

中国人民财产保险股份有限公司

境内旅行意外伤害保险（互联网专属）条款

1 总则

1.1 合同构成

本保险合同由保险条款、投保单、保险单以及经投保人与保险人认可的、与保险合同有关的其他书面协议（包括但不限于健康问卷、声明、批单）组成。凡涉及本保险合同的约定，均应采用书面形式。

1.2 投保人

具有完全民事行为能力的被保险人本人，或在本保险合同订立时对被保险人有保险利益的其他自然人或特定主体可作为本保险合同的投保人。

1.3 被保险人

除另有约定外，年龄在1周岁（含）（见释义）以上、身体健康、能正常工作或正常生活的自然人可作为本保险合同的被保险人。

1.3.1 被保资格的获得

无论本保险合同为首次投保、续保还是非续保的，被保险人获得被保资格的日期均以以下两者中较晚的日期为准：（1）本保险合同的保险期间起始日；（2）本保险合同项下增加该被保险人批单所载生效日，有多张批单增加该被保险人的，以最新批单所载生效日为准。

1.3.2 被保资格的丧失或终止

被保险人因非保险事故身故的，则自其身故之日起该被保险人的被保资格丧失，保险人对该被保险人所承担的保险责任随即终止。

本保险合同保险期间终止，则被保险人的被保资格终止，保险人对被保险人所承担的保险责任随即终止。

本保险合同解除，则自解除之日起被保险人的被保资格终止，保险人对被保险人所承担的保险责任随即终止。

1.4 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本保险合同的身故保险金受益人。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。

除另有约定外，本保险合同的其他保险金受益人为被保险人本人。

被保险人或投保人可以变更保险金受益人，但需书面通知保险人，由保险人在本保险合同上批注。

投保人指定或变更保险金受益人的，应经被保险人同意。被保险人不具有完全民事行为能力的，应与其监护人指定或变更保险金受益人。

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

2 保障内容

2.1 保险责任

本保险合同可承保单次旅行保障或全年多次旅行保障，投保人与保险人（见释义）订立保险合同时，需在单次旅行保障和全年多次旅行保障中任选一项，并在保险单中载明。单次旅行保障只承保一次境内旅行（见释义），全年多次旅行保障可承保多次境内旅行。

经保险人同意，投保人可在投保 2.1.1 保险责任的基础上选择投保 2.1.2、2.1.3 中的一项或多项保险责任，保险责任以书面形式在保险单中载明，并约定保险金额，保险人以此为依据给付保险金。保险单中未载明的保险责任，保险人不负责赔偿。

2.1.1 意外身故、伤残保险责任

在保险期间内，被保险人自**获得被保资格**之日起，在境内旅行期间遭受意外伤害（见释义），并因该意外伤害导致其身故或伤残的，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该被保险人的保险金额。若本保险合同设有每次意外伤害限额（见释义）的，保险人对所有被保险人于任何一次意外伤害中实际给付的保险金的总额不超过保险单所载的每次意外伤害限额。

2.1.1.1 意外身故保险责任

在保险期间内，被保险人自**获得被保资格**之日起，在境内旅行期间遭受意外伤害，并自意外伤害发生之日起 180 日内因该意外伤害身故的，保险人按保险金额给付意外身故保险金，对该被保险人的保险责任终止。

被保险人因遭受意外伤害且自该意外伤害发生日起下落不明，后经人民法院宣告死亡的，保险人按保险金额给付意外身故保险金。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意外身故保险金。

被保险人意外身故前保险人已给付 2.1.1.2 约定的意外伤残保险金的，意外身故保险金应扣除已给付的保险金。

2.1.1.2 意外伤残保险责任

在保险期间内，被保险人自**获得被保资格**之日起，在境内旅行期间遭受意外伤害，并自该意外伤害发生之日起 180 日内因该意外伤害造成《人身保险伤残评定标准及代码》（见释义）（简称《评定标准》）所列伤残程度之一的，**保险人按《评定标准》所对应伤残等级的给付比例乘以保险金额给付意外伤残保险金**。如第 180 日治疗仍未结束的，按当日的身体情况进行伤残评定，并据此给付意外伤残保险金。

- (1) 被保险人因同一意外伤害造成两处或两处以上伤残时，保险人根据《评定标准》规定的多处伤残评定原则给付意外伤残保险金。
- (2) 被保险人如在本次意外伤害之前已有伤残，**保险人按合并后的伤残程度在《评定标准》中所对应伤残等级的给付比例扣除原有伤残程度所对应伤残等级的给付比例，给付意外伤残保险金**。

2.1.2 医疗类保险责任

投保人可从以下 2.1.2.1 至 2.1.2.4 四项保险责任中选择投保一项或两项，并分别约定保险金额。其中，保险责任 2.1.2.3 或 2.1.2.4 **只能单独投保**，不能和其他保险责任同时投保。保险责任以书面形式在保险单中载明，并分别约定保险金额，保险人以此为依据给付保险金。**保险单中未载明的保险责任，保险人不承担给付保险金责任**。

医疗类保险责任适用费用补偿原则。被保险人通过任何途径所获得的医疗费用补偿金额总和以其实际支出的金额为限。被保险人已经从社会基本医疗保险、公费医疗和任何第三方（包括任何商业医疗保险）获得相关医疗费用补偿的，**保险人仅对扣除已获得补偿后的剩余部分医疗费用，按照本保险合同的约定承担给付保险金的责任**。

2.1.2.1 意外医疗费用补偿

在保险期间内，被保险人自**获得被保资格**之日起，在境内旅行期间遭受**意外伤害**，并因该意外伤害发生之日起 90 天（含 90 天）内在**指定医疗机构**（见释义）进行治疗，保险人按下列约定给付意外医疗保险金：

- (1) 对于被保险人在上述 90 天（含 90 天）内所支出的**必需且合理**（见释义）的、符合本保险合同签发地政府颁布的社会基本医疗保险（见释义）报销范围的医疗费用，保险人在扣除社会基本医疗保险、公费医疗和任何第三方（包括任何商业医疗保险）已经补偿或给付部分以及本保险合同约定的免赔额后，对其余额按本保险合同约定的给付比例给付意外医疗保险金。免赔额和给付比例由投保人、保险人双方约定，并在保险单中载明。
- (2) 保险人所负给付意外医疗保险金的责任以本保险合同项下的意外医疗保险金额为限，对被保险人一次或者累计给付意外医疗保险金达到保险单所

载的意外医疗保险金额时，本保险合同对该被保险人的意外医疗保险责任终止。

2.1.2.2 急性疾病医疗费用补偿

在保险期间内，被保险人自获得被保资格之日起，在境内旅行期间罹患**急性疾病**（见释义），并自发病起24小时内因该急性疾病在指定医疗机构进行急性疾病治疗，因该急性疾病发病之日起90天内（含90天）在医疗机构进行治疗，保险人按下列约定给付急性疾病医疗保险金：

- （1）对于被保险人在上述90天（含90天）内所支出的**必需且合理的、符合本保险合同签发地政府颁布的社会基本医疗保险报销范围的急性疾病医疗费用**，保险人在扣除社会基本医疗保险、公费医疗和任何第三方（包括任何商业医疗保险）已经补偿或给付部分以及本保险合同约定的免赔额后，对其余额按本保险合同约定的给付比例给付急性疾病医疗保险金。免赔额、给付比例由投保人、保险人双方约定，并在保险单中载明。
- （2）**保险人所负给付急性疾病医疗保险金的责任以本保险合同项下的急性疾病医疗保险金额为限**，对被保险人一次或者累计给付急性疾病保险金达到保险单所载的急性疾病医疗保险金额时，本保险合同对该被保险人的急性疾病医疗保险责任终止。

2.1.2.3 意外医疗和急性疾病医疗费用补偿

在保险期间内，被保险人自获得被保资格之日起，在境内旅行期间发生以下任一情况的：（1）遭受意外伤害，并因该意外伤害发生之日起90天（含90天）内在指定医疗机构进行治疗；（2）罹患急性疾病，并自发病起24小时内因该急性疾病在指定医疗机构进行急性疾病治疗，因该急性疾病发病之日起90天内（含90天）在医疗机构进行治疗，保险人按下列约定给付意外医疗和急性疾病医疗保险金：

- （1）对于被保险人在境内旅行期间遭受意外伤害，并在上述90天（含90天）内所支出的**必需且合理的、符合本保险合同签发地政府颁布的社会基本医疗保险报销范围的意外医疗费用**，保险人在扣除社会基本医疗保险、公费医疗和任何第三方（包括任何商业医疗保险）已经补偿或给付部分以及本保险合同约定的免赔额后，对其余额按本保险合同约定的给付比例给付意外医疗和急性疾病医疗保险金。免赔额和给付比例由投保人、保险人双方约定，并在保险单中载明。
- （2）对于被保险人在境内旅行期间罹患急性疾病，并自发病起24小时内因该急性疾病在指定医疗机构进行急性疾病治疗，自就诊之日起90天（含90天）内所支出的**必需且合理的、符合本保险合同签发地政府颁布的社会基本医疗保险报销范围的急性疾病医疗费用**，保险人在扣除社会基本医疗保险、公费医疗和任何第三方（包括任何商业医疗保险）已经补偿或给付部分以及本保险合同约定的免赔额后，对其余额按本保险合同约定的给付比例给付意外医疗和急性疾病医疗保险金。免赔额和给付比例由投保人、保险人双方约定，并在保险单中载明。
- （3）**保险人所负给付意外医疗和急性疾病医疗保险金的责任以本保险合同项下意外医疗和急性疾病医疗的保险金额为限**，对被保险人一次或者累计给付意外医疗和急性疾病医疗保险金达到保险单所载的意外医疗和急性疾病医疗保险金额时，本保险合同对该被保险人的意外医疗和急性疾病医疗保险责任终止。

2.1.2.4 医疗费用补偿

在保险期间内，被保险人自获得被保资格之日起，在境内旅行期间遭受意外伤害或者罹患疾病，并因该意外伤害发生之日或罹患疾病之日起90天（含90天）内在指定医疗机构进行治疗，保险人按下列约定给付医疗保险金：

- （1）对于被保险人在上述90天（含90天）内所支出的**必需且合理的、符合本保险合同签发地政府颁布的社会基本医疗保险报销范围的医疗费**

用，保险人在扣除社会基本医疗保险、公费医疗和任何第三方（包括任何商业医疗保险）已经补偿或给付部分以及本保险合同约定的免赔额后，对其余额按本保险合同约定的给付比例给付医疗保险金。免赔额、给付比例由投保人、保险人双方约定，并在保险单中载明。

- (2) 保险人所负给付医疗保险金的责任以本保险合同项下的医疗保险金额为限，对被保险人一次或者累计给付医疗保险金达到保险单所载的医疗保险金额时，本保险合同对该被保险人的医疗保险责任终止。

2.1.3 救援类保险责任

投保人可从以下 2.1.3.1 至 2.1.3.3 三项保险责任中选择投保一项或多项，并约定保险金额。保险责任以书面形式在保险单中载明，并约定保险金额，保险人以此为依据给付保险金。保险单中未载明的保险责任，保险人不负责赔偿。

