

泰康在线财产保险股份有限公司

附加轻症疾病保险条款

在本条款中，“您”指投保人，“我们”、“本公司”均指泰康在线财产保险股份有限公司。

① 您与我们的合同

- 1.1 合同构成** 本附加险保险合同（以下简称“本附加险合同”）须附加于重大疾病保险合同（以下简称“主险合同”）。
- 本附加险合同的保险条款、保险单或其他保险凭证、投保书、与本附加险合同有关的投保文件、**合法有效（见 7.1）**的声明、批注、批单、其他书面或电子协议都是您与我们之间订立的本附加险合同的组成部分。
- 1.2 合同成立及生效** 您提出保险申请、我们同意承保，本附加险合同成立。
- 本附加险合同自我们同意承保、收取首期保险费并签发电子保险单开始生效，具体生效日以电子保险单所载的日期为准。
- 本附加险合同作为主险合同的组成部分，主险合同效力终止，本附加险合同效力亦同时终止；主险合同无效，本附加险合同亦无效。
- 1.3 合同约定事项** 本附加险合同与主险合同相抵触之处，以本附加险合同为准。本附加险合同未约定事项，以主险合同为准。

② 我们保什么、保多久

- 2.1 投保条件** 除另有约定外，本附加险合同的投保人、被保险人、受益人均与主险合同一致。
- 2.2 等待期** 您为被保险人首次投保本附加险或非续保（见 7.2）本附加险时，自本附加险合同生效日起 **90 日（含第 90 日）** 为等待期。
- 在等待期内，被保险人经医院（见 7.3）初次确诊（见 7.4）非因意外伤害（见 7.5）导致罹患本附加险合同所定义的轻症疾病（无论一种或者多种），我们不承担给付保险金的责任，但向您无息退还所交保险费，同时本附加险合同终止。
- 您为被保险人续保本保险或被保险人因遭受意外伤害导致罹患本附加险合同所定义的轻症疾病的无等待期。
- 2.3 保险责任** 在本附加险合同保险期间内，被保险人因意外伤害或在等待期后因意外伤害以外的原因，经医院初次确诊罹患本附加险合同所定义的轻症疾病（无论一种或者多种），我们依照本附加险合同保险单载明的保险金额给付轻症疾病保险金，同时本附加险合同终止。
- 若申请轻症疾病保险金时被保险人所患疾病已符合主险合同约定的重大

疾病保险金给付条件，我们将按照主险合同约定的重大疾病保险金责任进行给付，不再承担给付轻症疾病保险金的责任。

本附加险合同定义的轻症疾病载明于本附加险合同“6.轻症疾病”定义。

- | | |
|----------|---|
| 2.4 保险金额 | 保险金额是我们承担给付保险金责任的最高限额。保险金额由您和我们协商确定，并在保险单中载明。 |
| 2.5 保险期间 | 除另有约定外，本附加险合同的保险期间与主险合同一致。 |
| 2.6 犹豫期 | 除另有约定外，本附加险合同的犹豫期与主险合同一致。 |

③ 我们不保什么

- | | |
|----------|----------------------------|
| 3.1 责任免除 | 主险合同约定的各项责任免除事项均适用于本附加险合同。 |
|----------|----------------------------|

④ 如何支付保险费

- | | |
|------------|---|
| 4.1 保险费的支付 | <p>本附加险合同的保险费按照被保险人的年龄、性别和保障计划确定。本附加险合同的保障计划由您和我们协商确定，并在保险单中载明。</p> <p>除另有约定外，本附加险合同的保险费支付方式与主险合同一致。</p> |
| 4.2 续保 | <p>本附加险合同保险期间届满前 30 日（含第 30 日）内，我们会询问您是否续保，您也可向我们提出继续投保本附加险的申请，我们接受您的申请后，不会因为被保险人的健康状况变化单独调整被保险人的保险费。</p> <p>若我们不再接受续保，我们会在本附加险合同保险期间届满之前通知您。</p> <p>若您选择了自动续保方式，每一保险期间届满之前，若我们未收到您停止继续投保本附加险合同的书面申请且符合我们的续保条件，我们按续保当时对应的保险费率以及上一年度保险费支付方式收取对应的保险费后本附加险合同延续有效。新续保的合同自本附加险合同期满日次日零时起生效，保险期间为一年。</p> <p>当发生下列情形之一的，本附加险合同不再接受续保：</p> <ul style="list-style-type: none">（1）续保时被保险人的年龄超过100周岁；（2）被保险人身故或发生过本附加险合同所约定的轻症疾病理赔（无论一种或者多种）；（3）本附加险合同在您申请续保时已因其他条款所列情况而导致效力终止；（4）您不如实告知、欺诈等不符合续保条件的情形。 <p>主险合同未续保，本附加险合同亦不可续保。</p> |

