

中国人寿财产保险股份有限公司 学生、幼儿平安保险 A（互联网专属）条款 （注册编号：C00010832312022123002921）

总则

第一条 本保险合同由保险条款、投保单、保险单、保险凭证以及批单等组成。凡涉及本保险合同的约定，均采用书面形式。

第二条 在依法成立的学校或者幼儿园注册，身体健康，能正常学习和生活的大、中、小学学生和幼儿，可作为被保险人。

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人，可作为投保人。

第四条 本保险合同的受益人包括：

（一）意外身故、疾病身故保险金受益人

订立本保险合同时，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，身故保险金作为被保险人的遗产，由保险人依照《民法典》的规定履行给付身故保险金的义务：

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，由保险人在本保险合同上批注。对因意外身故、疾病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。

投保人指定或变更意外身故、疾病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意外身故、疾病身故保险金受益人。

（二）意外伤残保险金、意外伤害医疗费用保险金、疾病住院医疗费用保险金、住院津贴保险金受益人

除另有约定外，本保险合同的意外伤残保险金、意外伤害医疗费用保险金、疾病住院医疗费用保险金、住院津贴保险金的受益人为被保险人本人。

保险责任

第五条 在保险期间内，被保险人因疾病或者遭受意外伤害导致身故、伤残、支出医疗费用或住院治疗的，保险人对投保人已选择投保的保险责任按下列约定给付保险金，且给付各项保险金不超过本保险合同载明的对应保险责任项保险金额。

本保险合同的保险责任分为基本责任和可选责任。基本责

任包括意外身故保险责任、意外伤残保险责任，可选责任包括疾病身故保险责任、意外伤害医疗费用保险责任、疾病住院医疗费用保险责任、住院津贴保险责任。投保人应选择投保基本责任中的一项或两项保险责任，并在此基础上可为同一被保险人投保可选责任中的一项或多项保险责任。只在投保人为被保险人选投基本责任、可选责任时，保险人对该被保险人的保险责任才扩展至相应基本责任、可选责任项目保障。选择投保的保险责任应在保险单上载明或批注；保险人对投保人未选择投保的保险责任不承担保险责任。

（一）意外身故保险责任

1. 在保险期间内被保险人遭受意外伤害事故，并自意外伤害事故发生之日起一百八十日内因该事故死亡的，保险人按本保险合同载明的意外身故保险金额给付意外身故保险金，对该被保险人的保险责任终止。

2. 被保险人因遭受意外伤害事故经人民法院宣告死亡的，保险人按本保险合同载明的意外身故保险金额给付意外身故保险金，对该被保险人的保险责任终止。但若被保险人被宣告死亡后生还的，保险金受益人应于知道或应当知道被保险人生还后三十日内退还保险人给付的意外身故保险金。

3. 被保险人身故前已领取本条第（二）款约定的意外伤残保险金的，意外身故保险金为意外身故保险金额扣除已给付意外伤残保险金后的余额。

（二）意外伤残保险责任

1. 在保险期间内，被保险人遭受意外伤害事故，并自意外

伤害发生之日起一百八十日内因该事故导致身体伤残的，保险人依据保险人认可的专业鉴定机构按《人身保险伤残评定标准》评定伤残等级所对应的保险金给付比例，乘以本保险合同载明的意外伤残保险金额给付意外伤残保险金。如第一百八十日治疗仍未结束的，按第一百八十日的身体情况进行伤残等级评定，并据此给付意外伤残保险金。

本条所称《人身保险伤残评定标准》即原中国保监会发布的《人身保险伤残评定标准及代码》（保监发[2014]6号，标准编号为JR/T0083-2013，以下简称“《伤残评定标准》”），如该标准进行更新，保险人以被保险人申请保险金时国家规定或执行的最新伤残鉴定标准为准。

2. 被保险人如在本次意外伤害事故之前已有伤残，保险人按合并后的伤残等级在《伤残评定标准》中所对应的给付比例给付意外伤残保险金，但应扣除按原有伤残程度在《伤残评定标准》中所对应伤残等级计算的意外伤残保险金。

（三）疾病身故保险责任

在保险期间内，被保险人自本保险合同生效之日起九十日后因疾病死亡的，保险人按本保险合同载明的疾病身故保险金额给付疾病身故保险金，对该被保险人的保险责任终止。及时续保者不受本款九十日规定的限制。

