

阳光财产保险股份有限公司
航空旅客意外伤害保险（互联网专属）A 款条款
(注册号: C00009332312022011100681)

第一部分 总则

第一条 合同构成

本保险合同由保险条款、投保单、保险单、保险凭证以及批单等组成。凡涉及本保险合同的约定，均采用书面形式。

第二条 被保险人

持有效机票乘坐客运航空班机的旅客，可作为本保险合同的被保险人。

第三条 投保人

具有完全民事行为能力的被保险人本人，或者具有完全民事行为能力且对被保险人具有保险利益的其他人，可作为投保人向保险人投保本保险合同。

第四条 受益人

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，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。投保人指定受益人时须经被保险人同意。

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。

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，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，应由其监护人指定或变更身故保险金受益人。

(二) 残疾保险金受益人

除另有约定外，本保险合同的残疾保险金及意外伤害医疗保险金的受益人为被保险人本人。

第二部分 保障内容

第五条 保险责任

本保险合同的保险责任分为基本部分和可选部分,投保人在投保基本部分的前提下可以选择投保可选部分。若可选部分未在保险单中载明或批注,可选部分不产生任何效力。

在保险期间内,被保险人因遭受意外伤害事故导致身故、残疾的,保险人依照下列约定给付保险金,且给付各项保险金之和不超过保险金额。

(一) 身故保险责任(基本部分)

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 日内因该事故导致身故的,保险人按保险金额给付身故保险金,本保险合同随即终止。

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,保险人按保险金额给付身故保险金。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身故保险金。

被保险人身故前保险人已给付本条第(二)项“残疾保险责任”项下的残疾保险金的,身故保险金应扣除已给付的保险金。

(二) 残疾保险责任(可选部分)

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 日内因该事故造成《人身保险伤残评定标准及代码》(标准编号为 JR/T 0083-2013,以下简称“《标准》”)所列残疾之一的,保险人按《标准》中该残疾等级所对应的给付比例乘以保险单所载的保险金额给付残疾保险金。如自该意外伤害事故发生之日起第 180 日治疗仍未结束的,按第 180 日当日的身体情况进行残疾鉴定,并据此给付残疾保险金。

(1) 被保险人因同一意外伤害事故造成两处或两处以上伤残时,应首先根据《标准》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并据此给付残疾保险金;如果两处或两处以上伤残等级相同,伤残等级在原评定基础上最多晋升一级,最高晋升至第一级。同一部位和性质的伤残,不应采用《标准》条文两条以上或者同一条文两次以上进行评定。

(2) 被保险人如在本次意外伤害事故之前已有残疾,保险人按合并后的残疾程度在《标准》中所对应的给付比例给付残疾保险金,但应扣除原有残疾程度在《标准》中所对应的残疾保险金。

第六条 责任免除

因下列原因造成本保险合同的被保险人身故、残疾的,保险人不承担保险金给付责任:

- (一) 投保人的任何故意行为;
- (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) 因被保险人的挑衅或故意行为而导致的打斗、被袭击或被谋杀;
- (四) 被保险人从事违法、犯罪的活动,包括但不限于因抗拒依法采取的行政、刑事强制措施;
- (五) 被保险人未遵医嘱,私自服用、涂用、注射药物;
- (六) 被保险人违反航空班机承运人关于安全管理规定;
- (七) 被保险人通过安全检查后又离开机场遭受的意外伤害;
- (八) 被保险人因精神类疾病发作而导致的伤害;
- (九) 被保险人因疾病、妊娠、流产、分娩、药物过敏、食物中毒、中暑、整容手术或其他医疗导致的伤害;

（十）被保险人猝死（包括不明原因的死亡）；细菌或病毒感染（但因意外伤害事故致有伤口而感染的除外）；

（十一）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；

（十二）牙齿修复、牙齿整形、视力矫正、美容手术及一般理疗；

（十三）恐怖袭击。

被保险人在下列期间遭受伤害导致身故、残疾的，保险人也不承担给付保险金责任：

（一）被保险人依法被采取行政、刑事强制措施期间、服刑期间或在逃期间；

（二）被保险人醉酒或受毒品、管制药物的影响期间；

（三）被保险人非因职业原因或器官移植原因感染艾滋病病毒或患艾滋病期间；

（四）被保险人以驾驶人员、空乘人员等非乘客身份乘坐飞机期间；

（五）被保险人乘坐非经国家民航管理局批准的合法客运的民航班机期间；

（六）战争、军事行动、暴乱、恐怖活动或武装叛乱期间。

第七条 保险金额

保险金额由投保人与保险人双方约定，并在保险单中载明。保险金额是保险人承担给付保险金责任的最高限额。保险金额一经确定，保险期间内不得变更。

第八条 保险期间

保险期间自被保险人持本保险合同约定航空班机的有效机票到达机场通过安全检查时起，至被保险人抵达目的港走出所乘航空班机的舱门时止。

被保险人改乘等效航班，本保险合同继续有效，保险期间自被保险人乘该等效航空班机通过安全检查时起，至被保险人抵达目的港走出所乘等效航空班机的舱门时止。

第三部分 保险人的义务

第九条 提示和说明

订立本保险合同时，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。

第十条 签发保险单

本保险合同成立后，保险人应当于 2 个工作日内向投保人送达电子保险单，并在保险期间内应投保人要求及时提供纸质保险单。

第十一条 补充索赔证明和资料的通知

保险人接收到保险金申请人的保险事故通知后，应在 1 个工作日内一次性给予理赔指导；接收到保险金申请人的给付保险金请求后，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，应当于 2 个工作日内一次性通知保险金申请人补充提供。

第十二条 及时核定、赔付义务

保险人在收到保险金申请人的给付保险金请求及完整的有关索赔的证明和资料后,应当于 5 个工作日内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。

保险人应当于作出核定结果后 1 个工作日通知保险金申请人;对属于保险责任的,在与保险金申请人达成给付保险金的协议后 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。

第十三条 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 60 日内,对其给付的数额不能确定的,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。

第十四条 退还保险费义务

发生符合保险法规定的退还保险费相关要求的情形,投保人向保险人申请退还保险费的,保险人应在 1 个工作日内作出是否符合保险法规定的退还保险费相关要求并通知投保人;如遇复杂情形的,应在 3 个工作日内核定并通知投保人。经核定,符合保险法规定的退还保险费相关要求的,保险人应当按照保险法相关规定退还保险单最低现金价值。

第四部分 投保人、被保险人义务

第十五条 保险费支付义务

投保人应当在本保险合同成立时一次性支付全部保险费。投保人未按约定支付全部保险费的,本保险合同不生效。

第十六条 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义务,足以影响保险人决定是否同意承保或者提高保险费率的,保险人有权解除本保险合同。

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。

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

投保人因重大过失未履行如实告知义务,对保险事故的发生有严重影响的,保险人对于合同解除前发生的保险事故,不承担给付保险金责任,但应当退还保险费。

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责任。

第十七条 保险事故通知义务

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。

以上约定,不包括因不可抗力导致的迟延。

第五部分 保险金申请与给付

第十八条 保险金的申请与给付

保险金申请人向保险人申请给付保险金时，应提交作为索赔依据的证明和材料。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。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。**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. 保险单原件或其他保险凭证原件（如因飞机失事导致相关资料丢失，无需提供）；
3. 保险金申请人的有效身份证件；保险金作为被保险人遗产时，保险金申请人还应提供可证明其合法继承权的相关权利文件；
4. 由航空班机承运人出具的意外伤害事故证明；
5. 公安部门或卫生行政部门批准的二级以上（含二级）医院或保险人认可的医院出具的被保险人死亡证明或验尸报告；如被保险人因意外伤害事故被宣告死亡，须提供人民法院出具的宣告死亡判决书；
6. 被保险人户籍注销证明；
7. 保险金申请人所能提供的其他与确认保险事故的性质、原因、伤害程度等有关的证明和资料。

（二）残疾保险金申请

1. 保险金给付申请书；
2. 保险单原件或其他保险凭证原件；
3. 保险金申请人的有效身份证件；
4. 由航空班机承运人出具的意外伤害事故证明；
5. 卫生行政部门批准的二级以上（含二级）有鉴定资质的医疗机构、保险人认可的医疗机构、司法鉴定机构出具的残疾鉴定书；
6. 保险金申请人所能提供的其他与确认保险事故的性质、原因、伤害程度等有关的证明和资料。

第六部分 争议处理和法律适用

第十九条 合同的争议处理

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，提交保险单载明的仲裁机构仲裁。保险单未载明仲裁机构且争议发生后未达成仲裁协议的，可向中华人民共和国有管辖权的人民法院起诉。

第二十条 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、澳门特别行政区及台湾地区法律）。

第七部分 保险合同的解除与终止

第二十一条 合同的解除

本保险合同成立后，投保人可以在本保险合同约定的航空班机起飞前通知保险人要求解除本保险合同。

投保人要求解除本保险合同时，应提供下列证明和资料：

- （一）保险合同解除申请书；
- （二）保险单原件或其他保险凭证原件；
- （三）投保人有效身份证件。

投保人要求解除本合同，自保险人接到保险合同解除申请书之日次日零时起，本合同的效力终止。保险人收到上述证明文件和资料之日起 30 日内退还保险费。

第八部分 释义

一、保险人

指与投保人签订本保险合同的阳光财产保险股份有限公司。

二、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原因致使身体受到的伤害。

三、医院

本保险合同所指的医院是符合下列所有条件的机构，但不包括主要作为康复、门诊、护理、疗养、戒酒、戒毒或类似的机构。

- （1）拥有合法经营执照；
- （2）设立的主要目的是向受伤者和患者提供留院治疗和护理服务；
- （3）有医师和护士提供全日二十四小时的医疗和护理服务；
- （4）二级或二级以上的医院，包括保险人认可的与二级或二级以上医院相同规模的医院。

