

三星财产保险（中国）有限公司
燃气用户意外伤害保险（互联网专属）
（注册号：C00004532312025050920913）

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，均应采用书面形式。

第二条 本保险合同的被保险人应为在燃气公司登记注册的燃气使用地址内的燃气用户。本保险合同所指“燃气”包括天然气、煤气或液化气等可燃气体（不含沼气）。

第三条 本保险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、对被保险人有保险利益的其他人。

第四条 本保险合同的受益人包括：

（一）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，被保险人或投保人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。

被保险人死亡后，有下列情形之一的，保险金作为被保险人的遗产，由**保险人（见释义）**依照中华人民共和国有关法律法规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。

被保险人为非中国籍的，保险人依照被保险人实际所属国籍的继承相关法律法规履行给付保险金的义务。

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

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身故保险金受益人。

（二）其他保险金受益人

除另有约定外，本保险合同的伤残保险金、医疗保险金和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 本保险合同的保险责任分为“必选责任”和“可选责任”。投保人在已投保“必选责任”的前提下，可以选择投保“可选责任”中的一项或多项，若投保人未投保“必选责任”，则不得投保“可选责任”。保险责任由投保人在投保时与保险人协商确定，并在保险合同中载明。

第六条 在保险期间内，被保险人因燃气事故遭受意外伤害（见释义）导致身故、伤残、医疗费用支出或住院治疗的，保险人依照下列约定给付保险金。

（一）必选责任：意外伤害身故保险责任

在保险期间内，被保险人遭受燃气意外伤害事故（见释义），并自该事故发生之日起一百八十日（含）内因该事故身故的，保险人按意外伤害保险金额给付身故保险金，保险人给付意外伤害身故保险金后，对被保险人的保险责任终止。

被保险人因遭受燃气意外伤害事故且自该事故发生日起下落不明，后经人民法院宣告死亡的，保险人按意外伤害保险金额给付身故保险金，本保险合同终止。但若被保险人被宣告死亡后生还的，保险金受领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伤害身故保险金。

被保险人身故前，保险人已给付本条第（二）款约定的意外伤害伤残保险金的，意外伤害身故保险金应扣除已给付的意外伤害伤残保险金。

（二）必选责任：意外伤害伤残保险责任

在保险期间内，被保险人遭受燃气意外伤害事故，并自该事故发生之日起一百八十日（含）内因该事故造成《人身保险伤残评定标准及代码》（原保监会保监发〔2014〕6号发布，标准编号为JR/T0083—2013，下简称《伤残评定标准》）所列伤残之一的，保险人按《伤残评定标准》所列给付比例乘以意外伤害保险金额给付意外伤害伤残保险金。如第一百八十日治疗仍未结束的，按当日的身体情况进行伤残鉴定，并据此给付意外伤害伤残保险金。

1. 当同一保险事故造成两处或两处以上伤残时，应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最多晋升一级，最高晋升至第一级。同一部位和性质的伤残，不应采用《伤残评定标准》条文两条或以上或者同一条文两次或以上进行评定。

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程度在《伤残评定标准》中所对应的给付比例给付伤残保险金，但应扣除原有伤残程度在《伤残评定标准》所对应的意外伤害伤残保险金。

在保险期间内，意外伤害身故保险金及意外伤害伤残保险金累计给付不超过意外伤害保险金额，累计给付金额达到其意外伤害保险金额时，对被保险人的前述第（一）款、第（二）款保险责任终止。

（三）可选责任：意外伤害医疗保险责任

在保险期间内，被保险人因遭受燃气意外伤害事故，并因此在保险人认可的医疗机构（见释义）进行治疗，保险人就其自事故发生之日起一百八十日（含）内实际支出的符合当地社会医疗保险报销范围的必需且合理（见释义）的医疗费用，在扣除约定的免赔额后按照保单约定的赔付比例给付意外伤害医疗保险金。

保险人对被保险人所承担的意外伤害医疗保险金给付责任以意外伤害医疗保险的保险金额为限，一次或累计给付的保险金达到意外伤害医疗保险金额时，保险人对被保险人的意外伤害医疗保险责任终止。

若被保险人已从其他途径（包括社会基本医疗保险、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剩余部分按本保险合同约定负责赔偿。社会基本医疗保险个人账户部分支出视为个人支付，不属于已获得的医疗费用补偿。

（四）可选责任：意外伤害住院津贴保险责任

保险期间内，被保险人因遭受燃气意外伤害事故，并因该事故经保险人认可的医疗机构诊断必须入住普通病房住院（见释义）治疗，保险人按被保险人每次在上述医疗机构的实际住院天数（见释义）扣除约定的免赔天数后，乘以保险单中列明的每日意外伤害住院津贴金额向被保险人给付意外伤害住院津贴。

