

华泰财产保险有限公司
户外运动人身意外伤害保险保险单

精彩服务

华泰财产保险有限公司（以下简称“保险人”）根据投保人申请，在投保人按约定支付保险费后，依照本保险单所载条款和附加条款、批单及其他约定条件，承担保险责任。本保险合同自保险人同意承保之日起成立。

保单号码：

投保人	名称/姓名			
	证件类型	身份证	证件号码	
	联系电话		电子邮箱	
	与被保险人关系	---		
被保险人	姓名	王 钊	联系电话	
	证件类型	身份证	证件号码	
	活动地点		出生日期(年/月/日)	1985年11月28日
	户外运动项目类型			
	团体客户被保险人清单见列表			
受益人	法定。除合同另有约定外，非身故受益人为被保险人本人，身故受益人为法定继承人。			
保险期间	自2022年01月28日 00:00时起至2022年01月28日 23:59时止			
保障责任		保险金额	备注	
人身意外身故		100000	被保险人在1-3类风险项目中遭受意外伤害事故	
人身意外伤残		100000	被保险人在1-3类风险项目中遭受意外伤害事故	
意外伤害医疗		30000	被保险人在1-3类风险项目中因意外伤害事故产生的合理就诊费用（包含自费项，180天内），0免赔，100%赔付，第三方（包括社保、其他商业保险等）已赔付的除外，镶牙、祛疤、辅助器材、康复训练等费用不在责任范围内	
高风险运动意外身故		100000	扩展承保高风险项目的意外身故，与一般意外伤害保额不叠加	
高风险运动意外伤残		100000	扩展承保高风险项目的意外伤残，与一般意外伤害保额不叠加	
高风险意外医疗		30000	扩展承保高风险项目的意外医疗，与一般意外伤害保额不叠加	
急性病身故		100000	保险期间内，被保险人突发保单列明的急性病，并自发病之日起3日内因该急性病导致身故的，保险人按急性病身故保险金给付身故保险金	
急性病医疗		10000	被保险人在活动期间因突发保单列明的急性病产生的合理就诊费用，0免赔（包含自费项，90天内），100%赔付，第三方（包括社保、其他商业保险等）已赔付的除外	
意外住院津贴		50元/天	活动期间，因一般意外、高风险运动意外就医，并在保险有效期内住院治疗的可获赔，以医疗记载天数为准，每次事故不超过90天	
意外骨折津贴		25元/天	活动期间，因一般意外、高风险意外导致骨折可获赔，根据条款中的骨折给付表给付（或可查看问答）（与意外住院津贴可以叠加，如果有2处及以上多处骨折者，骨折津贴给付以金额高者为准）	
救护车费用		3000	因意外或突发急性病产生的合理的救护车费用	
每人保费		3元/人		
总保险费：人民币（大写）叁元整（小写）¥3				
保费（不含税）		人民币（大写）贰元捌角叁分		（小写）¥2.83
税额		人民币（大写）壹角柒分		（小写）¥.17
特别提示： 保险责任与责任免除详见条款，请特别留意其中以加黑字体显示的责任免除部分内容。				
特别约定：				

- 1、被保险人为一周岁（含）至七十周岁（含），身体健康能正常工作或生活、参加户外运动团体的自然人，包括在中国大陆境内参加活动的外籍人士。
- 2、本产品限投保一份，如投保多份，以最先投保的保单为有效，其它部分视为无效，保险费无息退还。
- 3、同一保险期间内，若被保险人就同一旅行或户外运动在华泰财险投保了多份保险，且在不同产品中含有相同保险利益的，出险时本公司仅按涉及到赔偿责任中累计保险金额最高的那份保单做出赔偿。
- 4、本保单承保区域为中国大陆境内，不含港澳台。
- 5、本保单指定医院为二级及以上公立医院，出险当天需急诊的可按就近治疗原则放宽至一级公立医院，但北京市平谷区、密云区所有医院就诊的所有赔案不予赔偿。
- 6、首次就医需在出险5天内（出险当天为第1天），且非出险当天就诊的需出具延迟就医证明（复诊除外）。非在保险有效期内开始住院的，不承担住院津贴赔偿责任。
- 7、高风险运动包括且仅包括：潜水、滑雪、滑水、热气球、蹦极、冲浪、风筝冲浪、攀岩、速降、自行车、徒步、野外穿越、野外定向、登山、溯溪、骑马、皮划艇、帆船、野战、拓展训练、漂流、自驾车。
- 8、本产品承保的急性病范围如下：(1) 高热（成人达到38.5摄氏度或以上，小儿达到39摄氏度或以上）；(2) 急性阑尾炎或剧烈呕吐或严重腹泻；(3) 休克或昏迷；(4) 高原反应；(5) 癫痫发作；(6) 严重喘息或呼吸困难；(7) 急性心肌梗塞或心力衰竭或严重心律失常；(8) 高血压危象、高血压脑病、脑血管意外；(9) 非因意外伤害所导致的出血；(10) 急性尿潴留；(11) 非因意外伤害所导致的、突发性的眼睛红肿、疼痛或视力障碍；(12) 因中暑和食物中毒引起的人身伤亡损失。
- 9、保险责任范围内的合理就诊费用（包含自费项目）100%赔付，但医疗辅助器具（如拐杖、轮椅等），特需门诊、外宾医疗、干部病房、联合病房、国际医疗中心、VIP部、联合医院费用除外。
- 10、未满18周岁的被保险人身故时各保险公司实际给付的保险金总和按以下限额执行：1）对于被保险人不满10周岁的，不得超过人民币20万元；2）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，具体以监管规定为准。
- 11、阅读条款：请确认您已认真阅读《华泰财险户外运动人身意外伤害保险条款-注册号：C00015432312018042306971》、《华泰（备案）[2009]N19号-附加意外伤害医疗保险》、《华泰（备案）[2009]N64号-附加意外伤害住院津贴保险（A款）条款》、《华泰财险附加意外伤害骨折津贴保险条款注册号为：C00015432522018062810831》、《华泰（备案）[2009]N65号-附加团体突发性疾病身故保险条款》、《附加急性病医疗费用保险条款-注册号：C00015432522016112308661》、《华泰财险附加救护车车费保险-注册号：C00015432522018040904662》及其它条款内容，特别是保险责任及责任免除的部分。作为投保人，您确认对于被保险人具有保险利益。
- 12、保单形式：网上投保为您提供电子保单，根据《中华人民共和国合同法》第十一条规定，数据电文是合法的合同表现形式，电子保单与纸质保单具有同等法律效力。
- 13、如对本保险产品有任何咨询或投诉问题，请拨打华泰保险客户服务热线：4006095509，我们将竭诚为您服务。

保险人地址：深圳市罗湖区深南东路5016号京基一百大厦A座4801-01单元

咨询、报案电话：40060-95509

保险人网址：pc.ehuatai.com

保险人（签章）：

销售机构：华泰财产保险有限公司深圳分公司

签单日期：2022年01月05日

尊敬的客户：投保次日起，您可以通过扫码关注保单上的“华泰财险”微信服务号，以便获取核实保单承保、申请报案、查询赔案进度等更多理赔服务。若对查询结果有异议，您也可以通过我公司24小时境内客服电话：40060-95509，境外客服电话：86-21-80210006，以及本公司网页pc.ehuatai.com等多渠道随时反馈。感谢您选择我们的服务！

中介机构名称：五洲（北京）保险经纪有限公司

华泰财险户外运动人身意外伤害保险（互联网专属）条款

注册号: C00015432312021120818203

总则

第一条 本保险合同由保险条款、投保单、保险单或其他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 被保险人应为年满3周岁至80周岁（含3周岁及80周岁）、身体健康、能正常工作或生活，参加户外运动团体或自行进行户外运动的自然人。

第三条 投保人应为：

- （一）本保险合同订立时，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
- （二）本保险合同订立时对被保险人有保险利益的机关、企业、事业单位和社会团体。

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。

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，由保险人依照关于继承的相关法律规定履行给付保险金的义务：

- 1. 没有指定身故保险金受益人，或者身故保险金受益人指定不明无法确定的；
- 2. 身故保险金受益人先于被保险人死亡，没有其他身故保险金受益人的；
- 3. 身故保险金受益人依法丧失受益权或者放弃受益权，没有其他身故保险金受益人的。

身故保险金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，推定身故保险金受益人死亡在先。

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身故保险金受益人。

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 在保险期间内，被保险人进行户外运动时，因遭受意外伤害事故导致身故、伤残的，保险人依照下列约定给付保险金。

（一）身故保险责任

在保险期间内，被保险人进行户外运动时遭受意外伤害事故，并自事故发生之日起180日内因该次意外事故为直接原因造成身故的，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。

在保险期间内，被保险人进行户外运动时遭受意外伤害事故，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）项约定的伤残保险金的，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，被保险人进行户外运动时遭受意外伤害事故，并自该事故发生之日起180日内因该次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“《伤残评定标准》”）所列伤残项目，保险人按该标准规定的评定原则对伤残项目进行评定，并按评定结果所对应标准规定的给付比例乘以保险单或保险凭证中列明的保险金额给付伤残保险金。如第180日（含）治疗仍未结束的，按当日的身体情况进行伤残鉴定，并据此给付伤残保险金。

