太平财产保险有限公司

住院医疗费用保险条款（2020-A版）

注册编号：C00002632512020030709382

总则

第一条 本保险合同由保险条款、投保单、保险单或其他保险凭证、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 凡投保时年龄在**0周岁（见释义1）**（投保时被保险人为0周岁的，应当为出生满30日且已健康出院的婴儿）至65周岁（续保最高年龄为100周岁），身体健康、能正常工作、生活的自然人可作为本保险合同的被保险人。

第三条 具有完全民事行为能力的被保险人本人、对被保险人具有保险利益的其他自然人可作为本保险合同的投保人。

第四条 除另有约定外，本合同的各项保险金受益人均为被保险人本人。

第五条 本合同约定的保险区域为中国大陆境内（不包含香港、澳门和台湾）,保险人仅对被保险人在约定保险区域内发生的保险事故承担保险责任。

保险责任

第六条 本合同的保险责任包括“一般医疗保险金”、“重大疾病医疗保险金”、“质子重离子医疗保险金”和“重大疾病异地转诊公共交通费用保险金”。

（一）一般医疗保险金

在保险期间内，被保险人因遭受**意外伤害（见释义2）**事故或在**等待期（见释义3）**后因患疾病，在本合同约定的**医院（见释义4）**接受治疗产生如下医疗费用的，保险人依照下列约定在一般医疗保险金赔付限额内给付保险金：

1.住院医疗费用

被保险人经医院诊断必须接受**住院（见释义5）**治疗的，对于住院期间发生的**必需且合理（见释义6）**的**住院医疗费用（见释义7），保险人按照本保险合同的约定，在一般医疗保险金额内给付住院医疗保险金。**

本保险合同到期日前发生的并延续至本保险合同到期日后30日内（含第30日）的一般住院治疗，对此期间发生的必需且合理的住院医疗费用，**保险人按照本保险合同的约定，在一般医疗保险金额内给付住院医疗保险金。**

2.特殊门诊医疗费用

被保险人在**医院**接受特殊门诊治疗期间发生的以下必需且合理的特殊门诊医疗费用，**保险人按照本保险合同的约定，在一般医疗保险金额内给付特殊门诊医疗保险金：**

（1）门诊肾透析费；

（2）门诊恶性肿瘤治疗费，包括化学疗法（见释义8）、放射疗法（见释义9）、肿瘤免疫疗法（见释义10）、肿瘤内分泌疗法（见释义11）、肿瘤靶向疗法（见释义12）的治疗费用；

（3）器官移植后的门诊抗排异治疗费；

3.门诊手术医疗费用

被保险人在医院接受门诊手术治疗期间发生的必需且合理的门诊手术费用，**保险人按照本保险合同的约定，在一般医疗保险金额内给付门诊手术医疗费用。**

4.住院前后门诊急诊费用

被保险人在住院前30日（含住院当日）和出院后30日（含出院当日）内，因与该次住院相同原因而接受门急诊治疗发生的必需且合理的门诊急诊医疗费**（不包括特殊门诊医疗费用、门诊手术费用），保险人按照本保险合同的约定，在一般医疗保险金额内给付住院前后门诊急诊保险金。**

保险人对于以上四类费用的累计赔偿金额之和以本合同约定的一般医疗保险金的保险金额为限，一次或累计赔偿金额达到保险单载明的一般医疗保险金额时，保险人对于被保险人在一般医疗保险金项下的保险责任终止。

（二）重大疾病医疗保险金

在保险期间内，被保险人因意外伤害或等待期后因意外伤害之外的其他原因，经医院**专科医生（见释义13）初次确诊（见释义14）**罹患本合同所定义的**重大疾病（见释义15）**（无论一种或者多种），并在医院接受治疗的，**保险人首先按照本条第（一）款的约定给付一般医疗保险金；当保险人累计给付金额达到一般医疗保险金的保险金额后，保险人将按照以下约定给付重大疾病医疗保险金：**

1.重大疾病住院医疗费用

被保险人因罹患重大疾病经医院诊断必须住院治疗的，对于住院期间发生的必需且合理的**重大疾病住院医疗费用（见释义16），保险人按照本保险合同的约定，在重大疾病医疗保险金额内给付重大疾病住院医疗保险金。**

本保险合同到期日前发生的并延续至本保险合同到期日后30日内（含第30日）的重大疾病住院治疗，对此期间发生的必需且合理的重大疾病住院医疗费用，**保险人仍将按照本保险合同的约定，在重大疾病医疗保险金额内给付重大疾病住院医疗保险金。**

2．重大疾病特殊门诊医疗费用

被保险人因罹患重大疾病在医院接受特殊门诊治疗期间发生的以下必需且合理的重大疾病特殊门诊医疗费用，**保险人按照本保险合同的约定，在重大疾病医疗保险金额内给付重大疾病特殊门诊医疗保险金：**

（1）门诊肾透析费；

（2）门诊恶性肿瘤治疗费，包括化学疗法、放射疗法、肿瘤免疫疗法、肿瘤内分泌疗法、肿瘤靶向疗法的治疗费用；

（3）器官移植后的门诊抗排异治疗费。

3.重大疾病门诊手术医疗费用

被保险人因罹患重大疾病在医院接受门诊手术治疗期间发生的必需且合理的重大疾病门诊手术费用，**保险人按照本保险合同的约定，在重大疾病医疗保险金额内给付重大疾病门诊手术医疗费用。**

4.重大疾病住院前后门诊急诊费用

被保险人在住院治疗前30日（含住院当日）和出院后30日（含出院当日）内，因与该次住院相同原因而接受重大疾病门诊急诊治疗发生的必需且合理的医疗费用**（不包括重大疾病特殊门诊医疗费用、重大疾病门诊手术医疗费用），保险人按照本保险合同的约定，在重大疾病医疗保险金额内给付重大疾病住院前后门诊急诊保险金。**

保险人对于以上四类费用的累计赔偿金额之和以本合同约定的重大疾病医疗保险金的保险金额为限，一次或累计赔偿的金额达到本项重大疾病医疗保险金额时，保险人对于被保险人在重大疾病医疗保险金项下的保险责任终止。

（三）质子重离子医疗保险金

在保险期间内，被保险人在等待期后经医院或指定医疗机构确诊初次（续保的或者本合同另有约定的不在此限）罹患本合同所定义的恶性肿瘤，并在保险人认可的指定医疗机构接受质子重离子治疗，则保险人对于被保险人需个人支付的、必需且合理的**质子重离子医疗费用（见释义17）**，依照约定的给付比例进行赔

付。**保险人在本项下累计给付金额以本合同约定的质子重离子医疗保险金的保险金额为限，当保险人在本项下的累计给付金额达到本项保险金额时，保险人对被保险人在本项下的保险责任终止。**

本合同中所指的指定医疗机构由投保人与保险人在订立本合同时确定，并在本合同中载明。

以上“（一）一般医疗保险金”、“（二）重大疾病医疗保险金”和“（三）质子重离子医疗保险金”保险责任不包含本合同约定的医院或指定医疗机构内的医生开具的当前治疗必需的药品处方中所列无法在本合同约定的医院或指定医疗机构内获得的药品或者其他任何在本合同约定的医院或指定医疗机构内无法获得的医用材料或者任何其他医疗项目。

（四）重大疾病异地转诊公共交通费用保险金

在保险期间内，被保险人因意外伤害或等待期后因意外伤害之外的其他原因，经医院专科医生初次确诊罹患本合同所定义的重大疾病（无论一种或者多种），因病情需要跨省或自治区或直辖市（仅限中国大陆境内，不包括境外及港、澳、台地区）住院治疗，经被保险人申请，由转出医院开具转院证明，保险人对被保险人发生的合理且必要的因异地转诊产生的**客运公共交通（见释义18）**及救护车费用在本合同约定的保险金额内给付保险金。

被保险人飞机舱位级别最高以经济舱（包含超级经济舱）为限，火车（含地铁、轻轨、动车、其他高速列车）以软卧或一等座为限。

（五）免赔额

免赔额的具体金额以及相关适用情况由投保人与保险人在订立本合同时协商确定，并在本合同中载明。

本合同中所指免赔额均指年免赔额，指在本合同保险期间内，应由被保险人自行承担，本合同不予赔付的部分。被保险人从其他途径已获得的医疗费用补偿可用于抵扣免赔额，但通过基本医疗保险（见释义19）、公费医疗保险及政府救助获得的补偿，不可用于抵扣免赔额。

（六）补偿原则和赔付标准

本合同适用医疗费用补偿原则。若被保险人已从其他途径（包括基本医疗保险、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余额按照本合同的约定进行赔付。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。

以上“（一）一般医疗保险金”、“（二）重大疾病医疗保险金”和“（三）质子重离子医疗保险金”由投保人和保险人按照以下情况分别约定赔付比例，并在保险单中载明：

1、一般医疗保险金及重大疾病医疗保险金：

（1）若被保险人以参加基本医疗保险身份投保，并以基本医疗保险身份就诊并结算，赔付比例为100%。

（2）若被保险人以参加基本医疗保险身份投保，但未以基本医疗保险身份就诊并结算，赔付比例为60%。若同时符合以下三个要件，赔付比例调整为80%：(a)跨省或自治区或直辖市（仅限中国大陆境内，不包括境外及港、澳、台地区）异地就医；(b)异地就医的医院无法使用被保险人参保所在地的基本医

疗保险结算；(c)被保险人已向参保所在地的医保经办机构申请报销，但参保地医保经办机构无法给予基本医疗保险报销。

（3）若被保险人未以参加基本医疗保险身份投保，赔付比例为100%。

2、质子重离子医疗保险金：

赔付比例为100%。

责任免除

第七条 因下列情形之一造成被保险人医疗费用支出的，保险人不承担给付保险金的责任：

（一）既往症（见释义20），或被保险人在投保前或在等待期内罹患的疾病；

（二）遗传性疾病（见释义21），先天性畸形、变形或染色体异常（见释义22）（以世界卫生组织颁布的《疾病和有关健康问题的国际统计分类（ICD - 10）》为准,但涉及重大疾病病种释义中约定的情况除外）；

（三）疗养、视力矫正手术、各种健康体检项目及预防性医疗项目、牙科保健及牙科治疗、康复治疗、非意外事故所致整容手术；

（四）皮肤色素沉着、痤疮治疗、红斑痤疮治疗；雀斑、老年斑、痣的治疗和去除；对浅表静脉曲张、蜘蛛脉、除瘢痕疙瘩型外的其它瘢痕、纹身去除、皮肤变色的治疗或手术；激光美容、除皱、除眼袋、开双眼皮、治疗斑秃、白发、秃发、脱发、植毛、脱毛、隆鼻、隆胸；

（五）各种矫形及生理缺陷的手术和检查治疗项目，包括但不限于平足及各种非功能性整容、矫形手术费用；

（六）各种健美治疗项目，包括但不限于营养、减肥、增胖、增高费用；

（七）不孕不育治疗、人工受精、怀孕、分娩（含难产）、流产、堕胎、节育（含绝育）、产前产后检查以及由以上原因引起的并发症；

（八）包皮环切术、包皮剥离术、包皮气囊扩张术、性功能障碍治疗；

（九）除心脏瓣膜、人工晶体、人工关节之外的其他人工器官材料费、安装和置换等费用、各种康复治疗器械、假体、义肢、自用的按摩保健和治疗用品、所有非处方医疗器械；

（十）耐用医疗设备（指各种康复设备、矫形支具以及其他耐用医疗设备）的购买或租赁费用；

（十一）未经医生处方自行购买的药品或在非合同约定的医院或指定医疗机构药房或指定药房购买的药品、滋补类中草药及其泡制的各类酒制剂、医生开具的超过30天部分的药品费用；

（十二）各种医疗咨询和健康预测，如健康咨询、睡眠咨询、性咨询、心理咨询（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）确定的精神和行为障碍以外的一般心理问题，如职场问题、家庭问题、婚恋问题、个人发展、情绪管理等）等费用；

