



安行如意保意外险（安享B款）

保险单号 (Policy No): PEXD2415010426000000881

一、基本信息

投保人姓名: 鄂尔多斯市东胜区天骄街道办事处	联系电话: 18504778276
证件类型: 统一社会信用代码	证件号码: 1115270170127416X6

二、保险责任

保险责任	保险金额
驾乘交通工具意外伤害	300,000.00 RMB
驾乘交通工具意外住院津贴	80.00元/日*180天
意外面部整容	50,000.00 RMB
法定节假日意外伤害	100,000.00 RMB
意外医疗 Accident Treatment	300,000.00 RMB
保险期间 (Insurance period)	2024 年 11 月 25 日 17 时 00 分起 至 2025 年 11 月 25 日 17 时 00 分止
总保险费 (Total premium)	贰佰陆拾元整 ¥260.00, 其中不含税保费¥245.29、增值税¥14.71。
争议解决方式 (Dispute Resolution)	仲裁

三、保险人声明

本保单保险条款请登录www.95590.cn查询, 请仔细阅读相应条款, 责任免除详见条款“责任免除”部分。

四、特别约定

投保人自愿投保“安行如意保意外险（安享B款）”。本保险合同的被保险人为保险单载明车辆上的驾乘人员, 保险人按《中国大地财产保险股份有限公司驾乘交通工具团体意外伤害保险（A款）条款》、《中国大地财产保险股份有限公司附加团体意外面部整容医疗保险条款》、《中国大地财产保险股份有限公司附加团体法定节假日意外伤害保额调整保险条款》、《中国大地财产保险股份有限公司附加团体通用意外医疗保险（A款）条款》承担被保险人在驾驶或乘坐保单载明的家庭自用车或非营运客车或非营运货车期间发生的保险事故, 每份: 每座保额为驾乘交通工具意外伤害30万, 驾乘交通工具意外医疗30万（社保范围, 0免赔, 100%赔付）, 驾乘交通工具意外住院补贴80元/日（免赔天数为0天）, 意外面部整容5万, 法定节假日意外伤害10万。保单累计赔付限额为每座保额*行驶证载明的核定座位数。若投保座位数低于核定座位数, 每座赔付金额=（投保座位数/核定座位数）*每座保额; 保单累计赔付限额为每座保额*投保座位数。您可登录www.95590.cn, 在服务—电子保单下载及验真菜单下, 下载电子保单。

五、重要提示

尊敬的客户: 为保障您的利益, 请收到本保险单后及时拨打我公司24小时服务热线95590（转3）或登录www.95590.cn网站, 查询并核实保险单信息。如有异议, 请通过95590热线电话, 网站承保理赔信息在线查询中“异议信息留言”或至大地保险营业网点反馈, 我们将尽快核实解决。

保险人对未成年人给付的身故保险金最高不超过保险监管部门规定的上限。

六、车辆信息

车牌号	发动机号	车架号	使用性质	核定座位数
蒙K196U6	C519026	LVGBE40K18G266341	非营业机关	5

公司名称 中国大地财产保险股份有限公司鄂尔多斯市天骄支公司
公司地址 鄂尔多斯市东胜区伊化南路怡馨花园二期二号楼101底商
邮政编码
出单时间 2024-11-25 16:16:53
销售单位 中国大地财产保险股份有限公司鄂尔多斯市天骄支公司

客户服务热线:95590 保单查询:www.95590.cn



中国大地财产保险股份有限公司 驾乘交通工具团体意外伤害保险（A款）条款

【注册编号：C00001032312021120608413】

总 则

第一条 本保险合同（以下简称“本合同”）由保险条款、投保单、保险单或者其他保险凭证、批单以及其他有关文件构成。凡涉及本合同的约定，均应当采用书面形式。

第二条 乘坐或者驾驶交通工具的驾驶员、售票员、乘客，可作为本合同的被保险人。

第三条 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自然人或者组织，可作为本合同的投保人。

第四条 本合同的受益人包括：

（一）意外身故保险金受益人

订立本合同，被保险人或者投保人可指定一人或者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的，应当确定受益顺序和受益份额；未确定受益份额的，各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，意外身故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有关继承的法律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。

被保险人或者投保人可以变更意外身故保险金受益人，但需书面通知保险人，由保险人在保险单上批注或者出具批单。对因意外身故保险金受益人变更发生的法律纠纷，除归咎于保险人过错的外，保险人不承担任何责任。

投保人指定或者变更身故保险金受益人的，应当经被保险人书面同意。被保险人为无民事行为能力人或者限制民事行为能力人的，应当由其监护人代为行使权利。

（二）非身故保险金受益人

除本合同另有约定外，本合同的非身故保险金的受益人为被保险人本人。

保险责任

第五条 本保险分设驾乘交通工具意外伤害保险责任、驾乘交通工具意外医疗保险责任、驾乘交通工具意外住院津贴保险责任和驾乘交通工具意外重症监护住院津贴保险责任，由投保人选择投保。其中，驾乘交通工具意外伤害保险责任为必选责任，其他保险责任为可选责任。

