

中意财产保险有限公司

意外伤害保险附加突发急性病身故保险条款

总则

第一条

本附加保险合同是意外伤害保险合同（以下简称“主险合同”）的附加合同。本附加保险合同的未尽事宜，以主险合同为准。主险合同效力终止，本附加保险合同同时终止；主险合同无效，本附加保险合同亦无效。若主险合同与本附加保险合同条款互有冲突，则以本附加保险合同条款为准。

本附加保险合同由保险单及所附条款、主险合同条款、投保单、合法有效的声明、批注、附贴批单及其他有关书面文件构成。

第二条

本附加保险合同的被保险人为主险合同的被保险人。

第三条

本附加保险合同的投保人与主险合同一致。

第四条

订立本附加保险合同时，被保险人或投保人可指定一人或数人为身故保险金受益人。身故保险金受益人为数人时，应确定其受益顺序和受益份额；未确定受益份额的，各身故保险金受益人按照相等份额享有受益权。投保人指定受益人时须经被保险人同意。

被保险人死亡后，有下列情形之一的，保险金作为被保险人的遗产，由保险人依照法律法规的规定履行给付保险金的义务：

- （一）没有指定受益人，或者受益人指定不明无法确定的；
- （二）受益人先于被保险人死亡，没有其他受益人的；
- （三）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。

受益人故意造成被保险人身故或伤残的，或者故意杀害被保险人未遂的，该受益人丧失受益权。

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。投保人为与其有劳动关系的劳动者投保人身保险，不得指定被保险人及其近亲属以外的人为受益人。

被保险人或投保人可以变更身故保险金受益人，但需书面通知保险人，由保险人在本附加保险合同上批注。**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。**

保险责任

第五条

在本附加保险合同保险期间内，被保险人突发急性病，并自发病之日起 7 日内直接、完全因该疾病或该疾病并发症身故的，保险人按本附加合同载明的该被保险人的突发急性病身故保险金额给付身故保险金，同时本附加合同约定的对该被保险人的保险责任终止。

前款所述的急性病指投保前 30 日内被保险人未曾接受治疗或者诊断、在保险期间突然发作的疾病，不包括投保前已有疾病和症状、与投保前已有疾病和症状相关的疾病和症状。

责任免除

第六条

因下列原因导致本附加保险合同的被保险人身故，保险人不承担保险金给付责任：

- （一）被保险人酗酒，服用、吸食或注射毒品或未经注册医师处方的麻醉剂或药物；
- （二）被保险人不遵守医院规章制度，不配合治疗的行为造成的后果；
- （三）被保险人在参加本附加保险合同前已经存在的既往症、受伤或异常检查结果（续保者除外）；
- （四）被保险人妊娠（含宫外孕）、流产、分娩、不孕不育症（包括人工受孕、试管婴儿等）、避孕及节育手术或由妊娠、分娩、流产、节育所导致的任何并发症；
- （五）被保险人患先天性疾病、遗传性疾病、先天性畸形、变形或染色体异常；被保险人患艾滋病或感染艾滋病病毒期间；被保险人患性传播疾病、法定传染病；
- （六）被保险人因精神类疾病如精神分裂症、抑郁症、厌食症、失眠症等发作而导致的身故；
- （七）被保险人因意外伤害事故身故；
- （八）战争、军事行动、暴乱、恐怖活动或武装叛乱；
- （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）属于主险合同的责任免除事项。

若由于本附加保险合同中责任免除的情形导致的被保险人死亡，保险人将退还本附加保险合同未到期保险费。

保险金额和保险费

第七条

本附加保险合同的保险金额是保险人承担给付保险金责任的最高限额；

本附加保险合同的保险金额由投保人与保险人双方约定，并在保险单中载明。

保险期间

第八条

若本附加保险合同与主险合同同时投保，则本附加保险合同的保险期间与主险合同的保险期间相同，最长不超过一年；

若投保人在主险合同保险期间内申请投保本附加保险合同，则本附加保险合同的保险期间自保险人同意承保并收取保险费之日（以保险人的批注或批单载明的日期为准）起，至主险合同期满之日止，最长不超过一年。