（四）意外伤害医疗费用保险责任

在保险期间内，被保险人遭受意外伤害事故，并在中华人民共和国境内（不包括港、澳、台地区）二级以上（含二级）医院或者保险人指定或认可的医疗机构进行治疗，保险

人就被保险人自事故发生之日起实际支出的医疗费用按下列约定给付意外伤害医疗费用保险金：

1. 订立保险合同时，被保险人未投保基本医疗保险的，对被保险人所支出的必要、合理的且属于当地基本医疗保险主管部门规定可报销的医疗费用，保险人扣除本保险合同中约定的免赔额后，在本项保险金额范围内，按保险合同双方约定的给付比例给付意外伤害医疗费用保险金。

2. 订立保险合同时，被保险人已投保基本医疗保险的，保险人应对被保险人的保险费给予相应优惠，同时按照下列约定给付意外伤害医疗费用保险金：

(1) 对于被保险人所支出的必要、合理的且属于当地基本医疗保险主管部门规定可报销的医疗费用，被保险人应首先通过基本医疗保险报销，保险人对可通过基本医疗保险报销部分的医疗费用不负责给付；

(2) 对于被保险人所支出的必要、合理的且属于当地基本医疗保险主管部门规定可报销的医疗费用，保险人在扣除被保险人可通过基本医疗保险进行报销的金额后，就剩余的属于当地基本医疗保险主管部门规定可报销的医疗费用，扣除本保险合同中约定的免赔额后，在本项保险金额范围内，按保险合同双方约定的给付比例给付意外伤害医疗费用保险金。

3. 保险期间届满时被保险人仍在治疗的，按照以下约定的时限计算意外伤害医疗费用保险金：

(1) 保险期间届满时仍在门诊治疗的，以保险合同约定

时间为限（保险合同未特别约定的，以十五日为限）；

（2）保险期间届满被保险人治疗未结束，且仍在住院治疗的，保险人继续承担给付意外伤害医疗费用保险金责任的期限，自保险期间届满次日起至当次出院之日止，最长以保险合同约定时间为限（保险合同未特别约定的，以九十日为限）。

4. 意外伤害医疗费用保险责任适用损失补偿原则。若保险事故发生时，被保险人可以从其他医疗保障制度或保险计划（包括但不限于基本医疗保险、大病医疗保险、公费医疗、任何商业保险合同）获得医疗费用补偿，则被保险人不得就其可以补偿的费用再次向保险人请求给付意外伤害医疗费用保险金，保险人就剩余的属于当地基本医疗保险主管部门规定可报销的医疗费用，扣除本保险合同中约定的免赔额后，在本项保险金额范围内，按保险合同双方约定的赔付比例给付意外伤害医疗费用保险金。

5. 保险人所负给付本款保险金的责任以本款对应项保险金额为限，对被保险人一次或者累计给付的保险金达到其保险金额时，保险人对该被保险人的本款对应项保险责任终止。

（五）疾病住院医疗费用保险责任

在保险期间内，自本保险合同生效之日起且在保险合同中载明的等待期（若保险合同未载明等待期，等待期为本保险合同生效之日起连续计算的九十日，但及时续保者不受等待期约定的限制）后因罹患疾病而在中华人民共和国境内（不

包括港、澳、台地区) 二级以上(含二级) 医院或者保险人认可的医疗机构进行住院治疗, 保险人依照下列约定给付疾病住院医疗费用保险金:

1. 订立保险合同时, 被保险人未投保基本医疗保险的, 对被保险人所支出的必要、合理的且属于当地基本医疗保险主管部门规定可报销的住院医疗费用, 保险人每次扣除本保险合同中约定的免赔额后, 在本项保险金额范围内, 按约定的分档给付比例给付疾病住院医疗费用保险金。

2. 订立保险合同时, 被保险人已投保基本医疗保险的, 保险人对被保险人的保险费给予相应优惠, 同时按照下列约定给付疾病住院医疗费用保险金:

(1) 对于被保险人所支出的必要、合理的且属于当地基本医疗保险主管部门规定可报销的住院医疗费用, 被保险人应首先通过基本医疗保险报销, 保险人对可通过基本医疗保险报销部分的医疗费用不负责给付;