上述医院的定义适用于除香港、澳门特别行政区、台湾地区以外的中国地区。

被保险人须在本定义规定的医院治疗，但意外伤害事故导致的急救不受此限制，但在急救情况稳定后，须转入本定义规定的医院治疗。

四、等效航班

是指由于各种原因由航空公司为约定航班所有旅客调整的班机或被保险人经航空公司同意对约定航班改签并且起始港和目的港与原约定航班相同的班机。

五、感染艾滋病病毒或患艾滋病

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。

六、保险金申请人

指被保险人本人、受益人或依法享有保险金请求权的其他自然人。

七、不可抗力

指不能预见、不能避免并不能克服的客观情况。

八、最低现金价值

最低现金价值=净保险费×(1-m/n)，其中，m 为已生效天数，n 为保险期间的天数，经过日期不足一日的按一日计算。

净保险费指投保人所支付的保险费扣除每个保险合同平均承担的保险人的各项费用(含营业费用、代理费、各项税金、保险保障基金等)后的余额，扣除部分占所交保险费的比例在保险单中约定。

九、《人身保险伤残评定标准及代码》

标准编号为 JR/T0083—2013，是由原中国保险监督管理委员会于 2014 年 1 月 17 日发布(保监发[2014]6 号)并经国家标准化委员会备案的中华人民共和国金融行业标准。

十、有效身份证件

指由中华人民共和国政府主管部门规定的能够证明其身份的证件，如居民身份证、军官证、警官证、士兵证、户口簿以及中华人民共和国政府主管部门颁发或者认可的有效护照或者其他身份证明文件。

阳光财产保险股份有限公司
附加个人意外伤害医疗保险（互联网专属）条款
（注册号：C00009332522021122328013）

总则

第一条 在投保阳光财产保险股份有限公司意外伤害类（互联网专属）保险（以下简称“主险”）的基础上，投保人可以投保本附加险。主险合同效力终止，本附加险合同效力亦同时终止；主险合同无效，本附加险合同亦无效。本附加险合同未约定事项，以主险合同为准；主险合同与本附加险合同相抵触之处，以本附加险合同为准。凡涉及本附加险合同的约定，均应采用书面形式。

第二条 本附加险合同的被保险人为主险合同的被保险人。

第三条 本附加险合同的投保人与主险合同一致。

第四条 除另有约定外，本附加险合同的受益人为被保险人本人。

保险责任

第五条 在本附加险合同保险期间内，被保险人因遭受主险合同保险责任范围内的**意外伤害**事故需在**医院**进行治疗，对于被保险人在该次意外伤害事故发生之日起**180**日内支出的，符合被保险人接受治疗所在地的社会医疗保险药品目录、诊疗项目目录以及服务设施范围和支付标准的**必需且合理的医疗费用**（以下简称“医疗费用”），**保险人**按如下规则计算并给付保险金：

（一）若医疗费用小于或等于免赔额，则保险金等于零；

（二）若医疗费用大于免赔额：

1.若被保险人未从其他保险计划或社会医疗保险等任何其他途径取得医疗费用补偿，那么，**保险金=（医疗费用-免赔额）×赔付比例**

2.若被保险人已从其他保险计划或社会医疗保险等任何其他途径取得医疗费用补偿，那么：

A=（医疗费用-免赔额）×赔付比例

B=医疗费用-已取得的医疗费用补偿

若 **A≤B**，则**保险金=A**

若 **A>B**，则**保险金=B**

3.免赔额和赔付比例由投保人和保险人在投保时约定，并在保险单中载明。

至本保险合同保险期间届满日，被保险人未结束因本次意外伤害的治疗的，保险人继续就被保险人因本次意外伤害的治疗所发生的本保险合同保险期间届满日后**30**日内（含第**30**日）且最长不超过该次意外伤害事故发生之日起**180**日的医疗费用承担保险金给付责任。

保险期间内，无论被保险人一次或多次发生保险事故，保险人均按上述约定承担给付保险金责任，但累计给付保险金总额达到保险单所载的该被保险人的医疗费用保险金额时，本附加险合同终止。

若被保险人已参加基本医疗保险、公费医疗的，但未以参加基本医疗保险、公费医疗身份就诊并结算的，则保险人根据保险单中单独约定的赔付比例进行赔付。

第六条 本附加险合同遵循医疗费用补偿原则。若被保险人已从其他途径（包括社会医疗保险、公费医疗、工作单位、保险人在内的任何商业保险机构等）获得医疗费用补偿，则保险人仅对被保险人实际发生的医疗费用扣除其所获医疗费用补偿后的余额按照本保险合同的约定进行赔付。社会医疗保险个人账户部分支出视为个人支付，不属于已获得的医疗费用补偿。

责任免除

第七条 下列原因造成被保险人支出医疗费用的，保险人不承担保险金给付责任：

- （一）投保人的任何故意行为；
- （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）因被保险人不遵守医院规章制度，不配合治疗的行为造成的后果；
- （四）被保险人因精神类疾病如精神分裂症、抑郁症、厌食症、失眠症等发作而导致的伤害；
- （五）被保险人妊娠（含宫外孕）、流产、分娩、不孕不育症（包括人工受孕、试管婴儿等）、避孕及节育手术或由妊娠、分娩、流产、节育所导致的任何并发症；
- （六）被保险人因任何疾病、食物/药物过敏、食物中毒、中暑、高原反应、猝死、椎间盘突出症（包括椎间盘膨出、椎间盘突出、椎间盘脱出、游离型椎间盘等类型）、医疗事故或其他医疗造成的伤害；
- （七）被保险人洗牙、洁齿、验光、矫形、整容、心理咨询、器官移植；修复、安装及购买残疾用具（如轮椅、假肢、助听器、假眼、假牙等）；
- （八）被保险人在本附加险合同生效前已有残疾的康复或治疗；
- （九）被保险人一般身体检查、疗养、静养或心理治疗等非治疗性行为；
- （十）不符合被保险人接受治疗所在地的社会医疗保险药品目录、诊疗项目目录以及服务设施范围和支付标准规定的医疗费用；
- （十一）被保险人就诊的医院为不符合本保险合同约定的医院，或在中华人民共和国境外（包括香港特别行政区、澳门特别行政区、台湾地区）的医院就诊。

第八条 主险合同中列明的“责任免除”事项，未列入本附加险保险责任的，也适用于本附加险。

保险金额和保险费

第九条 本附加险合同的保险金额由投保人与保险人双方约定，并在保险单中载明。

保险金额是保险人承担给付保险金责任的最高限额。

投保人应该按照合同约定向保险人支付保险费。

保险期间

第十条 本附加险合同的保险期间与主险合同保险期间一致，且最长不超过一年。

保险人义务

第十一条 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 本附加险合同成立后，保险人应当于 2 个工作日内向投保人送达电子保险单，并在保险期间内应投保人要求及时提供纸质保险单。

第十三条 保险人接收到保险金申请人的保险事故通知后，应在 1 个工作日内一次性给予理赔指导；接收到保险金申请人的给付保险金请求后，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，应当于 2 个工作日内一次性通知保险金申请人补充提供。

第十四条 保险人在收到保险金申请人的给付保险金请求及完整的有关索赔的证明和资料后，应当于 5 个工作日内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。

保险人应当于作出核定结果后 1 个工作日通知保险金申请人；对属于保险责任的，在与保险金申请人达成给付保险金的协议后 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。

第十五条 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。

第十六条 投保人符合保险法规定的退还保险费相关要求的，保险人应当按照保险法相关规定退还保险单最低现金价值。

保险人在收到投保人退还保险费申请的，应在 1 个工作日内核定并通知申请人；如遇复杂情形的，应在 3 个工作日内核定并通知申请人。

投保人、被保险人义务

第十七条 投保人应当在本附加险合同成立时一次性支付全部保险费。投保人未按约定

支付全部保险费的，本附加险合同不生效。

第十八条 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义务，足以影响保险人决定是否同意承保或者提高保险费率的，保险人有权解除本附加险合同。

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。

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

投保人因重大过失未履行如实告知义务，对保险事故的发生有严重影响的，保险人对于合同解除前发生的保险事故，不承担给付保险金责任，但应当退还保险费。

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责任。

保险金的申请与给付

第十九条 保险金申请人向保险人申请给付保险金时，应提交作为索赔依据的证明和材料。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。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。**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）保险单原件或其他保险凭证原件；

（三）保险金申请人的有效身份证件；

（四）符合本附加险合同约定的医院出具的诊断证明、病历、医疗费用原始收据、医疗费用明细清单及医疗费用结算单；若被保险人已从其他途径（包括社会医疗保险、公费医疗、工作单位、保险人在内的任何商业保险机构等）获得医疗费用补偿，且赔付单位留存了医疗费用原始收据的，可提供加盖留存单位鲜章的医疗费用收据复印件或其他法定证明材料；

