



请扫描以查询验证条款

# 交银人寿疫苗接种意外伤害保险条款

## 阅读指引

本阅读指引有助于您理解条款，对“交银人寿疫苗接种意外伤害保险合同”内容的解释以条款为准。



### 您拥有的重要权益

- ❖ 被保险人可以享受本主合同提供的保障.....2.3
- ❖ 您有退保的权利.....5.1



### 您应当特别注意的事项

- ❖ 有些情况本公司不承担保险责任，请您仔细阅读责任免除条款.....2.4
- ❖ 保险事故发生后请您及时通知本公司.....3.2
- ❖ 退保会给您造成一定的损失，请您慎重决策.....5.1
- ❖ 您有如实告知的义务.....6.1
- ❖ 本公司对一些重要术语进行了解释，并作了显著标识，请您注意.....8



条款是保险合同的重要内容，为充分保障您的权益，请您仔细阅读本条款。



### 条款目录

- |  |  |
|--|--|
| <p><b>1. 您与本公司订立的合同</b></p> <p>1.1 合同构成</p> <p>1.2 合同成立与生效</p> <p><b>2. 本公司提供的保障</b></p> <p>2.1 基本保险金额</p> <p>2.2 保险期间</p> <p>2.3 保险责任</p> <p>2.4 责任免除</p> <p>2.5 其他免责条款</p> <p><b>3. 保险金的申请</b></p> <p>3.1 受益人</p> <p>3.2 保险事故通知</p> <p>3.3 保险金申请</p> <p>3.4 保险金给付</p> <p>3.5 诉讼时效</p> <p><b>4. 保险费的交纳</b></p> <p>4.1 保险费的交纳</p> <p><b>5. 合同解除</b></p> <p>5.1 您解除合同的手续及风险</p> <p><b>6. 如实告知</b></p> <p>6.1 明确说明与如实告知</p> <p>6.2 本公司合同解除权的限制</p> | <p><b>7. 其他需要关注的事项</b></p> <p>7.1 年龄错误</p> <p>7.2 合同内容变更</p> <p>7.3 联系方式变更</p> <p>7.4 争议处理</p> <p><b>8. 释义</b></p> <p>8.1 接种单位</p> <p>8.2 疫苗</p> <p>8.3 预防接种异常反应</p> <p>8.4 《人身保险伤残评定标准及代码》</p> <p>8.5 医院</p> <p>8.6 住院</p> <p>8.7 住院日数</p> <p>8.8 感染艾滋病病毒或患艾滋病</p> <p>8.9 非处方药</p> <p>8.10 现金价值</p> <p>8.11 有效身份证明</p> <p>8.12 对疑似预防接种异常反应作出的调查、诊断结论</p> <p>8.13 周岁</p> <p>8.14 接种后一般反应</p> |
|--|--|

# 交银人寿保险有限公司

## 交银人寿疫苗接种意外伤害保险条款

在本条款中，“您”指投保人，“本公司”指交银人寿保险有限公司，“本主合同”指您与本公司之间订立的“交银人寿疫苗接种意外伤害保险合同”。

### ① 您与本公司订立的合同

---

- 1.1 **合同构成** 本主合同是您与本公司约定保险权利义务关系的协议，包括本保险条款、保险单或其他保险凭证、投保单、与保险合同有关的投保文件、合法有效的声明、批注、批单及其他您与本公司共同认可的书面协议。
- 1.2 **合同成立与生效** 您提出保险申请、本公司同意承保，本主合同成立，合同成立日载明于保险单上。  
除另有约定外，本主合同自成立、并在本公司收到足额保险费后开始生效，合同生效日载明于保险单上。本公司自合同生效日次日零时起开始承担本主合同约定的保险责任。

