

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 \times （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
旅行意外伤害保险（互联网专属）条款
（注册编号：C00009332312021122841453）

总则

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

第二条 凡年龄在 90 天（含）至 85 周岁（含）之间，身体健康，能正常工作或正常生活，户籍所在地或经常居住地处于中华人民共和国境内（不含港、澳、台地区）的自然人，可作为本保险合同的被保险人。

第三条 具有完全民事行为能力的被保险人本人、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，均可作为本保险合同的投保人。

对于父母为其未成年子女投保的人身保险，在被保险人成年之前，本保险合同与其他保险合同约定的被保险人死亡给付的保险金额总和、被保险人死亡时本保险人与其他保险人实际给付的保险金总和按以下限额执行：

（一）对于被保险人不满 10 周岁的，不得超过人民币 20 万元。

（二）对于被保险人已满 10 周岁但未满 18 周岁的，不得超过人民币 50 万元。

对于投保人为其未成年子女投保以死亡为给付保险金条件的每一份保险合同，以下三项可以不计算在前款规定限额之中：

（一）投保人已交保险费或被保险人死亡时合同的现金价值；对于投资连结保险合同、万能保险合同，该项为投保人已交保险费或被保险人死亡时合同的账户价值。

（二）其他保险合同航空意外死亡保险金额。此处航空意外死亡保险金额是指航空意外伤害保险合同约定的死亡保险金额，或其他人身保险合同约定的航空意外身故责任对应的死亡保险金额。

（三）其他保险合同重大自然灾害意外死亡保险金额。此处重大自然灾害意外死亡保险金额是指重大自然灾害意外伤害保险合同约定的死亡保险金额，或其他人身保险合同约定的重大自然灾害意外身故责任对应的死亡保险金额。

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，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）伤残保险金受益人

除另有约定外，本保险合同的伤残保险金的受益人为被保险人本人。

保险责任

第五条 在本保险合同的保险期间内，被保险人持有效证件旅行期间，因遭受意外伤害事故并以此为直接原因导致身故、伤残的，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

在保险期间内，被保险人持有效证件旅行期间，因遭受意外伤害事故，并自该意外伤害事故发生之日起 180 日内以该事故为直接原因导致身故的，保险人按保险单所载的保险金额给付身故保险金，对该被保险人的保险责任终止。

被保险人因遭受意外伤害事故且自该事故发生之日起下落不明，后经人民法院宣告死亡的，保险人按保险单所载的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）款“伤残保险责任”项下的伤残保险金的，身故保险金应扣除已给付的伤残保险金。

（二）伤残保险责任

在保险期间内，被保险人持有效证件旅行期间因遭受意外伤害事故，并自该事故发生之日起 180 日内以该事故为直接原因造成《人身保险伤残评定标准及代码》（标准编号为 JR/T 0083-2013，简称“《标准》”）所列伤残之一的，**保险人按《标准》中该伤残等级所对应的给付比例乘以保险单所载的保险金额给付伤残保险金。**如自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伤残鉴定，并据此给付伤残保险金。

（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伤残保险金；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伤残，保险人按合并后的伤残程度在《标准》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《标准》中所对应的伤残保险金。

责任免除

第六条 因下列原因造成被保险人身故、伤残的，**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、犯罪活动，包括但不限于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）被保险人因精神类疾病发作而导致的伤害；

（七）被保险人因妊娠、流产、分娩、避孕、不孕不育、节育、药物过敏、整容手术或其他医疗导致的伤害；

（八）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）；

（九）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；

（十）被保险人因任何疾病、食物/药物过敏、食物中毒、中暑、整容手术、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导致的伤害；

（十一）被保险人不服从旅游景区、游乐场馆安全管理规定；

（十二）恐怖活动；

（十三）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。

第七条 被保险人在下列期间遭受伤害导致身故、伤残的，保险人也不承担给付保险金责任：

（一）战争、军事行动、暴乱或武装叛乱期间；

（二）被保险人醉酒或受酒精、毒品、管制药物的影响期间；

（三）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期间；

（四）被保险人作为劳务人员派出境外期间；

（五）被保险人依法被采取行政、刑事强制措施期间、服刑期间、在逃期间；

（六）被保险人参与任何职业、半职业或设有奖金、报酬的体育活动、训练、比赛或表演期间；

（七）被保险人从事武术比赛、摔跤比赛、特技表演、各种车辆表演、赛马、赛车等对抗性、竞技性运动期间；

（八）被保险人参加潜水（含浮潜）、滑水、滑雪等高风险运动期间；

（九）被保险人参加旅游团过程中，自行离开旅行社安排的旅游地点或者乘坐非旅行社安排的交通工具期间；

（十）被保险非因职业原因或器官移植原因人感染艾滋病病毒或患艾滋病期间。

第八条 被保险人在中华人民共和国国家旅游管理部门提醒避免前往、暂勿前往、谨慎前往及其他不宜前往的国家或地区旅行遭受意外伤害导致身故、伤残的，保险人不承担给付保险金责任。

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。

保险金额由投保人、保险人双方约定，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支付保险费。

保险期间

第十条 本保险合同的保险期间由投保人和保险人协商确定，以保险单载明的起讫时间为准。除另有约定外，保险单所载时间为北京时间。

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 1 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 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。

投保人、被保险人义务

第十七条 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。

第十八条 订立保险合同，保险人就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 20 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。

第十九条 投保人住所、通讯地址、电话及电子邮箱等联系方式变更时，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、通讯地址、电话及电子邮箱等联系方式发送的有关通知，均视为已发送给投保人。

第二十条 投保人、被保险人或者保险金受益人知道保险事故发生后，应当及时通知保险人。故意或者因重大过失未及时通知，致使保险事故的性质、原因、损失程度等难以确定的，保险人对无法确定的部分，不承担给付保险金的责任，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，不包括因不可抗力而导致的迟延。

保险金的申请与给付

第二十一条 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）身故保险金申请

1. 保险金给付申请书；

2. 保险单原件及其他保险凭证原件；

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. 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疗机构出具的被保险人死亡证明；如被保险人在境外身故，应提供中华人民共和国驻外使领馆或者事故发生地政府有关机构出具的被保险人死亡证明；若被保险人为宣告死亡，应提供人民法院出具的宣告死亡证明文件；

5. 相关主管部门出具的事故证明文件；事故发生地为境外的，应提供事故发生地中华人民共和国驻外使领馆、办事机构出具的事故证明；

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）伤残保险金申请

1. 保险金给付申请书；

2.保险单原件及其他保险凭证原件；

3.保险金申请人的有效身份证件；

4 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伤残鉴定书；

5.相关主管部门出具的事故证明文件；事故发生地为境外的，应提供事故发生地中华人民共和国驻外使领馆、办事机构出具的事故证明；

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、损失程度等有关的证明和资料。

第二十二条 被保险人或者保险金受益人在未发生保险事故的情况下，谎称发生了保险事故，向保险人提出给付保险金的请求的，保险人有权解除本保险合同，并不退还保险费。

投保人、被保险人故意制造保险事故的，保险人有权解除本保险合同，不承担给付保险金的责任，也不退还保险费。

保险事故发生后，投保人、被保险人或者受益人以伪造、变造的有关证明、资料或者其他证据，编造虚假的事故原因或者夸大损失程度的，保险人对其虚报部分不承担给付保险金的责任。

投保人、被保险人或者保险金受益人有上述行为之一，致使保险人支付保险金或者支出费用的，应当予以退还或者赔偿。

争议处理和法律适用

第二十三条 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，依法向中华人民共和国有管辖权的人民法院起诉。

第二十四条 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

第二十五条 本保险合同成立后，投保人可以书面申请要求解除本保险合同，但保险人已根据本保险合同约定给付保险金的除外。

投保人要求解除本保险合同时，应提供下列证明和材料：

（一）保险单原件及其他保险凭证原件；

（二）解除合同申请书；

（三）投保人的有效身份证件。

投保人要求解除本保险合同的，自保险人接到解除合同申请书之日起，本保险合同效力终止，保险人于接到上述证明和资料之日起 30 日内退还保险单最低现金价值。。

释义

1.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。

2. 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。

3. 境内：指中华人民共和国大陆地区，不包括中华人民共和国的香港、澳门特别行政区、台湾地区。

4. 境外：指中华人民共和国境内以外的其他国家和地区，包括中华人民共和国的香港、澳门特别行政区、台湾地区。

5. 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。

6. 旅行：指因旅游、洽谈公务、探亲访友必须离开被保险人经常居住地或日常工作地的行为。

7. 《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。

8. 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。

9. 恐怖活动：指符合下列情形之一的行为：

(1) 以制造社会恐慌、胁迫国家机关或者国际组织为目的，或以取得经济、种族、民族主义、政治、人种或宗教的利益为目的（无论是否宣布该利益），采取暴力、破坏、恐吓或者其他手段，造成或者意图造成人员伤亡、重大财产损失、公共设施损坏、社会秩序混乱等严重社会危害的行为（抢劫或其他主要为私人利益的犯罪行为，或任何主要起因于受害者与加害者之间先前的私人关系的犯罪行为不应视为恐怖活动）。

(2) 由当地国家政府证实或认定为恐怖分子行为的任何活动。

10. 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) 依照事故发生地所在国家或地区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。

11. 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) 无事故发生地所在国家或地区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。