2.1.3.1 紧急医疗运送和运返

在保险期间内，被保险人自获得被保资格之日起，在境内旅行期间遭遇**意外伤害**或罹患疾病，所产生的满足下列条件的运送和运返费用，保险人按照本保险合同约定负责赔偿：

- (1) 经保险人委托的救援机构（以下简称救援机构）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院；经救援机构从医疗角度认定为有运返必要的，则将该被保险人运返至其合法有效证件所载的住所地。
- (2) 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（见释义）**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（见释义）**和必要的运输工具。运输工具可能包括空中救护车、救护车、普通民航飞机、火车或其他适合的运输工具。
- (3) 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，费用总数最高以保险单上所载的本保险合同项下该被保险人相应的保险金额为限。**倘若实际费用超越该保险金额，则超出部分的费用由被保险人负责支付。**若该被保险人为同一旅程自愿投保由保险人承保的多种保险产品，如在不同保障产品中有相同保险利益的，则保险人仅按其中保险金额最高者做出赔偿。
- (4) 在发生本保险合同约定的保险事故后，被保险人应第一时间通知救援机构。**任何未经救援机构批准并安排的费用，保险人不负责给付。**倘若在紧急医疗情况下，该被保险人由于不可抗力原因无法通知救援机构，保险人将有权根据投保人所选择的保险计划，以及在相同情况下由救援机构提供或安排服务所需要的合理的费用进行给付。
- (5) **紧急医疗运送和运返责任适用费用补偿原则。本被保险人通过任何途径所获得的运送和运返费用补偿金额总和以其实际支出的金额为限。被保险人已经从任何第三方（包括任何商业保险）获得相关运送和运返费用补偿的，保险人仅对扣除已获得补偿后的剩余部分运送和运返费用，按照本保险合同的约定承担给付保险金的责任。**

2.1.3.2 亲友慰问探访

在保险期间内，若被保险人自获得**被保资格**之日起，在境内旅行期间身故，或者因遭受**严重意外伤害或罹患严重疾病（见释义）**需在**指定医疗机构**住院治疗且连续住院 10 天以上（不含 10 天），保险人按本保险合同的约定给付保险金。以下三项给付总额以保险单上载明的本保险合同项下的保险金额为限。

(1) 慰问探访交通费用补偿

对同一保险事故，保险人给付该被保险人的一名成年亲属（见释义）因上述保险事故前往被保险人所在地而实际支出的往返该被保险人所在地与探访者所在地之间的经济舱位机票、船票或车票的交通工具费用。

(2) 慰问探访每日津贴

保险人将依据保险单所载本保险合同项下相应金额按日支付每日膳食住宿津贴，支付天数为该成年亲属到达被保险人所在地之日起至其离开之日止的实际天数，但最高给付天数以 10 天（含 10 天）为限。

2.1.3.3 身故遗体送返

在保险期间内，被保险人自获得**被保资格**之日起，在境内旅行期间遭受**意外伤害**或罹患疾病，并以此为直接且单独原因导致被保险人于 30 天内（含 30 天）身故，保险人按本保险合同的约定给付保险金。以下两项保险金的给付总额以保险单上所载的本保险合同项下的保险金额为限。

身故遗体送返责任适用费用补偿原则。被保险人通过任何途径所获得的遗体运返和丧葬费用补偿金额总和以其实际支出的金额为限。被保险人已经从任何第三方（包括任何商业保险）获得相关遗体运返和丧葬费用补偿的，保险人仅对扣除已获得补偿后的剩余部分遗体运返和丧葬费用，按照本附加险合同的约定承担给付保险金的责任。

(1) 遗体运返保险金

经保险人委托的救援机构（以下简称救援机构），在遵守当地法律法规和符合当地实际情况的前提条件下，将该被保险人之遗体或骨灰运返至被保险人的合法有效证件所载的住所地。

遗体运返服务所需费用包括尸体防腐、保存、火化、运输及骨灰盒等材料和服务费用，经保险人核实确认后直接支付给救援机构。

(2) 丧葬保险金

保险人按实际支出的被保险人之丧葬费用给付丧葬保险金，受益人为身故保险金受益人。丧葬保险金限额以保险单上所载本附加险合同项下的相应数额为准。

2.2 责任免除

2.2.1 通用责任免除

以下责任免除适用于本保险合同 2.1 各项保险责任。因下列情形之一，导致本保险合同 2.1 各项保险责任对应的保险事故的，保险人不承担给付保险金责任：

- (1) 投保人对被保险人的故意杀害、故意伤害；
- (2) 被保险人故意自伤或自杀，但被保险人自杀时为无民事行为能力人的除外；
- (3) 被保险人因挑衅或故意行为而导致的打斗、被袭击或被谋杀；
- (4) 被保险人未遵医嘱服用、涂用、注射药物，但按使用说明的规定使用非处方药不在此限；
- (5) 战争、军事冲突、暴乱或武装叛乱、恐怖袭击；
- (6) 参与任何职业体育活动或任何设有奖金或报酬的体育运动；
- (7) 参与执行军警任务或以执法者身份执行任务；
- (8) 受雇于商业船只、服军役、职业性操作或测试任何种类交通工具；
- (9) 从事石油挖掘、采矿、空中摄影、处理爆炸物、森林砍伐、建筑工程、水上作业、高空作业之类的职业活动；
- (10) 以医疗为目的或违背医嘱进行旅行。

2.2.2 意外身故、伤残责任免除

因下列情形之一，导致被保险人身故或伤残的，保险人不承担给付保险金责任：

- (1) 妊娠、流产、分娩、药物过敏；
- (2) 接受包括美容、整容、整形手术在内的任何医疗行为而造成的意外；
- (3) 被保险人受酒精、毒品、管制药物的影响，但遵医嘱使用药物的情形不在此限；
- (4) 疾病，包括但不限于高原反应、中暑、猝死（见释义）；
- (5) 非因意外伤害导致的细菌、病毒或其他病原体导致的感染；
- (6) 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；

- (7) 被保险人从事违法、犯罪活动行为或被依法拘留、服刑、在逃；
- (8) 被保险人存在精神和行为障碍（以世界卫生组织颁布的《疾病和有关健康问题的国际统计分类（ICD-10）》为准）；
- (9) 被保险人从事高风险运动（见释义）；
- (10) 被保险人感染艾滋病病毒或患艾滋病（见释义）；
- (11) 被保险人酒后驾驶（见释义）、无有效驾驶证（见释义）驾驶或驾驶无有效行驶证（见释义）的机动车辆。

2.2.3 医疗类责任免除

2.2.3.1 医疗类通用责任免除

(1) 因下列情形之一，导致被保险人支出意外医疗费用、急性疾病医疗费用、意外医疗和急性疾病医疗费用、医疗费用的，保险人不承担给付保险金责任：

- ① 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；
- ② 被保险人进行一般身体检查、疗养、特别护理、静养、康复性治疗、物理治疗、心理治疗或预防性治疗；
- ③ 在非本保险合同指定医疗机构的药房购买药品；
- ④ 被保险人妊娠、分娩、流产、宫外孕、不孕不育治疗、人工受精、人工流产、节育（含绝育）、产前产后检查、变性以及由以上原因引起的并发症；
- ⑤ 被保险人作为器官捐赠方接受器官捐赠手术；
- ⑥ 被保险人接受试验性药物或治疗；
- ⑦ 被保险人接受各类医疗鉴定，包括但不限于医疗事故鉴定、精神病鉴定、孕妇胎儿性别鉴定、验伤鉴定、亲子鉴定、遗传基因鉴定；
- ⑧ 被保险人在家自设病床治疗，或在门诊观察室、急诊观察室、其他非正式病房、联合病房的治疗；
- ⑨ 被保险人不符合入院标准住院、挂床住院（见释义）或应当出院但拒不出院而造成的延长住院。

(2) 对于任何因第三者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，保险人不承担给付保险金的责任。

(3) 对于本附加险合同载明的免赔额，保险人不承担给付保险金的责任。

2.2.3.2 医疗类不同保险责任的责任免除

(1) 意外医疗费用补偿的责任免除

因下列情形之一，导致被保险人支出意外医疗费用的，保险人不承担给付保险金责任：

- ① 被保险人接受包括美容、整容、整形手术在内的任何医疗行为而造成的意外；
- ② 被保险人受酒精、毒品、管制药物的影响，但遵医嘱使用药物的情形不在此限；
- ③ 被保险人故意犯罪或抗拒依法采取的刑事强制措施；
- ④ 被保险人存在精神和行为障碍（以世界卫生组织颁布的《疾病和有关健康问题的国际统计分类（ICD-10）》为准）；
- ⑤ 被保险人从事高风险运动；
- ⑥ 被保险人酒后驾驶、无有效驾驶证驾驶或驾驶无有效行驶证的机动车辆；
- ⑦ 疾病，包括但不限于高原反应、中暑、猝死；
- ⑧ 非因意外伤害导致的细菌、病毒或其他病原体导致的感染；
- ⑨ 过敏及由过敏引发的变态反应性疾病；
- ⑩ 被保险人非因意外伤害而进行的整容、整形手术，以及因任何原因进行的美容；

- ⑪ 被保险人非因意外伤害而进行的牙科治疗或手术、视力矫正、因矫正视力而作的眼科验光检查，以及任何原因导致的牙齿修复或牙齿整形、安装及购买残疾用具（如轮椅、假肢、假眼、假牙或者助听器等）；
- ⑫ 被保险人在投保前已有伤残的治疗和康复；
- ⑬ 根据被保险人的主治医生的意见，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原出发地县域外进行的治疗或手术。

(2) 急性疾病医疗费用补偿的责任免除

因下列情形之一，导致被保险人支出急性疾病医疗费用的，保险人不承担给付保险金责任：

- ① 被保险人进行的整容、整形手术，以及美容；
- ② 被保险人进行的牙科治疗或手术、视力矫正、因矫正视力而作的眼科验光检查，以及牙齿修复或牙齿整形、安装及购买残疾用具（如轮椅、假肢、假眼、假牙或者助听器等）；
- ③ 被保险人感染艾滋病病毒或患艾滋病；
- ④ 遗传性疾病（见释义），先天性畸形、变形或染色体异常（见释义）；
- ⑤ 被保险人在获得被保资格前所患既往症（见释义）及保险单中特别约定的除外疾病或情形；
- ⑥ 被保险人在获得被保资格之日起 120 天内接受扁桃体腺、甲状腺、疝气、女性生殖系统疾病的检查与治疗；
- ⑦ 被保险人接受包皮环切术、包皮剥离术、包皮气囊扩张术、性功能障碍治疗；
- ⑧ 传染病（见释义）；
- ⑨ 首次就诊未能在发病后 24 小时内进行的，但因不可抗力原因所导致的除外。