（五）保险金申请人所能提供的其他与确认保险事故的性质、原因、伤害程度等有关的证明和资料。

释义

1.医院：指符合下列所有条件的医疗机构，但不包括主要作为康复、门诊、护理、疗养、戒酒、戒毒或类似的机构。

（1）拥有合法经营执照；

（2）有医师和护士提供全日二十四小时的医疗和护理服务；

（3）二级或二级以上的医院，包括保险人认可的与二级或二级以上医院相同规模的医院。

上述医院的定义适用于除香港、澳门特别行政区、台湾地区以外的中国境内地区。

被保险人须在本定义规定的医院治疗，但意外伤害事故导致的急救不受此限制，但在急救情况稳定后，须转入本定义规定的医院治疗。

2.必需且合理的医疗费用：同时满足以下两项条件的医疗费用：

（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医疗费用。

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：

- a.治疗意外伤害所必需的项目；
- b.不超过安全、足量治疗原则的项目；
- c.由医生开具的处方药；
- d.非试验性的、非研究性的项目；
- e.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。

3.保险人：指与投保人签订本附加险合同的阳光财产保险股份有限公司。

4.保险金申请人：指被保险人本人、受益人或依法享有保险金请求权的其他自然人。

5. 最低现金价值：

最低现金价值=净保险费×(1-m/n)，其中，m为保险合同已生效天数，n为保险期间的天数，经过日期不足一日的按一日计算。

净保险费指投保人所支付的保险费扣除每个保险合同平均承担的保险人的各项费用(含营业费用、代理费、各项税金、保险保障基金等)后的余额，扣除部分占所交保险费的比例在保险单中约定。

阳光财产保险股份有限公司
附加航空旅行劫机保险(互联网专属)条款
(注册号: C00009331922022011100571)

总则

第一条 在投保阳光财产保险股份有限公司航空意外伤害类(互联网专属)保险(以下简称“主险”)的基础上,投保人可以投保本附加险。主险合同效力终止,本附加险合同效力亦同时终止;主险合同无效,本附加险合同亦无效。本附加险合同未约定事项,以主险合同为准;主险合同与本附加险合同相抵触之处,以本附加险合同为准。凡涉及本附加险合同的约定,均采用书面形式。

保险责任

第二条 本附加险合同保险期间内,被保险人在旅行期间所乘坐的飞机发生劫机事件,保险人将以保险单所载的本附加合同项下该被保险人相应的保险金额为限,向该被保险人赔付保险金。

责任免除

第三条 主险合同中列明的“责任免除”事项,未列入本附加险保险责任的,也适用于本附加险。

保险期间

第四条 本附加险合同的保险期间由投保人与保险人协商确定,并在保险单中载明,但不得超出主险合同的保险期间范围。

投保人、被保险人义务

第五条 投保人应当在本附加险合同成立时一次性支付全部保险费。投保人未支付全部保险费的,本附加险合同不生效。

保险金申请与给付

第六条 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。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) 保险金给付通知书;
- (二) 保险单原件或其他保险凭证原件;
- (三) 保险金申请人的有效身份证件;

- （四）当地警方、航空公司或有关当局出具劫机的书面证明材料；
- （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。

释义

- 一、**飞机：**是指投保人与保险人约定的航空公司经营的固定翼飞机。
- 二、**劫机：**是指当飞机飞行时或停于机场跑道时，任何人在飞机上实施暴力或武力，或以武力、暴力或任何其他方式威胁恐吓，劫持或控制该飞机。
- 三、**保险金申请人：**指被保险人本人、受益人或依法享有保险金请求权的其他自然人。

阳光财产保险股份有限公司
附加个人住院津贴保险（互联网专属）条款
（注册号：C00009331922021122840513）

总则

第一条 在投保阳光财产保险股份有限公司意外伤害类（互联网专属）保险、健康类（互联网专属）保险（以下简称“主险”）的基础上，投保人可以投保本附加险。主险合同效力终止，本附加险合同效力亦同时终止；主险合同无效，本附加险合同亦无效。本附加险合同未约定事项，以主险合同为准；主险合同与本附加险合同相抵触之处，以本附加险合同为准。凡涉及本附加险合同的约定，均应采用书面形式。

第二条 本附加险合同的被保险人为主险合同的被保险人。

第三条 本附加险合同的投保人与主险合同一致。

第四条 除另有约定外，本附加险合同的受益人为被保险人本人。

保险责任

第五条 本附加险合同的保险责任分为基本部分和可选部分。基本部分包含个人意外伤害住院津贴保险金给付与个人疾病住院津贴保险金给付，投保人可选择其中一项或者两项投保，可选部分为个人特定疾病住院津贴保险金，可选部分是在投保人已选择投保基本部分中个人疾病住院津贴保险金给付的前提下可以选择投保的部分，若可选部分未在保险单中载明或批注，可选部分不产生任何效力。

一、基本部分

（一）个人意外伤害住院津贴保险金给付

在本附加险合同保险期间内，被保险人遭受主险合同保险责任范围内的**意外伤害**事故，并以该次意外伤害事故为直接原因导致伤害，需到医院接受**住院治疗**的，**保险人**按如下规则计算并给付个人意外伤害住院津贴保险金。

个人意外伤害住院津贴保险金=（个人意外伤害每次住院合理天数-个人意外伤害每次住院免赔天数）×个人意外伤害住院津贴日给付金额。

（二）个人疾病住院津贴保险金给付

在本附加险合同保险期间内，被保险人自本附加险合同生效之日起 30 日（不含）后患非因意外伤害事故导致的疾病到医院接受**住院治疗的**，**保险人**按如下规则计算并给付个人疾病住院津贴保险金。

个人疾病住院津贴保险金=（个人疾病每次住院合理天数-个人疾病每次住院免赔天数）×个人疾病住院津贴日给付金额。

被保险人在本附加险合同生效之日起 30 日内患疾病并由此而导致住院治疗的，保险人不承担给付保险金的责任。

二、可选部分

个人特定疾病住院津贴保险金给付

在本附加险合同保险期间内，被保险人自本附加险合同生效之日起 30 日后因自出生以来初次确诊罹患本附加险合同约定的**特定疾病**到医院接受住院治疗的，保险人按如下规则计算并给付特定疾病住院津贴保险金。

特定疾病住院津贴保险金＝（特定疾病每次住院合理天数－特定疾病每次住院免赔天数）×特定疾病住院津贴日给付金额

第六条 本附加险合同中基本部分和可选部分中的每次住院免赔天数、住院津贴日给付金额由投保人和保险人在签订本附加险合同时协商确定，在保险单中载明，一经确定，在本附加险合同保险期间内不得变更。

在本附加险合同保险期间内，对于被保险人的每次住院，保险人给付住院津贴的累计日数 90 日为限。

若至本附加险合同保险期间届满日，被保险人仍未结束本次住院治疗的，保险人继续给付住院津贴，但最长延续至本附加险保险期间届满日后第 30 日，且保险人对该次住院累计给付住院津贴的日数不超过 90 日。

在本附加险合同保险期间内，无论被保险人一次或多次住院，保险人在本附加险合同基本部分或可选部分项下分别累计给付住院津贴的日数以保险单中载明的基本部分或可选部分累计给付最高天数为限，但最长不超过 180 日。

责任免除

第七条 下列原因导致被保险人住院治疗的，保险人不承担保险金给付责任：

- （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）因被保险人不遵守医院规章制度，不配合治疗的行为造成的后果；
- （四）被保险人患先天性疾病，遗传性疾病，先天性畸形、变形或染色体异常；或被保险人在本附加险合同生效前已经存在且未治愈的疾病、受伤；或对被保险人在本附加险合同生效前已有残疾的康复或治疗；修复、安装及购买残疾用具（如轮椅、假肢、助听器、假眼、假牙等）；
- （五）被保险人患精神类疾病如精神分裂症、抑郁症、厌食症、失眠症等或因患精神类疾病发作导致的伤害；
- （六）被保险人妊娠（含宫外孕）、流产、分娩（含剖腹产）、不孕不育症（包括人工受孕、试管婴儿等）、避孕及节育手术或由妊娠、分娩、流产、节育所导致的任何并发症；
- （七）被保险人药物过敏、椎间盘突出（包括椎间盘膨出、椎间盘突出、椎间盘脱出、游离型椎间盘等类型）；
- （八）被保险人进行一般健康检查、疗养、整形手术、牙齿治疗、屈光不正治疗、心理咨询、器官移植；
- （九）被保险人因任何医疗行为导致的医疗事故；
- （十）被保险人挂床、不属于本附加险合同住院定义的行为或在非本附加险合同定义的医院住院。

第八条 主险合同中列明的“责任免除”事项，未列入本附加险保险责任的，也适用于本附加险。

保险金额和保险费

第九条 保险金额是保险人承担给付保险金责任的最高限额。

本附加险合同的保险金额包括基本部分保险金额和可选部分保险金额，其中：

基本部分保险金额=基本部分日给付金额×基本部分累计给付最高天数

可选部分保险金额=可选部分日给付金额×可选部分累计给付最高天数

投保人应该按照合同约定向保险人支付保险费。

保险期间

第十条 本附加险合同的保险期间与主险合同的保险期间一致，最长不超过 1 年。

投保人、被保险人义务

第十一条 投保人应当在本附加险合同成立时一次性支付全部保险费。投保人未按约定支付全部保险费的，本附加险合同不生效。

保险金申请与给付

第十二条 保险金申请人向保险人申请给付保险金时，应提交作为索赔依据的证明和材料。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。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。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) 保险单原件或其他保险凭证原件；
- (三) 保险金申请人的有效身份证件；
- (四) 符合本合同定义的医院出具的出院证明或住院天数证明、诊断证明、住院病历；
- (五) 因特定疾病住院的，还需提供符合本合同定义的医院出具的附有病理显微镜检查、血液检验及其它科学方法检验报告的疾病诊断证明书；
- (六) 保险金申请人所能提供的其他与确认保险事故的性质、原因等有关的证明和资料。

