

众安在线财产保险股份有限公司
特定传染病疾病保险条款（互联网2022版B款）
注册号：C00017932612022052309083
（众安在线）（备-疾病保险）【2023】（主）041号

第一部分 总则

第一条 合同构成

本保险合同（以下简称“本合同”）由保险条款、投保单、保险单或其他保险凭证组成。凡涉及本合同的约定，均应采用书面形式。

第二条 合同的成立

投保人提出保险申请，经**保险人**（释义一）同意承保，本合同成立。

第三条 投保人

本合同的投保人应为具有完全民事行为能力的被保险人本人或对被保险人有保险利益的其他人。

第四条 被保险人

除另有约定外，初次投保时年龄为出生满 30 天至 80 **周岁**（释义二）（含 80 周岁），能正常工作、生活且符合健康告知的自然人，可作为本合同的被保险人。被保险人年满 105 周岁前（含 105 周岁），保险期间届满，可以重新向保险人申请投保本产品，并经保险人同意，交纳保险费，获得新的保险合同。

第五条 受益人

除本合同另有约定外，本合同保险金的受益人为被保险人本人。

第二部分 保障内容

第六条 保险责任

本合同的保险责任包括“特定传染病疾病保险金”、“特定传染病住院津贴保险金”和“特定传染病检验检查费用保险金”。其中，“特定传染病疾病保险金”为必选责任，“特定传染病住院津贴保险金”和“特定传染病检验检查费用保险金”为可选责任。投保人可只投保必选责任，也可在投保必选责任的基础上选择投保一项或者多项可选责任，并在本合同中载明，**但不能单独投保可选责任。所投保的保险责任一经确定，在本合同保险期间内不得变更。**保险人在投保人所投保的责任范围内依照本合同的约定承担保险责任。

（一）特定传染病疾病保险金（必选）

在保险期间内，被保险人于**等待期**（释义三）后，经中华人民共和国大陆范围内（**不包括香港、澳门及台湾地区**）**医院**（释义四）的**专科医生**（释义五）**初次确诊**（释义六）罹患本合同约定的一种或多种**传染病**（释义七）的，**保险人依照本合同约定的保险金额给付特**

定传染病疾病保险金，同时本项保险责任终止。

（二）特定传染病住院津贴保险金（可选）

在保险期间内，被保险人于等待期后，经中华人民共和国大陆范围内（不包括香港、澳门及台湾地区）医院的专科医生初次确诊罹患本合同约定的一种或多种传染病，并因此在医院接受住院（释义八）治疗的，保险人按照被保险人每次实际住院天数扣除每次住院免赔天数后乘以本合同约定的特定传染病住院日津贴额向被保险人给付特定传染病住院津贴保险金。

同时，本项保险责任须符合如下规定：

1. 每次住院给付天数为被保险人每次实际住院天数扣除每次住院免赔天数，但是每次住院给付天数不超过本合同约定的单次最高给付天数；

2. 保险期间届满，若被保险人住院治疗尚未结束，保险人对保险期间届满之日起被保险人住院天数不再承担本项保险责任；

3. 若被保险人本次住院治疗与前次住院原因相同，并且前次出院与本次入院间隔不超过 30 日的，则本次住院与前次住院视为同一次住院；

4. 同一保单年度内，被保险人一次或多次住院的累计给付津贴天数以本合同约定的累计给付天数为限，当累计给付天数达到本合同约定的天数时，本项保险责任终止。

特定传染病住院日津贴额、每次住院最高给付天数、每次住院免赔天数和累计给付天数，由保险人和投保人协商确定，并在本合同中载明，且一经确定，在保险期间内不得变更。

（三）特定传染病检验检查费用保险金（可选）

在保险期间内，被保险人于等待期后，因暴露于特定传染病感染风险的环境中，被卫生行政部门或防疫部门政策要求，在中华人民共和国大陆范围内（不包括香港、澳门及台湾地区）的医院进行本合同约定的一种或多种特定传染病检验检查的，对被保险人需个人支付的、必需且合理（释义九）的检验检查费用，保险人在扣除本合同约定的单次检验检查费用免赔额后，按照约定的给付比例给付特定传染病检验检查费用保险金，但保险人每次给付保险金的金额以本合同约定的单次检验检查费用给付限额为限。

在保险期间内，保险人累计检验检查费用给付次数以合同约定的检验检查费用给付总次数为限，累计给付金额以合同约定的特定传染病检验检查费用保险金额为限。当累计检验检查费用给付次数达到检验检查费用给付总次数或累计给付金额达到特定传染病检验检查费用保险金额时，本项保险责任终止。