12.武术比赛：指两人或两人以上对抗性柔道、空手道、跆拳道、散打、拳击等各种拳术及各种使用器械的对抗性比赛。

13.特技：指马术、杂技、驯兽等特殊技能。

14.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。

本条款所指高风险运动包括但不限于潜水（含浮潜），滑水，滑雪，滑冰，驾驶或乘坐滑翔翼、滑翔伞，跳伞，攀岩运动，探险活动，驾驶卡丁车，蹦极，热气球运动，登山，野外生存，轮滑，自行车越野，溯溪，帆船，帆板，皮划艇，滑水，风浪板，水上摩托艇，漂流，无人区徒步穿越等运动。

(1) 潜水：指使用或不使用辅助呼吸器材在江、河、湖、海、水库、运河等水域进行的水下运动，含浮潜、水肺潜水和自由潜水等。

(2) 热气球运动：指乘热气球升空飞行的体育活动。

(3) 攀岩活动：指攀登悬崖、楼宇外墙、人造悬崖、冰崖、冰山等运动。

(4) 探险活动：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。如非固定路线徒步、徒步穿越沙漠或人迹罕至的原始森林等活动。

(5) 登山运动：指在特定要求下，徒手或使用专门装备，从低海拔地形向高海拔山峰进行攀登的一项体育活动。不包括旅游景区内按固定路线进行的健身性质的登山运动。

15.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。

16.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。

17.不可抗力：指不能预见、不能避免并不能克服的客观情况。

18.保险人认可的医疗机构包括境外的医院和境内的医院：

境外的医院：指位于中华人民共和国境外，根据所在国家或地区法律合法成立、运营并符合下列所有标准的机构，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) 拥有合法经营执照及执业许可；

(2) 该医院必须具有系统的、充分的诊断设备，有医师和护士提供全日 24 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。

境内的医院：指中华人民共和国境内（不含港、澳、台地区）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。

19.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。

阳光财产保险股份有限公司

附加旅行医疗费用补偿保险（互联网专属）A 款条款

（注册号：C00009332522022011100601）

第一部分 总则

第一条 合同构成

在投保阳光财产保险股份有限公司旅行意外类（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 被保险人

本附加险合同的被保险人与主险合同的被保险人一致。

第三条 投保人

本附加险合同的投保人与主险合同的投保人一致。

第四条 受益人

除另有约定外，本附加险合同的保险金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。基本部分为意外伤害医疗费用保险金，可选部分为突发急性病医疗费用保险金。

可选部分是在投保人已选择投保基本部分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。

在本附加险合同的保险期间内，被保险人在旅行期间，保险人承担下列保险责任：

（一）基本部分

意外伤害医疗费用保险金

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而支出的符合本保险条款第六条约定的医疗费用，保险人在扣除本附加险合同约定的免赔额后，按本附加险合同约定的给付比例在意外伤害医疗保险金额内赔偿意外伤害医疗保险金。

（二）可选部分

突发急性病医疗费用保险金

被保险人因突发急性病而支出的符合本保险条款第六条约定的医疗费用，保险人在扣除本附加险合同约定的免赔额后，按本附加险合同约定的给付比例在突发急性病医疗保险金额内赔偿突发急性病医疗保险金。

在保险期间内，无论被保险人一次或多次遭受意外伤害事故或突发急性病，保险人均按上述约定给付保险金。当单项保险责任项下累计给付的保险金总额达到保险单所载该被保险人的该单项保险责任的保险金额时，本附加险合同对该被保险人的该项保险责任终止。

第六条 医疗费用

保险人对下列医疗费用承担保险金给付责任：

（一）如意外伤害事故或突发急性病发生在中国境外（包括港、澳、台地区），自意外伤害事故或突发急性病发生之日起 180 日内，被保险人在事故发生地所在国家或地区的医疗机构进行治疗所实际支出的符合本附加险合同约定的合理且必需的医疗费用。

（二）如意外伤害事故或突发急性病发生在中国境内（不包括港、澳、台地区），自意外伤害事故或突发急性病发生之日起 180 日内，被保险人在境内医疗机构进行治疗所发生的符合保险单签发地的基本医疗保险药品目录、诊疗项目目录以及服务设施范围和支付标准的合理且必需的医疗费用。

（三）若被保险人在境外治疗后转回境内继续治疗的，被保险人返回境内后 30 日内（最长不超过自意外伤害事故或突发急性病发生之日起 180 日）在境内医疗机构继续进行治疗所发生的符合保险单签发地的基本医疗保险药品目录、诊疗项目目录以及服务设施范围和支付标准的合理且必需的医疗费用。

第七条 补偿原则和赔付标准

（一）本附加险合同适用医疗费用补偿原则。被保险人同时拥有多份有效的费用补偿型医疗保险保险单的，可以自主决定理赔申请顺序。若被保险人已从其他途径（包括基本医疗保险、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。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。

（二）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。

（三）对于被保险人发生的医疗费用中的牙科治疗费用，保险人仅负责对被保险人因遭受意外伤害事故导致的牙齿伤害，在保险人认可的医疗机构初次就诊支付的合理且必需的紧急牙科治疗费用按照本附加险合同约定承担保险金给付责任，包括医生诊断费、手术费、药费（仅限医生处方中用于减轻疼痛的药品）。

第八条 责任免除

因下列原因导致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、被保险人的任何故意行为；
- （二）因被保险人或其家属不遵守医院规章制度、不配合治疗的行为造成的后果；
- （三）遗传性疾病，先天性疾病，先天性畸形、变形和染色体异常；

（四）被保险人在本附加险合同保险期间开始前已患有的既往症以及由该疾病引发的其他疾病（无论发生在本附加险合同保险期间开始前后）；

（五）被保险人旅行的目的之一是为了进行治疗，或该旅行违背医嘱；

（六）经保险人授权的救援服务机构的医生认为被保险人可以在返回中国境内后进行的非紧急治疗。

下列各项损失、费用，保险人不承担保险金给付责任：

- （一）到达医疗机构前，被保险人未经保险人同意擅自使用或自助选择救助服务所发

生的费用；

（二）被保险人支出的挂号费、护理费、陪住费、取暖费、伙食费、误工费、停尸费、救护车费用、材料费、病历费；

（三）被保险人洗牙、洁齿、验光、矫形、整容、美容、心理咨询、器官移植或修复、安装及购买残疾用具或安装假器官（如轮椅、假肢、助听器、假眼、假牙等）的费用；

（四）被保险人一般身体检查、疗养、静养、心理咨询、心理治疗及康复治疗等非临床治疗性行为的费用；

（五）在境内医疗机构治疗时发生的不符合保险单签发地基本医疗保险药品目录、诊疗项目目录以及服务设施范围和支付标准以外的费用；

（六）本附加险合同约定的免赔额。

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。

第九条 保险金额

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。

投保人和保险人可以分别约定意外伤害医疗费用保险金额和突发急性病医疗费用保险金额，并在保险单中载明。

第十条 免赔额及赔付比例

保险人和投保人可以在本附加险合同项下约定免赔额、给付比例等限制条件，并在保险单中载明。被保险人应自行承担保险单载明的免赔额范围内和给付比例之外的医疗费用。

第十一条 保险费

保险费由投保人在本附加险合同成立时一次交清，投保人未交清保险费的，本附加险合同不生效。

第十二条 保险期间

本附加险合同的保险期间与主险合同的保险期间一致，最长不超过一年。

第三部分 保险金申请与给付

第十三条 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赔偿保险金的责任。

（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）意外事故应提供事故发生地政府相关主管部门出具的事故证明文件；意外伤害事故发生地为境外的，应提供中华人民共和国驻外使领馆、办事机构出具的意外事故证明；

（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、损失程度等有关的证明和资料。

第四部分 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. 突发急性病：指被保险人在保险合同生效之前未曾接受治疗或诊断、亦未出现或存在症状、体征、在旅行期间突然发生的、并且必须立即接受治疗方能避免身体或生命伤害的疾病，**不包括既往疾病、慢性病和慢性病的急性发作、精神病、精神分裂、艾滋病、性传播疾病、遗传性疾病、先天性疾病或缺陷、先天性畸形、牙齿治疗、预防性手术等非必须紧急治疗的手术、器官移植。**

突发急性病包括：（1）高热（成人38.5摄氏度，小儿39摄氏度）；（2）急性腹部疼痛，剧烈呕吐，严重腹泻；（3）休克或者昏迷；（4）高原反应；（5）癫痫发作；（6）严重喘息，呼吸困难；（7）急性胸痛，心力衰竭，严重心律失常；（8）非因意外伤害所导致的突发性眼睛红肿、疼痛或视力障碍；（9）非因意外伤害所导致的出血；（10）急性尿潴留；（11）食物中毒；（12）非药物原因所导致的急性过敏性疾病。

3. 医院/医疗机构：

境外的医院：指位于中华人民共和国境外（含港、澳、台地区），根据所在国家或地区法律合法成立、运营并符合下列全部标准的机构，**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）该医院必须具有系统的、充分的诊断设备，有医师和护士提供全日 24 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。

境内的医院：指中华人民共和国境内（不含港、澳、台地区）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治疗，但急救不受此限制，但在急救情况稳定后，须转入本定义规定的医院治疗。

4. 合理且必需的医疗费用：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。

5. 先天性疾病：指被保险人一出生就具有的疾病（症状或体征）。这些疾病是因人的遗传物质（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。