除另有约定外，无论被保险人一次或多次接受住院治疗，保险人对被保险人单次给付意外伤害住院津贴保险金的天数以九十天为限，累计最高给付天数以一百八十天为限，累计给付天数达到一百八十天的，保险人对被保险人的意外伤害住院津贴保险责任终止。

责任免除

第七条 因下列原因造成的损失、费用和责任，保险人不承担给付保险金的责任：

（一）未经燃气公司同意，因擅自拆卸、接装或移动燃气设备、私自接装以燃气为能源的生活器具等违规操作行为所导致的燃气意外伤害事故；

（二）投保人、被保险人的故意行为；

（三）核爆炸、核辐射或核污染及其他放射性污染；

（四）战争、敌对行动、军事行为、武装冲突、罢工、骚乱、暴动、恐怖活动、扣押、收缴、没收、政府征用；

（五）被保险人未遵医嘱，私自服用、涂用、注射药物；

（六）被保险人因精神错乱或失常而导致的意外；

（七）被保险人因疾病（包括感染的传染病）、分娩、自残、殴斗、自杀、犯罪行为；

（八）被保险人受细菌、病毒或寄生虫感染或被保险人中暑、猝死、药物过敏、食物中毒；

第八条 因下列情形之一，导致被保险人发生医疗费用支出的，保险人不承担赔偿医疗费用责任：

（一）被保险人身患疾病；

(二) 被保险人健康护理(含体检、健康体检、疗养、特别护理或静养)等非治疗性的行为及无客观病征证明其不健康及以捐献身体器官为目的的医疗行为;

(三) 被保险人流产、堕胎、分娩、不孕症、避孕或绝育手术、变性手术、人体试验和人工生殖, 及由此而引起的并发症;

(四) 被保险人发生的护理(陪住)费、取暖费、交通费、误工费、空调费、膳食费、特需服务费、营养性药品等需要自理的费用;

(五) 用于矫形、整容、美容、心理咨询、康复治疗(训练)、器官移植、角膜屈光成形手术或修复、安装及购买残疾用具(如轮椅、假肢、助听器、假眼、假牙、配镜等)的费用;

(六) 被保险人未经保险人同意的转院治疗; 被保险人在家自设病床治疗;

(七) 被保险人在非保险人认可的医疗机构治疗发生的医疗费用, 但被保险人因情况紧急必须立即就医的除外;

(八) 被保险人发生医疗费用支出所在地的社会医疗保险主管部门规定的自费项目(含乙类自费项目);

(九) 因医疗损害(见释义)、医疗意外及并发症增加的医疗费;

(十) 本保险合同第七条约定的责任免除事项;

(十一) 保险合同载明的免赔额或给付比例折算的免赔额。

第九条 因下列情形之一, 被保险人住院的, 保险人不承担给付住院津贴保险金责任:

(一) 被保险人身患疾病而住院;

(二) 被保险人因健康护理(含体检、健康体检、疗养、特别护理或静养)等非治疗性的行为及无客观病征证明其不健康及以捐献身体器官为目的的医疗行为导致的住院;

(三) 被保险人因流产、堕胎、分娩、不孕症、避孕或绝育手术、变性手术、人体试验和人工生殖, 及由此而引起的并发症而住院;

(四) 以矫形、整容、美容、心理咨询、康复治疗(训练)、器官移植、角膜屈光成形手术或修复为目的的住院;

(五) 被保险人在非认可的医疗机构治疗;

(六) 被保险人未经保险人同意的转院治疗; 被保险人在家自设病床治疗;

(七) 本合同第七条、第八条约定的责任免除事项;

(八) 本合同约定的免赔天数内的住院津贴。

保险金额、免赔额与给付比例

第十条 保险金额是保险人承担给付保险金责任的最高限额。

本保险合同的保险金额分为意外伤害保险金额、意外伤害医疗保险金额、意外伤害住院津贴保险金额，由投保人、保险人双方约定，并在保险合同中载明。

意外伤害医疗保险免赔额、给付比例由投保人、保险人在投保时协商确定，并在保险合同中载明。

意外伤害住院津贴保险免赔天数、每日意外伤害住院津贴金额、单次最高给付天数和累计最高给付天数由投保人、保险人在投保时协商确定，并在保险合同中载明。

保险期间

第十一条 本保险合同保险期间由保险人和投保人协商确定，以保险单载明的起讫时间为准。

保险人义务

第十二条 订立本保险合同时，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本保险合同的内容。对保险合同中免除保险人责任的条款，保险人在订立合同时应当在投保单、保险单或者其他保险凭证上做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做出明确说明。未作提示或者明确说明的，该条款不产生效力。

