

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，应与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， $保险金 = (医疗费用 - 免赔额) \times 赔付比例$

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：

$A = (医疗费用 - 免赔额) \times 赔付比例$

$B = 医疗费用 - 已取得的医疗费用补偿$

若 $A \leq B$ ，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，本附加保险合同终止。

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 本附加保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）被保险人在本附加保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
附加隔离津贴保险（互联网专属）条款
（注册号：C00009331922022010573873）

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）或健康类（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投保人一致。

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 在保险期间内，被保险人因与确诊罹患法定传染病（无论一种或多种）的患者密切接触，或因暴露于法定传染病（无论一种或多种）病原体污染的环境中，而被政府有关部门依法实行集中隔离的，保险人根据本附加险合同约定的每日隔离津贴乘以实际隔离日数（实际隔离日数最长不超过保险单中约定的最长给付日数）给付法定传染病隔离津贴保险金。

责任免除

第六条 因下列情形之一导致被保险人被依法集中隔离的，保险人不承担保险金给付责任：

- （一）投保人、被保险人的任何故意行为；
- （二）被保险人前往或者途径政府部门已公告的法定传染病中高风险等级的区域或者国家；
- （三）被保险人从政府部门已公告的法定传染病中高风险的区域或者国家前往其他区域或者国家；
- （四）被保险人居家隔离或者在其他非政府部门依法指定的场所隔离。

第七条 存在下列情形之一的，保险人不承担保险金给付责任；

- （一）本附加险合同生效前，被保险人已处于集中隔离或居家隔离状态的；
- （二）被保险人隐瞒病情、传染病接触史或故意未按《中华人民共和国传染病防治法》规定接受治疗、隔离。

第八条 应由被保险人自行支付的集中隔离费用，保险人不承担保险金给付责任。

保险金额

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。

保险期间

第十条 本附加险合同的保险期间与主险合同一致，最长不超过一年。

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。

保险金的申请与给付

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) 医疗机构或防疫部门出具的依法隔离证明、依法解除隔离证明；
- (五) 根据当地政府部门发布的隔离文件或新闻公告通知进行依法隔离的，应提供政府部门发布的隔离文件或新闻公告。

释义

【法定传染病】 本附加险合同所指法定传染病应当同时符合以下两个条件：

- (一) 该种疾病为《中华人民共和国传染病防治法》（2013年6月29日中华人民共和国主席令第5号公布）中所列明的疾病；
- (二) 该种疾病以国务院卫生行政部门公布的关于该种疾病的最新定义为准。

其中，甲类传染病是指：鼠疫、霍乱。

本附加险合同承保的法定传染病，可以为一种也可以为多种，具体由投保人和保险人双方约定，并在保险单中载明。

【集中隔离】为保护健康人群免受病源感染，依据中华人民共和国法律、法规等规范性文件的规定，政府有关部门对被保险人所采取的要求被保险人于中华人民共和国境内指定场所进行定期医学观察，从而切断病源与易感者之间的联系的一项强制措施。**但居家隔离不在保障范围。**

【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。