6. 既往疾病：本附加险合同生效日前被保险人已罹患的，已接受治疗、诊断、会诊或服用处方药物的疾病，或在保险合同生效日前经主治医师诊断或被医生推荐接受医药治疗或医疗意见的疾病，或在本附加险合同生效日前已经出现或存在的明显症状或体征，以普通人医学常识应当知晓罹患的疾病。

7. 原出发地：如被保险人进行旅行的目的地为中华人民共和国境内(不含港、澳、台地区)，则原出发地指被保险人在中华人民共和国境内的户籍所在地或经常居住地；若被保险人进行的旅行目的地为中华人民共和国境外(含港、澳、台地区)，则原出发地指中华人民共和国境内。

8.基本医疗保险：指《中华人民共和国社会保险法》所规定的基本医疗保险，包括城镇职工基本医疗保险、城镇居民基本医疗保险、新型农村合作医疗等政府举办的基本医疗保障项目。

9.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。

10.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

旅行意外伤害保险

附加旅行住院津贴保险 A 款（互联网专属）条款

（注册编号：C00009332522022102708261）

总则

第一条 在投保阳光财产保险股份有限公司旅行意外伤害类保险（互联网专属）（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 在本附加险合同保险期间内，被保险人持有效证件在中华人民共和国境内（不包括香港、澳门特别行政区及台湾地区）或境外（包括香港、澳门特别行政区及台湾地区）旅行期间遭受主险合同保险责任范围内的意外伤害事故或因突发急性病而到医院接受住院治疗的，保险人按照保险单所载的本附加险项下的每日住院津贴给付金额乘以实际住院日数支付住院津贴保险金，保险人给付住院津贴保险金的累计实际住院日数以保险单载明的最长给付日数为限。

责任免除

第六条 因下列原因造成被保险人住院的，保险人不承担住院津贴给付责任：

- （一）既往症，精神病，性传播疾病，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，遗传性疾病，先天性疾病，先天性畸形、变异、染色体异常；
- （二）怀孕、分娩、流产、不孕症、避孕及绝育手术；
- （三）药物过敏或其他医疗行为导致的伤害；
- （四）被保险人因醉酒或受酒精影响而导致的意外伤害事故；
- （五）投保人的故意行为；
- （六）被保险人自伤、自杀，但被保险人自杀时为无民事行为能力人的除外；
- （七）被保险人实施违法、犯罪行为，包括但不限于抗拒依法采取的行政或刑事强制措施。

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）被保险人违背医嘱而进行旅行的；
- （二）被保险人旅行的目的就是寻求或接受医疗的。

保险金额和保险费

第八条 保险金额由投保人与保险人双方约定，并在保险单中载明。保险金额一经确定，保险期间内不得变更。

保险金额是保险人承担住院津贴保险金给付责任的最高限额。

投保人应该按照本附加险合同约定向保险人支付保险费。

保险期间

第九条 本附加险合同的保险期间与主险合同保险期间一致，最长不超过一年。

投保人义务

第十条 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

第十一条 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）保险金申请人的有效身份证件；

（三）医院出具的被保险人的病历记录、诊断书、住院证明、出院小结和结算清单等相关证明文件；

（四）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。

争议处理和法律适用

第十二条 因履行本附加险合同发生的争议，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。

第十三条 与本附加险合同有关的以及履行本附加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）。

释义

1. 住院：指被保险人经符合本附加险合同定义的医院诊断，因临床需要必须正式办理入院手续并入住医院病房进行治疗的行为过程；被保险人须连续留院二十四小时以上且由医院收取病房或床位费用，但不包括入住门（急）诊观察室、家庭病房、联合病房以及其他不合理的住院。

不合理住院：是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，或一日内在院、在床时间不满二十四小时，但遵医嘱到外院接受临时诊疗的不在此限。

2. 医院：

（1）中华人民共和国境外（包括香港、澳门特别行政区及台湾地区）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。

- a. 拥有合法经营执照；
- b. 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；
- c. 有医师和护士提供全日二十四小时的医疗和护理服务。

(2) 中华人民共和国境内（除香港、澳门特别行政区及台湾地区以外的中国地区）的医院：指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治疗，但急救不受此限制，但在急救情况稳定后，须转入本定义规定的医院治疗。

3. 实际住院日数：是指被保险人在医院住院部病房内实际的住院治疗日数，住院满二十四小时为一日。

4. 突发急性病：指被保险人在本附加险合同生效之前未曾接受治疗或诊断、在旅行期间突然发生的、并且必须立即接受治疗方能避免身体或生命伤害的疾病。

5. 既往症：指本附加险合同生效之前被保险人已患有的且已知晓的有关疾病或症状。

6. 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
附加高风险运动意外伤害保险（互联网专属）条款
（注册号：C00009332322022010536211）

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

凡 16 周岁（含）至 65 周岁（含）之间，身体健康的主险合同的被保险人，可作为本附加险合同的被保险人。

第三条

本附加险合同的投保人与主险合同一致。

第四条

本附加险合同身故保险金与残疾保险金的受益人与主险合同一致。

除另有约定外，本附加险合同医疗保险金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。可选部分是在投保人已选择投保基本部分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。

在本附加险合同保险期间内，被保险人因参加非职业性、非竞技性高风险运动遭受意外伤害事故，保险人按照以下约定承担给付保险金的责任。

一、基本部分

（一）身故保险责任

在本附加险合同保险期间内，被保险人因参加非职业性、非竞技性高风险运动遭受意外伤害事故，并自该事故发生之日起 180 日内以该事故为直接原因导致身故的，保险人按保险金额给付身故保险金，对该被保险人的保险责任终止。

被保险人因参加非职业性、非竞技性高风险运动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

在本附加险合同保险期间内，被保险人因参加非职业性、非竞技性高风险运动遭受意外伤害事故，并自该事故发生之日起 180 日内以该事故为直接原因造成《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。

二、可选部分

医疗保险责任

在本附加险合同保险期间内，被保险人因参加非职业性、非竞技性高风险运动遭受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，符合保险单签发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”），保险人按照本附加险合同的约定给付意外伤害医疗保险金。保险人累计给付意外伤害医疗保险金的金额以保险单所载的意外伤害医疗保险金额为限。

至本附加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附加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。

本附加险合同适用医疗费用补偿原则。被保险人同时拥有多份有效的费用补偿型医疗保险的，可以自主决定理赔申请顺序。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个人实际支付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。

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。

责任免除

第六条

下列原因造成被保险人身故、残疾以及支出医疗费用的，**保险人不承担给付保险金责任：**

(一) 被保险人参加训练和比赛的职业性或竞技性高风险运动；

（二）被保险人在未经国家旅游管理部门许可的旅游景点参加任何高风险运动遭受的意外伤害；

（三）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导致的伤害；

（四）不符合保险单签发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。

第七条

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、保险人双方约定，并在保险单中载明。

投保人应该按照合同约定向保险人支付保险费。

保险期间

第九条

本附加险合同保险期间与主险合同保险期间一致，最长不超过一年。

保险金的申请与给付

第十条

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，应提供其它合法有效的材料。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、委托人和受托人的身份证明等相关证明文件。**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；

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. 公安等部门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疗机构出具的被保险人死亡证明；如被保险人因意外伤害事故宣告死亡，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. 公安等部门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或司法鉴定机构出具的被保险人残疾鉴定书；

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、伤害程度有关的证明和资料。

（三）医疗保险金申请

1. 保险金给付申请书；

2. 保险单正本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. 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；

5. 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、伤害程度有关的证明和资料。

释义

1. **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。

2. **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。

3. **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。

4. **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。

5. **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，滑水，滑雪，

滑冰，驾驶或乘坐滑翔翼、滑翔伞，跳伞，攀岩运动，探险活动，武术比赛，摔跤比赛，柔道，空手道，跆拳道，马术，拳击，特技表演，驾驶卡丁车，赛马，赛车，各种车辆表演、蹦极。

6. 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) 该医院必须具有系统的、充分的诊断设备，有医师和护士提供全日 24 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地区。**

7. 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。

8. 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

附加旅行突发急性病身故或全残保险（互联网专属）条款

（注册号：C00009331922022010536271）

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。

投保人不得为无民事行为能力人投保以死亡为给付保险金条件的人身保险。父母为其未成年子女投保本附加险合同的，不受该项限制。

对于父母为其未成年子女投保的人身保险，在被保险人成年之前，本附加险合同与其他保险合同约定的被保险人死亡给付的保险金额总和、被保险人死亡时本保险人与其他保险人实际给付的保险金总和按以下限额执行：

（一）对于被保险人不满 10 周岁的，不得超过人民币 20 万元。

（二）对于被保险人已满 10 周岁但未满 18 周岁的，不得超过人民币 50 万元。

对于投保人为其未成年子女投保以死亡为给付保险金条件的每一份保险合同，以下三项可以不计算在前款规定限额之中：

（一）投保人已交保险费或被保险人死亡时合同的现金价值；对于投资连结保险合同、万能保险合同，该项为投保人已交保险费或被保险人死亡时合同的账户价值。

（二）其他保险合同航空意外死亡保险金额。此处航空意外死亡保险金额是指航空意外伤害保险合同约定的死亡保险金额，或其他人身保险合同约定的航空意外身故责任对应的死亡保险金额。