第十三条 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。

第十四条 保险人按照本保险合同的约定，认为被保险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、被保险人补充提供。

第十五条 保险人收到被保险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，保险人将在确定是否属于保险责任的基本材料收集齐全后，尽快做出核定。

保险人应当将核定结果通知被保险人；对属于保险责任的，在与被保险人达成给付保险金的协议后十日内，履行赔偿保险金义务。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一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。

第十七条 投保人符合保险法规定的退还保险费相关要求的，保险人应当按照保险法相关规定退还保险单的现金价值。

投保人、被保险人义务

第十八条 除另有约定外，投保人应当在保险合同成立时交清保险费。

投保人若选择一次性支付保险费的，投保人应当在本保险合同成立时一次性缴清保险费。投保人若未按约定足额交纳保险费，保险合同不发生效力，对保险合同生效之日前发生的保险事故，保险人不承担保险责任。

投保人若选择分期支付保险费的，投保人应当在每个保险费约定支付日交纳各期对应的保险费。如投保人未在投保时支付首期保险费的，本保险合同不生效。对本保险合同生效之日前发生的保险事故，保险人不承担保险责任。投保人支付首期保险费后，如投保人未按照本保险合同约定的付款期限足额缴付当期保险费，且超过本保险合同约定的付款宽限期（具体宽限期在保险单中载明）仍未足额补缴当期保险费的，则本保险合同自动终止。若投保人未按照约定支付分期保费，且本保险合同终止前发生保险事故的，保险人扣减欠缴的保险费后按照本保险合同约定承担保险责任；对于本保险合同终止后发生的保险事故，保险人不承担保险责任。

第十九条 订立保险合同，保险人就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。

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责任。

第二十条 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。

第二十一条 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。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。

保险事故发生后，被保险人需要治疗的，应在保险人认可的医疗机构就诊，若因急诊未在保险人认可的医疗机构就诊的，应在三日内通知保险人，并根据病情及时转入保险人认可的医疗机构。若确需转入非保险人认可的医疗机构就诊的，应向保险人提出书面申请，保险人在接到申请后三日内给予答复，对于保险人同意就诊的，对这期间发生的住院医疗费用按本保险合同规定给付保险金。

上述约定，不包括因不可抗力（见释义）而导致的迟延。

保险金申请与给付

第二十二条 保险金申请人（见释义）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。**如保险人对保险金申请材料存疑，有权要求被保险人在保险人指定或认可的医疗机构进行复检确认；被保险人应予配合。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）意外伤害身故保险金申请

1. 保险金给付申请书；
2. 保单号或其他有效保险凭证；
3. 保险金申请人的**身份证件（见释义）**；
4. 死亡证明：公安部门或医疗机构出具的被保险人死亡证明书；若被保险人为宣告死亡，保险金申请人应提供人民法院出具的宣告死亡证明文件；

死亡原因证明：如本保险合同要求的死亡证明可证明死亡原因的，可用死亡证明；否则，**保险金申请人应提供司法鉴定机构或保险人认可的机构（见释义）出具的死因鉴定报告；**

5. 保险金申请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；

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、委托人和受托人的身份证件等相关证明文件。

（二）意外伤害伤残保险金申请

1. 保险金给付申请书；
2. 保单号或其他有效保险凭证；
3. 保险金申请人身份证件；
4. 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；

5. 保险金申请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；

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、委托人和受托人的身份证件等相关证明文件。

（三）意外伤害医疗保险金申请

1. 保险金给付申请书；
2. 保单号或其他有效保险凭证；
3. 保险金申请人身份证件；
4. 医疗机构出具的医疗证明和医疗费用原始凭证；

5. 保险金申请人所能提供的与确认保险事故的性质、原因、损失程度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、委托人和受托人的身份证件等相关证明文件。

（四）意外伤害住院津贴保险金申请

1. 保险金给付申请书；
2. 保单号或其他有效保险凭证；
3. 保险金申请人身份证件；
4. 医疗机构出具的病历和住院证明；

5. 保险金申请人所能提供的与确认保险事故的性质、原因、伤害程度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、委托人和受托人的身份证件等相关证明文件。