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《伤残评定标准》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（投保前已患或因责任免除事项所致《伤残评定标准》所列的伤残视为原有伤残）在《伤残评定标准》所对应的伤残保险金。

当同一意外伤害事故造成《伤残评定标准》所列两处或两处以上伤残时，首先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；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《伤残评定标准》条文两条以上或者同一条文两次以上进行评定。

对于不同意外伤害事故造成《伤残评定标准》所列的伤残，本次意外伤害事故导致的伤残合并前次伤残可领较严重等级伤残保险金者，按较严重等级标准给付，但前次已给付的意外伤残保险金（投保前已患或因责任免除事项所致《伤残评定标准》所列的伤残视为已给付伤残保险金）应予以扣除。

（三）可选保险责任（业余性户外运动比赛保障）

投保人可以通过在保险合同中另行约定的方式增加额外保险责任，保险人将根据该约定对被保险人在保险期间内于下属情形下或期间内遭受意外伤害事故所导致的死亡、伤残依本条第（一）项至第（二）项的约定承担给付保险金的责任：

被保险人参加由具有正规营业执照或资质的公司或单位组织的，非职业性的户外运动比赛。

可选户外运动医疗援助服务

第六条被保险人在户外运动期间若遇紧急情况或需要，可以通过拨打保险单或保险凭证所载的救援热线电话，在保险人委托的救援机构或其授权代表（以下简称“救援机构”）提供的下列协助范围内，获得免费的信息提供，但被保险人使用以下协助服务所提供信息对应之服务所需支付给任何服务提供者的费用都由被保险人自行承担。保险人与救援机构对第三方服务提供者的服务质量不承担保证责任，最终的服务选择权在于被保险人。

（一）电话医疗咨询：二十四小时电话服务为使用者提供医疗建议。

（二）推荐医疗服务机构：应被保险人要求，为其提供医生、医院、门诊部、牙医以及牙科门诊部的名字、地址、电话号码、办公时间等信息。但救援机构不负责提供医疗诊断或治疗。

（三）安排预约医生看诊：协助被保险人代为预约当地医生看诊。但不负担因之产生的任何费用。

（四）安排住院许可：若被保险人病情严重至需要入院治疗，救援机构可协助办理入院手续，但不负担因之产生的任何费用。

（五）住院期间及其后的健康状况的监控：在符合有关保密和相关授权义务的条件下，救援机构负责在被保险人住院期间及返回中国境内前对被保险人的健康状况进行监控。

责任免除

第七条因下列原因造成被保险人身故、伤残的，保险人不承担给付保险金责任：

- （一）投保人的故意行为；
- （二）被保险人自致伤害或自杀，但被保险人自杀时为无民事行为能力人的除外；
- （三）因被保险人挑衅或故意行为而导致的打斗、殴斗、被袭击或被谋杀；
- （四）被保险人妊娠、流产、分娩、疾病、药物过敏；
- （五）被保险人接受整容手术及其他内、外科手术；
- （六）被保险人未遵医嘱，私自服用、涂用、注射药物；
- （七）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；
- （八）恐怖袭击；
- （九）被保险人犯罪或抗拒依法采取的刑事强制措施；
- （十）被保险人因精神错乱或失常而导致的意外；
- （十一）被保险人受细菌、病毒或寄生虫感染（但因受伤以致伤口脓肿者除外）；或被保险人中暑，食物中毒；
- （十二）直接或间接由流行疫病或大规模流行疫病爆发引起；
- （十三）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；
- （十四）被保险人进行赛马、各种车辆表演、车辆竞赛、特技表演；
- （十五）被保险人进行滑翔活动；
- （十六）被保险人参与执行军警任务或以执法身份执行任务；
- （十七）被保险人受雇于商业船舶并执行职务；于海军、空军服军役；职业性操作或测试任何种类交通工具；从事石油挖掘、采矿、空中摄影、处理爆炸物等职业活动；
- （十八）违反法律法规或交通管理部门的规定搭乘交通工具或搭乘未经保险事故发生地相关政府部门登记许可的交通工具；
- （十九）航空或飞行活动，包括身为飞行驾驶员或空勤人员；
- （二十）被保险人以接受医生治疗或疗养为目的而进行户外运动；被保险人违反医生的嘱咐而旅行或当被保险人在其身体条件不适宜于户外运动时进行户外运动；
- （二十一）被保险人身体状况尚适宜户外运动情况下未遵循主治医生建议立即返回日常居住地或日常工作地做进一步治疗而导致病情恶化所引致的损失；
- （二十二）被保险人因猝死或高原反应导致死亡。

第八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（无论宣战与否）、军事行动、暴动或武装叛乱期间；
- (二) 被保险人醉酒或受毒品、管制药品的影响期间；
- (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) 被保险人因受当地司法当局拘禁或被判入狱期间。

若由于本保险合同中责任免除情形导致被保险人身故的，保险人对该被保险人保险责任终止，除法律规定不退还保险费的情形外，保险人退还相应的未满期保险费。

保险金额、免赔额（率）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，并在保险单或保险凭证中载明。

保险人和投保人可以在本保险合同项下约定免赔额（率）等限制条件，并于保险单中载明。

保险费依据保险金额与保险费率计收，并于保险合同上载明。投保人应该按照保险合同约定向保险人交纳保险费。

保险期间

第十条 本合同保险期间以保险人和投保人协商确定，以保险单载明的起讫时间为准。

如投保全年多次往返保障计划，保险责任的开始时间为在保险期间内，被保险人每次离开原出发地直接前往户外运动目的地之时，终止于以下最先发生的时间：（1）该被保险人完成该次户外运动后直接返回至原出发地；（2）保险单或保险凭证所载保险期间届满。（3）如保险人和投保人在本保险合同项下约定保险人对被保险人每次户外运动承担保险责任的天数上限的（即单次旅行责任期限），被保险人单次旅行责任期限的最后一日。

如投保单次保障计划，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）被保险人在保险期间内离开原出发地直接前往户外运动目的地。该保险责任的终止时间以下列情况中最先发生的时间为准：（1）保险单或保险凭证所载保险期间届满；（2）该被保险人完成户外运动后直接返回至原出发地。

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 保险人认为被保险人提供的有关给付保险金申请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。

第十三条 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十日内，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。

第十四条 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。

投保人、被保险人义务

第十五条 投保人应当在保险合同成立时一次性交清全部保险费。投保人若未按约定足额交纳保险费，保险合同不发生效力，对保险合同生效之日前发生的保险事故，保险人不承担保险责任。

第十六条 订立保险合同，保险人就保险标的或者被保险人的有关情况提出询问的，投保人应当如实告知。

投保人故意或者因重大过失未履行前款规定的义务，足以影响保险人决定是否同意承保或者提高保险费率的，保险人有权解除本合同。

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责任。

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 投保人住所或通讯地址变更时，应及时以书面形式通知保险人。投保人未通知的，保险人按本保险合同所载的最后住所或通讯地址发送的有关通知，均视为已发送给投保人。

第十八条 投保人、被保险人或者保险金受益人知道保险事故发生后，应当在及时通知保险人。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。

保险金申请与给付

第十九条 保险金申请人向保险人申请给付保险金时，应提交以下材料。保险金申请人因特殊原因不能提供以下材料的，应提供其他合法有效的材料。保险金申请人未能提供有关材料，导致保险人无法核实该申请的真实性的，保险人对无法核实部分不承担给付保险金的责任。

（一）身故保险金的申请

- 1、保险金给付申请书；
- 2、保险单或其他保险凭证原件；
- 3、被保险人的身份证明；
- 4、保险金受益人的身份证明；
- 5、公安部门或保险人认可的医疗机构出具的被保险人死亡的书面证明或验尸报告；
- 6、若被保险人为宣告死亡，受益人须提供人民法院出具的宣告死亡证明文件；
- 7、公安部门出具的被保险人户籍注销证明或者相关部门开具的火化证明；
- 8、法律法规授权的有关部门出具的意外伤害事故证明；
- 9、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；

（二）伤残保险金的申请

- 1、保险金给付申请书；
- 2、保险单或保险凭证原件；
- 3、被保险人身份证明；
- 4、保险金申请人身份证明；
- 5、经司法行政机关审核登记、并取得《司法鉴定许可证》的或经保险人与被保险人或投保人协商同意的鉴定机构根据《伤残评定标准》出具的被保险人伤残程度的资料或身体伤残程度评定书；
- 6、法律法规授权的有关部门出具的意外伤害事故证明；
- 7、医疗机构出具的医疗诊断证明书（包括但不限于诊断全称、病历和治疗过程）、医疗纪录、住院证明正本；
- 8、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。

（三）被保险人继承人作为保险金申请人申请给付保险金时，需提供可证明合法继承权的相关权利文件；

（四）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。

诉讼时效期间

第二十条 保险金申请人向保险人请求给付保险金的诉讼时效依据中华人民共和国（不含港澳台地区）相关法律规定处理。

争议处理和法律适用

第二十一条 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或者争议发生后未达成仲裁协议的，依法向中华人民共和国（不含港澳台地区）人民法院起诉。