（十三）投保人对被保险人的故意杀害、故意伤害；

（十四）被保险人故意自伤、故意犯罪或抗拒依法采取的刑事强制措施；

（十五）被保险人殴斗、醉酒（见释义23），主动吸食或注射毒品（见释义24）；

（十六）被保险人酒后驾驶（见释义25）、无合法有效驾驶证（见释义26）驾驶或驾驶无有效行驶证照（见释义27）的机动车（见释义28）导致交通意外引起的医疗费用；

（十七）从事潜水、跳伞、攀岩、蹦极、驾驶滑翔机或滑翔伞、探险、武术比赛、摔跤比赛、特技表演、赛马、赛车等高风险运动（见释义29）导致的伤害引起的治疗；

（十八）由于职业病（见释义30）、医疗事故（见释义31）引起的医疗费用；

（十九）核爆炸、核辐射或核污染、化学污染；恐怖袭击、战争、军事冲突、暴乱或武装叛乱；

（二十）不符合入院标准、挂床住院或住院病人应当出院而拒不出院（从合同约定的医院或指定医疗机构确定出院之日起发生的一切医疗费用）；

（二十一）被保险人接受实验性治疗，即未经科学或医学认可的医疗；

（二十二）未被治疗所在地权威部门批准的治疗，未获得治疗所在地政府许可或批准的药品或药物；

（二十三）各类医疗鉴定，包括但不限于医疗事故鉴定、精神病鉴定、孕妇胎儿性别鉴定、验伤鉴定、亲子鉴定、遗传基因鉴定费用；

（二十四）被保险人存在精神和行为障碍（以世界卫生组织颁布的《疾病和有关健康问题的国际统计分类（ICD-10）》为准）；

（二十五）被保险人非因职业原因或器官移植原因感染艾滋病病毒或患艾滋病（见释义32）引起的治疗（但涉及重大疾病病种释义中第八十八条、第八十九条、第九十条约定的情况除外）；

（二十六）被保险人患性病引起的医疗费用。

保险金额

第八条 保险金额是保险人承担赔偿或者给付保险金责任的最高限额。年度累计保险金额是保险人在保单年度内承担赔偿或者给付保险金责任的累计最高限额。

本保险合同的保险金额包括一般医疗保险金额、重大疾病医疗保险金额、质子重离子医疗保险金额和重大疾病异地转诊公共交通费用保险金额。**以上每项责任的保险金额和年度累计保险金额由投保人与保险人协商确定，并在保险单中载明。**

保险期间

第九条 本合同为非保证续保合同。产品保险期间为一年（或不超过一年）。保险期间届满，投保人需要重新向保险公司申请投保本产品，交纳保险费，并获得新的保险合同。

保险费率调整

第十条 本合同的保险费会随着被保险人的年龄增长而改变。同时，保险人每年都会检视保险费率，使其反映保险人的整体理赔经验和医疗通胀等在内的一系列因素。保险人将根据本合同计算费率所依据的计算基础与实际情况的偏差程度，决定保险费率是否调整及调整幅度。本保险的费率调整针对所有被保险人或同一投保年龄段、同一投保区域等某一类人群的所有被保险人。保险人进行保险费率调整后，投保人重新申请投保本产品时须按按照调整后的保险费率支付保险费。若投保人不同意费率调整的，保险期间届满，保险人不再与投保人重新签订本合同。

当发生下列情形之一的，保险人不再接受投保人的投保申请：

（一）保险期间届满，投保人重新申请投保本产品时被保险人的年龄超过100周岁；

（二）被保险人身故；

（三）本产品在重新申请投保时已因其他条款所列情况而导致效力终止；

（四）不如实告知、欺诈等不符合重新投保条件的情形。

（五）本产品统一停售，保险人不再接受投保人重新投保本保险合同。

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 保险人依据第十九条、二十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。自保险合同成立之日起超过二年的，保险人不得解除合同；发生保险事故的，保险人承担给付保险金责任。

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。

第十四条 保险人按照第二十四条的约定，认为投保人、被保险人或者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投保人、被保险人或者受益人补充提供。

第十五条 保险人收到被保险人或者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。但保险责任的核定必须依赖于特定证明、鉴定、判决、裁定

或其他证据材料的，保险人应在被保险人或者受益人提供或自行取得上述证据材料起三十日内作出核定。本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者受益人；对属于保险责任的，在与被保险人或者受益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三日内向被保险人或者受益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，对其赔偿保险金的数额不能确定的，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 保险人有权对理赔进行核查，投保人和被保险人有义务提供保险人所要求的相关材料。如果受益人向保险人提起虚假的保险金申请，保险人有权追回已支付的相应保险金，并对其它虚假理赔的申请且尚未支付的款项拒绝支付，并有权解除或者部分解除本合同。

投保人、被保险人义务

第十八条 本合同保险费缴付方式由投保人和保险人在投保时约定，并在保险单上载明。

若投保人选择一次性缴付保险费，投保人应当在本合同成立时一次性缴清保险费。**保险费缴清前，本合同不生效，对保险费缴清前发生的保险事故，保险人不承担保险责任。**

若投保人选择分期缴付保险费，需经投保人申请并经保险人同意，并在保险单中载明保费分期缴付的周期。在交纳首月保险费后，投保人应当在每个保险费约定支付日（见释义33）交纳其余各月对应期次的保险费。若投保人未按照保险合同约定的付款时间足额缴付当期保险费，保险人允许投保人在合同约定的缴费延长期内补交对应期次的保险费。如果被保险人在缴费延长期内发生保险事故，保险人仍按照合同约定赔偿保险金。除保险合同另有约定外，如被保险人在正常缴费对应的保险期间内或缴费延长期内发生保险事故，保险人依照合同约定赔偿保险金，但须投保人先行补交剩余全年保险费，补交金额为保险合同约定的全年保险费总额扣减投保人已缴纳的保险费。

若投保人未按照保险合同约定的付款时间足额缴付当期保费，且在保险合同约定的缴费延长期内仍未足额补交当期保险费，从应付之日起发生保险责任范围内的事故的，保险人不承担赔偿责任；缴费延长期内发生的保险事故也不承担保险责任。保险期间终止在上一缴费周期，对于保险期间终止后发生的保险事故，保险人不承担保险责任。

缴费延长期由投保人与保险人协商确定，并在保险单中载明。

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，保险人有权解除本合同。

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。

第二十条 投保人申请投保时，应按被保险人的周岁年龄和性别填写，如果发生错误按照下列方式办理：

（一）投保人申报的被保险人年龄不真实，并且其真实年龄不符合本合同约定投保年龄限制的，保险人有权解除本合同，并向投保人退还未满期保费（见释义34）。对于本合同解除前发生的保险事故，保险人不承担给付保险金的责任。

（二）投保人申报的被保险人年龄或者性别不真实，致使投保人实交保险费少于应交保险费的，保险人有权更正并要求投保人补交保险费。如果已经发生保险事故，在给付保险金时按实交保险费和应交保险费的比例给付。

（三）投保人申报的被保险人年龄或者性别不真实，致使投保人实交保险费多于应交保险费的，保险人会将多收的保险费无息退还给投保人。

第二十一条 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。**

第二十二条 被保险人变更其职业或工种时，投保人应于三十日内以书面形式通知保险人。若被保险人所变更的职业或者工种依照保险人职业分类在拒保范围内的，保险人对该被保险人所负保险责任自其职业或工种变更之日起终止，并退还未满期保费。

被保险人未履行本条约定的通知义务而发生保险事故的，且被保险人所变更的职业或者工种依照保险人职业分类在拒保范围内的，保险人不承担给付保险金的责任，并自其职业或工种变更之日起，按日计算退还未满期保费，本合同终止。

第二十三条 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。

上述约定，不包括因**不可抗力（释义35）**释义而导致的迟延。

保险金申请与给付

第二十四条 保险金申请人（释义36）请求赔偿时，应向保险人提供以下证明和资料。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。**保险金申请人未能提供有关材料，导致保险人无法核实的，保险人对无法核实部分不承担给付保险金的责任。**

（一）保险金申请人填具的索赔申请书；

（二）保险单或其他保险凭证正本；

（三）保险金申请人的**有效身份证件（释义37）**；

（四）合同约定的医院或指定医疗机构出具的完整病历资料（包括门急诊病历、住院病历、出院小结以及相关的检查报告）；

（五）合同约定的医院或指定医疗机构出具的附有病历、病理检验、血液检验、影像学报告及其他科学方法检验报告的疾病诊断证明书；

（六）医疗费用原始收据、医疗费用明细清单及医疗费用分割单（若发生手术费用，还需提供手术费用的原始凭证，被保险人享有社会基本医疗保险或公费医疗保障的，需包含社会基本医疗保险或公费医疗有关规定取得医疗费用补偿证明）；

（七）被保险人罹患本合同约定的重大疾病，还应提供由医院或指定医疗机构具有相应资质的医生出具的对被保险人的疾病诊断证明书以及由医院或指定医疗机构出具的与该疾病诊断证明书相关的病理显微镜检查、血液检验及其他科学方法检验报告；

（八）首次申请理赔时，应提供合同约定的医院或指定医疗机构出具的被保险人在本合同保险期间内历次的医疗诊断证明、病历及医疗、医药费原始单据、结算明细表与处方正本；

（九）重大疾病异地转诊报销公共交通及救护车费用需提供转出医院出具的转院证明、交通费用支出的正式发票或收据原件。

（十）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；

（十一）受益人为无民事行为能力人或者限制民事行为能力人的，由其监护人代为申领保险金，并需要提供监护人的身份证明等资料。

第二十五条 保险金申请人向保险人请求给付保险金的诉讼时效期间为二年，自其知道或者应当知道保险事故发生之日起计算。

争议处理和法律适用

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，可依法向中华人民共和国境内（不包括港澳台地区）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（不包括香港、澳门、台湾地区法律）。

其他事项

第二十八条 除本合同另有约定外，经投保人和保险人协商同意后，可变更本合同的有关内容。变更本合同时，投保人应填写变更合同申请书，经保险人审核同意，并在本合同的保险单或其它保险凭证上加以批注，或由投保人和保险人订立变更的书面协议后生效。

第二十九条 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。

投保人解除本保险合同时，应提供下列证明文件和资料：

（一）保险合同解除申请书；

（二）保险单原件；

（三）保险费交付凭证；

（四）投保人身份证明；

（五）保险人需要的其它有关文件和资料。

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30日内退还保险单的未满期保费。

第三十条 发生以下情况之一时，本合同效力即时终止：

（一）保险期间届满；

（二）被保险人身故；

（三）因本合同其他条款所约定的情况而终止效力。

释 义

1、周岁：指按有效身份证件中记载的出生日期计算的年龄，自出生之日起为零周岁，每经过一年增加一岁，不足一年的不计。

2、意外伤害：指以外来的、突发的、非本意的、非疾病的客观事件为直接且单独的原因致使身体受到的伤害。以下情形属于疾病范畴，非本条款所指意外伤害：

（1）猝死：指由潜在疾病、身体机能障碍或其他非外来性原因所导致的、在出现急性症状后发生的突然死亡，以医院的诊断或公安、司法机关的鉴定为准；

（2）过敏及由过敏引发的变态反应性疾病；

（3）高原反应；

（4）中暑；

（5）细菌、病毒或其他病原体导致的感染性疾病。

3、等待期：指自保险合同生效之日起计算的一段时间，具体天数由保险人和投保人在投保时约定并在本合同上载明。在等待期内发生保险事故的,保险人不承担给付保险金的责任。

4、医院：是指经中华人民共和国卫生部门审核认定的二级或二级以上的公立医院，且仅限于上述医院的普通部，不包括如下机构或医疗服务：

（1）特需医疗、外宾医疗、干部病房、联合病房、国际医疗中心、VIP部、联合医院、A级病房；

（2）诊所、康复中心、家庭病床、护理机构；

（3）休养、戒酒、戒毒中心。

该医院必须具有系统的、充分的诊断设备，全套外科手术设备及能够提供二十四小时的医疗与护理服务的能力或资质。

5、住院：是指被保险人因意外伤害或疾病而入住医院或指定医疗机构的正式病房接受全日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）被保险人在医院或指定医疗机构的（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基本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。