(3) 医疗费用补偿的责任免除

因下列情形之一，导致被保险人支出医疗费用的，保险人不承担给付保险金责任：

- ① 被保险人接受包括美容、整容、整形手术在内的任何医疗行为而造成的意外；
- ② 被保险人受酒精、毒品、管制药物的影响，但遵医嘱使用药物的情形不在此限；
- ③ 被保险人故意犯罪或抗拒依法采取的刑事强制措施；
- ④ 被保险人存在精神和行为障碍（以世界卫生组织颁布的《疾病和有关健康问题的国际统计分类（ICD-10）》为准）；
- ⑤ 被保险人从事高风险运动；
- ⑥ 被保险人酒后驾驶、无有效驾驶证驾驶或驾驶无有效行驶证的机动交通工具；
- ⑦ 被保险人非因意外伤害而进行的整容、整形手术，以及因任何原因进行的美容；
- ⑧ 被保险人非因意外伤害而进行的牙科治疗或手术、视力矫正、因矫正视力而作的眼科验光检查，以及任何原因导致的牙齿修复或牙齿整形、安装及购买残疾用具（如轮椅、假肢、假眼、假牙或者助听器等）；
- ⑨ 被保险人感染艾滋病病毒或患艾滋病；
- ⑩ 遗传性疾病，先天性畸形、变形或染色体异常；
- ⑪ 被保险人在获得被保资格前所患既往症及保险单中特别约定的除外疾病或情形；
- ⑫ 被保险人在获得被保资格之日起 120 天内接受扁桃体腺、甲状腺、疝气、女性生殖系统疾病的检查与治疗；
- ⑬ 被保险人接受包皮环切术、包皮剥离术、包皮气囊扩张术、性功能障碍治疗；

- ⑭ 根据被保险人的主治医生的意见，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原出发地县域外进行的治疗或手术。

2.2.4 救援类责任免除

2.2.4.1 救援类通用责任免除

因下列情形之一造成的运送或运返费用、直接或间接造成被保险人身故或住院的、直接或间接造成被保险人身故或发生的费用，保险人不承担给付保险金责任：

- (1) 被保险人接受包括美容、整容、整形手术在内的任何医疗行为而造成的意外；
- (2) 被保险人受酒精、毒品、管制药物的影响，但遵医嘱使用药物的情形不在此限；
- (3) 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；
- (4) 被保险人故意犯罪或抗拒依法采取的刑事强制措施；
- (5) 被保险人存在精神和行为障碍（以世界卫生组织颁布的《疾病和有关健康问题的国际统计分类（ICD-10）》为准）；
- (6) 被保险人从事高风险运动；
- (7) 被保险人酒后驾驶、无有效驾驶证驾驶或驾驶无有效行驶证的机动交通工具；
- (8) 被保险人感染艾滋病病毒或患艾滋病。

2.2.4.2 救援类不同保险责任的责任免除

(1) 紧急医疗运送和运返的责任免除

1) 因下列情形之一造成的运送或运返费用，保险人不承担给付保险金责任：

- ① 被保险人非因意外伤害而进行的牙科治疗或手术、视力矫正、因矫正视力而作的眼科验光检查，以及任何原因导致的牙齿修复或牙齿整形、安装及购买残疾用具（如轮椅、假肢、假眼、假牙或者助听器等）；
- ② 被保险人进行一般身体检查、疗养、特别护理、静养、康复性治疗、物理治疗、心理治疗或预防性治疗；
- ③ 遗传性疾病，先天性畸形、变形或染色体异常；
- ④ 被保险人在获得被保资格前所患既往症及保险单中特别约定的除外疾病或情形；
- ⑤ 被保险人妊娠、分娩、流产、宫外孕、不孕不育治疗、人工受精、人工流产、节育（含绝育）、产前产后检查、变性以及由以上原因引起的并发症。

2) 对于以下费用，保险人不承担给付保险金的责任：

- ① 任何因第三者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；
- ② 任何未经由保险人所委托的救援机构批准并安排的费用。

(2) 亲友慰问探访的责任免除

1) 因下列情形之一直接或间接造成被保险人身故或住院的，保险人不承担给付保险金责任：

- ① 妊娠、流产、分娩、药物过敏；
- ② 既往症及其并发症；
- ③ 先天性疾病与先天性畸形；
- ④ 非因意外伤害而进行的牙科治疗或手术以及任何原因导致的牙齿修复或牙齿整形；
- ⑤ 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；
- ⑥ 一般身体检查、疗养、特别护理或静养、康复性治疗、物理治疗或心理治疗；
- ⑦ 根据被保险人的主治医生的意见，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境外进行的治疗或手术。

2) 任何因第三者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，保险人不承担给付保险金的责任。

(3) 身故遗体运返的责任免除

1) 因下列情形之一直接或间接造成被保险人身故或发生的费用，保险人不承担给付保险金责任：

- ① 妊娠、流产、分娩、药物过敏；
- ② 既往病症及其并发症；
- ③ 先天性疾病与先天性畸形。

2) 对于以下费用，保险人不承担给付保险金的责任：

- (1) 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；
- (2) 任何未经由保险人所委托的救援机构批准并安排的费用。

2.3 保险金额

每一被保险人的保险金额是保险人承担给付该被保险人保险金责任的最高限额。

本保险合同 2.1 各项保险责任的保险金额由投保人、保险人双方约定，并在保险单中载明。

每一被保险人的保险金额一经确定，在保险期间内不得变更。

2.4 保险期间

保险期间为单次旅行期间，或一年期保单的多次旅行期间，以保险单载明的起讫时间为准。

除另有约定外，每次境内旅行保险责任的开始时间以下列情况中最迟发生的时间为准：（1）保险单所载的保险期间起始日；（2）被保险人离开其境内日常居住地或日常工作地所在的县级行政区域时，或被保险人搭乘公共交通工具直接前往境内旅行目的地时（境内旅行目的地不在被保险人日常居住地或日常工作地所在的县级行政区域）。

每次境内旅行保险责任的结束时间以下列情况中最先发生的时间为准：（1）保险单所载保险期间届满；（2）该被保险人完成当次境内旅行后直接返回，到达其境内日常居住地或日常工作地所在的县级行政区域时；（3）当该被保险人实际旅行天数达到保险单上载明的每次旅行最高承保天数时；**若未载明的，每次旅行最高承保天数为 45 天。**

2.5 延期

如被保险人在保险期间内因不可抗力导致其境内旅行延长至保险期间届满时仍未结束，保险人将按合理情况及需要，免费自动延长本保险合同的保险期间至该被保险人旅程结束。

3 投保人、被保险人义务

3.1 交费义务

本合同保险费交付方式由投保人和保险人在投保时约定，并在保险单上载明。

若投保人选择一次性交纳保险费，投保人应当在本合同成立时一次性交清保险费。保险费交清前，本保险合同不生效，对保险费交清前发生的保险事故，保险人不承担保险责任。

若投保人选择分期交纳保险费，需经投保人申请并经保险人同意，并在保险单中载明保险费分期交付的周期。在交纳首期保险费后，投保人应当在每个保险费约定支付日交纳其余各月对应期次的保险费。若投保人未按照保险合同约定的付款时间足额交付当期保险费，保险人允许投保人在合同约定的交费延长期内补交对应期次的保险费。除保险合同另有约定外，如被保险人在正常交费对应的保险期间内或交费延长期内发生保险事故，保险人依照合同约定赔偿保险金，但须

投保人先行补交剩余保险费，补交金额为保险合同约定的保险费总额扣减投保人已缴纳的保险费。

若投保人未按照保险合同约定的付款时间足额交付当期保险费，且在保险合同约定的交费延长期内仍未足额补交当期保险费，保险期间在上一交费周期结束之日起终止，对于保险期间终止后发生的保险事故，保险人不承担保险责任。

除另有约定外，交费延长期为 20 天。

3.2 如实告知义务

投保人应如实填写投保单并回答保险人提出的询问，履行如实告知义务。

3.3 住址或通讯地址变更通知义务

投保人住所或通讯地址变更时，应及时以书面形式通知保险人。

3.4 被保险人变动通知义务

在保险期间内，团体保险的投保人因其人员变动，需增加、减少被保险人时，应以书面形式向保险人提出申请。保险人同意后出具批单，并在本保险合同中批注。

被保险人人数增加时，保险人在审核同意后出具批单，于批单生效日零时开始承担保险责任，并按约定增收相应的保险费。

被保险人人数减少时，投保人提供已通知相应被保险人退保的有效证明，保险人在审核同意后出具批单，于批单生效日零时起，对减少的被保险人终止保险责任，并按约定退还相应的保险费。但减少的被保险人已发生任何保险金给付或已发生本保险合同约定的保险事故但尚未给付保险金的，保险人不退还该被保险人项下相应的保险费。

3.5 其他内容变更通知义务

在保险期间内，投保人需变更合同其他内容的，应以书面形式向保险人提出申请。保险人同意后出具批单，并在本保险合同中批注。若被保险人已身故，则保险人不接受本保险合同中有关该被保险人的任何内容的变更申请。

3.6 保险事故通知义务

发生保险责任范围内的事故后，投保人、被保险人或受益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。

4 保险人义务

- (1) 本保险合同成立后，保险人应当及时向投保人签发保险单或其他保险凭证。
- (2) 保险人认为投保人、被保险人或者受益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、被保险人或者受益人补充提供。
- (3) 保险人收到被保险人或者受益人的给付保险金的请求后，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 30 日内作出核定。但保险责任的核定必须依赖于特定证明、鉴定、判决、裁定或其他证据材料的，保险人应在被保险人或者受益人提供或自行取得上述证据材料起 30 日内作出核定。本保险合同另有约定的除外。
- (4) 保险人应当将核定结果通知被保险人或者受益人；对属于保险责任的，在与被保险人或者受益人达成给付保险金的协议后 10 日内，履行赔偿保险金义务。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一个工作日内向被保险人或者受益人发出拒绝给付保险金通知书，并说明理由。
- (5) 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；保险人最终确定给付的数额后，应当支付相应的差额。

5 保险金申请

保险金申请人（见释义）向保险人申请给付保险金时，应填写保险金给付申

请书，并提交以下材料。保险金申请人因特殊原因不能提供以下材料的，应提供其他合法有效的材料。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。保险人按照本合同的约定，认为有关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。**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。**

5.1 通用申请材料

- (1) 保险金给付申请书；
- (2) 保险单；
- (3) 被保险人境内旅行的证明，如旅游费用收据、机票或车船票；
- (4) 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。

5.2 不同保险责任的申请材料

5.2.1 意外身故、伤残保险金申请

5.2.1.1 意外身故保险金申请

- (1) 保险金申请人的身份证明；
- (2) 公安机关或司法部门、二级及二级以上医院或保险人认可的医疗机构出具的被保险人死亡证明或验尸报告。若被保险人为宣告死亡，保险金申请人应提供法院出具的宣告死亡证明文件。

5.2.1.2 意外伤残保险金申请

- (1) 被保险人身份证明；
- (2) 司法部门或保险人认可的鉴定机构出具的伤残等级鉴定书；。

5.2.2 医疗类保险金申请

- (1) 保险金申请人、被保险人身份证明；
- (2) 指定医疗机构出具的医疗费用发票/收据、费用明细清单/帐、病历、出院小结、诊断证明及其他医疗记录等；
- (3) 对于已经从社会基本医疗保险、公费医疗和任何第三方（包括任何商业医疗保险）获得相关医疗费用补偿的，应提供社会基本医疗保险机构、商业保险机构或其他第三方的医疗费用分割单或医疗费用结算证明。