第二十二条 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（不含港澳台地区法律）。

其他事项

第二十三条 在本保险合同成立后，投保人可以书面形式通知保险人解除合同，但保险人已根据本保险合同约定给付保险金的除外。

投保人解除本保险合同时，应提供下列证明文件和资料：

- （一）保单号、保险单或其他保险凭证原件；
- （二）投保人身份证明。

投保人要求解除本保险合同，自保险人接到保险合同解除申请书之时起，本保险合同的效力终止。保险人收到上述证明文件和资料之日起30日内退还保险单的未到期保险费。

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、户外运动：指各项具有一定风险性的非竞技户外运动，包括且仅包括：潜水、滑雪、滑冰、热气球、蹦极、冲浪、风筝冲浪、攀岩、速降、自行车、徒步、野外穿越、野外定向、登山、溯溪、骑马、皮划艇、帆船、野战、拓展训练、漂流、自驾车。其中：

风筝冲浪：是一项借助充气风筝，脚踩冲浪板的一种集聚刺激、惊险的水上运动。

速降：是指借助景点的自然落差，利用绳索由高处顶端下降，参与者可以自己掌握下降的速度、落点，以到达地面。

徒步：是指有目的的在城市的郊区、农村或者山野间进行中长距离的走路锻炼的一种休闲活动。

野外穿越：是指在野外区域里主要靠徒步行走去完成起点到终点的穿越里程。中间可能要跨越山岭、丛林、沙漠、雪原、溪流、峡谷等地貌的一种户外活动。

野外定向：是指利用地图和指南针到访地图上所指示的各个点标，以最短时间到达所有点的一种户外运动。

溯溪：是由峡谷溪流的下流向上游，克服地形上的各处障碍，穷水之源而登山之巅的一项探险活动。

野战：是一种利用高科技的激光电子设备在户外来模拟战斗的过程的一种体育运动。

3、意外伤害：指遭受外来的、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。

4、猝死：突然发生急性疾病，且在疾病发生后一定时间内死亡。上述自发病至死亡时所经过的时间以保单载明的时间为准，且最长不超过48小时。该急性疾病是被保险人在保险合同生效之前自身未知且未曾进行诊疗而在保险期间内突然发生的。

5、流行疫病：是指在某国家、地区或区域突然爆发并快速传播的传染性疾病。

6、大规模流行疫病：是指在整个洲际大陆或整个人类中流行的传染性疾病。

7、医生：指除被保险人或其直系亲属以外的，依据其执业国家或者地区之法律，正式注册且有行医资格，并在其行医资格范围内行医之医生。

8、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，但不包括由医生开具并遵医嘱使用的用于治疗疾病但含有毒品成分的处方药品。

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

10、无有效驾驶证：

指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，实习期内驾驶机动车的牵引挂车；

（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。

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

交通工具；

（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交通工具。未依法按时进行或通过机动车安全技术检验。

12、未到期保险费

未到期保险费：指解除保险合同时，由保险人退还的那部分金额。

未到期保险费=保险费×(1-m/n)，其中m为本合同已生效天数，n为本合同保险期间的天数。经过天数不足一天的按一天计算。

13、不可抗力：指不能预见、不能避免并不能克服的客观情况。

14、人身保险伤残评定标准及代码：指中国保险监督管理委员会通过保监发[2014]6号发布并经国家标准化委员会备案(JR/T 0083-2013)的国家金融行业标准。

华泰财险附加意外伤害医疗保险C款（互联网专属）条款

注册号：C00015432522021120102213

附加保险合同订立

第一条 本附加保险合同（以下简称“本附加险合同”）须附加于保险人意外伤害保险或健康保险的保险主险合同（以下简称“主险合同”）使用。

保险责任

第二条 在本附加险合同保险期间内，保险人承担下列保险责任：

保险期间内，被保险人遭受意外伤害事故，并因该次意外事故为直接原因导致伤害而经保险人认可的医疗机构进行必要治疗，保险人就其事故发生之日起一百八十日内（含第一百八十日）实际支出的合理且必要的医疗费用，在本附加险合同该被保险人对应的保险金额内，对超过免赔额的部分按约定的赔付比例给付意外伤害医疗保险金。具体的免赔额、给付比例在保险合同中载明。

保险人对每一被保险人所负给付意外伤害医疗保险金的责任以保险合同所载每一被保险人的意外伤害医疗保险金额为限，一次或累计给付的保险金达到意外伤害医疗保险金额时，保险人对该被保险人在本附加险合同下的保险责任终止。

当被保险人住院治疗跨两个保险年度时，保险人以意外伤害事故发生日当年度本附加险合同对应的保险金额为限给付意外伤害医疗保险金。

若被保险人的损失已从其他途径（包括公费医疗、社会医疗保险、其他商业性费用补偿型医疗保险、其他政府机构或社会福利机构、其他责任方）获得医疗费用赔偿，保险人可根据有关单位或保险单承保公司出具的相关单证或给付保险金证明，在本附加险合同对应的保险金额限额内仅承担被保险人除前述其他赔偿额之外剩余部分的赔偿责任。

（一）若被保险人以参加社会医疗保险身份投保，且已从社会医疗保险、公费医疗、其他商业性费用补偿型医疗保险、其他政府机构或社会福利机构、其他责任方获得医疗费用补偿（以下简称已获得的医疗费用补偿），保险人按照如下公式根据本合同的约定给付保险金。

意外伤害医疗保险金=（被保险人实际支出的符合本附加险合同约定的医疗费用-已获得的医疗费用补偿-免赔额）×赔付比例。

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。

（二）若被保险人以未参加社会医疗保险身份投保，且未从社会医疗保险、公费医疗、其他商业性费用补偿型医疗保险、其他政府机构或社会福利机构、其他责任方获得医疗费用补偿，保险人按照如下公式根据本附加险合同的约定给付保险金：

意外伤害医疗保险金=（被保险人实际支出的符合本附加险合同约定的医疗费用-免赔额）×赔付比例

（三）若被保险人以参加社会医疗保险身份投保，但未以参加社会医疗保险身份就诊并结算或结算金额为0的，保险人按照如下公式根据本附加险合同的约定给付保险金。

意外伤害医疗保险金=（被保险人实际支出的符合本附加险合同约定的医疗费用-已获得的医疗费用补偿-免赔额）×赔付比例

针对本条第（一）到（三）项保险金额、免赔额及赔付比例在保险单中载明。保险人累计给付金额以保险单载明的相应保险金额为限。

责任免除

第三条 （一）存在下列情形或因下列情形之一，直接或间接导致被保险人发生医疗费用支出的，保险人不承担赔偿责任：

1. 被保险人身患疾病的；
2. 被保险人康复治疗、健康护理（含体检、健康体检、疗养、特别护理或静养）等非治疗性的行为及无客观病征证明其不健康及以捐献身体器官为目的的医疗行为；
3. 被保险人流产、堕胎、分娩、不孕症、避孕或绝育手术、变性手术、人体试验和人工生殖，及由此而引起的并发症；
4. 被保险人未经保险人同意的转院治疗、被保险人在家自设病床治疗；
5. 被保险人在非保险人认可的医疗机构治疗，但被保险人因情况紧急必须立即就医的除外；
6. 被保险人未遵医嘱，私自服用、涂用、注射药物；
7. 被保险人因接受检查、麻醉、整容手术及其它内外科手术、药物治疗等导致的故事；
8. 因医疗事故、医疗意外及并发症增加的医疗费；
9. 主险合同约定的责任免除事项。

（二）被保险人发生下列费用，保险人不承担赔偿责任：

1. 被保险人发生的护理（陪护）费、取暖费、交通费、误工费、空调费、膳食费、特需服务费、营养性药品等需要自理的费用；
2. 用于矫形、整容、美容、心理咨询、康复治疗（训练）、器官移植、角膜屈光成形手术或修复、安装及购买残疾用具（如轮椅、假肢、助听器、假眼、假牙、配镜等）的费用；

3. 被保险人所在地社会医疗保险主管部门规定的自费项目。

受益人

第四条 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。

保险事故通知

第五条 投保人或被保险人或受益人应于被保险人入院之日起五日内或经保险人书面同意延长的期限内通知保险人。

被保险人应在认可的医疗机构就诊，若因情况紧急必须立即就医的未在认可的医疗机构就诊的，应在三日内通知保险人，并根据病情及时转入认可的医疗机构。若确需转入非认可的医疗机构就诊的，应向保险人提出书面申请，保险人在接到申请后三日内给予答复，对于保险人同意在非认可的医疗机构就诊的，对被保险人在非认可的医疗机构发生的医疗费用按本附加险合同规定给付保险金。