6、必需且合理：指符合以下两个条件

（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）医学必要：指被保险人接受治疗或服务、使用器械或服用药品符合以下条件：

a.医师处方要求且对治疗被保险人疾病或伤害合适且必需；

b.在范围、持续期、强度、护理上不超过为被保险人提供安全、恰当、合适的诊断或治疗所需的水平；

c.与接受治疗当地普遍接受的医疗专业实践标准一致；

d.非主要为了个人舒适或为了被保险人父母、家庭、医师或其他医疗提供方的方便；

e.非病人学术教育或职业培训的一部分或与之相关；

f.非试验性或研究性。

对是否医学必需由保险人根据客观、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。

7、住院医疗费用：

（1）床位费

指住院期间实际发生的、不高于双人病房的住院床位费**（不包括单人病房、套房、家庭病床）**。

（2）加床费

指未满18周岁的被保险人在住院治疗期间，保险人根据合同约定给付其合法监护人（限一人）在合同约定的医院或指定医疗机构留宿发生的加床费；或女性被保险人在住院治疗期间，保险人根据合同约定给付其一周岁以下哺乳期婴儿在合同约定的医院或医疗机构留宿发生的加床费。

（3）重症监护室床位费

指住院期间出于医学必要被保险人需在重症监护室进行合理且必要的医疗而产生的床位费。重症监护室指配有中心监护台、心电监护仪及其他监护抢救设施，相对封闭管理，符合重症监护病房（ICU）、冠心病重症监护病房（CCU）标准的单人或多人监护病房。

（4）药品费

指住院期间实际发生的合理且必要的由医生开具的具有国家药品监督管理部门核发的药品批准文号或者进口药品注册证书、医药产品注册证书的国产或进口药品的费用。**但不包括营养补充类药品，免疫功能调节类药品，美容及减肥类药品，预防类药品，以及下列中药类药品：**

a.主要起营养滋补作用的单方、复方中药或中成药品，如花旗参，冬虫草，白糖参，朝鲜红参，玳瑁，蛤蚧，珊瑚，狗宝、红参，琥珀，灵芝，羚羊角尖粉，马宝，玛瑙，牛黄，麝香，西红花，血竭，燕窝，野山参，移山参，珍珠（粉），紫河车，阿胶，血宝胶囊，红桃K口服液，十全大补丸，十全大补膏等；

b.部分可以入药的动物及动物脏器，如鹿茸，海马，胎盘，鞭，尾，筋，骨等；

c.用中药材和中药饮片炮制的各类酒制剂等。

（5）膳食费

指住院期间根据医生的医嘱，由作为合同约定的医院或指定医疗机构内部专属部门的、为住院病人配餐的食堂配送的膳食费用。膳食费应包含在医疗账单内,根据各医院或指定医疗机构的惯例，可以作为独立的款项,也可以合并在病房费等其他款项内。

（6）治疗费

指住院期间以治疗疾病为目的，提供必要的医学手段而发生的合理的治疗者的技术劳务费和医疗器械使用费，以及消耗品的费用，具体以就诊合同约定的医院或指定医疗机构的费用项目划分为准。**本项责任不包含如下费用：物理治疗、中医理疗及其他特殊疗法费用。**

（7）护理费

指住院期间根据医嘱所示的护理等级确定的护理费用。

（8）检查检验费

指住院期间实际发生的，以诊断疾病为目的，采取必要的医学手段进行检查及检验而发生的合理的医疗费用，包括X光费、心电图费、B超费、脑电图费、内窥镜费、肺功能仪费、分子生化检验费和血、尿、便常规检验费等。

（9）手术费

指当地卫生行政部门规定的手术项目的费用。包括手术费、麻醉费、手术监测费、手术材料费、术中用药费、手术设备费；**若因器官移植而发生的手术费用，不包括器官本身的费用和获取器官过程中的费用。**

（10）医生费

指包括外科医生、麻醉师、内科医生、专科医生的费用。

（11）救护车使用费

指住院期间以抢救生命或治疗疾病为目的，根据医生建议，被保险人需医院转诊过程中的医院用车费用，且**救护车的使用仅限于同一城市中的医疗运送。**

8、化学疗法：指针对于恶性肿瘤的化学治疗。化疗是使用医学界公认的化疗药物以杀死癌细胞、抑制癌细胞生长繁殖为目的而进行的治疗。本合同所指的化疗为被保险人根据医嘱,在合同约定的医院或指定医疗机构进行的静脉注射化疗。

9、放射疗法：指针对恶性肿瘤的放射治疗。放疗是使用各种不同能量的射线照射肿瘤组织，以抑制和杀灭癌细胞为目的而进行的治疗。本附加条款所指的放疗为被保险人根据医嘱，在合同约定的医院或指定医疗机构的专门科室进行的放疗。

10、肿瘤免疫疗法：指应用免疫学原理和方法，使用肿瘤免疫治疗药物提高肿瘤细胞的免疫原性和对效应细胞杀伤的敏感性，激发和增强机体抗肿瘤免疫应答，并应用免疫细胞和效应分子输注宿主体内，协同机体免疫系统杀伤肿瘤、抑制肿瘤生长。本合同所指的肿瘤免疫治疗药物需符合法律、法规要求并经过国家食品药品监督管理总局批准用于临床治疗。

11、肿瘤内分泌疗法：指针对于恶性肿瘤的内分泌疗法，用药物抑制激素生成和激素反应，杀死癌细胞或抑制癌细胞的生长。本合同所指的内分泌治疗药物需符合法律、法规要求并经过国家食品药品监督管理总局批准用于临床治疗。

12、肿瘤靶向疗法：指在细胞分子水平上，针对已经明确的致癌点来设计相应的靶向治疗药物，利用具有一定特异性的载体，将药物或其他杀伤肿瘤细胞的活性物质选择性地运送到肿瘤部位攻击癌细胞的疗法。本合同所指的靶向治疗的药物需具有国家药品监督管理部门核发的药品批准文号或者进口药品注册证书、医药产品注册证书。

13、专科医生：专科医生应当同时满足以下四项资格条件，

（1）具有有效的中华人民共和国《医师资格证书》；

（2）具有有效的中华人民共和国《医师执业证书》，并按期到相关部门登记注册；

（3）具有有效的中华人民共和国主治医师或主治医师以上职称的《医师职称证书》；

（4）在二级或二级以上合同约定的医院或指定医疗机构的相应科室从事临床工作三年以上。

14、初次确诊：指自被保险人出生之日起第一次经医院或指定医疗机构确诊患有某种疾病，而不是指自本合同生效之后第一次经医院或指定医疗机构确诊患有某种疾病。

15、重大疾病：本合同所规定的重大疾病指被保险人发生符合以下疾病定义所述条件的疾病：

（一）恶性肿瘤

指恶性细胞不受控制的进行性增长和扩散，浸润和破坏周围正常组织，可以经血管、淋巴管和体腔扩散转移到身体其它部位的疾病。经病理学检查结果明确诊断，临床诊断属于世界卫生组织《疾病和有关健康问题的国际统计分类》（ICD-10）的恶性肿瘤范畴。

下列疾病不在保障范围内：

①原位癌；

②相当于Binet分期方案A期程度的慢性淋巴细胞白血病；

③相当于AnnArbor分期方案I期程度的何杰金氏病；

④皮肤癌（不包括恶性黑色素瘤及已发生转移的皮肤癌）；

⑤TNM分期为T1N0M0期或更轻分期的前列腺癌；

⑥感染艾滋病病毒或患艾滋病期间所患恶性肿瘤。

（二）急性心肌梗塞

指因冠状动脉阻塞导致的相应区域供血不足造成部分心肌坏死。须满足下列至少三项条件：

① 典型临床表现，例如急性胸痛等；

② 新近的心电图改变提示急性心肌梗塞；

③ 心肌酶或肌钙蛋白有诊断意义的升高，或呈符合急性心肌梗塞的动态性变化；

④ 发病90天后，经检查证实左心室功能降低，如左心室射血分数低于50%。

（三）脑中风后遗症

指因脑血管的突发病变引起脑血管出血、栓塞或梗塞，并导致神经系统永久性的功能障碍。神经系统永久性的功能障碍，指疾病确诊180天后，仍遗留下列一种或一种以上障碍：

①一肢或一肢以上**肢体机能完全丧失（释义38）**；

②语言能力或咀嚼吞咽能力完全丧失（释义39）；

③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（释义40）**中的三项或三项以上。

（四）重大器官移植术或造血干细胞移植术

重大器官移植术，指因相应器官功能衰竭，已经实施了肾脏、肝脏、心脏或肺脏的异体移植手术。

造血干细胞移植术，指因造血功能损害或造血系统恶性肿瘤，已经实施了造血干细胞（包括骨髓造血干细胞、外周血造血干细胞和脐血造血干细胞）的异体移植手术。

（五）冠状动脉搭桥术（或称冠状动脉旁路移植术）

指为治疗严重的冠心病，实际实施了开胸进行的冠状动脉血管旁路移植的手术。

冠状动脉支架植入术、心导管球囊扩张术、激光射频技术及其它非开胸的介入手术、腔镜手术不在保障范围内。

（六）终末期肾病（或称慢性肾功能衰竭尿毒症期）

指双肾功能慢性不可逆性衰竭，达到尿毒症期，经诊断后已经进行了至少90天的规律性透析治疗或实施了肾脏移植手术。

（七）多个肢体缺失

指因疾病或意外伤害导致两个或两个以上肢体自腕关节或踝关节近端（靠近躯干端）以上完全性断离。

（八）急性或亚急性重症肝炎

指因肝炎病毒感染引起肝脏组织弥漫性坏死，导致急性肝功能衰竭，且经血清学或病毒学检查证实，并须满足下列全部条件：

① 重度黄疸或黄疸迅速加重；

② 肝性脑病；

③ B超或其它影像学检查显示肝脏体积急速萎缩；

④ 肝功能指标进行性恶化。

（九）良性脑肿瘤

指脑的良性肿瘤，已经引起颅内压增高，临床表现为视神经乳头水肿、精神症状、癫痫及运动感觉障碍等，并危及生命。须由头颅断层扫描（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，并须满足下列至少一项条件：

①实际实施了开颅进行的脑肿瘤完全切除或部分切除的手术；

②实际实施了对脑肿瘤进行的放射治疗。

脑垂体瘤、脑囊肿、脑血管性疾病不在保障范围内。

（十）慢性肝功能衰竭失代偿期

指因慢性肝脏疾病导致肝功能衰竭。须满足下列全部条件：

①持续性黄疸；

②腹水；

③肝性脑病；

④充血性脾肿大伴脾功能亢进或食管胃底静脉曲张。

因酗酒（释义41）或药物滥用导致的肝功能衰竭不在保障范围内。

（十一）脑炎后遗症或脑膜炎后遗症

指因患脑炎或脑膜炎导致的神经系统永久性的功能障碍。神经系统永久性的功能障碍，指疾病确诊180天后，仍遗留下列一种或一种以上障碍：

①一肢或一肢以上肢体机能完全丧失；

②语言能力或咀嚼吞咽能力完全丧失；

③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三项或三项以上。

（十二）深度昏迷

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（Glasgowcomascale）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96小时以上。

因酗酒或药物滥用导致的深度昏迷不在保障范围内。

（十三）双耳失聪-3周岁始理赔

指因疾病或意外伤害导致双耳听力永久不可逆（释义42）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。

被保险人申请理赔时年龄必须在3周岁以上，并且提供理赔当时的听力丧失诊断及检查证据。

（十四）双目失明-3周岁始理赔

指因疾病或意外伤害导致双眼视力永久不可逆性丧失，双眼中较好眼须满足下列至少一项条件：

①眼球缺失或摘除；

②矫正视力低于0.02（采用国际标准视力表，如果使用其它视力表应进行换算）；

③视野半径小于5度。

被保险人申请理赔时年龄必须在3周岁以上，并且提供理赔当时的双目失明诊断及检查证据。

（十五）瘫痪

指因疾病或意外伤害导致两肢或两肢以上肢体机能永久完全丧失。肢体机能永久完全丧失，指疾病确诊180天后或意外伤害发生180天后，每肢三大关节中的两大关节仍然完全僵硬，或不能随意识活动。

（十六）心脏瓣膜手术

指为治疗心脏瓣膜疾病，实际实施了开胸进行的心脏瓣膜置换或修复的手术。

（十七）严重阿尔茨海默病

指因大脑进行性、不可逆性改变导致智能严重衰退或丧失，临床表现为明显的认知能力障碍、行为异常和社交能力减退，其日常生活必须持续受到他人监护。须由头颅断层扫描（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，且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三项或三项以上。