保险人义务

第九条

本附加保险合同成立后，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。

第十一条

保险人收到保险金申请人的给付保险金的请求及相关证明、材料后，应当及时作出是否属于保险责任的核定，并将核定结果通知保险金申请人；情形复杂的，保险人在收到赔偿请求后 30 日内未能核定保险责任的，保险人与被保险人或受益人根据实际情形商议合理期间，保险人在商定的期间内作出核定结果并通知保险金申请人。保险人应当将核定结果书面通知保险金申请人；对属于保险责任的，保险人应在与保险金申请人达成有关给付保险金的协议后 10 日内，履行给付保险金义务。本附加保险合同对保险金及给付期限有约定的，保险人应当依照保险合同的约定，履行给付保险金义务。对不属于保险责任的，应当自作出核定之日起 3 日内向申请人发出拒绝给付保险金通知书，并说明理由。

第十二条

保险人自收到给付保险金的请求和有关证明、资料之日起 60 日内，对其给付保险金的数额不能确定的，应当根据已有证明和资料可以确定的数额先予支付；保险人最终确定给付保险金的数额后，应当支付相应的差额。

投保人、被保险人义务

第十三条

除另有约定外，投保人应当在本附加保险合同成立时一次性交清保险费。如投保人未按

约定缴纳保险费的，保险人有权解除合同。

第十四条

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

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

前款规定的合同解除权，自保险人知道有解除事由之日起，超过 30 日不行使而消灭。自合同成立之日起超过 2 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。

保险金申请与给付

第十五条

保险金申请人向保险人申请给付保险金时，应提交作为索赔依据的下列证明和材料：

- (一) 保险金给付申请书；
- (二) 保险单；
- (三) 被保险人及受益人的身份证明；
- (四) 公安部门或卫生行政部门批准的二级以上（含二级）医院或保险人认可的医疗机构出具的被保险人突发急性病证明；
- (五) 公安部门或卫生行政部门批准的二级以上（含二级）医院或保险人认可的医疗机构出具的被保险人死亡证明；
- (六) 被保险人的户籍注销证明；
- (七) 保险金申请人所能提供的其他与确认保险事故的性质、原因等有关的证明和资料；
- (八) 若保险金申请人委托他人申请的，还应提供授权委托书原件、委托人和受托人的身份证明等相关证明文件。

保险金申请人因特殊原因不能提供上述材料的，应提供其它合法有效的材料。**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。**

第十六条

保险金申请人向保险人请求给付保险金的诉讼时效期间根据相关法律法规确认，自其

知道或者应当知道保险事故发生之日起计算。

争议处理和法律适用

第十七条

因履行本附加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有管辖权的人民法院起诉。

第十八条

与本附加保险合同有关的以及履行本附加保险合同产生的一切争议处理适用中华人民共和国法律（不包括香港、澳门及台湾地区法律）。

其他事项

第十九条

在合同有效期内，经投保人和保险人协商，可以变更本附加保险合同的有关内容。变更本附加保险合同的，应当由保险人在原保险单或者其他保险凭证上批准或者附贴批单，或者由投保人和保险人订立变更的书面协议。

第二十条

在本附加保险合同成立后，投保人可以书面形式通知保险人解除合同。投保人解除本附加保险合同时，应提供下列证明文件和资料：

- （一） 保险合同解除申请书；
- （二） 保险单原件；
- （三） 保险费交付凭证；
- （四） 投保人身份证明；
- （五） 保险人需要的其他有关文件和资料。

保险责任开始前，投保人要求解除合同的，保险人于收到上述资料起 30 日内按总保险费的 5%扣除手续费后，应当退还剩余部分保险费。保险责任开始后，投保人要求解除合同的，保险人应当将已收取的保险费，按照合同约定扣除自保险责任开始之日起至合同解除之日止应收的部分后，退还投保人。