### ② 本公司提供的保障

---

- 2.1 **基本保险金额** 本主合同的基本保险金额由您在投保时与本公司约定，为本主合同保险费的计算基础，并载明于保险单或批注上。
- 2.2 **保险期间** 本主合同的保险期间为 180 天，自本主合同生效日次日零时起至本主合同期满日 24 时止。  
本主合同不可续保。
- 2.3 **保险责任** 在本主合同保险期间内，且本主合同有效的前提下，如果被保险人在经人民政府卫生健康主管部门指定的预防**接种单位**（见释义 8.1）接种本主合同约定的**疫苗**（见释义 8.2）后，自接种**疫苗**之日起 14 日内发生**预防接种异常反应**（见释义 8.3），本公司承担下列保险责任：
- 2.3.1 **预防接种身故保险金** 被保险人自接种**疫苗**之日起 180 日内因**预防接种异常反应**为直接原因导致身故，本主合同终止，本公司按本主合同的基本保险金额给付预防接种身故保险金。如果在给付预防接种身故保险金前本公司已给付过预防接种伤残保险金，本公司将从预防接种身故保险金中扣除累计已给付的预防接种伤残保险金。
- 2.3.2 **预防接种伤残保险金** 被保险人自接种**疫苗**之日起 180 日内因**预防接种异常反应**为直接原因造成《**人身保险伤残评定标准及代码**》（见释义 8.4）所列伤残类别，本公司按本主合同的基本保险金额乘以该处伤残的伤残等级所对应的保险金给付比例给付预防接种伤残保险金。如被保险人自接种**疫苗**之日起 180 日时治疗仍未结束的，则按接种**疫苗**之日起第 180 日的身体情况进行伤残评定。  
当同一次接种**疫苗**造成两处或两处以上伤残时，首先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；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晋升一级，最高晋升至第一级。对于同一部位和性质的伤残，不适用以上晋级规则。

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，具体见下表：

伤残程度等级对应的保险金给付比例表

伤残程度等级	一级	二级	三级	四级	五级	六级	七级	八级	九级	十级
给付比例	100%	90%	80%	70%	60%	50%	40%	30%	20%	10%

**2.3.3 预防接种住院津贴保险金** 被保险人因**预防接种异常反应**需至**医院**（见释义 8.5）接受**住院**（见释义 8.6）治疗的，本公司按本主合同基本保险金额的 1%（千分之一）乘以其实际的**住院日数**（见释义 8.7）给付预防接种住院津贴保险金。

预防接种住院津贴保险金累计给付的**住院日数**以 10 日为限，当累计给付的**住院日数**达到 10 日时，本项保险责任终止。

**2.4 责任免除** 因下列情形之一导致被保险人身故、伤残或**住院**的，本公司不承担保险责任：

- (1) 投保人对被保险人的故意杀害、故意伤害；
- (2) 被保险人**感染艾滋病病毒或患艾滋病**（见释义 8.8）；
- (3) 被保险人参加免疫接种前已经感染相关传染病病原体；
- (4) 对于有接种禁忌而不能接种的被保险人，在医护人员提出医学建议后，被保险人或被保险人的监护人仍要求实施接种的；
- (5) 被保险人或被保险人的监护人在被保险人发生**预防接种异常反应**时不及时就诊和不及时报告**接种单位**或疾病预防控制中心，造成采样、检验和治疗不及时，不能判定疾病病因的；
- (6) 被保险人或被保险人的监护人在被保险人发生**预防接种异常反应**时不执行医嘱的；
- (7) 被保险人未遵医嘱，私自使用药物，但按使用说明的规定使用**非处方药**（见释义 8.9）不在此限；
- (8) 被保险人因治疗**预防接种异常反应**所用药品发生的异常反应；
- (9) 投保前存在的由于疾病原因或者意外原因导致的伤残状况。

发生上述第（1）项情形导致被保险人身故的，本主合同终止，本公司向被保险人的继承人（除投保人以外）退还本主合同的**现金价值**（见释义 8.10）。

发生上述其他情形导致被保险人身故的，本主合同终止，本公司向您退还本主合同的**现金价值**。

**2.5 其他免责条款** 除“2.4 责任免除”外，本主合同中还有一些免除本公司保险责任的条款，详见“3.2 保险事故通知”、“6.1 明确说明与如实告知”、“7.1 年龄错误”、“8 释义”内容。

### ③ 保险金的申请

**3.1 受益人** 您或者被保险人可以指定一人或多人为身故保险金受益人。

身故保险金受益人为多人时，可以确定受益顺序和受益份额；如果没有确定份额，各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身故保险金受益人。

您或者被保险人可以变更身故保险金受益人并书面通知本公司。本公司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出具批单。