5.2.3 救援类保险金申请

5.2.3.1 紧急医疗运送和运返保险金申请材料

- (1) 保险金申请人、被保险人身份证明；
- (2) 指定机构出具的救援记录，费用发票/收据、费用明细清单/帐等；
- (3) 对于已经任何第三方（包括任何其他商业保险）获得相关运送和运返费用补偿的，应提供商业保险机构或其他第三方的费用分割单或费用结算证明。

5.2.3.2 亲友慰问探访保险金申请材料

- (1) 如被保险人身故，须提供：
 - ① 该名亲属的身份证明及与被保险人关系证明；
 - ② 公安部门或保险人认可的医疗机构出具的被保险人死亡证明或验尸报告。若被保险人为宣告死亡，受益人应提供人民法院出具的宣告死亡证明文件；
 - ③ 该名亲属往返被保险人所在地的机票或船票或车票的收据。
- (2) 如被保险人因遭受严重的意外伤害事故或罹患严重疾病连续住院十天以上，须提供：
 - ① 该名亲属的身份证明及与被保险人关系证明；
 - ② 医疗机构出具的病历记录和主治医生出具的病重证明；
 - ③ 该名亲属往返被保险人所在地的机票或船票或车票的收据。

5.2.3.3 身故遗体运返保险金申请材料

- (1) 保险金申请人的身份证明；

- (2) 医院、公安部门出具的或保险人认可的被保险人的死亡证明或验尸报告。若被保险人为宣告死亡，需提供人民法院出具的宣告死亡证明文件；
- (3) 被保险人的丧葬费用的正式发票或收据。

6 保险合同解除

本保险合同成立后，除本保险合同另有约定外，投保人可以要求解除本保险合同。但已发生任何保险金给付或已发生本保险合同约定的保险事故但尚未给付保险金的，投保人不得要求解除本保险合同。

投保人要求解除本保险合同时，应填写保险合同解除申请书，并提交保险单、保险费交付凭证和投保人身份证明。本保险合同自本保险人接到保险合同解除申请书时终止。本保险人于接到保险合同解除申请书之日起三十日内向投保人退还本保险合同的现金价值（见释义）；但若投保人在保险责任开始前就要求解除合同，则保险人全额退还已交纳的保险费。

7 争议处理和法律适用

7.1 争议处理

合同争议解决方式由当事人在合同约定时从下列两种方式中选择一种：

- (1) 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委员会仲裁；
- (2) 因履行本合同发生的争议，由当事人协商解决，协商不成的，依法向人民法院起诉。

7.2 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（不包括港澳台地区法律）。

8 合法性保证

本保险合同约定与《中华人民共和国保险法》等法律规定相悖之处，以法律规定为准。本保险合同未尽事宜，以法律规定为准。

9 释义

9.1 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。

9.2 保险人

指与投保人签订本保险合同的中国人民财产保险股份有限公司各分支机构。

9.3 境内旅行

除另有约定外，境内旅行是指被保险人在中国大陆地区范围内，以旅游、商务、公务、探亲等为目的，离开其日常居住地或工作地前往别的县级行政管辖范围及以上行政区域目的地，该地区不包括台湾、香港、澳门地区。境内旅行并不包括被保险人往来其日常居住地与日常工作地。

9.4 意外伤害

指以外来的、突发的、非本意的、非疾病的客观事件为直接且单独的原因致使身体受到的伤害。以下情形属于疾病范畴，非本条款所指意外伤害：

- (1) 猝死：指由潜在疾病、身体机能障碍或其他非外来性原因所导致的、在出现急性症状后发生的突然死亡，以医院的诊断或公安、司法机关的鉴定为准；
- (2) 过敏及由过敏引发的变态反应性疾病；
- (3) 高原反应；
- (4) 中暑；
- (5) 细菌、病毒或其他病原体导致的感染性疾病。

9.5 每次意外伤害限额

是指对本保险合同项下发生的任何一次意外伤害而造成被保险人身故或伤残，保险人所承担的最高给付限额。若在任何一次的意外伤害中，“每次意外伤害限额”小于在无“每次意外伤害限额”情况下应给付的各被保险人的保险金总

额，则保险人根据以下公式计算实际给付每一被保险人的保险金：

实际给付每一被保险人的保险金 = (每次意外伤害限额 ÷ 在无“每次意外伤害限额”情况下应给付的各被保险人的保险金总额) × 在无“每次意外伤害限额”情况下应给付的该被保险人的保险金。

9.6 《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的《人身保险伤残评定标准及代码》（保监发〔2014〕6号、标准编号JR/T 0083-2013）。如该标准重新修订，则以最新修订的文件版本为准。

9.7 指定医疗机构

除另有约定外，指定医疗机构指中华人民共和国境内（不包括香港、澳门、台湾地区）二级（含）及以上医院或保险人认可的医疗机构，且应符合下列所有条件：

- (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。

投保人和保险人双方还可以约定指定医疗机构的条件、范围等，并在保险单中载明。

9.8 必需且合理

指同时符合以下2个条件：

(1) 符合通常惯例

指与接受医疗服务所在地通行治疗规范、通行治疗方法、平均医疗费用价格水平一致的费用。

对是否符合通常惯例由保险人根据客观、审慎、合理的原则进行审核；如果被保险人对审核结果有不同意见，可由双方认同的权威医学机构或者权威医学专家进行审核鉴定。

(2) 医学必需

指医疗费用符合下列所有条件：

- ① 治疗意外伤害或者疾病所必需的项目；
- ② 不超过安全、足量治疗原则的项目；
- ③ 由医生开具的处方药；
- ④ 非试验性的、非研究性的项目；
- ⑤ 与接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。

9.9 社会基本医疗保险

指国家最新修订颁布的《社会保险法》规定的基本医疗保险，包括职工基本医疗保险、城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险。

9.10 急性疾病

指在保险期间内，被保险人突然发生不及时救治将危及生命安危的急性疾病。

9.11 医生

是指在医疗机构内行医并拥有处方权的医生，亦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、子女以及其他具有类似关系的人。

9.12 护士

是指通过正规专业护理课程，获得专业资格证书，并在当地医院供职的专业

护理人士。

9.13 严重意外伤害或罹患严重疾病

是指经由医生诊查被保险人的身体状况后，认为可危及被保险人生命的意外伤害或疾病。

9.14 住院

是指被保险人确因临床需要、经医生诊断必须留院治疗，正式办理入院及出院手续，并确实入住医疗机构正式病房接受治疗的行为过程；**被保险人必须连续留院 24 小时以上且由医疗机构收取病房或床位费用，但住院并不包括门诊观察室、急诊观察室、其他非正式病房、联合病房或挂床住院。**

9.15 亲属

是指被保险人的配偶，父母，配偶的父母，子女，兄弟姐妹，（外）祖父母，（外）孙子女。

9.16 猝死

指由潜在疾病、身体机能障碍或其他非外来性原因所导致的、在出现急性症状后发生的突然死亡，以医院的诊断或公安、司法机关的鉴定为准。

9.17 高风险运动

指运动风险等级高、极易发生人身伤害的运动，包括潜水、滑水、滑雪、滑冰、跳伞、热气球运动、滑翔机、滑翔翼、滑翔伞、动力伞、攀岩运动、探险活动、武术比赛、摔跤比赛、特技表演、赛马、赛车、驾驶卡丁车、蹦极及保险单载明的其他运动。其中：

- (1) 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运动，但穿着救生衣在水面进行的浮潜活动除外。
- (2) 热气球运动：指乘坐热气球升空飞行的体育活动。
- (3) 攀岩运动：指以攀登悬崖、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。如江河漂流、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) 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。
- (6) 特技：指从事马术、杂技、驯兽等特殊技能。

9.18 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。

9.19 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一定的标准，公安机关交通管理部门依据《道路交通安全法》的规定认定为饮酒后驾驶或者醉酒后驾驶。

9.20 无合法有效驾驶证

被保险人存在下列情形之一：

- (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。

9.21 无合法有效行驶证

发生保险事故时被保险人驾驶的机动车无公安机关交通管理部门、农机部门等政府管理部门核发的行驶证或号牌，或行驶证不在有效期内，或该机动车未按规定检验或检验不合格。

9.22 挂床住院

挂床住院指办理正式住院手续的被保险人，在住院期间每日非 24 小时在床、在院，包括在住院期间连续若干日无任何治疗，只发生护理费、诊疗费、床位费的情况。

9.23 遗传性疾病

指生殖细胞或受精卵的遗传物质（染色体和基因）发生突变或畸变所引起的疾病，通常具有由亲代传至后代的垂直传递的特征。

9.24 先天性畸形、变形或染色体异常

指被保险人出生时就具有的畸形、变形或染色体异常。先天性畸形、变形和染色体异常依照世界卫生组织《疾病和有关健康问题的国际统计分类》（ICD-10）确定。

9.25 既往症

指被保险人获得被保资格前罹患的被保险人已知或应该知道的有关疾病或症状。包括但不限于：

- ① 被保险人获得被保资格前，医生已有明确诊断，长期治疗未间断；
- ② 被保险人获得被保资格前，医生已有明确诊断，治疗后症状未完全消失，有间断用药或接受治疗的情况；
- ③ 被保险人获得被保资格前两年内发生，未经医生诊断和治疗，但症状已经显现足以促使一般普通谨慎人士引起注意并寻求诊断、治疗或护理的病征。

投保人在投保时告知保险人，经保险人审核同意并在保险单中单独载明不属于既往症的疾病或病征，不属于本保险合同约定的既往症。

9.26 传染病

指符合国家最新修订颁布的《中华人民共和国传染病防治法》规定的甲、乙、丙类传染病，以及国务院卫生行政部门决定并予以公布的其他传染病。

9.27 保险金申请人

除另有约定外，身故保险金申请人是指受益人或被保险人的继承人或依法享有保险金请求权的其他自然人；其他保险金申请人是指被保险人本人。

9.28 现金价值

除另有约定外，按下述公式计算现金价值：

(1) 若选择一次性交纳保险费，现金价值=净保费×(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。

(2) 若选择分期交纳保险费，现金价值=当期净保险费×(1-m/n)，其中，m 为当期已生效天数，n 为当期天数，经过天数不足一天按一天计算。未交纳当期保险费的，现金价值为零。

中国人民财产保险股份有限公司

附加出行个人责任保险（互联网专属）条款

1 总则

1.1 投保附加险的条件

本条款为本保险单约定的出行类意外健康险主险的附加险条款。只有在投保了主险的基础上，方可投保本附加险。

1.2 主险与附加险关系

凡涉及本附加险合同的约定，均采用书面形式。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；本附加险合同未约定事项，以主险合同为准。主险合同无效，本附加险合同亦无效。

2 保障内容

2.1 保险责任

在保险期间内，被保险人自获得被保资格之日起，在出行期间因疏忽或过失行为造成**第三方（见释义）**死亡、身体伤害或财产损失，依法应由被保险人承担的经济赔偿责任，保险人以保险单所载的本附加险合同项下的责任限额为限，负责补偿被保险人所实际支出的赔偿金额。