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的原因致使身体受到的伤害。

2. 住院：指被保险人因疾病或意外伤害入住医院的正式病房进行治疗，并正式办理入出

院手续，不包括入住门诊观察室、其他非正式病房或挂床住院。若被保险人非治疗需要离开符合本合同定义的医院视为自动离开医院，保险人仅对该日以前的实际住院日数按照本附加险合同约定给付住院津贴。

3. 每次住院合理天数：

每次住院：指被保险人因疾病或意外伤害住院治疗，自入院日起至出院日止的期间；但如果被保险人因同一疾病及其引发的并发症或同一意外伤害及其引发的并发症而住进医院两次（含）以上，若其前次住院出院之日与下次住院治疗入院之日间隔期间未超过 90 日，视为同一次住院。

住院合理天数：指被保险人因意外伤害或疾病入住医院住院部病房进行治疗，并正式办理入出院手续，一日 24 小时住在医院的实际天数，不包括挂床等不合理住院天数。

挂床：指被保险人虽然办理了住院手续，但在住院过程中一日内未接受与住院诊断相关的检查和治疗，或一日内住在医院不满 24 小时的情形，遵医嘱到外院接受临时诊疗的除外。

4. 保险人：指与投保人签订本附加险合同的阳光财产保险股份有限公司。

5. 特定疾病：指被保险人自出生以来初次确诊罹患下列疾病：

5.1 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 ≤2%）或更轻分级的神经内分泌肿瘤。

5.2 较重急性心肌梗塞

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、新生成的病理性 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。

5.3 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，仍遗留下述至少一种障碍：

（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）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。

5.4 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。

5.5 冠状动脉搭桥术（或称冠状动脉旁路移植术）

指治疗严重的冠心病，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。

所有未切开心包的冠状动脉介入治疗不在保障范围内。

5.6 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。

5.7 急性或亚急性重症肝炎

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 超或其它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。

5.8 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）。

5.9 严重慢性肝衰竭

指因慢性肝脏疾病导致的肝衰竭，且须满足下列全部条件：

- （1）持续性黄疸；
- （2）腹水；
- （3）肝性脑病；
- （4）充血性脾肿大伴脾功能亢进或食管胃底静脉曲张。

因酗酒或药物滥用导致的肝衰竭不在保障范围内。

5.10 双目失明

指因疾病或意外伤害导致双眼视力永久不可逆性丧失，双眼中较好眼须满足下列至少一项条件：

- （1）眼球缺失或摘除；
- （2）矫正视力低于 0.02（采用国际标准视力表，如果使用其它视力表应进行换算）；
- （3）视野半径小于 5 度。

被保险人申请理赔时必须提供理赔当时的视力丧失诊断及检查证据，且年龄必须在三周岁以上。

5.11 瘫痪

指因疾病或意外伤害导致两肢或两肢以上肢体随意运动功能永久完全丧失。肢体随意运动功能永久完全丧失，指疾病确诊 180 天后或意外伤害发生 180 天后，每肢三大关节中的两大关节仍然完全僵硬，或肢体肌力在 2 级（含）以下。

5.12 心脏瓣膜手术

指为治疗心脏瓣膜疾病，已经实施了切开心脏进行的心脏瓣膜置换或修复的手术。

所有未切开心脏的心脏瓣膜介入手术不在保障范围内。

5.13 严重阿尔茨海默病

指因大脑进行性、不可逆性改变导致智能严重衰退或丧失，临床表现为严重的认知功能障碍、精神行为异常和社交能力减退等，其日常生活必须持续受到他人监护。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，并经相关专科医生确诊，且须满足下列至少一项条件：

- （1）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；
- （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。

阿尔茨海默病之外的其他类型痴呆不在保障范围内。

5.14 严重脑损伤

指因头部遭受机械性外力，引起脑重要部位损伤，导致神经系统永久性的功能障碍。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。神经系统永久性的功能障碍，指脑损伤 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）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。

5.15 严重原发性帕金森病

是一种中枢神经系统的退行性疾病，临床表现为运动迟缓、静止性震颤或肌强直等，经相关专科医生确诊，且须满足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。

继发性帕金森综合征、帕金森叠加综合征不在保障范围内。

5.16 严重Ⅲ度烧伤

指烧伤程度为Ⅲ度，且Ⅲ度烧伤的面积达到全身体表面积的 20%或 20%以上。体表面积根据《中国新九分法》计算。

5.17 严重运动神经元病

是一组中枢神经系统运动神经元的进行性变性疾病，包括进行性脊肌萎缩症、进行性延髓麻痹症、原发性侧索硬化症、肌萎缩性侧索硬化症，经相关专科医生确诊，且须满足下列至少一项条件：

- (1) 严重咀嚼吞咽功能障碍；
- (2) 呼吸肌麻痹导致严重呼吸困难，且已经持续使用呼吸机 7 天（含）以上；
- (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中的三项或三项以上。

5.18 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 $<0.5 \times 10^9/L$ ；
- ②网织红细胞计数 $<20 \times 10^9/L$ ；
- ③血小板绝对值 $<20 \times 10^9/L$ 。

5.19 主动脉手术

指为治疗主动脉疾病或主动脉创伤，已经实施了开胸（含胸腔镜下）或开腹（含腹腔镜下）进行的切除、置换、修补病损主动脉血管、主动脉创伤后修复的手术。主动脉指升主动脉、主动脉弓和降主动脉（含胸主动脉和腹主动脉），不包括升主动脉、主动脉弓和降主动脉的分支血管。

所有未实施开胸或开腹的动脉内介入治疗不在保障范围内。

5.20 脊髓灰质炎后遗症

脊髓灰质炎是由于脊髓灰质炎病毒感染所致的瘫痪性疾病，临床表现为运动功能损害或呼吸无力。脊髓灰质炎必须明确诊断。本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。肢体机能永久完全丧失，指疾病确诊 180 天后，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。

6. 肢：指人体的四肢，即左上肢、右上肢、左下肢和右下肢。

7. 医院：

(1) 境外（包括港、澳、台地区）的医院：指符合下列所有条件的机构，**但不包括主要作为康复、门诊、护理、疗养、戒酒、戒毒或类似的机构。**

①拥有合法经营执照；

②设立的主要目的是向受伤者和患者提供留院治疗和护理服务；

③有医师和护士提供全日 24 小时的医疗和护理服务；

(2) 境内的医院：指中华人民共和国卫生部门审核认定的二级或二级以上的医院，包括保险人认可的与二级或二级以上医院相同规模的医院。

被保险人须在本定义规定的医院住院治疗。急救不受此限制，但在急救情况稳定后，须转入符合本定义的医院进行住院治疗。

8. 先天性疾病：指一出生时就具有的疾病（症状或体征）。这些疾病是指因人的遗传物质（包括染色体以及位于其中的基因）发生了对人体有害的改变而引起的，或因母亲怀孕期间受到内外环境中某些物理、化学和生物等因素的作用，使胎儿局部体细胞发育异常，导致婴儿出生时有关器官、系统在结构或功能上呈现异常。

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，通常具有由亲代至后代的垂直传递的特征。

先天性畸形、变形或染色体异常：指被保险人出生时就具有的畸形、变形或染色体异常。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（ICD10）确定。

9. 既往症：指在本附加险合同生效之前罹患的被保险人已知或应该知道的疾病。通常有以下情况：

(1) 本附加险合同生效前，医生已有明确诊断，但未接受任何治疗；

(2) 本附加险合同生效前，医生已有明确诊断，长期治疗未间断；

(3) 本附加险合同生效前，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；

(4) 本附加险合同生效前，医生已有明确诊断且已治愈的；

(5) 本附加险合同生效前发生，未经医生诊断和治疗，但症状或体征明显，以普通人医学常识应当知晓。

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

11. 保险金申请人：指被保险人本人、受益人或依法享有保险金请求权的其他自然人。

12. 最低现金价值：

最低现金价值=净保险费×(1-m/n)，其中，m 为本附加险合同已生效天数，n 为保险期

间的天数，经过日期不足一日的按一日计算。

净保险费指投保人所支付的保险费扣除每个保险合同平均承担的保险人的各项费用（含营业费用、代理费、各项税金、保险保障基金等）后的余额，**扣除部分占所交保险费的比例在保险单中约定。**

阳光财产保险股份有限公司

家庭财产综合保险 A 款条款（2015 版）

总 则

第一条 本保险合同由保险条款、投保单、保险单、保险凭证以及批单组成。凡涉及本保险合同的约定，均应采用书面形式。

保险标的

第二条 本保险合同可以承保被保险人所有或使用并坐落于保险单载明地址内的下列家庭财产（以下简称“保险标的”），投保人可自由选择投保本条各项保险标的，并在保险单上载明：