您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。  
被保险人身故后，有下列情形之一的，保险金作为被保险人的遗产，由本公司依照《中华人民共和国民法典》等相关法律规定履行给付保险金的义务：

- (1) 没有指定身故保险金受益人，或者身故保险金受益人指定不明无法确定的；
- (2) 身故保险金受益人先于被保险人身故，没有其他身故保险金受益人的；
- (3) 身故保险金受益人依法丧失受益权或者放弃受益权，没有其他身故保险金受益人的。

身故保险金受益人与被保险人在同一事件中死亡，且不能确定身故先后顺序的，推定受益人身故在先。

除本合同另有约定外，伤残保险金、住院津贴保险金的受益人为被保险人本人。

受益人故意造成被保险人身故、伤残、疾病的，或者故意杀害被保险人未遂的，该受益人丧失受益权。

### 3.2 保险事故通知

您或受益人知道保险事故后应当在 10 日内通知本公司。

如果您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，本公司对无法确定的部分，不承担给付保险金的责任，但本公司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或者虽未及时通知但不影响本公司确定保险事故的性质、原因、损失程度的除外。

### 3.3 保险金申请

在申请保险金时，请按照下列方式办理：

#### 3.3.1 身故保险金申请

身故保险金受益人作为申请人填写保险金给付申请书，并须提供下列证明和资料：

- (1) 保险合同；
- (2) 身故保险金受益人的**有效身份证明**（见释义 8.11）；
- (3) 被保险人的户籍注销证明；
- (4) 相关疾病预防控制机构对疑似预防接种异常反应作出的**调查、诊断结论**（见释义 8.12）；
- (5) 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的死亡证明；
- (6) 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；
- (7) 本公司需要的其他有关文件和资料。

保险金作为被保险人遗产时，须提供可证明合法继承的相关权利文件。

若申请人与本公司对被保险人的死因有争议，双方均有权提请司法鉴定机构对被保险人进行死因鉴定，另一方应予以配合。

#### 3.3.2 伤残保险金申请

伤残保险金受益人作为申请人填写保险金给付申请书，并须提供下列证明和资料：

- (1) 保险合同；
- (2) 伤残保险金受益人的**有效身份证明**；
- (3) 被保险人的**有效身份证明**；
- (4) 相关疾病预防控制机构对疑似预防接种异常反应作出的**调查、诊断结论**；
- (5) 双方认可的鉴定机构或二级及以上公立**医院**出具的被保险人伤残鉴定证明文件；
- (6) 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；

(7) 本公司需要的其他有关文件和资料。

- 3.3.3 住院津贴保险金申请** 住院津贴保险金受益人作为申请人填写保险金给付申请书，并须提供下列证明和资料：
- (1) 保险合同；
  - (2) 住院津贴保险金受益人的**有效身份证明**；
  - (3) 被保险人的**有效身份证明**；
  - (4) 相关疾病预防控制机构对**疑似预防接种异常反应作出的调查、诊断结论**；
  - (5) 本公司认可的**医院**出具的被保险人医疗诊断书、门急诊病历、出院小结以及医疗费用原始凭证、账单明细表或其他相关资料；
  - (6) 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；
  - (7) 本公司需要的其他有关文件和资料。

以上保险金申请的证明和资料不完整的，本公司将及时一次性通知申请人补充提供有关的证明和资料。

- 3.4 保险金给付** 本公司在收到保险金给付申请书及相关证明和资料后，将在 5 个工作日内作出核定；情形复杂的，在 30 日内作出核定。
- 对于属于保险责任的，本公司在与受益人达成给付保险金的协议后 10 日内，履行给付保险金义务；若本公司在收到相关证明和资料后第 30 日仍未作出核定，除支付保险金外，本公司将从第 31 日起按照超过天数赔偿受益人因此受到的利息损失。利息按照中国人民银行公布的同期金融机构人民币活期存款基准利率计算。
- 对不属于保险责任的，本公司自作出核定之日起 3 日内向受益人发出拒绝给付保险金通知书并说明理由。
- 本公司在收到保险金给付申请书及有关证明和资料之日起 60 日内，对给付保险金的数额不能确定的，根据已有证明和资料可以确定的数额先予支付；本公司最终确定给付保险金的数额后，将支付相应的差额。