(2) 对于被保险人所支出的必要、合理的且属于当地基本医疗保险主管部门规定可报销的住院医疗费用, 保险人对扣除被保险人通过基本医疗保险可报销金额后剩余的部分, 扣除本保险合同中约定的免赔额后, 在本项保险金额范围内, 按约定的分档给付比例给付疾病住院医疗费用保险金。

3. 给付比例分人民币 1,000 元(含)以下部分、人民币 1,000 元以上至 5,000 元(含)部分、人民币 5,000 元以上至 10,000 元(含)部分、人民币 10,000 元以上至 30,000 元(含)部分、人民币 30,000 元以上部分五个档位, 由投保人、保险

人协商确定，最高不超过 100%，并在保险合同中载明。

如投保人、保险人未约定给付比例，给付比例以基准给付比例为准。

档位	基准给付比例 (%)
人民币 1,000 元(含)以下部分	50%
人民币 1,000 元以上至 5,000 元(含)部分	60%
人民币 5,000 元以上至 10,000 元(含)部分	70%
人民币 10,000 元以上至 30,000 元(含)部分	80%
人民币 30,000 元以上部分	90%

4. 保险期间届满被保险人治疗未结束，且仍在住院治疗的，保险人继续承担给付疾病住院医疗费用保险金责任的期限，自保险期间届满次日起至当次出院之日止，最长以保险合同约定时间为限（保险合同未特别约定的，以九十日为限）。

5. 疾病住院医疗费用保险责任适用损失补偿原则。若保险事故发生时，被保险人可以从其他医疗保障制度或保险计划（包括但不限于基本医疗保险、大病医疗保险、公费医疗、任何商业保险合同）获得医疗费用补偿，则被保险人不得就补偿的费用再次向保险人申请给付疾病住院医疗费用保险金，保险人就剩余的属于当地基本医疗保险主管部门规定可报销的疾病住院医疗费用，扣除本保险合同中约定的免赔额后，在本项保险金额范围内，按约定的分档给付比例给付疾病住院医疗费用保险金。

6. 保险人所负给付本款保险金的责任以本款对应项保

险金额为限，对被保险人一次或者累计给付的保险金达到其保险金额时，保险人对该被保险人的本款对应项保险责任终止。

（六）住院津贴保险责任

在保险期间内，被保险人因遭受保险责任范围内的意外伤害事故或者自本保险合同生效之日起且在保险合同载明的等待期（若保险合同未载明等待期，等待期为本保险合同生效之日起连续计算的九十日，及时续保者不受等待期约定的限制）后因疾病而在中华人民共和国境内（不包括港、澳、台地区）二级以上（含二级）医院或者保险人指定或认可的医疗机构住院治疗的，保险人按被保险人每次实际住院天数扣除保险单载明的每次事故免赔天数后，在每次事故给付天数内核定实际给付天数。按实际给付天数与保险单载明的每日给付标准的乘积给付住院津贴保险金。实际给付天数之和不得超过累计给付天数。

若被保险人因同一原因多次住院，前次出院与后次住院日期间隔未达九十天的，则视为同一次住院。

责任免除

第六条 因下列原因造成被保险人死亡、伤残或医疗费用支出的，保险人不承担给付保险金（包括住院津贴）责任：

- （一）投保人的故意行为；
- （二）被保险人从事违法、犯罪活动期间或被依法拘留、服刑、在逃期间发生的事故；
- （三）被保险人自致伤害或自杀，但被保险人自致伤害或