保险金申请

第六条 （一）意外伤害医疗保险金的申请

保险金申请人填写保险金给付申请书，并凭下列证明文件、资料原件向保险人申请给付保险金：

1. 保险金给付申请书；
2. 保险单或保险凭证原件；
3. 保险金申请人的有效身份证明；
4. 被保险人的有效身份证明；
5. 法律法规授权的有关部门出具的意外伤害事故证明；
6. 保险人认可的医疗机构出具的附有病理检查、化验检查及其他医疗仪器检查报告的医疗诊断证明、病历及医疗费用清单、医疗费用原始单据、结算明细表与处方正本；
7. 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。

（二）被保险人的继承人作为保险金申请人索赔时，需提供公证机构出具的证明其具备保险金请求权及所享份额等事宜的公证文件。

（三）如保险金申请人委托他人申领保险金，还须提供授权委托书及受托人的身份证明和资料。

（四）境外出险申请

境外出险除须按照本条第（一）款约定提供相应索赔申请文件外，凡由境外机构或人员出具的文件必须经境外出险地合法公证机构对文件的有效性、真实性进行公证，或经中国驻当地所在国使领馆认可。

（五）当保险人给付的保险金金额未达到被保险人实际支出意外医疗费用的全部金额时，索赔申请人可以书面形式向保险人申请发还原始单据，保险人在加盖公章并注明已赔付金额后发还原始单据。

本附加险合同效力终止

第七条 以下任何一种情况发生时，本附加险合同效力自动终止，保险人不再承担给付保险金的责任：

1. 投保人解除本附加险合同；
 2. 主险合同解除、终止效力或期满；
 3. 本附加险合同因保险合同约定或法律规定的其他情形而终止。
- 主险合同无效，本附加险合同亦自始无效。

其他

第八条 凡涉及本附加险合同的约定，均采用书面形式。本附加险合同与主险合同不一致之处，以本附加险合同为准；本附加险合同未尽之处，以主险合同为准。

释义

1. 认可的医疗机构

在中国境内（不包括香港、澳门、台湾地区）是指经中华人民共和国境内（不含香港、澳门、台湾地区）卫生部门评审确定的二级或以上的公立医院或投保人与保险人协商共同指定并在保单中约定的医院或医疗机构，且仅限于上述医疗机构的普通部。意外伤害急救不受此限，但经急救情况稳定后，须根据病情及时转入前述指定或认可的医疗机构治疗。

在中国境外（包括香港、澳门、台湾地区）是指保险人认可的根据所在国家或地区法律规定合法成立、运营并符合以下标准的医疗机构：

- （1）主要运营目的是以住院病人形式提供接待患病、受伤的人并为其提供医疗护理和治疗，
- （2）在一名或若干医生的指导下为病人治疗，其中最少有一名合法执业资格的驻院医生驻诊，
- （3）维持足够妥善的设备为病人提供医学诊断和治疗，并于机构内或由其管理的其他地方提供进行各种手术的设备，
- （4）有合法执业的护士提供和指导二十四小时的全职护理服务。

不包括如下机构或医疗服务：

- （1）特需医疗、外宾医疗、干部病房、联合病房、国际医疗中心、VIP部、联合医院；
- （2）诊所、康复中心、家庭病床、护理机构；
- （3）休养、戒酒、戒毒中心；
- （4）精神病院、精神心理治疗中心、老人院、疗养院、健康中心。

该医疗机构必须具有系统的、充分的诊断设备，全套外科手术设备及能够提供二十四小时的医疗与护理服务的能力或资质。

2. 住院

是指被保险人因意外伤害而入住医疗机构之正式病房接受全日24小时监护治疗的过程，并正式办理入院手续。但不包括下列情况：

- （1）被保险人在医疗机构的（门）急诊观察室、家庭病床（房）入住；
- （2）被保险人在特需病房、外宾病房或其它不属于社会医疗保险范畴的高等级病房入住；
- （3）被保险人入住康复科、康复病床或接受康复治疗；
- （4）被保险人住院期间一天内未接受与入院诊断相关的检查和治疗，或一天内住院不满二十四小时；但遵医嘱到外院接受临时治疗的除外；
- （5）被保险人住院体检；
- （6）挂床住院及其他不合理的住院。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。具体表现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、床位费等情况。

挂床住院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，或一日内住院不满二十四小时，遵医嘱到外院接受临时诊疗的除外。

3. 社会医疗保险

本合同所称的社会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、医疗救助、少儿医保等政府举办的基本医疗保障项目。

4. 合理且必要的医疗费用

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。

医学必需：指医疗费用符合下列所有条件：

- （1）治疗意外伤害所必需的项目；
- （2）不超过安全、足量治疗原则的项目；
- （3）由专科医生开具的处方药；
- （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。

如被保险人在中国境内（不含港、澳、台地区）治疗的，指符合被保险人当地社会医疗保险报销范围的、合理且必要的医疗费用。

本附加险合同的未释义名词，均以主险合同的释义为准。

华泰财险附加意外伤害住院津贴保险A款（互联网专属）条款

注册号C00015432522021121517143

附加保险合同订立

第一条 本附加保险合同（以下简称“本附加险合同”）须附加于保险人意外伤害保险或健康保险主险合同（以下简称“主险合同”）使用。

保险责任

第二条 在本附加险合同保险期间内, 保险人承担下列保险责任:

被保险人因遭受意外伤害事故, 并自事故发生之日起一百八十日内(含第一百八十日)因该次意外伤害事故为直接且单独原因导致身体遭受伤害, 经保险人认可的医疗机构诊断必须入住普通病房住院治疗, 保险人对每次住院扣除保险单载明的免赔住院天数后, 按照保险合同中列明的每日意外伤害住院津贴金额与实际住院天数(扣除免赔住院天数后)的乘积向被保险人给付意外伤害住院津贴。

被保险人多次遭受意外伤害事故进行住院治疗, 本公司按规定分别给付“意外伤害住院津贴保险金”, 但每一保险年度内对同一被保险人一次或多次累计给付“意外伤害住院津贴保险金”天数以一百八十天为限, 当累计给付天数达到一百八十天时, 本附加险合同对该被保险人的保险责任终止。

责任免除

第三条 (一) 存在下列情形或因下列情形之一, 直接或间接导致被保险人住院治疗的, 保险人不承担赔偿责任:

1. 被保险人身患疾病而住院;
2. 被保险人因流产、堕胎、分娩、不孕症、避孕或绝育手术、变性手术、人体试验和人工生殖, 及由此而引起的并发症而住院;
3. 被保险人因康复治疗、健康护理(含体检、健康体检、疗养、特别护理或静养)等非治疗性的行为及无客观病征证明其不健康及以捐献身体器官为目的的医疗行为导致的住院;
4. 以矫形、整容、美容、心理咨询、器官移植、角膜屈光成形手术或修复为目的的住院;
5. 被保险人在非认可的医疗机构治疗, 但被保险人因情况紧急必须立即就医的除外;
6. 被保险人未经保险人同意的转院治疗, 被保险人在家自设病床治疗;
7. 被保险人因接受检查、麻醉、整容手术及其它内外科手术、药物治疗等导致的住院;
8. 因医疗事故、医疗意外及并发症导致的住院;
9. 主险合同约定的责任免除事项。

受益人

第四条 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。

保险事故通知

第五条 投保人或被保险人或受益人应于被保险人入院之日起五日内或经保险人书面同意延长的期限内通知保险人。

被保险人应在认可的医疗机构就诊, 若被保险人因情况紧急必须立即就医而未在认可的医疗机构就诊的, 应在三日内通知保险人, 并根据病情及时转入认可的医疗机构。若确需转入非认可的医疗机构就诊的, 应向保险人提出书面申请, 保险人在接到申请后三日内给予答复, 对于保险人同意在非认可的医疗机构就诊的, 对被保险人在非认可的医疗机构发生的住院医疗费用按本附加险合同约定给付保险金。

保险金申请

第六条 (一) 意外伤害住院津贴保险金的申请

保险金申请人凭下列证明文件、资料原件向保险人申请给付保险金:

1. 保险金给付申请书;
2. 保险单或保险凭证原件;
3. 被保险人的有效身份证明;
4. 保险金申请人的有效身份证明;
5. 二级或二级以上公立医院或保险人其它认可的医疗机构出具的入院证明、附有病理检查、化验检查及其他医疗仪器检查报告的医疗诊断证明、病历及医疗费用清单、医疗费用原始单据、结算明细表和处方正本及医疗记录、住院证明正本;
6. 其他与确认保险事故的性质、原因、损失程度有关的证明和资料;
7. 法律法规授权的有关部门出具的意外伤害事故证明; 驾驶机动车发生意外事故的, 需提供被保险人的合法有效驾驶证, 所驾驶机动车的行驶证;

(二) 被保险人的继承人作为保险金申请人索赔时, 需提供公证机构出具的证明其具备保险金请求权及所享份额等事宜的公证文件;

(三) 如保险金申请人委托他人申领保险金, 还须提供授权委托书及受托人的有效身份证明和资料。

(四) 境外出险申请

境外出险除须按照本条前三款约定提供相应索赔申请文件外，凡由境外机构或人员出具的文件必须经境外出险地合法公证机构对文件的有效性、真实性进行公证，或经中国驻当地所在国使领馆认可。