2.2 责任免除

因下列原因造成的损失和责任，保险人不负责赔偿：

- (1) 被保险人受酒精、毒品、管制药物的影响；
- (2) 由被保险人所拥有或者由被保险人监管或控制下的动物或财产损失；
- (3) 任何由于被保险人故意、恶意、违法、犯罪、不正当行为造成的损坏或伤害；
- (4) 被保险人的贸易、商业或职业行为；
- (5) 被保险人使用（暂时居住除外）或拥有土地房屋；
- (6) 被保险人的使用或拥有海、陆、空运输工具（无论有无营运执照）；
- (7) 被保险人参加赛马、赛车、使用枪支；
- (8) 任何对被保险人的直系亲属（见释义）、雇主或雇员人身或财产造成的损坏或伤害；
- (9) 任何由法院裁判的惩罚性、警戒性责任或罚款、惩罚；
- (10) 被保险人履行合同或协议约定赔偿的义务。

3 投保人、被保险人义务

- (1) 被保险人应严格遵守相关法律、法规及规定，加强管理，采取合理的预防措施，尽力避免或减少责任事故的发生。
- (2) 在合同有效期内，如保险标的的危险程度显著增加的，被保险人应当按照合同的约定及时通知保险人，保险人可以按照合同约定增加保险费或者解除合同。
- (3) 保险事故发生时，被保险人应当尽力采取必要的措施，防止或者减少损失。投保人、被保险人知道保险事故发生后，应当及时通知保险人。
- (4) 被保险人收到受害人的损害赔偿请求或得知可能产生损害赔偿时，应及时以书面形式通知保险人，并就损害赔偿请求与保险人进行协商。
- (5) 发生保险责任范围内的损失，应由有关责任方负责赔偿的，被保险人应行使或者保留向该责任方请求赔偿的权利。在保险人向有关责任方行使代位请求赔偿权利时，被保险人应当向保险人提供必要的文件和其所知道的有关情况。
- (6) 未经保险人书面同意，被保险人对受害人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。

4 赔偿处理

被保险人向保险人请求赔偿时，应填写索赔申请书，并按照出行类型，相应提交以下材料。被保险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。

4.1 通用申请材料

- (4) 索赔申请书；
- (5) 保险单；
- (6) 被保险人的身份证明；
- (4) 判决书、裁决书或调解书（如有）；
- (5) 赔偿协议（如有）；
- (6) 赔偿给付凭证；
- (7) 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。

4.2 不同出行类型的申请材料

4.2.1 商务旅行

由雇主出具的商务旅行证明。

4.2.2 其他旅行

- (1) 境内旅行：被保险人境内旅行的证明，如旅游费用收据、机票或车船票。
- (2) 境外旅行：被保险人境外旅行的护照、签证及机票或车船票。

4.2.3 境外留学生

被保险人的留学证明，包括录取通知书或学校开具的注册证明。

5 赔偿责任确定基础

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：

- (1) 被保险人与向其提出损害赔偿请求的第三方协商并经保险人确认；
- (2) 仲裁机构裁决；
- (3) 人民法院判决；
- (4) 保险人认可的其它方式。

6 事故损失赔偿金额计算

发生保险责任范围内的损失，保险人在责任限额内计算赔偿。

7 释义

7.1 第三方

是指与被保险人没有抚养、扶养及赡养关系的人。

7.2 直系亲属

是指被保险人的配偶，父母，岳父母，子女，兄弟姐妹，（外）祖父母，（外）孙子女。

中国人民财产保险股份有限公司

附加救护车费用保险 A 款（互联网专属）条款

1 总则

1.1 投保附加险的条件

本条款为本保险单约定的意外健康险类主险的附加险条款。只有在投保了主险的基础上，方可投保本附加险。

1.2 主险与附加险关系

凡涉及本附加险合同的约定，均采用书面形式。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；本附加险合同未约定事项，以主险合同为准。主险合同无效，本附加险合同亦无效。

1.3 受益人

除另有约定外，本附加险合同保险金的受益人为被保险人本人。

2 保障内容

2.1 保险责任

如保险合同中包含多个主险条款，投保人、保险人双方可约定本附加险所适用的主险条款，并在保险单中载明；如未约定所适用的主险条款，则视为本附加险适用于保险合同中的全部主险条款。如本附加险所适用的主险条款中包含多项保险责任，还可约定本附加险所适用的具体保险责任，并在保险单中载明；如未约定所适用的保险责任，则视为本附加险适用于该条款中的全部保险责任。对于本附加险所适用的任一保险责任，投保人、保险人双方还可约定给付限额并在保险单中载明。

投保人在投保 2.1.1 的基础上可选择投保 2.1.2，并在保险单中载明。

2.1.1 意外伤害救护车费用保险责任

被保险人自获得**被保资格（见释义）**之日起，在保险期间内遭受主险责任范围内的**意外伤害（见释义）**并自该意外伤害发生之时起 24 小时内发生的合理、必要的**救护车（见释义）**费用，保险人在扣除**社会基本医疗保险（见释义）、公费医疗**和任何第三方（包括任何商业医疗保险）已经补偿或给付部分以及本附加险合同约定的每次事故免赔额后，对其余额按本附加险合同约定的给付比例和每次事故赔偿限额给付意外伤害救护车费用保险金。

每次事故免赔额、给付比例和每次事故赔偿限额由投保人、保险人双方约定，并在保险单中载明。

保险人所负给付意外伤害救护车费用保险金的责任以本附加险合同项下的**意外伤害救护车费用保险金额**为限，对被保险人一次或者累计给付意外伤害救护车费用保险金达到本附加险合同项下该被保险人的意外伤害救护车费用保险金额时，本附加险合同对该被保险人的意外伤害救护车费用保险责任终止。

2.1.2 急性疾病救护车费用保险责任

被保险人自获得**被保资格**之日起，在保险期间内发生本附加险合同约定的**急性疾病（见释义）**并自该急性疾病发生之时起 24 小时内发生的合理、必要的救护车费用，保险人在扣除**社会基本医疗保险、公费医疗**和任何第三方（包括任何商业医疗保险）已经补偿或给付部分以及本附加险合同约定的每次事故免赔额后，对其余额按本附加险合同约定的给付比例和每次事故赔偿限额给付急性疾病救护车费用保险金。

每次事故免赔额、给付比例和每次事故赔偿限额由投保人、保险人双方约定，并在保险单中载明。

保险人所负给付急性疾病救护车费用保险金的责任以本附加险合同项下的**急性疾病救护车费用保险金额**为限，对被保险人一次或者累计给付急性疾病救护车费用保险金达到本附加险合同项下该被保险人的急性疾病救护车费用保险金额时，本附加险合同对该被保险人的急性疾病救护车费用保险责任终止。

2.2 补偿原则

本附加险合同适用补偿原则。被保险人通过任何途径所获得的救护车费用补偿金额总和以其实际支出的救护车费用金额为限。被保险人已经从社会基本医疗保险、公费医疗和任何第三方（包括任何商业医疗保险）获得相关救护车费用补偿的，保险人仅对扣除已获得补偿后的剩余救护车费用，按照本附加险合同约定承担给付保险金责任。

2.3 责任免除

2.3.1 本附加险所适用主险条款中列明的“责任免除”事项，也适用于本附加险合同，保险人不承担给付保险金责任。

2.3.2 对于医生诊疗费、医药费、担架费、等候费和转院时发生的费用，保险人不承担给付保险金责任。

2.3.3 对于本附加险合同载明的免赔额，保险人不承担给付保险金的责任。

2.4 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，其中意外伤害救护车费用保险金额对应意外伤害救护车费用保险责任，急性疾病救护车费用保险金额对应急性疾病救护车费用保险责任。

保险金额由投保人、保险人双方约定，并在保险单中载明。

保险金额一经确定，在保险期间内不得变更。

3 保险金申请

保险金申请人（见释义）向保险人申请给付保险金时，应填写保险金给付申请书，并提交以下材料。保险金申请人因特殊原因不能提供以下材料的，应提供其它合法有效的材料。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。保险人按照本保险合同的约定，认为有关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。保险金申请人未能提供有关材料，导致保险人无法核实该申请的真实性的，保险人对无法核实部分不承担给付保险金的责任。

- (1) 保险金给付申请书；
- (2) 保险单；
- (3) 保险金申请人、被保险人身份证明；
- (4) 接诊医院或医疗机构出具的诊断证明、病历、出院小结等；
- (5) 救护车费用收据；
- (6) 保险金申请人所能提供的与确认保险事故的性质、原因、损失程度等有关的其他证明和资料。

4 释义

4.1 被保资格

无论本附加险合同为首次投保、续保还是非续保的，被保险人获得被保资格的日期均以以下两者中较晚的日期为准：（1）本附加险合同的保险期间起始日；（2）本附加险合同项下增加该被保险人批单所载生效日，有多张批单增加该被保险人的，以最晚批单所载生效日为准。

被保险人因非保险事故身故的，则自其身故之日起该被保险人的被保资格丧失，保险人对该被保险人所承担的保险责任随即终止。

本附加险合同保险期间终止，则被保险人的被保资格终止，保险人对被保险人所承担的保险责任随即终止。

本附加险合同解除，则自解除之日起被保险人的被保资格终止，保险人对被保险人所承担的保险责任随即终止。

4.2 意外伤害

指以外来的、突发的、非本意的、非疾病的客观事件为直接且单独的原因致使身体受到的伤害。以下情形属于疾病范畴，非本条款所指意外伤害：

- (1) 猝死：指由潜在疾病、身体机能障碍或其他非外来性原因所导致的、

在出现急性症状后发生的突然死亡，以医院的诊断或公安、司法机关的鉴定为准；

(2) 过敏及由过敏引发的变态反应性疾病；

(3) 高原反应；

(4) 中暑；

(5) 细菌、病毒或其他病原体导致的感染性疾病。

4.3 救护车

指由 120 急救中心或 999 紧急救援中心派出的救护车。

4.4 社会基本医疗保险

指国家最新修订颁布的《社会保险法》规定的基本医疗保险，包括职工基本医疗保险、城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险。

4.5 急性疾病

指被保险人突然发生、不及时救治将危及生命安危的急性疾病或身体症状。

投保人和保险人双方还可以约定承保急性疾病的具体种类并在保险中载明。

4.6 保险金申请人

除另有约定外，本附加险合同的保险金申请人是指被保险人本人。

中国人民财产保险股份有限公司

附加扩展高风险运动保险（互联网专属）条款

1 总则

1.1 投保附加险的条件

本条款为本保险单约定的意外健康险类主险的附加险条款。只有在投保了主险的基础上，方可投保本附加险。

1.2 主险与附加险关系

凡涉及本附加险合同的约定，均采用书面形式。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；本附加险合同未约定事项，以主险合同为准。主险合同无效，本附加险合同亦无效。

2 保障内容

2.1 保险责任

如保险合同中包含多个条款，保险合同双方可约定本附加险所适用的具体条款；如未约定的，则视为本附加险适用于保险合同中的全部条款。如本附加险所适用的条款中包含多项保险责任，还可约定本附加险所适用的具体保险责任；如未约定的，则视为本附加险适用于该条款中的全部保险责任。对于本附加险所适用的任一保险责任，保险合同双方还可在所适用保险责任对应保险金额内约定给付限额并在保险单中载明。

