

华泰财险附加民用燃气用户人身意外伤害保险 A 款（互联网专属）条款

总则

第一条 华泰财险附加民用燃气用户人身意外伤害保险合同（以下简称“本附加险合同”）须附加于保险人家庭财产保险类主险合同（以下简称“主险合同”）使用。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。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。凡涉及本附加险合同的约定，均采用书面形式。

第二条 投保人在投保本附加险合同时应当对被保险人具有保险利益。

第三条 本附加险合同的受益人包括：

（一）意外身故保险金受益人

订立本附加险合同时，被保险人或投保人可指定一人或数人为意外身故保险金受益人。意外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，各意外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法规履行给付保险金的义务：

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

意外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，推定意外身故保险金受益人死亡在先。

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

投保人指定或变更意外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意外身故保险金受益人。

（二）其他保险金受益人

除另有约定外，本附加险合同意外伤残保险金、意外医疗费用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，被保险人在保险合同列明的地址范围内发生民用燃气意外伤害事故导致身故、伤残或意外医疗费用支出的，保险人依照下列约定给付保险金，且给付各项保险金之和不超过保险单载明的保险金额。

（一）意外身故保险责任

在保险期间内，被保险人遭受民用燃气意外伤害事故，并自事故发生之日起一百八十日（含第一百八十日）内因该次意外伤害事故为直接原因导致被保险人身故的，保险人按保险金额给付意外身故保险金后，对该被保险人的保险责任终止。

被保险人因遭受民用燃气意外伤害事故并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意外身故保险金。但若被保险人被宣告死亡后重新出现的，保险金受领人应于知道或应当知道被保险人重新出现后三十日内退还保险人给付的意外身故保险金。

被保险人身故前已按照本条第（二）款领取意外伤残保险金的，保险人在给付意外身故保险金时将扣除已给付的意外伤残保险金。

（二）意外伤残保险责任

在保险期间内，被保险人遭受民用燃气意外伤害事故，并自事故发生之日起一百八十日（含第一百八十日）内因该次意外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金额

给付意外伤残保险金；如第一百八十日治疗仍未结束的，按当日的身体情况进行伤残鉴定，并据此给付意外伤残保险金。

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乘以保险金额给付意外伤残保险金，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》的伤残视为原有伤残）所对应的意外伤残保险金。

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，本次燃气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的，按较严重等级标准给付意外伤残保险金，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意外伤残保险金）应予以扣除。

（三）意外伤害医疗费用保险责任

保险期间内，被保险人在保险合同列明的地址范围内发生民用燃气意外伤害事故的，并因该次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治疗，保险人就被保险人自事故发生之日起一百八十日（含第一百八十日）内实际支出的合理且必要的医疗费用，对超过免赔额的部分在保险单载明的相应保险金额内，按约定的比例给付意外伤害医疗费用保险金。具体的免赔额、给付比例在保险单中载明。

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，在保险单载明的意外伤害医疗费用保险金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。

1. 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附加险合同的约定给付保险金。

意外伤害医疗费用保险金=（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。

2. 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：

意外伤害医疗费用保险金=（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

3. 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。

意外伤害医疗费用保险金=（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1到3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意外伤害医疗费用保险金额为限。

（四）保险人对本附加险合同项下的被保险人所负给付保险金的责任以保险单所载对应项保险金额为限，一次或累计给付的保险金达到保险单所载对应项保险金额时，保险人对该被保险人的对应项保险责任终止。

责任免除

第五条

(一) 因下列情形之一, 被保险人遭受本附加险合同约定的民用燃气意外伤害事故, 造成被保险人身故或伤残的, 保险人不承担给付保险金责任:

1. 投保人的故意行为;
2. 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;
3. 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;
4. 被保险人犯罪或者抗拒依法采取的刑事强制措施;
5. 被保险人醉酒;
6. 被保险人服用、吸食、注射毒品或服用影响行为能力的相关药品或受管制的药品;
7. 被保险人未遵医嘱, 私自服用、涂用、注射药物;
8. 被保险人妊娠、流产、分娩(但因遭受民用燃气意外伤害所致不在此限);
9. 被保险人受细菌、病毒或寄生虫感染(但因民用燃气意外伤害事故致伤口感染者除外), 或被保险人中暑、猝死、药物过敏、食物中毒;
10. 被保险人因精神错乱或失常而导致的意外;
11. 被保险人因接受检查、麻醉、整容手术及其它内外科手术、药物治疗等导致事故;
12. 被保险人因民用燃气意外事故以外的原因失踪而被法院宣告死亡的;
13. 任何生物、化学、原子武器、原子能或核能爆炸、辐射或污染;
14. 非民用燃气意外伤害事故;
15. 违反《城镇燃气管理条例》的行为, 包括但不限于擅自安装、拆除、改装移动燃气设施以及安装、使用不符合气源要求的燃气燃烧器具、盗用燃气等行为;
16. 在设有燃气设施的房间内放置火炉或存放易燃、易爆物品;

(二) 在下列情形下或期间内, 被保险人遭受本附加险合同约定的民用燃气意外伤害事故, 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. 被保险人因受酒精、毒品、管制药品的影响期间;
2. 战争(无论宣战与否)、内战、军事行动、恐怖活动、暴动或武装叛乱期间。

(三) 在下列情形下或期间内, 因发生本附加险合同约定的民用燃气意外伤害事故导致被保险人发生医疗费用支出的, 保险人不承担意外伤害医疗保险金的赔偿责任:

1. 被保险人身患疾病所支付的费用;
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或在家自设病床治疗;
5. 未经保险人同意, 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. 因医疗事故、医疗意外及并发症增加的医疗费;