神经官能症和精神疾病不在保障范围内。

（十八）严重脑损伤

指因头部遭受机械性外力，引起脑重要部位损伤，导致神经系统永久性的功能障碍。须由头颅断层扫描（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。神经系统永久性的功能障碍，指脑损伤180天后，仍遗留下列一种或一种以上障碍：

①一肢或一肢以上肢体机能完全丧失；

②语言能力或咀嚼吞咽能力完全丧失；

③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三项或三项以上。

（十九）严重帕金森病

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。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三项或三项以上。

继发性帕金森综合征不在保障范围内。

（二十）严重Ⅲ度烧伤

指烧伤程度为Ⅲ度，且Ⅲ度烧伤的面积达到全身体表面积的20%或20%以上。体表面积根据《中国新九分法》计算。

（二十一）严重原发性肺动脉高压

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Ⅳ级，且静息状态下肺动脉平均压超过30mmHg。

（二十二） 严重运动神经元病

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。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三项或三项以上的条件。

（二十三）语言能力丧失-3周岁始理赔

指因疾病或意外伤害导致完全丧失语言能力，经过积极治疗至少12个月（声带完全切除不受此时间限制），仍无法通过现有医疗手段恢复。

精神心理因素所致的语言能力丧失不在保障范围内。

被保险人申请理赔时年龄必须在3周岁以上，并且提供理赔当时的语言能力丧失诊断及检查证据。

（二十四）重型再生障碍性贫血

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。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：

a.中性粒细胞绝对值≤0.5×109/L；

b.网织红细胞＜1%；

c.血小板绝对值≤20×109/L。

（二十五）主动脉手术

指为治疗主动脉疾病，实际实施了开胸或开腹进行的切除、置换、修补病损主动脉血管的手术。主动脉指胸主动脉和腹主动脉，**不包括胸主动脉和腹主动脉的分支血管。**

动脉内血管成形术不在保障范围内。

以上25种重大疾病为中国保险行业协会制定的《重大疾病保险的疾病定义使用规范》中列明的疾病，以下75种重大疾病为保险人增加的疾病。

（二十六）严重心肌病

指被保险人因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IV级。被保险人永久不可逆性的体力活动能力受限，不能从事任何体力活动。

（二十七）慢性呼吸功能衰竭

慢性肺部疾病导致永久不可逆性的慢性呼吸功能衰竭。慢性呼吸功能衰竭必须明确诊断并满足下列全部条件：

① 休息时出现呼吸困难；

② 动脉血氧分压（PaO2）<50mmHg；

③ 动脉血氧饱和度（SaO2）<80%；

④ 因缺氧必须接受持续的输氧治疗。

（二十八）严重多发性硬化症

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。多发性硬化必须明确诊断，并且已经造成永久不可逆的神经系统功能损害。永久不可逆的神经系统损害指被保险人持续180天无法独立完成下列基本日常生活活动之一：

①移动：自己从一个房间到另一个房间；

②进食：自己从已准备好的碗或碟中取食物放入口中。

（二十九）严重溃疡性结肠炎

本保单所保障的溃疡性结肠炎是指伴有致命性电解质紊乱的急性暴发性溃疡性结肠炎，病变累及全结肠，表现为严重的血便和系统性症状体征，治疗通常采取全结肠切除和回肠造瘘术。溃疡性结肠炎必须根据组织病理学特点诊断，并且被保险人已经接受了结肠切除和/或回肠造瘘术。

（三十）严重全身性重症肌无力

重症肌无力是一种神经肌肉接头传递障碍所致的疾病，表现为局部或全身骨骼肌（特别是眼外肌）极易疲劳。疾病可以累及呼吸肌、上肢或下肢的近端肌群或全身肌肉，必须满足下列所有条件：

①经药物治疗和胸腺切除治疗一年以上仍无法控制病情；

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三项或三项以上。

（三十一）严重类风湿性关节炎

类风湿性关节炎为广泛分布的慢性进行性多关节病变，表现为关节严重变形，侵犯至少三个主要关节或关节组【如：双手（多手指）关节、双足（多足趾）关节、双腕关节、双膝关节和双髋关节】。类风湿性关节炎必须明确诊断并且已经达到类风湿性关节炎功能分类IV级的永久不可逆性关节功能障碍（生活不能自理，且丧失活动能力）。

美国风湿病学会类风湿性关节炎分级

I级：关节能自由活动，能完成平常的任务而无妨碍。

II级：关节活动中度限制，一个或几个关节疼痛不适，但能料理日常生活。

III级：关节活动显著限制，不能胜任工作，料理生活也有困难。

IV级：大部分或完全失去活动能力，病人长期卧床或依赖轮椅，生活不能自理。

（三十二）严重克隆氏病

克隆病是一种慢性肉芽肿性肠炎，具有特征性的克隆病病理组织学变化。诊断必须由病理检查结果证实。被保险人所患的克隆病必须已经造成瘘管形成并伴有肠梗阻或肠穿孔。

（三十三）原发性系统性淀粉样变性

淀粉样变性是一组蛋白质代谢障碍性疾病，病理表现为淀粉样蛋白沉积于组织或器官。原发性系统性淀粉样变性原因不明，通常累及肾脏和/或心脏。

被保险人经活检组织病理学检查被明确诊断为淀粉样变性，并满足下列条件之一：

① 心脏淀粉样变性，被保险人存在限制性心肌病及其所致的充血性心力衰竭，达到美国纽约心脏病学会心功能状态分级III级，并持续180天以上；

② 肾脏淀粉样变性，被保险人存在肾病综合征及其所致的严重的肾脏功能衰竭，达到尿毒症诊断标准，并持续180天以上。

继发性淀粉样变性不在保障范围内。

（三十四）破裂脑动脉瘤夹闭手术

指因脑动脉瘤破裂造成蛛网膜下腔出血，被保险人实际接受了在全麻下进行的开颅脑动脉瘤夹闭手术。

脑动脉瘤（未破裂）预防性手术、颅骨打孔手术、动脉瘤栓塞手术、血管内手术及其他颅脑手术不在本保障范围内。

（三十五）严重弥漫性系统性硬皮病

一种系统性胶原血管病引起进行性的皮肤/血管和内脏器官的弥漫性纤维化。诊断必须明确并由活检和血清学证据支持并且疾病已经影响到心脏、肺或肾脏等内脏器官并且达到下列所有标准：

① 肺纤维化，已经出现肺动脉高压、肺心病；

② 心脏损害，心脏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IV级；

③ 肾脏损害，已经出现肾功能衰竭。

下列疾病不在保障范围内：

① 局限硬皮病；

② 嗜酸细胞筋膜炎；

③ CREST综合征。

（三十六）严重冠心病

指经冠状动脉造影检查结果明确诊断为三支主要血管严重狭窄性病变（至少一支血管管腔直径减少75％以上和其他两支血管管腔直径减少60％以上）。冠状动脉的主要血管指左冠状动脉主干、前降支、左旋支及右冠状动脉。前降支、左旋支及右冠状动脉的分支血管的狭窄不作为本保障的衡量指标。

（三十七）严重慢性复发性胰腺炎

指慢性反复发作的胰腺炎症导致胰腺的广泛纤维化、坏死、弥漫性钙化及假性囊肿形成，造成胰腺功能障碍出现严重糖尿病和营养不良。必须满足下列所有条件：

① 医疗记录证实存在慢性胰腺炎反复急性发作病史；

② CT显示胰腺广泛钙化或逆行胰胆管造影（ERCP）显示胰管扭曲、扩张和狭窄；

③ 持续接受胰岛素替代治疗和酶替代治疗180天以上。

酒精导致的慢性复发性胰腺炎不在本保障范围内。

（三十八）植物人状态

植物人状态系指由于严重颅脑外伤造成大脑和/或脑干严重损害导致完全永久性的对自身和环境的意识丧失和中枢神经系统功能丧失，仅残存植物神经功能的疾病状态。诊断必须明确并且具有严重颅脑外伤和脑损害的证据。植物人状态必须持续30天以上方可申请理赔。

（三十九）重症急性坏死性筋膜炎

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。必须满足下列所有条件：

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 受感染肢体被截肢（自腕关节或踝关节近端）。

（四十）特发性慢性肾上腺皮质功能不全

指自身免疫性肾上腺炎（既往称：特发性肾上腺皮质萎缩）导致肾上腺萎缩和慢性肾上腺皮质功能减退。必须满足所有以下条件：

①明确诊断，符合以下所有诊断标准：

(a)血浆促肾上腺皮质激素（ACTH）水平测定，>100pg/ml；

(b)血浆肾素活性、血管紧张素II和醛固酮测定，显示为原发性肾上腺皮质功能减退症；

(c)促肾上腺皮质激素（ACTH）刺激试验显示为原发性肾上腺皮质功能减退症。

② 已经采用皮质类固醇替代治疗180天以上。

肾上腺结核、HIV感染或艾滋病、感染、肿瘤所致的原发性肾上腺皮质功能减退和继发性肾上腺皮质功能减退不在本保障范围内。

（四十一）严重心肌炎

指被保险人因严重心肌炎症性病变导致心功能损害造成持续的永久不可逆性的心功能衰竭。必须满足下列所有条件：

① 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IV级，或左室射血分数低于30%；

② 持续不间断180天以上；

③ 被保险人永久不可逆性的体力活动能力受限，不能从事任何体力活动。

（四十二）慢性肺源性心脏病

指被保险人因慢性肺部疾病导致慢性肺源性心脏病并且引起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IV级。被保险人永久不可逆性的体力活动能力受限，不能从事任何体力活动。

（四十三）严重原发性硬化性胆管炎

为一种特发型淤胆性疾病，特点为肝内及肝外胆道系统胆管壁增厚和管腔狭窄。必须满足下列所有条件：

① 诊断由逆行胰胆管造影（ERCP）或经皮胆管造影（PTC）确认；

② 持续性黄疸伴碱性磷酸酶（ALP）显著升高；

③ 出现继发性胆汁性肝硬化和门静脉高压。

（四十四）严重自身免疫性肝炎

自身免疫性肝炎是一种原因不明的慢性肝脏的坏死性炎性疾病，机体免疫机制被破坏，产生针对肝脏自身抗原的抗体导致自身免疫反应，从而破坏肝细胞造成肝脏炎症坏死，进而发展为肝硬化。必须满足下列所有条件：

①高γ球蛋白血症；

②血液中存在高水平的自身免疫抗体，如ANA（抗核抗体）、SMA（抗平滑肌抗体）、抗LKM1抗体或抗-SLA/LP抗体；

③肝脏活检确诊免疫性肝炎；

④临床已经出现腹水、食道静脉曲张和脾肿大等肝硬化表现。

（四十五）原发性骨髓纤维化（PMF）

原发性骨髓纤维化以骨髓纤维增生和髓外造血为特点，表现为进行性贫血、脾肿大、外周血幼稚细胞等等。

被保险人须经由骨髓活检明确诊断为原发性骨髓纤维化，并满足下列所有条件且持续180天：

①血红蛋白<100g/l；

②白细胞计数>25x109/l；

③外周血原始细胞≥1%；

④血小板计数<100x109/l。

恶性肿瘤、中毒、放射线和感染所致的继发性骨髓纤维化不在保障范围内。

（四十六）严重骨髓增生异常综合征（MDS）

骨髓增生异常综合征是起源于造血干细胞的一组骨髓克隆异常的疾病，表现为无效造血、难治性血细胞减少，有转化为急性髓系白血病的风险。

被保险人须经由外周血和骨髓活检明确诊断为骨髓增生异常综合征，并且满足下列所有条件：

①根据WHO分型，分型为难治性贫血伴原始细胞增多（RAEB）；

②根据“骨髓增生异常综合征修订国际预后积分系统（IPSS-R）”积分≥3，属于中危及以上组。

（四十七）严重急性主动脉夹层血肿

指主动脉壁在受到某些病理因素破坏后，高速、高压的主动脉血流将其内膜撕裂，以致主动脉腔内的血流通过主动脉内膜的破裂口进入主动脉内壁而形成血肿。被保险人需有典型的临床表现并通过电脑断层扫描（CT）、磁共振扫描（MRI）、磁共振血管检验法（MRA）或血管扫描等检查明确诊断，并在急性期内（发病两周内）实际接受了传统或微创开胸或开腹主动脉手术。