第六条 驾乘交通工具意外伤害保险责任

在保险期间内，被保险人在驾驶或乘坐保险合同中载明的指定交通工具过程中遭受意外，因此而身故或者伤残的，保险人按下列约定承担保险责任：

（一）意外身故

被保险人自遭受该意外之日起一百八十日内以该意外为直

接、完全原因而身故的，保险人按本合同载明的该被保险人的驾乘交通工具意外伤害保险金额给付驾乘交通工具意外身故保险金，同时本合同约定的对该被保险人的驾乘交通工具意外伤害保险责任终止。

被保险人因遭受该意外而下落不明，后经法院宣告死亡的，保险人按本合同载明的该被保险人的驾乘交通工具意外伤害保险金额给付驾乘交通工具意外身故保险金，同时本合同约定的对该被保险人的保险责任终止。但若该被保险人生还，保险金申请人应当于知道或者应当知道被保险人生还后三十日内退还保险人已给付的驾乘交通工具意外身故保险金，然后本合同约定的对该被保险人的保险责任应当视为未因该次宣告死亡而终止；保险金申请人未在三十日内退还的，保险人有权追索。

被保险人身故或者被宣告死亡前，保险人根据本合同针对其已给付驾乘交通工具意外伤残保险金的，驾乘交通工具意外身故保险金应当扣除已给付金额。

（二）意外伤残

被保险人自遭受该意外之日起一百八十日内以该意外为直接、完全原因而导致《人身保险伤残评定标准及代码》（以下简称“《评定标准》”）所列伤残之一的，保险人按《评定标准》中与该项伤残对应的给付比例和该被保险人的驾乘交通工具意外伤害保险金额的乘积给付意外伤残保险金。若至该意外发生之日起第一百八十日该被保险人的伤残程度仍未完全确定，保险人根据该意外发生之日起第一百八十日该被保险人的身体情况进行伤残鉴定，并据此给付驾乘交通工具意外伤残保险金。

人身保险伤残程度等级相对应的保险金给付比例分为十档，伤残程度第一级对应的保险金给付比例为100%，伤残程度第十级对应的保险金给付比例为10%，每级相差10%。

当同一保险事故造成两处或两处以上伤残时，保险人根据《评定标准》规定的多处伤残评定原则给付残疾保险金。

被保险人如果在该次意外之前已有伤残，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扣除原有伤残程度在《评定标准》中所对应的伤残等级的给付比例，给付伤残保险金。

保险人根据本合同针对每一被保险人给付的驾乘交通工具意外身故保险金和意外伤残保险金累计以其驾乘交通工具意外伤害保险金额为上限，当达到该限额时，本合同约定的对该被保险人的驾乘交通工具意外伤害保险责任终止。

第七条 驾乘交通工具意外医疗保险责任

在保险期间内，被保险人在驾驶或乘坐保险合同中载明的指定交通工具过程中遭受意外，在社会基本医疗保险定点医疗机构治疗由该次意外导致的人身伤害的，由此发生的符合当地社会基本医疗保险的支付/给付范围和标准的、医学必要的医疗费用（以下简称“每次意外合理医疗费用”），保险人按照“（每次意外合理医疗费用-次免赔额）×赔付比例”给付驾

乘交通工具意外医疗保险金。

保险期间届满时被保险人住院治疗仍未结束的，保险人继续承担保险责任至被保险人该次住院出院之时或者对应事故发生之日起第一百八十日二十四时（以先发生者为准）止；保险期间届满时被保险人门诊治疗仍未结束的，保险人继续承担保险期间届满次日起十五日内发生的医疗费用。

保险人根据本合同针对每一被保险人给付的驾乘交通工具意外医疗保险金累计以其驾乘交通工具意外医疗保险金额为上限，当达到该限额时，本合同约定的对该被保险人的驾乘交通工具意外医疗保险责任终止。

第八条 驾乘交通工具意外住院津贴保险责任

在保险期间内，被保险人在驾驶或乘坐保险合同中载明的指定交通工具过程中遭受意外，在社会基本医疗保险定点医疗机构住院治疗的，保险人按照“（每次实际住院天数-免赔天数）×该被保险人驾乘交通工具意外住院日津贴金额”给付意外住院津贴保险金。

保险期间届满时该被保险人住院治疗仍未结束的，保险人继续承担驾乘交通工具意外住院津贴保险责任至其当次住院出院之时或者对应意外发生之日起第一百八十日二十四时（以先发生者为准）止。

保险人根据本合同针对每一被保险人给付的驾乘交通工具意外住院津贴保险金累计以其驾乘交通工具意外住院津贴保险金额为上限，当达到该限度时，本合同约定的对该被保险人的驾乘交通工具意外住院津贴保险责任终止。

第九条 驾乘交通工具意外重症监护住院津贴保险责任

在保险期间内，被保险人在驾驶或乘坐保险合同中载明的指定交通工具过程中遭受意外，在社会基本医疗保险定点医疗机构重症监护病房住院治疗的，保险人按照“（每次实际住院天数-免赔天数）×该被保险人驾乘交通工具意外重症监护住院日津贴金额”给付驾乘交通工具意外重症监护住院津贴保险金。

