

阳光财产保险股份有限公司

附加家庭成员燃气意外伤害保险条款（2014 版）

总则

第一条 在投保阳光财产保险股份有限公司家庭财产类保险（以下简称“主险”）的基础上，投保人可以投保本附加险。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。本附加险合同未约定事项，以主险合同为准；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。凡涉及本附加险合同的约定，均应采用书面形式。

第二条 主险的被保险人及其家庭成员可以成为本附加险的被保险人，并在保险单中载明。

具有完全民事行为能力，且对本附加险的被保险人具有保险利益的主险投保人可投保本附加险。

本条款以下正文中出现的“被保险人”、“投保人”均指本附加险的被保险人、投保人。

父母为其未年满 18 周岁的子女投保本附加险合同，还投保了其他人身保险合同的，在该被保险人年满 18 周岁之前，本附加险合同与其他保险合同约定的该被保险人死亡给付的保险金额总和、该被保险人死亡时本保险人与其他保险人实际给付的保险金总和均不得超过人民币 10 万元。

第三条 本附加险合同的受益人包括：

（一）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《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。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）残疾及医疗保险金受益人

除另有约定外，本附加险合同的残疾及医疗保险金的受益人为被保险人本人。

保险责任

第四条 本附加险合同的保险责任分为基本部分和可选部分。可选部分是在投保人已选

择基本部分的前提下可以选择投保的部分,包括燃气意外伤害残疾保险责任和燃气意外伤害医疗保险责任两项,可任意选择。若可选部分未在保险单中载明或批注,可选部分不产生任何效力。

(一) 基本部分: 燃气意外伤害身故保险责任

在保险期间内,在保险单载明地址的房屋内,因家用燃气使用过程中引起的燃气事故造成被保险人遭受意外伤害,并自该事故发生之日起 180 日内以该事故为直接且单独原因导致身故的,保险人按保险单约定的每一被保险人身故及残疾保险金额给付意外伤害身故保险金,对该被保险人的本附加险项下的所有保险责任终止。

被保险人因遭受燃气事故且自该事故发生之日起下落不明,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可选部分约定的意外伤害残疾保险金的,意外伤害身故保险金应扣除已给付的意外伤害残疾保险金。

(二) 可选部分:

1、燃气意外伤害残疾保险责任

在保险期间内,在保险单载明地址的房屋内,因家用燃气使用过程中引起的燃气事故造成被保险人遭受意外伤害,并自该事故发生之日起 180 日内以该事故为直接且单独原因造成《人身保险伤残评定标准及代码》(以下简称“《标准》”)所列残疾之一的,保险人按该《标准》所列给付比例乘以保险单所载的每一被保险人身故及残疾保险金额给付意外伤害残疾保险金。如自该事故发生之日起第 180 日治疗仍未结束的,按第 180 日当日的身体情况进行残疾鉴定,并据此给付意外伤害残疾保险金。

(1) 被保险人因同一燃气事故造成两处或两处以上伤残时,应首先根据《标准》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并据此给付意外伤害残疾保险金;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,最高晋升至第一级。同一部位和性质的伤残,不应采用《标准》条文两条以上或者同一条文两次以上进行评定。

(2) 被保险人如在本次燃气事故之前已有残疾,保险人按合并后的残疾程度在《标准》中所对应的给付比例给付意外伤害残疾保险金,但应扣除原有残疾程度在《标准》中所对应的残疾保险金。

2、燃气意外伤害医疗保险责任

在保险期间内,在保险单载明地址的房屋内,因家用燃气使用过程中引起的燃气事故造成被保险人遭受意外伤害,并自该事故发生之日起须入医院治疗,就被保险人在该次事故发生之日起 180 日内支出的,符合保险单签发地的社会医疗保险(指城镇职工基本医疗保险、城镇居民基本医疗保险、新型农村合作医疗保险、公务员医疗补助、城乡医疗救助等非商业性质保险,下同)药品目录、诊疗项目目录及服务设施范围和支付标准的必需的医疗费用(以下简称“医疗费用”),保险人按照以下约定进行赔偿:

(1) 若被保险人未从其他保险计划或任何其他途径取得医疗费用补偿,那么保险人按照“(实际医疗费用-每次事故免赔额)×赔付比例”的标准进行赔付;

如被保险人已从其他保险计划或任何其他途径取得医疗费用补偿,则保险人将在上述第(1)项赔偿标准计算结果的基础上,扣减被保险人已取得的医疗费用补偿后,进行赔付。

每次事故发生医疗费用的免赔额和赔付比例由投保人和保险人在投保时约定,并在保险

单中载明。

(2) 被保险人因保险事故须到医院进行合理且必需的治疗，在本附加险合同载明的保险期间内，每次保险事故累计治疗天数以 180 日为限，**保险人对超出部分不承担给付保险金责任。**

被保险人因保险事故须到医院进行合理且必需的治疗，若至本附加险合同终止日治疗仍未结束的，保险人继续承担给付保险金责任，并最长延续至本附加险合同终止日起第 30 日且该次保险事故累计治疗天数不超过 180 日。

无论被保险人一次或多次发生保险事故，保险人均按上述约定承担给付保险金责任，但累计给付的保险金总额达到保险单所载的该被保险人的医疗保险金额时，本附加险合同对该被保险人的医疗保险责任终止。

(3) 本附加险合同的意外伤害医疗保险责任遵循医疗费用补偿原则。保险人给付的意外伤害医疗保险金与被保险人从其所参加的社会医疗保险、其他保险计划或从第三责任方、社会福利机构、按政府规定补偿等其他任何途径取得医疗费用补偿总额，以被保险人实际支出的医疗费用金额为限。

责任免除

第五条 因下列情形之一导致被保险人身故、残疾或发生医疗费用的，保险人不承担保险金给付责任：

- (一) 投保人的任何故意行为；
- (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) 被保险人从事非法、犯罪的活动或抗拒依法采取的刑事强制措施；
- (四) 被保险人醉酒或受酒精、毒品、管制药物的影响；
- (五) 被保险人不遵守医院规章制度，未遵医嘱，私自服用、涂用、注射药物等不配合治疗的行为；
- (六) 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、法定传染病、职业病、性传播疾病、感染艾滋病病毒或患艾滋病、妊娠（含宫外孕）、流产、分娩（含剖宫产）、不孕不育症（包括人工受孕、试管婴儿等）、避孕及节育手术等任何疾病及其引起的并发症；
- (七) 被保险人患精神类疾病如精神分裂症、抑郁症、厌食症、失眠症、食物/药物过敏、食物中毒、中暑、高原反应、猝死、或因医疗事故或其他医疗导致的伤害；
- (八) 被保险人进行健康检查、疗养/康复治疗、屈光不正治疗、验光、装配屈光镜/眼镜/助听器、矫形/整容/整形、心理咨询/治疗、器官移植供体/器官捐赠、包皮环切手术、预防性手术、洗牙/洁齿等牙科治疗或手术、任何原因导致的牙齿修复或矫形、视力矫正手术；
- (九) 被保险人在参加本附加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）；或被保险人投保前已有生理缺陷、残疾的康复或治疗；修复、安装及购买残疾用具（如轮椅、假肢、助听器、假眼、假牙等）；
- (十) 被保险人就诊的诊疗机构不属于国家卫生行政部门评定的二级或二级以上医院（燃气事故导致的首次就医可以在非指定医院进行，后续治疗在病情稳定后需转到国家卫生行政部门评定的二级或二级以上医院进行治疗），或在香港特别行政区、澳门特别行政区、