慢性期主动脉夹层择期手术、经导管主动脉内介入手术治疗不在保障范围内。

（四十八）严重缩窄性心包炎

由于慢性心包炎症导致心包脏层和壁层广泛瘢痕粘连、增厚和钙化，心包腔闭塞，形成一个纤维瘢痕外壳，使心脏和大血管根部受压，阻碍心脏的舒张。慢性缩窄性心包炎必须被明确诊断并且满足下列所有条件：

①心功能衰竭达到美国纽约心脏病学会心功能状态分级IV级，并持续180天以上；

②已经接受了经下列任何一种手术路径进行的开胸心包剥离手术或心包切除手术。

a)胸骨正中切口；

b)双侧前胸切口；

c)左前胸肋间切口。

经胸腔镜、胸壁打孔进行的手术、心包粘连松解手术不在保障范围内。

（四十九）心脏粘液瘤

指为了治疗心脏粘液瘤，实际实施了开胸开心心脏粘液瘤切除手术。

经导管介入手术治疗不在保障范围内。

（五十）严重心脏衰竭CRT心脏同步治疗

指因缺血性心脏病或扩张性心肌病导致慢性严重心脏衰竭，被保险人实际接受了CRT治疗，以矫正心室收缩不协调和改善心脏功能。接受治疗之前必须满足下列所有条件：

①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级或IV级；

②左室射血分数低于35%；

③左室舒张末期内径≥55mm；

④QRS时间≥130msec；

⑤药物治疗效果不佳，仍有症状。

（五十一）完全性房室传导阻滞

指因慢性心脏疾病导致III度或完全性房室传导阻滞。完全性房室传导阻滞是心房的激动不能正常地传导到心室，造成心室率过于缓慢，出现心力衰竭和因大脑供血不足导致的晕厥、阿-斯综合征。必须明确诊断并且满足下列所有条件：

①患有慢性心脏疾病；

②曾经有晕厥、阿-斯综合征发作；

③心电图表现为持续室性逸搏心律，心室率持续低于40次/分；

④已经植入永久性心脏起搏器。

（五十二）头臂动脉型多发性大动脉炎旁路移植手术

多发性大动脉炎（高安氏动脉炎）是一种发生在主动脉和其主要分支的慢性炎症性动脉疾病，表现为受累动脉狭窄或闭塞。头臂动脉型多发性大动脉炎是指多发性大动脉炎头臂动脉型（I型），又称为无脉症。被保险人被明确诊断为头臂动脉型多发性大动脉炎并且实际接受了经胸部切开进行的无名动脉（头臂干）、颈总动脉、锁骨下动脉旁路移植手术。

（五十三）肺淋巴管肌瘤病

肺淋巴管肌瘤病是一种弥漫性肺部疾病，其特征性病理表现为囊性病变及不成熟的平滑肌细胞和血管周上皮细胞异常增生形成多发结节。必须满足下列全部条件：

①经组织病理学检查明确诊断；

②CT显示双肺弥漫性囊性改变；

③肺功能检查显示FEV1和DLCO（CO弥散功能）下降；

④动脉血气分析显示低氧血症。

疑似肺淋巴管肌瘤病除外。

（五十四）严重肺结节病

结节病是一种原因未明的慢性肉芽肿病，可侵犯全身多个器官，以肺和淋巴结受累最为常见。严重肺结节病表现为肺的广泛纤维化导致慢性呼吸功能衰竭。必须满足下列所有条件：

①（肺结节病的X线分期为IV期，即广泛肺纤维化；

②永久不可逆性的慢性呼吸功能衰竭，临床持续180天动脉血氧分压（PaO2）<50mmHg和动脉血氧饱和度（SaO2）<80%。

（五十五）非阿尔茨海默病致严重痴呆

指因阿尔茨海默病以外的脑的器质性疾病造成脑功能衰竭导致永久不可逆性的严重痴呆，临床表现为明显的认知能力障碍、行为异常和社交能力减退。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三项或三项以上，日常生活必须持续受到他人监护。

导致痴呆的疾病必须明确诊断，并且由完整的临床、实验室和影像学检查结果证实。

神经官能症,精神疾病及酒精中毒所致脑损害不在保障范围内。

（五十六）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三项或三项以上,日常生活必须持

续受到他人监护。

（五十七）亚急性硬化性全脑炎

是麻疹或麻疹样病毒所致的一种中枢神经系统慢病毒感染。中枢神经系统呈现灰质和白质破坏为特征的慢性和急性混合存在的炎症。必须满足下列所有条件：

① 必须由三级医院诊断，临床检查证实脑电图存在周期性复合波、脑脊液Y-球蛋白升高、脑脊液和血清中麻疹抗体滴定度升高；

② 被保险人出现运动障碍，永久不可逆丧失自主生活能力，无法独立完成六项基本日常生活活动中的三项或三项以上。

（五十八）进行性多灶性白质脑病

是一种亚急性脱髓鞘脑病，常常发生于免疫缺陷病人。必须满足下列所有条件

① 根据脑组织活检确诊；

② 永久不可逆丧失自主生活能力，无法独立完成六项基本日常生活活动中的三项或三项以上。

进行性多灶性白质脑病必须在生前诊断，尸检诊断不作为理赔依据。

（五十九）丧失独立生活能力（6周岁始理赔）

指由于疾病或外伤导致被保险人永久不可逆的完全丧失独立生活能力，无法独立完成基本日常生活活动中的四项或四项以上。

被保险人理赔时年龄在6周岁以上。

（六十）脊髓灰质炎后遗症

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。本保单仅对脊髓灰质炎造成的神经系统功能损害导致被保险人一肢或一肢以上肢体机能永久完全丧失的情况予以理赔。

（六十一）脊髓内肿瘤

指脊髓内良性或恶性肿瘤。肿瘤造成脊髓损害导致瘫痪。须满足下列所有条件：

①被保险人实际接受了肿瘤切除的手术治疗；

②手术180天后遗留下列神经系统损害，无法独立完成下列基本日常生活活动之一：

a)移动：自己从一个房间到另一个房间；

b)进食：自己从已准备好的碗或碟中取食物放入口中。

非脊髓内的其他椎管内肿瘤、脊柱肿瘤、神经纤维瘤不在保障范围内。

（六十二）脊髓空洞症

脊髓空洞症为慢性进行性的脊髓变性性疾病，其特征为脊髓内空洞形成。表现为感觉异常、肌萎缩及神经营养障碍。脊髓空洞症累及延髓的称为延髓空洞症，表现为延髓麻痹。脊髓空洞症必须明确诊断并且造成永久不可逆的神经系统功能障碍，存在持续至少180天以上的神经系统功能缺失并满足下列条件之一：

①延髓麻痹呈现显著舌肌萎缩、构音困难和吞咽困难；

②双手萎缩呈“爪形手”，肌力2级或以下。

（六十三）脊髓血管病后遗症

指脊髓血管的突发病变引起脊髓梗塞或脊髓出血，导致永久性不可逆的神经系统功能损害，表现为截瘫或四肢瘫。神经系统永久性的功能障碍指疾病确诊180天后，仍然遗留后遗症并且无法独立完成下列基本日常生活活动之一：

①移动：自己从一个房间到另一个房间；

②进食：自己从已准备好的碗或碟中取食物放入口中。

（六十四）横贯性脊髓炎后遗症

脊髓炎是一种炎症性脊髓疾病。横贯性脊髓炎是指炎症扩展横贯整个脊髓，表现为运动障碍、感觉障碍和自主神经功能障碍。横断性脊髓炎必须明确诊断，并且已经造成永久不可逆的神经系统功能损害。永久不可逆的神经系统损害指被保险人持续180天无法独立完成下列任何一项基本日常生活活动：

① 移动：自己从一个房间到另一个房间；

② 进食：自己从已准备好的碗或碟中取食物放入口中。

（六十五）严重哮喘

严重哮喘诊断必须明确诊断，并且满足下列标准中的三项或三项以上：

①过去两年中有哮喘持续状态（哮喘发作持续24小时以上不能缓解）医疗病史；

②身体活动耐受能力显著且持续下降（轻微体力活动既有呼吸困难，至少持续6个月以上）；

③慢性肺部过度膨胀充气导致的胸廓畸形；

④持续每日口服皮质类固醇激素（至少持续六个月以上）。

（六十六）严重强直性脊柱炎

强直性脊柱炎是一种慢性全身性炎性疾病，主要侵犯脊柱导致脊柱畸形。强直性脊柱炎必须明确诊断并且满足下列所有条件：

①严重脊柱畸形；

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三项或三项以上。

（六十七）开颅手术

指因外伤、颅内肿瘤或脑动脉瘤破裂，被保险人实际接受了在全麻下进行的颅骨切开手术，以清除脑内血肿、切除肿瘤或夹闭破裂动脉瘤的手术治疗。

颅骨打孔手术、硬膜下血肿清除术、硬膜外血肿清除、未破裂动脉瘤预防性手术、动脉瘤栓塞手术、血管内手术、颅骨切开或切除减压术、脑积水脑脊液分流手术、经蝶骨肿瘤切除术及其他原因的开颅手术不在保障范围内。

（六十八）系统性红斑狼疮性肾炎尿毒症

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。

本保单所指的系统性红斑狼疮仅限于累及肾脏（经肾脏活检确认的，符合WHO诊断标准定义III型或III型以上狼疮性肾炎）的系统性红斑狼疮，并且临床出现肾功能衰竭达到尿毒症期。

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保单保障范围内。

（六十九）席汉氏综合征

指因产后大出血并发休克、全身循环衰竭、弥漫性血管内凝血导致脑垂体缺血坏死和垂体分泌激素不足，造成性腺、甲状腺、肾上腺皮质功能减退。必须满足下列所有条件：

①产后大出血休克病史；

②严重腺垂体功能破坏，破坏程度>95%；

③影像学检查显示脑垂体严重萎缩或消失；

④实验室检查显示：

a)垂体前叶激素全面低下；

b)性激素、甲状腺素、肾上腺皮质激素全面低下（包括生长激素、促甲状腺素、促肾上腺皮质激素、卵泡刺激素和黄体生成素）；

⑤需要终身激素替代治疗以维持身体功能，持续服用各种替代激素超过一年。

垂体功能部分低下及其他原因所致垂体功能低下不在保障范围之内。

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三项或三项以上。

（七十）神经白塞病

白塞病是一种慢性全身性血管炎症性疾病，主要表现为复发性口腔溃疡、生殖器溃疡、眼炎及皮肤损害，可累及大血管、神经系统、消化道、肺、肾等等。累及神经系统损害的白塞病称为神经白塞病。神经白塞

病必须明确诊断，并且已经造成永久不可逆的神经系统功能损害。永久不可逆的神经系统损害指被保险人持续180天无法独立完成下列基本日常生活活动之一：

①移动：自己从一个房间到另一个房间；

②进食：自己从已准备好的碗或碟中取食物放入口中。

（七十一）严重幼年型类风湿关节炎

幼年型类风湿关节炎是一种儿童期发病的慢性关节炎，其特点为在高热和系统性病征出现数月后发生关节炎。

本保单仅对实际接受了膝关节或髋关节置换手术治疗的严重的幼年型类风湿关节炎予以理赔。

（七十二）重症急性出血坏死性胰腺炎开腹手术

指被保险人被确诊为重症急性出血坏死性胰腺炎，并实际接受了外科剖腹直视手术治疗，进行坏死组织清除、坏死病灶切除或胰腺切除。

腹腔镜手术治疗不在保障范围内。

因酗酒或饮酒过量所致的急性坏死性胰腺炎不在保障范围内。

（七十三）溶血性链球菌感染引起的坏疽

由于急性溶血性链球菌感染导致广泛的皮肤、皮下组织和深层组织的坏死。必须满足以下所有条件：

① 细菌培养证实致病菌为溶血性链球菌；

② 受感染肢体被截肢（自腕关节或踝关节近端）。

（七十四）因疾病或外伤导致智力缺陷（6周岁始理赔）

因严重头部创伤或疾病造成被保险人智力低常（智力低于常态）或智力残疾。根据智商（IQ）智力低常分为轻度（IQ50-70）；中度（IQ35-50）；重度（IQ20-35）和极重度（IQ<20）。**智商70-85为智力临界低常，不在本保障范围内。**智商的检测必须由保险人认可的专职心理测验工作者进行，心理测验工作者必须持有由心理测量专业委员会资格认定书。根据被保险人年龄采用对应的智力量表如韦克斯勒智力量表（儿童智力量表或成人智力量表）。