在保险期间内，被保险人自获得被保资格之日起因从事保险单载明的**高风险运动**（见释义）而导致发生保险事故或达到保险金给付条件的，保险人将按照本附加险所适用的条款承担约定的保险责任。如约定给付限额的，应在给付限额内赔付。

2.2 责任免除

被保险人进行职业性的、竞技性的高风险运动训练或比赛的，保险人不承担给付保险金责任（本条不适用于不以高风险运动为职业或兼职的人员）。

3 释义

3.1 高风险运动

指运动风险等级高、极易发生人身伤害的运动，包括潜水、滑水、滑雪、滑冰、跳伞、热气球运动、滑翔机、滑翔翼、滑翔伞、动力伞、攀岩运动、探险活动、武术比赛、摔跤比赛、特技表演、赛马、赛车、驾驶卡丁车、蹦极及保险单载明的其他运动。其中：

- (1) 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运动，但穿着救生衣在水面进行的浮潜活动除外。
- (2) 热气球运动：指乘坐热气球升空飞行的体育活动。
- (3) 攀岩运动：指以攀登悬崖、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。如江河漂流、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) 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。
- (6) 特技：指从事马术、杂技、驯兽等特殊技能。

中国人民财产保险股份有限公司

附加旅行疾病身故保险（互联网专属）条款

1 总则

1.1 投保附加险的条件

本条款为本保险单约定的旅行类意外健康险主险的附加险条款。只有在投保了主险的基础上，方可投保本附加险。

1.2 主险与附加险关系

凡涉及本附加险合同的约定，均采用书面形式。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；本附加险合同未约定事项，以主险合同为准。主险合同无效，本附加险合同亦无效。

1.3 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本保险合同的身故保险金受益人。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。

被保险人或投保人可以变更保险金受益人，但需书面通知保险人，由保险人在本保险合同上批注。

投保人指定或变更保险金受益人的，应经被保险人同意。被保险人不具有完全民事行为能力的，应与其监护人指定或变更保险金受益人。

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

2 保障内容

2.1 保险责任

投保人可从以下 2.1.1 至 2.1.2 两项保险责任中选择一项投保，并约定保险金额。本附加险合同的保险责任以书面形式在保险单中载明，并约定保险金额，保险人以此为依据给付保险金。**保险单中未载明的保险责任，保险人不承担给付保险金责任。**

2.1.1 急性病身故

在保险期间内，被保险人自获得**被保资格（见释义）**之日起，在旅行期间因**突发急性病（见释义）**，并自发病之日起 7 日内（含 7 日）因该急性病导致身故的，保险人按本附加险合同约定的保险金额给付急性病身故保险金，对该被保险人的保险责任终止。

2.1.2 疾病身故

在保险期间内，被保险人自获得被保资格之日起，在旅行期间罹患疾病，并自发病之日起 30 天（含 30 天）内因该疾病导致身故的，保险人按本附加险合同约定的保险金额给付疾病身故保险金，对该被保险人的保险责任终止。

2.2 责任免除

2.2.1 通用责任免除

因下列情形之一，导致被保险人身故的，保险人不承担给付保险金的责任：

- (11) 投保人对被保险人的故意杀害、故意伤害；
- (12) 被保险人故意自伤或自杀，但被保险人自杀时为无民事行为能力人的除外；
- (13) 被保险人未遵医嘱服用、涂用、注射药物，但按使用说明的规定使用非处方药不在此限；
- (14) 被保险人受酒精、毒品、管制药物的影响，但遵医嘱使用药物的情形不在此限；
- (15) 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；

- (16) 战争、军事冲突、暴乱或武装叛乱、恐怖袭击；
- (17) 被保险人故意犯罪或抗拒依法采取的刑事强制措施；
- (18) 被保险人存在精神和行为障碍（以世界卫生组织颁布的《疾病和有关健康问题的国际统计分类（ICD-10）》为准）；
- (19) 被保险人妊娠、分娩、流产、宫外孕、不孕不育治疗、人工受精、人工流产、节育（含绝育）、产前产后检查、变性以及由以上原因引起的并发症；被保险人感染艾滋病病毒或患艾滋病（见释义）；
- (20) 被保险人从事高风险运动（见释义）；
- (21) 遗传性疾病（见释义），先天性畸形、变形或染色体异常（见释义）；
- (22) 被保险人在获得被保资格前所患既往症（见释义）及保险单中特别约定的除外疾病或情形；
- (23) 参与执行军警任务或以执法者身份执行任务；
- (24) 测试任何种类交通工具；
- (25) 受雇于商业船只、服军役、职业性操作；
- (26) 参与任何职业体育活动或任何设有奖金或报酬的体育运动；
- (27) 从事石油挖掘、采矿、空中摄影、处理爆炸物、森林砍伐、建筑工程、水上作业、高空作业之类的职业活动；
- (28) 以医疗为目的或违背医嘱进行旅行。

2.2.2 急性病身故的责任免除

如投保人选择投保 2.1.1 急性病身故保险责任，则因传染病（见释义）导致被保险人罹患急性病的，保险人不承担给付保险金责任。

2.3 保险金额

每一被保险人的保险金额是保险人承担给付该被保险人保险金责任的最高限额。

急性病身故保险责任、疾病身故保险责任的保险金额由投保人、保险人双方约定，并在保险单中载明。

每一被保险人的保险金额一经确定，在保险期间内不得变更。

3 保险金申请

保险金申请人（见释义）向保险人申请给付保险金时，应填写保险金给付申请书，并按照旅行类型，相应提交以下材料。保险金申请人因特殊原因不能提供以下材料的，应提供其它合法有效的材料。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。保险人按照本保险合同的约定，认为有关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。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。

3.1 通用申请材料

- (1) 保险金给付申请书；
- (2) 保险单；
- (3) 保险金申请人、被保险人的身份证明；
- (4) 医疗机构出具的疾病诊断证明书；
- (5) 公安部门或医疗机构出具的被保险人死亡证明或验尸报告；
- (6) 保险金申请人所能提供的与确认保险事故的性质、原因、损失程度等有关的其他证明和资料。

3.2 不同旅行类型的申请材料

3.2.1 商务旅行

由雇主出具的商务旅行证明。

3.2.2 其他旅行

- (1) 境内旅行：被保险人境内旅行的证明，如旅游费用收据、机票或车船票。
- (2) 境外旅行：被保险人境外旅行的护照、签证及机票或车船票。

4 释义

4.1 被保资格

无论本附加险合同为首次投保、续保还是非续保的，被保险人获得被保资格的日期均以以下两者中较晚的日期为准：（1）本附加险合同的保险期间起始日；（2）本附加险合同项下增加该被保险人批单所载生效日，有多张批单增加该被保险人的，以最晚批单所载生效日为准。

被保险人因非保险事故身故的，则自其身故之日起该被保险人的被保资格丧失，保险人对该被保险人所承担的保险责任随即终止。

本附加险合同保险期间终止，则被保险人的被保资格终止，保险人对被保险人所承担的保险责任随即终止。

本附加险合同解除，则自解除之日起被保险人的被保资格终止，保险人对被保险人所承担的保险责任随即终止。

4.2 突发急性病

是指在保险期间内，被保险人突然发生不及时救治将危及生命安危的急性疾病。

4.3 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。

4.4 高风险运动

指运动风险等级高、极易发生人身伤害的运动，包括潜水、滑水、滑雪、滑冰、跳伞、热气球运动、滑翔机、滑翔翼、滑翔伞、动力伞、攀岩运动、探险活动、武术比赛、摔跤比赛、特技表演、赛马、赛车、驾驶卡丁车、蹦极及保险单载明的其他运动。其中：

- （1）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运动，但穿着救生衣在水面进行的浮潜活动除外。
- （2）热气球运动：指乘坐热气球升空飞行的体育活动。
- （3）攀岩运动：指以攀登悬崖、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。如江河漂流、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）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。
- （6）特技：指从事马术、杂技、驯兽等特殊技能。

4.5 既往症

（1）商务旅行

指被保险人获得被保资格前罹患的被保险人已知或应该知道的有关疾病或症状。包括但不限于：

- ⑭ 被保险人获得被保资格前，医生已有明确诊断，长期治疗未间断；
- ⑮ 被保险人获得被保资格前，医生已有明确诊断，治疗后症状未完全消失，有间断用药或接受治疗的情况；
- ⑯ 被保险人获得被保资格前三十天内发生，未经医生诊断和治疗，但症状已经显现足以促使一般普通谨慎人士引起注意并寻求诊断、治疗或护理的病症。

投保人在投保时告知保险人，经保险人审核同意并在保险单中单独载明不属

于既往症的疾病或病症，不属于本保险合同约定的既往症。

(2) 其他旅行

指被保险人获得被保资格前罹患的被保险人已知或应该知道的有关疾病或症状。包括但不限于：

- ⑩ 被保险人获得被保资格前，医生已有明确诊断，长期治疗未间断；
- ⑪ 被保险人获得被保资格前，医生已有明确诊断，治疗后症状未完全消失，有间断用药或接受治疗的情况；
- ⑫ 被保险人获得被保资格前两年内发生，未经医生诊断和治疗，但症状已经显现足以促使一般普通谨慎人士引起注意并寻求诊断、治疗或护理的病症。

投保人在投保时告知保险人，经保险人审核同意并在保险单中单独载明不属于既往症的疾病或病症，不属于本保险合同约定的既往症。

4.6 传染病

是指《中华人民共和国传染病防治法》规定的甲、乙、丙类传染病，以及国务院卫生行政部门决定并予以公布的其他传染病。

4.7 保险金申请人

除另有约定外，身故保险金申请人是指受益人或被保险人的继承人或依法享有保险金请求权的其他自然人。

中国人民财产保险股份有限公司

个人银行卡盗刷保险条款

总则

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

第二条 本保险合同的被保险人为具有完全民事行为能力的银行卡合法持有人。

第三条 本保险合同的投保人仅限于自然人或中国大陆境内合法经营的银行机构。

保险标的

第四条 本保险合同的保险标的为被保险人名下的银行卡，包括：

- （一）被保险人名下借记卡；
- （二）被保险人名下信用卡主卡及与其关联的附属卡；
- （三）被保险人为持卡人的信用卡附属卡；
- （四）被保险人名下的银行网络账户；
- （五）被保险人名下的银行手机账户；
- （六）被保险人名下的存折。

以上账户仅限于中国境内（不含港澳台地区）银行发行、管理的账户。如果保险单对所承保的银行卡有具体约定的，以保险单载明为准。

保险责任

第五条 在保险期间内，本保险合同约定的保险标的因被他人盗刷、盗用、复制，或被他人 在银行柜面及 ATM 机器上盗取或转账，造成的被保险人向发卡行挂失或冻结前 30 个自然日内实际发生的损失，保险人按照本保险合同的约定负责赔偿。