保险期间届满时该被保险人住院治疗仍未结束的，保险人继续承担驾乘交通工具意外重症监护住院津贴保险责任至其当次住院出院之时或者对应意外发生之日起第一百八十日二十四时（以先发生者为准）止。

保险人根据本合同针对每一被保险人给付的驾乘交通工具意外重症监护住院津贴保险金累计以其驾乘交通工具意外重症监护住院津贴保险金额为上限，当达到该限度时，本合同约定的对该被保险人的驾乘交通工具意外重症监护住院津贴保险责任终止。

责任免除

第十条 由于下列任何原因，被保险人身故、伤残、支出医疗费用或住院治疗的，保险人不承担给付保险金的责任：

- （一）投保人的故意行为；
- （二）被保险人的自我伤害或者自杀，但是被保险人自杀时为无民事行为能力人的除外；
- （三）被保险人猝死；
- （四）被保险人从事违法犯罪活动或者拒捕，因挑衅或者故意行为导致争执、打斗而引发意外或者因此被攻击、被伤害或者被杀害；
- （五）未遵医嘱而私自服用、涂用或者注射药物，药物过敏，细菌或者病毒感染（意外导致的伤口感染不在此限），医

疗事故；

（六）怀孕（含宫外孕）、流产、分娩（含剖腹产）、避孕、绝育手术、治疗不孕症、人工受孕以及由此导致的并发症，但意外所致的流产、分娩不在此限；

（七）非因遭受意外而下落不明；

（八）任何生物、化学、核武器，核能装置造成的爆炸、灼伤、污染或者辐射，恐怖活动，邪教组织活动，战争、军事行动、暴动或者武装叛乱。

第十一条 在下列任何期间，被保险人遭受意外而致身故、伤残、支出医疗费用或住院治疗的，保险人不承担给付保险金的责任：

（一）被保险人醉酒或者受酒精、毒品、管制药品的影响期间；

（二）被保险人酒后驾驶、无有效驾驶证驾驶或者驾驶无有效行驶证的机动交通工具期间；

（三）被保险人精神和行为障碍或者癫痫发作期间，感染艾滋病（AIDS）或者感染艾滋病病毒（HIV阳性）期间；

（四）被保险人被司法机关采取强制措施期间或者被判入狱期间；

（五）交通工具超载期间，但本合同另有约定的不在此限；

（六）交通工具用于军事、竞赛、特技、表演、探险、处理爆炸物。

第十二条 对被保险人发生的下列任何费用，保险人不承担给付保险金的责任：

（一）矫形、洗牙、洁齿、整容、美容、心理咨询、体检、疗养、静养、康复治疗、健康护理、家庭病床治疗费用，修复、安装或者购买残疾用具（包括但不限于特别支架、器材、轮椅、拐杖、义肢、助听器、义牙、义眼、配镜）费用，与购置移植器官、捐献器官、保存和运输器官相关费用，体外医疗装置或者器材费用，试验性治疗费用；

（二）不必要的转院治疗引发的额外费用。

保险金额、免赔额、赔付比例、免赔天数和保险费

第十三条 每一被保险人的驾乘交通工具意外伤害保险金额、驾乘交通工具意外医疗保险金额、驾乘交通工具意外住院津贴保险金额和驾乘交通工具意外重症监护住院津贴保险金额由投保人与保险人约定，并在本合同中载明。

第十四条 驾乘交通工具意外医疗保险责任的次免赔额和赔付比例由投保人与保险人约定，并在本合同中载明。除本合同另有约定外，驾乘交通工具意外医疗次免赔额为100元，赔付比例为80%。

第十五条 驾乘交通工具意外住院津贴保险责任和驾乘交通工具意外重症监护住院津贴保险责任的免赔天数由投保人与保险人协商确定，并在本合同中载明。本合同中未载明的，免赔天数为3天。

第十六条 保险费由保险人在承保时计算确定。

保险期间

第十七条 保险期间最长为一年，具体起讫时间由投保人与保险人协商确定，并在本合同中载明。

保险人义务

第十八条 保险人同意承保的，应当及时向投保人签发保险单或者其他保险凭证。

第十九条 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。

第二十条 保险人收到保险金申请人提供的本保险条款“保险金申请与给付”部分约定的保险金申请证明和资料后，应当及时作出核定；情形复杂的，应当在三十日内作出核定。

保险人应当将核定结果通知保险金申请人。对属于保险责任的，在与保险金申请人达成给付保险金的协议后十日内，履行给付保险金的义务；对不属于保险责任的，应当自作出核定之日起三日内向保险金申请人发出拒绝给付保险金通知书，并说明理由。

第二十一条 保险人自收到保险金申请人提供的本保险条款“保险金申请与给付”部分约定的保险金申请证明和资料之日起六十日内，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，支付相应的差额。