（一）房屋及其室内附属设备（如固定装置的水暖、气暖、卫生、供水、管道煤气及供电设备、厨房配套的设备、固化在墙壁或屋顶的灯具等）；

（二）室内装潢；

（三）室内财产：

1. 家具；

2. 家用电器（包括安装在房屋外的空调器和太阳能热水器等家用电器的室外设备）；

3. 床上用品、衣物、鞋帽、箱包、手表；

4. 文体娱乐用品，具体包括文具、书籍、球具、棋牌、电子游戏设备、遥控汽车、航模、健身器具、野外旅行帐篷、攀岩用具等装备；

5. 存放在室内的家庭成员（包括成人及儿童）的非机动车类代步车辆或工具。

第三条 下列财产经投保人与保险人特别约定，并在保险合同中载明，可列入本保险合同的保险标的范围内：

（一）存放于被保险人院内、室内的非机动农具、农用工具及存放于室内的粮食及农副产品；

（二）属于被保险人代他人保管或者与他人共有而由被保险人负责管理的本保险条款第二条载明的财产；

（三）经保险人同意承保的被保险人所有的其他家庭财产。

第四条 下列家庭财产不属于本保险合同的保险标的：

（一）金银、首饰、珠宝、货币、有价证券、票证、邮票、古玩、古币、古书籍、玉石、字画、艺术品、稀有金属等珍贵财物；

（二）文件、账册、技术资料、图表、电脑软件及资料，各种磁带、磁盘、移动储存设备、激光盘及其内存储的电子资料，以及其他无法鉴定价值的财产；

（三）日用消耗品、动物、植物、机动车辆类；

（四）阳台、露台以及露天存放的财产，或用芦席、稻草、油毛毡、麦杆、芦苇、竹竿、帆布、塑料布、纸板等为外墙、屋顶的简陋屋棚及柴房、禽畜棚以及其内存放的财产；与保险房屋不成一体的厕所、围墙以及其内存放的财产；

（五）用于从事工商业生产、经营活动的房屋和财产；

（六）政府有关部门征用、占用的房屋及其内的财产，违章建筑、危险建筑、非法占用的财产或处于紧急危险状态下的财产；

（七）不属于国家建筑规定钢结构，钢、钢筋混凝土结构，钢筋混凝土结构，混合结构以及砖木结构的其他结构房屋及其内存放的财产；

（八）其他不属于本保险条款第二条、第三条所列明的家庭财产。

保险责任

第五条 在保险期间内，由于下列原因造成保险标的的损失，保险人依照本保险合同的约定负责赔偿：

（一）火灾、爆炸，包括但不限于：

- 1.家庭燃气用具、电器、用电线路以及其他内部或外部火源引起的火灾；
- 2.家庭燃气用具、液化气罐以及燃气泄露引起的爆炸。

（二）台风、暴风、龙卷风、雷击、暴雨、洪水、冰雹、暴雪、崖崩、冰凌、泥石流、突发性滑坡和自然灾害引起地陷或下沉。

（三）飞行物体及其他空中运行物体坠落，外来不属于被保险人所有或使用的建筑物和其他固定物体的倒塌。

保险事故发生时，为抢救保险标的或防止灾害蔓延，采取必要的、合理的措施而造成保险标的的损失，保险人按照本保险合同的约定也负责赔偿。

第六条 保险事故发生后，被保险人为防止或者减少保险标的的损失所支付的必要的、合理的费用，保险人按照本保险合同的约定也负责赔偿(以下简称“施救费用”)。

责任免除

第七条 下列原因造成的损失、费用，保险人不负责赔偿：

（一）核辐射、核爆炸、核污染等任何放射性污染，大气污染、土地污染、水污染及其他各种非放射性污染，但因本保险合同责任范围内的事故造成的污染不在此限；

（二）地震、海啸、火山爆发，及其次生灾害；

（三）战争、敌对行动、军事行为、武装冲突、罢工、骚乱、暴动、盗窃、抢劫；

（四）行政行为或司法行为；

（五）投保人、被保险人及其家庭成员、其他亲属、暂居人员、雇佣人员的故意、违法行为，或未按使用说明、操作规范或相关国家标准擅自改装、改造保险标的的行为。

第八条 下列损失、费用，保险人也不负责赔偿：

（一）保险标的遭受保险事故引起的任何间接损失；

（二）家用电器因使用过度、超电压、短路、断路、漏电、自身发热、烘烤等原因所造成本身的损毁；

（三）保险标的本身缺陷、保管不善、使用不当、变质、霉烂、受潮、虫咬、自然磨损、自然损耗、自燃、烘焙导致的本身的损失；

（四）保险标的在保险单载明地址的房屋外遭受的损失，但安装在房屋外的空调器和太阳能热水器等家用电器的室外设备除外；

（五）坐落在蓄洪区、行洪区，或在江河岸边、低洼地区以及防洪堤以外当地常年警戒水位线以下的家庭财产，由于洪水所造成的一切损失；

（六）保险事故造成的玻璃单独破损，但与玻璃为一体的其他保险标的一并发生损失的情形除外；

（七）本保险合同约定的免赔额或按本保险合同中载明的免赔率计算的免赔额；

（八）其他不属于保险合同责任范围内的损失和费用。

保险金额与免赔额（率）

第九条 本保险合同的保险金额按以下方式确定：

（一）房屋及室内附属设备、室内装潢的保险金额由投保人在投保时与保险人协商确定并在保险单中载明；

（二）室内财产的保险金额由投保人在投保时与保险人协商，分项目确定，并在保险单中载明。如保险单未分项目载明的，则本保险将按照以下比例确定各项室内财产的保险金额：即家具占室内财产保险金额的 30%；衣物、床上用品、鞋帽、箱包及手表等占 30%；家用电器以及文体娱乐用品占 30%；非机动车类代步车辆或工具占 10%。

第十条 每次事故的免赔额（率）由投保人与保险人在订立保险合同时协商确定，并在保险合同中载明。

保险期间

第十一条 本保险合同的保险期间由投保人与保险人协商确定，并在保险单上载明。

保险费

第十二条 本保险合同的保险费由保险人根据保险金额及被保险人具体风险状况等因素确定，并在保险单上载明其金额。

保险人义务

第十三条 订立保险合同时，采用保险人提供的格式条款的，保险人向投保人提供的投保单应当附格式条款，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，保险人在订立保险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。

第十四条 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。

第十五条 保险人依据本保险条款相关约定所取得的保险合同解除权，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。自保险合同成立之日起超过二年的，保险人不得解除保险合同；发生保险事故的，保险人承担赔偿责任。

保险人在保险合同订立时已经知道投保人未如实告知的情况的，保险人不得解除保险合同；发生保险事故的，保险人应当承担赔偿责任。

第十六条 保险人按照本保险合同的约定，认为被保险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、被保险人补充提供。

第十七条 保险人收到被保险人的赔偿保险金的请求后，应当及时做出是否属于保险责任的核定；情形复杂的，应当在三十日内做出核定，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；对属于保险责任的，在与被保险人达成赔偿保险金的协议后十日内，履行赔偿保险金义务。保险合同对赔偿保险金的期限有约定的，保险人

应当按照约定履行赔偿保险金的义务。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三日内向被保险人发出拒绝赔偿保险金通知书，并说明理由。

第十八条 保险人自收到赔偿保险金的请求和有关证明、资料之日起六十日内，对其赔偿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；保险人最终确定赔偿的数额后，应当支付相应的差额。

投保人、被保险人义务

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，保险人有权解除保险合同。

投保人故意不履行如实告知义务的，保险人对于保险合同解除前发生的保险事故，不承担赔偿保险金的责任，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，保险人对于保险合同解除前发生的保险事故，不承担赔偿保险金的责任，但应当退还保险费。

第二十条 投保人应按保险合同的约定缴纳保险费。

本保险合同约定一次性交付保险费或对保险费交付方式、交付时间没有约定的，投保人应在保险期间起始日前一次性交付保险费。投保人未按本款约定交付保险费的，对保险费交付前发生的保险事故，保险人不承担保险赔偿责任。

如果发生投保人未按期足额交付保险费或不按约定日期交付第二期或以后任何一期保险费的违约情形，从违约之日起，保险人按保险事故发生前投保人已付保险费占保险单中载明的总保险费的比例承担保险责任。违约情形消除后发生保险事故的，保险人继续按本保险合同的约定承担保险责任。

第二十一条 被保险人应当遵照国家有关消防、安全方面的规定，维护保险标的的安全。

保险人可以对保险标的的安全状况进行检查，向投保人、被保险人提出消除不安全因素和隐患的书面建议，被保险人应该认真付诸实施。

投保人、被保险人未按照约定履行其对保险标的的安全应尽责任的，保险人有权要求增加保险费或者解除保险合同。

第二十二条 保险标的转让的，被保险人或者受让人应当及时通知保险人。

因保险标的转让导致危险程度显著增加的，保险人自收到前款规定的通知之日起三十日内，可以按照保险合同规定增加保险费或者解除保险合同。

被保险人、受让人未履行本条规定的通知义务的，因转让导致保险标的危险程度显著增加而发生的保险事故，保险人不承担赔偿保险金的责任。

第二十三条 在保险合同有效期内，保险标的的危险程度显著增加的，被保险人应当按照保险合同规定及时通知保险人，保险人可以按照保险合同规定增加保险费或者解除保险合同。

被保险人未履行前款规定的通知义务的，因保险标的的危险程度显著增加而发生的保险事故，保险人不承担赔偿保险金的责任。

第二十四条 知道保险事故发生后：

（一）被保险人应尽力采取必要、合理的措施，防止或减少损失，否则，对因此扩大的损失，保险人不承担赔偿责任；

（二）投保人、被保险人应及时通知保险人，并书面说明事故发生的原因、经过和损失情况，涉及违法、犯罪的，应立即向公安部门报案；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，不承担赔偿保险金的责任，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；