理赔时必须满足下列全部条件：

①被保险人大于或等于6周岁；

②儿科主任医师确诊被保险人由于严重头部创伤或疾病造成智力低下；

③专职合格心理检测工作者适时做的心理检测证实被保险人智力低常（轻度、中度、重度或极重度）；

④被保险人的智力低常自确认日起持续180天以上。

（七十五）严重肠道疾病并发症

严重肠道疾病或外伤导致小肠损害并发症，必须满足以下所有条件：

①至少切除了三分之二小肠；

②完全肠外营养支持3个月以上。

（七十六）严重瑞氏综合征

瑞氏综合征是线粒体功能障碍性疾病。导致脂肪代谢障碍，引起短链脂肪酸、血氨升高，造成脑水肿。主要临床表现为急性发热、反复呕吐、惊厥及意识障碍等等。肝脏活检是确诊的重要手段。瑞氏综合征需由三级医院的儿科专科医生确诊，并符合下列所有条件：

①有脑水肿和颅内压升高的脑脊液检查和影像学检查证据；

②血氨超过正常值的3倍；

③临床出现昏迷，病程至少达到疾病分期第3期。

（七十七）急性肺损伤（ALI）或急性呼吸窘迫综合征（ARDS）

一种表现为无心脏衰竭的肺水肿，为创伤、脓毒血症等临床多种疾病的并发症，造成多器官衰竭，死亡率高。

急性肺损伤或急性呼吸窘迫综合征必须由呼吸系统专科医师诊断，并有所有以下临床证据支持。

①急性发作（原发疾病起病后6至72小时）；

②（急性发作的临床症状体征，包括呼吸急促、呼吸困难、心动过速、大汗、面色苍白及辅助呼吸肌活动加强（点头呼吸、提肩呼吸）；

③双肺浸润影；

④PaO2/FiO2（动脉血压分压/吸入气氧分压）低于200mmHg；

⑤肺动脉嵌入压低于18mmHg，

⑥临床无左房高压表现。

（七十八）溶血性尿毒综合征

一种由于感染导致的急性综合征，引起红细胞溶血，肾功能衰竭及尿毒症。溶血尿毒综合征必须由血液和肾脏专科医师诊断，并且符合所有以下条件：

①实验室检查确认有溶血性贫血、血尿、尿毒症、血小板减少性紫癜；

②因肾脏功能衰竭实施了肾脏透析治疗。

任何非因感染导致的溶血性贫血，如：自身免疫性溶血性贫血、与红细胞末缺陷有关的溶血性贫血、红细胞酶病、血红蛋白病等，不在本保单保障范围内。

（七十九）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：

a)血浆渗漏致休克或胸腔积液伴呼吸困难；

b)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）；

c)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。

（八十）危重手足口病

手足口病是由肠道病毒引起的急性传染病，主要症状表现为手、足、口腔等部位的斑丘疹、疱疹。

危重手足口病必须满足下列所有条件：

①病原学检查确诊为手足口病；

②伴有所列危重并发症之一：脑膜炎、脑炎、脑脊髓炎、肺水肿或心脏衰竭；

③接受了2周以上的住院治疗。

（八十一）意外导致的重度面部烧伤

指面部Ⅲ度烧伤且烧伤面积达到面部表面积的2/3或全身体表面积的2%。

体表面积根据《中国新九分法》计算，面部总面积为全身体表面积的3%。面部面积不包括发部和颈部。

（八十二）失去一肢及一眼（3周岁始理赔）

被保险人因同一次意外伤害事件导致一肢体丧失和一眼视力丧失。必须满足下列所有条件：

①一肢体丧失指任何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。

②一眼视力丧失指一只眼视力永久不可逆性丧失，患眼须满足下列至少一项条件：

a)眼球摘除；

b)矫正视力低于0.02（采用国际标准视力表，如果使用其它视力表应进行换算）；

c)视野半径小于5度。

除眼球摘除以外，被保险人申请理赔时年龄必须在3周岁以上，并且提供理赔当时的视力丧失诊断及检查证据。

（八十三）艾森门格综合征

指一组先天性心脏病发展的后果，特点为进行性肺动脉高压所致的动脉阻塞性病变，也称为肺动脉高压性右向左分流综合征。必须满足下列全部条件：

① 缺氧、青紫、杵状指；

② 静息状态下肺动脉平均压超过40mmHg；

③ 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IV级。

本疾病不受本合同第七条责任免除中关于“遗传性疾病、先天性畸形、变形或染色体异常”的限制。

（八十四）室壁瘤切除手术

指因心肌梗死导致室壁瘤，实际实施了开胸开心室壁瘤切除手术治疗。

（八十五）丝虫感染所致严重象皮病

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III期，临床表现为肢体象皮肿，患肢较健肢增粗30%以上，日常生活不能自理。

（八十六）克-雅氏病（CJD）

CJD是一种传染性海绵状脑病，临床表现为快速进行性痴呆、肌阵挛和特征性脑电图变化。本病须经三级医院的专科医师根据WHO诊断标准明确诊断，并且被保险人永久不可逆丧失自主生活能力，无法独立完成六项基本日常生活活动中的三项或三项以上。

（八十七）埃博拉病毒感染

指埃博拉病毒感染导致的急性出血性传染病。埃博拉病毒病必须经国家认可的有合法资质的传染病专家确诊并且上报国家疾病控制中心接受了隔离和治疗，必须满足以下所有条件：

① 实验室检查证据证实存在埃博拉病毒感染；

② 存在持续30天以上广泛出血的临床表现。

埃博拉病毒感染疑似病例，在确诊之前已经死亡的不在本保障范围内。

（八十八）职业原因导致人类免疫缺陷病毒（HIV）感染

被保险人的职业归属于下列职业列表内的职业，在其常规职业工作过程中遭遇外伤，或者职业需要处理血液或者其他体液时感染上人类免疫缺陷病毒（HIV）。必须满足下列全部条件：

①感染必须发生在被保险人从事其职业工作过程中；

②血清转化必须出现在事故发生后的6个月以内；

③必须提供被保险人在所报事故发生后的5天以内进行的检查报告，该报告必须显示被保险人血液HIV病毒阴性和/或HIV抗体阴性；

④必须在事故发生后的12个月内证实被保险人体内存在HIV病毒或者HIV抗体。

职业列表：

医生（包括牙医） 护士

医院化验室工作人员 医院护工

救护车工作人员 助产士

警察（包括狱警） 消防人员

在任何治愈艾滋病（AIDS）或阻止HIV病毒作用的疗法被发现以后，或能防止AIDS发生的医疗方法被研究出来以后，本保障将不再予以赔付。

任何因其他传播方式（包括：输血、性传播或静脉注射毒品）导致的HIV感染不在本保单保障范围内。保险公司必须拥有获得使用被保险人的所有血液样本的权利和能够对这些样本进行独立检验的权利。

本疾病不受本合同第七条责任免除中关于“被保险人感染艾滋病病毒或患艾滋病”的限制。

（八十九）输血原因导致人类免疫缺陷病毒（HIV）感染

被保险人因输血感染上人类免疫缺陷病毒（HIV）并且根据HIV感染分类及AIDS诊断标准被确诊为艾滋病（AIDS）期。满足下列全部条件：

①在等待期满保障起始日之后，被保险人因输血而感染HIV；

②提供输血治疗的输血中心或医院出具该项输血感染属医疗责任事故的报告，或者法院终审裁定为医疗责任；

③受感染的被保险人不是血友病患者。

在任何治愈艾滋病（AIDS）或阻止HIV病毒作用的疗法被发现以后，或能防止AIDS发生的医疗方法被研究出来以后，本保障将不再予以赔付。

任何因其他传播方式（包括：性传播或静脉注射毒品）导致的HIV感染不在本保单保障范围内。保险公司必须拥有获得使用被保险人的所有血液样本的权利和能够对这些样本进行独立检验的权利。

本疾病不受本合同第七条责任免除中关于“被保险人感染艾滋病病毒或患艾滋病”的限制。

（九十）器官移植原因导致HIV感染

被保险人因接受器官移植感染上人类免疫缺陷病毒（HIV）并且满足下列全部条件：

①在等待期满保障起始日之后，被保险人接受器官移植，并因此感染HIV；

②实施器官移植的医院为三级医院；

③实施移植医院出具具有法律效力的证明确认移植器官来自HIV感染者；

在任何治愈艾滋病（AIDS）或阻止HIV病毒作用的疗法被发现以后，或能防止AIDS发生的医疗方法被研究出来以后，本保障将不再予以赔付。

本疾病不受本合同第七条责任免除中关于“被保险人感染艾滋病病毒或患艾滋病”的限制。

（九十一）胰腺移植术

胰腺移植术指因胰腺功能衰竭，已经实际接受了胰腺的同种（人类）异体器官移植手术。

胰岛、组织、细胞移植不在保障范围内。

（九十二）小肠移植术

小肠移植术指因疾病或外伤导致严重小肠损害不得不切除三分之二以上肠段，为了维持生理功能的需要已经实际接受了小肠的同种（人类）异体器官移植手术。

（九十三）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保障范围内。

（九十四）自体造血干细胞移植

被保险人因急性白血病、恶性淋巴瘤或多发性骨髓瘤实际接受了自体造血干细胞移植。

以下情况不在保障范围内：

①因上述所列疾病以外疾病接受自体造血干细胞移植；

②非造血干细胞移植。

（九十五）嗜铬细胞瘤

指发生在肾上腺或肾上腺外嗜铬组织的以分泌过多的儿茶酚胺为表现的神经内分泌肿瘤。嗜铬细胞瘤必须由内分泌专科医生诊断，并且满足以下所有条件：

① 临床有高血压症候群表现；

② 已经实施了嗜铬细胞瘤切除手术。

（九十六）严重结核性脑膜炎

由结核杆菌引起的脑膜和脊膜的非化脓性炎症性疾病。需满足以下全部条件：

①出现颅内压明显增高，表现头痛、呕吐和视乳头水肿；

②出现部分性、全身性癫痫发作或癫痫持续状态；

③昏睡或意识模糊；

④视力减退、复视和面神经麻痹。

（九十七）严重巨细胞动脉炎

巨细胞动脉炎又称颅动脉炎、颞动脉炎、肉芽肿性动脉炎，须经保险人认可医院的专科医师明确诊断，并造成永久不可逆性的单个肢体功能障碍或单眼失明。单眼失明指单眼视力永久不可逆性丧失，患眼须满足下列至少一项条件：

①眼球缺失或者摘除；

②矫正视力低于0.02（采用国际标准视力表，如果使用其它视力表应进行换算）；

③视野半径小于5度。

（九十八）多发性骨髓瘤

多发性骨髓瘤是浆细胞异常增生的恶性肿瘤。必须满足下列所有条件：

①骨髓活组织检查符合多发性骨髓瘤的典型骨髓改变；

②至少存在下列一项：

a)异常球蛋白血症；

b)溶骨性损害。

孤立性骨髓瘤不在本保障范围内。

（九十九）狂犬病

指狂犬病毒所致的急性传染病，人多因被病兽咬伤而感染。临床表现为特有的恐水、怕风、咽肌痉挛、进行性瘫痪等。须经专科医生明确诊断。

（一○○）皮质基底节变性

指一种慢性进展性神经变性疾病，以不对称发作的无动性强直综合征、失用、肌张力障碍及姿势异常为其临床特征。须经临床医生明确诊断，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三项或三项以上，日常生活必须持续受到他人监护。