台湾地区、中华人民共和国境外的诊疗机构就诊；

(十一) 被保险人发生家庭病床、挂床或不属于住院或每次住院定义的医疗行为；

(十二) 被保险人发生的不符合保险单签发地社会医疗保险规定的药品目录、诊疗项目目录及服务设施范围和支付标准的医疗费用，或因医疗事故及其他责任事故发生的医疗费用；

(十三) 战争、军事行动、暴乱、恐怖活动或武装叛乱；

(十四) 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；

(十五) 被保险人因保险事故以外的原因造成的人身伤亡；

(十六) 被保险人在保险单载明地址的房屋以外所遭受的人身伤亡；

(十七) 主险责任免除部分所列明的原因或情形。

保险金额

第六条 本附加险的保险金额由投保人和保险人协商确定，并于保险单上载明。

投保人、被保险人、受益人义务

第七条 发生本附加险合同保险责任范围内的事故后，投保人、被保险人或受益人应在知道保险事故发生后及时通知保险人。

投保人、被保险人或受益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，不承担给付保险金的责任，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。

保险金申请与给付

第八条 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证明和材料。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) 若被保险人身故，由保险金申请人填写保险金给付申请书，并凭下列证明和资料向保险人申请给付保险金：

1、保险单正本原件或其他保险凭证原件；

2、受益人户籍证明及身份证明；

3、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；如被保险人因燃气事故宣告死亡，须提供人民法院出具的宣告死亡判决书；

4、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、伤害程度等有关的证明和资料。

(二) 若被保险人残疾，由保险金申请人填写保险金给付申请书，并凭下列证明和资料向保险人申请给付保险金：

- 1、保险单正本原件或其他保险凭证原件；
- 2、被保险人户籍证明及身份证明；
- 3、卫生行政部门批准的二级以上（含二级）有鉴定资质的医疗机构、保险人认可的医疗机构或司法鉴定机构出具的被保险人残疾程度鉴定书；
- 4、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、伤害程度等有关的证明和资料。

（三）若被保险人支出医疗费用的，由保险金申请人填写保险金给付申请书，并凭下列证明和资料向保险人申请给付保险金：

- 1、保险单正本原件或其他保险凭证原件；
- 2、被保险人户籍证明及身份证明；
- 3、卫生行政部门批准的二级或二级以上医院出具的医疗费用收据原件、诊断证明、病历、医疗费用明细清单；如被保险人在社会医疗保险经办机构、其他保险人或其他单位已经获得部分医疗费用赔偿，医疗费用收据原件已被赔付或报销单位留存，被保险人在提出索赔申请时，应向保险人提交医疗费用收据财务分割单或在医疗费用收据复印件上注明已赔付金额，并加盖赔付单位的财务章；
- 4、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、伤害程度等有关的证明和资料。

第九条 被保险人或者受益人在未发生保险事故的情况下，谎称发生了保险事故，向保险人提出给付保险金的请求的，保险人有权解除本附加险合同，并不退还保险费。

投保人、被保险人故意制造保险事故的，保险人有权解除本附加险合同，不承担给付保险金的责任，也不退还保险费。

保险事故发生后，投保人、被保险人或者受益人以伪造、变造的有关证明、资料或者其他证据，编造虚假的事故原因或者夸大损失程度的，保险人对其虚报部分不承担给付保险金的责任。

投保人、被保险人或者受益人有前三款规定行为之一，致使保险人支付保险金或者支出费用的，应当予以退还或者赔偿。

第十条 保险金申请人向保险人请求给付保险金的诉讼时效期间为二年，自其知道或者应当知道保险事故发生之日起计算。

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、**保险金申请人**：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。
- 3、**意外伤害**：指以外来的、突发的、非本意的和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、**燃气事故**：指因使用经燃气公司安装或同意安装的燃气及其所属设备引起的火灾、爆炸、燃气渗漏、燃气外泄等客观事件。
- 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、**医院**：指拥有合法经营执照，有医师和护士提供全日 24 小时的医疗和护理服务的

医疗机构，并且按照国家卫生部《医院分级管理办法（试行草案）》由相应医院评审委员会评审并由省、自治区、直辖市卫生厅（局）以上卫生行政部门审定批准的二级以上（含二级）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，但不包括主要作为康复、护理、疗养、戒酒、戒毒或类似的医疗机构。

