

亚太财产保险有限公司

附加法定传染病保险（B款）条款

注册号：C00003831922020031821551

总则

第一条 本附加险合同须附加于亚太财产保险有限公司各种意外伤害保险合同（以下简称“主险合同”）。主险合同所附条款、投保单、保险单、保险凭证以及批单等，凡与本附加险合同相关者，均为本附加险合同的构成部分。凡涉及本附加险合同的约定，均应采用书面形式或者电子形式。

主险合同效力终止，本附加险合同效力亦终止；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。

第二条 本附加险合同的受益人包括：

（一）身故保险金受益人

除另有约定外，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。

除另有约定外，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《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，由保险人在本附加险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，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）伤残保险金和医疗保险金受益人

除另有约定外，本附加险合同的伤残保险金和医疗保险金的受益人为被保险人本人。

保险责任

第三条 在本附加险合同的保险期间内，保险人承担下列保险金给付责任，其中身故保险责任和伤残保险责任为必须投保项目，医疗保险责任为可选投保项目：

（一）身故保险责任

在本附加险合同保险期间内，被保险人自保险单约定的等待期（续保者不受本款等待期限限制）后，经保险人认可的医院或疾病预防控制中心初次确诊罹患保险单载明类型的法定传染病，自确诊之日起 180 日内（含第 180 日）因该法定传染病为直接原因导致身故的，**保险人按本附加险合同载明的身故保险金额给付身故保险金，保险人给付身故保险金后，对该被保险人的保险责任终止。**

在本附加险合同生效之日起且在等待期内，被保险人身故的，保险人不承担给付身故保险金的责任，并向投保人返还该被保险人对应的保险费，同时对该被保险人的保险责任终止。

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

在本附加险合同保险期间内，被保险人自保险单约定的等待期（续保者不受本款等待期限限制）后，经保险人认可的医院或疾病预防控制中心初次确诊罹患保险单载明类型的法定传染病，自确诊之日起 180 日内（含第 180 日）因该法定传染病为直接原因造成《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《评定标准》）所列残疾之一的，**保险人按《评定标准》所列给付比例乘以身故保险金额给付伤残保险金。**如自确诊之日起第 180 日治疗仍未结束的，则保险人根据被保险人在第 180 日时的身体状况及保险人指定或认可的鉴定机构对被保险人的鉴定结果，依据《评定标准》的规定给付伤残保险金。

1. 当被保险人因同一保险事故造成两处或两处以上伤残时，应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，保险人按该伤残等级对应的给付比例乘以身故保险金额给付伤残保险金；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，保险人按晋升后的伤残等级对应的给付比例乘以身故保险金额给付伤残保险金，伤残等级最高晋升至第一级。同一部位和性质的伤残，不应采用《评定标准》条文两条以上或者同一条文两次以上进行评定。

2. 被保险人如在本次事故之前已有伤残，保险人按合并后的伤残程度在《评定标准》中所对应的给付比例给付伤残保险金，但应扣除原有伤残程度在《评定标准》所对应的伤残保险金。

当保险人根据本条第（一）、（二）项约定累计给付的保险金达到保险单载明的身故保险金额时，保险人对该被保险人在本条第（一）、（二）项下的保险责任终止。

（三）医疗保险责任

在本附加险合同保险期间内，被保险人自保险单约定的等待期（续保者不受本款等待期限限制）后，经保险人认可的医院或疾病预防控制中心初次确诊罹患保险单载明类型的法定传染病，并因此在保险人认可的医院进行治疗的，对被保险人自确诊之日起 180 日内（含第 180 日）实际支出的符合诊疗地社会医疗保险药品目录、诊疗项目目录以及服务设施范围和支付标准的必需的、合理的医疗费用，保险人按保险单载明的免赔额和给付比例给付医疗保险金。

本附加险合同的给付比例，由投保人和保险人依据以下三种情况分别协商确定，并在保险单中载明：

1. 有社保且已使用社保：被保险人享有社会医疗保险或公费医疗保障，且在申请理赔时已经从社会医疗保险或公费医疗保障中获得医疗费用补偿；

2. 有社保但未使用社保：投保时告知保险人已参加社会医疗保险或公费医疗保障，但就诊时未使用或就诊时未参加社会医疗保险或公费医疗保障；

3. 无社保：被保险人投保时未享有社会医疗保险或公费医疗保障，且没有从社会医疗保险或公费医疗保障中获得医疗费用补偿。

保险期间届满被保险人治疗仍未结束的，保险人继续承担医疗保险金给付

责任，除另有约定外，住院治疗者最长至本附加险合同结束之日起第九十日止，门诊治疗者最长至本附加险合同结束之日起第十五日止。

被保险人不论一次或多次发生保险事故，保险人累计给付的医疗保险金以本附加险合同约定的医疗保险金额为限，一次或累计给付的医疗保险金达到该被保险人的医疗保险金额时，保险人对该被保险人的本项保险责任终止。