责任免除

第六条 下列原因造成的损失、费用，保险人不负责赔偿：

（一）投保人、被保险人及其代表的故意、重大过失或犯罪行为；

（二）行政行为或司法行为；

（三）被保险人或其信用卡主卡所关联的附属卡持有人主动转账交易；

（四）被保险人的银行卡被其雇佣人员、代理人、家庭成员或共同居住人员在银行柜面、ATM 机器或网络支付平台上盗取或转账；

（五）被保险人或其信用卡主卡所关联的附属卡持有人未遵循银行账户及第三方支付账户使用规范；

（六）被保险人的银行卡被银行工作人员利用职务之便侵占。

第七条 下列损失、费用，保险人也不负责赔偿：

（一）被保险人的银行卡通过本人绑定的理财类平台、借贷类平台，以及相关手机 APP 造成的资金损失；

(二) 其他平台或其他第三方已经依据服务承诺向被保险人赔偿的全部或部分资金损失；

(三) 被他人诈骗，或他人以诈骗手段获取被保险人的银行卡账号、密码或其他信息后实施盗窃行为导致的资金损失；

(四) 被保险人的银行卡在借给他人使用期间所导致的资金损失；

(五) 第三方支付余额账户中的资金损失；

(六) 罚款、罚金及惩罚性赔偿；

(七) 精神损害赔偿；

(八) 被保险人的间接损失；

(九) 本保险合同中载明的免赔额以及按本保险合同中载明的免赔率计算的免赔额，两者以高者为准。

保险金额与免赔额（率）

第八条 保险金额、每次事故赔偿金额由投保人和保险人协商确定，并在保险单中载明。

第九条 免赔额（率）由投保人与保险人在订立保险合同时协商确定，并在保险单中载明。

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。

保险人义务

第十一条 本保险合同成立后，保险人应当及时向投保

人签发保险单或其他保险凭证。

第十二条 保险事故发生后，投保人、被保险人提供的有关索赔的证明和资料不完整的，保险人应当及时一次性通知投保人、被保险人补充提供。

第十三条 保险人收到被保险人的赔偿请求后，应当及时就是否属于保险责任作出核定，并将核定结果通知被保险人。

投保人、被保险人义务

第十四条 投保人应履行如实告知义务，如实回答保险人就保险标的或被保险人的有关情况提出的询问，并如实填写投保单。

第十五条 除本保险合同另有约定外，投保人应在保险合同成立时一次交清保险费。采用分期支付保险费的，投保人应按照本保险合同的约定，按时支付保险费。若投保人未按照本保险合同的约定支付保险费的，则保险人有权通知投保人解除本保险合同，该保险合同自保险人发出解除书面合同通知时解除。

第十六条 投保人未按照本保险合同的约定支付保险费的，保险人有权不承担保险责任。

第十七条 在合同有效期内，如保险标的的危险程度显著增加的，被保险人应当按照合同的约定及时通知保险人，保险人可以按照合同约定增加保险费或者解除合同。

第十八条 保险事故发生时，被保险人应当尽力采取必

要的措施，防止或者减少损失。投保人、被保险人知道保险事故发生后，应当及时通知保险人。

第十九条 发生保险责任范围内的损失，应由有关责任方负责赔偿的，被保险人应行使或者保留向该责任方请求赔偿的权利。

在保险人向有关责任方行使代位请求赔偿权利时，被保险人应当向保险人提供必要的文件和其所知道的有关情况。

第二十条 被保险人向保险人请求赔偿时，应提交以下单证：

- （一） 保险单正本或保险单号；
- （二） 被保险人的身份证明；
- （三） 与银行卡被盗刷、盗用、盗取、转账等相关的交易记录；
- （四） 有关损失资金的流向记录，比如涉及转账，需提供收款方姓名及账号等信息。
- （五） 银行卡挂失或冻结时间证明；
- （六） 公安机关证明；
- （七） 投保人、被保险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。

被保险人未履行前款约定的索赔资料提供义务，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

第二十一条 保险标的发生保险责任范围内的损失，保险人以支付保险金的方式赔偿。

第二十二条 保险标的发生保险责任范围内的损失时，对于每次事故造成的损失，保险人按照其实际损失扣除本保险合同约定的免赔额或按本保险合同载明的免赔率计算的免赔额后，在每次事故赔偿金额范围内计算赔偿。累计赔偿金额达到保险金额后，保险合同自动终止。

第二十三条 发生保险事故时，如果被保险人的损失在有相同保障的其他保险项下也能够获得赔偿，则本保险人按照本合同的赔偿金额与其他保险合同及本合同的赔偿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。

第二十四条 保险标的发生部分损失，保险人履行赔偿义务后，本保险合同的保险金额自损失发生之日起按保险人的赔偿金额相应减少，保险人不退还保险金额减少部分的保险费。如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起至保险期间届满之日止按日比例计算的保险费。

争议处理和法律适用

第二十五条 合同争议解决方式由当事人在合同约定从

下列两种方式中选择一种：

（一）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委员会仲裁；

（二）因履行本合同发生的争议，由当事人协商解决，协商不成的，依法向人民法院起诉。

第二十六条 与本保险合同有关的以及履行本保险合同产生的一切争议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

第二十七条 被保险人银行卡中的资金如涉及外币，均以发生保险责任事故当日中国人民银行公布的相应外汇基准价折算人民币。

第二十八条 保险责任开始前，投保人要求解除保险合同的，应当按照保险合同约定向保险人支付退保手续费，退保手续费比例由投保人和保险人协商确定，并在保险单中载明，保险人应当退还剩余部分保险费。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。

第二十九条 保险标的发生全部损失，属于保险责任的，保险人在履行赔偿义务后，本保险合同终止；不属于保险责

任的，本保险合同终止，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。

第三十条 本保险合同约定与《中华人民共和国保险法》等法律规定相悖之处，以法律规定为准。本保险合同未尽事宜，以法律规定为准。

释义

第三十一条 【家庭成员】直系血亲及在一起共同生活的其他亲属。

第三十二条 【共同居住人员】指与被保险人共同居住在同一套房屋内超过5天的人。

第三十三条 【雇佣人员】指（1）与被保险人订立劳动合同的所有人员（含全职、兼职和临时职工）；（2）虽未与被保险人订立劳动合同但由被保险人正式任命的人员（含董事会成员、监事会成员）；（3）虽未与被保险人订立劳动合同或未由其正式任命，但为其提供与职工类似服务的人员（含劳务用工合同人员）。

中国人民财产保险股份有限公司

附加旅行住院津贴保险（互联网专属）条款

1 总则

1.1 投保附加险的条件

本条款为本保险单约定的旅行类意外健康险主险的附加险条款。只有在投保了主险的基础上，方可投保本附加险。

1.2 主险与附加险关系

凡涉及本附加险合同的约定，均采用书面形式。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；本附加险合同未约定事项，以主险合同为准。主险合同无效，本附加险合同亦无效。

1.3 受益人

除另有约定外，本保险合同保险金的受益人为被保险人本人。

2 保障内容

2.1 保险责任

投保人可从以下 2.1.1 至 2.1.2 两项保险责任中选择投保其中一项，并约定保险金额。本附加险合同的保险责任以书面形式在保险单中载明，并约定保险金额，保险人以此为依据给付保险金。保险单中未载明的保险责任，保险人不负责赔偿。

2.1.1 意外伤害住院津贴

在保险期间内，被保险人自获得被保资格（见释义）之日起，在旅行期间遭受意外伤害（见释义），并因该意外伤害在保险期间内在指定医疗机构（见释义）进行住院（见释义）治疗的，对于该被保险人的实际住院日数（见释义），保险人按照《意外伤害住院津贴给付表》的约定给付意外伤害住院津贴保险金。

意外伤害住院津贴给付表

情形	每次意外伤害住院津贴保险金
实际住院日数≤ 每次免赔日数	无
实际住院日数> 每次免赔日数	如（实际住院日数-每次免赔日数）<每次最高给付津贴日数，则： 每次意外伤害住院津贴保险金=每日津贴给付标准×（实际住院日数-每次免赔日数） 如（实际住院日数-每次免赔日数）≥每次最高给付津贴日数，则： 每次意外伤害住院津贴保险金=每日津贴给付标准×每次最高给付津贴日数

每日津贴给付标准、每次免赔日数、每次最高给付津贴日数以保险合同载明为准；若未载明的，每次免赔日数视为 0 日、每次最高给付津贴日数视为 90 日。

本保险合同项下，保险人在保险期间内累计承担的意外伤害住院津贴的给付日数（即总给付日数）不超过 180 日（含 180 日）；

若被保险人因同一原因多次住院，前次出院与后次住院日期间隔未达 90 日的，则视为同一次住院。

2.1.2 住院津贴

在保险期间内，被保险人自获得被保资格之日起，在旅行期间遭受意外伤害或者罹患疾病，并因该意外伤害或疾病在保险期间内在指定医疗机构进行住院治

疗的，对于该被保险人的实际住院日数，保险人按照《住院津贴给付表》的约定给付住院津贴保险金。

住院津贴给付表

情形	每次住院津贴保险金
实际住院日数≤ 每次免赔日数	无
实际住院日数> 每次免赔日数	如（实际住院日数-每次免赔日数）<每次最高给付津贴日数，则： 每次住院津贴保险金=每日津贴给付标准×（实际住院日数-每次免赔日数） 如（实际住院日数-每次免赔日数）≥每次最高给付津贴日数，则： 每次住院津贴保险金=每日津贴给付标准×每次最高给付津贴日数

每日津贴给付标准、每次免赔日数、每次最高给付津贴日数以保险合同载明为准；若未载明的，每次免赔日数视为0日、每次最高给付津贴日数视为90日。

本保险合同项下，保险人在保险期间内累计承担的住院津贴的给付日数（即住院总给付日数）不超过180日（含180日）；

若被保险人因同一原因多次住院，前次出院与后次住院日期间隔未达90日的，则视为同一次住院。

2.2 责任免除

2.2.1 通用责任免除

因下列情形之一，导致被保险人住院治疗的，保险人不承担给付意外伤害住院津贴、住院津贴的保险金责任：

- (3) 投保人对被保险人的故意杀害、故意伤害；
- (4) 被保险人故意自伤或自杀，但被保险人自杀时为无民事行为能力人的除外；
- (5) 被保险人因挑衅或故意行为而导致的打斗、被袭击或被谋杀；
- (6) 被保险人接受包括美容、整容、整形手术在内的任何医疗行为而造成的意外；
- (7) 被保险人未遵医嘱服用、涂用、注射药物，但按使用说明的规定使用非处方药不在此限；
- (8) 被保险人受酒精、毒品、管制药物的影响，但遵医嘱使用药物的情形不在此限；
- (9) 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；
- (10) 战争、军事冲突、暴乱或武装叛乱、恐怖袭击；
- (11) 被保险人故意犯罪或抗拒依法采取的刑事强制措施；
- (12) 被保险人存在精神和行为障碍（以世界卫生组织颁布的《疾病和有关健康问题的国际统计分类（ICD-10）》为准）；
- (13) 被保险人从事高风险运动（见释义）；
- (14) 被保险人酒后驾驶（见释义）、无合法有效驾驶证（见释义）驾驶或驾驶无合法有效行驶证（见释义）的机动车辆；
- (15) 被保险人非因意外伤害而进行的整容、整形手术，以及因任何原因进行的美容；
- (16) 被保险人非因意外伤害而进行的牙科治疗或手术、视力矫正、因矫正视力而作的眼科验光检查，以及任何原因导致的牙齿修复或牙齿整形、安装及购买残疾用具（如轮椅、假肢、假眼、假牙或者助听器等）；