投保人、被保险人义务

第二十二条 投保人应当在订立本合同时一次性交清保险费。投保人未按照合同约定交清保险费的，保险人有权解除本合同。

第二十三条 订立本合同时，保险人就被保险人的有关情况提出询问的，投保人、被保险人应当如实告知。

投保人、被保险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。自本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的责任。

投保人、被保险人故意不履行如实告知义务的，保险人对于本合同解除前发生的保险事故，不承担给付保险金的责任，并不退还保险费。

投保人、被保险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，保险人对于本合同解除前发生的保险事故，不承担给付保险金的责任，但退还保险费。

保险人在本合同订立时已经知道投保人、被保险人未如实告知的情况的，保险人不得解除本合同；发生保险事故的，保险人承担给付保险金的责任。

第二十四条 投保人、被保险人或者保险金申请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不在此限。

上述约定中的“未及时通知”，不包括因不可抗力而导致的迟延履行。

保险金申请与给付

第二十五条 保险金申请人向保险人申请给付保险金时，应当提交下列证明和资料：

- （一）保险金给付申请书；
- （二）保险单或者其他保险凭证、批单；
- （三）保险金申请人的身份证明，若保险金申请人系受托

申请，还应当提供授权委托人的身份证明、授权委托书；

（四）保险人认可的机构（包括交通安全管理部门）出具的意外事故证明；

（五）申请驾乘交通工具意外身故保险金的，除第（一）至（四）项证明和资料外，还应当提供保险人认可机构（包括公安部门、医疗机构）出具的被保险人身故证明。若被保险人为宣告死亡，申请人应当提供法院出具的宣告死亡证明文件；

（六）申请驾乘交通工具意外伤残保险金的，除第（一）至（四）项证明和资料外，还应当提供二级以上（含）医疗机构或者司法鉴定机构根据《人身保险伤残评定标准及代码》出具的伤残程度鉴定诊断书；

（七）申请驾乘交通工具意外医疗、意外住院津贴或意外重症监护住院津贴保险金的，除第（一）至（四）项证明和资料外，还应当提供社会基本医疗保险定点医疗机构出具的医疗费用原始收据及明细、诊断证明、病历、出院证明；

（八）投保人、被保险人或受益人所能提供的与确认事故的性质、原因、伤害程度等有关的其他证明和资料。

保险金申请人未能提供有关证明和资料，导致保险人无法核实保险事故的性质、原因、损失程度的，保险人对无法核实部分不承担给付保险金的责任。

第二十六条 对被保险人因遭受意外而每次接受治疗发生的医疗费用，保险人给付的意外医疗保险金，以该次合理医疗费用扣除被保险人已从社会基本医疗保险、公费医疗、互助保险、除本保险外的其他商业保险、公益慈善机构等获得的补偿后的余额为上限。

第二十七条 发生保险事故，保险人有权对投保人、被保险人、保险金申请人等进行调查和检查，投保人、被保险人、受益人等应当尽量予以配合。

第二十八条 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。

保险合同的变更与解除

第二十九条 除本合同另有约定外，投保人、保险人双方经协商同意，在不违反法律和监管规定的情况下，可变更本合同的有关内容，在保险单或者其他保险凭证上加以批注或者出具批单后生效，或者由投保人和保险人订立合同变更书面协议后生效。

第三十条 若发生归于本保险条款“责任免除”部分的被保险人身故，本合同约定的对该被保险人的保险责任终止，除“投保人、被保险人的故意行为”造成被保险人身故外，保险人退还相应现金价值。

第三十一条 在本合同成立后，投保人可以书面形式通知保险人解除本合同，保险人根据本合同的约定已给付保险金，或者已发生本合同约定的保险事故但是尚未给付保险金的，投保人不得解除本合同，但是受益人放弃保险金请求权的不在此限。

投保人解除本保险合同时，应当提供下列证明和资料：

- （一）解除合同通知书；
- （二）保险单或者其他保险凭证、批单；
- （三）投保人身份证明；
- （四）保险费发票或者收据；
- （五）保险人合理要求的其他有关证明和资料。

本合同的效力至保险人接到解除合同通知书之日二十四时或者通知书上载明的合同终止时间（以较晚者为准）终止。自收到前款约定的证明和资料之日起三十日内，**保险人退还相应现金价值。**

争议处理与法律适用

第三十二条 因履行本合同发生的争议，由当事人协商解决。协商不成的，提交本合同载明的仲裁机构仲裁；本合同未载明仲裁机构且争议发生后未达成仲裁协议的，依法向人民法院起诉。

第三十三条 与本合同有关的以及履行本合同产生的一切争议处理适用中华人民共和国法律（不包括港澳台地区法律）。

释 义

意外伤害：指遭受外来的、突发的、非本意的、非疾病的使身体受到伤害的客观事件。

《人身保险伤残评定标准及代码》：指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，编号JR/T 0083—2013。

自我伤害：被保险人主动造成的、或被保险人明知或可预知风险可能发生而不进行规避导致自身肢体伤害或机能损伤的行为。

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较短时间内发生的非暴力性突然死亡。猝死的认定以医院的诊断或公安部门的鉴定为准。