⑤ 如何退保

- | | |
|---------------------|--|
| 5.1 您解除合同的
手续及风险 | <p>如您申请解除本附加险合同，请填写解除合同申请书并向我们提供您的有效身份证件（见 7.6）。</p> <p>自我们收到解除合同申请书时起，本附加险合同终止。如您在犹豫期后解除合同，我们自收到解除合同申请书之日起 30 日内向您退还本附加险合</p> |
|---------------------|--|

同的未滿期淨保險費（見 7.7）。

如主險合同退保，本附加險合同須同時退保。

您在猶豫期後申請解除合同會遭受一定經濟損失。

⑥ 輕症疾病

6.1 輕症疾病

本附加險合同所保障的輕症疾病，是指被保險人在本附加險合同的有效期間內經醫院的專科醫生明確診斷初次罹患下列疾病或初次達到下列疾病狀態或在醫院初次接受下列手術。輕症疾病的名稱及定義如下：

（一）極早期的惡性腫瘤或惡性病變：指經組織病理學檢查被明確診斷為下列惡性病變，並且接受了相應的治療：

- （1）原位癌*；
- （2）相當於 Binet 分期方案 A 期程度的慢性淋巴細胞白血病；
- （3）相當於 Ann Arbor 分期方案 I 期程度的何杰金氏病；
- （4）皮膚癌（不包括惡性黑色素瘤及已發生轉移的皮膚癌）；
- （5）TNM 分期為 T₁N₀M₀ 期或更輕分期的前列腺癌。

*原位癌：指惡性細胞局限於上皮內尚未穿破基底膜浸潤周圍正常組織的癌細胞新生物。原位癌必須經對固定活組織的組織病理學檢查明確診斷。被保險人必須已經接受了針對原位癌病灶的積極治療。

（二）不典型急性心肌梗塞：指被臨床診斷為急性心肌梗塞並接受了急性心肌梗塞治療，但尚未達到重大疾病“急性心肌梗塞”的給付標準，且滿足下列全部條件：

- （1）肌鈣蛋白有診斷意義的升高；
- （2）心電圖有損傷性的 ST 段改變但未出現病理 Q 波。

（三）冠狀動脈介入手術：為了治療明顯的冠狀動脈狹窄性疾病，首次實際實施了冠狀動脈球囊擴張成形術、冠狀動脈支架植入術、冠狀動脈粥狀斑塊切除術或激光冠狀動脈成形術。

（四）心臟瓣膜介入手術：為了治療心臟瓣膜疾病，實際實施了非開胸的經胸壁打孔內鏡手術或經皮經導管介入手術進行的心臟瓣膜置換或修復手術。

（五）主動脈內手術：為了治療主動脈疾病實際實施了經皮經導管進行的主動脈內手術。

主動脈指胸主動脈和腹主動脈，不包括胸主動脈和腹主動脈的分支血管。

（六）輕度中風後遺症：指實際發生了腦血管的突發病變出現神經系統功能障礙表現，頭顱斷層掃描（CT）、核磁共振（MRI）等影像學檢查證實存在對應病灶，確診為腦出血、腦栓塞或脑梗塞，在確診 180 天后仍然遺留一肢或一肢以上肢體肌力 III 級或 III 級以下的運動功能障礙，但尚未達到重大疾病“腦中風後遺症”的給付標準。

（七）重度頭部外傷：指因頭部遭受機械性外力傷害，引起腦重要部位損傷，並且由頭顱斷層掃描（CT）、核磁共振檢查（MRI）或正電子發射斷層掃描（PET）等影像學檢查證實腦損傷 180 天后仍然遺留一肢體

