

中国大地财产保险股份有限公司

个人意外伤害保险条款

【注册编号：C00001032312021011400362】

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、与本合同有关的其他投保文件、保险单或者其他保险凭证、声明、批注、附贴批单以及其他有效文件构成。凡涉及本合同的约定，均应当采用书面形式。

第二条 投保时年龄在三周岁至七十周岁间（含），身体健康，能正常工作或者正常生活的自然人，可作为本合同的被保险人。

第三条 具有完全民事行为能力的被保险人本人、对被保险人有保险利益的其他人或者组织，可作为本合同的投保人。

第四条 本合同的受益人包括：

（一）意外身故保险金受益人

订立本合同，被保险人或者投保人可指定一人或者数人为意外身故保险金受益人。身故保险金受益人为数人的，应当确定受益顺序和受益份额；未确定受益份额的，各受益人按照相等份额享有受益权。

被保险人死亡后，有下列情形之一的，意外身故保险金作为被保险人的遗产，由保险人依照中华人民共和国有关继承的法律规定履行给付保险金的义务：

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

受益人与被保险人在同一事件中死亡，且不能确定死亡先后顺序的，推定受益人死亡在先。

被保险人或者投保人可以变更意外身故保险金受益人，

但需书面通知保险人，由保险人在本合同上批注或者附贴批单。对因意外身故保险金受益人变更发生的法律纠纷，保险人不承担任何责任。

投保人指定或者变更身故保险金受益人的，应当经被保险人书面同意。

（二）意外伤残保险金受益人

除本合同另有约定外，本合同的意外伤残保险金的受益人为被保险人本人。

保险责任

第五条 在保险期间内，被保险人因遭受意外而身故或者伤残的，保险人按下列约定承担意外伤害保险责任：

（一）意外身故保险责任

被保险人自遭受该意外之日起一百八十日内以该意外为直接、完全原因而身故的，保险人按本合同载明的该被保险人的意外伤害保险金额给付意外身故保险金，同时本合同约定的对该被保险人的保险责任终止。

被保险人因遭受该意外而下落不明，后经法院宣告死亡的，保险人按本合同载明的该被保险人的意外伤害保险金额给付意外身故保险金，同时本合同约定的对该被保险人的保险责任终止。但若该被保险人生还，保险金申请人应当于知道或者应当知道被保险人生还后三十日内退还保险人已给付的意外身故保险金，然后本合同约定的对该被保险人的保险责任应当视为未因该次宣告死亡而终止；保险金申请人未在三十日内退还的，保险人有权追索。

被保险人身故或者被宣告死亡前，保险人根据本合同针对其已给付意外伤残保险金的，意外身故保险金应当扣除已给付金额。

（二）意外伤残保险责任

被保险人自遭受该意外之日起一百八十日内以该意外为直接、完全原因而导致《人身保险伤残评定标准及代码》中所列伤残之一的，保险人按《人身保险伤残评定标准及代码》中与该项伤残对应的给付比例和该被保险人的意外伤害

保险金额的乘积给付意外伤残保险金。若至该意外发生之日起第一百八十日该被保险人的伤残程度仍未完全确定，保险人根据该意外发生之日起第一百八十日该被保险人的身体情况进行伤残鉴定，并据此给付意外伤残保险金。

人身保险伤残程度等级相对应的保险金给付比例分为十档，伤残程度第一级对应的保险金给付比例为100%，伤残程度第十级对应的保险金给付比例为10%，每级相差10%。

保险人根据本合同针对被保险人给付的意外身故保险金和意外伤残保险金累计以其意外伤害保险金额为上限，当达到该限额时，本合同约定的对该被保险人的保险责任终止。

责任免除

第六条 由于下列任何原因造成被保险人身故或者伤残的，保险人不承担给付保险金的责任：

（一）投保前已有的伤害；

（二）投保人的故意行为，被保险人自致伤害、自杀；

（三）被保险人猝死；

（四）被保险人从事违法犯罪活动或者拒捕，因挑衅或者故意行为导致争执、打斗而引发意外或者因此被攻击、被伤害、被杀害；

（五）未遵医嘱而私自服用、涂用或者注射药物，药物过敏，细菌或者病毒感染（意外导致的伤口感染不在此限），医疗事故；

（六）怀孕（含宫外孕）、流产、分娩（含剖腹产）、避孕、绝育手术、治疗不孕症、人工受孕以及由此导致的并发症，但意外所致的流产、分娩不在此限；

（七）从事潜水、跳伞、攀岩、探险、武术比赛、摔跤、特技、赛马、赛车或者蹦极以及其他风险程度类似的高风险活动，竞技性、职业性运动，本合同另有约定的不在此限；

（八）非因意外而下落不明；

（九）任何生物武器、化学武器、核武器，核能装置造成的爆炸、灼伤、污染或者辐射，恐怖活动，邪教组织活动。

第七条 被保险人在下列任何期间遭受意外而致身故或者伤残的，保险人不承担给付保险金的责任：

（一）被保险人醉酒或者受酒精、毒品或者管制药品的影响期间；

（二）被保险人被司法机关采取强制措施期间或者被判入狱期间；

（三）被保险人精神和行为障碍或者癫痫发作期间，感染艾滋病（AIDS）或者感染艾滋病病毒（HIV 阳性）期间；

（四）被保险人酒后驾驶、无有效驾驶证驾驶或者驾驶无有效行驶证的机动车辆期间；

（五）战争、军事行动、暴动或者武装叛乱期间。

第八条 若发生归于本保险条款“责任免除”部分的被保险人身故，本合同约定的对该被保险人的保险责任终止，除“投保人、被保险人的故意行为”造成被保险人身故外，保险人退还相应未到期净保险费。

保险金额和保险费

第九条 被保险人的意外伤害保险金额由投保人与保险人约定，并于本合同中载明。

第十条 保险费由保险人在承保时计算确定。

保险期间

第十一条 保险期间的起讫时间由投保人与保险人约定，并于本合同中载明。

保险人义务

第十二条 保险人同意承保的，应当及时向投保人签发保险单或者其他保险凭证。

第十三条 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，应当及时一次性通知保险金申请人补充提供。

第十四条 保险人收到保险金申请人提供的本保险条款“保险金申请与给付”部分约定的保险金申请证明和资料后，

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。

保险人应当将核定结果通知保险金申请人。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十日内，履行给付保险金的义务；对不属于保险责任的，应当自作出核定之日起三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 保险人自收到保险金申请人提供的本保险条款“保险金申请与给付”部分约定的保险金申请证明和资料之日起六十日内，对其给付保险金的数额不能确定的，应当根据已有证明和资料可以确定的数额先予支付；保险人最终确定给付保险金的数额后，支付相应的差额。

投保人、被保险人义务

第十六条 投保人应当在订立本合同时一次性交清保险费。投保人未按照合同约定交清保险费的，保险人有权解除本合同。

第十七条 订立本合同时，保险人就被保险人的有关情况提出询问的，投保人、被保险人应当如实告知。

投保人、被保险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。自本合同成立之日起超过二年的，保险人不得解除合同；发生保险事故的，保险人应当承担给付保险金的责任。

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

投保人、被保险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，保险人对于本合同解除前发生的保险事故，不承担给付保险金的责任，但退还保险费。

保险人在本合同订立时已经知道投保人、被保险人未如

实告知的情况的，保险人不得解除本合同；发生保险事故的，保险人承担给付保险金的责任。

第十八条 被保险人变更职业或者工种时，投保人或者被保险人应当在变更之日起十日内以书面形式通知保险人。

被保险人变更后的职业或者工种经保险人审核不可继续承保的，保险人在接到通知后追溯自变更之日起解除本合同并退还未满期净保险费。被保险人变更后的职业或者工种经保险人审核可以继续承保的，保险人按照变更之日退还未满期保险费，并按日比例收取与变更后的职业或者工种所对应的保险费。

被保险人变更后的职业或者工种危险性增加且未依前款约定通知保险人，发生保险事故的，保险人按其原交保险费与变更后的职业或者工种所对应保险费的比例给付保险金，但被保险人变更后的职业或者工种经保险人审核不可继续承保的，保险人不承担给付保险金的责任。