7、合理的医疗费用：

指符合保险合同签发地社会医疗保险规定的保险药品目录、诊疗项目目录以及服务设施范围和支付标准的医疗费用，且不含以下费用：

（1）按规定使用某些药品、进行特殊检查和特殊治疗时，需个人自负一定比例的医疗费用；

（2）按规定转外就医需个人提高自负一定比例的医疗费用；

（3）社会医疗保险管理规定以外的个人自费的医疗费用。

8、必要的医疗费用：

指符合以下条件的医疗费用：

（1）对治疗被保险人的伤害、疾病或症状合适且必需；

（2）在范围、持续期、强度、护理上不超过为被保险人提供安全、恰当、合适的诊断或治疗所需水平；

（3）医师出具处方、诊断证明；

（4）与当地普遍接受的医疗专业标准相一致；

（5）非主要以为了个人舒适或为了被保险人父母、家庭、医师或其他护理提供方的方便；

（6）非病人学术教育或职业培训的一部分或与之相关；

（7）非试验性或研究性。

9、住院：指被保险人因疾病或意外伤害而入住医院的正式病房进行治疗，并正式办理入出院手续。

10、每次住院：指被保险人因疾病或意外伤害住院治疗，自入院日起至出院日止的期间；但如果被保险人因同一疾病及其引发的并发症或同一意外伤害及其引发的并发症而住进医院两次（含）以上，若其前次住院出院之日与下次住院治疗入院之日间隔期间未超过 90 日，视为同一次住院。

11、挂床：指被保险人虽然办理了住院手续，但在住院过程中一日内未接受与住院诊断相关的检查和治疗，或一日内住在医院不满 24 小时的情形，遵医嘱到外院接受临时诊疗的除外。

12、家庭病床：指被保险人因疾病或意外伤害事故以及因此产生的并发症，在医院（包括住院部与门诊部）范围以外，要求医院医护人员以出诊形式上门，提供诊断、治疗服务，或被保险人没有到医院就诊，让其他人员以转述形式向医院医生讲述病情，使医生依据转述病情而开药。不包括为抢救生命由急救中心 120 派出的医护人员与救护车的急救费用及医院转诊过程中的费用。

13、流产：是指在胎儿足以存活之前，由于某些原因而发生妊娠中断现象。包括自发

性、病理性的自然流产，及以药物或手术方式予以终止怀孕的人工流产。

14、引产：是指妊娠 20 周以后，因母体或胎儿方面的原因，须用人工方法诱发子宫收缩而结束妊娠的治疗方法。

15、性传播疾病：指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。

16、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。

17、职业病：指企业、事业单位和个体经济组织等用人单位的劳动者在职业活动中，因接触粉尘、放射性物质和其他有毒、有害因素而引起的疾病。根据《中华人民共和国职业病防治法》，职业病的分类和目录由国务院卫生行政部门会同国务院安全生产监督管理部门、劳动保障行政部门制定、调整并公布。

18、艾滋病：指人类免疫缺陷病毒引起的获得性/后天性免疫缺陷综合症，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。

19、艾滋病病毒：指后天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。

20、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。

21、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。

22、先天性畸形、变形或染色体异常：指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。

23、既往症：指被保险人在本保险合同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。

24、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。

25、医疗事故：指医疗机构及其医务人员在医疗活动中，违反医疗卫生管理法律、行政法规、部门规章和诊疗护理规范、常规，过失造成患者人身损害的事故。

26、无有效驾驶证

指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) 在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。

27、无有效行驶证

指被保险人存在下列情形之一：

- (1) 驾驶的机动车被依法注销登记的；
- (2) 驾驶的机动车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；
- (3) 驾驶的机动车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。

28、《人身保险伤残评定标准与代码》：标准编号为 JR/T 0083—2013，是由中国保险监督管理委员会发布(保监发[2014]6 号)并经国家标准化委员会备案的中华人民共和国金融行业标准。