肌力 IV 级或 IV 级以下的运动功能障碍，但未达到重大疾病“严重脑损伤”的给付标准。

（八）轻型再生障碍性贫血：指因骨髓造血功能慢性持续性衰竭导致的贫血、中性粒细胞减少及血小板减少。未达到重大疾病“重型再生障碍性贫血”的给付标准，且须满足下列全部条件：

（1）骨髓穿刺检查或骨髓活检结果支持诊断；

（2）外周血象须具备以下三项条件中的二项：

①中性粒细胞绝对值 $\leq 0.5 \times 10^9/L$ ；

②网织红细胞 $< 1\%$ ；

③血小板绝对值 $\leq 20 \times 10^9/L$ 。

（九）丝虫感染所致早期象皮病：指因丝虫感染导致淋巴阻塞性出现严重淋巴水肿，达到国际淋巴学会淋巴肿分期第 II 期，临床表现为肢体象皮肿，夜间卧床休息后不能消退，患肢较健肢增粗 20%以上，但未达到重大疾病“丝虫感染所致严重象皮病”的给付标准。

（十）胆道重建手术：指被保险人因疾病或创伤造成胆总管阻塞，实际实施了胆总管与小肠（空肠或十二指肠）吻合的手术。

先天性胆道闭锁不在本保障范围内。

（十一）急性坏死性胰腺炎腹腔镜手术：指被保险人被确诊为急性坏死性胰腺炎，并实际接受了腹腔镜手术治疗，以进行坏死组织清除、坏死病灶切除或胰腺切除。

因酗酒或饮酒过量所致的急性坏死性胰腺炎不在本保障范围内。

（十二）视力严重损害：指因疾病或意外伤害导致双目视力永久不可逆（见 7.8）性丧失，未达到重大疾病“双目失明”的给付标准，且须满足下列条件之一：

（1）双眼中较好眼矫正视力低于 0.1（采用国际标准视力表，如果使用其他视力表应进行换算）；

（2）双眼中较好眼视野半径小于 20 度。

保险事故发生时被保险人年龄必须在三周岁以上，并且提供理赔当时的视力丧失诊断及检查证据。

理赔后角膜移植手术保障同时终止。

（十三）较小面积Ⅲ度烧伤：指烧伤程度为Ⅲ度，且Ⅲ度烧伤面积达到全身体表面积的 10%或 10%以上，但未达到重大疾病“严重Ⅲ度烧伤”的给付标准。体表面积根据《中国新九分法》计算。

（十四）单个肢体缺失：指因疾病或意外伤害导致一肢体自腕关节或踝关节近端（靠近躯干端）以上完全性断离，但未达到重大疾病“多个肢体缺失”的给付标准。

（十五）原发性肺动脉高压：指不明原因的肺动脉压力持续性增高，进行性发展而导致的慢性疾病，已经造成永久不可逆性的体力活动能力受限，达到美国纽约心脏病学会心功能状态分级 III 级，且静息状态下肺动脉平均压超过 30mmHg，但未达到重大疾病“严重原发性肺动脉高压”的标准。

继发性肺动脉高压不在本保障范围内。

（十六）原发性心肌病心功能损害：指被保险人因原发性心肌病导致慢性心功能损害造成永久不可逆性的心功能衰竭。心功能衰竭程度达到纽约心脏病学会的心功能分级标准之心功能 III 级。被保险人永久不可逆性的体力活动能力受限，不能从事体力活动，**但未达到重大疾病“严重心肌病”的给付标准。**

（十七）植入心脏起搏器：指因心脏疾病导致慢性的无法通过药物治疗控制的严重心律失常，且被保险人实际植入了永久性心脏起搏器。

安装临时心脏起搏器不在本保障范围内。

（十八）结核性脊髓炎：指因结核杆菌引起的脊髓炎，导致永久不可逆的神经系统功能障碍。疾病初次确诊 180 天后，虽未达到重大疾病“严重结核性脊髓炎”的给付标准，但遗留下列一种或一种以上障碍：

- （1）一肢或一肢以上肢体肌力 III 级或 III 级以下的运动功能障碍；
- （2）自主生活能力部分丧失，无法独立完成六项基本日常生活活动中的两项或两项以上。