自杀时为无民事行为能力人的除外；

（四）被保险人挑衅或故意行为而导致的打斗、被袭击或被谋杀；

（五）被保险人殴斗、醉酒及服用、吸食、注射毒品，或受酒精、毒品、管制药物的影响而导致的意外；

（六）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车；

（七）被保险人妊娠、流产、分娩；

（八）被保险人接受整容手术、其他内、外科手术或其他诊疗活动过程中发生的医疗意外或医疗损害；

（九）被保险人未遵医嘱，私自服用、涂用、注射药物；

（十）被保险人从事潜水、跳伞、攀岩运动、探险活动、武术比赛、摔跤比赛、特技表演、赛马、赛车等高风险运动；

（十一）战争、军事行动、暴动或者武装叛乱；

（十二）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；

（十三）恐怖袭击；

（十四）被保险人具有先天性疾病及首次投保前所患未治疗及未治愈疾病，并因该疾病导致身故的；

（十五）被保险人首次投保本保险产品或者未及时续保，在保险合同载明的等待期（若保险合同未载明等待期，等待期为本保险合同生效之日起算的连续九十日）内罹患的相关疾病。

发生以上情形导致被保险人身故的（投保人、被保险人故意制造保险事故的除外），本保险合同对该被保险人的保险责

任终止，保险人退还该被保险人的未到期净保费。

第七条 因下列情形之一，造成被保险人支出医疗费用的，保险人不承担赔付保险金责任：

（一）被保险人健康护理等非治疗性行为；

（二）被保险人在家自设病床治疗；

（三）被保险人洗牙、洁齿、验光、装配假眼、假牙、假肢或者助听器等；

（四）被保险人罹患性病、精神病、精神分裂症；

（五）活检、穿刺、造影等创伤性检查及康复性手术；

（六）射频消融手术、心脏瓣膜置换手术、非外伤性视网膜脱离（脱落）手术；

（七）肥胖症、性早熟、腹股沟疝、鞘膜积液、包茎、腺样体肥大及打鼾、椎间盘突出（椎间盘膨出）、自发性气胸；

（八）恶性血液系统中白血病、淋巴瘤、再生障碍性贫血；

（九）系统性红斑狼疮及并发症、特发性血小板减少性紫癜及并发症、迁延性心肌损害、颅内肿瘤、癫痫、糖尿病、畸胎瘤、肾积水、骨肿瘤；

（十）被保险人投保前所患未治疗及未治愈疾病（包括先天性疾病）及已有残疾的治疗和康复；

（十一）被保险人首次投保本保险产品或者未及时续保，在保险合同载明的等待期（若保险合同未载明等待期，等待期为本保险合同生效之日起算的连续九十日）内因罹患疾病而住院治疗的；

(十二) 住院治疗的，无医院有效的转院证明而自行转院的；

(十三) 保险合同中载明的免赔额。

第八条 在下列情形下，被保险人住院治疗的，保险人不承担赔付住院津贴责任：

(一) 被保险人健康护理等非治疗性行为，例如洗牙、洁齿、验光、装配假眼、假牙、假肢或者助听器；

(二) 被保险人在康复医院、联合病房、家庭病房等治疗；

(三) 被保险人首次投保前所患未治愈疾病（包括先天性疾病）及对已有残疾及其并发症的治疗和康复；

(四) 被保险人罹患性病、精神病、精神分裂症；

(五) 被保险人非治疗性整容、对先天性缺陷的治疗及康复；

(六) 投保人或被保险人故意隐瞒、欺骗等情形；

(七) 住院治疗的，无医院有效的转院证明而自行转院的；

(八) 被保险人首次参加本保险或者未及时续保，自本保险合同生效之日起至等待期（若保险合同未载明等待期，等待期为本保险合同生效之日起算的连续九十日）内罹患疾病而住院治疗的。

保险金额、免赔额、给付比例、每日给付标准、免赔天数和
给付天数

第九条 意外身故保险金额、意外伤残保险金额、疾病身

故保险金额、意外伤害医疗费用保险金额、疾病住院医疗费用保险金额由投保人、保险人双方约定，并在保险合同中载明。

意外伤害医疗费用保险责任及疾病住院医疗费用保险责任的免赔额、给付比例由投保人与保险人协商确定，并在保险合同中载明。

住院津贴每日给付标准、每次事故给付天数、每次事故免赔天数和累计给付天数由投保人、保险人双方约定，并在保险合同中载明。住院津贴每日给付标准、每次事故给付天数和每次事故免赔天数一经确定，中途不得变更。除另有约定外，每次事故给付天数不超过九十天，累计给付天数不超过一百八十天。