第十九条 投保人、被保险人或者保险金申请人知道保险事故发生后，应当及时通知保险人。故意或者因重大过失未及时通知，致使保险事故的性质、原因、损失程度等难以确定的，保险人对无法确定的部分，不承担给付保险金的责任，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不在其限。

上述约定，不包括因不可抗力而导致的迟延。

第二十条 投保人住所或者通讯地址变更时，应当及时以书面形式通知保险人。投保人未及时通知的，保险人按本合同所载的最后住所或者通讯地址发送的有关通知，均视为已发送给投保人。

保险金申请与给付

第二十一条 保险金申请人向保险人申请给付保险金时，应当提交下列证明和资料：

- (一) 保险金给付申请书；
- (二) 保险单或者其他保险凭证、批单；
- (三) 保险金申请人的身份证明，若保险金申请人系受

托申请，还应当提供授权委托书和授权委托人的身份证明；

（四）保险人认可的机构（包括公安部门）出具的意外事故证明；

（五）申请意外身故保险金的，除第（一）至（四）项约定的证明和资料外，还需提供保险人认可的机构（包括公安部门）出具的被保险人身故证明、户籍注销证明。若被保险人为宣告死亡，申请人还须提供法院出具的宣告死亡证明文件；

（六）申请意外伤残保险金的，除第（一）至（四）项约定的证明和资料外，还须提供二级以上（含）医疗机构或者司法鉴定机构根据《人身保险伤残评定标准及代码》出具的伤残程度鉴定诊断书；

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

保险金申请人未能提供有关证明和资料，导致保险人无法核实保险事故的性质、原因、损失程度的，保险人对无法核实部分不承担给付保险金的责任。

第二十二条 被保险人遭受保险事故的，保险人有权对投保人、被保险人、保险金申请人等进行调查和检查，投保人、被保险人、受益人等应当尽量予以配合。

第二十三条 保险金申请人向保险人请求给付保险金的诉讼时效期间为二年，自其知道或者应当知道保险事故发生之日起计算。

保险合同的变更与解除

第二十四条 除本合同另有约定外，经投保人、保险人双方协商同意后，在不违反法律和监管规定的情况下，可变更本合同的有关内容，在本合同保险单或者其他保险凭证上加以批注或者附贴批单后生效，或者由投保人和保险人订立合同变更书面协议后生效。

第二十五条 在本合同成立后，投保人可以书面形式通知保险人解除本合同，但保险人根据本合同约定已给付保险金的除外。

投保人解除本保险合同时，应当提供下列证明和资料：

- （一）解除合同通知书；
- （二）保险单或者其他保险凭证、批单；
- （三）投保人身份证明；
- （四）保险费发票或者收据；
- （五）保险人合理要求的其他有关证明和资料。

本合同的效力至保险人接到解除合同通知书之日二十四时或者通知书上载明的合同终止时间（以较晚者为准）终止。自收到前款约定的证明和资料之日起三十日内，保险人退还相应未到期净保险费。

争议处理与法律适用

第二十六条 因履行本合同发生的争议，由当事人协商解决。协商不成的，提交本合同载明的仲裁机构仲裁；本合同未载明仲裁机构或者争议发生后未达成仲裁协议的，依法向人民法院起诉。

第二十七条 与本合同有关的以及履行本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）。

释义

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。

意外：指外来的、突发的、非本意的、非疾病的使身体受到伤害的客观事件。

《人身保险伤残评定标准及代码》：指由中国保险监督管理委员会发布(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,编号JR/T 0083—2013。

猝死：指表面健康的人因潜在疾病、机能障碍或其他原因在出现症状后较短时间内发生的非暴力性突然死亡。猝死的认定以医院的诊断或公安部门的鉴定为准。

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，过失造成患者人身伤害的事故。

潜水：指以辅助呼吸器材在江、河、湖、海、水库、运河等水域进行的水下活动。

攀岩：指攀登悬崖、楼宇外墙、人造悬崖、冰崖、冰山等运动。

探险：指明知在某种特定的自然条件下有失去生命或者使身体受到伤害的危险，而故意使自己置身其中的行为。如江河漂流、徒步穿越沙漠或者人迹罕至的原始森林等活动。

武术比赛：指两人或者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。

特技：指从事马术、杂技、驯兽等方面的表演、运动或者其他专门活动的特殊技能。

恐怖活动：指恐怖主义性质的下列行为：

（一）组织、策划、准备实施、实施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活动的；

（二）宣扬恐怖主义，煽动实施恐怖活动，或者非法持有宣扬恐怖主义的物品，强制他人在公共场所穿戴宣扬恐怖主义的服饰、标志的；

（三）组织、领导、参加恐怖活动组织的；

（四）为恐怖活动组织、恐怖活动人员、实施恐怖活动或者恐怖活动培训提供信息、资金、物资、劳务、技术、场所等支持、协助、便利的；

（五）其他恐怖活动。

毒品：指中华人民共和国刑法规定的鸦片、海洛因、甲基苯丙胺（冰毒）、吗啡、大麻、可卡因以及国家规定管制的其他能够使人形成瘾癖的麻醉药品和精神药品。

管制药品：指根据《中华人民共和国药品管理法》及有关法规被列为特殊管理的药品，包括麻醉药品、精神药品、毒性药品及放射性药品。

精神和行为障碍：以世界卫生组织颁布的国际疾病分类（ICD）最新版为准。

艾滋病病毒：指人体免疫缺陷病毒，英文简称 HIV。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。

艾滋病：指人体免疫缺陷病毒引起的获得性免疫缺陷综合征，英文简称 AIDS。在感染艾滋病病毒的同时，如果出现了明显临床症状或体征，为患艾滋病。

酒后驾驶：指经检测或者鉴定，发生事故时车辆驾驶人员每百毫升血液中的酒精含量达到或者超过道路交通安全法规规定的标准。

无有效驾驶证驾驶：包括下列任何情形：

1. 无驾驶证驾驶或者持有效期已届满的驾驶证驾驶；
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、剧毒或者放射性物品等危险物品的机动车，实习期内驾驶机动车牵引挂车；
4. 持未按规定审验的驾驶证驾驶，以及驾驶证被暂扣、扣留、吊销或者注销期间驾驶机动车；
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. 在依照法律法规或者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驶机动车。

无有效行驶证：包括下列任何情形：

1. 机动车被依法注销登记；
2. 机动车无公安机关交通管理部门核发的行驶证、号牌，或者临时号牌或者临时移动证；
3. 机动车未在规定检验期限内进行安全技术检验或者检验未通过，未依法按时进行或者通过安全技术检验。

保险金申请人：指受益人、被保险人的继承人或者依法享有保险金请求权的其他人。

不可抗力：指不能预见、不能避免并不能克服的客观情况。

未到期保险费：未到期保险费=保险费×[1-(对该被保险人保险责任已经过日数/该被保险人保险期间日数)]。已经过日数不足一日的，按一日计算。

未到期净保险费：未到期净保险费=未到期保险费×(1-35%)。

中国大地保险附加个人意外伤害医疗保险条款

【注册编号：C00001032522019101513892】

总则

第一条 本附加保险合同（以下简称“本附加合同”）附加于主险合同。凡主险合同内容与本附加合同相关者及本保险条款，均为本附加合同的构成部分。

本保险条款未尽事项，以主险保险条款为准；若主险保险条款与本保险条款内容冲突，则以本保险条款为准。

主险合同效力终止，本附加合同效力亦同时终止。

第二条 本附加合同被保险人、投保人同主险合同。

第三条 除本附加合同另有约定外，本附加合同保险金的受益人为被保险人本人。

保险责任

第四条 在保险期间内，被保险人每次遭受意外并在社会基本医疗保险定点医疗机构治疗由该次意外引致的伤害，由此发生符合当地社会基本医疗保险规定的支/给付范围和标准的、医学必要的医疗费用（以下简称“每次意外合理医疗费用”，其中每次保险事故门、急诊检查费以人民币 300 元为上限，本附加合同另有约定的不在此限），除本附加合同另有约定外，保险人按“(每次意外合理医疗费用-人民币 100 元)×80%”给付意外医疗保险金。