- 3.5 诉讼时效** 受益人向本公司请求给付本主合同保险金的诉讼时效期间为 2 年，自其知道或者应当知道保险事故发生之日起计算。

## ④ 保险费的交纳

---

- 4.1 保险费的交纳** 本主合同的保险费按照基本保险金额确定。  
本主合同的交费方式和交费期间由您和本公司约定并载明于保险单或批注上。

## ⑤ 合同解除

---

- 5.1 您解除合同的手续及风险** 如您申请解除本主合同，请填写解除合同申请书并向本公司提供下列资料：
- (1) 保险合同；
  - (2) 您的**有效身份证明**；
  - (3) 本公司需要的其他有关文件和资料。
- 自本公司收到解除合同申请书之日起，本主合同终止。本公司自收到解除合同申请书之日起 30 日内向您退还本主合同的**现金价值**。
- 解除合同时本主合同已发生保险金给付或被保险人已发生保险事故且本公司

应当给付但尚未给付保险金的，本公司不退还本主合同的**现金价值**。  
解除合同会使您遭受一定损失。

## ⑥ 如实告知

---

- 6.1 **明确说明与如实告知** 订立本主合同时，本公司应向您说明本主合同的内容。  
对保险条款中免除本公司责任的条款，本公司在订立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您注意的提示，并对该条款的内容以书面或口头形式向您作出明确说明，未作提示或者明确说明的，该条款不产生效力。  
本公司就您和被保险人的有关情况提出询问，您应当如实告知。  
如果您故意或者因重大过失未履行前款规定的如实告知义务，足以影响本公司决定是否同意承保或者提高保险费率的，本公司有权解除本主合同。  
如果您故意不履行如实告知义务的，对于本主合同解除前发生的保险事故，本公司不承担给付保险金的责任，并不退还保险费。  
如果您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，对于本主合同解除前发生的保险事故，本公司不承担给付保险金的责任，但应当退还保险费。  
本公司在合同订立时已经知道您未如实告知的情况的，本公司不得解除合同；发生保险事故的，本公司承担给付保险金的责任。
- 6.2 **本公司合同解除权的限制** 前条规定的合同解除权，自本公司知道有解除事由之日起，超过 30 日不行使而消灭。

## ⑦ 其他需要关注的事项

---

- 7.1 **年龄错误** 被保险人的年龄以**周岁**（见释义 8.13）计算。  
您在申请投保时，应将与**有效身份证明**相符的被保险人的出生日期在投保单上填明，如果发生错误按照下列方式办理：  
您申报的被保险人年龄不真实，并且其真实年龄不符合本主合同约定投保年龄限制的，本公司有权解除合同，并向您退还本主合同的**现金价值**。本公司行使合同解除权适用“本公司合同解除权的限制”的规定。
- 7.2 **合同内容变更** 在本主合同有效期内，经您与本公司协商一致，可以变更本主合同的有关内容。  
变更本主合同的，应当由本公司在保险单或者其他保险凭证上批注或者出具批单，或者由您与本公司订立书面的变更协议。
- 7.3 **联系方式变更** 为了保障您的合法权益，您的住所、通讯地址或电话等联系方式变更时，请及时以书面形式或双方认可的其他形式通知本公司。若您未以书面形式或双方认可的其他形式通知本公司，本公司按本主合同载明的最后住所或通讯地址发送的有关通知，均视为已送达给您。
- 7.4 **争议处理** 在本主合同的履行过程中，双方发生争议时，由双方协商解决，协商不成的，依法向人民法院起诉。