- (17) 被保险人进行一般身体检查、疗养、特别护理、静养、康复性治疗、物理治疗、心理治疗或预防性治疗；
- (18) 被保险人妊娠、分娩、流产、宫外孕、不孕不育治疗、人工受精、人工流产、节育(含绝育)、产前产后检查、变性以及由以上原因引起的并发症；
- (19) 被保险人作为器官捐赠方接受器官捐赠手术；
- (20) 被保险人接受试验性药物或治疗；
- (21) 被保险人接受各类医疗鉴定，包括但不限于医疗事故鉴定、精神病鉴定、孕妇胎儿性别鉴定、验伤鉴定、亲子鉴定、遗传基因鉴定；
- (22) 被保险人在家自设病床治疗，或在门诊观察室、急诊观察室、其他非正式病房、联合病房的治疗；
- (23) 被保险人不符合入院标准住院、挂床住院(见释义)或应当出院但拒不出院而造成的延长住院；
- (24) 根据被保险人的主治医生的意见，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市外或境外进行的治疗或手术；
- (25) 参与任何职业体育活动或任何设有奖金或报酬的体育运动；
- (26) 参与执行军警任务或以执法者身份执行任务；
- (27) 受雇于商业船只、服军役、职业性操作或测试任何种类交通工具；
- (28) 从事石油挖掘、采矿、空中摄影、处理爆炸物、森林砍伐、建筑工程、水上作业、高空作业之类的职业活动；
- (29) 以医疗为目的或违背医嘱进行旅行。

2.2.2 不同保险责任的责任免除

因下列情形之一，导致被保险人住院治疗的，保险人不承担给付住院津贴的保险金责任：

- (1) 被保险人感染艾滋病病毒或患艾滋病(见释义)；
- (2) 遗传性疾病(见释义)，先天性畸形、变形或染色体异常(见释义)；
- (3) 被保险人在获得被保资格前所患既往症(见释义)及保险单中特别约定的除外疾病或情形；
- (4) 被保险人在获得被保资格之日起120天内接受扁桃体腺、甲状腺、疝气、女性生殖系统疾病的检查与治疗；
- (5) 被保险人接受包皮环切术、包皮剥离术、包皮气囊扩张术、性功能障碍治疗。

2.3 保险金额

每一被保险人的保险金额是保险人承担给付该被保险人保险金责任的最高限额。

意外伤害住院津贴保险责任、住院津贴保险责任的保险金额由投保人和保险人双方约定，并在保险单中载明。

每一被保险人的保险金额一经确定，在保险期间内不得变更。

3 保险金申请

保险金申请人(见释义)向保险人申请给付保险金时，应填写保险金给付申请书，并按照旅行类型，相应提交以下材料。保险金申请人因特殊原因不能提供以下材料的，应提供其它合法有效的材料。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。保险人按照本保险合同的约定，认为有关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。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。

3.1 通用申请材料

- (4) 保险金给付申请书；
- (5) 保险单；
- (6) 保险金申请人、被保险人身份证明；
- (7) 指定医疗机构出具的医疗费用发票/收据、费用明细清单/帐、病历、

出院小结、诊断证明及其他医疗记录等；

- (8) 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。

3.2 不同旅行类型的申请材料

3.2.1 商务旅行

由雇主出具的商务旅行证明。

3.2.2 其他旅行

(1) 境内旅行：被保险人境内旅行的证明，如旅游费用收据、机票或车船票。

(2) 境外旅行：被保险人境外旅行的护照、签证及机票或车船票。

4 释义

4.1 被保资格

无论本附加险合同为首次投保、续保还是非续保的，被保险人获得被保资格的日期均以以下两者中较晚的日期为准：(1) 本附加险合同的保险期间起始日；

(2) 本附加险合同项下增加该被保险人批单所载生效日，有多张批单增加该被保险人的，以最晚批单所载生效日为准。

被保险人因非保险事故身故的，则自其身故之日起该被保险人的被保资格丧失，保险人对该被保险人所承担的保险责任随即终止。

本附加险合同保险期间终止，则被保险人的被保资格终止，保险人对被保险人所承担的保险责任随即终止。

本附加险合同解除，则自解除之日起被保险人的被保资格终止，保险人对被保险人所承担的保险责任随即终止。

4.2 意外伤害

指以外来的、突发的、非本意的、非疾病的客观事件为直接且单独的原因致使身体受到的伤害。以下情形属于疾病范畴，非本条款所指意外伤害：

- (1) 猝死；
- (2) 过敏及由过敏引发的变态反应性疾病；
- (3) 高原反应；
- (4) 中暑；
- (5) 细菌、病毒或其他病原体导致的感染性疾病。

4.3 指定医疗机构

指符合下列所有条件的机构：

- (5) 拥有合法经营执照；
- (6) 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；
- (7) 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；
- (8) 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（不包括港、澳、台地区），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。

投保人和保险人双方还可以约定指定医疗机构的条件、范围等，并在保险单中载明。

4.4 住院

是指被保险人确因临床需要、经医生诊断必须留院治疗，正式办理入院及出院手续，并确实入住医疗机构正式病房接受治疗的行为过程；**被保险人必须连续留院 24 小时以上且由医疗机构收取病房或床位费用，但住院并不包括门诊观察室、急诊观察室、其他非正式病房、联合病房或挂床住院。**

4.5 实际住院日数

是指被保险人在医疗机构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。

4.6 高风险运动

指运动风险等级高、极易发生人身伤害的运动，包括潜水、滑水、滑雪、滑冰、跳伞、热气球运动、滑翔机、滑翔翼、滑翔伞、动力伞、攀岩运动、探险活动、武术比赛、摔跤比赛、特技表演、赛马、赛车、驾驶卡丁车、蹦极及保险单载明的其他运动。其中：

- (1) 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运动，但穿着救生衣在水面进行的浮潜活动除外。
- (2) 热气球运动：指乘坐热气球升空飞行的体育活动。
- (3) 攀岩运动：指以攀登悬崖、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。如江河漂流、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) 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。
- (6) 特技：指从事马术、杂技、驯兽等特殊技能。

4.7 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一定的标准，公安机关交通管理部门依据《道路交通安全法》的规定认定为饮酒后驾驶或者醉酒后驾驶。

4.8 无合法有效驾驶证

被保险人存在下列情形之一：

- (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。

4.9 无合法有效行驶证

发生保险事故时被保险人驾驶的机动车无公安机关交通管理部门、农机部门等政府管理部门核发的行驶证或号牌，或行驶证不在有效期内，或该机动车未按规定检验或检验不合格。

4.10 挂床住院

挂床住院指办理正式住院手续的被保险人，在住院期间每日非 24 小时在床、在院，包括在住院期间连续若干日无任何治疗，只发生护理费、诊疗费、床位费的情况。

4.11 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。

4.12 遗传性疾病

指生殖细胞或受精卵的遗传物质（染色体和基因）发生突变或畸变所引起的疾病，通常具有由亲代传至后代的垂直传递的特征。

4.13 先天性畸形、变形或染色体异常

指被保险人出生时就具有的畸形、变形或染色体异常。先天性畸形、变形和染色体异常依照世界卫生组织《疾病和有关健康问题的国际统计分类》（ICD-10）确定。

4.14 既往症

（1）商务旅行

指被保险人获得被保资格前罹患的被保险人已知或应该知道的有关疾病或症状。包括但不限于：

- ⑰ 被保险人获得被保资格前，医生已有明确诊断，长期治疗未间断；
- ⑱ 被保险人获得被保资格前，医生已有明确诊断，治疗后症状未完全消失，有间断用药或接受治疗的情况；
- ⑲ 被保险人获得被保资格前三十天内发生，未经医生诊断和治疗，但症状已经显现足以促使一般普通谨慎人士引起注意并寻求诊断、治疗或护理的病证。

投保人在投保时告知保险人，经保险人审核同意并在保险单中单独载明不属于既往症的疾病或病症，不属于本保险合同约定的既往症。

（3）其他旅行

指被保险人获得被保资格前罹患的被保险人已知或应该知道的有关疾病或症状。包括但不限于：

- ⑬ 被保险人获得被保资格前，医生已有明确诊断，长期治疗未间断；
- ⑭ 被保险人获得被保资格前，医生已有明确诊断，治疗后症状未完全消失，有间断用药或接受治疗的情况；
- ⑮ 被保险人获得被保资格前两年内发生，未经医生诊断和治疗，但症状已经显现足以促使一般普通谨慎人士引起注意并寻求诊断、治疗或护理的病证。

投保人在投保时告知保险人，经保险人审核同意并在保险单中单独载明不属于既往症的疾病或病症，不属于本保险合同约定的既往症。

4.15 保险金申请人

本附加险合同的保险金申请人是指被保险人本人。

中国人民财产保险股份有限公司

附加超龄人员保险（互联网专属）条款

注册号：C00000231922021123165853

1 总则

1.1 投保附加险的条件

本条款为本保险单约定的意外健康险类保险的附加险条款。只有在投保了主险的基础上，方可投保本附加险。

1.2 主险与附加险关系

凡涉及本附加险合同的约定，均采用书面形式。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；本附加险合同未约定事项，以主险合同为准。主险合同无效，本附加险合同亦无效。

2 保障内容

2.1 保险责任

如保险合同中包含多个条款，投保人、保险人双方可约定本附加险所适用的具体条款，并在保险单中载明；如未约定所适用的条款，则视为本附加险适用于保险合同中的全部条款。如本附加险所适用的条款中包含多项保险责任，还可约定本附加险所适用的具体保险责任，并在保险单中载明；如未约定所适用的保险责任，则视为本附加险适用于该条款中的全部保险责任。**对于本附加险所适用的任一保险责任，投保人、保险人双方还可约定给付限额并在保险单中载明。**

经投保人申请，保险人同意，鉴于投保人已交付了附加保险费，对于其他条件均符合主险条款的约定、仅年龄不符合主险条款约定的自然人，保险人可以扩展承保。扩展承保的年龄由投保人、保险人双方约定，并在保险单中载明。

中国人民财产保险股份有限公司

附加调整意外健康险保险金额保险（互联网专属）条款

注册号：C00000231922021122030243

1. 总则

1.1 投保附加险的条件

本条款为本保险单约定的意外健康险类主险的附加险条款。只有在投保了主险的基础上，方可投保本附加险。

1.2 主险与附加险关系

凡涉及本附加险合同的约定，均采用书面形式。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；本附加险合同未约定事项，以主险合同为准。主险合同无效，本附加险合同亦无效。

2 保障内容

2.1 保险责任

如保险合同中包含多个条款，保险合同双方可约定本附加险所适用的具体条款；如未约定的，则视为本附加险适用于保险合同中的全部条款。如本附加险所适用的条款中包含多项保险责任，还可约定本附加险所适用的具体保险责任；如未约定的，则视为本附加险适用于该条款中的全部保险责任。

经保险合同双方约定，保险人可对本附加险所适用的保险责任在特定情形下的保险金额及给付标准（见释义）进行调整，并在保险单中载明。保险人将按照调整后的特定情形保险金额及给付标准承担保险合同约定的保险责任。

3 释义

3.1 给付标准

指免赔额、给付比例和等待期。