该诊断必须由医院的神经专科医生证实，并必须经医学检查证明为结核性脊髓炎。

（十九）中度昏迷：指因疾病或意外伤害导致意识丧失，对外界刺激和体内需求均无反应，昏迷程度按照格拉斯哥昏迷分级（Glasgow coma scale）结果为 5 分或 5 分以下，且已经持续使用呼吸机及其它生命维持系统 48 小时以上，**但未达到重大疾病“深度昏迷”的给付标准。**

因酗酒或药物滥用导致的深度昏迷不在本保障范围内。

（二十）轻度脑炎或脑膜炎后遗症：指因患脑炎或脑膜炎接受了住院治疗，未达到重大疾病“脑炎后遗症或脑膜炎后遗症”的给付标准，并且满足下列条件之一：

- （1）脑积水，实际接受了脑脊液分流手术治疗；
- （2）在疾病确诊 180 天后，仍残留一肢体肌力 IV 级或 IV 级以下的运动功能障碍。

（二十一）脑垂体肿瘤、脑囊肿、脑动脉瘤及脑血管瘤：指经头颅断层扫描（CT）、核磁共振（MRI）或其他影像学检查被确诊为下列病变，并实际接受了手术或放射治疗。

- （1）脑垂体瘤；
- （2）脑囊肿；
- （3）脑动脉瘤、脑血管瘤。

（二十二）坏死性筋膜炎组织肌肉切除术：是一种由细菌侵入皮下组织和筋膜引起的急性坏死性软组织感染，可伴有毒血症、败血症、中毒性休克、弥漫性血管内凝血及多器官衰竭。**未达到重大疾病“重症急性坏死性筋膜炎截肢”的给付标准，且必须满足以下所有条件：**

- （1）细菌培养和临床表现符合坏死性筋膜炎诊断标准；
- （2）病情迅速恶化，有脓毒血症表现；
- （3）出现广泛肌肉及软组织坏死，实际接受了坏死组织、筋膜及肌

肉的切除手术。

（二十三）运动神经元病：是一组中枢神经系统运动神经元的进行性变性疾病，包括进行性脊肌萎缩症、进行性延髓麻痹症、原发性侧索硬化症、肌萎缩性侧索硬化症。被保险人被明确诊断为运动神经元病，未达到重大疾病“严重运动神经元病”的给付标准，且必须满足下列至少三项条件：

- （1）特征性肌电图改变；
- （2）肌肉活检显示神经源性束性肌萎缩；
- （3）进行性肌肉萎缩伴肌束颤动和一支或一支以上肢体肌力减退；
- （4）进行性延髓（球）麻痹症状。

（二十四）肝硬化失代偿早期：指因慢性肝脏疾病引起肝硬化导致肝功能衰竭，须满足下列全部条件：

- （1）持续性黄疸，胆红素 $>2\text{mg}\%$ ；
- （2）白蛋白 $<3\text{g}\%$ ；
- （3）凝血酶原时间延长 >4 秒；
- （4）持续 180 天。

因酗酒或药物滥用导致的肝功能衰竭不在本保障范围内。

（二十五）人工耳蜗植入术：指因疾病或意外伤害导致严重听力障碍，助听器及其他助听装置不能改善听力，已经实际接受了人工耳蜗植入手术。

（二十六）一侧肺切除：指因疾病或意外伤害导致肺部严重损害，已经实际接受了左侧全肺切除手术或右侧全肺切除手术。

下列情况不在保障范围内：

- （1）肺叶切除、肺段切除手术；
- （2）因恶性肿瘤进行的肺切除手术；
- （3）肺移植接受者肺切除；
- （4）作为器官捐献者而实施的肺切除手术。

（二十七）中度听力受损：指因疾病或意外伤害导致一耳听力永久不可逆性丧失，在 500 赫兹、1000 赫兹和 2000 赫兹语音频率下，平均听阈大于 90 分贝，且经纯音听力测试、声导抗检测或听觉诱发电位检测等证实，但未达到重大疾病“双耳失聪”的给付标准。