社会基本医疗保险：包括职工基本医疗保险、城镇居民基本医疗保险和新型农村合作医疗等政府举办的基本医疗保险。在计算每次意外合理医疗费用时，社会基本医疗保险以被保险人实际参加的类型为准；被保险人未参加社会基本医疗保险的，以职工基本医疗保险为准。

医疗机构：指拥有合法经营执照，设立的主要目的为向受伤者和患病者提供住院治疗和护理服务而非主要作为康复医院、诊所、护理、疗养、戒酒、戒毒、养老院或类似目的，具有符合所在地有关医院管理规则设置标准的医疗设施，有合格的医生和护士提供全日二十四小时的医疗和护理服务的机构。

住院：指入住保险人指定或者认可的医疗机构的正式病房，并办理入院手续，不包括门（急）诊观察室诊疗、家庭病床、挂床住院、其他非正式的病床住院及不合理住院。被保险人因非医疗目的自行离开病房十二小时以上（含）的，视为自动出院。

挂床：指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者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不在此限。

艾滋病病毒：指人体免疫缺陷病毒，英文简称HIV。在人体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。

艾滋病：指人体免疫缺陷病毒引起的获得性免疫缺陷综合征，英文简称AIDS。在感染艾滋病病毒的同时，如果出现了明显临床症状或体征，为患艾滋病。

试验性治疗：指不符合中国大陆医学界公认可行的治疗方法、手段、设备、药品等。

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，过失造成患者人身伤害的事故。

恐怖活动：指恐怖主义性质的下列行为：

（一）组织、策划、准备实施、实施造成或者意图造成人员伤亡、重大财产损失、公共设施损坏、社会秩序混乱等严重社会危害的活动的；

（二）宣扬恐怖主义，煽动实施恐怖活动，或者非法持有宣扬恐怖主义的物品，强制他人在公共场所穿戴宣扬恐怖主义的服饰、标志的；

（三）组织、领导、参加恐怖活动组织的；

（四）为恐怖活动组织、恐怖活动人员、实施恐怖活动或者恐怖活动培训提供信息、资金、物资、劳务、技术、场所等支持、协助、便利的；

（五）其他恐怖活动。

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。

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。

精神和行为障碍：以世界卫生组织颁布的国际疾病分类(ICD)最新版为准。

酒后驾驶：指经检测或者鉴定，发生事故时车辆驾驶人员每百毫升血液中的酒精含量达到或者超过道路交通安全法规规定的标准。

无有效驾驶证驾驶：包括下列任何情形：

- 1.无驾驶证驾驶或者持有效期已届满的驾驶证驾驶；
- 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、剧毒或者放射性物品等危险物品的机动车，实习期内驾驶机动车牵引挂车；
- 4.持未按规定审验的驾驶证驾驶，以及驾驶证被暂扣、扣留、吊销或者注销期间驾驶机动车；
- 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.在依照法律法规或者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驶机动车。

无有效行驶证：包括下列任何情形：

- 1.机动车被依法注销登记；
- 2.机动车无公安机关交通管理部门核发的行驶证、号牌，或者临时号牌或者临时移动证；
- 3.机动车未在规定检验期限内进行安全技术检验或者检验未通过。

保险金申请人：指受益人、被保险人的继承人或者依法享有保险金请求权的其他人。

现金价值：现金价值=净保费×（1-m/n），其中，m为已生效天数，n为保险期间的天数，已生效日数亦即对被保险人的保险责任已经过日数（不足一日的按一日计算）。净保费=保险费×（1-25%）

中国大地财产保险股份有限公司 附加团体意外面部整容医疗保险条款

【注册编号：C00001032522022053110831】

总 则

第一条 本保险是团体意外伤害类保险（以下简称“主险”）的附加险。只有在投保了主险的基础上，方可投保本附加险。

凡主险合同内容与本附加险合同相关的部分以及本附加险条款，均为本附加险合同的构成部分。

本附加险条款未尽事宜，以主险条款为准；若本附加险条款与主险条款内容冲突，以本附加险条款为准。

主险合同终止的，本附加险合同同时终止；主险合同无效的，本附加险合同亦无效。

第二条 本附加险合同的投保人、被保险人同主险合同。

第三条 除本附加险合同另有约定外，本附加险合同的保险金受益人为被保险人本人。

保险责任

第四条 在保险期间内，被保险人遭受主险合同约定保险责任范围内的意外伤害（以下简称“意外”），以该意外为直接、完全原因导致面部容貌毁损并在保险人指定或者认可的医疗机构（以下简称“医疗机构”）进行面部整容手术治疗的，由此发生的必需且合理的医疗费用（以下简称“每次意外合理医疗费用”），保险人按照“（每次意外合理医疗费用-次免赔额）×给付比例”计算给付意外面部整容医疗保险金。