保险期间届满时该被保险人住院治疗仍未结束的，保险人继续承担意外医疗保险责任至其当次住院出院之时或者对应意外发生之日起第一百八十日二十四时（以先发生者为准）止；保险期间届满时该被保险人门诊治疗仍未结束的，保险人继续承担意外医疗保险责任至保险期间届满次日起第十五日二十四时止。

保险人根据本附加合同针对被保险人给付的意外医疗保险金累计以其意外医疗保险金额为上限，当达到该限额时，本附加合同约定的对该被保险人的保险责任终止。

责任免除

第五条 对被保险人发生的下列任何费用，保险人不承担给付保险金的责任：

（一） 因主险合同中列明的责任免除事项而发生的医疗费用或者与主险合同中列明的责任免除事项相关的医疗费用；

（二） 非直接用以治疗意外引致的伤害而发生的费用，对已有伤害的治疗费用；

（三） 不符合当地社会基本医疗保险规定的支/给付范围和标准的医疗费用；

（四） 矫形、洗牙、洁齿、整容、美容、心理咨询、体检、疗养、静养、康复治疗、健康护理、家庭病床治疗费用，修复、安装或者购买残疾用具（包括但不限于特别支架、器材、轮椅、拐杖、义肢、助听器、义牙、义眼、配镜）费用，与购置移植器官、捐献器官、保存和运输器官相关费用，体外医疗装置或者器材费用，试验性治疗费用；

（五） 不必要的转院治疗引发的额外费用；

（六） 医疗费用中依法应当由第三者赔偿的部分，但第三者逃逸、失踪且虽经诉讼无可以执行的财产或者无赔偿能力的不在此限。

保险金额

第六条 被保险人的意外医疗保险金额由投保人与保险人约定，并于本附加合同中载明。

保险期间

第七条 保险期间为一年，具体起讫时间由投保人与保险人约定，并于本附加合同中载明。

保险金的申请与给付

第八条 保险金申请人向保险人申请给付保险金时，应当提交下列证明和资料。保险金申请人因特殊原因不能提供下列证明和资料的，应当提供其他合法、有效的证明和资料。

1. 保险金给付申请书；

2. 保险单或者其他保险凭证、批单；

3. 保险金申请人的身份证明，若保险金申请人系受托申请，还应当提供授权委托书和授权委托人的身份证明；

4. 保险人认可的机构（包括公安部门）出具的意外事故证明；
5. 社会基本医疗保险定点医疗机构出具的医疗费用原始收据及明细、诊断证明、病历、出院证明；
6. 投保人、被保险人或者保险金申请人所能提供的其他与确认事故的性质、原因、损失程度等有关的证明和资料。

保险金申请人未能提供有关证明和资料，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。

第九条 被保险人遭受保险事故的，保险人有权对投保人、被保险人、保险金申请人和有关医疗机构等进行调查和检查，投保人、被保险人、保险金申请人等应当予以充分配合。

第十条 保险金申请人对保险人请求给付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。

医疗费用补偿原则

第十一条 被保险人因每次遭受意外而接受治疗发生医疗费用，保险人针对其给付的保险金以该次意外合理医疗费用扣除被保险人已从社会基本医疗保险、公费医疗、互助保险、除本保险外的其他商业保险、公益慈善机构、第三方责任人等获得的补偿后的余额为上限。

释义

意外：指外来的、突发的、非本意的、非疾病的使身体受到伤害的客观事件。

当地：指签发本附加合同的保险人分支机构所在地。

社会基本医疗保险：指城镇职工基本医疗保险、城乡居民基本医疗保险或者其他类似的社会医疗保险，以被保险人实际参加者为准；被保险人未参加的，每次意外合理医疗费用按照城镇职工基本医疗保险的范围执行。

检查费：指发生的、符合当地社会基本医疗保险规定的支/给付范围和标准的必要的检查、检验、化验和摄片等四项费用。

医疗机构：指拥有合法经营执照，设立的主要目的为向受伤者和患病者提供住院治疗和护理服务而非主要作为康复医院、诊所、护理、疗养、戒酒、戒毒、养老院或类似目的，具有符合所在地有关医院管理规则设置标准的医疗设施，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的机构。

住院：指入住保险人指定或者认可的医疗机构的正式病房，并办理入出院手续，不包括门（急）诊观察室诊疗、家庭病床、挂床住院、其他非正式的病

床住院及不合理住院。被保险人因非医疗目的自行离开病房十二小时以上(含)的, 视为自动出院。

挂床: 指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者一日内住院不满二十四小时。遵医嘱到外院接受临时诊疗的不在此限。

试验性治疗: 指不符合接受医疗所在地医学界认可实践的治疗方法、手段、设备、药品等。

境内: 指中国大陆地区。

境外: 非境内。

保险金申请人: 指受益人或者依法享有保险金请求权的其他人。

中国大地保险附加意外伤害住院补贴医疗保险条款

【注册编号: C00001032522019072200781】

总则

第一条 本附加保险合同(以下简称“本附加合同”)附加于主险合同。凡主险合同内容与本附加合同相关者及本保险条款, 均为本附加合同的构成部分。

本保险条款未尽事项, 以主险保险条款为准; 若主险保险条款与本保险条款内容冲突, 则以本保险条款为准。

主险合同效力终止, 本附加合同效力亦同时终止。

第二条 本附加合同被保险人、投保人同主险合同。

第三条 除本附加合同另有约定外, 本附加合同保险金的受益人为被保险人本人。

保险责任

第四条 在保险期间内, 被保险人遭受意外并直接、完全因该意外而经社会基本医疗保险定点医疗机构的医生诊断必须住院接受治疗的, 除本附加合同另有约定外, 保险人按“(每次实际住院日数-免赔天数 3 天) × 该被保险人意外住院日补贴金额”给付意外住院补贴保险金。若保险期间届满时该被保险人住院治疗仍未结束, 保险人继续承担意外住院补贴保险责任至其当次住院出院之时或者对应意外发生之日起第一百八十日二十四时(以先发生者为准)止。

保险人根据本附加合同针对每一被保险人给付的意外住院补贴保险金的日数累计以一百八十日为上限，当达到该限额时，本附加合同约定的对该被保险人的保险责任终止。

责任免除

第五条 被保险人住院治疗具有下列任何情形的，保险人不承担给付保险金的责任：

（一） 因主险合同中列明的责任免除事项而住院接受治疗，或者住院治疗与主险合同中列明的责任免除事项相关；

（二） 非直接用以治疗由意外引致的伤害而发生的住院治疗，对已有伤害的住院治疗；

（三） 非医学必须的住院，包括但不限于以预防性手术、健康护理、疗养、静养、康复为主要目的的住院医疗行为。

保险金额

第六条 每一被保险人的意外住院日补贴金额由投保人与保险人约定，并于本附加合同中载明。

保险期间

第七条 保险期间为一年，具体起讫时间由投保人与保险人约定，并于本附加险合同中载明。

保险金的申请与给付

第八条 保险金申请人向保险人申请给付保险金时，应当以书面形式提交下列证明和资料。保险金申请人因特殊原因不能提供下列证明和资料的，应当提供其他合法、有效的证明和资料。保险金申请人未能提供有关证明和资料，导致保险人无法核实该申请的真实性的，保险人对无法核实部分不承担给付保险金的责任。

1. 保险金给付申请书；

2. 保险单或者其他保险凭证、批单；
3. 保险金申请人的身份证明、户籍证明，若保险金申请人委托他人申请的，还须提供受托人身份证明、授权委托书；
4. 保险人认可的机构（包括公安部门）出具的意外事故证明；
5. 社会基本医疗保险定点医疗机构出具的出院小结、诊断证明、病历；
6. 投保人、被保险人或者保险金申请人所能提供的其他与确认事故的性质、原因、损失程度等有关的证明和资料。