保险事故发生时被保险人年龄必须在三周岁以上，并且提供理赔当时的听力丧失诊断及检查证据。

（二十八）多发性硬化症：多发性硬化为中枢神经系统白质多灶性脱髓鞘病变，病变有时累及灰质。多发性硬化症必须明确诊断，未达到重大疾病“严重多发性硬化”的给付标准，且满足下列全部条件：

- （1）计算机断层扫描（CT）、核磁共振检查（MRI）或正电子发射断层扫描（PET）等影像学检查证实存在中枢神经系统白质内多发病灶；
- （2）完整的医疗记录证实被保险人的疾病呈缓解复发和进展加重病程；

(3) 存在持续 180 天以上的永久不可逆的神经系统功能损害。

(二十九) 颈动脉内膜切除术:指因颈动脉狭窄性疾病,被保险人实际接受了直视颈动脉内膜剥脱术或颈动脉内膜切除术。

颈动脉包括颈总动脉、颈内动脉和颈外动脉。

经导管颈动脉内手术不在本保障范围内。

(三十) 糖尿病导致单足截除:因糖尿病引起的神经及血管病变累及足部,为了维持生命在本公司认可医院内已经进行了医疗必须的由足踝或以上位置的单足截除手术。

(三十一) 脊髓灰质炎轻度后遗症:脊髓灰质炎是由于脊髓灰质炎病毒感染所致的瘫痪性疾病,临床表现为运动功能损害或呼吸无力。脊髓灰质炎必须明确诊断,并且造成被保险人任何肢体任何程度的永久不可逆性瘫痪,未达到重大疾病“脊髓灰质炎后遗症”的给付标准。

(三十二) 轻度颅脑手术或颅内血肿清除术:指因外伤性急性硬膜下血肿、硬膜外血肿或脑内血肿,被保险人实际接受了颅骨打孔手术血肿清除手术治疗。

微创颅内血肿穿刺针治疗,脑血管意外所致脑出血血肿清除术不在本保障范围内。

(三十三) 严重登革热:登革热是由登革热病毒引起的急性传染病,为一种自限性疾病,通常预后良好。本保单仅对严重的登革热给予保障,被保险人的登革热必须满足下列所有条件:

(1) 根据《登革热诊疗指南(2014 版)》诊断的确诊病例;

(2) 出现下列一种或多种严重登革热的临床表现:

①血浆渗漏致休克或胸腔积液伴呼吸困难;

②严重出血:消化道出血、阴道大出血、颅内出血、肉眼血尿或皮下血肿(不包括皮下出血点);

③严重器官损害或衰竭:肝脏损伤(ALT 或 AST>1000IU/L)、ARDS(急性呼吸窘迫综合征、急性心功能衰竭、急性肾功能衰竭、脑病)。

(三十四) 双侧卵巢或睾丸切除术:指为治疗疾病实际接受了双侧卵巢或睾丸完全切除手术。部分卵巢或睾丸切除不在本保障范围内。

(三十五) 角膜移植:指因角膜病变或意外伤害导致视力丧失或视力严重损害,被保险人实际接受了同种(人类)异体角膜移植手术以恢复视力。

角膜移植手术包括全层角膜移植术、板层角膜移植术和角膜内皮移植术。

单纯角膜细胞移植,自体角膜缘细胞移植,非同种来源角膜或人工角膜的移植不在本保障范围内。

(三十六) 感染性心内膜炎:指因细菌或其他致病菌感染造成心脏内膜感染,并且累及心脏瓣膜,导致心脏瓣膜关闭不全。未达到重大疾病“严重感染性心内膜炎”的给付标准,且必须满足下列所有条件:

(1) 急性或亚急性感染性心内膜炎临床表现;

(2) 血培养病原体阳性;

(3) 实际接受了经导管瓣膜修补手术。

药物滥用者所患感染性心内膜炎不在保障范围内。

(三十七) 特定周围动脉狭窄的血管介入治疗：指为治疗特定周围动脉的狭窄而实际实施的血管成型术、支架植入术或动脉粥样硬化斑块清除手术。诊断及治疗均须在本公司认可的医院内由专科医生认为是医疗必须进行的情况下进行，并须经血管造影术证实接受介入治疗的动脉有 50% 或以上的狭窄。特定周围动脉指肾动脉、肠系膜动脉和为下肢或上肢供血的动脉。