单次检验检查费用免赔额、单次检验检查费用给付限额、给付比例、给付总次数和保险金额由投保人与保险人约定，并在本合同中载明。

第七条 犹豫期

除另有约定外，自本合同生效之日零时起 2 日（含第 2 日）为犹豫期。在此期间请投保

人认真审视本合同，如果投保人认为本合同与投保人的需求不相符，投保人可以在此期间内提出解除本合同，保险人将无息退还投保人所支付的全部保险费。

自保险人收到投保人解除合同的书面申请或双方认可的其他形式起，本合同即被解除，合同解除前发生的保险事故保险人不承担保险责任。

投保人通过保险人同意或认可的网站等互联网渠道提出解除本合同的申请，视为投保人的书面申请。

第八条 补偿原则

本合同特定传染病检验检查费用保险金责任适用医疗费用补偿原则。若被保险人已从其他途径（包括但不限于基本医疗保险（释义十）、公费医疗、工作单位、保险人在内的任何商业保险机构，以及依法承担侵权损害赔偿责任的第三人等）获得本合同责任范围内医疗费用补偿，则保险人仅对被保险人实际发生的医疗费用扣除其所获医疗费用补偿后的余额按照本合同的约定进行赔付。

第九条 责任免除

任何在下列期间发生的或因下列情形之一导致被保险人罹患本合同约定的一种或多种传染病的，保险人不承担给付保险金的责任：

（一）被保险人故意自杀、自伤，但被保险人自杀时为无民事行为能力人的除外；被保险人故意犯罪或者抗拒依法采取的刑事强制措施，或被政府依法拘禁或入狱期间伤病；被保险人殴斗、醉酒、主动吸食或注射毒品，违反规定使用麻醉或精神药品；被保险人未遵医嘱擅自服用、涂用、注射药物；

（二）投保人对被保险人的故意杀害、故意伤害；

（三）被保险人在投保前或等待期内因与疑似罹患传染病人密切接触而被隔离的；

（四）被保险人因药物过敏或未遵医嘱，擅自服用、涂用、注射药物；

（五）因保险事故造成被保险人的间接损失和任何精神损害赔偿；

（六）被保险人所患既往症（释义十一），及保险单中特别约定的除外疾病引起的相关费用，但投保时保险人已知晓并做出书面认可的除外；

（七）等待期内接受检查但在等待期后确诊的传染病；

（八）等待期内初次确诊罹患的传染病；

（九）一般性身体检查、疗养、特别护理、静养、康复性治疗、物理治疗或心理治疗；

（十）任何不合理或不必要的住院。

第十条 保险金额

保险金额是保险人承担给付保险金责任的最高限额。本合同的保险金额包括特定传染病疾病保险金额、特定传染病住院津贴保险金额、特定传染病检验检查费用保险金额和总保险金额，具体金额由投保人和保险人双方约定，并在本合同中载明。

保险金额一经确定，保险期间内不能进行变更。

本合同的特定传染病疾病保险金额与特定传染病住院津贴保险金额，投保人和保险人可就国家卫生行政部门印发有诊疗方案的传染病类型中的“临床分型”的不同严重程度分别约定保额并在合同中载明。

第十一条 保险期间与不保证续保

本合同为不保证续保合同，保险期间为一年（或不超过一年）。保险期间届满，投保人需要重新向保险人申请投保本产品，并经保险人同意，交纳保险费，获得新的保险合同。

若保险期间届满时，本合同对应保险产品统一停售，保险人将不再接受投保申请。

第三部分 保险人的义务

第十二条 提示和说明

订立本合同时，保险人会向投保人说明本合同的内容。对本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。

第十三条 保险单和保险凭证

本合同成立后，保险人将向投保人签发保险单或其他保险凭证。

第十四条 保险金的给付

保险人收到被保险人或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，但本合同另有约定的除外。

保险人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。保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三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。

保险人自收到给付保险金的请求和有关证明、资料之日起六十日内，对其给付的数额不能确定的，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的数额后，支付相应的差额。

第十五条 索赔资料不完整通知

保险人认为被保险人或受益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、被保险人或受益人补充提供。

第四部分 投保人、被保险人义务

第十六条 交费义务

本合同保险费交付方式分为一次性交付和分期交付，由投保人和保险人在投保时约定，

并在保险单上载明。

若投保人选择一次性交付保险费，投保人应当在本合同成立时一次性交清保险费，**保险费交清前，本合同不生效。对合同生效前发生的保险事故，保险人不承担保险责任。**

若投保人选择分期交付保险费，需经投保人申请并经保险人同意，并在本合同中载明保费分期交付的周期。**如投保人未交付首期保费，保险合同不成立，保险人不承担保险责任。如投保人未按照保险合同约定的付款时间足额交付当期保费，允许在宽限期内补交保险费；如果被保险人在宽限期内发生保险事故，保险人仍按照合同约定赔偿保险金。除本合同另有约定外，如被保险人在正常交费对应的保险期间内或宽限期内发生保险事故，保险人依照合同约定赔偿保险金的，需扣减保险期间内所有未交期间的保险费，投保人已缴纳的保险费与保险人扣减的保险费之和应等于本合同约定的保险费总额。如投保人未按照保险合同约定的付款时间足额交付当期保费，且在本合同约定的宽限期内仍未足额补交当期保费的，从应付之日起发生保险责任范围内的事故的，保险人不承担赔偿责任；宽限期内发生的保险事故也不承担保险责任。**