（三）被保险人应保护事故现场，允许并且协助保险人进行事故调查。对于拒绝或者妨碍保险人进行事故调查导致无法确定事故原因或核实损失情况的，保险人对无法核实的部分不承担赔偿责任。

第二十五条 被保险人请求赔偿时，应向保险人提供下列证明和资料：

- （一）索赔申请书；
- （二）保险单或保险凭证正本；
- （三）损失清单；
- （四）有关保险标的购置发票、凭证、费用单据及资料；
- （五）有关部门的证明；
- （六）投保人、被保险人所能提供的与确认保险事故的性质、原因、损失程度等有关的其他证明和资料。

被保险人未履行前款约定的索赔材料提供义务，导致保险人无法核实损失情况的，保险人对无法核实的部分不承担赔偿责任。

第二十六条 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。投保人未以书面形式通知的，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，均视为已发送给投保人。

赔偿处理

第二十七条 保险事故发生时，被保险人对保险标的不具有保险利益的，不得向保险人请求赔偿保险金。

第二十八条 保险标的发生保险责任范围内的损失，保险人有权选择按下列方式赔偿：

- （一）货币赔偿：根据受损标的的实际损失和本保险合同的约定，以支付保险金的方式赔偿；
- （二）实物赔偿：保险人以实物替换受损保险标的，该实物应具有保险标的出险前同等的类型、结构、状态和性能；
- （三）实际修复：保险人自行或委托他人修理修复受损标的。

对受损标的在替换或修复过程中，被保险人进行的任何变更、性能增加或改进所产生的额外费用，保险人不负责赔偿。

第二十九条 保险标的发生保险责任范围内的损失时，保险人按照以下约定赔偿：

（一）受损保险标的的不止一项时，应分项计算赔偿。

其中保险标的的保险金额等于或高于出险时实际价值时，保险人按照保险标的的实际损失，在扣除本保险合同约定的免赔额后，计算赔偿，但最高不超过出险时保险标的的实际价值；

保险标的的保险金额低于保险标的出险时实际价值时，保险人按照保险标的的实际损失，在扣除本保险合同约定的免赔额后，在保险标的的保险金额范围内计算赔偿。

（二）保险标的遭受损失后，如果有残余价值，应由双方协商处理。如折归被保险人，由双方协商确定其价值，并在保险赔款中扣除。

（三）被保险人为防止或减少保险标的的损失所支付的必要、合理的施救费用，在该项保险标的的损失赔偿金额以外另行计算。

其中保险标的的保险金额大于或等于其出险时实际价值时，被保险人为防止或减少保险标的的损失所支付的必要的、合理的费用，在保险标的的损失赔偿金额之外另行计算，最高不超过被施救保险标的出险时实际价值；

保险标的的保险金额小于其出险时实际价值时，被保险人为防止或减少保险标的的损失所支付的必要的、合理的费用，在保险标的的损失赔偿金额之外另行计算，最高不超过被施救保险标的的保险金额；

被施救的财产中，含有本保险合同未承保财产的，按被施救保险标的出险时实际价值与全部被施救财产价值的比例分摊施救费用。

第三十条 保险事故发生时，如果存在重复保险，保险人按照本保险合同的相应保险金额与其他保险合同及本保险合同相应保险金额总和的比例承担赔偿责任。

若保险标的的赔偿金额因重复保险的存在而减少时，保险人对于施救费用的赔偿金额也以同样的比例为限。

其他保险人应承担的赔偿金额，本保险人不负责垫付。若被保险人未如实告知导致保险人多支付赔偿金的，保险人有权向被保险人追回多支付的部分。

第三十一条 保险标的在保险期间内发生部分损失，保险人履行赔偿义务后，本保险合同的保险金额自损失发生之日起按保险人的赔偿金额相应减少，保险人不退还保险金额减少部分的保险费。如被保险人请求恢复保险金额，应按原约定的保险费率另行支付恢复部分从投保人请求的恢复日期起至保险期间届满之日止按日比例计算的保险费，由保险人出具批单批注。

第三十二条 发生保险责任范围内的损失，应由有关责任方负责赔偿的，保险人自向被保险人赔偿保险金之日起，在赔偿金额范围内代位行使被保险人对有关责任方请求赔偿的权利，被保险人应当向保险人提供必要的文件和所知道的有关情况。

被保险人已经从有关责任方取得赔偿的，保险人赔偿保险金时，可以相应扣减被保险人已从有关责任方取得的赔偿金额。

保险事故发生后，在保险人未赔偿保险金之前，被保险人放弃对有关责任方请求赔偿权利的，保险人不承担赔偿责任；保险人向被保险人赔偿保险金后，被保险人未经保险人同意放弃对有关责任方请求赔偿权利的，该行为无效；由于被保险人故意或者因重大过失致使保险人不能行使代位请求赔偿的权利的，保险人可以扣减或者要求返还相应的保险金。

第三十三条 保险人受理报案、进行现场查勘、核损定价、参与案件诉讼、向被保险人提供建议等行为，均不构成保险人对赔偿责任的承诺。

第三十四条 被保险人向保险人请求赔偿保险金的诉讼时效期间为二年，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

第三十五条 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且争议发生后未达成仲裁协议的，依法向人民法院起诉。

第三十六条 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，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

第三十七条 投保人和保险人可以协商变更保险合同内容。

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附贴批单，或者投保人和保险人订立变更的书面协议。

第三十八条 投保人可随时书面申请解除本保险合同，投保人退保的，需提交保险单正本、保险费发票。本保险合同自保险人收到投保人的书面申请之日的二十四时起终止。

保险责任开始前，投保人要求解除合同的，保险人扣除 5% 手续费后，将剩余部分的保险费退还投保人；保险责任开始后，投保人要求解除合同的，对保险责任开始之日起至合同解除之日止期间的保险费，保险人按日比例计收，剩余部分退还投保人。

保险人亦可解除本保险合同。保险责任开始前，保险人要求解除合同的，不得向投保人收取手续费并应退还已收取的保险费；保险责任开始后，保险人可提前十五天通知投保人解除合同，对保险责任开始之日起至合同解除之日止期间的保险费，按日比例计收，剩余部分退还投保人。

保险标的发生部分损失的，投保人或保险人按照本条规定解除合同的，保险人仅将保险标的未受损部分的保险费，按照合同约定扣除自保险责任开始之日起至合同解除之日止应收的部分后，退还投保人。

释义

【家庭成员】指与被保险人一起居住、生活的配偶、子女、父母，以及与之有抚养、赡养或者扶养关系的家庭其他成员、近亲属。

【暂居人员】指与被保险人相识的或具有雇佣关系的，且经被保险人同意与其共同居住在保险单载明地址的房屋内，并连续居住超过 5 天的人员。

阳光财产保险股份有限公司

家庭财产保险附加旅行损失综合保险 A 款条款（2015 版）

总则

第一条 在投保阳光财产保险股份有限公司家庭财产类保险（以下简称“主险”）的基础上，投保人可以投保本附加险。主险合同效力终止，本附加险合同效力亦同时终止；主险合同无效，本附加险合同亦无效。本附加险合同未约定事项，以主险合同为准；主险合同与本附加险合同相抵触之处，以本附加险合同为准。凡涉及本附加险合同的约定，均采用书面形式。

第二条 本条款由总则、签证拒签保险、交通工具延误保险、行李延误保险、旅行证件丢失保险、旅行携带财物损失保险、银行卡、支票盗抢保险、已付旅行费用损失保险和通用条款组成。投保人可根据需要任意选择投保，也可以同时投保。

第三条 签证拒签保险、交通工具延误保险、行李延误保险、旅行证件丢失保险、旅行携带财物损失保险、银行卡、支票盗抢保险、已付旅行费用损失保险的约定适用于各自部分，总则和通用条款的约定适用于整个保险合同。保险人在本附加险合同项下承担的保险责任以保险单载明的各项责任或各项保险标的的赔偿限额为限。

第四条 年龄在 80 周岁（含）以下的身体健康，能正常生活、工作和学习的主险的被保险人及其家庭成员可以成为本附加险的被保险人，并在保险单上载明。

具有完全民事行为能力，且对本附加险的被保险人具有保险利益的主险投保人可投保本附加险。

本条款以下正文中出现的“被保险人”、“投保人”均指本附加险的被保险人、投保人。

第二部分 交通工具延误保险

保险责任

第八条 在本附加险保险期间内，如果被保险人在旅行期间因恶劣天气、自然灾害、机械故障、罢工、劫持或怠工，其他空运、航运、陆路运输工人的临时性抗议活动、交通管制（包括航空管制）或经营公司超售的原因，导致其原计划搭乘的营业客运班机、轮船或火车（以下简称“公共交通工具”）延误，且延误连续达到或超过保险单约定的时间的，保险人按照约定，在保险单中载明的本项责任赔偿限额内负责赔偿被保险人在延误期间所发生的以下必要的、合理的费用：