保险人所负给付保险金的责任以保险金额为限，当被保险人一次或者累计给付的保险金达到其保险金额时，保险人对该被保险人的保险责任终止。

保险期间

第十条 除另有约定外，本保险合同的保险期间为一年。

保险人义务

第十一条 订立保险合同时，采用保险人提供的格式条款的，保险人向投保人提供的投保单应当附格式条款，保险人应当向投保人说明保险合同的内容。对保险合同中免除保险人责任的条款，保险人在订立保险合同时应当在投保单、保险单或者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者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。

第十二条 本保险合同成立后，保险人应当及时向投保人签发保险单或其他保险凭证。

第十三条 保险人依据本保险条款第十八条所取得的保险合同解除权，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。

保险人在保险合同订立时已经知道投保人未如实告知的情况的，保险人不得解除保险合同；发生保险事故的，保险人应当承担给付保险金责任。

第十四条 保险人按照本保险条款第二十一条、第二十二条、第二十三条、第二十四条的约定，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被保险人或受益人补充提供。

第十五条 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，但保险合同另有约定的除外。

保险人应当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发出拒绝给付保险金通知书，并说明理由。

第十六条 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，应当支付相应的差额。

投保人、被保险人义务

第十七条 投保人应当在保险合同成立时交清保险费。未交清保险费的，保险合同不生效，保险合同生效前发生保险事故的，保险人不承担保险责任。

第十八条 订立保险合同，保险人就保险标的或者被保险人的有关情况提出询问的，投保人应当如实告知。

投保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，保险人有权解除本保险合同。

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

第十九条 投保人住所或通讯地址变更时，应及时以书面形式通知保险人。投保人未通知的，保险人按本保险合同所载的最后住所或通讯地址发送的有关通知，均视为已发送给投保人。

第二十条 投保人、被保险人或者受益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迟延。

保险金申请与给付

第二十一条 被保险人死亡的，由身故保险金受益人作为申请人，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：

- (一) 保险金给付申请书；
- (二) 保险单原件；
- (三) 保险金申请人户籍证明或者身份证明；

(四) 公安部门出具的被保险人户籍注销证明、二级以上（含二级）或保险人认可的医疗机构出具的被保险人身故证明书或公安机关、保险人认可的鉴定机构出具的验尸报告。如被保险人因遭受意外伤害事故经人民法院宣告死亡，受益人须提供人民法院出具的宣告死亡证明文件；

(五) 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；

(六) 保险金申请人所能提供的其他与确认本项申请的性质、原因、结果有关的证明和资料。

第二十二条 被保险人遭受意外导致伤残的，由被保险人或者其监护人作为申请人，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：

- (一) 保险金给付申请书；
- (二) 保险单原件；

(三) 保险金申请人户籍证明或者身份证明;

(四) 二级以上(含二级)或保险人认可的医疗机构或司法鉴定机构出具的伤残鉴定诊断书;

(五) 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;

(六) 保险金申请人所能提供的其他与确认本项申请的性质、原因、结果有关的证明和资料。

第二十三条 被保险人发生住院医疗费用支出的,被保险人或者其监护人作为保险金申请人,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:

(一) 保险金给付申请书;

(二) 保险单原件;

(三) 保险金申请人的户籍证明或者身份证明;

(四) 二级以上(含二级)医院或者保险人认可的医疗机构出具的诊断书、住院证明、病历、住院医疗费用可报销凭证原件或医疗费分割单及住院费用明细;

(五) 被保险人若已通过其他途径获得了部分住院医疗费用补偿并无法提供医疗费用原始可报销凭证时,需提供住院医疗费用凭证复印件,同时出具注明已赔付比例和金额、加盖支付费用单位公章的分割单等相关证明,保险人按本保险合同约定在剩余医疗费用内承担保险责任。