对于保险期间终止后发生的保险事故，**保险人不承担保险责任。宽限期由投保人与保险人协商确定，并在本合同中载明。**

第十七条 如实告知

投保人应如实填写投保单并回答保险人提出的询问，履行如实告知义务。

投保人故意或者因重大过失未履行前款规定的如实告知义务，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。

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

保险人在合同订立时已经知道投保人未如实告知的情况的，**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。**

第十八条 住址、通讯地址或数据电文联系方式变更告知义务

投保人住所、通讯地址或数据电文联系方式变更时，应及时以书面形式或双方认可的其他形式通知保险人。投保人未通知的，**保险人按本合同所载的最后住所、通讯地址或数据电文联系方式发送的有关通知，均视为已发送给投保人。**

第十九条 变更批注

在保险期间内，投保人需变更保险合同内容的，应以书面形式或双方认可的其他形式向保险人提出申请。保险人同意后出具批单，并在本合同中批注。

投保人通过保险人同意或认可的网站等互联网渠道提出变更本合同的申请，视为投保人

的书面申请。

第二十条 职业或工种的变更

被保险人变更其职业或工种时，投保人或被保险人应于三十日内以书面形式或双方认可的其他形式通知保险人。

被保险人所变更的职业或工种，依照保险人职业分类其危险性降低的，保险人自接到通知后，自职业变更之日起，退还变更前职业或工种对应的**未满期净保险费**（释义十二）差额；其危险性增加的，保险人在接到通知后，自职业变更之日起，增收变更前职业或工种对应的**未满期净保险费**差额；被保险人所变更的职业或工种依照保险人职业分类在拒保范围内的，保险人在接到通知后有权解除本合同，并按照接到通知之日的次日退还原职业或工种所对应的**未满期净保险费**。

被保险人所变更的职业或工种，依照保险人职业分类其危险性增加，且未依本条约定通知保险人而发生保险事故的，保险人按其原保险费与新职业或工种所对应的保险费的比例计算并给付保险金。被保险人所变更的职业或工种依照保险人职业分类在拒保范围内，保险人不承担给付保险金的责任，保险人退还未满期净保险费。

第二十一条 年龄的确定及错误的处理

被保险人的投保年龄，以法定身份证件登记的周岁年龄为准，本合同所承保的被保险人的投保年龄必须符合年龄要求。投保人在申请投保时，应按被保险人的周岁年龄填写。若发生错误，保险人按照以下规定处理：

（一）投保人申报的被保险人年龄不真实，且真实年龄不符合本合同约定的年龄限制的，保险人有权解除本合同，并向投保人退还未满期净保险费。

（二）投保人申报的被保险人年龄不真实，导致投保人实付保险费少于应付保险费的，保险人有权更正并要求投保人补交保险费，或在给付保险金时按照实付保险费与应付保险费的比例支付。

（三）投保人申报的被保险人年龄不真实，导致投保人支付保险费多于应付保险费的，保险人应将多收的保险费无息退还投保人。

第二十二条 保险事故通知义务

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，并书面说明事故发生的原因、经过和损失情况。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**（释义十三）而导致的迟延。

第五部分 保险金的申请

第二十三条 保险金的申请

保险金申请人（释义十四）向保险人申请给付保险金时，应提供如下材料：

- （一）保险金给付申请书；
- （二）保险合同凭据；
- （三）保险金申请人的有效身份证件；

（四）支持索赔的全部账单、证明、信息和证据，医院出具的病历资料、医学诊断书、处方、病理检查报告、化验检查报告、医疗费用原始单据、费用明细单据等。保险金申请人因特殊原因不能提供上述材料的，应提供其它合法有效的材料；

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

（六）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。

第六部分 保险合同的解除、终止和争议处理

第二十四条 合同的解除

在本合同成立后，投保人可以通过书面形式或双方认可的其他形式通知保险人解除合同，但保险人已根据本合同的约定给付保险金的除外。

投保人解除本合同时，应提供下列证明文件和资料：

- （一）保险合同解除申请书；
- （二）保险合同凭据；
- （三）保险费交付凭证；
- （四）投保人身份证明。

投保人要求解除本合同，自保险人接到保险合同解除申请书之日次日零时起，本合同的效力终止。保险人收到上述证明文件和资料之日起 30 日内退还本合同的未满期净保险费。

投保人通过保险人同意或认可的网站等互联网渠道提出解除本合同的申请，视为投保人的书面申请。

第二十五条 合同的争议处理

因履行本合同发生的争议，由当事人协商解决。协商不成的，提交保险合同载明的仲裁机构仲裁；保险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。