保险期间届满时该被保险人住院治疗仍未结束的，对其自保险期间届满次日起至该次住院出院之时或者对应意外发生之日起第一百八十日二十四时（以先发生者为准）止期间接受的住院治疗，保险人继续承担保险责任；保险期间届满时该被保险人门诊治疗仍未结束的，对其自保险期间届满次日起十五日内接受的门诊治疗，保险人继续承担保险责任。

保险人根据本附加险合同针对每一被保险人给付的意外面部整容医疗保险金累计以其意外面部整容医疗保险金额为上限，当达到该限额时，本附加险合同约定的对该被保险人的意外面部整容医疗保险责任终止。

责任免除

第五条 对被保险人发生的下列任何费用，保险人不承担给付保险金的责任：

（一）主险条款约定的责任免除事项，除非本附加险条款约定予以承保；

（二）非直接用以治疗意外引致的伤害而发生的费用，对投保前已有伤害的治疗费用；

（三）非意外伤害导致的牙科治疗，以及任何原因导致的牙齿修复或整形，如矫形、洗牙、洁齿等；

（四）心理咨询、体检、疗养、静养、康复治疗、健康护理、家庭病床治疗费用，与购置移植器官、捐献器官、保存和运输器官相关费用，试验性治疗费用；

（五）非因医疗机构在技术、设备等方面不具备正常治疗条件而转往其他医疗机构治疗发生的不必要的转院治疗费用，但提供转出医院同意转院证明的除外。

保险金额和保险费

第六条 每一被保险人的意外面部整容医疗保险金额由投保人和保险人约定，并于本附加险合同中载明。

第七条 保险费由保险人在承保时计算确定。

保险期间

第八条 保险期间最长不超过一年，具体起讫时间与主险合同一致，并在本附加险合同中载明。

不保证续保

第九条 本附加险合同为不保证续保合同。保险期间届满前，投保人可重新向保险人投保本附加险，经保险人同意，交纳保险费，获得新的保险合同。但本附加险不保证续保。

保险金申请与给付

第十条 保险金申请人向保险人请求给付保险金时，应当

提交下列证明和资料：

（一）保险金给付申请书；

（二）保险单或其他保险凭证、批单；

（三）保险金申请人的身份证明，若保险金申请人系受托申请，还须提供授权委托书和授权委托人的身份证明；

（四）公安机关或其他行政机关、适格机构出具的意外事故证明；

（五）医疗机构或者司法鉴定机构出具的面部容貌毁损鉴定诊断书；

（六）医疗机构出具的医疗费用原始收据及明细、诊断证明、病历和出院证明；

（七）投保人、被保险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。

保险金申请人未能提供有关证明和资料，导致保险人无法核实事故的性质、原因、损失程度的，保险人对无法核实部分不承担给付保险金的责任。

第十一条 对被保险人因遭受意外而每次接受治疗发生的医疗费用，保险人给付的意外医疗保险金以该次合理医疗费用扣除被保险人已从社会基本医疗保险、公费医疗、互助保险、除本保险外的其他商业保险、公益慈善机构等获得的补偿后的余额为上限。

第十二条 收到保险事故发生的通知或信息的，保险人有权对投保人、被保险人、受益人和有关医疗机构等进行调查和检查，投保人、被保险人、受益人等应当尽量予以配合。

第十三条 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

面部整容手术：指在全身麻醉的情况下，实际实施对严重面部缺陷、缺失、损害或变形的面部形态和结构进行修复或重建的手术。

保险人指定或者认可的医疗机构：包括保险人指定的医疗机构，以及中华人民共和国境内（不包括港澳台地区）依法经营的二级以上（含）公立医院的普通部，但不包括境外医院、中外合资医院、民营医院、康复中心、联合诊所、特需（色）门诊、特需病房以及主要为门诊、康复、护理、疗养、戒酒、戒毒或者相类似目的提供服务的医疗机构。

必需且合理：指医疗费用同时满足以下条件：

（一）符合通常惯例：指医疗费用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。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，可由被保险人和保险人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。

（二）医学必需：指医疗费用符合下列所有条件：

1.治疗意外伤害或者疾病所必需的项目；

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.与接受治疗当地普通接受的医疗专业实践标准一致的项目。

社会基本医疗保险：指包括职工基本医疗保险、城乡居民基本医疗保险、城镇居民基本医疗保险和新型农村合作医疗等政府举办的基本医疗保障项目。在计算每次意外合理医疗费用时，社会基本医疗保险以被保险人实际参加的类型为准；被保险人未参加社会基本医疗保险的，以职工基本医疗保险为准。