（一○一）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三项或三项以上。

（一○二）脑型疟疾

恶性疟原虫严重感染导致的脑病或脑型疟疾，以昏迷为主要特征。脑型疟疾的诊断须由专科医生确认，且外周血涂片存在恶性疟原虫。

其他明确病因导致的脑病不在保障范围内。

（一○三）败血症导致的多器官功能障碍综合征

由败血症导致的多器官功能障碍综合征（MODS），一个或多个器官系统生理功能障碍，因该疾病住院至少96小时，并至少满足以下一条标准：

1.呼吸衰竭，需要进行气管插管机械通气；

2.凝血血小板计数<50x10³/微升；

3.肝功能不全，胆红素>6mg/dl或>102μmol/L；

4.需要用强心剂；

5.昏迷，格拉斯哥昏迷评分（GCS）≤9；

6.肾功能衰竭，血清肌酐>300μmol/L或>3.5mg/dl或尿量<500ml/d；

7.败血症有血液和影像学检查证实。

败血症引起的MODS的诊断应由专科医生证实。非败血症引起的MODS不在保障范围内。

（一〇四）大面积植皮手术

指为修复皮肤与其下的组织缺损所进行的皮肤移植手术，要求皮肤移植的面积达到全身体表面积的30%或30%以上。体表面积根据《中国新九分法》计算。

（一〇五）进行性风疹性全脑炎

指由风疹病毒感染引起的慢性脑炎，且导致神经系统永久性的功能障碍。须由神经专科医师确诊。神经系统永久性的功能障碍，指疾病确诊180天后，仍遗留下列一种或一种以上障碍：

1.一肢或一肢以上肢体机能完全丧失（注1）；

2.语言能力或咀嚼吞咽能力完全丧失（注2）；

3.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（注3）中的三项或三项以上。

（一〇六）脊髓小脑变性症

脊髓小脑变性症为一组以小脑萎缩和共济失调为主要临床特点的与遗传有关的疾病。必须满足下列所有条件：

（1）脊髓小脑变性症必须由三级医院诊断，并有下列所有证据支持：

a.影像学检查证实存在小脑萎缩；

b.临床表现存在共济失调、语言障碍和肌张力异常；

（2）被保险人运动功能严重障碍，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三项或三项以上。

（一〇七）肾髓质囊性病

肾髓质囊性病，一种遗传性肾脏疾病，特点为肾髓质多发大小不等的囊肿并且伴有小管炎症和间质性肾炎。必须满足下列所有条件：

（1）经肾组织活检明确诊断；

（2）临床有肾脏衰竭和肾小管功能障碍表现；

（3）影像学证据显示肾髓质多发囊肿。

其他肾脏囊性病变不在本保障范围内。

（一〇八）严重肝豆状核变性

肝豆状核变性是一种遗传性铜代谢障碍疾病。表现为体内的铜离子在肝、脑、肾、角膜等处沉积，引起进行性加重的肝硬化、锥体外系症状、精神症状、肾损害及角膜色素环。肝豆状核变性必须明确诊断并且满足以下条件之一：

（1）失代偿性肝硬化，临床已经出现腹水、食道静脉曲张和脾肿大等表现；

（2）慢性肾功能衰竭，已开始肾脏透析治疗；

（3）接受了肝移植或肾移植手术。

（一〇九）严重大动脉炎

指经本公司认可医院的心脏或血管外科专科医生确诊的大动脉炎，须满足下列全部条件：

1.红细胞沉降率及C反应蛋白高于正常值；

2.超声检查、CTA检查或血管造影检查证实主动脉及其主要分支存在狭窄。

（一一〇）多处臂丛神经根性撕脱

由于疾病或意外伤害导致至少两根臂丛神经根性撕脱，造成永久不可逆性的手臂感觉功能与运动功能完全丧失。须由本公司认可的医院的专科医生确诊，并且有电生理检查结果证实。

（一一一）风湿热导致的心脏瓣膜病

指风湿热反复发作并发心脏瓣膜损害，导致慢性心脏瓣膜病，引起心脏瓣膜狭窄、关闭不全。必须满足下列所有条件：

(一)风湿热病史；

(二)慢性心脏瓣膜病病史；

(三)实际接受了开胸开心进行的心脏瓣膜置换手术。

经导管进行的瓣膜置换手术或瓣膜成型手术不在本保障范围内。

（一一二）严重获得性或继发性肺泡蛋白质沉积症

因获得性或继发性原因导致双肺肺泡和细支气管腔内充满不可溶性富磷脂蛋白的疾病。须满足下列全部条件：

1.支气管镜活检或开胸肺活检病理检查证实肺泡内充满有过碘酸雪夫（PAS）染色阳性的蛋白样物质；

2.被保险人因中重度呼吸困难或低氧血症而实际已行全身麻醉下的全肺灌洗治疗。

（一一三）细菌性脑脊髓膜炎后遗症

指因脑膜炎双球菌感染引起脑脊髓膜化脓性病变，且导致永久性神经损害，并且脑脊液检查显示脑膜炎双球菌阳性。永久性神经损害是指由细菌性脑脊髓膜炎引起的耳聋、失明、动眼神经麻痹、瘫痪、脑积水的损害，且上述症状持续90天以上仍无改善迹象。

任何因其他传播方式（包括：性传播或静脉注射毒品）导致的HIV感染不在本保单保障范围内。保险公司必须拥有获得使用被保险人的所有血液样本的权利和能够对这些样本进行独立检验的权利。

（一一四）侵蚀性葡萄胎（恶性葡萄胎）

被保险人被明确诊断为恶性葡萄胎。

恶性葡萄胎又称侵蚀性葡萄胎，发生自胚胎组织，侵入子宫肌层或其他组织，也可能转移。被保险人实际接受了子宫切除手术治疗。

索赔时需提交组织病理学检查报告，非侵蚀性的葡萄胎除外。

（一一五）严重感染性心内膜炎

指由感染性微生物引致的心脏内膜炎症，并须符合下列所有标准：

(1)血液培养结果呈阳性反应，证明感染性微生物的存在；

(2)出现最少中度的心脏瓣膜功能不全（即返流部分达20%或以上）或中度的心脏瓣膜狭窄（即心脏瓣瓣口面积为正常值的30%或以下），导致感染性心内膜炎；

(3)感染性心内膜炎的诊断及瓣膜受损的严重程度必须由心脏病专科医生确定。

（一一六）严重破伤风

指破伤风梭菌经由皮肤或粘膜伤口侵入人体，在缺氧环境下生长繁殖，产生毒素而引起肌痉挛的一种特异性感染。须经专科医生明确诊断。

（一一七）库鲁病

指一种亚急性传染性朊蛋白病。临床表现为共济失调、震颤、不自主运动，在病程晚期出现进行性加重的痴呆，神经异常。该病必须由权威医疗机构根据致病蛋白的发现而明确诊断。

（一一八）严重斯蒂尔病

须经风湿病专科医生明确诊断，并至少满足下列两项条件：

1.因该病导致心包炎；

2.因该病导致肺间质病变；

3.巨噬细胞活化综合征（MAS）。

（一一九）肺孢子菌肺炎

肺孢子菌肺炎：指由肺孢子菌引起的间质性浆细胞性肺炎。并须满足下列全部条件：

1.第一秒末用力呼气量（FEV1）小于1升；

2.气道内阻力增加，至少达到0.5kPa/l/s；

3.残气容积占肺总量(TLC)的60%以上；

4.胸内气体容积升高，超过170(基值的百分比)；

5.PaO2<60mmHg，PaCO2>50mmHg。

感染艾滋病病毒或患艾滋病期间所患肺孢子菌肺炎不在保障范围内。

（一二O）严重III度冻伤导致截肢

冻伤是由于寒冷潮湿作用引起的人体局部或全身损伤，并且冻伤程度达到III度，且导致一个或一个以上肢体自腕关节或踝关节近端（靠近躯干端）以上完全性断离。

16、重大疾病住院医疗费用：包括床位费、加床费、重症监护室床位费、护理费、膳食费、检查检验费、治疗费、药品费、医生费、手术费、救护车使用费。

17、质子重离子医疗费用：指被保险人因接受质子、重离子放射治疗而发生的相关费用，包括定位及制定放疗计划费用以及质子、重离子放射治疗实施费用。

18、客运公共交通：

①民航班机：本合同所指民航班机为经相关政府部门登记许可合法运营、以客运为目的的飞机；

②火车：本合同所指火车为经相关政府部门登记许可合法运营、以客运为目的的火车（含地铁、轻轨、动车、其他高速列车）；

③轮船：本合同所指轮船为经相关政府部门登记许可合法运营、以客运为目的的轮船；

④合法商业运营的客运汽车：本合同所指汽车为经相关政府部门登记许可合法运营、以客运为目的的公共汽车（含电车）。

19、基本医疗保险：本主险合同所称的基本医疗保险包括城镇职工基本医疗保险、城镇居民基本医疗保险、新型农村合作医疗等政府举办的基本医疗保障项目。

20、既往症：指在本保险合同（续保的，指首张保险合同）生效之前罹患的被保险人已知或应该知道的有关疾病或症状。通常有以下情况：

（1）本保险合同生效前，医生已有明确诊断，长期治疗未间断；

（2）本保险合同生效前，医生已有明确诊断，治疗后症状未完全消失，有间断用药情况；

（3）本保险合同生效前发生，未经医生诊断和治疗，但症状已经显现足以促使一般普通谨慎人士引起注意并寻求诊断、治疗或护理的症状。

21、遗传性疾病：指生殖细胞或受精卵的遗传物质（染色体和基因）发生突变或畸变所引起的疾病，通常具有由亲代传至后代的垂直传递的特征。

22、先天性畸形、变形或染色体异常：指被保险人出生时就具有的畸形、变形或染色体异常。先天性畸形、变形和染色体异常依照世界卫生组织《疾病和有关健康问题的国际统计分类》（ICD-10）确定。

23、醉酒：指每百毫升血液的酒精含量大于或等于100毫克。

24、毒品：指中华人民共和国刑法规定的鸦片、海洛因、甲基苯丙胺（冰毒）、吗啡、大麻、可卡因以及国家规定管制的其他能够使人形成瘾癖的麻醉药品和精神药品，但不包括由医生开具并遵医嘱使用的用于治疗疾病但含有毒品成分的处方药品。

25、酒后驾驶：指经检测或鉴定，发生事故时车辆驾驶人员每百毫升血液中的酒精含量达到或超过一定的标准，公安机关交通管理部门依据《道路交通安全法》的规定认定为饮酒后驾驶或醉酒后驾驶。

26、无合法有效驾驶证，指下列情形之一：

（1）没有取得驾驶资格；

（2）驾驶的机动车与驾驶证载明的准驾车型不相符合；

（3）持审验不合格的驾驶证驾驶，或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；

（4）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；

（5）无驾驶证，驾驶证被依法扣留、暂扣、吊销、注销期间或驾驶证载明的有效期已届满，被保险人未及时更换新驾驶证；

（6）依照法律法规或公安机关交通管理部门有关约定不允许驾驶机动车的其他情况下驾车。

27、无有效行驶证照，指下列情形之一：

（1）发生保险事故时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；

（2）未依法按时进行或通过机动车安全技术检验；

28、机动车：指以动力装置驱动或者牵引，上道路行驶的供人员乘用或者用于运送物品以及进行工程专项作业的轮式车辆。

29、高风险运动：本合同所定义的高风险运动是指潜水、跳伞、攀岩、蹦极、驾驶滑翔机或滑翔伞、探险活动、武术比赛、摔跤比赛、特技表演、赛马、赛车等运动。其中：

（1）潜水：指使用辅助呼吸器材在江、河、湖、海、水库、运河等水域进行的水下运动。

（2）攀岩：指攀登悬崖、楼宇外墙、人造悬崖、冰崖、冰山等运动。

（3）探险活动：指明知在某种特定的自然条件下有失去生命或使身体受到伤害的危险，而故意使自己置身于其中的行为，如：江河漂流、登山、徒步穿越沙漠或人迹罕至的原始森林等活动。

（4）武术比赛：指两人或两人以上对抗性柔道、空手道、跆拳道、散打、拳击等各种拳术及使用器械的对抗性比赛。

（5）特技表演：指进行马术、杂技、驯兽等表演。

30、职业病：指企业、事业单位和个体经济组织的劳动者在职业活动中，因接触粉尘、放射性物质和其他有毒、有害物质等因素而引起的疾病。职业病的认定需遵循《中华人民共和国职业病防治法》中的相关规

定及鉴定程序。

31、医疗事故：指医院或指定医疗机构及其医务人员在医疗活动中，违反医疗卫生管理法律、行政法规、部门规章和诊疗护理规范及常规，过失造成患者人身损害的事故。

32、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。在人体血液或其它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。

33、保险费约定支付日：指保险合同生效日在每月的对应日。如果当月无对应的同一日，则以该月最后一日为对应日。如保险合同生效日为2017年6月8日，则次月的保险费约定支付日为2017年7月8日，以此类推，则最后一个月的保险费约定支付日为2018年5月8日。