(三十八) 早期脑退化症（包括早期阿尔茨海默病）：指脑的器质性疾病造成脑功能衰竭导致永久不可逆性的痴呆，临床表现为明显的认知能力障碍。该疾病必须经本公司认可医院中三级医院的专科医生明确诊断并已经持续治疗了 180 天，且满足以下全部条件，**但未达到重大疾病“严重阿尔茨海默病”或“非阿尔茨海默病所致严重痴呆”的标准：**

(1) 治疗前后两次简易智能量表（MMSE）评分均不超过 19 分（总分 30 分）；

(2) 存在自主生活能力部分丧失，无法独立完成六项基本日常生活中的二项。

神经官能症、精神疾病及酒精中毒所致脑损害不在本保障范围内。

(三十九) 意外受伤所需的面部重建手术：指意外伤害造成面容损毁，被保险人实际接受了对严重缺失、缺陷、损害及变形的面部形态和结构进行修复或重建的面部整形手术。必须满足下列所有条件：

(1) 导致面容损毁的意外伤害发生在保单有效期内；

(2) 完整医疗文件证明：

a. 突发外在暴力造成面部开放性创口和骨结构损害，或 III 度皮肤烧伤；

b. 意外伤害是导致面容损毁的直接和唯一原因；

(3) 面部整形手术必须：

a. 在全麻条件下进行；

b. 在卫生部批准的正规整形医院实施。

因其他原因的整形手术，美容手术不在保障范围内。

(四十) 慢性肾功能衰竭早期尿毒症：指被保险人因双肾功能慢性不可逆性损害，达到肾功能衰竭期，**未达到重大疾病“终末期肾病（或称慢性肾功能衰竭尿毒症期）”的给付标准，且必须满足下列所有条件。**

(1) 肾小球滤过率（GFR） < 25ml/min 或肌酐清除率（Ccr） < 25ml/min；

(2) 血肌酐（Scr） > 5mg/dl 或 > 442umol/L；

(3) 持续 180 天。

(四十一) 系统性红斑狼疮性肾炎：系统性红斑狼疮是由多种因素引起，累及多系统的自身免疫性疾病。其特点是生成自身抗体对抗多种自身抗原。多见于育龄妇女。

必须根据“系统性红斑狼疮诊断标准”明确诊断，并且已经造成肾脏损害，但未达到重大疾病“严重系统性红斑狼疮性肾炎”的给付标准。

临床证据显示被保险人存在持续 180 天以上的满足下列所有条件的肾脏损害：

- (1) 血尿、蛋白尿；
- (2) 高血压
- (3) 血肌酐 (Scr) >1.5mg/dl 或>133umol/L；

其他类型的红斑性狼疮，如盘状狼疮、仅累及血液及关节的狼疮不在本保单保障范围内。

(四十二) 一侧肾切除：指因疾病或意外伤害导致肾脏严重损害，已经实际接受了左侧全肾切除手术或右侧全肾切除手术。

下列情况不在保障范围内：

- (1) 部分肾切除手术；
- (2) 因恶性肿瘤进行的肾切除手术；
- (3) 肾移植接受者肾切除；
- (4) 作为器官捐献者而实施的肾切除手术。

(四十三) 半肝切除：指因疾病或意外伤害导致肝脏严重损害，已经实际接受了左肝切除手术或右肝切除手术。

下列情况不在保障范围内：

- (1) 肝区切除、肝段切除手术；
- (2) 因恶性肿瘤进行的肝切除手术；
- (3) 肝移植接受者肝切除；
- (4) 作为器官捐献者而实施的肝切除手术。

(四十四) 急性重型肝炎人工肝治疗：指被保险人被明确诊断为急性重型肝炎，并且依照适应症实际接受了人工肝支持系统 (ALSS) 治疗。

ALSS 又称体外肝脏支持装置，为借助体外机械、化学或生物性装置，暂时不发替代肝脏功能，协助治疗肝脏功能不全或相关疾病的方法。

慢性重型肝炎 ALSS 治疗不在保障范围内。

(四十五) 中度肌营养不良症：肌营养不良症是一组遗传性肌肉变性性病变，临床特征为与神经系统无关的肌肉无力和肌肉萎缩。须满足自主生活能力完全丧失，无法独立完成六项基本日常生活活动中的二项或二项以上，但并未达到重大疾病中“严重肌营养不良症”的给付标准。