（三）其他保险合同重大自然灾害意外死亡保险金额。此处重大自然灾害意外死亡保险金额是指重大自然灾害意外伤害保险合同约定的死亡保险金额，或其他人身保险合同约定的重大自然灾害意外身故责任对应的死亡保险金额。

第四条

本附加险合同的受益人包括：

（一）身故保险金受益人

订立本附加险合同时，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，由保险人在本附加险合同上批注。**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）全残保险金受益人

除另有约定外，本附加险合同的全残保险金受益人为被保险人本人。

保险责任

第五条 本附加险合同保险责任包括急性病身故保险金给付与急性病全残保险金给付两项：

（一）急性病身故保险金给付

在本附加险合同保险期间内，被保险人在旅行期间**突发急性病**，并自该疾病发生之日起180日内以该急性病为直接原因导致身故的，保险人按本附加险合同所载的保险金额给付急性病身故保险金，本附加险合同随即终止。

（二）急性病全残保险金给付

在本附加险合同保险期间内，被保险人在旅行期间突发急性病，并自该疾病发生之日起180日内以该急性病为直接原因造成《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》”中所列1级伤残的，保险人按照本附加险合同所载的保险金额给付全残保险金，本附加险合同随即终止。

责任免除

第六条

存在下列情形，或因下列原因导致被保险人身故或全残的，保险人不承担保险金给付责任：

- （一）投保人的故意行为；
- （二）被保险人醉酒，服用、吸食或注射毒品或未经注册医师处方的麻醉剂或药物；
- （三）被保险人违背医嘱而进行旅行；

- （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）被保险人的既往症（或其并发症）、慢性病和慢性病的急性发作；
- （六）药物过敏或其他医疗行为导致突发急性病；
- （七）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；
- （八）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、感染艾滋病病毒或患艾滋病、患性传播疾病、法定传染病；
- （九）被保险人患精神类疾病，包括但不限于精神分裂症、抑郁症、厌食症、失眠症；
- （十）被保险人因意外伤害事故导致身故或全残；
- （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）被保险人旅行是以寻求或接受治疗疾病为目的；
- （十三）被保险人开始旅行的时候已经知道如果旅程按计划进行其必须出于医学原因接受由医生要求的医学治疗或其他治疗（如透析）。

第七条

被保险人在下列期间突发急性病导致身故或全残的，保险人也不承担给付保险金责任：

- （一）被保险人从事违法、犯罪活动期间或在逃期间；
- （二）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；
- （三）非旅行期间；
- （四）战争、军事行动、暴乱、恐怖活动或武装叛乱期间。

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由投保人与保险人双方约定，并在保险单中载明；

投保人应按照合同约定向保险人支付保险费。

保险期间

第十条

本附加险合同保险期间与主险合同保险期间一致，最长不超过 1 年。

保险人义务

第十一条

订立本附加险合同时，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，保险人在订立本附加险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

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**。

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，本保附加险合同不生效。

第十八条

订立本附加险合同，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。

第十九条

被保险人前往境外旅行的，应当在出境前根据国家相关法律法规进行预防接种，办理相关证明。

第二十条

投保人、被保险人或者保险金受益人知道保险事故发生后，应当及时通知保险人。**故意或者因重大过失未及时通知，致使保险事故的性质、原因、损失程度等难以确定的，保险人对无法确定的部分，不承担给付保险金责任，但保险人通过其他途径已经及时知道或者应当及时知道保险事故发生的除外。**

上述约定，不包括因**不可抗力**而导致的迟延。

保险金的申请与给付

第二十一条

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。**

保险金申请人填写保险金给付申请书，并凭下列证明和资料向保险人申请给付保险金：

- （一）保险单原件或其他保险凭证原件；
- （二）保险金申请人的有效身份证件；身故保险金作为被保险人遗产时，保险金申请人应提供可证明合法继承权的相关权利文件；
- （三）被保险人死亡的，提供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疗机构出具的被保险人突发急性病死亡的证明及公安部门出具的被保险人的户籍注销证明；
- （四）被保险人全残的，应提供二级以上（含二级）或保险人认可的医疗机构或司法鉴定机构出具的残疾鉴定诊断书；
- （五）保险金申请人所能提供的其他与确认保险事故的性质、原因等有关的证明和资料。

释义

1. **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。

2. **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。

3. **突发急性病：**指被保险人在本附加险合同生效之前未曾接受治疗或诊断、在旅行期间突然发生的、并且必须立即接受治疗方能避免身体或生命损害的疾病，**不包括既往症、慢性病、精神病、精神分裂、艾滋病、性传播疾病、遗传性疾病、先天性疾病或缺陷、先天性畸形、牙齿治疗（但因意外伤害事故导致的必须进行的牙科门诊治疗不在此限）、预防性手术等非必须紧急治疗的手术、器官移植。**

4. 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。

5. 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。

6. **武术比赛：**指两人或两人以上对抗性柔道、空手道、跆拳道、散打、拳击等各种拳术及各种使用器械的对抗性比赛。

7. **特技：**指马术、杂技、驯兽等特殊技能。

8. **既往症：**指被保险人在本附加险合同生效日之前所患的已知或应该知道的疾病，或虽为本附加险合同生效后确诊的疾病，但根据相关诊治资料说明或在医学上判定无法在本附加险合同生效日后的短期内形成的疾病或症状。

9. **并发症：**指在某种原发疾病或情况发展进程中发生的、由于原发疾病或情况、或其他独立原因所导致的继发疾病或情况。

10. **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。

11. 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。

12. 性传播疾病：发生在生殖器官的内源性或外源性通过性行为或非性行为传播的传播性疾病。

13. 法定传染病：指《中华人民共和国传染病防治法》规定的传染病。

14. 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。

15. 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

附加境内旅行紧急救援保险（互联网专属）条款

（注册号：C00009331922021122327323）

总则

第一条 在投保阳光财产保险股份有限公司境内旅行意外伤害类（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 本合同的受益人由投保人或被保险人指定，投保人指定受益人时须经被保险人同意。被保险人为无民事行为能力人或者限制民事行为能力人的，应为其监护人指定受益人。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。

保险责任

第五条 本附加险合同的保险责任为紧急救援保险责任。对被保险人通过保险人授权的救援机构（以下简称“救援机构”）接受紧急救援服务而支付的合理且必需的相关费用，保险人在紧急救援保险金额内给付紧急救援保险金，该保险责任共包括六项具体的保险责任，投保人可以根据被保险人的实际需求选择一项或多项责任投保，组成本附加险合同项下的紧急救援保险责任，并在保险单中载明。

在保险期间内，被保险人在中国境内旅行（不含港、澳、台地区，离开其居住地 100 公里以外）期间遭受主险合同约定的**意外伤害事故或突发急性病**需要医疗紧急救援或发生本附加险合同约定的其他情形时，由保险人根据投保人所选择投保紧急救援保险责任，通过救援机构为被保险人提供紧急救援服务，对被保险人在接受紧急救援服务中支付的合理且必需的相关费用，保险人在各项保险责任对应的保险金额内给付紧急救援保险金。

（一）紧急医疗转运和送返

在保险期间内，被保险人在中国境内旅行期间遭受主险合同约定的意外伤害事故或突发急性病或发生本附加险合同约定的其他情形需要医疗紧急救援时，救援机构从医疗角度认定为有运送必要的，则将该被保险人运送至当地或其他就近地区符合治疗条件的**医疗机构**；经救援机构从医疗角度认定为有运返必要，则将该被保险人运返至其合法有效证件所载的住所地或经常居住地继续接受治疗，对于实际发生的运送和运返费用，保险人在本项保险责任对应的保险金额内承担。

救援机构根据该被保险人身体状况或治疗需要，并参考**医生**建议，有权决定运送和运返手段和目的地。运送和运返手段包括配备专业医生、**护士**和必要的运输工具。运输工具可能包括空中救护机、救护车、普通民航班机、火车或其他适合的运输工具。在此情况下，保险人及救援机构将尽量使用被保险人原先购买的返程票，返程票失效的，保险人及授权救援机构将收回处理。

运送和运返费用包括救援机构安排的运输、运输途中医疗护理及医疗设备和用品之费用。

运送和运返所需的费用经保险人核实确认后直接支付给救援机构, **保险人承担的费用总数最高以保险单中所载的本项保险责任对应的保险金额为限。倘若实际发生的费用超出该保险金额的, 则超出部分的费用由被保险人负责支付。**

被保险人遭受主险合同约定的意外伤害事故或突发急性病或发生本附加险合同约定的其他情形的, 如被保险人需要医疗紧急救援的, 应立即通知救援机构。**倘若在紧急情况下, 该被保险人无法立即通知救援机构, 则被保险人应于保险事故发生后 3 日内通知救援机构。保险事故发生后 3 日内, 被保险人未通知救援机构的, 产生的救援费用将由被保险人自行承担。**

(二) 身故遗体/骨灰送返或就地安葬

在保险期间内, 被保险人在中国境内旅行期间遭受主险合同约定的意外伤害事故或突发急性病或发生本附加险合同约定的其他情形, 并以此为直接原因导致被保险人身故, 救援机构在本附加险合同约定的相应保险金额内, 将按照被保险人的遗愿或者其亲属的愿望提供以下服务, 救援机构提供以下服务所产生的费用, 保险人在本项保险责任对应的保险金额内承担:

1. 遗体/骨灰转运回居住地

(1) 遗体转运回中国境内的住所地或经常居住地:

救援机构将安排正常航班把被保险人的遗体从事发地运至其合法有效证件所载的中国境内居住地或经常居住地。保险人将承担救援机构所发生的符合当地国家航空运输标准的棺木的费用、一切相关必要手续费及正常的航空运输费用, **但不会承担其他费用, 例如: 告别礼厅、宗教仪式或非必要的手续开支。**

(2) 事故发生地当地火葬及骨灰转送回中国境内的住所地或经常居住地:

若根据被保险人遗愿或者其亲属选择在事故发生地火葬的, 保险人负责承担由救援机构安排的被保险人遗体在事故发生地的火葬费和将骨灰运回其合法有效证件所载的中国境内的住所地或经常居住地所产生的运送费用(正常航班经济舱费用)以及骨灰盒费用, **但保险人将不会承担其他费用, 例如: 告别礼厅、宗教仪式或非必要手续的开支。**其中, 保险人对骨灰盒费用承担的赔偿金额以事故发生地殡仪部门标准类型费用为限。

(3) 对非中国国籍的被保险人在中国境内旅行期间遭受主险合同约定的意外伤害事故或突发急性病或发生本附加险合同约定的其他情形, 并以此为直接原因导致被保险人身故时, 援助机构可应被保险人遗愿或被保险人亲属的意愿, 将被保险人遗体或骨灰运送回国的目的地可改为被保险人国籍所在地, 保险人参照本条“事故发生地火葬及骨灰转送回中国境内的住所地或经常居住地”的约定负责承担救援机构因此产生的运送费用(正常航班经济舱费用)以及骨灰盒费用。

2. 就地安葬

救援机构可以按照被保险人遗愿或被保险人亲属的愿望, 协助安排将被保险人的遗体/骨灰就地安葬, 保险人负责承担由此所产生的费用。

(三) 亲属紧急探访

在保险期间内, 被保险人在中国境内旅行期间, 因遭受意外伤害或突发急性病或发生本附加险合同约定的其他情形需在医疗机构住院治疗, 经保险人委托的救援机构的授权医生与主治医生共同认定被保险人在事发当地的预计住院时间超过 10 日(不含 10 日), 根据被保险人的要求, 救援机构将协助安排该被保险人的一名成年直系亲属可以前往被保险人住院地点探视, 保险人在本项保险责任对应的保险金额内负责承担该亲属往返经济舱位机票或船票或车票的票款及合理的住宿费用, 以本附加险合同约定的相应的保险金额为限, 超出的部分由被保险人自行承担。

（四）亲属处理后事

在保险期间内，被保险人在中国境内旅行期间因遭受意外伤害或突发急性病或发生本附加合同约定的其他情形导致身故的，若当时未有亲属与被保险人同行，且有关后事需由亲属前往当地直接处理，救援机构可安排一位被保险人的成年近亲属前往事发地处理后事，保险人在本项保险责任对应的保险金额内负责承担该亲属往返经济舱位机票或船票或车票的票款及合理的住宿费用，以本附加合同约定的相应的保险金额为限，超出的部分由被保险人或其近亲属自行承担。

（五）安排未成年子女返回居住地

在保险期间内，被保险人在中国境内旅行期间，因遭受意外伤害事故或突发急性病或发生本附加合同约定的其他情形而导致随行未满十八周岁（含）的未成年子女无人照料，救援机构将协助安排被保险人未成年子女返回其在中国境内住所地或经常居住地，保险人在承担其返回在中国境内住所地或经常居住地所在地市级行政区域的经济舱位单程机票或船票或车票的票款，必要时救援机构还可安排护送人员随行，保险人承担相应费用，保险人以本项保险责任对应的保险金额为限承担前述费用，超出的部分由被保险人自行承担。

（六）住院期间医疗费用的担保或垫付

在保险期间内，当被保险人在中国境内旅行期间因遭受意外伤害事故或突发急性病或发生本附加合同约定的其他情形需要住院治疗时，如果被保险人持有的旅行保险合同涵盖了因该意外伤害事故或突发急性病导致的住院医疗费用补偿责任，救援机构在接到保险人的授权后，将在授权的保险金额范围内，为客户安排住院医疗费用担保或垫付服务。

第六条 行政支援服务

被保险人在中国境内旅行期间因遭受意外伤害事故或突发急性病需要行政方面的紧急援助时，由保险人通过救援机构为被保险人提供行政支援服务，所产生的费用均由被保险人自行承担，**保险人不承担任何保险金给付责任：**

（一）医疗机构介绍和建议

在需要就医时，救援机构可以向被保险人提供所在地的医院的名称、医生的姓名、地址和电话，被保险人根据自己的需要自主选择医疗机构就医。如被保险人有需要，将为其安排预约。

（二）协助安排就医

被保险人在境内旅行期间如遇紧急医疗情况时，若其病情需要住院治疗，救援机构将安排被保险人用救护车转移到距事发地最近的所在地医院，并安排其入住该医院。由此产生的费用由被保险人承担。

（三）24 小时援助热线电话及在线医生咨询

被保险人因遭受意外伤害或患急性疾病需要救助时，提供 24 小时救援热线电话服务。

责任免除

第七条 存在下列情形，或因下列原因造成被保险人需要紧急救援与行政支援的，保险人及救援机构不提供相关服务且保险人不负担相关费用：

- （一）主险合同列明的责任免除事项；**
- （二）既往症及其并发症；**
- （三）先天性疾病与先天性畸形、变形或染色体异常；**

- （四）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；
- （五）任何原因导致的牙齿修复或牙齿整形，以及非因意外伤害而进行的牙科治疗或手术；
- （六）非因意外伤害而进行的视力矫正或因矫正视力而作的眼科验光检查；
- （七）一般身体检查、疗养、特别护理或静养、康复性治疗、物理治疗、心理治疗或整容手术；
- （八）被保险人因医疗事故、药物过敏、食物中毒导致的伤害；
- （九）被保险人未遵医嘱，私自使用药物，但按使用说明的规定使用非处方药的除外；
- （十）被保险人患椎间盘突出症（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）；
- （十一）任何违背医嘱进行的旅行，以医疗为目的的旅行；
- （十二）任何因为被保险人职业活动直接导致的意外伤害或疾病；
- （十三）在（但不限于）建筑工地、矿场、油田或者石油及化学工业现场等地进行职业活动；
- （十四）任何因第三方提供服务而被保险人不需负责给付的费用或任何已包含在旅行收费中的费用；
- （十五）搜寻和营救行动造成的费用；
- （十六）任何未经保险人授权的救援机构批准并安排的费用；
- （十七）根据被保险人的主治医生或保险人所委托的救援机构的意见，可以被合理延迟至被保险人返回原出发地后进行而被保险人坚持在当地进行治疗或手术。

保险金额和保险费

第八条 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交付保险费。

释义

1. 旅行

指因旅游、洽谈公务、探亲访友必须离开被保险人住所所在地或受聘单位所在地的行为。中国境内旅行不含香港、澳门特别行政区及台湾地区，离开其居住地 100 公里以外。

2. 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。

3. 医院/医疗机构

是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)设立的主要目的为向受伤者和患病者提供留院治疗和护理服务；
- (3)有合格的医生和护士提供全日二十四小时的医疗和护理服务；
- (4)非主要作为康复医院、诊所、护理、疗养、戒酒、戒毒或类似的医疗机构。

若医疗机构处于中国境内（不包括**香港、澳门特别行政区、台湾地区**），则医院必须是中华人民共和国卫生部医院等级分类中的二级或二级以上的医院或保险人认可的医疗机构。

4. 医生

是指在医疗机构内行医并拥有处方权的医生，并指在被保险人接受诊断、医疗、处方或手术的地区内合法注册且有行医资格的医生，**医生不能为被保险人本人、被保险人的代理人、合伙人、雇员或雇主，或被保险人的家庭成员，如配偶、兄弟、姐妹、父母或子女以及其他具有类似关系的人。**

5. 护士

是指通过正规专业护理课程，获得专业资格证书，并在当地医疗机构供职的专业护理人员。

6. 紧急情况

指被保险人在旅行时因意外伤害或突发急性病所致无法防止且急需外来援助的严重情况。

7. 艾滋病（AIDS）或艾滋病病毒（HIV）

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；如果同时出现了明显临床症状或体征的，为患艾滋病。

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。

9. 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。

10. 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。

11. 既往症

指被保险人在本附加险合同生效之前所患的已知或应该知道的疾病。通常有以下情况：

- （一）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；
- （二）本附加险合同生效前，医生已有明确诊断，长期治疗未间断；

(三) 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;

(四) 本附加险合同生效前, 医生已有明确诊断且已治愈的;

(五) 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。

12. 并发症

指在某种原发疾病或情况发展进程中发生的、由于原发疾病或情况、或其他独立原因所导致的继发疾病或情况。

13. 突发急性病

指被保险人在保险合同生效之前未曾接受治疗或诊断、亦未出现或存在症状、体征、在旅行期间突然发生的、并且必须立即接受治疗方能避免身体或生命伤害的疾病, 不包括既往疾病、慢性病和慢性病的急性发作、精神病、精神分裂、艾滋病、性传播疾病、遗传性疾病、先天性疾病或缺陷、先天性畸形、牙齿治疗、预防性手术等非必须紧急治疗的手术、器官移植。