本附加险合同效力终止

第七条 以下任何一种情况发生时，本附加险合同效力终止，保险人不再承担给付保险金的责任：

- （一）投保人解除本附加险合同；
- （二）主险合同解除、终止效力或期满；
- （三）本附加险合同因保险合同约定或法律规定的其他情形而终止。

主险合同无效，本附加险合同亦自始无效。

其他

第八条 凡涉及本附加险合同的约定，均应采用书面形式。本附加险合同与主险合同不一致之处，以本附加险合同为准；本附加险合同未尽之处，以主险合同为准。

释义

1. 认可的医疗机构

在中国境内（不包括香港、澳门、台湾地区）是指经中华人民共和国境内（不含香港、澳门、台湾地区）卫生部门评审确定的二级或以上的公立医院或投保人与保险人协商共同指定并在保单中约定的医院或医疗机构，且仅限于上述医疗机构的普通部。意外伤害急救不受此限，但经急救情况稳定后，须根据病情及时转入前述指定或认可的医疗机构治疗。

在中国境外（包括香港、澳门、台湾地区）是指保险人认可的根据所在国家或地区法律规定合法成立、运营并符合以下标准的医疗机构：

- （1）主要运营目的是以住院病人形式提供接待患病、受伤的人并为其提供医疗护理和治疗；
- （2）在一名或若干医生的指导下为病人治疗，其中最少有一名合法执业资格的驻院

医生驻诊；

- （3）维持足够妥善的设备为病人提供医学诊断和治疗，并于机构内或由其管理的其他地方提供进行各种手术的设备；
- （4）有合法执业的护士提供和指导二十四小时的全职护理服务。

前述认可的医疗机构不包括以下或类似的医疗机构：

- （1）特需医疗、外宾医疗、干部病房、联合病房、国际医疗中心、VIP部、联合医院；
- （2）诊所、康复中心、家庭病床、护理机构；
- （3）休养、戒酒、戒毒中心；
- （4）精神病院、精神心理治疗中心、老人院、疗养院、健康中心。

该医疗机构必须具有系统的、充分的诊断设备，全套外科手术设备及能够提供二十四小时的医疗与护理服务的能力或资质。

2. 住院

是指被保险人因意外伤害或疾病而入住医疗机构之正式病房接受全日24小时监护治疗的过程，并正式办理入院手续。但不包括下列情况：

- （1）被保险人在医疗机构的（门）急诊观察室、家庭病床（房）入住；
- （2）被保险人在特需病房、外宾病房或其它不属于社会医疗保险范畴的高等级病房入住；
- （3）被保险人入住康复科、康复病床或接受康复治疗；
- （4）被保险人住院期间一天内未接受与入院诊断相关的检查和治疗，或一天内住院不满二十四小时；但遵医嘱到外院接受临时治疗的除外；

- （5）被保险人住院体检；

（6）挂床住院及其他不合理的住院。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。具体表现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、床位费等情况。

3. 实际住院天数

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，但不含被保险人在住院治疗期间擅自离院期间的日数。

本附加险合同的未释义名词，均以主险合同的释义为准。

注册号: C00015431922021091702583

附加保险合同订立

第一条 本附加保险条款（以下简称“本附加条款”）须附加于保险合同列明的主险条款使用。本附加险合同所附属的保险合同（以下简称“主险合同”）效力终止，本附加险合同效力即行终止。主险合同无效，本附加险合同亦无效。

保险责任

第二条 在本附加险合同保险期间内，被保险人罹患本附加险合同列明的突发性疾病，自发病之时起算（以认可的医疗机构初次确诊时间为准），在保单约定的时间内因该疾病为直接且单独原因导致身故的，保险人按本附加险合同列明的保险金额给付突发性疾病身故保险金，本附加险合同终止。

责任免除

第三条 因下列情形之一造成被保险人身故或被保险人在下列期间身故的，保险人不承担给付保险金责任：

- （一）被保险人因意外伤害身故；
 - （二）被保险人在参加本保险合同前已罹患的疾病、症状及并发症；
 - （三）投保人的故意行为；
 - （四）被保险人故意犯罪或抗拒依法采取的刑事强制措施、自杀或故意自伤，但被保险人自杀时为无民事行为能力人的除外；
 - （五）被保险人殴斗、醉酒，服用、吸食或注射毒品或服用影响行为能力的相关药品或受管制药品的影响；
 - （六）被保险人酒后驾驶、无有效驾驶证照驾驶，或驾驶无有效行驶证的机动车辆；
 - （七）被保险人流产、分娩或其他内、外科手术，及由此而引起的并发症；
 - （八）被保险人因检查、麻醉、手术治疗（含整容手术）、药物治疗等导致的医疗事故导致的伤害，以及由此引发的并发症；
 - （九）被保险人未遵医嘱，私自服用、涂用、注射药物；
 - （十）被保险人患精神性疾病、艾滋病（AIDS）或感染爱滋病毒（HIV呈阳性）期间；
 - （十一）战争（无论宣战与否）、内战、军事行动、恐怖袭击、暴乱、绑架或其他类似的武装叛乱；
 - （十二）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。
- 发生上述情形导致被保险人身故的，保险人对该被保险人保险责任终止，除法律规定不退还保险费的情形外，并退还该被保险人的未到期保险费。

受益人指定和变更

第四条 除非本附加险合同另有约定，身故被保险人的法定继承人为突发疾病身故保险金的受益人。

保险事故通知

第五条 投保人、被保险人或者受益人应当在知道保险事故发生后的五日内及时通知保险人。故意或者因重大过失未在前述期间内及时通知，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，不承担赔偿或者给付保险金的责任。

保险金申请

第六条 （一）受益人或者被保险人继承人作为保险金申请人填写保险金给付申请书，并提供下列证明文件和资料通过投保人向保险人申请给付保险金：

- 1、保险单和其他保险凭证正本；
- 2、被保险人有效身份证明复印件；
- 3、受益人有效身份证明复印件；与被保险人关系证明；
- 4、公安部门或医疗机构出具的被保险人死亡证明书或验尸报告；医疗机构出具的医疗文件、检查检验报告；
- 5、被保险人户籍注销证明；
- 6、保险金申请人所需的其它与本项索赔有关的证明和资料。

（二）被保险人的继承人作为保险金申请人索赔时，需提供公证机构出具的证明其具备保险金请求权及所享份额等事宜的公证文件；

（三）如保险金申请人委托他人申领保险金，还须提供授权委托书及委托人、受托人的身份证明和资料。

(四) 除本合同另有约定外, 保险人自收到申请人的保险金给付申请书及上述有关证明和资料之日起三日内对其是否齐全做出核定, 如不齐全的, 应当及时一次性通知保险金申请人补充相关资料。保险人自收到齐全索赔资料之日起三十日内对保险事故及其造成的后果进行核定, 对确定属于保险责任的, 在与申请人达成有关给付保险金的协议后十日内, 履行给付保险金责任。对不属于保险责任的, 向申请人发出拒绝给付保险金通知书。

本附加险合同效力终止

第七条 以下任何一种情况发生时, 本附加险合同效力终止, 保险人不再承担给付保险金的责任:

- (一) 投保人解除本附加险合同;
- (二) 主险合同解除、终止效力或期满;
- (三) 本附加险合同因保险合同约定或法律规定的其他情形而终止。

主险合同无效, 本附加险合同亦自始无效。

其他

第八条 凡涉及本附加险合同的约定, 均采用书面形式。本附加险合同与主险合同不一致之处, 以本附加险合同为准; 本附加险合同未尽之处, 以主险合同为准。

释义

1、保险金申请人

指就本附加条款的疾病身故保险金而言, 是指受益人或被保险人的继承人。

2、保险事故

指本附加险合同中约定的保险责任范围内导致保险给付责任事故。

3、醉酒

每100毫升血液中酒精含量达到和超过80毫克即为醉酒。

4、突发性疾病

- (1) 高热(成人38.5度、小儿39度以上);
- (2) 急性腹痛、剧烈呕吐、严重腹泻;
- (3) 疾病所致休克、昏迷、癫痫发作;
- (4) 严重喘息、呼吸困难;
- (5) 急性胸痛、急性心力衰竭、严重心律失常;
- (6) 高血压危象、高血压脑病、脑血管意外;
- (7) 疾病所致急性出血; 急性泌尿道出血、尿闭、血闭、肾绞痛;
- (8) 各种急性(食物或药物)中毒;
- (9) 急性过敏性疾病;
- (10) 五官及呼吸道、食道异物、急性眼痛、红、肿, 突然出现视力障碍者以及眼外伤。

本附加险合同的未解释名词, 均以主险合同内的释义为准。

华泰财险附加急性病医疗费用保险(互联网专属)条款

注册号C00015432522021121315953

第一条附加保险合同订立

本附加保险合同(以下简称“本附加险合同”)须附加于保险人意外伤害保险或健康保险主保险合同(以下简称“主险合同”)使用。

第二条 保险责任

在保险期间内, 被保险人因本附加险合同列明的突发特定急性病到保险人指定的医疗机构进行急救, 对于被保险人因此所实际支出的必要且合理的医疗费用, 保险人按照本附加险合同的约定负责赔偿。赔偿范围约定如下:

(一) 如突发特定急性病发生在境外, 则赔偿范围包括: 保险人指定的医疗机构因突发特定急性病对被保险人开始实施急救治疗之日起九十日内(含第九十日)进行治疗所发生的、符合本附加险合同约定的且被保险人实际支出的必要且合理的医疗费用, 包括医生诊断费、手术费、床位费、药费(仅限于医生处方所指定的药品)、检查化验费、护理费、材料器械费、救护车费用。

(二) 如突发特定急性病发生在境内, 则赔偿范围包括: 保险人指定的医疗机构因突发特定急性病对被保险人开始进行急救治疗之日起九十日内(含第九十日)所发生的、符合本附加险合同约定的且被保险人实际支出的必要且合理的且符合保险人指定的医疗机构所在地当地的社会医疗保险主管部门规定的社会医疗保险报销范围内的医疗费用。

1. 若被保险人以未参加社会医疗保险身份投保, 且未从社会医疗保险、公费医疗、商业性医疗费用补偿型医疗保险、其他政府机构或者社会福利机构获得医疗费用补偿, 保险人按如下公式根据本附加条款的约定给付医疗保险金:

医疗保险金=(被保险人实际支出的符合本附加险合同约定的医疗费用-免赔额)×赔付比例

2. 若被保险人以参加社会医疗保险身份投保, 且已从社会医疗保险、公费医疗、商业性医疗费用补偿型医疗保险、其他政府机构或者社会福利机构获得医疗费用补偿(以下简称已获得的医疗费用补偿), 保险人按如下公式根据本附加险合同的约定给付医疗保险金:

医疗保险金=(被保险人实际支出的符合本附加险合同约定的医疗费用-已获得的医疗费用补偿-免赔额)×赔付比例

该赔付比例应高于前述未从社会医疗保险等途径获得补偿时的赔付比例。

(三) 若被保险人以参加社会医疗保险身份投保, 但未以参加社会医疗保险身份就诊并结算或结算金额为0的; 或被保险人在境外突发特定急性病且在境外发生的必要且合理的医疗费用, 保险人按照如下公式根据本附加险合同的约定给付保险金:

医疗保险金=(被保险人实际支出的符合本附加险合同约定的医疗费用-已获得的医疗费用补偿-免赔额)×赔付比例

免赔额及赔付比例在保险单中载明。保险人在本附加险合同项下向同一被保险人累计给付的医疗保险金数额之和以本附加险合同约定的该被保险人对应的保险金额为限。

第三条 可选保险责任

投保人可以通过在投保单中另行填写其他类型急性病的方式增加突发特定急性病的范围, 经保险人审核通过并收取全部保费后, 保险人将根据增加后的突发特定急性病范围按本附加险合同的约定进行赔偿。投保人增加突发特定急性病范围的, 保险人将另行收取相应保险费。

投保人可以在投保单中增加如下类型的急性病, 以增加突发特定急性病的范围:

(一) 流行疫病或大规模流行疫病。

(二) 投保人和保险人在保险合同中另行约定并在保险合同上载明的其他突发特定急性病。

第四条 出现下列情形之一时, 保险人不承担赔偿责任:

(一) 被保险人先天性疾病、遗传性疾病、先天性畸形或缺陷的治疗和康复所产生的费用;

(二) 被保险人在投保前已患上的疾病、精神病、精神分裂症、心理疾病、性病的治疗和康复所产生的费用;

(三) 被保险人在境外确诊患有突发特定急性病, 但未在当地经过医生诊断, 而在回原出发地后进行的任何门急诊及住院治疗所发生的费用(若因在境外感染该流行疫病, 但

尚处于潜伏期, 未在境外发病就医, 返回原发地后才发病经原发地的医院诊断明确而接受治疗的发生的合理必要的费用除外);

(四) 被保险人突发特定急性病或流行疫病, 经过当地医生诊断, 但在回原出发地后进

行的与本次突发特定急性病或流行疫病没有直接关系的门急诊及住院治疗所发生的费用(若因在境外确诊患有突发特定急性病或流行疫病, 已在当地经过医生诊断, 而在回原出发地后针对该病情进行的门急诊及住院治疗所发生的合理必要的费用除外)。

第五条 因下列原因之一导致被保险人支出医疗费用的, 保险人不承担赔偿责任:

(一) 被保险人康复性治疗、物理治疗、安胎及分娩(包括剖腹产、流产及引产)等所产生的费用;

(二) 因腰椎间盘突出症或错位、避孕或绝育手术、扁桃腺、腺样体、疝气、女性生殖器官疾病、药物过敏的治疗费用或上述疾病导致的手术所产生的医疗费用;

(三) 被保险人美容、整形、矫形术、非必须紧急性治疗的手术、心理咨询及角膜屈光成形手术所产生的费用;

(四) 被保险人健康护理(含健康体检、疗养、特别护理或静养)等非治疗性的行为及无客观病症证明其不健康及以捐献身体器官为目的的医疗行为所产生的费用;

(五) 被保险人移植人工器官、验光、洗牙、洁齿、牙齿治疗或手术及镶补所产生的费用, 但因突发特定急性病引起的一般牙齿治疗或手术除外;

第六条 下列损失、费用和责任, 保险人不承担赔偿责任:

(一) 被保险人家属或非医院的护理人员护理(陪护)费、取暖费、伙食费、误工费、

装配假眼、假牙、假肢、用于矫形、整容、安装残疾用具、聘用特别看护或私家看护等需要自付的费用;

(二) 根据被保险人的主治医生或救援机构的意见, 可以被合理延迟至被保险人返回其原出发地后进行, 而被保险人坚持在当地进行治疗或手术所产生的费用;

- (三) 任何因当地急救组织或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;
- (四) 到达保险人指定的医疗机构前, 任何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;
- (五) 无当地医疗机构出具原始发票或收据及医疗证明的费用;
- (六) 中国境内治疗地社会医疗保险支付范围之外的药品、检查、治疗、材料等费用。

第七条 主合同约定的责任免除事项导致的医疗费用, 保险人不承担赔偿责任。

第八条 垫付医疗费服务

当被保险人突发特定急性病时(全球范围内), 被保险人或其同伴通知保险人委托的救援机构或其授权代表(以下简称“救援机构”)提供医疗服务咨询或安排住院时, 在保险人明确书面授权的前提下, 对于经救援机构安排被保险人在住院期间需要缴纳的医疗费, 救援机构可以在本附加险合同约定的该被保险人对应的保险金额范围内负责为被保险人住院期间医疗费用进行垫付。

第九条 保险金额和保险费

保险金额是保险人承担给付保险金责任的最高限额。保险人和投保人也可以在本附加险合同项下约定免赔额及赔付比例等限制条件。保险金额、免赔额及赔付比例等由投保人、保险人双方协商约定, 并在保险单中载明。投保人应该按照本附加险合同的约定向保险人交纳保险费。

当被保险人选择通过救援机构在保险金额内垫付医疗费用的方式时, 则保险金由保险人直接支付给救援机构, 此方式下保险人不接受任何非通过救援机构的索赔。若实际医疗费用超过本附加险合同约定的该被保险人对应的保险金额, 则超出部分的费用由被保险人自行与救援机构结算。

第十条 保险期间

除另有约定外, 本附加险合同的保险期间同主保险合同一致。

第十一条 保险金申请

(一) 由被保险人作为索赔申请人填写索赔申请书, 并提供下列证明文件、资料向保险人申请索赔:

1. 保险单或保险凭证正本;
2. 被保险人、索赔申请人有效身份证明;
3. 医院出具的附有病理检查、化验检查及其他医疗仪器检查报告的医疗诊断证明、病历及医疗、医药费原始单据、出院小结原件;
4. 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。

(二) 以上资料和证明是保险索赔的重要依据, 如索赔申请人未能及时提供有关资料和证明, 导致保险人无法核实单证的真实性及其记载的内容的, 保险人对无法核实部分不负赔偿责任。

(三) 所有本附加险合同的损失计算和保险金支付在涉及外国货币时, 均折合人民币计算, 并以人民币赔偿。有关汇率以保险事故发生后被保险人进行医疗急救的首日的中国银行挂牌外汇中间价为准。

(四) 若被保险人的损失已从其他途径或其他保险公司获得赔偿的, 保险人可根据有关单位或保险公司出具的相关单证或给付保险金证明, 在按照本附加险合同赔偿保险金时, 相应扣减被保险人已从其他途径或其他保险公司获得的赔偿金。

(五) 当赔付金额未达实际支出医疗费用的金额时, 索赔申请人可以书面形式向保险人申请返还原始单据, 保险人在加盖印章并注明已赔付金额后返还原始单据。

(六) 若索赔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明等相关证明文件。

第十二条 附加险合同效力终止

本附加险合同所附属的主保险合同效力终止, 本附加险合同效力即行终止。主保险合同无效, 本附加险合同亦无效。

第十三条 其他

本附加险合同与主保险合同不一致之处, 以本附加险合同为准; 本附加险合同未尽之处, 以主保险合同为准。

释义

1. 突发特定急性病:

指被保险人在本附加险合同约定的保险期间内, 首次确诊患有下列明确列明的突发特定急性病或出现的相关症状, 该疾病系突然发生且如不立即治疗就会危及被保险人性命, 但不包括本附加险合同生效前被保险人已患有的任何疾病(包括任何慢性疾

病)。突发特定急性病列明如下: 脑出血、蛛网膜下腔出血、急性心肌梗死、急性十二指肠穿孔、急性胃穿孔、急性胃扩张、急性阑尾炎、急性胰腺炎、急性食物中毒、急性脑膜炎、中暑(热射病)、急性腹膜炎、急性胆管炎、急性胆囊炎。

急性食物中毒: 是指患者所进食物被细菌或细菌毒素污染, 或食物含有毒素而引起的急性中毒性疾病。

中暑(热射病): 是指在高温和热辐射的长时间作用下, 机体体温调节功能失调, 体内热量过度积蓄, 从而引发水、电解质代谢紊乱及神经系统功能损害的症状的总称。热射病是一种致命性急症, 以高温和意识障碍为特征。该病通常发生在夏季高温同时伴有高湿的天气。

2. 必要且合理的医疗费用:

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。

医学必需: 指医疗费用符合下列所有条件:

- (1) 治疗疾病所必需的项目;
- (2) 不超过安全、足量治疗原则的项目;
- (3) 由专科医生开具的处方药;
- (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。

3. 流行疫病或大规模流行疫病: 霍乱、鼠疫、流行性出血热、狂犬病、黑热病、疟疾、登革热、乙脑、流脑、血吸虫病、埃博拉病毒感染、传染性非典型性肺炎。

4. 保险人指定的医疗机构:

在中国境内(不包括香港、澳门、台湾地区)是指经中华人民共和国境内(不包括香港、澳门、台湾地区)卫生部门审核认定的二级或以上的综合性或专科医疗机构或保险人认可的医疗机构, 且仅限于上述医疗机构的普通部。该医疗机构必须具有系统的、充分的诊断设备, 全套外科手术设备及能够提供二十四小时的医疗与护理服务的能力或资质。

在中国境外(包括香港、澳门、台湾地区)是指保险人认可的, 根据所在国家或者地区法律合法成立、运营并符合以下标准的医疗机构:

- (1) 主要运营目的是以住院病人形式提供接待患病、伤者并为其提供医疗护理和治疗;
- (2) 在一名或若干医生的指导下为病人治疗, 其中最少有一名合法执业资格的驻院医生驻诊;
- (3) 维持足够妥善的设备为病人提供医学诊断和治疗, 并于机构内或由其管理的其他地方提供进行各种手术的设备;
- (4) 有合法执业的护士提供和指导二十四小时的全职护理服务。

本附加险合同中所指医疗机构不包括如下机构或医疗服务:

- (1) 特需医疗、外宾医疗、干部病房、联合病房、国际医疗中心、VIP部、联合医院;
- (2) 诊所、康复中心、家庭病床、护理机构;
- (3) 休养、戒酒、戒毒中心;
- (4) 精神病院、精神心理治疗中心、老人院、疗养院、健康中心。

5. 先天性疾病:

指被保险人一出生就具有的疾病。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. 原出发地:

若被保险人前往的目的地为中国境内(不包括香港、澳门及台湾地区), 则原出发地指被保险人在中国境内的日常居住地; 若被保险人前往的目的地为中国境外(包括香港、澳门及台湾地区), 则原出发地指中国境内。

7. 社会医疗保险: 包括城镇职工社会医疗保险、城镇居民社会医疗保险、新型农村合作医疗、医疗救助、少儿医保等政府举办的基本医疗保障项目。

8. 公费医疗: 指国家为保障国家工作人员而实行的、通过医疗卫生部门按规定向享受人员提供免费医疗及预防服务的一项社保制度。

总则

第一条 本附加保险合同附加于意外伤害保险、健康保险类主保险合同（以下简称“所附合同”）。所附合同效力终止，本附加保险合同效力亦终止；所附合同无效，本附加保险合同亦无效。所附合同与本附加保险合同相抵触之处，以本附加保险合同为准。本附加保险合同未约定事项，以所附合同为准。

第二条 所附合同所附条款、投保单、保险单、保险凭证以及批单等，凡与本附加保险合同相关者，均为本附加保险合同的构成部分。凡涉及本附加保险合同的约定，均应采用书面形式。

保险责任

第三条 经投保人申请并经保险人同意，在保险期间内，被保险人发生所附合同中保险事故后，保险人就被保险人因该事故实际支付的救护车车费，在本附加保险合同保险金额范围内给付救护车车费保险金。

免赔额（率）

第四条 保险人和投保人可以在本附加保险合同项下约定免赔额（率），并于保险合同中载明。

华泰财险附加高风险运动意外伤害保险（互联网专属）条款

注册号C00015432322021121517173

总则

第一条 本附加保险合同附加于意外伤害类主保险合同（以下简称“所附合同”）。所附合同效力终止，本附加保险合同效力亦终止；所附合同无效，本附加保险合同亦无效。所附合同与本附加保险合同相抵触之处，以本附加保险合同为准。本附加保险合同未约定事项，以所附合同为准。

第二条 所附合同所附条款、投保单、保险单、保险凭证以及批单等，凡与本附加保险合同相关者，均为本附加保险合同的构成部分。凡涉及本附加保险合同的约定，均应采用书面形式。

保险责任

第三条 经投保人申请并经保险人同意，在保险期间内，保险人扩展承保被保险人在进行跳伞、潜水、攀岩、探险活动等休闲娱乐性高风险运动的过程中遭受的意外伤害事故，并根据所附合同约定的赔偿限额承担给付保险金的责任。

责任免除

第四条 除所附保险合同列明的各项责任免除外，因下列原因造成意外伤害事故的，保险人不承担给付保险金责任：

- （一）被保险人参与任何职业性体育活动或表演，或任何设有奖金或报酬的运动或表演；
- （二）被保险人参加赛马、赛车等任何比赛或竞技性活动，或进行各种车辆表演、车辆竞赛、特技表演；
- （三）被保险人违反相关的高风险运动设施管理方的安全管理规定；
- （四）合同双方约定并在保险单上载明的保险人不承保的任何运动。

保险金申请

第五条 发生本附加合同约定的保险事故，保险金申请人向保险人申请给付保险金时，除提交所附合同规定的相关材料外，还须提供下列材料：

- （一）被保险人与高风险运动的组织方签订的运动合同或相关凭证，如门票等；
- （二）高风险运动的组织方或公安部门出具的事故证明。

释义

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，以避免发生损害或减轻损害，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，摔跤，柔道，空手道，跆拳道，马术，拳击，驾驶卡丁车，蹦极。

华泰财险附加意外伤害骨折津贴保险（互联网专属）条款

附加保险合同订立

第一条

本附加保险条款（以下简称“本附加条款”）须附加于保险合同列明的保险人意外伤害保险（以下简称“主险条款”）条款使用。

第二条

凡涉及本附加险合同的约定，均应采用书面形式。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。

第三条

除另有约定外，本附加条款保险金的受益人为被保险人本人。

保险责任

第四条

在本附加险合同的保险期间内，保险人承担下列保险责任：

在保险期间内，被保险人遭受意外伤害并以该意外伤害为直接且单独原因而造成骨折的，保险人按本附加险合同载明的《意外伤害事故骨折类别及医疗生活津贴给付日数（每次事故）对应表》所列骨折类别及骨折程度所对应的医疗生活津贴给付日数乘以保险单载明的每日意外伤害骨折津贴标准给付意外伤害骨折津贴。

如果被保险人同时遭受《意外伤害事故骨折类别及医疗生活津贴给付日数（每次事故）对应表》所列两项以上（含两项）骨折时，保险人按照意外伤害事故骨折类别及医疗生活津贴给付日数较高的一项给付意外伤害骨折津贴。

在保险期间内，保险人在本附加险合同约定的保险责任范围内累计给付意外伤害骨折津贴总给付日数最高以一百八十日（含一百八十日）为限。

责任免除

第五条 因下列原因或者情形造成保险责任描述事项的，保险人不承担给付保险金的责任：

- （一）投保人的故意行为；
- （二）被保险人故意自伤、吸毒酗酒或自杀，但被保险人自杀时为无民事行为能力人的除外；
- （三）因被保险人挑衅或故意行为而导致的打斗、被袭击或被谋杀；
- （四）妊娠、流产、分娩、药物过敏；
- （五）接受包括但不限于美容、整容、整形手术在内的任何医疗行为；
- （六）未遵医嘱服用、涂用、注射药物；
- （七）受酒精、毒品、管制药品的影响；
- （八）除本附加险合同第四条约定的骨折以外的任何其他疾病，包括但不限于高原反应、中暑；
- （九）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）恐怖袭击；
- （十一）先天性疾病和先天性畸形；
- （十二）被保险人在本合同保险期间开始前同一骨已存在的或发生过且未治愈的骨折；
- （十三）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）；