(四) 被保险人发生下列费用, 保险人不承担意外伤害医疗保险金的赔偿责任:

1. 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. 被保险人参加社会医疗保险所在地地社会医疗保险主管部门规定的自费项目。

第六条 主险合同列明的责任免除事项导致本附加险合同约定的保险事故的, 保险人亦不承担本附加险合同约定的保险金赔付责任。

保险金额、免赔额（率）和保险费

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。保险金额由投保人、保险人双方约定，并在保险单中载明。

保险人和投保人可以在本附加险合同项下约定免赔额（率）、一次事故给付限额等限制条件，并于保险单中载明。

投保人应该按照合同约定向保险人交纳保险费。

保险费依据保险金额与保险费率计收，并于保险单上载明。

保险人义务

第八条 订立本附加险合同时，采用保险人提供的格式条款的，保险人向投保人提供的投保单应当附格式条款，保险人应当向投保人说明本附加险合同的内容。对本附加险合同中免除保险人责任的条款，保险人在订立合同时应当在投保单、保险单或者其他保险凭证上作出足以引起投保人注意的提示，并对该条款的内容以书面或者口头形式向投保人作出明确说明；未作提示或者明确说明的，该条款不产生效力。

第九条 保险人认为被保险人提供的有关索赔的证明和资料不完整的，应当及时一次性通知投保人、被保险人或者受益人补充提供。

第十条 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，但本附加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受益人；对属于保险责任的，在与被保险人或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。本附加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受益人发出拒绝给付保险金通知书，并说明理由。

保险人自收到赔偿或者给付保险金的请求和有关证明、资料之日起六十日内，对其赔偿或者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；保险人最终确定赔偿或者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

第十一条 投保人应当在本附加险合同成立时一次性交清全部保险费。投保人若未按约定一次性足额交纳保险费的，本附加险合同不生效，对本附加险合同生效之日前发生的保险事故，保险人不承担相应的保险责任。

第十二条 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。

第十三条 投保人、被保险人或者保险金受益人知道保险事故发生后，应当及时通知保险人。故意或者因重大过失未及时通知，致使保险事故的性质、原因、损失程度等难以确定的，保险人对无法确定的部分，不承担给付保险金责任，但保险人通过其他途径已经及时知道或者应当及时知道保险事故发生的除外。

上述约定，不包括因不可抗力而导致的延迟。

保险事故通知

第十四条 投保人或被保险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，若因急诊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）意外身故保险金的申请

1. 保险金给付申请书；
2. 保险单或保险凭证原件；
3. 被保险人的有效身份证明；
4. 保险金受益人的有效身份证明；
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. 如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；
8. 燃气公司、法律法规授权的有关部门等出具的民用燃气意外事故证明；
9. 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。

（二）意外伤残保险金的申请

1. 保险金给付申请书；
2. 保险单或保险凭证原件；
3. 被保险人的有效身份证明；
4. 保险金申请人的有效身份证明；
5. 经中华人民共和国司法机关审核登记、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. 燃气公司、法律法规授权的有关部门等出具的民用燃气意外事故证明；
7. 保险人认可的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. 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。

（三）意外伤害医疗费用保险金的申请

1. 保险金给付申请书；
2. 保险单或保险凭证原件；
3. 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. 燃气公司、法律法规授权的有关部门出具的燃气意外伤害事故证明；
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、医药费原始单据、结算明细表与处方正本；
7. 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。

（四）被保险人的继承人作为保险金申请人申请保险金时，需提供可证明其合法继承权的相关权利文件。

（五）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有效的身份证明和资料。

（六）当意外伤害医疗保险金的给付金额未达实际支出意外伤害医疗费用的金额时，保险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给付金额后发还原始单据。

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依据中华人民共和国（不含香港、澳门、台湾地区）相关法律规定处理。

第十七条 保险人对一次事故的保险金给付不超过本附加险合同所约定的一次事故给付限额。如果按本附加险合同约定应给付的各被保险人的保险金总和超过一次事故给付限额的，则将该限额与应向所有该次出险的被保险人支付的保险金总和的比例向本附加险合同项下的被保险人给付保险金。

其它事项

第十八条 在本附加险合同成立后，投保人 can 以书面形式通知保险人解除合同，但保险人已根据本附加险合同约定给付保险金的除外。

投保人解除本附加险合同时，应提供下列证明文件和资料：

- (一) 保险合同解除申请书；
- (二) 保险单或其他保险凭证原件；
- (三) 保险费交付凭证（如有）；
- (四) 投保人有效身份证明。

投保人要求解除本附加险合同，自保险人接到保险合同解除申请书之时起，本附加险合同的效力终止。保险人收到上述证明文件和资料之日起三十日内退还保险单的未满期保费。

释义

1. **保险人：**指与投保人签订本附加险合同的华泰财产保险有限公司及其各分支机构。
2. **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原因致使身体受到的伤害。
3. **未满期保费：**指解除保险合同时，由保险人退还的那部分金额。
未满期保费=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。
4. **保险金申请人：**指被保险人、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。
5. **不可抗力：**指不能预见、不能避免并不能克服的客观情况。
6. **民用燃气意外事故：**指按照有关法规或燃气公司规定使用经燃气公司安装或经燃气公司认可安装的民用燃气设备时引起火灾、爆炸及燃气泄漏等意外伤害事故。
7. **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24小时内发生的非暴力性突然死亡。猝死的认定以医院的诊断和公安部门的鉴定为准。
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。
10. **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。
11. **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（不包括香港、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。

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。

12. 住院：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，并正式办理入出院手续。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。

13. 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。

14. 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。

15. 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。