(四十六) 中度进行性核上性麻痹：进行性核上性麻痹是中枢神经系统变性性疾病，临床表现为眼球运动障碍、假性球麻痹、帕金森综合征等。被保险人自主生活能力完全丧失，无法独立完成六项基本日常生活活动中的二项或二项以上，日常生活必须持续受到他人监护，但并未达到重大疾病中“进行性核上性麻痹”的给付标准。

(四十七) 中度肌无力：指一种神经与肌肉接头部位传递障碍的自身免疫性疾病，表现为局部或全身骨骼肌（特别是眼外肌）极易疲劳，须经专科医生明确诊断，并满足下列全部条件：

(1)经药物治疗或胸腺手术治疗一年以上无法控制病情，症状缓解、复发及恶化交替出现；

(2)自主生活能力严重丧失，无法独立完成六项基本日常生活活动中的两项；

(3)未达到重大疾病中“严重重症肌无力”的给付标准。

(四十八) 糖尿病视网膜晚期增生性病变：指因糖尿病而并发视网膜增生性病变，且满足下列全部条件：

(1) 确诊糖尿病视网膜病变时已患有糖尿病；

(2) 确诊时双眼中较好眼矫正视力低于 0.3（采用国际标准视力表，如果使用其他视力表应进行换算）；

(3) 已实际接受了激光治疗等以改善视力障碍；

(4) 糖尿病视网膜病变的诊断、视力障碍的程度及治疗的医疗之必要性必须由医院的眼科专科医生确定。

(四十九) 植入心脏除颤器：因严重心律失常而确实已经实施植入永久性心脏除颤器的手术。理赔时须提供完整病历资料及手术记录，诊断及治疗均须专科医生认为是医疗必须进行的情况下进行。

(五十) 中度帕金森病：是一种中枢神经系统的退行性疾病，临床表现为震颤麻痹、共济失调等。必须满足下列全部条件：

(1) 药物治疗无法控制病情；

(2) 自主生活能力完全丧失，无法独立完成六项基本日常生活活动中的两项。

(3) 未达到重大疾病中“严重帕金森病”的给付标准。

继发性帕金森综合症不在保障范围内。

7 释义

7.1 合法有效	本附加险合同所指合法有效均以中华人民共和国法律、法规、行政法规、地方性法规、行政规章及有关规范性法律文件的规定为判定依据。
7.2 续保	指投保人为被保险人不间断投保同一险种，且续保保单的生效日为原保单到期日的次日。
7.3 医院	指国家卫生部医院等级分类中的二级或二级以上公立医院，但前述医院并不包括单独作为诊所、康复、护理、疗养、戒酒、戒毒等或相类似的医疗机构。同时该医院必须具有符合有关医院管理规定设置标准的医疗设备，并且全日 24 小时有合格医师及护士驻院提供医疗和护理等服务。
7.4 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，而不是指自本附加险合同生效之后第一次经医院确诊患有某种疾病。
7.5 意外伤害	指遭受外来的、突发的、非本意的、非疾病的使身体受到伤害的客观事件。
7.6 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。
7.7 未到期净保险费	指本合同所具有的价值，通常体现为解除合同时，根据精算原理计算的，由我们退还的那部分金额。

犹豫期内退保的，未到期净保险费=保险费

犹豫期后退保的，若保险费为一次性支付的：

未到期净保险费=保险费 $\times$ [1-(保险单已经过天数/保险期间天数)] $\times$
(1-20%)

若保险费为分月支付的：

未到期净保险费=当月保险费 $\times$ [1-(当月已经过天数/当月总天数)] $\times$
(1-20%)

经过天数不足一天的按一天计算。若本附加险合同已发生保险金给付，未到期净保险费为零。

7.8 永久不可逆

指自疾病确诊或意外伤害发生之日起，经过积极治疗 180 天后，仍无法通过现有医疗手段恢复。