试验性治疗：指不符合接受医疗所在地医学界认可实践的治疗方法、手段、设备、药品等。

中国大地财产保险股份有限公司
附加团体法定节假日意外伤害保额调整保险条款
【注册编号：C00001032322021120609653】

总 则

本保险是意外伤害保险（以下简称“主险”）的附加险。在投保了主险的基础上，方可投保本附加险。

凡主险合同内容与本附加险合同相关的部分以及本附加险条款，均为本附加险合同的组成部分。

本附加险条款未尽事项，以主险条款为准；若本附加险条款与主险条款内容冲突，以本附加险条款为准。

主险合同终止的，本附加险合同同时终止；主险合同无效的，本附加险合同亦无效。

保险责任

在保险期间内，每一被保险人在法定节假日遭受主险条款约定的意外伤害（亦简称“意外”），并自遭受该意外之日起一百八十日内以该意外为直接、完全原因而身故或者伤残的，保险人按主险合同的约定给付意外伤害保险金后，另按本附加险合同载明的保险金额给付法定节假日意外伤害保险金。

释 义

法定节假日：指国务院规定的全体公民放假的如下节日及其调休日：元旦，春节，清明节，劳动节，端午节，中秋节，国庆节。每个节日及其调休日从开始之日零时起，至结束之日二十四时止。如果国务院对节日有调整，依照最新规定执行。

中国大地财产保险股份有限公司
附加团体通用意外医疗保险（A款）条款

【注册编号：C00001032522022111739701】

总则

第一条 本保险是团体意外伤害类保险（以下简称“主险”）的附加险。在投保了主险的基础上，方可投保本附加险。

凡主险合同内容与本附加险合同相关的部分以及本附加险条款，均为本附加险合同的构成部分。

本附加险条款未尽事宜，以主险条款为准；若本附加险条款与主险条款内容冲突，以本附加险条款为准。

主险合同终止的，本附加险合同同时终止；主险合同无效的，本附加险合同亦无效。

第二条 本附加险合同的投保人、被保险人同主险合同。

第三条 除本附加险合同另有约定外，保险金受益人为被保险人本人。

保险责任

第四条 本附加险分设有意外医疗保险责任、意外门诊医疗保险责任和意外住院医疗保险责任，可由投保人选择其中任一项投保，或者同时选择意外门诊医疗保险责任和意外住院医疗保险责任两项投保。

第五条 意外医疗保险责任

在保险期间内，被保险人每次遭受主险合同约定保险责任范围内的意外伤害（以下简称“意外”），并在定点医疗机构治疗由该次意外导致的人身伤害，由此发生的符合当地社会基本医疗保险的支付范围和标准（保险合同载明承担境外治疗发生的医疗费用的，医疗机构和医疗费用范围不受此限）的、医学必需且合理的医疗费用（以下简称“每次合理意外医疗费用”），保险人按照“（每次合理意外医疗费用－意外医疗次免赔额）×意外医疗给付比例”给付意外

医疗保险金。

第六条 意外门诊医疗保险责任

在保险期间内，被保险人每次遭受主险合同约定保险责任范围内的意外伤害（以下简称“意外”），并在定点医疗机构治疗由该次意外导致的人身伤害，由此发生的符合当地社会基本医疗保险的支付范围和标准（保险合同载明承担境外治疗发生的医疗费用的，医疗机构和医疗费用范围不受此限）的、医学必需且合理的门诊医疗费用（以下简称“每次合理意外门诊医疗费用”），保险人按照“（每次合理意外门诊医疗费用－意外门诊医疗次免赔额）×意外门诊医疗给付比例”给付保险金。

第七条 意外住院医疗保险责任

在保险期间内，被保险人每次遭受主险合同约定保险责任范围内的意外伤害（以下简称“意外”），并在定点医疗机构治疗由该次意外导致的人身伤害，由此发生的符合当地社会基本医疗保险的支付范围和标准（保险合同载明承担境外治疗发生的医疗费用的，医疗机构和医疗费用范围不受此限）的、医学必需且合理的住院医疗费用（以下简称“每次合理意外住院医疗费用”），保险人按照“（每次合理意外住院医疗费用－意外住院医疗次免赔额）×意外住院医疗给付比例”给付保险金。

投保意外医疗保险责任或者意外住院医疗保险责任的，保险期间届满时该被保险人住院治疗仍未结束的，对其自保险期间届满次日起至该次住院出院之时或者对应意外发生之日起第一百八十日二十四时（以先发生者为准）止期间接受的住院治疗，保险人继续承担保险责任。

投保意外医疗保险责任或者意外门诊医疗保险责任的，保险期间届满时该被保险人门诊治疗仍未结束

的，对其自保险期间届满次日起十五日内接受的门诊治疗，保险人继续承担保险责任。

保险人根据本附加险合同针对每一被保险人累计给付的意外医疗保险金、意外门诊医疗保险金、意外住院医疗保险金分别相应以该被保险人的意外医疗保险金额、意外门诊医疗保险金额和意外住院医疗保险金额为上限，当达到该限额时，本附加险合同约定的对该被保险人的对应的保险责任（即意外医疗保险责任、意外门诊医疗保险责任或者意外住院医疗保险责任）终止。