第九条 被保险人遭受事故的，保险人有权对投保人、被保险人、保险金申请人和有关医疗机构等进行调查和检查，投保人、被保险人、保险金申请人等应当予以充分配合。

第十条 保险金申请人对保险人请求给付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。

释义

意外：指外来的、突发的、非本意的、非疾病的使身体受到伤害的客观事件。

社会基本医疗保险：指城镇职工基本医疗保险、城乡居民基本医疗保险或者其他类似的社会医疗保险，以被保险人实际参加者为准；被保险人未参加的，每次意外合理医疗费用按照城镇职工基本医疗保险的范围执行。

医疗机构：指拥有合法经营执照，设立的主要目的为向受伤者和患病者提供住院治疗和护理服务而非主要作为康复医院、诊所、护理、疗养、戒酒、戒毒、养老院或类似目的，具有符合所在地有关医院管理规则设置标准的医疗设施，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的机构。

住院：指入住保险人社会基本医疗保险定点医疗机构的正式病房，并办理入出院手续，不包括门（急）诊观察室诊疗、家庭病床、挂床住院、其他非正式的病床住院及不合理住院。被保险人因非医疗目的自行离开病房十二小时以上（含）的，视为自动出院。

挂床：指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者一日内住院不满二十四小时。遵医嘱到外院接受临时诊疗的不在此限。

每次实际住院日数：指自入院日至当次住院出院日间经过日数（不含出院当

日), 不包括被保险人在住院治疗期间有擅自离院情形的日数。

境内: 指中国大陆地区。

境外: 非境内。

保险金申请人: 指受益人或者依法享有保险金请求权的其他人。

中国大地保险

附加传染病身故保险条款

【注册编号: C00001031922020021525562】

总则

第一条 本附加保险合同(以下简称“本附加合同”)附加于意外伤害保险、疾病保险、医疗保险等主险合同。

本附加保险条款(以下简称“本附加条款”)未尽事项,以主险保险条款为准;本附加条款与主险保险条款若有内容冲突,则以本附加条款为准。

主险合同效力终止,本附加合同效力亦同时终止。

第二条 本附加合同被保险人、投保人同主险合同。

第三条 订立本附加合同时,被保险人或者投保人可指定一人或者数人为传染病身故保险金受益人,但投保人指定传染病身故保险金受益人时须经被保险人同意。投保人为与其有劳动关系的劳动者投保的,不得指定被保险人及其近亲属以外的人为受益人。

被保险人或者投保人经被保险人同意可以变更传染病身故保险金受益人,但需书面通知保险人,由保险人在本附加合同上批注或者附贴批单。

传染病身故保险金受益人为数人的,应当确定受益顺序和受益份额;未确定受益份额的,各受益人按照相等份额享有受益权。

被保险人死亡后,有下列情形之一的,传染病身故保险金作为被保险人的遗产,由保险人依照《中华人民共和国继承法》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。

保险责任

第四条 在保险期间内，被保险人自本合同生效之日起经过三十日的等待期后（在身体健康的条件下续保的或者本合同另有约定的不在此限）患本附加合同约定的一种或多种传染病，经保险人指定或者认可的医疗机构或当地卫生行政部门指定的传染病定点医疗机构的专科医生确诊，并由其确认该被保险人系因该疾病导致身故的，保险人按本附加合同约定的保险金额给付传染病疾病身故保险金，本附加合同的保险责任终止。

责任免除

第五条 在保险期间开始前或等待期内，被保险人与传染病患者或疑似患者接触而被隔离，在隔离期间患传染病并因该疾病导致身故的，保险人不承担给付保险金责任。

第六条 由于下列任何原因，被保险人发生身故的，保险人不承担给付保险金责任：

- （一）主险合同中列明的责任免除事项；
- （二）被保险人投保前已患传染病或其并发症，或投保前已被医疗机构列为疑似传染病患者；
- （三）被保险人隐瞒病情或故意未按《中华人民共和国传染病防治法》规定接受治疗。

保险金额和保险费

第七条 保险金额由投保人、保险人双方约定并载明于本合同中。

第八条 保险费由保险人在承保时计算确定。

保险金申请与给付

第九条 被保险人遭受保险事故的，保险人有权对投保人、被保险人、受益人和有关医疗机构等进行调查和检查，投保人、被保险人、受益人等应当尽量予以配合。

第十条 保险金申请人向保险人请求给付保险金时，应当提交下列证明和资料：

- （一）保险金给付申请书；
- （二）保险单或者其他保险凭证、批单；
- （三）保险金申请人的身份证明，若保险金申请人系受托申请，还应当提供授权委托书和授权委托人的身份证明；
- （四）医疗机构出具的诊断证明、病历及其他检查等相关医疗证明材料；

(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。

保险金申请人未能提供有关证明和资料，导致保险人无法核实保险事故的性质、原因、损失程度的，保险人对无法核实部分不承担给付保险金的责任。

第十一条 保险金申请人向保险人请求给付保险金的诉讼时效期间为二年，自其知道或者应当知道保险事故发生之日起计算。

释义

传染病：指列入《中华人民共和国传染病防治法》的甲、乙、丙类传染病病种。此外，还包括国务院卫生行政部门决定列入乙类、丙类传染病管理的其他传染病和按照甲类管理开展应急监测报告的其他传染病。

等待期：指自本合同生效日起计算的一段时间，具体天数由保险人和投保人在投保时约定并在本合同上载明。在等待期内发生保险事故的，保险人不承担给付保险金的责任。

保险人指定或者认可的医疗机构：指保险人指定的医疗机构，或者符合下列条件的医疗机构：境内二级以上（含），具有符合有关医院管理规定设置标准的医疗设备，并且提供二十四小时有合格医师及护士的医疗和护理等服务的医疗机构，但不包括境外医院、中外合资医院、民营医院、康复中心、联合诊所、特需（色）门诊、特需病房以及主要为门诊、康复、护理、疗养、戒酒、戒毒或者相类似目的提供服务的医疗机构。

中国大地保险

个人传染病医疗保险条款

【注册编号：C00001032512020021601841】

总则

第一条 本保险合同（以下简称“本合同”）由保险条款、投保单或者其他投保文件、保险单或者其他保险凭证、批单以及其他有关书面约定构成。凡涉及本合同的约定，均应当采用书面形式。

第二条 身体健康、能正常工作或者生活的自然人，可作为本合同的被保险人。

第三条 有完全民事行为能力的被保险人本人或者对被保险人具有保险利益的其他个人或者组织，可作为本合同的投保人。

第四条 除另有约定外，本合同保险金的受益人（以下简称“受益人”）为被保险人本人。

保险责任

第五条 本保险条款分设传染病医疗保险责任、传染病住院津贴保险责任和传染病确诊津贴保险责任，供选择投保。

第六条 传染病医疗保险责任

在保险期间内，被保险人自本合同生效之日起经过三十日的等待期后（在身体健康的条件下续保的或者本合同另有约定的不在此限）初次患本合同约定的一种或多种传染病，经保险人指定或者认可的医疗机构或当地卫生行政部门指定的传染病定点医疗机构的专科医生确诊，并在保险人指定或者认可的医疗机构或当地卫生行政部门指定的传染病定点医疗机构治疗的，由此发生的符合当地社会基本医疗保险规定的支/给付范围和标准的、必要且合理的医疗费用（以下简称“合理医疗费用”），保险人按照本保险条款“保险金计算方法”中的约定计算给付传染病医疗保险金。

保险期间届满时被保险人住院治疗仍未结束的，保险人继续承担保险责任至被保险人该次住院出院之时或者确诊之日起第一百八十日二十四时（以先发生者为准）止；保险期间届满时被保险人门诊治疗仍未结束的，保险人继续承担保险责任至保险期间届满次日起十五日二十四时止。