常见的急性病: (1) 高热 (成人 38.5 摄氏度, 小儿 39 摄氏度); (2) 急性腹部疼痛, 剧烈呕吐, 严重腹泻; (3) 休克或者昏迷; (4) 高原反应; (5) 癫痫发作; (6) 严重喘息, 呼吸困难; (7) 急性胸痛, 心力衰竭, 严重心律失常; (8) 非因意外伤害所导致的, 突发性眼睛红肿、疼痛或视力障碍; (9) 非因意外伤害所导致的出血; (10) 急性尿潴留; (11) 食物中毒; (12) 非药物原因所导致的急性过敏性疾病; (13) 非因意外伤害所导致的, 突发性眼睛红肿、疼痛或视力障碍。

14. 原出发地:

被保险人进行旅行的目的地为中华人民共和国境内(不含香港、澳门特别行政区、台湾地区), 则原出发地指被保险人在中华人民共和国境内的户籍所在地或经常居住地。

阳光财产保险股份有限公司
个人责任保险（2022 版）条款

（注册编号：C00009330912022012513051）

总 则

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

第二条 凡具有完全民事行为能力的自然人，均可作为本合同的投保人、被保险人。

保险责任

第三条 在保险期间内，被保险人因疏忽或过失造成第三者的人身伤亡和/或财产损失，依照中华人民共和国法律（**不包括港、澳、台地区法律**）应由被保险人承担的经济赔偿责任，保险人按照本合同的约定负责赔偿。

第四条 保险事故发生后，被保险人因保险事故而被提起仲裁或者诉讼的，对应由被保险人支付的仲裁或诉讼费用以及事先经保险人书面同意支付的其他必要的、合理的费用（以下简称“法律费用”），保险人按照本合同约定也负责赔偿。

责任免除

第五条 下列原因造成的损失、费用和责任，保险人不负责赔偿：

- （一）被保险人故意、重大过失行为或违法犯罪行为；
- （二）战争、敌对行动、军事行为、武装冲突、恐怖活动、罢工、骚乱、暴动；
- （三）核辐射、核爆炸、核污染及其他放射性污染；
- （四）大气污染、土地污染、水污染及其他各种污染；
- （五）行政行为或司法行为。

第六条 下列损失、费用和责任，保险人不负责赔偿：

（一）被保险人应该承担的合同责任，但无合同存在时仍然应由被保险人承担的经济赔偿责任不在此限；

- （二）被保险人在精神错乱、痴呆状态下所造成的第三者人身伤亡或财产损失；
- （三）被保险人或其家庭成员、雇佣人员的人身伤亡及其所有或管理的财产的损失；

（四）被保险人的职业、职务行为，或为他人提供商业性服务时造成的第三者人身伤亡和财产损失；

（五）被保险人使用各种机动、非机动车辆、船及飞行器造成的第三者人身伤亡和财产损失；

（六）被保险人因其家庭成员、雇佣人员的行为所需承担的任何赔偿责任；

（七）被保险人或其家庭成员所拥有、照管的动物造成的第三者人身伤亡或财产损失；

（八）被保险人侵害他人姓名权、名称权、肖像权、名誉权、荣誉权以及个人隐私所引致的赔偿责任；

（九）被保险人所患传染病的传播导致的第三者人身伤亡；

（十）精神损害赔偿；

（十一）罚款、罚金及惩罚性赔偿；

（十二）间接损失；

（十三）本合同载明的免赔额，或按本合同载明的免赔率计算的免赔额；

（十四）应由机动车交通事故责任强制保险、机动车商业保险负责赔偿的损失、费用和责任；

（十五）被保险人在投保前已经知道或者可以合理预见的索赔情况；

（十六）根据本条款其他部分内容中的相关约定，保险人应不承担或免除保险责任的各种情形下的损失、费用或责任，或保险人有权予以扣除、减少的部分。

第七条 其他不属于本保险责任范围内的损失、费用和责任，保险人不负责赔偿。

赔偿限额与免赔额（率）

第八条 赔偿限额包括每次事故赔偿限额、每人人身伤亡赔偿限额、每人财产损失赔偿限额、累计赔偿限额，由投保人与保险人协商确定，并在保险合同中载明。

第九条 每次事故绝对免赔额（率）由投保人和保险人在签订本合同时协商确定，并在保险合同中载明。

保险期间

第十条 除另有约定外，保险期间为一年，以保险单载明的起讫时间为准。

保险费

第十一条 本合同的保险费由保险人根据每次事故赔偿限额、累计赔偿限额及被保险人的具体风险状况等因素确定，并在保险单中载明其金额。

保险人义务

第十二条 订立本合同时，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本合同的内容。对本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。

第十三条 本合同成立后，保险人应当及时向投保人签发保险单或其他保险凭证。

第十四条 保险人按照保险合同的约定，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。

第十五条 保险人收到被保险人的赔偿保险金的请求后，应当及时作出是否属于保险责任的核定；情形复杂的，应当在三十日内作出核定，但本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。本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。保险人依照前款的规定作出核定后，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发出拒绝赔偿保险金通知书，并说明理由。

第十六条 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。

第十七条 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。

投保人、被保险人义务

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。

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，保险人应当承担赔偿保险金的责任。

第十九条 投保人应当在本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，本合同不生效。

第二十条 在保险期间内，保险标的的危险程度显著增加的，被保险人应当及时通知保

险人，保险人可以增加保险费或解除合同。

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。

第二十一条 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；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，保险人对无法确定或核实部分不承担赔偿责任。

第二十二条 被保险人收到损害赔偿请求时，应立即通知保险人。未经保险人书面同意，被保险人对受害第三者及其代理人作出的任何承诺、拒绝、出价、约定、付款或赔偿，保险人不受其约束。对于被保险人自行承诺或支付的赔偿金额，保险人有权重新核定，不属于本保险责任范围或超出应赔偿限额的，保险人不承担赔偿责任。在处理索赔过程中，保险人有权自行处理由其承担最终赔偿责任的任何索赔案件，被保险人有义务向保险人提供其所能提供的资料和协助。

第二十三条 被保险人获悉可能发生诉讼、仲裁时，应立即以书面形式通知保险人；接到法院传票或其他法律文书后，应将其副本及时送交保险人。保险人有权以被保险人的名义处理有关诉讼或仲裁事宜，被保险人应提供有关文件，并给予必要的协助。

对因未及时提供上述通知或必要协助导致扩大的损失，保险人不承担赔偿责任。

第二十四条 被保险人向保险人申请赔偿时，应向保险人提供下列证明和资料：

（一）索赔申请书；

（二）被保险人的有效身份证件；

（三）保险单或保险凭证正本；

（四）受害第三者向被保险人提出损害赔偿请求的相关材料；

（五）造成第三者人身伤亡的，应提供二级（含）以上医疗机构或保险人认可的医疗机构出具的受害人的病历、诊断证明、医疗费等医疗证明；第三者残疾的，应提供具备相关法律法规要求的伤残鉴定资格的机构出具的伤残程度证明；第三者死亡的，应提供公安机关或二级（含）以上医疗机构出具的死亡证明书；

（六）造成第三者财产损失的，应提供损失清单；

（七）法律费用清单及相关支付凭证；

（八）经保险人认可的赔偿协议书、和解书或调解书，经判决或仲裁的，应提供法院的生效裁判文书或仲裁机构的生效仲裁裁决文书；

（九）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，保险人对无法核实部分不承担赔偿责任。

赔偿处理

第二十五条 保险人的赔偿以下列方式之一确定的被保险人的赔偿责任为基础：

- （一）被保险人和向其提出损害赔偿请求的受害第三者协商并经保险人确认；
- （二）仲裁机构裁决；
- （三）人民法院判决；
- （四）保险人认可的其他方式。

第二十六条 保险人对被保险人给第三者造成的损害，可以依照法律的规定或者本合同的约定，直接向该第三者赔偿保险金。

被保险人给第三者造成损害，被保险人对第三者应负的赔偿责任确定的，根据被保险人的请求，保险人应当直接向该第三者赔偿保险金。被保险人怠于请求的，第三者有权就其应获赔偿部分直接向保险人请求赔偿保险金。

被保险人给第三者造成损害，被保险人未向该第三者赔偿的，保险人不得向被保险人赔偿保险金。

第二十七条 发生保险责任范围内的损失，保险人按以下方式计算赔偿：

（一）对于每次事故造成的损失，保险人在每次事故赔偿限额内计算赔偿，其中对每人人身伤亡的赔偿金额不得超过每人人身伤亡赔偿限额，对每人财产损失的赔偿金额不得超过每人财产损失赔偿限额；

（二）在依据本条第（一）项计算的基础上，保险人在扣除每次事故绝对免赔额或按本合同载明的每次事故绝对免赔率计算的每次事故免赔额后进行赔偿，但对于人身伤亡的赔偿不扣除每次事故免赔额；

（三）保险人对保险期间内多次事故损失的累计赔偿金额不超过累计赔偿限额。

第二十八条 除合同另有约定外，对每次事故法律费用的赔偿金额，保险人在第二十七条计算的赔偿金额以外按本合同的约定另行计算，但保险人每次事故对法律费用的赔偿金额不超过每次事故赔偿限额的 10%，对保险期间内多次事故法律费用的累计赔偿金额不超过累计赔偿限额的 10%。