医疗保险责任适用补偿原则。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医疗费用金额为限。被保险人已经从社会基本医疗保险（包括农村合作医疗保险）或任何第三方（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医疗费用，按照本附加险合同约定承担给付保险金责任。

责任免除

第四条 因下列原因或情形导致被保险人身故或伤残或支出医疗费用的，保险人不承担给付保险金责任；

（一）被保险人在保险期间开始前以及首次投保保险期间开始后保险单载明的等待期内：

1. 确诊罹患法定传染病的；
2. 因疑似罹患法定传染病或因与已确诊罹患法定传染病人员及疑似罹患法定传染病人员密切接触而被隔离的。

（二）被保险人未经保险人认可的医院或疾病预防控制中心确诊感染法定传染病的；

（三）既往病症；

（四）被保险人未遵医嘱，私自服用、涂用、注射药物。

第五条 下列费用保险人不承担给付保险金责任：

（一）一般身体检查、疗养、特别护理、静养、康复性治疗、物理治疗或心理治疗等非治疗性行为产生的医疗费用；

（二）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）等产生的费用；

（三）各种间接损失，包括交通费、食宿费、生活补助费，及被保险人的

误工补贴费、丧葬费等；

（四）无保险人认可的医院出具原始发票或收据及医疗证明的费用；

（五）本附加险合同约定的医疗费用免赔额。

第六条 主险合同中列明的“责任免除”事项，也适用本附加险合同，但与本附加险合同保险责任相矛盾的除外。

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。保险金额由投保人、保险人双方约定，并在保险单中载明。

保险期间

第八条 除另有约定外，本附加险合同的保险期间与主险合同一致。

保险金申请与给付

第九条 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）身故保险金申请：

1. 保险金给付申请书；
2. 保险单或其他保险凭证；
3. 保险金申请人的身份证明；
4. 保险人认可的医院或疾病预防控制中心出具的法定传染病诊断证明书；
5. 公安部门或保险人认可的医疗机构出具的被保险人身故证明书；
6. 被保险人的身份证明、户籍注销证明；
7. 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；
8. 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、委托人或受托人的身份证明等相关证明文件。

（二）伤残保险金申请：

1. 保险金给付申请书；
2. 保险单或其他保险凭证；

3. 保险金申请人的身份证明；
4. 保险人认可的医院或疾病预防控制中心出具的法定传染病诊断证明书；
5. 由保险人认可的医院或有资质的鉴定机构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. 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；
7. 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、委托人或受托人的身份证明等相关证明文件。

（三）医疗保险金申请：

1. 保险金给付申请书；
2. 保险单或其他保险凭证；
3. 保险金申请人的身份证明；
4. 保险人认可的医院或疾病预防控制中心出具的法定传染病诊断证明书；
5. 保险人认可的医院出具的附有病理检查、化验检查以及其他医疗仪器检查报告的医疗诊断证明、医疗费用收据原件、病历、医疗费用明细清单；
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；
7. 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、委托人或受托人的身份证明等相关证明文件。

受益人为无民事行为能力人或者限制民事行为能力人的，应由其监护人代为申领保险金，并需要提供监护人的身份证明等资料。

释义

法定传染病：指同时符合以下条件的法定传染病：

1. 该种疾病为《中华人民共和国传染病防治法》中所列明的甲、乙、丙三类传染病，包括该法未列明但在发生后被国家有关部门依法认定为传染病的疾病；
2. 该种疾病以国家卫生主管部门公布的关于该种疾病的最新定义为准。

保险人认可的医院：本附加险合同所指的医院应符合下列所有条件，但不包括主要为门诊、康复、护理、疗养、戒酒、戒毒或相类似的医疗机构：

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. 提供 24 小时有合格医师及护士的医疗和护理等服务；
4. 二级（含）以上的公立医院，包括保险人认可的与二级（含）以上公立医院相同规模的医院。

既往病症：指被保险人在保险单生效前已患有的疾病，或存在任何足以引致普通人寻求诊断、医疗护理或医疗治疗的症状、体征，或曾经医生推荐接受医药治疗或医疗意见。