保险人针对每一被保险人给付的传染病医疗保险金累计以其传染病医疗保险金额为上限，当达到该限额时，本合同约定的对该被保险人的传染病医疗保险责任终止。

第七条 传染病住院津贴保险责任

在保险期间内，被保险人自本合同生效之日起经过三十日的等待期后（在身体健康的条件下续保的或者本合同另有约定的不在此限）初次患本合同约定的一种或多种传染病，经保险人指定或者认可的医疗机构或当地卫生行政部门指定的传染病定点医疗机构的专科医生确诊，并在保险人指定或者认可的医疗机构或当地卫生行政部门指定的传染病定点医疗机构治疗的，保险人按照本保险条款“保险金计算方法”中的约定计算给付传染病住院津贴保险金。保险期间届满时被保险人住院治疗仍未结束的，保险人继续承担保险责任至被保险人该次住院出院之时或者确诊之日起第一百八十日二十四时（以先发生者为准）止

保险人针对每一被保险人给付的传染病住院津贴保险金的日数累计以一百八十日为上限，当达到该限额时，本合同约定的对该被保险人的传染病住院津贴保险责任终止。

第八条 传染病确诊津贴保险责任

在保险期间内，被保险人自本合同生效之日起经过三十日的等待期后（在身体健康的条件下续保的或者本合同另有约定的不在此限）初次患本合同约定的一种或多种传染病，经保险人指定或者认可的医疗机构或当地卫生行政部门指定的传染病定点医疗机构的专科医生确诊的，保险人按照本保险条款“保险金计算方法”中的约定计算给付传染病确诊津贴保险金，本合同约定的对该被保险人的传

染病确诊津贴保险责任终止。

责任免除

第九条 在保险期间开始前或等待期内，被保险人与传染病患者或疑似患者接触而被隔离，在隔离期间确诊患传染病的，保险人不承担给付保险金责任。

第十条 由于下列任何原因，被保险人确诊传染病的，保险人不承担给付保险金责任：

- (一) 投保人或者被保险人的故意行为；
- (二) 被保险人投保前已患传染病或其并发症，或投保前已被医疗机构列为疑似传染病患者；
- (三) 被保险人未遵医嘱，私自服用、涂用、注射药物；
- (四) 非医学必须的治疗，包括但不限于健康护理、疗养、静养、康复为主要目的的医疗行为。

第十一条 对被保险人发生的下列费用，保险人不承担给付保险金责任：

- (一) 当地社会基本医疗保险或公费医疗管理部门规定的自费项目和药品费用；
- (二) 在非保险人指定或者认可的医疗机构或当地卫生行政部门指定的传染病定点医院进行治疗而发生的医疗费用；
- (三) 不必要的转院治疗引发的额外费用。

保险金额和保险费

第十二条 保险金额由投保人与保险人协商确定，并在本合同中载明。

第十三条 保险费由保险人在承保时计算确定。

保险金计算方法

第十四条 对被保险人属于传染病医疗保险责任范围内的医疗费用，保险人按照如下公式计算给付保险金：

传染病医疗保险金=（每次就诊合理医疗费用-从社会基本医疗保险或公费医疗获得的医疗费用补偿-免赔额）×给付比例。

免赔额具体以保险合同约定的为准。合理的医疗费用扣除从社会基本医疗保险或公费医疗获得的医疗费用补偿后余下的医疗费用（以下简称“有效医疗费用”）大于免赔额时，按照上述公式计算给付保险金；当该次就诊有效医疗

费用小于等于免赔额时，保险人不给付保险金。被保险人从互助保险、除本保险外的其他商业保险、公益慈善机构、第三方责任人等途径（下统称“其他途径”）获得的医疗费用补偿也可用于抵扣免赔额。

若被保险人未以参加社会基本医疗保险或拥有公费医疗的身份就诊并结算医疗费用，则保险人对被保险人的各项责任的给付比例为 60%；其他情况下，给付比例为 100%。

本合同适用医疗费用补偿原则，即被保险人从各个途径（包括从社会基本医疗保险、公费医疗、其他途径以及本保险等途径）获得的医疗费用补偿总额不能超过被保险人实际发生的医疗费用总额。

社保卡个人账户部分的支出视为个人支付，不属于从社会基本医疗保险已获得的医疗费用补偿。

第十五条 保险人对于属于传染病住院津贴保险责任范围内的实际住院日数，按照如下公式计算给付保险金：

传染病住院津贴保险金=（实际住院日数-免赔日数）×传染病住院津贴日补贴金额。

免赔日数具体以保险合同约定的为准。

第十六条 保险人对于属于传染病确诊津贴保险责任范围内的传染病，按照如下公式计算给付保险金：

传染病确诊津贴保险金=传染病确诊津贴保险金额。

在保险期间内，无论被保险人确诊一种传染病还是两种及以上传染病，保险人仅按本合同约定的传染病确诊津贴保险金额给付一次传染病确诊津贴保险金，同时本合同的传染病确诊津贴保险责任终止。

保险期间

第十七条 保险期间为一年，具体起讫时间由投保人与保险人约定，并在本合同中载明。

续保

第十八条 保险期间届满，投保人可向保险人申请续保，订立新的保险合同并交纳保险费。

续保时，保险人有权根据医疗费用水平变化、本保险整体经营状况，调整被保险人在续保时的费率。在投保人接受费率调整的前提下，保险人方可接受续保。

存在下列任何情形的，本保险不接受续保：

- （一） 本保险停售；
- （二） 被保险人身故；

(三) 投保人不如实告知、欺诈等不符合续保条件的情形。

保险期间届满后十五日内，经投保人申请，保险人签发保险单或者其他保险凭证的，视同续保。

保险人义务

第十九条 保险人同意承保的，应当及时向投保人签发保险单或者其他保险凭证。

第二十条 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，应当及时一次性通知保险金申请人补充提供。

第二十一条 保险人收到保险金申请人提供的本保险条款“保险金申请与给付”部分约定的保险金申请证明和资料后，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十日内，履行给付保险金的义务；对不属于保险责任的，应当自作出核定之日起三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。

第二十二条 保险人自收到给付保险金的请求和有关证明、资料之日起六十日内，对其给付保险金的数额不能确定的，应当根据已有证明和资料可以确定的数额先予支付；保险人最终确定给付的数额后，支付相应的差额。

投保人、被保险人义务

第二十三条 除另有约定外，投保人应当在订立本合同时一次交清保险费。投保人未按照本合同的约定交清保险费的，保险人有权解除本合同。

第二十四条 订立本合同时，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约定的如实告知义务，足以影响保险人决定是否同意承保或者提高保险费率的，保险人有权解除本合同。

前款约定的合同解除权，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，保险人对于本合同解除前发生的保险事故，不承担给付保险金的责任，并不退还保险费。

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

保险人在本合同订立时已经知道投保人、被保险人未如实告知的情况的，保险人不得解除本合同；发生保险事故的，保险人承担给付保险金的责任。

第二十五条 投保人、被保险人或者受益人知道保险事故发生后，应当及时通知保险人。**故意或者因重大过失未及时通知，致使保险事故的性质、原因、损失程度等难以确定的，保险人对无法确定的部分，不承担给付保险金的责任，但保险人通过其他途径已经及时知道或者应当及时知道保险事故发生的不在其限。**

前款约定的未及时通知，不包括因不可抗力而导致的通知迟延。

第二十六条 投保人住所或者通讯地址变更时，应当及时以书面形式通知保险人。投保人未及时通知的，保险人按本合同所载的投保人的最后住所或者通讯地址发送的有关通知，均视为已发送给投保人。

保险金申请与给付

第二十七条 保险金申请人向保险人请求给付保险金时，应当提交下列证明和资料：

（一）保险金给付申请书；

（二）保险单或者其他保险凭证、批单；

（三）保险金申请人的身份证明，若保险金申请人系受托申请，还应当提供授权委托书和授权委托人的身份证明；

（四）保险人指定或者认可的医疗机构或疾病预防控制中心指定医疗机构出具的医疗费用原始收据及明细、诊断证明、病历、检查报告及出院小结；

（五）投保人、被保险人或者受益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。

保险金申请人未能提供有关证明和资料，导致保险人无法核实保险事故的性质、原因、损失程度的，保险人对无法核实部分不承担给付保险金的责任。

第二十八条 被保险人遭受保险事故的，保险人有权对投保人、被保险人、受益人和有关医疗机构等进行调查和检查，投保人、被保险人、受益人等应当尽量予以配合。

第二十九条 保险金申请人向保险人请求给付保险金的诉讼时效期间为二年，自其知道或者应当知道保险事故发生之日起计算。

保险合同的变更与解除

第三十条 除另有约定外，经投保人、保险人双方协商同意后，在符合监管规定的前提下，可变更本合同的有关内容，在本合同保险单或者其他保险凭证上

加以批注或者附贴批单后生效，或者由投保人和保险人订立合同变更书面协议后生效。

第三十一条 在本合同成立后，投保人可以书面形式通知保险人解除本合同，但保险人根据本合同约定已给付保险金的除外。

投保人解除本合同时，应当提供下列证明和资料：

- （一）解除合同通知书；
- （二）保险单或者其他保险凭证、批单；
- （三）投保人身份证明；
- （四）保险费发票或者收据；
- （五）保险人合理要求的其他有关证明和资料。