34、未满期保费：除另有约定外，按下述公式计算未满期保费：

若选择一次性缴付保险费，未满期保费=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。

若选择分期缴付保险费，未满期保费=当期保费×（1-m/n）,其中，m为当期已生效天数，n为当期天数，经过日期不足一日的按一日计算。

35、不可抗力：指不能预见、不能避免并不能克服的客观情况。

36、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其他自然人。

37、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，包括但不限于居民身份证、按规定可使用的有效护照、军官证、警官证、士兵证等证件。

38、肢体机能完全丧失：指肢体的三大关节中的两大关节僵硬，或不能随意识活动。肢体是指包括肩关节的整个上肢或包括髋关节的整个下肢。

39、语言能力或咀嚼吞咽能力完全丧失：语言能力完全丧失是指无法发出四种语音（包括口唇音、齿舌音、口盖音和喉头音）中的任何三种、或声带全部切除，或因大脑语言中枢受伤害而患失语症。

咀嚼吞咽能力完全丧失是指因牙齿以外的原因导致器质障碍或机能障碍，以致不能作咀嚼吞咽运动，除流质食物外不能摄取或吞咽的状态。

40、六项基本日常生活活动：指

（1）穿衣：自己能够穿衣及脱衣；

（2）移动：自己从一个房间到另一个房间；

（3）行动：自己上下床或者上下轮椅；

（4）如厕：自己控制进行大小便；

（5）进食：自己从已准备好的碗或者碟中取食物放入口中；

（6）洗澡：自己进行淋浴或者盆浴。

41、酗酒：指酒精摄入过量。长期过量饮酒导致身体脏器严重损害，或一次大量饮酒导致急性酒精中毒或自制力丧失造成自身伤害、斗殴肇事或交通肇事。酒精过量由医院或指定医疗机构或公安部门判定。

42、永久不可逆：指因疾病确诊或意外发生之日起，经过积极治疗180天后，仍无法通过现有医疗手段恢复。

太平财产保险有限公司

附加恶性肿瘤特定药品费用保险条款（2020-A版）

注册编号：C00002632522020030709392

总则

第一条 本附加险合同（以下简称“本附加合同”）可附加于太平财产保险有限公司相关住院医疗保险合同（以下简称“主险合同”）上。

本附加合同作为主险合同的组成部分，主险合同效力终止，本附加合同效力亦同时终止；主险合同无效，本附加合同亦无效。本附加合同与主险合同相抵触之处，以本附加合同为准，本附加合同未约定事项，以主险合同为准。

保险责任

第二条 在本附加合同保险期间内，被保险人于**等待期(见释义1)**后，经中华人民共和国境内（不包括香港、澳门、台湾地区）**医院（见释义2）**的**专科医生（见释义3）初次确诊（见释义4）**罹患本附加合同所定义的**恶性肿瘤（见释义5）**，对治疗实际发生的必需且合理的且同时满足以下条件的**指定药店(释义6）**购买的**特定药品（释义7）**费用，保险人按照合同约定的给付比例给付恶性肿瘤特定药品费用保险金。给付恶性肿瘤特定药品费用保险金须同时满足以下条件：

1.该特定药品须由医院专科医生开具**处方（释义8）**且为被保险人当前治疗必需的药品；

2.每次特定药品处方剂量不超过一个月；

3.每次特定药品处方仅限治疗期间为保险期间内且在等待期后初次确诊了恶性肿瘤，但被保险人在等待期后初次确诊恶性肿瘤后未能续保本附加合同的，治疗期间可延长至本附加合同到期日后30日（含第30日）；

4.该特定药品必须为本合同期满日前在中国国家药品监督管理局批准且已在中国上市的**靶向药物（释义9）**和**免疫治疗药物（释义10）**，且在**约定的药品清单（释义11）**列表中；

5.被保险人须在保险人指定药店购买上述处方中所列的特定药品；

6.被保险人购买处方中所列特定药品前,需按保险人指定流程提交相应材料并通过处方审核,具体流程见“授权申请、药品处方审核及购药流程”。

被保险人在投保前已确诊恶性肿瘤的，保险人不承担给付恶性肿瘤特定药品费用保险金的责任。特定药品涉及慈善援助的，被保险人从慈善机构获得援助的药品费用不纳入指定药店购买特定药品费用保险金的赔付范围。

本附加合同的赔付比例由投保人和保险人按照以下情况分别约定，并在保险单中载明：

（1）若被保险人以参加基本医疗保险身份投保：

a.如药品为基本医疗保险药品目录内且已经过基本医疗保险报销，赔付比例为100%；

b.如药品为基本医疗保险药品目录内但未经过基本医疗保险报销，赔付比例为60%;

c.如药品为基本医疗保险药品目录外，赔付比例为100%。

（2）若被保险人未以参加基本医疗保险身份投保，则基本医疗保险药品目录内药品和基本医疗保险药品目录外药品赔付比例均为100%。

保险金额

第三条 保险金额是保险人承担赔偿或者给付保险金责任的最高限额。本附加合同的保险金额由由投保人与保险人协商确定，并在保险单中载明。

责任免除

第四条 主险合同列明的责任免除条款适用于本附加合同。同时，任何在下列期间发生的或因下列情形之一导致被保险人发生恶性肿瘤特定药品费用的，保险人不承担给付保险金的责任：

1.仅有临床不适症状，入院诊断和出院诊断均不是恶性肿瘤的治疗；

2.进行未经科学或者医学认可的试验性或者研究性治疗及前述治疗产生的后果所产生的费用；

3.被保险人未遵医嘱，私自服用、涂用或注射特定药品；

4.被保险人未在保险人指定或认可的药店购买的药品；

5.被保险人未按本合同约定的流程进行购药申请或经申请未审核通过；

6.被保险人首次购买特定药品的日期不在保险期间内的；

7.特定药品处方的开具与中国国家药品监督管理局批准的该药品说明书中所列明的适应症和用法用量不符；

8.被保险人提交审核的医学材料不能证明该药品对被保险人当前的疾病状态产生有益的治疗疗效（释义12）。

授权申请、药品处方审核及购药流程

第五条 在保险期间内，如果被保险人需在保险人指定药店购买专科医生开具的药品处方中所列明的特定药品，需按照以下流程进行授权申请、药品处方审核和药品购买：

1、授权申请和药品处方审核：

保险金申请人（释义13）向保险人提交恶性肿瘤指定药店购买特定药品授权申请（以下简称“授权申请”），并提供下列授权申请材料：

（1）保险金给付申请书；

（2）被保险人的**有效身份证件（释义14）**；

（3）支持审核的全部证明、信息和证据，包括但不限于医院出具的门诊及住院病历资料、 医学诊断书、病理检查报告、影像报告、检查化验报告、医疗费用原始单据、费用明细单据等原件。保险金申请人因特殊原因不能提供上述材料的，应提供其它合法有效的材料；

（4）医生开具的特定药品处方；

（5）医院开具的外购药证明；

（6）保险金申请人所能提供的与确认保险事故性质、原因、损失程度等有关的其他证明和资料；

（7）若保险金申请人委托他人申请的，还应提供保险金转账授权书原件、委托人和受托人的身份证明等相关证明文件。受益人为无民事行为能力人或者限制民事行为能力人的，由其监护人代为申领保险金，并需要提供监护人的身份证明等材料。

保险人基于提交的资料进行药品处方审核。若保险金申请人提交的相关材料不足以支持药品处方审核，或者医学材料中相关的科学方法检验报告结果不支持药品处方的开具，保险人有权要求并一次性通知保险金申请人补充提供有关证明和资料。

如果保险金申请人未提交授权申请或者处方审核未通过，保险人不承担赔偿恶性肿瘤特定药品费用保险金的责任。

2、药品购买

特定药品授权申请及特定药品处方首次经保险人审核通过后，保险人将指引保险金申请人，携带有效药品处方、保险金申请人及被保险人的有效身份证件、被保险人的中华人民共和国社会保障卡（如有）到保险人与保险金申请人确认取药的指定药店自取药品。

非首次购药经保险人审核通过后，保险金申请人可选择去指定药店自取药品或送药上门服务，若选择送药上门服务，保险人将协调药店进行冷链配送到保险金申请人的指定地址，保险金申请人收到药品时须提供有效药品处方、保险金申请人及被保险人的有效身份证件、被保险人的中华人民共和国社会保障卡（如有）。

释 义

1、等待期：指自保险合同生效之日起计算的一段时间，具体天数由保险人和投保人在投保时约定并在本合同上载明。在等待期内发生保险事故的,保险人不承担给付保险金的责任。

2、医院：是指经中华人民共和国卫生部门审核认定的二级或二级以上的公立医院，且仅限于上述医院的普通部，不包括如下机构或医疗服务：

（1）特需医疗、外宾医疗、干部病房、联合病房、国际医疗中心、VIP部、联合医院、A级病房；

（2）诊所、康复中心、家庭病床、护理机构；

（3）休养、戒酒、戒毒中心。

3、专科医生：专科医生应当同时满足以下四项资格条件，

（1）具有有效的中华人民共和国《医师资格证书》；

（2）具有有效的中华人民共和国《医师执业证书》，并按期到相关部门登记注册；

（3）具有有效的中华人民共和国主治医师或主治医师以上职称的《医师职称证书》；

（4）在二级或二级以上合同约定的医院或指定医疗机构的相应科室从事临床工作三年以上。

4、初次确诊：指自被保险人出生之日起第一次经医院或指定医疗机构确诊患有某种疾病，而不是指自本合同生效之后第一次经医院或指定医疗机构确诊患有某种疾病。

5、恶性肿瘤：指恶性细胞不受控制的进行性增长和扩散，浸润和破坏周围正常组织，可以经血管、淋巴管和体腔扩散转移到身体其它部位的疾病。经病理学检查结果明确诊断，临床诊断属于世界卫生组织《疾病和有关健康问题的国际统计分类》（ICD-10）的恶性肿瘤范畴。

下列疾病不在保障范围内：

①原位癌；

②相当于Binet分期方案A期程度的慢性淋巴细胞白血病；

③相当于Ann Arbor分期方案I期程度的何杰金氏病；

④皮肤癌（不包括恶性黑色素瘤及已发生转移的皮肤癌）；

⑤TNM分期为T1N0M0期或更轻分期的前列腺癌；

⑥感染艾滋病病毒或患艾滋病期间所患恶性肿瘤。

6、指定药店：指保险人授权的第三方服务商提供的药店名单，该药店名单以保险人在官方正式渠道（包括但不限于官网、官微）的通知为准。保险人保留对上述指定药店名单做出调整的权利。保险人指定的药店需同时满足以下条件：

（1）取得国家药品经营许可证、GSP认证；

（2）具有完善的冷链药品送达能力；

（3）该药店内具有医师、执业药师等专业人员提供服务。

7、特定药品：指合同期满日前在中国国家药品监督管理局批准并已在中国上市的靶向药物和免疫治疗药物。药品的适应症以中国国家药品监督管理局批准的药品说明书为准。

8、处方：指由注册的执业医师和在诊疗活动中为患者开具的、由取得药学专业技术职务任职资格的药学专业技术人员审核、调配、核对，并作为患者用药凭证的医疗文书。处方包括医疗机构病区用药医嘱单。

9、靶向药物：指被赋予了靶向能力的药物或其制剂。其目的是使药物或其载体能瞄准特定的病变部位，并在目标部位蓄积或释放有效成分。靶向制剂可以使药物在目标局部形成相对较高的浓度，从而在提高药效的同时抑制毒副作用，减少对正常组织、细胞的伤害。

10、免疫治疗药物：指通过重新启动并维持肿瘤-免疫循环，恢复机体正常的抗肿瘤免疫反应，从而控制与清除肿瘤的药物。

11、约定的药品清单：保险人在承保时与投保人约定的属于保险责任的符合保险保障计划的药品清单。具体药品清单以保险人在官方正式渠道（包括但不限于官网、官微）的通知为准，保险人保留对药品清单做出调整的权利。

12、有益的治疗疗效：指按照RECIST（实体瘤治疗疗效评价标准）评价标准，肿瘤病灶没有进展。

13、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其他自然人。

14、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，包括但不限于居民身份证、按规定可使用的有效护照、军官证、警官证、士兵证等证件。