第二十一条

保险事故发生后，保险人有权要求司法鉴定机构对保险事故进行鉴定。

释义

1、医院：本附加保险合同所指的医院是符合下列所有条件的机构，但不包括主要作为康复、门诊、护理、疗养、戒酒、戒毒或类似的机构。

- （1） 拥有合法经营执照；

- (2) 设立的主要目的是向受伤者和患者提供留院治疗和护理服务；
- (3) 有医师和护士提供全日 24 小时的医疗和护理服务；
- (4) 二级或二级以上的医院，包括保险人认可的与二级或二级以上医院相同规模的医院。

上述医院的定义适用于除香港、澳门、台湾地区以外的中国地区。

2、先天性疾病：指一出生时就具有的疾病（症状或体征）。这些疾病是指因人的遗传物质（包括染色体以及位于其中的基因）发生了对人体有害的改变而引起的，或因母亲怀孕期间受到内外环境中某些物理、化学和生物等因素的作用，使胎儿局部体细胞发育异常，导致婴儿出生时有关器官、系统在结构或功能上呈现异常。

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

先天性畸形、变形或染色体异常：指被保险人出生时就具有的畸形、变形或染色体异常。先天性畸形、变形和染色体异常依照世界卫生组织《疾病和有关健康问题的国际统计分类》（ICD10）确定。

3、既往症：指被保险人在保单生效日之前所患的已知或应该知道的疾病或已存在的症状。

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

5、艾滋病：指人类免疫缺乏病毒引起的获得性/后天性免疫缺乏综合症，英文缩写为 AIDS。按世界卫生组织制定的定义为准，如在血液样本中发现后天性免疫力缺乏综合症病毒或其抗体，则可认定为感染艾滋病或艾滋病病毒。

艾滋病病毒：指后天性免疫力缺乏综合症病毒即人类免疫缺陷病毒，英文缩写为 HIV。在人类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的临床症状或体征的，为患艾滋病。

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

7、法定传染病：指《中华人民共和国传染病防治法》规定的传染病。分为甲类、乙类和丙类。

甲类传染病是指：鼠疫、霍乱。

乙类传染病是指：传染性非典型肺炎、艾滋病、病毒性肝炎、脊髓灰质炎、人感染高致病性禽流感、麻疹、流行性出血热、狂犬病、流行性乙型脑炎、登革热、炭疽、细菌性和阿米巴性痢疾、肺结核、伤寒和副伤寒、流行性脑脊髓膜炎、百日咳、白喉、新生儿破伤风、猩红热、布鲁氏菌病、淋病、梅毒、钩端螺旋体病、血吸虫病、疟疾。

丙类传染病是指：流行性感冒、流行性腮腺炎、风疹、急性出血性结膜炎、麻风病、流行性和地方性斑疹伤寒、黑热病、包虫病、丝虫病，除霍乱、细菌性和阿米巴性痢疾、伤寒和副伤寒以外的感染性腹泻病。

上述规定以外的其他传染病，根据其暴发、流行情况和危害程度，需要列入乙类、丙类传染病的，由国务院卫生行政部门决定并予以公布。

8、未到期保险费：未到期保险费=保险费×（1-保险期间经过天数 / 保险期间的天数）。经过天数不足一天的按一天计算。

9、急性病：指被保险人突然发生、不及时救治将危及生命安危的，且在本附加保险合同生效之日前 30 日内未曾接受治疗的急性疾病。不包括原来已患有的慢性病和慢性病的急性发作。常见的急性病：（1）高热（成人 38.5 摄氏度，小儿 39 摄氏度）；（2）急性腹部疼痛，剧烈呕吐，严重腹泻；（3）休克或者昏迷；（4）高原反应；（5）癫痫发作；（6）严重喘息，呼吸困难；（7）急性胸痛，心力衰竭，严重心律失常；（8）非因意外伤害所导致的，突发性眼睛红肿、疼痛或视力障碍；（9）非因意外伤害所导致的出血；（10）急性尿潴留；（11）食物中毒；（12）非药物原因所导致的急性过敏性疾病。