查、流产、堕胎、分娩（含剖宫产）、变性手术、人体实验、人工生殖，或由前述任一原因导致的并发症，但宫外孕、意外伤害所致的流产或分娩除外；

（八）椎间盘突出症、特定传染病、地方病；

（九）整容、整容手术、美容、美容手术、矫形、矫形手术、外科整形手术、变性手术、预防性手术（如预防性阑尾切除），但因意外伤害所致的矫形、矫形手术、外科整形手术除外；

（十）牙科保健或治疗，牙齿修复或牙齿整形，验眼配镜，视力矫正手术，但意外伤害所致的牙齿修复或牙齿整形除外；

（十一）体外或植入的医疗辅助装置或用具（义肢、轮椅、拐杖、助听器、眼镜或隐性眼镜、义眼等）及其安装费用；

（十二）一般健康检查、疗养、特别护理、康复性治疗、物理治疗、心理咨询、心理治疗或以捐献身体器官为目的的治疗行为；

（十三）被保险人接受各类医疗鉴定，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、遗传基因鉴定所发生的费用；

（十四）被保险人故意犯罪或抗拒依法采取的刑事强制措施；

（十五）被保险人未遵医嘱，私自服用、涂用、注射药物；

（十六）被保险人在投保前罹患的、投保时尚未治愈的既往疾病；

（十七）被保险人患艾滋病（AIDS）或感染艾滋病病毒（HIV 呈阳性）、性病、精神和行为障碍、遗传性疾病、先天性畸形、变形或染色体异常（以世界卫生组织颁布的《疾病和有关健康问题的国际统计分类（ICD-10）为准》）；

（十八）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；

（十九）战争、军事行动、暴乱或武装叛乱、恐怖主义活动。

保险金额

第八条 保险金额是保险人承担给付保险金责任的最高限额。本附加保险合同的保险金额由投保人、保险人双方约定，并在保险合同中载明。

保险期间

第九条 本附加保险合同的保险期间最长不超过一年，具体由投保人和保险人协商确定，并在保险合同中载明。

第十条 本附加保险合同为不保证续保合同。保险期间届满，投保人需要重新向保险人申请投保，保险人有权对重新提出的投保申请进行审核，经保险人同意后，投保人交纳保险费，获得新的保险合同。

保险金的申请与给付

第十一条 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。保险金申请人因特殊原因不能提供以下材料的，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。**

1.保险金给付申请书；

2.保险合同或保险凭证；

3.保险金申请人的有效身份证件；

4.门急诊挂号证明；

5.二级以上(含二级)医院或者保险人指定或认可的其它医疗机构出具的医疗诊断证明，病历、化验报告、处方、医疗费用原始发票、费用结账明细清单等；

6.保险金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；

7.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。

被保险人经基本医疗保险或公费医疗报销后又通过其他途径获得了部分医疗费用的补偿并无法提供医疗费用原始凭证时，应提供基本医疗保险机构、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，保险人按本附加保险合同承担剩余合理医疗费用的保险责任。

其他事项

第十二条 发生下列情况之一者，本附加保险合同即行终止：

（一）主保险合同终止；

（二）投保人解除本附加保险合同。

释义

第十三条 除另有约定外，本附加保险合同中的下列词语具有如下含义：

1.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。以下情形属于疾病范畴，非本条款所指意外伤害：

（1）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，以医院的诊断或公安、司法机关的鉴定为准；

（2）过敏及由过敏引发的变态反应性疾病；

（3）高原反应；

（4）中暑；

（5）细菌、病毒或其他病原体导致的感染性疾病。

2.门急诊治疗：指被保险人因临床需要，正式办理挂号手续，并确实在医疗机构的门诊或急诊部接受治疗的行为过程。

3.医院：指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综合性或专科医院，且仅包括上述医院的普通部，但不包括如下机构或医疗服务：

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

（2）诊所、康复中心、家庭病床、护理机构；

（3）休养、戒酒、戒毒中心。

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生及护士驻院提供医疗及护理服务。

4.基本医疗保险：指包括城镇职工基本医疗保险、城镇居民基本医疗保险、新型农村合作医疗保险等政府举办的基本医疗保障项目。

5.必需且合理：指同时符合以下 2 个条件：（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与接收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。

6.患艾滋病（AIDS）或感染艾滋病毒（HIV 呈阳性）：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。

7.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。

8.无有效驾驶证：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）持未按规定审验或审验不合格的驾驶证，以及在暂扣、扣留、吊销、注销驾驶证期间驾驶机动车；

（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。

9.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、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。

10.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，包括以下运动,以及保险合同载明的其他高风险运动：

蹦极、跳台跳水、跳伞、热气球、滑翔机、滑翔翼、滑翔伞、动力伞的空中运动；

潜水：指使用水肺等需佩戴呼吸装置的水下运动；

攀岩运动：指攀登悬崖/人造悬崖、楼宇外墙、冰崖、冰山的运动；

漂流、快艇、摩托艇、狩猎、探险的运动以及拓展训练；

滑冰、滑雪、滑水、冰球运动；

卡丁车、马术、武术、摔跤、拳击、散打、柔道、空手道、跆拳道运动。

11.特定传染病：指《中华人民共和国传染病防治法》及有关法规所规定的甲类和乙类传染病发生暴发流行疫情的情况，如国家按规定对甲类和乙类传染病病种进行增加或减少的，则以保险事故发生时所适用的规定为准。

12.地方病：某种疾病只在一定地区内或人群中不断发生。与特定地区的地质、地貌、水土、气候等因素密切相关，并在条件相似地区蔓延流行。各地地方病种的确定以保险事故发生时当地地方病防治机构的公布为准。

13.康复治疗：指在康复医院、康复科诊治或者接受以促进机体各项功能恢复为目的的医疗方法，如理疗、按摩、推拿、生物反馈疗法、康复营养、康复护理等。

14.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。

15.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》（ICD-10）确定。

16.毒品：指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。

17.既往疾病：指被保险人在投保本附加保险合同之前罹患的已知或应该知道的有关疾病或症状，包括不限于以下情况：本附加保险合同生效之前或等待期内，医生已有明确诊断，长期治疗未间断；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；未经医生诊断和治疗，但症状明显且持续存在，以普通人医学常识应当知晓。