本合同的效力至保险人接到解除合同通知书之日二十四时或者通知书上载明的合同终止时间（以较晚者为准）终止。自收到前款约定的证明和资料之日起三十日内，保险人退还相应未到期净保险费。

争议处理与法律适用

第三十二条 因履行本合同发生的争议，由当事人协商解决。协商不成的，提交本合同载明的仲裁机构仲裁；本合同未载明仲裁机构且争议发生后未达成仲裁协议的，依法向人民法院起诉。

第三十三条 与本合同有关的以及履行本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）。

释义

保险合同生效之日：指本合同保险期间起始之日或者保险人开始对被保险人承担保险责任之日（以较晚者为准）。

等待期：指自本合同生效日起计算的一段时间，具体天数由保险人和投保人在投保时约定并在本合同上载明。在等待期内发生保险事故的，保险人不承担给付保险金的责任。

保险人指定或者认可的医疗机构：包括保险人指定的医疗机构，以及符合下列条件的医疗机构：境内二级以上（含），具有符合有关医院管理规定设置标准的医疗设备，并且提供二十四小时有合格医师及护士的医疗和护理等服务的医疗机构，但不包括境外医院、中外合资医院、民营医院、康复中心、联合诊所、特需（色）门诊、特需病房以及主要为门诊、康复、护理、疗养、戒酒、戒毒或者相类似目的提供服务的医疗机构。

传染病：指列入《中华人民共和国传染病防治法》的甲、乙、丙类传染病病种。此外，还包括国务院卫生行政部门决定列入乙类、丙类传染病管理的其他传染病和按照甲类管理开展应急监测报告的其他传染病。

合理医疗费用：指同时满足以下条件的医疗费用：

（一）符合通常惯例：指医疗费用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。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。

（二）医学必需：指医疗费用符合下列所有条件：

- 1、治疗传染病所必需的项目；
- 2、不超过安全、足量治疗原则的项目；
- 3、由医生开具的处方药；
- 4、非试验性的、非研究性的项目；
- 5、与接受治疗当地普通接受的医疗专业实践标准一致的项目。

保险金申请人：指受益人或者依法享有保险金请求权的其他人。

未到期保险费：未到期保险费=保险费×[1-(保险责任已经过日数/保险期间日数)]。已经过日数不足一日的，按一日计算。

未到期净保险费：未到期净保险费=未到期保险费×(1-35%)。

中国大地财产保险股份有限公司

附加保险事故限制特约保险条款

(大地财险)(备-意外)[2011](附)241号

总则

第一条 本附加保险合同(以下简称“本附加合同”)按投保人与保险人约定附加于特定保险合同(以下简称“特定保险合同”)。凡特定保险合同内容与本附加合同相关者及本特约保险条款，均为本附加合同的构成部分。

本特约保险条款未尽事项，以特定保险合同保险条款为准；若特定保险合同保险条款与本特约保险条款内容冲突，则以本特约保险条款为准。

特定保险合同效力终止，本附加合同效力亦同时终止。

保险责任

第二条 本特约保险条款适用于调整特定保险合同中指定的保险责任（以下简称“指定保险责任”），具体由投保人与保险人约定。

第三条 投保人与保险人可约定从地域、时间或者行为等方面限制与指定保险责任对应的保险事故的范围。保险人仅对符合该范围的、与指定保险责任对应的保险事故承担保险责任。

中国大地保险

个人预防接种意外保险条款

【注册编号：C000010134012020022103851】

总则

第一条 本保险合同（以下简称“本合同”）由保险条款、投保单或者其他投保文件、保险单或者其他保险凭证、批单以及其他有关书面约定构成。凡涉及本合同的约定，均应当采用书面形式。

第二条 投保时年龄在六十五周岁及以下，身体健康，能正常工作或者正常生活的自然人，可作为本合同的被保险人。

第三条 有完全民事行为能力的被保险人本人或者对被保险人具有保险利益的其他自然人，可作为本合同的投保人。

第四条 本合同的受益人包括：

（一）身故保险金受益人

订立本合同时，被保险人或者投保人可指定一人或者数人为身故保险金受益人，但投保人指定身故保险金受益人时须经被保险人书面同意。身故保险金受益人为数人的，应当确定受益顺序和受益份额；未确定受益份额的，各受益人按照相等份额享有受益权。

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

1. 没有指定受益人，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。

被保险人或者投保人可以变更身故保险金受益人，但投保人变更身故保险金受益人时须经被保险人书面同意，且应书面通知保险人，由保险人在本合同上批

注或者附贴批单。对因身故保险金受益人变更发生的法律纠纷，除归咎于保险人过错的外，保险人不承担任何责任。

（二）非身故保险金受益人

除本合同另有约定外，本合同的非身故保险金的受益人为被保险人本人。

保险责任

第五条 本保险条款分设身故保险责任、伤残保险责任、预防接种一般反应医疗保险责任、预防接种异常反应或偶合症医疗保险责任和住院补贴保险责任等五项保险责任，供选择投保。

第六条 身故保险责任：

保险期间内，被保险人在经人民政府卫生主管部门指定的医疗卫生机构（以下简称“医疗卫生机构”）接种疫苗后发生预防接种不良反应或偶合症，并自事故发生之日起一百八十日内因该事故导致身故的，保险人按本合同载明的该被保险人的身故保险金额给付身故保险金，同时本合同约定的对该被保险人的身故保险责任终止。

被保险人身故前，保险人根据本合同针对其已给付伤残保险金的，身故保险金应当扣除已给付金额。

第七条 伤残保险责任：

保险期间内，被保险人在医疗卫生机构接种疫苗后发生预防接种不良反应或偶合症，并自该事故发生之日起一百八十日内因该事故导致《人身保险伤残评定标准与代码》中所列伤残之一的，**保险人按《人身保险伤残评定标准及代码》中与该项伤残对应的给付比例和该被保险人的伤残保险金额的乘积给付伤残保险金。**若至该事故发生之日起第一百八十日被保险人的伤残程度仍未完全确定，保险人根据该事故发生之日起第一百八十日被保险人的身体情况进行伤残鉴定，并据此给付伤残保险金。

人身保险伤残程度等级相对应的保险金给付比例分为十档，伤残程度第一级对应的保险金给付比例为 100%，伤残程度第十级对应的保险金给付比例为 10%，每级相差 10%。

当同一事故造成两处或两处以上伤残时，应首先对各处伤残程度进行评定，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；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《人身保险伤残评定标准及代码》条文两条以上或者同一条文两次以上进行评定。

被保险人如果在本次事故之前已有伤残，保险人按合并后的伤残程度在《人身保险伤残评定标准及代码》中所对应的给付比例扣除原有伤残程度在《人身保险伤残评定标准及代码》中所对应的伤残等级的给付比例，给付伤残保险金。

保险人根据本合同针对被保险人累计给付的伤残保险金以其伤残保险金额为上限，当达到该限额时，本合同约定对该被保险人的伤残保险责任终止。

第八条 预防接种一般反应医疗保险责任：

保险期间内，被保险人在医疗卫生机构接种疫苗后发生预防接种一般反应，并因此在保险人指定或者认可的医疗机构或者接种疫苗的医疗卫生机构（以下简称“医疗机构”）接受治疗，保险人就被保险人自事故发生之日起一百八十日内发生的符合当地社会基本医疗保险规定的支/给付范围和标准的、必要、合理的医疗费用（以下简称“合理医疗费用”），按照“（合理医疗费用一次免赔额）×给付比例”计算给付预防接种一般反应医疗保险金，但以该被保险人此次合理医疗费用扣除被保险人已从社会基本医疗保险、互助保险、除本保险外的其他商业保险、公益慈善机构、第三方责任人等获得的补偿后的余额为上限。