## ⑧ 释义

---

- 8.1 **接种单位** 指经县级以上人民政府卫生健康主管部门依照《中华人民共和国疫苗管理法》规定指定为接种单位的医疗卫生机构（不含港澳台的医疗卫生机构）。
- 8.2 **疫苗** 指为了预防、控制传染病的发生、流行，用于人体预防接种的疫苗类预防性生物制品，包括免疫规划疫苗和非免疫规划疫苗。
- 8.3 **预防接种异常反应** 是指合格的疫苗在实施规范接种过程中或者实施规范接种后，诊断结论或者鉴定结论是因疫苗接种造成受种者机体组织器官功能损害，相关各方均无过错的药品不良反应。包括无菌性脓肿、热性惊厥、过敏性休克、过敏性皮疹、过敏性紫癜、血小板减少性紫癜、局部过敏反应（Arthus 反应）、血管性水肿、其它系统过敏性反应、多发性神经炎、臂丛神经炎、癫痫、脑病、脑炎和脑膜炎、疫苗相关麻痹型脊髓灰质炎（脊灰）（VAPP）、卡介苗（BCG）淋巴结炎、BCG 骨髓炎、全身播散性 BCG 感染、局部化脓性感染（局部脓肿、淋巴管炎和淋巴结炎、蜂窝织炎）、以及怀疑与预防接种有关的死亡、严重残疾或组织器官损伤等。  
相关各方：包括疫苗接种单位、疫苗生产企业、疫苗受种方。  
下列情形不属于预防接种异常反应：  
（1）因疫苗本身特性引起的**接种后一般反应**（见释义 8.14）；  
（2）因疫苗质量问题给受种者造成的损害；  
（3）因接种单位违反预防接种工作规范、免疫程序、疫苗使用指导原则、接种方案给受种者造成的损害；  
（4）受种者在接种时正处于某种疾病的潜伏期或者前驱期，接种后偶合发病；  
（5）受种者有疫苗说明书规定的接种禁忌，在接种前受种者或者其监护人未如实提供受种者的健康状况和接种禁忌等情况，接种后受种者原有疾病急性复发或者病情加重；  
（6）因心理因素发生的个体或者群体的心因性反应。
- 8.4 **《人身保险伤残评定标准及代码》** 《人身保险伤残评定标准及代码》（JR/T0083-2013）是由中国银行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。
- 8.5 **医院** 指中国境内（不含香港、澳门和台湾地区）国家卫生行政管理部门医院等级分类中的二级或二级以上的公立医院，但不包括主要提供门诊、康复、护理、疗养、戒酒、戒毒或相类似服务之医疗机构。
- 8.6 **住院** 指被保险人因意外伤害而入住医院之正式病房进行治疗，并正式办理入出院手续，不包括住入急诊观察室、家庭病床、联合病房、康复医院（病房）、疗养院、挂床住院、日间住院病房及其他不合理的住院。  
挂床住院，指被保险人住院过程中 1 日内未接受与入院诊断相关的检查和治疗，或 1 日内住院不满 24 小时，但遵医嘱到外院接受临时诊疗的除外。
- 8.7 **住院日数** 指被保险人在医院住院部病房或重症监护病房内实际的住院治疗整日数，住院满 24 小时为一整日。
- 8.8 **感染艾滋病病毒或患艾滋病** 艾滋病病毒指人类免疫缺陷病毒，英文缩写为 HIV。艾滋病指人类免疫缺陷病毒引起的获得性免疫缺陷综合征，英文缩写为 AIDS。  
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；如果同时出现了明显临床症状或体征的，为

患艾滋病。

- 8.9 **非处方药** 指在使用药品当时，由国务院药品监督管理部门公布的，不需要凭执业医师或执业助理医师处方，消费者可以自行判断、购买和使用的药品。
- 8.10 **现金价值** 等于净保费 $\times(1-m/n)$ ，其中，净保费 $= (1-35\%) \times$  保费， $m$  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。
- 8.11 **有效身份证明** 指依据法律法规能证明个人身份的证件，如：有效期限内的居民身份证、按规定可使用的有效护照、军官证、士兵证、警官证等证件。
- 8.12 **对疑似预防接种异常反应作出的调查、诊断结论** 根据《中华人民共和国疫苗管理法》，对疑似预防接种异常反应，疾病预防控制机构应当按照规定及时报告，组织调查、诊断，并做出调查、诊断结论。疾病预防控制机构是指从事疾病预防控制活动的疾病预防控制中心及与上述机构业务活动相同的单位。
- 8.13 **周岁** 指按有效身份证明文件中记载的出生日期计算的年龄，自出生之日起为零周岁，每经过一年增加一周岁，不足一年的不计。
- 8.14 **接种后一般反应** 指在预防接种后发生的，由疫苗本身所固有的特性引起的，对机体只会造成一过性生理功能障碍的反应，主要有发热和局部红肿，同时可能伴有全身不适、倦怠、食欲不振、乏力等综合症状。