

中华联合财产保险股份有限公司

附加个人特定传染病保险 A 款（2026 互联网专属）条款

总 则

第一条 本附加险合同是中华联合财产保险股份有限公司各类意外伤害保险（互联网专属）合同（以下简称“主险合同”）的附加合同，只有在投保了主险合同的基础上，方可投保本附加险。

本附加险合同与主险合同相抵触之处，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。

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。

凡涉及本附加险合同的约定，均采用书面形式。

第二条 本附加险合同的投保人和被保险人与主险合同一致。

第三条 本保险合同的受益人包括：

（一）特定传染病身故保险金受益人

订立本保险合同时，投保人或者被保险人可以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，被保险人或者投保人可以确定受益顺序和受益份额；如果未确定受益份额，受益人按照相等份额享有受益权。

被保险人为无民事行为能力人或限制民事行为能力人的，可以由其监护人指定受益人。

投保人或者被保险人可以变更身故保险金受益人并书面通知保险人。保险人收到变更受益人的书面通知后，在保险单或其他保险凭证上批注或附贴批单。

投保人在指定和变更身故保险金受益人时，必须经过被保险人同意。被保险人为无民事行为能力人或限制民事行为能力人时，应由其监护人指定或变更保险金受益人。

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。

被保险人死亡后，有下列情形之一的，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。

受益人故意造成被保险人死亡的，或者故意杀害被保险人未遂的，该受益人丧失受益权。

(二) 特定传染病全残保险金、特定传染病重症保险金、特定传染病危重症保险金、特定传染病住院津贴保险金受益人

除另有约定外，本附加险合同中特定传染病全残保险金、特定传染病重症保险金、特定传染病危重症保险金、特定传染病住院津贴保险金的受益人为被保险人本人。

保险责任

第四条 等待期

投保人为被保险人首次投保本附加险或者非续保本附加险时，自本附加险合同生效之日起一定期间为等待期，具体期间在本附加险合同中载明，最长不超过 90 天。续保本附加险无等待期。

被保险人在等待期内发生保险事故的，保险人不承担给付保险金的责任；保险人向投保人全额返还所交本附加险合同的保险费后，对被保险人保险责任终止。

被保险人在等待期内接受检查但在等待期后确诊并发生保险事故的，保险人不承担给付保险金的责任；保险人向投保人全额返还所交本附加险合同的保险费后，对被保险人保险责任终止。

第五条 本附加险合同的保险责任分为“特定传染病身故或全残保险责任”、“特定传染病重症保险责任”、“特定传染病危重症保险责任”和“特定传染病住院津贴保险责任”，投保人可选择投保其中的一项或多项，并在保险单载明。

本附加险合同所指特定传染病为符合《中华人民共和国传染病防治法》所规定的传染病中的一种或多种，具体由投保人和保险人双方约定，并在保险单中载明。

责任一：特定传染病身故或全残保险责任

在保险期间内，被保险人在等待期后经中华人民共和国境内（不含香港、澳门及台湾地区）二级及以上公立医院或保险人指定医疗机构的专科医生确诊初次罹患保险单载明类型的特定传染病，并以保险单载明类型的特定传染病为直接原因导致自罹患之日起 180 日内身故或全残的，保险人按本附加险合同约定的特定传染病身故或全残保险金额给付特定传染病身故或全残保险金，保险人对被保险人的该项保险责任终止。如自确诊初次罹患保险单载明类型的特定传染病之日起 180 日内治疗仍未结束的，则按确诊初次罹患保险单载明类型的特定传染病之日起第 180 日的身体情况进行伤残评定。

责任二：特定传染病重症保险责任

在保险期间内，被保险人在等待期后经中华人民共和国境内（不含香港、澳门及台湾地区）二级及以上公立医院或保险人指定医疗机构的专科医生确诊初次罹患保险单载明类型的特定传染病，除另有约定外，自确诊初次罹患之日起 14 日内被确诊达到国家卫生行政部门发布的针对该类型特定传染病的最新修订版本诊疗方案中“重型”（或“重症”）病例诊断标准的，保险人按本附加险合同约定的本项保险责任金额给付重症保险金，保险人对被保险人的该项保险责任终止。