责任免除

第八条 对被保险人发生的下列任何费用，保险人不承担给付保险金的责任：

（一）因主险合同中列明的责任免除事项而发生的医疗费用或者与主险合同中列明的责任免除事项相关的医疗费用；

（二）洗牙、洁齿、牙齿美白、正畸、烤瓷牙、种植牙或镶牙等牙齿保健和修复以及非意外导致的牙科治疗费用；

（三）矫形、整容、美容、心理咨询、体检、疗养、静养、康复治疗、健康护理、家庭病床治疗费用，修复、安装或者购买残疾用具（包括但不限于特别支架、器材、轮椅、拐杖、义肢、助听器、义牙、义眼、配镜）费用，与购置移植器官、捐献器官、保存和运输器官相关费用，体外医疗装置或者器材费用，试验性治疗费用；

（四）非因定点医疗机构在技术、设备等方面不具备正常治疗条件而转往其他医疗机构治疗发生的不必要的转院治疗费用，但提供转出医院同意转院证明的除外。

保险金额和保险费

第九条 每一被保险人的意外医疗保险金额、意外门诊医疗保险金额和意外住院医疗保险金额根据选择投保的保险责任，由投保人与保险人约定，并在本附加险合同中载明。

第十条 保险费由保险人在承保时计算确定。

免赔额和给付比例

第十一条 意外医疗保险责任、意外门诊医疗保险责任和意外住院医疗保险责任的次免赔额和给付比例由投保人与保险人约定，并在本附加险合同中载明。本附加险合同中未载明的，意外医疗保险责任、意外门诊医疗保险责任和意外住院医疗保险责任的次免赔额均为 100 元，给付比例均为 80%。

不保证续保

第十二条 本附加险合同为不保证续保合同。保险期间届满前，投保人可重新向保险人投保本附加险，经保险人同意，交纳保险费，获得新的保险合同。但本附加险不保证续保。

保险期间

第十三条 保险期间最长不超过一年，具体起迄时间与主险一致。

保险金申请与给付

第十四条 保险金申请人向保险人请求给付保险金时，应当提交下列证明和资料：

（一）保险金给付申请书；

（二）保险单或者其他保险凭证、批单；

（三）保险金申请人的身份证明，若保险金申请人系受托申请，还应当提供授权委托书和授权委托人的身份证明；

（四）公安机关或者其他政府主管部门、适格机构出具的意外事故证明；

（五）定点医疗机构或者境外医疗机构（若保险合同载明承担境外治疗发生的医疗费用）出具的医疗费用原始收据及明细、诊断证明和病历；

（六）投保人、被保险人、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。

保险金申请人未能提供有关证明和资料，导致保

险人无法核实事故的性质、原因、损失程度的，保险人对无法核实部分不承担给付保险金的责任。

第十五条 本附加险为费用补偿型医疗保险。对被保险人因遭受意外而每次接受治疗发生的医疗费用，保险人给付的意外医疗保险金以该次合理医疗费用扣除被保险人已从社会基本医疗保险、公费医疗、互助保险、除本保险外的其他商业保险、公益慈善机构等获得的补偿后的余额为上限。

第十六条 收到保险事故发生的通知或信息的，保险人有权对投保人、被保险人、受益人和有关医疗机构等进行调查和检查，投保人、被保险人、受益人等应当尽量予以配合。

第十七条 保险金申请人向保险人请求给付保险金的诉讼时效期间适用现行法律的规定。

释义

定点医疗机构：指在中华人民共和国境内（不包括港澳台地区），经医疗保险经办机构确定，为基本医疗保险的参保人员提供医疗服务的医疗机构。

医疗机构：指拥有合法经营执照，设立的主要目的为向受伤者和患病者提供住院治疗和护理服务，具有符合所在地有关医院管理规则设置标准的医疗设施，有合格的医生和护士提供全日二十四小时的医疗和护理服务的机构，但不包括康复医院、诊所、养老院以及主要为护理、疗养、戒酒、戒毒或类似目的提供服务的医疗机构。

社会基本医疗保险：指包括职工基本医疗保险、城镇居民基本医疗保险、城乡居民基本医疗保险和新型农村合作医疗保险等政府举办的基本医疗保障项目。在计算每次意外合理医疗费用时，社会基本医疗保险以被保险人实际参加的类型为准；被保险人未参加社会基本医疗保险的，以职工基本医疗保险为准。

当地：除本附加险合同另有约定外，指签发本附加险合同的保险人分支机构所在地。

境外：指中华人民共和国境外（包括港澳台地区）。

必需且合理：指医疗费用同时满足以下条件：

（一）符合通常惯例：指医疗费用与接受医疗

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。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，可由被保险人和保险人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。

（二）医学必需：指医疗费用符合下列所有条件：

1. 治疗意外伤害或者疾病所必需的项目；
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. 与接受治疗当地普通接受的医疗专业实践标准一致的项目。

住院：指入住定点医疗机构的正式病房接受全日24小时监护治疗，并办理入院手续，不包括门（急）诊观察室诊疗、家庭病床、挂床住院、其他非正式的病床住院及不合理住院。被保险人因非医疗目的自行离开病房十二小时以上（含）的，视为自动出院。

挂床：指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者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不在此限。

试验性治疗：指不符合接受医疗所在地医学界认可实践的治疗方法、手段、设备、药品等。