

农银祥瑞意外伤害保险 免除保险人责任条款说明

尊敬的客户：

由于您投保产品的保险条款中均含有我公司不能承担保险责任的情形，以下内容对此作出详细说明，未尽事宜以投保产品的保险条款为准，请您认真阅读并签字确认。

一、责任免除：

您投保的“农银祥瑞意外伤害保险”，因下列情形之一导致被保险人身故的，我们不承担给付保险金的责任：

- (1) 投保人对被保险人的故意杀害、故意伤害；
- (2) 被保险人故意犯罪或者抗拒依法采取的刑事强制措施；
- (3) 被保险人自杀，但被保险人自杀时为无民事行为能力人的除外；
- (4) 被保险人主动吸食或注射毒品；
- (5) 被保险人酒后驾驶、无合法有效驾驶证驾驶，或驾驶无有效行驶证的机动车；
- (6) 战争、军事冲突、暴乱或武装叛乱；
- (7) 核爆炸、核辐射或核污染；
- (8) 被保险人故意自伤；
- (9) 被保险人醉酒；
- (10) 被保险人因妊娠（含宫外孕）、流产、分娩（含剖宫产）导致的伤害；
- (11) 被保险人因医疗事故、药物过敏或精神疾患（依照世界卫生组织《疾病和有关健康问题的国际统计分类》（ICD-10）确定）导致的伤害；
- (12) 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不在此限；
- (13) 被保险人从事潜水、跳伞、攀岩、蹦极、驾驶滑翔机或滑翔伞、探险、摔跤、武术比赛、特技表演、赛马、赛车等高风险运动。

发生上述情形导致被保险人身故的，本主险合同终止，我们将按本主险合同所附《退费比例表》中所列比例退还您所支付的最近一期保险费。

二、保险事故通知：

请您或受益人在知道保险事故发生后 10 日内通知我们。

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，我们对无法确定的部分，不承担给付保险金的责任，但我们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我们确定保险事故的性质、原因、损失程度的除外。

三、投保人解除合同的手续及风险：

如您申请解除本主险合同，请填写保险合同变更申请书并向我们提供下列资料：

- (1) 保险合同；
- (2) 您的有效身份证件。

自我们收到保险合同变更申请书时起，本主险合同终止。我们自收到保险合同变更申请书之日起 30 日内按本主险合同所附《退费比例表》中所列比例退还您所支付的最近一期保险费。

您解除合同会遭受一定损失。

四、明确说明和如实告知：

订立本主险合同时，我们应向您说明本主险合同的内容。对保险条款中免除我们责任的条款，我们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者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。我们会就您和被保险人的有关情况提出询问，您应当如实告知。

如果您故意或因重大过失未履行如实告知义务，足以影响我们决定是否同意承保或者提高保险费率的，我们有权解除本主险合同。

如果您故意不履行如实告知义务，对于本主险合同解除前发生的保险事故，我们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，对于本主险合同解除前发生的保险事故，我们不承担给付保险金的责任，但退还保险费。

本条规定的合同解除权，自我们知道有解除事由之日起，超过 30 日不行使而消灭。

我们在本主险合同订立时已经知道您未如实告知的情况的，我们不得解除本主险合同；发生保险事故的，我们承担给付保险金的责任。

五、年龄错误：

您在申请投保时，应将与有效身份证件相符的被保险人的出生日期在投保单上填明，如果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险合同约定投保年龄限制的，在保险事故发生之前我们有权解除本主险合同，并按本主险合同所附《退费比例表》中所列比例退还您所支付的最近一期保险费。

六、职业确定与变更：

我们将按照事先公布的职业分类表确定被保险人的职业分类，您可以通过我们的服务场所工作人员查询到此表。被保险人变更其职业时，您或被保险人应于 10 日内以书面形式通知我们。被保险人所变更的职业依照职业分类其危险程度降低时，我们自接到通知之日起，按变更前后保险费差额退还未满期保险费；其危险程度增加时，我们自接到通知之日起，按变更前后保险费差额增收未满期保险费。但被保险人所变更的职业依照我们职业分类在本主险合同拒保范围内的，我们对该被保险人所承担的保险责任自接到通知之日起终止，并按约定退还未满期保险费。

被保险人的职业变更之后，依照职业分类表其危险程度增加而未依前项约定通知我们而发生保险事故的，我们按实收保险费与应收保险费的比例计算给付保险金。但被保险人职业变更之后在我们拒保范围内的，我们不承担给付保险金责任。

投保人声明

本人已经认真阅读并完全理解《免除保险人责任条款说明》内容，并亲笔签名确认。

投保单号： _____

投保人签名： _____

签署日期： 年 月 日