若被保险人同时投保责任二与责任三的，在被确诊该类型特定传染病重症前保险人已给付责任三约定的特定传染病危重症保险金的，不再给付责任二约定的传染病重症保险金。

责任三：特定传染病危重症保险责任

在保险期间内，被保险人在等待期后经中华人民共和国境内（不含香港、澳门及台湾地区）二级及以上公立医院或保险人指定医疗机构的专科医生确诊初次罹患保险单载明类型的特定传染病，除另有约定外，自确诊初次罹患之日起14日内被确诊达到国家卫生行政部门发布的针对该类型特定传染病的最新修订版本诊疗方案中“危重型”（或“危重症”）病例诊断标准的，保险人按本附加险合同约定的本项保险责任金额给付危重症保险金，保险人对被保险人的该项保险责任终止。

若被保险人同时投保责任二与责任三的，在确诊该类型特定传染病危重症前保险人已给付责任二约定的特定传染病重症保险金的，不再给付责任三约定的传染病危重症保险金。

责任四：特定传染病住院津贴保险责任

在保险期间内，被保险人在等待期后经中华人民共和国境内（不含香港、澳门及台湾地区）二级及以上公立医院或保险人指定医疗机构的专科医生确诊初次罹患保险单载明类型的特定传染病，除另有约定外，自确诊初次罹患之日起7日内在中华人民共和国境内二级及以上公立医院或在国家卫生行政部门指定的该类型特定传染病定点医院（不含方舱医院）经专科医生诊断必须住院治疗的，保险人按照下列约定给付特定传染病住院津贴保险金：

1. 对于被保险人每次住院的合理的、实际的住院天数，保险人在扣除保险单约定的每次住院免赔天数后，按保险单约定的每日住院津贴金额计算并给付住院津贴保险金，计算公式如下：

特定传染病住院津贴保险金 = （实际住院天数 - 每次住院免赔天数） × 每日住院津贴金额

2. 在保险期间内，若被保险人因同一原因多次住院治疗，前次出院与后次住院日期间隔未达90天的，则视为同一次住院。

3. 除另有约定外，被保险人每次住院治疗的住院津贴保险金的给付天数最高以60天为限。

4. 除另有约定外，被保险人一次或多次因特定传染病进行住院治疗，保险人均按上述规定分别给付特定传染病住院津贴保险金，但保险人对被保险人累计给付特定传染病住院津贴保险金的天数以180天为限，当累计给付天数达到180天时，对被保险人的特定传染病住院津贴保险责任终止。

责任免除

第六条 主险合同中列明的“责任免除”事项，也适用于本附加险合同；若主险合同的责任免除条款与本条款有相抵触之处，则应以本条款为准。

第七条 下列情形造成被保险人发生保险事故的，保险人不承担给付保险金的责任：

（一）本附加险合同生效前，被保险人已确诊罹患特定传染病或者已被诊断为特定传染病疑似病例；

（二）本附加险合同生效前，被保险人虽未被确诊感染或疑似感染特定传染病，但因与确诊感染或疑似感染病例接触而处于集中隔离或居家隔离状态；

（三）被保险人隐瞒病情或故意未按《中华人民共和国传染病防治法》规定接受治疗、隔离的；

（四）被保险人前往、途经或自政府部门已公告的特定传染病中、高风险地区返回而被依法隔离的；

（五）被保险人未在中华人民共和国境内二级及以上公立医院住院治疗，或未在国家卫生行政部门指定的该类型特定传染病定点诊疗医院住院治疗，如在方舱医院住院治疗的；

（六）被保险人不符合入院标准住院、挂床住院或应当出院但拒不出院造成的延长住院。

保险金额和保险费

第八条 保险金额是保险人承担给付保险金责任的最高限额。

本附加险合同的各项保险金额由投保人和保险人双方协商确定，并在保险合同中载明。投保人应该按照合同约定向保险人交纳保险费。

保险期间与续保

第九条 本附加险合同的保险期间最长不超过一年，具体由投保人和保险人协商确定，并在保险单中载明。

第十条 本附加险合同为不保证续保合同。保险期间届满，投保人需要重新向保险人申请投保，保险人有权对重新提出的投保申请进行审核，经保险人同意后，投保人交纳保险费，获得新的保险合同。

保险金申请与给付

第十一条 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）特定传染病身故或全残保险金申请

1. 保险金给付申请书；
2. 保险单或保险凭证；
3. 保险金申请人的有效身份证件；
4. 国家卫生行政部门认定的医疗机构、公安部门或其他相关机构出具的被保险人死亡证明；如死亡证明可证明死亡原因的，可仅提供死亡证明；否则，保险金申请人应提供鉴定机构或保险人认可的机构出具的死因鉴定报告；
5. 包括但不限于病历、诊断报告、住院报告等确认被保险人因疾病死亡或致残的证明；
6. 保险人指定或认可的医疗机构或鉴定机构出具的伤残程度鉴定书；
7. 保险金申请人所能提供的与确认保险事故的性质、原因等有关的其他证明和资料；
8. 保险金作为被保险人遗产时，须提供可证明合法继承权的相关权利文件；
9. 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、委托人和受托人的有效身份证件等相关证明文件。