本保险合同所指分割单应符合财政部《会计基础工作规范》的有关要求。涉及基本医疗保险时,分割单指基本医疗保险费用结算表,或当地基本医疗保险结算办法所规定的其

他类似费用结算证明；

（六）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；

（七）保险金申请人所能提供的其他与本项申请相关的材料。

第二十四条 被保险人住院申领住院津贴保险金的，被保险人或者其监护人作为申请人，填写保险金给付通知书，并凭下列证明和资料向保险人申请给付保险金：

（一）保险金给付申请书；

（二）保险单原件；

（三）保险金申请人的户籍证明或者身份证明；

（四）二级以上（含二级）医院或者保险人认可的医疗机构出具的病历和住院证明；

（五）保险金申请人所能提供的其他与本项申请相关的材料；

（六）保险金申请人的代理人提出申请的，应提供授权委托书、身份证明等相关证明文件。

第二十五条 被保险人未履行前款约定的索赔材料提供义务，导致保险人无法核实损失情况的，保险人对无法核实部分不承担给付责任。

争议处理

第二十六条 因履行本保险合同发生的争议，由当事人协商解决。协商不成的，提交本保险合同载明的仲裁机构仲裁；本保险合同未载明仲裁机构或争议发生后未达成仲裁协议的，

依法向有管辖权的人民法院起诉。

第二十七条 与本保险合同有关的以及履行本保险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）。

其他事项

第二十八条 在本保险合同成立后，投保人可以通过书面形式通知保险人解除本保险合同，但保险金申请人已领取过本保险合同项下任何保险金的除外。

（一）投保人要求解除本保险合同时，应提供下列证明和资料：

1. 保险合同解除申请书；
2. 保险单原件；
3. 保险费发票或交费凭证；
4. 投保人身份证明。

（二）投保人要求解除本保险合同的，自保险人接到解除本保险合同申请书之日起，保险责任终止。保险人于接到上述证明和资料之日起三十日内退还未满期净保费。

第二十九条 订立本保险合同时，投保人对被保险人不具有保险利益的，本保险合同无效，保险人退还净保费。

第三十条 释义

续保：是指保险期间届满日前，投保人向保险人提出申请，就本保险合同有关保险责任续签新保险合同的行为。

及时续保：是指本保险合同终保日期与续签新保险合同起保日期相同的续保行为。

不可抗力：是指不能预见、不能避免并不能克服的客观情况。

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原因致使身体受到的伤害。**猝死不属于意外伤害事故。**

其中“猝死”是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 **24 小时内**发生的非暴力性突然死亡。猝死的认定以二级以上（含二级）医院或者保险人指定或认可的医疗机构或公安司法部门的鉴定为准。

潜水：是指以辅助呼吸器材在江、河、湖、海、水库、运河等水域进行的水下运动。

攀岩运动：是指攀登悬崖、楼宇外墙、人造悬崖、冰崖、冰山等运动。

武术比赛：是指两人或者两人以上对抗性柔道、空手道、跆拳道、散打、拳击等各种拳术及各种使用器械的对抗性比赛。

探险活动：是指明知在某种特定的自然条件下有失去生命或者使身体受到伤害的危险，而故意使自己置身其中的行为。如江河漂流、徒步穿越沙漠或者人迹罕见的原始森林等活动。

特技：是指从事马术、杂技、驯兽等特殊职业、活动。

保险金申请人：指被保险人、受益人、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。

无有效驾驶证，指被保险人存在下列情形之一者：

（一）无驾驶证；

（二）在暂扣、扣留、吊销、注销驾驶证期间驾驶机动车

车；

(三) 驾驶的机动车与驾驶证载明的准驾车型不符；

(四) 持学习驾驶证学习驾车时，无教练员随车指导，或不按指定时间、路线学习驾车；

(五) 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；

(六) 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。

无有效行驶证，指下列情形之一：

(一) 机动车行驶证、号牌被依法注销登记的，或未依法按时进行或通过机动车安全技术检验；

(二) 无公安机关交通管理部门核发的合法有效的行驶证、号牌，或临时号牌或临时移动号牌。

醉酒：指公安机关、交通管理部门认定为“醉酒”，或者血液中酒精含量大于或者等于 80mg/100ml。

未到期净保费：未到期净保费=净保费×(1-m/n)，其中，m 为已生效天数，n 为保险期间的天数，经过日期不足一日的按一日计算。

净保费：净保费=保险费×(1-退保手续费率)。

住院：是指被保险人因本保险合同保险责任范围内的疾病或遭受本保险合同保险责任范围内的意外伤害，并经二级以上（含二级）医院或者保险人认可的医疗机构诊断，因临床需要必须正式办理入院手续并入住医院病房进行治疗的

行为过程。不包括入住门诊观察室、家庭病床、挂床住院及不合理的住院。

住院天数：是指被保险人在医疗机构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。