（一） 于原计划搭乘的公共交通工具的经营公司安排的最早替代公共交通工具出发前在出发地或转运地所支付的食宿费用；

（二） 来往于机场、码头或火车站至临时住宿地点的交通费；

（三） 与公共交通工具的经营公司或临时住宿地点联系产生的电话费；

（四） 临时住宿时因行李已交寄托运而购买急需的衣物或其它日用必需品的费用。

第九条 延误时间的计算以下列为准：

（一）自原计划搭乘的公共交通工具的原定到达时间开始计算，直至被保险人搭乘最早便利的替代公共交通工具抵达原计划目的地为止；

（二）若被保险人有连续的接驳公共交通工具，因上述事故而导致不能顺利搭乘计划接驳的公共交通工具的，其等待的时间不再累积计算。

责任免除

第十条 因下列原因造成的旅程延误损失，保险人不承担赔偿责任：

（一）被保险人乘坐公共交通工具所在的经营公司倒闭、破产；

（二）被保险人为该次旅程预订公共交通工具或投保时就已经知道或合理推断应该知道可能发生保险单载明的时间或更长时间延误的，包括但不限于当时已经发生的恶劣天气或自然灾害；

（三）自中华人民共和国境内或港、澳、台地区出发的，在航空公司已明确发布班机延误或取消信息后，仍坚持办理登机手续的情形；

（四）被保险人误乘、漏乘或错乘公共交通工具；

（五）政府的禁令或管制等行政行为或司法行为，但不包括航空管制等交通管制行为；

（六）被保险人未能从原计划搭乘的公共交通工具经营公司处取得旅程延误时间及原因的书面证明的任何损失。

第三部分 行李延误保险

保险责任

第十一条 在本附加险保险期间内，如果被保险人于旅行期间的托运行李在其所乘的公共交通工具抵达预定目的地后，在保险单载明的时间内仍未送抵的，保险人按照约定，在保险单上载明的本项责任的赔偿限额内负责赔偿被保险人在行李延误期间所发生的以下必要的、合理的费用：

（一）因紧急需要购买衣物及其它日用必需品的费用；

（二）为领取行李往返机场、码头或火车站至住宿地点的交通费用；

（三）为领取行李与公共交通工具的经营公司联系产生的电话费。

责任免除

第十二条 下列原因导致的行李延误损失，保险人不承担赔偿责任：

（一）被保险人为该次旅程预订公共交通工具、或托运行李时、或投保时就已经知道或合理推断应该知道可能发生保险单载明的时间或更长时间延误的，包括但不限于当时已经发生的恶劣天气或自然灾害；

（二）政府的禁令或管制等行政行为或司法行为，包括但不限于航空管制等交通管制行为、保险人的托运行李被海关或其他政府部门没收、扣留、隔离、检验或销毁行为。

第十三条 下列情形下发生的损失、费用，保险人不承担赔偿责任：

- （一）行李未办理托运手续；
- （二）被保险人抵达预定目的地后未将行李延误一事通知有关公共交通工具的经营公司，或未取得该经营公司出具的行李延误时间的书面证明；
- （三）非于该次旅行前 3 小时内（含 3 小时）或旅行期间托运的行李延误导致的损失、费用。

第五部分 旅行携带财物损失保险

保险标的

第十六条 本附加险合同可以承保被保险人所有或使用的下列在旅行期间携带的财物（以下简称“保险标的”），投保人可根据需要自主选择投保以下一项或多项，并在保险单中载明：

- （一）被保险人为维持正常旅行而携带的行李箱及置于其内的个人生活必需品；
- （二）旅行纪念品；
- （三）摄影器材；
- （四）手机\笔记本电脑\平板电脑\其他便携式播放器；
- （五）随身携带的个人现金。

保险责任

第十七条 在本附加险保险期间内，被保险人在旅行期间携带的保险标的因下列原因遭受的直接物质损坏或灭失（以下简称“损失”），保险人按本附加险合同的约定在相应的赔偿限额内负责赔偿：

- （一）交通事故、火灾、爆炸；
- （二）地震、火山爆发、海啸，台风、龙卷风、飓风、暴风、暴雨、雷击、洪水、暴雪、冰雹、冰凌、泥石流等恶劣天气或自然灾害及其次生灾害；
- （三）被保险人被盗窃、抢劫或抢夺；但被保险人应于知道或应当知道保险事故发生之时起的二十四小时内（含二十四小时）向保险事故发生地海关、警方或中华人民共和国驻所在国使、领馆或外交部授权的其他机构或有关政府机构报案并领取其出具的保险事故证明文件；
- （四）被保险人被胁持或绑架；但被保险人应于解除胁持或绑架状况后的二十四小时内（含二十四小时）向保险事故发生地海关、警方或中华人民共和国驻所在国使、领馆或外交部授权的其他机构或有关政府机构报案并领取其出具的保险事故证明文件；
- （五）被保险人在旅行期间携带物品（不含现金）交由公共交通工具托运，或寄存于公共交通工具营业场所行李寄存处，或存放、寄存于酒店时遭受的直接物质损坏（不包括灭失），被保险人应当立即向该经营公司或保管方报告，要求其出具对事实的书面说明，并提交给保险人。对于被保险人无法提供该经营公司或保管方出具的书面证明的，保险人不承担赔偿

责任。

责任免除

第十八条 对于下列原因造成的保险标的损失，保险人不负责赔偿：

（一）被保险人保险标的自身缺陷、包装不善、原有破损、或正常的磨损、折旧、发霉、虫蛀、腐烂、侵蚀、老化、光照、加热处理、干燥、染色、更换或因被保险人企图维修、清洗或翻新过程中或空气转变引致的损坏、使用不当、使用有缺陷材料引起的损失和损坏；

（二）被保险人保管不善、缺乏看管、或未尽到看管义务、或被保险人自行遗失、遗忘的保险标的的损失；

（三）被保险人主动滋事、挑衅造成的损失；

（四）保险标的的神秘失踪；

（五）任何原因造成的保险标的的刮损、凹痕、撕裂或污渍，但不影响正常使用的或标的无任何外部物理损坏情况下的机械性或电气性损坏；

（六）跟随、随从被保险人的旅行组织方成员、或旅行同伴行窃导致的保险标的的损失；

（七）政府的禁令或管制等行政行为或司法行为，包括但不限于航空管制等交通管制行为、海关或其他政府机关的没收、扣留、隔离、检疫、征收或销毁行为。

第十九条 对于下列损失、费用，保险人不负责赔偿：

（一）金银、珠宝首饰或饰物、已镶嵌或未经镶嵌的宝石或半宝石、古董、艺术品；

（二）玻璃制品、瓷器、陶具及其他易碎品、易燃、易爆、危险品；

（三）照片、音像制品、电脑软件、图章、文件损失，以及录制于磁带、存储卡、磁盘 CD、DVD 光碟、软件、记忆棒或其他类似设备上的数据及其设备本身的损失；

（四）日用消耗品、动物、植物、食品、家具、眼镜、隐形眼镜、假牙、义肢、助听器、各种自行车、机动车辆（及其附件）、摩托车、船、发动机或其他运输工具；

（五）用于商业活动的物品、样品、邮件、或租赁的设备；

（六）旅行支票、支票、债券或证券、票据、邮票、印花、息票、地契、股票等有价证券，代币卡（包括信用卡）及其他付款工具，旅行证件；

（七）事先已托运的行李、另行邮寄或船运的纪念品或物品的损失；

（八）任何非被保险人旅行携带的保险标的；

（九）走私、非法运输或贸易的物品；

（十）经经营公司、酒店或任何其他责任方修理后能正常运行或恢复其正常功能的物品；

（十一）可以从公共交通工具经营公司、旅行社、酒店或其他保险单获得赔偿的损失；

（十二）因贬值导致的损失。

第八部分 通用条款

责任免除

第二十六条 对于下列原因造成的损失，保险人不负责赔偿：

- （一）投保人、被保险人及其家庭成员的违法犯罪或故意、重大过失行为；
- （二）战争、类似战争行为、恐怖活动、反恐怖活动、军事行为；
- （三）武装冲突、暴动、民众骚乱，其中武装冲突、暴动不适用于本附加险第七部分已付旅行费用损失保险；
- （四）流行疫病爆发，但本款不适用于本附加险第七部分已付旅行费用损失保险；
- （五）任何生物、化学、原子能武器、核辐射、核爆炸、核污染及其他放射性污染；
- （六）保险责任范围以外任何原因造成的损失。

第二十七条 以下损失、费用，保险人不负责赔偿：

- （一）包括罚金、利息等在内的任何间接损失；
- （二）保险单中约定的应由被保险人自行负担的每次事故免赔额或根据本附加险合同约定的免赔率计算的免赔额；
- （三）除保险标的外任何其他财物的损失；
- （四）其他不属于本附加险合同责任范围内的任何损失和费用，保险人不负责赔偿。

赔偿限额与免赔额（率）

第二十八条 各项保险标的或各项保险责任的赔偿限额由投保人和保险人约定并在保险单上分项载明，保险人对每项保险标的或每项保险责任的赔偿金额最高不超过保险单或其他保险凭证中列明的该项保险标的或该项保险责任的赔偿限额。