（二）特定传染病重症或危重症保险金申请

1. 保险金给付申请书；

2. 保险单或保险凭证；

3. 保险金申请人的有效身份证件；

4. 中华人民共和国境内（不含香港、澳门及台湾地区）二级及以上公立医院或保险人指定或认可的医疗机构出具的包括但不限于诊断书、病历、病理显微镜检查报告等能够证明达到特定传染病重症或危重症标准的医疗凭证；

5. 保险金申请人所能提供的与确认保险事故的性质、原因等有关的其他证明和资料；

6. 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、委托人和受托人的有效身份证件等相关证明文件。

（三）特定传染病住院津贴保险金申请

1. 保险金给付申请书；

2. 保险单或保险凭证；

3. 保险金申请人的有效身份证件；

4. 中华人民共和国境内（不含香港、澳门及台湾地区）二级及以上公立医院或者保险人指定或认可的医疗机构出具的入出院证明、医疗病历、诊断证明书；

5. 保险金申请人所能提供的与确认保险事故的性质、原因等有关的其他证明和资料；

6. 若被保险人、受益人委托他人申请的，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。

其他事项

第十二条 被保险人须在保险人认可的医疗机构治疗。急救不受此限，但经急救情况稳定后，须转入保险人认可的医疗机构治疗。

被保险人因医疗条件限制，确需转院治疗，必须有转出医院主治医师以上级别人员签署的会诊报告及转院证明。

第十三条 发生下列情况之一者，本附加险合同即行终止：

（一）若投保人解除主险合同，本附加险合同一并解除，合同解除后，**保险人参照主险合同有关规定退还本附加险合同的最低现金价值。**

（二）如投保人申请解除本附加险合同，须提供下列证明文件和资料：

1. 保险合同解除申请书；

2. 保险合同；

3. 保险费交付凭证；

4. 投保人的有效身份证件。

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；除另有约定外，**保险人收到上述证明文件和资料之日起 30 日内向投保人退还本附加险合同项下最低现金价值。**

释义

除另有约定外，本保险合同中的下列词语具有如下含义：

1. 认可的医疗机构：指保险人与投保人约定的定点医院，未约定定点医院的，则指经中华人民共和国卫生健康部门评审确定的二级及以上的公立医院，**但不包括主要作为诊所、康复、护理、休养、静养、戒酒、戒毒等类似的医疗机构**；该医院必须具有符合国家有关医院管理规则设置标准的医疗设备，且全天二十四小时有合格医生及护士驻院提供医疗及护理服务。**特需病房、外宾病房、国际部以及干部病房不在本保险合同责任范围内。**

2. 专科医生：专科医生应当同时满足以下三项资格条件：

- （一）具有有效的中华人民共和国《医师资格证书》；
- （二）具有有效的中华人民共和国《医师执业证书》，并按期到相关部门登记注册；
- （三）具有有效的中华人民共和国主治医师或主治医师以上职称的《医师职称证书》。

3. 全残：是指经鉴定属于《人身保险伤残评定及代码》（GB/T 44893-2024，国家市场监督管理总局、国家标准化管理委员会发布，2024 年第 24 号）所列伤残程度第一级的伤残。

4. 住院：指被保险人经医生根据临床需要，必须入住医院之正式病房进行治疗的行为过程，正式办理入院手续且连续住院二十四小时以上，**但不包括入住门诊观察室、急诊观察室、其他非正式病房、联合病房或挂床住院及被保险人未达到入院标准而办理入院手续或者已达到出院标准而不办理出院手续的情形。如被保险人因非医疗目的自行离开病房十二小时（含）以上，视为自动出院。**

5. 挂床住院：指被保险人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除外。

6. 实际住院天数：指被保险人在医院住院部病房内实际的住院治疗日数。住院满二十四小时为一日，**但不含被保险人在住院治疗期间擅自离院期间的日数，不含挂床住院。**

7. 同一住院原因：指被保险人因同一保险事故及其引发的并发症而间歇性入住医院，前次出院与后次入院日期相隔未达九十日，则视为同一住院原因。

8. 最低现金价值 = 保险费 × [1 - (保险单已经过天数 / 保险期间天数)] × (1 - 20%)。经过天数不足一天的按一天计算。