被保险人经基本医疗保险或公费医疗报销后又通过其它途径获得了部分医疗费用的补偿并无法提供医疗费用原始凭证时，需提供住院医疗费用凭证复印件等相关证明并注明已给付的比例和金额，加盖支付费用单位的印章后保险人按本保险合同约定承担剩余合理医疗费用的保险责任。

争议处理和法律适用

第二十三条 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，提交保险单载明的仲裁机构仲裁；保险单未载明仲裁机构且争议发生后未达成仲裁协议的，依法向中华人民共和国境内（**不包括港澳台地区**）人民法院起诉。

第二十四条 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

第二十五条 投保人和保险人可以协商变更合同内容。

变更保险合同的，应当由保险人在保险单或者其他保险凭证上批注或附贴批单，或者投保人和保险人订立变更的书面协议。

第二十六条 保险责任开始前，投保人要求解除本合同的，保险人应当无息全额退还投保人已缴纳的保险费。

在本保险合同成立后，投保人可以书面形式通知保险人解除合同，但保险人已根据本保险合同约定给付保险金的除外。

投保人要求解除本保险合同，自保险人接到保险合同解除申请书之时起，本保险合同的效力终止。保险人收到上述证明文件和资料之日起三十日内退还保险单的现金价值（见释义）。

释义

第二十七条 本保险合同涉及下列术语时，适用下列释义：

（一）保险人：指与投保人签订本保险合同的三星财产保险（中国）有限公司及其各分支机构。

（二）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。

（三）燃气意外伤害事故：指因使用经燃气公司安装或同意安装的燃气及其所属设备引起的火灾、爆炸、燃气渗漏、燃气外泄等意外伤害事故。

（四）保险人认可的医疗机构：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部门评审确定的二级或二级以上的公立医院的普通部，但不包括观察室、特需医疗、国际医疗、联合病房、康复病房和干部病房以及附属于前述医院或单独作为诊所、康复、护理、疗养、戒酒、戒毒等或相类似的医疗机构及保险人不予承保的医院。

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。

注：保险人承保的医院名单和保险人不予承保的医院名单将在保险单中载明。保险人保留对医院名单变更的权利。对于变更后的医院名单，保险人将会在官方渠道（包括但不限于官网、官微）公示。

（五）必需且合理：指符合通常惯例、医学必需且合理。

1. 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。

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。

2. 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）非试验性或研究性的项目；
- （4）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。

3. 合理：指被保险人接受的针对意外伤害或疾病本身的医疗服务以及相关医疗费用，满足以下条件：

(1) 须由被保险人自行承担的、本合同保障范围内的费用；

(2) 药品的使用须符合国家药品监督管理部门批准的该药品说明书适应症，且每次药品处方剂量应符合《处方管理办法》（中华人民共和国卫生部令第 53 号）的相关规定；

(3) 药品及医疗器械的使用需符合中华人民共和国相关法律、法规要求并经过国家药品监督管理部门批准用于临床治疗（以使用时的批准结果为准）。

(六) 住院：是指被保险人因燃气意外伤害入住医疗机构之正式病房接受全日 24 小时监护治疗的过程，并正式办理入出院手续。但不包括下列情况：

1、被保险人在医疗机构的（门）急诊观察室、家庭病床（房）入住；

2、被保险人在特需病房、外宾病房或其它不属于社会医疗保险范畴的高等级病房入住；

3、被保险人入住康复科、康复病床或接受康复治疗；

4、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，或一天内住院不满二十四小时；但遵医嘱到外院接受临时治疗的除外；

5、被保险人住院体检；

6、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。

(七) 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。

(八) 医疗损害：指因医疗机构及其医务人员的故意或过失，而对就医患者造成身体上或精神上的损害结果。

(九) 保险单的现金价值：

保险期间为一年及以内的，计算方法为：净保费×[1-（保险单已经过天数/保险期间天数）]，经过天数不足一天的按一天计算。

保险期间为一年以上的，计算方法由投保人、保险人依据法律法规、人身保险精算规定确定，并在保险合同中载明；如保险合同未载明的，则计算方法为保险费×[1-（保险单已经过天数/保险期间天数）]，经过天数不足一天的按一天计算。

(十) 不可抗力：指不能预见、不能避免并不能克服的客观情况。

(十一) 保险金申请人：指被保险人、受益人，被保险人、受益人的继承人或其他依法享有保险金请求权的自然人。

(十二) 有效身份证件：指由政府主管部门规定的证明其身份的证件，如：居民身份证、按规定可使用的有效护照、军官证、警官证、士兵证等证件。

(十三) 保险人认可的机构：指有执业资格的医疗机构、公安机关、法院，其出具的包含死亡原因和时间的身故证明，须加盖有效的公章。