保险人根据本合同针对被保险人累积给付的预防接种一般反应医疗保险金以其预防接种一般反应医疗保险金额为上限，当达到该限额时，本合同约定的对该被保险人的预防接种一般反应医疗保险责任终止。

第九条 预防接种异常反应或偶合症医疗保险责任：

保险期间内，被保险人在医疗卫生机构接种疫苗后发生预防接种异常反应或偶合症，并因此在医疗机构接受治疗，保险人就被保险人自事故发生之日起一百八十日内发生的合理医疗费用，按照“（合理医疗费用一次免赔额）×给付比例”计算给付预防接种异常反应或偶合症医疗保险金，但以该被保险人此次合理医疗费用扣除被保险人已从社会基本医疗保险、互助保险、除本保险外的其他商业保险、公益慈善机构、第三方责任人等获得的补偿后的余额为上限。

保险人根据本合同针对被保险人累计给付的预防接种异常反应或偶合症医疗保险金以其预防接种异常反应或偶合症医疗保险金额为上限，当达到该限额时，本合同约定的对该被保险人的预防接种异常反应或偶合症医疗保险责任终止。

第十条 住院补贴保险责任：

保险期间内，被保险人在医疗卫生机构接种疫苗发生预防接种不良反应或偶合症，并因此在医疗机构接受住院治疗的，保险人按被保险人的实际住院天数乘以保险单载明的住院日补贴金额，给付住院补贴保险金。

保险人根据本合同针对被保险人给付的住院补贴保险金的日数累计以一百八十日为上限，当达到该限额时，本合同约定的对该被保险人的住院补贴保险责任终止。

责任免除

第十一条 因下列任何原因造成被保险人身故、伤残、医疗费用支出或住院治疗的，保险人不承担给付保险金的责任：

- （一）投保前已有的伤害；**
- （二）投保人的故意行为，被保险人自致伤害或者自杀；**
- （三）被保险人或者其家属不配合手术或不执行医嘱，擅自使用药物而造成的不良后果；**

(四) 被保险人有疫苗说明书的接种禁忌，或者在接种前被保险人或者其监护人未如实告知被保险人的健康状况和接种禁忌等情况，或者接种后被保险人原有疾病急性复发或者病情加重；

(五) 被保险人接种疫苗时已经知道或者应当知道其使用的疫苗质量不合格、已过期、变质、或者未经国家药品监督管理部门认可；

(六) 被保险人未按照规定程序按时接种疫苗；

(七) 接种单位违反《疫苗流通和预防接种管理条例》、预防接种工作规范、疫苗使用指导原则等法律法规及规范性文件；

(八) 因心理因素发生的心因性反应。

日补贴金额、保险金额和保险费

第十二条 住院日补贴金额由投保人与保险人协商确定，并在本合同中载明。

第十三条 身故保险金额、伤残保险金额、预防接种一般反应医疗保险金额和预防接种异常反应或偶合症医疗保险金额由投保人与保险人协商确定，并在本合同中载明。

第十四条 保险费由保险人在承保时计算确定。

次免赔额和给付比例

第十五条 预防接种一般反应医疗保险责任和预防接种异常反应或偶合症医疗保险责任的次免赔额和给付比例由投保人与保险人协商确定，并在本合同中载明。

保险期间

第十六条 保险期间为一年，具体起讫时间由投保人与保险人约定，并在本合同中载明。

保险人义务

第十七条 保险人同意承保的，应当及时向投保人签发保险单或者其他保险凭证。

第十八条 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，应当及时一次性通知保险金申请人补充提供。

第十九条 保险人收到保险金申请人提供的本保险条款“保险金请求与给付”部分约定的保险金请求证明和资料后，应当及时作出核定；情形复杂的，应当在三十日内作出核定。

保险人应当将核定结果通知保险金申请人。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十日内，履行给付保险金的义务；对不属于保险责任的，应当自作出核定之日起三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。

第二十条 保险人自收到给付保险金的请求和有关证明、资料之日起六十日内，对其给付保险金的数额不能确定的，应当根据已有证明和资料可以确定的数额先予支付；保险人最终确定给付的数额后，支付相应的差额。

投保人、被保险人义务

第二十一条 除另有约定外，投保人应当在订立本合同时一次交清保险费。投保人未按照本合同的约定交清保险费的，保险人有权解除本合同。

第二十二条 订立本合同时，保险人就被保险人的有关情况提出询问的，投保人、被保险人应当如实告知。

投保人故意或者因重大过失未履行前款约定的义务，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，保险人对于本合同解除前发生的保险事故，不承担给付保险金的责任，并不退还保险费。

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

保险人在本合同订立时已经知道投保人、被保险人未如实告知的情况的，保险人不得解除本合同；发生保险事故的，保险人承担给付保险金的责任。

第二十三条 投保人、被保险人或者受益人知道保险事故发生后，应当及时通知保险人。故意或者因重大过失未及时通知，致使保险事故的性质、原因、损失程度等难以确定的，保险人对无法确定的部分，不承担给付保险金的责任，但保险人通过其他途径已经及时知道或者应当及时知道保险事故发生的不在其限。

前款约定的未及时通知，不包括因不可抗力而导致的通知迟延。

第二十四条 投保人住所或者通讯地址变更时，应当及时以书面形式通知保险人。投保人未及时通知的，保险人按本合同所载的投保人的最后住所或者通讯地址发送的有关通知，均视为已发送给投保人。

保险金申请与给付

第二十五条 保险金申请人向保险人请求给付保险金时，应当提交下列证明和资料：

（一）保险金给付申请书；

（二）保险单或者其他保险凭证、批单；

（三）保险金申请人的身份证明，若保险金申请人系受托申请，还应当提供授权委托书和授权委托人的身份证明；

（四）医疗卫生机构出具的疫苗接种证明；

（五）被保险人发生预防接种一般反应或偶合症的，需提供接种疫苗的医疗机构出具的事故证明；被保险人发生预防接种异常反应的，需提供市级或者省级预防接种异常反应调查诊断专家组出具的预防接种异常反应调查诊断或鉴定结论；

（六）申请身故保险金的，除（一）至（五）约定的证明和资料外，还应当提供保险人认可的机构（包括公安部门）出具的事故证明、身故证明、火化证明或者丧葬证明、户籍注销证明；

（七）申请伤残保险金的，除（一）至（五）约定的证明和资料外，还须提供二级以上（含）医疗机构或者司法鉴定机构根据《人身保险伤残评定标准及代码》出具的伤残程度鉴定诊断书；

（八）申请预防接种一般反应、预防接种异常反应或偶合症医疗保险金的，除（一）至（五）约定的证明和资料外，还应当提供医疗机构出具的医疗费用原始收据及明细、诊断证明、病历；

（九）申请住院补贴保险金的，除（一）至（五）约定的证明和资料外，还应当提供医疗机构出具的诊断证明、病历、出院小结；

（十）投保人、被保险人或者受益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。

保险金申请人未能提供有关证明和资料，导致保险人无法核实保险事故的性质、原因、损失程度的，保险人对无法核实部分不承担给付保险金的责任。

第二十六条 被保险人遭受保险事故的，保险人有权对投保人、被保险人、受益人和有关医疗机构等进行调查和检查，投保人、被保险人、受益人等应当尽量予以配合。

第二十七条 保险金申请人向保险人请求给付保险金的诉讼时效期间为二年，自其知道或者应当知道保险事故发生之日起计算。

保险合同的变更与解除

第二十八条 除本合同另有约定外，经投保人、保险人双方协商同意后，在不违反法律和监管规定的情况下，可变更本合同的有关内容，在本合同保险单

或者其他保险凭证上加以批注或者附贴批单后生效，或者由投保人和保险人订立合同变更书面协议后生效。

第二十九条 除法律另有规定或本合同另有约定外，投保人可以书面形式通知保险人解除本合同，但保险人根据本合同约定已给付保险金的除外。

投保人解除本合同时，应当提供下列证明和资料：

- (一) 解除合同通知书；
- (二) 保险单或者其他保险凭证、批单；
- (三) 投保人身份证明；
- (四) 保险费发票或者收据；
- (五) 保险人合理要求的其他有关证明和资料。