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）。

第二十六条 诉讼时效期间

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。

第二十七条 效力终止

发生以下情况之一时，本合同效力即时终止：

- （一）保险期间届满；
- （二）被保险人身故；
- （三）因本合同其他条款所约定的情况而终止效力。

第七部分 释义

一、保险人

指众安在线财产保险股份有限公司。

二、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。

三、等待期

指自本合同生效日起计算的一段时间，具体天数由保险人和投保人在投保时约定并在本合同上载明。

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。

四、医院

指经中华人民共和国卫生部门审核认定的二级及二级以上的公立医院、卫生健康委员会指定的传染病诊治定点医院或保险人扩展承保的医疗机构，但不包括主要作为诊所、康复、护理、休养、静养、戒酒、戒毒等或类似的医疗机构，及保险人不予理赔的医疗机构。

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师及护士驻院提供医疗及护理服务。

保险人扩展承保的医疗机构清单及不予理赔的医疗机构清单将在保险单中载明，保险人保留对清单进行变更的权利，具体以保险人在官方正式渠道（包括但不限于官网、官微）公布或通知为准。

五、专科医生

专科医生应当同时满足以下四项资格条件：

- （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》；
- （四）在国家《医院分级管理标准》二级或二级以上医院的相应科室从事临床工作三年以上。

年以上。

六、初次确诊

指自被保险人出生之日起第一次经医院确诊患有某种疾病，而不是指自本合同生效之日

起第一次经医院确诊患有某种疾病。

七、传染病

除另有约定外，指《中华人民共和国传染病防治法》中规定的以下 37 种甲类、乙类、丙类传染病，以及国务院卫生行政部门决定列入乙类、丙类传染病管理的其他传染病和按照甲类管理开展应急监测报告的其他传染病（具体分类以《中华人民共和国传染病防治法》规定以及国务院卫生行政部门关于调整乙类、丙类传染病的文件为准），但不包括艾滋病、淋病、梅毒：

（一）甲类：鼠疫、霍乱

（二）乙类：传染性非典型肺炎、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、钩端螺旋体病、血吸虫病、疟疾、人感染 H7N9 禽流感、新型冠状病毒肺炎；

（三）丙类：流行性感冒、流行性腮腺炎、风疹、急性出血性结膜炎、麻风病、斑疹伤寒、黑热病、包虫病、丝虫病、其他感染性腹泻病、手足口病。

本合同可承保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。

八、住院

指被保险人因意外伤害或疾病而入住医院的正式病房进行治疗的过程，并正式办理入出院手续，包含日间住院（指完全出于接受医学必需的治疗目的被保险人以占用医疗机构病床但不过夜的方式接受的医疗）。但不包括下列情况：

（一）被保险人在医院的（门）急诊观察室、家庭病床（房）入住；

（二）被保险人入住康复科、康复病床或接受康复治疗；

（三）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，但遵医嘱到外院接受临时治疗的除外；

（四）被保险人住院体检；

（五）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。

九、必需且合理

（一）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。

（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. 与接受治疗当地普遍接受的医疗专业实践标准一致的项目。

对是否医学必需由保险人根据客观、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。

十、基本医疗保险

指《中华人民共和国社会保险法》所规定的基本医疗保险，包括城镇职工基本医疗保险、城镇居民基本医疗保险或城乡居民基本医疗保险、新型农村合作医疗等政府举办的基本医疗保障项目。

十一、既往症

指在本合同生效前罹患的被保险人已知或应该知道的有关疾病或症状。通常有以下情况：

- (一) 本合同生效前，医生已有明确诊断，长期治疗未间断；
- (二) 本合同生效前，医生已有明确诊断，治疗后症状未完全消失，有间断用药情况；
- (三) 本合同生效前，医生已有明确诊断，但未予治疗；
- (四) 本合同生效前，未经医生诊断和治疗，但症状或体征明显且持续存在，以普通人医学常识应当知晓。

十二、未到期净保险费

除另有约定外，按下述公式计算未到期净保险费：

如投保人在本合同成立时选择一次性交付保险费，未到期净保险费=保险费×[1-(保险单已经过天数/保险期间天数)]×(1-退保手续费率)。经过天数不足一天按一天计算。

如投保人在本合同成立时选择分期交付保险费，未到期净保险费=本合同的当期保险费×[1-(当期实际经过天数/当期实际天数)]×(1-退保手续费率)。经过天数不足一天按一天计算。

十三、不可抗力

指不能预见、不能避免并不能克服的客观情况。

十四、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。