第六条 被保险人在下列期间遭受意外伤害以致骨折的，保险人也不承担给付保险金责任：

- （一）战争（无论宣战与否）、内战、军事行动、恐怖活动、暴乱或其它类似的武装叛乱期间；
- （二）从事违法、犯罪活动行为或被依法拘留、服刑、在逃期间；
- （三）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期间；
- （四）潜水、跳伞、热气球运动、攀岩运动、探险活动、武术比赛、摔跤比赛、特技表演、赛马、赛车等高风险运动或活动期间；
- （五）被保险人作为职业运动员在参加训练或比赛期间；被保险人作为军人（含特种兵）、警务人员（含防暴警察）在训练或执行公务期间；
- （六）被保险人从事本附加险合同内列明高危工种和职业所对应的工作或活动期间；
- （七）被保险人非法搭乘交通工具或搭乘未经当地相关政府部门登记许可的交通工具期间；
- （八）被保险人患骨质疏松症期间；
- （九）主险条款约定的责任免除事项。

发生上述情形导致被保险人身故的，保险人对该被保险人保险责任终止，除法律规定不退还保险费的情形外，保险人将退还相应的未满期保险费。

保险金额

第七条

保险金额是保险人承担给付保险金责任的最高限额。

本附加险合同保险金额为保险人按本附加险合同载明的《意外伤害事故骨折类别及医疗生活津贴给付日数（每次事故）对应表》所列骨折类别及骨折程度所对应的医疗生活津贴给付日数乘以保险单载明的每日意外伤害骨折津贴标准。每日意外伤害骨折津贴标准由投保人、保险人双方约定，并在保险单中载明；**该保险金额一经确定，中途不得变更。**

保险事故通知

第八条

投保人、被保险人或受益人应于被保险人入院之日起五个自然日内或经保险人书面同意延长的期限内通知保险人。

被保险人应在保险人认可的医疗机构就诊，若因急诊未在保险人认可的医疗机构就诊的，应在就诊之日起三个自然日内通知保险人，并根据病情及时转入保险人认可的医疗机构。若确需转入非保险人认可的医疗机构就诊的，应向保险人提出书面申请，保险人在接到申请后三个自然日内给予答复，对于保险人同意在非保险人认可的医疗机构就诊的，对被保险人在非保险人认可的医疗机构发生的就医行为确诊骨折的，保险人在本附加险合同约定的范围内给付保险金。

保险金申请

第九条

（一）保险金申请人凭下列证明文件、资料原件向保险人申请给付保险金：

1. 保险金给付申请书；
2. 保险单或保险凭证原件；
3. 被保险人的有效身份证明；
4. 保险金申请人的有效身份证明；
5. 二级或二级以上公立医院或其它保险人认可的医疗机构出具的门急诊、住院证明、附有病理检查、化验检查及其他医疗仪器检查报告的医疗诊断证明、病历及医疗、医药费原始单据、结算明细表和处方正本及医疗记录、住院证明正本（骨折必须提供X线片、CT、MRI等影像学资料）；
6. 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。

（二）被保险人的继承人作为索赔申请人索赔时，需提供公证机构出具的证明其具备保险金请求权及所享份额等事宜的公证文件。

（三）如索赔申请人委托他人申领保险金，还须提供授权委托书及受托人的身份证明和资料。

（四）境外（包括香港、澳门、台湾地区，下同）出险申请

境外出险除须按照本条前三项约定提供相应索赔申请文件外，凡由境外机构或人员出具的文件必须经境外出险地合法公证机构对文件的有效性、真实性进行公证，或经中国驻当地所在国使领馆认可，并提供相关公证和证明文件。

本附加险合同效力终止

第十条

以下任何一种情况发生时，本附加险合同效力终止，保险人不再承担给付保险金的责任：

- （一）投保人解除本附加险合同；
- （二）主险合同解除、效力终止或期满；
- （三）本附加险合同因保险合同约定或法律规定的其他情形而终止。

释义

（一）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。

（二）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。

（三）酒后驾驶、驾驶无有效行驶证的机动车辆

指依照国家相关法规规定或经公安交通管理部门认定的酒后驾驶、驾驶无有效行驶证的机动车辆的情形。

（四）无合法有效驾驶证驾驶：指被保险人存在以下情形之一者

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，实习期内驾驶机动车的牵引挂车；

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。

（五）潜水

是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。

（六）热气球运动

是指乘热气球升空飞行的体育活动。

（七）攀岩运动

是指以攀登悬崖、楼宇外墙、人造悬崖、冰崖、冰山等运动。

（八）探险活动

是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、徒步穿越沙漠或人迹罕至的原始森林等活动。

（九）武术比赛

是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。

（十）特技

是指从事马术、杂技、驯兽等特殊技能。

（十一）高危工种和职业

采矿、采石、采砂石业、油矿开采业、钻井业及有关勘探，坑道内、外作业，钢铁业、金属冶炼和处理业，化学原料、易燃易爆易腐蚀品的制造业，易燃易爆品运输业，海上、港口作业，桥梁、隧道、地下铁工程人员，造修船业工人，航空执勤人员（含飞行驾驶员及空勤人员），建筑业，铁路铺设、高空作业、高楼外部烟囱清洁工人、室外安装装潢人员，装卸工人，营运货车司机，海水浴场，特种营业（如舞厅），森林砍伐业工人，武打、特技、杂技、演员、驯兽人员，从事散打拳击等创伤性竞技运动员、战地记者、电力、高压电工程设施、管道架设工人，潜水人员，海水浴场救生员，爆破人员，炸药业、烟花爆竹业工人，防暴警察、特警、刑警，近海、远洋渔业船员

（十二）未到期保险费

指解除保险合同时，由保险人退还的那部分金额。

未到期保险费=保险费×(1-m/n)，其中m为本合同已生效天数，n为本合同保险期间的天数。经过天数不足一天的按一天计算。

（十三）认可的医疗机构

在中国境内（不包括香港、澳门、台湾地区）是指是指经中华人民共和国境内（不含香港、澳门、台湾地区）卫生部门审核认定的二级或以上的公立医院或保险人认可并在保单中约定的医疗机构，且仅限于上述医疗机构的普通部，不包括如下机构或医疗服务：

1. 特需医疗、外宾医疗、干部病房、联合病房、国际医疗中心、VIP部、联合医院；
2. 诊所、康复中心、家庭病床、护理机构；
3. 休养、戒酒、戒毒中心。

该医疗机构必须具有系统的、充分的诊断设备，全套外科手术设备及能够提供二十四小时的医疗与护理服务的能力或资质。

在中国境外（包括香港、澳门、台湾地区）是指保险人认可的根据所在国家或者地区法律规定合法成立、运营并符合以下标准的医疗机构：

1. 主要运营目的是以住院病人形式提供接待患病、受伤的人并为其提供医疗护理和治疗；
2. 在一名或若干医生的指导下为病人治疗，其中最少有一名合法执业资格的驻院医生驻诊；
3. 维持足够妥善的设备为病人提供医学诊断和治疗，并于机构内或由其管理的其他地方提供进行各种手术的设备；
4. 有合法执业的护士提供和指导二十四小时的全职护理服务。

本附加险合同中所指医院不包括以下或类似的医疗机构：

1. 精神病院；
2. 老人院、疗养院、戒毒中心和戒酒中心；
3. 健康中心或天然治疗所、疗养或康复院。

（十四）骨折

骨折是指骨结构的连续性完全或部分断裂，包括骨骼完全折断、骨骼不完全折断、骨骼龟裂。

附：意外伤害事故骨折类别及医疗生活津贴给付日数（每次事故）对应表

序号	骨折类别	开放性骨折	闭合性骨折并住院 施行切开复位手术	闭合性骨折并住院但 未施行切开复位手术
		给付日数	给付日数	给付日数
1	鼻骨、眶骨	14日	7日	4日
2	掌骨、指骨	14日	7日	4日
3	跖骨、趾骨	14日	7日	4日
4	下颌骨（齿槽医疗除外）	20日	10日	5日
5	肋骨	20日	10日	5日
6	锁骨	28日	14日	7日
7	桡骨或尺骨	28日	14日	7日
8	髌骨	28日	14日	7日
9	肩胛骨	28日	17日	9日
10	椎骨（包括胸椎、腰椎及尾骨）	40日	20日	10日
11	骨盆（包括髌骨、耻骨、坐骨）	40日	20日	10日
12	颅骨	50日	25日	13日
13	肱骨	40日	20日	10日
14	桡骨和尺骨	40日	20日	10日
15	腕骨（一手或双手）	40日	20日	10日
16	胫骨或腓骨	40日	20日	10日
17	踝骨（一足或双足）	40日	20日	10日
18	股骨干	50日	25日	13日
19	胫骨及腓骨	50日	25日	13日
20	股骨颈	60日	30日	15日

注：

1. 开放性骨折，指骨折断端穿透皮肤的骨折；闭合性骨折，指骨折断端未穿透皮肤的骨折。
2. 因意外事故单独或直接导致肢体的断离则按照断离处骨的开放性骨折给付，肢体断离处远端任何骨的骨折将不获给付。