第二十九条 发生保险事故时，如果存在重复保险，则本保险人按照本合同的累计赔偿限额与其他保险合同及本合同的累计赔偿限额总和的比例承担赔偿责任。

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。

争议处理和法律适用

第三十一条 因履行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后未达成仲裁协议的,依法向中华人民共和国人民法院起诉。

第三十二条 本合同的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

第三十三条 保险责任开始前,投保人要求解除保险合同的,应当向保险人支付相当于保险费 5%的退保手续费,保险人应当退还已收取的保险费;保险人要求解除保险合同的,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,投保人要求解除保险合同的,自通知保险人之日起,保险合同解除,保险人按保险责任开始之日起至合同解除之日止期间与保险期间的日比例计收保险费,并退还剩余部分保险费;保险人要求解除保险合同的,应提前十五日向投保人发出解约通知书,保险人按照保险责任开始之日起至合同解除之日止期间与保险期间的日比例计收保险费,并退还剩余部分保险费。

释义

【重大过失行为】指行为人不但没有遵守法律规范对其的较高要求,甚至连一般人应当注意并能注意的一般标准也未能达到的行为。

阳光财产保险股份有限公司
个人账户资金损失保险（2022 版）条款
(注册号: C00009332112022012183593)

总则

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

第二条 凡以个人名义在中华人民共和国境内（不包括港、澳、台地区）依法设立的银行或经中国人民银行批准依法设立的其他支付机构开立个人账户的自然人，可以作为本合同的被保险人。

第三条 本合同所称的个人账户是指被保险人名下的下列账户：

（一）存折、存单账户；

（二）银行卡账户；

本款所称的银行卡包括以被保险人为**持有人***的借记卡、信用卡，及与其关联的附属卡；

（三）网银账户、手机银行账户；

（四）其他经中国人民银行批准的支付机构账户（包括支付宝、财付通等，以下简称“第三方支付账户”）。

第四条 本合同所承保的个人账户为本合同生效前，被保险人名下所有符合第三条约定的**有效个人账户***。但若投保人与保险人对本合同所承保的个人账户有其他具体约定，并且在保险单中载明具体个人账户类型或明细的，以保险单载明为准。

保险责任

第五条 在保险期间内，因发生下列情形导致本合同承保的被保险人个人账户（以下简称“个人账户”）在被保险人向银行或支付机构完成挂失或冻结操作前的本合同约定时间范围内发生的资金损失，保险人按照本合同的约定负责赔偿：

（一）被保险人的借记卡及信用卡被他人盗刷、复制；

（二）被保险人的借记卡及信用卡被他人于银行柜面及 ATM 机器上盗取或转账；

（三）被保险人的网银账户、手机银行账户或第三方支付账户被他人盗用；

（四）被保险人或其已投保附属卡的持有人在被犯罪分子胁迫的状态下，将个人账户交给他人使用、被迫向第三方账户转账或将个人账户的账号及密码透露给他人。

责任免除

第六条 由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或其附属卡的持有人的故意或违法犯罪行为；

- (二) 被保险人或其附属卡的持有人出租、转借其个人账户；
- (三) 被保险人或其附属卡的持有人的正常的主动转账及主动支取现金的行为；
- (四) 被保险人或其附属卡的持有人轻信他人诈骗信息后的主动转账及主动支取现金的行为、透露个人账户信息（包括但不限于账号、密码、校验码等）行为；
- (五) 被保险人或其附属卡的持有人将本人收到的与个人账户相关的校验码、验证码、动态密码等信息自愿或主动告知第三人；
- (六) 被保险人或其附属卡的持有人在未受到胁迫的情况下，自愿或主动向他人透露个人账户的账号及密码；
- (七) 被保险人向银行或支付机构完成挂失或冻结操作前的非本合同约定时间范围的个人账户的资金损失；
- (八) 被保险人未遵循银行账户及第三方支付账户使用规则。

第七条 下列损失或费用，保险人也不负责赔偿：

- (一) 利息以及透支利息、手续费、滞纳金、超限费*、罚息、罚金、银行卡年费、会员费、补发新卡费等以及任何形式的间接损失或费用；
- (二) 已经由发卡银行、支付机构、受理行承担的任何损失；
- (三) 因制卡、读卡、验卡设备原因造成的损失；
- (四) 个人账户挂失、冻结手续费，重新补办手续费；
- (五) 任何形式的个人账户附加功能的损失；
- (六) 被保险人不能证明是本人名下有效账户的第三方支付账户中的资金损失；
- (七) 在本合同生效后，被保险人新增有效个人账户的损失；
- (八) 本合同约定的免赔额。

第八条 其他不属于本合同保险责任范围内的损失和费用，保险人不负责赔偿。

保险金额与免赔额

第九条 保险金额由投保人与保险人协商确定，并在保险单中载明。

第十条 免赔额由投保人和保险人在投保时协商确定，并在保险单中载明。

保险费

第十一条 本合同的保险费由保险人根据保险金额及被保险人的具体风险状况等因素确定，并在保险单中载明其金额。

保险期间

第十二条 除另有约定外，本合同的保险期间为一年，以保险单载明的起讫时间为准。

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。

第十四条 本合同成立后，保险人应当及时向投保人签发保险单或其他保险凭证。

第十五条 保险人依据本合同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，保险人应当承担赔偿保险金的责任。

第十六条 保险人按照本合同约定，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，应当及时作出是否属于保险责任的核定；情形复杂的，应当在三十日内作出核定，但保险合同另有约定的除外。

保险人应当将核定结果通知被保险人；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。

第十九条 除国家行政机关或司法机关依法要求披露外，保险人对在办理保险业务中所知道的投保人、被保险人的业务和财产情况及个人隐私，负有保密的义务。

第二十条 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，保险人应在一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，应在三个工作日内核定并通知投保人

投保人、被保险人义务

第二十一条 投保人应按本合同的约定支付保险费。

本合同约定一次性支付保险费或对保险费支付方式、支付时间没有约定的，投保人应在保险合同成立时一次性支付保险费。投保人未支付全部保险费，本合同不生效。

本合同约定以分期付款方式支付保险费的，投保人应按期支付各期保险费。投保人未

按约定支付首期保险费的，本合同不生效；未按约定日期支付第二期或以后任何一期保险费的，保险人可以解除保险合同。

第二十二条 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。

第二十三条 被保险人的个人账户仅限于被保险人本人使用；与被保险人信用卡主卡相关联的附属卡仅限于该附属卡的持有人使用。

第二十四条 被保险人应当妥善保管与个人账户相关的信息，加强管理，尽力避免保险事故的发生，维护个人账户资金内的安全。

第二十五条 知道保险事故发生后，被保险人应该：

（一）尽力采取必要、合理的措施，防止或减少损失，包括但不限于立即向银行、支付机构办理挂失、冻结手续或启动必要紧急保护措施并向公安机关报案，否则，对因此扩大的损失，保险人不承担赔偿责任；

（二）应立即通知保险人，并说明事故发生的原因、经过和损失情况；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）允许并且协助保险人进行事故调查。

第二十六条 被保险人请求赔偿时，应向保险人提供下列资料：

（一）索赔申请书；

（二）保险单或保险凭证正本；

（三）被保险人个人账户被盗刷及盗用的交易记录；

（四）有关损失资金的流向记录，例如涉及转账，需提供收款方姓名及账号等信息；

（五）持有人的有效身份证件复印件；

（六）个人账户挂失或冻结时间证明；

（七）公安机关出具的必要证明；

（八）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。

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 发生保险责任范围内的损失，被保险人向保险人提出书面赔偿申请后，满30日未能追回的损失，保险人在约定的保险金额内，根据被保险个人账户内的实际资金损失金额予以赔偿。

保险人对保险期间内发生的一次保险事故的赔偿金额或多次保险事故的累计赔偿金额达到保险单载明的保险金额时，本合同即行终止。

第二十九条 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。

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

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。

争议处理和法律适用

第三十一条 因履行本合同发生的争议，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。

第三十二条 与本合同有关的以及履行本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

第三十三条 保险责任开始前，投保人要求解除保险合同的，应当向保险人支付相当于保险费5%的退保手续费，保险人应当退还已收取的保险费；保险人要求解除保险合同的，不得向投保人收取手续费并应退还已收取的保险费。

除另有约定外，保险责任开始后，投保人要求解除保险合同的，自通知保险人之日起，保险合同解除，保险人按保险责任开始之日起至合同解除之日止期间与保险期间的日比例计收保险费，并退还剩余部分保险费；保险人要求解除保险合同的，应提前

十五日向投保人发出解约通知书,保险人按照保险责任开始之日起至合同解除之日止期间与保险期间的日比例计收保险费,并退还剩余部分保险费。

第三十四条 保险期间内,本合同已承保的被保险人名下的有效个人账户部分销户的,本合同持续有效,保险人不退还任何保险费;但已承保的有效个人账户全部销户的,本合同即行终止,投保人可按照第三十三条的约定办理退保手续。

释义

第三十四条 本合同中使用的下列名词解释如下:

持有人:指以自己的姓名申领并合法持有信用卡、借记卡、第三方支付账户的个人。

超限费:信用卡持有人超过发卡银行批准的信用额度用卡的行为(包括消费、取现等用卡行为)视为超限。中国人民银行规定的超限费收费标准:信用卡持有人超限用卡后,不享受免息还款期和最低还款额待遇。应当支付现金交易额或透支额自银行记账日起,按规定利率计算的透支利息。发卡银行对信用卡持有人超信用额度用卡的行为,应当按超过信用额度部分的5%收取超限费。