本合同的效力至保险人接到解除合同通知书之日二十四时或者通知书上载明的合同终止时间（以较晚者为准）终止。自收到前款约定的证明和资料之日起三十日内，保险人退还相应未到期净保险费。

争议处理与法律适用

第三十条 因履行本合同发生的争议，由当事人协商解决。协商不成的，提交本合同载明的仲裁机构仲裁；本合同未载明仲裁机构或者争议发生后未达成仲裁协议的，依法向人民法院起诉。

第三十一条 与本合同有关的以及履行本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）。

释义

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。

保险人指定或者认可的医疗机构：指包括保险人指定的医疗机构，以及符合下列条件的医疗机构：中华人民共和国境内（不包括港澳台地区）依法经营的二级以上（含），具有符合有关医院管理规定设置标准的医疗设备，并且有合格医师及护士提供二十四小时医疗和护理等服务的医疗机构，**但不包括主要为康复、护理、疗养、戒酒、戒毒或者相类似目的的医疗机构。**

《人身保险伤残评定标准及代码》：指由中国保险监督管理委员会发布（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，编号JR/T 0083—2013。

预防接种不良反应：包括预防接种一般反应和预防接种异常反应。

预防接种一般反应：指在预防接种后发生的，由疫苗本身所固有的特性引起的，对机体只会造成一过性生理功能障碍的反应。主要有发热和局部红肿，同时可能伴有全身不适、倦怠、食欲不振、乏力等综合症状。

预防接种异常反应：指合格的疫苗在实施规范接种过程中或者实施规范接种后造成受种者机体组织器官、功能损害，相关各方均无过错的药品不良反应。常

见的预防接种异常反应包括无菌性脓肿、热性惊厥、过敏性休克、过敏性皮疹、过敏性紫癜、血小板减少性紫癜、局部过敏反应、血管性水肿、多发性神经炎、臂丛神经炎、癫痫、脑病、脑炎和脑膜炎、脊灰疫苗相关病例以及接种卡介苗后的淋巴结炎、骨髓炎、全身散播性卡介苗感染等。

偶合症：指受种者在接种时正处于某种疾病的潜伏期或者前驱期，接种后偶合发病。

住院：指入住保险人指定或者认可的医疗机构的正式病房，并办理入出院手续，不包括门（急）诊观察室诊疗、家庭病床、挂床住院、其他非正式的病床住院及不合理住院。被保险人因非医疗目的自行离开病房十二小时以上（含）的，视为自动出院。

保险金申请人：指受益人或者依法享有保险金请求权的其他人。

不可抗力：指不能预见、不能避免并不能克服的客观情况。

未到期净保险费：未到期净保险费=保险费×[1-(对被保险人保险责任已经过日数/被保险人保险期间日数)]×(1-35%)。已经过日数不足一日的，按一日计算。

中国大地财产保险股份有限公司

附加保险事故限制特约保险条款

(大地财险) (备-意外) [2011] (附) 241 号

总则

第一条 本附加保险合同（以下简称“本附加合同”）按投保人与保险人约定附加于特定保险合同（以下简称“特定保险合同”）。凡特定保险合同内容与本附加合同相关者及本特约保险条款，均为本附加合同的构成部分。

本特约保险条款未尽事项，以特定保险合同保险条款为准；若特定保险合同保险条款与本特约保险条款内容冲突，则以本特约保险条款为准。

特定保险合同效力终止，本附加合同效力亦同时终止。

保险责任

第二条 本特约保险条款适用于调整特定保险合同中指定的保险责任（以下简称“指定保险责任”），具体由投保人与保险人约定。

第三条 投保人与保险人可约定从地域、时间或者行为等方面限制与指定保险责任对应的保险事故的范围。保险人仅对符合该范围的、与指定保险责任对应的保险事故承担保险责任。

中国大地财产保险股份有限公司

附加年龄扩展特约保险条款

(大地财险) (备-意外) [2011] (附) 245 号

总则

第一条 本附加保险合同（以下简称“本附加合同”）按投保人与保险人约定附加于特定保险合同。凡特定保险合同内容与本附加合同相关者及本特约保险条款，均为本附加合同的构成部分。

本特约保险条款未尽事项，以特定保险合同保险条款为准；若特定保险合同保险条款与本特约保险条款内容冲突，则以本特约保险条款为准。

特定保险合同效力终止，本附加合同效力亦同时终止。

保险责任

第二条 作为特定保险合同的被保险人的年龄范围，可由投保人与保险人约定并载明于合同中。

中国大地保险附加扩展保险责任范围内医疗费用特约保险条款

【注册编号：C00001032522019072200801】

总则

第一条 本附加保险合同（以下简称“本附加合同”）按投保人与保险人约定附加于特定保险合同（以下简称“特定保险合同”）。凡特定保险合同内容与本附加合同相关者及本特约保险条款，均为本附加合同的构成部分。

本特约保险条款未尽事项，以特定保险合同保险条款为准；若特定保险合同保险条款与本特约保险条款内容冲突，则以本特约保险条款为准。

特定保险合同效力终止，本附加合同效力亦同时终止。

保险责任

第二条 本特约保险条款适用于调整特定保险合同中指定的保险责任（以下简称“指定保险责任”），具体由投保人与保险人约定。

第三条 本特约保险条款分设扩展完全自费药品费用约定、扩展乙类药品费用约定、扩展特殊医用材料费用约定、扩展特殊诊疗项目费用约定、扩展社会基本医疗保险范围外费用约定，供投保人选择投保。

第四条 扩展完全自费药品费用约定：被保险人因遭受与指定保险责任对应

的保险事故，由此而在符合指定保险责任规定的医疗机构发生的、不归于与指定保险责任对应的社会基本医疗保险责任范围的完全自费药品费用，纳入指定保险责任范围，**保险人按与投保人约定的免赔额、支付比例给付保险金。投保人、保险人可约定相应的给付限额。**

第五条 扩展乙类药品费用约定：被保险人因遭受与指定保险责任对应的保险事故，由此而在符合指定保险责任规定的医疗机构发生的、归于与指定保险责任对应的社会基本医疗保险责任范围的乙类药品费用，该被保险人个人首先自付部分纳入指定保险责任范围，**保险人按与投保人约定的免赔额、支付比例给付保险金。投保人、保险人可约定相应的给付限额。**

第六条 扩展特殊医用材料费用约定：被保险人因遭受与指定保险责任对应的保险事故，由此而在符合指定保险责任规定的医疗机构发生的、归于与指定保险责任对应的社会基本医疗保险责任范围的特殊医用材料费用，该被保险人个人首先自付部分纳入指定保险责任范围，**保险人按与投保人约定的免赔额、支付比例给付保险金。投保人、保险人可约定相应的给付限额。**

第七条 扩展特殊诊疗项目费用约定：被保险人因遭受与指定保险责任对应的保险事故，由此而在符合指定保险责任规定的医疗机构发生的、归于与指定保险责任对应的社会基本医疗保险责任范围的特殊诊疗项目费用，该被保险人个人首先自付部分纳入指定保险责任范围，**保险人按与投保人约定的免赔额、支付比例给付保险金。投保人、保险人可约定相应的给付限额。**

第八条 扩展社会基本医疗保险范围外费用约定：被保险人因遭受与指定保险责任对应的保险事故，由此而在符合指定保险责任规定的医疗机构发生的、不归于与指定保险责任对应的社会基本医疗保险统筹基金支付范围的医疗费用，纳入指定保险责任范围，**保险人按与投保人约定的免赔额、支付比例给付保险金。投保人、保险人可约定相应的给付限额。**