第二十九条 各项保险标的或各项保险责任的免赔额（率）由投保人与保险人在订立保险合同时协商确定，并在保险合同中载明。

保险期间

第三十条 本附加险的保险期间由投保人与保险人在投保时协商确定，以保险单载明为准，但最长不得超过主险保险期间。

投保人、被保险人义务

第三十一条 被保险人应当遵守国家有关民用航空、交通运输等方面规定，采取合理的预防措施，尽力避免或减少保险事故的发生，维护保险标的的安全。

被保险人在确定旅行与中华人民共和国境内（不包括港、澳、台地区）依法成立的旅行社签订旅行服务合同之前，被保险人应保证其身体状况必须适合旅行且没有任何会导致原定旅程取消的状况。

发生保险事故后，被保险人有义务尽快与旅行社、公共交通工具经营公司或酒店等联系

取消旅行，以将损失降至最低。

投保人、被保险人未按照约定履行其对保险标的的安全应尽责任的，保险人有权要求增加保险费或者解除合同。

第三十二条 被保险人请求赔偿时，应向保险人提供下列证明和资料：

（一）保险金给付申请书；

（二）保险单原件；

（三）被保险人的身份证明；

（四）若被保险人委托他人申请的，还应提供授权委托书原件、委托人和受托人的身份证明等相关证明文件；

（五）投保人、被保险人所能提供的与确认保险事故的性质、原因、损失程度等有关的其他证明和资料。

被保险人未履行本附加险约定的索赔材料提供义务，导致保险人无法核实损失情况的，保险人对无法核实的部分不承担赔偿责任。

第三十三条 根据请求赔偿项目的不同，被保险人索赔时还应向保险人提供如下相应的单证和资料：

（一）签证拒签保险：

1、签证审批机关出具的拒签理由说明和书面证明；

2、被保险人支付给签证审批机关的费用的票据原件和复印件。

（二）交通工具延误保险：

1、被保险人的交通票据原件，包括机票、登机牌、船票、火车票等；

2、公共交通工具经营公司出具的关于延误时间及原因的书面证明；

3、被保险人在交通工具延误期间所支付的必要合理的相关费用的单据及单证。

（三）行李延误保险：

1、被保险人的交通票据原件，包括机票、登机牌、火车票、船票等；

2、经营公司出具的托运行李的手续证明；

3、经营公司出具的关于延误时间及原因的书面证明；

4、被保险人在行李延误期间所支付的必要合理的相关费用的单据原件。

（四）旅行证件丢失保险：

1、重新补办的旅行证件的原件、复印件；

2、补办所支付的必要合理的相关费用单据原件；

3、当地警方的报案证明、回执、保管方出具的事事故书面说明文件。

（五）旅行携带财物损失保险：

- 1、损失的物品清单、物品购买发票原件或其他有效的购货凭证；
- 2、当地警方的报案证明、保管方出具的故事书面说明文件。

（六）银行卡、支票盗抢保险：

- 1、公安机关出具的立案证明及其他相关证明材料；
- 2、发行机构出具的载有丢失、被盗窃、抢劫或抢夺银行卡挂失之前的保险单约定时间内发生的银行卡或支票提款或刷卡记录的对账单。

（七）已付旅行费用损失保险：

- 1、被保险人的旅行交通票据（如机票、车票等）、酒店住宿票据、旅行团行程安排、旅行团费单据等旅行凭证，须提交复印件并提供原件以查验；
- 2、被保险人办理取消旅行手续的证明文件、费用单据原件；
- 3、被保险人或其近亲属因发生保险事故造成身故或住院治疗的，需提供公安局或其认可的医院出具的身故证明或县级及县级以上医院出具的病历、诊断证明等医疗证明；发生家庭财产盗抢保险事故的，需提供当地警方出具的证明；
- 4、病危或身故者与被保险人的关系证明。

赔偿处理

第三十四条 保险事故发生时，被保险人对保险标的不具有保险利益的，不得向保险人请求赔偿保险金。

第三十五条 发生保险责任范围内的损失时，保险人按以下方式计算赔偿：

（一）在保险期间内，各类保险标的或各项保险责任损失应分项分别进行计算，保险人按实际损失扣除免赔额进行赔偿，各类保险标的或各项保险责任最高赔偿金额不得超过保险单中对应所列的各类保险标的或各项保险责任赔偿限额；

（二）保险标的遭受损失后，如果有残余价值，应由双方协商处理。如折归被保险人的，由双方协商确定其价值，并在保险赔款中扣除；

（三）在保险期间内，保险人一次或多次赔偿某类保险标的或某项保险责任的金额达到约定的该类保险标的或该项保险责任的赔偿限额时，该类保险标的或该项保险责任的赔偿责任自动终止。

第三十六条 保险标的被盗窃、抢劫、抢夺后找回且未受损，保险人尚未支付赔款的，保险标的应归还被保险人；保险人已支付赔款的，保险标的应归保险人所有，被保险人如愿意收回该项保险标的，应将其已领取的赔款退还给保险人。

第三十七条 保险事故发生后，投保人或被保险人以伪造、变造的有关证明、资料或者其它证据，编造虚假的事故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保险金的责任。

其它事项

第三十八条 以单次旅程作为保险期间投保本附加险的，保险责任开始后，投保人不得退保。非以单次旅程作为保险期间的，保险责任开始后，投保人要求退保的，参照主险条款

相关约定执行。

第三十八条 本保险责任范围内的费用如涉及外币，均以该费用发生当日中国人民银行公布的相应外汇基准价折算人民币赔付。

释义

1、公共交通工具：指领有有关政府主管部门依法颁发的公共交通营运执照，以收费方式合法载客的轮船、火车、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。

2、替代公共交通工具：指除上述公共交通工具以外，还包括领有相关行政主管部门依法颁发的公共交通营运执照，以收费方式合法载客的轨道列车（包括地铁、轻轨及磁悬浮列车）、公共汽车，长途汽车，出租车（不包括四轮以下机动车），渡船，气垫船，水翼船，有轨电车和任何按固定的路线和时刻表运营的固定机场客车。

3、托运：指被保险人委托自身所乘坐班次的公共交通工具的经营公司同班次运送行李等旅行携带物品的行为。被保险人托运时应出具货物运单（或托运单），以及其他必要的有关证件（如海关、检疫、卫生、纳税），经公共交通工具运营公司受理后，按规定手续起运。

4、托运行李：指被保险人的交由公共交通工具运营公司托运的箱包，包括包装于其内的物品。托运行李须为被保险人合法拥有。

5、旅行证件：包括护照、旅行地通行证、签证、身份证及其他出入境所必备之文件等为完成本次旅行所必需的证件；不包括机票、车票、船票、旅行景点门票或旅行地演出、表演门票等旅行票据。

6、银行卡、支票：是指在中华人民共和国境内（不含港、澳、台地区）依法设立的银行所开户的储蓄卡、信用卡、支票。

7、班机：是指按规定的航线、日期、时刻定期飞行的民用航空飞机。

8、火车：指在铁路上运行、本身装载营业载荷的自推进车辆，是运送旅客和行李包裹的铁路运输工具，具体包括普通客运列车、动车、高铁。

9、延误时间：指公共交通工具延误、取消、或因超额订位致使旅客被拒绝乘坐后，由该公共交通工具经营公司安排的最快改搭公共交通工具到达目的地时间和原定到达时间之间时间差。

10、误乘：指旅客未按规定时间办妥公共交通工具搭乘手续或因旅行证件不符合规定而未能按时搭乘。

11、漏乘：指旅客在公共交通工具始发站办理搭乘手续后或在经停站过站时未搭乘上指定的公共交通工具。

12、错乘：指旅客乘坐了不是客票上列明的班次的公共交通工具。

13、旅行期间：从保险期间起始时间或者被保险人登上前往旅行目的地交通工具时（以较晚者为准）起，至保险期间届满时或被保险人离开旅行目的地返程交通工具时（以先发生者为准）止。

14、证件直接补办费用：指补办证件时应交纳的工本费、登报费、照相费、特快专递费、加急费用以及应向证件签发部门交纳的其它费用。

15、旅行纪念品：游客在旅游过程中购买的商品，但不包括有价证券、票证、邮票、古玩、古币、古书籍、玉石、字画、艺术品、稀有金属等珍贵财物；文件、账册、技术资料、图表、电脑软件及资料，各种磁带、磁盘、移动储存设备、激光盘及其内存储的电子资料，以及其他无法鉴定价值的财产；动物、植物；机动车辆类；房屋等不动产。

16、个人现金：指发生保险事故时，被保险人私人所有的现金，但暂由被保险人保管的投保人或其他人的钱财以及被保险人将用于公务支出的现金、旅行支票或汇票等除外。

17、爆发流行疫病：是指严重影响社会稳定、对人类健康构成重大威胁，需要对其采取紧急处理措施的鼠疫以及传染性非典型性肺炎（以下简称“SARS”）、同时包括人感染高致病性禽流感等新发生的急性传染病和其他不明原因的具有人传染性高致病性疾病，在某地区短时间内（以天、周计算）发病数突然增多，且平均每天发病人数或动物数量在 10 名以上、或平均每周在 100 名以上的情况。

18、家庭成员：是指与主险被保险人一起居住、生活的配偶、子女、父母，以及与之有抚养、赡养或者扶养关系的家庭其他成员、近亲属。

19、近亲属：是指被保险人的配偶、父母、子女、兄弟姐妹、祖父母、外祖父母、孙子女、外孙子女。