有效个人账户:是指符合国家相关法律法规以及银行或第三方支付机构有关规定,合法、有效存在的、在规定有效期内的、已激活可正常使用的个人账户。

阳光财产保险股份有限公司

家庭财产火灾爆炸损失保险（2022 版）条款

（注册编号：C00009332112022050778461）

总则

第一条 本保险合同（以下简称“本合同”）由保险条款、投保单、保险单或其他保险凭证、批单组成。凡涉及本合同的约定，均采用书面形式。

第二条 中华人民共和国境内（不包括港、澳、台地区）的各类法人、非法人组织以及具有完全民事行为能力的自然人，均可作为本合同的投保人。

家庭财产的所有者、管理者，可作为本合同的被保险人。

保险标的

第三条 坐落于保险单载明地址内的下列家庭财产，可作为本合同的保险标的：

（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、固定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，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. 存放在室内的非机动车类代步车辆或工具。

第四条 下列财产经投保人与保险人特别约定，并在本合同中载明的，可作为本合同的保险标的：

（一）存放于保险单载明地址内的非机动农机具、农用工具及存放于室内的粮食及农副产品；

（二）经保险人同意承保的被保险人所有的其他家庭财产。

第五条 下列家庭财产不属于本合同的保险标的：

（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（第四条约定的粮食及农副产品除外）；

（四）用芦席、稻草、油毛毡、麦秆、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）不属于国家房屋建筑结构规定的钢结构，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三条、第四条所列明的家庭财产。

保险责任

第六条 在保险期间内，由于火灾、爆炸造成保险标的的损失，保险人按照本合同约定负责赔偿。

前款原因造成的保险事故发生时，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，保险人按照本合同的约定负责赔偿。

第七条 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（以下简称“施救费用”），保险人按照本合同的约定负责赔偿。

责任免除

第八条 下列原因造成的损失、费用，保险人不负责赔偿：

- （一）地震、海啸、火山爆发及其次生灾害；
- （二）战争、敌对行动、军事行为、武装冲突、恐怖活动、罢工、骚乱、暴动；
- （三）行政行为或司法行为；
- （四）投保人、被保险人及其家庭成员、寄居人员、雇佣人员的故意或重大过失行为。

第九条 下列损失、费用，保险人不负责赔偿：

- （一）保险标的遭受保险事故引起的间接损失；
- （二）家用电器因使用过度、超电压、短路、断路、漏电、自身发热、烘烤等原因所造成自身的损毁；
- （三）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；
- （四）本合同约定的免赔额，或按本合同中约定的免赔率计算的免赔额；

（五）根据本保险条款其他部分内容中的相关约定，保险人应不承担或免除保险责任的各种情形下的损失、费用，或保险人有权予以扣除、减少的部分；

（六）其他不属于本合同保险责任范围内的损失和费用。

保险金额与免赔额（率）

第十条 本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与保险人在订立本合同时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与保险人在订立本合同时协商，分项目确定，并在保险单中载明。如保险单未分项目载明保险金额的，则本合同将按照以下比例确定各项室内财产的保险金额：

1. 家具占室内财产保险金额的30%；
2. 衣物、床上用品、鞋帽、箱包及手表占30%；
3. 家用电器以及文体娱乐用品占30%；
4. 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占10%。

（三）投保人与保险人特别约定并在本合同中载明的保险标的的保险金额由投保人与保险人在订立本合同时协商确定并在保险单中载明。

第十一条 每次事故的免赔额（率）由投保人与保险人在订立本合同时协商确定，并在本合同中载明。

保险期间

第十二条 除另有约定外，保险期间为一年，以保险单载明的起讫时间为准。

保险人义务

第十三条 订立本合同时，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本合同的内容。对本合同中免除保险人责任的条款，保险人在订立本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 保险人按照本合同的约定，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。

第十六条 保险人收到被保险人的赔偿保险金的请求后，应当及时作出是否属于保险责任的核定；情形复杂的，应当在三十日内作出核定，但本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。本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发出拒绝赔偿保险金通知书，并说明理由。

第十七条 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。

第十八条 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，保险人应在一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的核定并通知投保人；如遇复杂情形的，应在三个工作日内核定并通知投保人。

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。

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。

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，保险人应当承担赔偿保险金的责任。

第二十条 投保人应当在本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，本合同不生效。

第二十一条 被保险人应当遵照国家有关消防、安全等方面的规定，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。

保险人可以对被保险人遵守前款约定的情况进行检查，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，投保人、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保险标的的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、受让人未履行本条约定的通知义务的，因转让导致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，被保险人应当及时通知保险人，保险人可以增加保险费或者解除保险合同。

被保险人未履行前款约定的通知义务的，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；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；涉及违法、犯罪的，应立即向公安部门报案；

（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，保险人对无法确定或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）损失清单；

（三）有关保险标的购置发票、凭证、费用单据及资料；

（四）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。

赔偿处理

第二十六条 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。

第二十七条 保险标的发生保险责任范围内的损失，保险人有权选择下列方式赔偿：

（一）货币赔偿：根据受损标的的实际损失和本合同的约定，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。

第二十八条 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。

第二十九条 保险标的发生保险责任范围内的损失，保险人按以下方式计算赔偿：

（一）保险金额等于或高于保险事故发生时保险标的实际价值时，按实际损失计算赔偿，最高不超过保险事故发生时保险标的实际价值；

（二）保险金额低于保险事故发生时保险标的实际价值时，按实际损失计算赔偿，最高不超过保险金额；

（三）若本合同所列保险标的的不止一项时，应分项按照本条约定处理。

第三十条 保险标的的保险金额大于或等于其保险事故发生时的实际价值时，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事故发生时的实际价值。

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，含有本合同未承保财产的，按被施救保险标的的保险事故发生时的实际价值与全部被施救财产价值的比例分摊施救费用。

第三十一条 每次事故保险人的赔偿金额为根据第二十九条约定计算的金额扣除每次事故免赔额或按每次事故免赔率计算的免赔额后的金额。

第三十二条 保险事故发生时，如果存在重复保险，保险人按照本合同的相应保险金额与其他保险合同及本合同相应保险金额总和的比例承担赔偿责任。

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。

第三十三条 保险标的发生部分损失，保险人履行赔偿义务后，本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。如投保人请求恢复至原保险金额，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。

第三十四条 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。

争议处理和法律适用

第三十五条 因履行本合同发生的争议，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，依法向中华人民共和国有管辖权的人民法院起诉。

第三十六条 与本合同有关的以及履行本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，或者由投保人和保险人订立变更的书面协议。

第三十八条 保险责任开始前，投保人要求解除合同的，应当向保险人支付相当于保险费5%的退保手续费，保险人应当退还已收取的保险费；保险人要求解除保险合同的，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，投保人要求解除保险合同的，自通知保险人之日起，保险合同解除，保险人按照保险责任开始之日起至合同解除之日止期间与保险期间的日比例计收保险费，并退还剩余部分保险费；除法律规定及本保险合同另有约定外，保险人不得解除合同，保险人根据法律规定或本保险合同约定，要求解除保险合同的，应提前十五日向投保人发出解约通知书，保险人按照保险责任开始之日起至合同解除之日止期间与保险期间的日比例计收保险费，并退还剩余部分保险费，但根据法律规定保险人解除保险合同可不退还保险费的除外。

第三十九条 本合同全部保险标的均发生全部损失，属于保险责任的，保险人在履行赔偿义务后，本合同终止；不属于保险责任的，本合同终止，保险人按日比例计收自保险责任开始之日起至损失发生之日止期间的保险费，并退还剩余部分保险费。

释义

【火灾】指在时间或空间上失去控制的燃烧所造成的灾害。构成本合同中所指的火灾责任必须同时具备以下三个条件：

1. 有燃烧现象，即有热有光有火焰；
2. 偶然、意外发生的燃烧；
3. 燃烧失去控制并有蔓延扩大的趋势。

因此，仅有燃烧现象并不等于构成本合同中的火灾责任。在生产、生活中有目的用火，如为了防疫而焚毁玷污的衣物，点火烧荒等属正常燃烧，不同于火灾责任。

因烘、烤、烫、烙造成焦糊变质等损失，既无燃烧现象，又无蔓延扩大趋势，也不属于火灾责任。

电机、电器、电气设备因使用过度、超电压、碰线、孤花、漏电、自身发热所造成的本身损毁，不属于火灾责任。

【爆炸】爆炸分物理性爆炸和化学性爆炸。

1. 物理性爆炸：由于液体变为蒸汽或气体膨胀，压力急剧增加并大大超过容器所能承受的极限压力，因而发生爆炸。如锅炉、空气压缩机、压缩气体钢瓶、液化气罐爆炸等。关于锅炉、压力容器爆炸的定义是：锅炉或压力容器在使用中或试压时发生破裂，使压力瞬时降到等于外界大气压力的事故，称为“爆炸事故”。

2. 化学性爆炸：物体在瞬息分解或燃烧时放出大量的热和气体，并以很大的压力向四周扩散的现象。如火药爆炸、可燃性粉尘纤维爆炸、可燃气体爆炸及各种化学物品的爆炸等。

因物体本身的瑕疵，使用损耗或产品质量低劣以及由于容器内部承受“负压”（内压比外压小）造成的损失，不属于爆炸责任。

